

Informed consent

Een kwalitatief onderzoek naar het geven van gezondheidsvoorlichting aan ziekenhuispatiënten boven de 75 jaar, opgenomen in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam



Datum	: 13-01- 2014
Onderzoekers	: Aldert Poot, Mariët Slijkhuis
Opdrachtgever	: mw. drs. L. Bos
Onderzoeksinstelling	: Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam
Afstudeerbegeleider	: drs. A. Bos
Beoordelaar	: mw. drs. M. Klasens- Vergunst
Afstudeerinstelling	: Christelijke Hogeschool Ede, Ede
Opleiding	: HBO-Verpleegkunde

INHOUDSOPGAVE

1.	Voorwoord	4
2.	Samenvatting	5
3.	Inleiding.....	6
3.1	Aanleiding.....	6
3.1.1	Ouderen in Nederland.....	6
3.1.2	Senior Friendly Hospitals in Canada	6
3.1.3	Seniorvriendelijke ziekenhuizen in Nederland	6
3.1.4	Eerder onderzoek	7
3.2	Probleemstelling.....	7
3.3	Vraagstelling	8
3.4	Doelstelling	8
4.	Methodiek.....	9
4.1	Onderzoeksdesign	9
4.2	Data-analyse	10
4.3	Locatie	10
4.4	Populatie.....	11
4.5	Betrouwbaarheid/ Validiteit.....	11
4.6	Ethische aspecten van het onderzoek	12
5	Resultaten	13
5.1	Inleiding	13
5.2	Deelvraag 1.....	13
5.2.1	Fasciliterende voorlichting	13
5.2.2	Kennisniveau	14
5.2.3	Tijdsdruk.....	15
5.2.4	Verantwoording	16
5.3	Deelvraag 2.....	17
5.3.1	Adaptatie.....	17
5.3.2	Multidisciplinariteit	18

5.3.3	Richtlijnen/ protocollen	18
5.4	Deelvraag 3	19
5.4.1	Inleiding.....	19
5.4.2	Aandacht voor medicatie	19
5.4.3	Voorkomen van heropname	20
5.5	Deelvraag 4	22
5.5.1	Aandacht voor medicatie	22
5.5.2	Voorkomen van heropname	23
5.6	Kwantitatieve triangulatie	23
6	Conclusies.....	25
7	Aanbevelingen.....	27
8	Discussie.....	28
8.1	Onderzoeksproces	28
8.2	Onderzoeksproduct	28
8.2.1	Wat betekenen de resultaten?	28
8.2.2	Bruikbaarheid	29
8.2.3	Validiteit en Betrouwbaarheid	29
9.	Literatuur	31
10.	Bijlagen.....	36
10.1	Onderbouwing keuze patientenpopulatie.....	36
10.2	Demografische gegevens respondenten	37
10.3	Enquête verpleegafdelingen.....	38
10.4	Inhoudelijk Logboek	40
10.5	Kwantitatieve triangulatie	42
10.6	Coderinglijsten.....	43

1. VOORWOORD

Voor u ligt het eindverslag voor het afstudeeronderzoek dat is uitgevoerd door Aldert Poot en Mariët Slijkhuis. Wij volgen de opleiding HBO-Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede en ronden de opleiding af met deze scriptie.

De opdrachtgever voor dit onderzoek is het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam, waar één van ons, Aldert, werkzaam is. Het onderzoek zal zich dan ook richten op deze instelling. De tweede onderzoeker, Mariët, is werkzaam in het Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede. Het Sint Franciscus Gasthuis is een topklinisch ziekenhuis in Rotterdam. In topklinische ziekenhuizen en zeker ook in het Sint Franciscus Gasthuis staan onderwijs en opleiding, bevorderen van hooggewaardeerde en gespecialiseerde zorg, toegepast wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie hoog in het vaandel. Het Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede is een streekziekenhuis met als speerpunten 'Voeding en Beweging'.

Wij volgen de duale variant van de opleiding, wat inhoudt dat wij naast de opleiding werkzaam zijn in de genoemde ziekenhuizen. Aldert is op dit moment werkzaam op de afdeling Reumatologie / Interne / Nefrologie / Dermatologie, Mariët is werkzaam op de afdeling Chirurgie Vaat / Traumatologie.

Ondanks alle tegenslagen die wij op persoonlijk en professioneel vlak te verduren kregen, willen we onze dank uitspreken naar onze beide partners, Johan en Marjonneke, die ons te allen tijde gesteund hebben. Daarnaast is onze kennis op het gebied van het doen van onderzoek door onze kritische afstudeerbegeleider Auke Bos aan ons overgedragen, waarvoor wij hem zeer erkentelijk zijn. We zijn blij dat we met een kwalitatief goed onderzoek hebben kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zorg in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam!

Als laatste willen we het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam, en met name Linda Bos, bedanken voor de mogelijkheden die zij hebben geboden voor de uitvoering van het onderzoek.

Tot slot wensen we u/jij veel leesgenoegen tijdens het bekijken van ons eindverslag!

Aldert Poot
Mariët Slijkhuis

2. SAMENVATTING

Vanuit Canada is het concept 'Senior Friendly Hospital' overgekomen naar Nederland. Dit concept houdt in dat ziekenhuizen door middel van kwaliteitscriteria worden getoetst op de mate waarin zij aansluiten bij de oudere zorgvrager en diens omgeving. In Nederland zijn in maart 2013 alle ziekenhuizen bezocht door accreditoren, ook wel 'senior scouts' genoemd. Het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam, het topklinische ziekenhuis van Rotterdam, heeft nog geen keurmerk mogen ontvangen en wil naar aanleiding van deze wereldwijde ontwikkeling de zorg voor de kwetsbare ouderen verbeteren.

Deze kwaliteitsverbetering willen zij bewerkstelligen door het onderzoeken van de verpleegkundige voorlichting aan de zorgvrager van 75 jaar en ouder. Uitgangspunten voor dit onderzoek zijn twee kwaliteitscriteria, namelijk: 'aandacht voor medicatie' en 'het voorkomen van heropname'. Vanuit deze achtergrond rijst de volgende doelstelling op:

"Op welke wijze kan de verpleegkundige voorlichting, die gegeven wordt aan patiënten van 75 jaar en ouder over de kwaliteitscriteria 'medicatie' en 'het voorkomen van heropname' op de interne afdelingen in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam, worden verbeterd?"

Er is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd door middel van semigestructureerde interviews onder 6 verpleegkundigen en 2 afdelingsmangers op de afdelingen Reumatologie / Interne / Nefrologie / Dermatologie en Oncologie / Hematologie / Interne van het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam. Daarnaast is ook de verpleegkundig specialist geriatrie erbij betrokken. De onderzoekers hebben in kaart gebracht hoe de verpleegkundige voorlichting over de genoemde kwaliteitscriteria plaatsvindt. Daarnaast hebben de onderzoekers de resultaten vergeleken met een eerder gedaan literatuuronderzoek en aanvullende literatuur om aanbevelingen ter implementatie te kunnen doen en daarmee de verbinding tussen theorie en praktijk te leggen.

In de interviews kwamen een aantal hoofdzaken naar voren. Allereerst vindt er voornamelijk faciliterende voorlichting plaats; alleen bij vragen van de zorgvrager of diens familie wordt er informatie verstrekt betreffende medicatie en leefregels. Daarnaast speelt ook het kennisniveau van zowel de verpleegkundige als de patiënt een rol in de mate waarin er voorlichting wordt gegeven. Informatie over medicatie wordt beperkt tot de naam, indicatie, werking en eventuele bijwerking van het medicament. Ten derde draagt de tijdsdruk ertoe bij dat de prioriteit van voorlichting geven lager ligt dan de overige verpleegkundige taken. Ook de verantwoordelijkheid voor de voorlichting zorgt voor onduidelijkheid, verantwoordelijkheid wordt niet alleen gedeeld met de patiënt, maar ook op multidisciplinair niveau is niet altijd duidelijk wie welke informatie verstrekt. Op het gebied de aanpassing van verpleegkundigen aan ouderen in het geven van voorlichting, adaptatie, geven de verpleegkundigen aan dat er in de praktijk te weinig rekening wordt gehouden met de beperkingen die leeftijd en medische achtergronden met zich mee brengen. Tenslotte ontbreekt er in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam richtlijnen/protocolen met betrekking tot de informatievoorziening aan ouderen boven de 75 jaar. Uit de interviews blijkt dat hier wel behoefte aan is.

Geconcludeerd kan worden dat de informatievoorziening aan ouderen boven de 75 jaar in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam verbeterd kan worden door een drietal zaken: bewustwording creëren onder de verpleegkundigen over het belang van voorlichting aan ouderen, duidelijkheid scheppen over de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige en ten derde het ontwikkelen van een ontslaggesprek wat aansluit bij de wensen en behoeften van de verpleegafdelingen Reumatologie/ Interne/ Nefrologie/ Dermatologie en Oncologie / Hematologie / Interne.

3. INLEIDING

3.1 AANLEIDING

3.1.1 OUDEREN IN NEDERLAND

In Nederland is een dubbele vergrijzing gaande. Enerzijds houdt dit in dat de gemiddelde leeftijd van de Nederlander stijgt, wat betekent dat er meer ouderen zijn. Anderzijds wordt de ontwikkeling gezien dat Nederlandse ouderen steeds ouder worden; de levensverwachting stijgt (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009). Tezamen wordt dit de dubbele vergrijzing genoemd. In 2012 is 12,1% van de Nederlandse bevolking tussen de 65 en 80 jaar oud, een stijgende lijn zoals te zien is in vergelijking met voorgaande jaren. In het jaar 2000 bevond 10,4% van de Nederlanders zich in deze leeftijdscategorie, zo blijkt uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2012). Dit betekent dat er steeds meer ouderen zijn en dat deze groep blijft groeien. De verwachting is dat deze trend zich voortzet en dat de oudere bevolkingsgroep steeds groter wordt. Het aantal 65-plussers zal groeien van 2,4 miljoen nu, naar 4,6 miljoen ouderen in Nederland in 2040 (CBS, 2011).

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt eveneens dat het aantal ziekenhuisopnames onder deze bevolkingsgroep stijgt. Het aantal ziekenhuisopnamen per 10.000 inwoners steeg onder de 65-plussers van 3131 in 1995 naar 5521 in 2010. Dat is een toename van ruim 75%. Onder de 65-minners nam het aantal ziekenhuisopnamen toe met 59% (CBS, 2012). Dit is een ontwikkeling die zich naast de vergrijzing voordoet. Eerder genoemde effecten van de vergrijzing, een hogere gemiddelde leeftijd van de Nederlandse bevolking en een hogere levensverwachting, hoeven niet per definitie effecten te hebben op de gezondheidszorg. Zoals echter eerder uiteengezet heeft de vergrijzing wel degelijk effect op de gezondheidszorg.

3.1.2 SENIOR FRIENDLY HOSPITALS IN CANADA

De zorgen rondom ouderen zijn niet alleen de zorgen van Nederland. Ook in andere landen, zoals Canada, is hier aandacht voor en is er gekeken naar een manier om de zorg voor ouderen in ziekenhuizen te optimaliseren.

In Canada is er in 2012 een toolkit opgezet om de zorg voor ouderen in ziekenhuizen in goede banen te leiden, rekening houdend met de zwakkere gezondheid van ouderen om zo kwalitatief goede zorg te leveren die passend is bij de mogelijkheden en beperkingen van deze patiëntengroep. Deze toolkit is ontwikkeld vanuit de alledaagse, multidisciplinaire uitdaging om aan kwetsbare ouderen goede zorg te leveren om zo te voorkomen dat de ziekenhuisopname afbraak doet aan hun toch al minderende gezondheid (Senior Friendly Hospitals, 2013). In deze toolkit is de definitie van oudere niet nader omschreven, maar door ontwikkelaar K. Wong is aangegeven dat het gaat om ouderen boven de 65 jaar. Hij geeft aan dat leeftijd niet de belangrijkste afbakening is, maar dat risico op functieverlies en onderliggend lijden tevens essentiële aspecten zijn in het bepalen van de definitie van 'senior'.

3.1.3 SENIORVRIENDELIJKE ZIEKENHUIZEN IN NEDERLAND

Het proces wat in Canada is doorlopen om kwalitatief goede zorg te ontwikkelen en te leveren aan ouderen, is in Nederland ook opgepakt. Op dit moment speelt er tevens in Nederland een actueel project rondom zogeheten seniorvriendelijke ziekenhuizen. Dit project omvat vier jaar en is opgezet door en voor ouderen. De deelnemende organisaties die tevens bepalen in welke mate een ziekenhuis seniorvriendelijk is, zijn: Unie Katholieke Bond van Ouderen (Unie KBO), Protestants Christelijke Ouderenbond (PCOB), Nederlandse

Vereniging van Organisaties van Gepensioneerden (NVOG) en het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM) (Seniorvriendelijk ziekenhuis, 2013).

Het project binnen Nederland is erop gericht om in kaart te brengen welke ziekenhuizen in Nederland seniorvriendelijk zijn. Dit gebeurt aan de hand van hiervoor opgestelde kwaliteitscriteria (Seniorvriendelijk ziekenhuis, 2013). Deze kwaliteitscriteria zijn erop gericht om te toetsen hoe seniorvriendelijk de zorg is die geboden wordt in Nederlandse ziekenhuizen. In 2013 zijn alle ziekenhuizen in Nederland bezocht door speciaal opgeleide 'senior scouts' die onderzoek hebben gedaan naar de mate waarin ziekenhuizen voldoen aan deze kwaliteitscriteria. Hieruit is gebleken dat 47 van de 127 bezochte ziekenhuizen voldoen aan de kwaliteitscriteria en daarmee aan het keurmerk 'Seniorvriendelijk Ziekenhuis' (Seniorvriendelijk ziekenhuis, 2013). Bij het bezoek aan het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam is gebleken dat er niet wordt voldaan aan de gestelde kwaliteitscriteria, een reden te meer om verder onderzoek te gaan doen naar de zorg aan ouderen in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam.

Twee van de onderdelen van deze kwaliteitscriteria zijn 'aandacht voor medicatie' en 'het voorkomen van heropname' bij oudere patiënten. Dit zijn tevens de aspecten waar de onderzoekers zich op hebben gericht.

3.1.4 EERDER ONDERZOEK

In het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam is eerder onderzoek gedaan naar het effect van een ziekenhuisopname op ouderen. Dit onderzoek is gedaan door A.K. Donkersloot en G.D. van der Sman (Donkersloot & Sman, 2012) richtte zich met name op het optredend functieverlies na een opname. Deze onderzoekers voerden dit onderzoek uit als scriptie voor de studie HBO-verpleegkunde aan de Hogeschool Rotterdam.

Daarnaast is er literatuurstudie gedaan naar de verpleegkundige informatievoorziening aan patiënten van 75 jaar en ouder, specifiek gericht op de kwaliteitscriteria van Seniorvriendelijke ziekenhuizen 'aandacht voor medicatie' en 'het voorkomen van heropname' (Huijser, Poot & Slijkhuis, 2013). Uit dit literatuuronderzoek zijn een aantal resultaten en aanbevelingen gekomen. Zo bleek dat er geen bruikbare methode bestaat voor het voorlichten van deze patiëntencategorie over deze specifieke onderwerpen, 'aandacht voor medicatie' en 'het voorkomen van heropname'.

Eén van de aanbevelingen die voortgekomen is uit het literatuuronderzoek, is om praktijkonderzoek te doen naar een eenduidige manier om verpleegkundige voorlichting te geven aan patiënten van 75 jaar en ouder, gericht op de onderwerpen 'aandacht voor medicatie' en 'het voorkomen van heropname'.

3.2 PROBLEEMSTELLING

Vanuit het eerder gedane literatuuronderzoek naar het geven van voorlichting door verpleegkundigen aan patiënten van 75 jaar en ouder over de onderwerpen 'aandacht voor medicatie' en 'het voorkomen van heropname' – zoals dit beschreven staat in de kwaliteitscriteria van Seniorvriendelijke Ziekenhuizen -, blijkt dat er geen methode gevonden is voor het verpleegkundig voorlichten van patiënten van 75 jaar en ouder over deze onderwerpen (Huijser, Poot & Slijkhuis, 2013). Daarnaast is het niet behalen van het keurmerk 'Seniorvriendelijk Ziekenhuis' tevens een drijfveer om verder onderzoek te doen binnen het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam.

Vanuit het onderzoek van Donkersloot & van der Sman (2012) en de huidige praktijk in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam, is er behoefte geuit aan een eenduidige manier om voorlichting te geven aan patiënten van 75 jaar en ouder met betrekking tot deze onderwerpen.

3.3 VRAAGSTELLING

De onderzoekers willen door middel van de volgende vraagstelling onderzoek gaan doen:

“Op welke wijze kan de verpleegkundige voorlichting, die gegeven wordt aan patiënten van 75 jaar en ouder over de kwaliteitscriteria ‘medicatie’ en ‘het voorkomen van heropname’ op de interne afdelingen van het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam, worden verbeterd?”

Deze hoofdvraag wordt beantwoord aan de hand van vier deelvragen, om tot een uiteindelijke conclusie en antwoord op de gestelde vraag te kunnen komen.

De deelvragen zijn als volgt geformuleerd:

1. Op welke wijze wordt informatie verstrekt over medicatie door verpleegkundigen aan patiënten van 75 jaar en ouder en welke knel- en verbeterpunten worden hierin ervaren?
2. Op welke wijze wordt informatie verstrekt over het voorkomen van heropname door verpleegkundigen aan patiënten van 75 jaar en ouder en welke knel- en verbeterpunten worden hierin ervaren?
3. Welke aanvullende literatuur is er beschikbaar over de onderwerpen ‘aandacht voor medicatie’ en ‘voorkomen van heropname’ in het kader van Seniorvriendelijke Ziekenhuizen?
4. In hoeverre komen de bevindingen van het praktijkonderzoek overeen met het gedane literatuuronderzoek door Huijser, Poot en Slijkhuis (2013) en welke verbeterpunten kunnen hieruit worden ontwikkeld?

De onderzoekers richten zich op de intentionele gezondheidsbevordering (Sassen, 2010), daar de verpleegkundige met zijn/haar voorlichting een verandering bij de patiënt wil bewerkstellingen in kennis, attitude en gedrag. De voorlichting is het initiatief van de verpleegkundige, waarbij zij er voor kiest om de voorlichting te geven. Het is aan de patiënt om de beoogde gedragsverandering daadwerkelijk te ‘ondergaan’.

3.4 DOELSTELLING

De onderzoekers willen de volgende doelstelling hiermee beantwoorden:

“Aan het einde van dit onderzoek is er een onderzoeksverslag beschikbaar met daarin beschreven welke kennis, houding en vaardigheden verpleegkundigen van het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam moeten hebben bij het geven van voorlichting aan patiënten van 75 jaar en ouder met betrekking tot medicatie en het voorkomen van heropname.”

4. METHODIEK

In eerder gedaan literatuuronderzoek (Huijser, Poot, & Slijkhuis, 2013) is naar voren gekomen dat er een aantal aspecten van wezenlijk belang zijn bij het geven van voorlichting aan ouderen boven de 75 jaar over medicatie en het voorkomen van heropname, te weten: reden van gebruik van het medicijn, wijze van inname, werking, bijwerkingen en interacties met andere medicamenten. Wat betreft het voorkomen van heropname is het belangrijk dat er bij ontslag voorlichting wordt gegeven over dieet, leefregels, medicatie, ziekte-inzicht en wat te doen bij complicaties na een opname.

Om deze bevindingen te kunnen integreren in de praktijk is er eerst een praktijkonderzoek gedaan naar de wijze waarop de voorlichting over de betreffende onderwerpen nu georganiseerd is en uitgevoerd wordt.

4.1 ONDERZOEKSDESIGN

Er is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd door middel van een zestal semigestructureerde interviews onder (senior-) verpleegkundigen in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam. De keuze voor deze vorm van onderzoeken is gebaseerd op literatuur (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005) (Verhoeven, 2010) en reeds eerder verkregen feedback. De keuze voor een kwalitatief onderzoek is gebaseerd op het feit dat het niet alleen van belang is om te weten welke voorlichting er wordt gegeven, maar ook de achterliggende reden waarom wel of waarom geen voorlichting te geven.

