

VOORWOORD

Dit afstudeerproject is tot stand gekomen naar aanleiding van ons afstuderen aan de Fontys Paramedisch Hogeschool, Opleiding Fysiotherapie te Eindhoven.

De opdracht voor dit afstudeerproject is verkregen van het St. Annaziekenhuis te Geldrop, afdeling Fysiotherapie. Het project heeft de volgende titel gekregen:

“Voorste kruisband reconstructie en revalidatie”

Naar aanleiding van de opdracht van het St. Annaziekenhuis is er een nieuwe voorlichtings- DVD ontwikkeld.

Dit afstudeerproject had niet tot stand kunnen komen zonder de medewerking van onze begeleiders van het St. Annaziekenhuis te Geldrop. Ten eerste bedanken we de fysiotherapeuten, voor hun enthousiasme en alle medewerking die ze vanuit het St. Annaziekenhuis aan dit afstudeerproject hebben verleend. Wij wensen de fysiotherapeuten binnen het St. Annaziekenhuis veel succes en plezier met de nieuwe voorlichtings- DVD.

Verder willen wij iedereen van het St. Annaziekenhuis bedanken; Dr. Th. Sybesma (orthopeed), het operatieteam, afdeling 2b (Short Stay) voor de enthousiaste medewerking aan ons project en de directie van het St. Annaziekenhuis voor de bekostiging van de voorlichtings- DVD.

De sponsors Biomet en Somas hebben het ons mede mogelijk gemaakt om de DVD van ons project te bekostigen. Deze twee bedrijven bedanken wij voor de moeite die ze hebben genomen om ons de informatie met betrekking tot de operatie te verschaffen die nodig was voor dit project.

Wij willen de patiënten bedanken voor hun medewerking, die het voor ons mogelijk hebben gemaakt om de DVD te produceren.

Ook bedanken wij de producer Bas v/d Loo, die de opnames heeft gemaakt en ons begeleid heeft met het monteren van de DVD en Eddy Jansen namens Jansen Media voor het inspreken van de voice-over.

Tevens willen wij onze docentbegeleider Frank Verhulst en methodisch begeleidster Monica Veeger bedanken voor hun inzet, begeleiding en prettige samenwerking.

Zij hebben ons vele tips gegeven die tot dit eindproduct hebben geleid.

Hans van Pruissen bedanken wij voor het coördineren tijdens ons afstuderen.

Als laatste willen we onze ouders, overige familieleden en vrienden bedanken voor hun belangstelling en steun tijdens het afstuderen.

Femke Berkelmans

Kim van Dooren

Maaïke van Kessel

Elke Moors

Eindhoven, 2 juni 2005

SAMENVATTING

Dit afstudeerproject betreft het ontwikkelen van een voorlichtings- DVD voor patiënten die een voorste kruisband reconstructie ondergaan.

De huidige voorlichtings- DVD is niet meer actueel, waardoor het St. Annaziekenhuis te Geldrop de opdracht gegeven heeft een nieuwe, up to date, DVD te ontwikkelen.

In opdracht van de Opleiding Fysiotherapie, Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven is vooraf aan het ontwikkelen van deze DVD een literatuuronderzoek uitgevoerd naar het geven van audiovisuele patiëntenvoorlichting, om de nieuwe voorlichtings- DVD te onderbouwen. Deze opdrachten zijn vertaald in de volgende hoofdvraag:

Is het mogelijk om door middel van een literatuuronderzoek, het beschikbaar voorlichtingsmateriaal en een enquête naar de effectiviteit van het beschikbare voorlichtingsmateriaal zoals tot dusverre ontwikkeld is, een voorlichtings- DVD te maken, die het mogelijk maakt om up to date voorlichting te geven over de VKB- reconstructie en de revalidatiemethode volgens het protocol van St. Annaziekenhuis en waarin de stappenreeks van voorlichting gewaarborgd zijn?

De voorlichtings- DVD over een voorste kruisband reconstructie en het revalidatietraject moet voldoen aan de wensen van het St. Annaziekenhuis.

De DVD moet alle facetten bevatten die een patiënt doorloopt met betrekking tot een voorste kruisband reconstructie. Dit houdt in dat zowel pré- als postoperatief op een voor de patiënt begrijpelijke en overzichtelijke wijze alles in beeld gebracht wordt met zowel de operatie, begeleiding als revalidatie. De stappen uit de stappenreeks van voorlichting en de persoonsgebonden factoren lopen als een rode draad door het project.

Om tot een antwoord van de hoofdvraag te komen is de methode opgesplitst in een *voorbereidingsfase* en een *productfase*. In de voorbereidingsfase is er begonnen met het literatuuronderzoek naar audiovisuele patiëntenvoorlichting. Tevens zijn de stappen uit de stappenreeks van voorlichting, de persoonsgebonden factoren, de medische inhoud van de knie en de revalidatiemethode bestudeerd. Vervolgens heeft er een tevredenheidsonderzoek over de huidige voorlichtings- DVD plaatsgevonden onder patiënten. De afstudeergroep heeft enkele kritiekpunten met betrekking tot de huidige voorlichtings- DVD geformuleerd en er heeft een gesprek plaatsgevonden met het personeel van het St. Annaziekenhuis, waaruit de eisen voor de nieuwe voorlichtings- DVD zijn gekomen.

De resultaten van de voorbereidingsfase zijn meegenomen naar de productfase, het ontwikkelen van het draaiboek en de voorlichtings- DVD.

De stappen uit de stappenreeks van voorlichting en de persoonsgebonden factoren zijn uitgewerkt in de resultaten en gekoppeld aan het ontwikkelen van het draaiboek en de DVD.

De kritiekpunten van de afstudeergroep op de huidige voorlichtings- DVD en de eisen van het personeel van het St. Annaziekenhuis zijn verwerkt in de resultaten en meegenomen in het ontwikkelen van de nieuwe DVD.

Het tevredenheidsonderzoek is middels twee verschillende enquêtes afgenomen onder de patiënten, namelijk de voorlichtings- enquête en de revalidatie- enquête. De resultaten van beide enquêtes zijn apart verwerkt in het verslag.

In de resultaten wordt verwezen naar het draaiboek en de nieuwe voorlichtings- DVD.

Het eindresultaat is een voorlichtings- DVD met als titel: “Voorste kruisband reconstructie en revalidatie”. Deze voorlichtings- DVD is geschikt als voorlichtingsmiddel.

Met name de operatie is duidelijker en uitgebreider in beeld gekomen. Om de beelden te ondersteunen is er gebruik gemaakt van animatiebeelden. Tevens is het verschil tussen de revalidatiefasen duidelijker naar voren gekomen door middel van tekst in beeld en in opbouw van de oefeningen.

De afstudeergroep heeft getracht alle items uit de voorbereidingsfase zo volledig mogelijk te verwerken in het product, de nieuwe voorlichtings- DVD. Het St. Annaziekenhuis en de afstudeergroep zijn erg tevreden over het uiteindelijke resultaat.

SUMMARY

This endterm paper concerns the development of an information DVD for patients that need a ligament cruciatum anterior reconstruction.

The already existing information- DVD is no longer actual. Because of that, the St. Anna Hospital gave the assignment to develop a new, up to date DVD.

In assignment of the higher education of Physical Therapy, Fontys in Eindhoven a study of literature in giving audio-visual patient information took place. This has been done to support the information DVD.

These assignments results in the following research question:

Is it possible by means of a study of literature, the available information material and an inquiry to the effectiveness of the available information material developed so far, to produce an information DVD, to give up to date information about a ligament cruciatum anterior reconstruction and rehabilitation according to the protocol of the St. Anna Hospital, including the stepmodel of patient education?

The information DVD over a ligament cruciatum anterior reconstruction and rehabilitation program must comply with the demands of the St. Anna Hospital.

The DVD needs to include all the aspects the patient has to go through in relation with the ligament cruciatum anterior reconstruction. Considering this the DVD has to show all the aspects of the operation, the care and the rehabilitation as well as pre- and postsurgical in an for the patient understandable and well- organised way.

The stepmodel of patient education and personal factors are a thread through the project.

To answer the research question, the method is divided in a *preparation phase* and a *product phase*.

The preparation phase started with the study of literature of audio-visual patient information. Also the stepmodel of patient education, the personal factors, medical content of the knee and the rehabilitation method are studied.

Then a research of the satisfaction of the patients took place about the existing information DVD.

The students have formulated some criticism points in relation with the present information DVD and a conversation has taken place with the personnel of the St. Anna Hospital from which the requirements come for the new information DVD.

The results of the preparation phase are used in the product phase, the developing of the story- board and the information DVD.

The stepmodel of patient education and the personal factors have been worked out in the results and linked to developing the storyboard and the information- DVD.

The criticism points of the students on the present information- DVD and the requirements of the personnel of the St. Anna Hospital have been worked out in the results and in developing the new information DVD.

The research of the satisfaction for patients is done with two different inquiries, an education inquiry and a rehabilitation inquiry. The results of both the inquiries are incorporated separately in the paper. In the results is referred to the story- board and the new information DVD.

The final result is an information DVD with as a title: "Ligament cruciatum anterior reconstruction and rehabilitation". The information DVD has been arranged to use as information material. Especially the part about the operation is clearer and more specific. The images are supported by animation pictures. Also the difference between the phases of rehabilitation is clearer through means of text in image and a better structure of the exercises. The students tried to use all items from the preparation phase and product phase so completely as possible in developing the new information DVD. The St. Anna Hospital and the students are very satisfied over the final result

INLEIDING

Dit afstudeerproject is gemaakt in het kader van de Opleiding voor Fysiotherapie aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven, in opdracht van het St. Annaziekenhuis te Geldrop.

Het St. Annaziekenhuis is gespecialiseerd in voorste kruisband (VKB) reconstructies en de revalidatie van patiënten die een dergelijke operatie ondergaan. De patiënten die in aanmerking komen voor een VKB- reconstructie krijgen voorafgaande aan de operatie een voorlichtingsmiddag aangeboden. Tijdens deze voorlichtingsmiddag wil men graag een duidelijke voorlichtings- DVD kunnen tonen. Zodat de patiënten goed voorbereid zijn op de operatie en het revalidatietraject wat volgt. Met deze vorm van patiëntenvoorlichting heeft het ziekenhuis goede ervaringen.

Omdat de huidige voorlichtings- DVD niet alle fasen toont van het revalidatietraject, de operatie niet duidelijk is voor patiënten en de ruimte waarin gerevalideerd wordt niet overeen komt met de ruimte waar in werkelijkheid gerevalideerd wordt is verzocht een nieuwe voorlichtings- DVD te ontwikkelen die voldoet aan de huidige wensen van het St. Annaziekenhuis.

Het hoofddoel van dit afstudeerproject is:

Het maken van een voorlichtings- DVD over de VKB -reconstructie en het revalidatietraject, die voldoet aan de eisen van het St. Annaziekenhuis.

Deze DVD moet alle facetten bevatten die een patiënt doorloopt met betrekking tot een VKB-reconstructie. Dit houdt in dat zowel pré- als postoperatief op een voor de patiënt begrijpelijke en overzichtelijke wijze alles in beeld wordt gebracht met betrekking tot de behandeling, begeleiding en revalidatie.

Om tot dit hoofddoel te komen is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

Is het mogelijk om door middel van een literatuuronderzoek, het beschikbaar voorlichtingsmateriaal en een enquête naar de effectiviteit van het beschikbare voorlichtingsmateriaal zoals tot dusverre ontwikkeld is, een voorlichtings- DVD te maken, die het mogelijk maakt om up to date voorlichting te geven over de VKB- reconstructie en de revalidatiemethode volgens het protocol van het St. Annaziekenhuis en waarin de stappenreeks van voorlichting gewaarborgd zijn?

De begrippen uit de hoofdvraag worden gedefinieerd in het projectplan (bijlage I, p.54) en in het theoretisch kader.

Om een zo goed mogelijk eindresultaat te verkrijgen volgens bovenstaande wensen is het project opgedeeld in een *voorbereidingsfase* en een *productfase*. De voorbereidingsfase bestaat uit een literatuuronderzoek, een tevredenheidsonderzoek, de kritiekpunten van de afstudeergroep op de huidige DVD en de eisen van het personeel van het St. Annaziekenhuis. In de productfase, die bestaat uit het ontwikkelen van het draaiboek en de nieuwe voorlichtings- DVD, worden de aspecten uit de voorbereidingsfase meegenomen.

Een literatuuronderzoek heeft plaatsgevonden om de voorlichtings- DVD te onderbouwen. Het literatuuronderzoek houdt in dat er eerst gezocht is naar voorlichting in het algemeen, daarna naar patiëntenvoorlichting en verschillende voorlichtingsmiddelen. De aandacht hierbij is toegespitst op audiovisuele patiëntenvoorlichting.

Het tevredenheidsonderzoek bestaat uit het afnemen van enquêtes bij patiënten die de huidige voorlichtings- DVD hebben gezien.

Als rode draad door het gehele project hebben de stappen uit de stappenreeks van voorlichting en de persoonsgebonden factoren (P- factoren) een rol gespeeld. De stappen van voorlichting en de P-factoren worden gekoppeld aan de informatieoverdracht middels een voorlichtings- DVD. Wat dit in houdt komt later terug in dit verslag.

In hoofdstuk 1 van het projectverslag wordt het theoretisch kader uitgewerkt.

In dit kader wordt een omschrijving, analyse en synthese van de relevante literatuur beschreven die gebruikt is voor dit afstudeerproject, dit valt onder de voorbereidingsfase. Tevens worden hier de achtergronden van het project beschreven.

In hoofdstuk 2 komt de opzet en de methode aan bod, hier wordt beschreven hoe er tijdens het project te werk is gegaan. De methode is opgesplitst in de voorbereidingsfase en de productfase.

In hoofdstuk 3 worden de resultaten uit de voorbereidingsfase beschreven. Aandachtspunten uit de stappenreeks van voorlichting en de P-factoren zijn in dit hoofdstuk beschreven, gekoppeld aan het geven van voorlichting middels een DVD. Tevens bevat dit hoofdstuk de kritiekpunten van de afstudeergroep op de huidige voorlichtings- DVD en de eisen van het personeel van het St. Annaziekenhuis. De resultaten uit het tevredenheidsonderzoek middels een enquête worden via staafdiagrammen weergegeven. Het resultaat van de productfase is het draaiboek en de DVD.

In hoofdstuk 4 wordt een verband beschreven tussen de resultaten en de literatuur. De opvallende resultaten worden beschreven en geïnterpreteerd.

Verder komen de beperkingen van het afstudeerproject aan bod en aanbevelingen voor eventueel verder onderzoek.

Tot slot wordt in hoofdstuk 5 een antwoord gegeven op de onderzoeksvraag met inachtneming van de discussiepunten

In dit hoofdstuk worden aspecten weergegeven welke relevant zijn als achtergrondinformatie voor dit verslag. Al deze aspecten behoren tot de *voorbereidingsfase* en worden meegenomen in de *productfase*; het ontwikkelen het draaiboek en de nieuwe voorlichtings- DVD.

In paragraaf 1.1 zal een inleiding gegeven worden met betrekking de hoofdvraag van het project. In paragraaf 1.2 komt de medische inhoud van de knie uitgebreid aan bod. Deze paragraaf is opgedeeld in verschillende subparagrafen: anatomie van de knie, functie van de VKB, laesie van de VKB, indicatie VKB- reconstructie en de operatietechniek. In paragraaf 1.3 wordt voorlichting uitgewerkt, in paragraaf 1.4 wordt patiëntenvoorlichting uitgewerkt, met als subparagrafen: inleiding, doel patiëntenvoorlichting, relatie zender- ontvanger, homogene doelgroep, effectiviteit patiëntenvoorlichting en voorlichtingsmiddelen. Paragraaf 1.5 bevat de stappenreeks van voorlichting en paragraaf 1.6 bevat de persoonsgebonden factoren.

Vorbereidingsfase

§ 1.1 Inleiding

De relevante literatuur beschreven in dit hoofdstuk maakt het mogelijk om de volgende hoofdvraag van het project te kunnen beantwoorden:

Is het mogelijk om door middel van een literatuuronderzoek, het beschikbaar voorlichtingsmateriaal en een enquête naar de effectiviteit van het beschikbare voorlichtingsmateriaal zoals tot dusverre ontwikkeld is, een voorlichtings- DVD te maken, die het mogelijk maakt om up to date voorlichting te geven over de VKB- reconstructie en de revalidatiemethode volgens het protocol van het St. Annaziekenhuis en waarin de stappenreeks van voorlichting gewaarborgd zijn?

De volgende definities uit de hoofdvraag worden hieronder beschreven:

Enquête:

Onderzoek door ondervraging van een groot aantal personen naar bestaande meningen, gewoonten enzovoorts⁸

Literatuuronderzoek:

Onderzoek naar bestaande literatuur over een onderwerp⁸

Protocol:

Het geheel van regels en afspraken voor een bepaald programma⁸

Revalidatiemethode:

Geheel van medische en sociale maatregelen, die tot doel hebben de validiteit van patiënten zo snel mogelijk te herstellen⁸

Een werk/ behandelwijze die het St. Annaziekenhuis toepast op mensen die een VKB- reconstructie hebben ondergaan

Stappenreeks van voorlichting:

Een voorlichtingsmethodiek waarbij de paramedicus vanuit een samenwerkingsrelatie met de patiënt, afgestemd op de patiënt en de mogelijkheden van de behandeling, de patiënt doelgericht, systematisch en procesmatig begeleidt met als doel een bijdrage te leveren aan het verbeteren of handhaven van de gezondheidssituatie of het leren omgaan met een (chronische) aandoening. De paramedicus stimuleert de patiënt om waar mogelijk zelf actief met zijn gezondheidssituatie om te gaan. De stappenreeks omvat achtereenvolgens, maar niet noodzakelijk chronologisch toegepast, de stappen: openstaan,

begrijpen, willen, kunnen, doen en blijven doen. Persoonsgebonden factoren ondersteunen daarbij het toepassen van de stappenreeks (Verhulst, 2003).³⁰

Voorlichtingsmateriaal:

Middelen om informatie te verschaffen¹⁷

Voorste kruisband (VKB):

Bindweefselband binnen in het kniegewricht, die zorgt voor de voorwaartse stabiliteit²²

Voorste kruisband reconstructie:

De operatietechniek waarbij de VKB wordt vervangen door een semitendinosuspees en gracilispees²⁵

§ 1.2 Voorste kruisband

De meeste knieletsels ontstaan bij het sporten; in Nederland meer dan 150.000 knieletsels per jaar. Een kwart daarvan ontstaat bij het voetballen. Vaak is er hier sprake van een letsel van de VKB. Voor sportliefhebbers betekent een letsel van de knie niet alleen het einde van hun sportcarrière maar veelal ook een ernstige handicap in het dagelijks leven.²⁴

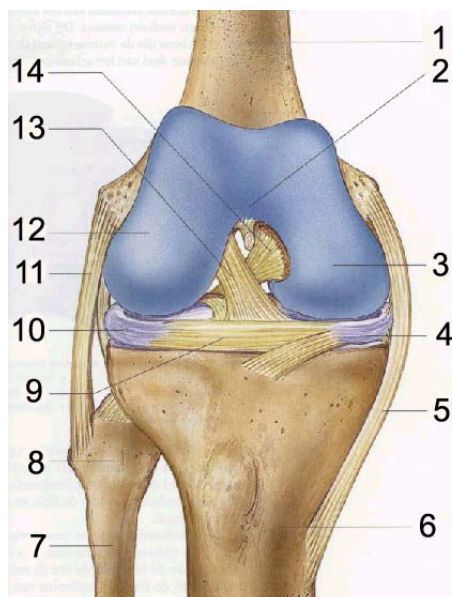
Jaarlijks worden er in het St. Annaziekenhuis 120- 150 patiënten geopereerd aan een VKB. De groep patiënten die wordt geopereerd is tussen de 15 en 55 jaar. Bij deze groep is instabiliteit van de knie de voornaamste klacht. Wanneer de instabiliteit niet meer door de spieren rondom de knie te corrigeren is, zal er voor een VKB- reconstructie gekozen worden.

§ 1.2.1 Anatomie knie

De belangrijkste structuren van de knie zijn de botten, ligamenten, pezen en het kraakbeen.

De knie bestaat uit vier botstukken betrokken bij de kniebewegingen. Deze botstukken zijn het femur (bovenbeen), de tibia (scheenbeen), de fibula (kuitbeen) en de patella (knie-schijf).

Het kniegewricht, de scharnier tussen het femur en de tibia heeft geen diepe gewrichtskomen en heeft daardoor van zichzelf weinig stabiliteit. Het kapsel rond het gewricht voegt weinig stabiliteit toe.¹⁸



1. femur
2. gewrichtsvlak van de knieschijf
3. mediale epicondyl
4. mediale meniscus
5. ligamentum collaterale tibiale
6. tibia
7. fibula
8. fibulakopje
9. verbindingsband tussen de beide menisci
10. laterale meniscus
11. ligamentum collaterale fibulare
12. laterale epicondyl
13. voorste kruisband
14. achterste kruisband

De stabiliteit in het kniegewricht wordt geleverd door een stelsel van ligamenten, zowel mediaal (binnenzijde) als lateraal (buitenzijde) van het gewricht. Aan de mediale zijde en laterale zijde van de knie lopen respectievelijk het ligamentum collaterale tibiale (de mediale knieband) en het ligamentum collaterale fibulare (de laterale knieband). Ligamentum collaterale tibiale loopt van de binnenbovenzijde van de tibia naar de mediale epicondylus van het femur. Het ligamentum collaterale fibulare loopt van de fibula naar de laterale epicondylus van het femur. Deze ligamenten laten buig- en strekbewegingen in het kniegewricht toe, maar geen zijwaartse bewegingen. Zij zorgen dus voor zijwaartse stabiliteit.

Aan de voorzijde van de knie loopt het ligamentum patellae. Deze pees is het verlengde van de m. quadriceps in het bovenbeen en verbindt de patella met de voor- bovenrand van de tibia.¹⁸

Voor de stabiliteit in het kniegewricht zorgen o.a. de mediale en laterale meniscus. De menisci zijn halvmemaanvormige structuren die uit vezelig kraakbeen bestaan. Zij zijn verschillend van vorm: de laterale meniscus is meer gekromd dan de mediale en vormt een groot deel van een kleine cirkel. De mediale meniscus is minder gekromd en vormt een klein deel van een grote cirkel. Met hun boven en onderzijden staan de menisci in contact met de femur- en tibiacondylen. De vorm van de menisci is hieraan aangepast.

Met hun buitenranden zijn de menisci bevestigd aan het gewrichtskapsel en met hun uiteinden (hoorns) aan de areae intercondylaris anterior (voorzijde) en posterior (achterzijde) van de tibia. De meniscus lateralis heeft een grotere beweeglijkheid en een grotere vervormbaarheid dan de meniscus medialis.

Dit komt omdat de meniscus medialis steviger aan het kapsel is vastgehecht en omdat zijn aanhechtingsplaats op het tibiaplateau groter is dan die van de meniscus lateralis.²²

Binnen in het kniegewricht lopen de kruisbanden: het ligamentum cruciatum anterius (VKB) en het ligamentum cruciatum posterius (achterste kruisband, AKB).¹⁸ De origo van de VKB bevindt zich aan de mediale zijde van de laterale femurcondyl, de insertie aan de area intercondylus anterior tibiae. Deze band loopt dus van mediaal naar lateraal achter de knie. De vezels lopen niet allemaal in dezelfde richting. De lateraal ontspringende vezels lopen verder naar dorsaal (achterzijde) dan de mediaal ontspringende vezels. Daardoor zit er een rotatie in de VKB. De vezels van de VKB zijn tijdens bewegen nooit allemaal gelijktijdig evenveel gespannen.

De origo van de AKB loopt van de voor- binnenzijde van de condylus medialis van het femur naar lateraal en naar achteren en hecht aan op de area intercondylaris posterior van de tibia.²²

Een geforceerde rotatiebeweging van het onderbeen bij een gebogen knie kan makkelijk tot afscheuring van een kruisband leiden.¹⁸

Als de knie 90 graden gebogen is lopen de vezels voornamelijk horizontaal en zijn de meeste vezels ontspannen (maximale ontspanning in maximale flexie van de knie). In extensie lopen de vezels voornamelijk verticaal en in maximale extensie zijn de vezels maximaal gespannen.²²

§ 1.2.2 Functie van de VKB

De voornaamste functie van de VKB is een stabiliserende werking op de knie in voorwaartse richting. De VKB belemmert een translatie naar anterior van de tibia ten opzichte van het femur, met name in flexiestand. Samen met de AKB en de collaterale banden zorgt de VKB voor een rotatiestabiliteit.

Bij endorotatie draaien de kruisbanden om elkaar heen en komen ze op spanning. Hierdoor hebben ze een remmende werking op de endorotatie.

Bij exorotatie draaien de kruisbanden uit elkaar en ontspannen ze. Er is bij deze beweging geen remmende werking. De collaterale banden komen hierbij op spanning.

Bij een extensiebeweging van de knie, net voordat de slotextensie bereikt wordt, zorgt de VKB voor een eindrotatie (exorotatie) in de knie. Hierdoor kan de knie geheel extenderen. Bij een flexiebeweging van de knie, zorgt de VKB voor een glijbeweging van het femur naar voren ten opzichte van de tibia.²²

§ 1.2.3 Laesie van de VKB

De grootste oorzaak van een letsel aan de VKB is meestal sport gerelateerd. Een laesie ontstaat bijna altijd door een plotselinge kracht en/ of draaibeweging tijdens het sporten. Dit veroorzaakt een instabiliteit van de knie naar anterior. De patiënt hoort of voelt vaak een knappend geluid.²⁴

Er zijn een aantal combinatie bewegingen, waarbij een vergrote kans voor het ontstaan van de VKB-laesie bestaat:

- hyperextensie- endorotatie trauma
- trauma met een posterieure kracht op het onderbeen
- valgus- exorotatie trauma
- varus- endorotatie trauma (adductie- flexie- endorotatie trauma)

De symptomen na een laesie van de VKB zijn per individu verschillend. Normaal gesproken is er pijn en zwelling van de knie binnen een korte periode na het trauma, dit wordt veroorzaakt door een bloeding in het kniegewricht. Daarnaast is er een gevoel van onzekerheid en heeft men het gevoel door de knie te zakken, met name als men de knie van richting doet veranderen. De eerste pijn en zwelling verdwijnen na twee tot vier weken, maar de instabiliteit blijft aanwezig.²⁵

§ 1.2.4 Indicatie VKB- reconstructie

Een letsel of ruptuur van de VKB wordt niet in alle gevallen operatief behandeld.

Als de orthopedisch chirurg heeft vastgesteld dat de kruisband is gescheurd, zijn er vervolgens twee soorten behandelingen mogelijk:

- fysiotherapie (conservatieve behandeling)
- chirurgie (voorste kruisband reconstructie)²⁴

Welke behandeling de beste oplossing biedt, is afhankelijk van:

- de kwaliteit van het weefsel in en rond de knie
- beroep en dagelijkse activiteiten
- sportieve activiteiten
- leeftijd

De huisarts en orthopedisch chirurg raden over het algemeen eerst fysiotherapie aan. Indien dit niet het gewenste resultaat oplevert, wordt er alsnog overwogen een operatie in te zetten.²⁴

In het algemeen geldt, dat een operatieve ingreep bij een patiënt met een instabiliteit van de knie, alleen geïndiceerd is bij patiënten met een functionele invaliditeit, die niet bereid zijn hun activiteiten (sport) te veranderen en die symptomen hebben van instabiliteit tijdens hun dagelijkse activiteiten.²⁴

Als het verdraaien van de knie frequent en hinderlijk optreedt, is er tevens een goede reden voor operatieve behandeling.²⁸

§ 1.2.5 Operatietechniek

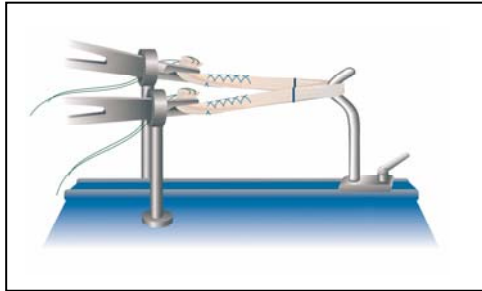
De patiënt heeft tijdens een trauma een ruptuur van de VKB opgelopen. De orthopeed constateert een positieve Lachmann test en Pivot shift, deze stabiliteitstesten van de knie worden pre- operatief uitgevoerd. De Lachmann test is een voorste schuiflade test; dit wil zeggen dat de tibia ten opzichte van het femur naar anterior geschoven kan worden bij flexie. Bij een positieve Pivot shift wordt een subluxatie geconstateerd tijdens exorotatie beweging.

De orthopedisch chirurg adviseert om een VKB- reconstructie te ondergaan en daarmee de stabiliteit van de knie te verbeteren.²⁶

Hieronder wordt de semitendinosus/ gracilis techniek beschreven:

Bij de semitendinos/ gracilis methode worden de pezen van de m. semitendinosus en de m. gracilis gebruikt om de voorste kruisband te vervangen. Deze komen samen met de m. sartorius in de pes anserinus superficialis oftewel ganzenvoet, aan de mediale zijde van de tibia.

Door middel van een insnijding in de pes anserinus superficialis kunnen de gracilis en semitendinosus gewonnen worden. Door het openklappen van de pes anserinus zie je de pezen lopen die gebruikt worden voor de nieuwe VKB. Men gaat dan over in het prepareren en teugelen van de gracilis en semitendinosus. Dit wordt gedaan om te voorkomen dat deze pezen terugschieten. Op het uiteinde komt een tangetje te staan dat bij dichtknijpen in dezelfde stand blijft. Als de pezen goed beweeglijk zijn dan kunnen ze stuk voor stuk gewonnen worden met behulp van een stripper. Daarna worden de pezen ontdaan van spierweefsel en worden op rek gebracht (fig.1).²⁶



Figuur 1

Uiteindelijk wordt de diameter en de lengte van de pezen doorgegeven. De diameter van de tunnel die geboord wordt, is gelijk aan de diameter van de pees. Met behulp van een richtapparaat wordt een boorkanaal in het tibia gemaakt waar de pees later door wordt getrokken (fig.2).²⁶



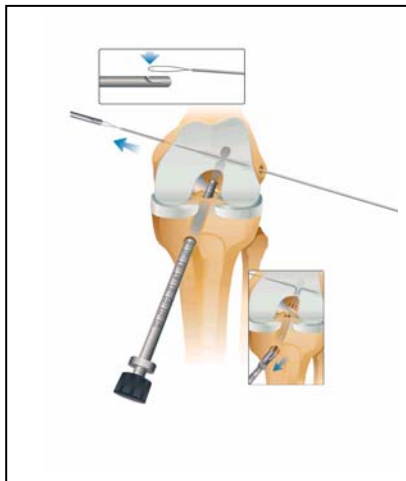
Figuur 2

Met een ander richtapparaat wordt een boorkanaal in het femur gemaakt. De boorkanalen worden met behulp van een rasp of shaver glad gemaakt om beschadiging van de nieuwe VKB te voorkomen. Daarna worden de boorkanalen verder glad gemaakt voor zover dit nog niet gebeurd is, om beschadiging en impingement van de nieuwe VKB te voorkomen. De U- boog met transfix tunnel haak wordt in het tibia- kanaal geplaatst, de transfix drill pin wordt tegen de laterale femur condyl gezet. Met een lichte druk wordt er een deuk in de huid gemaakt. De pin wordt uiteindelijk door de femur condylen geboord (fig.3).²⁶



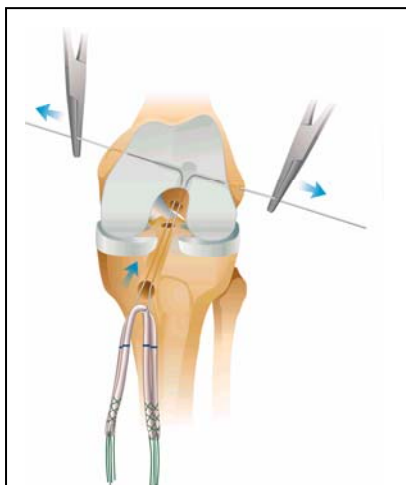
Figuur 3

Aan het haakje van de transfix drill pin wordt een draad met lusje gehangen. Door dan mediaal aan de transfix drill pin te trekken, wordt de draad het femur in getrokken. Aan elk uiteinde van de draad komt een tangetje te zitten. Door vervolgens aan de transfix tunnel haak te trekken die door de tibiaatunnel loopt, wordt de lus naar buiten getrokken (fig.4).²⁶



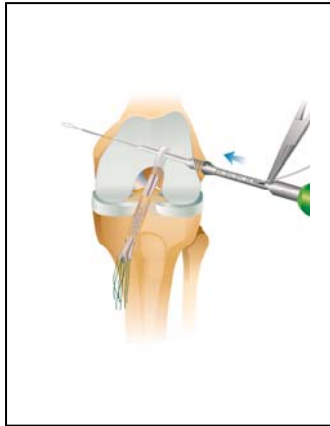
Figuur 4

In de lus worden de pezen van de Semitendinosus en Gracilis gehangen. Door dan mediaal en lateraal aan de draad te trekken, wordt het transplantaat de tunnel in getrokken (fig.5).²⁶



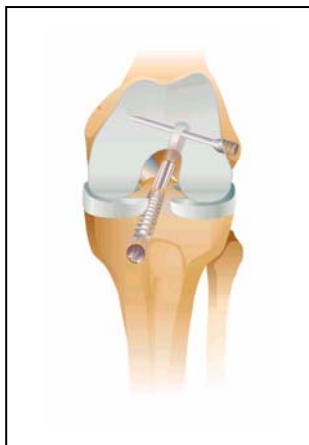
Figuur 5

De schroef wordt met een inbrenginstrument over de draad gebracht, zodat de schroef in het femur geslagen kan worden. Bij het inbrengen van de schroef wordt mediaal aan de draad getrokken, om te voorkomen dat de draad knikt en er moet opgelet worden dat deze niet te ver in het femur geslagen wordt. Het been wordt daarna in 70- 75 graden flexie gebracht om zo een schroef in de tibiaatunnel te kunnen brengen (fig.6).²⁶



Figuur 6

Er wordt een staple geplaatst over het uiteinde van het transplantaat. Het resterende uiteinde van het transplantaat wordt afgesneden (fig.7).²⁶



Figuur 7

De pees zit op zijn plaats en wordt vastgezet met twee schroeven. Eén schroef blijft in het been bevestigd zitten en één schroef is oplosbaar. De pees neemt de functie over van de VKB. Tot slot wordt de insnijding gehecht.²⁶

§ 1.3 Voorlichting

Gezondheidsvoorlichting is één van de pijlers van gezondheidsbevordering. Gezondheidsvoorlichting is enerzijds nodig om gemeenschappen te mobiliseren, anderzijds om gedragsalternatieven voor ongewenste gedragingen aan te reiken. De voorlichtingsgroep moet vroegtijdig bij de ontwikkeling van het gezondheidsprogramma betrokken worden. Het voordeel daarvan is dat het programma nauw op de behoeften en communicatiewijzen van de voorlichtingsgroep kan worden afgestemd.

