

Hart voor informatie

Implementatietraject met betrekking tot het verstrekken van informatie aan patiënten met angina pectoris

Anke Lamkin 1254146

Docentmentor: Tineke Schoot

Klas: VO403B

Datum: 09-06-2014

Stageplaats: CCU en verpleegafdeling Cardiologie, Laurentius Ziekenhuis Roermond

Praktijkopleidster: Anique de Leeuw

Werkbegeleiders CCU: Eline Sonnemans en Marjolein Steskens

Werkbegeleiders verpleegafdeling Cardiologie: Jasna Ibrahimovic en Claudia Verhaegh

Uitstroomprofiel: Algemene GezondheidsZorg (AGZ)

Kwalificatiegebied: Primair proces

HBO-Verpleegkunde

Faculteit Gezondheid en Zorg

Zuyd Hogeschool

Samenvatting

Patiënten met hart- en vaatziekten (HVZ) hebben een verhoogd risico op het ontstaan van een myocardinfarct of beroerte, waardoor het treffen van universeel preventieve maatregelen voor hen van belang is. Hierbij spelen het zelfmanagement en de therapietrouw van de patiënt een belangrijke rol. Deze factoren worden beïnvloed door het verstrekken van informatie over het ziekteproces, de voorgeschreven medicatie of de te ondergane procedure en behandeling.

Uit persoonlijke observaties van de Coronary Care Unit (CCU)- verpleegkundigen komt naar voren dat op de CCU niet altijd informatie wordt verstrekt aan de patiënt. Ook de wijze waarop de informatieverstrekking plaatsvindt, verschilt tussen de zorgverleners.

Middels deze bachelorthesis wordt getracht een eenduidig en effectief beleid van bewezen waarde te implementeren ten aanzien van de informatieverstrekking aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met angina pectoris (AP). Hierbij staat de volgende hoofdvraag centraal: ‘Op welke wijze kan de informatieverstrekking door CCU-verpleegkundigen aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP worden verbeterd, zodat de therapietrouw en het zelfmanagement van deze patiënten toeneemt?’.

Bij deze implementatie is gebruik gemaakt van het implementatiemodel van Grol en Wensing (2011). Voor het beschrijven van de wenselijke en feitelijke informatieverstrekking is gebruik gemaakt van persoonlijke observaties, conceptuele en wetenschappelijke literatuur en interviews met twee CCU-verpleegkundigen en twee patiënten. De implementatiedoelen die hieruit voor de CCU-verpleegkundigen voortvloeiden, hebben betrekking op het verdiepen in de sociale en medische achtergrond van de patiënt, het uitleggen van het belang van het gesprek, het samenvatten van de informatie en het controleren of de patiënt deze informatie begrepen heeft, het aanreiken van informatiefolders, het ingaan op de affectieve en informatieve behoeften van de patiënt en de rapportage. Beïnvloedende factoren ten aanzien van deze implementatie zijn geanalyseerd aan de hand van interviews met vier CCU-verpleegkundigen. Op basis van deze analyse zijn strategieën en interventies geselecteerd. Hierbij is gekozen voor het aanreiken van een informatief document over de wenselijke en feitelijke situatie, het verzorgen van twee klinische lessen over het belang en de inhoud van een informatief gesprek, het benaderen van twee sleutelfiguren, het ontwikkelen en aanreiken van een zakkaartje over de inhoud van een informatief gesprek en het creëren van een rapportageveld. Uit de proces- en productevaluaties die tot nu toe zijn uitgevoerd komt naar voren dat de interventies op duidelijke en concrete wijze zijn uitgevoerd en dat er vorderingen zijn ten aanzien van de verbeterdoelen. Er zijn aanbevelingen gedaan ten aanzien van het vervolg van de evaluaties. Het project is overgedragen aan twee sleutelfiguren.

Summary

Patients with cardiovascular disease (CVD) have an increased risk of developing myocardial infarction or stroke. For these patients it is important to take universal preventive measures. In that case self-management and compliance play an important role. These factors are influenced by the provision of information about the disease process, the prescribed medication or the treatment and procedure.

Personal observations of the Coronary Care Unit (CCU)-nurses revealed that information is not always provided to the patient in the CCU. There are also differences in the way the information is provided by the CCU-nurses.

The goal of this bachelor thesis is to provide a clear and effective policy of proven value regarding the provision of information to patients admitted to the CCU with angina pectoris (AP). In this bachelor thesis an answer will be formulated to the main question: ‘In which manner can the provision of information by the CCU-nurses to patients who are admitted to the CCU with AP be improved so that the compliance and self-management of these patients will increase?’.

In this thesis, the implementation model of Grol and Wensing was used. Personal observations, interviews with two CCU-nurses and two patients and conceptual and scientific literature were used to describe the desired and actual situation. The resulting implementation goals for the CCU-nurses are connected to the delving into the social and medical history of the patient, explaining the importance of the meeting, summarizing the information and checking whether the patient has understood this information, the provision of information leaflets, take-up the affective and informational needs of the patient and reporting about the provided information. Influencing factors regarding the implementation were analyzed on the basis of interviews with four other CCU-nurses. Based on these influencing factors a choice was made for offering an informative document about the desired and actual situation. In addition two clinical lessons were given about the importance and content of providing information, two key persons were approached, a pocketcard about the content of providing information was handed and a reporting field was integrated in the reporting system. The process evaluation which was performed so far showed that the interventions were performed in a clear and concrete manner. The product evaluation which was performed so far showed that there was made some progression considering the implementation goals.

Recommendations have been made regarding the future process and product evaluations. The implementation is assigned to the key persons.

Voorwoord

Voor u ligt de bachelorthesis die is uitgevoerd in het kader van het verdiepingsjaar van de opleiding hbo-verpleegkunde aan Zuyd Hogeschool te Heerlen. Het verdiepingsjaar beslaat het laatste jaar van deze opleiding en is opgebouwd uit drie perioden, waarvan het schrijven van de bachelorthesis de laatste is. Gedurende het verdiepingsjaar staat het implementatietraject centraal, waarin de kwaliteit van zorg rondom een onderwerp naar keuze verbeterd zal worden. In deze bachelorthesis zal weergegeven worden welke stappen zijn doorlopen om het implementatietraject op procesmatige en planmatige manier uit te voeren. Tijdens het verdiepingsjaar loop ik stage op de CCU en de verpleegafdeling Cardiologie van het Laurentius ziekenhuis te Roermond. Mijn implementatietraject heeft betrekking op het verbeteren van de informatieverstrekking door CCU-verpleegkundigen aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP.

Bij het schrijven van deze bachelorthesis heb ik gebruik gemaakt van de leeractiviteiten en producten van de eerste twee perioden van het verdiepingsjaar, te weten differentiatie twee en major één. Gedurende differentiatie twee is een leertaak ontwerper (Lamkin, 2013a) en praktijkproef ontwerper (Lamkin 2013b) uitgevoerd, waarin de wenselijke en feitelijke zorgverlening zijn onderzocht en een analyse is uitgevoerd ten aanzien van de doelgroep en setting. Gedurende major één is de wenselijke zorgverlening verder uitgediept in de vorm van een literatuurstudie (Lamkin, 2014). Resultaten die uit deze producten naar voren zijn gekomen, zijn verwerkt in deze bachelorthesis.

Ik wil Anique de Leeuw, praktijkopleidster, bedanken voor het meedenken over de invulling van het implementatietraject en het beoordelen van de opdrachten en interventies die zijn uitgevoerd in het kader van dit traject. Tevens wil ik de CCU-verpleegkundigen Christel Pantsters en Monique Geelen bedanken. Zij waren sleutelfiguren bij de uitvoering en uitwerking van dit implementatietraject. Daarnaast wil ik Tineke Schoot, docentbegeleidster, en mijn medestudenten bedanken voor het meedenken over de opzet en inhoud van het implementatietraject en het beoordelen van de bachelorthesis. Dankzij de kritische blik van bovengenoemde personen ben ik in staat geweest mijn producten te verbeteren.

Anke Lamkin

Inhoudsopgave

Inleiding	pag. 8
Hoofdstuk 1: Verbetering van de zorg	
1.1 Het implementatiemodel	pag. 10
1.2 Voorstel voor verbetering	pag. 10
Hoofdstuk 2: Wenselijke situatie ten aanzien van het verstrekken van informatie	
2.1 Methode	pag. 12
2.2 Resultaten met betrekking tot de wenselijke informatieverstrekking	pag. 13
2.2.1 Cognitieve en affectieve behoeften van de patiënt	pag. 14
2.2.2 De stappen ‘openstaan’ en ‘begrijpen’	pag. 14
2.2.3 De invloed van stress op de informatieverstrekking	pag. 18
2.2.4 De informatieverstrekker	pag. 19
2.3 Conclusie	pag. 19
Hoofdstuk 3: Feitelijke informatieverstrekking	
3.1 Methode	pag. 21
3.2 Resultaten met betrekking tot de feitelijke informatieverstrekking	pag. 22
3.2.1 Werkelijke informatieverstrekking	pag. 22
3.2.2 Gespreksomstandigheden	pag. 23
3.2.3 Naasten van de patiënt	pag. 24
3.3 Vergelijking wenselijke en feitelijke informatieverstrekking	pag. 24
3.4 Conclusie	pag. 27
Hoofdstuk 4: Probleemanalyse van doelgroep en setting	
4.1 Methode	pag. 28
4.2 Resultaten met betrekking tot de probleemanalyse van doelgroep en setting	pag. 29
4.2.1 Sociale kaart	pag. 29
4.2.2 Individuele factoren	pag. 30
4.2.3 Sociale factoren	pag. 30
4.2.4 Organisatorische factoren	pag. 31
4.2.5 Maatschappelijke factoren	pag. 31

4.3 Conclusie	pag. 31
---------------	---------

Hoofdstuk 5: Strategieën en interventies

5.1 Methode	pag. 32
5.2 Resultaten met betrekking tot strategieën en interventies	pag. 32
5.2.1 Verspreiding van educatief materiaal	pag. 32
5.2.2 Lokale opinieleiders	pag. 33
5.2.3 Educatieve bijeenkomsten	pag. 33
5.2.4 Reminders	pag. 34
5.2.5 Evaluatie	pag. 34
5.2.6 Organisatie van mechanismen voor monitoring van kwaliteit	pag. 34

Hoofdstuk 6: Het implementatieplan

6.1 Fasen in het veranderingsproces	pag. 35
6.2 Implementatieplan	pag. 35
6.3 Uitvoering van het implementatieplan	pag. 37
6.3.1 Verspreiding van educatief materiaal	pag. 37
6.3.2 Lokale opinieleiders	pag. 37
6.3.3 Educatieve bijeenkomsten	pag. 37
6.3.4 Reminders	pag. 38
6.4 Conclusie	pag. 38

Hoofdstuk 7: Evaluatie

7.1 Methode	pag. 39
7.2 Resultaten met betrekking tot de proces- en productevaluatie	pag. 40
7.2.1 Procesevaluatie	pag. 40
7.2.2 Productevaluatie	pag. 41
7.3 Overdracht en vervolg proces- en productevaluatie	pag. 41
7.4 Conclusie	pag. 42

Hoofdstuk 8: Nabeschuwing

8.1 Discussie	pag. 43
8.2 Aanbevelingen	pag. 45
8.3 Conclusie	pag. 46

Literatuurlijst	pag. 47
Bijlage 1: Zoekstrategie	pag. 52
Bijlage 2: Reflectie	pag. 58
Bijlage 3: Interviewschema's wenselijke en feitelijke informatieverstrekking	pag. 63
Bijlage 4: Uitwerking van het interview met patiënt A.	pag. 67
Bijlage 5: Uitwerking van het interview met patiënt B.	pag. 70
Bijlage 6: Uitwerking van het interview met collega A.	pag. 74
Bijlage 7: Uitwerking van het interview met collega B.	pag. 78
Bijlage 8: Uitwerking van de eigen observaties in september en oktober 2013	pag. 82
Bijlage 9: Interviewschema analyse van doelgroep en setting	pag. 83
Bijlage 10: Samenvatting van de interviews over de analyse van doelgroep en setting	pag. 85
Bijlage 11: Informatiedocument met betrekking tot de wenselijke en feitelijke situatie	pag. 89
Bijlage 12: Eerste klinische les	pag. 94
Bijlage 13: Tweede klinische les	pag. 100
Bijlage 14: Zakkaartje informatieverstrekking aan een patiënt met AP	pag. 107
Bijlage 15: Uitwerking observaties mei 2014	pag. 109
Bijlage 16: Enquête ten aanzien van de productevaluatie	pag. 110
Bijlage 17: Voorstel Bachelorthesis	pag. 117
Bijlage 18: Beoordelingsformulier bachelorthesis praktijkopleidster	pag. 134
Bijlage 19: Beoordelingsformulier bachelorthesis docentbegeleidster	pag. 138
Bijlage 20: Beoordelingsformulier bachelorthesis 2 ^{de} beoordelaar	pag. 143
Bijlage 21: Beoordeling presentatie bachelorthesis	pag. 148

Inleiding

In 2010 was de ziekenhuisprevalentie van HVZ 282.681 patiënten (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], 2014). Het ontstaan van HVZ is sterk gerelateerd aan biologische risicofactoren en leefstijlfactoren, zoals lichamelijke inactiviteit, roken, overgewicht, hypercholesterolemie, hypertensie en Diabetes Mellitus. Patiënten met HVZ hebben een verhoogd risico op het ontstaan van een myocardinfarct of beroerte, waardoor het treffen van universeel preventieve maatregelen voor deze patiënten belangrijk is (de Backer et al., 2004). Hierbij spelen zelfmanagement en therapietrouw een grote rol, aangezien de beoogde effecten van de geadviseerde preventieve maatregelen alleen tot uiting komen wanneer de patiënt bereid is deze maatregelen op te volgen. Hiertoe wordt onder andere het innemen van de voorgeschreven medicatie en het opvolgen van de leefstijlveranderingen verstaan (Nederlandse Hartstichting, 2009). Zelfmanagement is het vermogen van de patiënt om goed om te gaan met de symptomen, behandeling en de lichamelijke en sociale consequenties van een chronische aandoening, waarbij de leefstijl wordt aangepast en de patiënt de regie neemt over het eigen zorgproces (Thesaurus zorg en welzijn, 2014). Therapietrouw is het innemen van medicatie op de voorgeschreven tijdstippen en in de juiste hoeveelheden, waarbij de patiënt bereid is dit te blijven doen (Thesaurus zorg en welzijn, 2014). De therapietrouw en het zelfmanagement van de patiënt kunnen bevorderd worden middels het verstrekken van informatie over het ziekteproces, de voorgeschreven medicatie of de te ondergane procedure en behandeling (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2010). Patiënten die goed geïnformeerd zijn over hun ziekte en de behandeling ervan zijn meer therapietrouw (Zolnierek & Dimateo, 2009) en hebben een betere attitude ten aanzien van hun ziekteproces (McGillion et al., 2008). Uit het transversale onderzoek van Schoen et al. (2007) komt naar voren dat Nederlanders niet geheel tevreden zijn over de informatieverstrekking in de zorg. Van de Nederlandse patiënten gaf 71% aan dat de zorgverlener op duidelijke wijze informatie had verstrekt. Daarnaast gaf 60% van de Nederlandse patiënten aan informatie te hebben ontvangen over mogelijke behandelwijzen (Schoen et al., 2007). Uit persoonlijke observaties van de CCU-verpleegkundigen van het Laurentius ziekenhuis te Roermond (LZR) en gesprekken met de CCU-verpleegkundigen en patiënten komt naar voren dat op de CCU niet altijd informatie wordt verstrekt aan de patiënt. Ook de wijze waarop informatie verstrekt wordt, verschilt tussen de zorgverleners. Hierdoor komen bovenstaande positieve effecten van een goede informatieverstrekking minder tot hun recht. Uit de gevoerde gesprekken met de CCU-verpleegkundigen komt tevens naar voren dat er behoefte is aan het verbeteren van de informatieverstrekking aan patiënten die op de CCU worden opgenomen

met AP (Lamkin, 2013b).

Middels deze bachelorthesis wordt getracht een eenduidig en effectief beleid van bewezen waarde te implementeren ten aanzien van de informatieverstrekking door CCU-verpleegkundigen in het LZR aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP.

Bovenstaande probleem- en doelstelling hebben geleid tot de hoofdvraag: ‘Op welke wijze kan de informatieverstrekking door CCU-verpleegkundigen aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP worden verbeterd, zodat de therapietrouw en het zelfmanagement van deze patiënten toeneemt?’. Deze hoofdvraag wordt beantwoord middels de deelvragen:

- Hoe ziet de wenselijke situatie eruit ten aanzien van het verstrekken van informatie aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP?
- Wat is de feitelijke situatie ten aanzien van de informatieverstrekking aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP en welke verbeterdoelen kunnen worden gesteld?
- Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen een rol gedurende het implementatietraject?
- Welke strategieën en interventies kunnen toegepast worden om de gestelde implementatiedoelen te bereiken?
- Op welke wijze wordt het implementatieplan ontwikkeld, getest en uitgevoerd?
- Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden ten aanzien van de evaluatie van het implementatietraject?

In hoofdstuk één worden allereerst het gehanteerde implementatiemodel en het voorstel voor verbetering toegelicht. Vervolgens zal in hoofdstuk twee de wenselijke situatie ten aanzien van de informatieverstrekking aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP besproken worden, waarna in hoofdstuk drie de feitelijke situatie wordt beschreven. Hieruit vloeien enkele implementatiedoelen voort voor de CCU-verpleegkundigen. In hoofdstuk vier wordt vervolgens een analyse van doelgroep en setting uitgevoerd, waarna in hoofdstuk vijf op basis van deze analyse strategieën en interventies geselecteerd worden. In hoofdstuk zes wordt een implementatieplan gemaakt, waarbij tevens wordt beschreven welke activiteiten reeds zijn uitgevoerd. In hoofdstuk zeven worden de tot nu toe uitgevoerde evaluaties besproken, waarna aanbevelingen gedaan worden ten aanzien van het vervolg van de proces- en productevaluaties. Tot slot omvat hoofdstuk acht de discussie, aanbevelingen en conclusie.

Hoofdstuk 1: Verbetering van de zorg

In dit hoofdstuk zal allereerst het gehanteerde implementatiemodel beschreven worden. Hierbij wordt aangegeven waarom voor dit model gekozen is, waarna het model kort wordt toegelicht. In paragraaf 1.2 zal vervolgens het voorstel voor verbetering geschreven worden. Hierbij wordt het onderwerp van dit implementatietraject belicht vanuit de literatuur en vanuit de praktijk. Tevens worden doelen geformuleerd op proces en outcome.

1.1 Het implementatiemodel

Bij het implementatietraject dat beschreven wordt in deze thesis is gekozen voor het implementatiemodel van Grol en Wensing (2011). Zij definiëren implementatie als een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatig handelen, in het functioneren van een organisatie of in de structuur van de gezondheidszorg (Grol & Wensing, 2011). Uit deze definitie blijkt dat middels hun model op proces- en planmatige wijze gewerkt wordt, waarbij een vernieuwing of verbetering van bewezen waarde centraal staat. Tevens wordt aandacht besteed aan mogelijke terugval, zodat de implementatie leidt tot een blijvende verandering. Het model volgt de praktijk van de implementatie van innovaties zo goed mogelijk. Om deze redenen werd gekozen voor het model van Grol en Wensing (2011). Het model bestaat uit zes stappen. In de eerste stap wordt het voorstel voor verbetering ontwikkeld en de wenselijke situatie ten aanzien van de verbetering beschreven. In stap twee wordt de feitelijke situatie beschreven, waarna in stap drie een probleemanalyse van doelgroep en setting wordt gemaakt. In stap vier worden vervolgens strategieën en interventies ontwikkeld die zo goed mogelijk aansluiten bij kenmerken van de innovatie, de doelgroep en de setting. Hierna wordt in stap vijf het implementatieplan ontwikkeld, getest en uitgevoerd in de praktijk. In stap zes worden de resultaten van de evaluaties die zijn uitgevoerd tot aan de overdracht beschreven en worden aanbevelingen gedaan ten aanzien van de toekomstige proces- en productevaluaties van de implementatie (Grol & Wensing, 2011).

1.2 Voorstel voor verbetering

Zoals in de inleiding reeds werd vermeld, blijkt uit transversaal onderzoek dat Nederlanders niet geheel tevreden zijn over de informatieverstrekking in de zorg (Schoen et al., 2007). Daarnaast werd beschreven dat patiënten met HVZ een verhoogd risico hebben op het optreden van een myocardinfarct of beroerte, waardoor het treffen van universeel preventieve maatregelen voor deze patiënten erg belangrijk is (de Backer et al., 2004). Uit de randomised

controlled trial van Lisspers et al. (2005) komt naar voren dat patiënten die universeel preventieve maatregelen treffen na vijf jaar een significant lager risico hebben op een fataal of niet- fataal myocardinfarct, bypassoperatie of percutane coronaire interventie ten opzichte van patiënten die geen secundair preventieve maatregelen nemen. Ten aanzien van het treffen van universeel preventieve maatregelen spelen zelfmanagement en therapietrouw een grote rol. Patiënten die goed geïnformeerd zijn over hun ziekte en de behandeling ervan zijn meer therapietrouw (Zolnieriek & Dimatteo, 2009), hebben een betere attitude ten aanzien van hun ziekteproces (McGillion et al., 2008), krijgen meer grip op hun gezondheidsprobleem (Terra, van Mechelen- Gevers, & van der Burgt, 2010) en zijn meer tevreden over de geleverde zorg (Oterhals, Hanestad, Eide, & Hanssen, 2006). Bulechek et al. (2010) beschrijven dat het zelfmanagement en de therapietrouw van patiënten verbeterd kunnen worden middels het verstrekken van informatie over het ziekteproces, de voorgeschreven medicatie of de te ondergane procedure en behandeling.

Tot voorkort bestond in het LZR de polikliniek ‘risicofactoren voor patiënten met HVZ’. Patiënten die in het ziekenhuis werden opgenomen met AP bezochten na hun ziekenhuis-opname deze polikliniek, waar zij informatie kregen met betrekking tot anatomie, fysiologie, de voorgeschreven medicatie, risicofactoren en leefstijlfactoren. Op deze wijze werden patiënten geïnformeerd over het treffen van universeel preventieve maatregelen. Deze polikliniek bestaat echter niet meer, waardoor patiënten op een ander moment geïnformeerd dienen te worden over bovengenoemde aspecten. Uit persoonlijke observaties van CCU-verpleegkundigen van het LZR en gesprekken met CCU-verpleegkundigen en patiënten is gebleken dat op de CCU niet altijd informatie wordt verstrekt aan patiënten. Ook de wijze waarop informatie verstrekt wordt, verschilt tussen de zorgverleners. Uit de gevoerde gesprekken met de CCU-verpleegkundigen komt tevens naar voren dat er behoefte is aan het verbeteren van de informatieverstrekking aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP (Lamkin, 2013b).

Middels dit implementatietraject wordt getracht een eenduidig en effectief beleid van bewezen waarde te implementeren ten aanzien van de informatieverstrekking door CCU-verpleegkundigen in het LZR aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP. Hierdoor worden deze patiënten op eenduidige en effectieve wijze geïnformeerd over hun ziekteproces, de medicatie of de te ondergane procedure en behandeling, waardoor hun therapietrouw toeneemt (Zolnieriek en Dimatteo, 2009; Bulechek et al., 2010) en het zelfmanagement verbetert (Bulechek et al., 2010).

Hoofdstuk 2: Wenselijke situatie ten aanzien van het verstrekken van informatie

In dit hoofdstuk wordt een antwoord geformuleerd op de deelvraag ‘Hoe ziet de wenselijke situatie eruit ten aanzien van het verstrekken van informatie aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP?’. In paragraaf 3.1 zal de methode beschreven worden, waarna in paragraaf 3.2 de resultaten met betrekking tot de wenselijke informatieverstrekking weergegeven worden. Uiteindelijk zal in paragraaf 3.3 de conclusie geformuleerd worden.

2.1 Methode

Bij het beantwoorden van bovenstaande deelvraag werd gebruik gemaakt van conceptuele en wetenschappelijke literatuur. Tevens werden interviews gehouden met CCU-verpleegkundigen en patiënten. Op deze wijze is de wenselijke situatie beschreven vanuit de literatuur en het oogpunt van de expert en de patiënt.

Ten aanzien van de wetenschappelijke literatuur werden de databanken PubMed, Cochrane, CINAHL, SpringerLink en de vakbibliotheek geraadpleegd. De gehanteerde zoektermen en inclusiecriteria worden weergegeven in bijlage één. De verworven wetenschappelijke literatuur werd beoordeeld aan de hand van de evidentiepiramide (Aartman & van Loveren, 2007). De zoekstrategie is uitgewerkt in bijlage één.

Ten aanzien van de conceptuele literatuur werd gebruik gemaakt van de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) en de Nursing Intervention Classification (NIC). De NANDA is een classificatie voor verpleegkundige diagnoses, waarbij per verpleegkundige diagnose de definitie, belangrijkste symptomen en etiologische factoren beschreven worden (Carpenito, 2010). De NIC is een classificatie voor verpleegkundige interventies, waarbij per interventie de naam, definitie en een overzicht van mogelijke activiteiten wordt weergegeven (Bulechek et al., 2010). Er werd gebruik gemaakt van de verpleegkundige diagnoses ‘noncompliance’, ‘ineffective self-health management’ en ‘vrees’. Ten aanzien van deze diagnoses werden de interventies ‘voorlichting: patiënt’, ‘voorlichting: procedure/behandeling’, ‘voorlichting: ziekteproces’, ‘voorlichting: voorgeschreven medicatie’, ‘opbouw van een therapeutische relatie’, ‘bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid’, ‘angstreductie’ en ‘emotionele ondersteuning’ geraadpleegd. Daarnaast werd conceptuele literatuur geraadpleegd met betrekking tot communicatie in de zorg (van Dulmen, van Weert, & Jansen, 2011), vaardig communiceren (Silverman, Kurtz, & Draper, 2006) en het geven van patiëntenvoorlichting (Terra et al., 2010).

Aan de hand van de verworven literatuur werden topiclijsten opgesteld voor de interviews met de CCU-verpleegkundigen en patiënten. Deze interviewschema's zijn uitgewerkt in bijlage

drie. In deze interviews stond met name de feitelijke informatieverstrekking centraal. Er werd echter ook een topic ‘wenselijke informatievoorziening’ opgenomen. In dit hoofdstuk zullen de aspecten die uit de interviews naar voren kwamen met betrekking tot de wenselijke situatie kort worden aangehaald.

Er werd gekozen voor een semi-gestructureerd interview, aangezien deze onderzoeksmethode ten opzichte van een enquête als voordeel heeft dat de interviewer open vragen kan stellen en door kan vragen op antwoorden van de respondent. Op deze wijze kan de variatie aan meningen beter in kaart gebracht worden (Hogeschool Gent, z.j.).

Aangezien het houden van een interview arbeidsintensief is, werd in overleg met de praktijk-opleidster besloten twee CCU- verpleegkundigen te interviewen. Eén van deze respondenten werd geselecteerd vanwege haar kritische blik ten aanzien van de geleverde zorg. Aangezien de respondenten verschillen in leeftijd en op een ander moment de opleiding tot CCU-verpleegkundige hebben afgerond, kunnen zij andere inzichten hebben ten aanzien van een goede informatieverstrekking. Tevens werden twee patiënten die op de CCU waren opgenomen met AP geïnterviewd. Tussen deze respondenten was ook een leeftijdsverschil aanwezig, waardoor zij de informatieverstrekking wellicht op andere wijze hebben ervaren. De interviews vonden plaats in november 2013.

Om de betrouwbaarheid van de analyse van de gegevens uit de interviews te vergroten, zijn de interviews opgenomen op een memorecorder. Bij het uitwerken van de interviews zijn de antwoorden getranscribeerd, waarbij de informatie geordend werd aan de hand van de geselecteerde topics. De interviews zijn anoniem uitgewerkt om de privacy van de CCU-verpleegkundigen en patiënten te waarborgen. Er wordt alleen verwezen naar de functie CCU-verpleegkundige, zodat de gegevens niet terug te leiden zijn tot één persoon. De uitgewerkte interviews zijn te vinden in bijlage vier, vijf, zes en zeven.

De resultaten uit de diverse bronnen zullen geïntegreerd worden besproken, waarbij de nadruk ligt op de bevindingen uit de literatuur.

2.2 Resultaten met betrekking tot de wenselijke informatieverstrekking

Het stress-coping model van Bensing is een veel gehanteerd model ten aanzien van communicatie in de praktijk (van Dulmen et al., 2011). Daarnaast is een model van voorlichting ontwikkeld dat gebaseerd is op de stappen die een patiënt dient te doorlopen bij een gedragsverandering. Dit zijn de stappen ‘openstaan’, ‘begrijpen’, ‘willen’, ‘kunnen’, ‘doen’ en ‘blijven doen’ (Terra et al., 2010). Aangezien bij de informatieverstrekking aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP de stappen ‘openstaan’ en ‘begrijpen’

van belang zijn, zullen deze stappen verder uitgewerkt worden. Daarnaast zijn er een aantal factoren die van invloed zijn op de informatieverstrekking, zoals het ervaren van stress (Schwabe, Wolf, & Oitzl, 2010) en de informatieverstrekker (Scott & Thompson, 2003).

2.2.1 Cognitieve en affectieve behoeften van de patiënt

“In het stress-coping model van Bensing et al. (1996) wordt uitgegaan van de behoeften en voorkeuren van een patiënt” (van Dulmen et al., 2011, p. 15). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen cognitieve en affectieve behoeften. De cognitieve behoefte omvat het willen begrijpen van de eigen gezondheidssituatie. De patiënt wil zelf echter ook begrepen worden, zijn affectieve behoeften. Taakgerichte communicatie in de vorm van uitleg en advies is belangrijk ten aanzien van de cognitieve behoefte van een patiënt. Steunende communicatie is belangrijk ten aanzien van de affectieve behoefte van de patiënt (van Dulmen et al., 2011). Bulechek et al. (2010) beschrijven dat de inhoud van de voorlichting afgestemd dient te worden op de affectieve en cognitieve vermogens van de patiënt. Dit komt ook naar voren in het interview met één van de patiënten. Deze patiënt gaf aan dat de verpleegkundige alleen naar hem toekwam indien zij nieuwe informatie had. Hij had echter ook behoefte aan het voeren van een gesprek omtrent zijn emoties en het omgaan met zijn ziekte (Lamkin, 2013b).

2.2.2 De stappen ‘openstaan’ en ‘begrijpen’

De stap ‘openstaan’ heeft betrekking op het vermogen van de patiënt om aandacht te hebben voor informatie, voor een gesprek over een gezondheidsprobleem of voor het zoeken van een oplossing. De aspecten contact, samenwerkingsrelatie, behoeften en omgevingsfactoren spelen hierbij een belangrijke rol (Terra et al., 2010). De stap ‘begrijpen’ heeft betrekking op het opnemen, verwerken en onthouden van informatie. Hierbij zijn de aspecten voorkennis, opnemen van informatie en onthouden van informatie van belang (Terra et al., 2010).

Het maken van contact en het opbouwen van een samenwerkingsrelatie

Een patiënt staat meer open voor de informatie van de zorgverlener wanneer hij zich door de zorgverlener gezien, gehoord en gerespecteerd voelt. Terra et al. (2010) beschrijven dat het maken van contact en het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie hieraan bijdragen. Bulechek et al. (2010) omschrijven het opbouwen van een samenwerkingsrelatie als het ontwikkelen van een relatie met een patiënt ter bevordering van meer inzicht en gedragsverandering. Voor het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie dient een sfeer van warmte en acceptatie gecreëerd te worden. De zorgverlener dient voor aanvang van het

gesprek uit te leggen dat de besproken gegevens vertrouwelijk behandeld zullen worden. Daarnaast is het belangrijk dat de zorgverlener let op de non-verbale boodschappen van de patiënt en zo nodig om opheldering van deze boodschappen vraagt. Gedurende het gesprek kan de zorgverlener de belangrijkste opvattingen en ideeën van de patiënt parafraseren en dient zij de patiënt te stimuleren om zijn gevoelens en gedachten te uiten (Bulechek et al., 2010; Silverman et al., 2006).

Naast het opbouwen van een samenwerkingsrelatie is ook de wijze waarop de zorgverlener contact maakt met de patiënt van belang. Dit kan op verbale en non-verbale wijze. “Door haar wijze van begroeten, haar oogcontact, gebaren, openingzinnen, vragen en reacties nodigt de zorgverlener uit tot de stap openstaan” (Terra et al., 2010, p. 72). De zorgverlener dient eerst kennis te maken met de patiënt, waarbij ze de patiënt begroet en zichzelf voorstelt. De zorgverlener neemt een open lichaamshouding aan, maakt oogcontact en kan aangeven belang te stellen in de patiënt als mens (Bulechek et al., 2010; Silverman et al., 2006).

Aansluiten op de informatiebehoeften van de patiënt

Patiënten zijn meer zelfredzaam en hanteren een gezondere leefstijl wanneer de zorgverlener aansluit op hun informatiebehoeften (Stewart, Abbey, Shnek, Irvine, & Grace, 2004). De informatiebehoefte van de patiënt wordt onder andere bepaald door zijn copinggedrag (Timmins, 2005; Miller 1995), de persoon, het gezondheidsprobleem en de conditie en emoties op het moment van de voorlichting. Om aan te sluiten op de informatiebehoeften van de patiënt vraagt de zorgverlener aan de patiënt welke thema's hij aan bod wil laten komen gedurende het gesprek en stelt ze samen met de patiënt een agenda op (Bulechek et al., 2010; Silverman et al., 2006). Hierdoor kan ze de inhoud van de informatie afstemmen op de situatie van de patiënt (Terra et al., 2010). Daarnaast is het belangrijk dat de zorgverlener aangeeft wanneer de agendapunten van de patiënt aan bod komen (van Weert et al., 2008; Silverman et al., 2006). Op deze wijze hoeft de patiënt zich niet druk te maken of zijn vragen beantwoord zullen worden en kan hij zijn aandacht besteden aan de inhoud van het gesprek. Doordat de zorgverlener informeert naar de informatiebehoefte van de patiënt wordt hij actief betrokken in het gesprek, waardoor hij meer informatie krijgt die relevant is voor zijn situatie (Mauksch, Dugdale, Dodson, & Epstein, 2008). Hierdoor onthoudt de patiënt de verstrekte informatie beter (Morrow et al., 2005).

Omgevingsfactoren

Drukke, geluid en een gebrek aan privacy hebben een negatieve invloed op de communicatie

met de patiënt. Middels het sluiten van de bedgordijnen of de deur kan de zorgverlener zorgen voor een prettige, rustige ruimte en voor privacy om het gesprek te kunnen voeren (Terra et al., 2010). Bij het kiezen van het moment waarop het gesprek plaatsvindt, dient de zorgverlener rekening te houden met de conditie en de voorkeur van de patiënt. Wanneer dit niet mogelijk is, bespreekt ze dit met de patiënt. Wat betreft de conditie van de patiënt dient de zorgverlener het gesprek zo kort mogelijk te houden wanneer de patiënt moe is, het te benauwd heeft of te veel pijn ervaart (Terra et al., 2010). Daarnaast dient zij zoveel mogelijk gelijkwaardigheid te creëren in het gesprek. Dit kan ze bereiken door op gelijke ooghoogte met de patiënt te gaan zitten (Bulechek et al., 2010). Patiënten vinden het belangrijk dat de zorgverlener luistert naar hun vragen, voldoende tijd neemt voor het gesprek en een vriendelijke uitstraling heeft (van Dulmen et al., 2011; Silverman et al., 2006). Dit komt ook uit de interviews met beide patiënten naar voren (Lamkin, 2013b).

De aanwezigheid van naasten kan een bevorderende of belemmerende invloed hebben op de communicatie (Terra et al., 2010). Voorafgaand aan het gesprek met de patiënt kan de zorgverlener overleggen of de patiënt het prettig vindt als een naaste bij het gesprek aanwezig is (Bulechek et al., 2010). Jansen et al. (2010) concludeerden uit hun transversale onderzoek dat patiënten die begeleidt worden door een naaste voordeel kunnen hebben van de extra informatie die hun naaste onthoudt. Naasten van een patiënt participeren in hoge mate in het gesprek met de zorgverlener (Clayman, Roter, Wissow, & Bandeen-Roche, 2005), waarbij zij de verstrekte informatie verhelderen aan de patiënt of zorgverlener en de patiënt stimuleren om actief deel te nemen aan het gesprek (Clayman et al., 2005; Pennbrant, 2013).

Voorkennis

De zorgverlener dient de aanwezige kennis en het inzicht van de patiënt te beoordelen (Bulechek et al., 2010). Dit kan zij bereiken door te informeren naar reeds eerder ontvangen of opgezochte informatie (Terra et al., 2010; Silverman et al., 2006).

Opnemen van informatie

Patiënten kunnen informatie via verschillende zintuigen verwerken (Terra et al., 2010). Om deze reden is het belangrijk informatie op verschillende manieren aan te bieden aan de patiënt. Hiertoe kan de zorgverlener een informatiefolder aanreiken als aanvulling op de mondeling verstrekte informatie (van Dulmen et al., 2011). Een respondent geeft in het interview aan dat het wenselijk is dat de CCU-verpleegkundigen meer gebruik gaan maken van de aanwezige informatiefolders (Lamkin, 2013b). Bulechek et al. (2010) beschrijven dat de zorgverlener de

leerbehoefte van de patiënt dient te beoordelen. Hiertoe kan de zorgverlener een inschatting maken van het woord- en taalgebruik van de patiënt en zijn vaardigheden om gezondheidsinformatie te verwerken (Terra et al., 2010). De zorgverlener dient te letten op het ontwikkelingsniveau van de patiënt, de fysiologische toestand, de oriëntatie, de mate van pijn, vermoeidheid, de emotionele situatie van de patiënt en de mate waarin de patiënt zich heeft aangepast aan zijn ziekte (Bulechek et al., 2010). Om het opnemen van informatie te bevorderen selecteert de zorgverlener informatie die op dat moment belangrijk en bruikbaar is voor de patiënt (Terra et al., 2010; Silverman et al., 2006). Daarnaast dient de zorgverlener haar taalgebruik aan te passen aan dat van de patiënt. Zij spreekt langzaam en duidelijk en vermijdt jargon (Bulechek et al., 2010; Silverman et al., 2006). Tevens kan zij gebruik maken van ondersteunende middelen, zoals afbeeldingen en tekeningen (Terra et al., 2010).