Daarnaast hebben de onderzoekers een duo-interview afgenomen bij de afdelingsmanagers van de afdelingen Reumatologie / Interne / Nefrologie / Dermatologie en Oncologie / Hematologie / Interne, zodat de integratie van knel- en verbeterpunten wordt vergemakkelijkt en dit de praktische toepasbaarheid van het onderzoek verhoogd. Ook het feit dat afdelingsmanagers goed op de hoogte zijn van protocollen en organisatorische factoren speelt een rol bij de totstandkoming van deze keuze. Elk interview met een verpleegkundige is door de onderzoekers gezamenlijk afgenomen. Doordat de onderzoekers gezamenlijk de interviews afnemen zorgen de onderzoekers ervoor dat er op alle gebieden een volledig beeld wordt gecreëerd en vullen de onderzoekers elkaar, waar nodig, aan.

De keuze voor een individueel interview is gebaseerd op het feit dat het voor de onderzoekers belangrijk is om naast feitelijke informatie ook subjectieve informatie te verkrijgen over de informatievoorziening op de afdeling. Zoals omschreven in Baarda et al. (2005) " bestaat er het risico dat mensen zich laten beïnvloeden door de groepsgenoten" (p. 231). Zoals gezegd moet er dus ruimte zijn voor de subjectieve beleving van de respondent; een belangrijke basis om dit te bewerkstelligen is het hanteren van een topiclijst.

Om de kwaliteiten met betrekking tot gespreksvoering te vergroten, hebben de onderzoekers een proef-interview afgenomen bij een willekeurige verpleegkundige van het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam. Dit interview is niet opgenomen in de resultaatbeschrijvingen.

De keuze voor de verschillende topics is gebaseerd op het eerder gedane literatuuronderzoek van Huijser et al. (2013), om er zodoende zorg voor te dragen dat enerzijds alle vragen worden beantwoord die relevant zijn voor de onderzoeksvraag en anderzijds dat de onderzoekers in staat zijn om bruikbare en niet bruikbare informatie gedurende het praktijkonderzoek te kunnen onderscheiden van elkaar. Ook hebben de onderzoekers in de topiclijst zichtbaar een ontwikkeling in de moeilijkheidsgraad van de topics/vragen laten zien door te beginnen met vragen over de organisatie van voorlichting en daarna door te vragen hoe de voorlichting in de praktijk verloopt. Deze manier van interviewen heeft meer kans op respons en vergroot tevens de betrokkenheid van de respondent bij het onderwerp (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005).

De topics, zoals die zijn voortgekomen uit het gedane literatuuronderzoek, zijn:

- Aandacht voor medicatie: reden van gebruik medicatie, wijze van inname medicatie, werking van medicatie, bijwerkingen van medicatie, interacties met andere medicatie, knel- en verbeterpunten informatievoorziening.
- Voorkomen van heropname: dieet, leefregels, ziekte-inzicht, wat te doen bij complicaties thuis, knel- en verbeterpunten informatievoorziening.

Deze topics hebben het raamwerk gevormd voor de afgenomen interviews door de onderzoekers.

Tenslotte hebben de onderzoekers vijftig enquêtes verspreid op de eerder genoemde verpleegafdelingen met één stelling per kerncategorie om er zorg voor te dragen dat er geen overhaaste generalisaties zijn gemaakt. De generalisatie van het onderzoek naar afdelingsbreed niveau is hiermee gewaarborgd.

4.2 DATA-ANALYSE

Het analyseren van de te verzamelen gegevens is vooraf gegaan door het documenteren van de schriftelijke versie van de interviews. Vervolgens hebben de onderzoekers afzonderlijk alle interviews doorgelezen en open gecodeerd. Dit houdt in dat uitspraken van de respondenten zijn voorzien van een code, waarin de lading van het gesprokene wordt gedekt. Dit open coderen is gedaan in het tekstverwerkingsprogramma Word van Microsoft, aangezien het leren hanteren van software voor kwalitatief onderzoek een tijdrovende factor zou zijn. Doordat de onderzoekers vervolgens met elkaar hebben besproken welke fragmenten tekst ze hebben gecodeerd en met welke code, voorkwamen de onderzoekers dat de subjectiviteit de onderzoeksresultaten zou kunnen beïnvloeden. Deze wijze van coderen wordt ook wel aangeduid als 'inter-rater reliability' (Boeije, 2012). De onderzoekers zijn bij afwijkende codering met elkaar in gesprek gegaan om onderzoeksresultaten te kunnen objectiveren. Om die reden werden er voorafgaand aan de interviews nog geen codes ontwikkeld, namelijk om subjectiviteit te beperken. In dit stadium van onderzoek werd er nog niet vergeleken met de probleemstelling, hoofd- en deelvragen en de lijn van het onderzoek, om te voorkomen dat de onderzoekers een vooringenomenheid zouden hebben met betrekking tot de topics en daardoor belangrijke informatie zouden kunnen missen. Ook het meelesen en de beoordeling van de werkbegeleider draagt bij aan de objectivering van de onderzoeksresultaten.

De tweede stap die door de onderzoekers is gezet, is het axiaal coderen. Waar eerst vanuit het gesprokene door de respondent codes werd beschreven, werd er nu vanuit de codes gekeken naar het gesprokene, waardoor bepaalde uitspraken beter konden worden vergeleken en uitspraken met een zelfde lading samengevoegd. Door het axiaal coderen werd het aantal codes geminimaliseerd tot datgene wat gerelateerd is aan de probleemomschrijving.

Als laatste stap werden er bij de overgebleven codes een aantal kerncategorieën benoemd door de onderzoekers. Deze kerncategorieën, ook wel labels genoemd, zijn de begrippen die uiteindelijk hebben geleid tot het schrijven van de conclusies die getrokken zijn uit het praktijkonderzoek.

4.3 LOCATIE

De locatie van de te houden interviews waren een tweetal gespreksruimtes in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam buiten de verpleegafdelingen. Deze keuze is gemaakt omdat dit ertoe bij heeft gedragen dat er minder kans was om gestoord te worden, dat de concentratie werd bevorderd en tevens ervoor zorgde dat alle interviews onder gelijke omstandigheden werden afgenomen.

4.4 POPULATIE

De keuze voor de populatie is een belangrijk onderdeel voor de kans op succes in het uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam is de opdrachtgever en tevens is binnen dit ziekenhuis het praktijkonderzoek uitgevoerd. Het praktijkonderzoek is uitgevoerd op de afdelingen Reumatologie / Interne / Nefrologie / Dermatologie en Oncologie / Hematologie / Interne omdat op deze afdelingen het grootste percentage ouderen boven de 75 jaar wordt opgenomen (Sint Franciscus Gasthuis, 2012) (zie hoofdstuk 10.1).

Om zo concreet mogelijke aanbevelingen te kunnen geven is het belangrijk dat de onderzoeksgroep zo specifiek mogelijk is. Dit gegeven heeft ertoe geleid dat het onderzoek zich heeft gericht op deze twee afdelingen, aangezien de combinatie van een groot aantal oudere patiënten en het specialisme ideaal zijn om een goed onderzoek te kunnen doen.

Doel van het interview is geweest om te onderzoeken hoe de voorlichting organisatorisch in protocollen is vastgelegd en hoe deze voorlichting in de praktijk plaatsvindt. Vanuit die visie is ervoor gekozen om per afdeling een seniorverpleegkundige, een verpleegkundige met aandachtsveld 'voorlichting' en een gediplomeerd verpleegkundige te interviewen. Door deze verscheidenheid aan respondenten hebben de onderzoekers vanuit diverse oogpunten het onderwerp 'voorlichting' aan de kaak gesteld. In overleg met de afdelingsmanagers zijn er uiteindelijk twee seniorverpleegkundigen, twee jonggediplomeerde verpleegkundigen, een oncologieverpleegkundige en een verpleegkundige met scholing geriatrie geïnterviewd. Ook besteedden de onderzoekers aandacht aan de beweegredenen van de verpleegkundigen om af te wijken van datgene wat, indien van toepassing, protocollair is vastgelegd. Aangezien er geen verpleegkundigen zijn met aandachtsgebied 'ouderen' of 'voorlichting', was deze samenstelling het meest divers. Om de expertise met betrekking tot ouderenzorg aan te vullen, is tevens de verpleegkundige specialist geriatrie geïnterviewd om de aanbevelingen praktijkgericht te kunnen verwoorden. In totaal zijn er zes verpleegkundigen, twee afdelingsmanagers en een verpleegkundig specialist geriatrie geïnterviewd.

Wat betreft de enquêtes zijn er in totaal 50 exemplaren verspreid, 24 op de afdeling Reumatologie / Interne / Nefrologie / Dermatologie en 26 op de afdeling Oncologie / Hematologie / Interne. De populatie omvatte uit alle gediplomeerde verpleegkundigen van beide afdelingen, met uitzondering van verpleegkundigen met (ziekte-) verlof.

Om de aanbevelingen beter te kunnen implementeren is het van belang dat er binnen de populatie draagvlak ontstaat hiervoor. Naast het belang van implementatie is ook de kennis van organisatorische randzaken een beweegreden om te kiezen voor een duo-interview met de afdelingsmanagers van beide afdelingen. In dit interview zijn niet de topics, maar de resultaten van de interviews met verpleegkundigen leidend geweest.

4.5 BETROUWBAARHEID/ VALIDITEIT

Anders dan in kwantitatief onderzoek, is kwalitatief onderzoek over het algemeen niet statistisch generaliseerbaar. Bij kwalitatief onderzoek is de inhoudelijke generaliseerbaarheid van belang en niet zozeer de statistische generaliseerbaarheid (Verhoeven, 2010). Toch is het van belang om toevalligheden in interviewer, respondent en locatie te voorkomen. Om betrouwbaarheid te vergroten, hebben de onderzoekers er zorg voor gedragen dat het onderzoek op een legitieme wijze plaatsvindt. Aangezien één onderzoeker werkzaam is op de afdeling Reumatologie / Interne / Nefrologie / Dermatologie, heeft hij de leidende rol gehad in de interviews die op de afdeling Oncologie / Hematologie / Interne werden afgenomen, om te voorkomen dat er ongewenste beïnvloeding zou plaatsvinden op de afdeling waar de onderzoeker werkzaam is. Hiermee werd tevens het aantal sociaal wenselijke antwoorden ingeperkt. Wat betreft de locatie hebben de onderzoekers, voor zover mogelijk, de interviews in vergelijkbare setting plaats laten vinden.

Om de wijze van onderzoek te onderbouwen is er in een inhoudelijk logboek beschreven welke keuzes zijn gemaakt in het onderzoek en op basis van welke gegevens/bronnen/aannames. Ook hebben de onderzoekers 'peer evaluation' toegepast door alle afgenomen interviews afzonderlijk te labelen en coderen en daarna elkaar te beoordelen en feedback te geven, waarna de bevindingen onderling werden besproken en waar nodig aangepast.

Als laatste stap in het proces naar optimale betrouwbaarheid zouden de onderzoekers er zorg voor dragen dat niet alle interviews op één dag zouden worden afgenomen. Door tussentijds te analyseren werd de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot (Boeije, 2012).

4.6 ETHISCHE ASPECTEN VAN HET ONDERZOEK

Aangezien er in dit onderzoek geen sprake was van patiëntenonderzoek, was er geen noodzakelijkheid tot het verkrijgen van toestemming van de medisch-ethische commissie van het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam. De onderzoekers hebben rekening gehouden met de ethische aspecten van het doen van onderzoek door allereerst toestemming te vragen voor het onderwerp van afstuderen aan de opdrachtgever. Daarnaast zijn de afdelingsmanagers op de hoogte gesteld en gevraagd voor hun medewerking aan het onderzoek. De afdeling Informatie & Control werd betrokken voor de argumentatie van de keuze van onderzoeksafdelingen en ook daarbij is toestemming verleend voor het verstrekken van opnamecijfers met betrekking tot de oudere zorgvragers. De respondenten zijn op de hoogte gesteld van de inhoud van het onderzoek en het gegeven dat de interviews zouden worden opgenomen. Tenslotte zijn de interviews geanonimiseerd, waardoor de resultaten niet te herleiden zijn tot de betreffende individuele respondent.

5 RESULTATEN

5.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk zullen de bevindingen van het zestal interviews onder de verpleegkundigen van de afdelingen Reumatologie / Interne / Nefrologie / Dermatologie en Oncologie / Hematologie / Interne uiteen worden gezet. De leeftijd van de respondenten varieerden van 24 jaar tot en met 34 jaar, de werkervaring van 1,5 jaar tot en met 11 jaar in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam. Aangezien het aantal respondenten in relatie tot de grootte van de verpleegkundige teams beperkt was, zijn de bevindingen getrianguleerd door een enquête onder de overige verpleegkundigen op de betreffende afdelingen.

In de onderstaande paragrafen zullen achtereenvolgens de resultaten van de deelvragen worden beschreven. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen, hebben de onderzoekers in een aantal gevallen kwantitatieve gegevens beschreven. Doordat de onderzoeksresultaten zijn beschreven aan de hand van de gevonden kernlabels uit de interviews, overlappen de huidige voorlichting en de ervaren knel- en verbeterpunten elkaar.

5.2 DEELVRAAG 1

“Op welke wijze wordt informatie verstrekt over medicatie door verpleegkundigen aan patiënten van 75 jaar en ouder en welke knel- en verbeterpunten worden hierin ervaren?”

5.2.1 FASCILITERENDE VOORLICHTING

In de praktijk wordt door de verpleegkundigen ervaren dat er weinig informatie wordt verstrekt door verpleegkundigen over medicatie. *Hier wordt weinig voorlichting over gegeven ... in het algemeen (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-03, 49).* In het geven van voorlichting aan ouderen boven de 75 jaar op interne afdelingen is er over het algemeen sprake van vraaggestuurde, oftewel fasciliterende voorlichting. In de praktijk houdt dit in dat de voorlichting wordt gegeven op het moment dat er een actieve vraag is vanuit de patiënt naar informatie over de behandeling, medicatie of leefregels. *Zodra ze er wel naar vragen, dan geef ik altijd uitleg eigenlijk (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-03, 40-41). Nou, dat doe ik eigenlijk meer als de patiënt daar echt om vraagt ... Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-02, 206).*

De verpleegkundige bepaalt op basis van inzicht en mensenkennis of er behoefte is aan informatie bij de oudere patiënt. Dit is bepalend voor de mate waarin zij voorlichting geeft. Hier is geen standaard methode voor, zo wordt aangegeven. *Door te vragen of ze wat gehad hebben aan de voorlichting breng ik in kaart of een patiënt behoefte heeft aan voorlichting over medicatie (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-06, 170).* Er werd in de interviews gezegd dat er de vraag leeft in hoeverre de oudere patiënt daadwerkelijk behoefte heeft aan voorlichting, hoe de verpleegkundige voorlichting door de oudere patiënt ervaren wordt en ook of deze voorlichting voldoende is. Ten aanzien van de oudere patiënt wordt er naast fasciliterende voorlichting ook nagevraagd bij de oudere patiënten of de verstrekte informatie begrepen is en of er nog aanvullingen nodig zijn.

Ook aan familie wordt over het algemeen alleen informatie verstrekt wanneer zij daar zelf om vragen. *Als de familie aanwezig is op het moment dat je langskomt en ze vragen ernaar, dan krijgen ze uitleg (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-05, 106-107).* De familie wordt verder niet of nauwelijks betrokken in de voorlichting, tenzij de patiënt door zijn of haar psychische gesteldheid (bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een delier of dementie) niet in staat is om voorlichting op een juiste en adequate manier te ontvangen en te verwerken. Op initiatief

van de verpleegkundige wordt de familie dan soms wel betrokken in de voorlichting. Verpleegkundigen geven echter ook aan dat dit nog veel te weinig gebeurt. Verder wordt er door een aantal verpleegkundigen aangegeven dat zij, op het moment van psychisch disfunctioneren, bijvoorbeeld in de vorm van een delier, stoppen met het geven van voorlichting omdat de informatie door de patiënt niet wordt begrepen of opgenomen.

Verpleegkundigen geven verder aan dat er wel voorlichting wordt gegeven op initiatief van de verpleegkundige wanneer er nieuwe medicatie wordt gestart door de arts. Deze informatie wordt aan elke patiënt verstrekt, op het moment dat de medicatie gedeeld wordt. *Ja, ik denk dat je aan iedere patiënt informatie geeft ... over nieuwe medicatie die gestart wordt (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-01, 43-44).* Verpleegkundigen geven dan uit zichzelf voorlichting over het nieuwe medicament. Deze voorlichting is summier, zo werd aangegeven; er wordt voorlichting gegeven door verpleegkundigen over de globale werking van de medicatie, de belangrijkste bijwerking, het tijdstip en de frequentie van inname en de wijze van inname. *Ja, dan probeer ik het wel zo eenvoudig mogelijk uit te leggen, ... waarom ze de medicatie krijgen en waar ze op moeten letten (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-05, 38-39).*

Door de verpleegkundigen wordt voorlichting gegeven over hoe te handelen bij complicaties na ontslag. Dit gebeurt vanuit initiatief van de verpleegkundige. Hierin is wel onderscheid te zien tussen patiënten van het afdelingsspecialisme, oncologische en nefrologische patiënten en overige interne patiënten. Voor patiënten van een gespecialiseerde categorie is er een gestandaardiseerd zorgproces wat ook omvat wat patiënten dienen te doen en bij wie zij terecht kunnen bij complicaties na ontslag. Voor de overige interne patiënten geldt dat zij na ontslag bij de huisarts terecht kunnen bij complicaties. Verpleegkundigen vertellen dit aan de patiënt, maar zij geven ook aan dat dit niet standaard gebeurt. Niet alle verpleegkundigen geven dus aan de patiënt de informatie om zich bij de huisarts te melden wanneer er zich complicaties voordoen.

5.2.2 KENNISNIVEAU

In de gehouden interviews is er een tweedeling zichtbaar als het gaat om kennisniveau; enerzijds het kennisniveau van de verpleegkundige en anderzijds het kennisniveau van de oudere patiënt. Verpleegkundigen hebben over het algemeen wel algemene kennis over de meest voorkomende medicatie, de werking en indicatie, en in beperkte mate van de bijwerkingen van deze medicatie. In mindere mate hebben zij kennis van de interacties en verdere bijwerkingen. Opvallend is ook dat verpleegkundigen weinig beschikking hebben over informatiebronnen met betrekking tot medicatie. *Ik kom het toch soms wel eens tegen dat er niet voldoende informatie beschikbaar is voor de verpleging over een bepaald medicijn (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-01, 306-307).* Dit resulteert in een kennistekort, wat ervoor kan zorgen dat de voorlichting die gegeven wordt door verpleegkundigen over deze ziektebeelden en bijbehorende medicatie, onjuist of onvolledig kan zijn. *Onze informatieverstrekking is niet altijd even goed of even accuraat (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-03, 184-185).*

Het kennistekort van verpleegkundigen kent meerdere oorzaken. De belangrijkste oorzaak komt voort uit intrinsieke motivatie van de verpleegkundige. Het is haar eigen verantwoordelijkheid om zich te blijven ontwikkelen en zo haar kennis up-to-date te houden. Er wordt echter door verpleegkundigen gezien dat deze verantwoordelijkheid niet altijd wordt genomen en dat collega's geen initiatief nemen om hun kennis te ontwikkelen. *Ik denk dat dat een stuk eigen verantwoording is van de verpleegkundige, dat je dat inderdaad bijhoudt (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-03, 248-249).*

Oudere patiënten hebben vaak een kennistekort op het gebied van medicatie. Door multimorbiditeit en polyfarmacie hebben zij geen overzicht meer over hun eigen ziekteproces. Toch wordt er ook door verpleegkundigen vanuit gegaan dat patiënten weten waartoe de door hen gebruikte medicatie dient en welke leefregels voor hen belangrijk zijn. Het is de taak van de verpleegkundige om in te schatten wat het ziekte-inzicht is van patiënten. Het ziekte-inzicht van een patiënt is bepalend voor de inhoud van de voorlichting die gegeven wordt. Deze inschatting kan gemaakt worden door de patiënt hierover te bevragen. Het is echter lastig

een balans te vinden voor verpleegkundigen tussen de verantwoordelijkheid van de patiënt en de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige op het gebied van het respectievelijk vragen om informatie en het geven van informatie, zo blijkt uit de interviews.