Voorlichting dient om te overtuigen: het gaat erom argumenten aan te dragen, waardoor de voorgelichte van opvatting en liefst ook van gedrag verandert.¹⁷

Het woord “voorlichting” wordt in verschillende betekenissen gebruikt, hierdoor bestaan er veel definities van voorlichting.

Enkele definities van algemene voorlichting:

- ‘Voorlichting is een vorm van menselijke communicatie, waarbij bewust en systematisch wordt gepoogd informatie over te dragen, teneinde de ander in staat te stellen zicht omtrent een concrete situatie zelfstandig en bewust een oordeel te vormen’³³
- ‘Voorlichting is een professionele interventie om d.m.v. communicatie vrijwillig gedrag te veranderen in de richting van een verondersteld collectief nut’
- ‘Voorlichting is helpend gedrag bestaande uit of vooruitlopend op informatieoverdracht met meestal de vooropgezette bedoeling mentaliteit en gedrag te veranderen in een breder beleidskader geformuleerde richting’
- ‘Voorlichting is bewust gegeven hulp bij menings- en besluitvorming door middel van communicatie’
- ‘Voorlichting is de verzamelnaam voor alle educatieve of informatieve interventie- activiteiten waarmee personen of organisaties, binnen het kader van een overkoepelende veranderdoelstelling, beogen bij doelgroepen gewenste ontwikkelingen te bevorderen en ongewenste tegen te gaan’³⁴

De belangrijkste kenmerken van voorlichting zijn:

- voorlichting is een geprogrammeerde doelgerichte activiteit (interventie)
- voorlichting gebruikt communicatie als instrument
- het gaat bij voorlichting om het bewerkstelligen van gedragsveranderingen op vrijwillige basis
- voorlichting richt zich op een aantal doelprocessen die haar onderscheiden van andere communicatieve interventies³⁴

Voorlichting probeert ‘iets’ dat ongewenst is, door middel van communicatie te veranderen in ‘iets’ dat gewenst is.²⁰

Tijdens voorlichting speelt er een soort leerproces af. In de voorlichting worden vijf fasen onderscheiden in dit leerproces, ook wel het adoptieproces genoemd.

De eerste fase, kennis, bevat twee aspecten: weten en begrijpen. De patiënt moet weten dat er informatie voor handen is en deze ook begrijpen.

Weten en begrijpen zijn een voorwaarde voor de volgende fase: overtuigen. Hier maakt iemand een persoonlijke afweging of hij ook daadwerkelijk iets gaat doen met de voorlichting.

In de fase daarna neemt men de beslissing na de persoonlijke afweging. Hierbij speelt de houding en invloed van de omgeving een erg belangrijke rol.

Of men ook werkelijk deze beslissing kan uitvoeren is sterk afhankelijk van de mogelijkheden die hiervoor aanwezig zijn.

De laatste fase is die van gedragsbehoud. Hierbij speelt feedback een belangrijke rol. Een succesvolle ervaring zal leiden tot positieve feedback.¹⁹

§ 1.4 Patiëntenvoorlichting

§ 1.4.1 Inleiding

Patiëntenvoorlichting heeft in korte tijd een snelle ontwikkeling doorgemaakt. Verschillende beroepsgroepen nemen patiëntenvoorlichting op in hun beroepsprofiel.¹⁶ Binnen de beroepsorganisaties en opleidingen worden initiatieven genomen om patiëntenvoorlichting professioneler en gestructureerder te maken. Patiëntenvoorlichting is daarom binnen de gezondheidszorg niet meer weg te denken.¹

Patiëntenvoorlichting blijkt een belangrijk onderdeel te vormen van de behandeling. Een patiënt vindt in het algemeen informatie over de klacht, de behandeling en zijn gezondheid erg belangrijk. Voorlichting is een onderdeel van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Een patiënt heeft recht op informatie, dit is wettelijk vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandeling Overeenkomst (WGBO, 1995).⁶

Gezondheidsinformatie kan er enerzijds toe leiden dat mensen zich verantwoordelijker gedragen ten aanzien van hun eigen gezondheid, dit heeft een preventieve werking. Anderzijds krijgen die mensen vanuit dezelfde verantwoordelijkheid ook meer mogelijkheden om te beslissen over hun eigen medische behandeling.¹

Binnen de hedendaagse opvattingen over gezondheid worden zelfredzaamheid en zelfstandigheid beschouwd als belangrijke elementen.¹¹

Voorlichting maakt altijd deel uit van de empowerment- zelfmanagementbenadering.

Zelfmanagement wil zeggen dat de patiënt zelfstandig adequaat met zijn/ haar ziekte om kan gaan en veranderingen en problemen aan kan.⁶

Alle belangrijke aspecten van voorlichting zijn terug te vinden in de definitie van patiëntenvoorlichting van 'Damoiseaux en Visser' (1988):

*Patiëntenvoorlichting is een planmatig, leer- en/ of communicatieproces met een gericht doel, dat in samenspraak met de patiënt wordt geformuleerd om zodanige veranderingen in kennis/ inzicht/ vaardigheden/ attitude/ gedrag te bewerkstelligen dat een gunstige invloed op het genezingsproces en het omgaan met (restanten van) ziekte verwacht mag worden.*⁶

Ook wordt de definitie van 'van den Borne' (1997) vaak genoemd bij patiëntenvoorlichting:

Een planmatige leerervaring waarbij meestal een combinatie van methoden wordt gebruikt, zoals informatieverstrekking, advisering en gedragsveranderingstechnieken die de beleving van de ziekte en/of de kennis en het gezondheidsgedrag van de patiënt beïnvloeden gericht op het verbeteren of handhaven van de gezondheid of het leren omgaan met een (chronische) aandoening.^{27,30}

Bij patiëntenvoorlichting worden vier functies onderscheiden; informatie, instructie, educatie en begeleiding.⁴

Patiënteninformatie

- De overdracht van relevante gegevens die de patiënten in staat stellen om een objectief beeld te vormen van de aard van de aandoeningen, het doel en de risico's van mogelijke onderzoeken en behandelingen.⁴

Patiënteninstructie

- Voorschriften over de rol van de patiënt bij onderzoek en behandeling.⁴

Patiënteneducatie

- Het zodanig uitleg geven over de ziekte en behandeling dat de patiënt de achtergronden en gevolgen ervan beter leert begrijpen en gaat inzien wat hij zelf kan doen om beter te worden of om zijn ziekte onder controle te houden.⁴

Patiëntenbegeleiding

- Steun verlenen aan de patiënt door middel van communicatie om de psychische belasting van de behandeling, de ziekte en de gevolgen ervan zo goed mogelijk te verdragen.⁴

§ 1.4.2 Doel patiëntenvoorlichting

Patiëntenvoorlichting heeft primair het doel om patiënten te informeren over hun aandoening, over de operatie, over de gebeurtenissen en over hulpverleners waarmee zij tijdens de opname te maken krijgen. Dit kan leiden tot het reduceren van angstgevoelens en het verminderen van somatische ziektelast.^{4,14}

Een patiënt die voorlichting krijgt, kan kennis en vaardigheden opdoen die hij nodig heeft in het leven van alledag, ook na de behandeling. Het begrip 'empowerment' komt steeds vaker naar voren. Het begrip duidt het proces aan waardoor een patiënt kennis, attitudes en vaardigheden ontwikkelt, waarmee hij beter in staat is met zijn gezondheidsproblemen om te gaan.

Voorlichting vergroot de mogelijkheden om zelf de kans op herhaling van de klachten te verminderen, zeker als de patiënt meer beslissingsmogelijkheden heeft over de behandeling.^{6,19} Bovendien kan de patiënt zich door voorlichting vaardigheden eigen maken om adequaat om te gaan met blijvende klachten of beperkingen, op een manier die bij de patiënt past. Voorlichting is zo op te vatten als een therapeutisch instrument, dat wordt ingezet om een gunstig behandelresultaat te bereiken en te continueren.

Voorlichting helpt patiënten om inzicht in hun problemen te verschaffen en het nut van de behandeling en oefenfrequentie te laten zien.⁶

Verder heeft voorlichting tot doel om patiënten vaardigheden en gedrag aan te leren, waarmee zij zelf een bijdrage aan hun herstel kunnen leveren oftewel het bevorderen van gezond gedrag. Hierdoor zal het verblijf in het ziekenhuis voor de patiënt voorspoediger verlopen.

Goede voorlichting sluit aan bij de informatiebehoefte van patiënten en kan bijdragen aan het doel om efficiënter, effectiever en minder gebruik te maken van de gezondheidszorg.^{4,14}

Een ander doel van patiëntenvoorlichting is het bevorderen van de therapietrouw. Een internationaal geaccepteerde en gebruikte definitie van therapietrouw is: "De mate waarin iemands gedrag (in termen van medicatie inname, dieet volgen of veranderingen in leefregels uitvoeren) overeenkomt met medisch of gezondheidsadvies".¹¹ Het begrip compliance (therapietrouw en adviestrouw) geeft het uitvoeren van het gedrag aan gedurende enige tijd, bijvoorbeeld gedurende de behandelmethode (korte- termijn gedragsbehoud).

In de loop van de behandeling is een expliciete samenwerkingsrelatie wenselijk. Zeker wanneer de therapeut samen met de patiënt toewerkt naar 'compliance' en zelfmanagement. In deze fase neemt de patiënt een steeds groter aandeel in de verantwoordelijkheid om het doel te realiseren.

Goede gezondheidsvoorlichting toont bij verschillende doelgroepen een toename in kennis en een toename in risicoperceptie aan. Voorlichting zou moeten leiden tot gedragseffecten.¹⁷ Van 'adherence' spreekt men als het gaat om langdurig uitvoeren van gedrag, ook na de behandelperiode (lange-termijn gedragsbehoud).⁶

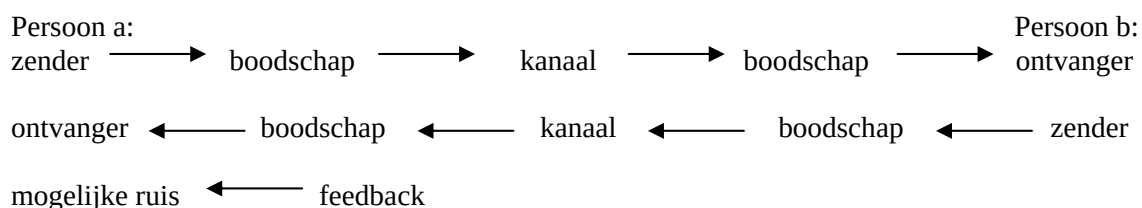
Men mag alleen een succesvol resultaat verwachten wanneer de patiënten inzicht hebben in hun probleem, de behandeling goed aanvaarden en het nut van de oefeningen en vooral van de oefenfrequentie inzien. Voldoende motivatie verhoogt de therapietrouw en deze therapietrouw maakt het mogelijk het resultaat op lange termijn te handhaven.¹³

§ 1.4.3 Relatie zender- ontvanger

Methoden van voorlichting zijn te plaatsen op een dimensie die loopt van eenzijdige naar tweezijdige communicatie. Bij eenzijdige communicatie loopt de informatiestroom van voorlichter (zender) naar de doelgroep (ontvanger), zonder direct contact tussen beide partijen. Bij tweezijdige communicatie wisselen voorlichter en doelgroep, in direct contact, informatie uit: het interpersoonlijk gesprek.¹⁹

De therapeut en de patiënt hebben elkaar nodig om de behandeling goed te laten verlopen. Ze vragen en ontvangen informatie. De communicatie begint bij de zender, de therapeut. Deze zendt informatie aan de ontvanger, de patiënt. Zij wisselen achtereenvolgens boodschappen uit. Zij zijn dus om de beurt de bron (zender) en de ontvanger van informatie.⁶

Dit leidt tot het volgende communicatieproces:



Voorlichting doet een appèl op de vrijwilligheid van de ontvanger. De zender kan de ontvanger niet dwingen. Het gaat om een goede interactie tussen de voorlichter (zender) en de patiënt (ontvanger).²⁰ De ontvanger zelf is in eerste instantie niet op zoek naar de boodschap. De zender zoekt hem daarentegen op.¹⁷

Ruis in de communicatie is een signaal dat niet goed doorkomt. Ruis kan optreden bij alle onderdelen van het communicatieproces. Een ruis zal de communicatie bemoeilijken.

Een folder over de aandoening (kanaal) met te veel moeilijke woorden of te lange zinnen zorgt voor ruis, waardoor de patiënt de informatie niet begrijpt.⁶

Uit de reactie van de ontvanger, verbaal en non- verbaal, kan men vaak al een indruk verkrijgen of de ontvanger de boodschap begrijpt.

Een hulpverlener kan expliciet nagaan hoe zijn informatie overgekomen is middels het stellen van vragen. Zo zorgt een hulpverlener voor terugkoppeling. Op deze manier kan hij misverstanden opsporen, achterhalen of de boodschap is overgekomen en het bedoelde effect heeft gehad. Ruis is op deze manier te achterhalen en op te lossen.⁶

De mate van blootstelling van de boodschap is de centrale issue in het samenstellen van publieke voorlichtingscampagnes. Vaak is er een grote mate van blootstelling nodig om bepaalde effecten te behalen.¹⁵

Om een werkrelatie tot stand te brengen laat de therapeut zowel verbaal als non- verbaal merken dat hij de patiënt hoort, ziet en respecteert. In de loop van de behandeling neemt de autonomie van de patiënt toe. De hulpverlener werkt ernaar toe dat de patiënt de coördinator wordt van zijn herstelplan. De patiënt krijgt gedurende het revalidatietraject meer zeggenschap, en/ of neemt meer verantwoordelijkheid.⁶

Voorlichting vereist van beide partijen een positieve houding en een daadwerkelijke bereidheid om vanuit gelijkwaardigheid met elkaar en elkaars deskundigheid om te gaan.⁶

§ 1.4.4 Homogene doelgroep

Belangrijk bij het geven van voorlichting is het bepalen van de doelgroep, de doelgroep waar voorlichting aan gegeven wordt moet voldoende homogeen zijn. Bij een niet homogene doelgroep kan de afstemming problemen geven. Voor een doelgroep die sterk varieert in voorkennis ten aanzien van een bepaald onderwerp kan een boodschap die is afgestemd op de gemiddelde voorkennis van de doelgroep, ertoe leiden dat de boodschap voor een deel te moeilijk is en voor anderen te makkelijk of zelfs overbodig. Verder is hierbij de relatie tussen zender en ontvanger belangrijk. Bij een passieve relatie ontvangt de zender weinig of geen informatie van zijn publiek over de boodschap. De zender moet ervoor zorgen dat gedurende het hele werkproces, dus zowel voor, tijdens en na de ontwikkeling van de boodschap, informatie van het publiek ontvangt.²¹

§ 1.4.5 Effectiviteit patiëntenvoorlichting

Doordat patiëntenvoorlichting in veel vormen in de gezondheidsvoorlichting voorkomt, zijn er geen eensluitende conclusies over de effectiviteit hiervan. Het Nederlands literatuuronderzoek is nog schaars. De meeste interventies bestaan uit een combinatie van schriftelijke en mondeling voorlichtingsmethoden. De resultaten zijn over het algemeen gunstig.

Patiënten die voorgelicht zijn over een ingreep, ervaren over het algemeen minder angst en minder pijn. Procedurele informatie heeft hierop geen effect.

Sensorische informatie, voorlichting door modeling en gedragsmatige technieken lijken wel effectief.

Uit gegevens over gezondheidsvoorlichting blijkt dat een combinatie van meerdere methoden effectiever is.²⁷

Bij goede gezondheidsvoorlichting is het gebruikelijk om de effecten te onderscheiden naar veranderingen in kennis, houding, gedrag en een toename van risicoperceptie.^{17,10} Deze kunnen

betrekking bieden op de individuele persoon, op bepaalde publiekssegmenten of op de samenleving als totaal.¹⁰

Patiënten met persoonlijke risicoperceptie hebben de neiging tot onrealistisch optimisme; ze onderschatten systematisch hun eigen persoonlijke risico, in vergelijking met het risico van anderen. Vanwege dit onrealistisch optimisme nemen ze vaak onvoldoende maatregelen om zich tegen het risico te beschermen.²⁷

Als effect kan men ook aanmerken het bekrachtigen en/ of bevestigen van bestaande opvattingen, attitudes en gedrag en het versterken van cognities, opinies en meningen. Het meest succesrijk is een ombuiging van bestaand gedrag naar gewenst gedrag of een verschuiving van bestaand gedrag naar gewenst gedrag. Bovengenoemde veranderingen voltrekken zich op het individuele niveau. Eind jaren zestig concludeerde men dat het belangrijkste effect gezocht moest worden in de richting van attitudeverandering. Heden ten dage bekommert men zich voornamelijk om effecten op cognitief niveau. Dit wil echter geenszins zeggen dat attitude- en gedragseffecten in de vergetelheid zijn geraakt.¹⁰

§ 1.4.6 Voorlichtingsmiddelen

Groepsvoorlichting

Heymann (1988) maakt met betrekking tot groepsvoorlichting een onderscheid tussen sfeerbevoorlichtende werkvormen, werkvormen voor informatieoverdracht en werkvormen die geschikt zijn om informatie te verwerken.³⁴

Bij groepsvoorlichting kan gebruik gemaakt worden van lezingen en groepsdiscussies.

- Lezingen

Een lezing heeft vooral als doel het overdragen van informatie, wat ook bij massamediale voorlichting het geval is. Door middel van lezingen bereikt men minder gemakkelijk een groot aantal mensen dan met behulp van massamediale voorlichting, maar daar staan een aantal voordelen tegenover:

- de spreker kan beter aansluiten bij problemen die voor de patiënten belangrijk zijn en bij ontwikkelingsniveau en voorkennis
- de spreker kan al tijdens de lezing iets zien van de reacties van de patiënten (feedback), en daarop inhaken
- de lezing kan gevolgd worden door vragen van de patiënten en door een discussie

Het nadeel is dat de patiënten hun aandacht kunnen verliezen en een deel van de lezing missen.³⁴

- Groepsdiscussies

In de voorlichting worden groepsdiscussies vooral gebruikt om individuen te helpen zich bewust te worden van hun problemen en vervolgens te zoeken naar oplossingen voor deze problemen. Groepsdiscussies kunnen een rol spelen bij: kennisverandering, attitudeverandering en gedragsverandering van patiënten.³⁴

Folders en brochures

Folders en brochures hebben een ondersteunende functie en worden gezien als hulpmiddel.

Deze voorlichtingsmiddelen lijken minder spectaculair dan televisie en film, maar worden nog veel als voorlichtingsmiddelen gebruikt. Schriftelijk informatiemateriaal speelt een functionele rol bij efficiënte voorlichting.

Een zorgvuldig gerichte en goed op de doelgroep afgestemde folder of brochure kan nuttige functies vervullen.

Hieronder worden de voor- en nadelen van folders en brochures beschreven.³⁴

Voordelen:

- het is een relatief goedkoop media

- de informatie wordt logisch en systematisch aangeboden
- het materiaal kan op elk tijdstip gelezen worden
- cognitieve effecten worden bereikt
- het materiaal is beschikbaar voor een groot aantal patiënten
- het materiaal kan angst reduceren, motivatie opwekken, kennis vergroten en de betrokkenheid verhogen
- het materiaal is altijd beschikbaar
- het materiaal kan bewaard worden
- het materiaal kan gecombineerd worden met andere media³⁴

Nadelen:

- het materiaal roept meer vragen op dan het beantwoordt
- het materiaal wekt interesse op in de eerste fase van het voorlichtingsproces
- het materiaal kan niet op persoonlijke maat geschreven worden
- de ontvangers hebben ieder een persoonlijk opleidingsniveau, behoefte, motivatie en taalgebruik
- verschillende soorten deskundigen zijn nodig voor het maken van schriftelijk materiaal
- houdings- en gedragsverandering als effect zijn minder waarschijnlijk
- het materiaal geeft een statisch beeld
- het is moeilijk om met behulp van schriftelijk materiaal niet- geïnteresseerden te bereiken³⁴
- er moet veel aandacht worden besteed aan het verspreiden van het materiaal¹

Internet

Dit medium in patiëntenvoorlichting is een relatief nieuw middel om patiënten van informatie te voorzien. Het gaat hierbij om informatiebronnen waarbij gebruikers thuis informatie kunnen opvragen van een centrale computer.

Uit onderzoek van de Europese commissie is gebleken dat 23% van de Europeanen het internet gebruiken om gezondheidsinformatie te verkrijgen. Volgens de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 1999) worden er voor patiënten kansen geboden met internet die duidelijk leiden tot patiënt empowerment.²⁷

Een voordeel van dit medium is dat de informatie op elk moment van de dag aangepast kan worden aan nieuwe ontwikkelingen. Daarnaast kan precies die informatie aangevraagd worden, die wenselijk is.¹ De bron bepaalt de kwaliteit (actualiteit, volledigheid, betrouwbaarheid en begrijpelijkheid) van de informatie.⁶

Gedurende de hele dag kan gebruikt gemaakt worden van dit medium van patiëntenvoorlichting. Door middel van het gebruik van e-mail is er een tweerichtingsverkeer mogelijk. Daarentegen kan het gebruik van internet hoge kosten met zich meebrengen.¹

Audiovisuele middelen

Audiovisuele communicatie is een kunstmatige, door de mens gemaakte communicatievorm die op gezicht en gehoor van anderen wil inspelen, dit kan gedaan worden door middel van beelden, geluiden en teksten.²³ Via deze middelen kan er informatie gegeven worden over een gezondheidsprobleem of over verschillende aandoeningen. Veel materialen bieden alleen informatie, sommige bieden de mogelijkheid tot herkenning en weer anderen laten een rolmodel voor gewenst gedrag en succeservaring zien. De inhoud en kwaliteit van de informatie van deze middelen hangen sterk af van de soort organisatie die deze heeft laten ontwikkelen.⁶

Onder audiovisuele middelen wordt verstaan; film, video, DVD, CD-rom, dia's, geluidscassette en affiches.³

Voorlichting heeft het meest effect als er meerdere zintuigen van de patiënt tegelijkertijd geprikkeld worden.¹² Hoe meer de patiënt bij de voorlichting betrokken is des te effectiever is de overdracht.

Wat herinneren patiënten zich van een informatieoverdracht?
10% van wat zij lezen

20% van wat zij horen
35% van wat zij zien
55% van wat zij horen en zien
80% van wat zij zelf zeggen
90% van wat zij zelf zeggen en tegelijkertijd demonstreren²³

Video/ DVD is een zeer krachtig communicatiemiddel, het is een medium dat een groot aantal informatiecodes bevat zoals; geluid, beeld, tekst, grafieken, schema's beweging, etc.⁵

De video/ DVD is in staat om realistisch te visualiseren en kan daardoor de werkelijkheid direct in beeld brengen, dit in tegenstelling tot woorden. De betekenis van taal berust op afspraken en is dus moeilijk toegankelijk.

Beelden leiden direct tot een 'interne representatie', dit wil zeggen vorming van een mentaal beeld. Dit komt omdat het ruimtelijke beeld direct en in zijn geheel verwerkt wordt. Bij teksten is een 'transformatie' nodig om een interne representatie mogelijk te maken. Tekst is voltijdelijk, dat wil zeggen letter voor letter en woord voor woord verwerkt.^{9,21}

Een belangrijk kenmerk van video/ DVD is het gebruik van bewegende beelden. Deze beelden kunnen een aantal communicatieve functies vervullen:

- het overbrengen van feitelijke informatie, dit kan op 3 manieren:
 - beelden gebruiken om te laten zien hoe iets gedaan moet worden; demonstratie
 - beelden gebruiken om dingen te laten zien die in woorden moeilijk te beschrijven zijn; illustratie
 - beelden gebruiken om dingen te tonen die de kijker zelf niet direct kan zien; plaatsvervangende ervaring
- het vertonen van opvallende of bijzondere beelden om het contact tussen de kijker en de boodschap (weer) tot stand te brengen; vaak is dit reclame
- expressieve functie; het videoprogramma doet een beroep op het gevoel van de kijker, hij wordt er emotioneel bij betrokken³⁴

Geluid is een essentieel aspect van audiovisuele communicatie. Het is evenals beeld en beweging een primair kenmerk.

Een aantal functies die geluid kan vervullen zijn:

- het weergeven van geluiden die bij de beelden horen, bijvoorbeeld de uitleg van de orthopeed bij de operatie die in beeld is
- het geven van toelichting op beelden, bij het geven van toelichting op bewegingsvoorstellingen wordt iets verteld dat niet zonder meer uit de beelden kan worden opgemaakt
- gelijke informatie over twee kanalen (oog en oor)
- richten van de aandacht van de kijkers op de belangrijkste aspecten van het beeld (sturing van waarneming)
- scheppen van sfeer (muziek)³⁴

Er bestaan tussen beeld en geluid verschillende relaties:

- geluid is identiek aan het beeld
- geluid verwijst naar het beeld; vermeden moet worden dat de commentaarstem uitlegt wat de kijker ziet
- het geluid geeft commentaar bij het beeld
- het geluid geeft commentaar op het beeld

Het geluid vertoont geen directe relatie met het beeld, hierdoor bestaat de kans dat de informatie van het beeld of geluid niet goed wordt opgepikt.³⁴

Audiovisuele voorlichting heeft enkele voor- en nadelen:

Voordelen:

- video is op meerdere wijzen te gebruiken; als instructie, demonstratie, (onderdeel van) training, toetsing (van probleemoplossing) en als observatie- instrument
- zowel auditieve- als waarnemingskanalen worden aangesproken
- biedt de mogelijkheid tot ‘manipulatie’
- groot bereik mogelijk
- in vele settings bruikbaar en toepasbaar
- stelt weinig eisen aan gebruiker/ intermediair
- kan herkenning en/ of betrokkenheid oproepen (bijvoorbeeld ervaringsverhalen)³⁴
- grote controle over de voorlichtingsboodschap²⁷
- emotionele invloed op het publiek, hierdoor raken de kijkers betrokken bij het onderwerp
- het programma kan direct herhaald worden
- de mogelijkheid van een onjuiste interpretatie wordt beperkt
- eenvoudige bediening
- er wordt met meerdere zintuigen waargenomen, waardoor er beter wordt onthouden³⁴

Nadelen:

- kan passiviteit ontvanger uitlokken
- kwaliteit van effect hangt mede af van degene die dit middel hanteert; instructie/ training kan wenselijk zijn
- tijdrovend en kosten
- subgroep hoeft zich niet in (personages in) video te herkennen
- bereikt niet altijd de juiste doelgroep
- speciale deskundigheid nodig²⁷

§ 1.5 Stappenreeks van voorlichting

De definitie van de stappenreeks van voorlichting:

Een voorlichtingsmethodiek waarbij de paramedicus vanuit een samenwerkingsrelatie met de patiënt, afgestemd op de patiënt en de mogelijkheden van de behandeling, de patiënt doelgericht, systematisch en procesmatig begeleidt met als doel een bijdrage te leveren aan het verbeteren of handhaven van de gezondheidssituatie of het leren omgaan met een (chronische) aandoening. De paramedicus stimuleert de patiënt om waar mogelijk zelf actief met zijn gezondheidssituatie om te gaan. De stappenreeks omvat achtereenvolgens, maar niet noodzakelijk chronologisch toegepast, de stappen: Openstaan, Begrijpen, Willen, Kunnen, Doen en Blijven doen. Persoonsgebonden factoren ondersteunen daarbij het toepassen van de stappenreeks.³⁰

De stappenreeks is één van de modellen die het proces van gedragsverandering beschrijven. De stappenreeks is zo ontwikkeld om patiënten te begeleiden, zodat ze dingen blijven doen door het aangeleerde gedrag op lange termijn vol te houden.⁶

- Openstaan

De stap Openstaan is de eerste stap van blijvende gedragsverandering. Openstaan verwijst naar de bereidheid om informatie uit te wisselen over de gezondheid en oplossingen te zoeken. Openstaan is een modaliteit die van moment tot moment en van boodschap tot boodschap kan verschillen.

“Openstaan” doet zich voor bij elk contact, tijdens de voortgang van een gesprek en bij elke nieuwe boodschap. Openstaan is niet iets vanzelfsprekends. Er zijn veel omstandigheden, in de situatie en omgeving van de patiënt, die zijn aandacht in beslag kunnen nemen.

Factoren in de stap Openstaan zijn; behoeften, emoties, conditie, omgeving en therapeut. Vragen, emoties en zorgen van de patiënt bepalen aan welke informatie hij op dat moment behoefte heeft. Daarnaast kan de omgeving waarin voorlichting plaatsvindt het proces verstoren. Ook de therapeut als persoon en de behandelrelatie tussen therapeut en patiënt hebben invloed op de stap Openstaan.

Geloofwaardigheid en professionaliteit van de therapeut zijn van belang.⁶

- Begrijpen

Therapeuten geven veel informatie over het gezondheidsprobleem en de behandeling.

Kennis helpt de patiënt om grip te krijgen op hun situatie, om angst te kunnen hanteren en met de ziekte of beperking om te gaan. De stap Begrijpen omvat opnemen en onthouden van informatie.

Uitgangspunt voor de stap Begrijpen is wat de patiënt al weet over zijn gezondheidsprobleem, hoe hij zijn probleem ziet en welke verklaringen hij er zelf voor heeft. De therapeut kan zo op deze informatie aansluiten. Meestal stellen patiënten informatie over de klacht en behandeling op prijs. Weten wat er aan de hand is geeft een gevoel van controle op de situatie waardoor onrust en angst minder worden en maakt de situatie beter hanteerbaar.

De behoefte aan informatie verschilt per situatie en per persoon. Drie soorten informatie zijn van belang; technische informatie, belevingsinformatie en procedure informatie.

Het opnemen van informatie vereist concentratie, goede zintuigen en een geschikte omgeving. Het onthouden van de informatie die de patiënt krijgt is beperkt. Een patiënt kan niet alle informatie onthouden die hem aangereikt wordt. Belangrijke informatie kan in de veelheid van onderwerpen verloren gaan.⁶

- *Willen*

De stap Willen verwijst naar de bereidheid van de patiënt om een oplossing te zoeken, een oplossing te kiezen, die uit te proberen of die (korte of langere tijd) toe te passen.

De stap Willen wordt bepaald door de balans tussen attitude (A), sociale invloed of sociale omgeving (S) en eigen effectiviteit (E) of haalbaarheidsverwachting.

De factoren uit het ASE- model heten ook wel determinanten van de (gedrags) intentie.⁶

- *Attitude*

Attitude is de eerste determinant van de stap Willen. Het begrip attitude duidt denkbeelden en verwachtingen aan. Het gaat hierbij om de voorstelling die iemand van zijn ziekte heeft en wat die voor hem betekent, ook om opvattingen en meningen over gezondheid en de behandeling. Het gaat bij de stap Willen om de ideeën over het verwachte resultaat, de risico's en voor- en nadelen van verschillende oplossingen. De patiënt vraagt zich af welk resultaat hij kan verwachten. Het resultaat dat een patiënt verwacht, wordt gekleurd door zijn kijk op de situatie en op het gewenste gedrag.

De risico inschatting gaat om de inschatting die iemand maakt van de kans om die ziekte of klacht zelf te krijgen. Welk risico loopt de patiënt als hij zo door gaat is dan een directe vraag.

