

PATIËNTENVOORLICHTING: EEN HANDLEIDING VOOR HET ZIEKENHUIS



©www.rein-art.be

Vlaams Patiëntenplatform vzw
Groenveldstraat 15
3001 Heverlee
Tel.: 016/23.05.26
Fax.: 016/23.24.46
info@vlaamspatiëntenplatform.be
www.vlaamspatiëntenplatform.be
ISBN: 9789081542906

INHOUD

Inleiding	5
Wat is het Vlaams Patiëntenplatform vzw?	6
Deel I: Patiëntenvoorlichting: een theoretische schets	7
Hoofdstuk 1: Patiëntenvoorlichting	8
1.1 Patiëntenvoorlichting vandaag	8
1.2 Een definitie van patiëntenvoorlichting	8
1.3 Het belang van patiëntenvoorlichting	9
1.4 Patiëntenvoorlichting als onderdeel van kwaliteitsvolle zorg	10
Hoofdstuk 2: Patiëntenvoorlichting vraagt structuur	11
2.1 De overheid	11
2.2 Een netwerk patiëntenvoorlichting	11
2.3 Het ziekenhuis	12
2.4 De ziekenhuisafdeling	12
2.5 De relatie patiënt – zorgverlener	13
Hoofdstuk 3: Randvoorwaarden voor een succesvol project	14
3.1 Cultuur, structuur en middelen	14
3.2 Taken en verantwoordelijkheden	14
3.3 Afbakening van de doelgroep	14
3.4 Inbedding van patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis	15
Deel II: Bouwstenen voor patiëntenvoorlichting	16
Hoofdstuk 1: Structuren in het ziekenhuis	18
1.1 De coördinator patiëntenvoorlichting	18
1.2 Het patiënteninformatiebureau	19
1.3 De interne databank patiëntenvoorlichting	20
1.4 Contactpersonen Patiëntenvoorlichting (Copa)	20
1.5 De commissie patiëntenvoorlichting	21
Hoofdstuk 2: Stappenplan patiëntenvoorlichting op afdelingsniveau	22
2.1 Inleiding	22
2.2 Weerstanden en het belang van een communicatieplan	23
2.3 Patiëntenparticipatie	23
2.4 Stappenplan patiëntenvoorlichting	23
2.4.1 PLAN fase	25
Stap 1: Aanvraag en het eerste contact	25
Stap 2: Impactanalyse	25
Stap 3: Adviesplan	26
Stap 4: Samenstelling en opstarten van een interdisciplinaire werkgroep	26
Stap 5: Afbakenen van de doelgroep	26
Stap 6: Bepalen van de doelstellingen, optimaliseren van de doelstellingen in meetbare indicatoren, bepalen van de communicatiemomenten	27
Stap 7: Projectvoorstel met een eerste versie van het communicatieplan	27
2.4.2 DO fase	28
Stap 8: Dossieranalyse: identificeren van sleutelinterventies en evaluatie van de huidige werkwijze	28
Stap 9: Voormeting van patiëntentevredenheid: kwaliteits- en efficiëntiemeting	29
Stap 10: Peilen naar verwachtingen van patiënten én zorgverleners	29
Stap 11: Documentanalyse	29
Stap 12: Beschrijven van het voorlichtingsprotocol	29

Stap 13: Best practice guidelines	29
Stap 14: Peer review	30
2.4.3 CHECK – STUDY fase	31
Stap 15: Criteria voor de afbakening van de patiëntenpopulatie	31
Stap 16: Uitschrijven van een communicatieplan via een time-task matrix	31
Stap 17: Planning van het volledige voorlichtingsprotocol	31
Stap 18: Capaciteit- en middelenplan	32
Stap 19: Vastleggen van SLA (Service Level Agreements)	32
Stap 20: De aansturing van het voorlichtingsprotocol	32
Stap 21: Opleiding van de medewerkers	32
2.4.4 ACT fase	33
Stap 22: Testcasus	33
Stap 23: Een definitieve implementatieversie	33
Stap 24: Integratie van voorlichtingsprotocol in het patiëntendossier	34
Stap 25: Integratie van het voorlichtingsprotocol in het informaticasysteem	34
Stap 26: Registratie van afwijkingen	34
Stap 27: Integratie in agendabeheer en boekingsystemen	34
Stap 28: Informatie over het voorlichtingsprotocol	34
Stap 29: Nameting en systematische evaluatie van het voorlichtingsprotocol	35
Stap 30: Systematische feedback	35
Hoofdstuk 3: Belangrijkste referenties	36
Deel III: Bijlagen	38
Bijlage II.1.A: Profiel van een coördinator patiëntenvoorlichting	40
Bijlage II.1.B: Het opstellen van een beleidsplan patiëntenvoorlichting	43
Bijlage II.1.C: Interne en externe netwerkontwikkeling	53
Bijlage II.1.D: Opleiding patiëntenvoorlichting voor medewerkers van het ziekenhuis	55
Bijlage II.1.E: Draaiboek voor de opmaak van informatiemateriaal	56
Bijlage II.1.F: Patiëntenparticipatie in vogelvlucht	62
Bijlage II.1.G: Het patiënteninformatiebureau	63
Bijlage II.1.H: De contactpersoon patiëntenvoorlichting (Copa)	69
Bijlage II.1.I: De commissie patiëntenvoorlichting	73
Bijlage II.2.A: De betrokkenheid van de coördinator patiëntenvoorlichting bij de projectuitvoering	76
Bijlage II.2.B: Quicksan: de verkenning van het voorlichtings- of communicatieprobleem	77
Bijlage II.2.C: Samenstelling interdisciplinaire werkgroep	79
Bijlage II.2.D: Afbakenen van de doelgroep	81
Bijlage II.2.E: Formuleren van doelstellingen en indicatoren	84
Bijlage II.2.F: Het opstellen van een communicatieschema	97
Bijlage II.2.G: Model projectvoorstel protocollering van patiëntenvoorlichting met communicatieplan	99
Bijlage II.2.H: Het vooronderzoek	106
Bijlage II.2.I: Bevraging van patiënten	109
Bijlage II.2.J: Bevraging van zorgverleners	111
Bijlage II.2.K: Het voorlichtingsprotocol	116
Bijlage II.2.L: Best practice	125
Bijlage II.2.M: Het voorlichtingsprotocol: voorbeelden	126
Bijlage II.2.N: Implementatie	134
Bijlage II.2.O: Het Patiënteninformatiedossier (PID)	138
Bijlage II.2.P: Evaluatie-onderzoek	144

INLEIDING

Een gecoördineerde patiëntenvoorlichting in elk ziekenhuis, daar droomt het Vlaams Patiëntenplatform vzw van! Ziekenhuizen doen op dit moment heel wat inspanningen om patiënten, zowel individueel als in groep, schriftelijk en mondeling goed te informeren. In ons onderzoek van 2007¹ stelden we echter vast dat patiëntenvoorlichting meestal gebaseerd is op initiatieven op afdelingsniveau en dat er weinig coördinatie is over de 'afdelingsgrenzen' van het ziekenhuis heen. Daardoor gaan waardevolle ervaringen en inspanningen die ook voor andere afdelingen interessant kunnen zijn vaak verloren. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw wil daarom met deze handleiding ziekenhuizen helpen in het structureren en vorm geven van een centraal gecoördineerd patiëntenvoorlichtingsbeleid.

Een goede patiëntenvoorlichting leidt niet alleen tot beter geïnformeerde patiënten maar ook tot patiënten die actief mee kunnen beslissen in de zorg. Zorgverstrekkers kunnen de communicatie over de zorg structureren zodat duidelijk wordt welk teamlid op welk moment welke informatie aan de patiënten meedeelt. Dit betekent dat er in eerste instantie een intense communicatie met de patiënt wordt opgezet. Ervaringen uit ziekenhuizen leren ons verder ook dat patiënten meer vertrouwen hebben in hun zorg omdat ze weten wat er hen te wachten staat. Dit levert op zijn beurt een niet te onderschatten tijdswinst op.

Een patiëntenvoorlichtingsbeleid zoals beschreven in deze handleiding is het ideale plaatje. De handleiding heeft in een eerste fase vooral als doel dat ziekenhuizen, in hun communicatie of patiëntenvoorlichtingsbeleid dat ze momenteel uitwerken, gebruik kunnen maken van een onderbouwde patiëntgerichte invulling ervan. Aan de hand van concreet uitgewerkte bijlagen die (gratis) opgevraagd kunnen worden bij het Vlaams Patiëntenplatform vzw, staan we u graag bij. Wij horen ook graag uw ervaringen uit de praktijk.

De handleiding bestaat uit twee delen.

In het eerste deel wordt een theoretische schets gegeven van wat het Vlaams Patiëntenplatform vzw verstaat onder patiëntenvoorlichting en, wat dit proces van communicatie verlangt van de verschillende stakeholders (overheid, ziekenhuis, patiënt, ...). Verder geeft het eerste deel een opsomming van enkele belangrijke randvoorwaarden voor de installatie van patiëntenvoorlichting in een ziekenhuis.

Het tweede deel van de handleiding spitst zich toe op de bouwstenen van patiëntenvoorlichting en beschrijft het stappenplan patiëntenvoorlichting 'stap voor stap'.

In de handleiding werden details bewust vermeden, deze zijn terug te vinden in de bijlagen.

Wij wensen u veel succes met de uitwerking van een goed patiëntenvoorlichtingsbeleid en kijken uit naar het resultaat!

Vlaams Patiëntenplatform vzw, 2009

¹ SCHOONACKER, M. en LOUCKX, F., *Patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen: een verkennend onderzoek in Vlaanderen*, Vlaams Patiëntenplatform vzw (in opdracht van FOD Volksgezondheid en in samenwerking met de VUB), 2007, online raadpleegbaar op www.vlaamspatientenplatform.be.

WAT IS HET VLAAMS PATIËNTENPLATFORM VZW?

Deelnemen aan het gezondheidsbeleid

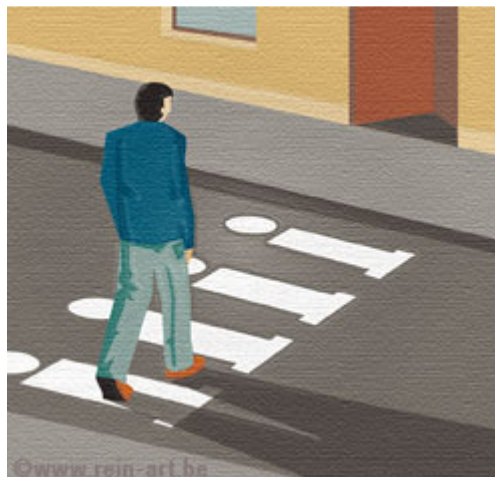
Het Vlaams Patiëntenplatform vzw is een onafhankelijk platform van patiëntenverenigingen uit Vlaanderen. De vzw streeft naar toegankelijke zorg op maat van de patiënt en zijn omgeving. Om dat te bereiken is het nodig dat patiënten actief deelnemen aan de uitbouw van gezondheidsbeleid en gezondheidszorg. De projecten van het Vlaams Patiëntenplatform vzw worden gedragen door ervaringsdeskundigen uit patiëntenverenigingen. Patiëntenrechten, onafhankelijk klachtrecht voor patiënten, toegankelijkheid van zorg, gelijke kansen op het vlak van verzekeringen, werkgelegenheid, medicatie, ... zijn belangrijke aandachtspunten.

De gemeenschappelijke noden aanpakken

Mensen met een chronische ziekte zitten vaak met vergelijkbare vragen en worstelen met dezelfde knelpunten. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw ziet het gezamenlijk aanpakken van gemeenschappelijke noden als een belangrijk werkterrein.

De stem van de patiënt ondersteunen

Er wordt zonder twijfel hard gewerkt aan de uitbouw van betaalbare kwaliteitszorg. Maar het perspectief van de patiënt is veel te weinig doorslaggevend. De stem van de gebruikers moet gehoord en gewaardeerd worden. Daadwerkelijke inspraak, vertegenwoordiging en participatie realiseren op basis van een gedeeld standpunt van de patiënt: daar staat het Vlaams Patiëntenplatform vzw voor.



DEEL I: PATIËNTENVOORLICHTING: EEN THEORETISCHE SCHETS

Hoofdstuk 1: Patiëntenvoorlichting

- 1.1 Patiëntenvoorlichting vandaag
- 1.2 Patiëntenvoorlichting: een definitie
- 1.3 Patiëntenvoorlichting: het belang
- 1.4 Patiëntenvoorlichting: een onderdeel van kwaliteitsvolle zorg

Hoofdstuk 2: Patiëntenvoorlichting vraagt structuur

- 2.1 De overheid
- 2.2 Een netwerk patiëntenvoorlichting
- 2.3 Het ziekenhuis
- 2.4 De ziekenhuisafdeling
- 2.5 De relatie patiënt - zorgverlener

Hoofdstuk 3: Randvoorwaarden voor een succesvol project

- 3.1 Cultuur, structuur en middelen
- 3.2 Taken en verantwoordelijkheden
- 3.3 Duidelijke doelgroep
- 3.4 Strategie

Hoofdstuk 1: Patiëntenvoorlichting

1.1 Patiëntenvoorlichting vandaag

De patiënt is vandaag veel mondiger dan vroeger. Hij 'ondergaat' niet langer het medisch en therapeutisch gebeuren, maar wil bij beslissingen betrokken worden. Die behoefte aan meer betrokkenheid vereist een sterk patiëntgerichte en vraaggestuurde zorg. Om weloverwogen keuzes (mee) te kunnen maken, moet de patiënt goed en correct geïnformeerd zijn.

Patiëntenvoorlichting die beantwoordt aan de individuele noden en behoeften vereist een stevige organisatie, de nodige communicatieve vaardigheden en een bereidwillige houding van alle betrokken zorgverleners.

onderzoek

De studie "*Patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen: een verkennend onderzoek in Vlaanderen*²" toont een tekort aan structurele verankering van patiëntenvoorlichting in Vlaamse ziekenhuizen. De praktische organisatie van patiëntenvoorlichting is zeer afhankelijk van lokale initiatieven. Er is geen sprake van structurele inbedding en coördinatie. Een coördinerende functie voor patiëntenvoorlichting komt niet systematisch voor in elk ziekenhuis.

1.2 Een definitie van patiëntenvoorlichting

In het werkveld worden verschillende termen door elkaar gebruikt, elk met hun eigen accent. Meer nog, het individuele aanvoelen van termen weegt sterk door in de eigen interpretatie van termen.

Voor deze handleiding werd voor de term **patiëntenvoorlichting** gekozen:

"Patiëntenvoorlichting is een proces van communicatie met, voor en over patiënten dat op een planmatige manier integraal deel uitmaakt van het zorgtraject en gericht is op kennisvermeerdering, attitude en/of gedragsverandering van de patiënt ten aanzien van zijn gezondheidssituatie om in overleg met de zorgverlener te komen tot een doordachte keuze.

Door de inbreng van de ervaringsdeskundigheid van de patiënten leidt dit proces eveneens tot kennisvermeerdering, attitude en/of gedragsverandering van de zorgverlener."³

doel

Het doel van patiëntenvoorlichting is bepaalde veranderingen te realiseren wat betreft kennis, houding en gedrag van de zowel de patiënt, als de medepatiënt én de zorgverlener.

communiceren in alle

Alle facetten van communicatie met en over patiënten wordt beoogd. Maar

² SCHOONACKER, M. en LOUCKX, F., *Patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen: een verkennend onderzoek in Vlaanderen*, Vlaams Patiëntenplatform vzw (in opdracht van FOD Volksgezondheid en in samenwerking met de VUB), 2007, online raadpleegbaar op www.vlaamspatienentenplatform.be.

³ Albada (2005), aangevuld door het Vlaams Patiëntenplatform vzw.

richtingen	ook de communicatie tussen de patiënten, bijvoorbeeld in patiëntenverenigingen. Naast informatieverstrekking en gespreksvoering is ook besluitvorming een essentieel onderdeel van patiëntenvoorlichting.
besluitvorming	De informatie aan patiënten moet duidelijk zijn en afgestemd zijn op de individuele situatie. Op basis van de ontvangen informatie moet de patiënt zelf keuzes kunnen maken. Dit stelt zowel eisen aan de inhoud van de informatie als aan de communicatieve vaardigheden van de voorlichter.
informatieplicht	Patiëntenvoorlichting is een deel van het werk van elke zorgverlener. Niet elke patiënt wil hetzelfde weten. De zorgverlener moet de cognitieve en emotionele mogelijkheden of beperkingen van de patiënt inschatten, evenals zijn informatiebehoefte. Het juiste voorlichtingsmateriaal, een goede samenwerking en afstemming met andere teamleden zijn eveneens nodig. Het is belangrijk dat binnen het ziekenhuis de noodzakelijke randvoorwaarden voor patiëntenvoorlichting goed geregeld zijn (zie deel 1, hoofdstuk 3).

1.3 Het belang van patiëntenvoorlichting

patiënt	Patiëntenvoorlichting leidt (direct of indirect) tot een betere kennis van de patiënt over zijn gezondheid, ziekte of aandoening, behandeling, alternatieven, risico's en toekomstperspectief, waardoor hij actief kan participeren in de zorg en keuzes kan maken. De patiënt ervaart minder angst en stress wat een positieve impact heeft op de effectiviteit van de gezondheidszorg (onder andere een kortere verblijfsduur).
zorgverlener	Patiëntenvoorlichting heeft echter niet enkel voordelen voor de patiënt, ook voor ziekenhuizen en zorgverleners heeft het positieve gevolgen. Goed geïnformeerde patiënten zijn meer tevreden, volgen getrouwer de therapie, hebben een betere relatie met hun zorgverlener(s). De betrokkenheid van de patiënt resulteert in betere klinische resultaten en gezondheidseffecten en een kortere hospitalisatie.
maatschappij	Tenslotte is er ook een positieve impact op de algemene kost voor de gezondheidszorg.

1.4 Patiëntenvoorlichting als onderdeel van kwaliteitsvolle zorg

kwaliteit

Zorgkwaliteit en patiëntenvoorlichting zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Goede patiëntenvoorlichting is meer dan een vriendelijke en gepaste patiëntenbejegening. Het gaat ook over heldere communicatiestructuren, het doseren van de informatie, afspraken over de inhoud en het moment van informeren, aangepaste informatiemiddelen, enzovoort.

ziekenhuisbeleid

Ziekenhuizen erkennen dat patiëntenvoorlichting een essentieel onderdeel is van kwaliteitszorg. Toch wordt nog te vaak de nadruk op de medisch-technische kwaliteit gelegd. Patiëntenvoorlichting maakt deel uit van de therapeutische handeling en moet als dusdanig in het proces van de zorgplanning opgenomen zijn.

In de relatie tussen zorgverlener en patiënt is de kwaliteit van de patiëntenvoorlichting een bepalende factor voor de kwaliteit van de zorg. Een goed, volgens de medische en/of verpleegkundige standaard, uitgevoerde zorg kan worden tenietgedaan door een gebrekkige patiëntenvoorlichting. De waardering van patiënten voor de kwaliteit van de zorg wordt voor een groot deel bepaald door de kwaliteit van de communicatie; zowel de algemene communicatie (onthaal, bewegwijzering, toegankelijkheid, ...), maar vooral de communicatie tussen zorgverstrekkers en patiënt(en).

Hoofdstuk 2: Patiëntenvoorlichting vraagt structuur

2.1 De overheid

stimuleren	Kwaliteit en zorg zijn belangrijke aandachtspunten in de gezondheidszorg. Ontwikkelingen op het vlak van patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen moeten gestimuleerd worden door de overheid.
wet patiëntenrechten	<p>De wet op de patiëntenrechten van 2002⁴ bevat twee belangrijke rechten die betrekking hebben op patiëntenvoorlichting:</p> <ul style="list-style-type: none">- het recht op informatie over de gezondheidstoestand (artikel 7),- het recht op toestemming of weigering na informatie (artikel 8). <p>De patiënt moet kunnen rekenen op alle informatie over zijn gezondheidstoestand en de (vermoedelijke) evolutie ervan. Deze informatie is afgestemd op zijn behoeften, mogelijkheden en beperkingen en maakt deel uit van de totale zorgverlening. De patiënt kan ook weigeren bepaalde informatie te ontvangen.</p> <p>Verder kan geen enkele handeling opgestart, verder gezet of stopgezet worden zonder toestemming van de patiënt. De informatie die de toestemming (of weigering) voorafgaat moet tijdig aan de patiënt verschaft worden. Dit omvat minstens volgende elementen: het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, relevante nevenwerkingen, belangrijke risico's en tegenaanwijzingen, de vereiste nazorg, de eventuele gevolgen wanneer de behandeling wordt geweigerd, de kostprijs en eventuele alternatieven.</p>
financiering	Een goed georganiseerde patiëntenvoorlichting vereist financiële en personele inspanningen en een juiste visie van het ziekenhuis. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw is van mening ziekenhuizen die een patiëntenvoorlichtingsbeleid invoeren, moeten kunnen rekenen op financiële ondersteuning van de overheid.

2.2 Een netwerk patiëntenvoorlichting

ziekenhuisoverstijgend niveau	<p>Vlaanderen kent op het ziekenhuisoverstijgende niveau geen specifieke structuren die afgestemd zijn op de organisatie van patiëntenvoorlichting. Elk ziekenhuis doet afzonderlijk aan patiëntenvoorlichting, terwijl er weinig of geen uitwisseling van kennis bestaat. Een bevraging van het Vlaams Patiëntenplatform vzw toont aan dat er nood bestaat aan een uitwisseling van reeds bestaande expertise binnen een ziekenhuisoverstijgend kader⁵.</p> <p>Een netwerk en een centrale databank kunnen de verdere ontwikkeling van patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen stimuleren. Binnen een netwerk patiëntenvoorlichting kunnen ziekenhuizen ervaringen uitwisselen en van</p>
--------------------------------------	---

⁴ Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002, publicatie in het Belgisch Staatsblad op 26 september 2002.

⁵ SCHOONACKER, M. en LOUCKX, F., *Patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen: een verkennend onderzoek in Vlaanderen*, Vlaams Patiëntenplatform vzw (in opdracht van FOD Volksgezondheid en in samenwerking met de VUB), 2007, online raadpleegbaar op www.vlaamspatiëntenplatform.be.

elkaar leren via (innovatieve)projecten, congressen, opleidingsmomenten, enzovoort. Een databank patiëntenvoorlichtingsmaterialen, -projecten, -programma's, -richtlijnen, -onderzoeken, ... kan een meerwaarde zijn.

ervaringsdeskundigheid van patiëntenverenigingen

Contacten met patiëntenverenigingen zijn belangrijk voor een voorlichtingsbeleid waar de patiënt centraal staat. Patiëntenverenigingen beschikken vaak over een schat aan medische informatie, maar ook over kwaliteit van het leven die ingezet kan worden in voorlichtingsmomenten in het ziekenhuis.

De ervaringsdeskundigheid die patiëntenverenigingen bezitten is een waardevolle aanvulling op de informatie die de patiënt van de zorgverleners heeft ontvangen.

2.3 Het ziekenhuis

verankering in het ziekenhuisbeleid

Een kwalitatief goede patiëntenvoorlichting, die ook op langere termijn haar kwaliteit behoudt en/of verbetert, moet stevig verankerd zijn in de organisatie. De basis van een patiëntenvoorlichtingsbeleid ligt bij het ziekenhuismanagement. Een duidelijke visie en welomschreven doelstellingen garanderen dat patiëntenvoorlichting een professioneel onderdeel van de zorg wordt en blijft. Dit vraagt het stellen van prioriteiten en het maken van keuzes.

2.4 De ziekenhuisafdeling

Naast de overheid, netwerken en het ziekenhuis is het belangrijk dat ook structuur wordt aangebracht op het niveau van de ziekenhuisafdeling. Het doel is een vertaling van de visie van het ziekenhuis op het instellingsniveau.

contactpersonen patiëntenvoorlichting
(zie ook deel II, hoofdstuk 1)

Contactpersonen patiëntenvoorlichting (Copa) hebben op het niveau van hun dienst of afdeling een coördinerende taak en zijn een aanspreekpunt in verband met de patiëntenvoorlichting die op de verpleegafdelingen plaatsvindt. Zij staan in voor de structurele aandacht voor de (kwaliteit van) patiëntenvoorlichting op de werkvloer. Een referentie verpleegkundige of gespecialiseerde verpleegkundige kan naast haar specifieke informatietaak ook als contactpersoon patiëntenvoorlichting fungeren, als zij op de afdeling ook alle werkzaamheden met betrekking tot patiëntenvoorlichting structureert en coördineert.

voorlichtingsprotocol

De contactpersonen patiëntenvoorlichting van de verschillende afdelingen en diensten in het ziekenhuis vormen samen het Copa-netwerk. Bij de zorg en behandeling van een patiënt zijn heel wat verschillende zorgverleners betrokken die allen een (deel)taak hebben in het informeren van de patiënt. In de praktijk is er vaak te weinig afstemming tussen de verschillende zorgverleners, met het risico dat de patiënt te weinig of zelfs tegenstrijdige informatie of begeleiding krijgt. Duidelijke afspraken over wie op welk moment welke informatie geeft kunnen vastgelegd worden in een voorlichtingsprotocol, dat idealiter deel uitmaakt van een klinisch pad. De contactpersoon patiëntenvoorlichting is het best geplaatst om de aanzet te

geven voor het ontwikkelen van een voorlichtingsprotocol.

2.5 De relatie patiënt – zorgverlener

De patiënt moet op basis van de ontvangen informatie zelf keuzes kunnen maken. Het geven van patiëntenvoorlichting is een vast onderdeel van de taak van elke zorgverlener. Patiëntenvoorlichting is een interactief en gedeeld proces.

Dit vereist duidelijke informatie die afgestemd is op de situatie van de individuele patiënt en stelt eisen aan de inhoud van de voorlichting en aan de communicatieve vaardigheden van de voorlichter.

randvoorwaarden
(zie deel I, hoofdstuk 3)

Het is voor zorgverleners belangrijk dat binnen de instelling de noodzakelijke randvoorwaarden gerealiseerd zijn om aan goede patiëntenvoorlichting te kunnen doen.

Hoofdstuk 3: Randvoorwaarden voor een succesvol project

3.1 Cultuur, structuur en middelen

Op het niveau van de instelling zijn de structuur en cultuur van de organisatie, alsook de beschikbaarheid van tijd en geld bepalende randvoorwaarden voor de uitbouw van een ziekenhuisbeleid gericht op kwaliteitsvolle patiëntenvoorlichting.

ziekenhuiscultuur De ziekenhuiscultuur moet er één zijn waarbij kwaliteit van zorg, waaronder communicatie van zorg en behandeling prioriteit. Het is belangrijk dat alle medewerkers veel waarde hechten aan een goede communicatie en informatieverstrekking, patiëntvriendelijk zijn en bereid zijn tot verandering en samenwerking. Uiteraard moet er rekening gehouden worden met weerstanden. Ideaal is dat de directie zelf uitdrukkelijk stelt dat patiëntenvoorlichting een belangrijk onderdeel is van zorg en behandeling.

ziekenhuisstructuur Ook de concrete organisatie van het ziekenhuis en de afdelingen is een belangrijke randvoorwaarde voor de organisatie van patiëntenvoorlichting. Dit moet een onderdeel van de dagelijkse werking van afdelingen en diensten zijn. Voldoende gekwalificeerde medewerkers en opleidings- en bijscholingsmogelijkheden voor communicatieve vaardigheden moeten tot de standaard behoren.

middelen Tenslotte moet er ook tijd en geld vrijgemaakt worden. Communicatiematerialen moeten ontwikkeld en ingevoerd worden, de uitbouw van patiëntenvoorlichting moet structureel ondersteund worden.

3.2 Taken en verantwoordelijkheden

afspraken Duidelijke afspraken over de verdeling van taken en bevoegdheden moeten van bij het begin worden gemaakt. Het moet ook duidelijk zijn wie de eindverantwoordelijkheid draagt.

3.3 Afbakening van de doelgroep

gericht Opdat voorlichtingsmaterialen en strategieën hun doel niet missen is het belangrijk dat ze goed aansluiten bij de beoogde doelgroep. Er moet voldoende aandacht besteed worden aan het afbakenen van een patiëntengroep en aan het vaststellen van algemene en specifieke factoren die bepalend zijn voor de communicatie. (Geriatrische patiënten hebben bijvoorbeeld vaak geheugenproblemen)

stap voor stap Het uitbouwen van een goed functionerend patiëntenvoorlichtingbeleid is een werk van lange adem. Starten met kleine overzichtelijke patiëntengroepen heeft als voordeel dat concrete resultaten vrij snel zichtbaar zijn en dat bijstellingen gemakkelijk kunnen plaatsvinden. Eenmaal nieuwe voorlichtingsmiddelen of –methoden ingebed zijn in de werkwijze van een afdeling, kan het project verder uitgebouwd worden naar

andere patiëntengroepen.

3.4 Inbedding van patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis

communicatiestrategie Een communicatiestrategie zorgt ervoor dat er een rode draad is voor alle communicatie rond een bepaald project. Dit voorkomt dat er tegenstrijdigheden ontstaan in wat afdelingen en betrokkenen willen uitdragen en bereiken. Centraal staat de manier waarop de ziekenhuismedewerkers, die de vastgelegde doelstellingen moeten realiseren, bereikt, overtuigd en betrokken kunnen worden. De communicatiestrategie is de basis voor alle communicatieactiviteiten en sluit goed aan bij de kenmerken van de doelgroep en bij de structuur en cultuur van het ziekenhuis en/of afdeling.

Deze inbedding kan gerealiseerd worden via een interne nieuwsbrief, het intranet, ...

DEEL II: BOUWSTENEN VOOR PATIËNTENVOORLICHTING

Hoofdstuk 1: Structuren in het ziekenhuis

- 1.1 De coördinator patiëntenvoorlichting
- 1.2 Het patiënteninformatiebureau
- 1.3 De interne databank patiëntenvoorlichting
- 1.4 De contactpersonen patiëntenvoorlichting (Copa)
- 1.5 De commissie patiëntenvoorlichting

Hoofdstuk 2: Stappenplan patiëntenvoorlichting op afdelingsniveau

- 2.1 Inleiding
- 2.2 Weerstanden en het belang van een communicatieplan
- 2.3 Patiëntenparticipatie
- 2.4 Stappenplan patiëntenvoorlichting

2.4.1 PLAN fase

Stap 1: Aanvraag en het eerste contact

Stap 2: Impactanalyse

Stap 3: Adviesplan

Stap 4: Samenstelling en opstarten van een interdisciplinaire werkgroep

Stap 5: Afbakenen van de doelgroep

Stap 6: Bepalen van de doelstellingen, optimaliseren van de doelstellingen in meetbare indicatoren, bepalen van de communicatiemomenten

Stap 7: Projectvoorstel met een eerste versie van het communicatieplan

2.4.2 DO fase

Stap 8: Dossieranalyse: identificeren van sleutelinterventies en evaluatie van de huidige werkwijze

Stap 9: Voormeting van patiëntentevredenheid: kwaliteits- en efficiëntiemeting

Stap 10: Peilen naar verwachtingen van patiënten én zorgverleners

Stap 11: Documentanalyse

Stap 12: Beschrijven van het voorlichtingsprotocol

Stap 13: Best practice guidelines

Stap 14: Peer review

2.4.3 CHECK – STUDY fase

- Stap 15: Criteria voor de afbakening van de patiëntenpopulatie*
- Stap 16: Uitschrijven van een communicatieplan via een time-task matrix*
- Stap 17: Planning van het volledige voorlichtingsprotocol*
- Stap 18: Capaciteit- en middelenplan*
- Stap 19: Vastleggen van SLA (Service Level Agreements)*
- Stap 20: De aansturing van het voorlichtingsprotocol*
- Stap 21: Opleiding van de medewerkers*

2.4.4 ACT fase

- Stap 22: Testcasus*
- Stap 23: Een definitieve implementatieversie*
- Stap 24: integratie van voorlichtingsprotocol in het patiëntendossier*
- Stap 25: Integratie van het voorlichtingsprotocol in het informaticasysteem*
- Stap 26: Registratie van afwijkingen*
- Stap 27: Integratie in agendabeheer en boekingsystemen*
- Stap 28: informatie over het voorlichtingsprotocol*
- Stap 29: Nameting en systematische evaluatie van het voorlichtingsprotocol*
- Stap 30: Systematische feedback*

Hoofdstuk 3: Belangrijkste referenties

Hoofdstuk 1: Structuren in het ziekenhuis

1.1 De coördinator patiëntenvoorlichting

De aanstelling van een coördinator patiëntenvoorlichting is de eerste stap naar de ontwikkeling van een concreet patiëntenvoorlichtingsbeleid in ziekenhuizen.

Profiel van een coördinator patiëntenvoorlichting *bijlage II.1.A*

De opdracht van een coördinator vereist dat hij naast een gezonde dosis mensenkennis en tact ook beschikt over een goede kennis van patiëntenvoorlichting en ervaring hieromtrent. Een goed gestructureerde en kwaliteitsvolle patiëntenvoorlichting veronderstelt ook goede organisatorische capaciteiten.

Het opstellen van een beleidsplan patiëntenvoorlichting *bijlage II.1.B*

De taken van een coördinator patiëntenvoorlichting zijn heel divers. De coördinator patiëntenvoorlichting moet in de eerste plaats inzicht verwerven in de organisatiestructuur en –cultuur van de zorginstelling, meer in het bijzonder op het vlak van patiëntenvoorlichting. Rekening houdend met de behoeften en wensen van zorgverleners én patiënten en met de materiële mogelijkheden tekent de coördinator de krijtlijnen uit voor een kwaliteitsvolle informatieverstrekking waarbij de patiënt centraal staat. Het is voor een coördinator patiëntenvoorlichting belangrijk dat hij daarbij het standpunt van de directie ten aanzien van patiëntenvoorlichting goed kent. In de ideale situatie beschouwt de directie patiëntenvoorlichting als een essentieel onderdeel van zorg en behandeling en vertolkt dit standpunt ook expliciet. De coördinator patiëntenvoorlichting ziet erop toe dat het voorlichtingsbeleid wordt meegenomen in bredere kwaliteitsprojecten.

Interne en externe netwerkontwikkeling *bijlage II.1.C*

Netwerken, zowel binnen de eigen organisatie als met externe deskundigen, zijn essentieel voor de informatievergarig en –uitwisseling. De coördinator patiëntenvoorlichting moet goed op de hoogte blijven van ontwikkelingen op het terrein van patiëntenvoorlichting, maar mag de gevoeligheden en cultuur binnen de eigen zorginstelling niet uit het oog verliezen. Ook het belang van het informele circuit mag voor het welslagen van zijn opdracht niet onderschat worden. Het ontwikkelen van een strategie om ziekenhuismedewerkers te overtuigen van de waarde van het investeren in patiëntenvoorlichting behoort tot het takenpakket.

Opleiding patiëntenvoorlichting voor de medewerkers van het ziekenhuis *bijlage II.1.D*

De coördinator patiëntenvoorlichting zorgt eveneens voor opleidings- en trainingsprogramma's voor alle medewerkers van het ziekenhuis.

Draaiboek voor de productie van informatiemateriaal *bijlage II.1.E*

De coördinator heeft een centrale rol in de ontwikkeling en verspreiding van informatie aan de patiënt en zijn omgeving. Dit betekent dat hij betrokken is bij of minstens een overzicht heeft van de verschillende informatiestromen (folders, video's, infomomenten, ...). De coördinator ondersteunt de ontwikkeling van folders en andere materialen en waakt over de leesbaarheid, eenvormigheid en beschikbaarheid.

De coördinator patiëntenvoorlichting richt een patiënteninformatiebureau (zie 1.2) op waar de patiënt met al zijn vragen terecht kan en alle nuttige en beschikbare informatie gecentraliseerd kan terugvinden.

**Patiënten-
Participatie in
vogelvlucht**
bijlage II.1.F

Hij zorgt er voor dat de patiënt een stem heeft in de organisatie van patiëntenvoorlichting, onder andere bij de ontwikkeling van voorlichtingstrajecten en informatiemateriaal. Dit kan via vertegenwoordiging van een patiënt of patiëntenvereniging in een commissie patiëntenvoorlichting, in werkgroepen, of door middel van interviews of groepsconsultaties.

**stappenplan – zie
hoofdstuk 2**

De coördinator staat ook in voor de begeleiding van het stappenplan van patiëntenvoorlichting, waarbij voor een duidelijk afgebakende doelgroep de communicatie met en over de patiënt wordt gestructureerd.

1.2 Het patiënteninformatiebureau

**Het
patiënteninformatiebureau**
bijlage II.1. G

Een patiënteninformatiebureau is een onderdeel van het totale patiëntenvoorlichtingsbeleid. Het is evenwel niet de start maar het sluitstuk van een goed gecoördineerd patiëntenvoorlichtingsbeleid. In eerste instantie is het idee van het patiënteninformatiebureau gebaseerd op het geven van informatie aan patiënten. Individuele voorlichting over het eigen ziektebeeld hoort niet thuis in het patiënteninformatiebureau. Het is de taak van de coördinator patiëntenvoorlichting om het doel en de functie van een patiënteninformatiebureau klaar en duidelijk te omschrijven.

één loket

Het patiënteninformatiebureau is één enkel loket waar de patiënt of zijn familie, maar evengoed ook de ziekenhuismedewerker terecht kan voor allerlei informatie. Dit veronderstelt een centrale ligging, vlotte toegankelijkheid en laagdrempeligheid.

informatie

Een patiënteninformatiebureau helpt mensen met uiteenlopende vragen op weg. Je vindt er bijvoorbeeld informatie over de weg in het ziekenhuis, patiëntenverenigingen, administratieve en financiële aangelegenheden, ziektebeelden, onderzoeken en behandelingen, enzovoort. Een informatiebureau speelt ook een belangrijke rol in de ondersteuning, begeleiding en deskundigheidsbevordering van alle ziekenhuismedewerkers.

begeleiding

Het informatieaanbod, onder andere via het internet, is verre van overzichtelijk. Al snel rijzen de vragen: Waar beginnen? Welke bronnen zijn te vertrouwen? Het patiënteninformatiebureau kan een belangrijke rol spelen bij de begeleiding van patiënten in hun zoektocht naar betrouwbare informatie. Tegelijkertijd krijgt de patiënt er de gelegenheid om rustig zijn verhaal te doen.

**plaats voor
patiëntenverenigingen**

Een patiënteninformatiebureau kan belangrijk zijn in het uitbouwen van contacten met patiëntenverenigingen. Patiëntenverenigingen krijgen er bijvoorbeeld ruimte om een spreekuur of inloopmiddag te organiseren.

registratie van knelpunten

De laagdrempeligheid kan ook betekenen dat patiënten hun onvrede over diensten en voorzieningen in het ziekenhuis gemakkelijker uitspreken, zonder dat er onmiddellijk sprake is van een klacht. Een registratiesysteem van

binnengekomen vragen en opmerkingen biedt een overzicht van wat er leeft bij patiënten en levert een uitstekende basis voor het ontwikkelen van een patiëntgericht beleid.

géén klachtenbemiddeling De combinatie van voorlichting en klachtenbemiddeling binnen één en dezelfde functie is ten eerste af te raden. Niettemin is het belangrijk dat er een zeer goede uitwisseling is van informatie tussen het patiënteninformatiebureau en de ombudsdienst. Beide diensten kunnen complementair werken.

