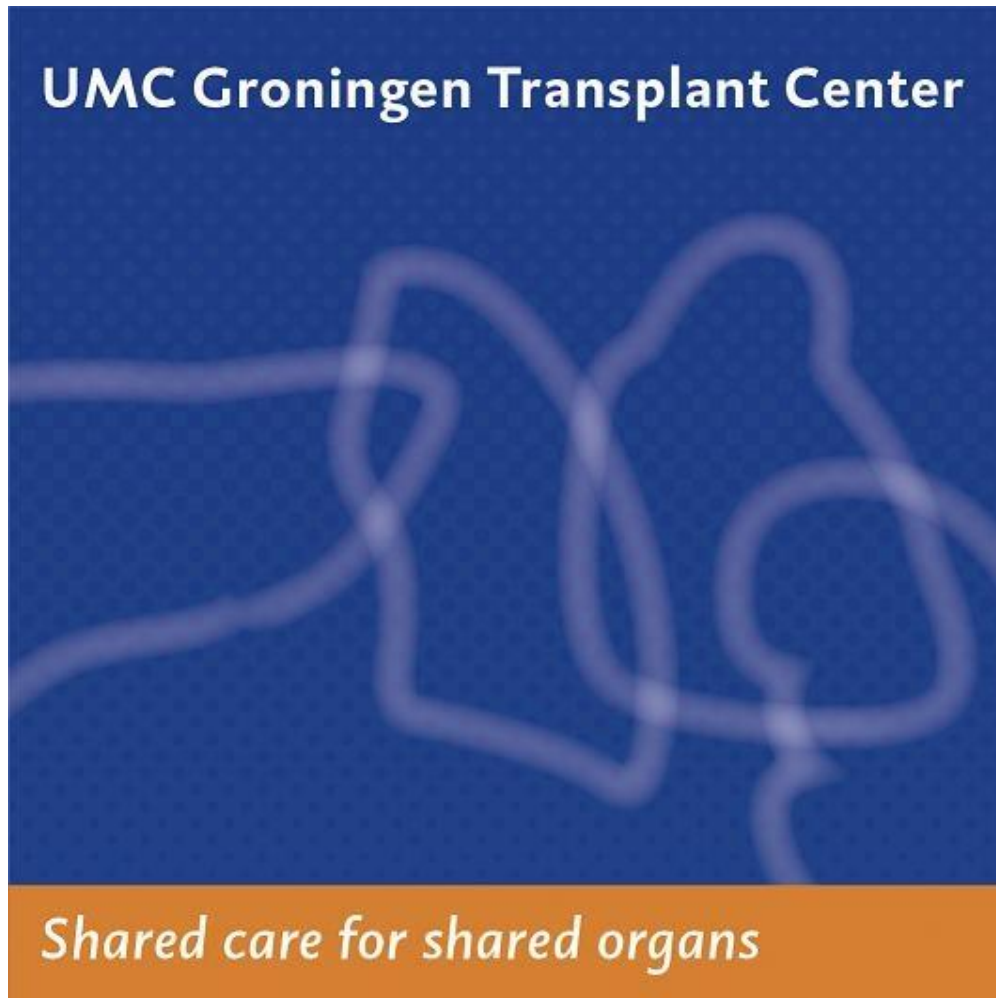


Informatievoorziening voor transplantatiepatiënten



Auteurs: Sarah Rijzinga (320491) en Marjolein Vissia (314320)

Uitstroomprofiel: algemene gezondheidszorg

Osiris code: HVVB14AFOU3

Datum: 13 januari 2015

Opleiding: HBO verpleegkunde

Opdrachtgever: Glenda Bolt en Irma Saro

Docent begeleidster: Yvonne Miske



**Hanzehogeschool
Groningen**
University of Applied Sciences

Voorwoord

Als onderdeel van het afstudeerjaar van de opleiding verpleegkunde aan de Hanzehogeschool te Groningen, hierbij het onderzoeksverslag die wij hebben geschreven.

Graag willen wij een aantal personen bedanken. Ten eerste willen wij alle betrokken professionals bedanken welke bereid waren mee te werken aan ons onderzoek, zonder hen was het onderzoek niet mogelijk geweest. Ook willen wij onze opdrachtgevers bedanken die ons hebben begeleid bij het uitvoeren van dit onderzoek en hebben geholpen in de denk- en leerprocessen tijdens dit onderzoek. Verder willen wij onze docentbegeleidster bedanken die zich vanuit school heeft ingezet om ons onderzoek van feedback te voorzien. Tot slot willen wij onze familie en vrienden bedanken die ons hebben geholpen tijdens het onderzoeksproces.

Marjolein Vissia en Sarah Rijzinga
Groningen, 13 januari 2015

Samenvatting

Aanleiding: De verpleegkundig consulenten die werkzaam zijn voor levertransplantatiepatiënten hebben verklaard dat ze na het ontslag van de patiënt regelmatig telefonische vragen krijgen van de patiënt over bepaalde symptomen die de patiënt heeft. De vragen die de patiënt stelt had hij ook aan de huisarts kunnen stellen of de klacht nog even kunnen aanzien en later de controle opnieuw kon uitvoeren. De verpleegkundig consulenten denken dat dit komt doordat de patiënt overspoeld raakt door informatie. Op zulke momenten kan het zijn dat de patiënt geen overzicht heeft over de verkregen informatie.

Theoretisch kader: De informatieverstrekking is in de acute fase na de transplantatie van belang. Om informatie goed over te brengen is persoonlijke begeleiding erg belangrijk (Schmid-Mohler, Albiez, Schäfer-Keller, Fehr, Biotti & Spirig, 2011).

Vraagstelling: Hoe ziet de informatie bij ontslag eruit en op welke manier kan deze informatie gegeven worden aan transplantatie patiënten* van het UMCG tijdens de klinische fase om overzicht te bieden aan de patiënt zodat de patiënt weet welke actie hij moet ondernemen indien er in de post klinisch fase een symptoom optreedt?

Doelstelling: In januari 2015 is in kaart gebracht wat de huidige situatie van informatieverstrekking aan transplantatie patiënten is en wordt een advies uitgebracht over hoe de informatie overzichtelijk kan worden overgebracht aan patiënten na een transplantatie*, zodat de patiënt weet welke actie er ondernomen moet worden op het moment dat er een symptoom optreedt.

* alvleesklier-, dunne darm-, hart-, lever-, long-, nier- of stamceltransplantatie.

Methodiek: Er werd informatie verkregen vanuit de klinische ervaring van de verpleegkundigen en research coördinator. Er zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen bij 12 verpleegkundigen van de desbetreffende afdelingen en zes verpleegkundig consulenten/ specialisten van de poliklinieken en één research coördinator. De hoofdtopics voor de interviews waren: voorlichting, protocol en ontslagprocedure. De analyse van de interviews is uitgevoerd met behulp van het programma Atlas.ti. Hiernaast is er literatuur onderzoek uitgevoerd.

Resultaten: Er zijn drie artikelen gevonden. Hierin staat beschreven dat motiverende gespreksvoering een positief effect heeft op de zelfmanagement (Benzo, R., Vickers, K., Ernst, D., Thuckers, S., McEvay, C. & Lorig, K. 2013). En patiënt onthoudt meer informatie op het moment dat de deze mondeling en schriftelijk wordt gegeven (Sassen, 2010, p. 325). Om aan transparante zorg te kunnen voldoen is het gebruik van protocollaire zorg bijna vanzelfsprekend (Universiteit Twente, 2011). Niet op elke afdeling is over alle informatie die de patiënt krijgt een folders aanwezig of zijn deze folders niet up-to-date. De meeste evaluatie vindt plaats tijdens opname. Niet op elke afdeling wordt een protocol gehanteerd of is het protocol up-to-date. De aanwezigheid van een verpleegkundig specialist of consulent wordt als zeer prettig ervaren door verpleegkundigen en patiënten.

Discussie: Een van de belangrijkste resultaten zijn dat er niet op de elke afdeling wordt gewerkt aan de hand van een protocol of checklist. Hierdoor wordt de continuïteit van zorg niet gewaarborgd. Om aan transparante zorg te kunnen voldoen is het gebruik van protocollaire zorg bijna vanzelfsprekend. Protocollaire zorg biedt structuur en mogelijkheden om stappen en activiteiten binnen het zorgproces te registreren (Protocollaire zorg, 2011). De belangrijkste beperking is dat er geen wetenschappelijke artikelen zijn gevonden.

Conclusie: De belangrijkste conclusies zijn dat er op de afdelingen geen of geen up-to-date protocol wordt gehanteerd, niet alle informatie die de patiënt mondeling ontvangt wordt ook op schrift gegeven en niet op alle afdelingen vindt een afsluitend gesprek na opnameplaats.

Aanbevelingen: Elke afdeling moet een protocol en checklist hanteren gedurende het zorgtraject. Alle informatie ontvangt de patiënt ook schriftelijk. De mondelinge voorlichting wordt aan de hand van de schriftelijke informatie uitgevoerd. Er wordt op elke afdeling gebruik gemaakt van een logboek. Na elke opname vindt een afsluitend gesprek plaats zowel op de afdeling als op de polikliniek.

Inhoud

Voorwoord	1
Samenvatting	2
Inleiding	4
Hoofdstuk 1: Vraagstelling, doelstelling en definiëring begrippen	6
§ 1.1 De vraagstelling van het onderzoek	6
§ 1.2 Doelstelling van het onderzoek	6
§ 1.3 De deelvragen	6
§ 1.4 Begripsdefiniëring	6
Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethodiek	8
§ 2.1 Onderzoeksdesign	8
§ 2.2 Populatie en steekproef	8
§ 2.3 Dataverzameling	10
§ 2.4 Data analyse	14
§ 2.5 Betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid	14
Betrouwbaarheid	14
Validiteit	15
Generaliseerbaarheid	15
§ 2.6 Ethische aspecten	15
Hoofdstuk 3: Resultaten	16
3.1 Literatuur studie	16
3.2 Interviews resultaten	17
Hoofdstuk 4: Discussie	22
§ 4.1 De belangrijkste resultaten, vergelijking met de literatuur	22
§ 4.2 De methodologische beperkingen	24
§ 4.3 Sterke punten	24
§ 4.4 Tegenstrijdigheden	24
§ 4.5 De implicatie	24
Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen	26
§ 5.1 Conclusie	26
§ 5.2 Aanbevelingen	27
Literatuurlijst	29
Bijlage 1: Meetinstrument	31
Bijlage 2 Beoordelingsformulier	34
Bijlage 3 Beoordelingen artikelen	41
Bijlage 4. Alle resultaten in een tabel	53

Inleiding

In het kader van het afstuderen aan de Academie voor Verpleegkunde te Groningen werd onderzoek verricht voor het UMCG op welke manier informatie voor de patiënt bij ontslag na een alvleesklier-, dunne darm-, hart-, lever-, long-, nier- en stamceltransplantatie overzichtelijk kan worden overgebracht. De verpleegkundig consulenten die werkzaam zijn op het inloopsprek uur voor levertransplantatie patiënten hebben aangegeven dat deze patiënten in zowel de klinische- als de post klinische fase behoefte hebben aan een gestructureerde manier van informatievoorziening. Aan de hand hiervan weet een patiënt welke actie hij thuis moet ondernemen bij aanwezigheid van een symptoom of klacht en hoe de patiënt hierop moet anticiperen. Dit probleem is aangedragen door het transplantatiecentrum van het UMCG. De opdrachtgevers zijn Glenda Bolt en Irma Saro.

De informatieverstrekking is in de acute fase na de transplantatie van belang.

Om informatie goed over te brengen is persoonlijke begeleiding erg belangrijk. Emotie speelt een grote rol bij de informatieverwerking van de patiënt. Gezien het beladen aspect van deze emoties, is het niet altijd nodig om alle informatie meteen in de acute fase te vertellen (Schmid-Mohler et al., 2011).

Ongeveer twee tot zes weken nadat de patiënt een transplantatie heeft ondergaan, begint de post klinische fase. Voordat de patiënt wordt ontslagen heeft hij al een trainingsprogramma doorlopen. Dit programma bestaat uit het stapsgewijs in eigen beheer geven van de medicatie. Daarnaast wordt er ook aandacht besteed aan de werking en bijwerkingen van de verschillende medicatie, het belang van therapietrouw en de leefregels. Verder leert de patiënt om een aantal vitale functies uit te voeren, omdat dit straks in de thuissituatie ook van hem wordt verwacht. Tot slot krijgt de patiënt voorlichting over wanneer hij contact op moet nemen met de huisarts of met het UMCG bij bepaalde lichamelijke klachten (UMCG, 2013).

De verpleegafdeling van het UMCG waar patiënten liggen na een levertransplantatie heeft een ontslag protocol voor de levertransplantatie patiënten. Hierin zijn de ontslagcriteria van de patiënt beschreven en worden er in de drie fases, training, planning en ontslag, de verpleegkundige activiteiten beschreven (Hagenauw, 2013).

De verpleegkundig consulenten die werkzaam zijn voor levertransplantatiepatiënten verklaren dat ze na het ontslag van de patiënt regelmatig telefonische vragen krijgen van de patiënt over bepaalde symptomen die de patiënt heeft. De vragen die de patiënt stelt had hij ook aan de huisarts kunnen stellen of de klacht nog even kunnen aanzien en later de controle opnieuw kon uitvoeren. De consulenten hebben geconstateerd dat patiënt weinig gebruik maakt van de patiënten informatiemap. Deze informatiemap wordt tijdens de opname aan de patiënt uitgereikt. De verpleegkundig consulenten denken dat de patiënt nauwelijks gebruik maakt van de patiënten informatie map, omdat de patiënten in de ontslagvoorbereiding overspoeld raken door informatie. Op zulke momenten heeft de patiënt geen overzicht meer over de verkregen informatie. Uit ervaring weten de verpleegkundig consulenten dat dit het gevolg is van onzekerheid, kennistekort of angst die ontstaat op het moment dat de patiënt met ontslag gaat. Door te bellen naar de verpleegkundig consulent wil de patiënt bevestiging krijgen of hij wel of niet goed gehandeld heeft.

Tijdens dit onderzoek hebben de onderzoekers zich gericht op de volgende punten:

1. de kennis en ervaring van het verpleegkundig personeel van de desbetreffende verpleegafdelingen waar de transplantatie patiënten verblijven en de kennis en ervaring van de verpleegkundig consulenten/ specialisten van de polikliniek en de research coördinator van het UMCG.
2. er is onderzocht welke informatie orgaan- en stamcel transplantatiepatiënten van het UMCG zowel in de ontslagvoorbereiding als tijdens de polikliniek bezoeken ontvangen. Hierbij is er gekeken naar de overeenkomsten en verschillen van de afdelingen en poliklinieken waar orgaan- en stamceltransplantatiepatiënten verblijven en terug komen. Hiernaast werd er onderzocht wat de sterke en zwakke punten waren van de manier van voorlichting geven.

3. de aanwezige protocollen die worden gehanteerd op de verpleegafdelingen waar de bovengenoemde transplantatie patiënten zijn opgenomen.

De onderzoekers hebben voor deze drie punten gekozen, omdat dit een volledig beeld geeft van de huidige situatie van informatieverstrekking naar de patiënt. In de voorbereidende fase is het stoplichtsysteem van Zürich aan de orde gebracht door de opdrachtgever.

In eerste instantie zou gekeken worden in hoeverre dit systeem van toepassing zou kunnen zijn voor het UMCG. Naarmate de voorbereiding vorderde kwam naar voren dat het stoplichtsysteem van Zurich niet van toepassing was bij dit onderzoek. Dit werd veroorzaakt doordat tijdens de oriënterende gesprekken bleek dat het probleem alleen op de polikliniek van de levertransplantatie werd ervaren. Hierdoor is de keuze gemaakt om dit systeem niet mee te nemen in het onderzoek. Door deze verandering in het onderzoek is de onderzoeksvraag en deelvraag gedeeltelijk aangepast. Het woord moment die in de onderzoeksvraag staat beschreven veranderd in het woord manier. In de doelstelling is daarom het deel: gericht op het moment eruit gehaald.