Eén van de knelpunten die ervaren wordt, is het ontbreken van voldoende informatie over medicatie. Een verpleegkundige gaf aan dat zij graag een database zou willen waaruit zij informatie kan putten om zo goede voorlichting te geven. *Ik kom het toch soms wel eens tegen dat er niet voldoende informatie beschikbaar is voor de verpleging over een bepaald medicijn (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-01, 306-307). Ja, het is er wel, alleen het kost veel tijd om het allemaal op te zoeken. Weet je wel, dan zou het makkelijker zijn in een database, eh, overzicht staan, dat zou al heel erg schelen. Want ik kom uiteindelijk wel aan mijn informatie, maar het kost me veel tijd om daar aan te komen (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-01, 332-334).* Een ander knelpunt wat genoemd werd op het gebied van kennis is onduidelijkheid in het elektronisch dossier van de patiënt. Wanneer er niet bekend is of iemand een bepaald dieet heeft, of een vochtbeperking doordat dit niet vermeldt staat in het dossier, zorgt dit in de praktijk voor onduidelijkheid.

Tot slot werd als knelpunt benoemd dat de snelle start in de ochtend, waarbij verpleegkundigen direct starten met de werkzaamheden na een mondelinge overdracht en pas later toekomen aan het lezen van de dossiers, ervoor zorgt dat verpleegkundigen niet alle informatie paraat hebben, wat er voor kan zorgen dat er onjuiste of onvolledige voorlichting gegeven kan worden. *En het is vaak tien uur, half elf eer dat je in het systeem echt goed gaat kijken. (...) Dan ga je er maar vanuit dat iemand anders een ontslag geregeld heeft, dat daar alle papieren bij zitten. Ja, het is heel lullig maar zo werkt het wel. [stilte] Dus daar zit denk ik wel een deel van de knelpunten (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-03, 405-407).*

5.2.3 TIJDSDRUK

Door verpleegkundigen wordt tijdsdruk unaniem ervaren als belemmering in het geven van voorlichting. Dit heeft met verschillende oorzaken te maken:

- a) Verpleegkundigen hebben veel vooronderstellingen.
- b) Wijze van voorlichting.
- c) Noodzaak van voorlichting.

Verpleegkundigen hebben veel vooronderstellingen

Allereerst zijn er veel vooronderstellingen onder verpleegkundigen over het geven van voorlichting en de noodzaak hiervan. *Daarom denk ik ook niet dat er heel vaak voorlichting nodig is om te geven (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-04, 287).* Deze uitspraak werd gedaan door een verpleegkundige die aangaf dat er over leefregels geen voorlichting noodzakelijk is bij interne problematiek. Er wordt vermoedt dat voorlichting over leefregels meer iets is voor chirurgische afdelingen en patiënten.

Wijze van voorlichting

Ook wordt er aangegeven dat er geen informatie wordt gegeven, omdat ouderen 'het toch niet begrijpen'. Wanneer er sprake is van verminderde cognitie, hebben verpleegkundigen het idee dat het dan geen zin heeft om nog voorlichting te geven aan de patiënt. Als de voorlichting al gegeven wordt, vindt deze mondeling plaats. Ondanks de beschikbaarheid van een ruime hoeveelheid aan informatiefolders over uiteenlopende onderwerpen, wordt er weinig tot geen gebruik van gemaakt. *Ik denk er gewoon niet aan (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-03, 356).* Ook de digitale omgeving voor richtlijnen/protocollen, I-document, wordt zeer weinig gebruikt. Dit wordt herkend door zowel de afdelingsmanagers als door de verpleegkundig specialist geriatrie. *Voorlichting geven, dat dat niet alleen uit dat koppie hoeft, maar dat je inderdaad i-documents, heb je folders en als je ze niet hebt dan kun je vragen of zoek ze op (Poot&Slijkhuis, 2014, 09122013-01, 264-265).*

Noodzaak van voorlichting

Daarnaast wordt er op dit moment weinig tijd vrijgemaakt voor het geven van voorlichting. Wanneer verpleegkundigen inzien dat het belangrijk is om voorlichting te geven over de genoemde onderwerpen, kunnen zij hier meer prioriteit aan geven, zo gaven de geïnterviewde verpleegkundigen aan. *Voorlichting is een belangrijk onderdeel van het verpleegkundig vak waarvoor je tijd als verpleegkundige tijd voor moet vrijmaken (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-01.)* De bewustwording van de verpleegkundigen voor het erkennen van het belang van het geven van goede voorlichting is dus belangrijk.

Ook de drukte van de dag is een oorzaak van het ervaren van tijdsdruk. Verpleegkundigen geven aan dat, zeker tijdens de ochtend, de routine van de dag weinig ruimte laat voor voorlichting. Verpleegkundigen zijn dan druk met medicatie uitzetten, delen en moeten ook nog tijdig klaar zijn voor de artsenvisite. *Je hebt 's ochtends ongeveer een half uurtje om je medicijnen uit te zetten, dan moet je ze nog uitdelen. (...) Ja je kan er wel een uur over doen, maar dat heb je eigenlijk niet. De patiënt moet gewoon om acht, tussen acht en negen z'n medicijnen hebben. Dus daar loop je al tegenaan, dan zit je natuurlijk dat je, voor een bepaalde tijd moet je weer klaar zijn, voor de arts dat je de visite in moet (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-03, 250-254).*

Daarnaast is er de korte opnameperiode wat een oorzaak kan zijn van het ervaren van tijdsdruk. Dit werd zowel door een verpleegkundige als door de afdelingsmanager genoemd. Voordat een verpleegkundige goede voorlichting kan geven, is de patiënt alweer aan het toewerken naar ontslag.

Tot slot werd genoemd dat, zeker bij afdelingsspecifieke patiënten zoals oncologische en nefrologische patiënten, de voorlichting gegeven moet worden door kundig personeel. *En zeker aan onze oncologische patiënten, ja, dat gebeurt gewoon door de oncologieverpleegkundige zeg maar (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-01, 275-276).* In het geval van de oncologische patiënten betekent dit dat de voorlichting het liefste gegeven wordt door een oncologieverpleegkundige. In de praktijk betekent dit, dat er weinig personeel is wat ingezet kan worden in de voorlichting. Vaak is deze verpleegkundige ook nog de eerstverantwoordelijke, wat zorgt voor nog meer (tijds-)druk.

5.2.4 VERANTWOORDING

Verantwoordelijkheid over het geven van voorlichting is een item wat zorgt voor een spanningsveld bij de verpleegkundigen. Enerzijds zien verpleegkundigen het als de taak en verantwoordelijkheid van de betrokken disciplines om patiënten voorlichting te geven. Anderzijds leggen zij de verantwoordelijkheid voor het vragen van voorlichting en, vooral ook, wat patiënten vervolgens doen met die voorlichting, bij de patiënt neer. *Het ligt vaak dan ook bij de verantwoording van de patiënt uiteindelijk (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-03-299).* Verpleegkundigen geven aan dat het aan de patiënt zelf is om bijvoorbeeld ziekte-inzicht te ontwikkelen wanneer hij wilsbekwaam is. Ook het zich houden aan een dieet en aan leefregels is de verantwoordelijkheid van de patiënt. *Dat is ook een stuk verantwoordelijkheid van de patiënt. Mensen weten dat ze het moeten ehh, dat ze zeg maar een vochtbeperking krijgen. Dat krijgen ze ook uitgelegd meestal door de dokter (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-03, 279-280).*

Toch is het een lastig onderwerp, zo blijkt uit de interviews. Verpleegkundigen erkennen dat de verantwoordelijkheid voor het verstrekken van informatie primair bij de zorgverleners ligt. Ze kennen een grote taak toe aan de betrokken disciplines als de arts, de diabetesverpleegkundige en de diëtiste. Daarnaast zien zij, in mindere mate, hun eigen verantwoordelijkheid hierin. Ze geven ook aan dat de zorgverleners degenen zijn die de informatie dienen te verstrekken, ook aan oudere patiënten, ondanks cognitieve problematiek of wanneer de patiënten ogenschijnlijk de informatie niet goed begrijpen of opnemen. Daarnaast ervaren ze het als hun taak om in te spelen op situaties en vragen die er spelen. *Je kan altijd vragen beantwoorden en ergens op inspelen als er een tekort is natuurlijk (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-04, 418-419).* Desondanks geven zij

ook aan dat zij stuiten op weerstand, wanneer patiënten niet openstaan voor het ontvangen van informatie, of dat patiënten therapieontrouw zijn. De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor wat patiënten doen met de verstrekte informatie ligt bij de patiënt zelf.

5.3 DEELVRAAG 2

“Op welke wijze wordt informatie verstrekt over het voorkomen van heropname door verpleegkundigen aan patiënten van 75 jaar en ouder en welke knel- en verbeterpunten worden hierin ervaren?”

5.3.1 ADAPTATIE

Verpleegkundigen op de interne afdelingen geven aan dat er niet specifiek rekening gehouden wordt met de leeftijd van de patiënt in het geven van voorlichting. *Ik denk niet dat ik dat heel bewust heel leeftijdsafhankelijk doe (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-01, 66).* Toch blijkt uit de interviews dat er in beperkte mate wel rekening wordt gehouden met de oudere patiënt in het geven van voorlichting. Op dit moment worden de volgende verpleegkundige interventies uitgevoerd op de interne afdelingen, verdeeld over een aantal facetten:

- Auditieve beperkingen: verstaanbaar spreken, gehoorapparaten indoen en schriftelijk materiaal verstrekken.
- Visuele beperkingen: vertellen welke medicatie gegeven wordt, baxterrol voor medicatie, aan de ‘goede’ kant staan waar de patiënt het beste ziet bij het verstrekken van informatie, praktische hulp door medicatie uit de verpakking te halen, medicatie aan te reiken en hulp bij inname door medicatie zo nodig op te lossen of voor toediening klaar te maken.
- Verwerking informatie: herhalen van verstrekte informatie en controleren of informatie begrepen is wordt in beperkte mate gedaan.
- Nazorgtraject: familie betrekken in eindstadium opname, baxterrol voor oudere patiënten en een overdracht naar andere zorginstelling/thuiszorg.

In het geven van voorlichting over heropname komen er een aantal knelpunten naar voren. In de eerste plaats geven de verpleegkundigen aan dat er met ouderen veel geduld nodig is om informatie eenvoudig te verstrekken, herhaaldelijk te informeren en te controleren of informatie begrepen is. Dit is echter niet altijd op te brengen, wordt aangegeven in de interviews. *Met ouderen moet je gewoon meer geduld hebben (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-06, 260).* Affiniteit met de oudere zorgvrager speelt daarnaast een belangrijke rol in de mate waarin de verpleegkundige geduld kan opbrengen om de oudere zorgvrager voor te lichten.

Een tweede knelpunt is het geven van voorlichting aan delirante, demente en psychiatrische patiënten. Verpleegkundigen geven aan dat op het moment dat informatie niet wordt begrepen er wordt gestopt met het geven van voorlichting en dat handelingen zonder verdere uitleg worden uitgevoerd. *Maar je merkt dat het soms niet aankomt, dat mensen het niet begrijpen en dan, stop ik vaak ook. Of dan zeg ik: ‘nou, neem het maar gewoon in, want het is wat de dokter zegt’ (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-06, 89-90).*

Ook gaven de verpleegkundigen aan dat er wat hen betreft twee verbeterpunten zijn op het gebied van het geven van voorlichting over leefregels aan de oudere patiënt. Er wordt aangegeven dat het wat betreft de leefregels zeer nuttig zou zijn om een ontslaggesprek in te stellen om daarmee zowel medicatie als leefregels bespreekbaar te maken. *Ja, daar hebben we al vaker bij stil gestaan dat wij eigenlijk vinden dat je een standaard ontslaggesprek zou moeten voeren waarin je dit soort punten allemaal naloopt (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-03, 227-228).* Daarbij zou dan ook familie betrokken kunnen worden, zodat er tevens wordt ingespeeld op het, soms, beperkte cognitieve vermogen van de oudere patiënt. Door de verpleegkundigen wordt dit gezien als een apart gesprek met de patiënt, diens familie, een verpleegkundige en eventueel een

arts. Uit het aanvullende interview met de afdelingsmanagers blijkt dat op één van de afdelingen het idee voor een ontslaggesprek al eens is geopperd. De afdelingsmanagers geven aan dat een ontslaggesprek alleen functioneel zou zijn in de praktijk als dit geïntegreerd wordt in de verpleegkundige zorg en niet zozeer in een apart gesprek. Door de ervaren drukte is een apart gesprek geen optie. Op een andere afdeling loopt een trial waarin één verpleegkundige voor alle patiënten het ontslaggesprek doet. Het nadeel hiervan is dat deze verpleegkundige op de hoogte moet zijn van alle opnames en de inhoudelijke informatie.

Daarnaast is het verstrekken van schriftelijk voorlichtingsmateriaal een genoemd verbeterpunt, wat verder wordt uitgewerkt in de volgende paragraaf.

5.3.2 MULTIDISCIPLINARITEIT

Allereerst wordt er aangegeven dat het geven van voorlichting door de verpleegkundige in veel gevallen overbodig is. De verpleegkundigen vinden het belangrijk dat de voorlichting wordt gegeven door diegene die de meeste kennis op dat vakgebied bezit, de expert. Door deze zienswijze is de plaats van de verpleegkundige op het gebied van voorlichting over leefregels naar achteren gedrongen. *Daar zijn die disciplines voor die allemaal op hun eigen vakgebied de meeste kennis hebben, die het beste voorlichting kunnen geven natuurlijk (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-04, 421-423). En: ik denk dat ... niet alleen iets is van de verpleegkundigen maar ook gewoon ... bij meerdere disciplines ligt.(Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-02, 290-291).*

Het knelpunt wat de verpleegkundigen ervaren op het gebied van multidisciplinariteit, is dat ze in de praktijk vaak tegenkomen dat informatie door andere disciplines niet verstrekt is. In de interviews kwam bijvoorbeeld het starten van nieuwe medicatie naar voren, waar de arts de patiënt van op de hoogte zou moeten brengen. *Een arts die heeft een middel gestart en de patiënt die is daar niet van op de hoogte (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112913-02, 127-128).* Daarnaast speelt het overdragen van kennis op het gebied van voorlichting een rol in het verbeteren van de voorlichting, als het gaat over multidisciplinariteit. In de praktijk wordt er nog te weinig gebruik gemaakt van de mogelijkheden in het Elektronisch Verpleegkundig Dossier (EVD) om door middel van het communicatie-tabblad verslag te leggen van de verstrekte informatie of de verkregen informatie. Door meer gegevens inzichtelijk te maken op het gebied van informatievoorziening, kan de informatievoorziening in zijn totaliteit verbeterd worden.

5.3.3 RICHTLIJNEN/ PROTOCOLLEN

De belangrijkste uitspraak die er gedaan werd op het gebied van richtlijnen en protocollen is deze: *iets over voorlichting, daar weet ik niet of daar protocollen over bestaan (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-03, 461-462).* De verpleegkundigen zijn niet op de hoogte van richtlijnen of protocollen betreffende de voorlichting in zijn algemeenheid en tevens over medicatie of het voorkomen van heropname. De afdelingsmanagers bevestigen dit; er zijn alleen protocollen gelieerd aan bepaalde ingrepen/handelingen. Tegenover het feit dat er geen protocollen zijn, bestaat wel het gegeven dat er behoefte is aan standaardisering van het geven van voorlichting door middel van protocollen: *en als je dingen niet standaardiseert, doet iedereen zijn eigen ding en worden dingen vergeten of niet gedaan (Poot&Slijkhuis, 2014, 27112013-05, 268-269).*

De vraag naar protocollen wordt vervolgd door verbeterpunten aan te kaarten. Zo wordt er aangegeven dat het zinvol zou zijn om voor de belangrijkste ziektebeelden op een afdeling protocollen met leefregels te maken. Ook het invoeren van een reminder in het activiteitenplan van het EVD zou een hulpmiddel kunnen zijn om de informatievoorziening te verbeteren. Deze reminder moet dan gekoppeld worden aan het invoeren van bepaalde taken of het uitvoeren van bepaalde handelingen. Afdelingsmanagers geven aan dat er niet specifieke protocollen zijn over het geven van voorlichting, maar wel protocollen die gekoppeld zijn aan bepaalde ziektebeelden.

5.4 DEELVRAAG 3

“Welke aanvullende literatuur is er beschikbaar over de onderwerpen ‘aandacht voor medicatie’ en ‘voorkomen van heropname’ in het kader van Seniorvriendelijke Ziekenhuizen?”

5.4.1 INLEIDING

In aanvulling op het eerder gedane onderzoek van Huijser et al. (2013) hebben de onderzoekers literatuurbronnen gezocht die passen bij het geven van voorlichting in het kader van Senior Friendly Hospital. De twee kwaliteitscriteria waarop het onderzoek is gefundeerd, ‘aandacht voor medicatie’ en ‘het voorkomen van heropname’, zijn tevens de uitgangspositie voor de indeling van de resultaten van deelvraag 3 geweest. De onderzoekers hebben aan de hand van een aantal zoektermen aanvullende bronnen gezocht die aansluiten bij de genoemde kwaliteitscriteria:

- Instruction
- Medication
- Nurse
- Geriatric
- Elderly patients
- Readmission
- Hospital discharge planning
- Precepts

Deze zoektermen zijn in verschillende combinaties gebruikt om tot de literatuur te komen die hieronder beschreven is.

5.4.2 AANDACHT VOOR MEDICATIE

Natsch, Sluisveld, Wollersheim & Zegers (2012)

In Nederland is het sinds 2007 dat ziekenhuizen worden verplicht om veiligheid van medicatie en daarmee patiënten te waarborgen (Natsch, Sluisveld, Wollersheim & Zegers, 2012). Door het Veiligheids Management Systeem (VMS) zijn er factoren opgesteld die in de zorg van opname tot ontslag omtrent medicatie moeten terugkomen. Deze factoren zijn als volgt:

- Opname
 - o Informatie over thuismedicatie opvragen bij apotheek
 - o Geschoolde professional moet patiënt bevragen over medicatiegebruik en medicatiegeschiedenis
 - o Lijst samenstellen met actuele medicatie
- Ontslag
 - o Lijst samenstellen met actuele medicatie volgens ziekenhuisapotheek en medisch dossier
 - o Ontslagmedicatielijst door de verantwoordelijke arts laten tekenen
 - o Ontslaggesprek over medicatie met apothekersassistent
 - o Ontslagbrief met medicatielijst en onderbouwing van wijzigingen medicatie

In het onderzoek, wat gehouden werd in het Universitair Medisch Centrum Sint Radboud te Nijmegen komt naar voren dat er barrières zijn die ervoor zorgen dat de implementatie van de richtlijn betreffende medicatieverificatie bij opname en ontslag van het VMS, moeilijk maakt.

De knelpunten die onder andere ervaren worden, zijn:

- Instellingsonderzoek toont kwaliteit van zorg op gebied van medicatie aan
- Artsen hebben verantwoordelijkheid voor medicatie en durven niet af te gaan op bevindingen van andere zorgprofessionals
- Kennistekort onder patiënten

In het onderzoek van Natsch et al. (2012) is er, evenals in dit praktijkonderzoek, gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews als middel om kwalitatief onderzoek te laten plaatsvinden. Evenals in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam, wordt er door verpleegkundigen ervaren dat er kennistekort is onder patiënten betreffende de medicatie. Door het kennistekort van de patiënten is het voor zorgprofessionals moeilijk om te voldoen aan de richtlijnen die in het landelijke thema van het VMS zijn vastgelegd. Ook de verantwoordelijkheid van de arts wordt genoemd als knelpunt op het gebied van medicatie. Zowel in het Universitair Medisch Centrum Sint Radboud te Nijmegen en in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam wordt er een spanningsveld ervaren op het gebied van medicatie en verantwoordelijkheid. Gaat het in Rotterdam met name over de voorlichting, in Nijmegen wordt er aangegeven dat in het opstellen van medicatielijsten evengoed hiaten zijn in de zorg rondom medicatieveiligheid.