Onthouden van informatie

Om optimale communicatie te bereiken, en om daarmee het onthouden van informatie te verbeteren, is het van belang voor aanvang van het gesprek informatie te hebben over de medische en sociale achtergrond van de patiënt en diens medische dossier (van Dulmen et al., 2011). Daarnaast dient de zorgverlener bij het verstrekken van informatie rekening te houden met de maximale capaciteit van het werkgeheugen, welke bij volledige aandacht ligt tussen de vijf en de negen onderwerpen (van Dulmen et al., 2011; Bulechek et al., 2010). Aan het einde van een onderdeel geeft de zorgverlener een samenvatting, waardoor de belangrijkste informatie nogmaals herhaald wordt en een overgang gecreëerd wordt naar een nieuw onderdeel van het gesprek (Bulechek et al., 2010; Silverman et al., 2006). Dhr. A. geeft in het interview aan dat het wenselijk is dat de CCU-verpleegkundigen de verstrekte informatie vaker samenvatten (Lamkin, 2013b). Daarnaast dient de zorgverlener aan het einde van het gesprek te achterhalen welke informatie de patiënt daadwerkelijk heeft onthouden. Dit kan zij doen door te vragen of de patiënt de verstrekte informatie in eigen woorden wil samenvatten (Terra et al., 2010; van Dulmen et al., 2011; Silverman et al., 2006). Uit de interviews met één CCU-verpleegkundige en één patiënt komt naar voren dat de CCU-verpleegkundigen vaker dienen te controleren of de patiënt de informatie goed begrepen heeft (Lamkin, 2013b). Na afloop van het gesprek rapporteert de zorgverlener in het patiëntendossier thema's zijn besproken, welk schriftelijk materiaal is aangereikt en in hoeverre de patiënt de informatie begrepen heeft (Bulechek et al., 2010).

2.2.3 De invloed van stress op de informatieverstrekking

Het ervaren van stress is van invloed op de opslag, consolidatie en recall van informatie. In een webdocument over het geheugen wordt consolidatie van informatie gedefinieerd als het verankeren van informatie in het langetermijn geheugen. In ditzelfde document wordt recall van informatie gedefinieerd als het reproduceren van informatie (wikipedia, 2014). Uit de review van Schwabe et al. (2010) naar het effect van stress op de geheugeninformatie komt naar voren dat de opslag en recall van informatie worden belemmerd door een hoge mate van stress. De consolidatie van informatie wordt hierdoor echter bevorderd. Kessels (2003) toont in zijn review aan dat aandachtversmalling optreedt wanneer een patiënt zich in een stressvolle situatie bevindt. Dit houdt in dat de patiënt gefocusseerd is op de stressor, waardoor hij minder aandacht kan opbrengen voor de overige informatie. Deze informatie wordt minder goed opgenomen en geconsolideerd, waardoor de patiënt de informatie in mindere mate kan reproduceren. De patiënt onthoudt de verstrekte informatie beter wanneer de zorgverlener de informatie gestructureerd aanbiedt (Kessels, 2003; Bulechek et al., 2010; van Dulmen et al., 2011; Silverman et al., 2006). Daarnaast worden eenvoudige en specifieke instructies beter onthouden dan algemene principes (Kessels, 2003).

Een adequate reactie van de zorgverlener op de emotionele stress die een patiënt ervaart zorgt ervoor dat patiënten hun zorgen sneller uiten, waardoor zij eerder in staat zijn nieuwe informatie te verwerken (van Dulmen et al., 2011). Uit onderzoek van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) komt naar voren dat exploreren en erkennen de meest adequate reacties zijn op emotionele signalen van de patiënt. Exploreren houdt in dat de zorgverlener doorvraagt om meer informatie te krijgen over de betreffende emotie. Bij erkennen bevestigt de zorgverlener het signaal door middel van empathie, reflectie of geruststelling, zonder het signaal te exploreren (van Weert et al., 2008). Volgens Bulechek et al. (2010) dient de zorgverlener een kalme en geruststellende houding aan te nemen, waarmee ze een klimaat schept dat het vertrouwen bevordert. Daarnaast is de zorgverlener alert op verbale en non-verbale uitingen van stress en moedigt zij de patiënt aan zijn gevoelens, ervaringen en angsten te uiten (Bulechek et al., 2010; Silverman et al., 2006; Terra et al., 2010). Dit kan zij bereiken door stilten te laten vallen in het gesprek of het geven van minimale aanmoedigingen (van Dulmen et al., 2011; Silverman et al., 2006). Ten slotte kan de zorgverlener de angst van een patiënt reduceren door middel van het verstrekken van informatie over de uit te voeren procedures, waarbij onder andere informatie wordt verstrekt over de te verwachten zintuiglijke indrukken (Bulechek et al., 2010).

2.2.4 De informatieverstrekker

Uit de systematic review van Scott en Thompson (2003) komt naar voren dat patiënten informatie met betrekking tot anatomie, fysiologie, psychologische factoren, risicofactoren, medicatie en dieet liever ontvangen van een arts dan van een verpleegkundige. De onderzoekers geven aan dat verpleegkundigen veel communiceren met de patiënt gedurende de dagelijkse zorgroutine. Er wordt echter onvoldoende onderscheid gemaakt tussen alledaagse gesprekken en belangrijke informatie. Indien de arts de patiënt bezoekt gedurende de artsenvisite, wordt de informatie in een andere context verstrekt. Deze context wordt door de patiënt als belangrijk ervaren. De onderzoekers concludeerden hieruit dat de zorgverlener voorafgaand aan het gesprek met de patiënt het belang van het gesprek dient aan te duiden, zodat de patiënt alert wordt op het belang van de informatie (Scott en Thompson, 2003).

2.3 Conclusie

In tabel 1 wordt weergegeven welke doelen op grond van de verkenning van de wenselijke situatie kunnen worden gesteld ten aanzien van de informatieverstrekking door CCU-verpleegkundigen in het LZR aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP. Ten aanzien van het opstellen van concrete verbeterdoelen dient een vergelijking gemaakt te worden tussen de wenselijke situatie en de feitelijke informatieverstrekking. Hier zal in hoofdstuk drie verder op ingegaan worden.

Informatieverstrekking	Activiteiten
Vorbereiding	- de zorgverlener leest gegevens met betrekking tot de sociale en medische achtergrond van de patiënt in het patiëntendossier; - de zorgverlener informeert naar de aanwezigheid van naasten; - de zorgverlener legt het belang van de informatieverstrekking uit;
Gespreks-omstandigheden	- de zorgverlener zorgt voor voldoende privacy; - de zorgverlener houdt rekening met de conditie van de patiënt; - de zorgverlener heeft een rustige, vriendelijke en open houding.
Patiëntgerichtheid	- de zorgverlener inventariseert de wensen en behoeften van de patiënt; - de zorgverlener stelt samen met de patiënt een agenda op en bespreekt wanneer welke thema's aan bod zullen komen; - de zorgverlener neemt voldoende tijd voor het gesprek; - de zorgverlener luistert aandachtig; - de zorgverlener maakt oogcontact met de patiënt en diens naasten; - de zorgverlener toont empathie en oprechte belangstelling;

Patiëntenparticipatie	- de zorgverlener geeft de patiënt de gelegenheid om zorgen, ideeën en verwachtingen te uiten; - de zorgverlener stimuleert de patiënt zijn perspectief nader toe te lichten door middel van verbale- of non-verbale aanmoedigingen; - de zorgverlener stimuleert de patiënt en diens naasten vragen te stellen; - de zorgverlener betreft de patiënt en diens naasten actief in het gesprek;
Informatieverstrekking	- de zorgverlener informeert naar de reeds aanwezige kennis; - de zorgverlener stemt de inhoud van de informatie af op de cognitieve en affectieve vermogens van de patiënt; - de zorgverlener beperkt zich tot de informatie die op dat moment belangrijk en bruikbaar is voor de patiënt; - de zorgverlener schat het leervermogen van de patiënt in; - de zorgverlener maakt gebruik van stilten; - de zorgverlener formuleert adviezen en instructies zo concreet mogelijk; - de zorgverlener structureert de informatie; - de zorgverlener gaat in op de verbale- en non-verbale reacties van de patiënt; - de zorgverlener is alert op emotionele signalen van de patiënt en reageert hierop door middel van exploreren en erkennen; - de zorgverlener spreekt langzaam en duidelijk; - de zorgverlener vermijdt jargon; - de zorgverlener maakt gebruik van ondersteunende middelen zoals afbeeldingen en tekeningen; - de zorgverlener geeft regelmatig een samenvatting; - de zorgverlener vraagt de patiënt de informatie kort samen te vatten; - de zorgverlener verstrekt een folder als aanvulling op de mondelinge informatie; - de zorgverlener rapporteert in het patiëntendossier hetgeen besproken is.

Tabel 1: Informatieverstrekking aan patiënten met AP

Hoofdstuk 3: Feitelijke informatieverstrekking

In dit hoofdstuk wordt een antwoord geformuleerd op de deelvraag ‘Wat is de feitelijke situatie ten aanzien van de informatieverstrekking aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP en welke verbeterdoelen kunnen worden gesteld? In paragraaf 3.1 zal de methode besproken worden, waarna in paragraaf 3.2 de belangrijkste resultaten ten aanzien van de feitelijke informatieverstrekking weergegeven worden. Hierna zal in paragraaf 3.3 een vergelijking gemaakt worden tussen de wenselijke en feitelijke situatie, op basis waarvan implementatiedoelen worden opgesteld. In paragraaf 3.4 wordt de conclusie geformuleerd.

3.1 Methode

Bij het beantwoorden van bovenstaande deelvraag werd gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden, te weten interviews en persoonlijke observaties.

De schrijver van deze thesis heeft de CCU- verpleegkundigen gedurende de eerste zes weken van de stageperiode geobserveerd tijdens hun werkzaamheden en in het bijzonder bij het voeren van een informatief gesprek. Hierbij werd gelet op de communicatie met de patiënt, de houding van de verpleegkundige, de gespreksthema's, de structuur van het gesprek en de wijze waarop werd omgegaan met emoties van de patiënt. Nadat een CCU-verpleegkundige geobserveerd was, werd in steekwoorden opgeschreven wat was opgevallen gedurende het gesprek. Een samenvatting van deze steekwoorden is uitgewerkt in bijlage acht. De CCU-verpleegkundigen wisten niet dat ze geobserveerd werden. Dit zou de situatie kunnen beïnvloeden, waardoor geen reëel beeld van de feitelijke situatie verkregen zou worden. De observaties werden anoniem verwerkt, waardoor de privacy van de CCU-verpleegkundigen werd gewaarborgd. Er wordt alleen verwezen naar de functie CCU-verpleegkundige, waardoor de informatie niet te herleiden is tot één persoon.

Daarnaast werden gegevens uit de interviews van november 2013 gebruikt. Gedurende deze interviews werden twee CCU-verpleegkundigen en twee patiënten die op de CCU waren opgenomen met AP geïnterviewd met betrekking tot de wenselijke en feitelijke informatieverstrekking op de CCU. Ten aanzien van de feitelijke informatieverstrekking werden de topics ‘werkelijke informatieverstrekking, ‘creëren van omstandigheden waarin het gesprek plaats kan vinden’ en ‘betrekken van naasten van de patiënt’ gehanteerd. De interviewschema's zijn uitgewerkt in bijlage drie. De interviews werden opgenomen op een memorecorder. Bij het analyseren van de interviews werd de verkregen informatie getranscribeerd en geordend aan de hand van de opgestelde topics. In bijlage vier, vijf, zes en zeven zijn de interviews uitgewerkt. Overige informatie met betrekking tot deze interviews is

uitgewerkt in paragraaf 2.1.

De gegevens uit de diverse bronnen zullen geïntegreerd besproken worden.

3.2 Resultaten met betrekking tot de feitelijke informatieverstrekking

Uit de interviews en persoonlijke observaties komen een aantal belangrijke resultaten naar voren ten aanzien van de werkelijke informatieverstrekking, de gespreksomstandigheden en de wijze waarop de naasten van een patiënt betrokken worden bij een informatief gesprek.

3.2.1 Werkelijke informatieverstrekking

Beide CCU-verpleegkundigen verstrekken informatie aan de patiënt bij zijn opname. Ze verschillen echter in de wijze waarop ze dit doen. Eén collega geeft met name informatie over de handelingen die ze op dat moment gaat uitvoeren, terwijl de andere collega ook informatie verstrekt over de aandoening van de patiënt. Collega B: *‘Ik denk dat het juist bij een patiënt die wordt opgenomen in verband met angina pectoris of een acuut coronair syndroom erg belangrijk is om de patiënt goed te informeren en hierbij te kijken naar zijn persoonlijke medische situatie’*. Collega A. kiest ervoor om informatie met betrekking tot anatomie en fysiologie op een later tijdstip te verstrekken. Deze verschillen werden ook geobserveerd. Beide patiënten geven aan dat de verpleegkundigen op duidelijke wijze informatie hebben verstrekt over de handelingen die ze gingen uitvoeren, de te ondergane onderzoeken, het te volgen beleid, de voorgeschreven medicatie en risicofactoren. In de geobserveerde gesprekken werd niet geïnformeerd naar de informatiebehoefte van de patiënt.

Daarnaast betrekken beide CCU-verpleegkundigen de patiënt actief in het gesprek. Collega A. doet dit middels het bespreken van de risicofactoren. Collega B. geeft aan het begin van het gesprek aan wat ze van de patiënt verwacht. Beide verpleegkundigen informeren naar hetgeen de patiënt reeds weet. Collega B.: *Ik stel ook vragen om te controleren of de patiënt misschien al iets van het onderwerp afweet, zodat ik daar op kan inspelen*. Dit werd ook gezien gedurende de observaties. Collega B. geeft aan vanaf het eerste contact een inschatting te maken van het denkniveau van de patiënt. Hieruit kan ze afleiden of de patiënt betrokken is bij zijn ziekte en in welke mate ze diepgang kan aanbrengen bij het verstrekken van informatie.

Indien een patiënt emotioneel reageert, vraagt collega A. naar de oorzaak van deze reactie en probeert ze de patiënt gerust te stellen of verstrekt ze informatie. Collega B. wacht in een dergelijke situatie met het verstrekken van informatie en beperkt zich tot het hoogstnoodzakelijke. Collega B.: *‘De patiënt onthoudt dat niet op dat moment. Meestal ga ik*

de dag erna terug. De situatie heeft zich dan wat gelegd'. Deze verschillen werden ook gedurende de observaties gezien. Beide patiënten geven aan dat er professioneel met hun stress werd omgegaan. De verpleegkundigen luisterden naar hun zorgen en stelden hen gerust. Tevens geven beide CCU- verpleegkundigen aan dat zij het belangrijk vinden om niet teveel informatie te verstrekken en jargon te vermijden. Patiënt B. geeft aan dat de verpleegkundigen soms wel moeilijke taal hanteerden, waardoor hij de informatie niet altijd goed begreep. Patiënt A. vond echter dat de verpleegkundigen met eenvoudige bewoordingen communiceerden. Uit de observaties komt naar voren dat de CCU- verpleegkundigen geen jargon gebruikten. Collega B. geeft aan dat zij regelmatig een samenvatting geeft gedurende het gesprek. Bij de afronding van het gesprek controleert zij of de patiënt de informatie begrepen heeft. Patiënt B. geeft aan dat niet gecontroleerd werd of hij de informatie begrepen had. Bij patiënt A. was dit wel het geval. Uit de eigen observaties komt naar voren dat de CCU- verpleegkundigen niet altijd een samenvatting geven gedurende het gesprek of controleren of de patiënt de informatie begrepen heeft. Beide CCU- verpleegkundigen geven aan een informatiefolder te verstrekken aan de patiënt. Dit wordt bevestigd door beide patiënten. Gedurende de observaties werd echter waargenomen dat niet altijd een informatiefolder wordt verstrekt aan de patiënt. Uit de persoonlijke observaties komt tevens naar voren dat de CCU-verpleegkundigen zich niet altijd verdiepen in de sociale- en medische achtergrond van de patiënt. Daarnaast wordt geen uitleg gegeven over het belang van de informatie en wordt niet altijd gerapporteerd over hetgeen met de patiënt besproken is. Er is echter ook geen rapportageveld met betrekking tot de informatieverstrekking aanwezig in het rapportagesysteem (Lamkin, 2013b).

3.2.2 Gespreksomstandigheden

Beide CCU- verpleegkundigen houden rekening met de privacy van de patiënt middels het sluiten van de bedgordijnen. Collega B.: *'Ik zorg altijd dat ik een rustige omgeving om me heen heb. Dit probeer ik te krijgen door de bedgordijn te sluiten, zodat andere collega's of andere patiënten mij ook niet kunnen storen'*. Dit werd ook gezien gedurende de observaties. Ook patiënt B. geeft aan dat de bedgordijnen altijd gesloten werden. Collega A. laat aan de patiënt merken dat ze de tijd neemt voor een gesprek door te gaan zitten gedurende het gesprek. Tevens neemt zij een open houding aan. Daarnaast vindt zij het belangrijk om oogcontact te maken met de patiënt. Ook collega B. geeft aan gedurende het gesprek op ooghoogte met de patiënt te gaan zitten. Beide patiënten hebben de communicatie als prettig ervaren. De CCU- verpleegkundigen hadden een open, vriendelijke houding, maakten goed

oogcontact en namen de tijd voor een gesprek. Dit kwam ook uit de observaties naar voren. Beide patiënten geven echter aan dat de verpleegkundigen gedurende het gesprek bleven staan. Eén patiënt vond dit niet storend. De andere patiënt had het prettig gevonden als de verpleegkundige was gaan zitten, aangezien dit meer rust creëert. Ook gedurende de observaties stonden de CCU- verpleegkundigen naast het bed van de patiënt (Lamkin, 2013b).

3.2.3 Naasten van de patiënt

Collega A. geeft aan dat naasten van de patiënt in wisselende mate betrokken worden in het gesprek. Indien zij veel vragen hebben, zijn ze soms aanwezig bij een gesprek. Daarnaast informeert collega A. in een gesprek met de patiënt naar de wijze waarop de partner reageert en omgaat met de ziekte van de patiënt. Collega B. betreft de naasten van de patiënt in het gesprek middels het maken van oogcontact, het aanreiken van een folder en het bieden van ruimte om vragen te stellen. Daarnaast herhaalt ze de informatie regelmatig en zorgt ze voor korte pauzes in het gesprek. Collega B.: *‘Regelmatig herhaal ik even wat ik uitgelegd heb en zorg ik voor korte pauzes, zodat de patiënt en zijn familie ook ruimte krijgen om te reageren of om vragen te stellen’*. Daarnaast loopt collega B. binnen als naasten op visite komen. Beide patiënten geven aan dat hun partners de CCU- verpleegkundigen te alle tijden konden benaderen voor het stellen van vragen. Tevens werd gedurende het gesprek oogcontact gemaakt met de partners en werd aan hen gevraagd of ze nog vragen hadden. Deze punten werden ook waargenomen gedurende de observaties (Lamkin, 2013b).

3.3 Vergelijking wenselijke en feitelijke informatieverstrekking

In tabel 2 wordt de wenselijke situatie vergeleken met de feitelijke informatieverstrekking. Bij de doelen die schuin en cursief zijn weergegeven, bestaat een verschil tussen de wenselijke en feitelijke zorgverlening.

Informatie-verstrekking	Wenselijke situatie	Feitelijke situatie
Vorbereiding	- <i>de zorgverlener leest gegevens met betrekking tot de sociale en medische achtergrond van de patiënt;</i> - de zorgverlener informeert naar de aanwezigheid van naasten; - <i>de zorgverlener legt het belang van de informatieverstrekking uit.</i>	- <i>de zorgverleners lezen niet altijd gegevens met betrekking tot de sociale en medische achtergrond van de patiënt;</i> - de zorgverleners informeren naar de aanwezigheid van naasten; - <i>de zorgverleners leggen niet altijd het belang uit van de informatieverstrekking.</i>

Gespreks-omstandigheden	- de zorgverlener zorgt voor voldoende privacy; - de zorgverlener houdt rekening met de conditie van de patiënt; - de zorgverlener heeft een rustige, vriendelijke en open houding;	- de zorgverleners zorgen voor voldoende privacy; - de zorgverleners houden rekening met de conditie van de patiënt; - de zorgverleners hebben een rustige, vriendelijke en open houding;
Patiëntgerichtheid	- de zorgverlener inventariseert de wensen en behoeften van de patiënt en stelt samen met de patiënt de agenda op; - de zorgverlener neemt voldoende tijd voor het gesprek; - de zorgverlener luistert aandachtig; - de zorgverlener maakt oogcontact met de patiënt en diens naasten; - de zorgverlener toont empathie en oprechte belangstelling;	- de zorgverleners inventariseren niet altijd de wensen en behoeften van de patiënt en stellen niet altijd een agenda op met de patiënt; - de zorgverleners nemen voldoende tijd voor een gesprek; - de zorgverleners luisteren aandachtig - de zorgverleners maken oogcontact met de patiënt en diens naasten; - de zorgverleners tonen empathie en oprechte belangstelling;
Patiënten-participatie	- de zorgverlener geeft de patiënt de gelegenheid om zorgen, ideeën en verwachtingen te uiten; - de zorgverlener stimuleert de patiënt zijn perspectief nader toe te lichten door middel van verbale- of non-verbale aanmoedigingen.; - de zorgverlener stimuleert de patiënt en diens naasten vragen te stellen; - de zorgverlener betreft de patiënt en diens naasten actief in het gesprek;	- de zorgverleners geven de patiënt de gelegenheid om zorgen, ideeën en verwachtingen te uiten; - de zorgverleners stimuleren de patiënt zijn perspectief nader toe te lichten door middel van verbale- of non-verbale aanmoedigingen; - de zorgverleners stimuleren de patiënt en diens naasten vragen te stellen; - de zorgverleners betrekken de patiënt en diens naasten actief in het gesprek;
Informatie-verstrekking	- de zorgverlener informeert naar de reeds aanwezige kennis; - de zorgverlener stemt de inhoud van de informatie af op de cognitieve en affectieve vermogens van de patiënt; - de zorgverlener beperkt zich tot de informatie die op dat moment belangrijk en bruikbaar is voor de patiënt; - de zorgverlener schat het leervermogen van de patiënt in; - de zorgverlener maakt gebruik van stilten; - de zorgverlener formuleert adviezen en instructies zo concreet mogelijk; - de zorgverlener structureert de informatie;	- de zorgverleners informeren naar de reeds aanwezige kennis; - de zorgverleners gaan niet altijd in voldoende mate in op de affectieve behoeften van de patiënt; - de zorgverleners beperken zich niet altijd tot de informatie die op dat moment het meest relevant is voor de patiënt; - de zorgverleners schatten het leervermogen van de patiënt in; - de zorgverleners maken gebruik van stilten; - de zorgverleners formuleren adviezen en instructies zo concreet mogelijk; - de zorgverleners structureren de informatie; - de zorgverleners gaan in op de verbale- en non-verbale reacties van de patiënt;

- de zorgverlener gaat in op de verbale- en non-verbale reacties van de patiënt; - de zorgverlener is alert op emotionele signalen van de patiënt en reageert hierop door middel van exploreren en erkennen; - de zorgverlener spreekt langzaam en duidelijk; - de zorgverlener vermijdt jargon; - de zorgverlener maakt gebruik van ondersteunende middelen zoals plaatjes en tekeningen; - de zorgverlener geeft regelmatig een samenvatting; - de zorgverlener vraagt de patiënt de informatie kort samen te vatten; - de zorgverlener verstrekt een folder als aanvulling op de mondelinge informatie; - de zorgverlener rapporteert in het rapportagesysteem hetgeen besproken is.	- de zorgverleners zijn alert op emotionele signalen van de patiënt, maar reageren niet altijd door middel van exploreren en erkennen; - de zorgverleners spreken langzaam en duidelijk; - de zorgverleners vermijden jargon; - de zorgverleners maken gebruik van ondersteunende middelen zoals plaatjes en tekeningen; - de zorgverleners geven niet altijd een samenvatting; - de zorgverleners vragen niet altijd of de patiënt de informatie kort wil samenvatten; - de zorgverleners verstrekken niet altijd een informatiefolder als aanvulling op de verstrekte informatie; - de zorgverleners rapporteren hetgeen besproken is niet altijd in het rapportagesysteem.
---	--

Tabel 2: Vergelijking tussen de wenselijke en feitelijke informatieverstrekking.

Op basis van de interviews en de eigen observaties kan worden geconcludeerd dat reeds veel aspecten van de feitelijke informatieverstrekking verlopen conform de wenselijke situatie. Er zijn echter ook een aantal aspecten die nog niet of niet altijd worden toegepast in de praktijk. Ten aanzien van deze aspecten zijn implementatiedoelen opgesteld voor de CCU-verpleegkundigen. Hierbij is gebruik gemaakt van structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Structuurindicatoren richten zich op organisatorische aspecten. Procesindicatoren richten zich daarentegen op de daadwerkelijk aan de patiënt geleverde zorg en de communicatie met de patiënt. Uitkomstindicatoren specificeren de uiteindelijke doelen van de geleverde zorg (Grol & Wensing, 2011). De volgende implementatiedoelen zijn opgesteld:

- Voorafgaand aan het verstrekken van informatie aan de patiënt over het ziekteproces, de voorgeschreven medicatie, de te ondergane procedure of behandeling en leefstijlfactoren is minimaal 95% van de CCU-verpleegkundigen in september 2014 in staat de sociale en medische achtergrond van de desbetreffende patiënt te verwoorden;
- in september 2014 legt minimaal 95% van de CCU-verpleegkundigen voorafgaand aan de informatieverstrekking het belang van het gesprek uit aan de patiënt;
- in september 2014 vat minimaal 95% van de CCU-verpleegkundigen de belangrijkste

informatie ten aanzien van het ziekteproces, de voorgeschreven medicatie, de te ondergane procedure of behandeling en leefstijlfactoren gedurende het gesprek samen;

- in september 2014 geeft minimaal 95% van de patiënten aan dat de CCU-verpleegkundigen aan het einde van het gesprek heeft gevraagd of de patiënt de informatie kort wilde samenvatten;
- in september 2014 verstrekt minimaal 95% van de CCU-verpleegkundigen aan het einde van het gesprek een informatiefolder aan de patiënt;
- in september 2014 geeft minimaal 95% van de patiënten aan dat de CCU-verpleegkundigen zich beperkten tot de meest relevante informatie;
- in september 2014 geeft minimaal 95% van de patiënten aan dat de CCU-verpleegkundigen tijdens het verstrekken van informatie in voldoende mate is ingegaan op diens affectieve behoeften;
- in september 2014 informeert minimaal 95% van de CCU-verpleegkundigen voorafgaand aan het gesprek naar de bestaande informatiebehoefte van de patiënt en stelt zij samen met de patiënt de gespreksagenda op;
- in september 2014 is een rapportageveld aanwezig in het rapportagesysteem met betrekking tot het verstrekken van informatie.
- in september 2014 rapporteert minimaal 95% van de CCU-verpleegkundigen na afloop van het gesprek in het rapportagesysteem hetgeen zij besproken heeft met de patiënt;
- in september 2014 is minimaal 95% van de patiënten tevreden over de informatieverstrekking door de CCU-verpleegkundigen

3.4 Conclusie

Veel aspecten van de feitelijke informatieverstrekking verlopen reeds conform de wenselijke situatie. Er zijn echter een aantal aspecten die nog niet of niet altijd worden toegepast in de praktijk. Deze verschillen zijn waarneembaar met betrekking tot het verdiepen in de sociale- en medische achtergrond van de patiënt, het benadrukken van het belang van het gesprek, het samenvatten van de verstrekte informatie, het controleren of de patiënt de informatie goed begrepen heeft, het beperken tot de meest relevante informatie, het verstrekken van informatiefolders, het ingaan op de affectieve behoeften van de patiënt, het informeren naar de informatiebehoefte van de patiënt en het rapporteren van de verstrekte informatie. Tevens is geen rapportageveld aanwezig in het rapportagesysteem. Ten aanzien van deze aspecten zijn implementatiedoelen opgesteld.

Uiteenlopende factoren kunnen het verloop van het implementatieproces beïnvloeden. In hoofdstuk vier zal een analyse uitgevoerd worden ten aanzien van doelgroep en setting.

Hoofdstuk 4: Probleemanalyse van doelgroep en setting

In dit hoofdstuk wordt een antwoord geformuleerd op de deelvraag ‘Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen een rol gedurende het implementatietraject?’. In paragraaf 4.1 wordt de methode besproken, waarna in paragraaf 4.2 de probleemanalyse van doelgroep en setting wordt weergegeven. Hierbij wordt eerst de sociale kaart beschreven, waarin wordt besproken welke partijen betrokken zijn bij de implementatie en wat hun belangen en doelen zijn (Grol & Wensing, 2011). Hierna wordt besproken welke factoren het implementatieproces mogelijk beïnvloeden. In paragraaf 4.3 is de conclusie geformuleerd.

4.1 Methode

Bij het beantwoorden van bovenstaande deelvraag werd gebruik gemaakt van conceptuele literatuur en interviews met een aantal CCU-verpleegkundigen.

Grol en Wensing (2011) beschrijven dat de beïnvloedende factoren kunnen worden onderverdeeld in individuele-, sociale-, organisatorische- en maatschappelijke factoren.

Aan de hand van deze literatuur werd een interviewschema opgesteld, waarbij de sociale-, individuele-, organisatorische- en maatschappelijke factoren als topics gehanteerd werden. Het interviewschema is uitgewerkt in bijlage negen. In februari 2014 vonden interviews plaats met vier CCU-verpleegkundigen. Hierbij werden twee mannen en twee vrouwen geïnterviewd. Er werd gekozen voor deze vier personen, aangezien zij overwicht hebben op de afdeling, zich betrokken voelen bij het afdelingsgebeuren en het geven van hun mening niet schuwen. De interviews werden opgenomen op een memorecorder. Bij het uitwerken van de interviews werd per topic een samenvatting gegeven van de ontvangen informatie. Hierin werden citaten van de CCU-verpleegkundigen opgenomen. De interviews werden anoniem uitgewerkt om de privacy van de CCU-verpleegkundigen te waarborgen. Er werd alleen gebruik gemaakt van de functie CCU-verpleegkundige, waardoor gegevens niet terug te leiden zijn tot één persoon. In bijlage tien is de samenvatting van de interviews uitgewerkt. Tevens werd gebruik gemaakt van de eerder besproken interviews met twee CCU-verpleegkundigen in november 2013. In deze interviews werden de CCU-verpleegkundigen geïnterviewd over de wenselijke en feitelijke informatieverstrekking. De respondenten gaven in hun antwoorden echter ook bevorderende en belemmerende factoren weer ten aanzien van de implementatie. Overige informatie met betrekking tot deze interviews is uitgewerkt in paragraaf 2.1 en 3.1.

Er werd gekozen voor deze methode aangezien middels de literatuur een raamwerk gecreëerd werd op basis waarvan de verkregen resultaten uit de interviews uitgewerkt konden worden.

4.2 Resultaten met betrekking tot de probleemanalyse van doelgroep en setting

“Beïnvloedende factoren zijn factoren die het verloop van het implementatieproces beïnvloeden of de werking van een implementatiestrategie versterken of verzwakken” (Grol & Wensing, 2011, pag. 232). Allereerst dienen de belangen en doelen van de verschillende betrokkenen geanalyseerd te worden, waarna specifieke knelpunten en prikkels voor het bereiken van de beoogde doelen geformuleerd worden (Grol & Wensing, 2011).

4.2.1 Sociale kaart

Bij dit implementatietraject zijn verschillende partijen betrokken. Allereerst de CCU-verpleegkundigen. Het team bestaat uit tweeëntwintig CCU-verpleegkundigen, waarvan veertien vrouwen en acht mannen. Voorafgaand aan de opleiding tot CCU-verpleegkundige hebben twintig CCU-verpleegkundigen de opleiding tot mbo-verpleegkundige afgerond. De overige twee CCU-verpleegkundigen hebben de opleiding tot hbo-verpleegkundige als vooropleiding. De CCU-verpleegkundigen hebben een nauwe samenwerkingsrelatie met de vijf cardiologen. Daarnaast zijn ook de patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP betrokken bij deze implementatie. De CCU heeft capaciteit voor acht patiënten met een levensbedreigende cardiologische aandoening. Hieronder wordt onder andere een myocardinfarct of AP verstaan. Tevens zijn de afdelingsmanager en het ziekenhuis als organisatie bij de implementatie betrokken. Er zijn een aantal personen in het bijzonder betrokken bij de implementatietraject. Op de CCU hebben twee verpleegkundigen de taak van aandachtsfunctionaris ten aanzien van de informatieverstrekking op zich genomen. Zij dienen de ontwikkelingen ten aanzien van het verstrekken van informatie te volgen en deze kennis te delen met collega's. Tevens kunnen collega's met vragen of ervaren problemen ten aanzien van de informatieverstrekking bij deze aandachtsfunctionarissen terecht. Ook dragen zij zorg voor het aanvullen van de informatiefolders. Op deze wijze zorgen zij ervoor dat de informatieverstrekking aan patiënten die op de CCU worden opgenomen zo effectief mogelijk kan verlopen, zodat de patiënt zo goed mogelijk geïnformeerd wordt over zijn ziekteproces, de voorgeschreven medicatie, de te ondergane procedure en behandeling en leefstijlfactoren. Daarnaast is ook de praktijkopleidster betrokken bij dit implementatietraject. Zij denkt mee over de inhoud en invulling van deze implementatie en volgt het verloop van het implementatietraject.

De betrokken partijen hebben allemaal hun eigen belangen en doelen. Patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP willen goed geïnformeerd worden over hun ziekte en de gevolgen ervan, zodat zij actief betrokken zijn bij hun ziekteproces (Lamkin, 2013b). De

CCU-verpleegkundigen willen graag gepaste zorg bieden en een goede patiënt- zorgverlener relatie opbouwen. Ook willen zij dat de patiënten tevreden zijn over de geleverde zorg en actief kunnen participeren in dit zorgproces (Lamkin, 2013b). De twee aandachtsfunctionarissen willen een effectief beleid van bewezen waarde ten aanzien van de informatieverstrekking (C. Pantsters, persoonlijke communicatie, 14 november, 2013). De cardiologen vinden het belangrijk dat de patiënten goed geïnformeerd zijn over hun ziekte, de voorgeschreven medicatie, de te ondergane procedure en behandeling en leefstijlfactoren. Dit heeft een positieve uitwerking op de therapietrouw (Zolnierek & Dimatteo, 2009) en het zelfmanagement (Bulechek et al., 2010) van de patiënt. De afdelingsmanager en het ziekenhuis als organisatie willen dat er kwalitatief goede zorg geleverd wordt, waarbij men openstaat voor innovaties (M. Meeuwissen, persoonlijke communicatie, 10 oktober 2013).

4.2.2 Individuele factoren

Uit de interviews komt naar voren dat de CCU-verpleegkundigen informatie met betrekking tot nieuwe literatuur en vernieuwingen liever ontvangen van een ander dan dat ze de informatie zelf dienen op te zoeken. Opgedane kennis wordt onderling niet altijd gedeeld. Daarnaast wordt aangegeven dat een kennistekort bestaat ten aanzien van het belang van een goede informatieverstrekking en de wijze waarop dit uitgevoerd dient te worden. Eén collega geeft aan: *‘We verstrekken allemaal informatie. We doen dit echter op onze eigen manier, hier zit geen wetenschappelijke onderbouwing achter’*.

Door de bezuinigingen worden minder CCU- verpleegkundigen ingezet tijdens een dienst. Er wordt aangegeven dat het soms erg druk is op de afdeling, waardoor het verstrekken van informatie in het geding komt. Tevens wordt aangegeven dat er vaak weerstand bestaat ten aanzien van een vernieuwing, voornamelijk wanneer het een complexe verbetering betreft waarvan het resultaat niet snel zichtbaar is.

4.2.3 Sociale factoren

Uit de interviews komt naar voren dat binnen het team een visie en doelstellingen zijn geformuleerd. Er is echter geen planning om deze doelstellingen te bereiken.

Ten aanzien van de veiligheid om zich te uiten binnen het team heerst verdeeldheid. Drie CCU- verpleegkundigen geven aan zich veilig te voelen om hun ideeën te uiten, aangezien geluisterd wordt naar deze ideeën. Eén CCU- verpleegkundige geeft echter aan dat ze zich niet altijd veilig voelt om een nieuw idee in te brengen. Deze collega geeft aan: *‘Ik durf niet altijd te zeggen wat ik vind. Er wordt vaak negatief gereageerd op een voorstel voor een*

verandering'. Op de CCU zijn aandachtsgebieden geformuleerd. Ten aanzien van de informatieverstrekking zijn ook twee aandachtsfunctionarissen aanwezig.

4.2.4 Organisatorische factoren

Het ziekenhuis staat als organisatie open voor vernieuwingen. Daarnaast staan de afdelingsmanager en een aantal collega's achter het onderwerp van dit implementatietraject. Eén collega geeft aan: *'Ik vind het belangrijk om te weten waar ik op moet letten bij het geven van informatie. Daardoor kan ik effectiever informatie verstrekken. Hier heeft de patiënt alleen maar voordeel van'*. Er zijn echter ook een aantal collega's die sceptisch zijn over verbeteringen en kwaliteitsprojecten. Het verstrekken van informatie is een vast onderdeel van de werkzaamheden van de CCU-verpleegkundigen. Er zullen geen veranderingen plaatsvinden ten aanzien van de dagstructuur. Ten aanzien van de beschikbare faciliteiten is in het rapportagesysteem geen rapportageveld aanwezig met betrekking tot het verstrekken van informatie. De CCU-verpleegkundigen geven aan dat zij hierdoor niet altijd weten waar ze dienen te rapporteren over de verstrekte informatie. Aangezien voor dit implementatietraject geen nieuwe materialen noodzakelijk zijn, brengt het geen extra kosten met zich mee.

4.2.5 Maatschappelijke factoren

Uit de interviews komt naar voren dat vanuit de beroepsorganisatie niet gewerkt wordt aan het verbeteren van de informatieverstrekking in de zorg. Eén collega geeft aan: *'Vanuit de beroepsorganisatie wordt niet gewerkt aan het verbeteren van de informatievoorziening'*.

4.3 Conclusie

Bij dit implementatietraject zijn verschillende partijen betrokken, te weten de CCU-verpleegkundigen, patiënten, cardiologen, twee aandachtsfunctionarissen, de teammanager, praktijkopleidster en het ziekenhuis als organisatie. De voornaamste belemmerende factoren zijn het kennistekort, de bestaande weerstand tegen vernieuwingen en de afwezigheid van een rapportageveld. Bevorderende factoren zijn onder andere steun van de teammanager en een aantal collega's en de aanwezigheid van twee aandachtsfunctionarissen.

Op basis van bovenstaande beïnvloedende factoren kunnen strategieën en interventies geselecteerd worden om de implementatiedoelen te bereiken. In hoofdstuk vijf zal hier verder op ingegaan worden.

Hoofdstuk 5: Strategieën en interventies

In dit hoofdstuk wordt een antwoord geformuleerd op de deelvraag ‘Welke strategieën en interventies kunnen toegepast worden om de gestelde implementatiedoelen te bereiken?’.

In paragraaf 5.1 zal de methode besproken worden, waarna in paragraaf 5.2 de geselecteerde strategieën en interventies weergegeven worden. Hierbij wordt eerst een definitie gegeven van de betreffende interventie, waarna wordt aangegeven waarom werd gekozen voor de betreffende interventie. Uiteindelijk zal in paragraaf 5.3 de conclusie geformuleerd worden.