1.3 De interne databank patiëntenvoorlichting

centralisatie van informatie Vaak zijn er in een ziekenhuis heel wat materialen voor patiëntenvoorlichting aanwezig. Het kan bijzonder waardevol zijn om de beschikbare voorlichtingsmaterialen, activiteiten, projecten, methodieken, ... te centraliseren in één databank. Informatie en kennis is op die manier toegankelijk voor alle medewerkers en kan gemakkelijk geëvalueerd en bijgewerkt worden.

toegankelijk voor patiënten De informatie kan eveneens toegankelijk gemaakt worden voor patiënten. Via een beveiligde toegang krijgt de patiënt inzage in voor hem nuttige en beschikbare patiënteninformatie. De patiënt kan geïndividualiseerde informatie opvragen, aangepast aan zijn persoonlijk zorgtraject.

De gegevens uit de interne databanken van de verschillende ziekenhuizen kunnen fungeren als bouwstenen voor het opzetten en onderhouden van de centrale databank op ziekenhuisoverstijgend niveau.

1.4 Contactpersonen Patiëntenvoorlichting (Copa)

De contactpersoon patiëntenvoorlichting
bijlage II.1.H Contactpersonen patiëntenvoorlichting zijn op hun afdeling verantwoordelijk voor de organisatie van het proces van de communicatie met en over de patiënt. De Copa stuurt en coördineert alle werkzaamheden met betrekking tot patiëntenvoorlichting op de afdeling. De contactpersoon patiëntenvoorlichting kan evenwel niet de informatieplicht van een andere zorgverstreker overnemen. Evenmin is een contactpersoon patiëntenvoorlichting hetzelfde als een referentieverpleegkundige, bijvoorbeeld een borstverpleegkundige.

Copa-netwerk Een netwerk van contactpersonen patiëntenvoorlichting binnen een ziekenhuis biedt voordelen wat betreft de verspreiding van informatie naar de verschillende afdelingen en de uitwisseling van advies en wederzijdse hulp tussen de teams. Het Copa-netwerk fungeert als katalysator voor het uitwisselen van ervaringen en verwezenlijkingen.

Ondersteuning door de coördinator patiëntenvoorlichting is onontbeerlijk voor het rendement van dit netwerk.

1.5 De commissie patiëntenvoorlichting

Commissie patiëntenvoorlichting *bijlage II.1.1*

Binnen een ziekenhuis is bijna iedere medewerker betrokken bij patiëntenvoorlichting. Naast een coördinator patiëntenvoorlichting kan een commissie patiëntenvoorlichting, met vertegenwoordigers van verschillende disciplines, een nuttig werkinstrument zijn.

De commissie vormt een breed draagvlak voor patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis en bundelt ervaringen, de bestemming van menselijke en materiële middelen en de opvolging van projecten. Het institutionele beleid en de continuïteit van patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis wordt door de commissie bewaakt.

multidisciplinair

Zowel zorgverleners als leden van de directie en leidinggevenden zijn in de commissie patiëntenvoorlichting vertegenwoordigd. In het kader van de transmurale zorgverlening kan het eveneens wenselijk zijn om zorgverleners uit de eerste en/of derde lijn te betrekken.

patiëntenparticipatie

Een patiëntgericht voorlichtingsbeleid is niet mogelijk zonder de participatie patiënten (uit patiëntenverenigingen).

Hoofdstuk 2: Stappenplan patiëntenvoorlichting op afdelingsniveau

De bijlagen waarnaar in dit hoofdstuk verwezen wordt, kunnen opgevraagd worden bij het Vlaams Patiëntenplatform vzw.

2.1 Inleiding

Een stappenplan patiëntenvoorlichting op afdelingsniveau structureert het proces van patiëntenvoorlichting. Met het doorlopen van een stappenplan wil de afdeling de patiënt beter informeren, zodat hij in staat is om samen met de betrokken zorgverleners keuzes te maken over zijn gezondheidszorg en behandeling.

communicatieprotocol	Een protocol is een werkmethode om gemaakte afspraken in het kader van zorgverlening vast te leggen. Een communicatieprotocol geeft weer wie op welk moment welke voorlichting geeft en hoe er onderling tussen zorgverleners over patiënten wordt gecommuniceerd.
opstap via klinisch paden	Klinische paden zijn een methode om een zorgprogramma operationeel te maken, op een systematische wijze te plannen en op te volgen in een organisatie. Het uitwerken van een klinisch pad kan via een stappenplan dat het totale zorgproces van een patiënt beschrijft. Heel wat ziekenhuizen in Vlaanderen zijn vertrouwd met het gebruik van klinische paden. Het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen, meerbepaald het Netwerk Klinische Paden, ontwikkelde een 30-stappenplan om te komen tot een klinisch pad. Dit stappenplan, op basis van de Deming cyclus ⁶ , is een leidraad voor teams die een klinisch pad op een systematische wijze willen opbouwen en volgen. Dit stappenplan kan eveneens gebruikt worden om te komen tot een patiëntenvoorlichtingsbeleid. Daarnaast zou een ziekenhuis er voor kunnen kiezen om in eerste instantie de bestaande klinische paden onder de loep te nemen en na te gaan welke informatie door wie op welk moment aan de patiënt wordt gegeven. In een latere fase kunnen dan aan de hand van dit 30 stappenplan ook andere communicatieprocessen met en voor patiënten, die in een klinisch pad verwerkt zitten, gestructureerd worden.
30 stappen	
werkmethode	Patiëntenvoorlichting maakt integraal deel uit van het totale zorg- en behandeltraject. Het is naast de medisch-technische handelingen één van de activiteiten die binnen het klinisch pad worden uitgewerkt, opdat de wijze van communiceren met, over en voor de patiënt transparant gemaakt wordt. De methode voor het ontwikkelen van een klinisch pad is dan ook bruikbaar voor de ontwikkeling van een traject patiëntenvoorlichting, een communicatieplan. De hierna voorgestelde stappenplan patiëntenvoorlichting is gebaseerd op het bovenvermeld 30-stappenplan.

⁶ Kwaliteitscirkel van Deming ontwikkeld door William Edwards Deming.

Literatuur:

- *Netwerk Klinische Paden (2001). Wat zijn klinische paden? (internet). Netwerk Klinische Paden. Online beschikbaar op: <http://www.nkp.be>.*
- *Sermeus, W. & Vanhaecht, K. (2002). Wat zijn klinische paden? Acta Hospitalia, 3, 5-11.*
- *Sermeus, W. & Vanhaecht, K. (2002). Draaiboek voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een klinisch pad. 30 stappenplan van het netwerk klinische paden, 3, 13-27.*

2.2 Weerstanden en het belang van een communicatieplan

omgaan met weerstanden Het uittekenen van een communicatieplan brengt veranderingen teweeg die op de werkvloer aanleiding kunnen geven tot wijvingen en weerstanden. Het is belangrijk dat men dit van bij het begin van het proces met alle betrokkenen bespreekt en dat men dit gedurende het gehele proces bewaakt.

communicatieplan Een goede informatievoorziening is belangrijk om de direct én indirect betrokkenen te informeren over de ontwikkelingen, over het doel en de werkwijze van het project en over de mogelijke resultaten ervan. Een communicatieplan is een handig hulpmiddel voor het organiseren van de informatievoorziening rond een patiëntenvoorlichtingproject.

Als er tijdens de uitvoering van het project bepaalde knelpunten opduiken tracht de coördinator patiëntenvoorlichting deze bespreekbaar te maken. Als cruciale knelpunten niet opgelost raken kan het belangrijk zijn dat de coördinator patiëntenvoorlichting in overleg met de directie nagaat of het wel zinvol is om verder te gaan met het proces.

2.3 Patiëntenparticipatie

ervaringsdeskundige Het betrekken van patiënten bij het proces levert heel wat voordelen op. Naast de eigen patiëntenpopulatie binnen het ziekenhuis is het zinvol om bestaande patiëntenverenigingen te betrekken en gebruik te maken van hun objectieve ervaringsdeskundigheid. Patiënten kunnen niet enkel een reactie geven op ontwikkeld materiaal, maar kunnen ook meedenken over hoe een bepaald patiëntenvoorlichtingprobleem opgelost kan worden.

2.4 Stappenplan patiëntenvoorlichting

hulpmiddel Een stappenplan kan een multidisciplinair team op een systematische wijze begeleiden bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van patiëntenvoorlichting. Naast de communicatie tussen zorgverleners en patiënten maakt ook de communicatie tussen zorgverleners en afdelingen/diensten deel uit van een dergelijk plan.

Het stappenplan is in de eerste plaats een hulpmiddel. Niet alle stappen in het plan moeten noodzakelijk doorlopen worden om tot een positief resultaat te komen. Ook de volgorde kan eventueel aangepast worden.

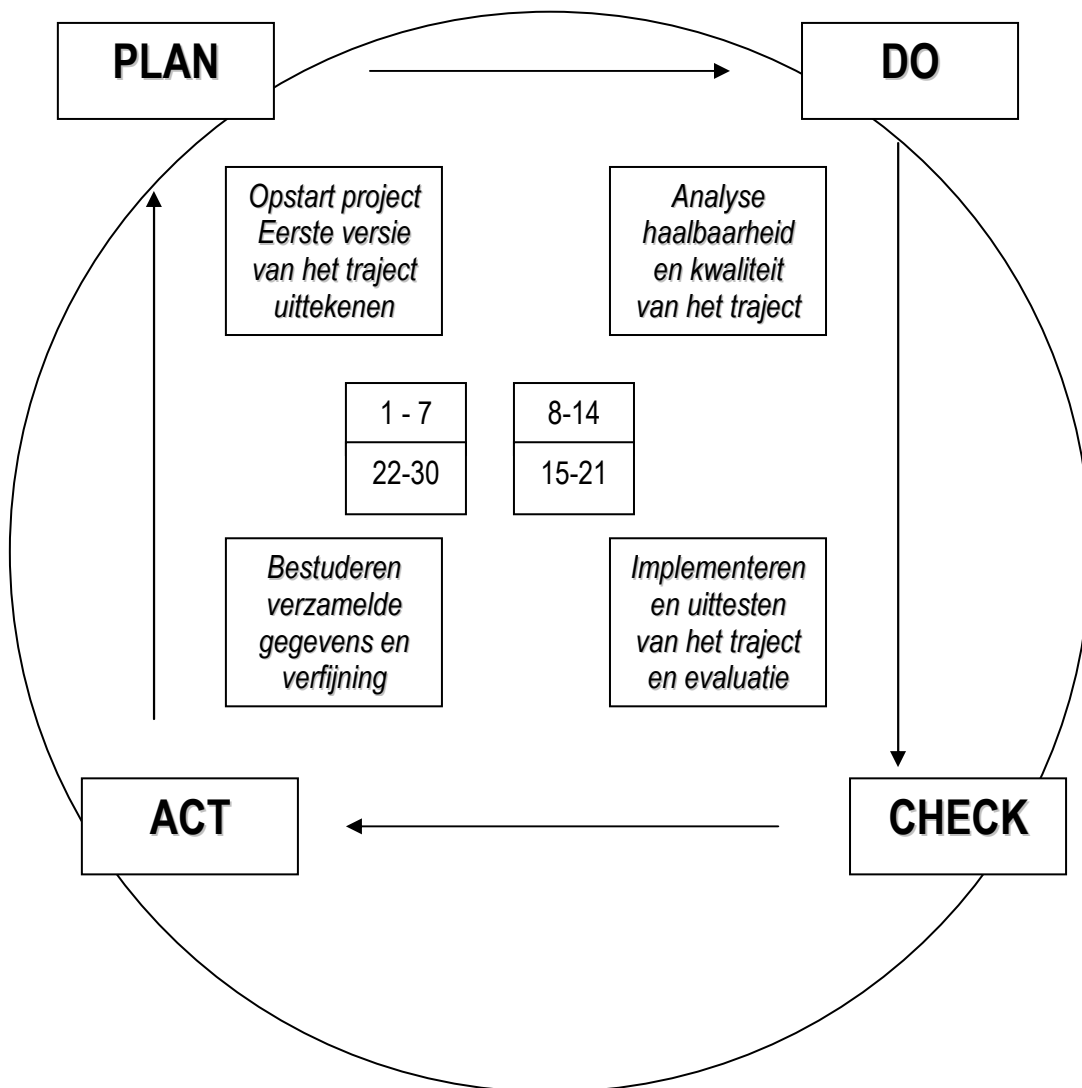
De betrokkenheid van de coördinator patiëntenvoorlichting bij de projectuitvoering
bijlage II.2.A

De rol van de coördinator is faciliterend. Hij ondersteunt het project en begeleidt de werkgroep doorheen het stappenplan. Het voordeel van het werken met een coördinator die niet aan een afdeling of betrokken team verbonden is, is dat hij zich onafhankelijk en kritisch kan opstellen ten aanzien van de werking van het gehele team en de bereikte resultaten.

4 fasen - 30 stappen

Het stappenplan is opgebouwd in vier fasen:

- Tijdens de **Plan Fase** wordt het project opgestart en wordt een eerste versie van het traject uitgetekend.
- In de **Do Fase** wordt de haalbaarheid en de kwaliteit van het ontwikkelde traject geanalyseerd.
- In de **Check/Study Fase** worden de verzamelde gegevens bestudeerd en wordt de eerste versie verfijnd.
- De **Act Fase** betekent het implementeren en uittesten van het ontwikkelde traject, gevolgd door een evaluatie.



2.4.1 PLAN fase

In deze eerste fase wordt een voorlichtingsproject opgestart en wordt op een systematische wijze een eerste versie van het communicatieplan uitgetekend.

- Stap 1: Aanvraag en het eerste contact
- Stap 2: Impactanalyse
- Stap 3: Adviesplan
- Stap 4: Samenstelling en opstarten van een interdisciplinaire werkgroep
- Stap 5: Afbakenen van de doelgroep
- Stap 6: Bepalen van de doelstellingen, optimaliseren van de doelstellingen in meetbare indicatoren, bepalen van de communicatiemomenten
- Stap 7: Eerste versie van het communicatieplan

Stap 1: Aanvraag en het eerste contact

Quickscan: de verkenning van het voorlichtings- of communicatieprobleem
bijlage II.2.B

In een eerste stap bekijkt de coördinator van wie de vraag naar een communicatieplan komt en waarom deze vraag precies gesteld wordt. Niet elke vraag naar een communicatieplan beantwoordt immers aan een concrete nood. Een korte analyse –quickscan – maakt duidelijk of een concreet project al dan niet opgestart moet worden.

wie, wat, waarom

De quickscan moet duidelijkheid geven over wie het project aanvraagt, waarom men voor een bepaalde doelgroep een voorlichtingsprotocol wil ontwikkelen en welke de knelpunten zijn. Naast de voorbereidende gesprekken met het management en de opdrachtgevers van het project kunnen ook gesprekken nodig zijn met andere belanghebbenden, zoals potentiële leden van de werkgroep (stap 3), contact- en sleutelfiguren van de afdeling, vertegenwoordigers van relevante patiëntenverenigingen of patiënten zelf.

Stap 2: Impactanalyse

De impact (omvang) van de doelgroep waarvoor een communicatieplan wordt aangevraagd moet duidelijk zijn en kan afgeleid worden uit beleidsgegevens van het ziekenhuis.

Men moet een duidelijk beeld hebben van de cultuur en structuur van de organisatie en van de beschikbaarheid van tijd en geld. Dat zijn belangrijke randvoorwaarden van een project op instellingsniveau. Vaak kan men op basis van een eerste analyse van deze randvoorwaarden al aangeven welke knelpunten er zijn en aan welke aspecten dus extra aandacht zal moeten besteden.

Stap 3: Adviesplan

voorlopig projectvoorstel

In deze fase stelt de coördinator patiëntenvoorlichting een voorlopig projectvoorstel op en geeft advies over de uitvoerbaarheid van het project.

Van zodra men beslist heeft dat het project van start kan gaan zijn er meestal nog gesprekken nodig met onder andere potentiële werkgroepleden, contact- of sleutelfiguren van de afdeling en vertegenwoordigers van relevante patiëntenverenigingen. Het perspectief van de patiënt moet doorheen het gehele traject van ontwikkeling, implementatie en evaluatie van het voorlichtingsprotocol aan bod komen.

Stap 4: Samenstelling en opstarten van een interdisciplinaire werkgroep

Samenstelling interdisciplinaire werkgroep *bijlage II.2.C*

Een interdisciplinaire werkgroep wordt samengesteld. De coördinator patiëntenvoorlichting speelt hierbij een belangrijke rol. De werkgroepleden hebben inhoudelijke en organisatorisch kennis en ervaring en voelen zich betrokken bij het project. Ze moeten nadien hun achterban motiveren voor het protocolleringsproject. Het is essentieel dat ook patiënten en/of patiëntenverenigingen vertegenwoordigd zijn.

verantwoordelijke

Binnen de werkgroep wordt, in overleg, een projectleider aangeduid. Deze is voorzitter van de werkgroep en eindverantwoordelijke van het project.

afspraken

Tijdens dit eerste overlegmoment worden afspraken gemaakt over de projectorganisatie en het verloop van het project.

Stap 5: Afbakenen van de doelgroep

Afbakenen van de doelgroep *bijlage II.2.D*

Een voorlichtingsprotocol wordt voor een duidelijk afgebakende doelgroep van patiënten ontwikkeld. Naast het segmenteren en afbakenen van de doelgroep moet ook bepaald worden welke algemene en specifieke factoren voor die patiëntengroep bepalend zijn voor de communicatie.

tijdsvenster

Er wordt bepaald of het volledige zorgtraject, dan wel een bepaald onderdeel, voorwerp is van het voorlichtingsprotocol.

Stap 6: Bepalen van de doelstellingen, operationaliseren van de doelstellingen in meetbare indicatoren, bepalen van de communicatiemomenten

analyse	De leden van de werkgroep analyseren kritisch de manier waarop nu met patiëntenvoorlichting wordt omgegaan en formuleren actiepunten tot verbetering.
Formuleren van doelstellingen en indicatoren <i>bijlage II.2.E</i>	De doelstellingen van het voorlichtingsproject met betrekking tot de afgebakende patiëntenpopulatie en de zorgverlener worden bepaald. Als de doelstellingen duidelijk zijn, operationaliseert men ze in meetbare indicatoren, zodat ze geobjectiveerd en geëvalueerd kunnen worden.
Het opstellen van een communicatieschema <i>bijlage II.2.F</i>	De momenten waarop een patiënt in het zorgtraject geïnformeerd wordt worden in kaart gebracht. Voor elk informatiemoment wordt de betrokken zorgverlener bepaald en de inhoud van en wijze waarop de informatie wordt gegeven.

Stap 7: Projectvoorstel met een eerste versie van het communicatieplan

Model projectvoorstel protocollering van patiëntenvoorlichting met communicatieplan <i>bijlage II.2.G</i>	In het projectvoorstel worden de gemaakte afspraken over de aanpak en planning van het project vastgelegd, zodat ze duidelijk zijn voor alle betrokken partijen. Het projectvoorstel bevat een eerste versie van het communicatieplan en wordt ter goedkeuring voorgelegd aan de werkgroep en de opdrachtgever.
---	---

2.4.2 DO fase

In deze fase is het de bedoeling om zicht te krijgen op de huidige werkwijze en de kwaliteit van informatieverstrekking. Er wordt verder ingegaan op de reeds verzamelde informatie tijdens de PLAN fase.

De stappen 8 tot en met 14 kunnen gelijktijdig uitgevoerd worden.

- Stap 8: Dossieranalyse: identificeren van sleutelinterventies en evaluatie van de huidige werkwijze
- Stap 9: Voormeting van patiëntentevredenheid: kwaliteits- en efficiëntiemeting
- Stap 10: Peilen naar verwachtingen van patiënten én zorgverleners
- Stap 11: Documentanalyse
- Stap 12: Beschrijven van het voorlichtingsprotocol
- Stap 13: Best practice guidelines
- Stap 14: Peer review

Stap 8: Dossieranalyse: identificeren van sleutelinterventies en evaluatie van de huidige werkwijze

Het vooronderzoek *bijlage II.2.H*

De huidige situatie wordt in kaart gebracht in functie van de patiëntenpopulatie en het tijdsvenster dat wordt beoogd. De sleutelinterventies in het traject van de patiënt worden vastgelegd. Dit kan gebeuren door middel van een dossieranalyse (bij een 20-tal patiënten) waarbij voorlichtings- en contactmomenten in het zorgtraject van de patiënt worden geïdentificeerd. Daarbij wordt een analyse gemaakt van: de eisen die patiënten en zorgverleners aan de patiëntenvoorlichting stellen, knelpunten in het huidige patiëntenvoorlichtingprotocol, de aanwezigheid en/of kwaliteit van de registratie van de verstrekte informatie, enzovoort.

Deze analyse leidt tot een schematisch overzicht van wie, waarover, wanneer en op welke wijze informeert en is een leidraad om de voorlichting te toetsen en om verschillende onderdelen op elkaar en op de behoeften van de patiënt af te stemmen.

De resultaten van het vooronderzoek wijzen uit welke middelen nodig zijn om de patiëntenvoorlichting zo goed mogelijk te ondersteunen. Het gaat ook na of het project sowieso haalbaar is.

Stap 9: Voormeting van patiënttevredenheid: kwaliteits- en efficiëntiemeting

kwaliteit en efficiëntie Er moeten gegevens over de huidige patiëntenvoorlichtingssituatie verzameld worden. Een 20-tal patiënten bevragen volstaat om een eerste zicht te krijgen op de kwaliteit van patiëntenvoorlichting, de efficiëntie van de organisatie en bestaande knelpunten.

Stap 10: Peilen naar verwachtingen van patiënten én zorgverleners

Bevraging van patiënten
bijlage II.2.I Patiënten kunnen op verschillende manieren bevragd worden. Het is belangrijk dat er gepeild wordt naar de ervaringen en verwachtingen van de patiënt op het vlak van patiëntenvoorlichting. Dit kan bijvoorbeeld op het einde van een ziekenhuisverblijf of na verloop van een (korte) periode. Er bestaat hiervoor verschillende methodieken.

Bevraging van zorgverleners
bijlage II.2.J Ook de wensen en verwachtingen van zorgverleners moeten in kaart gebracht worden. Via onderzoek kan worden nagaan wat zij als knelpunten ervaren, wat hun wensen zijn en hun belangrijkste vragen zijn ten aanzien van de voorlichting; de onderlinge communicatie tussen de zorgverleners en hoe die verbeterd kan worden.

TIP

De voormetingen in stap 9 en 10 zijn belangrijk in het stappenplan om de impact van het traject in een nameting te evalueren. Vaak wordt er (ten onrechte) voor gekozen om geen voormeting uit te voeren, wat betekent dat men de impact van de nieuwe organisatie van patiëntenvoorlichting niet zal kunnen evalueren. Daarenboven implementeert men een protocolleringproject zonder de huidige kwaliteit van patiëntenvoorlichting en de huidige knelpunten of bottlenecks te kennen.

Stap 11: Documentanalyse

inventarisatie Een documentanalyse veronderstelt een inventarisatie van alle schriftelijke communicatiematerialen voor de patiënt.

Stap 12: Beschrijven van het voorlichtingsprotocol

Het voorlichtingsprotocol
bijlage II.2.K Voor een aantal patiënten wordt het volledige voorlichtingsprotocol nauwkeurig beschreven, met aanduiding van de tijdsintervallen, duur en aard van de contacten en beslissingsmomenten. Dit noemt men procesmapping. De procesmapping is een goede basis voor de vereenvoudiging en structurering van het proces. Door het proces in beeld te brengen, worden knelpunten in het proces zichtbaar.

Stap 13: Best practice guidelines

Best practice
bijlage II.2.L Een goed onderbouwd patiëntenvoorlichtingstraject vraagt onderzoek naar “best practices” en “evidence based” richtlijnen en informatie.

Stap 14: Peer review

Een eerste ontwerp van een voorlichtingsprotocol moet voorgelegd worden aan een bredere groep medewerkers van het ziekenhuis. Zij behoren niet tot het zorgverlenend team dat in nauw contact staat met de patiënt, maar zijn wel betrokken bij de zorgverlening (radiologie, klinische biologie, apotheek, ...).

Tijdens de peer review wordt een eerste draft van het patiëntenvoorlichtingsprotocol aan deze ziekenhuismedewerkers voorgelegd, waarbij wordt nagegaan of de huidige planning haalbaar is in hun eigen werkorganisatie. Tijdens deze stap kunnen bepaalde keuzes ook voorgelegd worden aan het management.

2.4.3 CHECK – STUDY fase

In een derde fase worden de verzamelde gegevens bestudeerd en wordt een eerste versie van het voorlichtingsprotocol door de werkgroep vervolledigd en bijgestuurd.

- Stap 15: Criteria voor de afbakening van de patiëntenpopulatie
- Stap 16: Uitschrijven van een communicatieplan via een time-task matrix
- Stap 17: Planning van het volledige voorlichtingsprotocol
- Stap 18: Capaciteit- en middelenplan
- Stap 19: Vastleggen van Service Level Agreements (SLA).
- Stap 20: De aansturing van het voorlichtingsprotocol
- Stap 21: Opleiding van de medewerkers

Stap 15: Criteria voor de afbakening van de patiëntenpopulatie

doelgroep

De inclusie- en exclusiecriteria voor het afbakenen van de doelgroep van het voorlichtingsprotocol worden bepaald, rekening houdend met resultaten uit de do-fase (De eerste afbakening van de populatie is bijvoorbeeld te eng of te breed gebleken.). Op deze wijze is het voor iedereen duidelijk welke patiënten aan deze criteria voldoen en welke niet.

Stap 16: Uitschrijven van een communicatieplan via een time-task matrix

De eerste versie van het communicatieplan (*zie stap 7*) wordt aan de hand van de resultaten uit de do-fase herwerkt tot een tweede versie. Deze versie is gebaseerd op de verschillende analyses en zal rekening houden met de bemerkingen van de verschillende hulpverleners en organisatorische knelpunten. Belangrijk is dat niet alleen interventies maar ook doelstellingen (intermediaire en financiële doelstellingen) in het pad worden opgenomen.

Stap 17: Planning van het volledige voorlichtingsprotocol

Doorheen het volledige zorgtraject dat een patiënt in het ziekenhuis doorloopt moeten er verschillende communicatiemomenten uitgewerkt worden.

Hierbij is het belangrijk dat de onderwerpen van de voorlichting per zorgverlener worden vastgesteld en dat hierover afspraken worden gemaakt tussen de verschillende disciplines (specialist, verpleegafdeling, fysiotherapeut, ...). De coördinator patiëntenvoorlichting kan hierbij ondersteuning bieden.

Het voorlichtingsprotocol: voorbeelden *bijlage II.2.M*

Het resultaat hiervan is een standaardlijst met voorlichtingsmomenten. In deze standaardlijst staan de onderwerpen die in elk geval aan bod moeten komen, rekening houdend met de mate waarin het zorgproces gestandaardiseerd kan worden.

Stap 18: Capaciteit- en middelenplan

De invoering van het voorlichtingsprotocol zal een impact hebben op de capaciteiten en middelen die het ziekenhuis tot nu toe voorzien heeft voor de beoogde patiëntenpopulatie. Er moet onderzocht worden of de bestaande capaciteiten en middelen al dan niet voldoen en hoe ze best worden ingeschakeld in het kader van het voorlichtingsprotocol.

Stap 19: Vastleggen van SLA (Service Level Agreements)

overeenkomsten Service Level Agreements (SLA) tussen het behandelende team en de medewerkers die niet rechtstreeks met het team zijn verbonden (medewerkers patiënteninformatiebureau, kinesisten, diëtisten, sociale dienst, consultants, medisch-ondersteunende diensten) zijn noodzakelijk. Dergelijke SLA bestaan uit een beschrijving van de verwachte bijdrage aan het voorlichtingsprotocol, de nodige middelen, de verwachte service en het kwaliteitsniveau.

Stap 20: De aansturing van het voorlichtingsprotocol

procedure Er is nood aan een gedetailleerde procedure over hoe het voorlichtingsprotocol wordt aangestuurd. Deze moet antwoorden bieden op vragen zoals: Wie is verantwoordelijk? Wie heeft welke rol? Hoe wordt er gehandeld indien het traject niet wordt gevolgd? Wanneer worden overlegmomenten gepland en met wie? Hoe wordt er gerapporteerd? Hoe kunnen wijzigingen in het traject aangebracht worden?

variantie Net zoals dit gebeurt bij de methodiek van de klinische paden, dient ook in het kader van het voorlichtingsprotocol werk te worden gemaakt van de variantierapportage, waarin beschreven wordt waarop, wanneer en waarom de zorgverlener afwijkt van het beschreven voorlichtingsprotocol. Analyse van de variantierapportages verschaft informatie over de kwaliteit en haalbaarheid van de beschreven voorlichtingsprotocol.

Stap 21: Opleiding van de medewerkers

opleiding Alvorens het voorlichtingsprotocol te implementeren is het noodzakelijk om de zorgverstrekkers die het traject moeten gebruiken op te leiden. Het voorlichtingsprotocol zorgt voor de organisatie van het voorlichtingsproces. De medewerkers worden geïnformeerd over het gebruik en de opvolging van het voorlichtingsprotocol, de reden waarom bepaalde beslissingen genomen werden en wie verantwoordelijk is voor de verschillende onderdelen.

2.4.4 ACT fase

Implementatie *bijlage II.2.N*

In deze laatste fase gebeurt de implementatie van het uitgewerkte voorlichtingsprotocol en de continue evaluatie ervan.

- Stap 22: Testcasus
- Stap 23: Een definitieve implementatieversie
- Stap 24: Integratie van de voorlichtingsprotocollen in het patiëntendossier
- Stap 25: Integratie van de voorlichtingsprotocollen in het informaticasysteem
- Stap 26: Registratie van afwijkingen
- Stap 27: Integratie in agendabeheer en boekingsystemen
- Stap 28: informatie over het voorlichtingsprotocol
- Stap 29: Nameting en systematische evaluatie van het voorlichtingsprotocol
- Stap 30: Systematische feedback

Stap 22: Testcasus

testen

Het voorlichtingsprotocol wordt uitgetest bij een groep patiënten. Gedurende deze test is de begeleiding door de leden van de werkgroep maximaal. Alle moeilijkheden en problemen worden uitgebreid gedocumenteerd en geremedieerd. Gezien het grote aantal persoonsgebonden factoren (bijvoorbeeld opleiding, leeftijd, socio-economische achtergrond, ...) waarmee in het kader van patiëntenvoorlichting rekening gehouden moet worden, is het aanbevolen om te opteren voor een langere testperiode met een groter patiëntenaantal.

Stap 23: Een definitieve implementatieversie

bijsturen

De testcasus laat toe het voorlichtingsprotocol verder te verfijnen en te verbeteren. Aanpassingen gebeuren met de nodige aandacht voor het operationele beleid (capaciteiten en middelen) en de gebruiksvriendelijkheid van het voorlichtingsprotocol voor de zorgverlener én de patiënt.

Het patiënten- Informatiedossier *bijlage II.2.O*

In deze fase moet het voorlichtingsprotocol eveneens vertaald worden in een voor de patiënt begrijpelijke en toegankelijke taal. Dit laat hem toe om samen met de zorgverlener een aantal beslissingen te nemen over passende zorg. Dit kan in de vorm van een patiënteninformatiedossier (zie stap 24).

In overleg met de patiënten en/of patiëntenverenigingen kan worden bepaald hoe en onder welke vorm een dergelijke 'patiëntenversie' van het voorlichtingsprotocol het best kan worden ontwikkeld.

Stap 24: Integratie van voorlichtingsprotocol in het patiëntendossier

PID Het integreren van het voorlichtingsprotocol in het (elektronisch) patiëntendossier kan aan de hand van het patiënteninformatiedossier (PID). Een PID heeft een dubbele communicatiestructuur.

Eenzijds is er de communicatie naar de patiënt toe, via een persoonlijke informatiemap die de patiënt ontvangt bij opname. Hierin zit een informatiegedeelte (beschrijving van ziektebeeld, behandeling en procedures) en een communicatiegedeelte (aandachtspuntenlijsten en rapportageformulieren).

Anderzijds is er het communicatiegedeelte voor de zorgverlener, in de vorm van een communicatierichtlijn, al dan niet aangevuld met overdrachtsformulieren of rapportagevellen.

Stap 25: Integratie van het voorlichtingsprotocol in het informaticasysteem

digitalisering In de huidige, vaak sterk geïnformateerde ziekenhuisomgeving is informaticaondersteuning ook in het domein van patiëntenvoorlichting niet weg te denken. De digitalisering van het informatietraject vergemakkelijkt de informatiedoorstroming voor, over en tussen zorgverleners onderling en tussen verschillende diensten. Het is daarbij belangrijk dat het ziekenhuisinformatiesysteem, net zoals het voorlichtingsprotocol, is opgebouwd rond zorgtrajecten en rond klassieke departementen en functies.

Stap 26: Registratie van afwijkingen

afwijkingen Elke patiënt is uniek waardoor er afwijkingen –varianties- van het voorlichtingsprotocol zullen optreden. Deze afwijkingen kunnen zowel positief als negatief zijn en worden gedefinieerd als: “elke afwijking van wat verwacht werd te gebeuren”.

rapportage Afspraken over de opvolging en rapportage van de varianties is nodig.

Stap 27: Integratie in agendabeheer en boekingssystemen

timemanagement Wanneer een voorlichtingstraject voor het eerst wordt ingevoerd moet er voldoende aandacht zijn voor de tijdsinvestering die daarmee gepaard zal gaan. De implicaties hiervan op timing en agendabeheer (bijvoorbeeld bij het vastleggen van afspraken en consultaties) mogen niet over het hoofd worden gezien.

Stap 28: Informatie over het voorlichtingsprotocol

zorgverleners Uitgebreide (achtergrond)informatie over de ontwikkelde voorlichtingsprotocollen is niet enkel interessant voor de zorgverleners die er mee aan de slag moeten, maar voor iedere (nieuwe) ziekenhuismedewerker die aandacht heeft voor patiëntenvoorlichting. Ook zorgverleners uit de eerstelijnszorg hebben belang bij deze kennis, in het

kader van het begeleiden van hun patiënten naar een behandeling toe of bij de nazorg.

patiënt en zijn familie De informatie is ook interessant voor de patiënt en zijn familie. Gerichte informatie zowel ter voorbereiding van een opname (wat meebrengen, informatie over onderzoeken, ...) als ter begeleiding van nazorg thuis (begeleide zelfzorg, aandachtspunten, alarmtekens, ...) kunnen een goede aanvulling vormen op de persoonlijke informatiemap die de patiënt ontvangt bij zijn opname.

Stap 29: Nameting en systematische evaluatie van het voorlichtingsprotocol

Evaluatieonderzoek Het voorlichtingsprotocol wordt al een tijdje gebruikt en moet geëvalueerd worden. Bij de ontwikkeling van het voorlichtingsprotocol (DO fase) werden *bijlage II.2.P*

indicatoren De doelstellingen geoperationaliseerd in meetbare indicatoren. Dezelfde indicatoren worden hier opnieuw gemeten. Op deze wijze kan men een nameting organiseren en het effect van de implementatie van het voorlichtingsprotocol objectiveren. Bij belangrijke wijzigingen (organisatorisch of evidence-based) dient het voorlichtingsprotocol aangepast te worden. Het is ook mogelijk dat de keuze van de indicatoren herzien moet worden en dat andere indicatoren in de toekomst opgevolgd worden ter evaluatie van het voorlichtingsprotocol.

Stap 30: Systematische feedback

Gegevens over de werking van het voorlichtingsprotocol worden op een systematische wijze verzameld en aangevuld met de beschikbare vergelijkende gegevens van bijvoorbeeld andere ziekenhuizen. Daarbij moet op gezette tijdstippen teruggekoppeld worden naar de betrokken zorgverleners voor beoordeling en eventuele bijsturing van het voorlichtingsprotocol.

Hoofdstuk 3: Belangrijkste referenties

Basisreferenties

de Boer, M., Gaasbeek, I. & Noorlander, J. (red.). Handboek coördinator patiëntenvoorlichting. Landelijk Centrum GVO & NZI, 1995.

Schoonacker, M. & Louckx, F. (2007). Patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen: een verkennend onderzoek in Vlaanderen. Vlaams Patiëntenplatform (i.o.v. FOD Volksgezondheid, i.s.m. Vrije Universiteit Brussel). Online raadpleegbaar op: <http://www.vlaamspatientenplatform.be>

Spaarne ziekenhuis & Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (1992). Copamap: handleiding, theorie en praktijk voor de contactpersonen patiëntenvoorlichting. Spaarne ziekenhuis, 3^e gewijzigde druk 1999.

Thomas, G. (2004). Patiënteneducatie. Mechelen: Kluwer.

Universitair Medisch Centrum St-Radboud (2000). Handleiding meetinstrument kwaliteit patiëntenvoorlichting. Nijmegen: UMC St-Radboud, PR en Voorlichting.

van der Giessen, J., Hetharia, A., Wessels, H., van Wijck, R. & Wildenbeest, M.(2005). Handleiding protocollering van patiëntencommunicatie. Utrecht: Universitair Medisch Centrum.

Patiëntenparticipatie/ patiëntenraadpleging

Binkhorst, T., Weerts, M., Schipaanboord, A. (red.). Patiënten betrekken bij de zorg in het ziekenhuis; een handboek. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, Provinciaal Patiënten/ Consumenten Platform Utrecht (PP/CP Utrecht) & Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), 2005 (aanvullingen augustus 2006). Online beschikbaar op: www.cbo.nl.

Libbers, J., Pols, B. & Tjalsma, D. (2002). Achterbanraadpleging: theorie en praktijk voor snelle achterbanraadpleging m.b.v. panels en focusgroepmethode. Utrecht: PCL/NPCF.

Patiëntenvoorlichtingsmaterialen

Department of Health (2003). NHS Toolkit for producing patient information, version 2.0. Online raadpleegbaar op: <http://www.nhsidentity.nhs.uk/patientinformationtoolkit/patientinfotoolkit.pdf>

Haute Autorité de Santé (2005). Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Guide méthodologique.

National Resource Centre for Consumer Participation in Health (2004). Consumer and Community Participation. Self-Assessment Tool for Hospitals. Version 2.0. (online beschikbaar op: <http://www.participateinhealth.org.au>)

Robinson, S.K. (2004). Consumer and Community Participation Self-Assessment Tool, version 2.0. National Resource Centre for Consumer Participation in Health. Online raadpleegbaar op: www.participateinhealth.org.au

Individuele relatie patiënt-zorgverlener

Kemp White, M., Bonvicini, K.A. & Iwema, C. (2005). Annotated Bibliography for Clinician Patient Communication to Enhance Health Outcomes. New Haven, USA: Institute for Healthcare Communication. (online te raadplegen op: www.healthcarecomm.org)

Protocollering

Maertens, N. & Maris, N. (red.) (1992). Patiëntgericht voorlichten. Docentenhandleiding bij het Leerboek voor Verpleegkundigen. Utrecht/Nijmegen: Landelijk Centrum GVO en Hogeschool Gelderland.

Netwerk Klinische Paden (2001). Wat zijn klinische paden? (internet). Netwerk Klinische Paden. Online beschikbaar op: <http://www.nkp.be>.

Kwaliteitsnormen

Stichting NIAZ (2004). NIAZ Kwaliteitsborgingsnorm patiëntenvoorlichting. Leiden: NIAZ Bureau. Online raadpleegbaar op: <http://www.niaz.nl>.