Halperin en Morris (1979)

Uit de interviews onder verpleegkundigen van de afdelingen Reumatologie/ Interne/ Nefrologie/ Dermatologie en Oncologie / Hematologie / Interne blijkt dat zij vinden dat er, naast mondelinge voorlichting, meer gebruik moet worden gemaakt van andere vormen van informatievoorziening. Schriftelijk voorlichtingsmateriaal over medicatie voor verpleegkundigen is zeer beperkt aanwezig, evenals informatie om aan patiënten te verstrekken.

Al in 1979 (Halperin & Morris, 1979) is onderzocht wat de meerwaarde is van schriftelijk voorlichtingsmateriaal met betrekking tot medicatie. In de geraadpleegde literatuur door Halperin en Morris (1979) komen een aantal zaken naar voren die het effect van schriftelijk voorlichtingsmateriaal weergeven:

- a) Alleen schriftelijke voorlichting is niet voldoende om therapietrouw te bevorderen van patiënten die medicatie voor langere tijd moeten gebruiken.
- b) Kennis van patiënten over bijwerkingen, gebruiksvoorschriften en speciale instructies nemen toe bij verstrekken van schriftelijk voorlichtingsmateriaal.
- c) Geschreven informatie over medicatie bevordert therapietrouw bij kortdurende medicatiebehandeling zoals antibiotica.

5.4.3 VOORKOMEN VAN HEROPNAME

Andersson, Ekdahl, Friedrichsen, Hellström & Linderholm (2012)

In de interviews kwam naar voren dat tijdsdruk één van de knelpunten is die ervaren wordt in het geven van voorlichting aan oudere patiënten. In de literatuur is in het nabije verleden onderzoek gedaan naar de mate waarin de beddendruk van invloed is op het ontslagtraject van de oudere patiënt (Andersson, 2012).

Het onderzoek, een kwalitatief onderzoek, heeft plaatsgehad op een aantal acute afdelingen in twee stedelijke ziekenhuizen in Zweden, waarvan er één een opleidingsinstituut is. In het onderzoek zijn drie artsen, zes verpleegkundigen en negen patiënten geïnterviewd om een totaalbeeld te kunnen geven van het ontslagtraject. Uit het onderzoek komen een aantal belangrijke punten naar voren:

- Artsen ervaren 'de beddendruk' als oorzaak van het (te) snel ontslaan van oudere patiënten. Artsen zijn meer gefocust gedurende de opname op ontslag dan op de behandeling zelf. Ten gevolge hiervan voelt de oudere patiënt zich niet welkom.
- Patiënten worden zelden betrokken in de beslissingen wat betreft het ontslagtraject. Informeren over het ontslag vindt voornamelijk plaats na de genomen beslissing van de arts en de verpleegkundige.
- Wijze van communicatie over ontslag is vanuit een derde persoon, verantwoordelijkheid over genomen beslissing is niet duidelijk.

De bevindingen in de literatuur komen gedeeltelijk overeen met de praktijk in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam. Inderdaad wordt er 'beddendruk' ervaren, zoals ook in de interviews onder verpleegkundigen naar voren kwam. Ook de afdelingsmanagers gaven aan dat dit één van de punten is waardoor informatievoorziening onvoldoende plaatsvindt. In de conclusie van het onderzoek van Andersson et al. (2012) wordt aangegeven dat er door het snelle ontslag te weinig zorg kan worden geleverd voor de kwetsbare ouderen. Het praktijkonderzoek ondersteunt dit eerder onderzochte gegeven.

Enguidanos, Lorenz & Vesper (2012)

In het onderzoek van Enguidanos et al. (2012) is gezocht naar het verband tussen heropnames van patiënten van 65 jaar en ouder en het inschakelen van een palliatief interventieteam. De doelgroep van dit onderzoek waren ouderen van 65 jaar en ouder die in een ziekenhuis in Los Angeles waren opgenomen en weer ontslagen. Daarbij werd er gekeken naar de verschillen tussen patiënten in de doelgroep waarbij wel of een Inpatient Palliative Care (IPC) team was ingeschakeld (Enguidanos, Lorenz, & Vesper, 2012).

In het onderzoek van Enguidanos et al. (2012) wordt aangetoond dat de mate waarin een palliatieve patiënt thuis hulp krijgt of naar een instelling gaat, van invloed is op de mate waarin heropnames binnen 30 dagen plaatsvindt. Patiënten die naar een hospice gaan, worden procentueel gezien het minste heropgenomen in de gestelde termijn. Daarentegen wordt 25,7 % van de patiënten die zonder zorg naar huis gaat, binnen 30 dagen heropgenomen (Enguidanos, Lorenz, & Vesper, 2012). Ook tussen thuiszorg, verpleeghuizen en hospices zijn verschillen waarneembaar.

Dit onderzoek toont het belang aan van het nazorgtraject en de daarbij behorende randvoorwaarden. Zoals in de interviews, die binnen het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam zijn afgenomen, naar voren kwam, is het belangrijk dat familie bij oudere zorgvragers eerder in het proces worden betrokken en keuzes kunnen worden afgewogen. In het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam is er geen palliatief team ziekenhuisbreed, wel is er op de afdeling Oncologie / Hematologie / Interne een coördinerend oncologieverpleegkundige. Het onderzoek is één van de eerste onderzoeken naar het effect van consultatieve palliatieve teams in ziekenhuizen. In Nederland is tot dusver nog geen onderzoek gedaan naar het verband tussen heropnames van oudere patiënten en de rol van palliatieve zorgverlening daarin.

Flacker, Park & Sims (2007)

In het academisch ziekenhuis te Atlanta (Georgia, United States of America) is er onderzocht in hoeverre er aan patiënten van 70 jaar en ouder voorlichting wordt gegeven over leefregels na ontslag en op welke wijze deze voorlichting plaatsvindt (Flacker, Park, & Sims, 2007).

Door middel van telefoongesprekken werden 269 patiënten benaderd in hoeverre ze voorgelicht waren over leefregels en hoe ze thuis moeten handelen bij complicaties. Deze benadering sluit goed aan bij het kwaliteitscriterium 'het voorkomen van heropname', zoals vermeld wordt in de keuzewijzer Seniorvriendelijk Ziekenhuis. Slechts 43,7 % van de respondenten gaf aan dat hij/zij informatie had ontvangen hoe ze thuis moeten handelen bij complicaties. Van de 103 patiënten die voorlichting kregen, gaf 66% aan dat er alleen

mondelinge informatie werd overgedragen, 10,7% ontving geschreven informatie en 23,3 % ontving zowel mondelinge als schriftelijke voorlichting.

De uitkomsten van het onderzoek van Flacker et al. (2007) zijn, zoals ook beschreven in hun discussie, niet te generaliseren. Wel is het treffend om te zien wat de verhoudingen zijn tussen het verstrekken van mondelinge en schriftelijke voorlichting. Deze verhouding komt in kwalitatief opzicht overeen met de bevindingen van dit onderzoek. Daarnaast werd er door verpleegkundigen in dit onderzoek aangegeven dat er nauwelijks voorlichting wordt gegeven over leefregels, ook in het onderzoek van Flacker et al. (2007) heeft slechts minder dan de helft van het aantal patiënten voorlichting ontvangen over leefregels na ontslag.

5.5 DEELVRAAG 4

“In hoeverre komen de bevindingen van het praktijkonderzoek overeen met het gedane literatuuronderzoek door Huijser, Poot en Slijkhuis (2013) en welke verbeterpunten kunnen hieruit worden ontwikkeld?”

In deze deelvraag wordt de vergelijking gemaakt tussen het huidige praktijkonderzoek, het eerder gedane literatuuronderzoek en de aanvullende literatuurstudie die onderdeel uitmaakt van dit praktijkonderzoek. In 2013 is er door Huijser et al. literatuuronderzoek gedaan naar de wijze van informatievoorziening door verpleegkundigen aan patiënten van 75 jaar en ouder, over de onderwerpen ‘medicatie’ en ‘het voorkomen van heropname’. Uit deze literatuurstudie kwamen een aantal zaken naar voren die belangrijk en opvallend zijn in het kader van het huidige praktijkonderzoek.

De vergelijking zal beschreven worden in twee gedeelten: ‘aandacht voor medicatie’ en ‘het voorkomen van heropname’.

5.5.1 AANDACHT VOOR MEDICATIE

In de eerder gedane literatuurstudie werd gevonden dat het gebruik van medicatie een belangrijke risicofactor is voor een ziekenhuisopname. Uit onderzoek (Pharmacotherapy, 2006) (Bemt, 2008) van het Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences (UIPS) blijkt dat 2,4% van alle ziekenhuisopnames gerelateerd is aan het gebruik van geneesmiddelen. Van deze opnames werd 46% als potentieel vermijdbaar beoordeeld. In de praktijk betekent dit 41.000 medicatiegerelateerde opnames, waarvan 19.000 opnames potentieel vermijdbaar zijn. De geschatte kosten hiervan zijn ruim 85 miljoen euro per jaar (Pharmacotherapy, 2006) (Bemt, 2008).

Risicofactoren die samenhangen met deze verhoogde kans op een medicatiegerelateerde ziekenhuisopname zijn onder andere het aantal soorten medicatie dat gebruikt wordt, bijwerkingen van medicatie en de interactie die kan ontstaan tussen verschillende soorten medicatie. Daarnaast zijn er nog risicofactoren voor een medicatiegerelateerde ziekenhuisopname te benoemen die voortkomen uit leeftijdgerelateerde problematiek, zoals cognitieve beperkingen, verminderde nierfuncties, multimorbiditeit en eventueel therapieontrouw door psychische problematiek zoals dementie of een delier.

Daarnaast moet er rekening gehouden worden met het feit dat naarmate iemand ouder wordt, de anatomie en fysiologie van het lichaam verandert, wat van invloed is op de opname van medicatie in het lichaam. Hierdoor kunnen eerder bijwerkingen, interacties en zelfs toxische reacties optreden bij de oudere patiënt. In het praktijkonderzoek is nu geen onderzoek gedaan naar het aantal medicatiegerelateerde opnames en welke oorzaken daar aan ten grondslag liggen. Het is echter wel een belangrijk gegeven om in gedachten te houden en om het bewustzijn te vergroten onder verpleegkundigen.

Uit het literatuuronderzoek kwam verder naar voren dat het belangrijk is dat de verpleegkundige voorlichting geeft over medicatie. Dit onder andere om het kennistekort bij oudere patiënten aan te vullen en zo ziekenhuisopname door onjuist medicatiegebruik te voorkomen. Deze voorlichting zou volgens de literatuur specifiek moeten gaan over de reden van gebruik, de wijze van inname, de werking, bijwerkingen en interacties van het medicijn. Ook dient er aandacht te worden besteed aan de zelfredzaamheid en autonomie van de patiënt, om therapietrouw te bevorderen. Een specifiek beschreven methode om voorlichting te geven is in het gedane literatuuronderzoek niet gevonden. De verpleegkundigen geven in de interviews aan dat zij summier voorlichting geven over medicatie. De voorlichting gebeurt met name wanneer er nieuwe medicatie gestart wordt en de voorlichting is dan summier. Alleen de reden van gebruik, de wijze van inname, de werking en de bijwerkingen zijn hierin onderdelen die verteld worden. De verpleegkundigen gebruiken geen methode om hun voorlichting vorm te geven; er is immers geen protocol of richtlijn hiervoor opgesteld. De verpleegkundigen weten ook niet of er hier een protocol over is opgesteld; deze kennis ontbreekt ze.

5.5.2 VOORKOMEN VAN HEROPNAME

Risicofactoren die de kans op een ziekenhuis(her)opname vergroten bij oudere patiënten, zijn naast het (onjuist) gebruik van medicatie ook comorbiditeit, de ernst van de ziekte en de wijze waarop deze ziekte zich uit, decubitus, ondervoeding en verminderde zelfstandigheid. In de literatuur is gevonden dat communicatie de belangrijkste interventie is in het voorkomen van heropnames. Patiënten dienen voorgelicht te worden over zaken als medicatie, dieet en leefregels. Ook dient het ziekte-inzicht te worden vergroot. Verpleegkundigen geven in de praktijk nauwelijks voorlichting over deze zaken; ze laten dit over aan de betrokken disciplines en leggen een groot deel van de verantwoordelijkheid ook bij de patiënt neer.

De literatuur laat verder zien dat er verpleegkundige voorlichting gegeven dient te worden over welke stappen de patiënt kan en moet ondernemen wanneer er zich complicaties in de thuissituatie voordoen. Voor patiënten van een bepaald intern specialisme, zoals oncologische patiënten en nefrologische patiënten, bestaan hier in de praktijk wel concrete aanwijzingen voor en de patiënten krijgen volgens een gestandaardiseerde wijze voorlichting tot wie zij zich kunnen richten na ontslag. Voor de overige interne patiënten is er geen vast punt waartoe zich zij kunnen richten en ook geeft niet elke verpleegkundige voorlichting aan de patiënt over welke stappen ondernomen dienen te worden wanneer er zich complicaties voordoen.

Uit de literatuur blijkt eveneens dat voorlichting het beste overgedragen wordt wanneer dit gepaard gaat met het gebruik van visueel voorlichtingsmateriaal als folders. De informatie wordt dan door de patiënt het beste opgenomen, verwerkt en onthouden. Ook hier blijkt dat de praktijk anders laat zien. In de praktijk worden folders of ander visueel voorlichtingsmateriaal nauwelijks tot niet gebruikt. Verpleegkundigen geven aan hier niet aan te denken of deze niet te gebruiken. Wel geven zij aan dat dit nuttig zou kunnen zijn in het geven van voorlichting en dat zij zich hier meer bewust van zouden moeten zijn.

5.6 KWANTITATIEVE TRIANGULATIE

De onderzoekers hebben de beschreven resultaten getrianguleerd door aan de hand van de kerncategorieën stellingen te beschrijven en deze door middel van een enquête te verspreiden onder de gediplomeerde verpleegkundigen van de afdelingen Reumatologie / Interne / Nefrologie / Dermatologie en Oncologie/ Hematologie/ Interne. In totaal zijn er 50 enquêtes verspreid, 24 op de eerstgenoemde afdeling en 26 op de afdeling Oncologie / Hematologie / Interne.

Van de 50 enquêtes zijn er in totaal 27 ingevuld geretourneerd. De respons was op beide afdelingen zowel qua aantal als percentage nagenoeg gelijk (zie bijlage 10.5).

Het overgrote deel van de bevindingen van de onderzoekers uit de interviews blijkt, varieërend van in kleine tot grote mate, overeen te komen. Met name op het gebied van verantwoording, één van de kerncategorieën van het onderzoek, blijkt dat de gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel patiënt als verpleegkundige herkend wordt. Ook werd er aangegeven dat er vanuit de verpleegkundigen onvoldoende bewustwording is op het gebied van het geven van voorlichting. Op de stelling “In het geven van voorlichting maak ik geen onderscheid tussen patiënten tot 75 jaar en patiënten van 75 jaar en ouder” werd door verpleegkundigen wisselend gereageerd. Er is wel een verschil zichtbaar, aangezien op de afdeling Reumatologie / Interne / Nefrologie / Dermatologie meer rekening wordt gehouden met de informatievoorziening op de oudere zorgvrager gericht.

Met name op het gebied van medicatie gaven de verpleegkundigen van beide afdelingen aan over voldoende kennis te beschikken over de werking, bijwerkingen en interacties van medicamenten, dit in tegenstelling tot de bevindingen uit de praktijkinterviews. Ook kwam naar voren uit de enquêtes dat tijdsdruk voor verpleegkundigen bij tijdsdruk prioriteit blijft behouden. Dit werd echter in de eerdere interviews met zowel afdelingsmanagers en verpleegkundigen ontkracht.

Aan de hand van de volgende hoofdvraag hebben de onderzoekers hun onderzoek vorm gegeven:

“Op welke wijze kan de verpleegkundige voorlichting, die gegeven wordt aan patiënten van 75 jaar en ouder over de kwaliteitscriteria ‘medicatie’ en ‘het voorkomen van heropname’ op de interne afdelingen van het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam, worden verbeterd?”

In de volgende paragrafen zijn de getrokken conclusies over de voorlichting aan ouderen boven de 75 jaar in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam beschreven.

Voorlichting over medicatie

Wat betreft het geven van verpleegkundige voorlichting over medicatie aan patiënten van 75 jaar en ouder kan er geconcludeerd worden dat hier weinig voorlichting over gegeven wordt. Wanneer er wel voorlichting over dit onderwerp gegeven wordt, is dit summier en worden niet alle aspecten benoemd die vanuit de literatuur benadrukt worden als belangrijk.

Verpleegkundigen gaan ervan uit dat patiënten zelf al voldoende kennis hebben over de medicatie die zij reeds gebruiken en geven derhalve alleen voorlichting wanneer er nieuwe medicatie wordt gestart. Patiënten hebben deze kennis echter niet altijd, zo blijkt ook uit de literatuur.

Verpleegkundigen hebben zelf ook niet altijd voldoende kennis over medicatie om deze voorlichting op een juiste wijze te kunnen vormgeven. De verpleegkundigen geven aan dat het hun eigen verantwoordelijkheid is om hun kennis op peil te houden en te ontwikkelen, deze verantwoordelijkheid wordt echter zelden genomen. Eén van de belangrijkste knelpunten in het geven van voorlichting, is het ervaren van tijdsdruk. Verpleegkundigen hebben door de drukte en de routine van de dag onvoldoende tijd om goede voorlichting te kunnen geven. Daarnaast is de voorlichting niet gestandaardiseerd; er zijn geen richtlijnen of protocollen. Dit zorgt ervoor dat iedere verpleegkundige op haar eigen manier voorlichting geeft, waardoor dit niet meetbaar en controleerbaar is.

Voorlichting over het voorkomen van heropname

Voorlichting geven over hoe heropname te voorkomen is, wordt weinig tot niet gedaan door de verpleegkundigen. Zij gaven in de interviews aan dat het de verantwoordelijkheid van de experts, de betrokken disciplines, is om voorlichting te geven over onderwerpen als een dieet, vochtbeperking, leefregels, etcetera. De verantwoordelijkheid hierin zorgt voor een spanningsveld; enerzijds erkennen de verpleegkundigen hun verantwoordelijkheid, anderzijds leggen zij deze duidelijk bij de betrokken disciplines en bij de patiënt zelf neer. De verpleegkundigen geven aan dat het geven van voorlichting over het voorkomen van heropnames wellicht meer thuishoort op een chirurgische afdeling dan op een interne afdeling.

Er werd aangegeven dat er op dit moment geen ontslaggesprek gehouden wordt, terwijl dit wel een kans en een moment zou bieden om deze voorlichting te geven. Het is echter lastig dit op een goede manier vorm te geven. Uit het interview met de afdelingsmanagers bleek dat een dergelijk gesprek geïntegreerd zou moeten worden in de dagelijkse zorgverlening, omdat het gesprek anders niet gehouden zal worden. Ook de verpleegkundigen zelf gaven aan dat zij dit gesprek niet zien zitten als dit in de vorm is van een apart gesprek met patiënt, familie, verpleegkundige en arts. Toch zien zij hier wel de meerwaarde en mogelijkheden van in; namelijk om de patiënt nog voor het ontslag de juiste voorlichting mee te geven. Ook hier is één van de belangrijkste knelpunten die ervaren worden, tijdsdruk. Daarnaast wordt hier eveneens een richtlijn of protocol als leidraad voor het geven van voorlichting gemist.