Ook de voor- en nadelen worden tegen elkaar afgewogen. Iemand maakt een individuele afweging van voor- en nadelen, ook al gebeurt dat niet altijd zo bewust en expliciet. Deze afweging vindt plaats op grond van een individuele waardering van factoren.⁶

- *Sociale invloed*

Met sociale invloed wordt bedoeld; de invloed die de omgeving uitoefent op de patiënt. Het is per individu verschillend in hoeverre iemand zijn omgeving als steunend of belemmerend ervaart bij verandering van gedrag. Ze kunnen naast emotionele steun ook praktische steun geven. Dit is niet bij iedereen even belangrijk, maar de sociale omgeving kan veel invloed hebben door steun te geven of druk uit te oefenen.⁶

- *Eigen effectiviteit*

Eigen effectiviteit is de derde determinant van de stap Willen. Eigen effectiviteit wordt ook wel zelfeffectiviteit of self efficacy genoemd. Hiermee wordt het vertrouwen in het eigen kunnen bedoeld. Of mensen vertrouwen hebben in hun eigen kunnen, hangt ten eerste af van hun ervaringen. Als iemand heeft ervaren dat hij een voornemen succesvol heeft uitgevoerd, geeft dat een geweldig stimulans aan de eigen effectiviteit. Daarom is het belangrijk dat er haalbare opdrachten aan de patiënten worden gegeven, zo doen zij succeservaringen op. Ervaringen en informatie van lotgenoten hebben vaak meer effect dan de argumenten van de therapeut.⁶

Deze drie factoren samen bepalen de manier waarop de patiënt tegen het probleem en mogelijke oplossingen aankijkt. Samen vormen ze de bereidheid van de patiënt om het probleem aan te pakken en te werken aan een oplossing. Omdat een oplossing pas echt een oplossing kan zijn als de patiënt die als zodanig ervaart, is aansluiten bij het perspectief van de patiënt van belang. Heymann, die

voorlichting door hulpverleners in de gezondheidszorg onderzocht, heeft dat ‘omgekeerd denken’ genoemd; denken vanuit het perspectief van de patiënt.⁶

- *Kunnen*

Tussen de stap Willen en de stap Doen staan praktische bezwaren. De stap Kunnen verwijst naar het vermogen een handeling of aanpak thuis uit te voeren in het leven van alledag. Daarbij kunnen zich allerlei problemen voordoen, verwacht en onverwacht. Om daarmee om te kunnen gaan staan vaardigheden centraal die nodig zijn om het beoogde gedrag uit te voeren. Het gaat daarbij vooral om het uitvoeren ervan tijdens de behandelcontacten, gedurende de behandelperiode en na afloop van de behandeling. De therapeut kan daarbij anticiperen op eventuele problemen, in de stap Kunnen kijkt de therapeut met de patiënt vooruit naar de stap Doen.

Behalve om handelingsvaardigheden, gaat het ook om sociale vaardigheden en vaardigheden om te plannen en problemen op te lossen, om het gewenste gedrag uit te kunnen voeren.⁶

- *Doen*

De stap Doen omvat het uitvoeren van het gedrag in andere omstandigheden en op andere plaatsen en heeft enkele praktische aandachtspunten die de uitvoering van het gedrag in de eigen omgeving kunnen bevorderen. De stap vindt plaats in de behandelpraktijk. Doelen kunnen als ondersteunend motivatiemiddel worden gebruikt, maar moeten wel aansluiten bij de wensen van de patiënt. Heldere afspraken (‘contracting’) die in overleg tot stand zijn gekomen, maken het beter mogelijk een afspraak uit te voeren. Uiteindelijk is het de bedoeling de patiënt te laten ervaren dat het hem lukt. Een succeservaring vormt op zichzelf namelijk een positieve feedback. De therapeut kan ook positieve feedback leveren. Maatwerk maakt het makkelijker om het nieuwe gedrag werkelijk uit te voeren. Het zelf kunnen kiezen uit mogelijkheden vergroot bovendien de acceptatie van de adviezen. Gaandeweg past de patiënt de vaardigheden toe in andere situaties (generalisatie).⁶

- *Blijven doen*

Doen en Blijven doen gedurende de behandeling (compliance) vraagt al aandacht en inzet, Blijven doen na afloop (adherence) nog meer. Pas na de behandeling wordt zichtbaar of het lukt het gedrag op langere termijn vol te houden. Daarop zijn verschillende factoren van invloed zoals; positieve feedback, attributie, risicosituaties, zelfmanagementtechnieken, steun van omgeving, oude en nieuwe gewoonten en follow up.

Vanaf het begin van de behandeling kan de therapeut toewerken naar de stap Blijven doen door factoren in de voorgaande stappen te beïnvloeden. In de loop van de behandeling kijken therapeut en patiënt daarom ook al vooruit: wat kun je (blijven) doen om deze klachten te voorkomen of om met resterende klachten om te gaan.⁶

§ 1.6 Persoonsgebonden factoren

Er dient bij het geven van voorlichting rekening gehouden te worden met de persoonsgebonden factoren. Persoonsgebonden factoren maken deel uit van het ‘Meer Dimensionaal Belasting Belastbaarheidsmodel’.⁶

De definitie voor persoonsgebonden factoren (P- factoren) is:

Psychologische factoren die specifiek zijn voor de desbetreffende patiënt. Genoemd worden: demografische kenmerken, locus of control, stijl van attribueren, stijlen van coping, emotionele gesteldheden (waaronder verwerkingsprocessen, angst, boosheid en depressie), pijn en somatisatie.³¹

Inzicht in de P- factoren maakt het mogelijk een therapie nog meer op maat te laten plaatsvinden door aan te sluiten bij de unieke persoonskenmerken van de patiënt. De P- factoren lenen zich om zeer specifiek en heel concreet de patiënt te helpen en waar mogelijk in te zetten in een gedragsgeoriënteerde aanpak. De factoren kleuren de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt, maar ook die van de fysiotherapeut.³¹

- **Demografische kenmerken**
Informatie over leeftijd, geslacht, opleiding, burgerlijke staat en beroep maken een algemene indruk over de patiënt en zijn levenssituatie.⁶
- **Locus of control**
Patiënten zijn verschillend in de mate waarin zij denken invloed uit te kunnen oefenen op hun levensbeloop. Er zijn twee typen locus of control: externals en internals. De externals beschouwen het leven als een niet beïnvloedbaar proces. Zij beschouwen het leven als een aaneenschakeling van toevalligheden, hun locus of control ligt buiten henzelf. De internals hebben een interne locus of control, zij beschouwen het leven als een beïnvloedbaar proces. Deze patiënten hebben het idee invloed uit te kunnen oefenen in situaties en kunnen zich actiever opstellen in een behandeling. Zij gaan minder kwetsbaar door het leven en hebben een hogere kwaliteit van leven. Hoe een patiënt zijn locus of control ziet, beïnvloedt het therapeutisch proces. De therapeut probeert om bij patiënten met een externe locus of control een verschuiving te bewerkstelligen naar een interne locus of control.⁶ Patiënten met een interne locus of control zullen eerder therapietrouw blijven, omdat ze actief in hun herstelproces staan, tevens hebben deze patiënten een positieve invloed op het tempo van herstel. Patiënten met een externe locus of control leiden een passief leven en laten hun herstel meer aan anderen over, wat zal leiden tot een langere herstelperiode.
- **Stijlen van attribueren**
Attribueren is de manier waarop patiënten slagen of falen toeschrijven op hun leven of gezondheid.
Aan attributies zijn drie dimensies te onderscheiden: de intern/ extern dimensie, de stabiliteitsdimensie en de specifiek/ globaal dimensie. De intern/ extern dimensie geeft aan of iemand invloed denkt te hebben op zijn situatie (interne locus of control) of dat zijn leven of gezondheid buiten zijn invloedsfeer ligt (externe locus of control). De stabiliteitsdimensie geeft aan of de patiënt deze invloed als stabiel (blijvend/ onveranderd) ervaart of als instabiel (tijdelijk/ veranderbaar). Tijdens de behandelcontacten stelt de therapeut de patiënt de vraag in hoeverre hij denkt invloed te hebben op het verloop van de behandeling. Tijdens de behandeling blijkt door de uitspraken van de patiënt of hij zijn behandeling (doen van oefeningen) als stabiel of instabiel ervaart. De specifiek/ globaal dimensie kan de patiënt zijn situatie beschrijven als specifiek of globaal.⁶ Er is sprake van specifieke attributie als de patiënt de invloeden bij het slagen of falen van een behandeling als specifiek voor die behandeling opvat, 'déze behandeling lukt wel of niet'. Bij een globale attributie benadert de patiënt de invloed van slagen of falen van een behandeling vanuit globale factoren die op meerdere situaties van toepassing kunnen zijn.
In situaties waarin een behandeling niet meer bevredigend verloopt, is het zinvol om de patiënt de stijlen van attribueren te bespreken. De fysiotherapeut bespreekt met de patiënt haar attributie eventueel veranderd kunnen worden, zodat de patiënt zich weer open kan stellen en opnieuw gaat participeren. Dit valt onder de stap Openstaan in de stappenreeks van voorlichting.²⁹
- **Stress**
Bij stress is er sprake van een verstoorde relatie tussen het individu en diens omgeving en ontstaat wanneer iemand niet kan voldoen aan de eisen die aan hem worden gesteld. Situaties die als stresserend ervaren worden, zijn stressoren. Als deze stressor langere tijd aanwezig blijft kunnen klachten zoals angst, depressie en lichamelijke klachten ontstaan. Er bestaat een rangorde van stresserende gebeurtenissen. Bepaalde gebeurtenissen (life events) brengen meer stress teweeg dan andere. Een echtscheiding scoort bijvoorbeeld hoog, een bekeuring scoort laag. Of situaties stressoren zijn, hangt af van factoren zoals duur, intensiteit, voorspelbaarheid van situaties. Maar ook de omgeving speelt hierbij een rol, of de patiënt steun krijgt van zijn naasten. Daarnaast kunnen zowel overbelasting als onderbelasting als zeer stresserend worden ervaren. Hoe patiënten op dergelijke situaties reageren, is bepalend voor hun psychologisch, somatisch en sociaal welbevinden.⁶
- **Stijlen van coping**

Met coping wordt bedoeld hoe een bepaalde patiënt door middel van zijn gedrag, manier van denken en emoties, zijn weg probeert te vinden in stresserende situaties.⁶ Patiënten schatten eenzelfde situatie verschillend in: wat voor de één een bedreiging vormt, is voor de ander misschien een uitdaging. Vervolgens zal de patiënt indien nodig, proberen iets aan de situatie te doen. Men spreekt in dit verband van coping ofwel het cognitief, gedragsmatig en emotioneel omgaan met een stresserende gebeurtenis. Aan coping zijn twee dimensies te onderscheiden: probleemgeoriënteerde (P- coping) versus emotieregulerende coping (E- coping).²⁹

Probleemgeoriënteerde coping betekent dat de patiënt gedrag vertoont dat erop gericht is de problemen op te lossen door daadwerkelijk te handelen.

Emotieregulerende coping betekent dat de patiënt gedrag vertoont dat erop gericht is de manier van aankijken tegen een problematische situatie te veranderen om op deze wijze de spanningen te verminderen.⁶

De tweede dimensie is een actieve versus een passieve, versus een vermijdende copingstijl. Een actieve stijl houdt in dat de patiënt het probleem aangaat. Bij een passieve benadering ondergaat de patiënt de situatie, bij een vermijdende aanpak ontloopt hij de situatie. Afhankelijk van de situatie is een bepaalde copingstrategie meer of minder effectief. Een passieve en vermijdende stijl van coping is doorgaans nadelig.

Wanneer er weinig mogelijkheden zijn om een problematische situatie daadwerkelijk te veranderen, maken patiënten meer gebruik van de emotieregulerende strategie. Zo valt te verwachten dat men eerder gebruik maakt van een vermijdende en passieve copingstrategie.

In de praktijk zijn er bij de dimensies verschillende benaderingen mogelijk: cognitieve, gedragsmatige en een meer emotiegerichte benadering van stress. Bij een cognitieve benadering kan de fysiotherapeut de eerder beschreven locus of control en stijlen van attribueren met de patiënt bespreken. Deze benadering stuurt het denken, het handelen en/ of de emoties aan.

De tweede benadering richt zich meer op gedragsniveau, gedrag dat alleen maar bijdraagt aan stress, kan daarbij onderzocht en vervangen worden door stressverlagend of reducerend gedrag. Dit houdt verband met de probleemgeoriënteerde en actieve benadering. Bij de emotiegerichte benadering zijn relaxatieprocedures, biofeedback en haptonomie inzetbaar.²⁹

- Emotionele gesteldheden

De emotionele gesteldheden kunnen onderdeel zijn van verwerkingsprocessen. Emoties als angst, boosheid en depressie kunnen een rol spelen bij het verwerkingsproces. Angst ontstaat vaak wanneer mensen het gevoel hebben de controle te verliezen over de situatie.⁶

Als men de nadelen van het uitvoeren van de voorgestelde gedragsverandering te sterk angstaanjagend maakt, zal de patiënt emotionele coping toepassen en de angst reduceren door de boodschap van de fysiotherapeut te bagatelliseren. Teveel angst ondermijnt ook het vermogen tot informatieverwerking, de patiënt onthoudt minder als hij heel bezorgd is.⁷

Mensen met angst gaan nogal eens selectief om met informatie of maken de informatie voor het gevoel groter dan deze voor anderen is. Angst vraagt om het hervinden van zekerheden om weer grip te krijgen op de situatie. De meeste mensen verkiezen 'weten' en dus grip, boven 'niet weten'. Boosheid kan een reactie zijn op een ongewenste, onzekere of onverwachte confrontatie die leidt tot machteloosheid, frustratie, agressie en agressief gedrag. Mensen die de ervaring hebben dat niks helpt, wat ze ook proberen, verliezen hun vertrouwen. Dat lokt een depressieve stemming uit. Ze komen tot de conclusie dat het niks uitmaakt wat ze doen. Zij kunnen zich machteloos en depressief voelen.

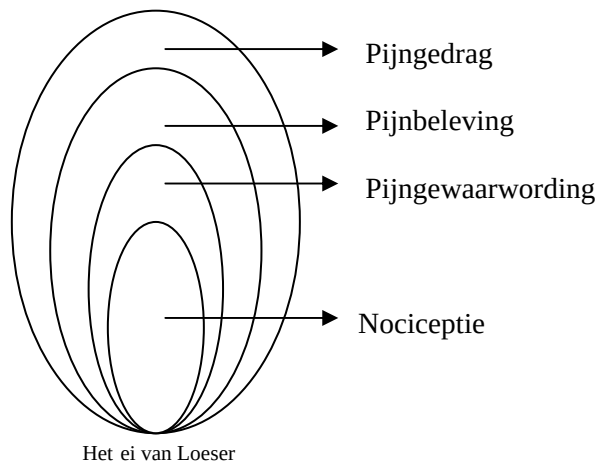
Om adequaat met de emoties van de patiënt om te gaan, is het van belang dat de therapeut ze herkent en juist interpreteert. Daarom is de therapeut alert op signalen of uitspraken die een uiting zijn van een emotie of van een verwerkingsproces.⁶

- Pijn

Pijn is een onaangename sensorische en emotionele ervaring die wordt geassocieerd met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of beschreven wordt in termen van een dergelijke beschadiging.³²

Pijn wordt in kaart gebracht door het 'ei van Loeser'. Het is een schematisch model dat de verschillende aspecten van pijn en hun onderlinge samenhang duidelijk maakt. Pijn wordt

onderverdeeld in nociceptie, pijngewaarwording, pijnbeleving en pijngedrag. Het model van Loeser biedt een aangrijpingspunt voor voorlichting. Patiëntenvoorlichting heeft invloed op de pijngewaarwording, pijnbeleving en het pijngedrag.⁶ Als er verteld wordt dat de patiënt na operatie pijn heeft, zal de revalidatie beter verlopen.^{6,27}



- Somatisatie
Bij somatisatie is er geen medische verklaring voor de lichamelijke klachten of staan deze klachten niet in verhouding tot de aandoening. Wanneer dit leidt tot beperkingen in het functioneren, is dit een somatoforme stoornis. Vaak gaat het somatiseren gepaard met angst of depressiviteit. Hoe langer de onbegrepen klachten blijven bestaan, hoe meer deze een eigen leven gaan leiden in het leven van de patiënt.⁶

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke strategieën er in de *voorbereidingsfase* en *productfase* van dit afstudeerproject gevolgd zijn.

In de voorbereidingsfase komen alle strategieën aan bod, die als voorbereidend werk dienen om de DVD tot stand te brengen. In de productfase is het draaiboek en de nieuwe voorlichtings- DVD ontwikkeld.

§ 2.1 Voorbereidingsfase

Het bestuderen van huidige voorlichting aan patiënten

- huidige voorlichtings- DVD uit 2001 en het draaiboek van deze voorlichtings- DVD zijn bestudeerd
- kritiekpunten huidige voorlichtings- DVD zijn genoteerd door de afstudeergroep
- kritiekpunten zijn verwerkt in het ontwikkelen nieuwe script (bijlage VIII, p.94) en draaiboek (bijlage IX, p.97)
- stappenreeks voorlichting uit het boek “doen en blijven doen”⁶ zijn samengevat (bijlage II, p.65) en gekoppeld aan het geven van voorlichting middels het medium DVD
- aandachtspunten zijn beschreven en gebruikt bij het maken van het draaiboek

Daarnaast is er een literatuuronderzoek uitgevoerd. Bij dit literatuuronderzoek is er gezocht naar informatie over audiovisuele patiëntenvoorlichting.

Er is in de volgende databases gezocht via www.fontys.nl/mediatheek:

- Cochrane
- Medline
- Doconline
- Cinahl
- Pedro
- Embase

Er is gebruik gemaakt van de volgende catalogi via www.ikcro.nl:

- Universiteit Amsterdam
- Universiteit Nijmegen
- Universiteit Maastricht
- Rijksuniversiteit Leiden
- Wageningen universiteit en research
- Nederlandse onderzoek databank
- Fontys Hogescholen

Er is in databases en catalogi gezocht met de volgende keywords:

- | | |
|----------------------------------|--|
| - voorlichting | instruction |
| - patiëntenvoorlichting | instruction to patients, patient education |
| | patient advisory |
| - voorlichtingsvideoband | instuction and guidance |
| - audiovisuele voorlichting | audiovisual education |
| - media DVD/ videoband | |
| - audiovisuele instructie | audiovisual instruction |
| | patient communication |
| | communication |
| | audiovisual advisory |
| - effecten patiëntenvoorlichting | effect patient education |
| | effect patient instruction |
| | effect audiovisual instruction |
| | effect audiovisual education |
| - communicatie | communication |

Er is een data- extractieformulier gemaakt van de gevonden literatuur. De data- extractie is toegespitst op patiëntenvoorlichting en de VKB (bijlage III, p.69)

Er is gezocht naar maximaal vijftien artikelen met betrekking tot audiovisuele patiëntenvoorlichting. Tevens is er naar literatuur gezocht in de bibliotheek van de Universiteit van Wageningen.

Op internet is er gezocht op www.omroepen.nl, via deze site middels een E-mail (bijlage IV, p.77) zijn verschillende publieke omroepen aangeschreven om informatie over audiovisuele patiëntenvoorlichting te verkrijgen:

- VPRO
- KRO
- VARA
- NCRV
- TROS
- NOS
- TELEAC
- IKON

Gemild naar de FysioPraxis met de vraag of er artikelen over audiovisuele patiëntenvoorlichting aanwezig was.

Andere internetsites die gebruikt zijn om informatie over audiovisuele patiëntenvoorlichting te vinden:

www.vumc.nl

kennistransfer@er.nu.nl

www.sires.nl

www.fysiopraxis.nl

Het bestuderen van de operatietechniek en de revalidatiemethode en verwerken in het projectverslag

- er is literatuur gezocht over anatomie van de knie, de functies van de VKB en de indicaties voor een VKB- reconstructie, in boeken in de mediatheek van de Fontys Hogeschool Eindhoven
- via www.fontys.nl/mediatheek is gezocht met de volgende keywords:
 - knie
 - anatomie knie
 - voorste kruisband
 - voorste kruisband reconstructie
- bij de opdrachtgever, het St. Annaziekenhuis is het revalidatieprotocol (bijlage V, p.78) opgevraagd en samengevat
- bij Somas (www.somas.nl) is via het mailadres informatie opgevraagd met betrekking tot de semitendinosus/ gracilis operatietechniek
- er is telefonisch contact opgenomen over operatiebeelden en animatie beelden van de operatie Somas heeft CD-rom met animatiebeelden opgestuurd
- deze beelden zijn verwerkt in de nieuwe voorlichtings- DVD, bij de uitleg van de operatietechniek
- in het St. Annaziekenhuis is de folder (bijlage VI, p.81) opgevraagd

Gesprek met het personeel dat betrokken is bij voorlichting van het St. Annaziekenhuis

- eisen met betrekking tot de huidige DVD van het personeel van het St. Annaziekenhuis zijn opgevraagd
- deze eisen zijn genoteerd en besproken met de opdrachtgever en de afstudeergroep
- de eisen zijn verwerkt in de enquêtes (bijlage VII, p.88) en het draaiboek (bijlage IX, p.97)
- de eisen zijn verwerkt in de resultaten (hoofdstuk 3)

De enquêtes

- er heeft een tevredenheidsonderzoek over de huidige voorlichtings- DVD met behulp van twee enquêtes (bijlage VII, p.88) plaatsgevonden
- de twee enquêtes bestonden uit een voorlichtings- enquête en een revalidatie- enquête.
- de vragen zijn opgesteld aan de hand van de eisen van de opdrachtgever, de stappenreeks van voorlichting en de kritiekpunten van de afstudeergroep over de huidige voorlichtings- DVD
- er is gecorrespondeerd met de opdrachtgever en docentbegeleider over de inhoud van de opgestelde vragen voor de enquêtes
- er is contact opgenomen met het St. Annaziekenhuis met betrekking tot de data en tijdstippen van de voorlichtingsmiddagen en revalidatietijden om de enquêtes af te nemen
- de voorlichtings- enquête is afgenomen onder 19 patiënten tijdens de voorlichtingsmiddag
- de revalidatie-enquête is afgenomen onder 24 patiënten die aan het revalideren zijn
- resultaten zijn verwerkt met behulp van het computerprogramma Word middels staafdiagrammen

§ 2.2 Productfase

Het maken van een draaiboek voor de voorlichtings- DVD

- met behulp van het protocol en de folder van het St. Annaziekenhuis is het script (bijlage VIII, p.94) gemaakt
- door middel van het bestaande draaiboek (story- board) en het script is er een nieuw story- board (bijlage IX, p.97) ontwikkeld
- verbeterpunten uit de enquêtes en eisen van het personeel van het St. Annaziekenhuis zijn in het draaiboek verwerkt
- de stappenreeks van voorlichting: Openstaan, Begrijpen, Willen, Kunnen, Doen en Blijven doen is in het draaiboek verwerkt
- bij het maken van het draaiboek is rekening gehouden met de volgende kwaliteitseisen (bijlage I, p.54)

Het maken van een voorlichtings- DVD voor patiënten die een VKB- reconstructie ondergaan

- er is informatie via een brief (bijlage X, p.103) gegeven aan de patiënten met betrekking tot de filmprocedure
- er zijn toestemmingsverklaringen (bijlage XI, p.104) opgesteld voor patiënten die aan de DVD hebben meegewerkt
- patiënten hebben de toestemmingsverklaringen ondertekend
- er is gezocht naar een sponsors, hiermee is telefonisch contact opgenomen
- via internet en in de gouden gids is er gezocht naar producers op het gebied van DVD opnames en montage, de volgende keywords zijn gebruikt op internet:
 - DVD opnames
 - montage DVD
 - productiemaatschappij
- de gevonden producers zijn benaderd
- er zijn afspraken gemaakt met de gekozen producer
- er is op internet gezocht naar een geschikte voice- over voor de voorlichtings- DVD
- er is gezocht middels de volgende keywords:
 - voice- over
 - stemgeluid
 - productiemaatschappij
 - commentaarstem
- er is een selectie gemaakt van verschillende voice- overs, deze zijn benaderd via de mail

- allereerst is er gekozen voor een vrouwelijke voice-over, na het inspreken bleek het resultaat onvoldoende
- daarna is er telefonisch contact opgenomen met een geschikte voice- over
- het draaiboek is via de mail doorgestuurd naar een geschikte voice- over, daar is de tekst ingesproken op CD-rom en teruggestuurd
- drie dagen gefilmd
 - dag één: fase 1, 3 en 4 van het revalidatietraject gefilmd
 - dag twee: fase 2 van het revalidatietraject gefilmd en de opname van de patiënt in het ziekenhuis
 - dag drie: twee operaties gefilmd, de ingang van het ziekenhuis en fase 5; het sportspecifieke gedeelte van het revalidatietraject

De gevolgde procedure voor de montage van de DVD:

- de gefilmde beelden zijn op band gezet en kritisch bekeken
- onder de beelden is door de producer een tijdscode gezet
- er is een selectie gemaakt van de beelden die op de DVD te zien moeten zijn, aan de hand van het draaiboek
- de shots die geschikt zijn voor de DVD zijn genoteerd via de tijdscode
- de volgorde van de shots is opgeschreven en doorgestuurd naar de producer
- de producer heeft deze shots bekeken en op band gezet met wederom een tijdscode
- na terugzending van de band, is dezelfde procedure gestart
- deze procedure is vier maal teruggekomen
- na de derde keer zijn de voice-over en de achtergrondmuziek eronder gezet
- deze procedures hebben tot de nieuwe voorlichtings- DVD geleid

HOOFDSTUK 3 RESULTATEN

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de productie van de voorlichtings- DVD en welke informatie de inhoud van de DVD moet bevatten. De bevindingen worden toegespitst op de voorlichtings- DVD van de VKB- reconstructie en revalidatie. De resultaten beschreven in dit hoofdstuk, samen met de voorlichtings- DVD vormen de *productfase*.

In paragraaf 3.1 wordt de inleiding van de productfase weergegeven. In paragraaf 3.2 wordt de medische inhoud toegelicht op de DVD. In paragraaf 3.3 komt patiëntenvoorlichting aan bod. Paragraaf 3.4 voorlichtingsmiddelen waarvan het St. Annaziekenhuis gebruik maakt. Paragraaf 3.5 bevat de aandachtspunten van de stappenreeks van voorlichting gericht op de DVD, paragraaf 3.6 gaat in op de persoonsgebonden factoren gekoppeld aan de DVD. Paragraaf 3.8 bevat de resultaten van het gesprek met het St. Annaziekenhuis en in paragraaf 3.9 staan de resultaten van de enquêtes.

Resultaten uit de voorbereidingsfase

§ 3.1 Data verwerking

Het bestuderen van huidige voorlichting aan patiënten

- het zoeken naar literatuur over voorlichting heeft 5 artikelen, 2 afstudeerprojecten en 14 boeken opgeleverd
- de gebruikte literatuur is omschreven in het data- extractie formulier van voorlichting en voorlichtingsmiddelen (bijlage III, p.69)
- de mail naar de omroepen (bijlage IV, p.77) leverde geen resultaat op
- op de mail naar de Fysiopraxis kwam de reactie dat in de ruim twee jaar dat Wim Don de FysioPraxis nu begeleid, er geen artikelen over audiovisuele patiëntenvoorlichting zijn geplaatst

Het bestuderen van de operatietechniek en de revalidatiemethode

- het zoeken naar literatuur over de operatietechniek heeft er 6 boeken en 2 afstudeerprojecten opgeleverd.
- de gebruikte literatuur is omschreven in het data- extractieformulier van de voorste kruisband
- Somas heeft een CD- rom met animatiebeelden opgestuurd, deze beelden zijn verwerkt in de nieuwe voorlichtings- DVD
- Somas heeft brochure m.b.t. de operatietechniek (theoretisch kader, operatietechniek) opgestuurd
- in het St. Annaziekenhuis is het verpleegprotocol op de afdeling Short Stay verkregen
- in het St. Annaziekenhuis is de folder “Voorste kruisband reconstructie” (bijlage VI, p.81) verkregen

§ 3.2 Stappenreeks van voorlichting

De stappenreeks van voorlichting uit het boek “doen en blijven doen”⁶ zijn samengevat en gekoppeld aan het geven van voorlichting middels het medium DVD (bijlage II, p.65).

De volgende aandachtspunten zijn hieruit geformuleerd en gebruikt bij het maken van het draaiboek (bijlage IX, p.97):

Stap 1: Openstaan

- geen enge operatiebeelden
- speel de DVD in een stille, rustige ruimte af
- informatie op een rustige, begrijpelijk manier overbrengen

- er moet tijdens de voorlichtingsmiddag ruimte zijn voor het stellen van vragen

Stap 2: Begrijpen

- geef zowel technische informatie, belevingsinformatie als procedure- informatie
- zorg dat de DVD in een geschikte omgeving wordt getoond en dat iedereen de beelden goed kan zien en horen (evt. bij analfabeten vertellen en bij doven geschreven tekst)
- in de DVD komt alleen informatie voor die belangrijk, bruikbaar en begrijpelijk is en bekijft blijft
- de DVD heeft een logische opbouw en presenteert een helder een eenvoudige boodschap
- de voice- over moet een eenvoudige taal spreken en rustig praten

Stap 3: Willen

- op de DVD laten zien op welk niveau je eindigt na het gehele revalidatietraject te hebben doorlopen (beloning)
- voordelen van reconstructie laten zien en wat er gebeurt als je doorspoot met een gescheurde VKB
- niet meteen te moeilijke oefeningen laten zien (dit schrikt af). Oefeningen in een goed opgebouwde structuur aanbieden
- de DVD moet duidelijk en goed begrijpbaar zijn voor de patiënt
- de ruimte voor het stellen van vragen zal met name patiënten helpen ter weging van de attitude
- op de DVD tonen hoeveel tijd en inspanning de revalidatie voor de patiënt kost
- groepstraining op de DVD tonen, zodat de patiënt ziet dat er lotgenotencontact is
- lichamelijke beperkingen weergeven op de DVD, zodat de patiënt weet dat hij de eerste tijd afhankelijk is van zijn sociale omgeving

Stap 4: Kunnen

- lichamelijke klachten/ moeilijkheden vermelden op de DVD
- welke hulpmiddelen/ ruimte is er nodig om praktische problemen te voorkomen
- fasen (aantal weken) en mate van belasten duidelijk laten zien

Stap 5: Doen

- laat op de DVD duidelijk zien wat een patiënt allemaal weer kan nadat het gehele revalidatietraject doorlopen is (beloning)
- het moet duidelijk zijn wat een oefening of inspanning bijdraagt aan het bereiken van het doel
- de te doorlopen fasen van revalidatie duidelijk naar voren laten komen, zodat de patiënt een idee heeft na hoeveel weken na de operatie hij op welk niveau van revalidatie moet zijn
- laat op de DVD al zien wanneer en hoe vaak de patiënt moet komen trainen, bijvoorbeeld elke ochtend van 8.00 tot 10.00 uur, zodat de patiënt weet wat hem te wachten staat
- op het eind van de DVD een patiënt laten zien die al klaar is met het revalideren. Deze patiënt zijn ervaringen laten vertellen en op welk niveau hij nu sport

Stap 6: Blijven doen

- op de DVD de voordelen van blijven oefenen laten zien
- laat op de DVD zien wat kan iemand weer kan bereiken
- vooruitgang tussen de verschillende fasen op de DVD laten zien
- laat op de DVD eventuele tegenslagen/ moeilijkheden zien en leg hierbij uit dat dit niet meteen betekent dat de revalidatie helemaal niet meer goed verloopt
- na het zien van de DVD moet de patiënt een duidelijk lang termijn doel kunnen stellen

§ 3.3 Persoonsgebonden factoren

De persoonsgebonden factoren (P- factoren) uit het boek “doen en blijven doen”⁶ staan hieronder vermeld en zijn gekoppeld aan de te ontwikkelen voorlichtings- DVD.