Beroepsprofiel van de verpleegkundige

Vanuit het beroepsprofiel van de verpleegkundige wordt de kern van het verpleegkundig beroep als volgt beschreven:

Het geven van voorlichting aan de patiënt valt onder het uitvoeren van zorg. Bij het informeren en adviseren heeft de verpleegkundige als doel om kennis voor de patiënt inzichtelijk te maken. Dit bevordert de verkregen kennis en hierdoor wordt de zelfstandigheid van de patiënt vergroot. Het doel van voorlichting geven is om informatie te verschaffen. Dit bevordert een goede leefgewoonte en voorkomt problemen (Leistra, Liefhebber, Geomini & Hens, 2009).

Voorlichting geven is van belang om het zelfmanagement te vergroten en het zorgt voor een afname van onzekerheid en angst. Dit onderzoek richt zich op de sterke en zwakke punten van de voorlichting. Hierdoor kan de voorlichting verbeteren en kan bij de patiënten het zelfmanagement worden vergroot en de angst zal hierdoor afnemen.

Opbouw van het onderzoeksverslag

Binnen dit onderzoeksverslag zijn verschillende hoofdstukken beschreven. Het eerste hoofdstuk bestaat uit de vraagstelling, doelstelling en definiëring van de begrippen. Om de doelstelling te realiseren zijn er deelvragen opgesteld. Vervolgens wordt in het tweede hoofdstuk de onderzoeksmethodiek beschreven. In de methodiek wordt het design, populatie en steekproef, de dataverzameling en de data analyse beschreven. De keuzes die in de onderzoeksfase zijn gemaakt worden beschreven aan de hand van literatuur en vervolgens beargumenteerd gericht op het onderwerp. In het derde hoofdstuk staan de resultaten beschreven die uit het onderzoek zijn voortgekomen. Deze resultaten worden bediscussieerd in hoofdstuk vier. In hoofdstuk vijf wordt de conclusie beschreven en de aanbevelingen die worden gedaan na aanleiding van dit onderzoek. Na hoofdstuk vijf wordt de gebruikte literatuur beschreven. Tot slot zijn de bijlagen van dit onderzoek te vinden.

Hoofdstuk 1: Vraagstelling, doelstelling en definiëring begrippen

In dit hoofdstuk staat de onderzoeksvraag beschreven en zijn de deelvragen beschreven die gezamenlijk de onderzoeksvraag beantwoorden. Vervolgens wordt de doelstelling van het onderzoek beschreven. Tot slot zijn de kernbegrippen beschreven die naar voren komen in dit hoofdstuk.

§ 1.1 De vraagstelling van het onderzoek

Hoe ziet de informatie eruit bij ontslag en op welke manier kan deze informatie gegeven worden aan transplantatie patiënten* van het UMCG tijdens de klinische fase om overzicht te bieden aan de patiënt zodat de patiënt weet welke actie hij moet ondernemen indien er in de post klinische fase een symptoom optreedt?

*alvleesklier-, dunne darm-, hart-, lever-, long-, nier- of stamceltransplantatie patiënt.

§ 1.2 Doelstelling van het onderzoek

In januari 2015 is in kaart gebracht wat de huidige situatie van informatieverstrekking aan transplantatie patiënten is en wordt een advies uitgebracht over hoe de informatie overzichtelijk kan worden overgebracht aan patiënten na een transplantatie*, zodat de patiënt weet welke actie er ondernomen moet worden op het moment dat er een symptoom optreedt.

* alvleesklier-, dunne darm-, hart-, lever-, long-, nier- of stamceltransplantatie.

§ 1.3 De deelvragen

De volgende deelvragen zijn opgesteld vanuit de vraag- en doelstelling:

- Wat is effectieve informatieverstrekking en welke wordt het meest toegepast?
- Hoeveel informatie kan men na een gesprek onthouden?
- Welke literatuur is er te vinden over zelfmanagement van patiënten na een chirurgische ingreep?
- Welke vormen van patiënten educatie bestaan er en welke vorm(en) wordt het meest toegepast?
- Welke verschillende ontslagprotocollen en procedures bestaan er voor transplantatiepatiënten van het UMCG?
- Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen de ontslagprotocollen van de alvleesklier-, dunne darm-, hart-, lever-, long-, nier- en stamceltransplantatiepatiënten?
- Welke informatie ontvangt de patiënt die zojuist een orgaan- of stamceltransplantatie heeft ondergaan van de verpleegafdeling in het UMCG om zich voor te bereiden op het ontslag?
- Welke informatie ontvangt de patiënt in de post klinische fase?
- Welke informatie dient noodzakelijk te worden gegeven in de ontslag voorbereiding en welke informatie kan worden verstrekt op het moment dat de patiënt een afspraak heeft bij de polikliniek van het transplantatiecentrum?

§ 1.4 Begripsdefiniëring

Orgaantransplantatie

Volgens Bavinck (2013) wordt onder het begrip orgaantransplantatie verstaan het vervangen van een falend orgaan of het vervangen van een orgaanfunctie door een orgaan of een deel van een orgaan van een donor.

Klinische fase

De onderzoekers verstaan onder de klinische fase: alles wat te maken heeft met de periode wanneer patiënten zijn opgenomen in een kliniek om daar te worden behandeld en verpleegd (Gezondheidsplein, 2014).

Patiënten educatie

Patiënten educatie wordt toegepast wanneer de verpleegkundige de patiënt meer inzicht wil geven en een betere zelfzorg wil bereiken door de patiënt voorlichting te geven over de ziekte en de behandeling (Sassen, 2010, p. 291).

Post klinische fase

De post klinische fase is het vervolg van de klinische fase. Wanneer er nog vervolgbehandelingen zijn vindt dit plaats op de polikliniek (Gelreziekenhuizen, n.d.).

Symptoom

Een symptoom kan worden omschreven als een klacht of een kenmerk die bij een bepaalde aandoening of ziekte hoort (symptomen-behandeling, 2014).

UMCG

De afkorting UMCG staat voor het Universitair Medisch Centrum Groningen. Het is in Nederland één van de grootste ziekenhuizen. Het UMCG werkt samen met de Rijksuniversiteit Groningen aan onderwijs en onderzoek. In het UMCG wordt onderzoek gedaan naar nieuwe behandelingen, technieken, nieuwe vormen van zorg waarbij de focus ligt op 'gezond en actief ouder worden' (UMCG, 2014).

Groningen Transplantatie Centrum

In het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) worden alle vormen van orgaantransplantatie uitgevoerd. Het UMCG behoort op het gebied van de nier- en levertransplantaties tot de meest ervaren centra in Europa. Ook met de transplantaties van het beenmerg, de longen en het hart heeft het UMCG al veel ervaring opgebouwd. De dunne darm transplantaties zijn het meest recent toegevoegd aan de lijst van transplantaties. Deze transplantaties vinden alleen in het UMCG plaats. Het Groningen Transplantatie Centrum (GTC) werkt samen met de verschillende transplantatie programma's in het UMCG. Deze programma's zijn stuk voor stuk als zelfstandige programma's georganiseerd. Er zijn wel vele overeenkomsten te zien. Deze programma's kunnen elkaar versterken door de kennis en ervaring te bundelen. Voorbeelden hiervan zijn de gezamenlijke onderzoekslijnen, de zorg na transplantatie en centrum georiënteerd onderwijs. Zowel kinderen als volwassenen worden in het UMCG getransplanteerd. In het UMCG wordt alleen bij kinderen de lever en de long getransplanteerd (UMCG, 2014).

Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethodiek

In het hoofdstuk onderzoeksmethodiek wordt een beschrijving gegeven van het onderzoeksdesign. Vervolgens worden de populatie en de steekproef benoemd. Daarna is de dataverzameling beschreven en is de data analyse in dit hoofdstuk te vinden. Tot slot zijn de betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid beschreven.

§2.1 Onderzoeksdesign

Bij kwalitatieve methoden is de onderzoeker geïnteresseerd in welke betekenis door de onderzochte persoon aan de situatie gegeven wordt. Bij deze vorm wordt op een open en flexibele manier gegevens verzameld. Er kan ingegaan worden op onverwachte situaties. De gegevens worden niet cijfermatig ingevoerd (Verhoeven, 2014).

De onderzoeksvraag die vanuit het transplantatiecentrum is gekomen heeft geleid tot het kiezen van het kwalitatief design. Er werd informatie verkregen vanuit de klinische ervaring van de verpleegkundigen en research coördinator. Hierbij waren de onderzoekers geïnteresseerd in de mening en ervaring van de verpleegkundigen en research coördinator, omdat zij een groot aandeel en ervaring hebben in de informatie verstrekking naar orgaan- en stamceltransplantatie patiënten.

In deze onderzoeksvraag is vooral gekeken naar welke informatieverstrekking en op welke manier de informatie die naar de patiënt wordt overgebracht en schriftelijk wordt meegegeven wanneer de patiënt in de klinische fase zit en wordt voorbereid op de post klinische fase.

§ 2.2 Populatie en steekproef

Populatie

Onder populatie worden alle eenheden verstaan waarover in het onderzoek uitspraken worden gedaan. Voorbeelden hiervan zijn personen, zaken, organisaties enzovoort (Verhoeven, 2014).

De onderzoekspopulatie bestond uit verpleegkundigen, die werkzaam zijn op de verpleegafdelingen waar de transplantatiepatiënten verblijven, uit verpleegkundig consulenten/verpleegkundig specialisten, die werkzaam zijn op de poliklinieken voor transplantatie patiënten en de research coördinator die werkzaam is voor niertransplantatie patiënten. De onderzoekers hebben hiervoor gekozen, omdat zij het grootste aandeel hebben in de informatieverstrekking aan alvleesklier-, dunne darm-, hart-, lever-, long-, nier- of stamceltransplantaties. Voor de niertransplantatiepatiënten zijn er geen verpleegkundig specialisten/ consulenten werkzaam. Dat er geen verpleegkundig specialisten/ consulenten werkzaam zijn voor de niertransplantatie patiënten is een keuze van de hoogleraar die gaat over de niertransplantaties. Wanneer deze patiënten na ontslag terug komen op de polikliniek heeft de patiënt een gesprek met de nefroloog.

Een verpleegkundig consulent kenmerkt zich door een indirecte zorgverlening door middel van consultatie. De verpleegkundig consulent geeft informatie, adviezen, ondersteuning en begeleiding gericht op de persoonlijke situatie. De consulent geeft aanvulling op de reeds geboden zorg (Atriummc, n.d.).

Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die wordt ingezet voor een groep patiënten waarmee zij individuele behandelrelaties aan gaat. De care en cure wordt geïntegreerd om op deze manier de continuïteit en kwaliteit van zowel de medische behandeling als de verpleegkundige zorg te integreren gezien vanuit het perspectief van de patiënt (Verzorgenden en verpleegkundigen Nederland, 2012).

Steekproef

In een onderzoek is het moeilijk om alle personen/ eenheden die aan de eisen van de populatie voldoen te ondervragen. Vaak wordt een deel van een populatie benaderd. Dit wordt een steekproef genoemd. Om toch een zo goed mogelijk beeld te krijgen moet de steekproef zoveel mogelijk willekeurig worden samengesteld (Verhoeven, 2014).

Bij een selectie wordt weergegeven welke personen wel en niet mee doen aan het onderzoek. Dit wordt inclusie- en exclusiecriteria genoemd. Inclusiecriteria geeft aan wie wel mee doet aan het onderzoek en de exclusiecriteria geeft aan wie niet mee doet aan het onderzoek (Dassen, Keuning, Jansen & Jansen, 2011).

Uit tabel 1 blijkt dat binnen het onderzoek zes verpleegafdelingen en zes poliklinieken vallen. Bij alle verpleegafdelingen zijn interviews afgenomen. Tijdens elk interview werd tegelijkertijd twee verpleegkundigen door beide onderzoekers geïnterviewd. Bij drie van de zes poliklinieken werden tijdens el interview tegelijkertijd twee verpleegkundig consulenten/specialisten van de betreffende poli geïnterviewd door beide onderzoekers. Ten eerste heeft dit tijd bespaard. Ten tweede hebben de onderzoekers dit bewust gedaan om te achterhalen of de verpleegkundigen hetzelfde dachten over een bepaalde vraag of dat er een discussie zou ontstaan.

Bij de poliklinieken van de harttransplantatie en bij de polikliniek van de stamceltransplantatie patiënten is één verpleegkundig specialist geïnterviewd. Dit werd veroorzaakt doordat deze polikliniek geen mogelijkheden had om twee verpleegkundigen beschikbaar te stellen voor het interview.

De zesde polikliniek is voor de nier- en alvleeskliertransplantatie patiënten. De nier- en alvleesklier patiënten komen na ontslag bij de nefroloog op de polikliniek. Voor deze patiënten werken er geen verpleegkundig specialisten. Daarom was ervoor gekozen om het interview met één nefroloog af te nemen. De onderzoekers hadden ervoor gekozen om het interview met één nefroloog af te nemen in plaats van twee, zoals bij de verpleegkundigen, omdat deze populatie kleiner is en dus ook een kleinere steekproef genomen kan worden. Door langdurige ziekte was het niet mogelijk om het interview met de nefroloog af te nemen. Er waren geen andere nefrologen beschikbaar om het interview bij af te nemen. Op advies van de opdrachtgever is het interview afgenomen met de research coördinator van niertransplantaties. Zij heeft vroeger op de polikliniek voor niertransplantatiepatiënten gewerkt.

Voor de dunne darm transplantatie patiënten bestaat er het voedingsteam. Zij werken zowel op de afdeling als op de polikliniek om informatie te verstrekken. Daarom hebben de onderzoekers ervoor gekozen om voor de dunne darm transplantatie patiënten één interview af te nemen met twee verpleegkundigen van het voedingsteam die zowel voor de afdeling als op de polikliniek werken.

De onderzoekers wilden alleen verpleegkundigen interviewen die minimaal één jaar werkzaam waren op de desbetreffende afdeling of polikliniek. De onderzoekers hadden ervoor gekozen geen maximum te stellen aan het aantal werkjaren, omdat deze werkjaren ook ervaring geven die eventueel kan bijdragen aan nieuwe inzichten. Hiervoor was gekozen, omdat zij dan ervaring hebben met het werken volgens het protocol. Ook wilden de onderzoekers dat de verpleegkundigen vast op de desbetreffende afdeling werkten. Hiervoor was gekozen, omdat deze verpleegkundigen dan volgens de onderzoekers voldoende ervaring hadden om een goed beeld te geven van het uitvoeren van het protocol. Hierdoor werd het exclusie criterium, verpleegkundigen die minder dan één jaar werkzaam zijn op de desbetreffende afdeling of flex-medewerkers.

De onderwijscoördinator van het transplantatiecentrum heeft aangegeven welke verpleegkundigen en research coördinator geschikt waren voor het onderzoek, en die tevens voldeden aan de criteria. Dit was één naam per afdeling of polikliniek. De onderzoekers hebben via de mail contact gezocht met deze personen om een interview te plannen. Bij acht van de 11 interviews was daadwerkelijk de aangegeven persoon geïnterviewd, bij drie interviews heeft de aangewezen persoon twee andere collega's die voldeden aan de criteria aanwezig om deel te nemen aan het interview.

Aan de hand hiervan hebben de onderzoekers verpleegkundigen en een research coördinator benaderd en gevraagd om bij te dragen aan het onderzoek.