Vergelijking van resultaten praktijkonderzoek met de resultaten van de literatuur

Vanuit het eerder gedane literatuuronderzoek door Huijser, Poot & Slijkhuis (2013) zijn er belangrijke aandachtspunten naar voren gekomen in het geven van voorlichting aan patiënten van 75 jaar en ouder over de onderwerpen 'aandacht voor medicatie' en 'het voorkomen van heropname'. Hieruit blijkt dat (onjuist) gebruik van medicatie een belangrijke risicofactor is voor een ziekenhuisopname. Van alle ziekenhuisopnames is 2.4% gerelateerd aan het gebruik van medicatie en van deze opnames werd 46% als potentieel vermijdbaar beoordeeld. Oudere patiënten hebben een verhoogd risico op (medicatiegerelateerde) opnames en heropnames door polyfarmacie, multimorbiditeit, veranderde anatomische en fysiologische processen in het lichaam als gevolg van de veroudering. Goede voorlichting over de reden van gebruik, werking, bijwerking, wijze van gebruik en interacties van medicatie zijn essentieel om tot een goede informatieverstrekking te komen en op die wijze ook tot minder heropnames. Datzelfde geldt voor voorlichting over hoe een heropname voorkomen kan worden, door informatie te verstrekken over dieet, leefregels en wat te doen bij complicaties na ontslag. Ook het ziekte-inzicht van de patiënt dient te worden vergroot om zo onder andere de zelfstandigheid van de patiënt te vergroten, wat het risico op heropname ook verkleint. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de praktijk anders verloopt dan de idealen zoals die in de literatuur beschreven zijn. Met name de inhoud en de frequentie van de voorlichting behoeft nog aandacht. Daarnaast is het belangrijk dat verpleegkundigen het belang van de voorlichting inzien en hun verantwoordelijkheid hierin.

Het praktijkonderzoek, in vergelijking met het eerder gedane literatuuronderzoek en de aanvullende literatuurstudie, laat zien welke hiaten er in de huidige manier van voorlichting te bemerken zijn. Verpleegkundigen missen het verantwoordelijkheidsgevoel in de voorlichting. Zij rekenen deze taak grotendeels toe aan de betrokken disciplines en laten hun eigen verantwoordelijkheid hierin liggen. De bewustwording onder de verpleegkundigen dient te worden vergroot om hen zo het belang van de voorlichting in te laten zien. Daarnaast is het goed als er meer afgebakend wordt bij de verschillende disciplines onderling welke voorlichting door wie gegeven behoort te worden.

Daarnaast worden er gestandaardiseerde richtlijnen en protocollen gemist om de voorlichting duidelijk vorm te geven. In de huidige situatie geeft elke verpleegkundige voorlichting op haar eigen manier, die onderling dus erg verschillend is. Een protocol zou handvatten bieden aan de verpleegkundigen om de voorlichting op een juiste wijze vorm te geven, daarbij specifiek rekening houdend met de behoeften en beperkingen van de oudere patiënt. Ook het invoeren van een standaard ontslaggesprek door de verpleegkundige biedt de mogelijkheid om de voorlichting te verbeteren. Wanneer er op een vast moment door de verpleegkundige een moment wordt genomen om alle aspecten rondom het ontslag door te spreken met de patiënt, dan kan hier specifiek aandacht besteedt worden aan de onderwerpen 'medicatie' en 'het voorkomen van heropname'. Er zou verder literatuur- en praktijkonderzoek nodig zijn om een dergelijk gesprek vorm te geven. Uit de interviews met de verpleegkundigen en de afdelingsmanagers kwam al naar voren dat dit het beste zou werken wanneer dit geïntegreerd werd in het gehele zorgproces door de verpleegkundige die op dat moment verantwoordelijk is voor de patiënt en het ontslag. Hiervoor is kennis en informatie nodig.

Naar aanleiding van het onderzoek en de meningen die de onderzoekers hebben gehoord, zijn er een aantal aanbevelingen tot stand gekomen waarin beschreven staat hoe het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam (en met name de interne verpleegafdelingen) de informatievoorziening aan ouderen van 75 jaar en ouder zou kunnen verbeteren.

Allereerst werd er door zowel verpleegkundigen als afdelingsmanagers aangekaart dat een ontslaggesprek een toegevoegde waarde heeft in het geven van voorlichting aan met name oudere patiënten. In de richtlijn die door het VMS is opgesteld, komt het voeren van een ontslaggesprek ook naar voren als interventie in de medicatieverificatie bij opname en ontslag. Onze aanbeveling is om het ontslaggesprek breder in te voeren en zowel leefregels als medicatie de revue te laten passeren. Door het bespreken van de inhoud en de vormgeving van een ontslaggesprek in een werkoverleg, kan de implementatie van het ontslaggesprek worden bevorderd. Deze bespreking zou het eerstvolgende werkoverleg na de presentatie van het onderzoek kunnen plaatsvinden.

Daarnaast is de bewustwording van de verpleegkundigen essentieel in het streven naar een seniorvriendelijk ziekenhuis. Om dit te bewerkstelligen wordt geadviseerd om het geven van voorlichting onder de aandacht te brengen door: het bespreken in werkoverleg, een klinische les plannen met de meerwaarde van het geven van voorlichting en daar de verpleegkundig specialist geriatrie bij te betrekken. Verpleegkundigen moeten het als hun verantwoordelijkheid gaan zien om de (oudere) zorgvrager van de juiste informatie te voorzien. Daarnaast nodigt dit uit om in gesprek te gaan met andere disciplines om de verantwoordelijkheden te bespreken en af te bakenen. De klinische les zou gegeven kunnen worden door de onderzoekers of door de verpleegkundige specialist geriatrie. Afhankelijk van de bevindingen uit het werkoverleg kan er dan een termijn worden vastgesteld voor de ontwikkeling en uitvoering van een klinische les.

Als derde aanbeveling stellen de onderzoekers voor om een algemene richtlijn te ontwikkelen waarin beschreven staat hoe de voorlichting aan geriatrische zorgvragers kan worden gegeven en welke aandachtspunten de verpleegkundigen daarbij in acht moeten nemen. Gezien het feit dat verpleegkundigen unaniem aangeven geen onderscheid te maken in leeftijd en fysieke toestand in het geven van voorlichting, lijkt de brug geslagen te kunnen worden met het implementeren van een richtlijn. Deze richtlijn zal ziekenhuisbreed moeten worden opgesteld door een werkgroep.

Afsluitend willen de onderzoekers aanbevelen om een vervolgonderzoek te doen door het uitvoeren van een ziekenhuisbreed opgezet kwantitatief onderzoek, waarbij er kan worden onderzocht of de bevindingen verder kunnen worden gegeneraliseerd. Daarbij zou een dergelijk onderzoek de implementatie van ziekenhuisbrede afspraken met betrekking tot de zorgverlening aan ouderen vergemakkelijken. Het verdient de voorkeur om dit onderzoek, indien mogelijk, aansluitend te laten plaatsvinden.

8.1 ONDERZOEKSPROCES

Er is kwalitatief onderzoek verricht door de onderzoekers. De vooraf opgestelde methodiek is gevolgd om zo het onderzoek vorm te kunnen geven. In totaal zijn er zes verpleegkundigen van de afdelingen Reumatologie / Interne / Nefrologie / Dermatologie en Oncologie / Hematologie / Interne geïnterviewd op een semigestructureerde wijze, aan de hand van een vooraf opgestelde en goedgekeurde topiclijst. Daarnaast zijn de beide afdelingsmanagers van de genoemde afdelingen geïnterviewd en als laatste de verpleegkundig specialist geriatrie. De interviews zijn door beide onderzoekers gezamenlijk afgenomen en zij hebben elkaar hierin kunnen ondersteunen en aanvullen. Dit had als voordeel dat kennis en expertise van gespreksvaardigheden van beide onderzoekers werden gebruikt en toegepast.

Afzonderlijk van elkaar hebben de onderzoekers hierna de interviews gelabeld en gecodeerd, waarna zij hun bevindingen met elkaar hebben vergeleken, besproken en zijn zo tot een uiteindelijke lijst met kerncategorieën gekomen, aan de hand daarvan hebben zij de resultaatbeschrijving vorm gegeven.

De opgestelde methodiek heeft geleid tot het kunnen beantwoorden van de hoofdvraag van dit onderzoek, de methodiek heeft echter ook zijn beperkingen gehad. Er zijn zes verpleegkundigen van in totaal twee afdelingen geïnterviewd. Dit heeft te maken gehad met pragmatische redenen als tijdsdruk en het feit dat er slechts twee onderzoekers meewerkten aan dit onderzoek. Om toch voor voldoende input en draagvlak te zorgen, hebben de onderzoekers daarom onder de verpleegkundigen van de afdelingen 50 enquêtes verspreid.

8.2 ONDERZOEKSPRODUCT**8.2.1 WAT BETEKENEN DE RESULTATEN?**

In de huidige samenleving is tijdsdruk een algemeen voorkomend begrip. De maatschappij is gehaast, individualistisch en doelgericht. In dat opzicht is het niet vreemd dat deze druk ook in de verpleegkundige beroepspraktijk wordt ervaren, ook zeker in een tijd van bezuinigingen en zo efficiënt mogelijk werken. Juist nu, in deze tijd, in het kader van efficiëntie, is het belangrijk om te kijken naar een onderwerp als dit.

Ook in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam is, zoals blijkt uit de interviews, de ervaren tijdsdruk een knelpunt in het geven van verpleegkundige voorlichting. Door zowel literatuur- als praktijkonderzoek te hebben gedaan, die specifiek gericht zijn op het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam, is er de kans om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het geven van goede voorlichting over medicatie en het voorkomen van heropname, zo laat het praktijkonderzoek en de literatuur zien, zorgt immers voor efficiëntere zorgverlening, onder andere door minder heropnames. Buiten kijf staat het belang van de zorgvrager zelf. Door op een goede en verantwoorde manier voorlichting te geven aan de oudere patiënt, zal zijn gezondheidstoestand minder snel verslechteren dan wanneer deze voorlichting niet of niet accuraat wordt gegeven.

Het gaat te ver om hier te stellen dat de algehele gezondheidstoestand van de patiënt zou verbeteren. Hier is immers geen direct onderzoek naar gedaan. Door middel van goede, verantwoorde voorlichting door verpleegkundigen over medicatie en het voorkomen van heropname, hopen de onderzoekers dat dit uiteindelijk wel de uitkomst zal zijn.

Voor het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam geeft dit onderzoek handvatten om de verpleegkundige voorlichting aan patiënten van 75 jaar en ouder over de onderwerpen 'aandacht voor medicatie' en 'het voorkomen van heropname' vorm te geven. De aanbevelingen bieden hier concreet de mogelijkheid voor.

Doordat de verbeterpunten die aangegeven werden door de verpleegkundigen in de interviews zijn besproken met de afdelingsmanagers, zijn de gedane aanbevelingen realistisch en realiseerbaar.

8.2.2 BRUIKBAARHEID

Doordat het een kwalitatief onderzoek betrof, geven de inhoud en de uitkomsten van dit onderzoek goed weer hoe de beleving van de verpleegkundige in de praktijk is ten opzichte van het voorlichting geven en wat zij hierin als belangrijk ervaart. Oudere patiënten komen op elke afdeling voor en de resultaten van het onderzoek laten zien hoe belangrijk voorlichting over de onderwerpen ‘aandacht voor medicatie’ en ‘het voorkomen van heropname’ is en tevens hoe belangrijk het is om dit op een juiste wijze vorm te geven om zo het aantal heropnames te verminderen. De onderzoekers hebben er bewust voor gekozen om binnen de interne afdelingen onderzoek te doen. Voorlichting op een chirurgische afdeling zal op een andere wijze plaatsvinden en plaats moeten vinden in verband met de ingrepen die daar gedaan worden.

De resultaten van het onderzoek zijn zeer bruikbaar voor de zorgverlening binnen het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam. De aanbevelingen geven bruikbare handvatten om de verpleegkundige voorlichting aan patiënten van 75 jaar en ouder over medicatie en het voorkomen van heropname op een goede manier vorm te geven. Door de verpleegkundigen uit de praktijk te interviewen, is er een representatief beeld geschetst van de praktijk. De weergegeven knel- en verbeterpunten zijn aangegeven door de verpleegkundigen zelf in de interviews. Door middel van het interview met de afdelingsmanagers is er gekeken naar de realiseerbaarheid van de aangegeven verbeterpunten. Op deze wijze konden er door de onderzoekers aanbevelingen gedaan worden die ook daadwerkelijk in de praktijk toepasbaar zijn, wat de bruikbaarheid van dit onderzoek verhoogt. De aanbevelingen creëren de kans om de verbeterpunten daadwerkelijk te kunnen gaan implementeren in de praktijk.

8.2.3 VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID

In het kader van validiteit en betrouwbaarheid zijn door de onderzoekers verschillende maatregelen genomen en keuzes gemaakt om dit te waarborgen. Hieronder wordt nader toegelicht welke maatregelen en keuzes dat zijn en tot welke resultaten zij hebben geleid.

Validiteit

In het gedane praktijkonderzoek hebben de onderzoekers kunnen meten wat zij wilden meten, namelijk de wijze waarop er voorlichting gegeven wordt over de onderwerpen ‘aandacht voor medicatie’ en ‘het voorkomen van heropname’, door verpleegkundigen op interne afdelingen aan patiënten van 75 jaar en ouder. De gestelde deelvragen zijn beantwoord door de input vanuit de interviews en daarmee is er een antwoord gevonden op de hoofdvraag, zoals terug te lezen is in hoofdstuk 6 van dit onderzoek.

Door de onderzoekers zijn er voor en tijdens het onderzoek een aantal maatregelen genomen om de validiteit te waarborgen, zoals deze terug te lezen zijn in dit verslag. Echter zijn hier ook een aantal opmerkingen te noemen:

- De interviews onder de verpleegkundigen zijn allen afgenomen op één dag, in vergelijkbare, aparte ruimtes. Dit om eventuele ruis van buitenaf zoveel mogelijk in te perken. Wegens pragmatische redenen zijn de interviews op één dag afgenomen. Eén van de onderzoekers moest vanuit Ede komen en daarbij hebben zowel de onderzoekers als geïnterviewde verpleegkundigen te maken met onregelmatige werktijden. In verband met de tijd en planning van het onderzoek is ervoor gekozen om de interviews toch op één dag te houden. Ondanks dat er hierdoor minder tijd beschikbaar was om tussen de interviews te evalueren en te reflecteren, hebben de onderzoekers dit zoveel als mogelijk op deze dag zelf gedaan om de kwaliteit te waarborgen. Hierbij hebben de onderzoekers erop gelet dat in

het interview de nadruk bleef liggen op de verpleegkundige zelf, in plaats van dat zij voor de gehele afdeling sprak. Ook gaven de onderzoekers elkaar feedback en reflecteerden en evalueerden zij steeds op het gedane interview.

- Ondanks de genomen maatregel om ruis te voorkomen, kwam het zo nu en dan toch voor dat een verpleegkundige tijdens een interview bijvoorbeeld nog een pieper op zak had, die af ging. Het interview werd hierdoor onderbroken. Dit zou invloed kunnen hebben gehad op de inhoud van de interviews, doordat de aandacht tijdelijk werd afgeleid.
- Na de interviews met de verpleegkundigen hebben de onderzoekers de tijd genomen om de (globale) resultaten te bekijken, alvorens zij de afdelingsmanagers en de Nurse Practitioner Geriatrie interviewden. Dit, om de aangegeven knel- en verbeterpunten aan hen voor te kunnen leggen en een realistisch beeld te vormen van mogelijkheden in de praktijk.

Doordat het onderzoek binnen een afgebakende setting heeft plaatsgevonden, namelijk binnen interne afdelingen en gericht op patiënten van 75 jaar en ouder, is het onderzoek voor een dergelijke setting generaliseerbaar.

Betrouwbaarheid

Door de onderzoekers zijn er bewuste keuzes gemaakt om de betrouwbaarheid te vergroten. Ook hierin zijn er opmerkingen te noemen:

- Het afnemen van een proefinterview alvorens de geselecteerde populatie te interviewen, om zo de betrouwbaarheid van de topiclijst te controleren en te evalueren. Op deze manier hebben de onderzoekers de betrouwbaarheid van de topiclijst vergroot.
- De interviews zijn afgenomen door beide onderzoekers. Aangezien één onderzoeker werkzaam is op de afdeling Reumatologie / Interne / Nefrologie / Dermatologie heeft deze onderzoeker de leidende rol gehad in de interviews die op de afdeling Oncologie / Hematologie / Interne werden afgenomen, om te voorkomen dat er ongewenste beïnvloeding zou plaatsvinden op de afdeling waar de onderzoeker werkzaam is. Hiermee werd tevens het aantal sociaal wenselijke antwoorden ingeperkt.
- 'Peer evaluation', waarbij beide onderzoekers afzonderlijk van elkaar alle afgenomen interviews hebben geanalyseerd door ze te labelen en te coderen. Nadat beide onderzoekers dit gedaan hadden, hebben zij samen hun bevindingen besproken, vergeleken en keuzes gemaakt, om zo gezamenlijk tot een uiteindelijke lijst met kerncategorieën te komen. In het kader van overzichtelijkheid is door de onderzoekers ervoor gekozen om een beperkt aantal kerncategorieën te hanteren; in eerste instantie kwamen zij tot acht. Tijdens het uitwerken van de resultaten bleek echter dat twee kerncategorieën, te weten 'bewustwording' en 'tijdsdruk' samengevoegd konden worden vanwege de grote overlap.
- In het proces hebben de onderzoekers veelvuldig overleg gehad met hun begeleider en ook de opdrachtgever is nauw bij het proces betrokken geweest. De onderzoekers wilden hun expertise graag gebruiken in het onderzoek om zo de betrouwbaarheid en validiteit nog meer te waarborgen.
- Door de betrokken personen, te weten begeleider, opdrachtgever en beoordelaar, is gedurende het proces regelmatig feedback gegeven. De onderzoekers hebben hier dankbaar gebruik van gemaakt om de kwaliteit van het onderzoek te vergroten.