DEEL III: BIJLAGEN

Bijlagen bij Deel II Hoofdstuk 1: Structuren in het ziekenhuis

- Bijlage II.1.A - Profiel van de coördinator patiëntenvoorlichting
- Bijlage II.1.B – Het opstellen van een beleidsplan patiëntenvoorlichting
- Bijlage II.1.C – Interne en externe netwerkontwikkeling
- Bijlage II.1.D – Opleiding patiëntenvoorlichting voor medewerkers van het ziekenhuis
- Bijlage II.1.E – Draaiboek voor de opmaak van informatiemateriaal
- Bijlage II.1.F – Patiëntenparticipatie in vogelvlucht
- Bijlage II.1.G – Het patiënteninformatiebureau
- Bijlage II.1.H – De contactpersoon patiëntenvoorlichting (Copa)
- Bijlage II.1. I – De commissie patiëntenvoorlichting

Bijlagen bij Deel II Hoofdstuk 2: Stappenplan patiëntenvoorlichting op afdelingsniveau

- Bijlage II.2.A – De betrokkenheid van de coördinator patiëntenvoorlichting bij de procesuitvoering
- Bijlage II.2.B – Quicksan: de verkenning van het voorlichtingsprobleem
- Bijlage II.2.C – Samenstelling interdisciplinaire werkgroep
- Bijlage II.2.D – Afbakenen van de doelgroep
- Bijlage II.2.E – Formuleren van doelstellingen en indicatoren
- Bijlage II.2.F – Het opstellen van een communicatieschema
- Bijlage II.2.G – Model projectvoorstel protocollering van patiëntenvoorlichting met communicatieplan
- Bijlage II.2.H – Het vooronderzoek
- Bijlage II.2.I – Bevraging van patiënten
- Bijlage II.2.J – Bevraging van zorgverleners
- Bijlage II.2.K – Het voorlichtingsprotocol
- Bijlage II.2.L – Best practice
- Bijlage II.2.M – Voorlichtingsprotocollen: voorbeelden
- Bijlage II.2.N – Implementatie
- Bijlage II.2.O – Patiënteninformatiedossier
- Bijlage II.2.P – Evaluatie

Bijlagen bij Deel II Hoofdstuk 1: Structuren in het ziekenhuis

Bijlage II.1.A - Profiel van de coördinator patiëntenvoorlichting

Bijlage II.1.B – Het opstellen van een beleidsplan patiëntenvoorlichting

Bijlage II.1.C – Interne en externe netwerkontwikkeling

Bijlage II.1.D – Opleiding patiëntenvoorlichting voor medewerkers van het ziekenhuis

Bijlage II.1.E – Draaiboek voor de opmaak van informatiemateriaal

Bijlage II.1.F – Patiëntenparticipatie in vogelvlucht

Bijlage II.1.G – Het patiënteninformatiebureau

Bijlage II.1.H – De contactpersoon patiëntenvoorlichting (Copa)

Bijlage II.1. I – De commissie patiëntenvoorlichting

Bijlage II.1. A: Profiel van een coördinator patiëntenvoorlichting

1. Profiel

1.1. Opleiding en werkervaring

Een coördinator patiëntenvoorlichting heeft:

- Een masterdiploma of gelijkwaardig door ervaring, bij voorkeur in medisch-sociale wetenschappen (optie GVO⁷), gezondheidswetenschappen, gezondheidspsychologie en/of communicatiewetenschappen.
- Werkervaring op het gebied van patiëntenvoorlichting, organisatie- en beleidsontwikkeling, advisering en projectmanagement.

1.2. Functievereisten

a. Inhoudelijke vereisten

- deskundigheid op het gebied van patiëntenvoorlichting;
- kennis van recente vakinhoudelijke ontwikkelingen;
- kennis van en inzicht in het functioneren van de gezondheidszorg en in de structuur en cultuur van het ziekenhuis ;
- kennis van organisatie- en beleidsontwikkeling, advisering en projectmanagement;
- kennis en vaardigheden op gebied van public relations;
- toegepaste kennis van sociaal-wetenschappelijke onderzoeksmethoden.

b. Professionele vaardigheden

- zelfstandig kunnen werken evenals in teamverband en interdisciplinair;
- zeer goede sociale vaardigheden;
- organisatorische kwaliteiten en gevoel voor systematiek;
- een prima schriftelijke en mondelinge uitdrukkingsvaardigheid;
- didactische vaardigheden;
- goede presentatievaardigheden.

c. Persoonlijke karakteristieken

- overtuigingskracht en enthousiasme;
- doorzettingsvermogen en vastberadenheid;
- een flinke dosis zelfvertrouwen;
- integriteit en representativiteit;
- zin voor initiatief;
- flexibel en creatief;
- incasseringsvermogen en veerkracht;
- doortastend;
- tact en mensenkennis;
- humor en relativeringsvermogen.

⁷ GVO staat voor Gezondheidsvoorlichting en –opvoeding.

De positie van de coördinator patiëntenvoorlichting in de organisatiestructuur: staf- versus lijnfunctie

Men kan zich de vraag stellen of de functie van de coördinator patiëntenvoorlichting een staf- dan wel een lijnfunctie moet zijn.

Een coördinator met een takenpakket voornamelijk gericht op organisatie- en beleidsontwikkeling is bij voorkeur een staffunctionaris. Een staffunctionaris is niet gebonden aan of ondergebracht bij een bestaande afdeling of dienst en kan bijgevolg onafhankelijk handelen. Dit geeft de coördinator voldoende bewegingsvrijheid om probleempunten in de voorlichting aan te stippen en daar samen met de betrokken perso(o)n(en) aan te werken zonder dat dit bedreigend overkomt. Nadeel van een staffunctie is dat de geformuleerde adviezen voor niemand bindend zijn. Een actieve opstelling en ondersteuning van het management bij het motiveren van het ziekenhuispersoneel lost dit probleem op.

Als de functieomschrijving zich op het operationele niveau situeert, dan kan een lijnfunctie voordelen bieden. Een directe overste zal vanuit zijn of haar positie de noodzakelijke voorwaarden kunnen creëren voor de uitvoering van een voorlichtingsbeleid.

Bron: Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995

2. Takenpakket

Verschillende types activiteiten kunnen tot de opdracht van een coördinator patiëntenvoorlichting behoren. De accenten die elk ziekenhuis legt in de opdracht van een coördinator maken de functie zeer verschillend. Terwijl een coördinator patiëntenvoorlichting in het ene ziekenhuis voornamelijk belast is met direct uitvoerende taken kan een coördinator in een ander ziekenhuis zich bijvoorbeeld vooral bewegen op het terrein van onderzoek en ontwikkeling, en bijgevolg een eerder adviserende en ondersteunende rol vervullen op het vlak van de kwaliteit van de patiëntenzorg.

2.1. Taken op het beleidsniveau

- In kaart brengen van de verankering van patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis en de organisatiestructuur en –cultuur van het ziekenhuis;
- Behoeftenonderzoek van patiëntenvoorlichting als integraal onderdeel van de zorgverlening bij zowel ziekenhuismedewerkers als patiënten;
- Het opstellen van een beleidsplan patiëntenvoorlichting (*zie bijlage II.1.B*);
- Het implementeren, evalueren en bijstellen van het beleid;
- Kwaliteitsbewaking en –bevordering van patiëntenvoorlichting als integraal onderdeel van het zorgbeleid;
- Budgetbeheer en het voeren van begrotingsbesprekingen met betrokken diensthoofden en directie;
- Rapportering;
- Publicaties.

2.2. Netwerken, adviseren, sensibiliseren en informeren

- Interne en externe netwerkontwikkeling (*bijlage II.1. C*);
- Ondersteunen van contactpersonen patiëntenvoorlichting (Copa) en het Copa-netwerk (*bijlage II.1.H*);
- Adviseren en informeren van het ziekenhuismanagement;
- Sensibiliseren, motiveren en stimuleren van ziekenhuismedewerkers;
- Scholingsactiviteiten en deskundigheidsbevordering (*bijlage II.1.D*).

2.3. Patiënteninformatiebureau, databank patiëntenvoorlichting, voorlichtingsmaterialen en -methodieken

- Opzetten, ondersteunen en of leiden van een patiënteninformatiebureau (*bijlage II.1.G*);
- Aanleggen en bijhouden van een databank met documentatie- en voorlichtingsmaterialen op het gebied van gezondheidszorg en de aangrenzende gebieden van de welzijnszorg;
- Ontwikkeling en verspreiding van informatie (*bijlage II.1.E*).

2.4. Participatie

- Ontwikkelen van een plan rond patiëntenparticipatie (bijlage II.1.F);
- Opstarten en begeleiden van een commissie patiëntenvoorlichting (bijlage II.1.I).

2.5. Protocollering

- Onderzoek naar en advies bij projecten rond kwaliteitvolle voorlichting aan bepaalde categorieën patiënten.

Weerstanden tegen het werk van de coördinator patiëntenvoorlichting

Ervaringen in Nederland tonen aan dat het werk van een coördinator niet steeds door het gehele ziekenhuis enthousiast onthaald wordt.

De aanstelling van een coördinator patiëntenvoorlichting kan bij een aantal medewerkers weerstanden oproepen, het veronderstelt immers een bemoeienis van 'buitenaf' met de directe zorgverlening.

Mogelijke weerstanden kunnen te maken hebben met:

- *Onduidelijkheden over de werkzaamheden van de coördinator. Zorgverleners denken soms dat ze zelf geen voorlichting meer mogen geven, dat de coördinator dit nu gaat doen of dat de coördinator de zorgverleners vanaf nu zal 'komen vertellen hoe het moet'.*
- *Het niet inzien van het nut van een coördinator patiëntenvoorlichting. Zorgverleners menen vaak dat het nu al uitstekend gaat.*

Het is belangrijk dat van bij het begin de taken van de coördinator duidelijk zijn en dat daarover wordt gecommuniceerd naar alle medewerkers.

Om gaandeweg een aantal weerstanden uit de weg te ruimen kan het voor de coördinator belangrijk zijn om:

- *samenwerking te zoeken met die ziekenhuismedewerkers die positief staan tegenover het werk van de coördinator*
- *zich tactisch op te stellen, te communiceren waarmee hij bezig is en wat de (te verwachten) resultaten zijn.*

Bron: Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995

Bijlage II.1.B: Het opstellen van een beleidsplan patiëntenvoorlichting

1. Het belang van een beleidsplan

Het patiëntenvoorlichtingsbeleid maakt integraal deel uit van het patiëntenzorgbeleid van een ziekenhuis. Dit veronderstelt een duidelijke visie op patiëntenvoorlichting in samenhang met kwaliteitszorg, patiëntenconsultatie en –participatie, klachtenregeling en patiëntenrechten. Een visie die het best zijn weerslag vindt in een beleidsplan.

Met een beleidsplan kunnen een ziekenhuis en zijn medewerkers patiëntenvoorlichting beter en doelmatiger organiseren en kunnen veranderingen op een controleerbare wijze worden gepland en doorgevoerd. Het houdt daarenboven een engagement in van het management om de nodige beleidsinspanningen te leveren tot realisatie van het plan. Omwille van zijn realiteitswaarde is een beleidsplan een efficiënt werkinstrument: over elke gemaakte keuze wordt grondig nagedacht en wordt een link gemaakt met het personeels- en financieel plan. Als voor het opstellen van het beleidsplan de spelregels worden gevolgd, dan zal er een grote betrokkenheid zijn van de medewerkers. Nadien moet er ook aandacht zijn voor de vertaling van het plan naar de medewerkers toe. Een beleidsplan opstellen is een ideale manier om te onderzoeken wat de patiënt op het vlak van patiëntenvoorlichting van het ziekenhuis en de individuele zorgverlener verwacht.

2. Weerstanden

Verandering roept vaak weerstand op. De wijze waarop met weerstanden wordt omgegaan is een belangrijke kritieke succesfactor bij de invoering van een beleidsplan. Medewerkers voelen vrij snel aan dat er veranderingen in de lucht hangen, het is dan ook belangrijk om er van bij het begin voldoende aandacht voor te hebben.

Vanuit organisatiekundig oogpunt spelen de invalshoeken en bezorgdheden van verschillende groepen een rol. Iedereen die bij het ziekenhuis betrokken is, is betrokken partij: de leidinggevenden, de medewerkers, de zorgverleners, de patiënten, de bezoekers. Bij het opstellen van een beleidsplan moet met elk van deze invalshoeken rekening worden gehouden.

De leidinggevenden en de medewerkers hebben bekommernissen die in tegengestelde richting werken. Leidinggevenden trachten een duidelijk patiëntenvoorlichtingsbeleid op te zetten en de krachten daar rond te bundelen. De medewerkers en zorgverleners hebben meer aandacht voor de individuele voorwaarden en consequenties van beslissingen. Bij medewerkers hebben weerstanden enerzijds te maken met controleerbaarheid (hoe, waarom en wanneer is iets beslist?; wat zijn de consequenties voor mijn job?; wie kunnen we aanspreken? ...) en anderzijds met leefbaarheid (spanningen, stress, conflicten, (te) plotse veranderingen, ...). Hierop kan geanticipeerd worden door medewerkers structureel te betrekken bij het ontwikkelingsproces (*zie Deel II Hoofdstuk 2: Stappenplan patiëntenvoorlichting op afdelingsniveau*) en/of door duidelijke en regelmatige communicatie.

De wisselwerking tussen de verschillende invalshoeken wordt bepaald door de organisatiecultuur. Het is daarom niet onbelangrijk te weten of de heersende organisatiecultuur bepaalde veranderingen zal tolereren.

3. Aandachtspunten

Bij het opstellen van een beleidsplan patiëntenvoorlichting heeft een ziekenhuis best aandacht voor:

- Het draagvlak;
- Objectieveerbare gegevens en beslissingen;
- Patiëntenparticipatie;
- Interne communicatie.

3.1. Draagvlak

Zorg ervoor dat alle betrokken medewerkers en diensten bij het opstellen van het plan worden betrokken en gerespecteerd. Vraag hen niet alleen om hun mening, maar betrek hen actief in het proces door hun informatie aan te wenden voor het nemen van beslissingen.

Op die manier kan voorkomen worden dat het gehele plan of bepaalde delen ervan nadien ter discussie staat.

3.2. Objectieveerbare gegevens en beslissingen

Het gericht verzamelen en interpreteren van objectieveerbare informatie kan tot gevolg hebben dat zaken die men voorheen altijd voor waar heeft gehouden in werkelijkheid niet helemaal correct blijken te zijn. Dit kan confronterend zijn. Het is dan ook belangrijk te beseffen dat jarenlang gebruikte methoden en materialen om patiënten te informeren in vraag moeten worden gesteld.

Het verzamelen van informatie heeft enkel zin als de directie van een ziekenhuis ook effectief bereid is er conclusies uit te trekken die als basis kunnen dienen voor toekomstgerichte beleidsbeslissingen.

3.3. Patiëntenparticipatie

Patiënten zijn een belangrijke partner in het voorlichtingsbeleid van het ziekenhuis. Zij spelen een onmisbare rol in het proces van het ontwikkelen van richtlijnen voor patiëntenvoorlichting. De samenwerking tussen het ziekenhuis en patiëntenorganisaties wordt best structureel vormgegeven.

3.4. Interne communicatie

Het opstellen van een beleidsplan is een tijdrovende bezigheid. Het is belangrijk dat medewerkers en leidinggevende het proces kunnen blijven volgen. Een goede communicatiestrategie is belangrijk. Het voorkomt weerstanden en vergemakkelijkt later de implementatie.

4. Opmaak van een beleidsplan

Een efficiënte en effectieve beleidsplanning betekent dat een ziekenhuis een eigen werkwijze moet ontwikkelen. Modellen en methodieken zijn slechts hulpmiddelen die vertaald moeten worden naar de eigen instelling, rekening houdend met de organisatiecultuur en de eigenheid van het ziekenhuis.

Een beleidsplan bestaat uit volgende onderdelen:

- Startfase (4.1)
- Missie (4.2)
- Gegevensverzameling (4.3)
- Beleidsuitdagingen (4.4)
- Doelstellingen (4.5)
- Strategie (4.6)
- Implementatie en bijsturing (4.7)

4.1. Startfase

Bepaal **wie verantwoordelijk** is voor het opstellen van een beleidsplan patiëntenvoorlichting. Dit kan een taak zijn van een coördinator patiëntenvoorlichting, maar het is ook mogelijk dat een dergelijk beleidsplan wordt geschreven nog vóór een coördinator patiëntenvoorlichting wordt aangesteld. Het werken met een planningsteam van maximum 10 personen kan om verschillende redenen nuttig zijn: met meer weet je meer dan alleen; verschillende inzichten komen aan bod (leidinggevenden versus uitvoerenden); de betrokkenheid wordt groter wat een positieve impact heeft op weerstanden.

De **leider van het team** moet voldoende vergadertechnische kwaliteiten hebben: voorbereiding en leiding van vergaderingen, goede afspraken, duidelijke besluitvorming en correcte uitvoering en opvolging zijn belangrijk. Hij moet ook aandacht hebben voor een terugkoppeling naar de raad van bestuur en alle medewerkers van het ziekenhuis.

Een geschreven document verduidelijkt de **verhouding tussen de raad van bestuur en het planningsteam**. Goede afspraken maken goede vrienden.

In de afsprakennota bevat de volgende gegevens:

- Waarom een beleidsplan wordt opgemaakt: doel en motivatie.
- Een planning: tegen wanneer worden welke stappen gezet?
- Wat de rol en opdracht van het planningsteam is, welke verantwoordelijkheden zij hebben.
- Praktische afspraken: onder andere wie de voorzitter en de verslaggever is, wat de werkmiddelen zijn, hoe intern gecommuniceerd wordt?
- Communicatieplan: wat wordt wanneer aan wie gecommuniceerd?

4.2. Missie

De missie definieert duidelijk wat het ziekenhuis wil bereiken op het vlak van patiëntenvoorlichting. Het is een richtinggevende visie over de essentiële waarden, basisoriëntaties, algemene doelstellingen, maar evenzeer over de werking en interne organisatie. Het is de basis voor een lange en middellange termijnplanning en vertaalt zich in een toekomstgericht en strategisch beleid inzake patiëntenvoorlichting.

Tip

Het is belangrijk om het beleidsplan patiëntenvoorlichting nauw te laten aansluiten bij het ziekenhuisbeleid rond patiëntenzorg. Het uitgangspunt hierbij is dat een goede zorgkwaliteit gebaat is bij de integratie van patiëntenvoorlichting in het gehele zorgproces.

4.3. Gegevensverzameling

Het verzamelen van objectieve gegevens is een essentieel onderdeel van het beleidsplan.

Er moet informatie verzameld worden op een viertal terreinen:

- a. Het profiel van het ziekenhuis met betrekking tot patiëntenvoorlichting;
- b. Bevraging van de stakeholders;
- c. Zelfevaluatie;
- d. Evaluatie van de omgevingsfactoren.

a. Het profiel van het ziekenhuis met betrekking tot patiëntenvoorlichting

Enkele elementen worden onder de loep genomen: hoe verliep patiëntenvoorlichting in het verleden, hoe verloopt het nu, in welke mate is er in de beleidsnota's van het ziekenhuis aandacht voor patiëntenvoorlichting en wat is de juridische context.

Maak een **chronologische schets** van de belangrijkste ontwikkelingen met betrekking tot de organisatie van patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis. Besteed daarbij aandacht aan elementen die van belang waren voor de ontwikkeling van patiëntenvoorlichting, evenals aan de belemmeringen of drempels.

Breng in kaart hoe en in welke mate patiëntenvoorlichting **vandaag verankerd** is in het ziekenhuisbeleid.

Verankering van patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis: checklist

De mate waarin patiëntenvoorlichting in een ziekenhuis is verankerd kan worden gemeten aan de hand van een vijftal aspecten, namelijk personeel, deskundigheid, organisatie, financiën en faciliteiten. Per domein zijn er een aantal elementen die een beeld geven van het actuele voorlichtingsbeleid van het ziekenhuis.

a) Personeel

Breng het personeel in kaart dat direct of indirect patiëntenvoorlichting in zijn takenpakket heeft.

Denk aan:

- Een coördinator patiëntenvoorlichting;
- Contactpersonen patiëntenvoorlichting (Copa's) op de afdelingen en in poliklinieken;
- Gespecialiseerde verpleegkundigen;
- Medewerker(s) van een patiënteninformatiebureau;
- Ziekenhuismedewerkers en artsen betrokken bij projecten patiëntenvoorlichting;
- Secretariële en logistieke ondersteuning;
- ...

Besteed ook aandacht aan de relatie arts-patiënt.

b) Deskundigheid

Een sterk patiëntenvoorlichtingsbeleid steunt op deskundig personeel. Dit betekent dat patiëntenvoorlichting een onderdeel is van het personeels- en opleidingsbeleid.

Bekijk in welke mate er (bewust) aandacht wordt besteed aan deskundigheid op het vlak van patiëntenvoorlichting bij:

- Werving;
- Selectie;
- Introductie- en inwerkprogramma's;
- Beroepsopleidingen;
- Na- en bijscholing;
- ...

c) Organisatie

Duidelijke afspraken over de verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn belangrijk. Breng in kaart wie welke taken op zich neemt en op basis van welke afspraken.

Bekijk hiervoor:

- Functieomschrijving;
- Taakomschrijving;
- Organigram;
- Overlegstructuren en rapportage;
- Informatiestromen en toegang tot informatie;
- Procedures voor bv. voorlichtingsbijeenkomsten, de ontwikkeling van folders, aanschaf van video's/dvd's;
- ...

d) Financiën

Een voorlichtingsbeleid veronderstelt voldoende financiële (en personele) middelen, die als een aparte volwaardige post mee in de begroting worden onderhandeld en opgenomen.

De kostenposten zijn divers en moeten op voorhand duidelijk vastliggen.

Kostenposten zijn:

- Personeelskosten;
- Voorlichtingsmateriaal en -activiteiten: ontwikkeling, productie, aankoop en implementatie;
- Deskundigheidsbevordering en organisatie-ontwikkeling;
- Logistiek en ondersteuning;
- ...

e) Faciliteiten

Patiëntenvoorlichting stelt ook eisen naar toegankelijkheid en laagdrempeligheid voor de patiënt.

Heb aandacht voor:

- Een goede, centraal gelegen en toegankelijke werkplek voor de medewerkers patiëntenvoorlichting. Ook publieksruimten bestemd voor patiëntenvoorlichting zijn laagdrempelig, centraal gelegen en voldoende beschikbaar.
- Degelijke (audiovisuele, internet) apparatuur met aandacht voor specifieke doelgroepen (luidsprekende tolkentelefoons, doventelefoon).
- Kwaliteitsvolle informatie.
- ...

Bron: Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995

Beleidsplanning is onderdeel van de efficiënte werking van een ziekenhuis. Het patiëntenvoorlichtingsbeleid heeft in de meeste ziekenhuizen nog niet geleid tot een afzonderlijk beleidsplan. Patiëntenvoorlichting maakt evenwel integraal deel uit van het patiëntenzorgbeleid van een ziekenhuis, waarvoor meestal wel al een beleidsplan voor handen is. Maak gebruik van de reeds verzamelde en beschikbare informatie, vul ze aan en verfijn ze indien nodig. Dit bespaart tijd en energie.

Breng ook **wettelijke vereisten** in kaart. De rechten van de patiënt (bijvoorbeeld het recht op informatie en toestemming) werden in 2002 verankerd in de Wet op de Patiëntenrechten⁸. Bekijk hoe en op welke wijze het ziekenhuis en zijn medewerkers omgaan met deze wettelijke verplichtingen.

b. Bevraging van de stakeholders

Stakeholders zijn individuen, afdelingen, diensten en verenigingen die de impact van het beleidsplan zullen ondervinden en die er zeer waarschijnlijk in geïnteresseerd zullen zijn in het beleidsplan, alsook in het planningsproces. Het gaat hier om medewerkers van het ziekenhuis, artsen, patiënten, patiëntenverenigingen en de eerstelijnszorg.

De bedoeling is om door een eenvoudige bevraging te weten te komen wat al deze mensen denken en verwachten van patiëntenvoorlichting en hoe zij die momenteel ervaren binnen het ziekenhuis. Dit moet toelaten een bredere kijk te hebben op hoe patiëntenvoorlichting in de toekomst moet of kan evolueren.

c. Zelfevaluatie

Een effectief beleidsplan wordt ontwikkeld op basis van lessen die men trekt uit het verleden, van de omstandigheden van vandaag en op basis van een inschatting van wat er zich in de toekomst kan voordoen. Die inschatting moet op systematische wijze gebeuren waarbij alle aspecten in voldoende mate aan bod komen.

Verzamel enerzijds gegevens over de eigen werking van het ziekenhuis met betrekking tot patiëntenvoorlichting. Deze kunnen een beeld geven van de troeven en kwaliteiten maar evenzeer van de zwaktes op het vlak van patiëntenvoorlichting.

Ga anderzijds op zoek naar gegevens over de omgeving waarop patiëntenvoorlichting een impact heeft. Een ziekenhuis staat niet op een eiland. Er is een voortdurende wisselwerking met de buitenwereld. Het is belangrijk om een duidelijk beeld te hebben van wat deze omgeving verwacht en welke mogelijkheden en beperkingen die buitenwereld voor het ziekenhuis biedt.

Ga bij het verzamelen van de gegevens louter beschrijvend te werk, zonder de gegevens te interpreteren en er standpunten rond in te nemen.

McKinsey-model: aftoetsen van een beleid

*Interne gegevens kunnen bijvoorbeeld verzameld worden via het **McKinsey-model**, dat een succesvol beleid aftoetst aan de hand van 7 organisatie-elementen. De 7 S'en kunnen gebruikt worden als een checklist om een actueel beeld te krijgen van het ziekenhuis en haar beleid rond patiëntenvoorlichting.*

- **Skills:** Kennis en vaardigheden zijn ook bij patiëntenvoorlichting een belangrijk uitgangspunt. Een goede organisatie van patiëntenvoorlichting veronderstelt dat de reeds beschikbare kennis en vaardigheden optimaal worden benut. Dit veronderstelt in de eerste plaats dat kennis en vaardigheden in kaart worden gebracht.
- **Structure:** Breng de structuur van het ziekenhuis in kaart en heb bijzondere aandacht voor patiëntenvoorlichting.
 - *Bekijk het organigram: Wie is voor verantwoordelijk voor wat?; Zijn er contacten tussen verschillende afdelingen en diensten? ...*
 - *Welke middelen zijn er beschikbaar in het kader van patiëntenvoorlichting?*
 - *Hoe wordt de doelgroep van de patiëntenvoorlichting bereikt?*

⁸ Wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002.

- **Systems:** Beschrijf de systemen en manieren waarop patiëntenvoorlichting wordt georganiseerd.
 - Hoe wordt een project opgestart?
 - Heeft de doelgroep (patiënten) inspraak?
 - Kijk naar bestaande evaluaties.
- **Shared values:** Welke gemeenschappelijke waarden leven er met betrekking tot patiëntenvoorlichting. Deze waarden kunnen extern (naar het publiek) of intern (naar de eigen medewerkers en organisatie) gericht zijn.
- **Staff:** Hoe vertolkt het ziekenhuisbeleid op het vlak van patiëntenvoorlichting zich in personele middelen. Dit punt kan overlappen met de Skills.
- **Style:** De stijl van een organisatie beschrijven komt in belangrijke mate neer op het beschrijven van de stijl van de leidinggevende in een ziekenhuis. Hoe staan zij tegenover een patiëntenvoorlichtingsbeleid en wat is hun rol daarin? De organisatiecultuur binnen het ziekenhuis is daarmee nauw verweven.
- **Strategy:** Welke strategie(en) worden gebruikt om het voorlichtingsbeleid vorm te geven en uit te voeren.

d. Evaluatie van de omgevingsfactoren

Het is belangrijk de (wetenschappelijke) ontwikkelingen op het vlak van patiëntenvoorlichting te bekijken, zonder dat dit een diepgaande wetenschappelijke analyse hoeft te zijn. Literatuur, wetenschappelijk onderzoek, rapporten, ... kunnen u een heel stuk op weg helpen. Besteed daarbij ook voldoende aandacht aan informatie uit de ons omringende landen. Nederland, Frankrijk en Groot-Brittannië hebben reeds jaren ervaring met patiëntenvoorlichting en beschikken over heel wat bruikbare expertise.

Hou rekening met **STEP**-ontwikkelingen: **sociologische** (bvb. mondigheid van de patiënt), **technologische** (bvb. elektronisch patiëntendossier), **economische** en **politieke** (bvb. patiëntenrechten, kwaliteitsnormen).

e. In kaart brengen van de verzamelde gegevens

Het doorlopen van de vier voorgaande stappen zorgt voor heel wat informatie, die gestructureerd en geanalyseerd moet worden om bruikbaar te zijn voor het uitwerken van een beleidsplan.

Een mogelijke manier om enige ordening te brengen is het maken van een SWOT-analyse. Het letterwoord **SWOT** staat voor **S**trengths, **W**eaknesses, **O**pportunities en **T**reaths.

- **Strengths:** zijn de sterke kanten van het ziekenhuis op het vlak van voorlichtingsbeleid.
- **Weaknesses:** zijn de zwakke kanten van het voorlichtingsbeleid.

Voor het bepalen van de sterke en zwakke kanten van het ziekenhuis is het belangrijk de informatie uit de stakeholdersanalyse te bekijken. Hieruit zou duidelijk moeten blijken wat buitenstaanders vinden van het voorlichtingsbeleid van het ziekenhuis en wat zij als sterke en zwakke punten ervaren.

- **Opportunities:** zijn de opportuniteiten die het ziekenhuis toelaten om haar doelstellingen beter, sneller en gemakkelijker te realiseren.
- **Treaths:** zijn alle externe bedreigingen, moeilijkheden, remmingen die de uitbouw van patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis kunnen hinderen.

4.4. Beleidsuitdagingen en beleidsopties

De gegevens uit bovenstaande gegevensverzameling moeten nu zodanig worden geanalyseerd dat ze ook leiden tot bruikbare conclusies. Hierbij kan bijvoorbeeld verder worden gesteund op de SWOT-analyse.

De SWOT-analyse gaat de interne sterktes en zwaktes combineren met de externe kansen en bedreigingen. Zo komt men tot vier mogelijke conclusies: investeren, beslissen, verdedigen en schade beheersen. Binnen elke categorie van conclusies kunnen later de belangrijkste beleidsuitdagingen worden geplaatst.

	Kansen	Bedreigingen
Sterktes	Investeer	Verdedig
Zwaktes	Beslis	Beheers de schade

Overloop wat de sterktes en zwaktes betekenen in het licht van de kansen en bedreigingen. De bedoeling is dat duidelijk zou worden wat de organisatie moet of kan doen in de komende beleidsperiode.

- **Investeer:** Het ziekenhuis is goed in (een onderdeel van) patiëntenvoorlichting (interne sterkte) en het wordt ook als dusdanig ervaren door bijvoorbeeld de patiënt, huisarts, thuisverzorger, ... (externe kans). Het ziekenhuis zal hierin (verder) investeren.
- **Beslis:** Het ziekenhuis is iets minder goed in (een onderdeel van) patiëntenvoorlichting (interne zwakte), maar buitenstaanders daarentegen ervaren de patiëntenvoorlichting van het ziekenhuis als goed (externe kans). Het ziekenhuis moet beslissen hoe de zwakke punten in het patiëntenvoorlichtingsbeleid worden aangepakt om de externe kansen te maximaliseren.
- **Verdedig:** Het ziekenhuis is goed in (een onderdeel van) patiëntenvoorlichting (interne sterkte), maar het wordt niet als dusdanig ervaren door bijvoorbeeld de patiënt, huisarts, thuisverzorger, ... (externe bedreiging). Het ziekenhuis moet investeren in het communiceren van haar beleid naar de gebruikers.
- **Beheers de schade:** Het ziekenhuis is niet zo goed bezig op het vlak van (een onderdeel van) patiëntenvoorlichting (interne zwakte) en dat wordt ook als zodanig ervaren door de gebruikers (externe bedreiging). Het ziekenhuis zal in eerste instantie op zoek moeten gaan naar maatregelen die de schade kunnen beperken, vooraleer verder kan worden gewerkt aan een nieuw goed onderbouwd patiëntenvoorlichtingsbeleid.

De prioritaire **beleidsuitdagingen** zijn een samenvatting van de belangrijkste conclusies uit de SWOT-analyse. Het ziekenhuis weet in grote lijnen welke uitdagingen er zijn op het vlak van patiëntenvoorlichting voor de komende jaren. De uitdagingen moeten nu vertaald worden in concrete beleidsopties.

Voorbeeld:

De beleidsuitdaging:

De behoeften van de patiënt aan informatie over zijn gezondheidstoestand, behandeling, prognoses, ... zijn in de afgelopen jaren sterk gewijzigd. De patiënt wil goed geïnformeerd worden zodat hij zelf kan participeren in het zorgproces.

De beleidsopties:

- Verbeteren van de kwaliteit van schriftelijke voorlichtingsmaterialen
- Deskundigheidsbevordering en verdere professionalisering van de medewerkers op het vlak van patiëntenvoorlichting
- Coördineren van het voorlichtingsbeleid binnen het ziekenhuis
- Aanstellen van een coördinator patiëntenvoorlichting
- Organiseren van patiëntenparticipatie
- Evalueren van het voorlichtingsbeleid
- ...

4.5. Doelstellingen

Deze fase vormt het kloppend hart van het document. De missie is de rode draad van het beleidsplan, de gegevensverzameling het uitgangspunt en de SWOT-analyse bepaalt de keuzes. Het formuleren van doelstellingen zijn de **eerste link met het concrete werk**. Doelstellingen sturen in de komende jaren het patiëntenvoorlichtingsbeleid van het ziekenhuis in een bepaalde richting, die uitgetekend werd door de missie en de resultaten van de SWOT-analyse.

Een doelstelling is een formulering van een gewenste situatie, gepreciseerd met gewenste effecten en/of gewenste resultaten.

Algemene of strategische doelstellingen volgen uit de beleidsuitdagingen en de algemene beleidsopties. Een algemene beleidsoptie wordt vertaald in een algemene doelstelling door ze te formuleren als een omschrijving van de verwachte en/of gewenste resultaten (= output) van de initiatieven die gedurende de beleidsperiode zullen worden opgezet om de beleidsopties waar te maken. De omschrijving moet zodanig geformuleerd zijn dat op het einde kan worden “gemeten” of en in welke mate een doelstelling is gerealiseerd. Een goede doelstelling moet zoveel mogelijk voldoen aan het **SMART**-principe:

- **Specifiek:** duidelijk, concreet en herkenbaar; gericht op één situatie die moet veranderen (=richtfactor)
- **Meetbaar:** achteraf is aan te tonen of (en in welke mate) de doelstelling is gerealiseerd.
- **Aanvaard:** iedere doelstelling zou minimaal gedragen moeten zijn door de mensen die ze moeten uitvoeren.
- **Realistisch:** de doelstelling moet haalbaar en realiseerbaar zijn.
- **Tijdsgebonden:** iedere doelstelling moet voorzien zijn van een timing waarbinnen ze gerealiseerd moet zijn.

De algemene of strategische doelstellingen worden vertaald in *concrete of operationele doelstellingen*, door ze te operationaliseren in:

- termijn (een stappenplan met duidelijke tijdslimieten);
- niveau (gericht op de dienst, afdeling, medewerker die de resultaten moet realiseren);
- zoekvelden (op basis van de elementen die van wezenlijk belang zijn om het gewenste resultaat te bekomen).

Ook deze doelstellingen zijn volgens het SMART-principe geformuleerd.

Tenslotte moeten indicatoren worden opgesteld die toelaten om de resultaten van de doelstelling te meten. De M (meetbaar) en de R (realistisch) van het SMART-principe zijn daarom zeer belangrijk bij het formuleren van doelstellingen. Meten van resultaten veronderstelt een aantal beslissingen:

- de meetmethode;
- de meetfrequentie en het meetmoment;
- de meetbron: wat wordt gemeten;
- de meetnorm: het ziekenhuis legt zeer duidelijk de (onder- en boven)grens vast van de verandering(en) die men wil realiseren.

Het is daarbij heel belangrijk dat een ziekenhuis beschikt over de juiste gegevens van de bestaande situatie. Het is bijvoorbeeld heel moeilijk de tevredenheid van de patiënt over een vernieuwde folder te beoordelen als men niet weet hoe tevreden hij is over de bestaande folder.

Let op

*Bij het vastleggen van normen spelen de **ambitie** van het ziekenhuis en haar medewerkers een belangrijke rol. Evenzeer zijn zin voor realisme en praktische haalbaarheid een bepalende factor. Te strenge en te moeilijk haalbare normen leiden tot frustratie en demotivatie en te lage normen tot afname van kwaliteit.*

Voorbeeld van een actieplan in tabelvorm

Strategische doelstelling	Meetmethode: hoe aantonen dat de doelstelling is gehaald?	Norm: welke waarden moeten worden behaald, welke mate van verandering willen we?	Timing

Eenzelfde tabel kan worden opgemaakt voor de operationele doelstellingen.

4.6. Strategie

Het ziekenhuis heeft in de vorige fase zijn doelstellingen met betrekking tot het patiëntenvoorlichtingsbeleid vastgelegd. In de volgende fase moet worden nagegaan **hoe** die doelstellingen kunnen worden gerealiseerd:

- Welke middelen worden ervoor vrijgemaakt?
- Welke medewerkers worden ingezet?

MBO-MBE methode

MBO staat voor Management By Objectives en MBE voor Management By Efforts. Eens dat de doelstellingen (objectives) zijn geformuleerd in termen van gepresteerd resultaat, worden de inspanningen (efforts) opgesomd die het ziekenhuis gaat leveren om de beoogde resultaten te bereiken. Deze werkwijze heeft het voordeel dat de inspanningen meteen worden gelinkt aan de doelstellingen. MBE valt uiteen in middelen, financiën, tijd, mensen, organisatie, structuur, budgettering, taken.

a. *Inzet van medewerkers*

Het ziekenhuis maakt in functie van de doelstellingen van het beleidsplan een gedetailleerd personeelsbehoefteplan op en plaatst dit tegenover het bestaande personeelsplan. Vervolgens wordt in kaart gebracht welke aanpassingen, bijstellingen of verbeteringen aangebracht moeten worden in de personeelsorganisatie om de doelstellingen op het vlak van patiëntenvoorlichting te kunnen realiseren.

De inzet van medewerkers wordt best gepland per concrete doelstelling, per reeks van doelstellingen of per strategische doelstelling. Hou daarbij rekening met de financiële mogelijkheden, met de structuur en cultuur van het ziekenhuis. De kwaliteit van de patiëntcommunicatie zal zich ondermeer vertalen in de tijd dat er voor de patiënt vrijgemaakt wordt. Hou voldoende rekening met deze belangrijke factor. Een veel voorkomende klacht van het verzorgend personeel is dat zij te weinig tijd hebben voor de patiënt.

b. *Inzet van middelen*

Bekijk naast de “economische” begroting (balans, resultaatrekening en begroting) ook een “analytische” begroting en afrekening, waaruit de kost van de verschillende afdelingen, projecten en acties blijkt.

4.7. Afronding

Een goed beleidsplan moet ook **opgevolgd en geëvalueerd** worden. Vastleggen hoe, wanneer en door wie die opvolging en evaluatie gebeurt is het sluitstuk van het beleidsplan.

Wie evalueert en bijstuurt wordt grotendeels bepaald door de structuur en cultuur van het ziekenhuis. Het beleidsplan heeft betrekking op patiëntenvoorlichting, het communiceren met en over een patiënt. Het is dan ook essentieel dat de patiënt en/of een patiëntenorganisatie betrokken wordt in de evaluatie en bijsturing.

De **wijze** waarop wordt geëvalueerd ligt al grotendeels vervat in de indicatoren en de meetmethode die daarvoor is vastgelegd.