Soort transplantatie	Verpleegafdeling, Aantal verpleegkundigen	Polikliniek, aantal verpleegkundigen	Research coördinator	
Harttransplantatie	2	1		
Levertransplantatie	2	2		
Longtransplantatie	2	2		
Nier- en alvleeskliertransplantatie	2	0	1	
Stamceltransplantatie	2	1		
Dunne darm transplantatie	2 verpleegkundigen van het voedingsteam			Totaal geïnterviewde
Totaal	11	7	1	19

Tabel 1: Steekproef

§ 2.3 Dataverzameling

Om gegevens te verzamelen voor het onderzoek is gebruik gemaakt van een literatuurstudie en semi-gestructureerde interviews.

Literatuurstudie:

In tabel 2 staat weergegeven welke zoektermen zijn gebruikt en in tabel 3 staat weergegeven welke inclusie- en exclusiecriteria de onderzoekers hebben gebruikt bij het zoeken naar literatuur. De onderzoekers hebben tijdens het zoeken naar literatuur op bepaalde momenten in het zoekproces gekeken of er in andere talen ook bruikbare artikelen waren. Hierdoor is niet op elk moment de exclusie criteria 'Artikelen die niet in het Nederlands of Engels geschreven zijn' toegepast.

De onderzoekers hebben tijdens de voorbereidende fase van het onderzoek literatuur gezocht. Hiervoor hebben zij meerdere hulpbronnen ingeschakeld. Dit waren de mediatheek medewerkster van de Hanzehogeschool, een individuele assistent van het UMCG die hielp met zoeken naar literatuur en een verpleegkundig onderzoeker die werkzaam is binnen het UMCG. De verpleegkundig onderzoeker heeft aangegeven dat de literatuur waar de onderzoekers naar op zoek waren moeilijk te vinden is. Zij heeft het advies gegeven om de informatie en literatuur (protocollen) van de desbetreffende afdelingen en poliklinieken te volgen. Vervolgens is besloten om in de onderzoeksfase niet verder te zoeken naar literatuur.

<u>Zoektermen: Nederlands</u>	<u>Engels</u>
- Transplantatie - Ontslagprocedure - Ziekenhuis - Protocol - Informatie - Zelfmanagement - Patiënten scholing - Systeem - Interventie - Hoeveelheid informatie - Patiënt informatie hand out - Menselijke informatie verwerking	- Transplantation - Patient Discharge - Hospitals - Protocol - Information - Self Care - Patient education - System - Intervention - Portion Size - Patient education handout - Human information processing

Tabel 2. Zoektermen

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
- Nederlandstalige artikelen - Engelstalige artikelen - Artikelen niet ouder dan 2006 - Full available text	- Artikelen die niet in het Nederlands of Engels geschreven zijn - Artikelen voor 2006 - Artikelen met verbonden kosten - Onvolledige artikelen

Tabel 3. In-, - en exclusiecriteria

In tabel 4 is de flowchart schematisch weergegeven. Hierbij is aangegeven welke databanken, met welke zoektermen en hoeveel artikelen de zoektocht naar literatuur heeft opgeleverd.

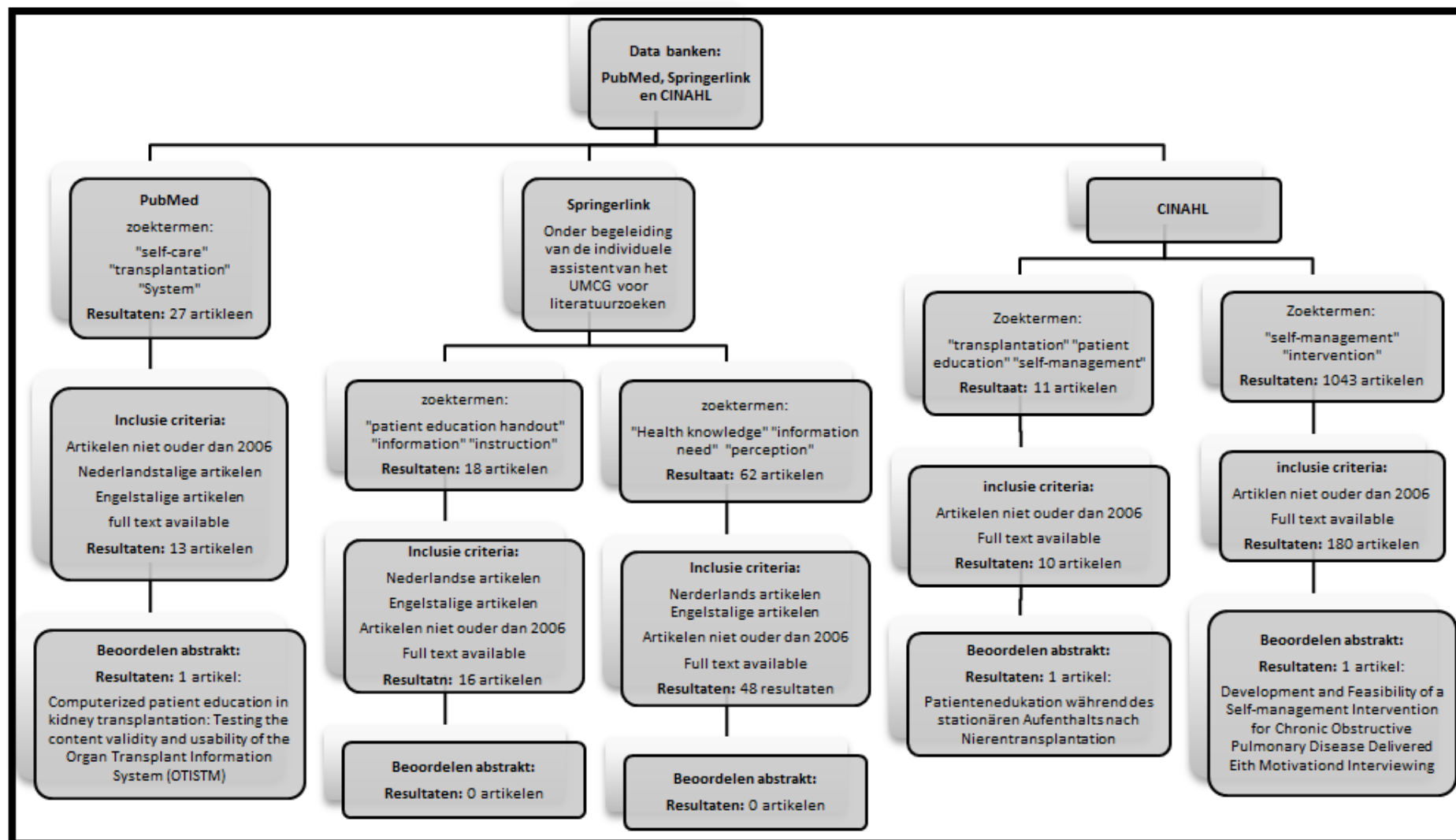
De artikelen die de onderzoekers hebben gevonden op basis van de bovenstaande criteria zijn:

- Benzo, R., Vickers, K., Ernst, D., Thuckers, S., McEvay, C. & Lorig, K. (2013). *Development and Feasibility of a Self-management Intervention for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Delivered Eith Motivationd Interviewing*. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, p. 113-122.
- Schmid-Mohler, G., Albiez, T., Schäfer-Keller, P., Fehr, T., Biotti, B. & Spirig, R. (2011). *Patiëntenedukation während des stationären Aufenthalts nach Niertransplantation*. UniversitätsSpital Zürich, p. 317-328.
- Schäfer-Keller, P., Dickenmann, M., Berry, D.L., Steiger, J., Bock, A. & De Geest, S. (2009). *Computerized patient education in kidney transplantation: Testing the content validity and usability of the Organ Transplant Information System (OTISTM)*. Elsevier: Zwitserland, p. 110-117.

Naast de artikelen hebben de onderzoekers literatuur gezocht in boeken en op internet sites. De onderzoekers hebben voor het zoeken naar literatuur in boeken de mediatheek van de Hanze hogeschool gebruikt. Voor het zoeken naar literatuur op internet hebben de onderzoekers de zoektermen van de topics gebruikt en hieromheen passen de woorden toegevoegd.

De resultaten hiervan zijn:

- VUMC (2008). *Voorlichting op maat*. Opgevraagd 20 november 2014 van http://www.vumc.nl/afdelingen-themas/33760/101392/Voorlichting_op_maat.pdf
- Zorgprotocollen (2012). *Medisch-verpleegkundige protocollen en richtlijnen*. Opgevraagd 20 november 2014 van <http://www.zorgprotocollen.nl/kadersbigwet.htm>
- Sassen, B. (2010). *Gezondheidsbevordering en preventie voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- Universiteit Twente (2011). *Protocollaire zorg*. Opgevraagd 2 januari 2015 van http://essay.utwente.nl/62616/1/Bacheloropdracht_van_Maaren.pdf



Tabel 4. Flowchart

Semi-gestructureerd interview

De semi-gestructureerde interviews zijn gebruikt als methode om data te verzamelen. Het doel van het semi-gestructureerde interview was om de meningen en ervaringen van professionals te onderzoeken over de huidige manier van informatieverstrekking, gericht op het ontslag voor orgaan- en stamceltransplantatie (Verhoeven, 2014, p. 155). Ook gaven de onderzoekers de geïnterviewde de ruimte om informatie te geven waar de onderzoekers nog niet aan hadden gedacht, maar wat wellicht wel van toepassing kon zijn voor het onderzoek. Bij het interviewen werd gebruikt gemaakt van een topiclijst. De topiclijst geeft de onderwerpen en mogelijke subonderwerpen weer die aan bod moeten komen tijdens het interview (Verhoeven, 2014, p. 192).

Meetinstrument

Voor het afnemen van de interviews is gebruik gemaakt van opgestelde vragen. Deze vragen zijn opgesteld door middel van een topiclijst. Naast deze topiclijst hebben de onderzoekers aan de hand van het oriënterend gesprek op de verschillende afdelingen en poliklinieken informatie ontvangen over de huidige manier van werken. Aan de hand hiervan hebben de onderzoekers extra vragen opgesteld gericht op de specifieke transplantatie. Deze vragen zijn terug te vinden in bijlage 1. De onderzoekers hebben op veel verschillende afdelingen en poliklinieken interviews afgenomen. De topics waren:

- Voorlichting: Hoeveelheid voorlichting, folders, evalueren van voorlichting, voorlichtingsmomenten.
De onderzoekers hebben voor de topic voorlichting gekozen, omdat het onderwerp voorlichting een groot aandeel is van de probleemstelling. Doordat tijdens de interviews werd doorgevraagd over hoe elke afdeling en polikliniek de voorlichting aan de patiënt geeft werd helder hoe er op elke afdeling en polikliniek wordt gewerkt. Verder was het van belang om te achterhalen hoe deze voorlichting wordt overgebracht. Wordt hiervoor een protocol of folder gehanteerd en vindt er ook evaluatie van de voorlichting plaats.
- Protocol: Hantering protocol, sterke en zwakke punten, gewenst beeld van de afdeling, psychosociale ondersteuning.
Een protocol kan worden omschreven als een specifiek gestandaardiseerde beschreven handelwijze (Zorgprotocollen, 2012). De onderzoekers wilden onderzoeken op welke manier er gewerkt wordt op de afdelingen en de poliklinieken. Een protocol kan een groot deel van deze werkwijze beschrijven en hierdoor kunnen de onderzoekers een goed beeld geven over de manier van voorlichten binnen de afdeling of polikliniek.
- Ontslagprocedure: Feedback patiënten, directe feedback of vragen achteraf, gewenst beeld afdeling, tussenstap.
De onderzoekers hebben voor de topic ontslagprocedure gekozen, omdat dit ook in grote lijnen de vraagstelling beschrijft. Door middel van de interviews werd helder gekregen hoe er op elke afdeling en polikliniek wordt gewerkt. De onderzoekers kunnen bij deze topic doorvragen om hier voldoende informatie over te krijgen.

Het was van belang dat de interviewers zich flexibel en open opstelden naar de geïnterviewde. De geïnterviewde werkt graag mee, indien hij merkt dat de interviewer belangstelling heeft voor wat hij te vertellen heeft. Dit uit zich in een goede voorbereiding, de juiste manier van (door)vragen en een actieve luisterhouding (Verhoeven, 2014, p. 248). Voordat de interviews zijn afgenomen is het meetinstrument met opgestelde vragen eerst door de opdrachtgever beoordeeld op inhoud en diepgang. De opdrachtgever heeft namen gegeven van verpleegkundigen en een nefoloog die de onderzoekers konden benaderen waarbij zij hun interview konden afnemen. De criteria die de onderzoekers hebben gesteld zijn beschreven in de steekproef. De onderzoekers hebben deze personen benaderd en hebben hierbij in de eerste plaats aangegeven wat het doel van het onderzoek was. Daarnaast moesten de verpleegkundigen aan bepaalde criteria voldoen om geïnterviewd te

kunnen worden. Voordat de interviews zijn afgenomen hebben de onderzoekers bij elke afdeling en polikliniek waar uiteindelijk een interview is afgenomen eerst een afspraak gemaakt om een oriënterend gesprek te voeren. De onderzoekers hebben de verpleegkundigen en de nefroloog die de opdrachtgever heeft aangegeven om te interviewen tijdens het onderzoek benaderd om de protocollen en folders te ontvangen die worden gebruikt bij de voorlichting aan transplantatie patiënten. Naast het ontvangen van de protocollen en folders hebben de onderzoekers gevraagd om in het kort te beschrijven hoe de voorlichting aan de patiënten is opgebouwd. Hiermee wilden de onderzoekers een beeld vormen van de verschillen tussen de afdelingen en poliklinieken om op deze verschillen specifieke vragen te kunnen formuleren. De onderzoekers wilden hiermee meer diepgang tijdens de interviews creëren. Hiervoor is gekozen, omdat de onderzoekers weinig ervaring hebben met het houden van semigestructureerde interviews. In bijlage 1 is de lijst met specifieke vragen gericht op elk orgaan- en stamceltransplantatie te vinden. De interviews zijn in een termijn van drie weken afgenomen. De kennis en klinische ervaring van verpleegkundigen en de research coördinator zijn gebruikt om onderzoek te kunnen verrichten naar hun ervaringen en meningen. Zij gaven hun mening over het uitvoeren van de voorlichting en informatieverstrekking, gericht op de ontslagvoorbereiding en de informatieverstrekking na ontslag, en tevens wat hun ervaring hier mee is.

§ 2.4 Data analyse

Interview

Tijdens de interviews zijn audio opnames gemaakt. De interviews zijn teruggeluisterd en getranscribeerd. Dit heeft ervoor gezorgd dat er geen gegevens verloren zijn gegaan en de onderzoekers tijdens het interview zich niet bezig hoefden te houden met notities maken. Om de informatie op een overzichtelijke manier te ordenen is het programma Atlas.ti gebruikt. De onderzoekers hebben ervoor gekozen om Atlas.ti te gebruiken om de interviews te kunnen analyseren. Hiervoor is gekozen, omdat dit programma is uitgelegd tijdens een college en aangeraden door een docent die veel betrokken is bij onderzoek. Atlas.ti is een van de vele pakketten voor het verwerken van kwalitatieve gegevens (Tijdschrift voor praktijkondersteuning, 2008). Voor de analyse van de interviews zijn eerst de interviews door beide onderzoekers terug geluisterd. De teksten zijn verdeelt in kleine fragmenten en in een codewoord samengevat. Van elk code woord is een document gemaakt met alle tekst fragmenten die onder die code vallen. Per code is gekeken wat positieve en negatieve punten zijn en bij welke afdeling of polikliniek dat fragment hoort. Er is onderzocht wat de oorzaak zou kunnen zijn waarom dit negatieve fragment aanwezig is en of er positieve fragmenten van andere afdelingen of poliklinieken kunnen bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De gevonden knelpunten moesten in verband worden gebracht met de vraagstelling. Er moest gekeken worden of antwoord op de onderzoeksvraag gegeven kon worden, vervolgens of er aanvullende vragen waren en tot slot of er eventueel nog informatie ontbrak.