9. LITERATUUR

- Aaronson, K.D, Cody, R.J., Johnson, M.L., & Koelling, T.M. (2005). Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart Failure. *American Heart Association Journal*, p. 179-185. doi: 10.1161/01.cir.0000151811.53450.b8
- Al-Rashed, A. W. (2002). The value of inpatient pharmaceutical counselling to elderly patients prior to discharge. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 54(6), p. 657-664. doi: 10.1046/j.1365-2125.2002.01707.x
- Andersson, E. F., Ekdahl, A.W., Friedrichsen, M., Hellström, I., & Linderman, M. (2012). Are decisions about discharge of elderly hospital patients mainly about freeing blocked beds? *BMJ Open*, 2, p. 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2012-002027
- Averill, A.F., Eastman, B., Goldfield, N.I., Hughes, J.S., McCullough, E.C., Rawlins, L.K., & Tang, A.M. (2008). Identifying potentially preventable readmissions. *Health Care Financing Review*, 30(1), p.75-91. Verkregen van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19040175>
- Baarda, De Goede, & Teunissen. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese.
- Balla, U. M., Malnick, S., & Schattner, A. (2008). Early readmissions to the department of medicine as a screening tool for monitoring quality of care problems. *Medicine*, 87(5), p. 294-300. doi: 10.1097/MD.0b013e3181886f93
- Baron-Epel, O., Kerzman, H., & Toren, O. (2005, Maart). What do discharged patients know about their medication? *Patient education and counseling*, 56(3), p. 276-282. Verkregen van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15721969>
- Bates, D.W., Forster, A. J., Gandhi, T.K., Harvey, J., Murff, H.J., & Peterson, J.F. (2003, February 4). The Incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Annals of Internal Medicine*, 138(3), p. 161-167. doi:10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00007
- Bemt, P.M. van den, Egberts, A.C., Leendertse, A.J., & Stoker, L.J. (2008). Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admission in the Netherlands. *Archives Internal Medicine*, 168(17). doi: 10.1001/archinternmed.2008.3
- Benbassat, J. T., & Taragin, M. (2004, April 24). Hospital readmissions as a measure of quality of health care. *Jama Internal Medicine*, 160(8), p. 1074-1081. doi:10.1001/archinte.160.8.1074
- Beurskens, S., Peppen, R. van, Stutterheim, E., Swinkels, R., & Wiltink, H. (2012). *Meten in de praktijk: Stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bisognano, M., & Boutwell, A. (2009). Improving transitions to reduce readmissions. *Institute for Healthcare Improvement*, 25(3), 3-10. Verkregen van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19382513>
- Blanchard, F., Couturier, P., Dramé, M, Gauvain, J.B., Gavazzi, G., Jolly, D., ..., Voisin, T. (2008, Mei 16). Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatient aged 75 and over admitted through emergency units. *Age and Aging*, 37, 416-422. doi:10.1093/ageing/afn09
- Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

- Boling, P.A., Cappuzzo, K.A., Foust, J.B., & Naylor, M.D. (2005). Opportunities for improving post-hospital home medication management among older adults. *Home Health Care Services Quarterly*, 24(1-2), p. 1-10. doi:10.1300/J027v24n01_08
- Boutwell, A., Jencks, S., Nielsen, G.A., & Rutherford, P. (2009). State Action on Avoidable Rehospitalizations (STAAR) Initiative: Applying early evidence and experience in front-line process improvements to develop a state-based strategy. *Institute for Healthcare Improvement*. Verkregen van <http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/PastStrategicInitiatives/STAAR/Documents/STAAR%20State%20Based%20Strategy.pdf>
- Bouwens, M., van Meer, K., & Neijenhuis, J. (2001). *Elementaire Sociale Vaardigheden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bouwman, H., & Oorschot, W. van. (n.d.). *Ouderen en informatie. Verslag van een verkennend onderzoek*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Brown, S. (2010). *Ouderenzorg*. Amsterdam: Pearson Education Benelux B.V.
- Byrch, L., Johnstone, R., Miller, R. (n.d.). *One team, shared focus: Senior friendly hospital strategy in the NSM LHIN*.
- Campell, S., Primrose, W.R., & Seymour, D.G. (2004). A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *British Geriatrics Society*, 33(2), p.110-115. doi: 10.1093/ageing/afh036
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2009). *Regionale prognose 2009-2040: vergrijzing en omslag van groei naar krimp*. Verkregen van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/52ED5DC2-A6CB-414A-8C35-D3E963B36DA4/0/2009k4b15p35art.pdf>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2010). *Bevolkingsprognose 2010-2060: sterker vergrijzing, langere levensduur*. Verkregen van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/91E3EC1E-4FF2-4019-B47E-24DC24334180/0/2010bevolkingsprognose20102060sterkerevergrijzingart.pdf>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2012). *Gezondheid en zorg in cijfers 2012*. Verkregen van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/B438B6AC-BAB5-4F71-A7F3-26EB01FE66EF/0/2012c156puberr.pdf>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2012). *Bevolking; kerncijfers*. Verkregen van [http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,60,\(I-1\),I&HD=130605-0924&HDR=G1&STB=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,60,(I-1),I&HD=130605-0924&HDR=G1&STB=T)
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2013). *Sociale monitor; 1990-2011*. Verkregen van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=70115ned&D1=0,3-4&D2=a&D3=a&HD=081106-1151&HDR=T,G1&STB=G2>
- Chalmers, C., Coleman, E. A., Min, S.-J., & Parry, C. P. (2006, September 25). The Care Transitions Intervention; results of a randomized controlled trial. *Jama Internal Medicine*, 166(17), p. 1822-1828. doi:10.1001/archinte.166.17.1822
- Chan, A., Garratt, E., Lawrence, B., Turnbull, N., Pratapsingh, P., & Black, P.N. (2010). Effect of education on the recording of medicines on admission to hospital. *Journal of General Internal Medicine*, 25(6), p. 537-542. doi: 10.1007/s11606-010-1317-x

- Cheng, D., Cohen, B.A., Koehler, B.E., Masica, A.L., Prengler, I.D., Richter, K.M., & Youngblood, L. (2009, April). Reduction of 30-day postdischarge hospital readmission or emergency department (ED) visit rates in high-risk elderly medical patients through delivery of a targeted care bundle. *Journal of Hospital Medicine*, 4(4), p. 211-218. Verkregen van <http://www.medscape.com/viewarticle/702888>
- Corrao, S., Djade, C.D., Franchi, C., Iorio, A., Marcucci, M., Mannucci, P.M., ..., Tettamanti, M. (2012). Risk factors for hospital readmission of elderly patients. *European Journal of Internal Medicine*, 24(1), p. 45-51. doi: 10.1016/j.ejim.2012.10.005
- Donkersloot, A.K., & Sman, G.D. van der. (2012, Juni 6). Weer heel naar huis: Optimalisatie van pre- en postoperatieve zorgverlening rondom de opname van de chirurgische zorgvrager > 75 jaar. Rotterdam, Zuid-Holland, Nederland.
- Duin, S. van. (2012, Oktober 15). *Levensverwachting mens ruim verdubbeld door omgevingsfactoren*. Verkregen van <http://www.nu.nl/wetenschap/2934608/levensverwachting-mens-ruim-verdubbeld-omgevingsfactoren.html>
- Enguidanos, S., Lorenz, K., & Vesper, E. (2012). *30-day readmissions among seriously ill older adults*. *Journal of Palliative Medicine*, 15(12), p. 1356-1361. doi:10.1089/jpm.2012.0259
- Euromed Info (n.d.). *Teaching older adults*. Verkregen van <http://www.euromedinfo.eu/teaching-older-adults.html/>
- Flacker, J., Park, W., & Sims, A. (2007). *Hospital discharge information and older patients. Do they get what they need?* *Journal of Hospital Medicine*, 2(5), p.291-296. doi:10.1002/jhm.166
- Gaspoz, J.-M., Gerstel, E., Kossovsky, M.P., Louis-Simonet, M., Micheli, P., Perneger, T.V., & Sigaud, P. (2007). Patients' knowledge of drug treatments after hospitalisation: the key role of information. *Swiss Medical Weekly*, 137, p. 614-620.
- Halperin, & Morris. (1979). Effect of written drug information on patient knowledge and compliance: a literature review. *Journal of Public Health*, 69(1), p. 47-52. Verkregen van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1619001/>
- Huijser, J., Poot, A.J., & Slijkhuis, M. (2013). *Literatuuronderzoek naar informatievoorziening aan ouderen boven de 75 jaar in de algemene gezondheidszorg*. Ongepubliceerde projectstage, Christelijke Hogeschool Ede, Ede, Nederland.
- Hunink, G. (2011). *De verpleegkundige als beroepsbeoefenaar*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Karapinar, F. (2012). *Transitional pharmaceutical care for patients discharged from hospital*. Universiteit Utrecht, Utrecht, Nederland. Verkregen van <http://www.artsennet.nl/Kennisbank/Proefschriften/Promotie/114186/Transitional-pharmaceutical-care-for-patients-discharged-from-the-hospital.htm>
- Kessels, R. (2012, November 2). *Top 3 Nederlandse ziekenhuizen op social media*. Verkregen van <http://www.frankwatching.com/archive/2012/11/02/top-3-nederlandse-ziekenhuizen-op-social-media/>
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen*. Verkregen van <https://www.nhg.org/themas/artikelen/mdr-polyfarmacie-bij-ouderen>

- Natsch, S., Sluisveld, N., Wollersheim, H., & Zegers, M. (2012). Medication reconciliation at hospital admission and discharge: insufficient knowledge, unclear task reallocation and lack of collaboration as major barriers to medication safety. *Biomed Central Health Services Research*. doi: 10.1186/1472-6963-12-170
- Naunton, M., Peterson, G.M. (2003). Evaluation of home-based follow-up of high-risk elderly patients discharged from hospital. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 33(3), p. 176-182. Verkregen van <http://ecite.utas.edu.au/28447>
- Pans, S. (2009). Geneesmiddelen en ouderen. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 5, p. 131 - 135. Verkregen van <http://www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl/archief/volledig/id338-geneesmiddelen-en-ouderen.html>
- Lambregts, J., & Pool, A. (2005). Autonomie en autoriteit in de verpleegkundige zorg. *Verpleegkundige zorgverlening aan chronisch zieken*. Utrecht: Boom Lemma Uitgevers.
- Sassen, B. (2004). Gezondheidsvoorlichting en preventie. In B. Sassen, *Gezondheidsvoorlichting en preventie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Schim van der Loeff - van Veen, R. (2012). *Geriatric*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schoot, T. (2011). *De verpleegkundige als ontwerper*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Seidman, I. (2012). *Interviewing als qualitative research*. A guide for researchers in education and the social sciences. New York: Teachers College Press.
- Seniorvriendelijk ziekenhuis. (2012). *Kwaliteitscriteria keurmerk seniorvriendelijk ziekenhuizen*. Verkregen van <http://seniorvriendelijkziekenhuis.nl/onewebmedia/kwaliteitscriteria-keurmerk-seniorvriendelijk-ziekenhuis.pdf>
- Senior Friendly Hospitals. (2013). *Welcome tot the senior friendly hospital toolkit*. Verkregen van <http://seniorfriendlyhospitals.ca/welcome-senior-friendly-hospital-toolkit>
- Seniorvriendelijk Ziekenhuis. (2013). *Keuzewijzer seniorvriendelijk ziekenhuis*. Verkregen van <http://seniorvriendelijkziekenhuis.nl/keuzewijzer/index.html>
- Seniorvriendelijk ziekenhuis. (2013). *Organisatie*. Verkregen van <http://seniorvriendelijkziekenhuis.nl/organisatie.html>
- Sint Franciscus Gasthuis. (2013). *Topklinisch ziekenhuis (STZ)*. Verkregen van <http://www.sfg.nl/smartsite.dws?id=1945>
- Stichting Farmaceutische Kengetallen (2013, Juni 6). *Polyfarmacie*. Verkregen van <http://www.sfk.nl/nieuws-publicaties/PW/2005/2005-32.html>
- Stickers, C.A., & Swaay-Butter, M.G. van. (1999). *Verplegen van geriatrische zorgvragers, niveau 5*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma.
- VMS veiligheidsprogramma. (2012). *Medicatieverificatie bij opname en ontslag*. Verkregen van <http://www.vmszorg.nl/Themas/Medicatieverificatie>

- VMS Zorg. (2009). *Praktijkgids 'kwetsbare ouderen'*. Verkregen van http://www.vmszorg.nl/_library/5540/web_2009.0104_praktijkgids_kwetsbare_ouderen.pdf
- Austin, P.C., Bell, C., Dhalla, I.A., Etchells, E., Forster, A.J., Stiell, I.G., ..., Zarnke, K. (2010). Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. *Canadian Medical Association Journal*, 182(6), p. 155-164. doi: 10.1503/cmaj.091117
- Waltz, C., Strickland, O., & Lenz, E. (2008). *Measurement in nursing and health research*. New York: Springer Publishing Company.
- Zapatero, A. B. (2012). Predictive model of readmission to internal medicine wards. *European Journal of Internal Medicine*, 23(5), p. 451-456. doi: 10.1016/j.ejim.2012.01.005

10. BIJLAGEN

10.1 ONDERBOUWING KEUZE PATIENTENPOPULATIE

Rijlabels	75 en ouder	Jonger dan 75	Eindtotaal
Dagverpleging	34	205	239
Intensive Care	91	229	320
Kraamsuites	2	5029	5031
Operatiekamers		0	0
Verpleegafdeling CCU	547	1287	1834
Verpleegafdeling heekunde 1 traumatolog	558	1922	2480
Verpleegafdeling heekunde 2 vaat-long	431	1542	1973
Verpleegafdeling HVZ	483	1089	1572
Verpleegafdeling kindergeneeskunde		1486	1486
Verpleegafdeling longziekten	399	1052	1451
Verpleegafdeling maag-darm-leverziekten	420	1459	1879
Verpleegafdeling nefrologie/interne/reum	455	830	1285
Verpleegafdeling neonatologie		463	463
Verpleegafdeling neurologie/neurochirurg	448	1343	1791
Verpleegafdeling oncologie	389	942	1331
Verpleegafdeling orthopedie	415	1753	2168
Eindtotaal	4672	20631	25303

10.2 DEMOGRAFISCHE GEGEVENS RESPONDENTEN

Respondent	Leeftijd (in jaren)	Werkervaring (in jaren)	Functie
27112013-01	26	4	Oncologieverpleegkundige
27112013-02	27	5	Verpleegkundige
27112013-03	34	10	Verpleegkundige (scholing geriatric)
27112013-04	32	9	Seniorverpleegkundige
27112013-05	27	7	Seniorverpleegkundige
27112013-06	24	2	Verpleegkundige

10.3 ENQUÊTE VERPLEEGAFDELINGEN

Beste verpleegkundige,

Wij, Aldert Poot en Mariët Slijkhuis, doen voor onze opleiding HBO-Verpleegkunde praktijkonderzoek naar de verpleegkundige voorlichting aan patiënten van 75 jaar en ouder op interne afdelingen. In het kader van dit onderzoek willen we je graag vragen deze enquête in te vullen.

De enquête bestaat uit 8 stellingen, waarbij je kunt kiezen of je het er mee eens, oneens of niet oneens/niet eens bent. Je helpt ons het meest met een eerlijk antwoord!

De enquêtes zijn volledig anoniem. Invullen kost nog geen 2 minuten en levert veel meer op!

De afdeling met de hoogste respons wordt hiervoor beloond!

Alvast heel erg bedankt voor het invullen!

Aldert en Mariët

Stellingen (omcirkel jouw keuze)

1. Het geven van voorlichting over medicatie aan patiënten doe ik voornamelijk wanneer zij daar zelf om vragen

Oneens Niet oneens/niet eens Eens

2. Ik heb voldoende kennis over werking, bijwerking en interacties van medicatie om hier goede voorlichting over te kunnen geven

Oneens Niet oneens/niet eens Eens

3. De verantwoordelijkheid voor kennis over medicatie ligt zowel bij de verpleegkundige als bij de patiënt

Oneens Niet oneens/niet eens Eens

4. In het geven van voorlichting maak ik geen onderscheid tussen patiënten tot 75 jaar en patiënten van 75 jaar en ouder

Oneens Niet oneens/niet eens Eens

5. Ik heb behoefte aan beschreven informatie in de vorm van richtlijnen/protocollen over het geven van voorlichting aan de oudere patiënt

Oneens Niet oneens/niet eens Eens

6. Het geven van voorlichting heeft voor mij geen prioriteit wanneer ik tijdsdruk ervaar

Oneens Niet oneens/niet eens Eens

7. Het voorlichten van patiënten ligt met name bij de andere disciplines (zoals een arts, diëtiste, diabetesverpleegkundige, etc.)

Oneens Niet oneens/niet eens Eens

8. Onvoldoende bewustwording van de verpleegkundige over het geven van voorlichting is een belangrijke oorzaak in het te weinig voorlichten van de patiënt

Oneens Niet oneens/niet eens Eens

10.4 INHOUDELIJK LOGBOEK

Tijdens het onderzoeksproces hebben de onderzoekers weloverwogen keuzes gemaakt, in overleg met elkaar en met hun begeleider en opdrachtgever. Om er zeker van te zijn dat zowel de begeleider als opdrachtgever op de hoogte bleven van het proces, zijn alle inhoudelijke mails naar zowel de onderzoekers als begeleider en opdrachtgever verzonden. Dit om transparant te zijn en inzicht te geven.

Door de onderzoekers is een inhoudelijk logboek bijgehouden om zo hun keuzes te verantwoorden:

- 2 oktober 2013: Na overleg met opdrachtgever en het gesprek met begeleider is er gekeken naar de mogelijkheden van het afstudeeronderzoek. Gezien het feit dat er 2 onderzoekers zijn, in verschillende instellingen, lijkt het niet haalbaar om een implementatie te bewerkstelligen. Om een kwalitatief product te kunnen leveren is er op basis van deze overwegingen besloten om alleen een praktijkonderzoek te doen met aanbevelingen ter implementatie
- 3 oktober 2013: De keuze gemaakt om alleen interne afdelingen te onderzoeken, zodat de resultaten gemakkelijker te generaliseren zijn.
- 10 oktober 2013: Vanuit de opgedane kennis van het werkcollege 'labelen en coderen' komen de onderzoekers tot de keuze voor een semigestandaardiseerde interview. Met name het feit dat de beleving van verpleegkundigen van grote invloed is op de acceptatie van verbeterprojecten op een afdeling zorgt ervoor dat de onderzoekers ruimte willen geven voor de mening van de onderzoekers. Niet alleen kennis vanuit de bestudeerde literatuur, maar ook praktijkervaring meenemen in het onderzoek zorgt ervoor dat het onderzoek in de behoeften van het ziekenhuis kan voorzien en daardoor beter aansluit bij de instelling.
- 14 oktober 2013: Verpleegkundigen van de afdelingen VREU en VONC gekozen als populatie voor het onderzoek, op basis van cijfers Bureau Informatie en Control van het SFG. Op deze afdelingen liggen de meeste patiënten van 75 jaar en ouder.
- 29 oktober 2013: Naar aanleiding van feedback hebben de onderzoekers er toch voor gekozen om gezamenlijk de interviews af te nemen, zodat de één de ander kan aanvullen. In eerste instantie hadden de onderzoekers gedacht om afzonderlijk de interviews af te gaan nemen. Ook hebben de onderzoekers besloten naar aanleiding van feedback om een duo-interview met de afdelingsmanagers van beide afdelingen af te nemen om zo realistische aanbevelingen te kunnen doen en eventuele implementatie na het onderzoek te vergemakkelijken
 - o Inhoudelijk hebben de onderzoekers, in overleg met de opdrachtgever, de vraagstelling en doelstelling aangepast zodat deze zich beter richt op het verbeteren van zorg, om belangen van opdrachtgever te behartigen.
- 20 november 2012: Omdat er sprake is van een korte onderzoeksduur en een grote werkafstand tussen onderzoekers is het proefinterview door 1 onderzoeker afgenomen. Opnames zijn gemaakt, geanalyseerd en besproken met medeonderzoeker, die tevens feedback op dit alles heeft gegeven.
- 26 november 2013: Naar aanleiding van een gesprek met de begeleider over de populatie van de respondenten afgesproken om de te houden interviews af te wachten. Vanwege het relatief geringe aantal verpleegkundigen dat geïnterviewd gaat worden, valt het te betwijfelen of dit genoeg input levert om de generaliseerbaarheid en zo de validiteit te waarborgen. Mocht er blijken dat de generaliseerbaarheid in het geding komt, dan kunnen de onderzoekers ervoor kiezen om door middel van stellingen overige verpleegkundige te bevragen in hoeverre de verkregen informatie representatief is voor de afdelingen.
- 9 december 2013: Op advies van de afdelingsmanagers zullen de onderzoeker tevens de geriatrisch verpleegkundige interviewen. De doelstelling hiervan is om te kijken in hoeverre zij een rol kan betekenen in het verbeteren van de informatievoorziening aan ouderen boven de 75 jaar.

- 19 december: Aan de hand van de verzamelde gegevens en op advies van de afstudeerbegeleider hebben de onderzoekers aan de hand van 8 kernlabels 8 stellingen opgesteld die door middel van enquêtes worden verspreid. Het doel is om de generaliseerbaarheid van de resultaten te vergroten
- 19 december 2013: De onderzoekers hebben vandaag de codering besproken. Het label cognitie is vervangen door adaptatie, aangezien cognitie een onderdeel is van adaptatie. Daarnaast is het kernlabel 'standaardisering' vervangen door 'Richtlijnen/protocollen'. Ook is het label 'Multidisciplinariteit' opgenomen, aangezien deze term verschillende aspecten dekt, die allen te maken hebben met de relatie tussen disciplines en verpleegkundigen.
- 1 januari 2014: De opgestelde stellingen zijn in de vorm van een enquête onder de verpleegkundigen verspreid. Toestemming hiervoor binnen de instelling is verkregen via een seniorverpleegkundige. Door afwezigheid van de opdrachtgever en beide afdelingsmanagers van de afdelingen, is er gekozen om via deze weg toch de enquêtes te verspreiden, om zo tijdig nog afdelingsbrede input te kunnen vergaren die de validiteit van het onderzoek verhoogt.

10.5 KWANTITATIEVE TRIANGULATIE

In onderstaande tabellen wordt per afdeling en volledig de respons op de stellingen weergegeven.