Het **tijdstip** waarop wordt geëvalueerd is afhankelijk van het realiseren van de doelstellingen in het beleidplan. Het doel is zeker niet registreren om te registreren. Daarom kan het aangewezen zijn dat de verantwoordelijke van het proces zelf de frequentie van de evaluatie kan vastleggen.

Een beleidsplan: een schema			
	FASE	WAT?	HOE? WIE?
BELEID	1. start	Oprichting planningsteam Initieel akkoord	Raad van bestuur Vergadering met RvB
	2. missie	Formuleren missie	Planningsteam
	3. gegevensverzameling	Organisatieprofiel Stakeholderanalyse Interne en externe gegevens In kaart brengen gegevens	- Tijdslijn - Programmaportfolio - Voorbije beleidsnota - Juridische context Bevraging McKinsey STEP SWOT-rooster of tabel
	4. beleidsuitdaging	Analyse van de gegevens Beleidsuitdagingen Beleidsopties	SWOT analyse SWOT correlatie Planningsteam
	5. doelstellingen	Algemene doelstellingen Concrete doelstellingen Resultaatsindicatoren	Planningsteam zo SMART mogelijk Planningsteam SMART Meetfiche
STRATEGIE	6. strategie	Medewerkers en financieel plan Actieplannen	Analyse en budgettering Planningsteam
REDACTIE	7. afronding	Kwaliteitstoetsing Opvolging Redactie Nazorg	Checklist Planningsteam Planningsteam Raad van Bestuur

Bron: Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995

Bijlage II.1.C: Interne en externe netwerkontwikkeling

De ontwikkeling en de invoering van patiëntenvoorlichting in het afdelings- en ziekenhuisbeleid vereist samenwerking tussen heel wat verschillende disciplines. Daarom is netwerkontwikkeling voor de coördinator patiëntenvoorlichting een belangrijke voorwaarde om het werk naar behoren te kunnen verrichten. Netwerken gebeurt op verschillende niveaus, intern en extern.

1. Interne netwerkontwikkeling

Contacten met (vertegenwoordigers van) verschillende **disciplines en diensten** binnen het ziekenhuis zijn van doorslaggevend belang voor het ontwikkelen en uitvoeren van activiteiten op het gebied van patiëntenvoorlichting.

Uiteraard is het ook belangrijk om goede contacten te leggen en te onderhouden met het **ziekenhuismanagement**. Deelname aan (bestaande) overlegsituaties kan zeer waardevol zijn om op deze manier interessante informatie te bekomen en een draagvlak te creëren voor verdere visieontwikkeling, beleidsvorming en ondersteuning

Twee illustraties:

De ombudspersoon

Via de ombudspersoon van het ziekenhuis krijgt de coördinator patiëntenvoorlichting een beter beeld van het soort klachten en de noden van de patiënten met betrekking tot patiëntenvoorlichting. Deze informatie kan mee inhoud geven aan het beleid dat de coördinator met betrekking tot patiëntenvoorlichting wil ontwikkelen.

De Public Relations-functionaris

Een aparte afdeling of perso(o)n(en) belast met de public relations heeft een duidelijke meerwaarde voor een coördinator patiëntenvoorlichting. De PR-dienst beschikt over heel wat nuttige kennis en informatie over:

- *Het ziekenhuis zelf: de interne communicatiekanalen, personen en deskundigheden op specifieke terreinen;*
- *Redactionele zaken: de huisstijl van folders, brochures en verslagen, het opstellen van een goed persbericht of column voor het personeelsblad;*
- *Contacten met de media en andere externen.*

Verder is, vanuit PR-oogpunt bekeken, de directe relatie tussen zorgverleners en patiënten voor het ziekenhuis van groot belang. Goede voorlichting levert een duidelijke bijdrage aan de kwaliteit van zorg en daarmee ook aan de goede naam van het ziekenhuis. Op deze manier bekeken is patiëntenvoorlichting een belangrijk PR-instrument.

2. Externe netwerkontwikkeling

2.1. Intercollegiale contacten buiten de eigen organisatie

Bouw niet enkel contacten op met medewerkers uit het eigen ziekenhuis, maar ook met medewerkers van andere ziekenhuizen. Dit creëert heel wat mogelijkheden voor de uitwisseling van ervaringen en voor de ontwikkelingen en de professionalisering van de eigen coördinatiefunctie.

2.2. Transmurale zorgverlening

Voor een optimale uitoefening van de opdracht als coördinator patiëntenvoorlichting zijn ook de contacten met huisartsen, de thuiszorgsector, kinesitherapeuten, rust- en verzorgingstehuizen, ... van belang.

Voor een betere afstemming van de voorlichting tussen intra- en extramurale zorg kunnen deze contacten een aanzienlijke meerwaarde bieden.

2.3. Contacten met patiëntenverenigingen

Contacten met patiëntenverenigingen zijn belangrijk voor een voorlichtingsbeleid waar de patiënt centraal staat. Steeds meer ziekenhuizen zijn zich bewust van de meerwaarde van een structurele samenwerking met patiëntenverenigingen voor de ontwikkeling van een voorlichtingsbeleid.

2.4. Contacten met sponsors

Een zeer specifieke soort externe contacten zijn contacten met sponsors. Heel wat ziekenhuizen ontwikkelen een beleid dat aangeeft binnen welk kader sponsoring en fondsenwerving verantwoord is. Inhoudelijk heeft de sponsor meestal geen invloed, tenzij van tevoren wordt overeengekomen een gezamenlijke activiteit voor een bredere doelgroep te organiseren. In deze context kan het interessant zijn dat de coördinator hier een aantal contacten opbouwt en onderhoudt.

Werken aan een eigen netwerkontwikkeling: tips voor de coördinator patiëntenvoorlichting

Breng je netwerk in kaart

- *Maak een inventaris van welke mensen in het ziekenhuis en daarbuiten een belangrijke rol (kunnen) spelen in het domein van de patiëntenvoorlichting. Geef duidelijk aan op welk vlak zij voor jou van belang zijn en wat jij voor hen kan betekenen.*

Maak jezelf bekend en geef ruchtbaarheid aan je activiteiten binnen het ziekenhuis

- *Schrijf geen vuistdikke jaarverslagen, maar bundel de belangrijkste zaken in een aantrekkelijke brochure of magazine.*
- *Benut de bestaande informatiekanalen (overlegsituaties, een column in het personeelsblad) zo optimaal mogelijk.*

Benut elke gelegenheid om te netwerken en zie het informele circuit zeker niet over het hoofd.

- *Stel anderen in de gelegenheid om je tegen te komen*
- *Praat op een respectvolle en professionele manier*
- *Probeer iedereen van de groep te betrekken in het gesprek*
- *Reageer op vragen en opmerkingen van anderen*
- *Luister echt naar je gesprekspartners*
- *Glimlach en hou oogcontact terwijl je praat*
- *Probeer het gesprek interessant te maken*
- *Blijf bij de onderwerpen die passen bij de situatie*
- *Hou enkele onderwerpen achter de hand waarmee je het gesprek kan openen, dit kan professioneel zijn maar evengoed betrekking hebben op hobby's of interesses*
- *Hou ontwikkelingen in het werkveld bij*
- *Stel vragen met een open einde*

Wat je beter niet doet

- *Wacht niet tot de anderen een gesprek beginnen*
- *Plaats jezelf niet permanent in de aandacht*
- *Geef geen commentaar of vraag niet naar dingen die persoonlijk zijn of iemand in verlegenheid brengen*
- *Gebruik geen vakjargon*
- *Wees niet belerend en probeer geen indruk te maken*
- *Beloof geen zaken die je niet kan realiseren*
- *Ga niet door met het gesprek als je merkt dat de ander er genoeg van heeft of niet (meer) reageert.*

Bron: Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995.

Bijlage II.1.D: Opleiding patiëntenvoorlichting voor medewerkers van het ziekenhuis

Alle ziekenhuismedewerkers zijn best op de hoogte van het voorlichtingsbeleid van het ziekenhuis. Ook de persoon aan het onthaal of de poetsvrouw worden geconfronteerd met het verhaal van de patiënt en zijn concrete vragen. Voor de arts en de zorgverlener behoort het informeren van de patiënt tot de core business en is het een essentieel onderdeel van de kwaliteit van de zorg die ze verstrekken.

De mate waarin en de manier waarop ziekenhuismedewerkers geïntroduceerd worden en zich professionaliseren in patiëntenvoorlichting moet afgestemd worden op de specifieke taken die ze vervullen in het ziekenhuis. Dit is een taak voor de coördinator patiëntenvoorlichting.

De opleidingen die georganiseerd worden zullen in de eerste plaats gericht zijn op een kennismaking met patiëntenvoorlichting waarbij een algemene inleiding wordt gegeven over de patiëntenvoorlichting en het ziekenhuisbeleid daaromtrent. De opleiding kan bij het opstarten van een gecoördineerd patiëntenvoorlichtingsbeleid aangeboden worden aan alle medewerkers en nadien op gezette tijdstippen voor de nieuwkomers.

Daarnaast moet er voldoende aandacht worden besteed aan een permanente en vraaggestuurde bij- en nascholing waarbij voldoende aandacht wordt besteed aan de vragen uit de praktijk.

Onderwerpen die aan bod kunnen komen zijn bijvoorbeeld:

- het begrip 'patiëntenvoorlichting';
- het belang van patiëntgerichte voorlichting;
- het voorlichtingsbeleid en de voorlichtingsstructuur van het ziekenhuis;
- de belangrijke recente ontwikkelingen in het ziekenhuis (en bij uitbreiding op de eigen afdeling) op het terrein van patiëntenvoorlichting;
- de problemen van patiëntenvoorlichting in de praktijk;
- methodische vaardigheden op het gebied van patiëntenvoorlichting;
- beschikbare faciliteiten zoals een patiënteninformatiebureau, een coördinator patiëntenvoorlichting, ...;
- beschikbare materialen (folders, boeken, voorlichtingsfilms, ...) en afspraken over het gebruik ervan;
- de ondersteuning bij bijvoorbeeld het organiseren van een voorlichtingsbijeenkomst voor patiënten, het uitwerken van een folder;
- praktijkgerichte trainingen en opleidingen zoals:
 - het voeren van een slecht-nieuws-gesprek voor artsen;
 - analyseren en bijsturen van communicatievaardigheden aan de hand van videobeelden;
 - workshops patiëntenvoorlichting gekoppeld aan een bepaald ziektebeeld of handicap.

Bron: Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995.

Bijlage II.1.E: Draaiboek voor de opmaak van informatiemateriaal

Stap 1: Informatie verzamelen

- Is er informatiemateriaal over het onderwerp beschikbaar?
 - In het ziekenhuis, bij een andere instelling of organisatie, ...?
 - Is de kwaliteit van dit materiaal goed? Is de informatie actueel, relevant en juist?
- Is het te ontwikkelen informatiemateriaal nuttig?
- Welke zijn de noden van het doelpubliek?
 - Gebruik hiervoor interviews, focusgroepen of patiëntenenquêtes.
 - Hou rekening met het leesniveau, de culturele achtergrond en attitudes, leeftijdsgroep en kennis van de taal waarin de informatie geschreven wordt.
- Wat wil men dat het doelpubliek leert? Welke zijn de objectieven en uitkomsten?
- Wie coördineert het initiatief?
- Wie financiert het initiatief?

Stap 2: Een multidisciplinaire werkgroep samenstellen

- Stel een multidisciplinaire werkgroep samen in functie van het onderwerp. Denk ook aan een vertegenwoordiging van de patiënt!
- Leg vast wie verantwoordelijk is voor de inhoud en voor de tekst en wie voor de lay-out en illustraties.
- Spreek af wat er gebeurt als er geen overeenstemming bereikt wordt. De commissie patiëntenvoorlichting kan bemiddelen bij de opmaak van de definitieve tekst.

Stap 3: In kaart brengen van het gebruik van het informatiemateriaal

- Waar bevindt de informatiebron zich in het voorlichtingstraject?
- Wie neemt de verantwoordelijkheid voor de verdeling van het materiaal op zich?
- Hoe zal het worden verdeeld (bv. in een rek, uitgereikt aan de patiënt, opgestuurd via de post of e-mail)?
- Wie gebruikt het materiaal? Waar? Op welk tijdstip? Welke mondelinge informatie hoort erbij?

Stap 4: Het uitwerken van het informatiemateriaal

- Verdeel de taken binnen de werkgroep en maak een werkplan.
- Bepaal de inhoud aan de hand van een checklist van onderwerpen die iedere deelnemer van tevoren heeft ingevuld.
- Raadpleeg bestaand materiaal (ook van andere ziekenhuizen). Denk hierbij aan het copyright.
- Verzamel extra informatie door bv. als coördinator mee te lopen met de zorgverleners en gesprekken met hen en patiënten te voeren.
- Schrijven van een eerste concept door de coördinator patiëntenvoorlichting, hulpverlener (i.s.m. de coördinator), tekstschrijver of commissie patiëntenvoorlichting.

Een aantal voorbeelden (voor folders)

1. Checklist voor het schrijven van informatie over operaties of onderzoeken

- Waarover gaat de folder en voor wie is hij bedoeld?
- Wat is de procedure?
- Waarom krijgen patiënten dit? Geef de voordelen en alternatieven indien beschikbaar.
- Welke voorbereidingen hebben patiënten al dan niet nodig?
- Krijgt de patiënt een algemeen anaestheticum, sedatie of een lokale anaesthesie?

- Wat gebeurt wanneer de patiënt aankomt in het ziekenhuis en wie zal hij ontmoeten?
- Wordt de patiënt gevraagd een informed consent te ondertekenen of is een verbale consent voldoende?
- Wat houdt de ingreep in? Hoe lang duurt het? Hoe zal het aanvoelen?
- Wat gebeurt er na de procedure – pijncontrole, verzorging, verpleegkundige checks, hechtingen, ...
- Hoe lang moet de patiënt in het ziekenhuis blijven?
- Moet er iemand meekomen of is er een specifieke uitrusting nodig wanneer de patiënt naar huis gaat?
- Welke zorg heeft de patiënt thuis nodig?
- Welke follow-up zorg is er nodig? Moet de patiënt de dokter raadplegen?
- Wat kan er mis gaan, voor welke signalen moet men uitkijken en wat te doen indien er iets fout gaat?
- Wanneer kan de patiënt terug zijn normale activiteiten hervatten, bv. rijden, sporten, vrijen of werken?
- Wie kan men contacteren indien men nog meer vragen heeft?
- Waar kunnen patiënten meer informatie terugvinden, bv. patiëntenverenigingen en websites.

2. Checklist voor informatie over aandoeningen en behandelingen

- Waarover gaat de folder en voor wie is hij bestemd?
- Welke aandoening wordt beschreven?
- Waardoor wordt de aandoening veroorzaakt, of indien de oorzaak niet gekend is, vermeld dit ook.
- Zijn er zaken die het risico verhogen, bv. leeftijd, sekse, etnische origine of familiegeschiedenis?
- Wat zijn de tekenen en symptomen?
- Zijn er tests of onderzoeken nodig om de diagnose te bevestigen?
- Welke behandelingen zijn beschikbaar? Geef korte beschrijvingen.
- Wat zijn de neveneffecten en risico's van het krijgen (of niet krijgen) van de behandeling?
- Wat zijn de volgende stappen?
- Wat kunnen patiënten voor zichzelf doen?
- Zijn er andere implicaties, bv. infecteren van anderen?
- Wie kan de patiënt contacteren indien er nog meer vragen zijn?
- Maak duidelijk waar de patiënt meer informatie kan terugvinden, bv. patiëntenverenigingen en websites.

3. Checklist voor het schrijven van informatie over dienstverleningen, bv. cardiale revalidatie

- Beschrijf de dienstverlening.
- Start bij het begin waar de patiënt zou starten.
- Wie komt in aanmerking?
- Details over hoe de dienst te bereiken.
- Is er een uitrusting of speciale kleding vereist?
- Hoe de dienst te vinden?
- Wanneer is de dienstverlening beschikbaar?
- Is er een wachttijd?
- Hoe vaak moet men er heen?
- Moet de patiënt bepaalde documenten meenemen?
- Wie te contacteren indien men verhinderd is?
- Wat is wel of niet beschikbaar (bv. transport)?
- Zijn er tolken nodig?
- Zijn er kosten aan verbonden?
- Zijn er voor- of nadelen die moeten verduidelijkt worden?
- Wie te contacteren en wanneer?
- Telefoonnummer, adres en website van de organisatie.

4. Checklist voor het schrijven van informatie over medicatie voor patiënten

- Verduidelijk dat alle informatie uit de folder samen moet worden gelezen met de bijsluiter van de producent.
- Welke medicatie beschrijf je en waarvoor wordt ze gebruikt?
- Hoe wordt het gegeven?
- Hoe vaak wordt het gegeven?
- Wat moet vermeden worden (of toegevoegd) wanneer een specifieke medicatie wordt gebruikt (bv. bepaalde voeding)?
- Wat zijn de nevenwerkingen? Verduidelijk dat iedereen anders is, dus ook anders kan reageren op medicatie.
- Wat te doen bij oneigenlijk gebruik van de medicatie?
- Herinner patiënten eraan de arts te vertellen over elke andere medicatie die ze gebruiken.
- Advies in verband met het bewaren van de medicatie: buiten bereik van kinderen, in de koelkast, uit het zonlicht, ...
- Adviseren waar te gaan om het voorschrift te vernieuwen.
- Een contactnummer (van de apotheker, gespecialiseerde verpleegkundige, arts, ...) voor meer informatie en eventuele bezorgdheden rond nevenwerkingen.

Bron: Toolkit for producing patient information, bewerkte versie

Let op een aantal concrete punten voor het schrijven van het materiaal: Taal en inhoud

1. Taal

- Tekstniveau

- De titel en tussentitels geven duidelijk aan wat de lezer kan verwachten.
- De indeling van de tekst is overzichtelijk en in een logische volgorde. Sommige gebruikers geven de voorkeur aan stap-voor-stap instructies
- Gebruik structuuraanduiders (bv. ten eerste, daarna, ...).
- Gebruik voorbeelden en illustraties (bv. tekeningen, foto's of schema's) ter verduidelijking van de tekst.

- Zinsniveau:

- Eenvoudige zinsconstructies.
- Korte zinnen (gemiddeld niet meer dan 15 woorden per zin).
- Eén nieuw gegeven per zin.
- Zinsdelen die bij elkaar horen staan bij elkaar.
- Beperk het gebruik van "worden"
- Het onderwerp van de zin is duidelijk.
- Gebruik geen dubbele ontkenningen zoals 'het is niet onverstandig'.

- Woordniveau:

- Medische termen zijn voorzien van uitleg in dagelijks taalgebruik.
- Vermijd woorden als 'trachten', 'moeten', 'dienen' en 'mogen'.
- De woorden zijn maar voor één uitleg vatbaar.
- De lezer wordt direct met u of je aangesproken.
- Afkortingen worden voluit geschreven.
- Consequent gebruik van dezelfde term doorheen de gehele tekst.
- Concreet taalgebruik (bv. na 2 dagen in plaats van 'na een paar dagen').
- Geen taalfouten in de tekst.
- Het gekozen lettertype is minimaal 2 mm hoog.

Niet al het materiaal kan vertaald worden voor allochtone patiënten, maar als er met het ontwikkelen van de Nederlandse teksten rekening wordt gehouden met eenvoudig taalgebruik en indien daar waar mogelijk illustraties de tekst ondersteunen, dan is het materiaal in elk geval wel toegankelijk voor een deel van de allochtone patiënten.

2. Inhoudelijke en visuele presentatie

- Beperk de inhoud en focus op een aantal sleutelconcepten.
- Maak gebruik van een duidelijke topiczin in het begin van elke paragraaf, daarna gevolgd door details. Voorbeelden en verhalen kunnen helpen om de lezer te engageren.
- Benadruk vooral de voordelen van het aannemen van het gewenste gedrag.
- Gebruik kleuren die aantrekkelijk zijn voor het doelpubliek. Hou hierbij rekening met het feit dat sommige mensen moeilijkheden hebben met het herkennen van rood en groen.
- Gebruik bondige onderschriften bij figuren en foto's.
- Probeer een goede balans te vinden tussen het gebruik van teksten, figuren/foto's en witte ruimte.
- Gebruik een voldoende groot lettertype, in het bijzonder voor oudere mensen.
- Vermijd een cursief lettertype.
- Gebruik indien mogelijk figuren en diagrammen of grafieken om teksten te verduidelijken, maar vermijd het gebruik van (te veel) grafieken indien niet noodzakelijk.
- De volgorde van informatie moet uiteraard overeenkomen met de route die de patiënt doorloopt.

Bron: Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995.

Stap 5: Evalueren en verbeteren

- Test een eerste draft van het materiaal altijd op een steekproef van je doelpubliek (de patiënten) uit.
- Ziekenhuismedewerkers, artsen, zorgverleners, experts, ... kunnen worden geconsulteerd als onderdeel van het editoriaal proces.
- Evalueer de feedback en herwerk het materiaal indien nodig.

Voor het testen en/of beoordelen van het materiaal zijn leesbaarheidstoetsen beschikbaar (al dan niet in de vorm van software programma's).

Leesbaarheidstoetsen

Met een leesbaarheidstoets kan men nagaan of het leesgemak van een tekst afgestemd is op de scholingsgraad van de doelgroep.

In deze bijlage wordt ingegaan op drie toetsen, met name:

- a) de Flesch-Douma formule
- b) de Tabel voor leesgemak
- c) de Cloze test

De eerste twee worden uitgevoerd door de onderzoeker achter zijn bureau en het pretesten van een folder kan binnen een uur. Voor de Cloze-test zijn proeflezers nodig, wat uiteraard impliceert dat er veel meer tijd nodig is. Het is echter mogelijk een Cloze-test binnen een week af te ronden.

a) de Flesch-Douma formule

Stap 1

Neem van de tekst enkele 'monsters', tenzij je de tekst als geheel gaat testen. Neem genoeg monsters om een behoorlijke indruk te krijgen (3 à 4 monsters uit een folder en 10 tot 20 uit een brochure). Elk monster bevat precies 100 woorden (een woord is elke groep letters en/of cijfers gescheiden door een spatie).

Stap 2

Tel de lettergrepen in de monsters. Bij woorden is dat eenvoudig, bij cijfers, symbolen of afkortingen moeilijker, daar tel je het aantal lettergrepen zoals je ze hardop leest. Het aantal lettergrepen per 100 woorden (monster) wordt de woordlengte genoemd.

Tel alle lettergrepen uit alle monsters bij elkaar op en deel dit getal door het aantal monsters. Dit geeft de gemiddelde woordlengte per monster (meestal ligt dit ergens tussen de 150 en 250).

Stap 3

Ga na hoeveel woorden er gemiddeld in een zin zitten: deel het totaal aantal woorden (veelvoud van 100) door het aantal zinnen. Zinnen zijn van elkaar gescheiden door punten, dubbele punten of puntkomma's. Ook haakjes, aanhalingstekens of streepjes geven een aparte zin aan wanneer ze aan het begin of einde van een zin staan. De laatste zin in een monster is die, welke het dichtst bij het 100^{ste} woord eindigt.

Stap 4

Vul nu de gemiddelde woordlengte (stap 2) en de gemiddelde zinslengte (stap 3) in de formule in:

$$RE = 206.84 - (0.77 * \text{woordlengte}) - (0.93 * \text{zinslengte})$$

Stap 5

Interpreteer de RE-score met de onderstaande tabel

RE-score	Waardering	Opleidingsniveau
0-30	Zeer moeilijk	Academici
30-50	Moeilijk	Studenten
50-60	Tamelijk moeilijk	Hoger middelbaar onderwijs
60-70	Standaard	Lager middelbaar onderwijs
70-80	Tamelijk gemakkelijk	6 ^e klas lager onderwijs
80-90	Gemakkelijk	5 ^e klas lager onderwijs
90-100	Zeer gemakkelijk	4 ^e klas lager onderwijs

b) de Tabel voor leesgemak

Stap 1

Kies één of meerdere passages uit de tekst (dit hoeven geen 'monsters' van precies 100 woorden te zijn zoals bij de Flesch-Douma formule).

Zet links van elke regel het aantal woorden.

Stap 2

Zet rechts van elke regel het aantal lettergrepen.

Reken hierbij afkortingen, symbolen, e.d. zoals ze gesproken worden.

Stap 3

Zet achter iedere 'zin' een schuine streep met een nummer. Een zin eindigt bij een punt, dubbele punt of puntkomma; maar ook haakjes, aanhalingstekens of streepjes geven een aparte 'zin' aan als ze aan het begin of eind van een zin staan.

Stap 4

Deel het totaal aantal woorden door het aantal zinnen: dit geeft de gemiddelde zinslengte.

Deel het totaal aantal lettergrepen door het aantal woorden: de gemiddelde woordlengte (NB: merk het verschil met de Flesch-Douma formule).

Stap 5

Interpreteer de in stap 4 verkregen uitkomsten met de onderstaande tabel.

Maximale gemiddelde zinslengte in woorden	Maximale gemiddelde woordlengte in lettergrepen	Voorbeelden van bijhorende lectuur
10.0	1.5	Eenvoudigste verstrooiingslectuur
15.1	1.6	Streekromans Verstrooiingslectuur
20.0	1.7	Veel literaire en populair wetenschappelijke lectuur
25.0	1.9	Wetenschappelijke lectuur (indien goed geschreven)

c) de Cloze test

De Cloze test is een graadmeter voor de begrijpelijkheid van een tekst. De begrijpelijkheid wordt afgemeten aan de mate waarin proeflezers weggelaten woorden in een tekst correct kunnen invullen.

Stap 1

Neem uit een tekst een aantal woorden per alinea weg. Laat er open ruimte voor in de plaats.

Laat woorden weg die alleen juist kunnen ingevuld worden wanneer de tekst begrepen is, dus geen voegwoorden, voorzetsels, hulpwerkwoorden, e.d. (bij moeilijke opgaven kan de eerste letter van het woord aangeduid worden).

Stap 2

Laat 20 proeflezers, representatief voor de doelgroep, de tekst lezen en de ontbrekende woorden invullen.

Stap 3

Voor elk woord dat een proeflezer juist invult, krijgt hij een punt toegekend.

Bereken groepsgemiddelden, of percentages juiste antwoorden, dit eventueel uitgesplitst per paragraaf of hoofdstuk.

Stap 4

Interpretatie van de resultaten gebeurt niet met een tabel, maar door paarsgewijze vergelijking of door toetsing aan een vooraf gestelde norm. Vergelijk bv. twee conceptversies van een voorlichtingstekst met elkaar en kies voor de beste. Of stel vooraf een norm vast (bv. 75% juiste antwoorden) en verbeter de tekst als hij onder de norm blijft.

Met de Cloze-test kan ook worden nagegaan of de begrijpelijkheid van de tekst verschilt voor bepaalde lezersgroepen, bv. voor ouderen of jongeren, of lezers met een hogere of lagere vooropleiding. Hiertoe worden in stap 4 de gemiddelde scores van de onderscheiden groepen met elkaar vergeleken. Het aantal proeflezers in elke groep is ca. 20.

Beperkingen van leesbaarheidstoetsen

Leesbaarheidstoetsen hebben ook een aantal beperkingen. Ze zijn vaak ontworpen op basis van onderzoek naar teksten voor kinderen of scholieren. Voorlichtingsmateriaal is meestal op andere doelgroepen gericht. Dit betekent dat de uitslag minder nauwkeurig is dan de score suggereert. Een aandachtspunt is dat leesbaarheidstoetsen het accent leggen op korte zinnen en korte woorden, terwijl de leesbaarheid van een tekst ook afhangt van de interesse en achtergrondkennis van de lezer. Bij patiëntenvoorlichting zijn moeilijke woorden soms onvermijdelijk.

De mate waarin een tekst uitnodigt tot lezen hangt ook af van origineel taalgebruik, een persoonlijke stijl en lay-out. Vanwege deze beperkingen is het af te raden uitsluitend af te gaan op leesbaarheidstoetsen. Leesbaarheidstoetsen zijn bruikbaar voor het pretesten van een eerste conceptversie, maar moeten later gecombineerd worden met andere methoden, die nagaan wat mensen uit de doelgroep echt begrijpen van een proeftekst.

Bron: Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995.

Stap 6: Het printstadium

- Het informatiemateriaal wordt gelayout en gaat naar de drukker.
- Bekijk altijd nog de drukproef vooraleer de folder definitief te laten drukken.
- Overweeg goed hoeveel folders of brochures nodig zijn. Bedenk dat materiaal snel gedateerd kan zijn.

Stap 7: Distributiestadium en logistiek

- Bekendmaken van de folder binnen- en buitenshuis
- Zorg ervoor dat patiënten de informatie op het geschikte moment ontvangen, en bijvoorbeeld niet een half uur voor een ingreep.
- Bewaak het voorraadbeheer, up-to-date houden, tussentijdse wijzigingen, herdrukken, ...
- Tenslotte is het ook belangrijk om na te gaan hoe de informatie gebruikt wordt. Wanneer wordt het door wie uitgereikt? Worden de folders opgepikt en gebruikt voor het juiste doel?

Bron: Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995.

Bijlage II.1.F: Patiëntenparticipatie in vogelvlucht

Patiëntenparticipatie speelt zich af in elke stap van het zorgverleningproces. Het is pas nuttig als hulpverleners en ziekenhuizen zo goed mogelijk rekening houden met de competenties van patiënten: wat zij willen, kunnen en mogen. Kortom de patiënt moet centraal staan.

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen individuele en collectieve patiëntenparticipatie. Elke vorm van patiëntenparticipatie heeft een eigen vorm van ondersteuning nodig, zodat de patiënt een effectieve rol kan spelen.

Bij **individuele patiëntenparticipatie** gaat het om participatie van de individuele patiënt in zijn eigen ziekteproces. In alle stappen van het zorgproces is patiëntenparticipatie mogelijk. Er bestaat vaak een spanningsveld tussen de rol van de patiënt en de rol van de hulpverlener: ervaringsdeskundigheid versus professionele deskundigheid.

Bij **collectieve patiëntenparticipatie** gaat het om beleid: het beleid van zorginstellingen, van overheden en van de patiëntenorganisaties zelf.

Voor meer informatie hierover, verwijzen wij graag naar een aparte handleiding voor de ziekenhuizen '**Patiëntenparticipatie: Een handleiding voor het ziekenhuis' van 2011**. Deze handleiding is op te vragen bij het Vlaams Patiëntenplatform vzw.

Bijlage II.1.G: Het patiënteninformatiebureau

1. Toegankelijk en laagdrempelig

Een patiënteninformatiebureau is centraal gelegen en toegankelijk. Het is gelokaliseerd in een goed ogende en voldoende grote ruimte, waar efficiënt kan gewerkt worden. Diverse activiteiten kunnen er tegelijkertijd gebeuren:

- Er is ruimte zijn voor persoonlijke, privacygevoelige gesprekken;
- Er is toegang tot documentatiemateriaal, een (publieke) databank en een computer met internetaansluiting,
- Patiënten krijgen indien gewenst hulp bij het opzoeken van de gewenste literatuur;
- Er is ruimte zijn voor tentoonstellingen en audiovisuele voorlichting;
- Het is er mogelijk te vergaderen met bijvoorbeeld andere ziekenhuismedewerkers en/of externen;
- Er is ruimte voor patiëntenverenigingen;
- ...

Patiënten, familieleden, zorgverleners of alle andere geïnteresseerden kunnen langskomen, telefoneren of schriftelijk (brief of e-mail) contact opnemen met het patiënteninformatiebureau.

2. Doelgroep

Patiënten en hun omgeving, ziekenhuismedewerkers, externen en iedere belangstellende kunnen op eigen initiatief gebruik maken van de diensten van het bureau. Zorgverleners kunnen hun patiënten ook verwijzen naar het patiënteninformatiebureau. Het is echter niet de bedoeling dat het informatiebureau de informatietaak van de zorgverlener overneemt.

Weerstand voorkomen

Het is belangrijk dat functie en doelen van een patiënteninformatiebureau verduidelijkt worden ten aanzien van alle ziekenhuismedewerkers. Zo niet bestaat het risico dat sommige zorgverleners wantrouwend staan tegenover een ziekenhuisdienst die patiënten informeert. De vrees kan bestaan dat hierdoor de eigen voorlichtende taak van de zorgverlener wordt uitgehold. Het creëren van duidelijkheid hieromtrent kan behoren tot één van de opdrachten van de coördinator patiëntenvoorlichting.

3. De functies van een patiënteninformatiebureau voor patiënten

Het patiënteninformatiebureau heeft voor patiënten vooral een 'vangnetfunctie'. Patiënten met uiteenlopende vragen en bemerkingen worden opgevangen en begeleid. Ook patiënten die zich 'overvallen' voelen door de diagnose of het advies van de arts kunnen er terecht voor een gesprek.

De voornaamste functies van het patiënteninformatiebureau zijn het informeren en begeleiden van patiënten in hun zoektocht naar informatie.

3.1. Informeren

De informatie die in het patiënteninformatiebureau gegeven wordt is enkel een aanvulling op de (specifieke en individuele) voorlichting verstrekt door zorgverleners. Het informeren kan op verschillende soorten informatie en verschillende manieren:

- **Algemene informatie in verband met een ziektebeeld en gebruikelijke procedures in het ziekenhuis.**

Patiënten hebben regelmatig behoefte aan meer informatie over hun ziekte en de behandeling of onderzoeken die ze moeten ondergaan. In het patiënteninformatiebureau kunnen onduidelijkheden worden uitgeklaard of kan bijkomende informatie gegeven worden over bijvoorbeeld de gebruikelijke procedures in het ziekenhuis.

- **Correcte doorverwijzing (in- en extern)**

Als vragen niet onmiddellijk beantwoord kunnen worden is het belangrijk ervoor te zorgen dat de patiënt juist doorverwezen wordt. Namen, adressen en voorlichtingsmateriaal van patiëntenverenigingen zijn beschikbaar in het patiënteninformatiebureau.

- **Beschikbaar stellen en uitlenen van (schriftelijke) informatiematerialen**

Naast het beschikbaar stellen van folders en brochures kunnen ook boeken worden uitgeleend. Eventueel kan de mogelijkheid onderzocht worden of een selectie van boeken opgenomen kan worden in een patiëntenbibliotheek. Een computer met internetaansluiting vormt een bijkomende omvangrijke bron van informatie. In dit geval is het wel nodig bezoekers erop te wijzen dat niet alle informatie op het internet even betrouwbaar is.

- **Interne databank met informatie**

- **Vertonen van audiovisuele materialen**

Een patiënteninformatiebureau is een geschikte plek om audiovisueel materiaal te vertonen. De wijze waarop dit gebeurt moet goed geïntegreerd zijn in de zorgverlening. Dit veronderstelt duidelijke afspraken tussen zorgverleners en de medewerkers van het patiënteninformatiebureau.

- **Organisatie van informatiemomenten, tentoonstellingen, ...**

Dit kan bijvoorbeeld gebeuren in samenspraak met patiëntenverenigingen.

3.2. Begeleiden

De begeleidingsfunctie is één van de voornaamste functies van een patiënteninformatiebureau.

- **Ondersteuning bij informatie**

De initiële vraag van de patiënt is bijna altijd een informatievraag. De patiënt kan er worden begeleid in het zoeken naar informatie die voor hem zinvol en nuttig is.

- **Voeren van een rustig gesprek**

Patiënten krijgen in het patiënteninformatiebureau de gelegenheid om een rustig gesprek te voeren.

- **Selectie van betrouwbare en kwaliteitsvolle informatie**

Wat de kwaliteit van de informatie betreft is het voor patiënten vooral belangrijk om te weten welke informatie betrouwbaar is. Vooral bij internetbronnen is dit niet altijd duidelijk. Het patiënteninformatiebureau kan een belangrijke rol spelen bij de begeleiding van patiënten in hun zoektocht naar betrouwbare informatie.

- **Terug- of doorverwijzing bij behoefte aan meer medische informatie op maat**

Soms blijkt uit het gesprek dat de patiënt in feite behoefte heeft aan meer individuele medische informatie. Dit betreft dan informatie die niet beschikbaar is in het patiënteninformatiebureau en die ook niet kan gegeven worden door de medewerkers ervan. De medewerker kan de patiënt helpen om deze bijkomende individuele informatie van zijn zorgverlener te bekommen.

Mogelijke stappen:

- *De patiënt helpen om bestaande vragen goed te formuleren en ze eventueel op papier te zetten.*
- *De patiënt tips geven over de wijze van vraagstelling.*
- *Nagaan welke zorgverlener deze vragen kan beantwoorden.*
- *Nagaan op welk moment deze vragen het best kunnen worden beantwoord.*
- *Overleggen met de patiënt of deze in staat is om dit met de desbetreffende zorgverlener op te nemen. Indien dit niet het geval is, kan de medewerker (in het bijzijn van de patiënt) contact opnemen met de verpleegkundige of specialist. Er kan ook gewerkt worden met een schriftelijk terugkoppelingssysteem, waarbij de vragen worden genoteerd en overgemaakt aan de zorgverlener, die dan zelf contact opneemt met de patiënt om de vragen te beantwoorden.*

Het (terug)verwijzen van patiënten met vragen, onduidelijkheden en onzekerheden biedt bovendien een aantal voordelen

voor zorgverleners:

- ze krijgen indirect feedback over hun wijze van voorlichten,
- ze krijgen inzicht in de voorlichtingsbehoeften die werkelijk leven bij hun patiënten.

Zo kan het patiënteninformatiebureau op indirecte wijze bijdragen aan de afstemming en deskundigheidsbevordering.

4. De functies van een patiënteninformatiebureau voor ziekenhuismedewerkers en externe betrokkenen en belangstellenden

Een patiënteninformatiebureau richt zich niet enkel op patiënten maar heeft ook een ondersteunende en begeleidende functie ten aanzien van de ziekenhuismedewerkers. Verder heeft een patiënteninformatiebureau ook een "intermediaire functie" voor bijvoorbeeld medewerkers uit de eerste en derde lijn.

4.1. Ondersteuning en begeleiding van medewerkers

Het bevorderen van de voorlichtingsdeskundigheid van zorgverleners is één van de belangrijkste aspecten van het werk van de coördinator patiëntenvoorlichting. Het patiënteninformatiebureau kan hierbij een hulpmiddel zijn.

Snelle toegang tot bestaande voorlichtingsmaterialen en informatie over patiëntenverenigingen, symposia, onderzoeken en ontwikkelingen op het vlak van patiëntenvoorlichting kan zorgverleners motiveren en stimuleren in hun voorlichtingstaak. Zorgverleners kunnen in een patiënteninformatiebureau bijvoorbeeld nieuw materiaal opzoeken of eigen ideeën toetsen aan bestaand materiaal.

4.2. Intermediaire functie

Vanuit of via het patiënteninformatiebureau kunnen verbindingen lopen naar de eerste of derde lijn. Het gaat om voorlichting vanuit de eerste lijn (voordat de patiënt contact heeft met het ziekenhuis), om voorlichting naar de eerste lijn vanuit het ziekenhuis (na ontslag) en om voorlichting bij verwijzing naar een andere gezondheids(zorg)instelling (en vice versa).

5. Ruimte voor patiëntenverenigingen

Een patiënteninformatiebureau kan een belangrijke functie vervullen in het opbouwen en onderhouden van contacten met patiëntenverenigingen.

In een patiënteninformatiebureau krijgen patiënten de ruimte om een spreekuur of een inloopmiddag te organiseren. Eventueel kunnen ook voorlichtingsbijeenkomsten worden gegeven. Dit kan een waardevolle aanvulling zijn op de voorlichting die de patiënt van de zorgverleners heeft ontvangen, aangezien patiënten informatie krijgen van ervaringsdeskundigen en/of onderling ervaringen kunnen uitwisselen.