5.1 Methode

Bij het beantwoorden van bovenstaande deelvraag werd gebruik gemaakt van conceptuele literatuur en de gegevens die naar voren kwamen uit de analyse van doelgroep en setting. Allereerst werden de beschreven bevorderende en belemmerende factoren besproken met de praktijkopleidster en de teamleden. Op basis van de beïnvloedende factoren heeft de schrijver van deze thesis in samenspraak met de praktijkopleidster een aantal strategieën en interventies geselecteerd. Hierbij werd gebruik gemaakt van de Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC). De EPOC is een overzicht van mogelijke strategieën en interventies, welke worden geordend in professionalgerichte-, financiële-, en organisatorische interventies en wettelijke maatregelen (Grol & Wensing, 2011). De beïnvloedende factoren zijn beschreven aan de hand van de indeling van Grol en Wensing (2011) in individuele-, sociale-, organisatorische- en maatschappelijke factoren. De ordening in de EPOC sluit aan bij deze indeling, waardoor passende strategieën en interventies geselecteerd kunnen worden. Daarnaast is de EPOC een breed gebruikte taxonomie (Grol & Wensing, 2011).

5.2 Resultaten met betrekking tot strategieën en interventies

In dit implementatietraject is gekozen voor professional- en organisatiegerichte interventies. Met betrekking tot de professionalgerichte interventies werd gekozen voor de interventies ‘verspreiding van educatief materiaal’, ‘educatieve bijeenkomsten’, ‘lokale opinieleiders’, ‘reminders’ en ‘evaluatie’. De interventie ‘organisatie van mechanismen voor monitoring van kwaliteit’ werd geselecteerd ten aanzien van de organisatiegerichte interventies.

5.2.1 Verspreiding van educatief materiaal

Onder de verspreiding van educatief materiaal wordt het ontvangen van gedrukte aanbevelingen voor de klinische zorg verstaan (Grol & Wensing, 2011).

Uit de analyse van doelgroep en setting komt naar voren dat de CCU- verpleegkundigen vaak

weerstand bieden tegen een vernieuwing. Daarnaast blijkt dat de CCU-verpleegkundigen informatie met betrekking tot vernieuwingen liever van een ander ontvangen dan dat ze de informatie zelf dienen op te zoeken. Grol en Wensing (2011) beschrijven dat het verspreiden van beknopte boodschappen een interessante methode is om zorgverleners op de hoogte te stellen en te prikkelen om bij een innovatie stil te staan. Om deze redenen nam de schrijver van deze thesis zich voor een informatiedocument aan te reiken aan de CCU-verpleegkundigen over de belangrijkste bevindingen ten aanzien van de wenselijke en feitelijke informatieverstrekking.

5.2.2 Lokale opinieleiders

Onder lokale opinieleiders wordt de inzet van hulpverleners verstaan die door collega's als invloedrijk worden ervaren (Grol & Wensing, 2011).

Uit de analyse van doelgroep en setting komt naar voren dat de CCU-verpleegkundigen vaak weerstand bieden tegen een vernieuwing. Grol en Wensing (2011) beschrijven dat ook het inschakelen van sleutelfiguren een interessante methode is om zorgverleners op de hoogte te stellen en te prikkelen om bij een innovatie stil te staan. Daarnaast kunnen sleutelfiguren met collega's discussiëren over de voor- en nadelen van de innovatie en hen ondersteunen bij het integreren van de verandering in de dagelijkse praktijk (Grol & Wensing, 2011).

Uit de analyse van doelgroep en setting komt naar voren dat op de CCU twee aandachtsfunctionarissen aanwezig zijn ten aanzien van de informatieverstrekking. De schrijver van deze thesis nam zich voor deze personen te benaderen als sleutelfiguur bij de implementatie.

5.2.3 Educatieve bijeenkomsten

Onder educatieve bijeenkomsten wordt de deelname van zorgverleners aan conferenties, lezingen, workshops en trainingen buiten de praktijksetting verstaan (Grol & Wensing, 2011).

Uit de analyse van doelgroep en setting komt naar voren dat een kennistekort bestaat ten aanzien van het belang van een goede informatieverstrekking en de wijze waarop dit uitgevoerd zou kunnen worden. Grol en Wensing (2011) beschrijven dat de zorgverleners inzicht dienen te hebben in de argumenten achter een nieuwe werkwijze, de bestaande werkwijzen en de aspecten waar verbetering nodig is om tot een verandering te komen (Grol & Wensing, 2011). Uit een aantal reviews komt naar voren dat middels het geven van scholing ongeveer vijf procent verbetering van het professioneel handelen wordt verkregen (Farmer et al., 2008; Forsetlund et al., 2009). Om deze redenen nam de schrijver van deze thesis zich voor om een klinische les te verzorgen.

5.2.4 Reminders

Een reminder wordt omschreven als elke interventie die de zorgverlener op het moment van beslissen aanzet om een handeling of verrichting uit te voeren (Grol & Wensing, 2011).

Uit de analyse van doelgroep en setting komt naar voren dat een kennistekort bestaat ten aanzien van de wijze waarop de informatieverstrekking uitgevoerd kan worden. Tevens wordt slecht gerapporteerd over de informatieverstrekking door de afwezigheid van een rapportageveld in het rapportagesysteem. Ten aanzien van het kennistekort werd onder andere gekozen voor de interventie ‘educatieve bijeenkomsten’. Grol en Wensing (2011) beschrijven echter dat de zorgverlener hetgeen hij geleerd heeft snel weer kan vergeten, waardoor centrale boodschappen naar de praktijk van alledag van belang zijn. Reminders leiden tot vijf procent verbetering van het professionele handelen van de zorgverleners (Wensing et al., 2010). Om deze redenen nam de schrijver van deze thesis zich voor om reminders te ontwikkelen in de vorm van een zakkaartje met betrekking tot de inhoud van een informatief gesprek en het invoeren van een rapportageveld in het rapportagesysteem.

5.2.5 Evaluatie

Om de voortgang van dit implementatietraject te bespreken nam de schrijver van deze thesis zich voor informele gesprekken te plannen met de sleutelfiguren, of de praktijkopleidster.

5.2.6 Organisatie van mechanismen voor monitoring van kwaliteit.

Grol en Wensing (2011) beschrijven dat de zorgverleners overtuigd dienen te worden dat middels de implementatie de beoogde voordelen behaald worden, aangezien zij anders weer op de oude werkwijze overstappen. Het implementatietraject kan geëvalueerd worden middels proces- en productevaluaties (Grol & Wensing, 2011).

Om de kwaliteit en het effect van deze implementatie te monitoren nam de schrijver van deze thesis zich voor om aanbevelingen te doen voor toekomstige proces- en productevaluaties.

5.3 Conclusie

Op basis van de analyse van doelgroep en setting werden strategieën en interventies geselecteerd. Hierbij werd gebruik gemaakt van de EPOC. Er werd gekozen voor de interventies ‘verspreiding van educatief materiaal’, ‘educatieve bijeenkomsten’, ‘lokale opinieleiders’, ‘evaluatie’, ‘reminders’ en ‘organisatie van mechanismen voor monitoring van kwaliteit’. In hoofdstuk zes zal beschreven worden op welke wijze de bovenbeschreven strategieën en interventies zijn gepland en uitgevoerd.

Hoofdstuk 6: Het implementatieplan

In dit hoofdstuk wordt een antwoord geformuleerd op de deelvraag ‘Op welke wijze wordt het implementatieplan ontwikkeld, getest en uitgevoerd?’. Op basis van de analyse van doelgroep en setting werden strategieën en interventies geselecteerd. Bij de planning van deze strategieën en interventies werd rekening gehouden met de fasen van verandering waar de teamleden zich in kunnen bevinden. In paragraaf 6.1 zullen deze fasen beschreven worden, waarna in paragraaf 6.2 het implementatieplan weergegeven wordt. Vervolgens zal in paragraaf 6.3 weergegeven worden welke interventies ten aanzien van dit implementatietraject reeds zijn uitgevoerd. Op deze wijze wordt beschreven hoe de CCU-verpleegkundigen betrokken zijn bij deze implementatie. In paragraaf 6.4 is de conclusie geformuleerd.

6.1 Fasen in het veranderingsproces

Er zijn een aantal stappen die een team moet doorlopen om tot het integreren van een gewenste verandering in de praktijkroutines te komen. In de oriëntatiefase moet de doelgroep zich bewust worden van de beoogde verandering en interesse krijgen en betrokken raken bij deze verandering. Daarna volgt de fase van het inzicht, welke zich richt op het informeren van de doelgroep over de inhoud van de innovatie en de feitelijke zorgverlening. Er moet een sense of urgency ontstaan. Hierna volgt de acceptatiefase. In deze fase dient het team de voor- en nadelen van de nieuwe werkwijze af te wegen. Hierbij krijgen de zorgverleners het idee dat de verandering zinvol is en neemt men zich voor echt anders te gaan werken. Aansluitend volgt de veranderingfase, waarin gestart wordt met het toepassen van de verandering in de praktijk. De zorgverleners experimenteren met de nieuwe werkwijze en dienen het gevoel te krijgen dat deze werkt en haalbaar is. In de laatste fase, behoud van verandering, wordt de nieuwe werkwijze een onderdeel van de dagelijkse routine (Grol & Wensing, 2011).

6.2 Implementatieplan

Grol en Wensing (2011) beschrijven dat de geselecteerde interventies en strategieën worden opgedeeld in hanteerbare doelen en in logische volgorde gepland worden in de tijd.

Tevens wordt weergegeven welke personen betrokken zijn bij de betreffende interventie en worden momenten van evaluatie ingebouwd (Grol & Wensing, 2011).

In tabel twee wordt het implementatieplan weergegeven.

Activiteit	Wanneer	Betrokkenen	Fase in veranderingsproces
Aanreiken van een informatief document aan de CCU- verpleegkundigen	Februari 2014	De schrijver van deze thesis	Oriëntatie
Benaderen van sleutelfiguren	Februari 2014	De schrijver van deze thesis	Oriëntatie
Klinische les aan de CCU-verpleegkundigen, de praktijkopleidster en de afdelingsmanager	27 februari 2014	De schrijver van deze thesis	Oriëntatie
Tussentijds gesprek over de inhoud van de tweede klinische les en de vorderingen ten aanzien van het implementatietraject	Februari 2014	Sleutelfiguren en de schrijver van deze thesis	
Tweede klinische les aan de CCU-verpleegkundigen	17 en 24 maart 2014	De praktijkopleidster en de schrijver van deze thesis	Inzicht
Tussentijds gesprek over de opzet van de zakkaartjes en de vorderingen ten aanzien van het implementatietraject	Maart 2014	De praktijkopleidster en de schrijver van deze thesis	
Aanreiken van zakkaartjes aan de CCU-verpleegkundigen, waarbij nogmaals gesproken wordt over het belang van de implementatie	April en mei 2014	De schrijver van deze thesis	Inzicht en acceptatie
Gesprek met een deskundige ten aanzien van de veranderingen in het rapportagesysteem	April 2014	Teamcoördinator en de schrijver van deze thesis	Verandering
Tussentijds gesprek over de vorderingen ten aanzien van het implementatietraject	April 2014	De praktijkopleidster en de schrijver van deze thesis	
Start uitvoeren implementatie in de praktijk	Mei 2014	CCU-verpleegkundigen	Verandering
Evaluatie van het verloop van het implementatietraject gedurende de teamvergadering	28 mei 2014	CCU-verpleegkundigen, praktijkopleidster, afdelingsmanager en de schrijver van deze thesis	Verandering en behoud van verandering
Ontwikkelen van de enquêtes voor de CCU-verpleegkundigen en de patiënten ten aanzien van de evaluatie	Mei 2014	De praktijkopleidster en de schrijver van deze thesis	Behoud van verandering
Overdracht implementatietraject	6 juni 2014	Sleutelfiguren en de schrijver van deze thesis	Behoud van verandering
Ophangen zakkaartje op het prikbord in de zusterspost als reminder	6 juni 2014	De schrijver van deze thesis	Behoud van verandering
Vastleggen van de toekomstige evaluaties ten aanzien van de implementatie.	Juni 2014	Afdelingsmanager en de schrijver van deze thesis.	Behoud van verandering

Tabel 2: Implementatieplan

6.3 Uitvoering van het implementatieplan

In samenspraak met de praktijkopleidster werd in februari 2014 gestart met het uitvoeren van de interventies volgens het implementatieplan. Interventies met betrekking tot de evaluatie zullen nader toegelicht worden in hoofdstuk zeven.

6.3.1 Verspreiding van educatief materiaal

Nadat de wenselijke en feitelijke zorgverlening in kaart gebracht waren, werd een document ontwikkeld voor de CCU-verpleegkundigen met betrekking tot de bevindingen ten aanzien van deze wenselijke en feitelijke informatieverstrekking. Tevens werden de gestelde implementatiedoelen weergegeven. Het document werd opgehangen op het magneetbord in de zusterspost en aangereikt aan de CCU-verpleegkundigen tijdens de eerste klinische les. In bijlage elf is het informatiedocument uitgewerkt.

6.3.2 Lokale opinieleiders

In een persoonlijk gesprek werden de twee aandachtsfunctionarissen ten aanzien van de informatieverstrekking benaderd om als sleutelfiguur te fungeren gedurende dit implementatietraject. Eén sleutelfiguur is betrokken geweest bij het bespreken van de voortgang van het implementatietraject en heeft meegedacht over de invulling van de tweede klinische les. De twee sleutelfiguren nemen het project over van de schrijver van deze thesis. Hier wordt in hoofdstuk zeven verder op ingegaan.

6.3.3 Educatieve bijeenkomsten

In februari 2014 werd de eerste klinische les verzorgd. In deze presentatie werd weergegeven op welke wijze het onderwerp van het implementatietraject tot stand is gekomen. Hierna werd het belang van een goede informatieverstrekking uitgelegd en werd aangegeven hoe de wenselijke en feitelijke zorgverlening in kaart zijn gebracht. De wenselijke en feitelijke situatie werden kort toegelicht. Tevens werden de gestelde implementatiedoelen weergegeven. Als laatste werd weergegeven welke interventies uitgevoerd zouden gaan worden in het kader van de implementatie. In bijlage twaalf wordt de presentatie weergegeven. Aanvullend op deze oriënterende eerste klinische les werd in maart 2014 gedurende de lesdagen van de CCU-verpleegkundigen een tweede klinische les verzorgd. In deze presentatie werd kort teruggeblikt op de eerste klinische les, waarna dieper werd ingegaan op de wijze waarop de CCU-verpleegkundigen vorm kunnen geven aan de informatieverstrekking. Hierbij werd tevens aan de CCU-verpleegkundigen geadviseerd om

na de artsenvisite een moment te plannen waarop informatie verstrekt kan worden aan de patiënt. Tijdens de artsenvisite worden vaak beleidswijzigingen doorgevoerd, welke uitgelegd kunnen worden in het gesprek. Tevens wordt op deze wijze een apart moment in de dagelijkse zorgroutine gecreëerd voor het verstrekken van informatie, waardoor de patiënt dat moment als belangrijk ervaart. Als laatste werd het tijdpad gepresenteerd, waarbij de uit te voeren activiteiten gekoppeld waren aan de verschillende fasen van het veranderingsproces. De presentatie is weergegeven in bijlage dertien.

6.3.4 Reminders

De informatie uit de tweede klinische les werd door de schrijver van deze thesis samengevat in een stroomdiagram. In dit diagram wordt stap voor stap weergegeven op welke wijze de CCU-verpleegkundigen de informatieverstrekking aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP vorm dienen te geven. Dit stroomdiagram werd samen met de gestelde implementatiedoelen weergegeven op een zakkaartje. Dit zakkaartje is terug te vinden in bijlage veertien. Na de dienstoverdracht werd het kaartje aangereikt aan de verpleegkundigen, waarbij nogmaals gesproken werd over het belang van een goede informatieverstrekking. Ten aanzien van de veranderingen in het rapportagesysteem werd contact opgenomen met een contactpersoon van het rapportagesysteem. In een persoonlijk gesprek werd een tabblad ontwikkeld en toegevoegd aan het rapportagesysteem. In dit tabblad kunnen de CCU-verpleegkundigen aanklikken of ze informatie hebben verstrekt met betrekking tot de anatomie, fysiologie, diagnose, medicatie, risicofactoren, leefstijlfactoren of invasieve behandelingen. Tevens kunnen ze aangeven of een informatiefolder is aangereikt. Daarnaast is een algemeen typeveld aanwezig, waarin de CCU-verpleegkundigen algemene bijzonderheden ten aanzien van het informatievoorzieningsgesprek kunnen noteren.

6.4 Conclusie

Op basis van de beïnvloedende factoren werden strategieën en interventies geselecteerd. Bij het plannen van deze interventies werd rekening gehouden met de fasen van het veranderingsproces waarin de CCU-verpleegkundigen zich kunnen bevinden. Middels het aanreiken van een informatief document, het verzorgen van een tweetal klinische lessen, het benaderen van sleutelfiguren, het aanreiken van een zakkaartje en het doorvoeren van veranderingen in het rapportagesysteem is gewerkt aan het verbeteren van de informatieverstrekking door de CCU-verpleegkundigen aan de patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP. In hoofdstuk zeven zal ingegaan worden op de evaluatie van deze implementatie.

Hoofdstuk 7: Evaluatie

In dit hoofdstuk wordt een antwoord geformuleerd op de deelvraag ‘Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden ten aanzien van de evaluatie van het implementatietraject?’. In paragraaf 7.1 wordt de methode beschreven, waarna in paragraaf 7.2 de resultaten van de proces- en productevaluatie tot aan de overdracht worden weergegeven. In paragraaf 7.3 worden vervolgens de overdracht en het vervolg van de proces- en productevaluatie beschreven. Uiteindelijk wordt in paragraaf 7.4 de conclusie geformuleerd.

7.1 Methode

De procesevaluatie van deze implementatie (Grol & Wensing, 2011) is gebaseerd op gegevens die naar voren kwamen in een teamvergadering en aan de hand van informele gesprekken met de praktijkopleidster en een sleutelfiguur. De teamvergadering vond plaats op 28 mei 2014. Hierbij waren de afdelingsmanager, de praktijkopleidster, de CCU-verpleegkundigen en de schrijfster van deze thesis aanwezig. Met de CCU-verpleegkundigen werden de volgende vragen besproken: ‘Hoe werd de mate van blootstelling aan de verschillende activiteiten ten aanzien van de implementatie ervaren?’, ‘Hoe werd de wijze waarop de activiteiten zijn aangeboden ervaren?’, ‘Werden de activiteiten als relevant ervaren?’, ‘Wat zijn de succeselementen van de gehanteerde strategie?’ en ‘Worden belemmeringen ervaren bij de implementatie?’ (Grol & Wensing, 2011). In de informele gesprekken met de praktijkopleidster werd besproken welke activiteiten van het implementatieplan reeds uitgevoerd waren en op welke wijze de activiteiten verlopen waren. Eenzelfde gesprek werd gevoerd met een sleutelpersoon.

De productevaluatie vond gedeeltelijk plaats voorafgaand aan de overdracht aan de hand van persoonlijke observaties. Vanaf mei 2014 heeft de schrijfster van deze thesis collega’s geobserveerd gedurende het voeren van een informatief gesprek. Hierbij werd gelet op de wijze waarop de CCU-verpleegkundigen zich verdiepten in de medische- en sociale achtergrond van de patiënt, de gespreksstructuur, de wijze waarop de gespreksthema’s tot stand kwamen, de mate waarin rekening werd gehouden met de affectieve behoeften van de patiënt, het beperken tot de meest relevante informatie, het samenvatten van de verstrekte informatie, de wijze waarop werd gecontroleerd of de patiënt de informatie begrepen had, het verstrekken van informatiefolders en de mate waarin gerapporteerd werd over hetgeen besproken was met de patiënt. Nadat een CCU-verpleegkundige geobserveerd was, werd in steekwoorden opgeschreven wat was opgevallen gedurende het gesprek. Een samenvatting van deze steekwoorden is uitgewerkt in bijlage vijftien.

Aangezien de schrijver van deze thesis niet in staat is het implementatietraject zelf af te ronden, werd het project overgedragen aan twee sleutelfiguren. Hierbij werd gekozen voor de twee aandachtsfunctionarissen ten aanzien van de informatieverstrekking, aangezien deze twee personen nauw betrokken zijn bij de informatieverstrekking en vanuit het team werd aangegeven dat het gewenst was dat deze twee aandachtsfunctionarissen het traject zouden overnemen. Daarnaast zijn deze twee sleutelfiguren gemotiveerd om het traject over te nemen en met de aanbevelingen aan de slag te gaan. Op 6 juni heeft een gesprek plaatsgevonden met beide sleutelfiguren, waarin werd besproken op welke wijze het implementatietraject vervolg dient te krijgen. De gedane aanbevelingen ten aanzien van het vervolg van de proces- en productevaluatie en het behoud van de verandering in de praktijk zullen toegelicht worden bij het beschrijven van de overname en het vervolg van de proces- en productevaluatie. Als aanvulling op de mondelinge overdracht wordt deze bachelorthesis aangereikt aan de twee sleutelfiguren, zodat ze de gedane aanbevelingen nogmaals kunnen nalezen.

7.2 Resultaten met betrekking tot de proces- en productevaluatie

Aan de hand van de persoonlijke observaties en gesprekken met de CCU- verpleegkundigen, praktijkopleidster en een sleutelfiguur kunnen de resultaten van de proces- en productevaluatie tot aan de overdracht weergegeven worden.

7.2.1 Procesevaluatie

In de teamvergadering op 28 mei 2014 werd door de CCU-verpleegkundigen aangegeven dat de schrijver van deze thesis de implementatie op procesmatige wijze heeft ingevoerd. De schrijver van deze thesis heeft een mooi onderwerp gekozen dat relevant is voor de afdeling. De informatie in het informatiedocument en de twee klinische lessen was concreet en werd op heldere en duidelijke wijze weergegeven. De CCU-verpleegkundigen gaven aan dat ze zich betrokken voelden bij de implementatie, aangezien er op meerdere momenten een informatie-overdracht plaatsvond en een concreet zakkaartje aangereikt was. Ten aanzien van de ervaren belemmeringen werd aangegeven dat het rapportageveld in het rapportagesysteem naar het algemene deel van het rapportagesysteem verplaatst dient te worden, zodat in één oogopslag gezien kan worden welke informatie reeds verstrekt is. Aangezien de CCU-verpleegkundigen voor deze informatie nu terug moeten zoeken in de rapportage, gebeurt dit niet.

Uit de informele gesprekken met de praktijkopleidster kwam naar voren dat de activiteiten zijn verlopen volgens het implementatieplan. De activiteiten werden aangeboden zoals dat besproken was. De praktijkopleidster gaf aan dat het fijn was dat het implementatietraject op

meerdere momenten aan de orde kwam. Gedurende deze momenten waren veel CCU-verpleegkundigen aanwezig, waardoor een groot publiek bereikt werd.

Uit het informele gesprek met een sleutelfiguur kwam naar voren dat bij de uitgevoerde interventies steeds een groot publiek bereikt werd. De wijze waarop de CCU-verpleegkundigen bij de implementatie betrokken waren, werd als prettig ervaren. Voor de CCU-verpleegkundigen werd inzichtelijk gemaakt op welke wijze zij de informatie-verstrekking zouden kunnen verbeteren. De sleutelpersoon gaf aan dat bij een aantal collega's veel weerstand bestaat ten aanzien van een vernieuwing. Hierdoor wordt de implementatie niet door alle verpleegkundigen geaccepteerd en uitgevoerd.

7.2.2 Productevaluatie

Uit de persoonlijke observaties van de schrijver van deze thesis in mei 2014 komt naar voren dat de CCU-verpleegkundigen zich nog niet altijd verdiepen in de medische- en sociale achtergrond van de patiënt. Ten aanzien van de gespreksstructuur is opgevallen dat de CCU-verpleegkundigen voorafgaand aan het gesprek uitleg geven over de thema's die besproken zullen worden. Ook wordt aan de patiënt gevraagd of hij specifieke vragen heeft. Er wordt echter geen gezamenlijke agenda opgesteld. Gedurende het gesprek wordt de verstrekte informatie regelmatig samengevat. Aan het einde van het gesprek wordt echter nog niet altijd gecontroleerd of de patiënt de informatie begrepen heeft. Wel wordt meer gebruik gemaakt van de aanwezige informatiefolders. Deze worden echter nog niet aan alle patiënten verstrekt. Gedurende het gesprek beperken de CCU-verpleegkundigen zich nog niet altijd tot de meest relevante informatie. Sommige CCU-verpleegkundigen staan ook kort stil bij de impact van de gebeurtenissen op het dagelijks leven van de patiënt en gaan hierover met de patiënt in gesprek. Daarnaast rapporteren de CCU-verpleegkundigen vaker over hetgeen ze besproken hebben met de patiënt. Als laatste is het de schrijver van deze thesis een aantal keer opgevallen dat een CCU-verpleegkundige na de artsensite aangeeft dat ze naar de patiënt gaat om te controleren of hij de informatie begrepen heeft.

7.3 Overdracht en vervolg proces- en productevaluatie

Op 6 juni 2014 heeft de schrijver van deze thesis de implementatie overgedragen aan de twee sleutelfiguren. Gedurende dit gesprek werd kort besproken welk activiteiten reeds waren uitgevoerd in het kader van de implementatie. Hierna werden de aanbevelingen besproken. Naar aanleiding van de uitgevoerde procesevaluatie wordt aanbevolen om aanpassingen te laten verrichten in het rapportagesysteem, zodat in het activiteitenplan van dit systeem

zichtbaar wordt welke informatie reeds verstrekt is. Tevens wordt aanbevolen om aanvullende informele gesprekken te houden met de CCU-verpleegkundigen ten aanzien van belemmerende factoren omtrent de implementatie. Tevens wordt aanbevolen om twee keer per jaar een procesevaluatie uit te voeren gedurende een teamvergadering. Er werd afgesproken om de implementatie in november 2014 en juni 2015 nogmaals op de agenda van de teamvergadering te laten zetten. Op basis van de gegevens die naar voren komen uit deze procesevaluaties kunnen de sleutelfiguren nieuwe verbeterdoelen opstellen, waarbij passende interventies en strategieën geselecteerd worden om de doelen te verwezenlijken.

Ten aanzien van de productevaluatie wordt aanbevolen om schriftelijke enquêtes te verstrekken aan alle CCU-verpleegkundigen en vijftig patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP. Middels een enquête kan met een relatief geringe investering een groot aantal zorgverleners en patiënten worden ondervraagd. Daarnaast is een enquête geschikt om bij een groot aantal respondenten te toetsen in hoeverre bepaalde factoren uitgevoerd worden (Grol en Wensing, 2011). Op basis van de gestelde verbeterdoelen in paragraaf 3.3 werden enquêtes opgesteld. Deze zijn uitgewerkt in bijlage zestien. Er wordt aanbevolen om in september 2014 te starten met het aanreiken van de enquêtes. In overleg met de praktijkopleidster werd besloten om vijftig patiënten te enquêteren, aangezien er voldoende enquêtes beschikbaar dienen te zijn om een betrouwbare conclusie te kunnen trekken. Het is echter niet haalbaar om te wachten tot er honderd enquêtes verzameld zijn, aangezien daar een groot tijdsbestek overheen gaat. Aan de twee sleutelpersonen is geadviseerd om op basis van de uitkomsten van de productevaluatie aanvullende verbeterdoelen op te stellen en passende strategieën en interventies te selecteren om de doelen te bereiken. Ook wordt aanbevolen om in maart 2015 nogmaals een productevaluatie uit te voeren middels de opgestelde enquêtes.

7.4 Conclusie

De product- en procesevaluatie vinden op verschillende momenten plaats middels verschillende onderzoeksmethoden. Uit de procesevaluatie die tot nu toe is uitgevoerd komt naar voren dat de interventies op duidelijke en concrete wijze zijn uitgevoerd. Daarnaast werd aangegeven dat het wenselijk is dat een aanvullende aanpassing verricht wordt in het rapportagesysteem. Ten aanzien van de productevaluatie zijn tot nu toe persoonlijke observaties verricht. Hieruit kan worden geconcludeerd dat er vorderingen gezien worden ten aanzien van de verbeterdoelen. Het implementatietraject werd overgedragen aan de twee sleutelfiguren. De schrijver van deze thesis heeft aanbevelingen gedaan over de wijze waarop de proces- en productevaluatie in de toekomst vorm dienen te krijgen.

Hoofdstuk 8: Nabeschuwing

In paragraaf één van deze nabeschuwing zal het implementatietraject bediscussieerd worden, waarna in paragraaf twee de aanbevelingen voor de CCU- verpleegkundigen van het LZR geformuleerd worden. Als laatste zal in paragraaf drie de conclusie verwoord worden.

8.1 Discussie

Middels dit implementatietraject werd getracht een eenduidig en effectief beleid van bewezen waarde te implementeren ten aanzien van de informatieverstrekking door de CCU-verpleegkundigen in het LZR aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP. Ten aanzien van het implementatietraject zijn de eerste vijf stappen van Grol en Wensing (2011) uitgevoerd. Er werd gestart met de product- en procesevaluatie, waarbij aanbevelingen gedaan zijn voor het vervolg van deze evaluaties.

Middels het implementatietraject hebben de CCU-verpleegkundigen inzicht en kennis vergaard ten aanzien van het belang en de inhoud van een informatief gesprek. Een aantal collega's hebben de verbeteringen geaccepteerd en proberen deze toe te passen in de praktijk. Een aantal collega's twijfelen echter nog over het belang van de implementatie. Het ervaren van weerstand rondom een verandering wordt ook beschreven in de literatuur. Knelpunten in de verbetering van de zorg omtrent de preventie van HVZ worden in 27% van de gevallen veroorzaakt door twijfels van de zorgverlener over de innovatie (Peters, Harmsen, Laurant en Wensing, 2003). In ditzelfde onderzoek wordt aangetoond dat 52% van de ervaren knelpunten wordt veroorzaakt door de benodigde tijdsinvestering (Peters et al., 2003). Aangezien het verstrekken van informatie tot de dagelijkse activiteiten van de CCU-verpleegkundigen behoort, vormt de tijdsinvestering in dit implementatietraject geen belemmerende factor. Ten aanzien van deze implementatie werd gekozen voor het implementatiemodel van Grol en Wensing (2011), aangezien dit model de praktijk van de implementatie van innovaties zo goed mogelijk volgt. Het model werd door de schrijver van deze thesis echter ervaren als een complex model. De verschillende stappen werden eerst als opzichtstaande stappen ervaren, waarna duidelijk werd dat iedere stap een opmaat is voor de volgende stap.

Bij de zoekstrategie naar relevante wetenschappelijke artikelen werd gebruik gemaakt van verschillende databanken om zoveel mogelijk verschillende literatuur te verzamelen.

Daarnaast werd middels de toegepaste inclusiecriteria gezocht naar recente literatuur van hoge kwaliteit welke relevant is voor de verpleegkundige zorg voor patiënten met HVZ. Beide factoren hebben een positieve invloed op de betrouwbaarheid van de zoekstrategie. Bij het beschrijven van de wenselijke informatieverstrekking werd gebruik gemaakt van reviews en

een meta-analyse. Aangezien deze onderzoeksmethoden hoog staan in de evidentiepiramide werden deze artikelen als betrouwbaar ervaren (Aartman & van Loveren, 2007). Er werd echter ook gebruik gemaakt van transversale- en longitudinale studies. Deze studies staan minder hoog in de evidentiepiramide (Aarman & van Loveren, 2007), maar werden gezien de thematiek van het implementatietraject als passend ervaren. Het is bijna niet mogelijk om een randomized controlled trial uit te voeren naar sociale interventies, aangezien hierbij één groep onthouden wordt van een interventie waarvan zeer aannemelijk is dat deze leidt tot betere resultaten. Dit is ethisch onverantwoord. De gegevens uit de literatuur versterkten elkaar. Ten aanzien van het beschrijven van de feitelijke situatie werden onder andere interviews gehouden. Aangezien het voeren van een interview arbeidsintensief is, werden twee CCU-verpleegkundigen en twee patiënten met AP als respondenten geselecteerd. Bij de selectie van CCU-verpleegkundigen werd rekening gehouden met de factoren werkervaring, wijze van informatieverstrekking en leeftijd. Bij de selectie van patiënten werd rekening gehouden met het ziektebeeld en de leeftijd. Middels deze selectie werd de bestaande variatie aan meningen en ervaringen in de praktijk zo goed mogelijk benaderd. Ondanks het kleine aantal respondenten zijn hierdoor de validiteit en de betrouwbaarheid van de onderzoeksmethode gewaarborgd. De interviews werden opgenomen op een memorecorder. Bij het uitwerken van de interviews werden de antwoorden letterlijk getranscribeerd, waarbij de privacy van de respondenten gewaarborgd is. Doordat de interviews volledig zijn uitgewerkt en aan de bijlage zijn toegevoegd, is de transparantie van het analyseproces vergroot. De feitelijke situatie werd ook geanalyseerd aan de hand van persoonlijke observaties. Het hanteren van meerdere onderzoeksmethoden vergroot de betrouwbaarheid en validiteit van de methode. De analyse van doelgroep en setting werd uitgevoerd op basis van interviews met vier andere CCU-verpleegkundigen en persoonlijke observaties. De respondenten voor de interviews werden geselecteerd op basis van geslacht, leeftijd, mondigheid en hun werkervaring. Op deze wijze is de variatie aan meningen en ervaringen zo mogelijk in kaart gebracht, waardoor de validiteit en betrouwbaarheid van de methode gewaarborgd zijn. De interviews zijn opgenomen op een memorecorder. Aangezien het uitwerken van de interviews arbeidsintensief is, werd ditmaal gekozen voor het maken van een samenvatting van de verkregen gegevens. De transparantie van het analyseproces had nog verbeterd kunnen worden door de interviews volledig uit te werken.

In samenspraak met de praktijkopleidster werden op basis van de beïnvloedende factoren strategieën en interventies geselecteerd aan de hand van de EPOC. Middels de klinische les is de kennis van de CCU-verpleegkundigen omtrent het belang en de inhoud van een informatief

gesprek toegenomen. Daarnaast zorgden de reminders ervoor dat de CCU-verpleegkundigen de opgedane kennis kunnen nalezen en er beter gerapporteerd wordt over de verstrekte informatie. De positieve effecten van beide interventies worden ook in de literatuur beschreven (Wensing et al., 2010). Wensing et al. (2010) beschrijven dat educatieve strategieën en reminders ieder leiden tot vijf procent verbetering van het professioneel handelen. Ook werden sleutelfiguren betrokken bij deze implementatie. Tot nu toe hebben de sleutelfiguren alleen een rol gespeeld bij het bespreken van de voortgang van het traject. Hun rol zal groter worden nu zij het traject gaan overnemen. Uit de review van Flodgren et al. (2011) komt naar voren dat een verbetering van 12% wordt gezien in allerlei procesmaten wanneer sleutelfiguren betrokken worden bij de implementatie. De implementatie had wellicht succesvoller verlopen wanneer de sleutelfiguren een grotere rol hadden gespeeld bij het enthousiasmeren en informeren van de CCU-verpleegkundigen.

De procesevaluatie is gebaseerd op gesprekken met de CCU-verpleegkundigen, de praktijk-opleidster en een sleutelpersoon. Deze gesprekken zijn niet opgenomen op een memorecorder. De transparantie en de betrouwbaarheid van de gegevens hadden vergroot kunnen worden door de gesprekken op te nemen en volledig te transcriberen.

Er werden observaties verricht ten aanzien van de feitelijke situatie en de productevaluatie. Bij deze observaties werd niet aan de CCU-verpleegkundigen verteld dat ze geobserveerd werden. Dit zou de situatie namelijk kunnen beïnvloeden, waardoor geen reëel beeld van de informatieverstrekking verkregen zou worden. De observaties werden anoniem verwerkt, waardoor de privacy van de CCU-verpleegkundigen werd gewaarborgd. Bij de uitwerking van de persoonlijke observaties en interviews werd alleen de functie CCU-verpleegkundige gebruikt, waardoor de gegevens niet terug te leiden zijn tot een persoon.

Er werd voor borging gezorgd door het project over te dragen aan twee sleutelfiguren. Hierbij werden momenten gepland voor de komende proces- en productevaluaties. Deze momenten werden tevens doorgegeven aan de afdelingsmanager.

De uitwerking van het implementatietraject werd inzichtelijker gemaakt door alle gebruikte documenten toe te voegen in de bijlage.

8.2 Aanbevelingen

Ten aanzien van het behoud en vervolg van de implementatie vond een overdracht plaats met twee sleutelfiguren en werden aanbevelingen gedaan voor de komende evaluaties. De aanbevelingen voor de proces- en productevaluatie van de implementatie werden reeds beschreven in paragraaf 7.3. Na aanleiding van de procesevaluatie wordt aanbevolen om

aanvullende aanpassingen te laten verrichten in het rapportagesysteem, zodat in het activiteitenplan van dit systeem zichtbaar wordt welke informatie reeds verstrekt is. Tevens wordt aanbevolen om informele gesprekken te houden met de CCU- verpleegkundigen over belemmerende factoren omtrent de implementatie. Ook wordt aanbevolen de procesevaluatie in november 2014 en juni 2015 te herhalen gedurende een teamvergadering.

Ten aanzien van de productevaluatie wordt aanbevolen om in september 2014 enquêtes te verstrekken aan alle CCU-verpleegkundigen en vijftig patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP. Ook wordt aanbevolen de productevaluatie in maart 2015 te herhalen. Op basis van de gegevens die voortvloeien uit deze proces- en productevaluaties dienen de twee sleutelfiguren nieuwe verbeterdoelen op te stellen, waarbij aanvullende strategieën en interventies geselecteerd worden.

8.3 Conclusie

In deze bachelorthesis staat de volgende hoofdvraag centraal: ‘Op welke wijze kan de informatieverstrekking door CCU-verpleegkundigen aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP worden verbeterd, zodat de therapietrouw en het zelfmanagement van deze patiënten toeneemt?’. Middels deze thesis wordt getracht een eenduidig en effectief beleid van bewezen waarde te implementeren ten aanzien van deze informatieverstrekking. Ten aanzien van het implementatietraject zijn de eerste vijf stappen van Grol en Wensing (2011) uitgevoerd. Er werd gestart met de product- en procesevaluatie, waarbij aanbevelingen zijn gedaan voor het vervolg van deze evaluaties.

Veel aspecten van de feitelijke informatieverstrekking verlopen conform de wenselijke situatie. Ten aanzien van de aspecten die nog niet altijd worden toegepast in de praktijk zijn verbeterdoelen opgesteld. Uiteenlopende factoren kunnen het verloop van de implementatie beïnvloeden. Er werd een analyse van doelgroep en setting uitgevoerd. Op basis van de beïnvloedende factoren werd gekozen voor het aanreiken van een informatief document over de wenselijke en feitelijke situatie, het verzorgen van twee klinische lessen over het belang en de inhoud van een informatief gesprek, het benaderen van twee sleutelfiguren, het ontwikkelen en aanreiken van een zakkaartje over de inhoud van een informatief gesprek en het creëren van een rapportageveld in het rapportagesysteem. Uit de procesevaluatie die tot nu toe is uitgevoerd komt naar voren dat de interventies op duidelijke en concrete wijze zijn uitgevoerd. Uit de productevaluatie die tot nu toe is uitgevoerd komt naar voren dat er vorderingen gezien worden ten aanzien van de verbeterdoelen. Het project is overgedragen aan twee sleutelfiguren, welke zullen toezien op een goed vervolg van de implementatie.