Demografische kenmerken

- op de DVD een algemene indruk laten zien over de patiëntenpopulatie

Locus of control

- het doel van de DVD is om bij patiënten een interne locus of control te bewerkstelligen
- uitleggen dat het revalidatietraject een beïnvloedbaar proces is
- op de DVD tonen dat motivatie en inzet erg belangrijk is
- duidelijk maken aan patiënten dat hun eigen inzet tot een betere kwaliteit van herstel zal leiden

Stijlen van attribueren

- op de DVD naar voren laten komen dat niet iedereen over goede motorische vaardigheden beschikt
- patiënten laten zien dat ze invloed hebben op hun eigen situatie (interne dimensie)
- beelden tonen van contactmomenten tussen de fysiotherapeut en de patiënt over het verloop van het revalidatietraject
- beelden uit de werkelijkheid laten zien, zodat slagen en falen toe te schrijven is aan de patiënt zelf

Stress

- tegenslagen laten zien en in beeld brengen dat de patiënt steun krijgt van naasten
- een reëel beeld schetsen van de revalidatie
- op de DVD lichamelijke beperkingen tonen
- controle over de situatie kan bijdragen aan een vermindering van stress met betrekking tot de operatie

Stijlen van coping

- laat op de DVD zien welke handelingen de patiënt kan verrichten om problemen op te lossen
- beelden laten zien die de patiënt gerust zullen stellen, om te voorkomen dat de patiënt de situatie gaat vermijden
- tonen dat een actieve houding van de patiënt het probleem zal reduceren

Emotionele gesteldheden

- animatiebeelden tijdens de operatie laten zien, waardoor de angstgevoelens reduceren
- de operatie uitgebreider aan bod laten komen op de DVD, zodat de patiënten weten wat ze te wachten staat en minder bang zijn voor de operatie
- beelden tonen dat de fysiotherapeut altijd klaar staat voor de patiënt
- vertrouwen winnen door echte patiënten op de DVD te laten zien waarin ze zichzelf kunnen herkennen

Pijn

- pijngewaarwording en pijnbeleving moeten in de DVD aan bod komen
- lichamelijke beperkingen aangeven op de DVD
- kort ingaan op pijn op de DVD, als je er te diep op in gaat vestigt de patiënt teveel aandacht op pijn en kan er vooraf aan de operatie angst voor pijn ontstaan

Somatisatie

- tonen dat de patiënt weer de functionele activiteiten kan uitvoeren en dus weer een leven kan leiden zoals voor de VKB- reconstructie

§ 3.4 Kritiekpunten afstudeergroep

Om een nieuwe voorlichtings- DVD te ontwikkelen heeft de afstudeergroep kritisch gekeken naar de huidige voorlichtings- DVD en hierbij enkele kritiekpunten genoteerd:

- je ziet op de DVD een andere ruimte dan waar nu gerevalideerd wordt
- de DVD toont drukke, chaotische beelden van de revalidatie

- de operatiebeelden en uitleg zijn niet duidelijk. De operatiebeelden werden steeds afgewisseld met de uitleg van de fysiotherapeut d.m.v. een knie- model
- het verschil tussen de fasen kwam niet duidelijk naar voren
- er zijn maar drie fasen te zien op de DVD, terwijl er nu vijf fasen zijn
- de tijdsduur en therapie frequentie van de fasen is niet duidelijk
- er wordt erg oppervlakkige informatie gegeven
- er wordt niet gedetailleerd ingegaan op de lichamelijke beperkingen na de operatie
- de revalidatie komt erg makkelijk over op de DVD

§ 3.5 *Gesprek personeel St. Annaziekenhuis*

Het evaluatiegesprek met betrekking tot de huidige voorlichtings- DVD heeft de volgende eisen van het St. Annaziekenhuis opgeleverd. De eisen zijn opgesteld aan de hand van de ervaringen van het personeel met de huidige voorlichtings- DVD:

- gedetailleerder ingaan op de beelden van de operatie en gebruik maken van de voordracht van Dr. Sybesma Nuenen 2002
- uitleg geven met betrekking tot de keuze van de operatietechniek (semitendinosus/ gracilis versus bone patella techniek)
- uitleg geven met betrekking tot littekens, schroeven, hechtingen enz.
- gebruik maken van een echte patiënten met een VKB- reconstructie
- duidelijk verschil laten zien tussen de verschillende fasen I, II, III, IV en V
 bijvoorbeeld: Fase I: coördinatie/ mobilisatie
 Fase III: meer krachttraining
 Fase V: sportspecifiek

§ 3.6 *Enquêtes*

In deze paragraaf zijn de resultaten van de afgenomen enquêtes verwerkt in staafdiagrammen. Er zijn twee verschillende enquêtes afgenomen onder de patiënten. Eén enquête, de voorlichtings- enquête, is afgenomen bij patiënten direct na het zien van de huidige voorlichtings- DVD en de andere, de revalidatie- enquête, is afgenomen bij patiënten tijdens het revalidatietraject.

Steekproeftabel:

	Voorlichtings- enquête	Revalidatie- enquête
Aantal patiënten	19	24

De uitkomsten van de enquête zijn verwerkt in staafdiagrammen, met daaronder eventuele opmerkingen van de patiënt.

De Y-as van de grafiek duidt het aantal patiënten aan en de X-as duidt de schaal met de antwoordmogelijkheden; onvoldoende, matig, voldoende, ruim voldoende en goed aan. De uiterst linkse kolom in het staafdiagram duidt de antwoordmogelijkheid onvoldoende aan en de uiterst rechtse kolom duidt de antwoordmogelijkheid goed aan.

§ 3.6.1 *Voorlichtings- enquête*

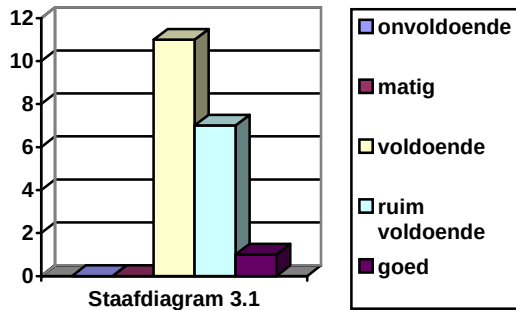
Er is een enquête opgesteld voor de patiënten die een VKB- reconstructie in het St. Annaziekenhuis ondergaan. Door deze enquête wordt er een beter beeld gecreëerd van zowel de positieve als negatieve kenmerken van de DVD.

De patiënten waarbij de enquêtes zijn afgenomen ondergaan binnen één maand een VKB- reconstructie.

In het totaal zijn er 19 enquêtes afgenomen bij de patiënten.

Vraag 1:

Wat is uw algemene indruk van de DVD?²

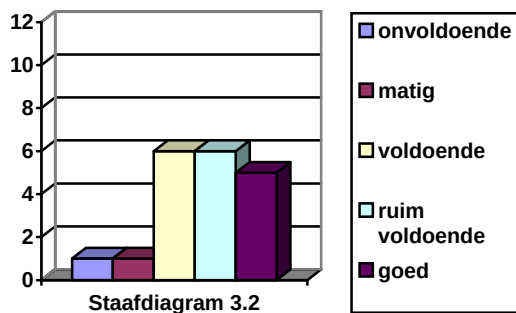


Eventuele opmerkingen:

- op de DVD is weinig te zien van de operatie

Vraag 2:

Was de gesproken tekst duidelijk verstaanbaar?

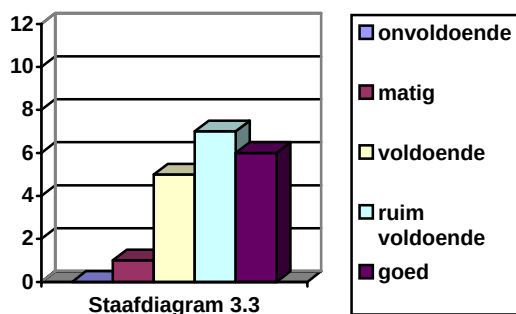


Eventuele opmerkingen:

- in het eerste gedeelte van de DVD was de tekst niet duidelijk verstaanbaar
- in het begin was er geen geluid

Vraag 3:

Was de gesproken tekst duidelijk te begrijpen?

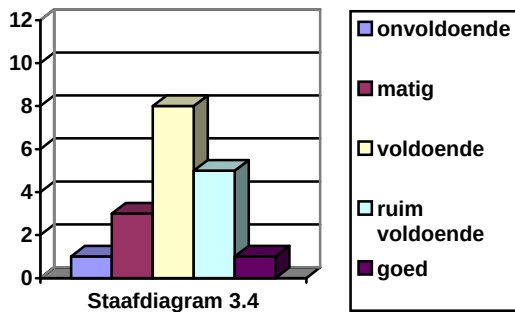


Eventuele opmerkingen:

- toen het geluid aan ging was het wel duidelijk

Vraag 4:

Wat vond u van de uitleg van de operatie?

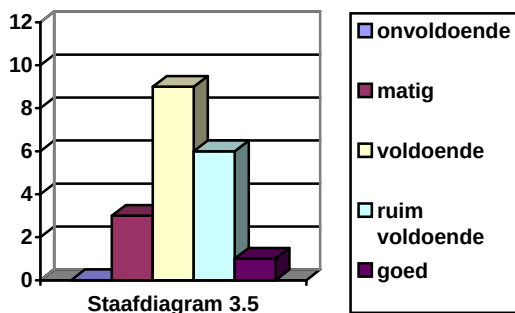


Eventuele opmerkingen:

- de uitleg van de operatie kan iets uitgebreider
- er mag meer uitgelegd worden over de operatie
- geen uitleg gehoord

Vraag 5:

Wat vond u van de beelden van de operatie?

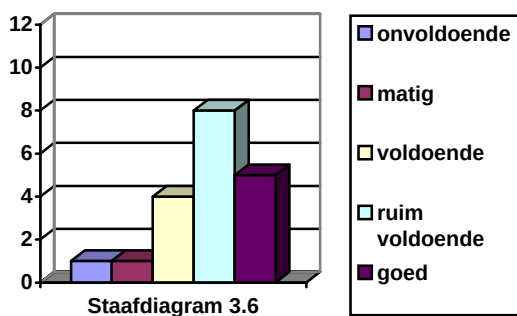


Eventuele opmerkingen:

- de beelden van de operatie mogen iets meer, dit is altijd beter

Vraag 6:

Begrijpt u na de uitleg en het zien van de beelden de operatietechniek bij een voorste kruisband reconstructie?



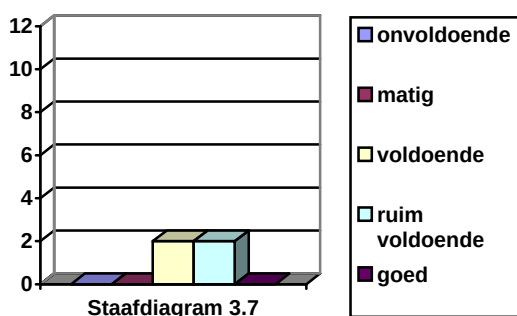
Eventuele opmerkingen:

/

Vraag 7:

Indien u ongerust bent met betrekking tot de operatie, in welke mate heeft de DVD de onrust bij u weggenomen?

(Indien er geen sprake is van onrust, deze vraag onbeantwoord laten)



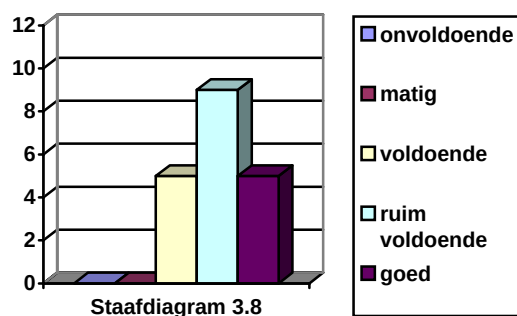
Eventuele opmerkingen:

/

Vraag 8:

De DVD laat u verschillende fasen zien van het revalidatietraject.

Zijn de verschillende fasen in het revalidatietraject voor u duidelijk geworden?

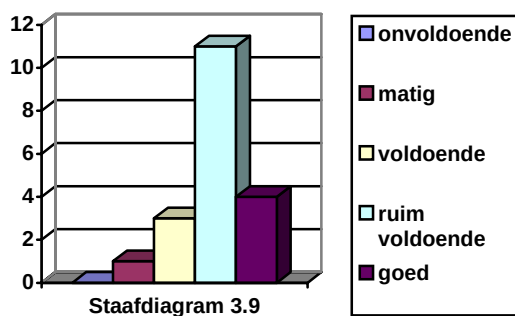


Eventuele opmerkingen:

- de fasen mogen duidelijker omschreven worden
- deze fasen al gevolgd na kijkoperatie, dus waren al duidelijk

Vraag 9:

Is het voor u duidelijk in welke mate u actief aan het trainen bent tijdens de revalidatie?

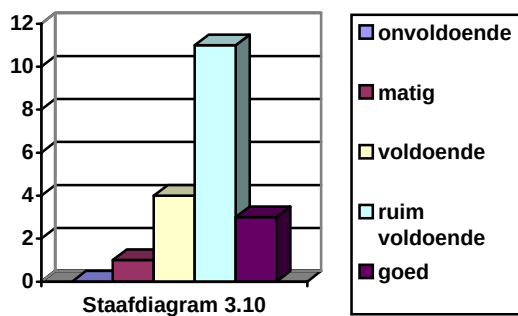


Eventuele opmerkingen:

/

Vraag 10:

Levert deze DVD een bijdrage aan uw motivatie om te gaan trainen?

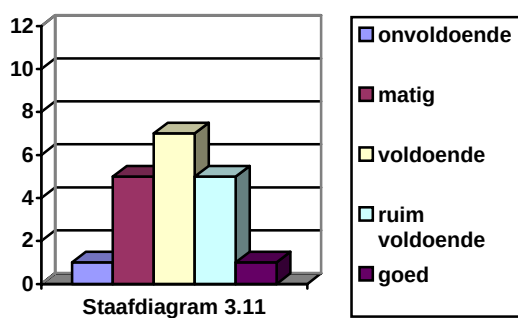


Eventuele opmerkingen:

/

Vraag 11:

Biedt de DVD inzicht in de eventuele moeilijkheden die u tegen zal komen bij het uitvoeren van de oefeningen?

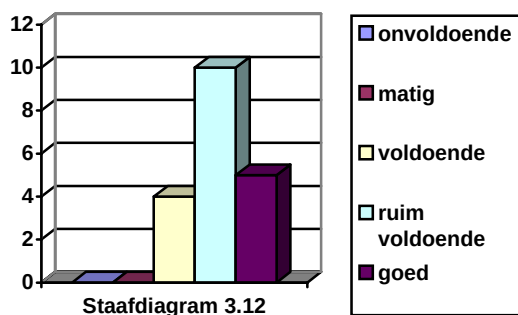


Eventuele opmerkingen:

/

Vraag 12:

Heeft u een idee gekregen over het tijdspad van het revalidatietraject?

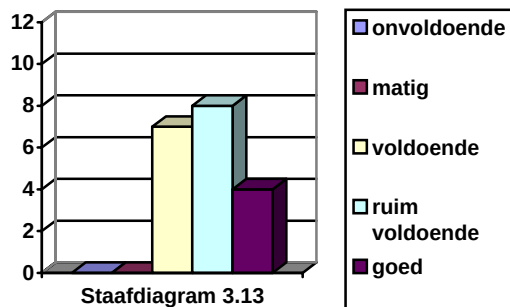


Eventuele opmerkingen:

- meer weken/ maanden in totaliteit dan verwacht

Vraag 13:

Heeft deze DVD u meer inzicht gegeven in het traject dat u zowel voor, tijdens als na de operatie te wachten staat?



Eventuele opmerkingen:

/

Vraag 14:

Heeft u na het zien van de DVD nog algemene opmerkingen/ verbeterpunten met betrekking tot deze DVD?

- de fasen mogen wat duidelijker benoemd worden
- meer aandacht voor dagelijkse activiteiten, bijv: wanneer weer fietsen, autorijden etc
- misschien iets meer laten zien van de operatie
- de moeilijkheden tijdens de revalidatie kunnen wel beter toegelicht worden
- het is een goed beknopte samenvatting, maar de nadruk zou iets meer mogen liggen op de operatie zelf, de DVD gaat nu voornamelijk over de revalidatie
- meer informatie over de operatie laten zien

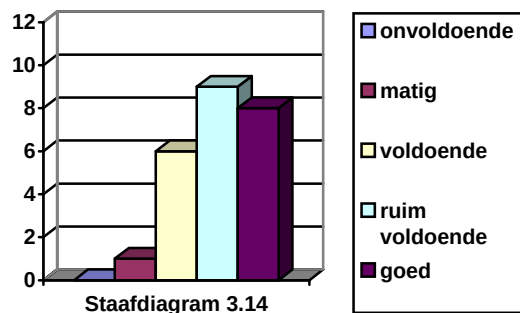
§ 3.6.2 Revalidatie- enquête

Er is een enquête opgesteld voor de revaliderende patiënten die een VKB- reconstructie in het St. Annaziekenhuis hebben ondergaan. Door deze enquête wordt er een beter beeld gecreëerd van zowel de positieve als negatieve kenmerken die de huidige DVD op het revalidatietraject heeft.

De patiënten waarbij de enquêtes zijn afgenomen waren aan het revalideren in fase 1, 2a, 2b, 3 en 4. In het totaal zijn er 24 enquêtes afgenomen bij de revaliderende patiënten.

Vraag 1

Wat was uw algemene indruk van de DVD?²

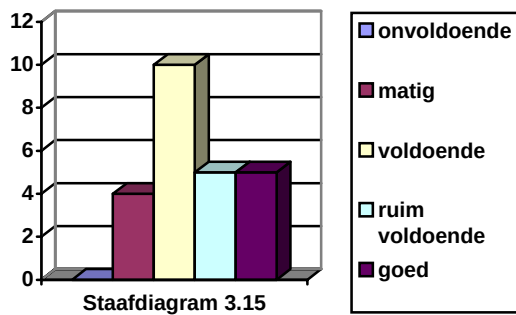


Eventuele opmerkingen:

- de DVD was enigszins verouderd
- goede DVD
- goede eerste indruk van de DVD

Vraag 2

In welke mate was u door de DVD voorbereid op de eventuele lichamelijke beperkingen die u **direct na de operatie** te wachten stonden?

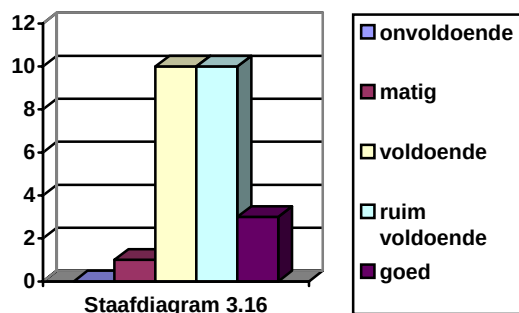


Eventuele lichamelijke beperkingen/ opmerkingen:

- veel pijn gedurende de eerste week na de operatie
- eerste twee dagen na de operatie veel pijn
- de DVD gaat nauwelijks op lichamelijke beperkingen in
- niet of nauwelijks voorbereid op eventuele lichamelijke beperkingen
- deze beperkingen waren al bekend i.v.m. eerdere knieblessure
- buiging knie beperkt
- de beperkingen waren maar van korte duur

Vraag 3

Kwam de inhoud van de verschillende fasen in het revalidatietraject overeen met de inhoud van de getoonde fasen op de DVD?

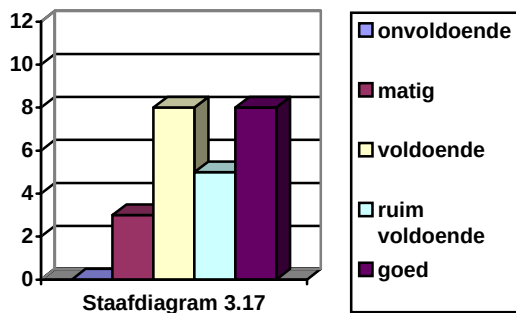


Eventuele opmerkingen:

- de inhoud kwam overeen

Vraag 4

Kwamen de oefeningen op de DVD overeen met de oefeningen die u tot nu toe in het revalidatietraject gedaan heeft?

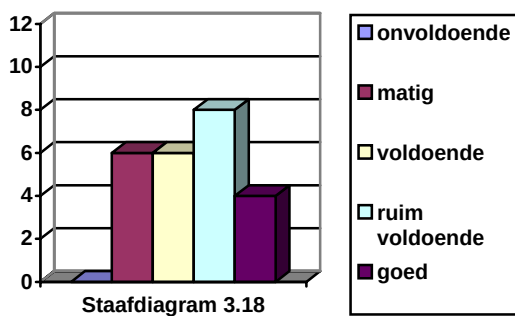


Eventuele opmerkingen:

/

Vraag 5

In welke mate bent u op de DVD geïnformeerd over het actief trainen tijdens de revalidatie?

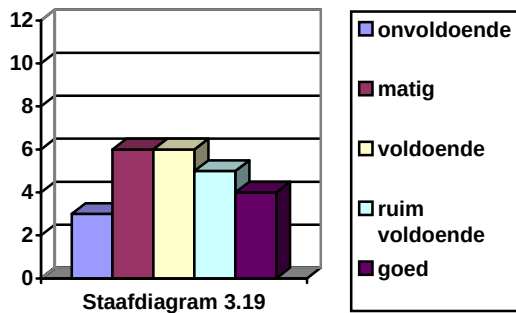


Eventuele opmerkingen:

- beperkt geïnformeerd
- voldoende geïnformeerd over het actieve trainen
- lange revalidatie, voor een goed resultaat moet je goed trainen
- als men goed wil revalideren is dat niet goed te zien op de DVD
- er mag meer aangeduid worden dat het een lange revalidatie is, waar je voor 200% achter moet staan
- de revalidatie was zwaarder dan gedacht

Vraag 6

Werden de eventuele lichamelijke beperkingen die u bent tegengekomen **tijdens de revalidatie** vermeld op de DVD?



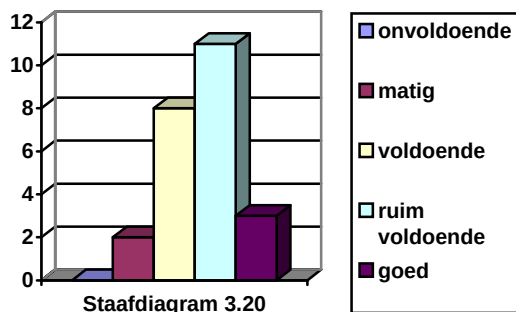
Eventuele lichamelijke beperkingen/ opmerkingen:

- mogelijkheid tot losscheuren hamstrings restjes werd niet vermeld
- oprekken hamstrings i.v.m. littekenweefsel werd niet vermeld
- het ging de jongen op de DVD erg makkelijk af
- de eventuele lichamelijke beperkingen werden niet benoemd
- veel vochtophoping, was niet vermeld

Vraag 7

Kwamen de beelden op de DVD overeen met het revalidatietraject dat u tot nu toe gevolgd heeft?

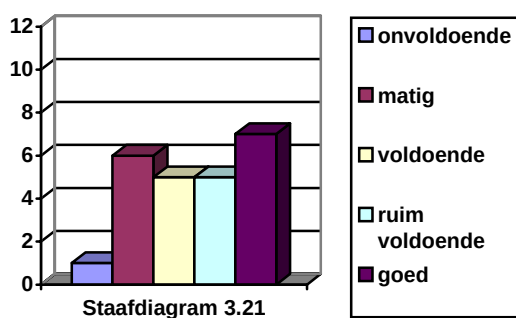
Eventuele opmerkingen:



- het zag er op de DVD erg gemakkelijk uit
- voor de 2^e keer geopereerd, wist wat te verwachten
- voor de 2^e keer geopereerd, gewijzigd revalidatietraject

Vraag 8

Heeft de DVD bijgedragen aan uw motivatie om te beginnen met revalideren?

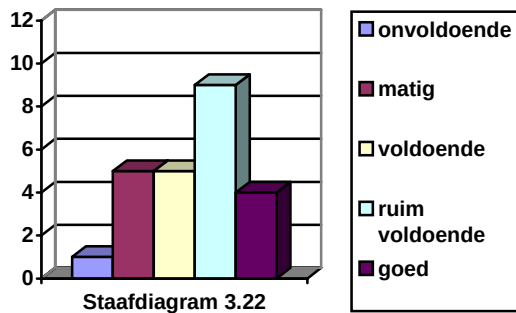


Eventuele opmerkingen:

- ja, door van Nistelrooy weer te zien voetballen, veel motivatie gekregen
- nee, meer motivatie door gesprek met andere personen
- de DVD heeft zeer zeker bijgedragen aan de motivatie

Vraag 9

Heeft de DVD bijgedragen aan uw motivatie om de trainingen te blijven volgen?

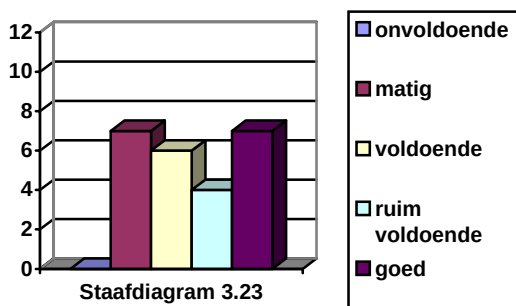


Eventuele opmerkingen:

- het doel om de trainingen te blijven volgen is helder
- de DVD niet, maar de praktijk wel
- de DVD voegt geen motivatie toe aan je eigen wil

Vraag 10

Draagt de DVD bij aan uw motivatie om het revalidatietraject in zijn geheel af te maken?

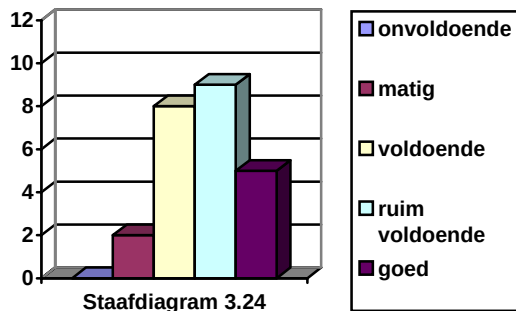


Eventuele opmerkingen:

- de DVD draagt hieraan niet bij, eigen wil is belangrijk
- zeker, het weer kunnen voetballen is belangrijk
- de DVD geeft aan hoe belangrijk het is om te revalideren
- nee, diverse stappen beter in beeld brengen
- ja, maar dit is wel afhankelijk van de combinatie met werk

Vraag 11

Heeft de DVD u inzicht geboden over het tijdspad van de verschillende fasen van revalidatie?



Eventuele opmerkingen:

- Uitleg van alle vijf de fasen ontbreekt

Vraag 12

Heeft u nog algemene opmerkingen/ verbeterpunten met betrekking tot de DVD?

- de eerste dag na de operatie werd een map met foto's mondeling toegelicht door de fysiotherapeut. Deze gaf inzicht hoe en wat gebeurd is tijdens de operatie. Dit zou ik ook graag in de voorlichtingsfilm terug zien
- na de DVD wilde ik er vanaf zien
- nadruk leggen op negatieve effecten, zoals pijn/ vocht, met deze effecten wordt onzekerheid gereduceerd
- revalidatie stapsgewijs in beeld brengen
- eventuele complicaties, problemen na de operatie vernoemen
- vernieuwing niet overbodig
- de DVD geeft de indruk dat het een makkelijk traject is. De praktijk wijst anders uit
- kwaliteit van geluid mag beter
- de DVD/ het verhaal is duidelijk overgekomen
- uitleg wanneer je het ziekenhuis uit mag en hoe het thuis verder gaat

Uiteindelijk hebben de interpretaties uit de twee enquêtes geleid tot de volgende verbeterpunten voor de nieuwe voorlichtings- DVD:

- kwaliteit van het geluid verbeteren
- uitleg hoeveel dagen de patiënt in het ziekenhuis opgenomen wordt
- de uitleg van de operatie duidelijker en uitgebreider op de DVD laten zien
- de beelden van de operatie duidelijker en uitgebreider op de DVD laten zien
- ingaan op eventuele lichamelijke beperkingen direct na de operatie
- het tijdspad duidelijker in kaart brengen op de DVD
- echte patiënten gebruiken, waardoor het revalideren meer op de werkelijkheid gebaseerd is en de revalidatie er dus niet te makkelijk uit ziet op de DVD
- ingaan op moeilijkheden die patiënten tegen kunnen komen tijdens het uitvoeren van de oefeningen
- ingaan op dagelijkse beperkingen, zoals wanneer weer autorijden
- ingaan op eventuele lichamelijke beperkingen tijdens de revalidatie
- alle vijf de fasen van revalidatie duidelijk in beeld brengen met uitleg over oefeningen, de opbouw en het tijdspad
- de DVD goed aan laten sluiten bij de doelgroep, waardoor de motivatie zal toenemen om te beginnen met revalideren en het gehele revalidatietraject af te ronden

Resultaten uit de productfase

In de productfase zijn het draaiboek (bijlage VIII) en de voorlichtings- DVD ontwikkeld. De voorlichtings- DVD is het uiteindelijke eindproduct van het project.

In dit hoofdstuk wordt de discussie beschreven van de *voorbereidingsfase* en de *productfase*. Dit hoofdstuk wordt onderverdeeld in; paragraaf 4.1 bepaling en interpretatie van de resultaten, deze paragraaf is opgedeeld in de subparagrafen; bepaling en interpretatie van de medische inhoud van de knie, van patiëntenvoorlichting, voorlichtingmiddelen, stappenreeks van voorlichting, persoonsgebonden factoren, gesprek personeel St. Annaziekenhuis, de voorlichtings- enquête en de revalidatie- enquête. Paragraaf 4.2 bevat de beperkingen van het onderzoek en paragraaf 4.3 de aanbevelingen voor verder onderzoek.

§ 4.1 *Bepaling en interpretatie van de resultaten*

§ 4.1.1 *Interpretatie medische inhoud van de knie*

Om patiënten goed voor te lichten met betrekking tot de VKB- reconstructie is het belangrijk dat ze inzicht hebben in de anatomische structuur van de knie, de functies van de VKB en de ontstaanswijze van een VKB laesie. Deze kennis is een voorwaarde voor een betere informatieoverdracht tussen zender en ontvanger. Er is gekozen om de medische inhoud van de knie uitgebreid te beschrijven in het theoretisch kader, zodat de lezers van het verslag hier meer inzicht in hebben

Omdat een VKB laesie meestal sport gerelateerd is, wordt er op de nieuwe voorlichtings- DVD een sportmoment van Ruud van Nistelrooy weergegeven, waarbij hij zijn VKB scheurt. Dit sportmoment van een profvoetballer is gekozen, omdat de patiënten zo meer openstaan voor de informatie die volgt op de DVD en omdat er tevens herkenning en inzicht optreedt in de ontstaanswijze van een VKB laesie.

Om een beter beeld te vormen over de operatietechniek, voor de afstudeergroep en lezer van het verslag, wordt deze uitgebreid beschreven in het theoretisch kader. Een korte beschrijving van de operatietechniek wordt gebruikt in het draaiboek.

Het tonen van operatiebeelden draagt bij aan de toename van de kennis van de patiënt, zodat hij weet wat hem te wachten staat. Zo heeft de patiënt een juist beeld van de operatie en hierdoor zal hij minder angst ervaren.

§ 4.1.2 *Interpretatie patiëntenvoorlichting*

De afstudeergroep vindt het effectief dat er voorlichting wordt gegeven aan patiënten die een VKB- reconstructie ondergaan, omdat het een doelgerichte activiteit is. Door middel van de voorlichtings- DVD wordt er getracht om de patiënt gunstig te beïnvloeden op het genezingsproces en om een gedragsverandering op vrijwillige basis te bewerkstelligen.

Ook is het geven van voorlichting middels een DVD efficiënt, omdat het de fysiotherapeut minder tijd kost. Hij hoeft door het geven van voorlichting aan een groep geen individuele voorlichting meer te geven. Een nadeel hierbij is echter dat er niet veel interactie plaats vindt tussen zender en ontvanger, hierbij is sprake van éénrichtingsverkeer. De afstudeergroep vindt het voordeel echter belangrijker dan het nadeel, omdat de patiënt vragen kan stellen na de DVD. Hierdoor ontstaat er een interactief proces. Als een patiënt bij het bekijken van de DVD iets niet snapt kan hij echter niet direct vragen stellen, dit kan een ruis veroorzaken tussen zender en ontvanger, daarom is er getracht de informatie op de DVD zo duidelijk mogelijk weer te geven. Ook wordt geprobeerd de informatie zo uitgebreid mogelijk weer te geven, omdat de voorkennis van de doelgroep varieert.

Lichamelijke klachten die op kunnen treden worden getoond in de DVD. De afstudeergroep vindt het belangrijk dat de patiënten hier informatie over krijgen, zodat de patiënten hier meer inzicht krijgen.

Voor elke fase van de revalidatie wordt er op de DVD middels tekst in beeld en voice- over de therapiefrequentie duidelijk weergegeven. Hierdoor weet de patiënt meer over het tijdspad van de revalidatie. In het theoretisch kader wordt beschreven dat dit de motivatie bevordert, met als gevolg een verhoogde therapietrouw.

Binnen de hedendaagse opvatting over gezondheid, worden zelfredzaamheid en zelfstandigheid als belangrijk beschouwd. Op de DVD is te zien dat patiënten vaak zelfstandig bezig zijn met oefeningen. Door veel met het lichaam bezig te zijn, geeft dit vertrouwen en vergroot het de zelfredzaamheid en zelfstandigheid.

De patiënten krijgen op de DVD te zien dat ze zelf volledig achter het revalidatietraject moeten staan, dit zal het eigen verantwoordelijkheidsgevoel stimuleren.

§ 4.1.3 Interpretatie voorlichtingsmiddelen

Er is voor een DVD gekozen van maximaal 20 minuten, zodat het geven van de voorlichting niet te veel tijd in beslag neemt en de aandacht van de patiënt niet verslapt.

De informatie is moeilijk uit te leggen aan leken, daarom is er gekozen voor duidelijke visuele beelden en ‘echte’ patiënten, de informatieoverdracht komt zo beter over bij de patiënten. De afstudeergroep heeft gekozen voor een duidelijke tekst en goed commentaar die overeenkomen met de beelden, daarbij wordt er vermeden dat de commentaarstem uitlegt wat voor de kijker door het beeld al duidelijk is.

Doordat de revalidatie moeilijk uit te leggen is in alleen woorden, is er gekozen voor een DVD, waarbij de uitleg ondersteund wordt door beelden van de revalidatie.

In de nieuwe voorlichtings- DVD worden opvallende, flitsende en bijzondere beelden gebruikt om het contact tussen de kijker en de zender beter tot stand te brengen. Dit is ten nadele van de educatieve functie van de voorlichtings- DVD, omdat het een idee kan wekken een promotiefilm te zijn. De afstudeergroep heeft echter geprobeerd te voorkomen dat patiënten die een VKB- reconstructie ondergaan te licht tegen het revalidatie- traject aankijken. Vooraf aan de reconstructie moeten de patiënten goed beseffen wat hen te wachten staat, omdat het een lange en zware revalidatie is van vier tot zeven maanden.

De uitgave van een folder (bijlage V, p.78) over de VKB- reconstructie is een goede keuze volgens de afstudeergroep, omdat het een ondersteunende functie heeft met betrekking tot het systematisch weergeven van de informatie.

§ 4.1.4 Interpretatie stappenreeks van voorlichting

Het bijwonen van de voorlichtingsmiddag is een teken dat de patiënt openstaat voor voorlichting. Bij de stap Openstaan is geprobeerd zo goed mogelijk aan te sluiten bij de beleavingswereld van de patiënt, daarom is er gekozen voor animatiebeelden en niet- bloederige beelden. Dit om de patiënten meer gerust te stellen voor een operatie en het voor de patiënten duidelijker te maken welke handelingen de orthofoon uitvoert tijdens de operatie.