Literatuur

De artikelen die zijn gevonden binnen het onderzoek zijn geanalyseerd op kwaliteit. Aan de hand van beoordelingscriteria van de Hanzehogeschool (Intern document, SAVK, 2011). Deze lijst die is gebruikt, is te vinden in bijlage 2. Uiteindelijk hebben de onderzoekers geen artikelen kunnen gebruiken om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Wel was er één artikel bruikbaar voor het theoretisch kader.

§ 2.5 Betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid

Betrouwbaarheid

Een onderzoek moet herhaalbaar kunnen zijn om de betrouwbaarheid voldoende te kunnen testen. Wanneer dit leidt tot dezelfde resultaten, dan is het onderzoek betrouwbaar (Verhoeven, 2014, p. 205). Voordat de interviews plaatsvonden, werd er eerst geoefend met het afnemen van het interview met de opdrachtgever. Daarbij werd ook feedback aan de opdrachtgever gevraagd. Er werd gerichte feedback gevraagd over de samenwerking van

de onderzoekers tijdens het interview en over de inhoud en volledigheid van de vragen. Door eerst een proefinterview af te nemen kun je nagaan of er nog hiaten in de lijst zitten of juist overbodige zaken. Dit kan dan nog worden aangepast (Verhoeven, 2014, p. 194). De opnames van de interviews zijn getranscribeerd. Deze transcripten zijn door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar geanalyseerd.

Validiteit

De zuiverheid en geldigheid van de onderzoeksresultaten hangen samen met validiteit. Je meet wat je wilt meten. Het gaat er hierbij om dat er geen systematische fouten worden gemaakt (Verhoeven, 2014, p. 41). Om te voorkomen dat er systematische fouten werden gemaakt hebben de onderzoekers tijdens het afnemen van de interviews doorgevraagd. Op deze manier wilden de onderzoekers achterhalen of de verpleegkundigen en research coördinator de vraag goed begrepen hadden of anders geïnterpreteerd hadden. Zo kon dieper ingegaan worden op de antwoorden, wat ervoor zorgde dat de informatie vollediger werd. Verder konden er gerichte vragen worden gesteld over informatie die de onderzoekers wilden weten. De onderzoekers hebben door een topiclijst op te stellen voorafgaande aan de interviews en deze voor te leggen aan de opdrachtgever gezorgd voor inhoudsvaliditeit. Het doel hiervan was om na te gaan of het interview volledig is of dat er nog onderdelen bijgevoegd moesten gaan worden.

Generaliseerbaarheid

Generaliseerbaarheid heeft een andere vorm bij kwalitatief onderzoek. Het gaat om de inhoudelijke generaliseerbaarheid en de geldigheid van de resultaten in soortgelijke situaties (Verhoeven, 2014, p. 334). Doordat er op verschillende afdelingen interviews zijn afgenomen (gericht op de verschillende transplantaties) is er dus niet op één specifieke afdeling gekeken, omdat dit een breder beeld geeft over de transplantatie afdelingen in het algemeen. Dit geldt ook voor de verschillende specialismen van de poliklinieken. Daarom zijn de resultaten vergelijkbaar in soort gelijke situaties en is er gezorgd voor een brede generaliseerbaarheid, doordat het toepasbaar is bij transplantatie patiënten binnen andere ziekenhuizen.

§ 2.6 Ethische aspecten

In dit onderzoek stonden de verpleegkundigen en research coördinator centraal. Dit wil zeggen dat allereerst medewerking van de verpleegkundigen en research coördinator nodig was om het onderzoek uit te voeren. De gegevens die hiermee vrijgekomen zijn, mochten niet zomaar gebruikt worden (Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland, 2007).

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek was het van belang dat de onderzoekers rekening houden met de belangen, rechten, privacy, visie en opvattingen van betrokkenen en van collega onderzoekers. Dit houdt in dat tijdens dit onderzoek op een respectvolle wijze is omgegaan met de betrokkenen, zoals staat beschreven in de gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters & Peij, 2010, p. 5). Dit blijkt uit dat de namen weg zijn gehaald zodat de namen niet terug te vinden zijn in het onderzoeksverslag. Verder hebben de onderzoekers zich flexibel opgesteld door zich aan te passen aan de geïnterviewde tijdens het maken van de afspraken voor de interviews. Tot slot zijn de onderzoekers begripvol geweest op het moment dat interviews op het laatste moment niet meer door konden gaan en verplaatst moesten worden.

De onderzoekers hebben gebruik gemaakt van reeds beschikbare kennis uit praktijk en wetenschap. De informatie die gerapporteerd wordt is compleet, nauwkeurig en navolgbaar. Tijdens het afnemen van de interviews bleven de onderzoekers kritisch ten aanzien van in de praktijk gehanteerde opvattingen. De onderzoekers zijn tijdens het onderzoek onafhankelijk gebleven met betrekking tot de methodologische keuzes en hebben hierbij eerlijk geweest over de bronnen die zij hierbij gebruikt hebben (Andriessen et al., 2010, p. 5).

Hoofdstuk 3: Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het onderzoek beschreven. De resultaten geven een zo objectief en onafhankelijk mogelijk beeld van het verzamelde materiaal. Er wordt een beschrijving gegeven van de resultaten van de analyses (Verhoeven, 2014, p. 374).

3.1 Literatuur studie

Tijdens het literatuuronderzoek zijn drie artikelen gevonden. Deze beoordeling van de artikelen zijn te vinden in bijlage 3. Uiteindelijk hebben de onderzoekers geen artikel kunnen gebruiken voor het onderzoek.

Hieronder zijn in het kort de artikelen beschreven:

Artikel 1: *Development and Feasibility of a Self-management Intervention for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Delivered With Motivational Interviewing. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention:*

In deze studie is een motiverende gespreksvoering interventie onderzocht bij COPD patiënten. Er is onderzocht in hoeverre de interventie de kwaliteit van leven van de patiënten kon verbeteren. De interventie was erop gericht de betrokkenheid en inzet van de patiënt te verbeteren. Uit onderzoek is gebleken dat deze interventie de inzet en betrokkenheid van COPD patiënten verbeterde waardoor het zelfmanagement werd vergroot (Benzo et al., 2013).

Artikel 2: *Patientenedukation während des stationären Aufenthalts nach Niertransplantation*

Het doel van het artikel was om een evidence-based onderwijsprogramma voor niertransplantatie patiënten te ontwikkelen. Door middel van literatuur studie en kwalitatieve interviews met deskundigen en patiënten is een educatie programma voor patiënten ontwikkeld en geïmplementeerd. Het programma werd geïntroduceerd in een brochure voor patiënten. Uit een eerste evaluatie bleek dat patiënten met cognitieve stoornissen speciale behoeften hadden voor het onderwijs waar dit ontwikkelde systeem niet aan voldoet. In het programma zal nog meer gekeken moeten worden naar de psychosociale problemen. Verder zal het programma moeten beginnen vóór de transplantatie en zal er een langere follow-up termijn moeten zijn (Schmid-Mohler et al., 2011).

Artikel 3: *Computerized patient education in kidney transplantation: Testing the content validity and usability of the Organ Transplant Information System (OTIST)*

In dit onderzoek is de bruikbaarheid van het "Organ Transplant Informatie System" getest. Er is gebruik gemaakt van kwalitatieve methoden. Eerst is het systeem door klinici beoordeeld en is het systeem herzien. Hierna is met de patiënt geëvalueerd. De evaluatie met de patiënt bestond uit de hard-op-den-k methoden en gestructureerde interviews. Er wordt geconcludeerd dat de geldigheid en de validiteit van het systeem nog niet voldoende is voor toepassing in de praktijk. Verder onderzoek om het systeem te verbeteren is nodig (Schäfer-Keller, Dickenmann, Berry, Steiger, Bock, & De Geest, 2009).

Boeken

De resultaten van de zoektocht op internet en in boeken zijn:

Ongeveer 10% van wat mensen lezen in een voorlichtingsbrochure wordt vervolgens onthouden. 20% van de informatie die tijdens een opnamegesprek wordt verteld door de verpleegkundige wordt onthouden. 35% wordt onthouden van wat de patiënt vervolgens ziet. Het begrijpen van de informatie hangt sterk samen met de hoeveelheid tijd die er voor de voorlichting staat. Er zijn vervolgens betere resultaten wanneer informatie wordt gecombineerd met horen én zien. Een persoon herinnert zich dan gemiddeld 55% van de geboden informatie. Wanneer aan de persoon wordt gevraagd om de gegeven informatie te herhalen wordt hiervan vervolgens 80% onthouden. Het beste resultaat wordt verkregen door een persoon te vragen de informatie in zijn eigen woorden te herhalen én het geleerde

tegelijkertijd te demonstreren. Gemiddeld onthoudt iemand hier 90% van de gegeven informatie (Sassen, 2010, p. 325).

Het positieve van de informatieverstrekking is dat de belangrijkste informatie op schrift wordt vastgelegd en aan de patiënt wordt meegegeven. Dit biedt meerdere voordelen. Ten eerste kan de patiënt de informatie nog eens nalezen. Verder kan de patiënt de informatie nog eens tot zich laten doordringen op het moment dat hij hier behoefte aan heeft. Ook kan de gegeven informatie tijdens het gesprek met de familie geen eigen leven leiden. Daarbij kan de op schrift gegeven informatie beter geëvalueerd worden. Geschreven informatie is bewijsrechtelijk beter hanteerbaar voor de rechtspositie van de hulpverlener en van de patiënt. Tot slot kan door middel van tekst en tekeningen bepaalde onderwerpen verduidelijkt worden (VUMC, 2008).

Het verstrekken van voorlichtingsmateriaal zoals een folder ondersteunt de patiëntenvoorlichting. Het materiaal dient te worden afgestemd op de mondelinge voorlichting van de verpleegkundige. Wanneer de folder door een verpleegkundige wordt uitgereikt vergroot dit het effect. Hierbij kan de folder worden ingezet gericht op de situatie van de patiënt. De verpleegkundige kan bijvoorbeeld aantekeningen in de folder zetten of pijlen zetten bij de belangrijkste stukken tekst. Een folder beoogt de mondelinge informatie te ondersteunen en is geen vervanging hiervan (Sassen, 2010, p. 330).

Het is als verpleegkundige lastig is om op de juiste momenten patiëntenvoorlichting te geven. Het is van belang dat de uitvoering van de patiëntenvoorlichting op een effectieve en efficiënte manier wordt uitgevoerd. Het proces van de patiëntenvoorlichting zou meer in de dagelijkse interactie als een gestructureerd en georganiseerd onderdeel van elk patiëntencontact. De therapietrouw neemt toe wanneer de effectiviteit van de zorg wordt verbeterd (Sassen, 2010, p. 289).

De effecten van voorlichting zijn positief zijn. Dit uit zich in dat patiënten meer tevreden zijn en ervaren minder pijn en angst. Het gevolg hiervan is dat de therapietrouw en zelfzorg toeneemt. Verder word de opnameduur van de patiënten korter. In de praktijk wordt tijdens het geven van voorlichting gebruik gemaakt van middelen zoals folders, kaarten, informatiepakketten, brochures en patiëntgebonden informatiedossiers (VUMC, 2008).

In de gezondheidszorg is de vraag naar transparantie de afgelopen jaren is toegenomen. De transparantie dient als middel voor kwaliteitscontrole. Om aan deze transparante zorg te kunnen voldoen is het gebruik van protocollaire zorg bijna vanzelfsprekend. Bij het gebruik van protocollaire zorg is het over het algemeen makkelijker om resultaten op te slaan en inzichtelijker te maken, als gevolg van gestandaardiseerde methoden. Protocollaire zorg biedt structuur en mogelijkheden om stappen en activiteiten binnen het zorgproces te registreren (Universiteit Twente, 2011).

De meeste protocollen komen tot stand door middel van evidence based practice. Dit is een proces waarin beroepsbeoefenaren op basis van hun klinische ervaringen, beschikbare hulpmiddelen, voorkeur van de patiënten en onderzoeksresultaten een protocol kunnen opstellen. Een protocol kan worden omschreven als een specifiek gestandaardiseerde beschreven handelwijze. Een protocol kan de kwaliteit van het handelen van de beroepsbeoefenaren ondersteunen. Het is van belang om verantwoorde zorg uit te voeren. Dit valt onder de wet Kwaliteitswet Zorginstellingen (Zorgprotocollen, 2012).

3.2 Interviews resultaten

Aan de hand van interviews met verpleegkundigen en een research coördinator is data verzameld. Voor het onderzoek zijn 10 verpleegkundigen en één nefroloog benaderd. Uiteindelijk zijn er vier verpleegkundigen, drie verpleegkundig specialisten, twee senior/

transplantatie verpleegkundige, twee transplantatie verpleegkundigen, twee verpleegkundig consulenten, twee regie verpleegkundigen, twee senior verpleegkundigen, één transplantatie coördinator/ verpleegkundig specialist en één research coördinator niertransplantatie geïnterviewd. Tijdens het afnemen van de interviews zijn de topics aan bod gekomen. De resultaten zijn aan de hand van de topics beschreven. Deze onderwerpen zijn: aantal transplantaties, hoeveelheid voorlichting, folders, evalueren van de opname, voorlichtingsmomenten, hantering protocol, sterke en zwakke punten, gewenst beeld afdeling, tussenstap en vragen van patiënten. Tijdens dit onderzoek zijn veel resultaten verkregen. In dit hoofdstuk zijn de belangrijkste resultaten beschreven. Een uitgebreide beschrijving van de resultaten in de vorm van een tabel is te vinden in bijlage 4.

Aantal transplantaties

Het aantal transplantaties per jaar verschilt per orgaan- en stamceltransplantaties. De transplantaties variëren van 1-2 per jaar tot ongeveer 145 transplantaties per jaar.

Hoeveelheid voorlichting

De hoeveelheid voorlichting verschilt per afdeling. Daarbij wordt de voorlichting door verschillende disciplines uitgevoerd en zijn de taken per afdeling anders verdeeld. De verpleegkundigen van de afdeling waar harttransplantatie patiënten verblijven geven aan dat het verpleegkundige afhankelijk is hoeveel informatie aan de patiënt wordt verteld. P18: *“Er zijn een aantal verpleegkundigen, waaronder één van ons die hier al heel lang werkt en daarbij is zij ook transplantatie verpleegkundige. Zij verteld uit zichzelf heel veel informatie. Wanneer zij werkt, weet je gewoon dat mensen meer informatie krijgen”*. Daarbij wordt de informatie ook gegeven in hoeverre de patiënt zelf hier behoefte aan heeft, omdat de patiënt alle informatie niet kan onthouden. P18: *“Ja, sommige mensen willen niet zoveel informatie. Sommigen zijn blij met alles wat ze overwonnen hebben, maar er zijn ook patiënten die ons van alles vragen waarvan je weet dat ze de helft niet gaan onthouden”*.

Op de afdeling waar levertransplantatie patiënten verblijven komen de onderwerpen gedurende de opname aan bod. De voorlichting wordt gegeven aan de hand van een protocol. Wanneer een onderwerp aan bod is gekomen wordt dit door de desbetreffende verpleegkundige afgetekend. De meest voorkomende onderwerpen die worden besproken gaan over de medicatie, het meten van de vitale functies, waar de patiënt om moet denken in de thuissituatie en over de polikliniek bezoeken.