Literatuurlijst

Aartman, I.H.A., & van Loveren, C. (2007). Onderzoeksontwerpen en de ladder van evidence. *Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde*, 114, 161-165.

De Backer, G., Ambrosioni, E., Borch-Johnsen, K., Brotons, C., Cifkova, R., Dallongeville, J., ... American College of Cardiology (2004). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Atherosclerosis*, 173(2), 381-391.

Bulechek, G.M., Butcher, H.K., & McCloskey Dochterman, J. (2010). *Verpleegkundige interventies* (3e herz. ed.). Amsterdam: Reed Business.

Carpenito-Moyet, L. J. (2010). *Nursing diagnosis: application to clinical practice* (14e herz. ed.). Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.

Clayman, M.L., Roter, D., Wissow, L.S., & Bandeen-Roche, K. (2005). Autonomy-related behaviors of patient companions and their effect on decision-making activity in geriatric primary care visits. *Social Science & Medicine*, 60(7), 1583- 1591.

van Dulmen, S. (2011). The value of tailored communication for person-centred outcomes. *Journal of evaluation in clinical practice*, 17(2), 381-383.

van Dulmen, A.M., van Weert, J.C.M., & Jansen, J. (2011). *Communiceren in de zorg: verpleegkundige- patiënt gesprekken in theorie en praktijk*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Farmer, A.P., Légaré, F., Turcot, L., Grimshaw, J., Harvey, E., McGowan, J.L., & Wolf, F. (2008). Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16, CD004398. doi: 10.1002/14651858.CD004398.pub2

Flodgren, G., Parmelli, E., Doumit, G, Gattellari, M., O'brien, M.A., Grimshaw, J., & Eccles, M.P. (2011). Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD000125. doi: 10.1002/14651858.CD000125.pub4

Forsetlund, L., Bjorndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'brien, M.A., Wolf, F., ... Oxman, A.D. (2009). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15, CD003030.

doi: 10.1002/14651858.CD003030.pub2

Grol, R., & Wensing, M. (2011). *Implementatie: effectieve verbeteringen van patiëntenzorg* (4de herz. ed.). Amsterdam: Reed Business.

Hogeschool Gent (z.j.). Keuze van survey methode. Geraadpleegd op

<http://habe.hogent.be/stat/survey/methode.html>

Jansen, J., van Weert, J.C., Wijngaards-de Meij, L., van Dulmen, S., Heeren, T.J., & Bensing J.M. (2010). The role of companions in aiding older cancer patients to recall medical information. *Psycho-oncology*, 19, 170-179. doi: 10.1002/pon.1537

Kessels, R.P.C. (2003). Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(5), 219-222

Lamkin, A.E.H. (2013a). Leertaak ontwerper: de wenselijke situatie ten aanzien van de informatievoorziening aan patiënten die worden opgenomen in verband met Angina Pectoris. Geraadpleegd op

http://blackboard.hszuyd.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab_tab_group_id=_10_1

Lamkin, A.E.H. (2013b). Praktijkproef ontwerper: de eerste drie stappen van het implementatiemodel van Grol en Wensing. Geraadpleegd op

http://blackboard.hszuyd.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab_tab_group_id=_10_1

Lamkin, A.E.H. (2014). Literatuurstudie: informatieverstrekking aan patiënten met een levensbedreigende aandoening. Geraadpleegd op

http://blackboard.hszuyd.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab_tab_group_id=_10_1

Lisspers, J., Sundin, O., Ohman, A., Hofman-Bang, C., & Ryden, L. (2005) Long-term effects of lifestyle behavior change in coronary artery disease: effects on recurrent coronary events after percutaneous coronary intervention. *Health Psychology*, 24(1), 41-48.

Mauksch, L.B., Dugdale, D.C., Dodson, S., & Epstein, R. (2008). Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 168(13), 1387-1395.

McGillion, M.H., Watt-Watson, J., Stevens, B., Lefort, S.M., Coyte, P., & Graham, A. (2008). Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36, 126-140. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.09.015

Miller, S.M. (1995). Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer*, 76(2), 167-77.

Morrow, D.G., Weiner, M., Young, J., Steinley, D., Deer, M., & Murray, M.D. (2005). Improving medication knowledge among older adults with heart failure: a patient- centered approach to instruction design. *The Gerontologist*, 45(4), 545-52.

Nederlandse Hartstichting (2009). *Effect van leefstijlinterventies bij patiënten met hart- en vaatziekten: Review*. Geraadpleegd op http://www.vitalevaten.nl/uploads/media/Samenvatting_effectiviteit_leefstijlinterventies.pdf

Oterhals, K., Hanestad, B.R., Eide, G.E., & Hanssen, T.A. (2006). The relationship between in-hospital information and patiënt satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(4), 303-310.

Pennbrant, S. (2013). A trustful relationship – the importance for relatives to actively participate in the meeting with the physician. *International Journal of qualitative Studies on Health and Well-being*, 20, 8.

Pool, A., Pool-Tromp, C., Veltman-van Vugt F., & Vogel, S. (2007). *Met het oog op de toekomst: beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen* (10e herz. ed.). Utrecht: Vilans

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2014). Hoe vaak komen hart- en vaatziekten voor en hoeveel mensen sterven eraan? Geraadpleegd op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/omvang/>

Schoen, C., Osborn, M.B.A., Doty, M.M., Bishop, M., Peugh, M.A., & Murukutla, N. (2007). Toward Higher- Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries. *Health Affairs*, 26, 717-734.

Schwabe, L., Wolf, O.T., & Oitzl, M.S. (2010). Memory formation under stress: quantity and quality. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34(4), 584-591.

Scott, J.T., & Thompson, D.R. (2003). Assessing the information needs of post-myocardial infarction patients: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 50(2), 167-177.

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2006). *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg: een evidence- based benadering* (2e herz. ed.). Den-Haag: Lemma.

Stewart, D.E., Abbey, S.E., Shnek, Z.M., Irvine, J., & Grace, S.L. (2004). Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute ischemic coronary event. *Psychosomatic Medicine*, 66(1), 42-48.

Terra, B., van Mechelen-Gevers, E., & van den Burgt, M. (2010). *Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen: de stappen naar zelfmanagement* (3de herz. ed.). Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.

Thesaurus zorg en welzijn (2013). Informatieverstrekking. Geraadpleegd op <http://thesauruszorgenwelzijn.nl/informatieverstrekking.htm>

Thesaurus zorg en welzijn (2014). Therapietrouw. Geraadpleegd op <http://thesauruszorgenwelzijn.nl/therapietrouw.htm>

Thesaurus zorg en welzijn (2014). Zelfmanagement. Geraadpleegd op <http://thesauruszorgenwelzijn.nl/zelfmanagement.htm>

Timmins, F. (2005). A review of the information needs of patients with acute coronary syndromes. *Nursing in critical care*, 10(4), 174-183.

Van Weert, J., Jansen, J., de Best, A., van der Meulen, N., Noordman, J., Posma, E., ... van Dulmen, S. (2008). *In gesprek over chemotherapie deel 1: handvatten voor patiëntgerichte voorlichting aan ouderen met kanker*. Utrecht: NIVEL.

Wensing, M., Ouwens, M., Boerboom, L., Bal, R., de Bont, A., de Mul, M., ... van der Niet, A. (2010). Kennis van Implementatie Programma. Geraadpleegd op <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kennis-van-Implementatie-Programma.pdf>

Wikipedia (2014). Geheugen. Geraadpleegd op [http://nl.wikipedia.org/wiki/Geheugen_\(psychologie\)](http://nl.wikipedia.org/wiki/Geheugen_(psychologie))

Zolnierek, K.B.H., & DiMatteo, M.R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med. Care*, 47, 826-834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc

Bijlage 1: Zoekstrategie

1.1 PubMed

Zoekterm	Hits	Bronnen	Bewijslast
Relationship patient information AND satisfaction AND cardiovascular disease (Limits: < 10 years, nursing journals)	1	Oterhals, K., Hanestad, B.R., Eide, G.E., & Hanssen, T.A. (2006). The relationship between in-hospital information and patiënt satisfaction after acute myocardial infarction. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 5(4), 303-310. Snowball method: Stewart, D.E., Abbey, S.E., Shnek, Z.M., Irvine, J., & Grace, S.L. (2004). Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute ischemic coronary event. <i>Psychosomatic Medicine</i>, 66(1), 42-48.	Transversaal onderzoek Longitudinaal onderzoek
Monitorig AND blunting (Limit: review)	11	Miller, S.M. (1995). Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. <i>Cancer</i>, 76(2), 167-77.	Review
Patient centered communication AND information recall NOT cancer (Limit: < 10 years)	3	Morrow, D.G., Weiner, M., Young, J., Steinley, D., Deer, M., & Murray, M.D. (2005). Improving medication knowledge among older adults with heart failure: a patient- centered approach to instruction design. <i>The Gerontologist</i>, 45(4), 545-52. van Dulmen, S. (2011). The value of tailored communication for person-centred outcomes. <i>Journal of evaluation in clinical practice</i>, 17(2), 381-383.	Quasi experimenteel onderzoek Descriptieve studie

Patient teaching AND companion AND recall of information (limit < 10 years)	6	Jansen, J., van Weert, J.C., Wijngaards-de Meij, L., van Dulmen, S., Heeren, T.J., & Bensing J.M. (2010). The role of companions in aiding older cancer patients to recall medical information. <i>Psycho-oncology</i>, 19, 170-179. doi: 10.1002/pon.1537 Pennbrant, S. (2013). A trustful relationship – the importance for relatives to actively participate in the meeting with the physician. <i>International Journal of qualitative Studies on Health and Well-being</i>, 20, 8.	Transversaal onderzoek Transversaal onderzoek
((("Humans"[Mesh] AND Review[ptyp])) AND ("Learning/physiology"[Mesh] AND Review[ptyp])) AND ("Memory/physiology"[Mesh] AND Review[ptyp])) AND ("Stress, Psychological"[Mesh] AND Review[ptyp]) (limits < 5 years)	23	Schwabe, L., Wolf, O.T., & Oitzl, M.S. (2010). Memory formation under stress: quantity and quality. <i>Neuroscience and Biobehavioral Reviews</i> , 34(4), 584-591.	Review
patient education AND memory AND medical information	5	Kessels, R.P.C. (2003). Patients' memory for medical information. <i>Journal of the Royal Society of Medicine</i> , 96(5), 219-222.	Review
In hospital patient education AND self-management AND coronary disease NOT program (Limit < 10 years)	36	Scott, J.T., & Thompson, D.R. (2003). Assessing the information needs of post-myocardial infarction patients: a systematic review. <i>Patient Education and Counseling</i> , 50(2), 167-177.	Review
((("Communication"[Mesh]) AND "Quality of Health Care"[Mesh]) AND "Patient Satisfaction"[Mesh]) AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh]) (Limits: review, < 10 years)	39	Mauksch, L.B., Dugdale, D.C., Dodson, S., & Epstein, R. (2008). Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review. <i>Archives of Internal Medicine</i> , 168(13), 1387-1395.	Review

Patient teaching AND treatment adherence (Limits: meta-analyse, < 5 years).	32	Zolnieriek, K.B.H., & DiMatteo, M.R. (2009). Physician Communication and Patiënt Adherence to Treatment: A Meta-analysis. <i>Med. Care</i> , 47, 826-834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc	Meta-analyse
patient education AND self management AND cardiac pain	7	McGillion, M.H., Watt-Watson, J., Stevens, B., Lefort, S.M., Coyte, P., & Graham, A. (2008). Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 36, 126-140. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.09.015	Randomised controlled trial (RCT)

1.2 CINAHL

Zoekterm	Hits	Bronnen	Bewijslast
Information needs AND patient education NOT cancer (Limits: vanaf 2005, review)	28	Timmins, F. (2005). A review of the information needs of patients with acute coronary syndromes. <i>Nursing in critical care</i> , 10(4), 174-183.	Review
Companions AND decision making (Limit: vanaf 2005)	11	Clayman, M.L., Roter, D., Wissow, L.S., & Bandeen-Roche, K. (2005). Autonomy-related behaviors of patient companions and their effect on decision-making activity in geriatric primary care visits. <i>Social Science & Medicine</i> , 60(7), 1583- 1591.	Transversaal onderzoek

1.3 Cochrane

Zoekterm	Hits	Bronnen	Bewijslast
Educational materials AND professional practice (Limits: 2006-2014).	5	Farmer, A.P., Légaré, F., Turcot, L., Grimshaw, J., Harvey, E., McGowan, J.L., & Wolf, F. (2008). Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 16, CD004398. doi: 10.1002/14651858.CD004398.pub2	Review

educational meetings AND professional practice	6	Forsetlund, L., Bjorndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'brien, M.A., Wolf, F., ... Oxman, A.D. (2009). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 15, CD003030. doi: 10.1002/14651858.CD003030.pub2	Review
opinion leaders AND professional practice	3	Flodgren, G., Parmelli, E., Doumit, G., Gattellari, M., O'brien, M.A., Grimshaw, J., & Eccles, M.P. (2011). Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 10, CD000125. doi: 10.1002/14651858.CD000125.pub4	Review

1.4 Vakbibliotheek

Zoekterm	Hits	Bronnen	Bewijslast
informatie en tevreden gezondheidszorg	>50, 1 artikel 100%	In het artikel 'patient tevreden over gezondheidszorg, maar mist informatie' werd verwezen naar de Commonwealth fund Survey: Schoen, C., Osborn, M.B.A., Doty, M.M., Bishop, M., Peugh, M.A., & Murukutla, N. (2007). Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries. <i>Health Affairs</i> , 26, 717-734.	Transversaal onderzoek

1.5 Google

Adequate reactie verpleegkundige op emotionele signalen patiënt	160.000	Van Weert, J., Jansen, J., de Best, A., van der Meulen, N., Noordman, J., Posma, E., ... van Dulmen, S. (2008). <i>In gesprek over chemotherapie deel 1: handvatten</i>	
---	---------	---	--

		voor patiëntgerichte voorlichting aan ouderen met kanker. Utrecht: NIVEL.	
Consolidatie geheugen	19.300	Wikipedia (2014). Geheugen. Geraadpleegd op http://nl.wikipedia.org/wiki/Geheugen_(psychologie)	
Thesaurus zorg en welzijn therapietrouw	132	Thesaurus zorg en welzijn (2014). Therapietrouw. Geraadpleegd op http://thesauruszorgenwelzijn.nl/therapietrouw.htm	
Thesaurus zorg en welzijn zelfmanagement	1490	Thesaurus zorg en welzijn (2014). Zelfmanagement. Geraadpleegd op http://thesauruszorgenwelzijn.nl/zelfmanagement.htm	
Prevalentie hart en vaatziekten rvm	14.200	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2014). <i>Hoe vaak komen hart- en vaatziekten voor en hoeveel mensen sterven eraan?</i> Geraadpleegd op http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/omvang/	
secundaire preventie hart- en vaatziekten	15.500	Blokstra, A., van Dis, S.J., & Verschuren, W.M.M. (2008). <i>Effectiviteit van multifactoriele leefstijlinterventies bij patiënten met hart- en vaatziekten en hoog risicopersonen: review</i>. Geraadpleegd op https://www.hartstichting.nl/9800/13341/15305/review_effectiviteit_multifactoriele_leefstijl_interventies In deze review werd verwezen naar de volgende artikelen: De Backer, G., Ambrosioni, E., Borch-Johnsen, K., Brotons, C., Cifkova, R., Dallongeville, J., ... American College of Cardiology (2004). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in	Review Evidence based richtlijn

		Clinical Practice. <i>Atherosclerosis</i>, 173(2), 381-391. Lisspers, J., Sundin, O., Ohman, A., Hofman-Bang, C., & Ryden, L. (2005) Long-term effects of lifestyle behavior change in coronary artery disease: effects on recurrent coronary events after percutaneous coronary intervention. <i>Health Psychology</i>, 24(1), 41-48.	Randomised controlled trial
Evidence piramide	157.000	Aartman, I.H.A., & van Loveren, C. (2007). Onderzoeksontwerpen en de ladder van evidence. <i>Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde</i> , 114, 161-165.	Descriptieve studie.
Enquête of interview?	1.500.000	Hogeschool Gent (z.j.). Keuze van survey methode. Geraadpleegd op http://habe.hogent.be/stat/survey/methode.html	
ZonMw implementatie	38.400	Wensing, M., Ouwens, M., Boerboom, L., Bal, R., de Bont, A., de Mul, M., ... van der Niet, A. (2010). <i>Kennis van Implementatie Programma</i> . Geraadpleegd op http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kennis-van-Implementatie-Programma.pdf	
ZonMw knelpunten en verbeteringen in patiëntenzorg	13.400	Peters, M.A.J., Harmsen, M., Laurant, M.G.H., & Wensing, M. (2003). <i>Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg</i> . Geraadpleegd op http://www.iqhealthcare.nl/media/80102/ruimte_voor_verandering_knelpuntenvragenlijst.pdf	
Leefstijlinterventies, medicatie en hart- en vaatziekten	4090	Nederlandse Hartstichting (2009). <i>Effect van leefstijlinterventies bij patiënten met hart- en vaatziekten: Review</i> . Geraadpleegd op http://www.vitalevat.nl/uploads/media/	Review

		Samenvatting_effectiviteit_leefstijlinterve nties.pdf	
--	--	--	--

Biilage 2: Reflectie

In dit reflectieverslag zal gereflecteerd worden op het verloop van dit implementatietraject en de ontwikkeling van mijn competenties tot hbo-verpleegkundige. Om de reflectie systematisch op te bouwen, heb ik gebruik gemaakt van de STARR-methode. De afkorting STARR staat voor situatie, taak, actie, resultaten en reflectie. Ten aanzien van de competenties van de hbo-verpleegkundige werd gebruikt gemaakt van de rollen van Pool (2007).

Het uitvoeren van het implementatietraject en het schrijven van deze bachelorthesis behoren tot de laatste fase van het verdiepingsjaar en de afronding van de opleiding tot hbo-verpleegkundige. Gedurende het verdiepingsjaar heb ik stage gelopen op de CCU en de verpleegafdeling cardiologie van het LZR. Mijn implementatietraject heeft betrekking op het verbeteren van de informatieverstrekking door de CCU-verpleegkundigen in het LZR aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP. Middels dit implementatietraject wilde ik een eenduidig en effectief beleid van bewezen waarde creëren ten aanzien van de informatieverstrekking door de CCU-verpleegkundigen aan de patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP.

Bij de implementatie heb ik gebruik gemaakt van het implementatiemodel van Grol en Wensing (2011). Ik heb dit model ervaren als een complex model. Het werd mij pas laat duidelijk wat de samenhang was tussen de verschillende elementen van het model, waardoor ik pas laat in staat was om de samenhang tussen de verschillende onderdelen van het implementatietraject te beschrijven. Bij een volgende implementatie zal ik weer gebruik maken van het model van Grol en Wensing (2011), aangezien de implementatie middels hun model op proces- en planmatige wijze verloopt. Tevens heb ik nu meer inzicht in de samenhang en werkwijze van hun model.

Voorafgaand aan het implementatietraject heb ik een gesprek gehad met de praktijkopleidster en de afdelingsmanager over het onderwerp van het implementatietraject. Aan de hand van deze gesprekken heb ik een keuze gemaakt voor het onderwerp van de implementatie.

In differentiatie twee werd een start gemaakt met het beschrijven van de wenselijke en feitelijke informatieverstrekking. In eerste instantie vond ik het lastig om geschikte literatuur te vinden. Dit werd veroorzaakt door het feit dat ik het onderwerp nog niet goed genoeg had ingekaderd. Ik heb hierover gesproken met de praktijkopleidster, waarna ik helder voor ogen had waar ik mijn implementatietraject op zou gaan richten. Ik heb hiervan geleerd dat ik goed voor ogen dien te houden wat de doelgroep van de implementatie is en ten aanzien van welke

aspecten ik een verbetering wil doorvoeren. Middels deze aspecten kan het onderwerp goed ingekaderd worden. Aangezien ik al vaker naar wetenschappelijke literatuur had gezocht, wist ik al enigszins op welke wijze ik zoektermen en inclusiecriteria kon opstellen. Het vinden van geschikte wetenschappelijke literatuur leverde niet veel problemen op. In eerste instantie had ik echter veel gebruik gemaakt van medische literatuur. Ik kreeg als feedback dat ik de NANDA en de NIC kon gebruiken om de gevonden literatuur te onderbouwen met verpleegkundige inzichten. Op deze wijze heb ik geleerd om verschillende gegevens die uit de literatuur naar voren komen te combineren om tot een goede onderbouwing van de resultaten te komen. Een volgende keer wil ik meer letten op de invalshoek van waaruit de literatuur geschreven is, zodat ik niet alleen medische literatuur selecteer.

Ten aanzien van de wenselijke en feitelijke informatieverstrekking en de analyse van doelgroep en setting heb ik onder andere interviews gehouden met een aantal CCU-verpleegkundigen. Grol en Wensing (2011) beschrijven dat men bij voorkeur vertegenwoordigers uit de doelgroep betreft bij de analyse van bestaande problemen. De gegevens met betrekking tot de wenselijke en werkelijke informatieverstrekking werden met het team besproken middels het aanreiken van een informatief document en het verzorgen van een tweetal klinische lessen. Ik heb mijn collega's op deze wijzen betrokken bij de implementatie om een goed draagvlak te creëren en de doelgroep te betrekken bij de implementatie. Hierdoor wordt de implementatie toegesneden op de behoeften en werksetting van degene die de implementatie moeten toepassen, waardoor collega's de implementatie zien als iets van zichzelf. Dit zorgt ervoor dat zij er verantwoording voor nemen (Grol & Wensing, 2011). Daarnaast werd ten aanzien van de interventies ook gekozen voor het ontwikkelen en aanreiken van zakkaartjes en het doorvoeren van veranderingen in het rapportagesysteem. Remindersystemen dragen eraan bij dat de verandering behouden wordt in de praktijk (Grol & Wensing, 2011). Aangezien ik om de week stage loop op de CCU en de verpleegafdeling cardiologie, duurde het aanreiken van de zakkaartjes langer dan ik verwacht had. Ik ben echter niet in de problemen gekomen met mijn tijdsplanning. Om te voorkomen dat ik door dergelijke belemmerende factoren een volgende keer wel in de problemen raak, wil ik voorafgaand aan het maken van een implementatieplan beter nadenken over mogelijke belemmerende factoren ten aanzien van het uitvoeren van de interventies. Hier kan ik mijn implementatieplan vervolgens op aanpassen.

In verband met de beperkte beschikbare tijd hoorde de evaluatie niet tot de planning van deze bachelorthesis. Ik heb het project overgedragen aan de twee sleutelfiguren, waarbij ik onder andere aanbevelingen heb gedaan ten aanzien van de evaluatie. Ik ben gewend projecten

waaraan ik begin zelf af te ronden. Doordat dit deze keer niet haalbaar was, heb ik geleerd dat het niet erg is om projecten over te dragen. Ik hoef niet alles zelf uit te voeren.

Door middel van dit implementatietraject ben ik gegroeid ten aanzien van de competenties van een hbo-verpleegkundige. Ten aanzien van de rol van zorgverlener wilde ik leren hoe ik een goede zoekvraag dien op te stellen. Ik heb aan dit leerdoel gewerkt door bij de verschillende deelvragen wetenschappelijke literatuur te zoeken. Hierbij heb ik me continu afgevraagd wat ik daadwerkelijk wilde weten, waarbij ik een PIO-vraagstelling opstelde. Aan de hand hiervan koos ik zoektermen. Door middel van het toepassen van deze strategie kreeg ik steeds meer inzicht in relevante zoektermen, waardoor ik steeds beter geschikte informatie kon vinden. Daarnaast wilde ik leren hoe in- en exclusiecriteria opgesteld en gehanteerd dienden te worden. Ik heb aan dit leerdoel gewerkt door in- en exclusiecriteria op te stellen, welke ik heb toegepast bij het uitvoeren van de zoekstrategie. Hierdoor was ik in staat mijn zoekvraag te versmallen en eerder tot relevante gegevens te komen. Het uitvoeren van de zoekstrategie heeft mijn inzicht in nuttige zoektermen en in- en exclusiecriteria vergroot, aangezien ik op deze manier heel bewust bezig was met het kiezen en beschrijven van de juiste zoektermen en het versmallen van de gekozen zoekstrategie. De kennis die ik heb opgedaan ten aanzien van de rol van zorgverlener kan ik ook toepassen bij het beantwoorden van andere vraagstukken ten aanzien van de praktijk. Tevens heb ik in de rol van zorgverlener veel geleerd over de wijze waarop ik informatie dien te verstrekken aan een patiënt met een levensbedreigende aandoening. Door deze principes in de praktijk toe te gaan passen, kan ik ervoor zorgen dat de therapietrouw, het zelfmanagement en de tevredenheid van de patiënt bevorderd worden. Op deze wijze kan ik een belangrijke rol spelen ten aanzien van de universele preventie van patiënten met hart- en vaatziekten, waarbij ik een pro-actieve interventie kan uitvoeren die gebaseerd is op wetenschappelijke inzichten.

Ten aanzien van de rol van regisseur wilde ik leren hoe ik op proactieve wijze concrete aanwijzingen kan geven aan zorgverleners. Ik heb aan dit leerdoel gewerkt door een klinische les te geven ten aanzien van het belang en de inhoud van een informatief gesprek. Gedurende deze presentatie heb ik concrete aanwijzingen gegeven over de wijze waarop de informatieverstrekking vorm gegeven dient te worden. Daarnaast wilde ik de juiste instellingen en personen inschakelen om de zorg te kunnen realiseren. Ten aanzien van de aanpassingen die verricht dienden te worden in het rapportagesysteem heb ik contact opgenomen met de contactpersoon van het rapportagesysteem. Samen met deze contactpersoon heb ik besproken welke mogelijkheden er waren ten aanzien van de te verrichten aanpassingen in het rapportagesysteem. Tevens heb ik met de praktijkopleidster en

afdelingsmanager overlegd over de mogelijkheden om nieuwe inzichten te bespreken met de collega's en het houden van de procesevaluatie.

Met betrekking tot de rol van coach wilde ik collega's enthousiasmeren en betrekken bij het implementatietraject. Ik heb collega's betrokken bij het implementatietraject door interviews te houden met zes CCU-verpleegkundigen ten aanzien van de wenselijke en feitelijke informatieverstrekking en de analyse van doelgroep en setting. Ook heb ik een informatief document aangereikt met betrekking tot de wenselijke en feitelijke informatieverstrekking en heb ik twee klinische lessen verzorgd. Gedurende deze klinische lessen heb ik instructies gegeven over methoden en technieken die gehanteerd kunnen worden om de informatieverstrekking te verbeteren. Het is niet geheel gelukt om de collega's te enthousiasmeren over het implementatietraject. Het ervaren van weerstand bij een implementatie wordt ook in de literatuur beschreven (Peters et al., 2003). Om de acceptatie van de implementatie te vergroten wil ik een volgende keer de sleutelfiguren meer betrekking bij het implementatietraject. Zij kunnen met collega's discussiëren over de voor- en nadelen van de implementatie, waardoor zij een positievere houding ontwikkelen ten aanzien van de implementatie (Grol & Wensing, 2011). Ik heb collega's geïnformeerd gedurende twee teamvergaderingen en de lesdagen van de CCU-verpleegkundigen. Ik heb voor deze momenten gekozen, aangezien ik verwachtte dat ik op deze momenten de meeste CCU-verpleegkundigen kon bereiken. Dit bleek goed te werken. Een volgende keer zal ik weer voor een teamactiviteit kiezen om zoveel mogelijk collega's te informeren en betrekking bij het implementatietraject.

Ten aanzien van de rol van ontwerper had ik als doel gesteld om een bijdrage te leveren aan de vaststelling van kwaliteitscriteria. Door middel van het opstellen van aanbevelingen en het schematisch weergeven van de belangrijkste bevindingen ten aanzien van het verstrekken van informatie aan patiënten met een levensbedreigende aandoening, heb ik bewust keuzes gemaakt uit verschillende methoden en principes die van belang zijn bij het verstrekken van informatie. Tevens heb ik hierbij kwaliteitscriteria opgesteld, welke gemeten kunnen worden middels de opgestelde enquête. Hierdoor heb ik een bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van meetinstrumenten. Een ander leerdoel was het kort en bondig uitwerken van het implementatietraject. Voorafgaand aan het uitwerken van deze bachelorthesis heb ik de deelvragen verdeeld over verschillende hoofdstukken, waarbij ik per hoofdstuk het aantal beschikbare pagina's heb aangegeven. Gedurende het uitwerken van de bachelorthesis merkte ik echter dat ik het soms lastig vond gegevens kort en bondig te beschrijven. Achteraf heb ik de thesis nogmaals doorgelezen, waarbij ik minder nuttige informatie heb weggelaten. Ik heb hiervan geleerd dat ik een volgende keer hoofd- en bijzaken beter dien te onderscheiden.

Hierbij kan ik me afvragen wat de kern van de geraadpleegde literatuur of de uitgevoerde activiteiten was. Door middel van het uitwerken van de literatuur en het opstellen van aanbevelingen heb ik oplossingsrichtingen geformuleerd ten aanzien van het vraagstuk naar de wijze waarop de informatievoorziening verbeterd zou kunnen worden. Hierbij heb ik tevens aanwijzingen gegeven hoe de vakinhoud vertaald zou kunnen worden naar dagelijks handelen. Op deze wijze heb ik initiatief genomen voor kwaliteitsverbetering op de afdeling. Daarnaast heb ik gewerkt aan de competentie ‘feedback geven en feedback ontvangen’. Ik heb feedback gegeven aan de CCU-verpleegkundigen middels het verzorgen van een klinische les, waarin gereflecteerd werd op de feitelijke informatieverstrekking. Tevens werd besproken waar de feitelijke situatie verschilde van de wenselijke situatie. Ook heb ik de uitgevoerde activiteiten geëvalueerd middels de procesevaluatie. Gedurende deze procesevaluatie heb ik stilgestaan bij de wijze waarop het informatiedocument, de klinische lessen en het zakkaartje zijn ontvangen. Welke aspecten van het implementatietraject zijn goed verlopen en waar werden barrières ervaren? Grol en Wensing (2011) beschrijven dat deze aspecten van belang zijn ten aanzien van een procesevaluatie. Bij een volgende procesevaluatie zal ik de genoemde aspecten dan ook weer aan bod laten komen. Bij een volgend kwaliteitverbetertraject wil ik de uitgevoerde activiteiten vaker evalueren. Dit wil ik doen middels een enquête, aangezien hierdoor aantoonbare resultaten worden verkregen ten aanzien van de uitgevoerde activiteiten. Hierdoor nemen de validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten toe (Grol & Wensing, 2011). Middels het observeren van de CCU-verpleegkundigen en het afnemen van interviews met zes CCU-verpleegkundigen en twee patiënten heb ik het eigen vakgebied kritisch beoordeeld. Door de gegevens uit de interviews en persoonlijke observaties anoniem te verwerken, heb ik rekening gehouden met de rechten van de CCU-verpleegkundigen en de patiënten. Ten aanzien van de rol beroepsbeoefenaar heb ik middels het uitvoeren van deze bachelorthesis gewerkt aan het uitdragen van een levenslange leerhouding. Tevens heb ik recente literatuur geraadpleegd en deze gedeeld met collega's.

Bijlage 3: Interviewschema's wenselijke en feitelijke informatieverstrekking

3.1 Interviewschema voor de interviews met de CCU- verpleegkundigen

3.1.1 Introductie

Centrale vraagstelling interview: Hoe ziet de informatieverstrekking eruit met betrekking tot patiënten die worden opgenomen met Angina Pectoris?

Doel interview: inzicht krijgen in de werkelijke- en wenselijke situatie ten aanzien van de informatieverstrekking aan patiënten die worden opgenomen met Angina Pectoris gezien vanuit het standpunt van de CCU-verpleegkundigen.

Tijdsduur: circa 30 minuten

Privacy: bespreken op welke wijze de gegevens anoniem gemaakt worden. Tevens wordt besproken op welke wijze de gegevens definitief gemaakt worden.

Aangeven dat er audio-opnames gemaakt worden. Tevens dient de respondent zo eerlijk mogelijk te antwoorden, aangezien op deze wijze de meest betrouwbare gegevens verzameld kunnen worden.

3.1.2 Persoonsgegevens

Aard en omvang van het werk.

3.1.3 Topiclijst

Werkelijke informatieverstrekking

- voorbereiding
- inventariseren thema's
- welke informatie wordt daadwerkelijk verstrekt
- cognitieve en affectieve behoeften patiënt
- patiëntgerichtheid
- reageren op emotionele signalen van de patiënt
- samenvatten
- controleren of patiënt informatie begrijpt
- rekening houden met emotionele situatie
- gebruikte methoden om informatie te verstrekken (mondeling/folder/ander materiaal)

Beginvraag:

- Wat vindt u van de informatieverstrekking aan patiënten die worden opgenomen in verband met angina pectoris?
- Kunt u mij wat vertellen over de opbouw van een voorlichtingsgesprek?

Creëren van omstandigheden waarin het gesprek plaats kan vinden

- privacy
- communicatie (verbaal en non-verbaal)
- houding ten opzichte van patiënt

Beginvraag:

- Kunt u mij iets vertellen over de omstandigheden waarin een voorlichtingsgesprek plaatsvindt?

Betrekken van naasten van de patiënt

- communicatie
- informatieverstrekking

Beginvraag:

- Kunt u mij wat vertellen over uw ervaringen met het betrekken van naasten bij het gesprek?
- Op welke wijze worden naasten betrokken bij een voorlichtingsgesprek?

Wenselijke informatieverstrekking

- wat gaat goed
- wat kan beter

Beginvraag:

- Kunt u aangeven welke aspecten van de informatieverstrekking verbeterd zouden kunnen worden?

3.1.4 Afsluiting

Samenvatting

Heeft de respondent nog iets gemist of wil hij nog wat toevoegen?

Respondent wordt bedankt voor de medewerking aan het interview.

Hoe heeft de respondent het interview ervaren?

Zijn er aandachtspunten voor een volgend gesprek?

Terugkomen op de gemaakte afspraken.

3.2 Interviewschema voor de interviews met patiënten

3.2.1 Introductie

Centrale vraagstelling interview: Hoe ziet de informatieverstrekking eruit met betrekking tot patiënten die worden opgenomen met Angina Pectoris?

Doel interview: inzicht krijgen in de werkelijke en wenselijke situatie ten aanzien van de informatieverstrekking aan patiënten die worden opgenomen in verband met Angina Pectoris gezien vanuit het standpunt van de patiënt.

Tijdsduur: circa 30 minuten.

Privacy: bespreken op welke wijze de gegevens anoniem gemaakt worden. Tevens wordt besproken op welke wijze de gegevens definitief gemaakt worden.

Aangeven dat er audio-opnames gemaakt worden. Tevens dient de respondent zo eerlijk mogelijk te antwoorden, aangezien op deze wijze de meest betrouwbare gegevens verzameld kunnen worden.

3.2.2 Persoonsgegevens

Leeftijd, eerdere opname in verband met cardiale klachten.

3.2.3 Topiclijst

Werkelijke informatieverstrekking

- inventariseren thema's
- welke informatie wordt daadwerkelijk verstrekt
- cognitieve en affectieve behoeften patiënt
- patiëntgerichtheid
- reactie op emotionele signalen
- samenvatten
- controleren of patiënt informatie begrijpt
- rekening houden met emotionele situatie
- gebruikte methoden om informatie te verstrekken (mondeling/folder/ander materiaal)

Beginvraag:

- Kunt u mij vertellen hoe u het voorlichtingsgesprek ervaren heeft?
- Kunt u mij vertellen hoe het voorlichtingsgesprek eruit zag?

Creëren van omstandigheden waarin het gesprek plaats kan vinden

- privacy
- communicatie (verbaal en non-verbaal)
- houding ten opzichte van patiënt

Beginvraag:

- Kunt u mij iets vertellen over de omstandigheden waarin het gesprek heeft plaatsgevonden?

Betrekken van naasten van de patiënt

- communicatie
- informatieverstrekking

Beginvraag:

- Kunt u mij iets vertellen over de wijze waarop uw naasten betrokken e werden bij het verstrekken van informatie?

Wenselijke informatieverstrekking

- wat gaat goed
- wat kan beter

Beginvraag:

- Kunt u aangeven welke aspecten van de informatieverstrekking verbeterd zouden kunnen worden?
- Kunt u aangeven aan welke voorwaarden een voorlichtingsgesprek volgens u zou moeten voldoen?

3.2.4 Afsluiting

Samenvatting

Heeft de respondent nog iets gemist of wil hij nog wat toevoegen?

Respondent wordt bedankt voor de medewerking aan het interview.

Hoe heeft de respondent het interview ervaren?

Zijn er aandachtspunten voor een volgend gesprek?

Terugkomen op de gemaakte afspraken.

Bijlage 4: Uitwerking van het interview met patiënt A.