In het St. Annaziekenhuis wordt de DVD getoond in een drukke ruimte, hierdoor wordt de patiënt snel afgeleid en wordt het proces van voorlichting verstoord. Uit literatuur blijkt dat dit een negatieve invloed heeft op de stap Openstaan.

Bij de stap Begrijpen is het een nadeel dat de patiënt bij audiovisuele programma's, zoals de voorlichtings- DVD in het St. Annaziekenhuis, de snelheid van informatieoverdracht niet onder controle heeft. Tijdens de DVD is er een grote informatieoverdracht, de afstudeergroep heeft geprobeerd deze informatie over de gehele DVD te verspreiden. De DVD wordt daarom ook ondersteunt met tekst in het beeld, duidelijke markering van het aantal fasen van revalidatie en de tekst is gesproken in begrijpelijke taal voor de patiënt. De patiënt zal hierdoor de informatie makkelijker begrijpen en plaatsen.

De stap Willen komt naar voren in de DVD door een goede opbouw van de oefeningen. De beelden van de oefeningen geven duidelijk weer hoe zwaar en moeilijk het revalidatietraject is. Voor deze zichtbaar hoge intensiteit is gekozen, omdat in de vorige DVD de patiënten niet goed voorbereid

waren op wat hen nu echt te wachten stond. Het revalidatietraject werd toen als makkelijk te doorlopen geschetst. Een patiënt moet tijdens de voorlichting een inschatting maken of de operatie en revalidatie haalbaar zijn.

Ook de sociale omgeving kan het gedrag van de patiënt beïnvloeden, door de patiënt te vergezellen naar de voorlichtingsmiddag en de patiënt te ondersteunen tijdens het revalidatietraject. De sociale invloed wordt niet expliciet op de DVD getoond, omdat de afstudeergroep dit niet vond passen in de sfeer van de DVD. Op een uitgebreidere medische DVD zou dit echter wel een goed item zijn om te tonen. Doordat de patiënt te zien krijgt dat er in groepsverband getraind wordt, weet de patiënt dat hij met lotgenoten therapie krijgt. Een voordeel van dit lotgenotencontact blijkt dat de ervaringen en informatie onderling meer effect hebben dan argumenten van de fysiotherapeut.

De beperkingen van het gehele revalidatietraject komen op de nieuwe DVD naar voren, om hiermee voor de patiënt een beeld te schetsen op welk niveau de patiënt kan functioneren na de operatie en in de verschillende fasen van revalidatie. Om door te stromen naar een hogere fase moet men aan een aantal eindcriteria voldoen, dit wordt in de DVD verteld en valt onder de stap Kunnen.

Bij de stap Doen is gekozen voor een duidelijke weergave van de tijdsduur en frequentie van de therapie van het revalidatietraject op de DVD. De patiënt krijgt zo een indruk van wat hij moet doen om een goed eindresultaat te behalen. Om de patiënt te motiveren, ziet de patiënt het uiteindelijke doel van de revalidatie op de DVD. Er wordt getracht dat de patiënt weer volledig kan participeren in het functioneel dagelijks leven en eventueel weer op zijn oude sportniveau terug keert. Als de patiënt een fase heeft afgerond en uiteindelijk het eindresultaat behaalt, leidt dit tot een beloning voor de patiënt door middel van succeservaring.

De afstudeergroep heeft er niet voor gekozen om een patiënt die het gehele revalidatietraject heeft doorlopen aan het woord te laten, omdat dit teveel kostbare tijd op de DVD in beslag zou nemen. Hierdoor verzwakt de aandacht van de patiënten, daarom is gekozen voor een flitsend sportmoment van Ruud van Nistelrooy op het einde van de DVD. Dit beeld maakt de patiënt duidelijk dat de knie weer optimaal belastbaar is na een reconstructie.

De stap Blijven doen loopt als rode draad door de nieuwe voorlichtings- DVD. De beelden leveren extra motivatie op en laten zien dat bij eventuele tegenslag men extra aandacht van een fysiotherapeut krijgt.

§ 4.1.5 Interpretatie persoonsgebonden factoren

De voorlichtings- DVD is voor een grote groep patiënten ontwikkeld. Het is daarom moeilijk om P-factoren van een individu te verwerken in de DVD. Elke patiënt heeft immers andere voorkeuren, wensen en verwachtingen.

De DVD geeft een algemene indruk van de patiëntenpopulatie die in het St. Annaziekenhuis revalideert. Een nadeel is dat er op het moment van filmen een relatief jonge groep patiënten aan het revalideren was, waardoor oudere patiënten zich eventueel niet herkennen in de DVD. Er is echter wel geprobeerd de oudere patiënten die aanwezig waren in beeld te laten komen.

Patiënten die starten met de revalidatie moeten een interne locus of control hebben om de voortgang in het revalidatieproces positief te beïnvloeden. In de DVD wordt benadrukt dat eigen inzet en motivatie van de patiënt van doorslaggevend belang is om het revalidatietraject te laten slagen en hiermee wordt geprobeerd een interne locus of control te bevorderen. Er wordt gestreefd naar een actieve coping van de patiënt. Uit de literatuur komt naar voren dat het goed is om op de DVD te tonen welke handelingen de patiënt kan verrichten om problemen op te lossen. Om zo een probleemgeoriënteerde coping te stimuleren.

Het revalidatietraject is erg zwaar en zo dit wordt ook geschetst op de DVD. Om eventuele angst/stressreactie tijdens de voorlichting weg te nemen wordt er op de DVD getoond dat iedereen begeleid wordt door de fysiotherapeut en individuele aandacht krijgt wanneer dit nodig is. De revalidatie kan dus aangepast worden aan de persoonlijke belasting en belastbaarheid van de patiënt.

Om eventuele angst met betrekking tot de operatie en revalidatie te verminderen, heeft de afstudeergroep besloten de operatie en revalidatie uitgebreid en realistisch weer te geven op de DVD.

Op de DVD wordt er tevens ingegaan op pijn na de operatie. Patiënten weten zo wat ze te wachten staat en hoeven niet meer bang te zijn voor het onbekende.

§ 4.1.6 Interpretatie gesprek personeel St. Annaziekenhuis

De afstudeergroep is bij het produceren van een nieuwe voorlichtings- DVD tegemoet gekomen aan de eisen van het personeel van het St. Annaziekenhuis.

De inhoud van de voorlichtings- DVD heeft echter aan enkele eisen niet kunnen voldoen. Het gaat hier om de eis met betrekking tot de keuze van de operatietechniek semitendinosus/ gracilis techniek versus bone patella techniek en de eis met betrekking tot het gebruik maken van de voordracht.

Er is besloten om de keuze van de operatietechniek niet uit te leggen op de DVD, om verwarring bij patiënten te voorkomen. Alleen de semitendinosus/ gracilis techniek wordt uitgelegd, omdat alleen deze operatietechniek in het St. Annaziekenhuis wordt gebruikt.

In eerste instantie was het de bedoeling dat Drs. T. Sybesma de uitleg van de operatietechniek in zou spreken op de DVD. Drs. T. Sybesma zou dit doen aan de hand van de voordracht; Nuenen 2002. De fysiotherapeuten van het St. Annaziekenhuis hebben haar hiervoor benaderd, maar wegens tijdgebrek kon ze dit verzoek niet realiseren. De afstudeergroep heeft geen andere orthopeed benaderd, omdat Drs. T. Sybesma gespecialiseerd in deze operatietechniek. Voor de afstudeergroep hield dit in dat zij zelf de operatietechniek in begrijpelijk taalgebruik moesten beschrijven. Hierbij ontbrak de vakkundige kennis van de orthopeed. De operatietechniek, geschreven door de afstudeergroep, is nagekeken door de fysiotherapeuten van het St. Annaziekenhuis en zij hebben dit inhoudelijk goedgekeurd.

§ 4.1.7 Interpretatie voorlichtings- enquête

Uit de staafdiagrammen verwerkt in de resultaten en de eventuele opmerkingen van de patiënten na het zien van huidige voorlichtings- DVD kan het volgende geïnterpreteerd worden.

De eerste vraag uit de voorlichtings- enquête en revalidatie- enquête komt overeen. Alle overige vragen komen niet overeen tussen beide enquêtes.

De verdeling uit zowel de voorlichtings- als de revalidatie- enquête was positief bij de vraag wat de algemene indruk van de huidige DVD is, één patiënt gaf matig aan en niemand gaf onvoldoende aan (staafdiagram 3.1, 3.14). Dit is een opvallend resultaat, omdat de DVD volgens het St. Annaziekenhuis toch aan vernieuwing toe was. Het St. Annaziekenhuis heeft de afstudeergroep expliciet de opdracht gegeven de opzet van de huidige voorlichtings- DVD aan te houden, omdat de opzet goed was. De huidige voorlichtings- DVD en de nieuwe voorlichtings- DVD kunnen dus op verschillende vlakken overeen komen.

De beelden en uitleg van de operatie, die op de DVD te zien zijn, werden over het algemeen door de patiënten wel als duidelijk ervaren. Uit de enquête blijkt echter wel dat de meeste patiënten vinden dat er te oppervlakkig over de operatie verteld wordt op de DVD. De uitleg en beelden van de operatie mogen uitgebreider en specifieker (staafdiagram 3.4, 3.5, 3.6), daarom komt de operatie op de nieuwe voorlichtings- DVD uitgebreider aan bod.

De vraag of de patiënt ongerust is met betrekking tot de operatie en zo ja in welke mate de voorlichtings- DVD deze ongerustheid bij de patiënt heeft weggenomen is bij negentien patiënten afgenomen en er hebben maar vier patiënten gereageerd. Dit is 1/5 van de totale populatie. Dit wil zeggen dat 4/5 van de patiënten niet ongerust is met betrekking tot de operatie, dit is een opvallend resultaat, omdat de afstudeergroep verwachtte dat de operatie veel ongerustheid teweeg zou brengen onder de patiënten.

Vier patiënten hebben de vraag beantwoordt met een variatie in voldoende en ruim voldoende en gaven aan dat hier geen extra aandacht aan besteed hoeft te worden tijdens het ontwikkelen van de nieuwe DVD. (staafdiagram 3.7)

De verschillende fasen van het revalidatietraject zijn volgens de patiënten voldoende tot goed te zien op de DVD (staafdiagram 3.8). Dit vindt de afstudeergroep een opvallend resultaat, omdat zij zelf het onderscheid in niveau tussen de verschillende fasen niet duidelijk vonden en het St. Annaziekenhuis gaf de eis dat op de nieuwe voorlichtings- DVD het verschil tussen de fasen duidelijker in beeld moesten komen. Een verklaring voor het verschil van mening tussen de fysiotherapeuten en de patiënten zou kunnen zijn dat patiënten alleen maar hun eigen praktijkervaring hebben, ze weten vaak de medische onderbouwing van de oefeningen niet. Hierdoor hebben zij geen goed inzicht in de opbouw van de fasen in de revalidatiemethode en lijkt deze al snel als goed weergegeven op de DVD. Op de nieuwe DVD is het verschil tussen de fasen beter in beeld gebracht. Door een duidelijke opbouw in de verschillende fasen te laten zien en dit te ondersteunen met tekst in beeld.

De DVD draagt volgens de meeste patiënten bij aan hun motivatie om te gaan trainen en voor deze patiënten is het duidelijk in welke mate ze actief aan het trainen zullen zijn tijdens de revalidatie (staafdiagram 3.9, 3.10). Ook het tijdspad van het revalidatietraject is goed in beeld gebracht op de huidige DVD door middel van tekst in beeld (staafdiagram 3.12).

Hierbij is er echter wel de opmerking geplaatst dat na het zien van de DVD het tijdspad van het revalidatietraject langer is dan verwacht, daarom wordt er nu duidelijk op de nieuwe voorlichtings- DVD aangegeven hoe lang het revalidatietraject in totaal zal duren.

Op de vraag of de DVD inzicht biedt in de moeilijkheden die de patiënten tijdens het uitvoeren van de oefeningen tegen zullen komen bestaat veel diversiteit. 1/3 van de populatie vond dat de DVD hierin onvoldoende tot matig inzicht in biedt en 2/3 vindt het voldoende of ruim voldoende (staafdiagram 3.11). Door de diversiteit is er in de nieuwe voorlichtings- DVD niet te diep ingegaan op deze moeilijkheden. De nieuwe DVD laat wel duidelijk zien, als de patiënt moeilijkheden ervaart tijdens de revalidatie hij door een fysiotherapeut individueel begeleid wordt.

De DVD heeft over het algemeen meer inzicht geboden in het traject dat de patiënt zowel voor, tijdens als na de operatie te wachten staat. Niemand heeft de vraag beantwoord met matig of onvoldoende (staafdiagram 3.13).

§ 4.1.8 Interpretatie revalidatie-enquête

Uit de staafdiagrammen verwerkt in de resultaten en de eventuele opmerkingen van de revaliderende patiënten die uit de enquête zijn gekomen is het volgende geïnterpreteerd.

Uit de enquêtes komen enkele verbeterpunten voor de nieuwe DVD naar voren, aangegeven door de patiënten.

Eén patiënt vindt de huidige voorlichtings- DVD enigszins verouderd.

De meeste patiënten ervoeren **direct na de operatie** verschillende lichamelijke beperkingen die niet vermeld werden op de DVD (staafdiagram 3.15). De huidige DVD gaat te weinig in op deze beperkingen. Patiënten geven over het algemeen aan dat dit wel in de DVD ter sprake mag komen, zodat ze weten wat ze kunnen verwachten met betrekking tot de lichamelijke beperkingen aan de knie na de operatie. Aan de beperkingen zoals vocht, pijn en littekens wordt in de nieuwe voorlichtings- DVD aandacht besteed.

Lichamelijke beperkingen **tijdens het revalidatietraject** komt volgen 1/8 van de populatie onvoldoende aan bod op de DVD, 1/4 gaf matig aan (staafdiagram 3.19). Deze beperkingen zouden volgens de patiënten beter in beeld moeten komen, zodat ze voorbereid zijn op eventuele lichamelijke beperkingen die op kunnen treden tijdens het revalidatietraject. Nu vielen deze beperkingen erg tegen voor de patiënten. Op de nieuwe voorlichtings- DVD wordt er niet specifiek op alle lichamelijke beperkingen ingegaan, omdat deze beperkingen per individu verschillen. De nieuwe voorlichtings- DVD toont dat een patiënt individuele aandacht krijgt, indien er lichamelijke beperkingen aanwezig zijn.

De inhoud van de fasen op de DVD kwam grotendeels overeen met de werkelijkheid (staafdiagram 3.16). Volgens de patiënten mogen de fasen duidelijker uitgelegd worden op de DVD en het tijdspad van de fasen van de revalidatie moet ook beter vermeld worden (staafdiagram 3.24).

De oefeningen tijdens de revalidatie komen overeen met de oefeningen die op de DVD te zien waren (staafdiagram 3.17). Bij sommige patiënten scoorde deze vraag matig, dit kwam vooral omdat de

oefeningen op de DVD door elkaar aan bod kwamen. Er was geen duidelijke opbouw te zien qua fasen tijdens de oefeningen. In de nieuwe DVD is getracht hier meer structuur in aan te brengen.

Op de vraag in welke mate de patiënt op de DVD geïnformeerd was over het actief trainen tijdens de revalidatie bestaat veel diversiteit (staafdiagram 3.18). Patiënten geven bij de eventuele opmerkingen met name aan dat ze beperkt geïnformeerd waren en dat het revalidatietraject in werkelijkheid zwaarder is dan de DVD deed vermoeden en dat er meer aangeduid mag worden dat het een lange revalidatie is waar de patiënt voor 200% achter moet staan. Op de nieuwe voorlichtings- DVD wordt daarom enkele malen duidelijk benoemd dat het een intensief revalidatietraject is, waarbij eigen inzet en motivatie van doorslaggevend belang is voor het slagen van het revalidatietraject.

Er is nu voor beelden gekozen waarop de patiënten zeer intensieve therapie krijgen en flink moeten zweten.

Het antwoord op de vragen met betrekking tot de motivatie om te starten met revalideren, de trainingen te blijven volgen en het revalidatietraject in het geheel af te maken liepen zeer uiteen per patiënt (staafdiagram 3.21, 3.22, 3.23). Veel patiënten gaven aan dat ze het traject toch zelf moeten doorlopen en de DVD hier niet veel invloed op had. Als meerwaarde op de motivatie heeft de DVD weinig invloed. Eén patiënt gaf aan dat de beelden van Ruud van Nistelrooy, die weer een wedstrijd kon voetballen een motivatie was om weer terug te keren op zijn oude sportniveau. Deze beelden zijn mede om die reden weer gebruikt in de nieuwe voorlichtings- DVD.

Verder waren opvallende opmerkingen/ verbeterpunten met betrekking tot de DVD dat één patiënt noemde dat hij er na het zien van de huidige voorlichtings- DVD vanaf wilde zien. De afstudeergroep heeft daarom geprobeerd de nieuwe DVD zo goed mogelijk aan te sluiten bij de wensen van de patiënt.

Eén patiënt gaf als opmerking aan dat de huidige voorlichtings- DVD niet ingaat op de thuissituatie. In de nieuwe voorlichtings- DVD wordt hier niet op ingegaan, omdat de DVD alleen gericht is op de VKB- reconstructie en revalidatie en omdat de informatieoverdracht anders te groot wordt voor +/- 20 minuten film.

§ 4.2 Beperkingen van het onderzoek

In de volgende paragraaf worden de beperkingen van de *voorbereidingsfase* en de *productfase* beschreven. De beperkingen van de voorbereidingsfase zijn onderverdeeld in het literatuuronderzoek en het tevredenheidsonderzoek. In de beperkingen van de productfase worden de beperkingen van het filmen en monteren van de DVD beschreven.

§ 4.2.1 Beperking voorbereidingsfase

Doordat het bij de huidige voorlichtings- DVD ontbreekt aan de eisen voor de meest effectieve manier van patiëntenvoorlichting, is er een literatuuronderzoek naar gedaan.

Gedurende de uitvoering van het *literatuuronderzoek* zijn er door de afstudeergroep enkele beperkingen geconstateerd.

De opname in week 16 zorgde ervoor dat het literatuuronderzoek al vroeg in het afstudeerstadium afgerond moest zijn, omdat de resultaten van het literatuuronderzoek verwerkt moesten worden in de nieuwe voorlichtings- DVD. Tijdens de afstudeerperiode is er echter tot de conclusie gekomen dat de gevonden literatuur niet voldoende was en is er besloten nog meer literatuur te zoeken. Deze literatuur kon echter niet meer verwerkt worden in de voorlichtings- DVD.

Specifieke literatuur met betrekking tot voorlichting aan patiënten die een VKB- reconstructie ondergaan, was niet beschikbaar. Door deze beperking is er besloten om te zoeken naar audiovisuele patiëntenvoorlichting. Dit leverde weinig resultaten op, daarom is er gezocht naar voorlichting in algemene zin. Uiteindelijk is er besloten om de gevonden resultaten op te splitsen in voorlichting en patiëntenvoorlichting, om meer duidelijkheid te verkrijgen over effectieve informatieoverdracht naar

patiënten door middel van audiovisuele middelen. De gevonden literatuur was echter niet recent geschreven.

Gedurende de productfase heeft er nog een uitbreiding van het literatuuronderzoek naar P-factoren plaats gevonden. Dit heeft echter het nadeel dat niet alle P- factoren verwerkt konden worden in de DVD, omdat de filmopnames al gemaakt waren.

Tijdens het bezoek aan de universiteit van Wageningen (afdeling communicatiewetenschappen) is er weinig bruikbare informatie gevonden met betrekking tot audiovisuele patiëntenvoorlichting. Het zoeken naar informatie is tijdrovend geweest in verhouding met de gevonden resultaten. De bibliotheek van Wageningen werd op dit tijdstip verbouwd, waardoor artikelen niet direct beschikbaar waren. Deze konden alleen via de post besteld worden, waardoor de artikelen pas vier weken later binnen kwamen. Hierdoor konden ze niet meer meegenomen worden in het draaiboek en het ontwikkelen van de nieuwe DVD. Er zijn veel boeken gevonden met betrekking tot voorlichting, maar weinig boeken die echt bruikbaar waren met betrekking tot audiovisuele patiëntenvoorlichting. De meeste gevonden boeken gingen over massamediale communicatie of patiëntenvoorlichting in het algemeen, dus niet toegespitst op audiovisuele voorlichting.

Bij het benaderen van de publieke omroepen via de mail (bijlage III) is er veel respons van de omroepen gekomen, maar er is geen relevante informatie over protocollen of richtlijnen voor medische documentaires met betrekking tot audiovisuele voorlichting verkregen.

Gedurende de uitvoering van het *tevredenheidsonderzoek* middels een enquête zijn er door de afstudeergroep enkele beperkingen geconstateerd.

De voorlichtingsmiddag werd één keer per maand gegeven aan patiënten die een VKB- reconstructie ondergaan. Om zoveel mogelijk meetresultaten te verkrijgen is de keuze gemaakt de voorlichtings-enquête op twee middagen af te nemen. Hierdoor nam het meten twee maanden tijd in beslag. Bij de meting van de eerste voorlichtings- enquête was er een geringe bezetting van het personeel. Hierdoor had de voorlichter weinig tijd. Bij het starten van de voorlichtings- DVD was er geen geluid aanwezig. Nadat dit technisch probleem was opgelost, was de voorlichter echter niet bereid de DVD opnieuw te starten. Hierdoor hadden de patiënten geen uitleg bij de operatietechniek, waardoor enkele vragen uit de enquête niet te beantwoorden waren.

Tijdens de voorlichting waren de patiënten erg snel afgeleid, omdat er veel storende externe factoren aanwezig waren. Patiënten die aan het trainen waren in de zaal hielden geen rekening met de voorlichting. De revaliderende patiënten werden hier ook niet op gewezen door de voorlichter. Tevens ging vaak de telefoon in de zaal.

De opmerkingen beschreven in de enquête door de patiënten waren soms kort, bondig en in niet correct taalgebruik. Deze opmerkingen zijn anders geformuleerd om ze meer bruikbaar te maken. Hierdoor heeft de interpretatie van de afstudeergroep mee gespeeld bij de beoordeling van de enquêtes.

§ 4.2.2 Beperkingen productfase

Gedurende het *filmen* zijn er ook enkele beperkingen geconstateerd.

Het filmschema (drie dagen) is tijdens het filmen aangepast in verband met slechte weersomstandigheden. Sommige van de eerder gefilmde beelden, moesten in de loop van de dagen opnieuw gefilmd worden, omdat ze kwalitatief nog niet voldoende waren.

Na het filmen bleek dat één operatie niet goed opgenomen was vanwege een technisch probleem met de eerste cassette. Deze beelden waren niet bruikbaar voor montage. Alleen de beelden van de andere operatie waren bruikbaar, hierdoor was de keuzemogelijkheid van goede operatiebeelden beperkt.

De kwaliteit van de beelden was over het algemeen goed, maar sommige beelden waren overbelicht. Door tijdgebrek konden deze beelden niet opnieuw gefilmd worden. In de drie opnamedagen waren er zoveel opnames gemaakt, waardoor de montage veel tijd in beslag nam. Tijdens het monteren heeft er constant overleg plaats gevonden met de producer en de opdrachtgever.

De keuze met betrekking tot de voice- over heeft veel tijd in beslag genomen, omdat de afstudeergroep erg kieskeurig en selectief is geweest in het zoeken van een geschikte voice- over. De aangedragen voice- over door de producer leek de afstudeergroep, na het beluisteren hiervan, niet geschikt voor de nieuwe voorlichtings- DVD. Het was een monotone stem en kwam niet enthousiast over.

Een nadeel was dat op het moment van het filmen alleen een jonge patiëntengroep aan het revalideren was. Zo komt het op de DVD over dat alleen jonge mensen de reconstructie kunnen ondergaan en toegankelijk zijn voor het revalidatietraject, maar de doelgroep ligt tussen de 15 en 55 jaar. Ook waren er voornamelijk mannelijke patiënten, dit kan de indruk wekken dat het traject niet goed voor vrouwen toegankelijk is. De afstudeergroep heeft echter wel geprobeerd meer vrouwen in beeld te brengen in de nieuwe voorlichtings- DVD. Tevens is getracht patiënten, die over minder coördinatieve en motorische vaardigheden beschikken in beeld te brengen, om aan te duiden dat het revalidatietraject voor iedereen toegankelijk is.

De uiteindelijke voorlichtings- DVD mocht maximaal twintig minuten duren. Dit is erg weinig tijd om alle informatie duidelijk naar voren te laten komen, wat uiteindelijk heeft geleid tot een hoog tempo van informatieoverdracht naar patiënten toe.

§ 4.3 *Aanbevelingen verder onderzoek*

Aan de hand van de beperkingen worden er aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek.

Het aanbod van literatuur specifiek met betrekking tot audiovisuele patiëntenvoorlichting is minimaal. Er zal in de toekomst onderzoek gedaan moeten worden naar de effectiviteit van audiovisuele voorlichting aan verschillende patiëntengroepen. Audiovisuele voorlichting is een voorlichtingsmedium wat in de toekomst steeds verder ontwikkeld zal worden en vaker gebruikt zal worden.

De studiegroep adviseert om op het internet, in een voorlichtingspagina te beschrijven waar de VKB-patiënten de informatie nogmaals na kunnen lezen en eventuele vragen nog vooraf aan de reconstructie en revalidatie kunnen stellen. Internet is dan een nieuw middel om patiënten van informatie te voorzien. Deze patiëntengroep (mannen/ vrouwen 15- 55 jaar) zal steeds meer gebruik maken van dit communicatiemiddel. Een groot voordeel van internet is dat er gedurende de hele dag gebruik gemaakt kan worden van deze methode van patiëntenvoorlichting. Een valkuil hierbij kan zijn dat patiënten gaan catastroferen. De fysiotherapeut heeft geen controle over wat de patiënt met de informatie doet.

De volgende aanbevelingen zijn gericht aan het St. Annaziekenhuis. De afstudeergroep is van mening dat de voorlichting beter tot zijn recht komt als deze gegeven wordt in een rustige ruimte, waarbij rekening wordt gehouden met minimale externe factoren. Dit zal leiden tot een betere informatieoverdracht, de patiënten zullen de informatie dan beter onthouden en minder snel afgeleid zijn.

Verder zal het voor de organisatie binnen het ziekenhuis minder tijd kosten als ze de voorlichtings-DVD als uitleen exemplaar beschikbaar stellen voor de hele patiëntengroep, zodat de patiënten deze DVD thuis kunnen bekijken. Hierdoor wordt de sociale omgeving ook beter bij het proces betrokken. Dit ook omdat op het voorlichtingstijdstip niet alle patiënten aanwezig kunnen zijn.

Een andere mogelijkheid om meer patiënten bij de voorlichting te betrekken is om het aantal momenten van de informatiebijeenkomst te verhogen.

Aan de hand van de voorbereidingsfase en productfase wordt er in dit hoofdstuk antwoord gegeven op de hoofdvraag:

Is het mogelijk om door middel van een literatuuronderzoek, het beschikbaar voorlichtingsmateriaal en een enquête naar de effectiviteit van het beschikbare voorlichtingsmateriaal zoals tot dusverre ontwikkeld is, een voorlichtings- DVD te maken, die het mogelijk maakt om up to date voorlichting te geven over de VKB reconstructie en de revalidatiemethode volgens het protocol van het St. Annaziekenhuis en waarin de stappenreeks van voorlichting gewaarborgd zijn?

Het eindresultaat van het project is een voorlichtings- DVD met de titel: “Voorste kruisband reconstructie en revalidatie”.

Om up to date voorlichting te geven over de VKB- reconstructie en de revalidatiemethode, zijn de resultaten uit het literatuuronderzoek met betrekking tot audiovisuele patiëntenvoorlichting, het beschikbaar voorlichtingsmateriaal en de enquêtes van het tevredenheidsonderzoek verwerkt in de nieuwe voorlichtings- DVD.

De kritiepunten van de afstudeergroep op de huidige DVD, de eisen van het personeel van het St. Annaziekenhuis en de stappen uit de stappenreeks van voorlichting zijn tevens verwerkt in de nieuwe voorlichtings- DVD. Door alle items uit de voorbereidingsfase mee te nemen in de ontwikkeling van de DVD is de effectiviteit hiervan toegenomen.

De VKB- reconstructie en de revalidatiemethode volgens het protocol van het St. Annaziekenhuis komen nu duidelijk en uitgebreid naar voren.

Het St. Annaziekenhuis is tevreden over het resultaat van de productfase. De fysiotherapeuten vinden de nieuwe DVD een geschikt voorlichtingsmiddel voor patiënten die een voorste kruisband reconstructie ondergaan.

Naar hun mening is de DVD up to date en beschikt over al de nodige informatie met betrekking tot de operatie en revalidatie. De patiënten hebben na het zien van de DVD een goed beeld wat hen te wachten staat. Het St. Annaziekenhuis vindt met name goed dat de operatiebeelden ondersteund worden met animatiebeelden. Verbetering wat betreft de revalidatie, vergeleken met de vorige voorlichtings- DVD, is naar hun mening dat de verschillende fasen van het revalidatietraject duidelijker en realistischer weergegeven worden en het revalidatietraject er relatief zwaar uitziet.

De afstudeergroep is erg tevreden over het resultaat. De nieuwe voorlichtings- DVD is een verbeterde versie van de vorige voorlichtings- DVD.

Er is met veel plezier en inzet gewerkt aan het tot stand komen van het product.

LITERATUURLIJST

- 1) Bazelmans C., van Hees A., Maassen T., Thielemans M., *Arthroscopie knie, productie van een voorlichtingsvideoband*, afstudeerproject fysiotherapie 2002
- 2) Beurskens R., Koning de J., Philipsen J., *Voorste kruisband operatie en revalidatie*, afstudeerproject Fysiotherapie 2000/2001
- 3) Bom M., Callens H., Branden van den W., Westra V., *Werken met audiovisuele middelen*, Instructieve omroep 1984
- 4) Breemhaar B., *Voorlichting aan operatiepatiënten*, Landelijk centrum GVO 1993
- 5) Brunetti G., *The effectiveness of Video for Health Education: A review*, City of Hamilton: Social and Public Health Services, juni 2001
- 6) Burgt van der M., Verhulst F., *Doen en blijven doen*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; derde druk 2003
- 7) Burken van P, Swank J., *Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut*, Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum 2000
- 8) Dale van, *Groot woordenboek der Nederlandse taal*; Utrecht/ Antwerpen, Van Dale lexicografie BV, dertiende uitgave 1999
- 9) Damoiseaux V., Gerards F.M., Kok G.J., Nijhuis F., Have ten H., Dongen van M., Oostveen T., Vries de N.K., *Gezondheidsvoorlichting- en opvoeding: van analyse tot effecten*, Maastricht 1987
- 10) Damoiseaux V., *Listen, lusten en lasten van massamediale voorlichting*, Assen/ Maastricht: Van Gorcum 1991
- 11) Dixhoorn van J, Peper E., Schermer M., *De klinische toepassing van biofeedback binnen de fysiotherapie*, Jaarboek Fysiotherapie Kinesitherapie 2005, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2005
- 12) Doedens W., *Audio- visuele middelen in de voorlichting 'een keer zien doet meer dan tien keer horen'*, Bedrijfsontwikkeling jaargang 17 (1986) 10 (oktober)
- 13) Gerards F., *Health Counseling, het adviesgesprek in de (para)medische en verpleegkundige zorg*. Uitgeverij H. Nelissen/ Baarn, 1997
- 14) Hahn J.G., *Audiovisuele communicatie; beter presteren met audiovisuele media*, Leiden/ Antwerpen: Uitgeverij Stenfert Kroese 1992
- 15) Hoenen J.A.H.J., Tielen L.M., Willink A.E., *Patiënten voorlichting stap voor stap; suggesties voor de huisarts*, Rijswijk: Uitgeverij voor gezondheidsbevordering 1988
- 16) Jonkers R., Liedekerken P.C., Heas de W.F.M., Kok G.J., Saan J.A.M., *Effectiviteit van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)*, uitgeverij voor gezondheidsbevordering 1988
- 17) Kemme G., *Effectiever voorlichten*, Utrecht: Uitgeverij Lemma BV 1995
- 18) Kiechmann L.-L., *Anatomie en fysiologie van de mens*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, vijftiende druk 2003

- 19) Koelen, *Weten en begrijpen; voorwaarde voor effectieve voorlichting*, Ouderen; financiële rechten en voorlichten, Katholieke Universiteit Brabant Tilburg, 1993
- 20) Leeuwis, *Voorlichting en interactieve multimedia*, Informatie en informatiebeleid 11,4 (1993)
- 21) Linde P., *Video in de voorlichting*, Bussem: Dick Coutinho, tweede druk 1994
- 22) Lohman A.A.M., *Vorm en beweging*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, tiende herziende druk 2004
- 23) Maertens N., Maris N., *Patiëntgericht voorlichten: leerboek voor verpleegkundigen*, Amsterdam: Uitgeverij SWP, derde gewijzigde druk 2002
- 24) Mourik van J.B., Patka P., *Letsels van de knie, Epidemiologie, diagnostiek, therapie, revalidatie en preventie*, Haren: SCN (symposiumcommissie Chirurgie Nederland) 1988
- 25) Seeters M., *Voorste kruisband*, project St. Annaziekenhuis 1998
- 26) Somas brochure, *arthex VKB- techniek, bone- patellar tendon- bone- transfix*, 2005
- 27) Pos S., Brouwers J., *Patiëntenvoorlichting: een theoretische verkenning*, Studie ten behoeven van De Nederlandse Hartstichting Afdeling Preventie en Voorlichting, juni 2003
- 28) Verhaar J.A.N., Linden van der A.J., *Orthopedie*, Houten/Diegem Bohn Stafleu Van Loghum 2001
- 29) Verhulst F.J.C.M., *De persoon in een model voor fysiotherapie*, Nederlands tijdschrift voor fysiotherapie 2001; 112 (5); 114-122
- 30) Verhulst F.J.C.M., *Doen en blijven doen, evidence based voorlichten*, aanvraag onderzoek NVFB in het kader van een promotieonderzoek versie 7, Eindhoven 2005
- 31) Verhulst F., Zanden van der O., *Persoonsgebonden factoren binnen een gedragsgeoriënteerde aanpak bij chronische klachten: een aanzet tot 'evidence based' handelen*, Jaarboek Fysiotherapie Kinesitherapie 2005, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2005
- 32) Verhulst F., *Pijn I: pijn/ psychosomatiek/ stress*, Eindhoven Fontys Hogescholen, Opleiding Fysiotherapie, september 2004
- 33) Vos M.F., *Van plan tot uitvoering: inleiding in voorlichting en public relations*, Utrecht: Lemma BV tweede druk 1994
- 34) Wapenaar H., Röling N.G., Ban van den A.W., *Basisboek voorlichtingskunde*, Amsterdam Boom Meppel 1989

BIJLAGEN

Bijlage I	Project- plan
Bijlage II	Stappenreeks van voorlichting
Bijlage III	Data- extractieformulieren
Bijlage IV	Mail omroepen
Bijlage V	Protocol VKB- revalidatie
Bijlage VI	Folder St. Annaziekenhuis
Bijlage VII	Enquêtes
Bijlage VIII	Script
Bijlage IX	Story- board
Bijlage X	Patiënteninformatie filmopnames
Bijlage XI	Toestemmingsverklaring

BIJLAGE I PROJECTPLAN

0.0 Project

Titel

Voorste kruisband reconstructie en revalidatie binnen het St. Annaziekenhuis

0.1 Afstudeergroep

Femke Berkelmans
Kim van Dooren
Maaïke van Kessel
Elke Moors

Groeps-emailadres:

Fysio-vkb@hotmail.com

Contactpersoon: Maaïke van Kessel

0.2 Datum en versienummer

Datum: 04 april 2005

Versienummer: 10

1.0 Projectleider/ opdrachtgever

1.1 Opdrachtgever

St. Anna ziekenhuis
Afdeling fysiotherapie (Topsupport)

Contactpersoon

Adjan van de Sanden

1.2 Projectleider

St. Anna ziekenhuis
Afdeling fysiotherapie

Fontys Paramedische Hogeschool
Ds. Th. Flidnerstraat 2
5631 BN Eindhoven

Docentbegeleider

Frank Verhulst,

Methodisch begeleider

Monica Veeger

2.0 Probleemomschrijving

2.1.1 De voorgeschiedenis

Het St. Annaziekenhuis in Geldrop is gespecialiseerd in voorste kruisband (VKB) reconstructie en de revalidatie van patiënten die een dergelijke operatie ondergaan. In samenwerking met de afdeling fysiotherapie van het St. Annaziekenhuis en de afdeling topsupport is er een standaard revalidatieprotocol ontwikkeld met betrekking tot het voorste kruisband revalidatietraject.