Een ziekenhuis kan patiëntenorganisaties ook de mogelijkheid bieden om zich gedurende een bepaalde tijd (bv. een maand) te presenteren. Hierbij wordt gezorgd voor in- en externe publiciteit en de beschikbaarheid van bv. tentoonstellingspanelen, audiovisuele apparatuur, een folderrek,

6. Signaleren en registreren

Een patiënteninformatiebureau ontvangt vragen van allerlei aard. Soms betreft het vragen naar de weg in het ziekenhuis, vragen over patiëntenverenigingen, administratieve procedures, ziektebeelden,

onderzoeken en behandelingen, Hoewel niet op alle vragen direct een antwoord kan geformuleerd worden, geven deze vragen wel aan waar leemtes of onduidelijkheden in de voorlichting bestaan.

Patiënten spreken, omwille van de laagdrempeligheid ook gemakkelijker hun onvrede over diensten en voorzieningen in het ziekenhuis uit, zonder dat er direct sprake is van een klacht. Een registratiesysteem van binnengekomen vragen en opmerkingen biedt een overzicht van wat er leeft bij patiënten en bovendien levert het een uitstekende basis voor het ontwikkelen van beleid.

Gezien deze “vangnetfunctie” van het patiënteninformatiebureau is het voor de medewerkers belangrijk om contacten te onderhouden met de verschillende afdelingen en diensten in het zorgtraject van de patiënt, zoals polikliniek, opnameafdeling, onderzoeks- en behandelafdelingen en verpleegafdelingen, een aantal commissies/werkgroepen, zoals bv. de commissie patiëntenzorg, kwaliteitszorg, ...

De verhouding tussen het patiënteninformatiebureau en de ombudsdienst

Een laagdrempelige voorziening als een patiënteninformatiebureau genereert uiteraard ook uitingen van ontevredenheid en klachten bij gebruikers van het ziekenhuis. Enerzijds omdat klachten vaak voortkomen uit een gebrek aan informatie, anderzijds omdat de patiënt zich in zo'n bureau ondersteund voelt. De vraag stelt zich dan ook of de functies van voorlichting en klachtenopvang te combineren zijn of juist bij voorkeur gescheiden moeten worden gehouden. Aan beide opties zijn voor- en nadelen verbonden.

Voordelen van een combinatie van patiënteninformatiecentrum en klachtenbemiddeling

Voor de patiënt is het een voordeel als er een laagdrempelige voorziening is om ongenoegens te uiten en als de klacht op die plaats meteen ook afgehandeld wordt. Wetende dat het merendeel van de klachten betrekking heeft op onvrede op het vlak van voorlichting en informatie is een medewerker van het patiënteninformatiebureau vanuit de klachtenfunctie in staat direct in te spelen op het verbeteren van de voorlichting. Klachten hebben een duidelijke signaleringsfunctie en bieden na analyse vaak een indicatie van hiaten in de voorlichting of situaties waarbij deze de achterliggende oorzaak vormen. Klachten bieden dus kansen.

Nadelen van een combinatie van patiënteninformatiebureau en klachtenbemiddeling

De nadelen van een dergelijke combinatie mogen zeker niet uit het oog verloren worden. Klachten doen zich vaak onverwacht en dwingend voor en het bemiddelen bij een klacht is een intensieve en zeer specifieke taak die dikwijls een grote tijdsinvestering vraagt. Het risico is vrij groot dat de klachtenfunctie de voorlichtingsfunctie gaat verdringen. Nadeel is ook dat medewerkers van de afdeling patiëntenvoorlichting door zorgverleners snel geassocieerd worden met kritiek in plaats van met steun.

Aanbeveling

*Gezien de problemen die de combinatie van voorlichting en klachtenbemiddeling binnen één en dezelfde functie kan opleveren wordt aanbevolen om te kiezen voor een **gescheiden patiëntenvoorlichtings- en klachtenbemiddelingsfunctie**.*

Omwille van de voordelen die een combinatie van beide functies zou kunnen opleveren kan het echter wel belangrijk zijn dat er een zeer goede informatie-uitwisseling bestaat tussen het patiënteninformatiebureau en de ombudsdienst.

In de praktijk zal het gebeuren dat patiënten in het patiënteninformatiebureau langskomen met een klacht, terwijl andere patiënten op de ombudsdienst eerder een informatievraag blijken te hebben i.p.v. een klacht. Als het bv. gaat om een klacht over een gebrek aan informatie kan de patiënt door de klachtenfunctionaris ook (als één van de onderdelen van de klachtenbehandeling) doorverwezen worden naar het patiënteninformatiebureau. Omgekeerd kan dit evenzeer het geval zijn. Patiënten kunnen naar een patiënteninformatiebureau komen om extra informatie te vragen, maar tegelijkertijd ook de wens uiten om rond een ervaren gebrek aan informatie door bv. de arts een klacht in te dienen. Zo kunnen beide diensten complementair werk leveren. Er dienen uiteraard goede afspraken te worden gemaakt over welke dienst welke taken op zich neemt en wanneer patiënten naar de betreffende diensten worden doorverwezen.

7. De medewerkers van het patiënteninformatiebureau

7.1. De taak van de coördinator patiëntenvoorlichting

De coördinator patiëntenvoorlichting heeft best zelf niet de opdrachten van een patiënteninformatiebureau in zijn takenpakket, aangezien dit een enorme beperking van de mogelijkheden zou betekenen voor de overige werkzaamheden van de coördinator. Hij is wel de eindverantwoordelijke, die beleidsmakend en sturend optreedt en bovendien ondersteuning biedt voor het voorlichtingskundige deel van het werk.

De coördinator patiëntenvoorlichting zorgt voor:

- Het opzetten, (inhoudelijk) ondersteunen en/of leiden van een patiënteninformatiebureau.
- Het opstellen van functie- en taakomschrijvingen voor medewerkers van dit bureau.
- Werving en selectie van medewerkers voor het patiënteninformatiebureau.
- Het opstellen van werkafspraken en richtlijnen voor de medewerkers
- Het opzetten van een efficiënte dienstverlening op basis van de behoeften en vragen van patiënten en ziekenhuismedewerkers
- Het onderhouden van (of opdracht geven tot) contacten met patiëntenorganisaties.

7.2. Functieomschrijving medewerker patiënteninformatiebureau

De medewerker van het patiënteninformatiebureau draagt, in samenwerking met de coördinator patiëntenvoorlichting, verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van het beleid op het gebied van de patiëntencommunicatie en publieksvoorlichting in het patiënteninformatiebureau. Op medisch en verpleegkundig gebied kunnen medewerkers van het patiënteninformatiebureau, indien nodig, een beroep doen op zorgverleners in het ziekenhuis.

De medewerker heeft volgende taken:

- Bewaken van de kwaliteit van de voorlichting in het patiënteninformatiebureau.
- Coördineren van de werkzaamheden in het bureau.
- Het geven van informatie en voorlichting aan patiënten en hun omgeving, bezoekers, ziekenhuismedewerkers, externe betrokkenen en andere geïnteresseerden.
- Beheren van het voorlichtingsmateriaal:
 - opsporen van (nieuwe) voorlichtingsmaterialen;
 - beoordelen van voorlichtingsmaterialen;
 - aanschaffen van informatiemateriaal.
- Signaleren, analyseren en oplossen van knelpunten in het domein van patiëntenvoorlichting.
- Advies uitbrengen naar aanleiding van binnengekomen vragen, opmerkingen en suggesties, zowel aan de direct betrokkenen als aan de directie, (afdelings)management en staf. Dit kan gebeuren op vraag of op eigen initiatief.
- Permanente contacten onderhouden met:
 - artsen;
 - ziekenhuismedewerkers;
 - afdelingen;
 - de ombudspersoon;
 - patiëntenverenigingen;
 - zorgverleners van de eerste lijn;
 - zorginstellingen en andere ziekenhuizen.
- Deelname aan projecten patiëntenvoorlichting.

Volgende vaardigheden zijn belangrijk voor de taak van een medewerker:

- kennis van de organisatie van het ziekenhuis en van het voorlichtingsbeleid;
- affiniteit met gezondheidszorg;
- organisatievermogen;
- vermogen tot kritisch en analytisch denken;
- bezit een grote mate van zelfstandigheid;
- representatief, flexibel en stressbestendig;
- klantgerichtheid;
- adviesvaardig;
- sociale en communicatieve vaardig en klantvriendelijk;
- kennis van vreemde talen;
- schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid.

Bronnen:

- Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995
- Notitie UMC St-Radboud, Nijmegen, bewerkte versie

Bijlage II.1.H: De contactpersoon patiëntenvoorlichting (Copa)

Contactpersonen patiëntenvoorlichting (vaak, maar zeker niet noodzakelijk verpleegkundigen) zijn hét aanspreekpunt als het gaat om de voorlichting op afdelingniveau. Gespecialiseerde verpleegkundigen, zoals borstverpleegkundigen, kunnen deze taak van Copa op zich nemen, al hoeven deze taken niet noodzakelijk gecombineerd te worden.

1. Het belang van Copa

De aanstelling van een Copa kan o.a. leiden tot:

- structurele aandacht en meer zorg voor patiëntenvoorlichting op de werkvloer;
- meer betrokkenheid en motivatie van de medewerkers in de verschillende disciplines;
- het eerder ter sprake komen van voorlichtingsproblemen en het sneller zoeken naar mogelijke oplossingen.

2. De taken van een Copa

De taken van een contactpersoon patiëntenvoorlichting richten zich op een drietal terreinen: voorlichtingsmaterialen, voorlichtingsdeskundigheid en organisatie van de voorlichting.

2.1. Voorlichtingsmaterialen

De Copa ontwikkelt een beleid met betrekking tot het voorlichtingsmateriaal dat beschikbaar is op de afdeling (folders, dvd's, video's, demonstratiematerialen, ...).

- inventarisatie van bestaand materiaal;
- signaleren van nieuwe behoeften;
- regelmatig beoordelen en/of herzien van (oud en nieuw) voorlichtingsmateriaal;
- selectie van materiaal voor de "eigen" patiëntengroepen uit een door de coördinator aangeleverd overzicht van materialen, en dit in overleg met artsen en andere medewerkers;
- introductie en informeren over de beschikbaarheid van nieuwe materialen op de afdeling;
- het (mee helpen) ontwikkelen van nieuw materiaal;
- kennis van procedures voor het (her)schrijven van bijvoorbeeld interne folders;
- testen, evalueren en bijsturen van materiaal bij patiënten;
- stimuleren en bewaken van een correct gebruik van materiaal (door artsen en andere zorgverleners);
- voorraadbeheer (o.a. kennis van de bestelmethode, ...).

2.2. Voorlichtingsdeskundigheid

- Het in kaart brengen van de scholingsbehoeften van de afdelingsmedewerkers
- Vergroten van de voorlichtingsdeskundigheid van de afdelingsmedewerkers (in de verschillende disciplines)
 - zorgen voor de introductie van patiëntenvoorlichting bij nieuwe medewerkers en leerlingen;
 - begeleiden van leerlingen/stagiair(e)s;
 - overdragen van (de door scholing verkregen) kennis en deskundigheid aan collega's;
 - verspreiden van informatie over de bestaande middelen (interne en externe benaderingswijzen, programma's, instrumenten en materialen, referentiepersonen, patiëntenorganisaties, documentatie, ...);

- zorgen voor bijscholing en deskundigheidsbevordering van de medewerkers.
- Sensibiliseren, stimuleren en motiveren van collega's om zich te bekwamen.

2.3. Organisatie van de voorlichting

- Stimuleren en ondersteunen van de organisatie van voorlichting op de afdeling.
- Fungeren als aanspreekpunt van de afdeling op het vlak van patiëntenvoorlichting.
- Analyseren en evalueren van de bestaande situatie op het vlak van patiëntenvoorlichting op de afdeling.
- Inventarisatie en analyse van behoeften en knelpunten.
- Het uitwerken van een beleidsplan voor de afdeling.
- Het organiseren van voorlichtings- of themabijeenkomsten voor groepen.
- Intra- en interdisciplinair overleg en samenwerking.
- Rapportering over de stand van zaken met betrekking tot patiëntenvoorlichting.
- Projectmatig werken:
 - initiatieven nemen tot starten van of deelname aan voorlichtingsprojecten op de eigen afdeling;
 - ontwikkelen/uitvoeren van (eenvoudige) projecten op de afdeling (bv. eenvoudige protocolleringprojecten);
 - afstemmen en opstellen van protocollen in samenwerking met andere afdelingen of diensten.

De taken van een COPA kunnen sterk verschillen per afdeling. Daarbij spelen heel wat factoren een rol, o.a.:

1. *de stand van zaken op de afdeling op het vlak van patiëntenvoorlichting*
2. *de gemotiveerdheid van collega's en medewerkers uit andere disciplines*
3. *de grootte en complexiteit van de afdeling*
4. *de complexiteit van het onderzoeks-, behandel- en verpleegproces*
5. *het type patiënten.*

3. De noodzakelijke randvoorwaarden

Het aanstellen van Copa in het ziekenhuis creëert heel wat potentiële voordelen, waarvoor evenwel een aantal randvoorwaarden vervuld moeten zijn:

- legitimering van de Copa-functie: erkenning en ondersteuning door de hoofdverpleegkundigen, het diensthoofd verpleegkunde en het ziekenhuismanagement;
- een duidelijke functie- en taakomschrijving van de Copa;
- een goede introductie van de Copa in de organisatie;
- voldoende faciliteiten:
 - tijd en ruimte voor het uitvoeren van de werkzaamheden;
 - tijd en ruimte voor onderling overleg;
 - tijd en ruimte voor bij/nascholing;
 - voldoende budget voor voorlichtingsmaterialen en infrastructuur.
- een degelijke ondersteuning door:
 - de coördinator patiëntenvoorlichting bij het opzetten van activiteiten;
 - het afdelingshoofd;
 - de medewerkers van het patiënteninformatiebureau;
 - de dienst communicatie.
- beschikken over voldoende deskundigheid en competenties:
 - een duidelijke belangstelling voor patiëntenvoorlichting;
 - goede sociale vaardigheden;
 - goede mondelinge en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid;

- perfecte integratie in het team (aangezien deze persoon informatie moet verspreiden en collega's dient te betrekken);
- (het vermogen tot aanleren van) organisatorische (en didactische) vaardigheden;
- kennis van de organisatie van het ziekenhuis.

4. Netwerk van contactpersonen patiëntenvoorlichting (Copa-netwerk)

Het Copa-netwerk is het geheel van contactpersonen patiëntenvoorlichting van de verschillende afdelingen van een ziekenhuis. Een Copa-netwerk maakt het mogelijk om de organisatie van patiëntenvoorlichting op de verschillende afdelingen beter te stroomlijnen en de deskundigheid van medewerkers op dit gebied te vergroten. Het kan heel wat voordelen opleveren in termen van:

- motivatie;
- verspreiding van informatie in en tussen de verschillende afdelingen;
- katalysator voor het delen van verwezenlijkingen;
- advies;
- wederzijdse hulp tussen de teams.

De oprichting van een Copa-netwerk is op zich niet complex, maar het behoud ervan op langere termijn vereist wel een stimulerend management. Een aantal randvoorwaarden voor de oprichting en goede werking van het netwerk moeten worden bewaakt.

4.1. Management

Er dient een manager van het netwerk te zijn. Meestal neemt de coördinator patiëntenvoorlichting deze taak op zich. Creativiteit, het vermogen om een groep te enthousiasmeren en om te onderhandelen zijn hierbij belangrijke troeven.

4.2. Definiëren van de algemene werkwijze

Er wordt een algemene werkwijze vastgelegd die aangepast is aan de mogelijkheden en de doelstellingen van de directie en van de verschillende departementen.

4.3. Organisatie van activiteiten om de doelstellingen te realiseren

Het belangrijkste doel van het Copa-netwerk is het tot stand brengen van interacties en overleg tussen de verschillende diensten en afdelingen. Dit kan gebeuren op verschillende manieren.

Tijdens netwerkbijeenkomsten worden zaken besproken die voor meerdere afdelingen of clusters van afdelingen belangrijk zijn. Activiteiten van de afgelopen periode worden geëvalueerd, ervaringen uitgewisseld, oplossingen geformuleerd en nieuwe initiatieven gepland.

Jaarlijkse of tweejaarlijkse themabijeenkomsten, al dan niet in de vorm van symposium, behandelen een specifieke problematiek in verband met patiëntenvoorlichting in een breder kader. Dit is ook de gelegenheid om ervaringen uit te wisselen met mensen van buiten het ziekenhuis.

4.4. Structurele en organisatorische context en het globale zorgbeleid

Bij de invoering van een Copa-netwerk dient men, ongeacht de grootte van het ziekenhuis, als randvoorwaarden rekening te houden met de structurele en organisatorische context van de organisatie en het globale zorgbeleid.

- **Een goede en zorgvuldige voorbereiding en besluitvorming met betrekking tot het Copa-netwerk.**

De coördinator patiëntenvoorlichting, hoofdverpleegkundigen, diensthoofd verpleging, commissie patiëntenvoorlichting (indien reeds opgericht), eventueel de opleidingscoördinator en andere (in- of externe) deskundigen en/of betrokkenen zijn de sleutelfiguren bij het opstarten van een Copa-netwerk. De directie, het managementteam en eventueel het bestuur van de medische staf zijn van belang voor de besluitvorming met betrekking tot het Copa-netwerk.

- **Een sluitende projectbegroting**

Net zoals bij alle andere maatregelen die in deze handleiding worden voorgesteld moet ook hier een sluitende projectbegroting zo vroeg mogelijk in het proces van de ontwikkeling van het netwerk worden goedgekeurd.

- **Verankering**

Evenals bij elke innovatie is ook bij het installeren van een Copa-netwerk de verankeringsfase van doorslaggevende invloed op het uiteindelijke rendement van de investeringen.

- **Deskundigheid**

Uiteraard is niet alleen bij de Copa's zelf, maar ook bij diegenen die het Copa-netwerk oprichten en ondersteunen de gewenste deskundigheid essentieel.

4.5. Voortgangsrapportage en evaluatie

Bij het opzetten van een Copa-netwerk is zowel de voortgangsrapportage als de evaluatie onontbeerlijk om de werking tijdig bij te sturen.

Op het niveau van de organisatie kan het belangrijk zijn dat Copa door middel van bijvoorbeeld een intranetpagina en/of een nieuwsbrief op de hoogte worden gehouden van nieuws en actuele ontwikkelingen in het domein van de patiëntenvoorlichting. Copa van de verschillende afdelingen kunnen eventueel een bijdrage leveren aan een gezamenlijke nieuwsbrief.

Bronnen:

- Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995
- Copamap Spaarne Ziekenhuis, 3^e gewijzigde druk 1999
- Notitie UMC St-Radboud, Nijmegen, bewerkte versie

Bijlage II.1.I: De commissie patiëntenvoorlichting

1. Rol

De commissie patiëntenvoorlichting heeft een sturende, coördinerende en procesbewakende opdracht bij de ontwikkeling van patiëntenvoorlichting:

- Centraal platform voor patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis: signaleren en inventariseren van lacunes, stimuleren van beleidsontwikkelingen en onderzoek.
- Klankbord- en adviesfunctie voor de coördinator patiëntenvoorlichting bij beleidsontwikkeling en implementatie.
- Het bevorderen van de deskundigheid bij alle ziekenhuismedewerkers.

2. Samenstelling

Een evenwichtige samenstelling is belangrijk: zowel zorgverleners als leden van het management moeten erin vertegenwoordigd zijn. Zorgverleners hebben een inbreng vanuit hun dagdagelijkse ervaring met patiëntenvoorlichting in de praktijk, terwijl directieleden een reflectie kunnen maken naar (financiële en personele) haalbaarheid van voorstellen.

Een patiëntgericht voorlichtingsbeleid veronderstelt een participatie van vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen in de commissie patiëntenvoorlichting. In het kader van de transmurale zorgverlening kan het ook essentieel zijn om zorgverleners uit de eerste en/of derde lijn te betrekken.

De vertegenwoordigers beschikken over voldoende gezag binnen de eigen discipline, afdeling of organisatie en zijn goed op de hoogte van wat er zich op de werkvloer afspeelt.

3. Voor- en nadelen van een commissie patiëntenvoorlichting

De commissie kan fungeren als een breed draagvlak voor patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis en de continuïteit van patiëntenvoorlichtingbeleid in het ziekenhuis bewaken. De commissie kan een klankbord en steun zijn voor de coördinator patiëntenvoorlichting.

Nadeel is echter dat een slecht functionerende commissie voor een coördinator een extra belasting kan betekenen waarin veel tijd en energie gestoken moet worden.

Voorbeeld van de samenstelling van een commissie patiëntenvoorlichting

- Een directielid ter vertegenwoordiging van de algemene directie en/of directie patiëntenzorg en/of verpleegkundig/paramedisch departement (eventueel voor specifieke agendapunten, zie bovenstaande opmerking);
- Coördinator patiëntenvoorlichting;
- Een medewerker van het patiënteninformatiebureau;
- Een drietal artsen (bv aangeduid door de medische raad);
- Een psycholoog;
- Één of twee vertegenwoordigers van de poliklinische sector;
- Een vertegenwoordiger van de paramedische sector;
- *Één of twee vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen.*

Afhankelijk van de structuur en de interne organisatie kunnen volgende leden aan de commissie worden toegevoegd (de commissie kan ad hoc leden en adviseurs toevoegen)

- *Medewerker met verantwoordelijkheden op het vlak van permanente vorming;*
- *Administratief verantwoordelijke (bv. onthaal en opname);*
- *Vertegenwoordiger van de juridische dienst;*
- *Verantwoordelijke van de sociale dienst;*

- *Verantwoordelijke van de interculturele bemiddeling;*
- *Vertegenwoordiger van huisartsen;*
- *Vertegenwoordiger(s) van de thuiszorg.*

Afhankelijk van de behandelde topics kunnen uiteraard ook nog andere deskundigen uitgenodigd worden.

Bron: Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995

Bijlagen bij Deel II Hoofdstuk 2: Stappenplan patiëntenvoorlichting op afdelingsniveau

Bijlage II.2.A – De betrokkenheid van de coördinator patiëntenvoorlichting bij de projectuitvoering

Bijlage II.2.B – Quickscan: de verkenning van het voorlichtings- of communicatieprobleem

Bijlage II.2.C – Samenstelling interdisciplinaire werkgroep

Bijlage II.2.D – Afbakenen van de doelgroep

Bijlage II.2.E – Formuleren van doelstellingen en indicatoren

Bijlage II.2.F – Het opstellen van een communicatieschema

Bijlage II.2.G – Model projectvoorstel protocollering van patiëntenvoorlichting met communicatieplan

Bijlage II.2.H – Het vooronderzoek

Bijlage II.2.I – Bevraging van patiënten

Bijlage II.2.J – Bevraging van zorgverleners

Bijlage II.2.K – Het voorlichtingsprotocol

Bijlage II.2.L – Best practice

Bijlage II.2.M – Het voorlichtingsprotocol: voorbeelden

Bijlage II.2.N – Implementatie

Bijlage II.2.O – Patiënteninformatiedossier (PID)

Bijlage II.2.P – Evaluatieonderzoek

Bijlage II.2.A: De betrokkenheid van de coördinator patiëntenvoorlichting bij de projectuitvoering

Plan-fase

Onderstaand schema gaat uit van een maximale betrokkenheid van de coördinator:

Fase van het project	Rol van de coördinator	Producten
Start van het project Plan Fase	<ul style="list-style-type: none"> - aanscherpen van vraag/probleem/doel - advisering over de definitieve opzet van het projectvoorstel - project mee in de steigers helpen zetten - -uitleg over de rol van de coördinator patiëntenvoorlichting (= geen projectcoördinator, maar adviseur) - -bespreken van de rol van de projectleider en de werkgroepleden - -advies over de aanpak 	<ul style="list-style-type: none"> - blauwdruk van het projectvoorstel
Onderzoek Do Fase	<ul style="list-style-type: none"> - advies over het inventariseren van het patiëntenperspectief - nalezen van de ontwikkelde enquêtes - eventueel gespreksleider bij focusgroep 	<ul style="list-style-type: none"> - richtlijn i.v.m. de opzet van het onderzoek - blauwdruk enquête en voorbeelden - handleiding focusgroepen
Uitvoering van het project Check/Study Fase	<ul style="list-style-type: none"> - af en toe een werkgroepoverleg bijwonen - tussenconcept lezen: adviseren over schrijfstijl, inhoud en structuur - nalezen van het eindconcept en eindredactie - het inplannen van het drukwerk bij de vormgever <p><u>Wat doet de werkgroep zelf?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - alles uitzoeken, verzamelen en schrijven-contact opnemen met de vormgever over illustraties - drukwerkbegeleiding (o.m. het controleren van de printproeven) 	<ul style="list-style-type: none"> - het schrijven van een heldere handleiding - overzicht van de beschikbare teksten (bv. schema's voor folders) en teksten op het intranet - procedure voor de drukwerkbegeleiding
Implementatie/ borging van het project Act fase	<ul style="list-style-type: none"> - advies over de implementatie 	<ul style="list-style-type: none"> - blauwdruk implementatie- en borgingsplan
Evaluatie van het project	<ul style="list-style-type: none"> - advies over de aanpak van de evaluatie 	

Bron: Handleiding Protocollering van Patiëntcommunicatie, UMC Utrecht, bewerkte versie 2005

Bijlage II.2.B: Quicksan: de verkenning van het voorlichtings- of communicatieprobleem

Plan-fase

Stap 1: Aanvraag en het eerste contact

Een aanvraag voor een project begint men met een verkenning van het probleem dat zich stelt met betrekking tot de voorlichting van patiënten.

Na een gesprek met de opdrachtgever(s) (**intake**), wordt een **quicksan** uitgevoerd aan de hand waarvan men een advies kan opstellen:

- Is het nodig om een (protocollerings)project te starten?
- In hoeverre is verdere betrokkenheid van de coördinator patiëntenvoorlichting noodzakelijk?
 - Niet noodzakelijk
 - Noodzakelijk – minimale betrokkenheid
 - Noodzakelijk – maximale betrokkenheid

De quickscan is een verkorte vorm van het vooronderzoek, zoals het later door de werkgroep wordt uitgevoerd, en laat toe te beslissen of het project daadwerkelijk van start kan gaan of niet.

Volgende vragen kunnen worden overlopen:

a) Probleemgericht

- nadere omschrijving van het onderwerp: waar gaat het over en voor wie is het bedoeld (grootte en kenmerken van de patiëntengroep)?
- probleemverheldering
- wat wil de opdrachtgever bereiken?
- inventarisatie van betrokkenen (zowel in- als externe betrokkenen)
- inventarisatie van relevante (omgevings)factoren
- sterkte-zwakteanalyse (bv. weerstanden tegen het project)

b) Organisatiegericht

- bespreking van verwachtingen tijdens het project en t.a.v. het eindproduct
- raakvlakken bepalen met o.a. kwaliteitsbeleid, in- en externe communicatie, strategische thema's
- projecten en ervaringen elders
- organisatie van dit communicatieadvies
- bespreken van het beschikbare budget en planning
- wijze van terugkoppeling aan de opdrachtgever
- mogelijkheden voor borging/ continuïteit van de behaalde resultaten

c) Doelgericht

- vaststellen van (concrete) doelstellingen
- benoemen van de (tussentijdse) resultaten van het project
- specificeren van de doelgroepen (primair/secundair)
- bepalen van de (algemene) communicatieboodschap
- keuze van de methode en middel(en)
- vaststellen van (eventuele) neveneffecten
- bepalen van de communicatiestrategie
- aanpak (methodisch of productgericht)

Als uitkomst van deze fase komt men tot een voorlopig projectvoorstel en een voorlopig advies over de uitvoerbaarheid van het project.

Bron: Handleiding Protocollering van Patiëntencommunicatie,UMC Utrecht, bewerkte versie 2005

Bijlage II.2.C: Samenstelling interdisciplinaire werkgroep

Plan-fase

Stap 4: Samenstelling en opstarten van een interdisciplinaire werkgroep

1. Een aantal vragen:

- Welke medewerker zal het project leiden?
- Wie wordt lid van de werkgroep (en zal bij alle besprekingen aanwezig zijn)?
- Is de werkgroep multidisciplinair?
- Wie wordt verantwoordelijke van het informatietraject?
- Wie zal het project coördineren (meetings, agendaopvolging, afspraken, ...)?
- Hoe wordt of door wie wordt de patiënt vertegenwoordigd?
- ...

Aandachtspunt!

Het is essentieel om de patiënten(vertegenwoordigers) een stem te geven (zowel individuele patiënten als patiëntenverenigingen). Het is daarbij belangrijk om bij de werkzaamheden van de werkgroep rekening te houden met de eigenheid van het werken met niet-professionelen: het zijn vrijwilligers die meestal niet thuis zijn in het vakjargon van (para)medici en dikwijls door hun ziekte of aandoening geconfronteerd worden met (lichamelijke) beperkingen.

2. Een voorbeeld:

Het is belangrijk om een gemotiveerde werkgroep samen te stellen (zo multidisciplinair mogelijk), bestaande uit maximaal een 10-tal personen:

- één of meerdere artsen,
- één gespecialiseerde verpleegkundige,
- één of meerdere verpleegkundigen van de verpleegafdeling,
- één of meerdere verpleegkundigen van de polikliniek,
- vertegenwoordiger(s) van de betrokken paramedische disciplines (bv. diëtist of fysiotherapeut),
- een vertegenwoordiger van de psychosociale zorg,
- een vertegenwoordiger van een patiëntenvereniging,
- de coördinator patiëntenvoorlichting.

3. Werkwijze:

De werkgroep komt regelmatig samen voor overleg (bijvoorbeeld om de twee tot vier weken). De activiteiten van de afgelopen weken worden in elk werkgroepoverleg besproken en de taken worden opnieuw verdeeld. De notulen van het overleg gaan ter kennisgeving naar de overige betrokkenen, zoals de opdrachtgever, klankbordgroep (*kader*), hoofdverpleegkundigen van verpleegafdeling en polikliniek, collega's op de afdeling, ..., zodat alle (in)direct betrokkenen bij het project op de hoogte blijven van de ontwikkelingen en zo nodig snel kunnen reageren.

Ook de resultaten die voortkomen uit elke nieuwe stap in het project worden steeds ter beoordeling voorgelegd aan de betrokken disciplines. Dit is eveneens een taak van de werkgroepleden. Op deze manier kan een breed draagvlak gecreëerd worden.

Een kern- en klankbordgroep

Het werken met een combinatie van een werkgroep (kerngroep) en een klankbordgroep - de zogenaamde 'kern- en klankbordgroepconstructie', kan interessant zijn om twee redenen. Meestal wordt de werkgroep (kerngroep) te groot en bijgevolg onwerkbaar als er van alle betrokken disciplines iemand deelneemt. Of het kan ook zijn dat het niet lukt om vanuit elke betrokken discipline iemand in de werkgroep te krijgen. In beide gevallen biedt deze 'kern- en

klankbordgroepconstructie' een uitkomst.

De kerngroep bestaat uit enkele actieve leden, voert de projecttaken uit en koppelt regelmatig terug met de klankbordgroep.

De klankbordgroep is ruimer dan de werkgroep en bestaat uit vertegenwoordigers van alle disciplines of van alle (in)direct betrokkenen bij het project: alle potentiële gebruikers van het te ontwikkelen product. Een klankbordgroep leest, denkt mee en adviseert maar beslist niet.

4. De leider van de werkgroep

De coördinator patiëntenvoorlichting treedt best niet zelf op als projectleider. De taak van de coördinator patiëntenvoorlichting bestaat erin om als 'buitenstaander' de procesgang te bewaken en adviserend op te treden. Bovendien kan de coördinator patiëntenvoorlichting niet verantwoordelijk zijn voor het eindresultaat en de borging/continuïteit van het protocolleringsproject. Een projectleider van de afdeling is beter in staat om voor draagvlak en continuïteit te zorgen binnen de afdeling.

Het is wel belangrijk dat de coördinator patiëntenvoorlichting regelmatig contact houdt met de projectleider, zodat de projectleider het accent kan leggen op enthousiasmeren, motiveren van en structuur bieden aan de leden van de werkgroep.

In sommige gevallen is discussie met de projectleider nodig om een bepaalde richting in te slaan. Indien de coördinator patiëntenvoorlichting en de projectleider op meerdere punten van mening verschillen is het belangrijk om dit in eerste instantie met elkaar te bespreken en zo nodig als punt van discussie in de werkgroep te agenderen.

Bron: ????

Bijlage II.2.D: Afbakenen van de doelgroep

<i>Plan-fase</i> <i>Stap 4: Afbakenen van de doelgroep</i>

Om voorlichtingsmiddelen en -strategieën goed te laten aansluiten bij de noden van de doelgroep is het voor de leden van een werkgroep noodzakelijk om deze te verkennen. De werkgroep moet daarom goed bekend zijn met de patiëntengroep, zodat de nodige informatie bijvoorbeeld in een brainstormsessie kan worden gegenereerd.

Een aantal stappen moeten tijdens de oriëntatie worden uitgevoerd:

1. Literatuur over het ziektebeeld

Om voldoende voeling te krijgen met de patiëntengroep is het noodzakelijk dat de coördinator patiëntenvoorlichting zich samen met werkgroep gaat verdiepen en zich (indien nodig) gaat inlezen in het ziektebeeld van de doelgroep. Tijdens het project vervolgt de werkgroep de oriëntatie met een intensief bronnenonderzoek.

Mogelijke bronnen zijn bijvoorbeeld het internet, de patiëntenverenigingen, instanties als het Cochrane Instituut⁹, geregistreerde klachten van patiënten over de voorlichting, bestaande folders of andere voorlichtingsmaterialen, ...

2. Afbakening van het tijdsvenster

Bij de afbakening van de patiëntengroep dient ook het tijdsvenster bepaald te worden. Het is belangrijk te weten of men het hele traject van het eerste tot het laatste consult in een protocol zal uittekenen, dan wel of men enkel zal kiezen voor bijvoorbeeld de diagnostische of postoperatieve fase.

3. Beschrijving en afbakening van de patiëntengroep

Een beschrijving van de patiëntengroep biedt informatie over specifieke factoren die van invloed zijn op de patiëntenvoorlichting bij deze groep: bijvoorbeeld gemiddelde leeftijd, lichamelijke of geestelijke handicaps, socio-economische achtergrond, ... Het moet duidelijk zijn voor alle leden van het team over welke populatie het project gaat.

Model van werkwijze

Aanvullende informatie over de patiëntengroep kan worden verkregen door middel van:

- Literatuurstudie,
- contact met patiënten (schriftelijk of mondeling),
- contact met patiëntenverenigingen,
- ervaringen van collega's die werken met de betreffende patiëntengroep.

Een *beschrijving van de patiëntengroep* kan er als volgt uit zien:

- a) Inleiding
- b) Beschrijving van de patiëntengroep:
 - segmentering en afbakening van de patiëntengroep
 - o *bijvoorbeeld: welke vormen van eczeem zijn er, op welke daarvan richt het project zich en waarom?*
 - vaststellen welke algemene en specifieke factoren van de patiëntengroep bepalend zijn voor de communicatie

⁹ www.cochrane.org

- *bijvoorbeeld: geriatrie patiënten hebben vaak problemen met horen en zien en daarnaast kan het voorkomen dat het geheugen minder is*
- c) Beschrijving van het ziektebeeld:
 - aantal patiënten met het ziektebeeld
 - gemiddelde leeftijd van de patiënt
 - specifieke kenmerken van het ziektebeeld en van de patiëntengroep
 - oorzaken
 - klachten
 - chronisch of acuut
 - demografische gegevens
 - sociale gegevens
 - wijze waarop de diagnose wordt gesteld
 - behandelingsmogelijkheden (korte beschrijving per behandeling)
 - gevolgen van de behandeling op lichamelijk gebied
 - gevolgen van de behandeling op psychosociaal gebied
 - prognose
- d) Overzicht van de gebruikte literatuur

Specifieke doelgroepen

Voorlichting aan buitenlandse/allochtone patiënten: een aantal aandachtspunten

Verschillende factoren kunnen een behandeling of opname van allochtone patiënten compliceren (uiteraard is dit ook afhankelijk van patiënt tot patiënt). De volgende zaken kunnen in elk geval een rol spelen:

- a) *De socio-culturele achtergrond van de patiënt: In verschillende culturen geven mensen een eigen betekenis aan aspecten die belangrijk zijn voor het voorlichtingscontact of de behandeling, bijvoorbeeld:*
 - *de betekenis van gezondheid en ziekte*
 - *de presentatie van de klachten*
 - *de angst voor welbepaalde symptomen*
 - *de verwachtingen ten aanzien van de behandeling*
 - *de reactie op onderzoeks- of behandelplannen*
 - *de relatie met de zorgverlener*
 - *de manier van omgaan met tijd, autoriteit en taal*
 - *variaties in de manier waarop mensen naar informatie zoeken*
- b) *Patiënt en zorgverlener kunnen geen gemeenschappelijke taal hanteren. Communicatie heeft echter niet enkel met taal te maken, maar ook met nog drie andere aspecten, zoals:*
 - *Attitudes: Een goede communicatie heeft te maken met een goede vertrouwensrelatie. Vertrouwen wordt gewonnen door acceptatie, erkenning en respect. In het contact met de patiënt dient bijvoorbeeld ook aandacht te worden besteed aan bevestiging van culturele- en religieuze waarden.*
 - *Persoonlijke en sociale vaardigheden In contacten tussen zorgverleners en een multiculturele patiëntenpopulatie kunnen 'culture clues' een belangrijke functie hebben. Dit zijn gelamineerde bladen (één pagina) met een aantal sleutelbegrippen over een specifieke cultuur en hoe de leden ervan in het algemeen omgaan met gezondheid(szorg). Bovendien wordt steeds aangegeven waar meer informatie kan worden teruggevonden over het omgaan met patiënten uit andere culturen. 'Culture clues' kunnen worden opgesteld door een multidisciplinair team, indien mogelijk in samenwerking met één of meerdere intercultureel bemiddelaars. Daarnaast kan een zorgverlener eventueel ook dingen voordoen en non-verbaal communiceren.*
 - *Methodisch georganiseerde zorg In het kader van de voorlichting aan allochtone patiënten kunnen verschillende middelen worden ingezet, onder andere hulpmiddelen en (doelgroepspecifieke) voorlichtingsmaterialen.*
 - Hulpmiddelen
Het wordt afgeraden te werken met familie, vrienden en zeker kinderen als tolk, aangezien men er niet steeds zeker van kan zijn dat alles op een verantwoorde wijze wordt vertaald. Bovendien plaatst dit de patiënt vaak in een te afhankelijke positie. Daarom kan het beter zijn om te werken met tolkcentra, die professionele tolkdiensten leveren in heel wat talen. Er kan ook gewerkt worden met intercultureel bemiddelaars, wiens functie ruimer is dan deze van de

tolk. Een intercultureel bemiddelaar kan ook bemiddelen en de mensen verder wegwijs maken in bijvoorbeeld het ziekenhuis of ons gezondheidszorgsysteem.

▪ Voorlichtingsmaterialen

Voorlichtingsmaterialen kunnen - ter ondersteuning van de individuele voorlichting - in verschillende talen worden ontwikkeld. Dit is uiteraard niet mogelijk voor alle materialen en/of voor alle talen waarmee men in het ziekenhuis wordt geconfronteerd. Bovendien zijn vertalingen vaak heel duur.

Als basis kan het ziekenhuis bijvoorbeeld wel 'language cards' laten opstellen door een tolkdienst. In deze 'language cards' worden belangrijke basiswoorden en -zinnen vertaald.