4.1 Persoonsgegevens

Leeftijd: 46 jaar

Eerdere opname in verband met cardiale klachten: nee

4.2 Topic 1: Werkelijke informatieverstrekking

Patiënt A. geeft aan: *'Ik kan me eigenlijk niet herinneren dat ik echt een gesprek heb gehad waarin ik informatie heb gekregen. Het ging allemaal heel snel natuurlijk. Gistermiddag kwam ik vanuit de huisarts naar de eerste hulp en voor ik het wist lag ik hier op de CCU. Ik moet wel zeggen dat de verpleegkundigen hier op de CCU bij alles wat ze deden en bij iedere stap die ze zouden gaan maken vertelden wat ze wilden gaan doen. Hier waren ze heel duidelijk in en gebruikten geen moeilijke taal. Maar voor mij ging het natuurlijk allemaal heel snel en ik was erg geschrokken. Ook was er genoeg ruimte om vragen te stellen als mij iets niet geheel duidelijk was ofzo.. of als ik de gedachte erachter niet helemaal kon volgen. Daar maakten ze alle tijd voor. Ze hebben me onder andere geïnformeerd over wat er gezien was op het hartfilmpje, over de medicatie die ik nu ga krijgen, over hoelang ik hier ongeveer zal verblijven, over de vervolgbehandeling en over de risicofactoren. Wat betreft de vervolgbehandeling hebben ze me met name geïnformeerd over de hartkatheterisatie. Hier heb ik ook een folder over gekregen. Hierbij hebben ze me vertelt wat het katheteriseren in grote lijnen inhoud. De folder vind ik prettig, hier staat alles nog eens duidelijk in uitgelegd. Ik had graag ook nog een folder gehad over pijn op de borst, zodat ik nog eens rustig zou kunnen nalezen waardoor de pijn op de borst veroorzaakt wordt. Vandaag hebben ze foto's gemaakt van de borstkast en hebben ze een hartfilmpje gemaakt. Hier hebben ze ook allemaal bij verteld wat er moest gebeuren. Dus ja.. eigenlijk wist ik alles wat ik moest weten. Het was niet zo dat de verpleegkundigen bij me kwamen zitten en vroegen of ik nog ergens wat over wilde weten. Ik kon natuurlijk wel altijd mijn vragen stellen. Ook hebben ze een aantal keer aangegeven dat ik alles maar eerst moest laten bezinken aangezien alles zo koud op mijn dak gevallen was. Hierbij gaven ze aan dat ik altijd aan de bel kon trekken, dan zouden we het erover hebben. Dus op het moment zelf kon ik de vragen stellen die ik wilde. Maarja.. er komen later ook nog dingen naar boven waar je in eerste instantie helemaal niet aan denkt. Daar kon ik dan altijd op terug komen. Dat heb ik ook een aantal keer gedaan trouwens. Dus dat was prima. Ook keken ze of ik alle informatie op de goede manier had begrepen.*

Op de vraag op welke wijze rekening werd gehouden met de ervaren emoties antwoordde patiënt A.: *‘Dat ging heel snel. Ze laten niets aan twijfel over. Ze gingen professioneel met mijn stress om. Ze vertelden wat ze deden en dat ik me geen zorgen hoefde te maken. Ze bleven heel duidelijk, maar er was wel actie. Ik heb me altijd veel zorgen gemaakt. In onze familie komt pijn op de borst en een hartinfarct veel voor. Ik ben altijd bang geweest dat ik niet op tijd aan de bel zou trekken of dat ik juist aan de bel zou trekken als het niet nodig was. Hier op de CCU hebben ze nu al een aantal keer aangegeven dat het erg goed is geweest dat ik naar de signalen heb geluisterd en naar de huisarts ben gegaan. Ook hebben ze aangegeven dat ik hier in goede handen ben. Hierdoor ben ik opgelucht en gerustgesteld.*

Op de vraag op welke wijze er gekeken werd of de informatie goed begrepen was antwoordde patiënt A.: *‘Nou goed.. ze stelden er vragen over. Eigenlijk vooral of ik nog vragen had. En ik heb een aantal dingen samengevat die ze me verteld hadden. Hieruit konden ze ook opmaken of ik het begrepen had of niet. Ze hebben zelf nooit een samenvatting gegeven van hetgeen ze vertelden. Ik zou dit wel fijn hebben gevonden, aangezien ik op die manier ook nog eens had kunnen checken of ik de belangrijkste informatie ook onthouden had. Maar goed.. ik denk dat ik alles wel begrepen heb’.*

4.3 Topic 2: Het creëren van omstandigheden waarin het gesprek plaats kan vinden

Patiënt A. geeft aan: *‘Ik heb geluk dat ik op een eenpersoonskamer lig. Hierdoor heb ik veel privacy. Bij een gesprek worden de gordijnen of deur niet gesloten, maar dat is ook niet nodig. Ik had het idee dat de verpleegkundigen niet op de klok aan het kijken waren, ik kon alle tijd krijgen die ik nodig had. Ik kon al mijn vragen stellen. Daarnaast hadden de verpleegkundigen een hele sociale houding. Ze konden zich inleven in mij dan.. en ze konden zich verplaatsen in mij. Ze gunden mij de ruimte om te wennen aan alles wat ik hoorde. Dus niet dat alles maar in tempo over mee heen kwam. De verpleegkundigen maakten oogcontact met me, waren niet op de klok aan het kijken. Vooral de tijd ervoor nemen... eigenlijk vooral dat. Ze namen de tijd voor me en ik kon al mijn vragen stellen. Ik had het gevoel dat er goed naar me geluisterd werd. Wat betreft het taalgebruik praat ik met bijna alle zorgverleners dialect. De verpleegkundigen praten op heldere wijze en gebruiken geen moeilijke woorden. Het is allemaal heel begrijpelijk. Ik had het wel prettig gevonden als ze af en toe even waren komen zitten, dat geeft toch nog wat meer rust.*

4.4 Topic 3: Het betrekken van naasten van de patiënt

Patiënt A. geeft aan: *'Zij kunnen komen wanneer ze willen en kunnen contact zoeken met de collega's van deze afdeling wanneer ze willen. Ook buiten bezoektijden kunnen ze langskomen, maar dan wel het liefste even in overleg. Mijn partner werd ook betrokken bij mijn opname. Ze hoorde natuurlijk alle informatie die ze mij gaven. Hierbij werd niet alleen gekeken of ik de informatie begreep, maar ook of mijn vrouw nog vragen had. Voordat de verpleegkundige de kamer verliet, vroeg ze nog een keer aan mijn partner en mij of we nog vragen hadden. Als mijn partner 's middags op bezoek komt, kan ze altijd het personeel benaderen om haar vragen te stellen. Het is niet zo dat de verpleegkundigen speciaal langskomen omdat mijn partner op dat moment aanwezig is om nog eens bepaalde informatie samen te bespreken. Ik bespreek hetgeen ik gehoord heb met mijn partner. Indien er onduidelijkheden zijn benaderen we de verpleegkundigen. Voor ons werkt dit prima zo.*

4.5 Topic 4: Wenselijke informatieverstrekking

Patiënt A. geeft aan: *'Ik heb vanochtend toevallig een hele tijd met een collega gesproken. Ik kende haar toevallig omdat ze bij mij in de buurt woont. Dat was wel heel fijn. Het was trouwens geen collega van deze afdeling. Ze was langsgesproken omdat ze wist dat ik hier lag. Ze is even bij me komen zitten. Ik wil er ook niet een heel groot punt van maken als ik zie hoe ze hier over de afdeling rennen en reageren op piepjes hier en daar. Ik kan me voorstellen dat ze dat ook wel zouden willen, maar dat ze er weinig aan toe komen. Nu kwamen ze voornamelijk binnen als er nieuwe dingen bekend waren, met een boodschap. Ik zou het heel fijn hebben gevonden als er ook af en toe tussendoor iemand langs was gekomen, gewoon informeel. Gewoon om te vragen of ik het al een plaatsje had kunnen geven of te praten over de manier hoe ik er nu mee omga. Dus eigenlijk niet het primaire, maar meer over het gevoel. Praten over hoe ik er nu in sta. Daar zou wel wat meer ruimte voor mogen komen. Nogmaals.. ik wil er niemand over aanspreken, maar daar is weinig ruimte voor. Ik vond het trouwens wel fijn dat ze me die nieuwe dingen steeds kwamen vertellen. Hierdoor kreeg ik het gevoel dat ik betrokken werd in het geheel en kon ik meebeslissen over bepaalde dingen. Dat was wel prettig ja'.*

Bijlage 5: Uitwerking van het interview met patiënt B.

5.1 Persoonsgegevens

Leeftijd: 67 jaar

Eerdere opname in verband met cardiale klachten: nee

5.2 Topic 1: Werkelijke informatieverstrekking

Patiënt B. geeft aan: *'Gistermiddag kwam ik voor een fietstest naar het ziekenhuis. Toen ik aan het fietsen was kreeg ik echter pijn op mijn borst. Toen ben ik naar boven gebracht en op de CCU terecht gekomen. Ze hebben me toen aangesloten op de monitor. Hierbij gaf de verpleegkundige aan wat ze ging doen. Verder hebben ze natuurlijk bloed geprikt enzo. Ook hierbij hebben ze aangegeven waarom ze dit gingen doen. Tussendoor zijn ze nog even langsgesproken om te vertellen over het hartfilmpje dat ze net hadden gemaakt. Hierbij vertelden ze dat ze aan de hand van het hartfilmpje in combinatie met het bloed konden zien of het hart had geleden of niet. Dus op zich.. dat was wel goed. Ik vond dat dit wel duidelijk overkwam. Maar.. ik had nog nooit in een ziekenhuis gelegen. Ik wist helemaal niet hoe het er op een afdeling aan toe gaat. Dus ja.. ik lag er in mijn spijkerbroek en mijn vrouw die was thuis druk bezig. En toen lag ik er een beetje van.. en nu. Dat was iets minder. Ik had gehoopt dat ze op dat moment zouden vertellen wat er allemaal ging gebeuren, de basale dingen bedoel ik. Mag ik nog zelf naar het toilet? Kan ik morgen zelf douchen? Wanneer kan mijn vrouw komen? Dus ik lag daar en er werd af en toe eens gekeken naar de bloeddruk enzo. Ik denk echter wel dat als ik had aangegeven dat ik nog nooit in een ziekenhuis was geweest dat ze me wel uitleg hadden gegeven. Later op de middag is de dokter nog bij me geweest om uit te leggen wat er nu precies gebeurd was. Dat was toch wel belangrijk ja. De dokter vertelde dat het tegen een infarct aanzat. Er is hierbij niet verder ingegaan op wat dit inhield. Ik heb zelf de link gelegd dat tegen een infarct aanzitten ook te maken heeft met tegen overbelasting aanzitten en benauwdheid. De dokter heeft me wel wat uitleg gegeven, maar dat ging erg snel. En er werden moeilijke termen gebruikt, waardoor ik de informatie ook minder goed begreep. Ik vraag me eigenlijk nog steeds af wat dat nou wil zeggen 'je zit tegen een hartinfarct aan'. Hier heb ik niet meer met een verpleegkundige over gesproken. Misschien had ik dat toch moeten aangeven. Mijn buurman heeft toevallig een hartinfarct gehad. Hij zegt tegen me dat dat tegen een verstopping van het hart aanzit, dus dat er niet genoeg zuurstof bijkan. Maar hoe dat nu precies in de praktijk zit dat durf ik niet te zeggen. Ze hebben me wel verteld over het onderzoek van de kransslagaders. Dat er niets aan de hand is of iets aan de hand is en dat*

er dan een verborgen infarct kan zijn. Een verborgen infarct, weer zo 'n term. Ik vind alle benamingen een beetje vreemd, maar het kan zijn dat er geen andere term voor is. Verder heeft de verpleegkundige kort aangestipt dat er mogelijk een hartkatheterisatie plaats zou gaan vinden, maar dit zou afhankelijk zijn van wat de dokter zou zeggen. Ze heeft me ook een folder gegeven over de hartkatheterisatie zodat ik kon lezen wat dit onderzoek precies inhoud. Later vroeg ik me af wat er zou gaan gebeuren als er tijdens het onderzoek afwijkingen gevonden zouden worden. Hier is de verpleegkundige op ingegaan en heeft informatie gegeven over mogelijke uitkomsten van het onderzoek en wat er dan zou kunnen gaan gebeuren. Ze heeft me verteld over de mogelijkheid van medicatie, een dotter of operatie. Hier waren ze heel eerlijk in. Ik ben zelf een optimist, dus ik zei dat ik over twee dagen wel weer thuis zou zijn. De verpleegkundige gaf aan dat ze hier over twijfelde. Ik vond het prettig dat ze hier eerlijk over was.

Achteraf gezien had ik graag wat meer informatie gehad over de klachten zelf. Ik weet bijvoorbeeld nog niet precies waar deze klachten vanaf komen. Ja.. ze hebben verteld dat de kransslagaders verstopt kunnen zijn. Maar hoe gaat dit in zijn werk? Verder vraag ik me af of er dingen zijn waar ik op kan letten zodat de klachten niet nog een keer terugkomen. Misschien dat ze het verteld hebben, maar dan weet ik het niet meer. Ik denk dat het goed zou zijn als de verpleegkundigen af en toe eens kwamen vragen of ik de informatie begrepen had. Er komt zoveel op je af in het begin, ik heb dat niet allemaal onthouden. Als een verpleegkundige op een later moment nog eens komt kijken of ik de informatie begrepen heb en nog eens een korte samenvatting geeft van de belangrijkste punten.. ja, dat had ik wel fijn gevonden'.

Op de vraag op welke wijze rekening werd gehouden met de ervaren emoties antwoordde patiënt B.: 'Toen ik hier op de afdeling kwam vroegen ze hoe het allemaal zo gekomen was. Ik heb toen verteld dat ik niet verwacht had dat ik moest blijven en dat er een hoop op me afkwam. De verpleegkundige toonde hier begrip voor en gaf aan dat ik me geen zorgen hoefde te maken. Op een gegeven moment wilden mijn bloeddruk en pols niet zakken. De verpleegkundige vroeg ik nog ergens druk over aan het maken was. Ik zit momenteel in een lastige situatie met mijn werk in verband met andere gezondheidsklachten. Ik heb het gevoel dat ze op het werk van mij afwillen. Dat levert ook een hoop stress op. Ik vond het fijn om te merken dat er aandacht was voor mijn situatie. Ze kunnen het natuurlijk niet oplossen, maar ze bieden wel een luisterend oor. De verpleegkundige nam de tijd om naar mij te luisteren'.

5.3 Topic 2: Het creëren van omstandigheden waarin het gesprek plaats kan vinden

Patiënt B. geeft aan: *‘De manier van communiceren vond ik wel prettig. De verpleegkundigen hebben een open en vriendelijke houding. Ze waren rustig en maakten goed oogcontact. Hierdoor had ik het gevoel dat ze alle tijd voor me hadden. Wat me wel opviel is dat ze gedurende alle gesprekken bleven staan. Er is nooit iemand even bij me komen zitten. Ik begrijp dat ook wel, het is ook druk op de afdeling. Ze gaven me hierdoor trouwens niet het gevoel dat ze gehaast waren, dat moet ik erbij zeggen. Ze kwamen ook regelmatig langs om te kijken of alles nog goed was. Alleen werden soms moeilijke termen gebruikt, zoals ik net al zei. Het zou fijn geweest zijn als ze deze termen wat duidelijker hadden uitgelegd. Wat betreft de privacy waren de omstandigheden niet optimaal. Ik lag op een tweepersoonskamer, dus mijn buurman kon alles wat er gezegd was volgen. De verpleegkundige probeerde hier wel rekening mee te houden door de bedgordijnen dicht te doen’.*

5.4 Topic 3: Het betrekken van naasten van de patiënt

Patiënt B. geeft aan: *‘Toen ik hier op de afdeling lag, heb ik mijn partner gebeld om te zeggen dat het wat anders zou gaan lopen als dat we gedacht hadden. Mijn partner had het echter wel verwacht, gezien mijn klachten van de afgelopen tijd. Toen ze hier op de afdeling was kwam de dokter ook nog even langs. Hij moest toevallig bij de patiënt naast me zijn. Toen is het gesprek nog heel even op gang gekomen. Mijn partner wilde natuurlijk ook weten wat er allemaal zou gaan gebeuren. Later op de avond is ook nog een verpleegkundige bij ons gekomen. Zij heeft mijn partner toen ook uitleg gegeven over de hartkatheterisatie en de mogelijke behandelingen hierna. We zijn echter niet meer ingegaan op de hartkatheterisatie zelf. Ik had een folder gekregen die ik had gelezen. De informatie hierin was eigenlijk best wel duidelijk, maar het is toch altijd fijn om het nog even uit de mond van een ander te horen. Dat had ik wel prettig gevonden. Misschien had ik er eigenlijk ook gewoon naar moeten vragen. Ik kon altijd mijn vragen stellen. Mijn partner kon trouwens ook altijd haar vragen stellen’.*

5.5 Topic 4: Wenselijke informatieverstrekking

Patient B. geeft aan: *‘Ik heb denk ik de meeste informatie die ik nodig had wel gekregen tijdens gesprekken of gelezen in de folder. Ik had nog nooit in een ziekenhuis gelegen, dus dat was best lastig. Voor mij hadden ze wat meer mogen vertellen over het plassen in een fles en het niet mogen douchen. Voor mij zijn dat hele rare dingen. Als je daar wat meer ervaring mee hebt is dat misschien niet erg, maar ik had dat niet. Uiteindelijk kom je overal wel achter, maar voor mij had die informatie wat eerder mogen komen. Verder had ik het wel prettig*

gevonden om wat meer informatie te krijgen over mijn klachten. Ik weet bijvoorbeeld niet door welke factoren deze klachten veroorzaakt kunnen worden en bijvoorbeeld of ik zelf ook dingen kan doen of laten waardoor er minder kans is dat ik deze klachten opnieuw krijg. En ik had het fijn gevonden als toch nog even wat verteld was over de hartkatheterisatie'.

Bijlage 6: Uitwerking van het interview met collega A.

6.1 Persoonsgegevens

Aard en omvang van werk: CCU- verpleegkundige

6.2 Topic 1: Werkelijke informatieverstrekking

Collega A. geeft aan: *‘Als patiënten hier op de CCU worden opgenomen zijn ze vaak aan het wachten op de tweede enzymen of worden ze behandeld met nitroglycerine. Dit is afhankelijk van de klachten van de patiënt. De informatie die ik verstrek bij opname is eigenlijk afhankelijk van de patiënt zelf. Allereerst sluit ik de patiënt aan op monitor. Tijdens het aansluiten vertel ik al dat ik de patiënt aansluit op de monitor waardoor we het hartritme in de gaten kunnen houden. Ook geef ik aan dat we op de monitor niet kunnen zien of hij pijnklachten heeft en dat hij dit duidelijk zelf moet aangeven en dat we op dat moment een hartfilmpje maken waarop misschien veranderingen te zien zijn die wel heel belangrijk zijn. Op dat moment vertel ik eigenlijk alleen maar wat we doen. Vaak zijn mensen dan toch al onder de indruk. Dan komt informatie vaak niet binnen. Ik laat de patiënt eerst even wennen. Als ze op rust zijn, dan geef ik meer informatie. Ook kan het zijn dat ze zelf al vragen stellen: ‘hoe kan het nou dat het mij nu gebeurt?’ . Dan ga ik er wel dieper op in. Meestal ga ik er echter niet meteen dieper op in, hiervoor moeten eerst de klachten gezakt zijn en wat rustiger zijn. Dan ga ik er vaak pas dieper op in. Dit kan zijn tijdens een anamnese. Dan vraag je sowieso al of een patiënt rookt of drinkt. Het gewicht is gelijk zichtbaar en ook wordt ingegaan op het voorkomen van hartziekten in de familie. Vaak komt dit gedurende het gesprek al naar voren. Als naar voren komt dat risicofactoren aanwezig zijn diep ik die gelijk verder uit. Vaak geef ik dus eigenlijk uitleg tijdens een dergelijk gesprek of als ik zo met de patiënt bezig ben. Als ik merk dat de patiënt erg weinig van zijn ziekte afweet, vertel ik in korte lijnen wat de risicofactoren zijn en dan ga ik altijd hiernaast op afdeling A1 langs om een informatiefolder te pakken over angina pectoris, de klachten bij een patiënt. Dan zeg ik tegen de patiënten dat ze deze maar eens moeten doorlezen en als er vragen zijn dan mogen ze die altijd stellen. Soms geef ik ook een korte toelichting. Dan hebben ze in ieder geval al informatie gehad, vaak hebben patiënten daar behoefte aan. Sommige patiënten helemaal niet, die willen er niets van weten. Het ligt dus ook een beetje aan de patiënt zelf. Wanneer ik merk dat patiënten er weinig behoefte aan hebben wacht ik vaak ook heel even af wat de bloedsuikerslagen doen. Als deze negatief zijn en de patiënt heeft al gefietst dan ga je er anders mee om dan wanneer de enzymen en het troponine positief zijn. Alleen... als ik merk dat*

patiënten bepaalde risicofactoren hebben, zoals roken, dan zeg ik al gelijk: 'zult u daar niet mee stoppen' of 'dan bent u bij deze gestopt' of als mensen overgewicht hebben dan geef ik dat wel aan op een genuanceerdere manier. Vaak komen vragen er later ook pas uit. Dan gaan patiënten malen en denken. Dit komt vaak sprekenderwijs eruit wanneer ik bij mensen terugkom om een anamnese af te nemen, lab af te nemen of de controles te doen. Ik vind het wel belangrijk dat patiënten goed geïnformeerd zijn, aangezien ze dan beter kunnen meedenken en meebeslissen over hun ziekteproces'.

Naar aanleiding van een vraag met betrekking tot de wijze waarop rekening gehouden wordt met de informatiebehoefte van de patiënt geeft collega A. aan: *'Ik vraag altijd aan de patiënt of hij er al wat van weet. Eigenlijk is dat wat ik al zei. Als je merkt dat de patiënt er helemaal niets van wil weten dan ben je ook wat terughoudender met informatie geven, want dat willen ze toch niet opnemen. Je kunt wel iets kort aanstippen, maar meestal nemen ze dat toch niet op. Ik geef wel altijd het boekje mee, maar het is aan de patiënt of hij het daadwerkelijk leest. Dat is eigen verantwoording. Ik koppel het wel altijd terug. Dan vraag ik aan de patiënt of hij wat meer wil weten. Sommige zijn heel blij met het boekje en andere willen er nog even niets van weten.*

Op de vraag in welke mate de patiënt betrokken wordt in een gesprek antwoordt collega A.: *'Helemaal niet. Nee.. het is een wisselwerking. Door middel van het vragen van de risicofactoren betrek je ze al. Hiermee zet je de patiënt ook al vaak aan het denken. Ook vraag ik of ze er al wat vanaf weten en of ze weten wat er allemaal verteld is. Vaak vertelt de arts het wel, maar dat komt gewoon niet binnen. Op een later moment pak ik dit dan wel eens terug met de patiënt. Dan vraag ik of de informatie duidelijk was. Als dit niet zo was, geef ik nogmaals uitleg'.*

Op de vraag hoe collega A. omgaat met emotionele patiënten antwoordde collega A.: *'Dan sluit ik heel even kort waarom hij emotioneel is. Is hij zelf geschrokken van de situatie of is er misschien iets in de thuissituatie waar hij het moeilijk over heeft. Dus ik sluit even kort waarom hij zo emotioneel regeert. Dan zeg ik: 'ik zie dat het u heel veel doet. Waar ligt dat aan? Of wat is er aan de hand?'. Dan komt het verhaal vanzelf op gang en dan hoor je vanzelf wat er precies aan de hand is. Dan probeer ik de patiënt gerust te stellen of wat meer informatie te geven zodat het allemaal wat duidelijker wordt.*

6.3 Topic 2: Het creëren van omstandigheden waarin het gesprek plaats kan vinden

Collega A. geeft aan: *'Dat is hier wat minder hè. Als de patiënt op een tweepersoonskamer ligt is dat heel vervelend voor de patiënt. Ik probeer hier rekening mee te houden door de*

gordijnen dicht te trekken. Maarja.. de andere patiënt krijgt toch alles te horen. Maar als de patiënt aan de monitor ligt dan houdt het op, dan kan het bijna niet op een andere manier. Verder probeer ik altijd een open houding aan te nemen en een samenwerkingsrelatie op te bouwen met de patiënt. Ook vaak erbij gaan zitten of op het bed gaan zitten of op een stoel ernaast gaan zitten. Daarnaast vind ik het belangrijk om oogcontact te maken met de patiënt en duidelijk te spreken. Je moet geen moeilijke termen gebruiken maar de informatie zo geven dat de patiënt het goed kan begrijpen. Ik vind het belangrijk te laten merken dat je tijd voor de patiënt hebt. Of onder het verzorgen kan ook. In ieder geval een moment dat je echt even tijd hebt voor de patiënt'.

6.4 Topic 3: Het betrekken van naasten van de patiënt

Collega A. geeft aan: 'Dat ligt eraan. Soms heb je een informatiegesprek waarbij de familie nog aanwezig is omdat deze ook veel vragen hebben. Als een anamnese gesprek wordt gehouden is er vaak geen naaste bij betrokken. Vaak is het echter ook in een gesprek door te vragen hoe de partner erop reageert en er mee omgaat of het zijn oudere mensen waar wel de familie bij betrokken moet worden. Dan neem je vaak de anamnese af met de familie samen. Ik wacht dan tot de familie aanwezig is of ik geeft het anamneseformulier al aan de patiënt dat de familie dit in kan vullen, zodat ze al kunnen zien wat ze kunnen invullen en aan kunnen geven of er in de thuissituatie hulp nodig is. Als de familie dan aanwezig is koppel ik dit terug met hen. Laatst hadden we een patiënt met de ziekte van Parkinson. Hierdoor ging hij geestelijk en lichamelijk erg achteruit. Je merkte heel goed dat er een discrepantie was tussen de man en de vrouw. Ze praatten niet samen. Dit was heel erg te merken. Het is dan heel fijn als je als tussenpersoon kunt fungeren om het gesprek tussen hun eens op gang te brengen. Dus ook op deze manier kun je wat betekenen voor de patiënt en hun naaste'.

6.5 Topic 4: Wenselijke informatieverstrekking

Collega A. geeft aan: 'Wat goed gaat op de afdeling wat betreft de informatieverstrekking..dat we allemaal werken volgens het opnameprotocol en dit aangeven aan de patiënt. We beginnen allemaal met het aansluiten van de patiënt op de monitor. Hierbij geven we aan waarom we dit doen. We zijn allemaal goed op de hoogte van wat er dient te gebeuren en vertellen dit ook aan de patiënt. Er zijn echter ook verbeterpunten. Ik vind dat we vaker bij de patiënt langs kunnen gaan om een praatje te maken. We gaan te weinig naar de patiënten toe, terwijl hier wel tijd voor is. Als het druk is in een ochtenddienst schiet dit er wel eens bij in. Tijdens een avonddienst is hier meestal echter tijd genoeg voor. Door een praatje te maken

met de patiënt komen vragen en zorgen van de patiënt naar boven waar we vervolgens op in kunnen gaan. Dit is natuurlijk afhankelijk van de patiënt. Sommige patiënten zijn heel gesloten, andere uiten hun zorgen makkelijk. Door middel van het maken van een praatje gaan ook meer gesloten patiënten zich misschien wat meer uiten, zodat je ook op hun behoeften kunt inspelen. Sommige collega's doen dit wel, andere in mindere mate. Naar mijn idee mag dit echter nog meer gebeuren. Ik denk dat het te maken heeft met de attitude van de collega's. Op bepaalde momenten is er namelijk tijd genoeg. Ik vind trouwens ook dat er meer gebruik gemaakt kan worden van de aanwezige informatiefolders. Deze worden vaak niet verstrekt aan de patiënt. Door deze wel aan te bieden kan de patiënt de verstrekte informatie nogmaals lezen'.

Bijlage 7: Uitwerking van het interview met collega B.

7.1 Persoonsgegevens

Aard en omvang van werk: CCU- verpleegkundige

7.2 Topic 1: Werkelijke informatieverstrekking

Collega B. geeft aan: *'Allereerst hebben wij folders op de afdeling die over een opname op de CCU gaan. Hierin wordt echter alleen algemene informatie vermeld, zoals de bezoektijden en telefoonnummers van de afdeling en het adres van het ziekenhuis. Deze folder geef ik wel altijd, maar hier stopt het niet bij. Het is namelijk erg makkelijk om mensen een folder in de handen te duwen en dan te zeggen: 'Hier staat alles in. Als er nog vragen zijn hoor ik het wel.'* Triest genoeg gaat het zo vaak wel. *Geef maar een folder. Dat kost geen tijd, want we hoeven niet met de patiënt te praten. Ik denk dat het juist bij een patiënt die wordt opgenomen in verband met angina pectoris of een acuut* coronair syndroom *erg belangrijk is om de patiënt goed te informeren en hierbij te kijken naar zijn persoonlijke medische situatie. Een patiënt die opgenomen wordt met een acuut coronair syndroom heeft veel onzekerheden en ook voor de verpleegkundige is nog lang niet duidelijk wat er nu precies aan de hand is met de patiënt. Heeft de patiënt een infarct? Zijn er vernauwingen? Is het angina pectoris of zijn het toch maag- of slokdarmklachten? Een patiënt wil graag antwoorden en die kun je op dit moment nog niet geven. Het belangrijkste in de informatieverstrekking naar de patiënt met angina pectoris klachten is dat je eerlijk bent en dat je het verloop van de opname uitlegt. Wat gaat er gebeuren? Waarom prikken we pas na 6 uur weer bloed? Waarom maken we steeds weer een ECG. Het is ook heel belangrijk aan te geven wat er van de patiënt verwacht wordt. Ik vertel altijd dat de patiënt aan de bel moet trekken als hij klachten ervaart. Hierdoor voelt de patiënt zich ook extra betrokken bij het ziek zijn, aangezien hij een 'opdracht' krijgt. Het belangrijkste in de informatieverstrekking vind ik dat we de patiënt niet teveel onnodige informatie moeten geven. Hou het beknopt, ben eerlijk en controleer of de patiënt de informatie begrepen heeft.*

Voor mij begint de opbouw van het gesprek gelijk bij het eerste contact. Vrijwel meteen probeer ik het niveau van de patiënt die ik voor me heb in te schatten. Dit doe ik door middel van het stellen van vragen. Bent u bekend bij de cardioloog? Gebruikt u medicatie? Zo ja, waarvoor zijn deze? Hieruit kan ik veel afleiden. Is de patiënt betrokken bij zijn ziek zijn of niet? Moet ik simpel blijven in mijn uitleg of kan ik er dieper op in gaan door bijvoorbeeld de anatomie van het hart uit te leggen? Om een voorbeeld te geven.. Sommige patiënten vinden

het tijdens een opname fijn te horen wat je allemaal gaat doen en waarom je dit doet, andere patiënten worden hier juist nerveus van. Ik probeer hier altijd rekening mee te houden. Een gesprek kan dus verschillend verlopen. Ik leg iedere keer uit waarom ik iets ga doen en wat er gaat komen. Als ik merk dat de patiënt hier zenuwachtig van wordt, doe ik mijn ding en ga ik later pas uitleggen wat er nog gaat komen of wat ik zojuist gedaan heb. Ik sluit altijd af met het controleren of de patiënt de informatie begrepen heeft. Ik vraag aan de patiënt of hij mij kort kan uitleggen waarom hij nu opgenomen is. Als de patiënt dit na kan vertellen, zit het goed. Kan de patiënt het niet navertellen dat weet je dat hij of zij het nog niet volledig begrepen heeft. Dan leg ik de situatie nogmaals uit.

Nogmaals, bij het geven van informatie is de persoonlijke medische situatie van de patiënt erg belangrijk. Je moet niet teveel vertellen en geen informatie geven die niet van toepassing is op de patiënt. Is de patiënt bijvoorbeeld een sporter, dan ga ik niet uitgebreid over het effect van bewegen praten. Dit is onnodige en overbodige informatie.

Ik maak vaak gebruik van voorbeelden. Bij patiënten met een gebroken arm, zie je dat aan de buitenkant. Bij patiënten met een hartziekte zie je dit echter niet. Patiënten zijn hierdoor vaak geneigd gelijk teveel te willen, aangezien niemand 'ziet' dat ze ziek zijn. Hierbij gebruik ik vaak het voorbeeld van een korstje. Als je je arm stoot komt hier een korstje op. Indien je gelijk veel gaat bewegen en je je arm stoot, gaat het korstje weer open. Dit is hetzelfde bij het hart. Indien een patiënt een stent heeft gekregen, vertel ik altijd dat dit ook een wondje heeft veroorzaakt aan de binnenkant van de kransslagaders. Als de patiënt gelijk veel gaat doen kan dit wondje weer 'opengaan'. Hierdoor begrijpen patiënten het vaak beter, waardoor ze zich beter houden aan de adviezen die ik geef.

Op de vraag hoe collega B. zich voor bereid op een gesprek met de patiënt antwoordde collega B.: 'Een standaard vorm van voorlichtingsgesprek werkt voor mij dan ook niet. Ik bereid me dan ook nooit voor op een gesprek. Ik vertel niet standaard bepaalde informatie. Het ligt aan de patiënt en zijn familie hoe ik de patiënt benader. Bij de ene patiënt ben ik juist heel direct, bij de ander moet ik voorzichtig beginnen en met stappen werken. Vaak spreek ik wel met de patiënt af dat ik morgen terugkom op het gesprek en dat ik dan bijvoorbeeld ook wat meer over de voeding ga vertellen. Is een patiënt echter niet geïnteresseerd, dan houdt het voor mij ook snel op. Er moet wel een motivatie zijn natuurlijk. Natuurlijk controleer ik later of de desinteresse misschien te maken kan hebben gehad met een ontkenning van het ziek zijn. Dan probeer ik meestal op een later tijdstip of op een andere dag nog eens een opening te vinden voor een gesprek'.

Op de vraag hoe collega B. omgaat met de emotionele situatie van de patiënt antwoordde collega B.: *‘ Meestal wacht ik dan met het geven van informatie. Ik beperk me dan tot het hoogstnoodzakelijke. Ik geef dan altijd aan wat ik op dat moment ga doen. Hierbij vertel ik ook wat ik van de patiënt verwacht, bijvoorbeeld dat hij belt wanneer hij klachten geeft. Verder geef ik geen informatie. Ik ga dan niet de anatomie van het hart uitleggen, dat heeft geen zin. De patiënt onthoudt dat niet op dat moment. Meestal ga ik de dag erna terug. De situatie heeft zich dan wat gelegd. Dan geef ik meer informatie ’.*

7.3 Topic 2: Het creëren van omstandigheden waarin het gesprek plaats kan vinden

Collega B. geeft aan: *‘Ik zorg altijd dat ik een rustige omgeving om me heen heb. Dit probeer ik te krijgen door de bedgordijn te sluiten, zodat andere collega’s of andere patiënten mij ook niet kunnen storen. Meestal zet ik me naast de patiënt op een stoel of een kruk. Rust zorgt ervoor dat de patiënt niet wordt afgeleid en dat zijn aandacht alleen maar bij mijn verhaal is. Ik praat ook niet alleen. Ik stel ook vragen om te controleren of de patiënt misschien al iets van het onderwerp afweet, zodat ik daar op kan inspelen. Regelmatig herhaal ik even wat ik uitgelegd heb en zorg ik voor korte pauzes, zodat de patiënt en zijn familie ook ruimte krijgen om te reageren of om vragen te stellen. Het gebeurt ook vaak dat ik patiënten iets duidelijk maak doormiddel van een tekening, bijvoorbeeld door de kransslagaders te tekenen ’.*

7.4 Topic 3: Het betrekken van naasten van de patiënt

Collega B. geeft aan: *‘Ik betrek gelijk bij opname de familie van de patiënt indien deze aanwezig zijn. Vaak is de partner juist meer betrokken bij het ziek zijn of de medicatie van de patiënt. De partner is vaak ook meer nieuwsgierig of ongerust hoe het gaat. Bovendien denk ik altijd maar: ‘met meerdere mensen hoor en onthoud men ook meer. Ik betrek de naasten van de patiënt door tijdens het geven van informatie niet alleen de patiënt aan te kijken, maar ook de naasten die aanwezig zijn. Daarnaast geef ik de familieleden altijd de folder waar ik het in het begin over had. Dan hebben ze in ieder geval de adres- en telefoongegevens. Bovendien geef ik ook de familie de ruimte om vragen te stellen en vraag ik bij de afsluiting van het gesprek altijd of er nog vragen zijn. Indien naasten van de patiënt op visite komen, loop ik vaak ook even binnen. Indien de familie nog vragen heeft, kunnen ze die op dat moment aan me stellen. Verder kunnen naasten natuurlijk altijd naar me toe komen om eventuele vragen te stellen.*

7.5 Topic 4: Wenselijke informatieverstrekking

Collega B. geeft aan: *'Ik denk dat we vaker moeten controleren of de patiënt de informatie begrepen heeft. Niet alleen de informatie die wij geven, maar ook de informatie die de arts geeft. Ik merk dat artsen vaak met vaktal spreken. Aan het gezicht van de patiënt zie ik vaak al of hij de informatie begrijpt of niet. Indien dit niet het geval is, spreek ik meestal af dat ik later nog eens terugkom om te praten over hetgeen net besproken is. Dit moeten we vaker doen, ook bij de informatie die we zelf geven. Het is belangrijk dat de patiënt de informatie goed begrijpt, hij moet er immers verder mee. Dit is ook belangrijk voor bijvoorbeeld de therapietrouw. Ik heb al een aantal keer meegemaakt dat patiënten bepaalde informatie over medicatie niet goed begrepen hadden en daardoor medicatie niet hadden ingenomen. Vaak geven patiënten dan aan dat ze zich goed voelen en de medicijnen niet meer nodig hebben. Het is belangrijk vooraf goed te controleren of de patiënt begrepen heeft dat de medicatie ook dient om te voorkomen dat de klachten nogmaals optreden. Daarnaast denk ik dat we geneigd zijn teveel te vertellen. Minder is vaak veel efficiënter. Ik heb inmiddels gemerkt dat patiënten vooral duidelijkheid willen. Aan alle achtergrondinformatie over bijvoorbeeld het maken van een ECG of de waarden van de bloeddruk heeft de patiënt soms geen informatie. Ik zeg dan altijd dat de bloeddruk goed is. Als een patiënt er wat meer vanaf weet, zal hij vanzelf vragen hoe hoog de bloeddruk dan is. Als de patiënt meer wil weten, stellen ze wel vragen. Het geven van teveel informatie werkt averechts. Dit wekt onrust op bij patiënten'.*

Bijlage 8: Uitwerking van de eigen observaties in september en oktober 2013

Uit de observaties komt naar voren dat de geobserveerde collega's allemaal informatie verstrekten over de handelingen die ze gingen uitvoeren, waarbij ze het belang van deze handelingen aangaven. De collega's hadden een open, vriendelijke houding en maakten geen gebruik van jargon. Ook werd rekening gehouden met de privacy van de patiënten door middel van het sluiten van de bedgordijnen. De CCU- verpleegkundigen stonden gedurende het gesprek naast het bed van de patiënt. Indien naasten van de patiënt aanwezig waren, werden zij betrokken in het gesprek. Dit bereikten de CCU- verpleegkundigen door middel van het maken van oogcontact en het ingaan op de vragen van de naasten. Aan het einde van het gesprek werd gevraagd of de patiënt en diens partner nog vragen hadden. Gedurende het gesprek werden de patiënt en diens naasten gestimuleerd vragen te stellen. Wat betreft de voorbereiding op het gesprek vroegen de verpleegkundigen voorafgaand aan de overname naar de klachten waarmee de patiënt werd opgenomen. Een enkele keer las de CCU- verpleegkundige de overdrachtspapieren of kreeg zij een korte overdracht van een collega. Gedurende de geobserveerde gesprekken kwamen wisselende thema's naar voren. In een aantal gevallen werd direct informatie verstrekt over het ontstaan van de klachten, de risicofactoren en het te volgen beleid. In andere gevallen werd besproken wat er op dat moment stond te gebeuren en werd nog geen verdere informatie verstrekt. Dit was ook afhankelijk van de emotionele situatie van de patiënt. De ene collega stond stil bij deze emoties, ging hier dieper op in en verstreekte extra informatie. In andere gevallen werd kort bij de emoties stilgestaan en gaven collega's aan dat het nog niet zinvol was om informatie te verstrekken, aangezien de patiënten deze informatie op dat moment niet zouden opnemen. Het verstrekken van informatiefolders als aanvulling op de mondelinge informatie gebeurde in wisselende mate. Sommige patiënten ontvingen wel folders, anderen niet. Ook het samenvatten van de verstrekte informatie gebeurde niet altijd. Sommige collega's gaven aan het einde van het gesprek een samenvatting van de belangrijkste gespreksthema's, andere collega's deden dit niet. Een aantal verpleegkundigen vroegen aan het einde van het gesprek of de patiënt de informatie kort wilde samenvattingen. Op deze manier controleerden zij of de patiënt de informatie begrepen had. Tijdens de geobserveerde gesprekken werd niet aan de patiënt gevraagd aan welke informatie hij behoefte zou hebben.