Folders

Op elke afdeling wordt gebruik gemaakt van verschillende folders. Op de afdelingen van de stamcel- en levertransplantatie patiënten verblijven ontvangt de patiënt aanvullend een patiënten informatie map (PIM). Er worden verschillende folders gehanteerd. De patiënt ontvangt de folder dat gaat over de fase waarin de patiënt zich op dat moment bevindt. Op de afdeling waar de dunne darm transplantatie patiënten verblijven zijn de informatie boekjes verouderd (2008). De voorlichting wordt niet altijd aan de hand van een folder of PIM gegeven. Alleen op de afdelingen waar long-, stamcel-, en nier en alveesklieer transplantatie patiënten verblijven wordt de voorlichting gegeven aan de hand van de folder of de PIM. Dit wordt als zeer prettig ervaren. P3: *“Dat logboek is erg belangrijk, want daarin staat alles voor de patiënt beschreven wat zij thuis moeten doen aan metingen, welke medicatie de patiënt gebruikt en de bijwerkingen daarvan. De eerste drie maanden is dat logboek erg belangrijk. Wanneer ze dat logboek niet hebben gehad, weten ze eigenlijk niet wat ze thuis allemaal moeten doen”*. Op de polikliniek voor stamceltransplantatie patiënten en levertransplantatie patiënten wordt de voorlichting altijd aan de hand van de PIM gegeven.

Evalueren van de opname

Alleen op de afdeling waar nier en alveesklieer transplantatie patiënten verblijven wordt de opname geëvalueerd aan de hand van een enquête. Op de andere afdelingen wordt dit verschillend uitgevoerd. Op de afdelingen waar de dunne darm- en harttransplantatie

patiënten verblijven wordt gedurende de opname naar de feedback van de patiënt gevraagd. Hier is geen specifiek moment voor afgesproken. Op de afdeling van de levertransplantatie patiënten werd in het verleden door middel van een lijst waar de patiënt verbeterpunten op aan kan geven gevraagd naar de feedback. Dit wordt niet altijd door de verpleegkundigen gegeven. Tot slot worden op de afdelingen waar stamcel- en longtransplantatie patiënten verblijven tijdens het ontslaggesprek met de verpleegkundig specialist geëvalueerd. De verpleegkundigen van de afdeling van de stamceltransplantatie geven aan dat zij meer aandacht willen besteden aan het afsluitend gesprek. *O1: "Vragen jullie aan het einde van de opname ook altijd hoe de patiënt de opname heeft ervaren?". P8: "Niet voldoende. Ik denk dat we daar wel meer aandacht aan kunnen besteden".*

Voorlichtingsmomenten

De momenten wanneer de voorlichting wordt gegeven verschilt per afdeling. Dit komt mede omdat er niet op elke afdeling een protocol wordt gehanteerd. Ook is het verpleegkundige afhankelijk wat er aan de patiënt wordt verteld. Vaak komt dit door de hoeveelheid ervaring en kennis die de verpleegkundige heeft opgebouwd. Op de afdeling van de harttransplantatie patiënten bestaat er geen protocol. De verpleegkundig specialist komt dagelijks op de afdeling langs om in te gaan op de vragen van de patiënt. De verpleegkundigen van de afdelingen van de dunne darm-, en longtransplantatie geven aan dat het protocol te kort en verouderd (2008) is. Op de afdeling van de levertransplantatie wordt de voorlichting in drie gesprekken gepland.

Hantering protocol

Op de afdeling van de dunne darm transplantaties is een verouderd protocol. Op dit moment wordt er gekeken hoe de vorige patiënt is begeleid en op basis hiervan wordt de zorg uitgevoerd en aangepast. Hetgeen wat aan de patiënt is verteld, wordt vervolgens in poli plus beschreven. De afdeling van de harttransplantaties wordt geen protocol en checklist gebruikt. Het is verpleegkundige afhankelijk wat er aan de patiënt wordt verteld. Daarbij wordt er niet altijd gerapporteerd wat er aan de patiënt is verteld. Op de afdeling van de levertransplantatie wordt de voorlichting gegeven aan de hand van een protocol. Zowel de afdeling als de verpleegkundig consulenten hanteren een protocol. Wel is het protocol gebaseerd op langere opname duur. De onderwerpen die aan de patiënt worden verteld kan vervolgens worden afgevinkt door de verpleegkundige. De verpleegkundigen van de longtransplantatie geven aan dat het protocol verouderd en te kort is. Onderdelen van het protocol worden overgeslagen en het logboek wordt vergeten te geven. *O2: "Ja, en jij gaf net aan dat de ontslag voorbereiding wel beter kan. Jullie zijn nu bezig met een ontslag protocol. Wat kan op dit moment dan nog verbeterd worden?" P3: "Met name ten aanzien van uhm, medicatie in eigen beheer. We hebben nu een heel beperkt stappen plan, waar heel kort even wat opgeschreven staat. En de planning ligt er nu dat een uitgebreid plan wordt gemaakt waar je ook stap voor stap kan aangeven of het patiënten logboek is gegeven en vervolgens door de verpleegkundige wordt afgetekend. Dit is vaak onduidelijk".* Op de nier- en alveeskliertransplantatie afdeling wordt gebruik gemaakt van een zorgpad. Hierin staat vanaf dag 0 tot en met ontslag letterlijk alle verpleegkundige interventies beschreven. Een onderdeel hiervan is de ontslag checklist waarin wordt afgetekend als een interventie is uitgevoerd. Tot slot wordt door de afdeling van de stamceltransplantatie geen gebruik gemaakt van een protocol of checklist. De verpleegkundig specialist heeft een grote rol in de informatieverstrekking bij de patiënten. Zij maakt wel gebruik van een protocol waarin staat beschreven welke onderwerpen aan bod moeten komen.

Sterke punten

Op de afdelingen van de dunne darm-, hart-, lever- en longtransplantatie werd aangegeven dat de laagdrempelige benadering een sterk punt is. *P6: "Dat wij erg laagdrempelig zijn. Patiënten weten ons te vinden. Zij krijgen ook altijd bij de kennismaking een bereikbaarheidskaartje van ons. En we hebben elke dag spreekuur. En het mailcontact zijn mensen erg lovend onder".* Verder wordt door de verpleegkundigen van de dunne darm-,

hart- en stamceltransplantatie aangegeven dat het prettig is dat er maar een selectie groep is die de voorlichting overbrengt. Hierdoor hebben de verpleegkundigen korte lijntjes met elkaar en weten ze van elkaar dat de voorlichting op dezelfde manier wordt uitgevoerd. Daarbij coördineert de verpleegkundig specialist het gehele proces en is het daardoor prettiger voor de patiënt dat hij nauw contact heeft met de verpleegkundig specialist. Op de afdeling van de nier en alvleesklier transplantatie wordt aangegeven dat het werken volgens het zorg pad goed verloopt. Het wordt als een compleet geheel gezien en er wordt aangegeven dat het goed werkt. Tot slot werd er op de afdelingen voor lever- en longtransplantatie aangegeven dat er veel tijd is voor het ontslag gesprek. *“Nou wat ik mooi vind aan ons systeem is dat er relatief veel tijd is voor z’n ontslag gesprek. Daarbij dat de voorlichting ook aan de hand van het boekje wordt gegeven, waardoor mensen thuis het ook weer terug kunnen lezen. Dat is denk ik ook heel mooi.”*

Zwakke punten

Niet wordt er op elke afdeling een protocol gehanteerd. Daarbij zijn de protocollen ook niet allemaal up to date. Ook wordt de voorlichting niet aanvullend met een folder gegeven. Dit gebeurt alleen bij de long- en stamceltransplantaties. Bij de harttransplantatie heeft de verpleegkundig specialist aangegeven dat er niet veel transplantaties plaats vinden, waardoor de verpleegkundigen niet snel routine opbouwen en zich snel afhankelijk opstellen. De verpleegkundig consulenten van de levertransplantatie hebben aangegeven dat patiënten minder goed hersteld naar huis gaan vergeleken met een jaar of zes geleden. Op de afdelingen van de long- en stamceltransplantatie geven de verpleegkundigen aan dat zij meer aandacht moeten besteden bij het vragen naar de feedback van de patiënt. Tot slot hebben meerdere verpleegkundigen aangegeven niet op de hoogte te zijn hoe er op andere afdelingen wordt gewerkt. P4: “Nee, wij weten niet hoe er op andere afdelingen wordt gewerkt”.

Gewenst beeld afdeling

De afdelingen waar geen protocol of checklist wordt gehanteerd omtrent de informatieverstrekking geven de verpleegkundigen aan dit wel graag in de toekomst te willen zien. Hierin staan de onderwerpen beschreven die gedurende opname aan de patiënt verteld moet worden. P9: *“Met name het inzichtelijk maken van welke informatie is gegeven en dat het met de patiënt gedurende het traject mee gaat”*. De consulenten van de levertransplantatie geven aan op zoek te zijn naar een modus hoe zij de patiënten beter kunnen begeleiden. De consulenten zouden de patiënt meer verantwoordelijkheid willen geven in hun eigen herstel. Verder geven de verpleegkundigen van de longtransplantatie aan dat zij het contact met de instellingen waar de patiënt na ontslag heen gaat beter moet verlopen. Er komen regelmatig vragen vanuit de instellingen, omdat zij weinig ervaring hebben met transplantaties in het algemeen. De verpleegkundigen van de stamceltransplantaties geven aan meer aandacht te willen besteden aan het afsluitend gesprek. Vaak vindt dit niet eens op de afdeling plaats en weet de afdeling niet hoe de patiënt de opname heeft ervaren. Tot slot geven de verpleegkundigen van de nier en alvleesklier transplantatie aan behoefte te hebben aan een verpleegkundig specialist. Zij zou verschillende taken kunnen ondervangen.

Tussenstap

Op de afdelingen voor dunne darm en voor levertransplantatie patiënten wordt geen gebruik gemaakt van een tussenstap. Door hart transplantatie patiënten wordt standaard gebruik gemaakt van een revalidatie centrum. Deze patiënten gaan naar Beatrixoord. Op de afdelingen long, nier en stamcel wordt een enkele keer gebruik gemaakt van een tussenstap.

Vragen van patiënten.

De vragen van de patiënten zijn erg verschillend. Over het algemeen gaat het over de werking- en bijwerking van de medicatie die de patiënt gebruikt. Verder heeft de patiënt

vragen over de voeding, hygiëne maatregelen, dieet en wondgenezing. Tot slot heeft de patiënt vragen over hoe het in de thuissituatie zal gaan en waar de patiënt dan extra op moet letten.

Hoofdstuk 4: Discussie

In het hoofdstuk discussie worden de belangrijkste resultaten beschreven. Ook worden deze resultaten onderbouwd met literatuur. Vervolgens worden de methodologische beperkingen beschreven en de gevolgen daarvan. Hierna worden de tegenstrijdigheden van het onderzoek beschreven. Tot slot worden de implicaties van dit onderzoek voor de praktijk beschreven.

§ 4.1 De belangrijkste resultaten, vergelijking met de literatuur

Aantal transplantaties

Het aantal transplantaties per jaar verschilt behoorlijk per orgaan- en stamceltransplantaties. De transplantaties variëren van 1-2 per jaar tot ongeveer 145 transplantaties per jaar.

Hoeveelheid voorlichting

Het varieert per soort transplantatie hoeveel voorlichting er wordt gegeven omtrent de ontslag voorbereiding. Hierbij wordt de voorlichting ook door verschillende disciplines gegeven. Dit heeft er echter ook mee te maken dat niet alle afdelingen werken aan de hand van een protocol of checklist waarop staat aangegeven wat er omtrent de ontslagvoorbereiding verteld moet worden. Op de afdeling waar harttransplantatie patiënten verblijven hebben de verpleegkundigen aangegeven dat de patiënt de helft van de informatie niet onthoudt. Verder hebben de verpleegkundigen van de longtransplantatie aangegeven dat zij het prettig vinden dat de verpleegkundig specialisten het ontslaggesprek doen, omdat zij meer tijd hebben voor dit gesprek. Het begrijpen van de informatie hangt sterk samen met de hoeveelheid tijd die er voor de voorlichting staat (Sassen, 2010, p. 325). Uit de theorie is gebleken dat het van belang is dat er veel tijd staat voor het ontslaggesprek. De verpleegkundig specialist is een aanvulling binnen het zorgtraject van de patiënt.

Folders

De voorlichting wordt niet op elke afdeling aan de hand van een folder gegeven. Daarbij verschilt het per verpleegkundige of de voorlichting aan de hand van een folder wordt gegeven. De patiënt krijgt niet standaard op elke afdeling een folder omtrent de transplantatie. Indien dit wel het geval is, wordt deze niet altijd even goed door de patiënt gebruikt. Op de long afdeling wordt gebruik gemaakt van een patiënten logboek. Positief van de informatieverstrekking is dat de belangrijkste informatie op schrift wordt vastgelegd en aan de patiënt wordt meegegeven (VUMC, 2008). Het verstrekken van voorlichtingsmateriaal zoals een folder ondersteunt de patiëntenvoorlichting (Sassen, 2010, p. 330).

Evalueren van de opname

Het vragen naar de feedback van de patiënt wordt ook door de afdelingen verschillend uitgevoerd. Alleen op de afdeling waar alvleesklier- en niertransplantatie patiënten verblijven wordt dit gedaan aan de hand van een enquête. Deze enquête wordt niet bij iedere patiënt consequent gehanteerd. De afdeling waar levertransplantatie patiënten verblijven wordt een lijst gehanteerd waar patiënten hun feedback op aan kunnen geven. Deze lijst wordt door tijdsgesprek niet altijd door de verpleegkundigen aan de patiënt gegeven. Verder wordt er op de andere afdelingen gedurende de opname naar de ervaringen van de patiënt gevraagd of tijdens het ontslaggesprek.

Voorlichtingsmomenten

De momenten wanneer de voorlichting wordt gegeven verschilt per afdeling. Dit komt mede omdat er geen protocol wordt gehanteerd. Verder is het verpleegkundige afhankelijk wat er aan de patiënt wordt verteld. Dit wordt veroorzaakt door verschil in ervaring van de verpleegkundigen. De effecten van voorlichting zijn positief. De zelfzorg neemt toe, het verhoogd de therapietrouwheid en de opnameduur neemt af (VUMC, 2008).

Het proces van de patiëntenvoorlichting zou meer in de dagelijkse interactie als een gestructureerd en georganiseerd onderdeel van elk patiëntencontact moeten worden toegepast (Sassen, 2010, p. 289). Door het gebruik van een protocol of checklist kan de patiëntenvoorlichting als een gestructureerd en georganiseerd onderdeel worden toegepast.

Hantering protocol

Op de afdelingen waar dunne darm- en longtransplantatie patiënten verblijven wordt door de verpleegkundigen aangegeven dat het protocol verouderd en te kort is. Ook wordt er niet door elke verpleegkundigen volgens het protocol gewerkt door een handeling die is uitgevoerd vervolgens af te tekenen. Verder wordt er op de afdelingen waar hart- en stamceltransplantatie patiënten verblijven geen protocol gehanteerd. Wel wordt er door de verpleegkundig specialist van de polikliniek voor stamceltransplantaties wel een protocol gehanteerd voor de informatievoorziening. Zij hebben de grootste taak in de voorlichting. Ook geven de afdelingen van de long- en harttransplantatie patiënten verblijven aan dat een protocol met tijdsplanning niet haalbaar is, omdat het herstel per patiënt verschilt. Een protocol kan de kwaliteit van het handelen van de beroepsbeoefenaren ondersteunen. Het is van belang om verantwoorde zorg uit te voeren (Zorgprotocollen, 2012). Om aan deze transparante zorg te kunnen voldoen is het gebruik van protocollaire zorg bijna vanzelfsprekend. Protocollaire zorg biedt structuur en mogelijkheden om stappen en activiteiten binnen het zorgproces te registreren (Protocollaire zorg, 2011).