De patiënten die in aanmerking komen voor een VKB- reconstructie krijgen vooraf aan de operatie een voorlichtingsmiddag aangeboden. Het St. Annaziekenhuis wil tijdens deze voorlichtingsmiddag graag een duidelijke voorlichtings- DVD vertonen, zodat de patiënten goed voorbereid zijn op de operatie en het revalidatieproces. Vanuit het ziekenhuis is er een goede ervaring met betrekking tot deze voorlichtingsmethode.

Patiënten hebben behoefte aan een duidelijke en begrijpelijke manier van uitleg. Door de visuele en auditieve ondersteuning van de DVD kunnen de patiënten de gegeven informatie beter onthouden en zich een voorstelling maken van wat hun te wachten staat. Tevens hoeft de fysiotherapeut door middel van deze voorlichtingsmiddag niet meer steeds individuele voorlichting te geven aan de patiënt.

Vanuit het St. Annaziekenhuis zijn er al verschillende afstudeeropdrachten aangedragen geweest met betrekking tot het maken van een voorlichtingsband, -DVD. In 1998 is er als afstudeerproject al een voorlichtingsband gemaakt. Bij deze videoband werd er te diep ingegaan op details, die door de hoeveelheid, diepgang of beladenheid niet onthouden werden door patiënten. Doordat de videoband te detailgericht was, werd de video ook al snel niet meer actueel. Zo wordt er op de videoband nog gesproken over de donorpees-techniek, deze wordt nu niet meer toegepast. Tevens werd de operatie op de video gedemonstreerd die met teveel bloed gepaard ging. Dit had een afschrikwekkende werking op de patiënten.

In 2001 hebben studenten in opdracht van het St. Annaziekenhuis een verbeterde versie van de video gemaakt (2). Deze videoband wordt nu nog steeds gebruikt, maar niet alle fasen van het revalidatieproces komen op de videoband aan bod. Deze videoband is inmiddels ook op DVD gekopieerd. Het personeel van het St. Annaziekenhuis is van mening dat de kwaliteit van de DVD nog verder verbeterd kan worden. Er werd een nieuwe afstudeeropdracht geformuleerd.

Het St. Annaziekenhuis kwam met de vraag of er een nieuwe aangepaste voorlichtings- DVD gemaakt kon worden door studenten van de opleiding Fysiotherapie. Op deze DVD moet de operatie en het revalidatieproces in vijf fasen globaal beschreven worden. Deze voorlichtings- DVD is een onderdeel van het afstudeerproject.

Bij het maken van de DVD wordt er geprobeerd oog te houden voor de verschillende stappen van de stappenreeks voor voorlichting. Dit is het voorlichtingsmodel dat door de huidige opleiding fysiotherapie verbonden aan de paramedische hogeschool Eindhoven wordt gebruikt als lesmateriaal voor het geven van voorlichting. Een ander deel van het afstudeerproject bestaat uit het geven van een beknopt verslag over de inhoud van de operatie en de operatie techniek en er wordt een beschrijving gegeven van de inhoud van de verschillende fasen van het revalidatieproces. Tevens vind er een literatuuronderzoek plaats naar audiovisuele voorlichting.

Alvorens over te gaan tot de productie van een nieuwe DVD, zal er een tevredenheidsonderzoek met behulp van twee enquêtes plaatsvinden. De enquêtes worden afgenomen onder patiënten die de huidige DVD aangeboden krijgen net voor zij het gehele traject gaan doorlopen en patiënten die het gehele revalidatietraject al doorlopen hebben met de huidige DVD als voorlichtingsbron. Tevens zal er een gesprek plaats vinden met het personeel van het St. Annaziekenhuis waarin hun verbeterpunten met betrekking tot de DVD naar voren komen. De gegevens uit deze enquêtes en het gesprek zullen eveneens benut worden om de huidige DVD te verbeteren.

2.1.2 Het probleem

Het St. Anna ziekenhuis heeft behoefte aan een vernieuwde voorlichtings- DVD voor patiënten die een reconstructie van de VKB ondergaan.

2.1.3 De relevantie

Wetenschappelijke relevantie

Mogelijk dat de voorlichtings- DVD gebruikt kan worden voor verder onderzoek over de effecten van de te volgen revalidatiemethode.

Maatschappelijke relevantie

Patiënten zullen door een onderbouwde aanpak sneller revalideren, het revalidatieproces is dan kostenbesparend.

Fysiotherapeutische relevantie

Effectieve voorlichting verkleint de kans dat de patiënt en/of fysiotherapeut voor onverwachte gebeurtenissen komen te staan, wat zich vertaalt in meer aandacht voor de therapeutische behandeling. Protocolair handelen maakt meer gedegen onderzoek mogelijk, wat de effectiviteit van behandelingen zal vergroten.

2.2 Hoofdvraag

Is het mogelijk om door middel van een literatuuronderzoek, het beschikbaar voorlichtingsmateriaal en een enquête naar de effectiviteit van het beschikbare voorlichtingsmateriaal zoals tot dusverre ontwikkeld is, een voorlichtings- DVD te maken, die het mogelijk maakt om up to date voorlichting te geven over de VKB reconstructie en de revalidatiemethode volgens het protocol van St. Annaziekenhuis en waarin de stappenreeks van voorlichting gewaarborgd zijn?

2.3 Operante definities

Enquête:

Onderzoek door ondervraging van een groot aantal personen naar bestaande meningen, gewoonten enzovoorts (5).

Patiënt:

Een persoon die een VKB- reconstructie heeft gehad of nog moet ondergaan en het revalidatietraject doorloopt in het St. Annaziekenhuis.

Patiëntenvoorlichting:

Een planmatig, leer- en of communicatieproces met een gericht doel, dat in samenspraak met de patiënt wordt geformuleerd om zodanig veranderingen in kennis/ inzicht/ vaardigheden/ attitude/ gedrag te bewerkstelligen dat een gunstige invloed op het genezingsproces en het omgaan met (restanten van) ziekte verwacht mag worden (4).

Revalidatie:

Geheel van medische en sociale maatregelen die ten doel hebben de lichamelijke geschiktheid van patiënten zo ver mogelijk te herstellen (5).

Revalidatiemethode:

Een werk/ behandelwijze die het St. Annaziekenhuis toepast op mensen die een VKB- reconstructie hebben ondergaan.

Semitendinosus en gracilis:

Voor reconstructie wordt gebruik gemaakt van de spieren m.semitendinosus en m. gracilis die gelegen zijn aan de dorsale en mediale zijde van het bovenbeen.

Stappenreeks:

Een planmatige leerervaring waarbij meestal een combinatie van methoden wordt gebruikt, zoals informatieverstrekking, advisering en gedragsveranderingstechnieken die de beleving van de ziekte en/of de kennis en het gezondheidsgedrag van de patiënt beïnvloeden gericht op het verbeteren of handhaven van de gezondheid of het leren omgaan met een (chronische) aandoening (van den Borne, 1997)

Deze reeks bestaat uit de stappen: Openstaan, Begrijpen, Willen, Kunnen, Doen en Blijven doen (4).

Topsupport:

Is het sportcentrum in het St. Annaziekenhuis waar sportfysiotherapeuten op verwijzing van artsen, patiënten intensief begeleiden. Hierdoor komen de patiënten tot snel herstel, waardoor sport en werk weer kunnen worden opgepakt. Topsupport werkt volgens vaste protocollen.

Voorste kruisband (VKB):

Bindweefselband binnen in het kniegewricht, die zorgt voor de voorwaartse stabiliteit (5).

Voorste kruisband reconstructie:

De operatietechniek waarbij de VKB wordt vervangen door een semitendinosuspees en gracilispees

3.0 Doelstelling(en)

Hoofddoel:

Het maken van een voorlichtings- DVD over een VKB- reconstructie en het revalidatietraject, die voldoet aan de eisen van het St. Annaziekenhuis.

Deze DVD moet alle facetten bevatten die een patiënt doorloopt met betrekking tot een VKB-reconstructie. Dit houdt in dat zowel pré- als postoperatief op een voor de patiënt begrijpelijke en overzichtelijke wijze alles in beeld wordt gebracht met behandeling, begeleiding en revalidatie. In de DVD komt de stappenreeks van voorlichting aan bod.

4.0 Projectproduct(en)

- Een onderzoeksverslag waarin het totale proces van het onderzoek en de onderzoeksbevindingen verwerkt worden inclusief het literatuuronderzoek naar audiovisuele voorlichting
- Een voorlichtings- DVD waarin de operatie en het gehele revalidatietraject naar voren komen
- Een presentatie (PowerPoint) aan studenten, docenten en andere belangstellenden

5.0 Methoden

De volgende activiteiten zullen plaats vinden om tot een goed eindproduct te komen:

1. Het bestuderen van huidige voorlichting aan patiënten

- Draaiboek huidige voorlichtingband bestuderen door vier personen (2)
- Huidige voorlichtingsband bekijken en bekritisieren door vier personen (2)
- Deze kritiekpunten worden genoteerd door één persoon
- Bestuderen van de stappenreeks uit Doen en blijven doen (4) door twee personen
- Er wordt door twee personen informatie gezocht over audiovisuele voorlichtingmedium op databases.

De volgende databases worden gebruikt:

- cochrane
- medline
- pubmed
- doconline
- cinahl
- pedro
- embase

De volgende keywords worden gebruikt:

- | | |
|-----------------------------|--|
| - voorlichting | instruction |
| - patiëntenvoorlichting | instruction to patients, patient education |
| - voorlichtingsvideoband | instruction and guidance |
| - audiovisuele voorlichting | audio-visual instruction |
| - media DVD/ videoband | |
| - audiovisuele instructie | audio-visual instruction |

Er worden maximaal vijftien artikelen gezocht met betrekking tot voorlichting.

Het literatuuronderzoek bestaat uit het doorlezen van de gevonden artikelen. De relevante informatie wordt verwerkt in het verslag en in de DVD. In verband met de grote omvang van het project is ervoor gekozen de gevonden artikelen niet te beoordelen op evidenced based.

2. *Het bestuderen van de operatietechniek en de revalidatiemethode en verwerken in het projectverslag*

- Telefonisch schriftelijke informatie opvragen bij het contactpersoon van het St. Annaziekenhuis over de operatietechniek en het revalidatieprotocol. Deze informatie wordt door twee personen bestudeerd. Vervolgens wordt door deze personen een beknopte samenvatting gemaakt voor verwerking in het draaiboek en wordt verwerkt in het projectverslag
- Contact opnemen met de contactpersoon van het St. Annaziekenhuis om informatie te verkrijgen over het revalidatieprotocol. Van deze informatie wordt door twee personen een beknopte samenvatting gemaakt over de fases van dit revalidatieprotocol. Deze informatie wordt verwerkt in een samenvatting over de verschillende fases van het revalidatieprotocol en in het draaiboek
- Informatie opzoeken via internet over de operatietechniek

De volgende specialistische sites worden hiervoor gebruikt:

www.st-anna.nl
www.medischestartpagina.nl
www.kngf.nl
www.orthopedie.nl
www.sportblessures.nl
www.somas.nl
www.fysiostart.nl

De volgende keywords worden gebruikt:

- voorste kruisband reconstructie
- voorste kruisband operatie
- tranfix methode
- anatomie knie
- kruisband
- ligamentum cruciatum anterior
- semitendinosus gracilistechniek

Andere aanvullende bronnen van informatie:

- Huidige projectverslagen
- Voorlichtings DVD/ videobanden met betrekking tot VKB reconstructie van het St. Annaziekenhuis (incl. de draaiboeken)
- CD-rom en verslag van operatie

3. *Gesprek met het personeel dat betrokken is bij voorlichting van het St. Annaziekenhuis*

- Eisen van het St. Annaziekenhuis met betrekking tot de voorlichtings- DVD opstellen d.m.v. overleg. De medewerkers van het St. Annaziekenhuis hebben vooraf overleg en schrijven de eisen op papier. Vier personen bespreken de eisen met de contactpersoon van het St. Annaziekenhuis. De punten worden door één persoon opgeschreven voor de verwerking van het draaiboek.

4. *De enquêtes*

- Eén persoon zoekt de enquête op die gebruikt is in het vorige project (2)
- Eén persoon mailt het St. Annaziekenhuis voor de data en tijdstippen van de voorlichtingsmiddagen
- Vier personen stellen samen twee enquêtes op, hierbij wordt de voorlichtings- stappenreeks ernaast gelegd en verwerkt in de vragen
- De enquête van de vorige voorlichtings- DVD wordt erbij gehouden om eventuele vragen over te nemen. Er wordt één enquête gemaakt die direct na het zien van de DVD beantwoord wordt.

- Hierin moeten onduidelijkheden en verbeterpunten naar voren komen. In deze enquête worden de stappen openstaan, begrijpen, willen en kunnen verwerkt van de voorlichtings- stappenreeks
- De enquêtes worden afgenomen bij patiënten na het zien van de DVD op de voorlichtingsmiddagen. Op de eerste middag wordt de enquête bij ongeveer negen patiënten afgenomen en op de tweede middag bij ongeveer tien patiënten
 - Er wordt één enquête gemaakt voor patiënten die al aan het revalideren zijn. In deze enquête worden vragen gesteld of de DVD die zij gezien hebben overeen komt met de praktijk/ werkelijkheid. Vooral de stappen doen en blijven doen van de voorlichtings- stappenreeks zijn in deze enquête verwerkt.
 - De enquêtes worden afgenomen bij ongeveer acht patiënten die in fase 1 aan het revalideren zijn en ongeveer twaalf patiënten die in fase 3 en 4 aan het revalideren zijn. De patiënten vullen de enquêtes tijdens een revalidatietraining in de oefenzaal van Topsupport in en geven ze na invulling direct terug
 - De gegevens uit de enquête direct na de voorlichtingsmiddag en de enquête afgenomen tijdens het revalidatietraject worden door twee personen verwerkt. De resultaten worden eerst geturfd op papier zodat deze sneller in het computerprogramma Word (d.m.v. grafieken) verwerkt kunnen worden
 - Uit de resultaten van de enquête worden conclusies getrokken. Deze worden beknopt weergegeven in het verslag en worden puntsgewijs opgeschreven voor verwerking in het draaiboek. Dit wordt door twee personen gedaan.

5. *Het maken van een draaiboek voor de voorlichtings- DVD*

- Door alle vier personen wordt met behulp van het huidige draaiboek van de vorige voorlichtings- DVD een nieuw draaiboek ontwikkeld waarin de verbeterpunten van de enquêtes verwerkt zijn, de resultaten van het literatuuronderzoek en de eisen van de medewerkers van het ST. Annaziekenhuis.
- In het draaiboek worden alle kwaliteitseisen beschreven (zie 6.1, eisen van toepassing op de DVD.)
- Het draaiboek wordt met vier personen met de medewerkers van het St. Annaziekenhuis doorbesproken, voordat deze naar de producer gaat. Eventuele verbeterpunten worden nog verwerkt.
- Er wordt een afspraak gemaakt met alle vier personen om het draaiboek met de producer door te nemen.

6. *Het maken van een voorlichtings- DVD voor patiënten die een VKB- reconstructie ondergaan*

- Er wordt een contract opgesteld door twee personen om toestemming te vragen aan patiënten voor het filmen tijdens de operatie en revalidatie
- Alle patiënten een contract laten tekenen waarbij men instemt voor het filmen tijdens de operatie en revalidatie
- Twee personen zoeken sponsors voor de DVD via internet (leveranciers operatietechnieken) en de door de medewerkers van het St. Annaziekenhuis aangedragen eventuele bedrijven: Somas, Biomet
- Producers zoeken op internet via de gouden gids
- De volgende key-words worden gebruikt:
 - DVD opnames
 - montage DVD
 - productiemaatschappij
- Eén persoon neemt contact op met producer op het gebied van DVD- opnames en montage
- Er wordt een afspraak gemaakt met het St. Annaziekenhuis, de producer en alle vier de studenten om duidelijke afspraken te maken omtrent vergoedingen, data filmen etc.
- Filmen van een VKB- reconstructie en het revalidatieproces, dit wordt in één dag gerealiseerd
- Na het filmen gaan alle vier personen opschrijven wat we in beeld willen hebben, d.m.v een tijdcode onder het televisiescherm. Deze gegevens worden naar de producer gestuurd en de film wordt gemonteerd

- Na de montage bekijkt het St. Annaziekenhuis, samen met ons of alles in de film verwerkt is en één persoon schrijft eventuele verbeterpunten op. De verbeterpunten gaan weer naar de producer en verwerkt deze weer in de film. Dit doen we tot dat we helemaal tevreden zijn

6.0 Beheersaspecten

6.1 Kwaliteitseisen

Functionele eisen:

De afdeling fysiotherapie van het St. Annaziekenhuis heeft de opdracht gegeven voor het maken van een voorlichtings- DVD van een VKB- reconstructie en de revalidatie hiervan volgens hun protocol. De voorlichtings- DVD moet voor de patiënt een duidelijke verslaglegging zijn van de VKB reconstructie en revalidatie.

Operationele eisen:

De volgende eisen zijn van toepassing op de enquête:

- Nederlandstalig beschreven
- een duidelijke inleiding waarin het doel van de enquête beschreven wordt
- goed taalgebruik en duidelijke formulering van de vragen
- het invullen van de enquête mag maximaal 10 minuten duren
- de stappenreeks van voorlichting wordt verwerkt in de vragen van de enquête

De volgende eisen zijn van toepassing op de voorlichtings- DVD:

- alle informatie vooraf aan de reconstructie en de te doorlopen fases tijdens revalidatieproces moeten duidelijk naar voren komen
- de beelden moeten de patiënt aanspreken zodat de informatie behouden blijft
- de stappenreeks van voorlichting moeten gebruikt zijn in de DVD
- de audiovisuele beelden moeten een reële en duidelijke weergave geven van het te doorlopen traject
- de audiovisuele beelden moeten overeenkomen met de werkelijkheid
- de voice- over moet rustig en duidelijk hoorbaar zijn
- de voice- over moet laag zijn, zodat de informatie beter wordt opgenomen
- de DVD moet een duidelijke visuele afspiegeling zijn van het gesproken woord

De volgende eisen zijn van toepassing op het productverslag

- Nederlandstalig beschreven
- het productverslag moet leesbaar (getypt) zijn in lettertype Times New Roman, lettergrootte 11
- het productverslag moet in begrijpelijke taal geschreven zijn
- het productverslag moet logisch in opbouw, systematisch en makkelijk te volgen zijn

6.1.1 Randvoorwaarden

1. Aan het product en verslag moet ongeveer 550 uur per persoon worden gewerkt
2. Het product komt tot stand via vooronderzoek:
 - literatuuronderzoek naar audiovisuele voorlichting
 - gebruikte literatuur is relevant en/ of recent van hoge kwaliteit
3. Het product heeft zoveel mogelijk een innovatief karakter en heeft fysiotherapeutische meerwaarde
4. Het verslag voldoet altijd aan de volgende eisen
 - vorm: getypt verslag, Times New Roman lettertype 11
 - omvang: onderzoeksverslag = ongeveer 40- 60 pagina's exclusief bijlagen

6.2 Tijdsplan

Initiatief/ definitiefase		
3 december	Inleveren 6 keuzes onderwerp afstudeerproject	Elke, Femke, Kim, Maaïke
9 december	Toewijzing afstudeerproject	Elke, Femke, Kim, Maaïke
Ontwerpfase		
16 december	Start FLP format	Elke, Femke, Kim, Maaïke
23 december	Gesprek St. Annaziekenhuis met Adjan van de Sanden	Elke, Femke, Kim, Maaïke
13 januari	Deadline versie 01 FLP format Gesprek Frank Verhulst	Elke, Femke, Kim, Maaïke
20 januari	Inleveren versie 02 FLP format	Elke, Femke, Kim, Maaïke
28 januari	beoordelingsfase en bijstellingsfase van FLP format versie 03, formele goedkeuring DBG en MBG go-no go	
Vorbereidingsfase		
3 februari	Gesprek met Adjan van de Sanden Gesprek met Frank Verhulst	Elke, Femke, Kim, Maaïke
7 februari	Ontvangen verbeterpunten DVD St. Annaziekenhuis	
10 februari	FLP format versie 04 Enquête opstellen voor operatie	Femke, Maaïke Elke, Kim
17 februari	Aanpassen enquête voor operatie Versie 05 FLP format	Elke, Kim Femke, Maaïke
24 februari	Gesprek Frank Verhulst	Elke, Femke, Kim, Maaïke
01 maart	Afnemen enquête op voorlichtingsavond 1	Elke, Femke, Kim, Maaïke
10 maart	Gesprek Frank Verhulst Gesprek Monica Veeger Opstellen enquête revalidatie	Elke, Femke, Kim, Maaïke
17 maart	Projectplan aanpassen Opstellen enquête revalidatie Producers zoeken	Femke, Elke Maaïke, Kim
24 maart	Gesprek Frank Verhulst Gesprek Monica Veeger Projectplan aanpassen Enquête revalidatie aanpassen	Elke, Femke, Kim, Maaïke Elke, Femke Kim, Maaïke
Realisatiefase		
30 maart	Projectplan aanpassen Enquête revalidatie aanpassen Contracten opstellen	Elke, Femke, Kim, Maaïke
31 maart – 8 april	Projectplan aanpassen Start verdieping in het revalidatietraject Start onderzoek literatuur audiovisuele voorlichting Verwerken enquêtes + conclusies beschrijven Anatomie + operatietechniek knie bestuderen Huidige voorlichtingvideo bekijken en bekritisieren	Elke, Femke, Kim, Maaïke Kim, Maaïke Elke, Femke Kim, Maaïke

05 april	Afnemen enquête op voorlichtingsmiddag Afnemen enquête revalidatie Gesprek producer + medewerkers St. Annaziekenhuis	Elke, Femke, Kim, Maaïke
07 april	Deadline Go- No Go FLP format	
9 april – 15 april	Onderzoek literatuur audiovisuele voorlichting Maken draaiboek DVD- opname Verdieping revalidatietraject	Elke, Femke, Kim, Maaïke Elke, Femke, Kim, Maaïke Kim, Maaïke
18 april – 22 april	Draaiboek afronden Bijwonen opnames operatie + revalidatie DVD- opnames momenten uitzoeken voor montage	Elke, Femke, Kim, Maaïke Elke, Femke, Kim, Maaïke
25 april – 29 april	Eindverslag revalidatietraject voor productverslag Maken productverslag en bespreken hiervan	Elke, Femke, Kim, Maaïke
2 mei – 6 mei	Maken productverslag en bespreken hiervan	Elke, Femke, Kim, Maaïke
9 mei – 13 mei	Maken productverslag en bespreken hiervan	Elke, Femke, Kim, Maaïke
16 mei – 20 mei	Deadline afronding montage opnames	
23 mei – 27 mei	Ontwerpen lay- out verslag Productverslag uitwerken	Elke, Femke, Kim, Maaïke
30 mei – 2 juni	Verslag uitwerken + eindproduct maken Vorbereiden presentatie	Elke, Femke, Kim, Maaïke
2 juni	Inleveren eindproduct Inleveren titel + korte omschrijving presentatiemiddag	Elke, Femke, Kim, Maaïke
9 juni	Inleveren individueel evaluatieverslag	Elke, Femke, Kim, Maaïke
9 – 21 juni	Individuele gesprekken	Elke, Femke, Kim, Maaïke
22 juni	Presentatie afstudeerproject	Elke, Femke, Kim, Maaïke

6.3 Begeleiding

- donderdag 13 januari	13.00 uur	afspraak F. Verhulst
- donderdag 03 februari	15.30 uur	afspraak F. Verhulst
- donderdag 24 februari	15.30 uur	afspraak F. Verhulst
- donderdag 10 maart	13.30 uur	afspraak F. Verhulst
- donderdag 24 maart	13.30 uur	afspraak F. Verhulst
- maandag 04 april	14.00 uur	afspraak M. Veeger

6.4 Begrote kosten

De begrote kosten voor het project bedraagt: 2000 – 2500 euro.

Dit bedrag wordt door het St. Annaziekenhuis beschikbaar gesteld. Afspraak is daarnaast dat bij eventuele overschrijding de meerkosten zullen worden vergoed door het St. Annaziekenhuis.

Er zal wel gezocht worden naar een sponsor om eventueel de kosten te kunnen verdelen.

Kopieer, print en inbindkosten van het project zullen de studenten vergoeden.

7.0 Voorlopige literatuurlijst

1. Simons; *studiehandleiding afstudeerproject OP 11- 16*, versie mei 2004
2. R. Beurskens, J. de Koning, J. Philipsen; *produktieverslag voorste kruisband operatie en revalidatie*; afstudeerproject mei 2001
3. C. Bazelmans, A. van Hees, T. Maassen, M. Tielemans; *arthroscopie knie, productie van een voorlichtingsband*; afstudeerproject mei 2002
4. Burgt van der M, verhulst; *“doen en blijven doen”*; Bohn Stafleu van Loghum; 2003 derde herziende druk
5. Dale van, groot woordenboek der Nederlandse taal, 2000 13^e druk

BIJLAGE II STAPPENREEKS VAN VOORLICHTING

De volgende stappen komen aan bod bij het geven van voorlichting:

Openstaan, Begrijpen, Willen, Kunnen, Doen, Blijven doen.

Hieronder worden deze stappen beschreven en gekoppeld aan het geven van voorlichting middels een DVD.

Stap 1: Openstaan

De stap Openstaan duidt aan dat iemand aandacht kan opbrengen voor informatie, voor het bespreken van zijn situatie en voor het zoeken van oplossingen.

Openstaan is niet iets vanzelfsprekends. Er zijn veel omstandigheden, in de patiënt, zijn situatie en zijn omgeving, die zijn aandacht in beslag kunnen nemen.

Behoefte aan informatie draagt bij aan het Openstaan. Een patiënt kan informatie die hij ervaart als antwoord op zijn vragen of problemen gemakkelijker opnemen dan wanneer die niet aansluit bij zijn verwachtingen of wensen.

Bij het maken van een voorlichtings- DVD is het belangrijk om te onderzoeken wat de vragen en zorgen zijn en waar de prioriteiten bij de patiënt liggen. Je moet weten wat een patiënt verwacht of wenst van de DVD, pas dan weet je of de patiënt openstaat voor de informatie van de DVD.

Door zorgen of emoties kan een patiënt weinig ontvankelijk zijn voor voorlichting. Ook onzekerheid over wat er zal gebeuren kan de patiënt soms meer bezighouden dan de informatie die wordt aangereikt. Als de beelden van de operatie die op de DVD zichtbaar zijn angst opwekken bij de patiënt zal hij de rest van de informatie niet makkelijk meer opnemen.

Drukke en geluid, bijvoorbeeld in de oefenzaal, maar ook rinkelende telefoons, binnenlopende collega's etc vormen belemmeringen om aandacht te hebben en de aandacht vast te houden.

Zorg er dus voor dat tijdens de voorlichtings- DVD de patiënt niet afgeleid wordt en zijn aandacht verliest. Zorg dat de DVD in een stille, rustige omgeving afgespeeld wordt.

Het is tevens belangrijk dat je de informatie op een rustige en begrijpelijke manier overbrengt. Realiseer je dat de informatie emoties kan oproepen of dat de patiënt overspoelt door informatie, afhaakt.

Bij groepsvoorlichting is er vaak expliciet gelegenheid om stil te staan bij de vraag wie het beste de voorlichting kan geven.

Stap 2: Begrijpen

De stap Begrijpen omvat opnemen en onthouden van informatie. De therapeut helpt de patiënt inzicht te krijgen in zijn gezondheidsprobleem en hoe hij ermee om kan gaan. Pas in een dialoog tussen therapeut en patiënt is afstemming op de specifieke situatie van de patiënt en zijn individuele kenmerken mogelijk.

De patiënt weet al veel (voorkennis, lekenverklaring). Uitgangspunt voor de stap Begrijpen is wat de patiënt al weet over zijn komende voorste kruisband operatie en revalidatie, hoe hij zijn komende revalidatie ziet en welke ideeën hij er zelf voor heeft.

De meeste patiënten willen graag informatie. De behoefte aan informatie verschilt echter vaak per situatie. Bijvoorbeeld voor en na de ziekenhuisopname en revalidatie meer dan tijdens. De DVD voorafgaande aan de operatie is daarom erg belangrijk.

Behoefte aan informatie verschilt per persoon, dit heeft vooral te maken met de emotionele en lichamelijke gesteldheid van de patiënt. Leeftijd en opleiding zeggen daarentegen niet veel over de behoefte aan informatie.

Drie soorten informatie zijn van belang:

- Technische informatie; uitleg van de operatie en revalidatie, uitleg van de keuze van operatie techniek en oefeningen en de aangrijpingspunten en effecten van deze operatie techniek en revalidatie.
- Belevingsinformatie; wat voelt, ziet, hoort en ruikt de patiënt tijdens en na de operatie en tijdens de revalidatie.
- Procedure informatie; wie doet wat? Bijv. tijdens operatie en wie geeft de patiënt oefeningen tijdens de revalidatie.

Opnemen van informatie vereist concentratie, goede zintuigen en een geschikte omgeving.

Problemen met horen en zien of niet kunnen lezen kan een barrière zijn voor het begrijpen van de DVD.

Onthouden is beperkt; hoe meer informatie, hoe groter het deel dat vergeten wordt. Mensen kunnen het beste informatie opnemen en onthouden als de informatie belangrijk, bruikbaar en begrijpelijk is en zo wordt gebracht dat de informatie beklijft.

Informatie komt van allerlei kanten, via allerlei middelen. Niet alleen van de DVD of therapeut, maar ook bijv. van het internet, familie, kennissen, televisie, patiëntenverenigingen enz.

Zorg bij het maken van de DVD voor een logische opbouw, presenteer een eenvoudige heldere boodschap. Ook is het belangrijk rustig te praten en eenvoudige taal te gebruiken. De voice-over moet duidelijk zijn op de DVD. Probeer door middel van bijvoorbeeld vragen te controleren of de informatie ook werkelijk overgekomen is

Stap 3: Willen

De stap willen verwijst naar de bereidheid van de patiënt om een oplossing te zoeken, een oplossing te kiezen, die uit te proberen of die (korte of langere tijd) toe te passen. In het geval bij de voorlichtings-DVD is het de vraag of de patiënt na het zien van de DVD bereid is om bijvoorbeeld te gaan revalideren na de operatie. Zonder die bereidheid (het Willen) zal er van de stap Doen niet veel terechtkomen, zelfs als de mogelijkheden aanwezig zijn. De bereidheid (motivatie of gedragsintentie) is niet zomaar aanwezig, maar is op haar beurt weer van de volgende drie factoren afhankelijk; attitude (A), sociale invloed of sociale omgeving (S) en eigen effectiviteit (E) of haalbaarheidsverwachting.