Bijlage 9: Interviewschema analyse doelgroep en setting

9.1. Introductie

Centrale vraagstelling interview: Welke bevorderende en belemmerende factoren kunnen van invloed zijn bij dit implementatietraject?

Doel interview: inzicht krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren die het implementatietraject kunnen beïnvloeden.

Tijdsduur: circa 30 minuten

Privacy: bespreken op welke wijze de gegevens anoniem gemaakt worden. Tevens wordt besproken op welke wijze de gegevens definitief gemaakt worden.

Aangeven dat er audio-opnames gemaakt worden. Tevens dient de respondent zo eerlijk mogelijk te antwoorden, aangezien op deze wijze de meest betrouwbare gegevens verzameld kunnen worden.

9.2 Persoonsgegevens

Aard en omvang van het werk.

9.3 Topiclijst

Individuele factoren

- Signaleren van nieuwe inzichten en het verwerken van kennis
- Informatie- en leergedrag
- Inzicht in eigen prestaties en besliskundige stijl
- Intentie om een bepaalde gedragsverandering te realiseren
- Attitude van personeel ten opzichte van een vernieuwing routines

Beginvraag:

- Kunt u mij iets vertellen over mogelijke individuele factoren die een bevorderende of belemmerende rol kunnen spelen bij deze implementatie?

Sociale factoren

- doelgerichtheid team
- psychologische veiligheid om zich te kunnen uiten
- visie van het team

- gevoel van veiligheid om inbreng te hebben en actief deel te nemen
- sleutelfiguren

Beginvraag:

- Kunt u mij iets vertellen over mogelijke sociale factoren die een bevorderende of belemmerende rol kunnen spelen bij deze implementatie?

Organisatorische factoren

- differentiatie in functies
- innovativiteit

Beginvraag:

- Kunt u mij iets vertellen over mogelijke organisatorische factoren die een bevorderende of belemmerende rol kunnen spelen bij deze implementatie?

Maatschappelijke factoren

- beleid van de beroepsgroep
- financiële prikkels
- wet- en regelgeving

Beginvraag:

- Kunt u mij iets vertellen over mogelijke maatschappelijke factoren die een bevorderende of belemmerende rol kunnen spelen bij deze implementatie?

9.4 Afsluiting

Samenvatting

Heeft de respondent nog iets gemist of wil hij nog wat toevoegen?

Respondent wordt bedankt voor de medewerking aan het interview.

Hoe heeft de respondent het interview ervaren?

Zijn er aandachtspunten voor een volgend gesprek?

Terugkomen op de gemaakte afspraken.

Bijslage 10: Samenvatting van de interviews over de analyse van doelgroep en setting

10.1 Persoonsgegevens

Aard en omvang van werk: alle vier de respondenten zijn CCU- verpleegkundige.

10.2 Topic 1: individuele factoren

Uit de interviews komt naar voren dat de CCU-verpleegkundigen goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden om (wetenschappelijke) informatie te vinden. Eén collega geeft aan: *‘Als ik iets niet weet, ga ik dit opzoeken in de literatuur. Ik vind het belangrijk om veilig te kunnen werken en kennis over de uit te voeren werkzaamheden hoort hierbij. Ik weet waar ik informatie kan vinden, bijvoorbeeld in een databank of vaktijdschrift. Collega’s weten dit ook en zoeken ook naar informatie indien aspecten onbekend zijn’*. Daarnaast volgen de CCU-verpleegkundigen regelmatig bijscholing en wonen zij symposia bij. De geïnterviewde collega’s geven aan het prettig te vinden wanneer informatie met betrekking tot nieuwe literatuur of vernieuwingen verteld wordt. Eén collega geeft aan: *‘Ik vind het fijn als informatie actief verteld wordt. Dit blijft me beter bij dan wanneer ik informatie zelf lees’*. Daarnaast zijn een aantal CCU-verpleegkundigen lid van de beroepsvereniging, waardoor zij het tijdschrift ‘cordiaal’ ontvangen en lezen. Door de geïnterviewde collega’s wordt aangegeven dat informatie die wordt verkregen op symposia of door het lezen van vaktijdschriften niet wordt overgedragen aan andere collega’s. Eén collega vertelt: *‘Informatie wordt niet onderling verteld, dat leeft hier op de afdeling niet’*. Tevens geven de CCU-verpleegkundigen aan dat een kennistekort bestaat ten aanzien van het belang en de inhoud van een goede informatieverstrekking aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met AP. Eén collega zegt: *‘We verstrekken allemaal informatie. We doen dit echter op onze eigen manier, hier zit geen wetenschappelijke onderbouwing achter’*. Door de CCU-verpleegkundigen wordt aangegeven dat iedereen goed zijn eigen grenzen kent en deze duidelijk aangeeft. De CCU-verpleegkundigen kennen hun eigen zwakke en sterke punten en raadplegen elkaar indien vraagstukken bestaan. Er wordt aangegeven dat er verbeterpunten zijn ten aanzien van de informatieverstrekking aan patiënten met angina pectoris. Eén collega vertelt: *‘Ik denk dat de informatieverstrekking aan patiënten die hier worden opgenomen met AP zeker beter kan’*. Ten aanzien van de bezuinigingen worden minder CCU-verpleegkundigen ingezet tijdens een dienst, waardoor de werkdruk kan stijgen. De CCU-verpleegkundigen geven aan dat het soms erg druk is op de afdeling, waardoor het verstrekken van informatie in het geding komt. Eén van de CCU-verpleegkundigen geeft aan:

‘Soms is het zó druk op de afdeling, dat ik helemaal niet toe kom aan het verstrekken van informatie aan de patiënt’. Indien het echter rustig is op de afdeling, hebben de verpleegkundigen wel voldoende tijd voor het voeren van een informatief gesprek. De geïnterviewde collega’s geven aan dat er vaak weerstand bestaat ten aanzien van een vernieuwing. Eén van de collega’s geeft aan: *‘Veranderingen zullen moeten. Op de afdeling worden voorstellen voor een verandering vaak gelijk naar beneden gehaald. Er wordt dan geen discussie gevoerd. Hierover bestaat trouwens verdeeldheid binnen de afdeling. Sommige collega’s staan wel open voor veranderingen, andere echter niet. Daarnaast komt het ook vaak voor dat we een verandering als team belangrijk vinden, maar dat het daarbij blijft. Er is dan niemand die aan de slag gaat met deze verandering, waardoor er niets gebeurt. Het komt moeilijk van de grond. Het is wel zo dat kleine veranderingen makkelijker van de grond komen dan grote veranderingen. Kleine veranderingen zijn vaak snel zichtbaar. Bij grote veranderingen wordt het resultaat vaak pas laat zichtbaar’.*

10.3 Topic 2: sociale factoren

De geïnterviewde CCU-verpleegkundigen geven aan dat binnen het team een visie en doelstellingen zijn geformuleerd. Er is echter geen planning om deze doelstellingen te bereiken. Eén collega vertelt: *‘We hebben een visie en doelstellingen opgesteld met ons team. Er ligt echter geen planning hoe we deze doelen en visie willen bereiken. Op de afdeling worden vaak individuele doelen gesteld. Dingen worden verwezenlijkt door onvrede van anderen. Hierbij wordt een plan ontwikkelt wat in stappen uitgevoerd wordt. Een dergelijk proces gaat met kleine stappen vooruit, omdat er meestal geen duidelijke kartrekker aanwezig is’.* Ten aanzien van de veiligheid om zich te uiten binnen een team heerst verdeeldheid. Twee collega’s geven aan zich veilig te voelen om hun ideeën te uiten. Zij geven aan dat er geluisterd wordt naar de ideeën. Eén collega geeft echter aan zich niet veilig te voelen om zich te kunnen uiten. Deze collega geeft aan: *‘Ik durf niet altijd te zeggen wat ik vind. Er wordt vaak negatief gereageerd op een voorstel voor een verandering’.* De CCU-verpleegkundigen geven aan dat op de CCU een klimaat heerst waarin collega’s elkaar niet aanspreken op elkaars gedrag. Tevens zijn er een aantal verpleegkundigen die moeilijk van een andere visie te overtuigen zijn. Daarnaast wordt door de CCU-verpleegkundigen aangegeven dat er op de CCU een aantal aandachtsgebieden geformuleerd zijn. Ten aanzien van de informatieverstrekking zijn ook twee aandachtsfunctionarissen aanwezig.

10.4 Topic 3: organisatorische factoren

De CCU-verpleegkundigen geven aan dat het ziekenhuis als organisatie openstaat voor vernieuwingen. Daarnaast staan ook een aantal collega's achter het implementatietraject. Eén collega geeft aan: *'Ik vind het belangrijk om te weten waar ik op moet letten bij het geven van informatie. Daardoor kan ik effectiever informatie verstrekken. Hier heeft de patiënt ook alleen maar voordeel van'*. De CCU-verpleegkundigen geven aan dat er ook een aantal collega's sceptisch zijn over verbeteringen en kwaliteitsprojecten. Eén collega vertelt: *'Niet iedereen staat open voor verbeteringen. Vooral grote veranderingen gaan moeizaam. Dit kost veel tijd en het resultaat is vaak pas laat zichtbaar. Sommige collega's geven aan dat het toch geen zin heeft om dat allemaal te gaan doen'*. De CCU-verpleegkundigen vertellen dat er weinig differentiatie bestaat in functies. Eén collega vertelt: *'We hebben allemaal de opleiding gedaan tot CCU-verpleegkundige. Er zijn aandachtsvelden aanwezig. Vele van ons zijn betrokken bij een aandachtsveld of werkgroep. Dit is echter geen differentiatie in functie'*. Daarnaast wordt door de CCU-verpleegkundigen aangegeven dat er wel eens nieuwe producten van buitenaf geïntroduceerd worden. Hier staan de CCU-verpleegkundigen ook voor open. Eén collega vertelt: *'Er worden steeds nieuwe en betere producten gemaakt. Af en toe komen mensen uitleg geven over deze producten en de producten introduceren op onze afdeling. Als we het product ook echt krijgen vind ik dit wel fijn, omdat we dan meteen uitleg krijgen over de manier waarop we het product moeten gaan gebruiken'*. Ten aanzien van de beschikbare faciliteiten wordt door een CCU-verpleegkundige aangegeven dat het lastig is dat het rapportageveld ten aanzien van de informatieverstrekking in het rapportagesysteem ontbreekt. Deze collega zegt: *'Er wordt weinig gerapporteerd over het geven van informatie. Ik doe dit zelf ook niet, omdat er geen apart veld is voor het rapporteren. Hierdoor denk ik er niet aan. Ik zou het fijn vinden als er een rapportageveld zou komen'*.

10.5 topic 4: maatschappelijke factoren

De CCU-verpleegkundigen geven aan dat er ten aanzien van het doorvoeren van veranderingen ten aanzien van het verstrekken van informatie geen belemmeringen of bevorderingen ervaren worden met betrekking tot de wet- en regelgeving. Eén collega zegt: *'De informatieplicht is vastgelegd in de wet. De manier waarop die informatie gegeven dient te worden is echter niet vastgelegd. Ik zou niet weten welke relatie er zou bestaan tussen deze implementatie en de wet- en regelgeving'*. Ook ten aanzien van de financiële prikkels kunnen de CCU-verpleegkundigen geen bevorderende of belemmerende factoren aangeven. Eén collega geeft aan: *'Het verbeteren van de informatieverstrekking heeft naar mijn idee geen*

financiële consequenties. Bij het verstrekken van informatie worden geen materialen gebruikt die geld kosten. Ja, alleen de informatiefolders, maar deze zijn al aanwezig. Er zullen geen nieuwe kosten zijn. De manier waarop informatie wordt verstrekt kost geen geld'.

De CCU-verpleegkundigen geven aan dat er vanuit de beroepsorganisatie niet gewerkt wordt aan het verbeteren van de informatieverstrekking in de zorg. Eén van de collega's geeft aan: *'Vanuit de beroepsorganisatie wordt niet gewerkt aan het verbeteren van de informatievoorziening'.*

Bijlage 11: Informatiedocument met betrekking tot de wenselijke en feitelijke situatie

De wenselijke situatie ten aanzien van de informatieverstrekking aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met angina pectoris

In de leertaak ontwerper (Lamkin, 2013a) en de praktijkproef ontwerper (Lamkin, 2013b) van differentiatie twee heb ik de wenselijke situatie ten aanzien van de informatieverstrekking aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met angina pectoris onderzocht. Ik heb de wenselijke situatie beschreven aan de hand van evidence based literatuur, informatie die ik heb verkregen uit interviews met diverse collega's en patiënten en aan de hand van observaties. Allereerst heb ik evidence based literatuur gezocht op basis waarvan ik topiclijsten heb samengesteld voor de interviews. In deze topiclijsten waren naast topics over de feitelijke situatie ook topics opgenomen met betrekking tot de wenselijke situatie.

In het kader van het inwerken in mijn stage heb ik gedurende de eerste zes weken van de stageperiode collega's geobserveerd tijdens het voeren van een informatief gesprek. Hierbij heb ik gelet op de communicatie met de patiënt, de houding van de zorgverlener ten opzichte van de patiënt, welke informatie verstrekt werd, de structuur van het gesprek en op welke wijze omgegaan werd met emoties van de patiënt. Nadat ik een collega geobserveerd had, heb ik steekwoorden opgeschreven over hetgeen me was opgevallen gedurende het gesprek. De aspecten die naar voren kwamen uit de interviews en observaties vormen een aanvulling op de gevonden evidence based literatuur.

In de literatuurstudie (Lamkin, 2013c) van major 1 heb ik de wenselijke situatie verder uitgewerkt aan de hand van wetenschappelijke en conceptuele literatuur.

De feitelijke situatie ten aanzien van de informatieverstrekking aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met angina pectoris

In de praktijkproef ontwerper (Lamkin, 2013b) van differentiatie twee heb ik onder andere de feitelijke zorgverlening beschreven. Ik heb de feitelijke situatie beschreven aan de hand van de informatie die ik heb verkregen uit interviews met collega's en patiënten en aan de hand van observaties. De topiclijsten die ik gebruikt heb voor de interviews, zijn gebaseerd op de literatuur omtrent de wenselijke situatie. In tabel 1 worden de wenselijke en werkelijke situatie weergegeven ten aanzien van het verstrekken van informatie aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met angina pectoris.

Informatie- verstrekking	Wenselijke situatie	Feitelijke situatie
Vorbereiding	- de zorgverlener leest gegevens met betrekking tot de sociale en medische achtergrond van de patiënt; - de zorgverlener informeert naar de aanwezigheid van naasten; - de zorgverlener legt het belang van de informatieverstrekking uit.	- de zorgverleners lezen niet altijd gegevens met betrekking tot de sociale en medische achtergrond van de patiënt; - de zorgverleners informeren naar de aanwezigheid van naasten; - de zorgverleners leggen niet altijd het belang uit van de informatieverstrekking.
Gespreks- omstandigheden	- de zorgverlener zorgt voor voldoende privacy; - de zorgverlener houdt rekening met de conditie van de patiënt; - de zorgverlener heeft een rustige, vriendelijke en open houding; - de zorgverlener zit op ooghoogte	- de zorgverleners zorgen voor voldoende privacy; - de zorgverleners houden rekening met de conditie van de patiënt; - de zorgverleners hebben een rustige, vriendelijke en open houding; - de zorgverleners zitten niet altijd op ooghoogte.
Patiëntgerichtheid	- de zorgverlener inventariseert de wensen en behoeften van de patiënt en stelt samen met de patiënt de agenda op; - de zorgverlener neemt voldoende tijd voor het gesprek; - de zorgverlener luistert aandachtig; - de zorgverlener maakt oogcontact met de patiënt en diens naasten; - de zorgverlener toont empathie en oprechte belangstelling;	- de zorgverleners inventariseren niet altijd de wensen en behoeften van de patiënt en stellen niet altijd een agenda op met de patiënt; - de zorgverleners nemen voldoende tijd voor een gesprek; - de zorgverleners luisteren aandachtig - de zorgverleners maken oogcontact met de patiënt en diens naasten; - de zorgverleners tonen empathie en oprechte belangstelling;
Patiënten- participatie	- de zorgverlener geeft de patiënt de gelegenheid om zorgen, ideeën en verwachtingen te uiten; - de zorgverlener stimuleert de patiënt zijn perspectief nader toe te lichten door middel van verbale- of non-verbale aanmoedigingen.; - de zorgverlener stimuleert de patiënt en diens naasten vragen te stellen; - de zorgverlener betreft de patiënt en diens naasten actief in het gesprek;	- de zorgverleners geven de patiënt de gelegenheid om zorgen, ideeën en verwachtingen te uiten; - de zorgverleners stimuleren de patiënt zijn perspectief nader toe te lichten door middel van verbale- of non-verbale aanmoedigingen; - de zorgverleners stimuleren de patiënt en diens naasten vragen te stellen; - de zorgverleners betrekken de patiënt en diens naasten actief in het gesprek;
Informatie- verstrekking	- de zorgverlener informeert naar de reeds aanwezige kennis;	- de zorgverleners informeren naar de reeds aanwezig kennis;

- de zorgverlener stemt de inhoud van de informatie af op de cognitieve en affectieve vermogens van de patiënt; - de zorgverlener beperkt zich tot de informatie die op dat moment belangrijk en bruikbaar is voor de patiënt; - de zorgverlener schat het leervermogen van de patiënt in; - de zorgverlener maakt gebruik van stilten; - de zorgverlener formuleert adviezen en instructies zo concreet mogelijk; - de zorgverlener structureert de informatie; - de zorgverlener gaat in op de verbale- en non-verbale reacties van de patiënt; - de zorgverlener is alert op emotionele signalen van de patiënt en reageert hierop door middel van exploreren en erkennen; - de zorgverlener spreekt langzaam en duidelijk; - de zorgverlener vermijdt jargon; - de zorgverlener maakt gebruik van ondersteunende middelen zoals plaatjes en tekeningen; - de zorgverlener geeft regelmatig een samenvatting; - de zorgverlener vraagt de patiënt de informatie kort samen te vatten; - de zorgverlener verstrekt een folder als aanvulling op de mondelinge informatie; - de zorgverlener rapporteert in het rapportagesysteem hetgeen besproken is.	- de zorgverleners gaan niet altijd in voldoende mate in op de affectieve behoeften van de patiënt; - de zorgverleners beperken zich tot de informatie die op dat moment het meest relevant is voor de patiënt; - de zorgverleners schatten het leervermogen van de patiënt in; - de zorgverleners maken gebruik van stilten; - de zorgverleners formuleren adviezen en instructies zo concreet mogelijk; - de zorgverleners structureren de informatie; - de zorgverleners gaan in op de verbale- en non-verbale reacties van de patiënt; - de zorgverleners zijn alert op emotionele signalen van de patiënt, maar reageren niet altijd door middel van exploreren en erkennen; - de zorgverleners spreken langzaam en duidelijk; - de zorgverleners vermijden jargon; - de zorgverleners maken gebruik van ondersteunende middelen zoals plaatjes en tekeningen; - de zorgverleners geven niet altijd een samenvatting; - de zorgverleners vragen niet altijd of de patiënt de informatie kort wil samenvatten; - de zorgverleners verstrekken niet altijd een informatiefolder als aanvulling op de verstrekte informatie; - de zorgverleners rapporteren hetgeen besproken is niet altijd in het rapportagesysteem.
---	---

Tabel 1: de wenselijke en werkelijke situatie met betrekking tot de informatieverstrekking aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met angina pectoris

Vergelijking van de wenselijke en werkelijke informatieverstrekking

Op basis van de interviews en observaties kan worden geconcludeerd dat reeds veel aspecten van de informatieverstrekking gebeuren conform de wenselijke situatie. Er zijn echter ook een aantal aspecten die nog niet of niet altijd worden toegepast in de praktijk. Deze verschillen zijn met name waarneembaar met betrekking tot het verdiepen in de sociale- en medische

achtergrond van de patiënt, het aangeven van het belang van de informatie, het geven van een samenvatting gedurende het gesprek, het bespreken van de meest relevante informatie, het controleren of de patiënt de informatie begrepen heeft, het verstrekken van informatiefolders, het ingaan op de affectieve behoeften van de patiënt, het informeren naar de informatiebehoeften van de patiënt en het rapporteren van de besproken aspecten. Ten aanzien van deze aspecten zijn implementatiedoelen opgesteld:

- voorafgaand aan het verstrekken van informatie aan de patiënt over diens aandoening, het verloop van de opname, de mogelijke behandelwijzen en risicofactoren geeft 95% van de CCU-verpleegkundigen in september 2014 in een enquête aan de sociale en medische achtergrond van de desbetreffende patiënt te kunnen verwoorden;
- in september 2014 geeft 95% van de patiënten in een enquête aan dat de CCU-verpleegkundige voorafgaand aan het gesprek het belang van een goede informatieverstrekking heeft uitgelegd;
- in september 2014 geeft 95% van de patiënten in een enquête aan dat de CCU-verpleegkundige de belangrijke informatie ten aanzien van de aandoening, het verloop van de opname, de mogelijke behandelwijzen en risicofactoren gedurende het gesprek heeft samengevat;
- in september 2014 geeft 95% van de patiënten in een enquête aan dat de CCU-verpleegkundige zich gedurende het verstrekken van informatie heeft beperkt tot de meest relevante informatie;
- in september 2014 geeft 95% van de patiënten in een enquête aan dat de CCU-verpleegkundige aan het einde van het gesprek over de aandoening van de patiënt, het verloop van de opname, de mogelijke behandelwijzen en risicofactoren heeft gevraagd of de patiënt de informatie kort wilde samenvatten;
- in september 2014 geeft 95% van de patiënten in een enquête aan dat de CCU-verpleegkundige aan het einde van het gesprek een informatiefolder heeft verstrekt als aanvulling op de mondelinge informatie;
- in september 2014 geeft 95% van de patiënten in een enquête aan dat de CCU-verpleegkundige tijdens het gesprek over de aandoening van de patiënt, het verloop van de opname, de mogelijke behandelwijzen en risicofactoren in voldoende mate is ingegaan op de affectieve behoeften van de patiënt;
- in september 2014 geeft 95% van de patiënten in een enquête aan dat de CCU-verpleegkundige voorafgaand aan het gesprek over diens aandoening, het verloop van

de opname, de mogelijke behandelwijzen en risicofactoren heeft geïnformeerd naar de informatiebehoefte van de patiënt;

- in september 2014 geeft 95% van de CCU-verpleegkundigen in een enquête aan dat hetgeen besproken is met de patiënt ten aanzien van zijn aandoening, het verloop van de opname, de mogelijke behandelwijzen en risicofactoren gerapporteerd is in ChipSoft.

Implementatietraject:

Informatievoorziening aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met angina pectoris

Anke Iamkir

27-02-2014

HBO-Vernpleegkunde
Faculteit gezondheid en zorg
Zuyd Hogeschool

Inhoud

- Doel presentatie
- Onderwerp voor verandering
- Belang informatievoorziening
- Wenselijke en feitelijke situatie
- Implementatiedoelen
- Tijdpad

Doel presentatie

- bewustwording van verandering
- interesse en betrokkenheid

Onderwerp voor verandering

- Zorgpad
- Werkveld
- Visie afdeling:
“Wij bieden zodanig zorg dat u zich veilig en begrepen voelt. U kent uw zorgplan, dit plan wordt in samenspraak met u en eventuele naasten deskundig uitgevoerd, zodat u weer snel in een verantwoorde conditie met ontslag kan”.
- Nederlanders niet tevreden over informatieverstrekking (Schoen et al., 2007)

De afbeelding kan momenteel niet worden weergegeven.

Wenselijke en feitelijke situatie

- Methode
- Informatieverstrekkingsgesprek
 - voorbereiding
 - gespreksomstandigheden
 - patiëntgerichtheid
 - patiëntenparticipatie
 - informatie
- Veel aspecten volgens wenselijke situatie

Implementatiedoelen

- Verdiepen in medische- en sociale achtergrond patiënt;
- aangeven belang informatie;
- informeren naar informatiebehoeften patiënt;
- beperken tot meest relevante informatie;
- samenvatten;
- controleren of de patiënt de informatie begrepen heeft;
- ingaan op de affectieve behoeften van de patiënt;
- verstrekken informatiefolders;
- rapportage.

Fasen van verandering (Grol en wensing, 2011)

- Oriëntatie
 - bewustwording van verandering
 - interesse en betrokkenheid
- Inzicht
- Acceptatie
- Verandering
- Behoud van verandering

Tijdpad

Fasen van verandering (Grolen Wensing, 2011)

- Oriëntatie
- Inzicht
- Acceptatie
- Verandering
- Behoud van verandering

- 27 februari: presentatie teamvergadering
- 17 en 24 maart: presentatie studiedagen CCU + introductie zakkaartje
- week 11-13: na dienstoverdracht nogmaals informeren + kaartje bespreken
- Week 14-23: uitvoeren implementatie + aanvragen tabblad ChipSoft?
- Vanaf week 24: overname project
- Vanaf week 27: enquêtes verstrekken + evalueren

Literatuurlijst (1)

- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., & McCloskey, J. (2010). Verpleegkundige interventies (3e herz. ed.). Amsterdam: Reed Business.
- Grol, R., & Wensing, M. (2011). Implementatie: effectieve verbeteringen van patiëntenzorg (4de herz. ed.). Amsterdam: Reed Business.
- Johansson, P., Oléni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 16(4), 337-344.
- Lisspers, J., Sundin, O., Ohman, A., Hofman-Bang, C., & Ryden, L. (2005) Long-term effects of lifestyle behavior change in coronary artery disease: effects on recurrent coronary events after percutaneous coronary intervention. *Health Psychology*, 24(1), 41-48.
- McGillion, M.H., Watt-Watson, J., Stevens, B., Lefort, S.M., Coyte, P., & Graham, A. (2008). Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36, 126-140. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.09.015

Literatuurlijst (2)

- Oterhals, K., Hanestad, B.R., Eide, G.E., & Hanssen, T.A. (2006). The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(4), 303-310.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2013). Hoe vaak komen hart- en vaatziekten voor en hoeveel mensen sterven eraan? Geraadpleegd op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/omvang/>
- Schoen, C., Osborn, M.B.A., Doty, M.M., Bishop, M., Peugh, M.A., & Murukutla, N. (2007). Toward Higher- Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries. *Health Affairs*, 26, 717-734. doi: 10.1377/hlthaff.26.6.w717
- Terra, B., van Mechelen-Gevers, E., & van den Burgt, M. (2010). *Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen: de stappen naar zelfmanagement* (3de herz. ed.). Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- Zolnierek, K.B.H., & DiMatteo, M.R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med. Care*, 47, 826-834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc

Implementatietraject:

Informatievoorziening aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met angina pectoris

Anke Iamkin
17-03-2014 + 24-03-2014

HBO-Verpleegkunde
Faculteit gezondheid en zorg
Zuyd Hogeschool

Inhoud

- Doel
- Belang informatievoorziening
- Wenselijke situatie
- Werkelijke situatie
- Implementatiedoelen
- Zakkaartje
- Tijdpad

Doel

- Kennis en begrip omtrent de verandering
- Inzicht verkrijgen in de werkelijke situatie

Belang informatievoorziening (1)

- Nederlanders niet tevreden over informatieverstrekking
 - 60% heeft informatie gehad over behandelwijzen
- Ziekenhuisprevalentie hart- en vaatziekten: 282.681 patiënten
- Secundaire preventie
 - myocardinfarct, CABG, PCI (30%- 54%)
 - sterfte hart- en vaatziekten (2%- 15%)
- Therapietrouw ↑
- Zelfmanagement ↑
- Tevredenheid patiënt ↑

Belang informatievoorziening (2)

- Niet tijdens verzorging
- Patiënt met AP kort op afdeling
- Poli preventie HVZ gestopt
- Terug naar 1^e lijn?

Wenselijke situatie (1)

- Openstaan voor informatie
 - Contact en samenwerkingsrelatie
 - Aansluiten bij informatiebehoefte patiënt
 - Omgevingsfactoren
- Begrijpen van informatie
 - Voorkennis
 - Opnemen van informatie
 - Onthouden van informatie
- Patiëntparticipatie
 - Informatie meer relevant voor patiënt

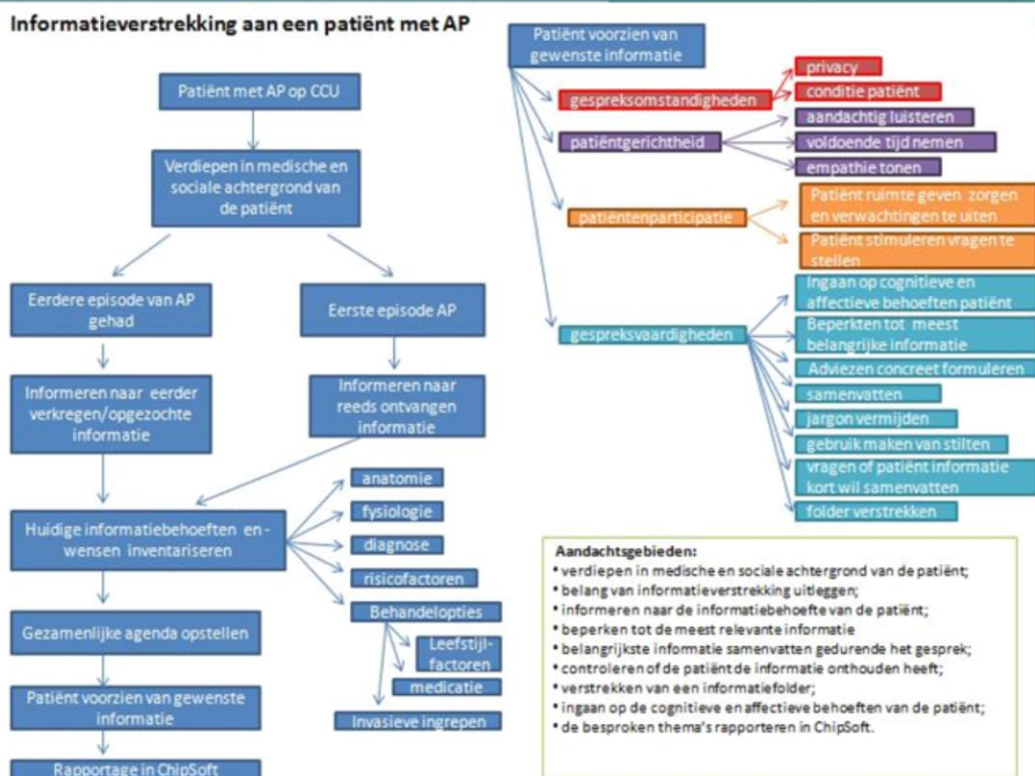
Wenselijke situatie (2)

- Stress veroorzaakt aandachtsversmalling
 - Informatie structureren
 - Eenvoudige, specifieke instructies
- Adequate reactie emotionele stress
 - Alertheid op (non) verbale uitingen emoties
 - Patiënt stimuleren gevoelens, ervaringen en angsten te uiten
 - Exploreren en erkennen
- Patiënt ontvangt informatie liever van arts
 - Belang informatie uitleggen

Werkelijke situatie en implementatiedoelen

- Veel volgens wenselijke situatie!!
- Implementatiedoelen:
 - Verdiepen in medische- en sociale achtergrond patiënt;
 - aangeven belang informatie;
 - informeren naar informatiebehoeften patiënt;
 - beperken tot meest relevante informatie;
 - samenvatten;
 - controleren of de patiënt de informatie begrepen heeft;
 - ingaan op de affectieve behoeften van de patiënt;
 - verstrekken informatiefolders;
 - rapportage.

Informatieverstrekking aan een patiënt met AP



Adviezen

- Vast moment kiezen voor informatieverstrekking
 - Na artsenvisite
- Zakkaartje gebruiken als leidraad

Tijdpad

Fasen van verandering (Grol en Wensing, 2011)

- Oriëntatie
- Inzicht
- Acceptatie
- Verandering
- Behoud van verandering

- ~~27 februari: presentatie teamvergadering~~
- ~~17 en 24 maart: presentatie studiedagen CCU + introductie zakkaartje~~
- week 11-13: na dienstoverdracht nogmaals informeren + kaartje bespreken
- Week 14-23: uitvoeren implementatie + aanvragen tabblad ChipSoft
- Vanaf week 24: overname project
- Vanaf week 27: enquêtes verstrekken + evalueren

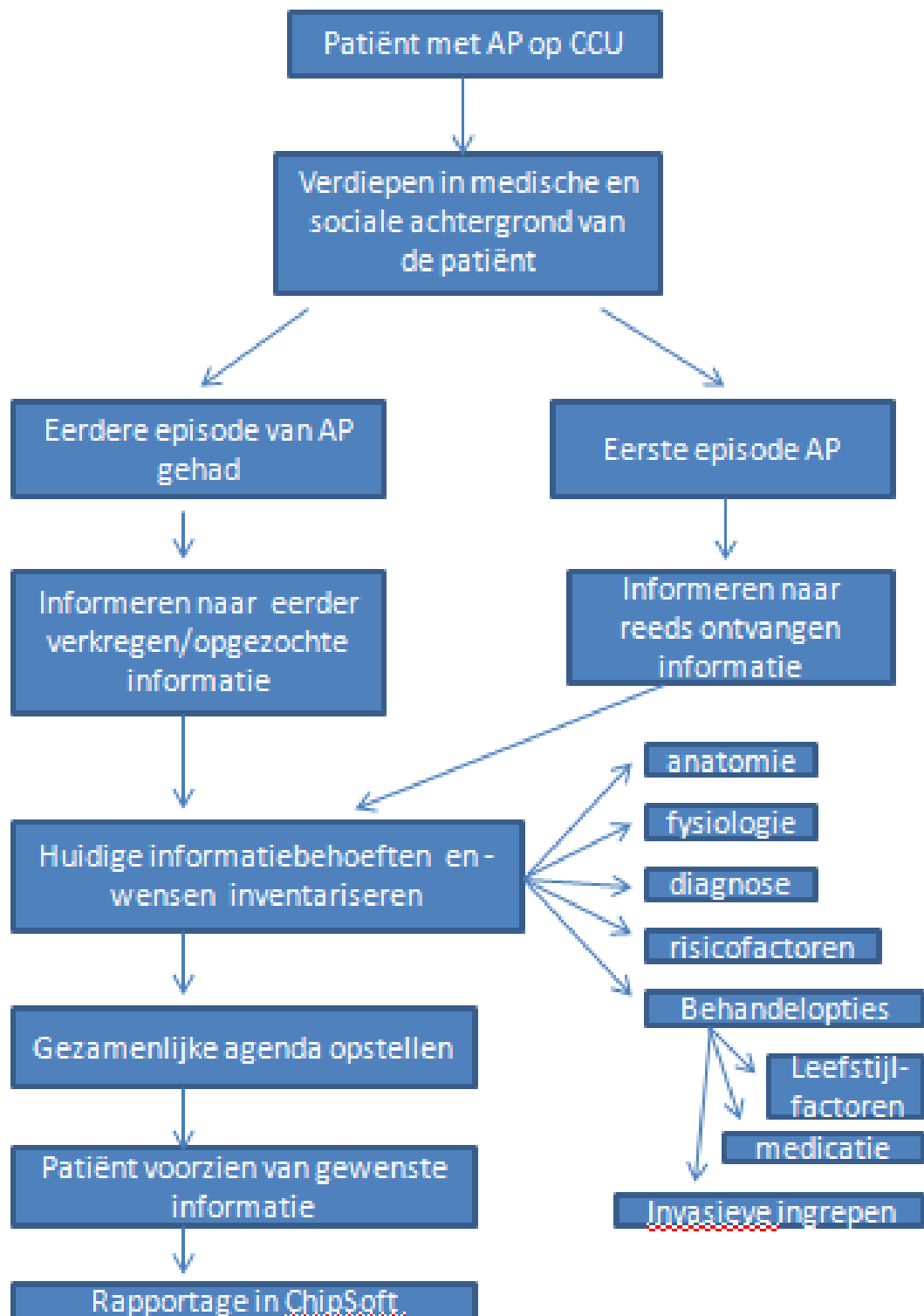
Literatuurlijst (1)

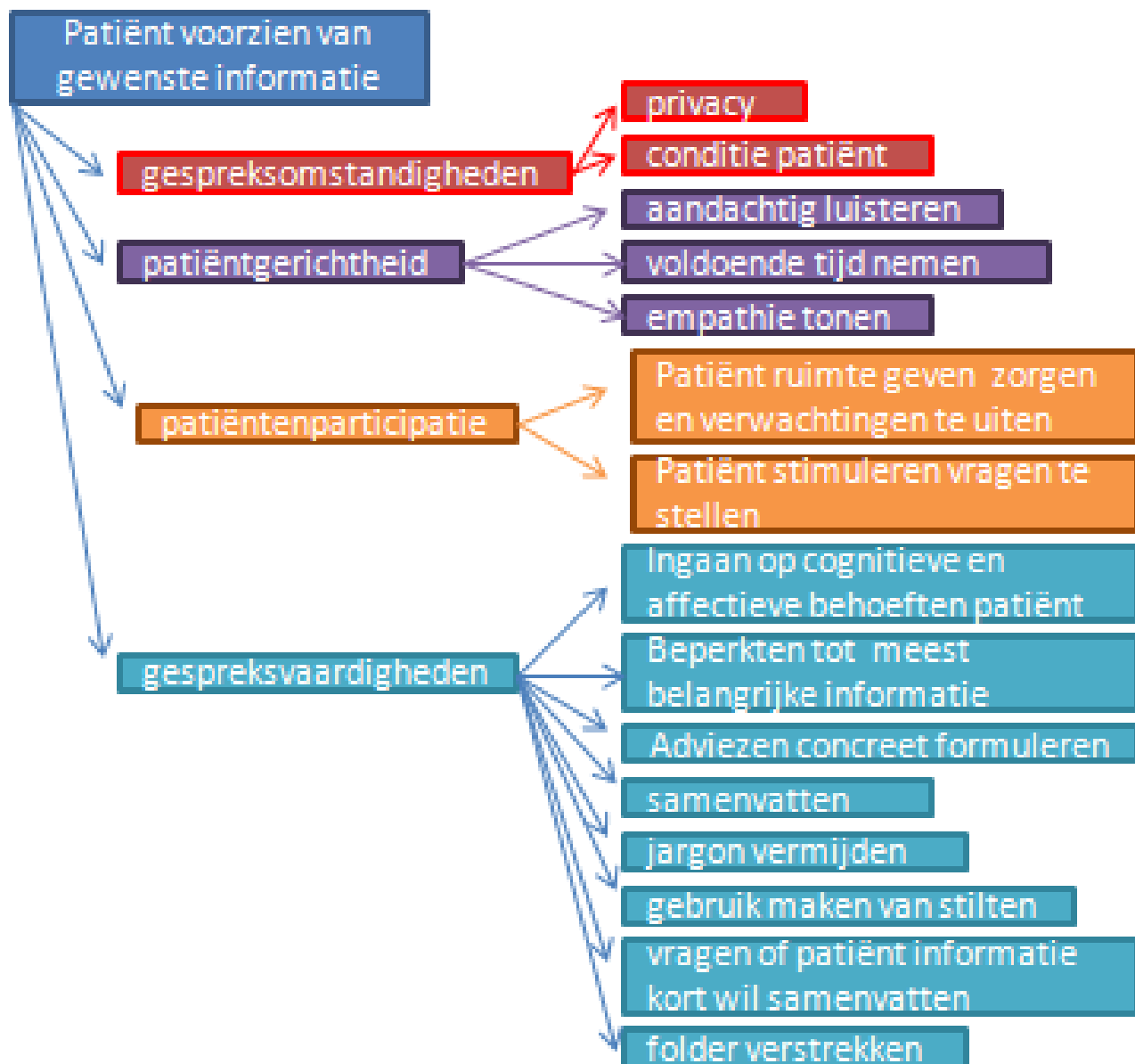
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., & McCloskey, J. (2010). Verpleegkundige interventies (3e herz. ed.). Amsterdam: Reed Business.
- Grol, R., & Wensing, M. (2011). Implementatie: effectieve verbeteringen van patiëntenzorg (4de herz. ed.). Amsterdam: Reed Business.
- Johansson, P., Oléni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 16(4), 337-344.
- Lisspers, J., Sundin, O., Ohman, A., Hofman-Bang, C., & Ryden, L. (2005) Long-term effects of lifestyle behavior change in coronary artery disease: effects on recurrent coronary events after percutaneous coronary intervention. *Health Psychology*, 24(1), 41-48.
- McGillion, M.H., Watt-Watson, J., Stevens, B., Lefort, S.M., Coyte, P., & Graham, A. (2008). Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36, 126-140. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.09.015

Literatuurlijst (2)

- Oterhals, K., Hanestad, B.R., Eide, G.E., & Hanssen, T.A. (2006). The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(4), 303-310.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2013). Hoe vaak komen hart- en vaatziekten voor en hoeveel mensen sterven eraan? Geraadpleegd op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/omvang/>
- Schoen, C., Osborn, M.B.A., Doty, M.M., Bishop, M., Peugh, M.A., & Murukutla, N. (2007). Toward Higher- Performance Health Systems: Adults Health Care Experiences in Seven Countries. *Health Affairs*, 26, 717-734. doi: 10.1377/hlthaff.26.6.w717
- Terra, B., van Mechelen-Gevers, E., & van den Burgt, M. (2010). *Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen: de stappen naar zelfmanagement* (3de herz. ed.). Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- Zolnierok, K.B.H., & DiMatteo, M.R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med. Care*, 47, 826-834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc

Informatieverstrekking aan een patiënt met AP





Aandachtsgebieden:

- verdiepen in medische en sociale achtergrond van de patiënt;
- belang van informatieverstrekking uitleggen;
- informeren naar de informatiebehoefte van de patiënt;
- beperken tot de meest relevante informatie;
- belangrijkste informatie samenvatten gedurende het gesprek;
- controleren of de patiënt de informatie onthouden heeft;
- verstrekken van een informatiefolder;
- ingaan op de cognitieve en affectieve behoeften van de patiënt;
- de besproken thema's rapporteren in ChipSoft.