Sterke punten

Vier van de zes afdelingen hebben aangegeven dat de laagdrempelige benadering een sterk punt is. Er is door meerdere afdelingen aangegeven dat zij het een sterk punt vinden dat er een selecte groep is die de informatie geeft. Er is aangegeven dat werken aan de hand van een checklist een strek punt is. Er werd aangegeven dat de verpleegkundig specialisten veel tijd hebben voor een ontslag gesprek en meerdere verpleegkundigen hebben aangegeven het een goed punt te vinden dat de voorlichting aan de hand van de folder wordt gedaan. Op de meeste afdelingen wordt de samenwerking tussen de afdeling en de poli als positief gezien.

Zwakke punten

De folder of informatie map wordt niet altijd gebruikt bij de voorlichting. Er is naar voren gekomen dat de communicatie tussen het ziekenhuis en een tussenstap of revalidatie plek verbeterd zou kunnen worden. In het ziekenhuis zijn ze niet overal op de hoogte wat er wordt verteld in het tussenstap of revalidatieplek. Bij de niertransplantaties wordt geen gebruik gemaakt van verpleegkundig specialisten, dit zou deze afdeling graag zien. Hiernaast kunnen de patiënten van de niertransplantatie tot drie maanden na ontslag bellen naar de afdeling. Op meerdere afdelingen is aangegeven dat het protocol niet up to date is. De informatie boekjes van de dunne darm afdeling is niet up to date.

Gewenst beeld

Er werd aangegeven graag een checklist te willen die mee gaat met de patiënt naar de verschillende fases in het zorgtraject. De leverpoli heeft aangegeven meer verantwoordelijkheid aan de patiënt te willen geven. Op de lever afdeling werd aangegeven dat een verbetering zou zijn op het moment dat zij meer aandacht zouden besteden aan de familie participatie. Hiernaast heeft de lever afdeling aan graag meer tijd te willen voor de voorlichting. De afdeling waar de niertransplantatie patiënten verblijven zouden graag een verpleegkundig specialist willen. De afdeling waar de stamceltransplantatie patiënten verblijven zouden graag als afdeling een afrondend gesprek willen met de patiënt.

Tussenstap

Op de afdelingen voor dunne darm en voor levertransplantatie patiënten wordt geen gebruik gemaakt van een tussenstap. Door hart transplantatie patiënten wordt standaard gebruik gemaakt van een revalidatie centrum. Op de afdelingen long, nier en stamcel wordt een

enkele keer gebruik gemaakt van een tussenstap. Dit geeft aan dat de complexiteit van de verschillende transplantaties verschilt.

Vragen van patiënten

De vragen die van patiënten komen verschillen per orgaan of stamcel. Het voedingsteam die aan over de dunne darm transplantaties geven aan dat de vragen van patiënten lastig te standaardiseren is. Veel voorkomende onderwerpen zijn: immunosuppressie en waar zij vatbaar voor zijn, voeding, hygiëne, maatregelen en medicatie, dieet, wondverzorging, wat de patiënt thuis wel en niet mag, praktische zaken, afstotingsverschijnselen of wanneer zij contact op moeten nemen met het ziekenhuis. Op de long poli geven wordt aangegeven dat zij liever hebben dat patiënten te vaak als te weinig kunnen bellen.

§ 4.2 De methodologische beperkingen

In deze paragraaf zijn de methodologische beperkingen en de gevolgen hiervan beschreven. Ten eerste hebben de onderzoekers geen wetenschappelijk bewijs gevonden die een antwoord kon geven op de onderzoeksvraag. Dit heeft veroorzaakt dat de conclusie alleen gebaseerd kon worden uit literatuur vanuit boeken en internet en vanuit de interviews. Het heeft tot gevolg dat het onderzoek een verminderde theoretische onderbouwing heeft. Ten tweede hebben de onderzoekers niet iedereen kunnen interviewen zoals het in het onderzoeksvoorstel beschreven was. De onderzoekers wilden op elke afdeling en elke polikliniek tegelijkertijd twee verpleegkundigen interviewen. Bij de polikliniek van de harttransplantatie en bij de polikliniek van de stamceltransplantatie is één verpleegkundig specialist geïnterviewd. Dit werd veroorzaakt doordat deze poliklinieken geen mogelijkheden had om twee verpleegkundigen beschikbaar te stellen voor het interview. In plaats van een nefroloog is een research coördinator geïnterviewd. Hierdoor kan afgevraagd worden of de onderzoekers alle nodige informatie van de niertransplantaties hebben verkregen. Dit heeft als methodologische beperking dat niet de persoon is geïnterviewd die daadwerkelijk de patiëntenvoorlichting uitvoert.

§ 4.3 Sterke punten

De sterke punten van dit onderzoek waren dat de onderzoekers de analyses onafhankelijk hebben uitgevoerd. Deze analyses zijn vergeleken en vervolgens is een gezamenlijke analyse gevormd. De onafhankelijke analyses kwamen in grote mate met elkaar overeen. Hieruit is gebleken dat beide onderzoekers dezelfde codes hebben toegekend aan dezelfde informatie uit de interviews. Dit vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek. Verder hebben de onderzoekers bij acht van de 11 interviews twee verpleegkundigen van dezelfde afdeling tegelijkertijd geïnterviewd. Hierdoor hebben de onderzoekers kunnen achterhalen of de verpleegkundigen hetzelfde denken over een bepaalde vraag of dat er een discussie zou ontstaan.

§ 4.4 Tegenstrijdigheden

De vraagstelling is gekomen vanuit de polikliniek voor de levertransplantatie patiënten. Zij hebben de ervaring dat patiënten regelmatig bellen met vragen. Het antwoord op deze vraag had voor de patiënt al duidelijk moeten zijn of het had een vraag kunnen zijn voor de huisarts. Tijdens het onderzoek is gebleken dat dit probleem niet op andere afdelingen of poliklinieken wordt ervaren. Hierdoor hebben de onderzoekers zich tijdens de interviews er op gericht om de huidige situatie van de verschillende afdelingen en poliklinieken helder te krijgen en hebben zij zich gericht op de mening en ervaring van de verpleegkundigen en de research coördinator. Vervolgens werd dit met de andere afdelingen en poliklinieken vergeleken en gekeken wat hierbij de sterke en zwakke punten zijn.

§ 4.5 De implicatie

Het onderzoek kan een bijdrage leveren aan de kwaliteit van voorlichting binnen het Groningen Transplantatie centrum. Door het onderzoek is de huidige manier van werken op

verschillende afdelingen en poliklinieken waar orgaan- en stamceltransplantatie patiënten verblijven en terug komen helder gemaakt. Verpleegkundigen die transplantatie patiënten voorlichten/verplegen kunnen belang hebben bij dit onderzoek, omdat na het toepassen van de aanbevelingen de voorlichting aan deze patiënten zou kunnen verbeteren. Een betere voorlichting kan de patiënt zekerder maken in zijn handelen bij een symptoom. Doordat het voor de patiënt duidelijker kan worden weet de patiënt wanneer er actie ondernomen moet worden. Hierdoor zullen er patiënten zijn die in plaats van een symptoom af te wachten en eventueel hier schade mee op lopen eerder alarmeren en is het mogelijk dat eventuele complicaties worden voorkomen.

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusie en aanbevelingen van dit onderzoek beschreven.

§ 5.1 Conclusie

Aan de hand van de verkregen resultaten in dit kwalitatieve onderzoek kan er antwoord worden gegeven op de vraagstelling.

Vraagstelling:

Hoe ziet de informatie eruit bij ontslag en op welke manier kan deze informatie gegeven worden aan transplantatie patiënten* van het UMCG tijdens de klinische fase om overzicht te bieden aan de patiënt zodat de patiënt weet welke actie hij moet ondernemen indien er in de post klinisch fase een symptoom optreedt?

*alvleesklier-, dunne darm-, hart-, lever-, long-, nier- of stamceltransplantatie patiënt.

Doelstelling:

In januari 2015 is in kaart gebracht wat de huidige situatie van informatieverstrekking aan transplantatie patiënten is bij ontslag en wordt een advies uitgebracht over hoe de informatie overzichtelijk kan worden overgebracht aan patiënten na een transplantatie*, zodat de patiënt weet wanneer welke actie er ondernomen moet worden op het moment dat er een symptoom optreedt.

* alvleesklier-, dunne darm-, hart-, lever-, long-, nier- of stamceltransplantatie.

Aantal transplantaties

Het aantal en de complexiteit van de soort transplantatie verschilt, waardoor het niet mogelijk is om één en dezelfde manier van werken te creëren. Bij de niertransplantatie patiënten wordt gebruik gemaakt van een zorgpad waarin de hele opname in een protocol is uitgeschreven. De verpleegkundigen van de long-, en harttransplantatie hebben aan gegeven dat de soort complexiteit in orgaan totaal anders is en daarbij ook patiënt afhankelijk in hoeverre de patiënt zich per dag voelt en wat hij aan kan. De opname duur en het herstelproces is verschillend. Wel kunnen de afdelingen veel van elkaar leren en zal er in grote lijnen wel dezelfde manier van werken gecreëerd kunnen worden.

Hoe ziet de informatievoorziening voor transplantatie patiënten eruit?

Elke afdeling en polikliniek maakt gebruik van folders. Niet alle gegeven informatie staat altijd beschreven in de folders die de patiënt ontvangt. Daarbij wordt ook niet elke voorlichting aan de hand van een folder gegeven. Hierdoor loopt de patiënt een groter risico de informatie niet goed op te nemen.

Op de afdeling waar longtransplantatie patiënten verblijven wordt gebruik gemaakt van een patiënten logboek. In het logboek staan de belangrijkste onderwerpen die gedurende het traject aan bod komen. Dit biedt voor de patiënt veel overzicht en kan hij de belangrijkste informatie in het logboek terug vinden. Daarbij kan de patiënt ook zijn vragen opschrijven en dit vervolgens aan de verpleegkundig specialist/ consulent vragen wanneer zij op de afdeling aanwezig is of wanneer de patiënt terug komt op de polikliniek.

Het evalueren van de gegeven zorg op de afdeling wordt verschillend uitgevoerd. Niet op elke afdeling vindt een afsluitend gesprek plaats. Hierdoor lopen de verpleegkundigen het risico dat patiënten naar huis gaan met onduidelijkheden. Daarbij wordt ook niet standaard gevraagd naar de feedback van de patiënt. Hierdoor weet de afdeling niet waar zij eventueel verbeterpunten aan kunnen brengen.

Uit het onderzoek is gebleken dat niet op elke afdeling een protocol, een up to date protocol, of checklist wordt gehanteerd. Hierdoor is niet vastgesteld welke informatie van belang is omtrent de ontslag voorbereiding. Hierdoor heerst er vaak onduidelijkheid over wat de patiënt aan voorlichting heeft gekregen of dat andere taken al zijn uitgevoerd. Op een aantal afdelingen wordt gebruik gemaakt van een checklist. Hierin staan onderwerpen die

gedurende de opname aan bod moeten komen. Wanneer dit is uitgevoerd, dient dit vervolgens te worden afgetekend. Door de complexiteit van bepaalde orgaan- en stamceltransplantaties is een checklist met een vaste tijdsplanning niet haalbaar, omdat het verloop per patiënt verschilt. Op de afdeling voor stamceltransplantatie wordt geen gebruik gemaakt van een protocol, alleen bij deze transplantatie ligt de geplande voorlichting bij de verpleegkundig specialisten. Zij maken wel gebruik van een protocol.

Op de meeste orgaan- en bij de stamceltransplantatie werkt een verpleegkundig specialist of verpleegkundig consulent. Uit de interviews is gebleken dat dit door de afdelingen en de patiënten als zeer prettig wordt ervaren, omdat de specialisten en consulenten meer tijd hebben voor het geven van de voorlichting.

Op welke manier kan de informatie aan de patiënt gegeven worden?

De kwaliteit van zorg kan verbeterd worden op het moment dat de patiëntenvoorlichting mondeling wordt uitgevoerd en hierbij aanvullend een folder wordt gegeven. Daarnaast zou de inhoud van de voorlichting in de folder moeten staan zodat de patiënt de folder vervolgens nog eens rustig kan na lezen. De patiënt onthoudt meer op het moment dat informatie wordt verteld in plaats van alleen de informatie te lezen in een folder. Een nog grotere hoeveelheid wordt onthouden op het moment dat de patiënt de gegeven informatie ook ziet. Dit houdt in dat de patiënten informatie niet alleen mondeling moet worden verteld, maar ook aanvullend een folder moet worden gegeven. De kwaliteit van zorg kan verbeteren op het moment dat op elke afdeling een logboek wordt gehanteerd. Dit logboek zal een folder zijn die de patiënt er snel bij pakt. Het zou de onzekerheid van de patiënt weg kunnen nemen op het moment dat de patiënt een klacht of een symptoom heeft.

Een afsluitend gesprek na opname kan bijdragen aan het verduidelijken van vragen van de patiënt. Dit kan bijdragen aan de zelfmanagement tijdens de post klinische fase.

Het gebruik van een protocol kan bijdragen aan de transparantie en continuïteit van de zorg.

Op elke afdeling dient een protocol te worden gehanteerd over de interventies voor de specifieke transplantatie.

Het gebruik van een checklist kan bijdragen aan het overzicht tussen de verpleegkundigen welke informatie wel en welke informatie niet aan de patiënt is verteld.

Een verpleegkundig specialist of consulent kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Zij hebben meer kennis over de specifieke transplantatie en kunnen verschillende taken ondervangen. Het kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg als er voor de niertransplantatie patiënten een verpleegkundig specialist zal komen.

§ 5.2 Aanbevelingen

1. Protocol

Op alle afdelingen dient een protocol te worden gehanteerd over de interventies voor die specifieke transplantatie groep, want een protocol biedt structuur en mogelijkheden om stappen en activiteiten binnen het zorgproces te registreren. Door een protocol wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd. Voor de dunne darm- en longtransplantatie geldt dat zij hun protocol up to date moeten maken. Op de hart- en stamcelafdeling wordt geen gebruik gemaakt van een protocol.

2. Checklist

De werkgroep transplantatie van elke afdeling waar transplantatie patiënten verblijven dienen een checklist op te stellen gericht op de informatie voorziening voor die specifieke transplantatie. Hierbij wordt geen tijdspanne aangegeven, zodat de checklist bij elke patiënt kan aansluiten. Hierop worden de onderwerpen aangegeven die gedurende de opname uitgevoerd moeten worden, zodat dit door de verpleegkundige wordt afgetekend wanneer de handeling is uitgevoerd. Op de afdelingen waar dunne darm-, hart-, long- of stamcel wordt niet gebruik gemaakt van een checklist.

3. Folders
De informatie die de patiënt wordt verteld dient aanvullend een folder te worden gebruikt. De voorlichting wordt gegeven aan de hand van een folder, zodat de patiënt de folder vervolgens na kan lezen en de verschillende onderwerpen herkent. Alle afdelingen moeten de voorlichting geven aan de hand van de folder, omdat de patiënt de informatie vervolgens kan nalezen en een grotere hoeveelheid zal onthouden
4. Logboek
De werkgroep transplantatie van elke afdeling stellen een checklist op gericht op de specifieke transplantatie. Hierin staat de belangrijkste informatie over de medicatie, welke metingen verricht moeten worden, ruimte voor aantekeningen en de belangrijkste telefoonnummer waar heen gebeld moet worden wanneer de patiënt klachten heeft en acuut actie moet ondernemen. Het logboek kan de patiënt overal mee naartoe nemen en kan makkelijk en snel tevoorschijn worden gehaald. Op de afdeling voor longtransplantatie maken zij gebruik van een logboek. Er wordt aanbevolen om dit op de andere afdelingen ook in te voeren.
5. Evalueren
Na elke opname vindt een afsluitend gesprek plaats. Zowel met de verpleegkundig specialist en een gesprek met de verpleegkundige van de afdeling. Op deze manier wordt helder gekregen of er nog onduidelijkheid heerst bij de patiënt en of de patiënt nog iets kwijt wil over de manier van werken op de afdeling en polikliniek.
6. Verpleegkundig specialist/consulent
De onderzoekers bevelen aan dat op de afdeling voor nier en alvleeskliertransplantatie een verpleegkundig specialist/ consulent komt die werkzaam is voor de nier en alvleesklier transplantatie. Deze specialist of consultant is het eerste aanspreekpunt voor de patiënten en verpleegkundigen. Daarbij is zij betrokken bij het hele traject van de patiënt.