Reumatologie/...	Oneens	Niet oneens/ niet eens	Eens
Stelling 1	7	2	4
Stelling 2	5	4	4
Stelling 3	4	3	6
Stelling 4	5	2	6
Stelling 5	7	3	3
Stelling 6	7	5	1
Stelling 7	6	5	2
Stelling 8	1	5	7

Oncologie/...	Oneens	Niet oneens/ niet eens	Eens
Stelling 1	6	2	6
Stelling 2	6	0	8
Stelling 3	1	3	10
Stelling 4	7	3	4
Stelling 5	9	2	3
Stelling 6	11	2	1
Stelling 7	10	2	2
Stelling 8	5	2	7

Overzicht	Oneens	Niet oneens/ niet eens	Eens
Stelling 1	13	4	10
Stelling 2	11	4	12
Stelling 3	5	6	16
Stelling 4	12	5	10
Stelling 5	16	5	6
Stelling 6	18	7	2
Stelling 7	16	7	4
Stelling 8	6	7	14

10.6 CODERINGLIJSTEN

Nummer	Regelnummer	Open codering	Categorie	Concept
27112013-01	43	iedere patiënt informatie geven over medicatie	Elke patiënt voorlichten	Fasciliterende voorlichting
27112013-01	43-44	Zeker bij nieuwe medicatie	Vooraf nieuwe medicatie	Fasciliterende voorlichting
27112013-01	45	Waarvoor medicatie is weten ouderen niet	Kennistekort	Kennisniveau
27112013-01	48-49	Oudere zegt: 'ik onthoud het toch niet'	Cognitie	Adaptatie
27112013-01	51	Ouderen vinden het moeilijk	Cognitie	Adaptatie
27112013-01	53	Aan iedereen informatie over medicatie	Elke patiënt voorlichten	Fasciliterende voorlichting
27112013-01	56	Vooraf bij nieuwe medicatie	Vooraf nieuwe medicatie	Fasciliterende voorlichting
27112013-01	57	Letten op aspecten zoals begrijpen ze het goed	Cognitie	Adaptatie
27112013-01	58	Zijn ze goed horend	Cognitie	Adaptatie
27112013-01	61	Ik pas mijn voorlichting aan op de doelgroep	Aanpassing doelgroep	Adaptatie
27112013-01	64	Voorlichting niet alleen leeftijdgebonden	Aanpassing doelgroep	Adaptatie
27112013-01	66	Niet bewust leeftijdsafhankelijk	Iedereen dezelfde voorlichting	Adaptatie
27112013-01	78	Inschatting maken wat mensen aan informatie aankunnen	Inschattingsvermogen	Adaptatie
27112013-01	80-81	Met familie erbij uitleggen	Sociaal netwerk	Adaptatie
27112013-01	81-82	Accepteren dat patiënt informatie niet begrijpt	Acceptatie verminderde cognitie	Adaptatie
27112013-01	87-89	Omgaan met medicatie na ontslag	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-01	93	Thuiszorg voor medicatie	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-01	93	Baxterrol	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-01	107-108	Gesprek met patiënt om in te schatten of patiënt informatie kan	Cognitie	Adaptatie

		begrijpen		
27112013-01	110-112	Controle of informatie begrepen is	Controle	Adaptatie
27112013-01	124-125	Herhaling van informatie	Herhaling	Adaptatie
27112013-01	133-137	Hulp bieden door aanreiken, uitpakken, geven	Praktische hulp	Adaptatie
27112013-01	160	Hoe gaat de situatie eruit zien na ontslag?	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-01	164-166	Andere instelling waarborgt medicatieveiligheid	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-01	171	Hulp inschakelen als dat nodig is	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-01	179	Thuiszorg voor hulp uitzetten en inname medicatie	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-01	203-205	Zorg overdragen na ontslag	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-01	215	Hulp van familie	Sociaal netwerk	Adaptatie
27112013-01	228	Betrekken familie bij opnamegesprek	Sociaal netwerk	Adaptatie
27112013-01	236-237	Geen tijd nemen specifiek om over medicatie te praten	Tijdsgebrek	Tijdsdruk
27112013-01	241	Geen gebruik van standaarden in betrekken familie	Standaardisering	Richtlijnen/protocollen
27112013-01	263-265	Werking, opname en werkingsduur van medicatie voorlichten	Aspecten medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-01	266	Instructie toedieningswijze	Aspecten medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-01	276-277	Bijwerking en wanneer actie ondernemen bij gebruik medicatie	Aspecten medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-01	284	Hoe weggooien van medicatie	Aspecten medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-01	298	Tijd is het grootste knelpunt	Tijdsgebrek	Tijdsdruk
27112013-01	306-307	Niet voldoende informatie beschikbaar over medicijn	Kennistekort	Kennisniveau
27112013-01	332	Huidige werkwijze tijdrovend voor informatie zoeken over medicatie	Tijdsgebrek/kennis tekort	Tijdsdruk
27112013-01	332-333	Oplossing: database van informatie medicatie	Kennistekort	Kennisniveau

27112013-01	355-356	Patiëntenbrochure bij medicatie uitreiken voor informatievoorziening	Kennistekort	Kennisniveau
27112013-01	366-367	Thuis informatie kunnen raadplegen	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-01	374	Kundig personeel als oplossing van tijdtekort	Tijdsgebrek	Tijdsdruk
27112013-01	383-384	Oplossing van tijdtekort bewustwording van personeel	Tijdsgebrek/bewustwording	Tijdsdruk
27112013-01	390-394	Bewustwording door: uitreiken folder, beschikbaarheid informatie, verplichten van informatieverstrekking	Standaardisering	Richtlijnen/protocollen
27112013-01	414-416	Ludieke actie om informatievoorziening onder de aandacht te krijgen	Bewustwording	Bewustwording
27112013-01	437	Op welke manier je informatie geeft over leefregels, dieet hangt af van welk soort patiënt	Patiëntafhankelijk	Adaptatie
27112013-01	446-447	Wat te doen bij complicaties vertellen	Handelwijze bij complicaties	Faciliterende voorlichting
27112013-01	451	Huisarts bellen bij problemen	Huisarts	Faciliterende voorlichting
27112013-01	451	Niet te lang wachten bij klachten	Niet lang wachten	Faciliterende voorlichting
27112013-01	464-465	Advies aan de bel trekken als het niet gaat	Aan de bel trekken	Faciliterende voorlichting
27112013-01	490	Mondeling overdragen van leefregels	Mondelinge voorlichting	Adaptatie
27112013-01	517-518	Bereikbaarheid is thuis huisarts of instelling	Huisarts	Faciliterende voorlichting
27112013-01	528-529	Er wordt niet standaard gezegd waar patiënten aan de bel kunnen trekken	Aan de bel trekken	Faciliterende voorlichting
27112013-01	550-552	Patiënt laten vertellen bij opname wat er is gebeurt om ziekte-inzicht te bepalen	Ziekte-inzicht bepalen	Adaptatie
27112013-01	556-557	Gedurende opname ziekte-inzicht observeren	Ziekte-inzicht bepalen	Adaptatie

27112013-01	561-562	Bij verstoring ziekte-inzicht in gesprek met patiënt door zowel vpk als arts	Verstoring ziekte-inzicht	Adaptatie
27112013-01	580-581	Uitsluiten psychische en somatische oorzaak van gebrek aan ziekte-inzicht	Verstoring ziekte-inzicht	Adaptatie
27112013-01	587	Betrekken van andere disciplines in bepalen gebrek aan ziekte-inzicht	Ziekte-inzicht bepalen	Multidisciplinariteit
27112013-01	597-598	Patiënt heeft het recht om iets niet te weten of te ontkennen	Ontwikkelen ziekte-inzicht	Bewustwording
27112013-01	602-603	Langere tijd nodig voor verkrijgen ziekte-inzicht	Ontwikkelen ziekte-inzicht	Bewustwording
27112013-01	615-616	Extra begeleiding in verkrijgen ziekte-inzicht door maatschappelijk werk of psychologie	Ontwikkelen ziekte-inzicht	Multidisciplinariteit
27112013-01	622	Uiteindelijk patiënt zelf verantwoordelijk voor ziekte-inzicht bij wilsbekwaamheid	Ontwikkelen ziekte-inzicht	Verantwoording
27112013-01	651	Korte duur van opname knelpunt in de informatievoorziening over ziekte-inzicht	Tijdsgebrek	Tijdsdruk
27112013-01	668	Tijdgebrek als knelpunt in informatievoorziening over ziekte-inzicht	Tijdsgebrek	Tijdsdruk
27112013-01	677-678	Ontslaggesprek om leefregels te bespreken	Ontslaggesprek	Faciliterende voorlichting
27112013-01	698	Ontslaggesprek niet volgens afspraak, maar patiënt/situatiegericht	Ontslaggesprek	Faciliterende voorlichting
27112013-01	715	Informatie verzamelen bij gebrek aan kennis over ziektebeelden	Kennistekort	Kennisniveau

Nummer	Regelnummer	Open codering	Categorie	Concept
27112013-02	21	Oudere patiënt weet al wat ze aan medicatie gebruiken	Behoeft bepalen	Adaptatie
27112013-02	26-28	Arts moet vertellen wat voor nieuwe medicatie ze gaan krijgen en waarvoor het dient	Nieuwe medicatie	Multidisciplinariteit
27112013-02	30	Informatie over nieuwe medicatie moet arts vertellen	Nieuwe medicatie	Multidisciplinariteit
27112013-02	33	Na de arts zou ik wel goed uitleggen waarvoor de medicatie is en waarvoor die dient	Uitleg medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-02	41	Nagaan of medicatie is ingenomen	Controle	Adaptatie
27112013-02	56	Ik vertel wat de patiënt moet slikken en waarvoor het dient	Uitleg medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-02	59-60	Als de patiënt erom vraagt, geef ik meer uitleg	Vraaggestuurde voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-02	70-71	Aanwezigheid familie bij het geven van informatie	Familie	Adaptatie
27112013-02	97-98	Overdracht schrijven voor andere instelling	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-02	94-98	Familie inlichten over gestarte medicatie bij ontslag	Familie	Adaptatie
27112013-02	100	Meegeven van lijst met medicatie bij ontslag	Nazorg medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-02	105-106	Eerst patiënt informatie geven, daarna bij vraag de familie	Vraaggestuurde voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-02	116	Ik geef voorlichting door het te vertellen tegen die patiënt	Uitleg medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-02	121	Voorlichting tijdens het delen van medicatie	Opname medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-02	127-129	Medicatie wordt gestart zonder dat patiënt op de hoogte is.	Communicatie	Multidisciplinariteit
27112013-02	135-137	Terugleggen bij de arts	Communicatie	Multidisciplinariteit
27112013-02	165	Weinig tijd is knelpunt in het geven	Tijdsgebrek	Tijdsdruk

		van voorlichting		
27112013-02	186-187	Er zelf tijd voor maken	Eigen verantwoording	Verantwoording
27112013-02	191-194	Collega's op de hoogte stellen dat je bij patiënt bent om over medicatie te praten	Communicatie	Multidisciplinariteit
27112013-02	199	Vertellen wat en waarvoor het medicijn moet worden geslikt..	Uitleg medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-02	199-201	Collega op de hoogte brengen dat je langer weg bent	Communicaties	Multidisciplinariteit
27112013-02	206	Informatie geven als de patiënt erom vraagt	Vraaggestuurde voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-02	213-216	Informatie verstrekken over het nazorgtraject	Nazorg medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-02	240-242	Informatie verstrekken over een vochtbeperking	Dieet	Faciliterende voorlichting
27112013-02	246	Ook bij diëten	Dieet	Faciliterende voorlichting
27112013-02	254-257	Ik vertel kort wat er in de huisartsenbrief staat en waarvoor deze dient		Faciliterende voorlichting
27112013-02	259-260	Medicatie doorlopen bij ontslag	Nazorg medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-02	269-270	Als er dingen zijn waarop de patiënt moet letten, zou ik dat doorspelen naar de patiënt	Aandachtspunten	Faciliterende voorlichting
27112013-02	291-292	Voorlichting over dieet, leefregels ligt bij meerdere disciplines	Multidisciplinaire voorlichting	Multidisciplinariteit
27112013-02	308-311	Benoemen van reden dieet., leefregel, vochtbeperking	Dieet	Faciliterende voorlichting
27112013-02	324	Ik weet niet of de informatievoorziening aan oudere patiënten is vastgelegd in protocollen	Standaardisering	Richtlijnen/protocollen
27112013-02	350-351	Informatie geven en bij patiënt neerleggen	Voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-02	353	Eventueel familie inschakelen	Familie	Adaptatie
	358-359	Op dit moment veel mondeling, misschien meer schriftelijk	Mondelinge voorlichting	Faciliterende voorlichting

Nummer	Regelnummer	Open codering	Categorie	Concept
27112013-03	26-28	Arts verantwoordelijk voor uitleg start medicatie	Nieuwe medicatie	Multidisciplinariteit
27112013-03	30	Voorlichting over tijdstip inname medicatie	Uitleg medicatie	Fasciliterende voorlichting
27112013-03	35-36	Uitleg geven schiet er vaak bij in	Tijdsgebrek	Tijdsdruk
27112013-03	39-40	Mensen vragen niet naar informatie als ze ouder zijn is oorzaak waardoor uitleg geven erbij inschiet	Vraaggestuurde voorlichting	Fasciliterende voorlichting
27112013-03	40-41	Alleen bij vragen wordt verstrek ik informatie	Vraaggestuurde voorlichting	Fasciliterende voorlichting
27112013-03	48	Weinig voorlichting in het algemeen over medicatie	Weinig voorlichting	Fasciliterende voorlichting
27112013-03	50	Bij vragen verstrek ik informatie	Vraaggestuurde voorlichting	Fasciliterende voorlichting
27112013-03	51	Bij nieuw gestarte medicatie controleren of informatie gegeven is	Nieuwe medicatie	Fasciliterende voorlichting
27112013-03	57-58	Ik ga ervan uit dat mensen van thuismedicatie wel weten waarvoor het is	Veronderstelling	Bewustwording
27112013-03	61-64	Ik ga ervan uit dat mensen van thuismedicatie wel weten waarvoor het is	Veronderstelling	Bewustwording
27112013-03	65	Medicatiegebruik bespreken met partner	Familie	Adaptatie
27112013-03	66	Inzetten van baxterrol als er veel dingen verkeerd worden ingenomen	Nazorg medicatie	Fasciliterende voorlichting
27112013-03	72-74	Bij delier informatie verstrekking aan derden	Familie	Adaptatie
27112013-03	90	Mensenkennis van verpleegkundige is vereiste om onderscheid te maken of een patiënt informatie wel of niet begrijpt	Mensenkennis	Adaptatie
27112013-03	91-92	Mensen die vragen stellen over medicatie	Veronderstellingen	Bewustwording

		zijn vaak mensen die het wel begrijpen		
27112013-03	95-98	Bij medicatie delen per tablet uitleggen waarvoor het is om informatie te verstrekken	Uitleg medicatie	Fasciliterende voorlichting
27112013-03	109	De mensenkennis neem ik te weinig mee in het voorlichting geven over medicatie	Mensenkennis	Adaptatie
27112013-03	109-111	Kennis overdragen in MDO of rapportage over het omgaan met medicatie.	Rapportage	Multidisciplinariteit
27112013-03	119-123	Globale voorlichting over tijdstip, hoe vaak waarom en de meest voorkomende bijwerking medicatie	Uitleg medicatie	Fasciliterende voorlichting
27112013-03	125	De bijwerkingen die mensen rechtstreeks voelen	Uitleg medicatie	Fasciliterende voorlichting
27112013-03	127-128	Voorlichting over wanneer, hoe laat, waarom en evt. bijwerkingen	Uitleg medicatie	Fasciliterende voorlichting
27112013-03	128-129	Ouderen moeten niet teveel last hebben van bijwerkingen	Uitleg medicatie	Fasciliterende voorlichting
27112013-03	134	Mensen staan niet open voor het ontvangen van informatie over medicatie	Weerstand	Verantwoording
27112013-03	135-136	Sommigen willen niet weten wat en waarom ze medicatie slikken	Weerstand	Verantwoording
27112013-03	146	Terugvragen of informatie is begrepen	Controle	Adaptatie
27112013-03	153-154	Baxterrol bij mensen die niet goed meer kunnen lezen en voelen	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-03	156-158	Overleg met thuisapotheek over anderet tabletten met kleur of grootte	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-03	169-170	Thuiszorg inschakelen voor medicatie	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-03	176-178	Bij starten of stoppen medicatie arts laten voorlichten	Nieuwe medicatie	Multidisciplinariteit
27112013-03	184-185	Informatievoorzie-	Kennistekort	Kennisniveau

		ning door verpleegkundige niet altijd goed of accuraat		
27112013-03	189	Dyslexie is een probleem wat alleen kan worden opgelost door thuiszorg of door kleur van medicatie indien iemand niet kleurenblind is	Problemen	Adaptatie
27112013-03	199-201	Er moet beter gekeken worden hoe iemand omgaat met zijn medicatiegebruik	Controle	Adaptatie
27112013-03	204-205	Verpleegkundigen moet alerter zijn rondom het starten en stoppen van medicatie en bij ontslag	Alertheid	Bewustwording
27112013-03	206-207	Meer uitleg geven bij ontslag over medicatie	Nazorg medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-03	213	Bij opname veel informatie gegeven, maar dat wordt vergeten	Cognitie	Adaptatie
27112013-03	215	Medicatie ligt ook bij de apotheek	Verantwoordelijkheid	Verantwoording
27112013-03	229-236	Eenmalige toetsing op de afdeling zou eigenlijk repeterend moeten zijn.	Kennistekort	Kennisniveau
27112013-03	238	Verantwoording van verpleegkundige om kennis bij te houden	Verantwoordelijkheid	Verantwoording
27112013-03	250	Tijdsdruk is enorm	Tijdsgebrek	Tijdsdruk
27112013-03	250-254	Te weinig tijd om medicatie uit te zetten en te delen doordat elke patiënt medicatie voor 9 uur moet hebben en daarnaast artsensite en leerlingen begeleiden.	Tijdsgebrek	Tijdsdruk
-27112013-03	257	Weinig personeel	Personeelstekort	Tijdsdruk
27112013-03	258-259	Kletsen onderling tussen collega's	Verantwoordelijkheid	Verantwoording
27112013-03	269	Nooit voorlichting geven over voorkomen van heropname	Geen voorlichting	Faciliterende voorlichting

27112013-03	279-280	Het zich houden aan een leefregel, dieet is een stuk verantwoordelijkheid van de patiënt	Verantwoordelijkheid	Verantwoording
27112013-03	280-281	Patiënten zijn op de hoogte van leefregels	Aanwezige kennis	Kennisniveau
27112013-03	284-285	Verpleegkundigen schieten tekort in het wijzen op gevolgen van huidig gedrag	Tekortschieten vpk	Bewustwording
27112013-03	287	Er zijn ook patiënten die zich niet willen houden aan leefregels, dieet	Weerstand	Verantwoording
27112013-03	294	Wij horen daar voorlichting over te geven	Verantwoordelijkheid	Verantwoording
27112013-03	299	Uiteindelijke verantwoording bij de patiënt	Verantwoordelijkheid	Verantwoording
27112013-03	301	Meer voorlichting geven	Meer voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-03	309	Afhankelijk van mentale toestand weten patiënten leefregels	Cognitie	Adaptatie
27112013-03	320	Familie inlichten over leefregels bij cognitief verminderd functioneren	Familie	Adaptatie
27112013-03	321-322	Ontslaggesprek met familie en arts	Ontslaggesprek	Adaptatie
27112013-03	326-327	Lastig om te peilen welke informatie de patiënt opslaat bij ontslaggesprek	Ontslaggesprek	Adaptatie
27112013-03	333-335	Schriftelijk materiaal meegeven bij ontslag	Schriftelijke voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-03	340	Over diëten zijn er folders beschikbaar	Schriftelijke voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-03	348	Er wordt weinig gebruik gemaakt van schriftelijk materiaal.	Schriftelijke voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-03	351	Wij geven niet veel folders mee	Schriftelijke voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-03	356	Ik denk er niet aan om dat wel of niet mee te geven	Schriftelijke voorlichting	Bewustwording
27112013-03	361-364	Bezig met organisatie van ontslag en daardoor niet denken aan meegeven folders	Schriftelijke voorlichting	Bewustwording
27112013-03	370-371	Er staat iets in ontslagpapier over leefregels	Schriftelijke voorlichting	Faciliterende voorlichting