Bijlage 15: Uitwerking observaties mei 2014

Uit de observaties komt naar voren dat er vaker gerapporteerd wordt over hetgeen besproken is met de patiënt. Nadat de eerste aanpassingen verricht waren in het rapportagesysteem, functioneerden deze nog niet. Een aantal CCU-verpleegkundigen attendeerden de schrijver van deze thesis erop dat het rapportagesysteem nog niet functioneerde. Hieruit concludeert de schrijver van deze thesis dat de CCU-verpleegkundigen gebruik wilden maken van het nieuwe rapportageveld. Ten aanzien van de verdieping in de medische- en sociale achtergrond van de patiënt komt uit de observaties naar voren dat de meeste CCU-verpleegkundigen nog niet altijd op de hoogte zijn van de sociale- en medische achtergrond van de patiënt. Indien de patiënt 's ochtends al aanwezig is op de CCU wordt het medisch dossier van de patiënt gelezen. Indien een nieuwe patiënt wordt opgenomen, informeert de CCU-verpleegkundige meestal naar de klachten waarmee de patiënt wordt opgenomen. Een enkele keer leest de CCU-verpleegkundige de overdrachtspapieren. Ten aanzien van de gespreksstructuur is het de schrijver van deze thesis opgevallen dat de CCU-verpleegkundigen voorafgaand aan het gesprek vaker uitleg geven over de thema's die besproken zullen worden. Ook wordt aan de patiënt gevraagd of hij specifieke vragen heeft. Er wordt echter geen gezamenlijke agenda opgesteld. Hierdoor beperken de CCU-verpleegkundigen zich nog niet altijd tot de meest relevante informatie. Gedurende het gesprek vatten de CCU-verpleegkundigen de verstrekte informatie een aantal keer samen. Ook vragen een aantal CCU-verpleegkundigen aan het einde van het gesprek of de patiënt de informatie kort wil samenvatten. Dit wordt echter nog niet door alle verpleegkundigen gedaan. Aan het einde van het gesprek wordt wel altijd aan de patiënt gevraagd of hij nog vragen heeft. Daarnaast is het de schrijver van deze thesis opgevallen dat er meer gebruik gemaakt wordt van de informatiefolders. Deze worden echter nog niet aan alle patiënten verstrekt. Sommige CCU-verpleegkundigen staan ook stil bij de impact van de gebeurtenissen op het dagelijks leven van de patiënt en gaan hierover met de patiënt in gesprek. Daarnaast geven de CCU-verpleegkundigen na de artsenvisite vaker aan dat ze naar de patiënt gaan om te controleren of hij alle informatie begrepen heeft.

Bijlage 16: Enquête ten aanzien van de productevaluatie

16.1 Enquête informatieverstrekking

CCU-verpleegkundigen

September 2014

Allereerst willen we je bedanken voor het invullen van deze enquête.

Deze enquête wordt verstrekt in het kader van het implementatietraject met betrekking tot de informatieverstrekking door de CCU-verpleegkundigen aan de patiënten die op de CCU worden opgenomen met angina pectoris. In november 2013 is de wenselijke- en feitelijke situatie met betrekking tot deze informatieverstrekking in kaart gebracht, op basis waarvan verbeterdoelen zijn opgesteld. Middels deze enquête willen we meten in welke mate de verbeterdoelen reeds bereikt zijn. Tevens willen we achterhalen welke belemmerende factoren ervaren worden bij het doorvoeren van de verandering. Het is belangrijk de vragen naar waarheid te beantwoorden, zodat een reëel beeld van de huidige situatie geschetst kan worden. De gegevens zullen anoniem verwerkt worden.

Het invullen van deze enquête zal maximaal 15 minuten in beslag nemen.

Bij vragen of onduidelijkheden, of wanneer je geïnteresseerd bent in de uitkomsten van deze enquête kun je contact opnemen met Christel Pantsters en Monique Geelen.

Met vriendelijke groet,

Christel Pantsters en Monique Geelen

1. Voorafgaand aan het verstrekken van informatie aan de patiënt over diens aandoening, het verloop van de opname, de mogelijke behandelwijzen en risicofactoren kan ik de sociale en medische achtergrond van de betreffende patiënt verwoorden.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Indien Nee, waardoor wordt dit veroorzaakt?

2. Voorafgaand aan de informatieverstrekking leg ik het belang van het gesprek uit.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Indien Nee, waarom niet?

3. Voorafgaand aan een informatief gesprek informeer ik naar de bestaande informatiebehoefte van de patiënt en stel ik samen met hem de gespreksagenda op.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Indien Nee, waarom niet?

4. Ik vat de belangrijkste informatie ten aanzien van de aandoening, het verloop van de opname, de mogelijke behandelwijzen en risicofactoren gedurende het gesprek samen.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Indien Nee, waarom niet?

5. Gedurende een informatief gesprek beperk ik me tot de meest relevante informatie.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Indien Nee, waarom niet?

6. Aan het einde van het gesprek vraag ik of de patiënt de belangrijkste informatie in eigen woorden wil samenvatten.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Indien Nee, waarom niet?

7. Aan het einde van het gesprek verstrek ik een informatiefolder als aanvulling op de mondeling verstrekte informatie

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Indien Nee, waarom niet?

8. Na afloop van een informatief gesprek rapporteer ik in ChipSoft hetgeen ik besproken heb gedurende het gesprek

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Indien Nee, waarom niet?

16.2 Enquête informatieverstrekking

Patiënten die met pijn op de borst worden opgenomen op de hartbewaking

September 2014

Allereerst willen wij u bedanken voor het invullen van deze enquête.

Deze enquête wordt verstrekt in het kader van het kwaliteitverbetertraject met betrekking tot de informatieverstrekking door de verpleegkundigen aan de patiënten die op de hartbewaking (CCU) worden opgenomen met pijn op de borst. In november 2013 is de feitelijke situatie met betrekking tot deze informatieverstrekking reeds in kaart gebracht. Er zijn toen een aantal verbeterdoelen opgesteld. Middels deze enquête willen wij onderzoeken in welke mate de verbeterdoelen reeds bereikt zijn. Het is belangrijk de vragen naar waarheid te beantwoorden, zodat een reëel beeld van de huidige situatie geschetst kan worden. De gegevens zullen anoniem verwerkt worden.

Het invullen van deze enquête zal maximaal 15 minuten in beslag nemen.

Bij vragen of onduidelijkheden, of wanneer u geïnteresseerd bent in de uitkomsten van deze enquête kunt u contact opnemen met de CCU-verpleegkundigen (0475-382501).

Met vriendelijke groet,

de CCU-verpleegkundigen

1. De CCU-verpleegkundigen hebben informatie verstrekt over uw aandoening, het verloop van de opname, de mogelijke behandelwijzen en risicofactoren.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

2. Voorafgaand aan het gesprek over uw aandoening, het verloop van de opname, de mogelijke behandelwijzen en risicofactoren hebben de CCU-verpleegkundigen het belang van het gesprek uitgelegd.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

3. Voorafgaand aan het informatieve gesprek hebben de CCU-verpleegkundigen geïnformeerd naar uw informatiebehoefte en heeft zij samen met u de gespreksagenda opgesteld.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

4. Gedurende het informatieve gesprek hebben de CCU-verpleegkundigen de belangrijkste informatie met betrekking tot uw aandoening, het verloop van de opname, de mogelijke behandelwijzen en risicofactoren samengevat.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

5. Gedurende het informatieve gesprek beperkten de CCU-verpleegkundigen zich tot de meest relevante informatie.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

6. Gedurende het informatieve gesprek zijn de CCU-verpleegkundigen in voldoende mate ingegaan op uw affectieve behoeften (uw emoties en de impact van de aandoening op uw dagelijks leven)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

7. Aan het einde van het informatieve gesprek hebben de CCU-verpleegkundigen aan u gevraagd of u de belangrijkste woorden in eigen woorden wilde samenvatten.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

8. Aan het einde van het informatieve gesprek hebben de CCU-verpleegkundigen een informatiefolder verstrekt als aanvulling op de mondeling verstrekte informatie.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

9. Bent u tevreden over de informatieverstrekking door de CCU-verpleegkundigen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Indien Nee, waarom niet?

Bijlage 17: Voorstel Bachelorthesis

Student: Anke Lamkin

Studentnummer: 1254146

Docentbegeleidster: Tineke Schoot

Tweede beoordelaar: Monique du Moulin

Onderdeel	Uitwerking student
<u>Voorbereiding</u> Beschrijf hier welke personen uit de praktijk kunnen ondersteunen bij de implementatie en de thesis. Motiveer ook waarom je voor deze personen kiest.	Bij het uitwerken en uitvoeren van het implementatietraject en het schrijven van de bachelorthesis krijg ik ondersteuning vanuit school en de praktijk. Vanuit school ontvang ik ondersteuning van mevrouw Schoot en mijn klasgenoten. Mevrouw Schoot is mijn docentbegeleidster. Zij heeft mij vanaf het begin van differentiatie twee ondersteund. Mevrouw Schoot is onder andere betrokken geweest bij de keuze van het onderwerp voor het implementatietraject. Tevens heeft zij alle opdrachten die ik tot nu toe heb uitgevoerd in het kader van differentiatie twee en major 1 beoordeeld. Middels haar feedback ben ik in staat mijn producten te verbeteren, waardoor ik verder kom in mijn eigen leerproces en het implementatietraject. Ook bij vragen geeft mevrouw Schoot advies. Mijn klasgenoten ondersteunen mij door middel van het geven van advies. Gedurende onderwijsbijeenkomsten bespreken we knelpunten ten aanzien van ons eigen leerproces en het implementatietraject. Mijn klasgenoten hebben andere inzichten, waardoor ik situaties vanuit een ander oogpunt ga bekijken. Daarnaast krijg ik hulp van mijn peer-assessor, Melissa Quaaden. Zij beoordeelt mijn opdrachten en geeft mij feedback, waardoor ik in staat ben kritisch te kijken naar mijn eigen opdrachten en deze te verbeteren. Vanuit de praktijk zijn er ook een aantal personen die mij begeleiden en ondersteunen gedurende het implementatietraject. Anique de Leeuw is de praktijkopleidster en volgt mijn ontwikkelingen vanaf het begin van de stage. Zij heeft mij onder andere geholpen bij het selecteren van een onderwerp voor het implementatietraject. Tevens heeft ze mij advies gegeven over de wijze waarop ik de feitelijke situatie in beeld kon brengen. Ook beoordeelt zij mijn opdrachten, waarover ik feedback ontvang. Daarnaast geeft Anique advies indien ik een knelpunt ervaar of een keuze dien te maken. De Coronary Care Unit (CCU) – verpleegkundigen zijn de doelgroep van het implementatietraject. Zij zijn betrokken geweest bij het selecteren van het onderwerp voor het implementatietraject. Daarnaast zijn ze betrokken geweest bij het uitwerken en analyseren van de feitelijke situatie, de probleemanalyse ten aanzien van doelgroep en setting en het opstellen van dit voorstel bachelorthesis. Ik houd de CCU- verpleegkundige op de hoogte van mijn vorderingen door hen te betrekken bij mijn beroepsproducten en hen in te lichten over de conclusies van mijn beroepsproducten. Mijn doel is dat zij de voorgestelde veranderingen gaan doorvoeren in de praktijk en uiteindelijk inpassen in hun dagelijks handelen.

	Gedurende het implementatieproces wil ik feedback van hen ontvangen over de wijze waarop ik het traject uitvoer. Op basis van deze feedback kan ik aspecten aanpassen. Gedurende het implementatietraject zullen er ook een aantal sleutelfiguren zijn. Op de CCU zijn aandachtsgebieden opgesteld. Eén aandachtsgebied is de informatieverstrekking aan patiënten. Christel en Monique zijn de aandachtsfunctionarissen voor dit gebied. Ik wil hen gaan benaderen om mij te ondersteunen gedurende het implementatieproces. Zij kunnen mij helpen bij het onder de aandacht brengen van het onderwerp, het uitvoeren van het implementatietraject en het geven van feedback. Tevens kunnen zij verder gaan met het implementeren van het traject wanneer mijn stageperiode is afgerond. Om het implementatieproject uit te kunnen voeren heb ik een aantal randvoorwaarden nodig. Eén van deze voorwaarden is het ontvangen van feedback. Ik wil een aantal momenten gaan vastleggen waarop betrokken CCU-verpleegkundigen, Christel en Monique mij feedback geven over de inhoud van het implementatietraject en de wijze waarop ik het traject uitvoer. In stap vijf zullen deze feedbackmomenten besproken worden. Daarnaast heb ik ruimte nodig om aan het traject te kunnen werken. Op de verpleegafdeling A1 heb ik B-diensten. Deze dienst houdt in dat ik 's ochtends meewerk in de verzorging, waarna ik kan gaan werken aan mijn eigen opdrachten. Gedurende een dergelijke B-dienst kan ik activiteiten uitvoeren ten aanzien van het implementatietraject. Daarnaast heeft Anique aangegeven dat ik gedurende elke dienst tijd mag vrijmaken voor het uitvoeren van aspecten van het implementatietraject. Dit dien ik te bespreken met degene aan wie ik die dag gekoppeld ben. Ook heeft Anique aangegeven dat ik haar altijd kan benaderen indien ik problemen ervaar gedurende het uitvoeren van het implementatietraject. Tijdens het stagebezoek van mevrouw Schoot zijn deze randvoorwaarden besproken, waarbij Anique de Leeuw en mevrouw Schoot beide een formulier hebben ondertekend waarbij ze akkoord gaan met de besproken randvoorwaarden.
<u>Titel</u> Zorg dat de voorlopige titel past bij de inhoud van de thesis. Eventueel titel met ondertitel.	Ik heb nog geen passende titel en ondertitel bedacht.
<u>Inleiding</u> Beschrijf de omvang en aard van het probleem bijvoorbeeld	Uit onderzoek is gebleken dat Nederlanders enerzijds tevreden zijn over het functioneren van het zorgstelsel, de toegang tot de zorg en de betaalbaarheid, maar anderzijds minder tevreden zijn over de informatieverstrekking (Schoen et al., 2007). Van de geïncludeerde Nederlandse patiënten gaf 71% aan dat de zorgverlener op duidelijke wijze informatie had verstrekt en voldoende tijd had genomen voor een gesprek. Met betrekking tot het verstrekken van informatie

met behulp van epidemiologische cijfers. Beschrijf kort wat in de literatuur op dit moment bekend is over oplossingen van dit probleem. Beschrijf vervolgens de probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk. Vervolgens formuleer je doelstelling en hoofdvraag met deelvragen. Let erop dat de hoofdvraag en deelvragen richting geven aan de bachelor thesis. Als je een implementatie doet, laat dit dan ook blijken uit de hoofdvraag. Van de verschillende stappen van Grol en Wensing, zou je dan deelvragen	omtrent mogelijke behandelwijzen gaf 60% van de Nederlandse patiënten aan informatie te hebben ontvangen. Uit onderzoek is gebleken dat patiënten die goed geïnformeerd zijn over hun ziekte en behandeling meer therapietrouw zijn (Zolnieriek en Dimatteo, 2009), meer tevreden zijn over de geleverde zorg (Oterhals, Hanestad, Eide & Hanssen, 2006; Johansson, Oléni, & Fridlund, 2002) en een betere attitude hebben ten aanzien van hun ziekteproces (McGillion et al., 2008). Door middel van het geven van informatie met betrekking tot het ziekteproces, de voorgeschreven medicatie, de voorgeschreven activiteiten of de te ondergane procedure en behandeling kunnen de therapietrouw en het zelfmanagement van patiënten bevordert worden (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2010). Daarnaast draagt het geven van voorlichting bij aan het bereiken van verpleegdoelen, zoals kennisvermeerdering, angstreductie en vaardigheden. Ze ondersteunen het zelfmanagement van patiënten en helpen om greep te krijgen op hun gezondheidsproblemen (Terra, Mechelen-Gevers, & van den Burgt, 2010). Het ontstaan van hart- en vaatziekten is sterk gerelateerd aan leefstijlfactoren en biologische risicofactoren, zoals lichamelijke inactiviteit, roken, overgewicht, hypercholesterolemie, hypertensie en Diabetes Mellitus. Patiënten die lijden aan hart- en vaatziekten hebben een verhoogd risico op het optreden van een hartinfarct of beroerte. Secundaire preventie is voor deze patiënten dan ook erg belangrijk (de Backer et al., 2004). Veranderingen ten aanzien van de leefstijl dienen gestimuleerd te worden. Hieronder wordt stoppen met roken, gezonde voeding en het verhogen van de lichamelijke activiteit verstaan. Daarnaast kunnen medicijnen voorgeschreven worden ten aanzien van het verlagen van de bloeddruk, het serum totaal cholesterolgehalte en/ of voor de regulatie van de glucosetofwisseling (Blokstra, van Dis, & Verschuren, 2008). Lisspers et al. (2005) hebben aangetoond dat patiënten die een secundair preventie maatregelen troffen na vijf jaar een significant lager risico hadden op een fataal of niet- fataal myocardiinfarct, bypassoperatie of dotteren ten opzichte van patiënten die geen secundair preventieve maatregelen troffen (30% versus 54%). Tevens toonden Lisspers et al. (2005) aan dat er na vijf jaar een significant lagere sterfte was aan hart- en vaatziekten bij de patiënten die secundair preventieve maatregelen opvolgden ten opzichte van patiënten die dit niet deden (2% versus 15%). Therapietrouw is bij patiënten met hart- en vaatziekten dan ook erg belangrijk. Zoals hierboven reeds werd vermeld, wordt de therapietrouw van patiënten bevordert door middel van een goede informatieverstrekking (Bulechek et al., 2010). Uit eigen observaties is opgevallen dat op de Coronary Care Unit (CCU) niet altijd informatie verstrekt wordt aan patiënten. Vaak wordt aangegeven dat patiënten angstig zijn en de informatie toch niet opnemen. Tevens krijgen patiënten soms alleen een folder, zonder mondelinge toelichting. Ook de wijze waarop informatie verstrekt wordt verschilt tussen de verpleegkundigen.
---	---

kunnen maken die toegespitst zijn op jouw onderwerp.	Hierdoor komen bovengenoemde positieve effecten van een goede informatieverstrekking minder tot hun recht. Ook uit gesprekken die ik heb gevoerd met collega's kwam naar voren dat er behoefte is aan het verbeteren van de informatieverstrekking aan patiënten die worden opgenomen op de CCU met angina pectoris. Bovenstaande probleemstelling heeft geleid tot de volgende vraagstelling: 'Op welke wijze kan de informatieverstrekking door Coronary Care Unit-verpleegkundigen aan patiënten die op de CCU worden opgenomen met angina pectoris worden verbeterd, zodat de therapietrouw, het zelfmanagement, patiëntenparticipatie, shared decision making en de tevredenheid van de patiënten toeneemt? Deze vraagstelling zal beantwoord worden aan de hand van de volgende deelvragen: • Wat is de wenselijke situatie ten aanzien van de informatieverstrekking aan patiënten die op de CCU worden opgenomen in verband met angina pectoris? • Wat is de werkelijke situatie ten aanzien van de informatieverstrekking aan patiënten die op de CCU worden opgenomen in verband met angina pectoris? • Welke factoren ten aanzien van de doelgroep en setting kunnen een rol spelen bij de implementatie? • Welke strategieën en interventies kunnen toegepast worden om de gestelde implementatiedoelen te bereiken? • Op welke wijze wordt het implementatieplan ontwikkeld, getest en uitgevoerd? • Op welke wijze kunnen de doorgevoerde veranderingen ten aanzien van de implementatiedoelen ingepast worden in het dagelijks handelen? • Hoe ziet het evaluatieplan eruit ten aanzien van de implementatiedoelen?
<u>Grol en Wensing</u> Beschrijf de stappen van Grol en Wensing in het kort.	Grol en Wensing (2011) hebben op basis van uiteenlopende theorieën en benaderingen een model ontwikkeld dat de praktijk van de implementatie van innovaties zo goed mogelijk volgt. Zij definiëren implementatie als een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen (van bewezen waarde), met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van de organisatie of in de structuur van de gezondheidszorg (Grol & Wensing, 2011). Om de kwaliteitsverbetering op procesmatige en planmatige manier in te voeren maak ik gebruik van hun model. Het model dient als hulpmiddel om structuur aan te brengen in het implementatieproces. In de eerste stap wordt het voorstel voor verandering ontwikkeld en de wenselijke situatie beschreven ten aanzien van het onderwerp van verandering.

Het voorstel van verandering is een systematische ontwikkeling waarbij de doelgroep betrokken is, zodat de innovatie wordt toegesneden op de behoeften, ervaren problemen en werksetting van degene die de innovatie moeten toepassen.. Er wordt duidelijk omschreven wat er geïmplementeerd moet worden en welke verbeteringen er nagestreefd worden. Het voorstel wordt geschreven in een toegankelijke en aantrekkelijke vorm. Tevens wordt het geschreven vanuit het oogpunt van de literatuur en gesignaleerde problemen op de werkvloer. De wenselijke situatie wordt beschreven vanuit het perspectief van de literatuur, de expert en eventueel de patiënt. In stap twee wordt de feitelijke situatie geanalyseerd. Hierbij worden valide indicatoren ontwikkeld of geselecteerd en worden gegevens verzameld over de huidige situatie. Deze gegevens worden verkregen door informatie te vergaren bij experts en eventueel de patiënt. Tussen de wenselijke en werkelijke situatie zullen verschillen bestaan op basis waarvan concrete doelen voor verbetering worden geformuleerd. In stap drie wordt een probleemanalyse gemaakt van doelgroep en setting. Er wordt beschreven welke partijen betrokken zijn bij de implementatie en wat hun belangen en doelen hierbij zijn. Ook worden bevorderende en belemmerende factoren beschreven aan de hand van de indeling in individuele factoren, sociale factoren, organisatorische factoren en maatschappelijke factoren. In stap vier worden strategieën en interventies ontwikkeld en geselecteerd die zo goed mogelijk aansluiten bij kenmerken van de innovatie, de doelgroep en de setting. Deze strategieën en interventies kunnen exploratieve of theoriegestuurde methoden zijn, gericht zijn op problemen die ondervonden werden bij de analyse van doelgroep en setting, een mix zijn van effectief gebleken interventies of strategieën bevatten die zowel voor disseminatie als implementatie geschikt zijn. In stap vijf wordt een implementatieplan ontwikkeld, getest en uitgevoerd in de praktijk. Er wordt een planning gemaakt van de uit te voeren activiteiten in de tijd, waarbij activiteiten gepland worden volgens de fasen van het veranderingsproces. Daarnaast wordt in het plan rekening gehouden met verschillende niveaus waarop de implementatie zich kan richten. Tevens worden doelen gesteld ten aanzien van de verandering en worden evaluatiemomenten gepland waarop deze doelen besproken worden. Nadat het plan is opgesteld, wordt de implementatiestrategie getest in de praktijk. Het is het van belang te komen tot een pakket van maatregelen die bij voorkeur effectief zijn gebleken in vergelijkbare studies en waarvan de kosten beheersbaar zijn. In stap zes dienen de uitgevoerde interventies geïntegreerd te worden in het dagelijks handelen, zodat terugval voorkomen wordt. Een laatste stap in de implementatie van innovaties in de zorg is de evaluatie van de bereikte resultaten. Op basis van de bevindingen wordt de aanpak bijgesteld. Om te weten of de doelen worden bereikt moeten de doelen meetbaar gemaakt te worden. Hiertoe dienen indicatoren en criteria voor het behalen van de doelen te worden geformuleerd en geselecteerd. Daarnaast moet gekeken worden hoe de evaluatie het beste opgezet

	kan worden wen elke methoden en instrumenten daarbij nuttig kunnen zijn. Om te kunnen interpreteren waarom de doelen wel of niet zijn bereikt is het van belang een procesevaluatie uit te voeren waarin wordt gekeken of het implementatieplan is uitgevoerd zoals beoogd. Ten slotte kan gekeken worden naar de verhouding tussen kosten en opbrengsten van de doorgevoerde verandering.
<u>Stap 1</u> <i>Voorstel voor verbetering:</i> <i>Keuze van het onderwerp</i> Beschrijf de keuze van het onderwerp vanuit theorie en praktijk. <i>Wenselijke situatie</i> Aandacht voor methode. Beschrijf hoe je de wenselijke situatie in kaart gaat brengen en onderbouw deze keuze.	<i>Voorstel voor verbetering:</i> Zoals in de inleiding reeds vermeld werd, blijken Nederlanders niet geheel tevreden te zijn over de informatieverstrekking in de zorg (Schoen et al., 2007). Van de geïncludeerde Nederlandse patiënten gaf 71% aan dat de zorgverlener op duidelijke wijze informatie had verstrekt en voldoende tijd had genomen voor een gesprek. Met betrekking tot het verstrekken van informatie omtrent mogelijke behandelwijzen gaf 60% van de Nederlandse patiënten aan informatie te hebben ontvangen. Uit onderzoek is gebleken dat patiënten die goed geïnformeerd zijn over hun ziekte en behandeling meer therapietrouw zijn (Zolnerek en Dimatteo, 2009), meer tevreden zijn over de geleverde zorg (Oterhals, Hanestad, Eide & Hanssen, 2006; Johansson, Oléni, & Fridlund, 2002) een betere attitude hebben ten aanzien van hun ziekteproces (McGillion et al., 2008) en een hogere mate van zelfmanagement bereiken (Terra, Mechelen-Gevers, & van den Burgt, 2010). Door middel van het geven van informatie met betrekking tot het ziekteproces, de voorgeschreven medicatie, de voorgeschreven activiteiten of de te ondergane procedure en behandeling kunnen de therapietrouw en het zelfmanagement van patiënten bevordert worden (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2010). Het ontstaan van hart- en vaatziekten is sterk gerelateerd aan leefstijlfactoren en biologische risicofactoren, zoals lichamelijke inactiviteit, roken, overgewicht, hypercholesterolemie, hypertensie en Diabetes Mellitus. Secundaire preventie is voor deze patiënten dan ook erg belangrijk ten aanzien van het voorkomen van een myocardinfarct of beroerte (de Backer et al., 2004). Patiënten die secundair preventieve maatregelen treffen hebben na vijf jaar een significant lager risico op een fataal of niet-fataal myocardinfarct, bypassoperatie, dotterprocedure of sterfte aan hart- en vaatziekten ten opzichte van patiënten die geen secundair preventieve maatregelen treffen (Lisspers et al., 2005). Therapietrouw is bij patiënten met hart- en vaatziekten dan ook erg belangrijk. Zoals hierboven reeds werd vermeld, wordt de therapietrouw van patiënten bevordert door middel van een goede informatieverstrekking (Bulechek et al., 2010). Uit eigen observaties is opgevallen dat op de Coronary Care Unit (CCU) niet altijd informatie verstrekt wordt aan patiënten. Vaak wordt aangegeven dat patiënten angstig zijn en de informatie toch niet opnemen. Tevens krijgen patiënten soms alleen een folder, zonder mondelinge toelichting. Ook de wijze waarop informatie verstrekt wordt verschilt tussen de verpleegkundigen. Hierdoor komen bovengenoemde positieve effecten van een goede

informatieverstrekking minder tot hun recht. Ook uit gesprekken die ik heb gevoerd met collega's kwam naar voren dat er behoefte is aan het verbeteren van de informatieverstrekking aan patiënten die worden opgenomen op de CCU met angina pectoris.

Wenselijke situatie:

In de leertaak ontwerper (Lamkin, 2013a) en de praktijkproef (Lamkin, 2013b) van differentiatie twee is de wenselijke situatie reeds gedeeltelijk beschreven. Deze wenselijke situatie is beschreven aan de hand van evidence based literatuur en informatie die is verkregen uit interviews met collega's en patiënten. De evidence based literatuur werd gezocht in de databanken PubMed, Cinahl, Springerlink en de Vakbibliotheek, waarbij gebruik werd gemaakt van de zoektermen 'patient teaching', 'treatment adherence', 'patient information', 'satisfaction', 'self management', 'cardiovascular disease', 'health beliefs', 'patient compliance', 'companion', 'recall of information' en 'patient centered communication', 'communicatie', 'therapietrouw', 'informatie' en 'tevreden gezondheidszorg'. In PubMed werd ook gezocht met de MeSh termen 'humans', 'learning/physiology', 'memory/physiology' en 'stress, psychological'. Aan de hand van de gevonden informatie heb ik topiclijsten opgesteld ten aanzien van de interviews met collega's en patiënten. In deze topiclijsten waren de topics 'wijze van informatieverstrekking', 'de omstandigheden waarin een informatieverstrekkingsgesprek plaatsvindt', 'het betrekken van de naasten van een patiënt' en 'de wenselijke informatievoorziening' opgenomen.

De interviews werden uitgevoerd in november 2013 op de CCU van het Laurentius Ziekenhuis te Roermond. Om de betrouwbaarheid van de gegevens uit de interviews te vergroten, zijn de interviews opgenomen op een memorecorder. Gedurende het uitwerken van de interviews heb ik de topics van de topiclijst overgenomen en per topic een samenvatting gegeven van hetgeen besproken is in het interview. Hierbij heb ik de antwoorden zo letterlijk mogelijk overgenomen. De interviews zijn anoniem uitgewerkt om de privacy van collega's en patiënten te waarborgen.

Aangezien het houden van een interview arbeidsintensief is, heb ik een selectie gemaakt van personen die ik graag wilde interviewen. In overleg met Anique de Leeuw heb ik ervoor gekozen collega A. en B. te interviewen. Collega A. verstrekt op duidelijke wijze informatie aan patiënten en kan de geleverde zorg kritisch beoordelen. Bovendien heeft collega A. geruime werkervaring, waardoor ze ervaring heeft met het verstrekken van informatie aan patiënten. Collega B. heeft minder werkervaring, maar heeft wellicht andere inzichten aangezien zij jonger is en haar opleiding minder lang geleden heeft afgerond. Ik heb gekozen voor patiënt A. en B. aangezien zij de enige patiënten waren die op het moment van het uitvoeren van de interviews op de CCU waren opgenomen met klachten van angina pectoris. Patiënt A. is veel jonger dan patiënt B., waardoor hij

	misschien andere informatiebehoefte heeft dan patiënt B. De interviews met de patiënten en collega's werden uitgevoerd in November 2013. De wenselijke situatie, zoals deze beschreven was aan de hand van de evidence based literatuur, is aangevuld met aspecten die uit de interviews naar voren kwamen. Ik heb gekozen voor bovenstaande methode aangezien de wenselijke situatie op deze manier is bekeken vanuit de literatuur, het oogpunt van de patiënt en het oogpunt van de expert(de geïnterviewde collega's). In de literatuurstudie van major 1 zal ik wederom evidence based literatuur gaan zoeken, welke een aanvulling zal vormen op de reeds beschreven wenselijke situatie. Op basis van alle verkregen gegevens zal de na te streven situatie beschreven worden. Hierbij zal aangegeven worden aan welke indicatoren de wenselijke situatie dient te voldoen. Deze indicatoren zullen gebruikt worden bij de evaluatie van de effectiviteit van het implementatieproces.
<u>Stap 2</u> <i>Analyse</i> <i>feitelijke zorg</i> Beschrijf hoe je de huidige zorg/feitelijke zorg in kaart gaat brengen (methode). Kwalitatieve methoden bv. interviews (zie ook wenselijke situatie) of eventueel ook kwantitatieve methoden bv. meten van indicatoren en/of vragenlijsten.	In de praktijkproef ontwerper (Lamkin, 2013b) van differentiatie twee is reeds de feitelijke zorgverlening beschreven. De feitelijke zorgverlening is beschreven aan de hand van twee interviews met collega's, twee interviews met patiënten en de eigen observaties gedurende de eerste zes weken van de stageperiode. Ik heb gekozen voor het afnemen van interviews, aangezien ik wilde weten hoe de respondenten de informatieverstrekking ervaren. Ik wilde inzicht krijgen in de aspecten die spelen op de afdeling ten aanzien van de informatieverstrekking aan patiënten. Een interview heeft ten opzichte van een enquête als voordeel dat de interviewer open vragen kan stellen en door kan vragen op antwoorden van de respondent (Hogeschool Gent, z.j.). Op deze wijze kan de variatie aan meningen en belevingen beter in kaart gebracht worden. Ik heb gekozen voor een halfgestructureerd interview aangezien ik aan de hand van de literatuurstudie een aantal topics heb opgesteld welke aan bod dienden te komen gedurende het interview. Bij ieder topic had ik een beginvraag opgesteld. De andere vragen en antwoordmogelijkheden kon ik echter nog niet opstellen, aangezien ik niet wist welke wending het interview zou krijgen. De wijze waarop de interviews zijn opgesteld en uitgewerkt en de wijze waarop respondenten geselecteerd zijn, is reeds bij stap één beschreven. In het kader van het inwerken in mijn stage heb ik gedurende de eerste zes weken van de stageperiode collega's geobserveerd tijdens het voeren van een informatief gesprek. Hierbij heb ik gelet op de communicatie met de patiënt, de houding van de verpleegkundige ten opzichte van de patiënt, welke informatie verstrekt werd, de structuur van het gesprek en op welke wijze omgegaan werd met emoties van de patiënt. Nadat ik een collega geobserveerd had, heb ik steekwoorden opgeschreven over hetgeen me was opgevallen gedurende het gesprek. Ik heb niet aan deze collega's verteld dat ik ze ging observeren. Naar mijn idee zou dit de situatie kunnen beïnvloeden, waardoor ik geen reëel beeld

van de feitelijke informatieverstrekking zou krijgen. De observaties heb ik anoniem verwerkt, waardoor ik de privacy van collega's heb gewaarborgd.