Toegepast op de stap Willen gaat het bij de factor attitude om ideeën over het verwachte resultaat, de risico's (kans op problemen) en voor- en nadelen van verschillende oplossingen.

De patiënt weegt af wat de inzet oplevert, weegt het op tegen de inspanning, moeite, pijn en tijd die het mij kost. De patiënt vraagt zich af of hij hierdoor van de klachten af komt. Levert het revalidatieproces van ongeveer zeven maanden na de voorste kruisband reconstructie het gewenste resultaat, komt de patiënt na deze lange en redelijk zware revalidatieperiode van zijn klachten af en kan hij bijvoorbeeld zijn sportactiviteiten weer oppakken. Wil je dat de patiënt bereid is om te revalideren, dan zul je in de voorlichtings-DVD dit aspect duidelijk naar voren moeten laten komen. Je zult de patiënt duidelijk moeten maken wat er tegenover het lange revalideren staat, wat de patiënt allemaal wel weer zal kunnen, of misschien zal moeten laten. De patiënt kan kijken of dit overeenkomt met zijn verwachtingen.

Ook zal de patiënt zich afvragen welk risico hij loopt als er niks ondernomen wordt, dus als hij zo door gaat. Wat gebeurt er als ik me niet aan mijn kruisband laat opereren en gewoon zo door sport? Om de patiënt te overtuigen van het feit dat hij de juiste keuze heeft gemaakt, samen met de orthopeed om te opereren, kun je op de DVD de voordelen van een reconstructie laten zien en wat er met de knie gebeurt als je door sport met een gescheurde kruisband. Voor- en nadelen worden tegen elkaar afgewogen.

Wat voor de één een doorslaggevend voordeel is (het weer op topniveau kunnen sporten), kan voor de ander een bijkomstigheid zijn die niet opweegt tegen de nadelen (het lange revalidatietraject).

Met sociale invloed (S) wordt bedoeld de invloed die de mensen in de omgeving van de patiënt uitoefenen door wat ze denken en door de steun die ze geven.

Hoe belangrijker de mensen in de omgeving zijn, des te meer kan iemand geneigd zijn om de ideeën van die omgeving ook belangrijk te vinden. Deze mensen bepalen in hoeverre de persoon zich gesteund voelt bij het overwinnen van zijn problemen. Het is belangrijk dat de patiënt voor, tijdens en na de operatie gesteund wordt door zijn naaste omgeving. Ook tijdens het revalideren is dit van belang, want steun zorgt onder andere ook voor de stap doen en blijven doen.

Eigen effectiviteit (E) staat voor het vertrouwen in eigen kunnen, vertrouwen dat het je zal lukken wat je je voorgenomen hebt. Deze determinant wordt ook wel aangeduid met haalbaarheidsverwachting of uitvoerbaarheidverwachting. Het is belangrijk dat de patiënt vertrouwen heeft in het te doorlopen proces van operatie en revalidatie. Als de patiënt van te voren al zijn twijfels heeft bij het behalen van de eigen gestelde doelen (bijvoorbeeld weer op wedstrijd niveau kunnen tennissen) dan zal het niet meevallen dit doel ook daadwerkelijk te bereiken.

Of mensen vertrouwen hebben in hun eigen kunnen, hangt ten eerste af van hun ervaringen. Als iemand heeft ervaren dat hij een voornemen succesvol heeft uitgevoerd, geeft dat een geweldige stimulans aan de eigen effectiviteit. Als iemand bijvoorbeeld al een jaar rondloopt met klachten als door de knie zakken, zal het niet meevallen om deze ervaring/ angst weg te nemen en de patiënt vertrouwen te geven in het revalidatietraject.

Als de patiënt al verwacht dat het toch niet zal lukken, 'want vorige keer was het ook al zo', zal hij er weinig vertrouwen in hebben dat het deze keer wel zal lukken.

Het is belangrijk dat de therapeut de patiënt haalbare opdrachten laat uitvoeren tijdens de revalidatie om succeservaringen op te doen.

Ook is het belangrijk om op de voorlichtings- DVD niet meteen te moeilijke oefeningen te laten zien, maar de oefeningen in een goed opgebouwde structuur aan te bieden.

Ten tweede blijkt het voorbeeld van anderen, hun verhaal of hun ervaringen, een grote invloed te hebben. Ervaringen en informatie van lotgenoten hebben vaak meer effect dan de argumenten van de therapeut. Om deze invloed te veranderen moet je er voor zorgen dat de voorlichtings- DVD duidelijk en goed begrijpbaar is. Zorg er tijdens het zien van de DVD ook voor dat er genoeg ruimte over blijft voor het stellen van vragen, zodat je op deze manier toch de bezorgdheid bij de patiënt weg kunt nemen.

Stap 4: Kunnen

Tussen Willen en Doen staan praktische bezwaren. De stap Kunnen verwijst naar het vermogen een handeling of aanpak thuis uit te voeren in het leven van alle dag. Vooral tijdens de revalidatie en na de operatie kunnen zich allerlei verwachte en onverwachte problemen voordoen.

Om de patiënt na de operatie op de juiste manier met zijn krukken te laten lopen of om de juiste oefeningen aan te leren moet de patiënt zijn lichamelijke sensaties ook goed kunnen interpreteren. Het is daarom belangrijk om eventuele lichamelijke klachten, zoals een dikke knie na de operatie te vermelden op de DVD, zodat de patiënt weet dat dit normaal is na een voorste kruisband reconstructie en hij ondanks dit wel de knie mag bewegen en mag lopen met krukken met deze knie.

Een patiënt kan praktische problemen ervaren bij het uitvoeren van de oefeningen tijdens zijn revalidatie. Het is daarom belangrijk om op de DVD te laten zien hoeveel ruimte en welke hulpmiddelen je nodig hebt om goed te kunnen revalideren. Zo kan de patiënt hier eventueel van tevoren op inspelen door bijvoorbeeld alvast krukken te bestellen. Het kan echter voorkomen dat de patiënt te ziek of te moe is. Daarnaast zijn er zo de menselijke factoren als vergeten, tijdgebrek, hardnekkige gewoonten of moeilijk een moment kunnen vinden om de oefeningen uit te voeren.

De patiënt moet goed in kunnen schatten hoeveel hij zijn knie al kan belasten. Laat op de DVD dan ook duidelijk zien hoe lang de patiënt met krukken moet lopen en wat de verdere indeling van de verschillende fases in weken en mate van belasten is in het revalidatietraject. Hierdoor kan de patiënt een goede 'regie' over zijn revalidatie hebben na de operatie.

Tijdens de revalidatie is het belangrijk om heldere instructies te geven en positieve feedback.

Stap 5: Doen

De voorbereiding van deze stap vindt plaats in de behandelpraktijk, uitvoering vindt vooral plaats buiten het gezichtsveld van de therapeut. Buiten de behandelcontacten voert de patiënt het beoogde gedrag uit.

Vaak is het van belang het gedrag ook na afloop van de behandeling vol te houden (adherence). Dat maakt deel uit van de stap Blijven doen.

Om de stap doen te realiseren is het belangrijk om van te vore haalbare doelen te stellen, dit maakt het voor de patiënt makkelijker zich in te spannen. Doelen kunnen als motivatieondersteunend middel worden gebruikt. Laat op de voorlichtings- DVD duidelijk zien wat een patiënt allemaal weer kan nadat het gehele revalidatietraject doorlopen is.

De doelen moeten dan wel redelijk aansluiten bij de wensen van de patiënt. Maar als een patiënt ziet wat hij allemaal weer zal kunnen als hij klaar is met revalideren en hij heeft zijn eigen doel veel lager gesteld zal dit alleen maar meevallen en waarschijnlijk motiverend werken. Op de DVD moet duidelijk zijn wat een oefening of inspanning bijdraagt aan het bereiken van het doel.

Heldere afspraken die in overleg tot stand zijn gekomen, maken het beter mogelijk om de afspraak uit te voeren. Hoe concreter de afspraken, des te duidelijker voor de patiënt wat hem te doen staat. Laat in de DVD de te doorlopen fasen van revalidatie duidelijk naar voren komen, zodat de patiënt al ongeveer een idee heeft bij hoeveel weken na de operatie hij op welk niveau van revalidatie moet zijn. Op deze manier weet hij wat er van hem verwacht wordt en weet hij dus ook dat er een rustige opbouw qua oefeningen zal zijn.

Laat op de DVD ook al zien wanneer de patiënt moet komen trainen, dus bijvoorbeeld elke ochtend van 8.00 tot 10.00 uur. Dan kan de patiënt zich al een beeld vormen voor de komende zeven maanden.

Feedback speelt een belangrijke rol bij de stap Doen. Afgezien van het positieve effect van succeservaringen, kan de therapeut ook positieve feedback leveren.

Het zou bijvoorbeeld ook mogelijk zijn om op de DVD een patiënt te laten zien die klaar is met het revalidatietraject. Laat hem vertellen over zijn ervaringen en op welk niveau hij nu sport. Dit kan een grote stimulans zijn voor de stappen Doen en Blijven doen.

Stap 6: Blijven doen

Om de oefeningen tijdens de revalidatie van ongeveer zeven maanden te kunnen blijven doen en ook na de revalidatie de conditie van de knie door middel van oefenen op peil te houden is expliciete aandacht en begeleiding nodig. Dit kan je in de DVD al stimuleren om de voordelen van het 'blijven' oefenen aan te geven en alvast vooruit te kijken in wat iemand weer kan na een voorste kruisband reconstructie en hoe hij dit kan onderhouden.

Positieve feedback op de vooruitgang die iemand maakt is vaak een stimulans om iets te blijven doen. Laat daarom op de DVD de vooruitgang na de verschillende fases duidelijk zien, zodat de patiënt van tevoren ziet dat hij vooruit gaat tijdens zijn revalidatie en weet wat hij er allemaal voor moet doen.

Tijdens de revalidatie is het belangrijk rekening te houden met de attributie van de patiënt. Zo kun je in de DVD eventuele tegenslagen en moeilijkheden laten zien en hierbij uitleggen dat dit niet meteen betekent dat de revalidatie helemaal niet meer goed verloopt.

Zelfmanagementtechnieken helpen om nieuw gedrag vol te houden. De patiënt moet mede aan de hand van de DVD een duidelijk doel kunnen stellen voor zijn revalidatie. Steun van anderen uit de omgeving kan ook helpen in het blijven doen. Het is daarom een tip voor de fysiotherapeuten en artsen die de patiënten uitnodigen voor de voorlichtingsmiddag om de patiënt te adviseren de partner of iemand anders uit de naaste omgeving mee te nemen. Daarna kan de patiënt met diegene en eventueel andere uit de omgeving afspraken maken hoe hij zijn tijd en ruimte gaat indelen tijdens de revalidatie. Laat op de DVD zien dat de nieuwe kruisband met nieuwe gewoonten gepaard gaan, die een automatisme moeten worden.

BIJLAGE III DATA- EXTRACTIEFORMULIER VOORLICHTING EN VOORLICHTINGSMIDDELEN

Artikel/ boek	Onderwerp	Pat. Populatie	Resultaten/ conclusie
Weten en begrijpen: voorwaarde voor effectieve voorlichting. ¹⁸	De mogelijkheden om met voorlichting het niet-gebruik van financiële rechten terug te dringen. Wat is er nodig om effectief te sorteren.	Voorlichting aan Nederlandse bevolking.	In de voorlichting speelt een leerproces af in vijf fasen; het adoptieproces. De voorlichting is aan de hand van deze fasen getoetst en gekoppeld. Naast de fasen speelt aandacht naar de patiënt over de voorlichting ook een heel belangrijke rol. Sterke en zwakke punten van persoonlijke voorlichting en massamediale voorlichting worden beschreven. Massamediale voorlichting gerelateerd aan het adoptieproces is vooral geschikt aan het begin van het proces en persoonlijke voorlichting in het midden. Belangrijk aspect is wat de doelgroep wil. Aanbevelingen om te zorgen voor bereikbare informatie, zorgen voor begrijpelijke informatie en een goede afstemming tussen de betrokken organisaties. Pas dan is er sprake van effectieve voorlichting.
Voorlichting en interactieve multimedia. ¹⁹	De mogelijkheden van moderne communicatietechnologieën zijn groot en van evident belang voor de voorlichtingskunde. Toch worden ze nog steeds niet veel gebruikt. Is dit een marketingprobleem of spelen contextuele en inhoudelijke tekortkomingen een rol?	Algemeen	Ieder type communicatietechnologie (feedbacksystemen, zoeken en ontsluitingssystemen, voorlichtende systemen, voorlichting-gesteunde systemen, voorlichting ondersteunende systemen en netwerksystemen) kan worden opgebouwd uit verschillende technologische pakketten. Door middel van een specifieke communicatietechnologie in de vorm van beelden, geluid, tekst, getallen, grafieken, spraak of willekeurige combinaties hiervan word gecommuniceerd. Voorstel voor onderzoek voorlichting in de alledaagse voorlichtingspraktijk. Voor het realiseren van effectieve participatie zijn bepaalde voorwaarden noodzakelijk (leeuwis, 1992b): een daarvan is dat er vooraf goed over de doelcategorie is nagedacht.
The effectiveness of Video for Health Education: A review. ⁵	Review van 175 relevante studies die resultaten hadden, gerelateerd aan de effectiviteit van video in de gezondheidsvoorlichting	Patiënten die voorlichting krijgen.	Videovoorlichting kan effectief zijn korte en lange termijn, vooral als dit gecombineerd wordt met andere interventies. De doelgroep en het beoogde effect moeten duidelijk zijn voor het ontwikkelen van de video. Er zijn goede vooruitzichten voor het gebruik van video voor groepen met speciale gezondheidsbehoeften, vooral jonge mensen uit een lager maatschappelijk- economische milieu. Video werken het beste

			wanneer er getracht wordt gedragsveranderingen te bewerkstelligen. Zeker als de kijker de mogelijkheid tot feedback krijgt. Video is effectiever als de kijker actief in de film wordt betrokken. Passiviteit zal geen gedragsverandering opleveren.
Audio- visuele middelen in de voorlichting. 'Een keer zien doet meer dan tien keer horen.' ¹¹	Uitleg audiovisuele middelen en de verschillende eigenschappen hiervan. Beschrijving gebruik in praktijk en productie.		Audiovisuele middelen zijn: video, film en dia/ geluidserie. Video springt eruit vanwege de snelheid waarmee gewerkt van worden. Daar staat tegenover dat montage vereist naast dure apparatuur ook een flinke dosis ervaring. Belangrijke redenen voor het gebruik van AV- middelen is dat een verhaal dat door meerdere zintuigen wordt waargenomen beter wordt onthouden, aandacht van het publiek blijft geboeid, mogelijkheid tot onjuiste interpretatie wordt beperkt. Ook zal de herkenbare situatie de betrokkenheid verhogen. Voor er een draaiboek gemaakt wordt moet de doelgroep bekend zijn en een korte samenvatting (synopsis) geschreven worden. In het draaiboek staat alles in beeldtaal.
Effectiviteit van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (Gvo) Hoofdstuk 4; de effectiviteit van patiëntenvoorlichting. ¹⁵	Review van effectonderzoek wat op het terrein van patiëntenvoorlichting is uitgevoerd.	Gezondheidsvoorlichting	Er is in de meeste gevallen Engels en Amerikaans onderzoek. Het Nederlandse effectonderzoek is nog schaars, maar komt met overeenkomstige bevindingen. Het beschikbare onderzoek richt zicht voor het grootste deel op prechirurgische voorlichting, voorlichting aan hypertensie- en diabetespatiënten en op de rol van angst in de voorlichting. Patiëntenvoorlichting is een terrein waar culturele verschillen een grote rol kunnen spelen. De resultaten uit het effectonderzoek laten op de beschreven terreinen over het algemeen gunstige resultaten zien op de korte termijn. Op andere terreinen is weinig interventieonderzoek voorhanden. Tot op heden ontbreken overtuigende effecten op lange termijn.
Public health communication. ¹⁴	Effectonderzoek van m.n. antirookcampagnes.	Gezondheidsvoorlichting	Mocht het niet aantoonbaar zijn dat een product een grote verandering laat zien, betekent dit niet per definitie dat Public Health Communication geen positieve invloed kan uitoefenen op het product. Dit kan dus echter wel zo zijn bij een grote blootstelling aan communicatie-uitingen van het product.

			Sommige communicatieprogramma's werken doelmatiger omdat een complex proces van verandering van sociale normen plaatsvindt in plaats van mensen kennis bijbrengen van het product wat zorgt voor die gedragsverandering. De mate van blootstelling van de boodschap is de centrale issue in het samenstellen van publieke voorlichtingscampagnes. Vaak is er een grote mate van blootstelling nodig om bepaalde effecten te behalen. In plaats van het gebruik van bewijs/onderzoekingen om terugkoppelingen van de Public Health Communication hypotheses(favoriete trends), is er een goede reden om de aandacht te vestigen op de communicatieve benaderingen die een versnelling hebben veroorzaakt van de trends. En die tijdens een evaluatie de onderliggende gedachten respecteren of de manier zoals communicatie programma' behoren te werken weergeven.
Werken met audiovisuele middelen. ³	Handboek voor audiovisuele communicatie.		Een beknopte theoretische benadering over communicatie. Audiovisuele communicatie is een kunstmatige, door de mens gemaakte communicatievorm, die op het gezicht en gehoor van anderen wil inspelen door middel van teksten, beelden en geluiden.
Basisboek voorlichtingskunde. ³²	Wat is voorlichting; definities Massamediale voorlichting; de eigenschappen, werking en een overzicht. Voor- en nadelen voorlichtingsmiddelen.	Algemene voorlichting	Voorlichting heeft als kenmerk dat het een geprogrammeerde doelgerichte activiteit is, communicatie gebruikt als instrument, gedragsveranderingen wil bewerkstelligen op vrijwillige basis en richt zich op een aantal doelprocessen die haar onderscheiden van andere communicatieve interventies. Voorlichtingsmiddelen hebben verschillende sterke en zwakke punten. (voor- en nadelen) Massamediale voorlichting moet vaak gecombineerd worden met andere voorlichtingsmethode om de zwakke punten van de ene methode op te vangen met de sterke kanten van de andere methode.
Effectiever voorlichten. De 'voor en door' methode. ¹⁶	Peer- education, communicatie en voorlichtingskunde	(gezondheids)voorlichting	Voorlichting probeert 'iets' dat ongewenst is, door middel van communicatie te veranderen in 'iets' dat gewenst is. De boodschap kenmerkt zich door een opsomming van zowel de

			voor- als nadelen die van toepassing zijn op het voorlichtingsonderwerp. De boodschap bevat meerdere alternatieven van de gewenste verandering. De ontvanger heeft zodoende keuzemogelijkheden. Voorlichting doet een appèl op de vrijwilligheid van de ontvanger. De zender kan de ontvanger niet dwingen. De zender overreedt de ontvanger de grond van bepaalde argumenten. De ontvanger zelf is in eerste instantie niet op zoek naar de boodschap. De zender zoekt hem daarentegen op. Om de boodschap effectief te maken moet de boodschapinhoud worden omgezet in een begrijpelijke, aandachtwerwend tekensysteem. Dat omzetten wordt encoderen genoemd. De stap is cruciaal om het bericht toegankelijk te laten zijn voor een bepaald publiek. Vigerende communicatiestijlen, woordgebruik en omgangsvormen, bepaald door de cultuur van een publiek, zijn belangrijk om te kunnen aansluiten bij die van dat publiek. Goede gezondheidsvoorlichting toont bij verschillende doelgroepen een toename in kennis en een toename in risicoperceptie aan. Voorlichting zou moeten leiden tot gedragseffecten. Gezondheidsvoorlichting is een van de pijlers van gezondheidsbevordering. Voorlichting is enerzijds nodig om gemeenschappen te mobiliseren, anderzijds om gedragsalternatieven voor ongewenste gedragingen aan te reiken. De groep moet vroegtijdig bij de ontwikkeling van het gezondheidsprogramma betrokken worden. Het voordeel daarvan is dat het programma nauw op de behoeften en communicatiewijzen van de groep worden afgestemd.
Doen en blijven doen. ⁶	Voorlichting, voorlichting in paramedische handelen, communicatie, P- factoren, stappenreeks, voorlichting als multidisciplinaire taak en voorlichtingsmateriaal.	Patiëntenvoorlichting	Om effectief te kunnen voorlichten is het de taak van therapeuten om het verschil tussen het perspectief van de patiënt en de therapeut te overbruggen. Voorlichting beperkt zich niet tot informatie over de behandeling. Voorlichting gaat ook over gedrag, om de gezondheidsproblemen te verminderen, nu en in de toekomst. Het stappenmodel is een van de modellen die het proces van

			gedragsverandering beschrijven. Het model omvat de stappen Openstaan, Begrijpen, Willen, Kunnen, Doen en Blijven doen. Elementen van een communicatieproces zijn zender, kanaal, boodschap en ontvanger. Bij alle elementen kan ruis opreden die de communicatie bemoeilijkt. Voor effectieve gedragsgerichte voorlichting heeft de professional oog voor de eigenheid en specifieke kenmerken van de patiënt. De stappenreeks en de persoonsgebonden factoren zijn hulpmiddelen om de aandacht te richten op de persoon, de positie en het perspectief van de patiënt.
Jaarboek fysiotherapie 2005 hoofdstuk 10. ²⁹	Persoonsgebonden factoren binnen een gedragsgeoriënteerde aanpak bij chronische klachten: een aanzet tot 'evidence based' handelen.	Patiënten met chronische klachten	Binnen de fysiotherapie bestaat een streven naar evidence based practice dan wel best evidence. Dit streven kreeg een impuls vanuit het door Gyatt en collega's geïntroduceerde evidence based medicine. Onderbelicht in het streven naar best evidence binnen de fysiotherapie zijn de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt. De P- factoren lenen zich om zeer specifiek en heel concreet de patiënt te helpen en waar mogelijk sturing te geven aan zijn gezondheidssituatie. Zij zijn hierdoor gemakkelijk in te zetten in een gedragsgeoriënteerde aanpak. De factoren kleuren de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt maar ook die van de fysiotherapeut. Er zijn inmiddels meetinstrumenten ontwikkeld voor de stappenreeks en de persoonsgebonden factoren vanuit het streven naar evidence based handelen.
Jaarboek fysiotherapie 2005 hoofdstuk 14. ¹⁰	De klinische toepassing van biofeedback binnen de fysiotherapie.		Binnen de hedendaagse opvattingen over gezondheid worden zelfredzaamheid en zelfstandigheid beschouwd als belangrijke elementen daarvan.
Health Counseling. Het adviesgesprek in de (para)medische en verpleegkundige zorg. ¹²	Problemen met het opvolgen van adviezen; compliance en adherence, therapieontrouw.	Patiënten die geadviseerd worden.	Men mag alleen een succesvol resultaat verwachten wanneer de patiënten inzicht hebben in hun probleem, de behandeling goed aanvaarden en het nut van de oefeningen en vooral van de oefenfrequentie inzien. Voldoende motivatie verhoogt de therapietrouw en deze therapietrouw maakt het mogelijk het resultaat op lange termijn te kunnen handhaven.
Patiëntenvoorlichting; een theoretische verkenning. ²⁶	Review patiëntenvoorlichting, Overzicht van verschillende	Patiëntenvoorlichting	Patiëntenvoorlichting is een specifieke vorm van gezondheidsvoorlichting voor een specifieke doelgroep,

	voorlichtings methodieken gericht op patiënten		waarvoor het omgaan met ziekte een centrale rol speelt. Als zodanig beweegt patiëntenvoorlichting zich op het snijvlak van de pijlers: preventie, cure en care en kan deze vorm van voorlichting elementen van elk van deze pijlers omvatten.
Voorlichting aan operatiepatiënten. ⁴	Een meer systematische aandacht en aanpak van patiëntenvoorlichting in de praktijk	Operatiepatiënten	Patiënten weten vaak niet wat zij van de operatie, het herstel en de verschillende hulpverleners kunnen verwachten. Betere voorlichting helpt om de behandeling en het verblijf in het ziekenhuis voor de patiënt voorspoediger te laten verlopen. Goede voorlichting sluit aan bij de informatiebehoeften van de patiënt.
Listen, lusten en lasten van massamediale voorlichting. ⁹	De planning van publieksgerichte interventies	Zij die massamedia willen benutten voor verwezenlijking van bepaalde sociale doeleinden	De meeste effectenstudies op het gebied van massacommunicatie hebben betrekking op de processen, die zich aan ontvangerszijde afspelen als gevolg van blootstelling aan de media. Er wordt een tweedeling aangebracht in deze processen: alle processen die zich afspelen in de post-communicatieve fase als gevolg van massacommunicatie en alle processen die zich afspelen in de communicatieve fase, als gevolg van de gerichtheid van de ontvanger op een bepaalde mediumboodschap. Voorlichting wordt doorgaans opgevat als een opzettelijke poging om te beïnvloeden, het is daarom zinvol om onderscheid aan te brengen conform de intentionaliteit van de zender. Voorlichtingskundige interventies zijn niet alleen gericht op veranderingen bij het individu, maar missen ook hun uitwerking niet op de samenleving als geheel.
Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut. ⁷	Algemene aspecten ten aanzien van het biopsychosociale model en specifieke gezondheidsproblemen	Beroepsbeoefenaars (fysiotherapeuten)	Wat denkt de patiënt dat hij er tegen kan doen: niet of van alles? Wat zijn de copingbronnen die hij heeft om met de dreiging om te gaan? Als de patiënt er mee om kan gaan (coping) zal de stressreactie verminderen omdat de dreiging afneemt. Copingactiviteiten zijn gericht op het probleem en op de regulering van activiteiten. Heftige emoties verstoren het probleemoplossend vermogen.
Patiëntenvoorlichting stap voor stap. ¹³	Suggesties voor de huisarts voor de aanpak van patiëntenvoorlichting in het	Beroepsbeoefenaars (huisartsen)	Patiëntenvoorlichting beslaat een breed terrein. In de huisartspraktijk vinden dagelijks allerlei activiteiten plaats die onder de noemer patiëntenvoorlichting vallen. Zowel huisarts

	consult		als praktijkassistente geven gevraagd en ongevraagd voorlichting.. Dit gebeurt met behulp van posters, video, folders, thema- avonden of een individueel gesprek.
--	---------	--	---

DATA- EXTRACTIEFORMULIER VOORSTE KRUISBAND

Boek	Onderwerp	Patiënten populatie	Resultaten
Anatomie en fysiologie van de mens. ¹⁷	Een duidelijke beschrijving van de anatomie en fysiologie van het menselijk lichaam	Patiënten die een VKB-reconstructie ondergaan	Anatomische beschrijving van het kniegewricht met bijbehorende ligamenten.
Vorm en beweging. ²¹	Het bewegingsapparaat van de mens, beschrijving anatomie van de knie	Patiënten die een VKB-reconstructie ondergaan	Voor de stabiliteit in de knie zorgen o.a. de mediale en laterale meniscus. De meniscus lateralis heeft een grotere beweeglijkheid en een grotere vervormbaarheid dan de meniscus medialis. De functie van de VKB is een stabiliserende werking op de knie in voorwaartse richting.
Letsels van de knie. ²³	Epidemiologie, diagnostiek, therapie, revalidatie en preventie	Patiënten met een VKB-ruptuur	Een ruptuur van de VKB ontstaat door hyperextensie of rotatie van de knie. Operatieve behandeling is geïndiceerd wanneer er een functionele validiteit is tijdens het uitvoeren van hun dagelijkse activiteiten.
Voorste Kruisband. ²⁴	Voorste kruisband reconstructie binnen het St. Annaziekenhuis	Patiënten die een VKB-reconstructie ondergaan binnen het St. Annaziekenhuis	Er zijn verschillende combinatie bewegingen waarbij een vergrote kans bestaat dat de VKB scheurt. De symptomen van een VKB- ruptuur zijn per individu verschillend.
Brochure Somas: Arthex VKB-techniek. ²⁵	Transfix operatietechniek	Patiënten die een VKB-reconstructie ondergaan binnen het St. Annaziekenhuis	De transfix methode ook wel semitendinosus/ gracilis techniek genoemd. Bij deze techniek worden de prezen van de m. Semitendinosus en de M. Gracilis gebruikt om de VKB te vervangen.
Orthopedie. ²⁷	Letsels en aandoeningen van het bewegingsapparaat	Patiënten met een VKB-ruptuur	Bij een VKB- ruptuur is er blijvend onherstelbaar letsel. Dikwijls wordt gekozen voor een conservatieve behandeling. Na een dergelijke behandeling ondervindt een deel van de patiënten geen hinder. Een ander deel houdt instabiliteitsklachten. Als verdraaien van de knie en erdoorheen zakken frequent en hinderlijk blijft optreden is dit een goede reden voor een operatieve behandeling

BIJLAGE IV MAIL OMROEPEN

Geachte heer/ mevrouw,

Wij zijn vier studenten van de opleiding fysiotherapie te Eindhoven. Momenteel zijn wij bezig met ons afstudeerproject. Dit houdt in; het maken van een voorlichtings- DVD en een onderzoek naar (effectiviteit van) audiovisuele voorlichting aan patiënten die een operatie moeten ondergaan.

Middels dit schrijven willen wij u vragen naar informatie over het maken van een voorlichtingsdocumentaire/ film. Zijn hier standaard richtlijnen voor, die het maken van een documentaire vergemakkelijken met betrekking tot de inhoud van een voorlichtingsdocumentaire/ film?

Is er bij u ook iets bekend over de effecten van massamediale (m.n. medische) voorlichting? Is er binnen uw omroep onderzoek naar gedaan?

In een mail of telefonische gesprek lichten wij graag onduidelijkheden over onze vragen toe.

Bij voorbaat dank voor uw reactie,

Femke Berkelmans

Kim van Dooren

Maike van Kessel

Elke Moors.

Mail; fysio-vkb@hotmail.com

Telefoon; 06-24897050

BIJLAGE V PROTOCOL VKB- REVALIDATIE

Dit protocol wordt in het St. Annaziekenhuis gehanteerd na een VKB- reconstructie middels de hamstringtechniek.

Dit protocol is opgesteld in nauw overleg met de behandelende orthopeden.

Het moet echter dienen als leidraad in de revalidatie en afwijkingen van het te volgen traject zijn zeer goed mogelijk.

Klinische fase:

Dag 1: *Opname en voorbereiding OK*

Dag 2: Instellen bewegingsslede (CPM). Indien patiënt 90 graden flexie knie bereikt mag hij/zij naar huis.

Leren lopen met krukken, met de nadruk op extensie

Postoperatieve fase:

De postoperatieve fase wordt verdeeld in:

- Fase 1: 3 weken
- Fase 2a: 4 weken
- Fase 2b: 4 weken
- Fase 3: 4 weken
- Fase 4:
- Fase 5:

Schema poliklinische fysiotherapie:

	Fase 1	Fase 2a	Fase 2b	Fase 3	Fase 4	Fase 5
Duur:	3 weken	4 weken	4 weken	4 weken		
Intensiteit:	4x per week	3x per week	3x per week	2x per week		

Enkele belangrijke opmerkingen m.b.t. bindweefselherstel en belasting:

- *Turn over tijd pees: 300-500 dagen*
Vanaf week 6 gaat de belastbaarheid (trekkracht) omlaag, dus ook de trekkracht van de nieuwe VKB!!
Sommige onderzoeken wijzen uit dat deze trekkracht pas na ongeveer 8 maanden weer toeneemt.
- *Kraakbeenbelasting:*
 - Week 1-3 0-45°
 - Week 3-6 0-60°
 - Week 6-... 0-90-130°
- *Range of motion kniegewricht:*
 - Week 1 0°-0°-90°
 - Week 2 0°-0°-110°
 - Week 3 0°-0°-110°
 - Week 4 0°-0°-130°

Revalidatiefasen:

Fase 1

- Start 2-3 dagen na operatie
 - Behandelfrequentie 4x per week, gedurende 3 weken
- De nadruk van de oefeningen ligt op coördinatie en mobiliteit
- Start krachttraining
- Straight leg raise, zelfstandig binnen de pijngrens de knie flecteren en knie extensie zijn enkele voorbeelden. Ook fietsen op de hometrainer kan gedurende deze fase geprobeerd worden

Nadruk ligt op herhalingen en zeker niet op kracht!!

- Lopen m.b.v. hulpmiddel, afbouwen over een periode van 4-6 weken
- Cryotherapie

De oefeningen bestaan onder andere uit:

Hometrainer, knie extensie, wallsliding, toe heel raise, oefentol, squat, leg press, calf raise en step up.

Eindcriteria Fase 1

- Knie flexie minimaal 110°
- Onbelaste actieve knie extensie 0°
- Afwezig zijn van een hydrops in fluctuerende vorm, toegestaan is een hydrops conform de operatie, meten over midden patella
- Zonder hulpmiddelen met een 'goed' looppatroon uitvoerbaar zijn ('goed' betekent: steunfase links=rechts, volledige extensie knie)

Fase 2a

- Behandelfrequentie 3x per week gedurende 4 weken
- ***Geen belaste rotatiebewegingen!!***
- Mobilisatie tot 130° flexie, let op extensie
- Verdere uitbreiding krachtprogramma
- Belast squatten tot 60° flexie knie
- Coördinatie oefeningen
- Cryotherapie indien noodzakelijk

De oefeningen bestaan onder andere uit:

Hometrainer, cross trainer, roeien, loopband wandel, cable column, step up, calf raises, lunges en squat.