Ook demonstratiematerialen kunnen een hulpmiddel zijn.

c) De patiënt is minder goed vertrouwd met het gezondheidszorgsysteem.

Bronnen:

- X., Invoering van patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis, Medisch Centrum Haaglanden, 2002.
- X., Migrant-Friendliness Quality Questionnaire (MFQQ), Migrant-Friendly Hospitals.
- MAHER, N., Alloctonen en kanker. Gids voor hulpverleners, Vlaamse Liga tegen Kanker.
- Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995

Bron: Handleiding Protocollering van Patiëntcommunicatie, UMC Utrecht, bewerkte versie 2005

Bijlage II.2.E: Formuleren van doelstellingen en indicatoren

Plan-fase

Stap 6: Bepalen van de doelstellingen, operationaliseren van doelstellingen in meetbare indicatoren, bepalen van de communicatiemomenten

1. Doelstellingen

Het formuleren van doelstellingen is een zeer belangrijk onderdeel van het project, waarbij richting wordt gegeven aan de te kiezen inhoud, methode en voorlichtingsmaterialen. Deze doelen worden in nauwe samenwerking met de zorgverleners geformuleerd, wat hun betrokkenheid vergroot.

Met het project wil men uiteindelijk steeds een **gedragsverandering** realiseren: bijvoorbeeld dat alle zorgverleners dezelfde informatie verstrekken of meer therapietrouw bij patiënten. Gedragsverandering is echter niet eenvoudig te bewerkstelligen en onderzoek heeft ondertussen voldoende aangetoond dat kennis of weten alleen zeker niet voldoende is om over te gaan tot gedragsaanpassing. Mensen moeten het ook belangrijk vinden – **attitude** - én moeten zichzelf in staat achten om het gedrag uit te voeren - **eigen effectiviteit**. Ook moet er voldoende ondersteuning zijn vanuit de sociale omgeving - **sociale invloed of dwang** - en het beoogde gedrag moet praktisch uit te voeren zijn - **geen barrières**.

Streven naar gedragsverandering veronderstelt dat de gedragsdeterminanten van patiënten én zorgverleners in kaart worden gebracht.

Bijvoorbeeld:

Waarom komt een patiënt niet nuchter naar een onderzoek?

Waarom neemt een patiënt niet op het juiste moment of niet de juiste hoeveelheid medicijnen?

Met de **Intervention Mapping Methode (infra punt 3)** worden voor elke betrokken doelgroep specifieke doelen geformuleerd.

Het bereiken van deze doelen is een voorwaarde voor het realiseren van de einddoelen (interventiedoelen), zoals:

- De patiëntencommunicatie van alle bij het zorgproces betrokken disciplines is op elkaar afgestemd.
- De patiënt is zo goed en volledig mogelijk geïnformeerd over zijn ziekte en behandeling en kan hierdoor weloverwogen keuzes maken met betrekking tot zijn gezondheid.
- Met de aandachtspuntenlijst bereidt de patiënt zich voor op verschillende gesprekken die hij gaat voeren.
- Patiënten leren complicaties herkennen en roepen in een vroeg stadium medische hulp in, waardoor verlenging of herhaling van opname voorkomen wordt.
- Patiënten zijn minder angstig en minder onzeker.

2. Operationalisering van de doelstellingen in meetbare indicatoren

Het is ook belangrijk om vooraf duidelijke afspraken te maken over wanneer men tevreden is over de behaalde doelstellingen. De doelen kunnen gedurende het vooronderzoek/analysefase concreter gemaakt worden door er **meetbare getallen en percentages** in op te nemen. Een operationalisering in meetbare indicatoren is belangrijk om de doelstellingen te kunnen objectiveren en evalueren.

De operationalisering van doelstellingen is in het kader van patiëntenvoorlichting (waar het o.a. ook gaat om kennis/weten) niet steeds even eenvoudig.

De doelen moeten voldoen aan de zogenaamde SMART-eisen: specifiek (wie, wanneer, wat), meetbaar, aansprekend, resultaatgericht en tijdsgebonden. Zie ook bijlage II.1.B

Bijvoorbeeld: vanaf augustus 2008 is 70% van de patiënten tevreden over de verkregen informatie over de consequenties van de behandeling.

3. Toepassing methode Intervention Mapping (IM) bij het formuleren van projectdoelen

Bij het formuleren van specifieke doelen voor een project kan de methode Intervention Mapping (IM) worden toegepast. Intervention Mapping is een methode voor planning en ontwikkeling van interventieprogramma's met betrekking tot gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Uitgangspunt zijn de belangrijkste gesignaleerde knelpunten op het gebied van communicatie en voorlichting. Aan de hand van deze knelpunten worden concrete en meetbare projectdoelen geformuleerd.

Werkwijze

1. *Breng per knelpunt in kaart welke factoren een invloed kunnen hebben.*

Daarbij dient onderscheid te worden gemaakt tussen omgevings- en gedragsfactoren.

Bij omgevingsfactoren kan bijvoorbeeld worden gedacht aan organisatorische of logistieke problemen en bij gedragsfactoren aan bepaald gedrag van bv. patiënten of zorgverleners.

Tip

Het is belangrijk niet alleen te kijken naar factoren die het knelpunt veroorzaken, maar ook naar factoren die het knelpunt kunnen oplossen.

Tip

Omgevingsfactoren kunnen indien gewenst onderverdeeld worden in verschillende niveaus:

- *interpersoonlijk*
- *interdisciplinair*
- *organisatorisch*
- *beleidsmatig*

2. **Bij de gedragsfactoren worden gedragsdoelen geformuleerd** (wat verandert er in het gedrag van de betrokkenen in de wenselijke situatie?) en bij de **omgevingsfactoren moeten omgevingsdoelen** worden geformuleerd (wat verandert er in de omgeving van de betrokkenen in de wenselijke situatie?).

Het is handig om de omgevingsdoelen ook om te zetten in gedragsdoelen. Om een omgevingsdoel te bereiken moet immers altijd iemand iets doen (gedrag).

Voorbeeld: Een protocolleringproject bij reumapatiënten

Knelpunt:

Betrokken zorgverleners zijn onvoldoende op de hoogte over wie welke voorlichting verstrekt aan patiënten.

Gedragsfactor:

Zorgverleners communiceren onderling niet over welke informatie gegeven werd.

Omgevingsfactor:

- i. Interpersoonlijk: De verpleegkundigen op de polikliniek hebben weinig zicht op wat er op de afdeling aan voorlichting is gegeven door verpleegkundigen.
- ii. Interdisciplinair: Er is geen protocol aanwezig met afspraken over wie, wanneer, welke voorlichting geeft.
- iii. Organisatorisch: Er zijn verschillende patiëntenstatussen in gebruik voor dezelfde patiënt (bv. poliklinisch, klinisch arts, klinisch verpleegkundig).

Gedragsdoel:

Zorgverleners informeren elkaar over gegeven voorlichting aan reumapatiënten d.m.v. een checklist.

Omgevingsdoelen:

- De verpleegkundigen op de polikliniek weten voldoende over welke voorlichting de verpleegkundigen op de verpleegafdeling geven.

- Bijhorend gedragsdoel: Twee polikliniekverpleegkundigen lopen mee met verpleegkundigen op de verpleegafdeling en bespreken met hen hoe de voorlichting beter afgestemd kan worden. De polikliniekverpleegkundigen informeren hun collega's hierover.
- Er is een protocol met afspraken over de voorlichting.
 - Bijhorend gedragsdoel: Een selectie van betrokken zorgverleners maakt afspraken over de voorlichting aan reumapatiënten (protocol).

3. Per gedragsdoel worden determinanten in kaart gebracht die van invloed zijn op het doel. Determinanten zijn factoren die het gedrag kunnen beïnvloeden. Deze determinanten kunnen betrekking hebben op:

- cognitie (bv. kennis, attitude en eigen-effectiviteit)
- sociale invloed (bv. bekrachtiging, straf en stimulans)
- randvoorwaarden (bv. vaardigheden en beschikbaarheid)

Voorbeeld

- *Determinanten op het gebied van 'cognitie':*
 - *belang van voorlichting inzien*
 - *kennis van de wet op de patiëntenrechten*
- *Determinanten op het gebied van 'sociale invloed':*
 - *gedrag van collega's*
 - *gedrag van het afdelingshoofd*
- *Determinanten op het gebied van 'randvoorwaarden':*
 - *tijd*
 - *secretariële ondersteuning*

Opmerking:

De determinanten op het gebied van randvoorwaarden komen in de praktijk vaak overeen met de reeds eerder bepaalde 'omgevingsfactoren'.

4. Indien nodig wordt de doelgroep *gedifferentieerd in subdoelgroepen* waarvoor de doelen en determinanten anders kunnen zijn.

Voorbeeld

De doelgroep zorgverleners kan onderverdeeld worden in verschillende disciplines, zoals artsen, verpleegkundigen en paramedici

In het voorbeeld van protocollering bij reumapatiënten kunnen o.m. volgende subdoelgroepen onderscheiden worden:

- reumatologen
- arts-assistenten
- verpleegkundigen van de verpleegafdeling
- verpleegkundigen van de polikliniek
- ergotherapeut
- polikliniek secretaresses
- reumaconsulenten
- fysiotherapeut

Opmerking: onderverdeling in subdoelgroepen is alleen handig als niet alle doelen en determinanten voor de verschillende subgroepen hetzelfde zijn.

5. *Per (sub)doelgroep worden matrices gemaakt met de gedragsdoelen en de determinanten.* Vervolgens dient per doel met bijbehorende determinant te worden bepaald wat de specifieke doelen zijn. Dit zijn de meest concrete doelen van het project en deze zijn goed evalueerbaar. Men kan ze bijvoorbeeld letterlijk omzetten in vragen voor de evaluatie.

Voorbeeld: Matrix voor de subdoelgroep reumatologen

Opmerking: in dit voorbeeld zijn slechts enkele determinanten uitgewerkt.

Determinanten Doelen	Cognitie		Sociale invloed		Randvoorwaarden	
	Kennis	Attitude	Sociale steun	Sociale druk	Beschikbaarheid	Vaardigheden
Reumatologen informeren elkaar over de gegeven voorlichting aan patiënten d.m.v. een checklist	Reumatologen weten dat ze een checklist moeten invullen en hoe die moet worden ingevuld	Reumatologen zien de meerwaarde in van het invullen van een checklist	Het hoofd van de medische staf reumatologie stimuleert het gebruik van de checklist	Het gebruik van de checklist is vastgelegd in de behandelprotocollen en dit wordt steekproefsgewijs gecontroleerd	In ieder dossier zit een checklist (of geïntegreerd in het EMD)	Reumatologen zijn in staat een checklist structureel in te vullen
Enkele reumatologen maken afspraken over patiëntenvoorlichting (protocol)	Reumatologen weten dat er afspraken dienen te worden gemaakt over voorlichting en dat deze moeten worden vastgelegd in een protocol	Reumatologen zien de meerwaarde in van een protocol	Het hoofd van de medische staf stimuleert het ontwikkelen van een protocol door enkele reumatologen		Reumatologen hebben voldoende tijd om het protocol te maken	Reumatologen weten hoe ze afspraken m.b.t. voorlichting vastleggen in een protocol
Twee polikliniekverpleegkundigen maken afspraken met verpleegkundigen van de verpleegafdeling over betere afstemming van de voorlichting	Polikliniekverpleegkundigen weten dat er met de verpleegafdeling afgestemd moet worden over de gegeven voorlichting	Verpleegkundigen van de polikliniek en verpleegafdeling staan positief tegenover onderlinge afstemming	Het hoofd van de zorgeenheid stimuleert de verpleegkundigen om af te stemmen met de verpleegafdeling	Tijdens het functioneringsgesprek is afgesproken dat deze verpleegkundigen deze taak op zich nemen	De verpleegkundigen krijgen tijd om deze afstemming te realiseren	De verpleegkundigen zijn in staat om afspraken rond structurele afstemming tussen poli- en verpleegafdeling te realiseren
De poliklinieksecretaresse stopt in elk dossier een checklist en zorgt ervoor dat deze op voorraad zijn (tenzij reeds geïntegreerd in het EMD)	De poliklinieksecretarissen weten dat er in ieder dossier een checklist zit	De poliklinieksecretarissen zien het belang in van de checklist in het dossier	Het hoofd van de zorgeenheid/ teamleider secretariaat stimuleert de secretarissen om structureel een checklist in het dossier te voegen		De drukker levert de checklisten tijdig aan.	

Bijlage II.2.F: Het opstellen van een communicatieschema

Plan-fase

Stap 6: Bepalen van de doelstellingen, optimaliseren van doelstellingen in meetbare indicatoren, bepalen van de communicatiemomenten

1. Doel van het schema

- In kaart brengen wie, wat wanneer aan de patiënt vertelt.
- Regelen van de onderlinge afstemming tussen zorgverleners.
- Een basis vormen voor de teksten in bijvoorbeeld de communicatierichtlijn.
- Beeldvorming voor de coördinator patiëntenvoorlichting.
- Het creëren van een draagvlak.

2. Hoe ver ga je?

a) Meteen tot in detail

De werkgroep kan ervoor kiezen om het schema meteen tot in detail uit te werken. Er zijn dan uiteraard meer overlegmomenten nodig. Als het schema klaar is kan het echter wel meteen gebruikt worden voor de ontwikkeling van:

- de communicatierichtlijn,
- het voorlichtingsmateriaal.

b) Snel er doorheen

De werkgroep kan er ook voor kiezen om vlot door het schema te gaan en het niet meteen tot in de puntjes uit te werken. De werkgroep gaat dan snel over tot het opstellen van een communicatierichtlijn. Als de communicatierichtlijn definitief is, kan het schema waar nodig bijgewerkt of verfijnd worden.

3. Methoden

Er zijn verschillende methoden om een communicatieschema op te stellen. In onderstaande tabel worden er een drietal uitgewerkt:

- Eén persoon doet een voorstel (methode 1)
- Werkgroepleden werken eigen situatie uit (methode 2)
- Brainstormsessie werkgroep (methode 3)

Methode 1 blijkt in de praktijk goed te werken en werkt meestal sneller dan methode 2.

Methode 2 kan gebruikt worden als er geen gespecialiseerde verpleegkundige is.

Methode 3 (de brainstormsessie) kost veel tijd en wordt vaak als te omslachtig ervaren.

Welke van de genoemde methoden de werkgroep kiest, hangt ook af van hoe snel het schema klaar 'moet' zijn.

Methode	Door wie	Huidige/ gewenste situatie	Voordelen	Nadelen
1. Eén persoon doet een voorstel				
a. Men laat één van de werkgroepleden een concept opstellen van de huidige situatie	Bij voorkeur een gespecialiseerde verpleegkundige (of een andere persoon die goed thuis is in de organisatie rondom	Uitgangspunt is de huidige situatie. Van daaruit wordt de wenselijke situatie besproken.	Dit kost slechts één lid van de werkgroep veel voorbereidingstijd	Het kan moeilijk zijn voor één persoon om voor alle disciplines de situatie in kaart te brengen
b. Dit concept wordt voorgelegd aan de				

overige werkgroepleden c. Tijdens een werkgroepoverleg wordt de huidige situatie en voorstellen voor de gewenste situatie besproken	de patiëntengroep)			
2. Werkgroepleden werken eigen situatie uit				
Alle werkgroepleden vertrekken vanuit een leeg communicatieschema (+ uitleg) en ieder brengt voor de eigen discipline de (huidige) situatie in kaart. Eén van de werkgroepleden verzamelt alle schema's en brengt deze samen in één schema.	Elk werkgroeplid maakt zijn eigen schema voor de eigen discipline. Schema's bundelen: dit moet door één of twee werkgroepleden gedaan worden.	Werkgroepleden kunnen eventueel in de huidige situatie meteen aangeven wat wenselijk is (bv. cursief gedrukt).	Werkgroepleden staan in ieder geval achter hun eigen beschrijving (en dit is ook afgestemd met de achterban).	Kwaliteit van de verschillende ingevulde schema's kan verschillen. Het bundelen van de schema's kan lang duren (de projectleider moet mogelijk een aantal mensen beter motiveren/aansporen).
3. Brainstormsessie werkgroep				
In één werkgroepoverleg	De hele werkgroep tegelijk.	Er kan meteen een wenselijke situatie geformuleerd worden.	De werkgroep kan eventueel meteen de wenselijke situatie formuleren (en daar kan dan tijdens deze ene sessie over gediscussieerd worden).	Alle betrokken disciplines moeten tegelijkertijd in één overleg aanwezig zijn.

N.B.: de huidige en wenselijke voorlichtingssituatie lopen in de praktijk door elkaar heen en er wordt pas gaandeweg naar de wenselijke situatie toegewerkt. Meestal is de huidige situatie geen "officieel" product.

Bron: Handleiding Protocollering van Patiëntencommunicatie, UMC Utrecht, bewerkte versie 2005

Bijlage II.2.G: Model projectvoorstel protocollering van patiëntenvoorlichting met communicatieplan

Plan-fase

Stap 7: Eerste versie van het communicatieplan

1. Het projectvoorstel

1.1. Projectnaam

Richtlijnen voor de keuze van de naam van een project:

- Zorg voor een duidelijke relatie met het doel, de doelgroep of het gewenste resultaat;
- Kies voor een naam die niet te lang is;
- Probeer afkortingen te voorkomen, tenzij de afkorting een duidelijke relatie heeft met het project.

1.2. Inleiding

Schets de achtergrond en aanleiding van het project.

1.3. Start- en einddatum

Ondanks de moeilijkheid om een einddatum vast te leggen is het toch belangrijk om dit te doen. Zo geeft men namelijk duidelijk aan dat het gaat om een tijdelijk project.

1.4. Doelstelling

Belangrijk is dat de uiteindelijke doelstelling helder, concreet en haalbaar geformuleerd is. Natuurlijk is het niet steeds gemakkelijk om aan het begin van een project dergelijke specifieke doelstelling te formuleren. De doelstelling dient na verloop van tijd steeds verder te worden gespecificeerd.

(Zie ook Bijlage II.1.B en Bijlage II.2.E)

Drie borden methodiek

Een efficiënte wijze om deze eerste versie te maken is de "drie borden methodiek" van het Center for Case Management (www.cfm.com). Er wordt gebruik gemaakt van drie borden of flipcharts. Het rechtse bord bevat de doelstellingen voor de populatie, het middenbord bevat de time-task matrix en het linkse bord bevat de knelpunten/onzekerheden of discussiepunten. In de time-task matrix worden de sleutelinterventies gepland. Bij het omzetten van de doelstellingen naar de time-task matrix en het plannen van de sleutelinterventies zullen er discussiepunten of vragen gesteld worden. Wanneer men niet onmiddellijk tot een consensus komt of er meerdere oplossingen mogelijk zijn, worden deze op het linkse bord geschreven. Deze zullen later onderzocht worden.

1.5. Doelgroep

Tijdens het project moet ook de doelgroep steeds verder worden gespecificeerd.

1.6. Randvoorwaarden

Belangrijke voorwaarden voor het project zijn de vereiste en beschikbare personele en financiële middelen.

1.7. Uitvoering van het project

De werkgroep legt de timing en regelmaat van de vergaderingen vast. Tijdens elke bijeenkomst worden de activiteiten van de afgelopen weken besproken en de taken opnieuw verdeeld. Het is uiteraard ook belangrijk om van elk werkgroepoverleg notulen bij te houden op basis waarvan de overige betrokkenen op de hoogte kunnen blijven.

De resultaten die voortkomen uit de verschillende fasen worden steeds ter beoordeling aan de betrokken disciplines voorgelegd.

1.8. Samenstelling van de werkgroep

Voor de verschillende leden van de werkgroep wordt de rol en opdracht vastgelegd.

- *Opdrachtgever:*

- definieert de opdracht en het gewenste (eind)resultaat
- neemt strategische beslissingen en besluiten van meer operationele aard indien de projectleider en werkgroep er niet uit komen
- draagt verantwoordelijkheid voor het behoud van de behaalde eindresultaten

- *Projectleider:*

- is voorzitter van de werkgroep
- bewaakt de voortgang
- heeft de eindverantwoordelijkheid voor de genomen besluiten
- stemt af met de opdrachtgever
- schrijft eindrapport
- is verantwoordelijk voor de invoering en borging van de nieuwe voorlichtingsmiddelen

Profiel van de projectleider

- *leidinggevende of lid van de werkgroep*
- *beschikt over voldoende basiskennis patiëntenvoorlichting*
- *heeft een positieve houding t.a.v. communicatie, samenwerking en verandering*
- *heeft een eigen visie op patiëntenvoorlichting*
- *kan doelen formuleren*
- *kan theoretische inzichten koppelen aan praktijksituaties*
- *kan abstraheren*
- *is in staat tot afdelingsoverschrijdend werken*
- *beschikt over de vaardigheden om procedurele en inhoudelijke zaken te scheiden*
- *heeft voldoende gezag*

- *Coördinator patiëntenvoorlichting*

- Geeft advies over de aanpak van het project;
- Begeleid waar nodig het project;
- Draagt methoden en technieken aan;
- Draagt kennis over op het gebied van patiëntenvoorlichting.

- *Overige projectteamleden*

- Leveren van actieve bijdrage tijdens de vergadering;
- Vieren indien nodig activiteiten uit die voortkomen uit de vergaderingen;
- één van de leden van het team maakt notulen van de vergadering, werkt deze uit en verspreidt ze.

Profiel van het projectteamlid

- *is in staat om zelfstandig én samen met anderen te werken;*
- *beschikt over goede schriftelijke uitdrukkingsvaardigheden om:*
 - *eenvoudige teksten op te stellen,*
 - *notulen van het werkgroepoverleg te verzorgen,*
 - *mee te werken aan de ontwikkeling van voorlichtingsmateriaal,*
- *is voldoende gemotiveerd;*
- *is in staat om activiteiten ten behoeve van de werkgroep te vervullen en hiervoor tijd vrij te maken (eventueel ook bereid om een deel van de vrije tijd hieraan te besteden).*

1.9. Voorbeeld van de opbouw van een project

Projectonderdeel	Resultaat
Vorbereiding	
- oriënterend gesprek n.a.v. de aanvraag - samenstellen van de werkgroep - opstellen van een projectvoorstel (en akkoord werkgroep) - bekendheid geven aan het project	- werkgroep - projectvoorstel - intentieverklaring van betrokkenen tot medewerking en bekendmaking van het project bij de achterban
Vooronderzoek	
- oriëntatie - in kaart brengen van de huidige en wenselijke situatie op basis van: <ul style="list-style-type: none"> - participerende observatie - mening van patiënten - mening van zorgverleners 	- overzicht van de reeds ontwikkelde voorlichtingsmaterialen en uitgevoerde verbeterprojecten - beknopte beschrijving van de patiëntengroep - beschrijving van de organisatiestructuur op polikliniek en afdeling - communicatieschema - onderzoeksrapportage met een overzicht van verwachtingen van patiënten en zorgverleners
Besluitvorming	
Uitvoering	
- ontwikkeling - implementatie en borging (continuïteit van het project)	- middelen ter ondersteuning van de communicatie met en over patiënten, zoals bv. een communicatierichtlijn - implementatieplan met daarin onder meer de gemaakte afspraken t.a.v. borging (continuïteit)
Evaluatie	
- procesevaluatie - productevaluatie - effectevaluatie	- rapportage over de evaluatie - middelen die zijn aangepast n.a.v. de evaluatieresultaten - herziene producten

2. Het communicatieplan

Het is belangrijk dat afgesproken wordt hoe, wanneer en door wie de opdrachtgever en andere betrokkenen (bijvoorbeeld zorgverleners van de betreffende afdeling) geïnformeerd worden over de voortgang en de behaalde resultaten.

Onderstaand communicatieplan biedt de opdrachtgever een **blauwdruk** voor het organiseren van de informatievoorziening rond een protocolleringproject, vanaf het ogenblik dat het project van start gaat.

Informatie over het verloop van het project is om drie redenen van **belang**:

- Om direct en indirect betrokkenen te informeren over de ontwikkelingen;
- Om interne (en externe) bekendheid van gehanteerde methodiek en de producten te vergroten;
- Om bekendheid te geven aan nieuwe ontwikkelingen.

Verschillende **parameters** zijn bepalend voor het communicatieplan:

- Wanneer: Op welke momenten is het aan te bevelen informatie over het project te geven?
- Wat: Welke informatie over het project is zinvol?
- Wie: Aan welke doelgroepen moet informatie over het project gegeven worden?
- Hoe: Op welke wijze en met behulp van welke communicatiemiddelen kan informatie over het project gegeven worden?

In **onderstaand schema** zijn in de kolom 'hoe' alle mogelijkheden aangegeven. Het is belangrijk om in het oriënterend gesprek te benadrukken dat deze punten optioneel zijn. De werkgroep kan dan in overleg met de opdrachtgever de keuzes maken.

Tenslotte moet bij een succesvolle afronding van een project afgewogen worden in hoeverre **externe publiciteit** wenselijk of mogelijk is. Dit moet worden besproken met de opdrachtgever en er moet advies worden gegeven over de aanpak.

De werkgroep bepaalt:

- het persbeleid: tijdschriften en kranten waarin gepubliceerd kan worden;
- het doel van de publicatie(s);
- de frequentie van de publicatie(s) (bv. eenmalig diepgaand en/of meerdere keren meer oppervlakkig).

Bron: Handleiding Protocollering van Patiëntencommunicatie, UMC Utrecht, bewerkte versie 2005

Wanneer	Wat	Wie	Hoe
Start van het project	Aankondiging van de start van het protocolleringsproject Informatie over: <ul style="list-style-type: none"> - aanleiding - doelgroep - samenstelling kern- en klankbordgroepen - planning - contactpersonen eventueel <ul style="list-style-type: none"> - momenten van tussenevaluatie - mogelijkheid tot meelesen van de notulen bij interesse voor het project - mogelijk benadering voor medewerking aan het project in de vorm van een interview - momenten van tussenevaluatie 	<ul style="list-style-type: none"> - medewerkers van het ziekenhuis - externe contacten die het ziekenhuisblad ontvangen - medewerkers van de betrokken afdeling/ divisie - leden van de patiëntenvereniging <ul style="list-style-type: none"> - managementteam - artsen - teamleiders verpleging - leidinggevendenden van de overige betrokken disciplines 	Bericht in: <ul style="list-style-type: none"> - nieuwsbrief - nieuwsrubriek intranet - ziekenhuisblad - nieuwsbrief of informatiebulletin van een afdeling - nieuwsbrief van de betrokken patiëntenvereniging(en) Persoonlijke brief/ korte interne notitie
Na afronding van het vooronderzoek	<ul style="list-style-type: none"> - rapportage van de gegevens die uit het vooronderzoek naar voren zijn gekomen - vervolgtraject 	<ul style="list-style-type: none"> - managementteam - opdrachtgever - artsen - teamleiders verpleging - leidinggevendenden overige betrokken disciplines Eventueel: <ul style="list-style-type: none"> - contactpersoon patiëntenvereniging (indien niet in klankbordgroep) 	Persoonlijke brief/ korte interne notitie
Extra tussentijdse evaluatie in het geval van extreme vertraging	<ul style="list-style-type: none"> - stand van zaken - reden van vertraging - nieuwe planning 		
Voorafgaand aan de invoering van nieuwe communicatiemiddelen	Aankondiging van de invoering van nieuwe communicatiemiddelen Informatie over: <ul style="list-style-type: none"> - de nieuwe middelen (wat, hoe, etc..) - doelgroep - doel van de nieuwe communicatiemiddelen ontwikkeld binnen een multidisciplinaire werkgroep (kort beschrijven van de werkwijze) - aanleiding van de ontwikkeling (eventueel aangeven van de knelpunten die uit het vooronderzoek naar voren zijn) 	<ul style="list-style-type: none"> - medewerkers van het ziekenhuis - externe contacten die het ziekenhuisblad ontvangen - medewerkers van de betrokken afdeling/divisie - patiënten van de patiëntenvereniging 	

	<p>gekomen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - datum van invoering - duur van de proefperiode en momenten van evaluatie - meer informatie te verkrijgen bij de werkgroep <p>Bovenstaande punten + aanvulling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat betekent het voor de zorgverlener (wat wordt er van hem verwacht, etc.)? - Aankondiging van de presentatie van de middelen - Contactpersonen <p>Wat de bovenstaande punten betreft ligt het accent op wie wat moet doen (de verantwoordelijkheden per discipline)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - betrokken zorgverleners (diegenen die ermee moeten gaan werken) - betrokken zorgverleners (diegenen die ermee moeten gaan werken) 	<ul style="list-style-type: none"> - persoonlijke brief/ korte interne notitie - nieuwsbrief of informatiebulletin van de afdeling - presentatie
Na de proces- en productevaluatie	<p>Rapportage van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de gegevens die uit de evaluatie naar voren zijn gekomen - nieuwe afspraken - aankondiging van het verwachte moment van evaluatie onder de patiënten 	<ul style="list-style-type: none"> - opdrachtgever - managementteam - artsen - teamleiders verpleging - leidinggevendenden van de overige betrokken disciplines - contactpersonen (wanneer deze niet in de kern- of klankbordgroep zitten) 	<ul style="list-style-type: none"> - persoonlijke brief/ korte interne notitie - nieuwsbrief of informatiebulletin van de afdeling - mondeling via contactpersonen
Na evaluatie door patiënten	<p>Rapportage van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de gegevens die uit de evaluatie naar voren zijn gekomen - de huidige situatie (hoe werkt het, wat vinden zorgverleners ervan) - vergelijking met de resultaten van het onderzoek onder patiënten in het vooronderzoek <p>Bovenstaande punten plus aanvulling</p> <ul style="list-style-type: none"> - nieuwe afspraken, o.m. over externe publiciteit 	<ul style="list-style-type: none"> - medewerkers van het ziekenhuis - externe contacten die het ziekenhuisblad ontvangen - medewerkers van de betrokken divisie/ afdeling - patiënten van de patiëntenvereniging - medewerkers van de betrokken divisie/ afdeling - patiënten van de patiëntenvereniging - opdrachtgever 	<p>Berichtje in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nieuwsbrief - intranet - internet - ziekenhuisblad - nieuwsbrief of informatiebulletin van de afdeling - nieuwsbrief van de betrokken patiëntenvereniging(en) - vakbladen - persoonlijke brief/ korte interne notitie - mondeling via contactpersonen

		<ul style="list-style-type: none">- managementteam- artsen- teamleiders verpleging- leidinggevenden overige betrokken disciplines- contactpersonen (wanneer deze niet in de kern- of klankbordgroep zitten)	
--	--	---	--

Bijlage II.2.H: Het vooronderzoek

Do-fase

Stap 8: Dossieranalyse: identificeren van sleutelinterventies en evaluatie van de huidige werkwijze

1. Belang van vooronderzoek

Het door de werkgroep uit te voeren vooronderzoek is een verdieping van de door de coördinator in de eerste fase van het advies uitgevoerde quickscan (*Bijlage II.2.B*).

In het vooronderzoek wordt een antwoord gezocht op de volgende vragen:

- Hoe ziet het probleem er precies uit?
- Om welke patiëntengroep gaat het?
- Welke doelen dienen te worden gerealiseerd?
- Hoe ziet de huidige voorlichtingssituatie eruit (vanuit het standpunt van de zorgverlener en de patiënt)?
- Hoe ziet de wenselijke voorlichtingssituatie eruit (vanuit het standpunt van de zorgverlener en de patiënt)?
- Welke middelen zijn nodig om de voorlichting aan de betreffende patiëntengroep te optimaliseren?
- Welke middelen zijn beschikbaar (budget en personele inzet)?
- Lenen cultuur en structuur van de organisatie zich voor een protocolleringproject?

Het vooronderzoek resulteert in een onderzoeksrapportage die de basis vormt voor de besluitvorming over het vervolg van het project.

Belang van vooronderzoek

Het uitvoeren van een vooronderzoek is essentieel voor de uitvoering van een project, aangezien dit een goed inzicht geeft in de voorlichtingssituatie en voorkomt dat zich bij de invoering van het project onverwachte situaties voordoen.

Bovendien wordt het door zorgverleners vaak als verrijkend ervaren om van collega's (van de eigen en andere disciplines) te horen welke informatie zij aan de patiënt geven, hoe zij een voorlichtingsgesprek in de praktijk aanpakken en waar volgens hen de knelpunten zitten.

Het is voor de zorgverleners ook belangrijk om van de patiënt zelf te horen hoe zij de voorlichting ervaren. Patiënten reageren namelijk vaak anders of op totaal andere zaken dan zorgverleners zouden verwachten.

Tenslotte levert het vooronderzoek ook een belangrijke bijdrage aan 'teambuilding' van de werkgroep en creëert het een draagvlak voor de middelen die ontwikkeld moeten worden.

Betrouwbaar onderzoek door een combinatie van invalshoeken

De betrouwbaarheid van een onderzoek wordt groter indien dezelfde vraag vanuit meerdere invalshoeken bekeken wordt. Om de geldigheid van de onderzoeksresultaten te vergroten kan gebruik gemaakt worden van het principe van triangulatie, wat inhoudt dat meerdere metingen worden gedaan vanuit verschillende invalshoeken. Het gebruik van één soort gegevens of één methode kan éézijdig en beperkt zijn en daardoor onvoldoende informatie opleveren.

Door een zinvolle combinatie van verschillende methoden en gegevens (bv. mondelinge informatie, geschreven documenten en observatiegegevens, ...) ontstaat een zekere inhoudelijke én methodologische meerwaarde. Het zorgt bovendien voor een beter beeld van het veld (wat ten goede komt aan de validiteit) en de metingen worden herhaald (vorm van betrouwbaarheid).

Ook het werken met verschillende onderzoekers (onderzoekerstriangulatie) kan verschillende invalshoeken inbrengen.

2. Voorbeeld van een meetinstrument: Handleiding meetinstrument patiëntenvoorlichting, UMC Radboud (2000)

Met dit meetinstrument kan men de kwaliteit van voorlichting op poliklinieken en verpleegafdelingen meten. In het instrument zijn diverse kwaliteitsnormen verwerkt, zoals uit de WGBO¹⁰, uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de NIAZ-PACE¹¹ normen en normen vanuit de literatuur. Dit instrument kan op elk moment worden ingezet. Dit kan door de afdeling patiëntcommunicatie gebeuren, maar ook door poliklinieken en verpleegafdelingen zelf. Na inzet van het instrument krijgt de afdeling een helder beeld van de kwaliteit, inhoud en structuur van patiëntenvoorlichting.

Het instrument bestaat uit 4 onderdelen:

a) de vragenlijst over kwaliteitsnormen

Vooraleer te starten met het interviewen van patiënten moeten de medewerkers van de afdeling de opgestelde kwaliteitsnormen over voorlichting controleren. Indien deze medewerkers het eens zijn met de kwaliteitsnormen, betekent het dat ze van toepassing zijn voor die afdeling en die patiëntencategorie. Indien zij het met bepaalde kwaliteitsnormen niet eens zijn, kan na overleg met de afdeling patiëntcommunicatie, de vragenlijst op die punten worden aangepast. Na controle en eventuele aanpassing van de normen betekent het dat de voorlichting aan patiënten aan deze kwaliteitsnormen moet voldoen en kan het interviewen starten. 10% van de medewerkers van de polikliniek of verpleegafdeling moet de kwaliteitsnormen controleren. Deze controle duurt ongeveer 10 minuten.

b) de vragenlijst voor patiënten

Deze lijst bestaat uit vragen die opgesteld zijn aan de hand van bovengenoemde kwaliteitsnormen betreffende voorlichting. De vragen gaan over de procedurele kanten van voorlichting en de tevredenheid van patiënten hierover. De vragenlijst kan mondeling worden afgenomen.

Om betrouwbare gegevens te krijgen is het aan te raden minimaal 25 patiënten te interviewen. Deze patiënten moeten iets gemeenschappelijks hebben, bijvoorbeeld eenzelfde soort operatie ondergaan. Dit is belangrijk omdat deze patiënten ongeveer dezelfde informatie (behoren te) krijgen, waardoor de gegevens te vergelijken zijn.

Het in het ziekenhuis afnemen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten, telefonisch duurt het ongeveer 10 minuten.

c) de vragenlijst voor medewerkers

De vragen in deze lijst brengen zowel de huidige als de gewenste situatie in kaart. De vragen gaan over de organisatie van de voorlichting: hoe is de informatieverstrekking van medewerkers aan patiënten, en hoe verloopt de informatieoverdracht over deze informatieverstrekking binnen en tussen verschillende disciplines en afdelingen. Ook peilt de vragenlijst de behoefte aan overlegmomenten.

Met de uitslagen van deze vragenlijst krijgt men inzicht in de wensen en tekorten ten aanzien van de voorlichting bij medewerkers. Op deze manier worden ook verbeterpunten zichtbaar. Met de resultaten kan een aanzet gegeven worden voor het opstellen van richtlijnen of protocollen, waardoor voorlichting systematisch en methodisch wordt gegeven.

Alle medewerkers van de afdeling moeten de vragenlijst invullen. Dit duurt ongeveer 10 minuten.

¹⁰ Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Nederland).

¹¹ Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg – Proefproject Accreditatie Ziekenhuizen.

d) de matrix (facultatief)

Met de matrix kan men voor ieder ziektebeeld afzonderlijk alle stappen met de daaraan gekoppelde voorlichtingsmomenten in kaart brengen. De matrix bestaat uit een schema waarin in tien stappen is aangegeven welke route de patiënt volgt van het moment van opname tot het moment van ontslag. Voor de tien stappen of voorlichtingsmomenten moeten diverse disciplines de inhoud van de voorlichting, het doel van de voorlichting en de vorm van de voorlichting invullen.

De matrix brengt op een structurele en heldere manier de feitelijke situatie in beeld. In één oogopslag wordt duidelijk wie wanneer welke voorlichting geeft. Mogelijke doublures en hiaten worden op deze manier aangetoond.

10% van de verpleegkundigen moet de matrix invullen. Enkele onderdelen van de matrix worden door de betreffende disciplines zelf ingevuld (secretaresse, afdelingsarts, co-assistent). Invullen duurt 5 tot 40 minuten (afhankelijk van de discipline).

Bron: X., NIAZ kwaliteitsborgingsnorm patiëntenvoorlichting, Stichting NIAZ, 2004, te raadplegen via www.niaz.nl

Bijlage II.2.I: Bevraging van patiënten

Do-fase

Stap 10: Peilen naar verwachtingen van patiënten én zorgverleners

(Zie ook Bijlage II.1.F)

- Wat denken patiënten over de zorg?
- Wat vonden patiënten positief aan hun verblijf?
- Wat kan er aan de organisatie/kwaliteit van de zorg verbeterd worden?
- Wat is hun mening over de continuïteit, de psychosociale aandachtspunten, de coördinatie van de zorg, de informatie- en educatiestrategie, de waarden, de voorkeuren, ...?

Het Picker Instituut (www.picker.org) legt de nadruk op acht aspecten van zorg die door patiënten te beoordelen zijn en in een klinisch pad kunnen worden aangepakt:

- toegankelijkheid
- respect voor waarden
- voorkeur en noden
- coördinatie van de zorg
- informatie en educatie
- fysisch en emotioneel comfort
- betrokkenheid van familie en vrienden
- continuïteit van zorg

Deze aspecten kunnen eveneens hun vertaling vinden in het beoordelen van een informatietraject.

De meningen, ervaringen en verwachtingen van **patiënten** over de voorlichting kunnen zowel kwantitatief als kwalitatief worden onderzocht. De knelpunten die uit het kwalitatieve onderzoek naar voren komen kunnen eventueel worden verwerkt in een aanvullend kwantitatief onderzoek.