Op basis van de literatuur, interviews en observaties kan worden geconcludeerd dat reeds veel aspecten van de informatieverstrekking gebeuren conform de wenselijke situatie. Er zijn echter ook een aantal aspecten die nog niet of niet altijd worden toegepast in de praktijk. Deze verschillen zijn met name waarneembaar met betrekking tot het verdiepen in de sociale- en medische achtergrond van de patiënt, het geven van een samenvatting gedurende het gesprek, het controleren of de patiënt de informatie begrepen heeft, het verstrekken van informatiefolders, het ingaan op de affectieve behoeften van de patiënt, het informeren naar de informatiebehoeften van de patiënt en het verstrekken van informatie op efficiënte wijze. Ten aanzien van deze aspecten zijn implementatiedoelen opgesteld:

- voorafgaand aan het verstrekken van informatie aan de patiënt over diens aandoening, het verloop van de opname, de mogelijke behandelwijzen en risicofactoren geeft 95% van de CCU-verpleegkundigen in augustus 2014 in een enquête aan de sociale en medische achtergrond van de desbetreffende patiënt te kunnen verwoorden;
- in augustus 2014 geeft 95% van de patiënten in een enquête aan dat de CCU-verpleegkundige de belangrijke informatie ten aanzien van de aandoening, het verloop van de opname, de mogelijke behandelwijzen en risicofactoren gedurende het gesprek heeft samengevat;
- in augustus 2014 geeft 95% van de patiënten in een enquête aan dat de CCU-verpleegkundige aan het einde van het gesprek over de aandoening van de patiënt, het verloop van de opname, de mogelijke behandelwijzen en risicofactoren heeft gevraagd of de patiënt de informatie kort wilde samenvatten;
- in augustus 2014 geeft 95% van de patiënten in een enquête aan dat de CCU-verpleegkundige aan het einde van het gesprek een informatiefolder heeft verstrekt als aanvulling op de mondelinge informatie;
- in augustus 2014 geeft 95% van de patiënten in een enquête aan dat de CCU-verpleegkundige tijdens het gesprek over de aandoening van de patiënt, het verloop van de opname, de mogelijke behandelwijzen en risicofactoren in voldoende mate is ingegaan op de affectieve behoeften van de patiënt;
- in augustus 2014 geeft 95% van de patiënten in een enquête aan dat de CCU-verpleegkundige voorafgaand aan het gesprek over diens aandoening, het verloop van de opname, de mogelijke behandelwijzen en risicofactoren heeft geïnformeerd naar de informatiebehoefte van de patiënt;

	• in augustus 2014 geeft 95% van de patiënten in een enquête aan dat de CCU-verpleegkundige de informatie op efficiënte wijze heeft verstrekt. Dit houdt in dat de CCU- verpleegkundige niet te veel of onnodige informatie heeft verstrekt. De opgestelde implementatiedoelen dienen als indicator. Ze beschrijven de situatie die nagestreefd wordt. Aan de hand van bovenstaande indicatoren zal de effectiviteit van het implementatietraject uiteindelijk geëvalueerd worden.
<u>Stap 3</u> <i>Probleemanalyse</i> <i>de doelgroep en setting</i> Beschrijf en onderbouw hier hoe je dit in gaat brengen (methode). Kijk hierbij naar de indeling die Grol en Wensing hanteert voor bevorderende en belemmerende factoren: individuele factoren, sociale factoren, organisatorische factoren en maatschappelijke factoren. Het is een handig raamwerk dat inhoudelijk wordt toegelicht in Grol en Wensing (2011) en op basis waarvan bv. interviewtopics	In de praktijkproef (Lamkin, 2013b) van differentiatie twee is een probleemanalyse gemaakt ten aanzien van de doelgroep en setting. Bij deze probleemanalyse werd gebruik gemaakt van conceptuele literatuur en gegevens die werden verkregen uit de gevoerde interviews en observaties. In de interviews hadden de twee collega's ten aanzien van de wenselijke situatie ook factoren beschreven die de implementatie mogelijk zouden kunnen bevorderen of belemmeren. Deze factoren werden bij de probleemanalyse betrokken. Ten aanzien van de conceptuele literatuur werd gebruik gemaakt van het implementatiemodel van Grol en Wensing (2011). In dit model beschrijven Grol en Wensing (2011) dat de beïnvloedende factoren kunnen worden onderverdeeld in individuele-, sociale-, organisatorische- en maatschappelijke factoren. Allereerst heb ik een sociale kaart gemaakt, waarin ik beschreven heb welke partijen betrokken zijn bij de implementatie. Hierbij heb ik de patiënten, CCU-verpleegkundigen, artsen, de afdelingsmanager en het ziekenhuis vermeld. Van elke partij heb ik de belangen en doelen geformuleerd. Afhankelijk van de eigen belangen en doelen, kan elke partij de implementatie bevorderen of belemmeren. Ik heb ervoor gekozen de beïnvloedende factoren te beschrijven volgens het model van Grol en Wensing (2011), aangezien ik op deze wijze een raamwerk heb gecreëerd op basis waarvan ik de verkregen resultaten uit de interviews en observaties heb kunnen uitwerken. Het toespitsen van de literatuur op de praktijk heeft plaatsgevonden aan de hand van de verkregen gegevens uit de interviews en de observaties. Eén van de belemmerende factoren die ik beschreven heb, is dat niet alle collega's de noodzaak tot een verandering zullen zien (Lamkin, 2013b). Tot slot heb ik beschreven dat er een aantal stappen zijn die een team moet doorlopen om tot een implementatie in het dagelijks handelen te komen. Dit zijn de fasen van oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud. Ik heb iedere fase apart beschreven. De CCU- verpleegkundigen en de afdelingsmanager bevinden zich momenteel in de oriëntatiefase. Bij het opstellen van de belemmerende en bevorderende factoren, kwam ik tot de conclusie dat ik nog over onvoldoende informatie beschik. Ik wil nog twee collega's gaan interviewen ten aanzien van mogelijke beïnvloedende factoren, waardoor ik een breder beeld zal krijgen van de mogelijke belemmerende en bevorderende factoren. Voordat ik deze interviews ga uitvoeren, zal ik een

gemaakt kunnen worden en ook een raamwerk op basis waarvan de resultaten uitgewerkt kunnen worden.	topiclijst opstellen aan de hand van het raamwerk dat ik in de praktijkproef heb opgesteld. Op deze wijze kan ik gegevens die naar voren zullen komen uit de interviews op correcte wijze inpassen in de reeds opgestelde gegevens.
<u>Stap 4</u> <i>Strategieën en interventies</i> Beschrijf hoe je tot de strategieën en interventies komt (methode). Bv dat je passende strategieën mbv EPOC (uit Grol en Wensing, 2011) kiest.	Bij het selecteren van passende strategieën en interventies wil ik gebruik gaan maken van de Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) en de verschillende fasen in het veranderingsproces. Door gebruik te maken van bestaande methoden, kan ik mogelijke interventies en implementatiestrategieën ordenen en beschrijven. Door systematisch te kijken naar mogelijke strategieën en interventies kan ik doelgericht en adequaat werken. Na het analyseren van de wenselijke situatie, de werkelijke situatie en de probleemanalyse ten aanzien van doelgroep en setting ga ik strategieën en interventies kiezen met behulp van de EPOC. In stap drie werd bij het beschrijven van beïnvloedende factoren gebruik gemaakt van de indeling van Grol en Wensing (2011) in individuele factoren, sociale factoren, organisatorische factoren en maatschappelijke factoren. Bij de EPOC worden de strategieën en interventies ook ingedeeld in klassen, te weten professional gericht, organisatie gericht, sociale factoren en maatschappelijke factoren. De indeling in strategieën en interventies komt op deze wijze overeen met de indeling in beïnvloedende factoren. Daarnaast is de EPOC een op dit moment breed gebruikte taxonomie. Er zullen met name professional gerichte en organisatie gerichte strategieën en interventies geselecteerd worden. Ook wil ik na het analyseren van de wenselijke situatie, de werkelijke situatie en de probleemanalyse ten aanzien van doelgroep en setting gebruik maken van de verschillende fasen van het veranderingsproces. In stap drie heb ik beschreven dat alle betrokkenen zich na deze analyse nog in de oriëntatiefase bevinden. Ik zal allereerst kijken naar mogelijke knelpunten ten aanzien van deze fase, waarbij ik mogelijke strategieën definieer. Zoals ik bij de probleemanalyse van doelgroep en setting heb beschreven, zullen niet alle collega's de noodzaak voelen van de verandering. Ten aanzien van dit probleem wil ik Christel en Monique als sleutelfiguren gebruiken, collega's benaderen, informeren en confronteren met hun eigen handelen. Ook heb ik reeds een informatiedocument opgesteld voor collega's waarin ik de wenselijke en feitelijke situatie toelicht. Tevens worden de implementatiedoelen beschreven. Door middel van dit document wil ik collega's informeren over de vorderingen van het implementatietraject en hun enthousiasmeren over dit project. Gedurende het implementatieproces zullen verschillende subgroepen gewoonlijk in verschillende fasen in het veranderingsproces zitten. Ten aanzien van deze

	verschillende fasen, kunnen zich verschillende problemen voordoen. Om deze reden is er meestal een combinatie van meerdere strategieën nodig (Grol en Wensing, 2011). Door ook gebruik te maken van de strategieën en interventies ten aanzien van de verschillende fasen van het veranderingsproces, kan ik gedurende het implementatietraject problemen opsporen en adequate strategieën en interventies toepassen.
<u>Stap 5</u> <i>Implementatieplan</i> Wie doet wat, wanneer en met welk doel, planning in de tijd.	Aangezien ik de probleemanalyse van doelgroep en setting nog niet volledig afgerond heb, heb ik nog geen volledig beeld van de strategieën en interventies die geselecteerd zullen worden. De strategieën en interventies zullen gepland worden aan de hand van de stappen van het veranderingsproces. Dit zijn de fasen van oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud - Week 4 en 5: uitvoeren van twee interviews met collega's met betrekking tot mogelijke beïnvloedende factoren. Op deze wijze worden de beïnvloedende factoren in kaart gebracht op basis waarvan strategieën en interventies geselecteerd kunnen worden. - Week 6 t/m 8: selecteren van strategieën en interventies. Op basis van deze strategieën en interventies kan het implementatieplan nader gespecificeerd worden. - Week 9: op 26 februari is een teamvergadering gepland. Gedurende deze vergadering zal het implementatietraject op de planning komen waarbij uitleg wordt gegeven over de wenselijke en feitelijke situatie, de probleemanalyse van doelgroep en setting en de strategieën en interventies die hieruit voortvloeien. Tevens zal de tijdsplanning met collega's besproken worden. Door het uitvoeren van deze activiteiten zullen vorderingengemaakt worden ten aanzien van de fasen 'oriëntatie' en 'inzicht'. Collega's zullen bewust worden van de implementatie en kennis opdoen ten aanzien van het nut van deze verandering. Tevens zullen collega's inzicht krijgen in hun eigen werkwijze door de feitelijke zorgverlening te bespreken. Ook hoop ik door middel van deze activiteit de interesse en betrokkenheid van collega's te wekken. - Week 11 t/m 13: voor of na de dienstoverdracht collega's nogmaals informeren en betrekken bij de wijze waarop de verandering geïmplementeerd gaat worden. Deze stap heeft invloed op de fase 'acceptatie'. Door middel van deze activiteit wil ik collega's laten wennen aan de nieuwe implementatie en ze nogmaals voorzien van informatie, waardoor ze een positieve houding ontwikkelen ten aanzien van de verandering en de intentie hebben me te werken aan deze implementatie. Tevens zullen collega's geïnstrueerd worden over de wijze waarop ze de verandering kunnen toepassen, om collega's inzicht te geven in de stap 'verandering'. Aan het einde van week 13 zal een

	procesevaluatie plaatsvinden tussen Anke, Christel, Monique en overige collega's. - Week 14 t/m week 23: uitvoeren implementatie. Deze stap betreft de fase 'verandering'. De verandering zal uitgevoerd gaan worden in de praktijk. Aan het einde van week 16, 19 en 22 zal een procesevaluatie plaatsvinden tussen Anke, Christel, Monique en overige collega's. - Vanaf week 24 zullen Christel en Monique het project overnemen van Anke. Christel en Monique zullen het traject vervolg geven, waardoor er aandacht blijft voor het onderwerp. Anke zal met Christel en Monique bespreken hoe het vervolg van het implementatietraject eruit dient te zien, waarbij ze aanbevelingen overlegt. Op deze wijze wordt de fase 'behoud' beïnvloed. - Vanaf week 27 zullen patiënten enquêtes gaan invullen over de wijze waarop ze de informatieverstrekking ervaren. Indien 50 enquêtes verzameld zijn, zullen Christel en Monique deze evalueren. Op basis van deze evaluaties zullen verdere stappen ondernomen worden. In de periode van week 11 t/m week 23 zullen Christel en Monique het implementatietraject gedurende een teamvergadering op de agenda zetten. Hierbij zal worden aangegeven welke vorderingen gemaakt zijn en op welke wijze het implementatietraject voortgezet zal worden.
<u>Stap 6</u> <i>Behoud integratie in routines</i> Wat weet je al over het dagelijks handelen en het inpassen van verbetering in dagelijks handelen.	Om inzicht te krijgen in de wijze waarop nieuwe werkwijzen worden geïntegreerd in het dagelijks handelen heb ik hierover gesproken met een aantal CCU-verpleegkundigen. Deze collega's gaven aan dat de integratie het meest succesvol zal verlopen indien er collega's zijn die het project van mij overnemen als ik niet meer op de afdeling aanwezig ben. Het is belangrijk dat het team weet wie het project leidt en dat er daadwerkelijk mensen aangewezen worden als projectleiders. Tevens gaf het team aan dat er reeds twee collega's de informatieverstrekking aan patiënten als aandachtsgebied hebben. Aangezien ik het implementatietraject zelf niet geheel zal kunnen voltooien, wil ik deze aandachtsvelders, Christel en Monique, vanaf het begin van het implementeren van de verandering betrekken in dit proces. Op deze wijze kan ik gebruik maken van hun expertise en zullen ze nauw betrokken raken bij het implementatietraject. Tevens kan ik Christel en Monique vragen het onderwerp op de agenda van een teamvergadering te laten zetten, zodat collega's voortdurend op de hoogte blijven van de vorderingen van het implementatietraject. Voordat Christel en Monique vervolg zullen geven aan het project, zal dit ook besproken worden in een teamvergadering. Op deze wijze zullen alle collega's op de hoogte gebracht worden van het verdere verloop van de implementatie. Tevens zal ik Christel en Monique betrekken in de wijze waarop het traject vervolg dient te krijgen, waarbij ik zal aangeven welke activiteiten wanneer uitgevoerd dienen te worden en op welke wijze het project

	geëvalueerd dient te worden. Hierbij zal ik mijn inzichten uitleggen en onderbouwen. Bij het opstellen van deze inzichten zal ik gebruik maken van de expertise van Christel en Monique.
<u>Stap 7</u> <i>Evaluatie</i> Beschrijf de evaluatiemethoden die je wilt gebruiken of die je adviseert.	Gedurende het implementatietraject wil ik evaluaties uitvoeren met betrekking tot het proces en het product. De evaluatie is niet de eindstap van het proces, maar dient ervoor te zorgen dat het proces op het juiste spoor blijft. Op basis van de gegevens die naar voren komen uit de evaluaties kan het voorstel voor verandering aangepast worden, een verdere analyse worden uitgevoerd ten aanzien van de feitelijke zorg en de knelpunten die ervaren worden bij het realiseren van de verandering of andere interventies en strategieën gekozen worden. Tevens kan het implementatieplan aangepast worden. “Procesevaluatie is een belangrijk hulpmiddel voor het beschrijven van de ontwikkelde implementatiestrategie, de daadwerkelijk uitgevoerde strategie, de deelname van de doelgroep aan deze strategie en de ervaringen van de deelnemers met de strategie” (Grol & Wensing, 2011, p. 539). Bij stap 5 heb ik reeds beschreven dat ik aan het einde van week 13 een procesevaluatie wil houden met Christel, Monique en de CCU-verpleegkundigen die op dat moment aanwezig zijn. Hierbij dienen een aantal aspecten besproken te worden (Grol en Wensing, 2011): - Adherentie aan de blauwdruk: wordt elke activiteit van de strategie aangeboden zoals bedoeld? - Blootselling: is de mate van blootstelling (duur, frequentie) aan elke activiteit zoals bedoeld? - Kwaliteit van de uitvoering: is de wijze waarop de uitvoerder de activiteit aanbiedt zoals bedoeld? - Responsiviteit: wat vinden de deelnemers van de activiteiten en wat is hun mening over de relevantie ervan? - Differentiatie: worden de unieke elementen en de succeselementen van de strategie benoemd? De feedback die ik ontvang van mijn collega's zal ik laten noteren in mijn klapper. Op basis van de verkregen feedback kan het implementatieproces aangepast worden. Daarnaast heb ik beschreven dat ik aan het einde van week 16, 19 en 22 nogmaals eenzelfde evaluatie wil plannen met Christel, Monique en de CCU-verpleegkundigen die op dat moment aanwezig zijn met betrekking tot de wijze waarop ik het implementatietraject uitvoer en de wijze waarop de implementatie ervaren wordt. Ook deze feedback zal ik laten noteren in mijn klapper. Op basis van deze feedback kunnen aspecten van het implementatietraject aangepast worden. Er is sprake van een PDCA-cyclus. Tevens zal vanaf week 27 het product geëvalueerd gaan worden. Vanaf week 27 zullen enquêtes afgenomen worden bij patiënten die op de CCU worden

	opgenomen met angina pectoris over de wijze waarop zij de informatieverstrekking hebben ervaren. Bij stap twee zijn reeds implementatiedoelen geformuleerd. De enquêtevragen sluiten aan bij deze implementatiedoelen, zodat kan worden beoordeeld of de gestelde doelen behaald zijn. Als er 50 enquêtes zijn afgenomen, zullen deze door Christel en Monique geëvalueerd worden. Op basis van deze evaluaties zal het implementatieplan verder bijgesteld worden. Ik heb gekozen voor 50 enquêtes aangezien er voldoende enquêtes moeten zijn om een betrouwbare conclusie te kunnen trekken. Het is echter niet haalbaar om te wachten tot er meer dan honderd enquêtes verzameld zijn, aangezien daar een groot tijdsbestek overheen gaat. Om deze redenen heb ik gekozen voor 50 enquêtes.
<u>Bronnen</u> Geoperationalis eerde zoektermen, zoekstrategie tot nu toe, gebruikte databases en mogelijke bronnen.	Bij het uitwerken van de leertaak ontwerper van differentiatie twee (Lamkin, 2013a) en de praktijkproef van differentiatie twee (Lamkin, 2013b) is gebruik gemaakt van de databanken PubMed, Cinahl, Springerlink en de Vakbibliotheek. Gedurende het uitwerken van de literatuurstudie van major 1 zal tevens gebruik gemaakt worden van de databanken Invert en Cochrane. Hierbij is gezocht met de volgende zoektermen: ‘patient teaching’, ‘patient information’, ‘methods’, ‘principals’, ‘treatment adherence’ ‘satisfaction’, ‘cardiovascular disease’, ‘self management’, ‘patient education’, ‘health beliefs’, ‘cardiac pain’, ‘nursing’, ‘companion’, ‘family members’, ‘relatives’, ‘patient centered communication’, ‘tailored information’, ‘patient compliance’, ‘secondary prevention’, ‘secondary preventive measures’, ‘shared decision making’, ‘crisis’, ‘emotions’, ‘stress’, ‘communicatie’, ‘informatieverstrekking’, ‘informatievoorziening’, ‘patiëntinformatie’, ‘verpleegkundige’, ‘therapietrouw’, ‘zelfmanagement’, ‘secundaire preventie’, ‘emoties’, ‘besluitvorming’, ‘patiënt participatie’ en ‘crisissituatie’. Ook is in PubMed gebruik gemaakt van MeSh termen, zoals ‘humans’, ‘stress/psychological’, ‘Consumer Health Information’, ‘Consumer Health Information/ methods’, ‘Consumer Health Information/ nursing’, ‘Information literacy’, ‘information literacy/ methods’, ‘Cardiovascular disease/physiology’, ‘Cardiovascular disease/ psychology’, ‘Cardiovascular disease/ therapy’, ‘Cardiovascular disease/nursing’, ‘communication’, ‘health communication’, ‘self efficacy’, ‘decision making’, ‘decision making/methods’. Indien ik een relevant artikel gevonden heb, raadpleeg ik de literatuurlijst van het artikel. In PubMed kijk ik tevens bij de ‘related citations’ naar andere bruikbare bronnen. Daarnaast bekijk ik de gebruikte MeSh termen, zodat ik gebruik kan maken van deze MeSh termen in een volgende zoekstrategie. In dit voorstel voor de bachelorthesis werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

	Blokstra, A., van Dis, S.J., & Verschuren, W.M.M. (2008). <i>Effectiviteit van multifactoriele leefstijlinterventies bij patiënten met hart- en vaatziekten en hoog risicopersonen: review</i>. Geraadpleegd op https://www.hartstichting.nl/9800/13341/15305/review_effectiviteit_multifactoriele_leefstijl_interventies Bulechek, G.M., Butcher, H.K. & McCloskey, J. (2010). <i>Verpleegkundige interventies</i> (3^e herz. ed.). Amsterdam: Reed Business. De Backer, G., Ambrosioni, E., Borch-Johnsen, K., Brotons, C., Cifkova, R., Dallongeville, J., ... American College of Cardiology (2004). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. <i>Atherosclerosis</i>, 173(2), 381-391. Grol, R. & Wensing, M. (2011). <i>Implementatie: effectieve verbeteringen van patiëntenzorg</i> (4de herz. ed.). Amsterdam: Reed Business. Hogeschool Gent (z.j.). Keuze van survey methode. Geraadpleegd op http://habe.hogent.be/stat/survey/methode.html Johansson, P., Oléni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. <i>Scandinavian Journal of Caring sciences</i>, 16(4), 337-344. Lamkin, A.E.H. (2013a). Leertaak ontwerper: de wenselijke situatie ten aanzien van de informatievoorziening aan patiënten die worden opgenomen in verband met Angina Pectoris. Geraadpleegd op http://blackboard.hszuyd.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab_tab_group_id=_10_1 Lamkin, A.E.H. (2013b). Praktijkproef ontwerper: de eerste drie stappen van het implementatiemodel van Grol en Wensing. Geraadpleegd op http://blackboard.hszuyd.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab_tab_group_id=_10_1 Lisspers, J., Sundin, O., Ohman, A., Hofman-Bang, C., & Ryden, L. (2005) Long-term effects of lifestyle behavior change in coronary artery disease: effects on recurrent coronary events after percutaneous coronary intervention. <i>Health Psychology</i>, 24(1), 41-48.
--	---

- McGillion, M.H., Watt-Watson, J., Stevens, B., Lefort, S.M., Coyte, P., & Graham, A. (2008). Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36, 126-140. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.09.015
- Oterhals, K., Hanestad, B.R., Eide, G.E., & Hanssen, T.A. (2006). The relationship between in-hospital information and patiënt satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(4), 303-310.
- Schoen, C., Osborn, M.B.A., Doty, M.M., Bishop, M., Peugh, M.A., & Murukutla, N. (2007). Toward Higher- Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries. *Health Affairs*, 26, 717-734. doi: 10.1377/hlthaff.26.6.w717
- Van Staveren, R. (2013). Medicatietrouw bevorderen met patiëntgerichte communicatie. *Huisarts en wetenschap*, 56(9), 472-475.
- Terra, B., van Mechelen-Gevers, E., & van den Burgt, M. (2010). *Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen: de stappen naar zelfmanagement* (3de herz. ed.). Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- Zolnieriek, K.B.H., & DiMatteo, M.R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Medical Care*, 47, 826-834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc

Bijlage 18: Beoordelingsformulier bachelorthesis praktijkopleidster

Naam werkbegeleider/praktijkbegeleider: Anique de Leeuw (prakt. Co. IC/CC)

Zorginstelling: Laurentius ziekenhuis Roermond

Naam student: Anke Lamkin

Studentnummer: 1254146

Verklaring van hieronder gebruikte beoordelingstekens

(g) = criterium is goed uitgewerkt/toegepast

(v) = criterium is voldoende uitgewerkt/toegepast

(o) = criterium is onvoldoende uitgewerkt/toegepast

Criterium:

1. De student heeft een bruikbare bachelor thesis geleverd voor de praktijk	Voldaan / beoordeling : GOED Toelichting: Door het kritisch vermogen is Anke zich ,vrij snel na komst op de afdeling, gaan interesseren voor Informatie verstrekking en de manier waarop dit (individueel) gedaan wordt. Doordat zij zelf aan deze competentie aan het werk is gegaan, vielen haar wat zaken op en is zij hierop aan kwaliteit voor de categorie pat. Op de CCU met AP-klachten. Door een bachelorthesis te maken die in opzet ruim onderbouwt is kan deze, in de komende jaren, gebruikt worden als leidraad voor het neerzetten van specifieke zorgpaden op de afdeling CCU & Cardiologie.
2. De student heeft inzicht gegeven in de werkwijze die hij heeft gevolgd	Voldaan / beoordeling : GOED Toelichting: Anke heeft een heldere, zeer prettige manier van schrijven. Meteen vanaf het begin met alle verschillende onderdelen om tot deze laatste formele Bachelorthesis te komen, heeft Anke de te doorlopen stappen helder en concreet geformuleerd. Haar inleidingen en samenvattingen in haar tekst dragen bij in een zeer goed en prettig te lezen bachelorthesis en maakt hem toegankelijk voor de medewerkers van de CCU.

3. De student heeft in samenspraak met de praktijk de bachelor thesis ontwikkeld en vorm gegeven	Voldaan / beoordeling : GOED Toelichting: Vorig jaar is door de manager gestuurd om zorgpaden te gaan ontwikkelen voor de patiëntengroep met AP-klachten op de CCU. De literatuur studie van de bachelorthesis van Anke zal een universele rol kunnen gaan spelen in het uitrollen van nieuw te ontwikkelen zorgpaden voor verschillende patiënten categorieën op de CCU. Er is veel contact geweest tussen de praktijk en Anke gedurende het gehele proces. Anke heeft samen met mij de stappen besproken die nodig zijn voor een succesvolle implementatie. De gesprekken met haar en mij waren vooral gericht op het inzetten van de verandering en dan het volhouden van de verandering. Anke heeft zich bewezen door steeds tijdens formele en informele bespreking op de afdeling , weer opnieuw haar onderbouwing te bespreken en de verandering onder de aandacht te brengen. Anke heeft door haar houding en positie in het team een goede bewustwording bij de medewerkers kunnen bewerkstelligen en houdt op een prettige manier de vinger aan de pols.
4. De student heeft voor overdracht gezorgd	Voldaan / beoordeling : GOED Toelichting: Op een gegeven moment is al eerder in het implementatie traject gekeken naar het eind punt van de stage en opleiding van Anke en naar het voortzetten van de verandering. Op na vraag van anke, zijn 2 medewerkers van de CCU geschikt gebleken om haar verandering te borgen in de toekomst, als Anke niet meer werkzaam is op de CCU. Zij houdt ook hier wederom de vinger aan de pols en zorgt op regelmatige basis dat er contact is tussen haar en deze 2 medewerkers. Het tijdspad is reëel vorm gegeven en de uitwerking is helder. De 2 medewerkers hoeven de

	stappen maar te volgen en de controle en evaluatie kunnen verderop in dit jaar plaatsvinden.
5. De informatie in de bachelor thesis berust op een juiste weergave van de praktijk	Voldaan / beoordeling : GOED Toelichting: De beschreven werkelijke situatie is niet mooier of minder mooi gemaakt voor deze bachelorthesis. De inconsequentie in de informatie verstrekking ,met name, aan de categorie patiënten met AP-klachten op de CCU is juist geconstateerd. Door de literatuuronderzoek is helder geworden waarom deze informatie verstrekking bijdraagt in preventie en het terug brengen van heropnames voor patiënten met Hart & Vaatziektes op de CCU. Het is een eyeopener voor de medewerkers op de CCU en daarmee is de bereidwilligheid gecreëerd om de informatie verstrekking voor deze categorie patiënten te veranderen en daarmee bij te gaan dragen in een betere, individuele zorgverlening en om continuïteit in de informatieverstrekking te borgen voor de patiënt, opgenomen in het LZR met AP-klachten.

Criterium 1. en 3. en 5. Moeten in ieder geval met een voldoende zijn beoordeeld om een voldoende adviesbeoordeling te krijgen.

Adviesbeoordeling voor de uitvoering van de bachelor thesis op de werkvloer:
voldoende

Naam beoordelaar: Anique de Leeuw (praktijk coördinator IC/CC –LZR)

Datum: 8 juni -2014

Persoonlijke toelichting (indien gewenst) werk- / praktijkbegeleider:

Anke;

je hebt je goed staande weten te houden tijdens je gedeelde stage op zowel CCU als op de afdeling cardiologie. De verdeling van je stage over deze 2 afdelingen vraagt veel flexibiliteit van de student, wat je meer dan eens bewezen hebt. Het is een meesterlijk stuk werk wat je in praktijk en op papier hebt laten zien.

Ik besef me, nu ik op het gehele traject terug kijk, dat we dit alleen maar met je hebben kunnen doen omdat je in het laatste jaar NIET afwezig bent geweest voor je verdieping (=eigenlijk 10 weken van de afdeling af)

MAAR tot een succes hebben kunnen maken, doordat je deze 10 weken aanwezig bent geweest op beide afdelingen.

Ik geloof in de combinatie van beide afdelingen, echter is deze combinatie niet mogelijk als een 4^e jaar student 10 weken afwezig is voor een theoretisch blok.

Je hebt je bewezen zowel schriftelijk als in de praktijk. Bij een stage ,puur in je 4^e jaar op de CCU, kun je niet aan een aantal competenties werken en zou je in mijn ogen niet dit totale eind resultaat hebben kunnen halen. Het is ,nogmaals in mijn optiek, noodzakelijk om te leren overzicht te houden en de zorg te plannen en te continueren van minimaal 8-12 patiënten, Dit kan niet als je alleen op de CCU stage doet en daarom ben ik blij en trots op de invulling en jouw uitstroom niveau op beide afdelingen van dit 4^e en laatste jaar.

Ik ben van mening dat je op je plaats bent als verpleegkundige in het ziekenhuis. Het zal je voorlopig genoeg uitdaging geven om je ver te ontwikkelen als gediplomeerd verpleegkundige die de lat steeds hoger voor zich zelf zal leggen en op termijn weer andere uitdagingen en ontwikkelingen op zal gaan zoeken.

Anke, ik heb graag met je gewerkt en ik ben trots op je behaalde uitstroom niveau na dit zeer drukke laatste jaar van je opleiding. Gefeliciteerd met je Diploma!

Anique de Leeuw ; praktijk coördinator IC/CC -LZR

Bijlage 19: Beoordelingsformulier bachelorthesis docentbegeleidster

Naam student:

Studentnummer:

Naam docentbegeleider (1^e beoordelaar):

Datum beoordeling:

Naam 2^e beoordelaar:

Datum beoordeling:

Onderdeel	Punten en feedback beoordelaar
<u>Vorm: Maximaal 10 punten</u> Alle onderdelen zijn aanwezig, schrijfstijl is correct Nederlands en lettertype is arial 11 of times new roman 12, regelafstand 1,5 en aantal bladzijdes is maximaal 40 pagina's. Inhoudsopgave is goed. Correcte literatuurverwijzing in de tekst volgens de APA regels. Literatuurlijst is correct volgens APA regels. Bij een duo bachelor thesis mag het aantal bladzijdes 1 ½ maal zoveel zijn.	Toegekende punten: Feedback:
<u>Inhoud: Maximaal punten 90</u> Voorwoord: Maximaal 2 punten	Toegekende punten:

Voorwoord is persoonlijk. Geeft inzicht in de positionering van de thesis (opleiding, in kader waarvan geschreven) en bevat een dankwoord.	Feedback:
Samenvatting/Abstract: Maximaal 5 punten De inhoud van de samenvatting en abstract geeft een beeld van de inhoud van de bachelor thesis. Er wordt geen nieuwe informatie gepresenteerd.	Toegekende punten: Feedback:
Inleiding: Maximaal 10 punten Aanleiding vanuit de literatuur is beschreven: omvang en aard van het probleem en mogelijke oplossingen. De probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk is beschreven. Doelstelling en hoofdvraag met deelvragen vloeien logisch voort uit de inleiding. Leeswijzer is beschreven.	Toegekende punten: Feedback:
Implementatiemodel : Maximaal 2 punten De stappen van het implementatiemodel zijn kort weergegeven.	Toegekende punten: Feedback:
Onderwerpkeuze: Maximaal 3 punten De keuze van het onderwerp vanuit theorie en praktijk is duidelijk beschreven. Een aantal concrete doelen op outcome (patiënt) en proces (verpleegkundigen) zijn beschreven.	Toegekende punten: Feedback:
Wenselijke situatie: Maximaal 10 punten <i>Methode</i> De methode is in kaart gebracht en onderbouwd. <i>Resultaten</i> De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.	Toegekende punten: Feedback:

Conclusie

De conclusie die uit de resultaten naar voren komt is beschreven.

Analyse feitelijke zorg

Docent kan voor de analyse feitelijke zorg en probleemanalyse doelgroep en setting samen maximaal 15 punten verdelen

Toegekende punten:

Feedback:

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Probleemanalyse doelgroep en setting

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Feedback:

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Strategieën en interventies: Maximaal 10 punten

Toegekende punten:

Methode De methode is in kaart gebracht en onderbouwd. Resultaten Per strategie is concreet beschreven welke interventies toegepast worden (resultaten). Dit vloeit logisch voort uit voorafgaande stappen. Conclusie Conclusie is beschreven.	Feedback:
Implementatieplan: Maximaal 5 punten Een implementatieplan is gemaakt: wie doet, wat en wanneer (tijdsplanning).	Toegekende punten: Feedback:
Evaluatie: Maximaal 10 punten. Methode De gebruikte evaluatiemethoden of suggesties voor evaluatie zijn beschreven. Resultaten Eventuele resultaten en de stand van zaken nu is beschreven. Er is beschreven hoe voor overdracht is gezorgd. Conclusie Conclusie is beschreven.	Toegekende punten: Feedback:
Conclusie, discussie aanbevelingen: Maximaal 10 punten Conclusie, discussie (inkadering in bestaand onderzoek en kanttekening methoden) en aanbevelingen voor de praktijk zijn duidelijk beschreven.	Toegekende punten: Feedback:

Reflectie/procesverslag , proces en communicatie met belanghebbenden: Maximaal 8 punten Er is kritisch gekeken naar het proces en leerproces middels een model. Er is gereflecteerd op de rol van ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. Bij de beoordeling van het proces worden aspecten meegewogen als: mate van zelfstandig functioneren van de student, mate waarin student initiatieven heeft genomen, communicatie met relevante personen, mate waarin begeleiding/sturing vanuit de opleiding nodig is geweest. Bijlage. Beoordeling zoekstrategie bij methode wenselijke situatie en beoordeling andere bijlagen passend bij onderdeel. In ieder geval uitgebreide zoekstrategie, goedgekeurd voorstel, beoordelingslijst en eventueel andere bijlagen.	Toegekende punten: Feedback:
--	--

Beoordeling bachelor thesis:

1^e beoordelaar:

2^e beoordelaar:

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (1^e beoordelaar)

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (2^e beoordelaar)

Cijfer 1^e en cijfer 2^e worden gedeeld en uitkomst is eindcijfer bachelor thesis =

Bijlage 20: Beoordelingsformulier bachelorthesis 2^{de} beoordelaar

Naam student:

Studentnummer:

Naam 1^e beoordelaar:

Datum beoordeling:

Naam 2^e beoordelaar:

Datum beoordeling:

Onderdeel	Punten en feedback beoordelaar
<u>Vorm: Maximaal 10 punten</u> Alle onderdelen zijn aanwezig, schrijfstijl is correct Nederlands en lettertype is arial 11 of times new roman 12, regelafstand 1,5 en aantal bladzijdes is maximaal 40 pagina's. Inhoudsopgave is goed. Correcte literatuurverwijzing in de tekst volgens de APA regels. Literatuurlijst is correct volgens APA regels. Bij een duo bachelor thesis mag het aantal bladzijdes 1 ½ maal zoveel zijn.	Toegekende punten: Feedback:
<u>Inhoud: Maximaal punten 90</u>	
Voorwoord: Maximaal 2 punten	Toegekende punten:

Voorwoord is persoonlijk. Geeft inzicht in de positionering van de thesis (opleiding, in kader waarvan geschreven) en bevat een dankwoord.	Feedback:
Samenvatting/Abstract: Maximaal 5 punten De inhoud van de samenvatting en abstract geeft een beeld van de inhoud van de bachelor thesis. Er wordt geen nieuwe informatie gepresenteerd.	Toegekende punten: Feedback:
Inleiding: Maximaal 10 punten Aanleiding vanuit de literatuur is beschreven: omvang en aard van het probleem en mogelijke oplossingen. De probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk is beschreven. Doelstelling en hoofdvraag met deelvragen vloeien logisch voort uit de inleiding. Leeswijzer is beschreven.	Toegekende punten: Feedback:
Implementatiemodel: Maximaal 2 punten De stappen van het implementatiemodel zijn kort weergegeven.	Toegekende punten: Feedback:
Onderwerpkeuze: Maximaal 3 punten De keuze van het onderwerp vanuit theorie en praktijk is duidelijk beschreven. Een aantal concrete doelen op outcome (patiënt) en proces (verpleegkundigen) zijn beschreven.	Toegekende punten: Feedback:
Wenselijke situatie: Maximaal 10 punten <i>Methode</i> De methode is in kaart gebracht en onderbouwd. <i>Resultaten</i> De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.	Toegekende punten: Feedback:

Conclusie De conclusie die uit de resultaten naar voren komt is beschreven. Analyse feitelijke zorg Docent kan voor de analyse feitelijke zorg en probleemanalyse doelgroep en setting samen maximaal 15 punten verdelen Methode De methode is in kaart gebracht en onderbouwd. Resultaten De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.	
Conclusie Conclusie is beschreven. Probleemanalyse doelgroep en setting Methode De methode is in kaart gebracht en onderbouwd. Resultaten De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.	Toegekende punten: Feedback:
Conclusie Conclusie is beschreven. Strategieën en interventies: Maximaal 10 punten	Toegekende punten:

Methode De methode is in kaart gebracht en onderbouwd. Resultaten Per strategie is concreet beschreven welke interventies toegepast worden (resultaten). Dit vloeit logisch voort uit voorafgaande stappen. Conclusie Conclusie is beschreven.	Feedback:
Implementatieplan: Maximaal 5 punten Een implementatieplan is gemaakt: wie doet, wat en wanneer (tijdsplanning).	Toegekende punten: Feedback:
Evaluatie: Maximaal 10 punten. Methode De gebruikte evaluatiemethoden of suggesties voor evaluatie zijn beschreven. Resultaten Eventuele resultaten en de stand van zaken nu is beschreven. Er is beschreven hoe voor overdracht is gezorgd. Conclusie Conclusie is beschreven.	Toegekende punten: Feedback:
Conclusie, discussie aanbevelingen: Maximaal 10 punten Conclusie, discussie (inkadering in bestaand onderzoek en kanttekening methoden) en aanbevelingen voor de praktijk zijn duidelijk beschreven.	Toegekende punten: Feedback:

Reflectie/procesverslag , proces en communicatie met belanghebbenden: Maximaal 8 punten Er is kritisch gekeken naar het proces en leerproces middels een model. Er is gereflecteerd op de rol van ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. Bij de beoordeling van het proces worden aspecten meegewogen als: mate van zelfstandig functioneren van de student, mate waarin student initiatieven heeft genomen, communicatie met relevante personen, mate waarin begeleiding/sturing vanuit de opleiding nodig is geweest. Bijlage. Beoordeling zoekstrategie bij methode wenselijke situatie en beoordeling andere bijlagen passend bij onderdeel. In ieder geval uitgebreide zoekstrategie, goedgekeurd voorstel, beoordelingslijst en eventueel andere bijlagen.	Toegekende punten: Feedback:
--	--

Beoordeling bachelor thesis:

1^e beoordelaar:

2^e beoordelaar:

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (1^e beoordelaar)

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (2^e beoordelaar)

Cijfer 1^e en cijfer 2^e worden gedeeld en uitkomst is eindcijfer bachelor thesis =

Bijlage 21: Beoordelingsformulier presentatie bachelorthesis

Naam docentbegeleider (eindbeoordelaar):

Naam werk-/praktijkbegeleider (advies):

Datum beoordeling:

Naam student(en):

Studentnummer:

Feedbackschema mondelinge presentatie:

Criteria	Toelichting
Inleiding: Agenda/structuur van de presentatie	
Informatieoverdracht inhoud: Begrijpelijk voor toehoorders Sluit aan bij doel/onderwerp Is informatie bruikbaar/toepasbaar? Logische opbouw (inleiding, inhoud, conclusies/aanbevelingen)	
Proces: Interactie met toehoorders, (visueel, verstaanbaar) Adequaat ingaan op vragen toehoorders Juist gebruik van middelen (versterken de inhoud)	

In acht nemen van de tijd (30 min presenteren, 10 min vragen) Duidelijke afsluiting	
Bronverantwoording: Bron aangeven waar nodig Kritisch gebruik van bronnen	
Eindbeoordeling (voldaan/ niet voldaan)	

Bron: Masteropleiding Nurse practitioner (mANP), Zuyd Hogeschool Heerlen.

Let op: de beoordeling van de thesis, zonder presentatie, dient minimaal een 5,5 te zijn om de presentatie te mogen doen. De beoordeling van de thesis wordt pas gefiatteerd voor Bureau Onderwijs als de presentatie voldaan is.