Eindcriteria Fase 2a

- Knie flexie 120°
- Extensie volledig, actief uitvoerbaar in looppatroon
- Knie is volledig hydropsvrij, meten over midden patella
- Correcte en pijnvrije uitvoering van krachtoefeningen
- Looppas mogelijk vanaf dit moment (alleen functioneel uitvoeren bij, nog niet op de loopband!)
- Kracht; squat op 2 benen, 15 herhalingen met 50% van eigen lichaamsgewicht

Fase 2b

- Behandelfrequentie 3x per week, gedurende 4 weken
- Toename intensiteit en omvang
- Starten met looppas

De oefeningen bestaan onder andere uit:

Hometrainer, cross trainer, roeien, stairs, leg press, calf raises, squat, squat lunge, walking lunge, oefentol en good morning

Eindcriteria Fase 2b

- Knie flexie 130°
 - Knie is volledig hydropsvrij, meten over midden patella
 - Looppas: slalom binnen 12 seconden, 6x5 meter
 - Kracht: Step up (met tenen los!!), maximaal aantal herhalingen met Trainingsgewicht; verschil li/re maximaal 15%
- Squat op 2 benen, 10 herhalingen met 75% van eigen lichaamsgewicht

Fase 3

- Behandelfrequentie 2x per week, gedurende 4 weken
- A.D.L. uitbreiding en aandacht
- Start **lichte** sprongvormen, let op belastbaarheid knie

De oefeningen bestaan onder andere uit:

Cross trainer, loopband, hometrainer, stairs, calf raises, leg press, step up, squat, lunge, walking lunge, good morning en oefentol.

Dit zijn ongeveer dezelfde oefeningen als Fase 2a, alleen neemt de intensiteit toe en worden er lichte sprongvormen aan toegevoegd

Eindcriteria Fase 3

- Knie flexie 135°
- Knie is volledig hydropsvrij
- Verschil in kracht vergeleken met gezonde been maximaal 10%

Fase 4

Deze fase is ingebouwd om de overgang naar sport mogelijk te maken

- Behandelfrequentie 2x per week, gedurende 2 weken, daarna 1x per week, in totaal 8 weken
- Gericht op snelkracht, explosieve kracht en meer risicovolle bewegingen

De oefeningen bestaan onder andere uit:

Snelle squats, counter movement jumps, hordensprongen

Fase 5

- Behandelfrequentie 1x per week, gedurende 8 weken
- Gericht op wedstrijd niveau

Over eventuele sporthervatting en met name weer deelnemen aan contactsporten, zoals voetbal en basketbal, dient men zeer voorzichtig te zijn met het geven van advies. In deze fase wordt de patiënt specifiek getraind met betrekking tot zijn/ haar sport.

BIJLAGE VI FOLDER ST. ANNAZIEKENHUIS

BIJLAGE VII ENQUÊTES



VOORLICHTINGS- ENQUÊTE

Voorlichtings-DVD Voorste Kruisband Reconstructie

Geachte Meneer/ Mevrouw,

Wij zijn vier studenten van de Opleiding Fysiotherapie, Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven.

Ons afstudeerproject is het ontwikkelen van een nieuwe voorlichtings-DVD bij een voorste kruisband reconstructie. Dit is in opdracht van het St. Annaziekenhuis.

We zouden het erg op prijs stellen als u ons daarbij zou willen helpen. We zijn erg benieuwd naar uw mening over de bestaande voorlichtings-DVD die u zojuist gezien heeft.

Door middel van deze enquête wordt er in kaart gebracht wat er volgens u veranderd/ verbeterd kan worden aan deze DVD.

Uw bevindingen verwerken we vervolgens in de volgende, vernieuwde DVD, hierdoor zal deze van een betere kwaliteit zijn en beter bij uw wensen aansluiten.

Wij verzoeken u deze enquête zo zorgvuldig mogelijk in te vullen, dit zal ongeveer 5 tot 10 minuten duren.

Bij voorbaat dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Elke Moors
Femke Berkelmans
Kim van Dooren
Maaïke van Kessel



Voorlichtings- enquête

U kunt bij het beantwoorden van de vragen kiezen uit de volgende mogelijkheden:

- 1 = onvoldoende
- 2 = matig
- 3 = voldoende
- 4 = ruim voldoende
- 5 = goed

Het correcte antwoord omcirkelen a.u.b.

Vraag 1:

Wat is uw algemene indruk van de DVD?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen:

.....

Vraag 2:

Was de gesproken tekst duidelijk verstaanbaar?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen:

.....

Vraag 3:

Was de gesproken tekst duidelijk te begrijpen?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen:

.....

Vraag 4:

Wat vond u van de uitleg van de operatie?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen:

.....

Vraag 5:

Wat vond u van de beelden van de operatie?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen:

.....

Vraag 6:

Begrijpt u na de uitleg en het zien van de beelden de operatietechniek bij een voorste kruisband reconstructie?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen:

.....

Vraag 7:

Indien u ongerust bent met betrekking tot de operatie, in welke mate heeft de DVD de onrust bij u weggenomen?

1 2 3 4 5

(Indien er geen sprake is van onrust, deze vraag onbeantwoord laten)

Eventuele opmerkingen:

.....

Vraag 8:

De DVD laat u verschillende fasen zien van het revalidatietraject.

1 2 3 4 5

Zijn de verschillende fasen in het revalidatietraject voor u duidelijk geworden?

Eventuele opmerkingen:

.....

Vraag 9:

Is het voor u duidelijk in welke mate u actief aan het trainen bent tijdens de revalidatie?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen:

.....

Vraag 10:

Levert deze DVD een bijdrage aan uw motivatie om te gaan trainen?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen:

.....

Vraag 11:

Biedt de DVD inzicht in de eventuele moeilijkheden die u tegen zal komen bij het uitvoeren van de oefeningen?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen:

.....

Vraag 12:

Heeft u een idee gekregen over het tijdsplan van het revalidatietraject?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen:

.....

Vraag 13:

Heeft deze DVD u meer inzicht gegeven in het traject dat u zowel voor, tijdens als na de operatie te wachten staat?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen:

.....

Vraag 14:

Heeft u na het zien van de DVD nog algemene opmerkingen/ verbeterpunten met betrekking tot deze DVD?

.....

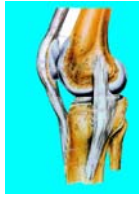
.....

.....

.....

.....

.....



REVALIDATIE- ENQUÊTE

Voorlichtings- DVD Voorste Kruisband Reconstructie

Geachte Meneer/ Mevrouw,

Wij zijn vier studenten van de Opleiding Fysiotherapie, Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven.

Ons afstudeerproject is het ontwikkelen van een nieuwe voorlichtings- DVD bij een voorste kruisband reconstructie. Dit is in opdracht van het St. Annaziekenhuis.

We zouden het erg op prijs stellen als u ons daarbij zou willen helpen. We zijn erg benieuwd naar uw mening of de informatie in de bestaande voorlichtings- DVD overeenkomt met het revalidatietraject dat u tot nu toe gevolgd heeft.

Door middel van deze enquête wordt er in kaart gebracht wat er volgens u veranderd/ verbeterd kan worden aan deze DVD met betrekking tot het revalidatietraject.

Uw bevindingen verwerken we vervolgens in de volgende, vernieuwde DVD, hierdoor zal deze van een betere kwaliteit zijn.

Wij verzoeken u deze enquête zo zorgvuldig mogelijk in te vullen, dit zal ongeveer 5 tot 10 minuten duren.

Bij voorbaat dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Elke Moors
Femke Berkelmans
Kim van Dooren
Maaïke van Kessel



Revalidatie- enquête

U kunt bij het beantwoorden van de vragen kiezen uit de volgende mogelijkheden:

- 1 = onvoldoende
- 2 = matig
- 3 = voldoende
- 4 = ruim voldoende
- 5 = goed

Het correcte antwoord omcirkelen a.u.b.

Vraag 1:

Wat was uw algemene indruk van de DVD?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen.....
.....

Vraag 2:

In welke mate was u door de DVD voorbereid op de eventuele lichamelijke beperkingen die u direct na de operatie te wachten stonden?

1 2 3 4 5

Eventuele beperkingen/ opmerkingen.....
.....

Vraag 3:

Kwam de inhoud van de verschillende fasen in het revalidatietraject overeen met de inhoud van de getoonde fasen op de DVD?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen.....
.....

Vraag 4:

Kwamen de oefeningen op de DVD overeen met de oefeningen die u tot nu toe in het revalidatietraject gedaan heeft?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen.....
.....

Vraag 5:

In welke mate bent u op de DVD geïnformeerd over het actief trainen tijdens de revalidatie?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen.....
.....

Vraag 6:

Werden de eventuele lichamelijke beperkingen die u bent tegengekomen tijdens de revalidatie vermeld op de DVD?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen.....
.....

Vraag 7:

Kwamen de beelden op de DVD overeen met het revalidatietraject dat u tot nu toe gevolgd heeft?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen.....

Vraag 8:

Heeft de DVD bijgedragen aan uw motivatie om te beginnen met revalideren?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen.....

Vraag 9:

Heeft de DVD bijgedragen aan uw motivatie om de trainingen te blijven volgen?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen.....

Vraag 10:

Draagt de DVD bij aan de motivatie om het revalidatietraject in zijn geheel af te maken?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen.....

Vraag 11:

Heeft de DVD u inzicht geboden over het tijdspad van de verschillende fasen van revalidatie?

1 2 3 4 5

Eventuele opmerkingen.....

Vraag 12:

Heeft u nog algemene opmerkingen/ verbeterpunten met betrekking tot de DVD?

.....
.....
.....
.....
.....

BIJLAGE VIII SCRIPT

Trauma:

Bij het uitvoeren van onze dagelijkse activiteiten heeft het kniegewricht een grote functie.

Om deze dagelijkse activiteiten goed uit te kunnen voeren moet de knie een goede stabiliserende werking hebben. Voor deze stabiliserende werking zorgen onder andere de kruisbanden.

Een scheur van de VKB ontstaat meestal door een plotselinge kracht en/ of draaibeweging tijdens sportactiviteiten. Wanneer de VKB inscheurt of afscheurt ontstaat er een instabiliteit tijdens het staan, lopen en draaien.

Inmiddels heeft de patiënt samen met de orthopeed de beslissing genomen om een VKB- reconstructie te ondergaan.

Inleiding DVD- productie

Jaarlijks worden er in het St. Annaziekenhuis veel mensen geopereerd aan de VKB. De groep patiënten die een VKB- reconstructie ondergaan zijn tussen de 15 en 55 jaar. Bij deze groep patiënten zijn de voornaamste klachten; instabiliteit en door de knie zakken waardoor de dagelijkse activiteiten niet goed uitgevoerd kunnen worden. Wanneer deze klachten niet meer door de spieren rondom de knie gecorrigeerd kunnen worden, kan er voor een reconstructie gekozen worden.

Voor de opname

Op de polikliniek krijgt de patiënt een aantal afspraken.

De patiënt krijgt een afspraak mee voor bloed prikken en indien de orthopeed het nodig vindt een afspraak om een hartfilmpje te laten maken.

De patiënt gaat naar de afdeling opname waar een datum voor de operatie wordt vastgesteld en er vindt een intake gesprek plaats met een verpleegkundige van het ziekenhuis op de afdeling Short Stay. De patiënt krijgt uitleg en voorlichting omtrent de opname. Ook wordt een vragenlijst samengesteld door de anesthesist (narcotiseur) afgenomen, waarbij de patiënt aan kan geven of hij een algehele of regionale anesthesie wil. De patiënt krijgt een folder mee naar huis om alles goed na te lezen, hierin staan ook de instructies ter voorbereiding op de operatie.

Dag van de opname

De patiënt dient vanaf 24:00 uur nuchter te blijven wanneer men in de ochtend wordt geopereerd, als de operatie 's middags plaatsvindt mag er 's morgens nog een beschuit met thee genuttigd worden.

Ongeveer twee uur voor de operatie wordt de patiënt opgenomen op de afdeling Short Stay. De verpleegkundige van de afdeling meet de bloeddruk op, de polsslag en de temperatuur. De patiënt moet thuis zijn knie scheren (15 cm boven tot 15 cm onder de knie), dit wordt door de verpleegkundige nagekeken en wordt eventueel nog bijgeschoren. De verpleegkundige kruist het operatiegebied aan. De patiënt krijgt een operatiejasje aan.

Belangrijk is, dat de patiënt sieraden af doet en eventueel protheses af/ uit doet (gebitprothese, contactlenzen). Ook nagellak en make-up dient verwijderd te worden.

Operatie

De narcose wordt toegebracht bij de patiënt, daarna wordt de patiënt de operatiekamer binnen gebracht. Voordat de operatie begint, bekijkt de orthopeed de stabiliteit van de knie en wordt er een elastische band om het been gewikkeld om het bloed uit het been omhoog te stuwen.

Om het bovenbeen wordt nu een knevelband aangelegd om te voorkomen dat het bloed terug loopt. Daarna kan de elastische band verwijderd worden. De operatie kan nu bloedloos plaatsvinden.

Door middel van een arthroskopie inspecteert de orthopeed de knie op aanwezig letsel van andere structuren, zoals de binnen- of buitenmeniscus of het kraakbeen.

De orthopeed test voor de operatie de stabiliteit van de knie. Om te beginnen wordt er een stuwband om het been gebonden om het bloeden tijdens de operatie te verminderen. De orthopeed voert een arthroskopie uit, om te kijken of er eventuele andere beschadigingen van structuren aanwezig zijn,

zoals meniscus of kraakbeen. Er wordt een kleine snee gemaakt aan de binnenkant van de knie. De pezen van de hamstrings worden gestript en direct op rek gebracht. Vervolgens worden er 2 kanalen geboord, één door het onderbeen en één door het bovenbeen. Door het kanaal van het bovenbeen wordt een draad gespannen, hierdoor worden de pezen van de hamstring in de knie getrokken. De draad wordt verwijderd als de pezen op de juiste plek bevestigd zijn. De pezen worden met behulp van schroeven vastgezet, één schroef is oplosbaar, de andere schroef blijft in het been bevestigd zitten. De insnijdingen worden vervolgens gehecht en de knie wordt nog een laatste keer getest, de testen zullen nu negatief zijn. Om overtollig wondvocht af te drijven wordt er een drukverband aangelegd. De patiënt wordt naar de uitslaapkamer gebracht en mag daarna terug naar de afdeling.

Risico's van een VKB- reconstructie

Mogelijke complicaties zijn:

- ontsteking van de wond
- een bloedingstoring aan de achterzijde van het bovenbeen
- zwelling en pijn
- trombose been (verschijnselen: pijn, warmte, roodheid en gespannen gevoel in de kuitstreek)
- niet goed aanslaan van de semitendinosus/ gracilistransplantaat

Na de operatie

De patiënt wordt naar de uitslaapkamer gebracht, waar de vitale functies (bloeddruk, polsslag en ademhaling) continue worden gecontroleerd. Na ongeveer een half uur kan de patiënt terug naar de afdeling waar de verpleegkundige controles uitvoert van het verband en het infuus. Via dit infuus krijgt de patiënt antibiotica toegediend om een infectie in de knie te voorkomen.

Bij lokale anesthesie mag de patiënt na ongeveer een half uur weer drinken en na een uur eten. Bij totale anesthesie mag de patiënt na een uur drinken en eten.

In het ziekenhuisbed wordt een zandzak tegen het been gelegd in verband met het rechthouden van het been. Tevens wordt de patiënt op de rug gelegd, als dit niet gaat dan kan de patiënt op de zij liggen met een kussen tussen de benen.

Verder is het van belang dat de patiënt de voeten en tenen regelmatig beweegt om trombose van het been te voorkomen.

Dag na de operatie

In de ochtend wordt het infuus verwijderd, de patiënt mag zich daarna verzorgen op bed. Na de verzorging wordt het drukverband verwijderd en worden er pleisters op de kleine wondjes geplakt. Nadien krijgt de patiënt een tricotkous (elastische kous), die hij gedurende twee weken moet dragen. Deze dient voor steun van het been.

De patiënt begint met het oefenen op de bewegingsslede op bed, onder begeleiding van de fysiotherapeut. De bewegingsslede zorgt voor een passieve buiging en strekking van de knie. De fysiotherapeut stelt de bewegingsslede zo in dat er binnen de pijngrens wordt bewogen. Het oefenen in de bewegingsslede wordt een aantal uren per dag herhaald. De bewegingsslede zal steeds voor een grotere bewegingsuitslag van de knie zorgen.

Onder leiding van fysiotherapeut kan begonnen worden met lopen en traplopen met krukken. Het is belangrijk om te lopen met krukken om het herstel van de knie na de reconstructie te bevorderen. Het lopen met krukken wordt langzaam afgebouwd in ongeveer tien dagen.

Afhankelijk van de lichamelijke toestand, mobilisatie en wondgenezing mag de patiënt na 1 of 2 dagen naar huis.

Voorwaarden voor ontslag

De operatiewond ziet er goed uit

De knie kan 90° buigen op de bewegingsslede

De patiënt kan zelfstandig lopen met krukken

De patiënt kan zelfstandig traplopen met krukken

Revalidatie

Nadat de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen is, gaat hij poliklinisch verder met de revalidatie.

Tijdens de ziekenhuisopname wordt met de patiënt afgesproken wanneer hij kan beginnen met revalideren.

De revalidatie volgens het protocol van St. Annaziekenhuis bestaat uit vijf fasen. De revalidatie vindt plaats op de afdeling Topsupport onder begeleiding van fysiotherapeuten. De revalidatie zal in groepsverband plaatsvinden, dit heeft als voordeel dat men samen met anderen aan het herstel werkt, waardoor men elkaar kan stimuleren in het revalidatietraject. De fysiotherapeut zal tijdens het revalidatietraject individuele voorlichting geven met betrekking tot het herstelproces. Niet elke patiënt heeft dezelfde oefeningen, de fysiotherapeuten passen de oefeningen aan individueel niveau aan. Het door de patiënt bereikte niveau is sterk afhankelijk van zijn eigen inzet tijdens het revalideren.

De eerste drie weken van de revalidatie oefent de patiënt vier keer per week op maandag, dinsdag, woensdag en donderdag van 8.00 tot 9.00 uur in een oefengroep. Tijdens het oefenen zijn er meerdere fysiotherapeuten aanwezig. In de tijd dat de patiënt komt oefenen volgt de patiënt een vooraf opgesteld protocol, met aangepaste oefeningen op persoonlijk niveau.

In deze fase wordt er gelet op het looppatroon met en zonder krukken, spierversterkende oefeningen en verbeteren van het bewegen van de knie.

Na deze drie weken start de tweede fase van de revalidatie. In de acht weken die nu volgen gaat de patiënt zwaarder en intensiever oefenen. De patiënt oefent nu drie keer per week. Deze fase richt zich voornamelijk op functionele oefenvormen, coördinatie, kracht en mobilisatie.

De derde fase van de revalidatie bestaat uit vier weken, waarbij de patiënt twee keer per week oefent. Tijdens deze fase wordt de intensiteit verder opgebouwd, er komen functionele oefenvormen aan bod die bestaan uit voornamelijk lichte sprong- en loopvormen. Na fase 3 kan de patiënt er voor kiezen om te stoppen met de revalidatie.

Om de overgang naar sport mogelijk te maken kunnen fase vier en vijf in de revalidatie ingebouwd worden. In fase vier wordt de patiënt specifiek getraind met betrekking tot zijn sport. Na fase vier vindt er een evaluatie plaats door de fysiotherapeut, waaruit een gericht advies volgt voor de komende periode en voor een eventuele fase vijf.

In fase vijf probeert de patiënt terug te keren op wedstrijd niveau. Dit zijn de laatste fasen van het revalidatietraject binnen het St. Annaziekenhuis.

Het kan wel eens voorkomen dat er tijdens de revalidatietraining complicaties optreden waardoor een fase langer kan duren.

Afsluiting

Wij hopen dat de patiënt een beeld heeft kunnen vormen van de VKB- reconstructie en het te doorlopen revalidatietraject. Bij onduidelijkheden kan de patiënt de folder nalezen en ten alle tijden vragen stellen aan de fysiotherapeut.

Succes met de operatie en revalidatie!

BIJLAGE IX STORY- BOARD

Beeld

Sportmoment:
Ruud van Nistelrooy scheurt VKB af

Voorste kruisband reconstructie
Ingang St. Annaziekenhuis
(dit samen in beeld brengen)

Patiënt loopt ziekenhuis binnen en meldt
zich bij de balie

Patiënt loopt naar afdeling 2B en meldt
zich bij de balie van 2B

Patiënt ligt in bed, verpleegkundige komt
binnen
Verpleegkundige meet bloeddruk

Verpleegkundigen rijden patiënt met bed
Door de gang naar O.K.
(tot de deur met bordje O.K.)

Voice-over

(bij herhaling beginnen met spreken)
Dit sportmoment komt u misschien bekend voor. Een scheur in een voorste kruisband ontstaat meestal door een plotselinge kracht en/ of draaibeweging tijdens sportactiviteiten. Wanneer een voorste kruisband scheurt ontstaat er een instabiliteit in de knie.

Om deze instabiliteit te corrigeren heeft u samen met uw orthopeed besloten om een voorste kruisband- reconstructie te ondergaan.

Op de dag van de operatie meldt u zich op afdeling; Short Stay. Op deze afdeling wordt u voorbereid op de operatie.

De verpleegkundige op de afdeling meet de bloeddruk, de polsslag en de temperatuur.

Als u klaargemaakt bent voor de operatie, brengen de verpleegkundigen u naar de operatie kamer.
Daar wordt de narcose toegediend door een anesthesist. U kunt kiezen tussen een algehele narcose of een plaatselijke verdoving.

De operatie

Patiënt ligt op de operatietafel

Stabiliteitstest knie

Stuwband

Arthroscopie

Incisie in been

Stippen pezen en op rek zetten van pezen

Boren kanalen

door bovenbeen gespannen

Pezen worden door boorkanaal getrokken

Schroeven worden bevestigd

Hechten en testen van de knie

Patiënt wordt uit de operatiekamer gereden

Dag na operatie

Patiënt op de bewegingsslede in bed

Fysiotherapeut begeleidt de patiënt

Patiënt loopt met krukken (patiënt loopt naar de trap toe met krukken)

Onder begeleiding van de fysiotherapeut

Patiënt loopt trap met krukken (trap op en af)

Onder begeleiding van de fysiotherapeut

De pezen die worden gebruikt om de voorste kruisband te vervangen zijn de pezen van de gracilis en semitendinosus. Dit zijn pezen van de hamstrings.

De orthopeed test voor de operatie de stabiliteit van de knie.

Om te beginnen wordt er een stuwband om het been gebonden om het bloeden tijdens de operatie te verminderen.

De orthopeed voert een arthroscopie uit, om te kijken of er eventuele andere beschadigingen van structuren aanwezig zijn, zoals meniscus of kraakbeen. Er wordt een kleine snee gemaakt aan de binnenkant van de knie. De pezen van de hamstrings worden gestript en direct op rek gebracht.

Vervolgens worden er 2 kanalen geboord, één door het onderbeen en één door het bovenbeen. Draad Door het kanaal van het bovenbeen wordt een draad gespannen, hierdoor worden de pezen van de hamstring in de knie getrokken. De draad wordt verwijderd als de pezen op de juiste - plek bevestigd zijn. De pezen worden met behulp van schroeven vastgezet, één schroef is oplosbaar, de andere schroef blijft in het been bevestigd zitten.

De insnijdingen worden vervolgens gehecht en de knie wordt nog een laatste keer getest.

De patiënt wordt naar de uitslaapkamer gebracht en mag daarna terug naar de afdeling.

Na de operatie is de knie vaak flink gezwollen en warm. Het kan zijn dat de knie de eerste week na de operatie pijnlijk is en de wond nog wat gevoelig is.

Een dag na de operatie krijgt u fysiotherapie. Onder begeleiding van de fysiotherapeut begint u met het oefenen op de bewegingsslede.

Deze bewegingsslede zorgt voor het automatisch buigen en strekken van de knie tot aan de pijngrens.

Deze dag begint u met het lopen en traplopen met krukken onder begeleiding van de fysiotherapeut.

U dient zelf voor deze krukken te zorgen, die kunt u lenen bij de thuiszorgwinkel

Na de operatie moet u ongeveer 10 dagen met krukken lopen, dit wordt langzaam afgebouwd.

Let erop dat u geen auto mag rijden zolang u met krukken loopt.

Voorwaarden ontslag

- De operatiewond ziet er goed uit
- De knie kan 90 graden buigen
- De patiënt kan zelfstandig lopen met krukken
- De patiënt kan zelfstandig traplopen met krukken

Revalidatie

Patiënt loopt met krukken oefenzaal binnen en geeft de fysiotherapeut een hand shot van de oefenzaal

Patiënt zit op de bank en fysiotherapeut geeft uitleg O.K. en onderzoekt hem

Fase 1

3 weken therapie, 4 keer per week

Shot van de oefeningen:

Wallsliding, knie extensie, SLR, toe heel raise, buiklig flexie, calf raise, step up, squat, fietsen

Coördinatie oefeningen op een rij aan het wandrek

Groepsoefeningen

Shot van beoordeling knie met gradenboog
Patiënt kan zonder krukken lopen

1 dag na de operatie mag u met ontslag onder de volgende voorwaarden:

De operatiewond ziet er goed uit

De knie kan 90 graden buigen

De patiënt kan zelfstandig lopen met krukken

De patiënt kan zelfstandig traplopen met krukken

Nadat u uit het ziekenhuis ontslagen bent, gaat u poliklinisch verder met de revalidatie.

De revalidatie bestaat uit vijf fasen en zal in groepsverband plaatsvinden op de afdeling fysiotherapie.

De gehele revalidatie zal minimaal 4 maanden duren, dit kunt u in overleg met uw fysiotherapeut uitbouwen tot ongeveer 6 maanden.

Voordat u begint met het revalidatietraject vindt er een intake plaats en wordt de operatie doorgenomen met de fysiotherapeut.

Deze fase bestaat uit drie weken therapie met een frequentie van vier keer per week.

In deze fase zijn de oefeningen gericht op; beweeglijkheid en coördinatie van de knie.

Deze individuele oefeningen zijn ter bevordering van de beweeglijkheid van de knie.

Deze oefeningen zijn voor de coördinatie van de knie.

Er wordt ook in groepsverband geoefend.

Na elke fase moet u aan bepaalde eindcriteria voldoen om naar de volgende fase te kunnen doorstromen.

Fase 2A

4 weken therapie, 3 keer per week

Shot van oefeningen:

roeien, crosstraining, leg press, calf raises
squat 60°, squat lunges, lunges, step up

groepstraining

Fase 2B

4 weken therapie, 3 keer per week (t.i.b.)

Shot van oefeningen:

Walking lunge, goodmorning, 1 benige
squat.

Alle cardio toestellen in beeld

Groepstraining (speedladder)

De therapeut is met patiënt bezig,
individuele aandacht

Fase 3

4 weken therapie, 2 keer per week (t.i.b.)

Shot van oefeningen:

Lichte sprongvormen, groepstraining

Overleg fysiotherapeut en patiënt

Fase 4

4 tot 8 weken therapie, eerste 4 trainingen
2 keer per week. Daarna 1 keer per week.
(t.i.b.)

In de 4 weken die nu volgen gaat u zwaarder en intensiever trainen, u heeft 3 keer per week therapie

Naast coördinatie en het verbeteren van de beweeglijkheid van de knie, wordt er nu ook meer aandacht besteedt aan krachtoefeningen

Er wordt begonnen met diverse loopvormen.

Fase 2B bestaat uit 4 weken, u heeft 3 keer per week therapie

Deze fase is een uitbreiding van fase 2A, er worden nog zwaardere oefenvormen gebruikt

Uw eigen inzet is van doorslaggevend belang voor het laten slagen van het revalidatieproces.

Het kan zijn dat de oefeningen in het gezamenlijk programma te zwaar voor u zijn. De fysiotherapeut zal daarop inspringen en u individueel begeleiden met aangepaste oefeningen.

Fase 3 bestaat uit 4 weken, u heeft 2 keer per week therapie.

In deze fase wordt er aandacht besteed aan functionele problemen die u nog tegenkomt in het dagelijks leven. Tevens wordt er begonnen met lichte sprongvormen.

Na deze fase kan u er voor kiezen om te stoppen met de revalidatie.

Fase 4 en 5 zijn sportspecifiek, u kunt met uw fysiotherapeut overleggen of deze fasen voor u van belang zijn.

Deze fase duurt 4 tot 8 weken. De eerste 4 trainingen zijn 2 keer per week. Daarna traint u nog maar 1 keer per week.

Shot oefeningen:

Snelle squat, counter movement jump, hordensprongen, sprongen en sprint klokken. op blok springen (steeds hoger blok)

Patiënt vult samen met therapeut evaluatieformulier in.
Therapeut voert voorste schuiflade uit.

Fase 5

8 weken therapie, 1 keer per week (t.i.b.)
Shot van trainingen buiten

Shot Ruud van Nistelrooy

Om de overgang naar sport mogelijk te maken is fase 4 ingebouwd. Deze fase is gericht op snelkracht, explosief kracht en meer risicovolle bewegingen bij het sporten.

Na deze fase vult u samen met de fysiotherapeut een eindevaluatie in. Hierin wordt duidelijk of u uw werk en sport weer heeft kunnen hervatten en of er nog pijn aanwezig is in de knie. Ook wordt er gekeken naar de stabiliteit van de knie.

In deze laatste fase traint u gedurende 8 weken, 1 keer per week. Deze laatste fase in het revalidatietraject is gericht op wedstrijdniveau. De trainingen zijn met name gericht op contactsporten zoals voetbal, maar ook op individuele sporten, zoals tennis. Er wordt gestreefd naar een hervatting van uw sportniveau, dit is echter afhankelijk van uw eigen inzet en herstelproces van de knie.

Wij hopen dat u een goed beeld heeft kunnen vormen met betrekking tot de operatie en het revalidatietraject. Bij onduidelijkheden kunt u altijd terecht bij uw fysiotherapeut of de brochure nalezen. Na uw voorste kruisband operatie gaat u een intensieve revalidatie tegemoet, waarbij eigen inzet en motivatie van zeer groot belang is.

Veel succes, we hopen dat u uw activiteiten net als deze voetballer weer geheel kunt hervatten.

Aftiteling:

Script:

Femke Berkelmans

Maike van Kessel

Elke Moors

Kim van Dooren

Commentaarstem:

Eddy Janssen

Camera en montage:

Bas van de Loo

Met dank aan:

Fysiotherapeuten St. Annaziekenhuis

Dr. Sybesma

Operatieteam

Patiënten

St. Annaziekenhuis afdeling 2B

Fontys Hogescholen

Opleiding Fysiotherapie

Sponsor: Biomet en Somas

2005 High & Loo producties

BIJLAGE X PATIËNTENINFORMATIE FILMOPNAMES

Beste revalidant,

Wij zijn vier studenten van de opleiding fysiotherapie aan de Fontys Hogeschool te Eindhoven. In opdracht van het St. Annaziekenhuis maken wij een nieuwe voorlichtings- DVD voor mensen die een voorste kruisband reconstructie ondergaan. Dit is ons afstudeerproject.

Middels deze brief willen wij uw medewerking vragen voor het filmen van het revalidatietraject met u en de rest van de revalidanten.

De filmopnames vinden plaats op: **dinsdag, woensdag en donderdag (19- 20- 21 april)**

De tijden waarop u normaal traint worden nu ook aangehouden tijdens het filmen, zodat u niet extra hoeft te komen.

Indien u bezwaar tegen het filmen heeft, kunt u dit aangeven bij uw fysiotherapeut.

Als u geen bezwaar tegen het filmen heeft willen wij u verzoeken de bijgevoegde toestemmingsverklaring te tekenen en deze mee te nemen naar de opname- dag.

Hopend op uw medewerking en alvast bedankt,

Femke Berkelmans
Kim van Dooren
Maaïke van Kessel
Elke Moors

BIJLAGE XI TOESTEMMINGSVERKLARING

Betreft: Gebruik maken van de operatiebeelden

Ondergetekende verklaart akkoord te gaan met het gebruik maken van de beelden van zijn/ haar voorste kruisband reconstructie voor het ontwikkelen van een nieuwe voorlichtings- DVD over voorste kruisband reconstructie voor het St. Annaziekenhuis te Geldrop. De beelden dienen strikt vertrouwelijk behandeld te worden en mogen enkel en alleen voor bovenstaand doeleinde gebruikt worden.

Op elk moment tijdens het filmen en de productie kan ondergetekende om nadere informatie vragen en zijn medewerking zonder opgaaf van redenen opzeggen.

Voor / Achternaam :

Volledig Adres :

Telefoonnummer :

Datum : - -

Handtekening deelnemer :

Betreft: Gebruik maken revalidatie beelden

Ondergetekende verklaart akkoord te gaan met het gebruik maken van de beelden tijdens de revalidatie na een voorste kruisband reconstructie voor het ontwikkelen van een nieuwe voorlichtings- DVD over voorste kruisband reconstructie voor het St. Annaziekenhuis te Geldrop. De beelden dienen strikt vertrouwelijk behandeld te worden en mogen enkel en alleen voor bovenstaand doeleinde gebruikt worden.

Op elk moment tijdens het filmen en de productie kan ondergetekende om nadere informatie vragen en zijn medewerking zonder opgaaf van redenen opzeggen.

Voor / Achternaam :

Volledig Adres :

Telefoonnummer :

Datum : - -

Handtekening deelnemer :