27112013-03	372	Vaak alleen bezig met hoofdzaken	Prioriteiten	Bewustwording
27112013-03	374-375	De hoofdzaak van de patiënt is niet de hoofdzaak van de verpleegkundige bij ontslag	Prioriteiten	Bewustwording
27112013-03	383-384	We zijn in voorlichting niet zo sterk	Competenties vpk	Kennisniveau
27112013-03	390-394	Er is niet altijd bekend dat iemand bepaald dieet of leefregels heeft, mede door computersysteem	Kennistekort	Kennisniveau
27112013-03	397-400	Verpleegkundige mist dingen omdat ze patiënt niet goed kent of omdat dingen er niet in staan.	Kennistekort	Kennisniveau
27112013-03	405-407	Mondelinge overdracht, dossier pas veel later lezen en daardoor niet alle informatie beschikbaar	Kennistekort	Kennisniveau
27112013-03	411-413	Folders hebben geen naamsbekendheid	Schriftelijke voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-03	419	Gedragsverandering van verpleegkundige	Gedragsverandering	Verantwoording
27112013-03	442-443	Plaats van folders is belangrijk voor de informatievoorziening	Schriftelijke voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-03	456-457	Alleen protocol over <u>dat</u> er voorlichting over medicatie moet worden gegeven	Standaardisering	Richtlijnen/protocollen
27112013-03	462-463	Ik weet niet of er protocollen over voorlichting zijn	Standaardisering	Richtlijnen/protocollen
27112013-03	475-476	Bewustwording dat het niet goed gaat	Bewustwording	Bewustwording
27112013-03	476-478	Verpleegkundige moet het zich aantrekken en de ernst inzien van waarom het moet gedaan worden	Gedragsverandering	Bewustwording
27112013-03	479-480	Oudere patiënten gewoon blijven informeren	Gedragsverandering	Verantwoording
27112013-03	482-484	De insteek kwijtraken dat 'ze er toch niks van begrijpen'	Gedragsverandering	Bewustwording
27112013-03	488	Voorlichting in	Familie	Adaptatie

samenspraak met
derden

Nummer	Regelnummer	Open codering	Categorie	Concept
27112013-04	24	Als patiënten er zelf naar vragen, krijgen ze uitleg	Vraaggestuurde voorlichting	Fasciliterende voorlichting
27112013-04	31	Voorlichting over medicatie gebeurt eigenlijk heel weinig denk ik	Weinig voorlichting	Fasciliterende voorlichting
27112013-04	40-41	Als medicatie nieuw is, geef ik voorlichting als het belangrijk is wanneer je ze moet innemen	Nieuwe medicatie	Fasciliterende voorlichting
27112013-04	43-44	Over andere medicatie geef ik niet veel voorlichting	Weinig voorlichting	Fasciliterende voorlichting
27112013-04	48-49	Als patiënten er niet naar vragen, is er geen behoefte denk ik	Vraaggestuurde voorlichting	Fasciliterende voorlichting
27112013-04	51-54	Bij nieuwe medicatie vertel ik van dit is het en daar moet u het voor innemen op die tijdstippen	Nieuwe medicatie	Fasciliterende voorlichting
27112013-04	61-62	Als er voorlichting wordt gegeven, gaat dat over wat het doet en waarom het belangrijk is dat het op de bepaalde tijdstippen wordt ingenomen	Uitleg medicatie	Fasciliterende voorlichting
27112013-04	70-71	Eerste keer geven van medicatie gaat wel met uitleg	Uitleg medicatie	Fasciliterende voorlichting
27112013-04	80	Rekening houden met oudere door niet al te ingewikkeld uitleggen	Cognitie	Adaptatie
27112013-04	82-83	Schriftelijk verstrekken van informatie over medicatie	Schriftelijke voorlichting	Fasciliterende voorlichting
27112013-04	95-96	Lijst van apotheek is niet heel overzichtelijk	Onoverzichtelijkheid	Adaptatie
27112013-04	105-106	Bij ouderen geen extra informatie van internet, omdat dat te ingewikkeld wordt	Cognitie	Adaptatie

27112013-04	124	Apothekersassistent makkelijker te bereiken omdat ze alle ins en outs weten	Multidisciplinaire voorlichting	Multidisciplinari- teit
27112013-04	132	Apothekers- assistenten betrekken bij onduidelijkheden of nieuwe medicatie	Multidisciplinaire voorlichting	Multidisciplinariteit
27112013-04	136-138	Apothekers- assistenten kunnen er meer tijd voor maken en hebben meer kennis en kunnen tips geven	Multidisciplinaire voorlichting	Multidisciplinariteit
27112013-04	148	Geen voorlichting aan cognitief beperkte patiënt	Cognitie	Adaptatie
27112013-04	148-150	Familie betrekken bij medicatie bij aanwezigheid	Familie	Adaptatie
27112013-04	158	Alleen als familie vragen stelt over medicatie, krijgen ze voorlichting.	Vraaggestuurde voorlichting	Fasciliterende voorlichting
27112013-04	168	Er sluipen foutjes in doordat er te weinig voorlichting wordt gegeven	Weinig voorlichting	Fasciliterende voorlichting
27112013-04	182	Baxtersysteem ter voorkoming van medicatiefouten	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-04	202	Therapieontrouwe mensen vallen buiten het geven van voorlichting omdat die toch niet willen luisteren naar de voorlichting	Weerstand	Verantwoording
27112013-04	227	Geen idee van het bestaan van protocollen over medicatievoorlichting en overige voorlichting.	Standaardisering	Richtlijnen/proto- collen
27112013-04	249	Geen voorlichting hoe patiënten heropname kunnen voorkomen.	Geen voorlichting heropname	Richtlijnen/proto- collen
27112013-04	265-268	De dingen die horen bij dieet, daar let ik wel op als ze weg gaan	Dieet	Fasciliterende voorlichting
27112013-04	274	Voorlichting over voorkomen van	Vooronderstelling	Bewustwording

		heropname, leefregels is denk ik meer chirurgisch		
27112013-04	276	Andere disciplines regelen meer de voorlichting	Multidisciplinaire voorlichting	Multidisciplinari- teit
27112013-04	287	Het is niet vaak nodig om voorlichting te geven over leefregels volgens mij	Vooronderstelling	Bewustwording
27112013-04	290-291	Voorlichting aan dialysepatiënten over vochtbeperking heeft vaak niet veel zin omdat ze het in de wind slaan	Weerstand	Verantwoording
27112013-04	296-297	Alleen voorlichting bij diabetische patiënten over wat ze wel en niet kunnen eten en wanneer ze moeten spuiten	Selectiviteit	Fasciliterende voorlichting
27112013-04	300-302	Voorlichting door verpleegkundige naast DM-vpk en diëtiste overbodig	Multidisciplinaire voorlichting	Multidisciplinari- teit
27112013-04	305-306	Voorlichting aan interne zorgvragers niet op verpleegkundig verbied	Selectiviteit	Fasciliterende voorlichting
27112013-04	308-311	Herhalen of navertellen van informatie is nodig omdat er veel informatie op patiënt af is gekomen	Herhaling	Adaptatie
27112013-04	324-327	Dingen voordoen of schriftelijk vastleggen als voorlichting	Schriftelijke voorlichting	Adaptatie
27112013-04	332-333	Groot opschrijven voor zorgvragers	Cognitie	Adaptatie
27112013-04	350-351	Er moet meer voorlichting worden gegeven, maar er wordt niet aan gedacht.	Bewustwording	Bewustwording
27112013-04	353-355	Zelf navragen of informatie is overgekomen	Controle	Adaptatie
27112013-04	357-359	Drukte en nalatigheid oorzaak van niet/weinig geven van voorlichting	Verantwoordelijkheids/tijdsgebrek	Tijdsdruk
27112013-04	361-365	Reminder van voorlichting geven in	Standaardisering	Richtlijnen/ protocollen

		het elektronisch dossier		
27112013-04	395	Kijken en praten met patiënt om erachter te komen	Ziekte-inzicht bepalen	Adaptatie
27112013-04	418-419	Taak van verpleegkundige is inspelen op situaties en vragen beantwoorden	Verantwoordelijkheid	Verantwoording
27112013-04	421-423	Voorlichting moet door disciplines worden gegeven die meer kennis hebben over de specifieke gebieden	Multidisciplinaire voorlichting	Multidisciplinari-teit
27112013-04	427	Meer uitleg van de arts	Multidisciplinaire voorlichting	Multidisciplinari-teit

Nummer	Regelnummer	Open codering	Categorie	Concept
27112013-05	19-20	Er wordt weinig voorlichting gegeven over medicatie aan patiënten, zeker tijdens opname	Weinig voorlichting	Fasciliterende voorlichting
27112013-05	26-27	Bij vragen geef ik uitleg over medicatie	Vraaggestuurde voorlichting	Fasciliterende voorlichting
27112013-05	29	Er wordt niet standaard uitleg gegeven over medicatie	Weinig voorlichting	Fasciliterende voorlichting
27112013-05	33	Ik geef uitleg als ik weet dat er een nieuw medicijn is gestart	Nieuwe medicatie	Fasciliterende voorlichting
27112013-05	38-39	Over medicatie in relatie tot opnamereden geef ik eenvoudig informatie waarom ze het krijgen en waar ze op moeten letten	Cognitie	Adaptatie
27112013-05	42-43	Ik vertel waarom ze het krijgen , wat de werking en bijwerkingen zijn	Uitleg medicatie	Fasciliterende voorlichting
27112013-05	47	En over de wijze van inname	Uitleg medicatie	Fasciliterende voorlichting

27112013-05	53-54	Cognitieve problemen worden bij de opname geïventariseerd	Cognitie	Adaptatie
27112013-05	54-55	Verwerking in activiteitenplan van cognitieve beperkingen	Rapportage	Multidisciplinariteit
27112013-05	58-59	Bij het niet kunnen verstaan zo verstaanbaar mogen maken	Cognitie	Adaptatie
27112013-05	61	Bij gehoorproblemen schriftelijk voorlichten	Schriftelijke voorlichting	Adaptatie
27112013-05	65-66	Hulp bieden waar de patiënt dat nodig heeft in geval van visusproblemen	Praktische hulp	Adaptatie
27112013-05	74	Bij het niet kunnen zien hulp bieden door medicijnen klaar te zetten, uit te pakken en te helpen met het slikken ervan	Praktische hulp	Adaptatie
27112013-05	84-86	Lastig om uitleg te geven aan delirante of psychiatrische patiënten doordat ze het niet begrijpen en wantrouwig zijn en daardoor weigeren	Cognitie	Adaptatie
27112013-05	98-99	Familie betrekken als de informatie niet kan worden overgedragen aan patiënt zelf	Familie	Adaptatie
27112013-05	106-107	Alleen als familie aanwezig is en ze vragen, krijgen ze uitleg	Vraaggestuurde voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-05	115-116	Knelpunt is dat er richting ontslag moet worden gekeken of mensen medicatie thuis zelf kunnen regelen	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-05	118	We komen er te laat achter dat iemand thuis niet zelfstandig medicatie kan beheren	Nazorg medicatie	Adaptatie

27112013-05	124-125	Er wordt bij ontslag niet gecheckt of alle informatie begrepen is	Nazorg medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-05	140	Er is geen standaard manier om in kaart te brengen of iemand in staat is om zelf de medicatie te beheren	Standaardisering	Richtlijnen/protocollen
27112013-05	145-146	Als je mensen ziet rommelen met medicijnen, dan moet je nadenken hoe ze dat thuis moeten doen	Verpleegkundig oog	Bewustwording
27112013-05	154-156	In het communicatie-blad zou moeten worden beschreven of patiënt hulp nodig heeft na ontslag, dus ook over medicatie	Rapportage	Multidisciplinariteit
27112013-05	163	Op tijd inventariseren of mensen thuis met medicatie aan de slag kunnen	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-05	165-167	Te laat met het inventariseren van nazorg	Nazorg medicatie	Adaptatie
27112013-05	174-175	Controleren of informatie is begrepen	Controle	Adaptatie
27112013-05	190-191	Er wordt geen voorlichting gegeven over diëten bij oudere patiënten	Weinig voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-05	200	Er wordt geen ontslaggesprek gedaan standaard	Ontslaggesprek	Faciliterende voorlichting
27112013-05	205-206	Voor zowel medicatie als leefregels voor dieet etc. gaan wij niet na of de patiënt alles begrepen heeft	Controle	Adaptatie
27112013-05	212	Ik geef zelden voorlichting over leefregels op de afdeling	Weinig voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-05	222-223	Als ik twijfel dan loop ik het na of de patiënt het	Controle	Adaptatie

		begrepen heeft		
27112013-05	227-228	Eigenlijk zou er een ontslaggesprek moeten plaatsvinden	Ontslaggesprek	Faciliterende voorlichting
27112013-05	239	Niemand heeft het doorgezet om het in te voeren	Ontslaggesprek	Faciliterende voorlichting
27112013-05	243	Afhankelijk van de patiëntgroep wordt er wel of geen voorlichting over gegeven over complicaties zoals bij chemotherapie	Selectiviteit	Adaptatie
27112013-05	248-250	Oncologische patiënten krijgen gedurende de opname veel voorlichting, interne patiënten niet	Selectiviteit	Adaptatie
27112013-05	264-266	Zorg voor oncologie-patiënten is gestandaardiseerd en daarmee de oorzaak dat er meer voorlichting wordt gegeven	Standaardisering	Richtlijnen/protocollen
27112013-05	268-269	Als dingen niet gestandaardiseerd worden doet iedereen zijn ding of wordt het niet gedaan	Standaardisering	Richtlijnen/protocollen
27112013-05	271	Er zijn geen protocollen over voorlichting over leefregels op de afdeling	Standaardisering	Richtlijnen/protocollen
27112013-05	273-274	Er is geen protocol over het geven van voorlichting over medicatie, omdat de poliapotheek de uitleg geeft	Multidisciplinaire voorlichting	Multidisciplinariteit
27112013-05	279	De verpleegkundige moet controleren of het duidelijk is wat de poliapotheek vertelt	Controle	Adaptatie
27112013-05	292-293	Ik ervaar geen knelpunten omdat het niet vaak wordt gedaan	Weinig voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-05	297-298	Er moet een standaard	Ontslaggesprek	Faciliterende voorlichting

		ontslaggesprek komen om alle punten na te lopen		
27112013-05	304	Ontslaggesprek doen volgens vaste punten	Ontslaggesprek	Faciliterende voorlichting
27112013-05	313-314	Tussentijds regelmatig informereren, herhaling is de beste manier om dingen te onthouden	Herhaling	Adaptatie
27112013-05	319-320	Regelmatig instructie geven om goed dingen aan te leren	Herhaling	Adaptatie
27112013-05	323-325	Mensen meenemen in het bijhouden van een vochtbalans	Participatie	Adaptatie
27112013-05	331	Voedingsassistenten laten begeleiden in voedingskeuze	Multidisciplinaire voorlichting	Multidisciplinariteit

Nummer	Regelnummer	Open codering	Categorie	Concept
27112013-06	30-31	Ik geef weinig voorlichting over medicatie omdat de meeste medicatie vanzelf spreek of mensen het al langer gebruiken	Weinig voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-06	32-35	Ik geef bij nieuwe medicatie wel voorlichting, ook omdat ouderen wat argwanender zijn	Nieuwe medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-06	37-38	Voorlichting gaat over waar het medicijn voor is en ik hou het algemeen en kort	Uitleg medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-06	40-41	Voorlichting over werking en naam medicijn	Uitleg medicatie	Faciliterende voorlichting
27112013-06	46	Er is voor mij geen verschil tussen voorlichting tijdens opname en bij het ontslag	Herhaling	Adaptatie
27112013-06	53	Opletten of iemand nog bij de tijd is	Cognitie	Adaptatie

27112013-06	59-61	Als iemand minder bij de tijd is dan let ik erop dat de medicatie wordt ingenomen en dat ik overdraag dat informatie moet worden herhaald	Cognitie	Adaptatie
27112013-06	67	Ik geef gewoon medicatie als iemand cognitief niet in staat is om informatie te ontvangen.	Cognitie	Adaptatie
27112013-06	74	Rekening houden met gehoorproblemen door kort en duidelijk te praten en te controleren of gehoorapparaat in is	Cognitie	Adaptatie
27112013-06	78-80	Met slecht zien houd ik rekening met dat ik aan de goede kant sta en dat ik laat zien wat het medicament is	Cognitie	Adaptatie
27112013-06	83-85	Ik vind het lastig om uit te leggen waar het voor werkt, omdat ouderen het niet snel oppakken	Cognitie	Adaptatie
27112013-06	85	Ik houd het daarom algemeen	Cognitie	Adaptatie
27112013-06	90	Als mensen het niet begrijpen zeg ik dat ze het maar gewoon in moeten nemen omdat de dokter het zegt.	Cognitie	Adaptatie
27112013-06	97-99	Ik kan niet oneindig geduld hebben en soms is het maar beter om gewoon te geven	Geduld	Adaptatie
27112013-06	103-104	Soms als informatie niet aan komt, denk ik, is het maar beter om het zo te laten	Cognitie	Adaptatie
27112013-06	113-114	Ik zou de behoefte van de oudere patiënt aan informatie willen weten	Informatiebehoefte	Adaptatie

27112013-06	118	Het is beter om te beginnen met het geven van voorlichting	Geven voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-06	120-121	Aanvoelen of er meer informatie nodig is	Mensenkennis	Adaptatie
27112013-06	137	Ik ben tevreden over mijn voorlichting omdat ik snel iets toelicht	Toelichting	Faciliterende voorlichting
27112013-06	149-150	Ik vind het raar dat een patiënt een medicijn krijgt en niet weet waarvoor is het is	Weinig voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-06	159-161	Ik weet niet of ouderen er behoefte aan hebben	Informatiebehoefte	Faciliterende voorlichting
27112013-06	170	Door te vragen of ze wat gehad hebben aan de voorlichting breng ik in kaart of een patiënt behoefte heeft aan voorlichting over medicatie	Informatiebehoefte	Faciliterende voorlichting
27112013-06	191	Alleen als de diëtiste iets afsprekt geef ik voorlichting over dieet	Multidisciplinaire voorlichting	Multidisciplinariteit
27112013-06	196-198	Ik neem in de voorlichting over wat de diëtist uitlegt en dat dat belangrijk is	Multidisciplinaire voorlichting	Multidisciplinariteit
27112013-06	203-204	Ik doe veel dingen zonder dat ik door heb dat het voorlichting is	Bewustwording	Bewustwording
27112013-06	209	Ik ga niet specifiek zitten voor 'voorlichting'	Bewustwording	Bewustwording
27112013-06	211	Bij ouderen probeer ik te herhalen	Herhaling	Adaptatie
27112013-06	223	Kijken hoever ze kunnen en willen begrijpen	Cognitie	Adaptatie
27112013-06	228	Ik ga in op de vragen die patiënten hebben	Vraaggestuurde voorlichting	Faciliterende voorlichting
27112013-06	243-244	Ik vind het	Cognitie	Adaptatie

		belangrijk dat ze begrijpen waarom ze iets moeten doen		
27112013-06	252-253	Het is lastig om ouderen de informatie te laten begrijpen en daarin geduld te hebben	Cognitie	Adaptatie
27112013-06	255-256	Er zijn collega's die weinig de tijd willen, kunnen nemen voor ouderen	Prioriteiten	Adaptatie
27112013-06	260	Met ouderen moet je gewoon meer geduld hebben	Geduld	Adaptatie
27112013-06	262-265	Geduld verkrijgen kun je alleen doordat mensen het belang ervan in zien doordat onderzoek aantoont dat tijd nemen en herhaling werkt bij ouderen	Geduld	Adaptatie
27112013-06	267	Het kost teveel moeite om geduld te hebben	Geduld	Adaptatie
27112013-06	269	Dat is gemakzucht	Houding	Verantwoording
27112013-06	276	Tijd is ook een factor die een rol speelt	Tijdsgebrek	Tijdsdruk
27112013-06	287	Ik vind het belangrijk dat er tijd wordt vrijgemaakt voor voorlichting	Prioriteiten	Tijdsdruk
27112013-06	290	Ik weet niet of er protocollen zijn over het geven van voorlichting	Standaardisering	Richtlijnen/protocollen
27112013-06	292-294	Protocol over een paar specifieke ziektebeelden zou fijn zijn om te weten wat en hoe je informatie kort en bondig kunt vertellen	Standaardisering	Richtlijnen/protocollen