Literatuurlijst

Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H. & Peij, S. (2010). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO. Gedragscode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het Hoger Beroepsonderwijs in Nederland*. Opgevraagd 3 november 2014 van <https://score.hva.nl/Bronnen/Vereniging%20Hogescholen%20%20Gedragscode%20praktijkgericht%20onderzoek.pdf>

Atriummc (n.d.). *Wat is een verpleegkundig consulent?* Opgevraagd 14 december 2014 van <http://www.atriummc.nl/home/patienten-bezoekers/poliklinieken-afdelingen/klinische-geriatrie/wie-zijn-wij/verpleegkundig-consulent/>

Bavinck, W. (2013). *Gids voor orgaantransplantatie en –donatie*. Utrecht: De Tijdstroom, p 19.

Benzo, R., Vickers, K., Ernst, D., Thuckers, S., McEvay, C. & Lorig, K. (2013). *Development and Feasibility of a Self-management Intervention for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Delivered Eith Motivationd Interviewing*. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, p 113-122.

Dassen, Th., Keuning, F.M., Jansen, G.L. & Jansen, W.S. (2011). *Lezen en beoordelen van onderzoek publicaties*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff, p 78.

Gelreziekenhuizen (n.d.). *Hartrevalidatie*. Opgevraagd 7 januari 2015 van <http://www.gelreziekenhuizen.nl/Gelreziekenhuizen/Zutphen-Specialismen-Onderzoek-ampamp-Behandeling-Behandelingen-Fysiotherapie/Zutphen-Specialismen-Onderzoek-ampamp-Behandeling-Behandelingen-Fysiotherapie-Hartrevalidatie.html>

Gezondheidsplein (2014). *Medisch woordenboek*. Opgevraagd 23 oktober 2014 van <http://www.gezondheidsplein.nl/medisch-woordenboek/item30768?letter=k>

Hagenauw, W. (2013). *Levertransplantatie (OLT) ontslagprocedure na OLT, volwassenen*. Groningen: UMCG, p 1-5.

Intern document (2014). *Beoordelingscriteria zoekstrategie en beoordeling kwaliteit wetenschappelijke artikelen*. Academie voor Verpleegkunde, Hanzehogeschool.

Leistra, E., Liefhebber, S., Geomini, M. & Hens, H. (2009). *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

VUMC (2008). *Voorlichting op maat*. Opgevraagd 20 november 2014 van http://www.vumc.nl/afdelingen-themas/33760/101392/Voorlichting_op_maat.pdf

Sassen, B. (2010). *Gezondheidsbevordering en preventie voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.

Schäfer-Keller, P., Dickenmann, M., Berry, D.L., Steiger, J., Bock, A. & De Geest, S. (2009). *Computerized patient education in kidney transplantation: Testing the content validity and usability of the Organ Transplant Information System (OTISTM)*. Elsevier: Zwitserland, p 110-117.

Schmid-Mohler, G., Albiez, T., Schäfer-Keller, P., Fehr, T., Biotti, B. & Spirig, R. (2011). *Patiëntenedukation während des stationären Aufenthalts nach Niertransplantation*. UniversitätsSpital Zürich, p 317-328.

Symptomen-behandeling (2014). *Symptomen en behandeling*. Opgevraagd 24 september 2014 van <http://www.symptomen-behandeling.nl/>

UMCG (2014). *Het UMCG*. Opgevraagd 16 september 2014 van <https://www.umcg.nl/NL/UMCG/overhetumcg/Pages/default.aspx>

Tijdschrift voor praktijkondersteuning (2008). *Verklarende woordenlijst*. 2 december 2014 van <http://www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl/statements/id23-grounded-theory.html>

UMCG (2013). Levertransplantatie, informatie voor de huisarts. Opgevraagd 23 september 2014 van <http://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/UMCG/Afdelingen/Levertransplantatiecentrum%20UMCG/huisartsinformatie.pdf>

UMCG (2014). *Het UMCG*. Opgevraagd 3 november 2014 van <https://www.umcg.nl/NL/UMCG/overhetumcg/Pages/default.aspx>

UMCG (2014). Transplantatiecentrum. Opgevraagd 22 oktober 2014 van <http://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/Transplantatiecentrum/Pages/default.aspx>

Universiteit Twente (2011). *Protocolaire zorg*. Opgevraagd 2 januari 2015 van http://essay.utwente.nl/62616/1/Bacheloropdracht_van_Maaren.pdf

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Verzorgenden en verpleegkundigen Nederland (2007). *Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Opgevraagd 27 november 2014 van <http://www.venvn.nl/Portals/20/publicaties/20070112beroepscodebrochuredef.pdf>

Verzorgenden en verpleegkundigen Nederland (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundig specialist*. Opgevraagd 14 december 2014 van <http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=jHR92D5lza0=>

VUMC (2008). *Voorlichting op maat*. Opgevraagd 20 november 2014 van http://www.vumc.nl/afdelingen-themas/33760/101392/Voorlichting_op_maat.pdf

Zorgprotocollen (2012). *Medisch-verpleegkundige protocollen en richtlijnen*. Opgevraagd 20 november 2014 van <http://www.zorgprotocollen.nl/kadersbigwet.htm>

Bijlage 1: Meetinstrument

Kennismaking: Naam, functie, afdeling, hoeveel transplantaties per jaar.

Voorlichting: Hoeveelheid voorlichting, folders, evalueren van voorlichting, voorlichtingsmomenten

Protocol: Hantering protocol, afdeling breed, sterke en zwakke punten, gewenst beeld van de afdeling

Ontslagprocedure: Feedback patiënten, directe feedback of vragen achteraf, is de afdeling tevreden over hoe het nu gaat?

Voorafgaand:

- Uitleg geven over het onderzoek.
- Benoemen dat het interview opgenomen gaat worden.
- Vragen of de geïnterviewde een bevestiging willen geven als de andere geïnterviewde iets zegt waar zij het ook mee eens is.
- Benoemen dat de namen van de geïnterviewden in het verslag onherkenbaar gemaakt worden.

Algemene inleiding

Welkom heten.

Bedankten dat het interview plaats kan vinden.

Algemene vragen:

- Kunnen jullie vertellen hoeveel transplantaties plaatsvinden per jaar? En hoe lang liggen patiënten gemiddeld bij jullie op de afdeling?
- Hoe ziet ontslag voorbereiding eruit?
- Vragen jullie aan het einde van de opname ook hoe de patiënt de opname heeft ervaren? Zo ja, is dit mondeling of schriftelijk en wanneer?
- Wat is jullie idee over de manier van voorlichten hoe deze op dit moment wordt uitgevoerd?
- Hebben jullie ook ideeën over wat zou kunnen bijdragen aan een verbeterde patiëntenvoorlichting?
- In hoeverre merken jullie dat psychosociale vragen mee spelen in het nazorg traject? Wordt hier ook aandacht aan besteed?
- Komen er na ontslag nog vragen van patiënten? Zo ja: Waar ligt het volgens jullie aan dat er nog vragen komen na ontslag?
- Wat vinden jullie sterke punten van jullie manier van voorlichten en waarom?
- Op welke onderdelen van de voorlichting merken jullie dat het verbeterd zou kunnen worden en waarom?
- Wordt er gebruik gemaakt van een tussenstap?
- Hoe denken jullie over een tussenstap / revalidatie plek? (wordt deze niet gebruikt, zou dit een aanvulling zijn?)
- Zouden jullie zelf nog wat kwijt willen/ wat vertellen?

Vragen specifiek gericht op een orgaan- of stamceltransplantatie:

Nier en alvleesklier:

- Nier transplantatie patiënten mogen drie maanden na ontslag naar de afdeling bellen (Geen verpleegkundig consulenten op de poli voor niertransplantatiepatiënten) kan elke verpleegkundige hierop antwoorden?
- Waarom geen verpleegkundig consulenten voor niertransplantatie patiënten? Waarom pakt de arts dit op?
- Wat gebeurt er als de verpleegkundige geen antwoord kan geven op de vraag van de patiënt?

- Wordt de uitleg aan de patiënten alleen door transplantatie verpleegkundigen verstrekt of ook door verpleegkundigen zonder verpleegkundige vervolg opleiding?
- Is er een bepaald protocol over wanneer de verpleegkundigen bepaalde informatie gaat geven?
- Vindt er herhaling plaats/ hoe is de afstemming met de nefroloog?
- Waarom is ervoor gekozen om geen verpleegkundig consulenten te hebben voor de niertransplantatie patiënten?

Stamcel:

- Wij hebben op de site gelezen dat patiënten eventueel naar een tussenstap gaan. Zien jullie dan ook verschil tussen mensen die na ontslag revalideren of meteen naar huis gaan na ontslag met betrekking tot de vragen waarmee ze bij jullie terug komen?
- Door wie wordt besloten dat een patiënt eerst naar een tussenstap gaat? Of mag de patiënt dit zelf beslissen? Zien jullie hier ook een bepaalde groep patiënten wel belangstelling voor hebben? En een andere groep juist niet?
- Is er ergens genoteerd welke informatie een patiënt al heeft gehad? Protocol/ aftekenlijst?
- Op welke manier geven zij de patiënt voorlichting? Herhaling?
- Hoe ervaren de patiënten het krijgen van de patiënten informatiemap?
- Jullie (de afdeling) hebben aangegeven dat vooral de verpleegkundig specialist de taak op zich neemt omtrent de voorlichting. Hoe gaan jullie als afdeling hiermee om als zij er niet is/ op vakantie is? Wie neemt dit dan over?
 - wat als er net afgestudeerde verpleegkundigen werkzaam zijn op de afdeling en nog weinig ervaring hebben met transplantatiepatiënten, hoe gaan jullie als afdeling hiermee om?
- Verpleegkundig consulent komt langs op de afdeling, is hier overeenstemming over wie wat verteld, herhaling of overeenkomsten?
- Hoe is de ervaring van de afdeling dat juist verpleegkundig specialisten het grootste aandeel hebben in de informatieverstrekking omtrent het ontslag?

Dunne darm:

- Wij hebben gezien dat er geen gebruik wordt gemaakt van een ontslagprotocol voor dunne darm transplantatiepatiënten, hoe wordt de coördinatie geregeld zodat iedereen weet wat wel en wat niet aan de patiënt is verteld?
- Hoe weten de verpleegkundigen van elkaar dat iedereen hetzelfde vertelt?
- Waarom hebben verpleegkundigen een klein aandeel in de informatievertrekking omtrent de ontslagprocedure?
- Waarom is er voor gekozen om een telefonisch overleg? Komen er dan veel vragen? Hoe zien deze vragen eruit?
- Verpleegkundig consulenten komen langs op de afdeling, is hier overeenstemming over met de afdeling wie wat vertelt, herhaling, overeenkomsten?

Hart:

- Jullie gaven aan dat jullie niet tot nauwelijks de patiënt voorlichten omtrent de ontslagvoorbereiding. In hoeverre zijn jullie op de hoogte dat dit in Beatrixoord gebeurt?
- Sinds kort zijn er veel nieuwe/ jonge verpleegkundigen werkzaam op de afdeling. Zij hebben nog weinig ervaring. Hoe gaan jullie als afdeling hiermee om wanneer er harttransplantatiepatiënten op de afdeling verblijven?
- Waarom gaan patiënten na ontslag standaard naar Beatrixoord?
- Is er ook overeenstemming wat de afdeling verteld en wat Beatrixoord de patiënt nog moet vertellen?
- Komen er ook vragen van patiënten terwijl zij in Beatrixoord verblijven? Hoe zien deze vragen eruit?

- Verpleegkundig consulent komt langs op de afdeling, is hier overeenstemming over wie wat vertelt, herhaling of overeenkomsten?
- Geven jullie op de afdeling ook nog folders?

Long:

- Wat is jullie ervaring omtrent de folder: het logboek? Maakt de patiënt hier ook echt gebruik van en geeft dit ook overzicht en bied het rust?
- Wat is de feedback van de patiënten omtrent de folder: het logboek
- Regelmatig worden er nieuwe verpleegkundigen aangenomen. Zij hebben daarom nog niet/ weinig ervaring. Hoe gaan jullie als afdeling hiermee om als zij transplantatie patiënten verplegen?
- Wat voor effect heeft het op de patiënt als de folder pas tijdens het ontslag gesprek wordt gegeven (en dus tijdens opname is vergeten te geven).
- Hoe weten jullie als collega's/verpleegkundigen van elkaar dat jullie hetzelfde aan de patiënt vertellen?
- Ervaren jullie ook veel vragen vanuit het psychische oogpunt? Wordt hier tijdens opname of op de polikliniek ook aandacht aan besteed?
- Wordt er door de patiënten gebruik gemaakt van de folders?
- Verpleegkundig consulent komt langs op de afdeling, is hier overeenstemming over wie wat vertelt, herhaling, overeenkomsten?
- Wordt de informatieverstrekking alleen door transplantatie verpleegkundigen gedaan of ook door andere verpleegkundigen?

Lever:

- Op welke manier wordt de patiënten voorlichting gegeven? Vindt hierbij ook herhaling plaats?
- Wordt het ontslag protocol door alle verpleegkundigen op dezelfde manier gebruikt?
- Hoe weten de verpleegkundigen van elkaar dat iedereen hetzelfde vertelt?
- Wordt er gebruik gemaakt van een tussenstap? Zo ja, hoe ziet de begeleiding in het tussenstap eruit?
- Wat is jullie ervaring met de verschillen tussen patiënten die wel naar een tussenhuis gaan en patiënten die hier niet heen gaan? Hebben de patiënten die wel naar het tussenhuis gaan ook minder vragen na ontslag?
- Door wie wordt besloten dat een patiënt eerst naar een tussenhuis gaat? Of mag de patiënt dit zelf beslissen? Zien jullie hier ook een bepaalde groep patiënten wel heen gaan en een andere groep juist niet?
- Adviseren jullie ook mensen om naar een tussen huis te gaan?
- Verpleegkundig consulent komt langs op de afdeling, is hier overeenstemming over wie wat vertelt, herhaling of overeenkomsten?

Bijlage 2 Beoordelingsformulier

Beoordelingscriteria zoekstrategie en beoordeling kwaliteit wetenschappelijke artikelen

Vul de onderstaande tabellen in conform de toelichting op pagina 3.

Tabel 1. Zoekstrategie

1. Wat is het doel van de research review? Beschrijf de PICOT	
2. Welke Engelse zoektermen zijn gebruikt?	
3. Welke databank is gebruikt en waarom is voor deze databank gekozen?	
4. Hoeveel artikelen zijn gevonden? Welke filters zijn gebruikt?	

Tabel 2. Beoordeling van de methodologische kwaliteit en de resultaten per artikel

Is het tijdschrift waaruit het artikel komt peer-reviewed?		
A. Interne validiteit		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
B. Belang van de resultaten		

10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
C. Klinische relevantie van de resultaten		
19.		
20.		
D. Externe validiteit: Toepasbaarheid van de resultaten		
21.		
22.		
23.		
24.		
E. Discussie		
25.		
26.		
27.		
F. Conclusie		
28.		
29.		

Toelichting tabel 2

Bepaal allereerst wat voor soort onderzoek het wetenschappelijke artikel betreft, omdat verschillende onderzoeken, verschillende beoordelingscriteria hebben. In de tabel staat een overzicht van de meest voorkomende soorten onderzoek, zoals die behandeld worden in Cox et al., 2012 en Dassen et al, 2010 uit jaar 1 en 2.