Er bestaan verschillende methodieken om de patiënt zelf aan het woord te laten:

- individuele interviews
- groepsinterviews
- focusgroepen: een voorbereide discussie met een panel van patiënten die ervaring hebben een bepaald thema, patiënten actief laten meedenken over dit thema
- spiegelgesprekken: een cirkel van patiënten ten opzichte van een cirkel van zorgverleners die enkel mogen luisteren
- aan de lunchtafel: tijdens een lunch kunnen patiënten informeel een gesprek voeren met het management
- appeltje schillen met de raad van bestuur: patiënten kunnen gedurende de tijd van het schillen van een appel hun ervaringen vertellen aan de raad van bestuur, die enkel mogen luisteren
- shadowing: iemand loopt het gehele proces mee om een nauwkeurig beeld te krijgen van het gehele traject van de patiënt
- fotoscan: patiënten die foto's trekken om hun beleving van de ervaren zorg weer te geven
- ziekenhuisschouw: patiënten lopen samen met medewerkers door het ziekenhuis, tijdens de wandeling kunnen patiënten knelpunten aangeven

- patiëntenpanel: een groep patiënten geeft zijn meningen en ervaringen mee en denkt na over oplossingen
- werken aan wensen: samen met patiënten worden klachten omgezet in wensen en voorstellen tot verbetering
-

Deze verschillende methodieken worden uitgebreid toegelicht op www.cbo.nl waar u een volledige toolbox kan downloaden. Interessant is ook www.patiëntervaring.nl.

Andere literatuur:

- H.P.M., HAASTER, *Clëntenparticipatie*, uitgeverij Coutinho, Bussum, 2001, 224p.
- *Patiënten betrekken bij de zorg in het ziekenhuis. Een handboek.* (CBO).
- *Het Ziekenhuis. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief*, NPCF, 1995, Utrecht.
- *Achterbanraadpleging, theorie en praktijk voor snelle achterbanraadpleging met behulp van panels en focusgroepmethode*, te downloaden via www.npcf.nl.

Weerstanden

Het is nog steeds zo dat sommige zorgverleners enige weerstand voelen indien patiënten veel zeggenschap krijgen in een project. Daarom is het goed als de coördinator patiëntenvoorlichting voldoende voorbeelden kan opsommen waarbij de inbreng van patiënten tot een duidelijk positief effect geleid heeft (verbeteringen of vergemakkelijkingen). De ervaring leert dat het vaak nodig is om meerdere malen en op verschillende manieren ervoor te zorgen dat het patiëntenperspectief in een project tot uiting komt.

Bijlage II.2.J: Bevraging van zorgverleners

Do-fase

Stap 10: Peilen naar verwachtingen van patiënten én zorgverleners

Een onderzoek bij de zorgverleners van alle betrokken disciplines brengt duidelijkheid over wat zij als knelpunten ervaren en wat hun wensen op het gebied van patiëntenvoorlichting zijn. Ga daarbij ook na hoe de onderlinge communicatie tussen de zorgverleners is en of die kan verbeterd worden.

De coördinator kan adviseren om een aantal sleutelfiguren binnen de disciplines te gaan interviewen. Bij interviews met zorgverleners is het belangrijk om aan te geven dat men niet enkel komt om alle knelpunten te adviseren, maar ook om te horen wat goed gaat in de huidige voorlichtingssituatie en wat dus zeker behouden moet blijven.

Meestal is een mondelinge bevraging individueel of in groep voldoende, maar eventueel is het zinvol om ook een schriftelijke vragenlijst naar meerdere zorgverleners te sturen. Zie ook *bijlage II.1.F* en *bijlage II.2.I*

Tips voor de interviewer bij een gericht vraaggelicht

- **Stel jezelf voor**

Het is belangrijk jezelf te introduceren, te vertellen wie je bent, waar je werkt, wat je in het gesprek wil doen en wat je ermee wil bereiken. Daarna moet worden nagevraagd of de respondent (nog steeds) wil meewerken. Het kan ook zinvol zijn om een indicatie te geven van de verwachte duur van het gesprek.

- **Wees zuinig met het stellen van vragen**

Na het stellen van de openingsvraag kan beperkt worden tot het geven van samenvattingen en het doorvragen op onduidelijke punten.

- **Laat de respondent aan het woord**

De respondenten kunnen worden gestimuleerd door non-verbale signalen (bv. knikken, aankijken, luisteren, ...). Je kan de respondent helpen door samen te vatten wat hij gezegd heeft.

- **Rechtvaardig je nieuwsgierigheid**

Het is belangrijk om duidelijk te zijn waarom je op iets doorvraagt.

- **Blijf bij het onderwerp**

Bij een gericht vraaggelicht moet worden ingegrepen indien de respondent afdwaalt.

- **Volg de lijn van het gesprek**

Als een thema voldoende behandeld is, dient die nieuwe hoofdvraag gesteld te worden die het meeste aansluit bij wat tot dan toe besproken is.

- **Vermijd**

- suggestieve vragen: De pretest dient niet om de mening van de interviewer te bevestigen. Vragen zoals bv. 'vindt u ook niet dat...', 'is het dan toch...' sturen de respondent.
- hoezo-vragen: een respondent moet zich niet verantwoorden voor zijn mening. Doorvragen naar waarom een respondent iets vindt, kan contra-productief werken. Het is beter om naar consequenties te vragen.
- lange vragen: Lange vragen zijn meestal ingewikkeld en vaak zijn het meerdere vragen ineens. Lange vragen vereisen dat de respondent gaat meedenken met de interviewer, waar dit eigenlijk andersom hoort te zijn.
- abstracte vragen: Abstracte vragen leveren abstracte antwoorden en daar dient een pretest niet voor. Het is beter te vragen naar gedrag of praktische situaties, zoals bv. 'wat moet er gebeuren?', 'wat zou u doen?'.

Bron: Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995

Aan de hand van een schriftelijke enquête kunnen bestaande ideeën breder worden getoetst en bovendien kan dieper worden ingegaan op een aantal knelpunten die bijvoorbeeld tijdens de interviews (of observaties) gesignaleerd worden. Deze methode kan trouwens ook gebruikt worden bij de bevraging van patiënten.

Hieronder vindt u een aantal voorbeelden van bevragingmethoden.

Voorbeeld 1: Interviews bij zorgverleners

Wat de interviews bij zorgverleners betreft wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van bestaande overlegsituaties (bv. teamoverleg, overleg van artsen, multidisciplinair overleg). In dit geval is het aan te bevelen om vooraf een mondeling en schriftelijk verzoek in te dienen om gebruik te mogen maken van een deel van de tijd van het betreffende overleg, waarbij men duidelijk aangeeft wat het doel is en hoeveel tijd dit vermoedelijk in beslag zal nemen. Eventueel kan ook worden aangegeven aan welke punten aandacht zal worden besteed.

Indien een groepsinterview onmogelijk is of indien dit onvoldoende informatie oplevert kan men ter aanvulling en verdieping eventueel nog bijkomende interviews organiseren.

Ter illustratie worden hieronder een aantal vragen geformuleerd zoals ze bv. aan specialisten kunnen worden gesteld.

Vragen kunnen ingaan op:

1. de huidige situatie

- a) Attitude ten aanzien van patiëntenvoorlichting
 - Wat is volgens u het belang van goede voorlichting aan patiënten met ... (een specifieke aandoening)?
 - In hoeverre moet een patiënt volgens u op de hoogte zijn van de ernst van de ziekte, de prognose, eventuele complicaties, e.d. (in hoeverre is dit extra informatie en afhankelijk van vragen van de patiënt)?
- b) Gang van zaken rondom de voorlichtingssituatie
 - Tijdsbesteding
 - Hoeveel tijd besteedt u gemiddeld per consult aan het geven van voorlichting?
 - Hoeveel tijd is dat bij een gemiddeld slecht-nieuwsgesprek?
 - Strategie, middelen en materialen
 - Past u een vaste strategie toe bij het geven van voorlichting aan patiënten tijdens een slecht-nieuwsgesprek?
 - Zijn er middelen om dit op voorhand te structureren?
 - Op welke manier gaat u na of de informatie begrepen is?
 - Welke informatie wordt verstrekt en op welk ogenblik?
 - Maakt u gebruik van ondersteunend materiaal bij het geven van voorlichting (bv. tekeningen, afbeeldingen, ...)?
 - Geeft u patiënten schriftelijk materiaal mee?
 - Zo ja, welk materiaal en wat is hierover uw mening?
 - Zijn er afspraken over het vastleggen van verstrekte informatie? (bv. in het dossier van de patiënt)
 - Slecht-nieuwsgesprekken
 - Zijn er n.a.v. het slecht-nieuwsgesprek vaak vragen bij de patiënt?
 - Zo ja, wat zijn de meest voorkomende vragen?
 - Andere betrokken zorgverleners
 - Welke zorgverleners zijn betrokken bij het geven van voorlichting aan patiënten met ... (specifieke aandoening)?
 - Welke rol hebben verpleegkundigen (van polikliniek en verpleegafdeling) in het voorlichtingsproces?
 - Welke informatie verstrekken zij?
 - Onderlinge afstemming
 - Op welke manier vindt afstemming plaats tussen de verschillende disciplines over de verstrekte informatie?

Algemeen

- Sluit de voorlichting naar uw idee aan bij de wensen en behoeften van de patiënt?
- Wat gaat goed?
- Waar zitten eventuele knelpunten?

2. de wenselijke situatie

Hier kunnen ideeën worden geformuleerd ter optimalisering van de patiëntenvoorlichting.

- Heeft u suggesties ter verbetering of optimalisering van de patiëntenvoorlichting in de dagelijkse praktijk?

Bron: Handleiding Protocollering van Patiëntcommunicatie, UMC Utrecht, bewerkte versie 2005

Voorbeeld 2: Observatieformulier voor voorlichtingsadviezen

Dit formulier is bedoeld voor gebruik door de coördinator patiëntenvoorlichting en is niet geschikt om zonder meer aan een zorgverlener voor te leggen. Daarvoor kan beter een aparte lijst met aandachtspunten opgesteld worden.

Mate van betrokkenheid

	Ja	Nee
1. Hoe wordt de patiënt binnengeroepen? <input type="checkbox"/> opgehaald door een arts <input type="checkbox"/> opgehaald door een assistent <input type="checkbox"/> via intercom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Geeft de arts de patiënt een hand en stelt hij zich voor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Spreekt de arts de patiënt met zijn naam aan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Toont de arts interesse? (aankijken of alleen maar schrijven, houding, mimiek, geduld, stem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zit de arts veel te schrijven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Zijn er storingen tijdens het gesprek door bv. een bieper, een andere arts die iets komt vragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anamnese

	Ja	Nee
1. Geeft de arts de patiënt de gelegenheid om te gaan zitten voordat hij vragen begint te stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Geeft de arts de patiënt de gelegenheid om zijn verhaal te vertellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Laat de arts de patiënt uitpraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Legt de arts de logica van de anamnese of van zijn vragen uit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vindt de patiënt de vragen die de arts stelt: - logisch (is de zin ervan duidelijk) - duidelijk (begrijpt de patiënt wat de arts bedoelde) Voorbeelden van vragen die niet logisch of onduidelijk zijn:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Geeft de arts de patiënt voldoende ruimte de vragen naar eigen inzicht te beantwoorden? (Stuurt de arts de patiënt in het beantwoorden van de vragen?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is het tempo waarin de vragen gesteld worden te snel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vraagt de arts: - naar de woonsituatie - naar werk - naar hobby's - wat de patiënt denkt dat hij heeft - welke hinder de patiënt van zijn klachten ondervindt in het dagelijks leven - of de patiënt bang en bezorgd is en waarover - welke informatie de patiënt van anderen heeft - wat de patiënt van hem verwacht - of de patiënt al aan bepaalde vormen van behandeling denkt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Herhaalt de arts hardop wat hij schrijft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. (indien tweede of derde bezoek) Zet de arts in het begin van het gesprek de belangrijkste punten van de vorige bezoeken op een rijtje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Luisteren

	Ja	Nee
1. Toont de arts begrip? (Gaat hij in op bezorgdheid, angst of teleurstelling?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Luistert de arts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vraagt de arts door als hij antwoorden niet begrijpt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gaat de arts wel eens na of datgene wat hij de patiënt vertelt goed begrepen werd? (bv. door verder na te vragen, door hardop te formuleren: 'dus u bedoelt...')	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vraagt de arts aan de patiënt of deze nog vragen heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lichamelijk onderzoek

	Ja	Nee
1. Zegt de arts welke kleren de patiënt wel en niet kan aanhouden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zegt de arts dat de patiënt even moet wachten in de onderzoekskamer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Moet de patiënt lang wachten in de onderzoekskamer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hoe verloopt het lichamelijk onderzoek? <input type="checkbox"/> razend snel <input type="checkbox"/> rustig		
5. Vertelt de arts van tevoren wat hij gaat doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Demonstreert de arts de bewegingen die de patiënt moet maken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Spreekt de arts in medische termen tegen zijn assistent tijdens het onderzoek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uitleggen

	Ja	Nee
1. Vertelt de arts: - welk onderzoek nodig is (reden)? - de inhoud van het onderzoek? - de duur van het onderzoek? - eventuele risico's en complicaties? - wanneer de uitslag beschikbaar zal zijn? - te treffen maatregelen (vervoer, voorbereiding, ...)? - wat de oorzaak van de klachten is (diagnose)? - hoe de klachten te behandelen is (behandeling)? - wat het nut van het onderzoek of de behandeling zijn? - hoe lang de behandeling duurt? - wat het resultaat is? - wat de patiënt zelf van inspanningen moet doen? - welke maatregelen er thuis moeten getroffen worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wijze van uitleg: - te snel - te veel informatie - te ingewikkeld - verwarrend - moeilijke woorden - de patiënt krijgt geen kans om het te verwerken (geen pauze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a. Gebruikt de arts demonstratiemodellen of tekeningen bij zijn uitleg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b. Zo ja, is dat verhelderend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a. Controleert de arts of de patiënt zijn uitleg begrijpt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b. Zo ja, hoe dan <input type="checkbox"/> open vraag <input type="checkbox"/> gesloten vraag		
5. Vat de arts aan het eind van het gesprek de belangrijkste punten nog eens samen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wanneer geeft de arts zijn bevindingen en advies? <input type="checkbox"/> in de onderzoekskamer als de patiënt op tafel ligt <input type="checkbox"/> in de onderzoekskamer al de patiënt staat/zit <input type="checkbox"/> in de spreekkamer als de patiënt weer aangekleed is		

Motiveren en stimuleren

	Ja	Nee
1. Is de arts open en eerlijk over de vooruitzichten die de patiënt heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a. Is het advies van de arts concreet en duidelijk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. Zo nee, hoe komt dat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vraagt de arts wat de patiënt van zijn advies vindt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Schrijft de arts ingewikkelde adviezen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gaat de arts na of de patiënt het advies begrepen heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. (in het geval van controles) Geeft de arts duidelijk aan welk deel van de behandeling wel en niet moet worden voortgezet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Geeft de arts steun om de behandeling door te zetten/vol te houden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a. Heeft de patiënt een antwoord op zijn vragen gekregen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b. Zo nee, op welke vragen niet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vlaams Patiëntenplatform

		
	8b. Zo nee, hoe komt het dat dit niet gebeurd is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bron: Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995

Bijlage II.2.K: Het voorlichtingsprotocol

Do-fase

Stap 12: Beschrijven van het voorlichtingsprotocol

1. Procesmapping

- Hoe verloopt het traject van de patiënten door de organisatie?
- Kan dit traject in detail beschreven worden?
- Waar bevinden zich de knelpunten?
- Waarom zijn er knelpunten aanwezig, wat is de oorzaak?
- Zijn deze knelpunten weg te werken?

Voor een aantal patiënten wordt het volledige voorlichtingstraject nauwgezet beschreven, met aanduiding van de tijdsintervallen, duur en aard van contacten en beslissingsmomenten. De procesmapping is noodzakelijk als basis voor de vereenvoudiging en structurering van het proces. De lijst met voorlichtingsmomenten moet concreet zijn en alle bij het zorgproces betrokken disciplines moeten er hun plaats in vinden.

De keuze voor tijd en inhoud van de voorlichtingsmomenten moet beargumenteerd worden in de werkgroep, aan de hand van evidence based en/of praktische redenen. Dit kan in een korte toelichting op de lijst met voorlichtingsmomenten worden gezet.

Procesmapping; Ervaring uit de klinische paden bruikbaar voor informatiepaden

Voor deze procesmapping wordt beroep gedaan op Goldratt's Theory of Constraints. Goldratt beschrijft in deze theorie 'drum, buffer, rope'.

De '**drum**' is de activiteit in het proces die het ritme van het proces aangeeft. In de meeste chirurgische klinische paden zou men de operatie zelf als drum aanzien. Het herkennen van deze drum is van belang bij het opstellen van de sleutelinterventies in het klinisch pad. Bij problemen bij de drum zal het verdere verloop van het proces in het gedrang komen. Uiteraard is dit voor voorlichtingsmomenten niet anders.

'**Buffer**' is een systeem van veiligheidsmarges. Voor, tussen of na bepaalde activiteiten (sleutelinterventies) moet men in bepaalde gevallen een veiligheids- of tijds marge inbouwen. Indien de activiteit zelf te traag of niet op het correcte moment plaatsvindt, dan kan door deze marge het vervolgproces normaal plaatsvinden. Bij patiëntenvoorlichting moet er voldoende ruimte worden ingebouwd voor patiënten die bijvoorbeeld de informatie niet voldoende hebben begrepen en er een herhalingsmoment moet worden gepland. Patiënten kunnen ook verlangen naar een meer uitgebreidere en diepgaandere informatie over hun aandoening.

Het begrip '**rope**' geeft de samenhang tussen bepaalde sleutelinterventies weer. Een voorbeeld hiervan is de samenhang tussen een pre-operatief onderzoek en de operatie. Wanneer het pre-operatief onderzoek uitgesteld wordt, dient eveneens de operatie uitgesteld te worden als er een minimumtijd tussen beide activiteiten moet zijn. Deze ropes zijn van belang bij de planning van de verschillende sleutelinterventies en de relatie tussen deze interventies. Voorlichtingsmomenten moeten eveneens als een samenhangend geheel worden beschouwd.

Net zoals bij klinische paden is het bij protocollering van patiëntenvoorlichting van belang de drum, buffers en ropes te kennen om een optimale planning te kunnen organiseren.

Er is specifieke software beschikbaar om deze processen te visualiseren: www.ashhouse.co.uk/process.htm.

2. De verschillende voorlichtingsmomenten

Een voorlichtingsproces is opgebouwd uit verschillende onderdelen. Uitgangspunt is steeds het traject van de patiënt. De opbouw van het voorlichtingsprogramma is voor een deel afhankelijk van de

specifieke categorie patiënten waarmee men te maken heeft. De meeste trajecten worden gekarakteriseerd door een (groot) aantal voorlichtingsmomenten (contactmomenten).

Voorlichtingsmomenten die in heel wat patiëntentrajecten terugkomen zijn o.a.:

- beeldvorming ziekenhuis,
- eerste lijn,
- eerste bezoek polikliniek,
- vervolgbezoeken polikliniek,
- opname voor onderzoek,
- operatieadvies,
- pre-operatieve periode,
- post-operatieve periode,
- ontslag uit het ziekenhuis.

Verder kan het voorlichtingsproces opgedeeld worden in verschillende onderdelen, namelijk:

- *Doel:* Het informeren of voorlichten van de patiënt kan meerdere doelen hebben:
 - Informeren;
 - Instrueren;
 - Geruststellen;
 - Motiveren (mee laten denken);
 - Begeleiden.
- *Inhoud:* De inhoud van de boodschap kan naargelang de situatie en het ogenblik in het patiëntentraject sterk variëren:
 - Algemene informatie;
 - Anatomie;
 - Pathologie (pathofysiologie);
 - Aard van onderzoek;
 - Voorbereiding onderzoek;
 - Instructie onderzoek;
 - Uitslag onderzoek;
 - Medicatie en leefregels;
 - Prognose;;
 - Verdere procedure
 - Operatie – aard/verloop/prognose;
 - Voorbereiding narcose en operatiezaal;
 - ‘Nasleep’.
- *Vorm en middelen:* Ook de gebruikte vorm en middelen dienen afgestemd te worden op het traject en de individuele kenmerken van de patiënt. Mogelijkheden zijn hier bv.:
 - mondeling (altijd !);
 - schriftelijk: tekeningen, folders, voorschriften;
 - audiovisueel: foto's, filmpjes, powerpoint;
 - demonstraties: voorbeeld, technisch handelen, prothesemateriaal.
- *Voorlichters:* Bij het voorlichtingsproces zijn heel wat verschillende actoren betrokken:
 - eerste lijn: huisartsen, externe welzijnswerkers,...;
 - medische staf ziekenhuis: cardioloog, radioloog, anesthesist, ...;
 - verpleegkundig klinisch en poliklinisch personeel;
 - laboranten;
 - het ziekenhuis als organisatie;
 - interne welzijnswerkers;

- ex- en medepatiënten;
- media.

Bron: Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995

Voorbeeld 1: Basislijst voorlichtingsmomenten

Bron: Regio Overleg Patiëntenvoorlichting Noord-Brabant en Zeeland (2005). Basislijst voorlichtingsmomenten.

Nummer processtap	Processtap	Voorlichting/ Informatie	Middel	Verantwoordelijke hulpverlener	Aandachtspunt
1	Verwijzing door huisarts	<ul style="list-style-type: none"> • Waarom stuurt de huisarts de patiënt door • Globale gang van zaken op de polikliniek 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesprek 	Huisarts	
2	Verwijzing door huisarts	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe een afspraak te maken met de specialist 	<ul style="list-style-type: none"> • Mondeling • Folder 'Een afspraak maken in het Amphia Ziekenhuis' 	Huisartsassistente	
3	Maken afspraak	<ul style="list-style-type: none"> • Tijd en plaats van de afspraak • Duur van het ziekenhuisbezoek • Pré poli onderzoeken 	<ul style="list-style-type: none"> • Telefonisch • Folder van het pre poli onderzoek 	Medewerker afsprakenbureau	Folder van het pre poli onderzoek wordt door de medewerker opgestuurd.
4	Pré poli onderzoeken	<ul style="list-style-type: none"> • Aard en doel onderzoek • Instructie onderzoek • Tijdsduur onderzoek • Beleving onderzoek 	<ul style="list-style-type: none"> • Mondeling 	Onderzoeksassistent	
5	Spreekuur	<ul style="list-style-type: none"> • Aard en doel ingreep • Complicaties • Alternatieven • Nazorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesprek 	Specialist	Arts vraagt toestemming aan de patiënt voor de ingreep
6	Vorbereidingsplan: POS	<ul style="list-style-type: none"> • Soort anesthesie • Uitleg evt. pre operatieve onderzoeken (aard en doel onderzoek) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mondeling • Evt. folder niet standaard pre operatieve onderzoeken 	Anesthesie medewerker	
7	Vorbereidingsplan: opname verpleegkundige	<ul style="list-style-type: none"> • Aard en doel ingreep • Gang van zaken op afdeling • Tijdsduur opname • Vorbereiding • Nazorg • Leefregels • Continuïteit van zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Mondeling • Folder ingreep/ behandeling (incl. info over anesthesie en standaard pre operatieve onderzoeken) 	Opname verpleegkundige	
8	Vorbereidingsplan: afd. opname	<ul style="list-style-type: none"> • Opnamedatum • Controle afspraak polikliniek 	<ul style="list-style-type: none"> • Mondeling • Opnameboekje 	Afdeling opname	De data en tijden worden in het kader op de achterzijde

			dagopname		folder ingreep/ behandeling geschreven
9	Pre operatieve onderzoeken	<ul style="list-style-type: none"> • Aard en doel onderzoek • Instructie onderzoek • Tijdsduur onderzoek • Beleving onderzoek 	<ul style="list-style-type: none"> • Mondeling 	Onderzoeksassistent	
10	Verpleegafdeling	<p>Vorbereiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Bij) werking premedicatie • Gang van zaken op operatiekwartier • Anesthesie • Tijdsduur ingreep • Instructie voor de ingreep • Beleving ingreep 	<ul style="list-style-type: none"> • Mondeling • Terugkomen op de folder over de ingreep/ behandeling 	Verpleegkundige	
11	Verpleegafdeling	<p>Nazorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evt. verloop ingreep • Wat te doen bij complicaties • Wat eten en drinken • Pijnstilling • Leefregels • Continuïteit van zorg en hulpmiddelen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mondeling • Terugkomen op de folder ingreep/ behandeling 	Verpleegkundige	
12	Controlebezoek	<ul style="list-style-type: none"> • Verloop ingreep • Nazorg en leefregels 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesprek 	Specialist	

Voorbeeld 2: tabel voor processtappen bij het huidige proces orthopedie totale heup/knie operatie

Bron: Zorginnovatief Centrum (2005). Tabel ideale procesbeschrijving. Nieuwe heup/knie. Breda/ Oosterhout: Amphia Ziekenhuis.

Processtap	Verantwoordelijke	Informatiebehoefte	Informatie output	Doelstelling	Opmerkingen
1, 2, 4: Afspraak spreekuur	Medewerker afspraken centrum voor het maken van de afspraak	Patiënt gegevens Planning spreekuur	Afspraak	Patiënt heeft afspraak voor poli bezoek bij de orthopedist en voor het maken foto.	
Nieuw dossier	Medewerker Centraal Medisch Archief (CMA)	Patiënt gegevens	Dossier	Dossier beschikbaar voor voorbereiden spreekuur	
3. X-ray	Radiodiagnostisch laborant voor uitvoering Radioloog voor beoordeling	Verwijsbrief	Beeldvormend materiaal + verslag	X-ray knie/ heup uitgevoerd	
5: Voorbereiden spreekuur	Secretaresse polikliniek	Dossier patiënt Eerder gemaakte röntgenfoto's van de knie Spreekuurlijst		Gegevens zijn verzameld om spreekuur af te handelen	
6. Spreekuur	Orthopedist	Zie 2			
6. (waarschijnlijkheids) diagnose	Orthopedist	Zie 2 + Bevindingen spreekuur	7a,b,c,d Gegevens in dossier, + • voor 7c verwijsbrief fysiotherapie • voor 7d aanvraag vervolgonderzoeken, consult radioloog	Patiënt heeft een diagnose dan wel duidelijkheid omtrent vervolgtraject	Indien waarschijnlijkheids diagnose is diagnose, dan geldt stap 10
6b. Afspraak MRI / CT/ botscan/ heupartrogram	Medewerker radiologie	(Graphical User Interface) GUI Aanvraag/consult	Afspraak	Patiënt heeft een afspraak voor vervolgonderzoek	Al deze onderzoeken gaan op afspraak.
6b. MRI / CT/ botscan/ heupartrogram	Radiodiagnostisch laborant voor uitvoering Radioloog voor beoordeling	Verwijsbrief	Beeldvormend materiaal + verslag	MRI/CT is uitgevoerd	Terug naar 1.
6: Diagnose	Orthopedist	Beeldvormend materiaal Dossier patiënt	Diagnose info Behandelingsinfo Ingevuld PPO formulier	Patiënt weet van behandeling	

6: Medische anamnese patiënt	Orthopedist in dossier Poli-verpleegkundige vult gegevens op Polikliniek Preoperatief Onderzoek (PPO) in	Diagnose informatie Behandelingsinfo Ingevuld PPO formulier	Verder ingevuld PPO Info folders voor patiënt	Medische anamnese is afgenomen, patiënt is geïnformeerd over behandeling	In enkele gevallen bepaalt orthopedist of nog iemand in consult moet komen. Zo nodig meldt orthopedist de patiënt aan voor het meso project.
7. Voorbereidingsplein: POS	Anesthesie medewerker	PPO	Volledig ingevuld PPO met handtekening van patiënt voor toestemming anesthesie. Benodigde pre operatieve onderzoeken.	Patiënt is klaar om gepland te worden voor ingreep. Soms is toch nog een consult bij de anesthesioloog nodig.	Patiënt >40 ECG en bloedonz. Patiënt > 25kg over normgewicht, dan thorax, adipositas in bloed en longfunctie ondz.
8. Opname gesprek	Opname verpleegkundige evt. Transferverpleegkundige, medisch maatschappelijk werk voor aanvraag thuiszorg/ verpleeghuis	PPO Medisch dossier	Mondelinge + schriftelijke info patiënt Verpleegkundig dossier, inclusief anamneseformulier	Patiënt is voorbereid op opname, heeft aanvullende gegevens verstrekt en heeft voorbereidende instructies meegekregen (b.v. laxeren), Continuïteit zorg	
9: planning opname	Medewerker opname	Capaciteit afdeling	Definitieve datum en tijd opname en ingreep Aangegeven in ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) locatie en OPERA	Er is een definitieve planning	
7a. ECG	Laboranten voor uitvoer onderzoeken Poli-Secretaresse voor afvinken beschikbaarheid uitslagen (in wacht)	Aanvraag voor onderzoek Patiëntgegevens	Uitslagen onderzoeken op PPO formulier	Preoperatieve onderzoeken zijn uitgevoerd en gegevens zijn compleet	Voor ECG, bloedonz en thorax hoeft patiënt geen afspraak te maken.
7b. bloedonderzoek	Zie bij 13	Zie bij 13	Zie bij 13	Zie bij 13	Op inloop
7c. thorax, longfunctie ondz.	Zie bij 13	Zie bij 13	Zie bij 13	Zie bij 13	Op inloop

7d. afspraak cardioloog/ longarts					Afhankelijk van leeftijd moet patiënt een ICC bij cardioloog, internist of longarts. Patiënt > 70 standaard internist
7 e. internist					Op inloop
Nabellen	Medewerker opname	herinnering planning	Evt. afmelding van patiënt	Patiënt is herinnerd aan datum	
10: Voorbereiding opname	Secretaresse verpleegafdeling	Dossier patiënt (inclusief leeg anesthesieformulieren PPO) Beeldvormend materiaal + verslagen verpleegafdeling Ponsplaatje		Gegevens van patiënt zijn verzameld	4 a 5 dagen voor de opname op de verpleegafdeling
11: Opname	Secretaresse/verpleegkundige verpleegafdeling	Zie 19			dag van de ingreep
12: vpk check	Verpleegkundige op de afdeling	PPO Medisch dossier	Mondelinge + schriftelijke info patiënt Verpleegkundig dossier, inclusief anamneseformulier	Patiënt is voorbereid op opname, heeft aanvullende gegevens verstrekt en heeft voorbereidende instructies meegekregen (b.v. laxeren)	OP de afdeling blijft het verpleegkundig dossier en het PPO.
13: bloedprikken				Kruisbloed, is 48 uur geldig.	1 dag voor de ingreep of de ochtend voor de ingreep.
12: verpleegkundige voorbereiding					
14: Ontvangst holding	Verpleegkundige verkoever	Medisch dossier PPO	Controle gegevens	Patiënt is van verpleegkundige afdeling aan verpleegkundige verkoever overgedragen	
15: Voorbereiden ingreep	Verpleegkundige verkoever Anesthesist	Medisch dossier PPO	Controle en voorbereidingsgegevens ingevuld in dossier en op	Patiënt is klaar om ingreep te ondergaan	Patiënt ondergaat voorbereidingen om ingreep te kunnen ondergaan; Ruggeprik,

			anesthesieformulier		Infuus, ECG en O2 saturatiemeter aangesloten.
15: Ingreep uitgevoerd	Orthopedist	Zie 19 + ingevuld anesthesieformulier	Nazorg/overdrachtsformulier in folder voor verpleegafdeling	Ingreep is klaar	Operatie verslag wordt gemaakt op eigen systeem en door orthopedist uitgewerkt of gedicteerd.
16: Nazorg verkoever	Verpleegkundige verpleegafdeling	Zie 19 + ingevuld anesthesieformulier	Overdracht gegevens aan verpleegkundige verpleegafdeling		
17: Nazorg op verpleegafdeling	Verpleegkundige verpleegafdeling en fysiotherapeut	Zie 19 + ingevuld anesthesieformulier en overdrachtsformulier in patiëntenfolder	Dossier patiënt Controle gegevens van periode op verpleegafdeling Instructie voor patiënt	Patiënt is voldoende gemobiliseerd en geïnstrueerd	Patiënten in het quick hip programma hebben gem. opnameduur van 5 dagen, andere patiënten gemiddeld 8 of 9 dagen
17: orthopedist	Orthopedist				1 keer per dag
18: fysiotherapie	Fysiotherapeut				2 keer per dag
19: Ontslag	Orthopedist(Verpleegkundige verpleegafdeling voor de uitvoering)	Controle gegevens van periode op verpleegafdeling Instructie voor patiënt	Overdracht huisarts = nazorgformulier Nazorgformulier + afspraakkaart + recept voor de patiënt Dossier patiënt afsluiten en archiveren Beeldvormend materiaal naar radiologie		Dossier en foto's gaan naar archief Patiënt gaat naar de huisarts voor verwijdering van de hechtingen, 2 weken na ontslag.
19. aanvraag x-ray	Orthopedist op afdeling				Door secretaresse afdeling aansluitend aan spreekuur gepland
20. voorbereiden spreekuur	Secretaresse polikliniek	Dossier patiënt Eerder gemaakte röntgen foto's Spreekuurlijst		Gegevens zijn verzameld om spreekuur af te handelen	
20. spreekuur	Orthopedist				6 weken na ontslag

Bijlage II.2.L: Best practice

Do-fase
Stap 13: Best practice guidelines

- Is er literatuur beschikbaar over patiëntenvoorlichting voor deze populatie?
- Zijn er evidence-based richtlijnen beschreven?
- Vergelijk met 'best practice guidelines' (literatuur)
- Zijn er klinische paden voor deze populatie beschikbaar?
- Zijn er benchmarks beschikbaar voor deze populatie?
- Hebben andere ziekenhuizen rond deze populatie extra informatie?

Patiëntenvoorlichting vereist een geïntegreerde multidisciplinaire aanpak.

Ga na of er literatuur beschikbaar is met betrekking tot het gekozen tijds kader - bijvoorbeeld het volledige zorgtraject van opname tot ontslag - voor deze doelgroep en of er evidence-based richtlijnen beschreven worden. Bekijk of andere ziekenhuizen rond deze populatie reeds extra informatie beschikbaar hebben. Vergelijk het huidige en het gewenste patiëntenvoorlichtingsschema (de patiëntenvoorlichtingsrichtlijn) met 'best practice' guidelines zoals ze door toonaangevende organisaties (zoals bv. www.cdc.org, www.cochrane.org, ...) voorgeschreven worden.

Het louter overnemen van een patiëntenvoorlichtingsschema of –pad uit een andere organisatie of ziekenhuis draagt evenwel weinig bij tot de implementatie van patiëntenvoorlichting in de eigen organisatie.

Aanrader

www.cdc.gov

www.cochrane.org

www.cebam.be

Bijlage II.2.M: Het voorlichtingsprotocol: voorbeelden

<p>Check-fase Stap 17: Planning van het volledige voorlichtingsprotocol</p>

Zie ook: bijlage II.2.K: het voorlichtingsprotocol

Voorbeeld 1: gedeelte van een protocol TUR (transurethrale resectie) blaasoperatie of blaasverwijdering

Bron: Patiëntgericht voorlichten. Docentenhandleiding bij het Leerboek voor Verpleegkundigen. Red. Noël Maertens en Nelleke Maris. Utrecht/Nijmegen, Landelijk Centrum GVO en Hogeschool Gelderland, 1992.

Aspecten fasen	Belangrijkste doelen	Inhoud	Vorm en middelen	Belangrijkste voorlichters
1. signalering				- huisarts
2. eerste bezoek polikliniek	- motiveren voor verder onderzoek - informeren - geruststellen	- aard van onderzoek - verdere procedure	- mondelinge overdracht	- uroloog
3. en 4. IVP en cystoscopie (polikliniek)-klinisch	- instrueren - begeleiden - informeren	- voorbereiding voor onderzoek - instructie tijdens onderzoek - uitslag onderzoek - verdere procedure	- mondelinge overdracht - folder IVP - evt. röntgenfoto	- uroloog - röntgenlaborant - polikliniekmedewerker - verpleging
5. beslissing	- informeren - motiveren	- aard van de operatie - prognose - verdere procedure	- mondelinge overdracht - algemene ziekenhuisfolder	- uroloog
6. pre-operatieve periode	- informeren - geruststellen - begeleiden	- voorbereiding op narcose - gang van zaken voor en na de operatie - verloop operatie	- mondelinge overdracht	- uroloog - verpleging - anaesthesist
7. post-operatieve periode	- geruststellen - informeren - begeleiden	- informatie over operatie - verdere procedure	- mondelinge overdracht	- uroloog - verpleging
8. uitslag weefsel	- informeren - geruststellen	- informatie over aard weefsel - verdere procedure	- mondelinge overdracht	

Voorbeeld 2: Algemeen voorlichtingsproces voor total-hip patiënten

Bron: Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, bewerkte versie

	Belangrijkste doelen	Inhoud	Vorm en middelen	Belangrijkste voorlichters
1. signalering				- huisarts
2. consult				
a. inschrijving polikliniek	- informeren - instrueren	- procedure/ gang van zaken - de weg	- mondeling	- polikliniekassistent orthopedie
b. röntgenonderzoek	- informeren - instrueren	- noodzaak onderzoek - werkwijze tijdens het onderzoek	- mondeling	- orthopedist - röntgenlaborante
c. beslissing	- informeren - motiveren	- uitslag onderzoek - total-hip operatie en consequenties - opnameduur 3 weken - revalidatie - noodzaak intern onderzoek	- mondeling	- orthopedist - huisarts
3. inschrijving voor opname	- informeren	- gang van zaken - wachttijd circa 4 maanden	- mondeling/ opnamefolder	- medewerker opname
4. pre-operatieve voorbereiding				
a. intern onderzoek	- informeren	- procedure/ gang van zaken - interne onderzoeken - de weg	- mondeling	- polikliniekassistent interne
b. vervolg intern onderzoek	- informeren	- noodzaak onderzoeken - soorten onderzoeken - uitslag onderzoeken	- mondeling	- internist
c. afspraken pre-operatief onderzoek	--	--	--	- opname
d. bloedafname en urine	--	--	--	- laborant
e. ECG (40-60 jaar)	- informeren - instrueren	- hoe en waarom van het onderzoek - lichaamshouding - wat gaat er met de gegevens gebeuren - de weg	- mondeling	- ECG-laborant
f. röntgenonderzoek (X-thorax)	- instrueren	- werkwijze tijdens het onderzoek	- mondeling	- röntgenlaborant
g. voorbereiding op operatie	- instrueren	- met krukken leren lopen	- oefenen	- fysiotherapeut
5. pre-operatieve klinische periode				
a. opnamedag: binnenkomst	- informeren	- procedure/ gang van zaken	- mondeling	- medewerker opname
b. aankomst op verpleegafdeling	- informeren - begeleiden	- verblijfsinformatie - operatie/ naam chirurg - pre- en postoperatieve zorg - duur van het verblijf - eventuele consequenties bij ontslag	- mondeling	- zaalverpleegkundige - fysiotherapeut

		- hoe en waarom van pre-operatief onderzoek		
c. onderzoeken/ consulten	--	--	- mondeling	- orthopedist - laborante bloedafname - medewerker ECG - internist - cardioloog
d. voorbereiding operatie	- informeren - instrueren - geruststellen	- hoe en waarom van pre-operatief handelen (nuchter, enz.)	- mondeling	- zaalverpleegkundige
		- postoperatieve zorg	- mondeling	- fysiotherapeut
	- informeren - keuze narcosetechniek - geruststellen	- premedicatie en narcosetechniek - postoperatieve maatregelen zoals ICA of hartbewaking met telemetrie	- mondeling	- anesthesist
6. operatie	- instrueren - geruststellen	- gang van zaken bij narcose geven - recovery - ingang operatiekamer aanwijzen	- mondeling	- verpleegkundige OK
7. post-operatieve klinische periode: revalidatie a. eerste dag na OK	- informeren - instrueren - begeleiden/ geruststellen	- motivatie fysiotherapie - risicobevorderende bewegingen - contractumpreventie - oefeningen - leefregels thuis	- mondeling/ demonstraties	- fysiotherapeut - zaalverpleegkundige
b. tweede à derde dag na OK	- informeren - instrueren - motiveren - inzicht geven	- mobilisatieschema - drains - hechtingen - thuissituatie	- mondeling	- arts - fysiotherapeut
c. uit bed				
d. derde à vierde dag na OK	- informeren - begeleiden	- beperkingen door operatie en consequenties voor de thuissituatie - hulp van eerstelijnsvoorzieningen - gang van zaken rvt	- mondeling	- maatschappelijk werker (alleen op indicatie gezinszorg of rvt) - fysiotherapeut
e. rest van het verblijf	- informeren - instrueren - begeleiden	- ingaan op emoties - afspraken verdere verloop medische, verpleegkundige en sociale zorg - mobiliseren/ plat liggen - consequenties na ontslag - voorzieningen in het ziekenhuis, zoals pastorale zorg en bezigheidstherapie - noodzakelijke maatregelen thuis	- mondeling/ oefenen	- zaalverpleegkundige - fysiotherapie - ergotherapie

		- praktische adviezen		
8. ontslag	- informeren - instrueren	- leefregels en motivatie daarvan - controleafspraak - medicatie - fysiotherapie thuis - hulp thuis - enquêteformulier	- mondeling	- teamleider - fysiotherapie - ergotherapie - maatschappelijk werk
9. nacontrole	- informeren	- bevindingen	- mondeling	- orthopedist
10. revalidatie (soms)				- revalidatie-centrum of rvt

Voorbeeld 3: communicatieprotocol tracheostoma bij kinderen

Bron: Handleiding protocollering van Patiëntencommunicatie, bewerkte versie

Voor elk gespreksmoment geldt dat de zorgverlener vraagt of de patiënt nog vragen heeft.

Zorgverlener	Inhoud voorlichting aan ouders (en eventueel het kind)	Actie, middelen, methode
Voor de operatie, op de (verpleeg)afdeling		
A. Intensive care arts (en verpleegkundige)	- noodzaak aanleggen tracheostoma - beoogde effect van de tracheostoma	- mondelinge voorlichting - communicatierichtlijn
B. KNO-arts	- reden voor aanleg tracheostoma - hoe lang het tracheostoma gehandhaafd moet blijven - operatie: horizontale insnede in de huid, opzoeken luchtpijp, verticale snede in de trachea door kraakbeenringetjes, plaatsen geleidehechtingen, plaatsen canule en huidhechtingen - mogelijke complicaties: bloeding (goed op te lossen), lucht onder de huid (verdwijnt vanzelf) - canule vast met band, gaasje - eerste dag thoraxfoto - hechtingen na één week door KNO-arts verwijderd, voor het eerst bandje en canule wissel door KNO-arts - eerste dagen bloederig slijm, vaker uitzuigen - eerste tijd vaak slikproblemen, moeilijk eten en drinken - zelf eten en drinken mag (is voordeel t.o.v. intubatie) - spreken wordt moeilijker, maar is wel mogelijk door lekkage van lucht langs de canule, eventueel spreekklep - andere vormen van communicatie, hulp logopedie - spontaan afsluiten met kin of vinger door kind - taalontwikkeling verloopt trager, maar gaat wel door - huidverzorging Eventueel - meestal bij twijfel wel of niet aanleggen: problemen bij opheffen tracheostoma (bv. stenose trachea)	- mondelinge voorlichting - communicatierichtlijn
C. Verpleegkundige (IC)	- canule en ander voorlichtingsmateriaal laten zien (en eventueel andere kinderen met tracheostoma) - voorbereiding op de operatie - geen stem/niet kunnen praten; andere communicatiemogelijkheden - slikproblemen en hierdoor eet- en drinkproblemen - na één week canulewissel door arts, daarna start stappenplan - pijn na operatie, goede pijnbestrijding - steunhechtingen moeten blijven zitten - eerste dagen na operatie bloederig slijm - uitzuigen canule: in het begin vaak, daarna minder - druppelen canule	- mondelinge voorlichting - voorbereiding ouders op operatie met fotomap - communicatierichtlijn

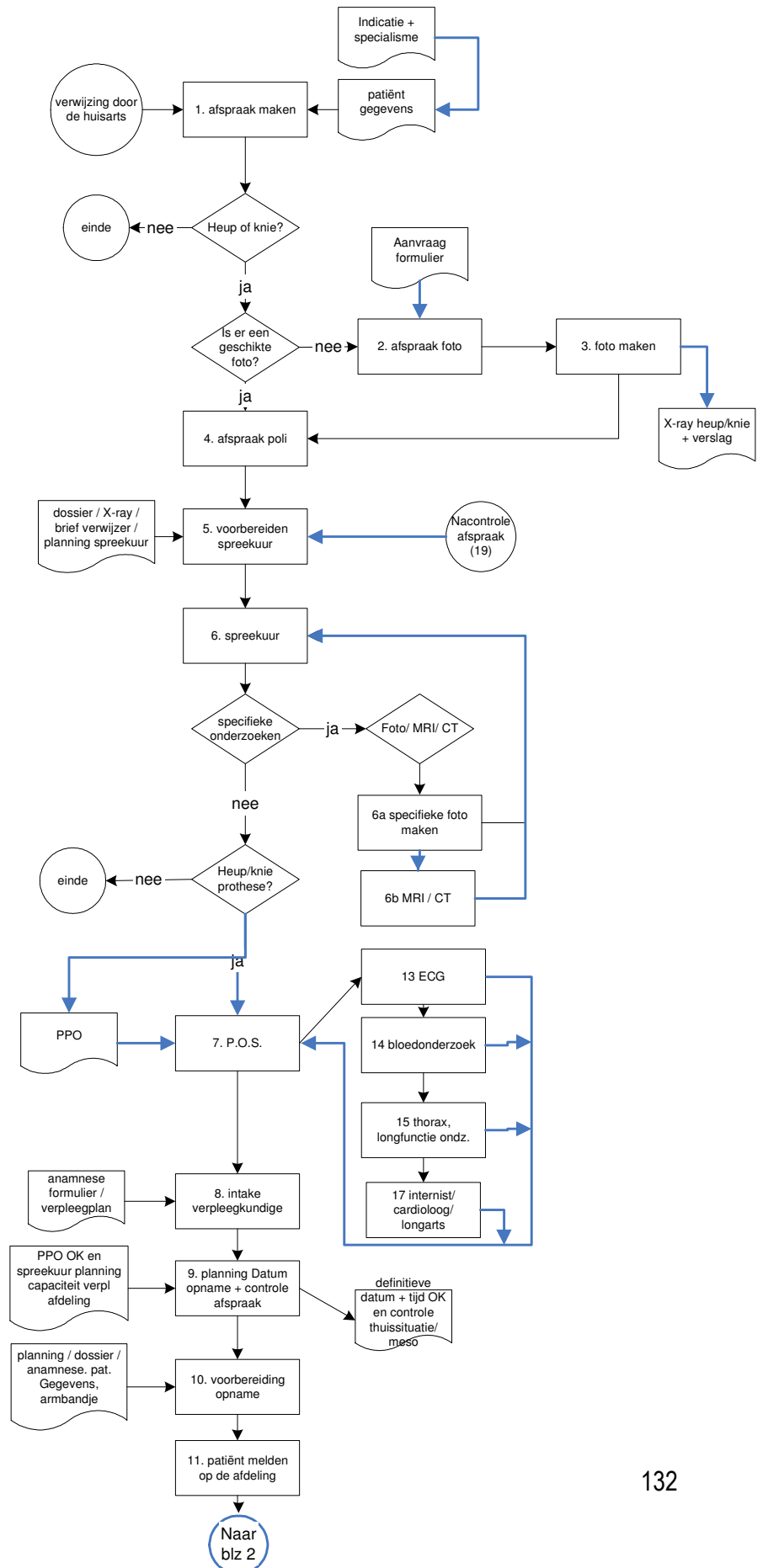
	<ul style="list-style-type: none"> - kortdurende beademing - maagsonde: tegen misselijkheid en lucht in de maag - checken wat de arts verteld heeft; daarop aanvulling geven 	
D. Pedagogisch medewerker	<ul style="list-style-type: none"> - inventariseren wat ouders weten van tracheostoma - uitleg bij voorlichtingsmateriaal - gang van zaken rond inleiding op narcose - situatie vlak na operatie (met behulp van voorlichtingsmateriaal) 	<ul style="list-style-type: none"> - mondelinge voorlichting - voorlichtingsmateriaal laten zien - voorlichtingsmateriaal doornemen, laten zien en passen - communicatierichtlijn
Na de operatie, op IC of verpleegafdeling		
E. KNO-arts	<ul style="list-style-type: none"> - inspelen op vragen van ouders of kind - voorlichting zoals voor de operatie (zie B) 	<ul style="list-style-type: none"> - mondelinge voorlichting - communicatierichtlijn
F. Verpleegkundige	<p>IC</p> <ul style="list-style-type: none"> - afbouwen van de beademing - mogelijke reactie van kind; angst voor weanen/losliggen (afhankelijk van indicatie voor stoma), opgelucht omdat er niet meer beademd hoeft te worden - slikken - uitzuigen en druppelen <p>Of verpleegafdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> - zodra mogelijk start met stappenplan 	<ul style="list-style-type: none"> - mondelinge voorlichting - stimuleren slikken - communicatierichtlijn
G. Pedagogisch medewerker	<ul style="list-style-type: none"> - als wordt opgezien tegen reacties na ontslag: advies geven en oplossingen zoeken - taal- en spraakontwikkeling: mogelijkheden voor stimulatie 	<ul style="list-style-type: none"> - mondelinge voorlichting - ontspannings- en afwijkingsmogelijkheden bieden tijdens afbouw- en beademing of oefenen met spreek- klepje - communicatierichtlijn
'Instructieperiode', op verpleegafdeling (soms IC)		
H. Verpleegkundige	<p>Instructie stappenplan ouders</p> <ul style="list-style-type: none"> - doel en werkwijze stappenplan - huidverzorging - punten zoals vermeld in stappenplan: uitzuigen, verwisselen gaasje en verzorgen stoma, verwisselen canulebandje en canule, balloneren, handelen in noodsituatie - canulewissel <p>Psycho-sociale aspecten</p> <ul style="list-style-type: none"> - aandacht - beperkingen (bv. niet roken in de omgeving van het kind) - toezicht - risico's <p>Overgang van ziekenhuiszorg naar eigen zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - ziekenhuiszorg - perifeer ziekenhuis - mantelzorg en professionele zorg - rol van verschillende zorgverleners na ontslag - bestellen van materialen - overzichtslijst hulpverleners thuissituatie doornemen - medicijnen - waar en bij wie ouders materialen kunnen bestellen - wat ouders moeten doen in een noodsituatie 	<ul style="list-style-type: none"> - mondelinge voorlichting - inschakeling professionele zorg - nagaan of ouders uitzuigapparatuur en – slangen, kunstneus, metalline- en gewone gazen thuis hebben - recepten voor medicijnen geven - eventueel een verpleegk. opdracht schrijven - nagaan of er medische overdracht is - vervoer regelen - communicatierichtlijn
I. KNO-arts	<ul style="list-style-type: none"> - stappenplan - prognose - scopie voor controle (na ongeveer 6 maand) - waar op letten na ontslag - wanneer contact opnemen met specialist 	<ul style="list-style-type: none"> - mondelinge voorlichting - informeren huisarts - informeren plaatselijke kinder en KNO-arts

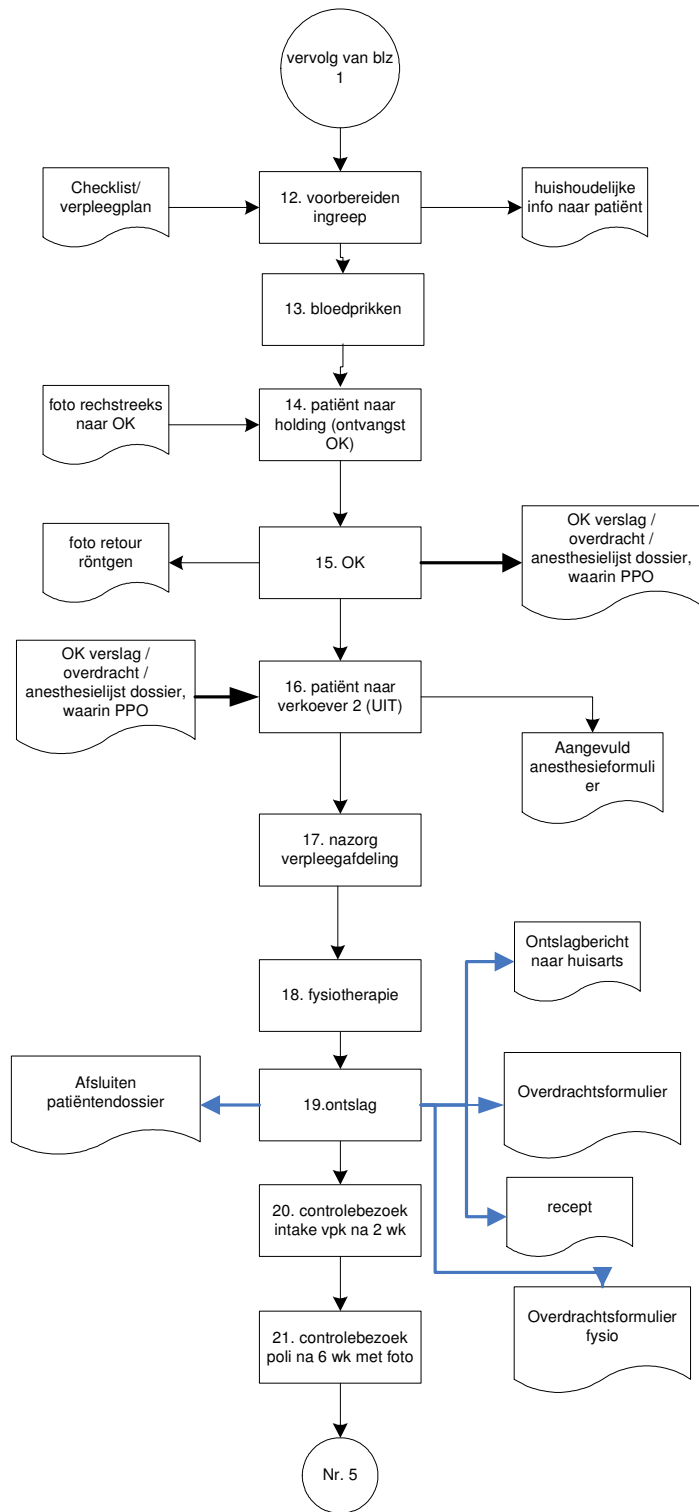
Vlaams Patiëntenplatform

	<ul style="list-style-type: none">- bereikbaarheid zorgverleners na ontslag- toegenomen slijmproductie- gekleurd of bloederig slijm- vaker uitzuigen- saturatie niet optimaal (welke problemen en hoe te behandelen)	<ul style="list-style-type: none">- overdracht periferie/ thuiszorg- communicatierichtlijn
--	--	---

Voorbeeld 4: Stroomdiagram orthopedie totale heup/knie-operatie

Bron: Zorginnovatief Centrum (2005). Tabel ideale procesbeschrijving. Nieuwe heup/knie. Breda/Oosterhout: Amphia Ziekenhuis.





Bijlage II.2.N: Implementatie

Act-fase

De implementatie begint al van bij de start van een project, door het creëren van een draagvlak ervoor. Het moment waarop de werkgroep heel concreet met implementatie aan de slag gaat is echter pas na de ontwikkeling van de middelen.

1. De factoren die het implementatieproces beïnvloeden

Heel wat factoren bepalen de slaagkansen van een implementatieproces: onder andere het product, de doelgroep, de omgeving en de ontwikkelaar of aanbieder.

Stel dat er gekozen is voor een Patiënten Informatie Dossier (PID - *infra*) dan zijn de belangrijkste factoren:

- a. het PID zelf - het product
- b. de zorgverleners die het PID uitreiken - de doelgroep
- c. de situatie waarin het PID gebruikt wordt - de omgeving
- d. de leden van de werkgroep - de ontwikkelaar/ aanbieder

De werkgroep zal moeten nagaan welke factoren bevorderend en belemmerend kunnen werken voor het project. Deze informatie is bepalend voor de keuze van de juiste implementatiestrategieën.

a) De innovatie/ het product

Het PID kan hier als het innovatieve product beschouwd worden. Nieuwe producten of werkwijzen worden sneller geaccepteerd en gebruikt als ze voldoen aan de volgende eisen:

- de gebruiker ziet wat er verbeterd is (wat de meerwaarde is);
- de innovatie sluit goed aan bij het dagelijks werk;
- de innovatie is gemakkelijk om te gebruiken;
- er kan van tevoren mee geoefend worden;
- de gebruiker ziet onmiddellijk wat de resultaten zijn.

b) De doelgroep

Indien men de zorgverleners als gebruikers bekijkt dan zijn eveneens een aantal zaken van belang, zoals:

- leeftijd en ervaring
- gewoonten: als een afdeling steeds een bepaalde manier van werken volgt, is het goed hier met deze innovatie op in te spelen
- vaardigheden en capaciteiten
- leerstijlen: de kennis hierover bepaalt onder meer of het verspreiden van een richtlijn voldoende is of dat het bijvoorbeeld noodzakelijk is om oefensessies te organiseren, ...
- de fase van de verandering waarin de zorgverleners zich bevinden: zijn zij reeds gewend aan het idee of bestaan er nog weerstanden?
- de veranderingsgeneigdheid

c) De omgeving

Naast de individuele gebruikers is ook de omgeving waarin men werkt van belang. Volgende factoren kunnen bij de implementatie een invloed hebben:

- Sociale omgeving: Belangrijk hierbij zijn een aantal kenmerken van patiënten, houding en gedrag van collega's, mening van leiders en sleutelfiguren en de organisatie op de afdeling.

- Structuur:
 - Hoe is een afdeling opgebouwd?
 - Zijn er formele samenwerkingsvormen?
 - Wie begeleidt wie?
 - ...
- Cultuur: Welke waarden en normen zijn er?
- Geldende regels: De introductie van een werkwijze die haaks staat op de gebruikelijke afspraken kost meer moeite dan de introductie van een werkwijze die aansluit bij bestaande gewoonten van zorgverleners.
- Randvoorwaarden zoals geld en tijd.
- Medisch-technische ontwikkelingen.
- Sociaal-politieke context: Wet op de patiëntenrechten, wetgeving met betrekking tot kwaliteit, veranderde eisen van patiënten of zorgverzekeraars, beleidsmakers, ...

d) De ontwikkelaar/ aanbieder

Het is belangrijk dat de leden van de werkgroep:

- betrouwbaar en competent zijn en geloofwaardig overkomen
- een onafhankelijk standpunt innemen
- tijdig de achterban en andere betrokkenen informeren
- voldoende afstemmen met de toekomstige gebruikers

2. Selectie van implementatiemethoden

De gekozen implementatiemethoden sluiten aan bij de factoren - product, doelgroep, omgeving, ontwikkelaar - die in kaart zijn gebracht.

In onderstaand schema enkele voorbeelden van de manier waarop de werkgroep de implementatie kan begeleiden:

Factor	Werkwijze
Innovatie (nieuwe middelen)	<ul style="list-style-type: none"> - betrek de doelgroep bij de ontwikkeling; - bied de mogelijkheid om het middel uit te proberen; - maak de voordelen van de innovatie zichtbaar.
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> - informeren (door); <ul style="list-style-type: none"> ▪ persoonlijke brieven, mailings, ▪ posters, folders, intranet, ▪ herinneringen. - scholen (door), <ul style="list-style-type: none"> ▪ training, workshop, klinische les. - toetsing en feedback, - faciliteren, - aanbieden van praktische ondersteuning (bv. bij automatisering), - aanbieden van consultatiemogelijkheden (en bereikbaar zijn), - overtuigen, - discussies niet uit de weg gaan, - zo nodig discussiebijeenkomsten organiseren.
Omgeving	<ul style="list-style-type: none"> - "gebruik" invloedrijke opinieleiders; - sluit aan bij (afdelings)beleid, regels of randvoorwaarden of pas ze aan; - sluit aan bij de organisatiestructuur of pas ze aan.
Aanbieder/ontwikkelaar	<ul style="list-style-type: none"> - onderhoud een actieve dialoog met de toekomstige gebruikers; - werk aan betrouwbaarheid, competentie en geloofwaardigheid.

3. Het implementatieplan

a) Doelgroep

b) Doelstelling van de invoering

c) Datum van de invoering

d) Proefperiode

Het is belangrijk om hierbij aan te geven:

- hoelang de proeftijd duurt en wanneer ze start en eindigt;
- dat een proefperiode wordt afgesloten met een evaluatie;
- dat er gedurende de proefperiode een actieve bijdrage wordt gevraagd van de zorgverleners die eraan mee werken: ideeën ter verbetering.

e) Contactpersonen

De contactpersonen op de verpleegafdeling en de polikliniek worden vastgelegd, zodat het voor iedereen duidelijk is bij wie men met vragen terecht kan.

f) Introductie

De presentatie van het project gebeurt meestal door iemand van de werkgroep samen met de coördinator patiëntenvoorlichting. Het is belangrijk af te spreken wie voor welke groep de presentatie verzorgt.

g) Implementatiemethodieken

De door de werkgroep gekozen methoden worden vastgelegd en er worden afgesproken wie welke acties onderneemt.

h) Verspreiding van het materiaal

Er moet duidelijk worden aangegeven welke materialen in welke oplage op welke plaats aanwezig moeten zijn op het moment van de invoering.

i) Beheer en update

Duidelijke afspraken over het beheren en bijbestellen van het PID en eventuele andere middelen worden vastgelegd. Het is belangrijk dat deze taak gekoppeld wordt aan een functie. Er moet worden nagegaan in wiens takenpakket dit logischerwijs thuishoort.

Ook over de externe verspreiding worden goede afspraken gemaakt (bijvoorbeeld wat te doen als een ander ziekenhuis materiaal opvraagt). Bepaal tevens wie de eigenaar van de teksten en de onderzoeksgegevens is.

j) Richtlijn voor het gebruik van de middelen

Afspraken worden gemaakt over het gebruik van de nieuwe materialen.

Het gaat onder andere om de volgende afspraken:

- Wie geeft op welk moment het PID mee aan de patiënt?
- Wie geeft op welk moment de eventuele specifieke, aanvullende informatiematerialen mee aan de patiënt?

- Welke activiteiten worden van de verschillende betrokken verwacht? (bijvoorbeeld het invullen van de communicatierichtlijn of de overdrachtsformulieren)

De afspraken worden ook opgenomen in het bestaande communicatieschema.

k) Het maken van afspraken over de drukwerkbegeleiding

Schema: stappenplan implementatie

Stap 1: analyse van de factoren die de implementatie beïnvloeden

↓

Stap 2: selectie van strategieën en maatregelen om de nieuwe werkwijze in te voeren

↓

Stap 3: ontwikkelen en uitvoeren van het implementatieplan

↓

(Continue) evaluatie van de nieuwe werkwijze en materialen

Bron: Handleiding Protocollering van Patiëntencommunicatie, UMC Utrecht, bewerkte versie 2005

Meer informatie over de implementatie en implementatiestrategieën: Grol, R. & Wensing, M. (eds.) (2001). Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Elsevier Gezondheidszorg.

Bijlage II.2.O: Het Patiënteninformatiedossier (PID)

Act-fase

Stap 23: Een definitieve implementatieversie

1. Het PID op maat

Het PID omvat:

- algemene, standaardinformatie over het ziektebeeld, de verpleegafdeling en de behandeling
- gedurende de behandeling wordt daar voor de patiënt relevante informatie aan toegevoegd, bijvoorbeeld informatie over een aanvullende behandeling, medicatie-overzichten, ...

Het PID is een persoonlijk document voor de patiënt dat ook buiten het ziekenhuis een rol kan spelen bijvoorbeeld bij gesprekken over ziekte en behandeling bij de huisarts, thuisverpleegkundige, familie, vrienden,

Een PID wordt uitgewerkt voor een voor de zorginstelling beleidsrelevante groep of een groep die om een andere reden bijzondere aandacht krijgt. Bijvoorbeeld voor chronische patiënten die regelmatig het ziekenhuis bezoeken; patiënten die bij ziekenhuisbezoeken met verschillende disciplines in contact komen.

Een PID vereist een patiëntengroep waarvoor het ziektebeeld enigszins afgebakend kan worden. Sommige ziektebeelden zijn té complex, waardoor de patiënt in aanraking komt met veel verschillende afdelingen. Dit komt de continuïteit in de toepassing van het PID niet ten goede. Voor een dergelijke patiëntengroep wordt naar andere passende middelen gezocht.

**Ieder PID is anders,
afhankelijk van
ondermeer:**

- *het ziektebeeld: bijvoorbeeld. chronische versus acute aandoening*
- *de vereiste mate of graad van zorg*
- *de leeftijd van de patiënt: kind versus volwassene*
- *de behoeften van patiënten*
- *de behoeften van zorgverleners*
- *het aantal betrokken disciplines*
- *de organisatie van zorg en behandeling*

2. Dubbele communicatiestructuur

Een Patiënten Informatie Dossier (PID) wordt gekenmerkt door een dubbele communicatiestructuur: voor de patiënt én de zorgverlener.

2.1. De communicatiestructuur voor de patiënt

De patiënt ontvangt zijn PID bij de start van het zorg- en behandeltraject. Het PID blijft steeds eigendom van de patiënt en hij neemt het steeds mee naar alle zorgverleners

Het PID is een informatiemap bestaande uit:

- **een informatiedeelte** met een beschrijving van het ziektebeeld, de behandeling en de procedures:
 - alle (standaard)informatie over de aandoening, onderzoeken en behandelingsmogelijkheden
 - praktische informatie over de gang van zaken in het ziekenhuis
 - ruimte voor toevoeging van informatie die specifiek voor de patiënt van toepassing is
- **een communicatiedeelte** bestaande uit rapportageformulieren en een aandachtspuntenlijst
 - a) rapportageformulieren: Hierop kunnen zorgverleners specifieke informatie voor de patiënt noteren. Dit kan gaan om informatie die aanvullend op of afwijkend is van de standaardinformatie in het PID. Ook alle mondelinge patiëntspecifieke informatie wordt in het PID opgenomen.
 - b) Aandachtspuntenlijsten: Onderwerpen die tijdens de gesprekken met de diverse zorgverleners aan de orde (kunnen) komen, worden opgelijst zodat de patiënt zich kan voorbereiden op deze gesprekken. Dit moet de patiënt toelaten de informatie tijdens het gesprek beter te begrijpen en beter in zich op te nemen. Er is ook ruimte voorzien om aantekeningen te maken.

Voorbeeld 1: (een deel van) de aandachtspuntenlijst voor acute leukemie bij kinderen

Aandachtspuntenlijst bevestiging diagnose acute leukemie

Gesprek met de kinderarts en de verpleegkundige

<i>De arts bespreekt met u:</i>	<i>Ruimte voor eigen aantekeningen</i>
- uitslagen onderzoeken
- uitleg ziektebeeld	.
- uitleg behandeling
▪ medicatie met bijwerkingen	.
▪ duur behandeling
▪ aanvullende onderzoeken	.
- bloedonderzoek
- lumbaalpunctie	.
- beenmergpunctie
- dexascan	.
- echo van de buik
- röntgenfoto van de borstkas, enkels, knieën en heupen	.
▪ behandeling ziekenhuis, dagbehandeling en thuis	.
- toestemming behandeling
Vervolg: bevestiging diagnose acute leukemie	.

<i>De verpleegkundige bespreekt met u:</i>	.
- hoe het met uw kind en uzelf gaat

afspraak
<i>Bron: Handleiding Protocollering van Patiëntcommunicatie, UMC Utrecht, bewerkte versie 2005</i>	

2.2 De communicatiestructuur voor de zorgverlener

Zorgverleners die informatie aan de patiënt verstrekken kunnen gebruik maken van communicatierichtlijnen en overdrachtsformulieren. De communicatierichtlijn en de overdrachtsformulieren zijn en blijven altijd onderdeel van het patiëntendossier.

- Een **communicatierichtlijn** geeft puntsgewijs aan wie verantwoordelijk is voor welke informatie, wanneer die informatie wordt gegeven, met welke methoden en met welke middelen.

De communicatierichtlijn waarborgt de continuïteit van de voorlichting en is steeds gekoppeld aan een onderliggend protocol of communicatieschema, waarin precies staat uitgewerkt welke informatie bij de verschillende punten dient te worden uitgewerkt.

Het is een efficiënt hulpmiddel om de gegeven voorlichting goed te registreren in het dossier van de patiënt: zorgverleners kunnen elk besproken onderwerp aanvinken op de communicatierichtlijn, wat inhoudt dat de patiënt het volgens protocol werd voorgelicht.

Tip: indien een afdeling reeds werkt met een andere, goede communicatiestructuur, dan kan deze aan het PID worden toegevoegd. In deze gevallen is de invoering van aparte richtlijnen voor de communicatie overbodig.

Het nut van communicatierichtlijnen

Voor **de patiënt** komen de punten in de communicatierichtlijn van de zorgverlener overeen met de onderwerpen op de aandachtspuntenlijst van de patiënt. Hierdoor:

- vergroot de kans dat de voorlichting van zorgverleners voldoet aan de verwachtingen van de patiënt en
- kan de patiënt ook actiever participeren aan het gesprek

Voor **de zorgverleners/het ziekenhuis** ligt de winst van een communicatierichtlijn voornamelijk in de ontwikkeling ervan:

- Bij de ontwikkeling van een communicatierichtlijn gaan zorgverleners met elkaar in overleg en stemmen ze opvattingen over de communicatie met patiënten actief met elkaar af.
- De discussie die naar aanleiding van het ontwikkelen van communicatierichtlijnen ontstaat zorgt in de eerste plaats voor een stuk bewustwording.

Daarnaast wordt er ook een aanzet gegeven naar afstemming en continuïteit van de voorlichting.

Voorbeeld van een communicatierichtlijn afdeling radiotherapie			
Algemene opmerkingen:			
Diagnose code:			
	Besproken		Besproken
A. Administratie		F. Lokalisator	
1. Toezenden Patiënteninformatiedossier	<input type="checkbox"/>	1. Werkwijze lokalisatie/simulatie	<input type="checkbox"/>
		2. Positionering	<input type="checkbox"/>
B. Intake-gesprek		3. Markeringen	<input type="checkbox"/>
1. Doel en werking RT	<input type="checkbox"/>	4. Huidverzorging	<input type="checkbox"/>
2. Lokalisatie, boost	<input type="checkbox"/>	5. Afsprakenlijst	<input type="checkbox"/>
3. Bestralingsschema	<input type="checkbox"/>	Indien relevant:	<input type="checkbox"/>
4. Therapiecontroles	<input type="checkbox"/>	6. Gebruik contrastmiddelen	<input type="checkbox"/>
5. Follow-up	<input type="checkbox"/>	7. Volle/lege blaas	<input type="checkbox"/>
6. Afspraken	<input type="checkbox"/>		
7. Vroege reacties	<input type="checkbox"/>	G. Bestralingstoestel	
8. Late reacties	<input type="checkbox"/>	Eerste bestraling	<input type="checkbox"/>
9. Allergische reacties	<input type="checkbox"/>	1. Uitkleed instructies	<input type="checkbox"/>
10. Wat patiënt zelf kan doen	<input type="checkbox"/>	2. Bedieningsruimte	<input type="checkbox"/>
11. Wie/wanneer bellen bij acute bijwerkingen	<input type="checkbox"/>	3. Werkwijze bestraling	<input type="checkbox"/>
12. Instemming van de patiënt met RT	<input type="checkbox"/>	4. Huidverzorging	<input type="checkbox"/>
13. Meegeven inlegfolder	<input type="checkbox"/>	5. Afsprakenlijst	<input type="checkbox"/>
Indien relevant:	<input type="checkbox"/>	6. Laatste bestraling	<input type="checkbox"/>
14. Bradytherapie	<input type="checkbox"/>	Indien relevant:	<input type="checkbox"/>
15. Mouldroom	<input type="checkbox"/>	7. Volle/lege blaas	<input type="checkbox"/>
16. CT-scan	<input type="checkbox"/>		
17. Diëtiste, mondhygiëniste, fysiotherapie	<input type="checkbox"/>	H. Laatste therapiecontrole	<input type="checkbox"/>
18. Bloed prikken	<input type="checkbox"/>	1. Klachten	<input type="checkbox"/>
19. Uitleg studies	<input type="checkbox"/>	2. Herstel	<input type="checkbox"/>
20. Hulp thuissituatie	<input type="checkbox"/>	3. Bij welke klachten contact opnemen met RT	<input type="checkbox"/>
21. Sociale en psychische gevolgen	<input type="checkbox"/>	4. Gebruik medicijnen	<input type="checkbox"/>
22. Volle/lege blaas	<input type="checkbox"/>	5. Leefregels thuis	<input type="checkbox"/>
		Indien relevant:	<input type="checkbox"/>
C. Brachytherapie		6. Werkhervatting	
1. Opname	<input type="checkbox"/>		
2. Werkwijze	<input type="checkbox"/>	Rapportage	
3. Verblijfskamer, bezoek	<input type="checkbox"/>	
4. Radio-activiteit	<input type="checkbox"/>	
5. Anesthesie/POS-polikliniek	<input type="checkbox"/>	
		
D. Mouldroom		
1. Functie + maken van masker	<input type="checkbox"/>	
		
E. CT-scan		
1. werkwijze CT	<input type="checkbox"/>	
2. Markeringen	<input type="checkbox"/>	
3. Afsprakenlijst	<input type="checkbox"/>	
Indien relevant:	<input type="checkbox"/>	
4. Gebruik contrastmiddelen	<input type="checkbox"/>	

Bron: Handleiding Protocollering van Patiëntcommunicatie, UMC Utrecht, bewerkte versie 2005

- De communicatierichtlijn kan al dan niet worden aangevuld met **overdrachtsformulieren** waarmee zorgverleners informatie over de patiënt aan elkaar doorgeven. Er kan rekening



worden gehouden met bepaalde bijzonderheden. Iedereen heeft een zicht op het tot dan toe afgelegde traject van de patiënt, waardoor de patiënt niet telkens overal hetzelfde verhaal moet vertellen.

Bron: Handleiding Protocollering van Patiëntencommunicatie, UMC Utrecht, bewerkte versie 2005

Bijlage II.2.P: Evaluatie-onderzoek

Act-fase

Stap 29: Nameting en systematische evaluatie van het voorlichtingsprotocol

Evaluatie hoort een onderdeel te zijn van elke (voorlichtings)activiteit. Het is nodig om tekorten op te sporen, na te gaan of de gewenste ontwikkelingen en het uiteindelijk beoogde doel bereikt worden. Een goede evaluatie is met andere woorden een voorwaarde om te zien of een project succesvol is of niet. De evaluatieresultaten laten toe de voorlichtingsmiddelen en de werkwijze verder te verfijnen, zodat ze zoveel mogelijk op maat van patiënten, zorgverleners en organisatie worden uitgewerkt.

Er kunnen in grote lijnen twee soorten evaluaties worden gemaakt:

- **Product- of effectevaluatie:** gericht op de effecten (leiden de ingevoerde veranderingen tot een hogere tevredenheid bij patiënten én zorgverleners) of het product (voldoen de middelen in de praktijk of zijn er aanpassingen nodig).
- **Procesevaluatie** gericht op hoe iets gaat (worden de nieuwe middelen volgens afspraak gebruikt?).

In veel traditionele 'productieprocessen' is evaluatie-onderzoek betrekkelijk eenvoudig: de wijze waarop een product tot stand komt leent zich voor procesevaluatie en het eindproduct zelf kan bv. op kwaliteit en kwantiteit beoordeeld worden (productevaluatie).

In ziekenhuizen is het (zorg)proces tevens het product dat men levert. Het onderscheid tussen proces- en product- of effectevaluatie is er dus veel minder eenvoudig. Toch is het zinvol om dit onderscheid te (proberen) maken, ook wat betreft voorlichtingsactiviteiten.

1. Productevaluatie bij patiëntenvoorlichting

Het product van patiëntenvoorlichting kan bestaan uit:

- toename van kennis
- toename van vaardigheden
- gedragsvaardigheden

In een breder perspectief wordt patiëntenvoorlichting ook gezien als begeleiding.

Voorbeeld van een diabetespatiënt

- **kennis:**
 - Weet de patiënt wat diabetes is?
- **vaardigheden:**
 - Kan de patiënt zelf de nodige hoeveelheden insuline spuiten?
- **gedragsverandering:**
 - Kan de patiënt voorkomen dat een hypoglycemie ontstaat door zich aan een evenwichtig dieet te houden?
- **begeleiding**
 - Heeft de patiënt het gevoel dat hij steeds weet bij wie en waar hij met vragen terecht kan en dan ook effectief antwoord krijgt op die vraag?

Er zijn heel wat verschillende manieren mogelijk om na te gaan in hoeverre voorlichting aan de vooropgestelde doelen beantwoord. Een productevaluatie gebeurt uiteraard meestal met medewerking van de patiënt.

- **kennis:**
 - Navraag doen bij de patiënt of deze kan beschrijven wat een 'hypo' is.
- **vaardigheden:**
 - Controleren of het spuiten goed gaat.

- **gedragsverandering:**
 - Komen hypo's minder voor?
 - Is de patiënt goed afgesteld? (via labo-onderzoek)
- **begeleiding:**
 - Heeft de patiënt nog vragen?
 - Is hij tevreden?

2. Procesevaluatie

Anders dan het effectonderzoek is procesevaluatie bij elke voorlichtingsactiviteit voortdurend noodzakelijk. Van elk voorstel ter verbetering moet worden nagegaan of het inderdaad werkt. Ingewikkeld wetenschappelijk onderzoek is daarvoor niet nodig. Er zijn betrekkelijk eenvoudige manieren die vaak al vanzelfsprekend in de uitvoering van het project zijn ingepast. Bij procesevaluatie kan men zich bijvoorbeeld de vraag stellen of de nieuwe middelen volgens afspraak gebruikt worden.

Er zijn heel wat richtlijnen waaraan voorlichtingsmaterialen bijvoorbeeld folders, audiovisuele materialen, moeten voldoen (*Zie bijlage II.1.E informatiemateriaal*). Een volstrekt ander, maar even belangrijk punt is uiteraard dat het materiaal op het juiste moment moet worden uitgereikt, getoond, gedemonstreerd, Periodiek nagaan (via vragen en eigen observaties) of dit (nog steeds) gebeurt is dus een vorm van procesevaluatie.

Zorgverleners in het ziekenhuis zijn diegenen die het best weten of de inhoud van de voorlichting correct is. Zo kan de informatie in een externe folder of een dvd het best kritisch worden bekeken door de groep medewerkers die ermee moet werken.

Patiëntenraadpleging wordt uiteraard niet enkel gebruikt om het effect van voorlichting na te gaan, maar kan ook een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van een goed voorlichtingstraject.

Bron: Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting, Landelijk Centrum GVO, bewerkte/aangepaste versie 1995