	Kwalitatief onderzoek (mixed-method)	Kwantitatief onderzoek (mixed-method)	Diagnostisch onderzoek	Systematic review (meta- analyse)/narratieve literatuurstudie
Beoordelings- criteria				
A. Interne Validiteit				
1.	Hoe zijn de gegevens verzameld (interviews, focusgroepdiscussie, observaties, inhoudsanalyse)?	Welk design is gebruikt (RCT, CCT, ed.)?	Welke meetinstrumenten worden onderzocht?	Welk vraagstuk wordt onderzocht?
2.	Wat is de onderzoekspopulatie?	Hoe is de onderzoekspopulatie is geselecteerd?	Hoe is de onderzoekspopulatie geselecteerd?	In hoeverre is de vraagstelling precies omschreven en expliciet aanwezig in de review?
3.	Hoe is de steekproef tot stand gekomen? (soort, selectiecriteria, omvang, homo/heterogeen, respons percentage (uitvallers?) Is de context duidelijk beschreven?	Hoe is de steekproef tot stand gekomen: soort, selectiecriteria, omvang, homogeniteit, respons percentage (uitvallers?)	Is gebruik gemaakt van een gouden standaard?	Is een uitgebreide zoektocht naar literatuur ondernomen in alle relevante databases? Hebben de auteurs ook in andere belangrijke bronnen gezocht?
4.	Hoe heeft de data-analyse plaats gevonden?	Hoe zijn de onderzoeksgroepen ingedeeld?	Zijn de diagnostische test en de gouden standaard bij iedere deelnemer afgenomen?	Welke in- en exclusie criteria zijn gebruikt?

	Kwalitatief onderzoek (mixed-method)	Kwantitatief onderzoek (mixed-method)	Diagnostisch onderzoek	Systematic review (meta- analyse)/narratieve literatuurstudie
Beoordelings- criteria				
5.	Is datasaturatie (een verzadigingspunt) bereikt?	Is het onderzoek geblindeerd?	Zijn de onderzoekers op de hoogte van de uitkomst van de test waarmee de diagnostische test wordt vergeleken (blinding)?	Heeft een beoordeling van de methodologische kwaliteit van de verschillende onderzoeken plaatsgevonden en is het bewijs meegewogen?
6.	Welke methoden zijn gebruikt om de geloofwaardigheid van het onderzoek te verzekeren (triangulatie, member checking, peerreview)?	Is er sprake van bias en waarom?	Zijn de uitslagen reproduceerbaar en op welke wijze is met de betrouwbaarheid omgegaan? Is er sprake van intra- en interbeoordelaars Betrouwbaarheid?	
7.	Speelt interbeoordelaarsbetrouwbaarheid een rol? Waarom?	Op welke wijze is met de betrouwbaarheid omgegaan? Is er sprake van intra- en interbeoordelaars-betrouwbaarheid?	Hoe is de validiteit van de meetinstrumenten vastgesteld?	
8.	Is sprake van bias en waarom?	Hoe is de validiteit van de meetinstrumenten is vastgesteld?		
9.	Welke ethische aspecten zijn beschreven (informed-consent, privacy, anonimiteit)?			
B. Belang van de resultaten				
10.	Wat zijn de belangrijkste resultaten?	Welke variabelen worden gebruikt en welk meetniveau is van toepassing?	Is de diagnostische test klinisch relevant is voor jouw patiënt of doelgroep?	Welke betrouwbaarheids-coëfficiënt is gehanteerd bij de interne consistentie?

	Kwalitatief onderzoek (mixed-method)	Kwantitatief onderzoek (mixed-method)	Diagnostisch onderzoek	Systematic review (meta- analyse)/narratieve literatuurstudie
Beoordelings- criteria				
11.	Worden de resultaten gedetailleerd genoeg beschreven om de interpretatie van de gegevens en de keuze van thema's en concepten te kunnen beoordelen?	Welke centrummaten zijn gebruikt (gemiddelde, mediaan, modus)?	Wat zijn de belangrijkste diagnostische waarden van de diagnostische test (sensitief, specifiek, positief of negatief voorspellend)?	Welke betrouwbaarheidscoëfficiënt is gehanteerd bij de interbeoordelaars-overeenstemming?
12.	Wat is de <i>verplaatsbaarheid</i> van de resultaten adhv overdraagbaarheid, thick description en/of purposive sampling?	Welke verhoudingsgetallen zijn gebruikt (percentages, incidentie, prevalentie)?	Welke normaalwaarden zijn vermeld?	Wat tonen de uitkomstmaten precies aan?
13.	Wat is de plausibiliteit van de resultaten adhv de begrippen contextualiteit, peer review en/of triangulatie?	Hoe zijn de verhoudingsgetallen weergegeven (tabel, boxplot, diagram, etc.)?	Wat is het betrouwbaarheidsinterval?	Zijn de resultaten betrouwbaar? Zo ja, waarom?
14.	Wat is de verifieerbaarheid van de resultaten is adhv quotes, veldnotities, peer review en/of member checking?	Welke spreidingsmaten zijn gebruikt (range, variantie, standaarddeviatie, interkwartiel afstand)?	Wat is de uitkomst van de betrouwbaarheidsintervallen?	Zijn de uitkomsten op een logische wijze geïnterpreteerd?
15.		Welke statistische toetsen zijn gebruikt?		Zijn de uitkomsten in een bredere context geplaatst, waardoor de uitkomsten betekenis krijgen voor de praktijk?

	Kwalitatief onderzoek (mixed-method)	Kwantitatief onderzoek (mixed-method)	Diagnostisch onderzoek	Systematic review (meta- analyse)/narratieve literatuurstudie
Beoordelings- criteria				
16.		Wat tonen de statistische toetsen aan? Het aantonen van verschillen, van verbanden, het voorspellen van waarden?		
17.		Welke uitkomstmaten worden gehanteerd?		
18.		Is sprake van statistisch significantie van de verschillende toetsen? Zo ja, wat geven die dan precies aan?		
C. Klinische relevantie van de resultaten				
19. Beschrijf de klinische relevantie van de resultaten voor de onderzoeksgroep en locatie van het onderzoek.				
20. Beschrijf de klinische relevantie van de onderzoeksresultaten voor jouw doelgroep en de locatie in de praktijk.				
D. Externe validiteit: Toepasbaarheid van de resultaten				
21. Zijn de uitkomsten generaliseerbaar naar cliënten die niet met het onderzoek hebben meegedaan?				
22. Komt de doelgroep overeen?				
23. Komt de onderzoek locatie overeen?				
24. Zijn de resultaten haalbaar in de praktijksituatie? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?				
E. Conclusie				
25. Geeft de conclusie antwoord op de onderzoeksvraag?				

	Kwalitatief onderzoek (mixed-method)	Kwantitatief onderzoek (mixed-method)	Diagnostisch onderzoek	Systematic review (meta- analyse)/narratieve literatuurstudie
Beoordelings- criteria				
26. Wat zijn de belangrijkste conclusies van dit onderzoek?				
F. Discussie				
27. Worden de resultaten vergeleken met ander onderzoek? Licht je antwoord toe				
28. Worden de resultaten in relatie gebracht tot het theoretisch kader?				
29. Worden de methodologische beperkingen besproken en zo ja, wat zijn de belangrijkste?				

Bijlage 3 Beoordelingen artikelen

Beoordelingscriteria zoekstrategie en beoordeling kwaliteit wetenschappelijke artikelen

Development and Feasibility of a Self-management Intervention for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Delivered Eith Motivationd Interviewing

Tabel 1. Zoekstrategie

1. Wat is het doel van de research review? Beschrijf de PICOT	P: Patiënten die een dikke darm-, stamcel-, pancreas-, hart-, nier-, lever- en longtransplantatie hebben ondergaan en hoe na de operatie het zelfmanagement bevorderd kan worden. I: De informatie die de patiënt verteld wordt in de klinische en post klinische fase O: De patiënt heeft kennis over hoe te anticiperen bij een bepaald symptoom
2. Welke Engelse zoektermen zijn gebruikt?	- Self-management - Intervention
3. Welke databank is gebruikt en waarom is voor deze databank gekozen?	CINALH, omdat dit een databank voor medici is.
4. Hoeveel artikelen zijn gevonden? Welke filters zijn gebruikt?	Er zijn 1043 artikelen gevonden, na de inclusiecriteria artikelen niet ouder dan 2006 en full text available waren er 180 artikelen over.

Tabel 2. Beoordeling van de methodologische kwaliteit en de resultaten per artikel

A. Interne validiteit		
1.	Hoe zijn de gegevens verzameld (interviews, focusgroepdiscussie, observaties, inhoudsanalyse)?	De interventies die tijdens het onderzoek werden uitgevoerd om zelf management te bevorderen werd getest bij de deelnemende patiënten met COPD. De gegevens werden verzameld door middel van semi gestructureerde interviews.
2.	Wat is de onderzoekspopulatie?	11 COPD patiënten

3.	Hoe is de steekproef tot stand gekomen? (soort, selectiecriteria, omvang, homo/heterogeen, respons percentage (uitvallers?)) Is de context duidelijk beschreven?	Het onderzoek bestond uit een doelgerichte steekproef bestaande uit 11 ernstige COPD patiënten. Het doel van de studie was om opgenomen COPD patiënten te verminderen. Bij de resultaten wordt alleen beschreven dat 86% de interventie heeft gewerkt en dat 14% van de COPD patiënten niet is op komen dagen.
4.	Hoe heeft de data-analyse plaats gevonden?	Tijdens het onderzoek werd er gebruik gemaakt van semi gestructureerde interviews en bij de deelnemende patiënten werd de interventie om zelfmanagement te bevorderen toegepast. Dit was de motiverende gespreksvoering
5.	Is datasaturatie (een verzadigingspunt) bereikt?	In het artikel wordt hier niet over gesproken
6.	Welke methoden zijn gebruikt om de geloofwaardigheid van het onderzoek te verzekeren (triangulatie, member checking, peerreview)?	De afgenomen interviews werden door twee onafhankelijke onderzoekers geanalyseerd en vervolgens via methodologische wijze beoordeeld.
7.	Speelt interbeoordelaarsbetrouwbaarheid een rol? Waarom?	In het onderzoek wordt beschreven dat de afgenomen interviews door twee onafhankelijker onderzoekers zijn beoordeeld.
8.	Is sprake van bias en waarom?	Dit komt niet in het onderzoek naar voren
9.	Welke ethische aspecten zijn beschreven (informed-consent, privacy, anonimiteit)?	In het artikel wordt niet beschreven hoe er wordt omgegaan met ethische aspecten.
B. Belang van de resultaten		
10.	Wat zijn de belangrijkste resultaten?	De studie heeft aangetoond dat de interventie positieve effecten heeft opgeleverd. Dit uit zich bij de patiënten in kwaliteit van leven, trouw aan de interventie en de aanvaardbaarheid van de ziekte (copd). 86% van het onderzoek heeft een positief effect gehad. 14% hebben de ontmoetingen niet plaats gevonden.
11.	Worden de resultaten gedetailleerd genoeg beschreven om de interpretatie van de gegevens en de keuze van thema's en concepten te kunnen beoordelen?	De keuzes die tijdens het onderzoek zijn gemaakt worden niet beschreven, alleen wat de uitkomsten van het onderzoek zijn.
12.	Wat is de <i>verplaatsbaarheid</i> van de resultaten adhv overdraagbaarheid, thick description en/of purposive sampling?	De steekproef bestaat uit een gevarieerd aantal onderzochten. De karakteristieken van de onderzochten is erg gevarieerd, waardoor de overdraagbaarheid wordt vergroot.
13.	Wat is de plausibiliteit van de resultaten adhv de begrippen contextualiteit, peer review en/of	Er is gebruik gemaakt van meerdere manier van informatie verzamelen (triangulatie) en hierdoor neemt de plausibiliteit toe. Er is ook onderzoek

	triangulatie?	gedaan door middel van literatuur en op basis hiervan is een interventie opgezet om deze bij de patiënten toe te passen.
14.	Wat is de verifieerbaarheid van de resultaten adhv quotes, veldnotities, peer review en/of member checking?	Dit is niet besproken in het artikel. De onderzoekers hebben het niet aanbuitenstaanders laten beoordelen.
C. Klinische relevantie van de resultaten		
15.	Beschrijf de klinische relevantie van de resultaten voor de onderzoeksgroep en locatie van het onderzoek.	Doordat uit het onderzoek is gekomen dat de zelfmanagement wordt bevorderd bij de patiënt zal dit lijden tot minder opnames en zullen er daarom ook minder kosten aan verbonden zitten. De locatie van het onderzoek bracht problemen met zich mee. Daarom werd er tijdens het onderzoek ervoor gekozen waar de afspraak met de desbetreffende patiënt plaats kon vinden. Hetzij in het medisch centrum, bij de patiënt thuis of via de telefoon.
16.	Beschrijf de klinische relevantie van de onderzoeksresultaten voor jouw doelgroep en de locatie in de praktijk.	Dit kan als een bewijsstuk dienen als onderbouwing om de zelfmanagement van de patiënt te vergroten. Patiënten na een pancreas-, dikke darm-, stamcel-, hart-, nier-, lever- of longtransplantatie hebben na ontslag een grote zelfverantwoordelijkheid. Het is daarom van groot belang dat zij zelf goed weten hoe zij moeten handelen in een bepaalde situatie.
D. Externe validiteit: Toepasbaarheid van de resultaten		
17.	Zijn de uitkomsten generaliseerbaar naar cliënten die niet met het onderzoek hebben meegedaan?	Ja. Het onderzoek is wel alleen uitgevoerd op chronische COPD patiënten, alleen zelfmanagement komt bij iedere patiënt voor en is dit ook van groot belang. Daarom zal het ook toepasbaar kunnen zijn bij andere patiënten.
18.	Komt de doelgroep overeen?	Het onderzoek is gericht op COPD patiënten. Dit komt niet met onze doelgroep overeen, maar het onderwerp van het onderzoek zou ook toepasbaar kunnen zijn bij onze doelgroep. De doelgroep maakt daarom in dit onderzoek niet uit.
	Komt de onderzoek locatie overeen?	Het onderzoek is op meerdere plekken afgenomen, omdat dit problemen met zich mee bracht. De interviews zijn op meerdere locaties afgenomen.
19.	Zijn de resultaten haalbaar in de praktijksituatie? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?	Ja, het onderzoek is uitgevoerd in een praktijksituatie en hebben positieve resultaten laten zien.
E. Discussie		
20.	Worden de resultaten vergeleken met ander	In de discussie wordt niet beschreven dat het onderzoek is vergeleken met

	onderzoek? Licht je antwoord toe	een ander onderzoek. De uitkomsten van het onderzoek worden nog een keer toegelicht dat het onderzoek ook bij andere patiënten kan worden toegepast.
21.	Worden de resultaten in relatie gebracht tot het theoretisch kader?	Nee
22.	Worden de methodologische beperkingen besproken en zo ja, wat zijn de belangrijkste?	In het artikel wordt niet gesproken over methodologische beperkingen. In de discussie wordt alleen verteld dat het onderzoek positieve resultaten laat zien en zeker toegepast kan worden bij andere patiënten om de zelfmanagement te vergroten en daardoor zal lijden tot minder ziekenhuisopnames
F. Conclusie		
23.	Geeft de conclusie antwoord op de onderzoeksvraag?	Ja.
24.	Wat zijn de belangrijkste conclusies van dit onderzoek?	Dat dit onderzoek de sleutel is voor de participatie geneeskunde in de revalidatie. Dit kan worden gedaan door het uitlokken van de motivatie en de betrokkenheid van de patiënt te vergroten dmv het vermijden van het normatieve gedrag en het eren van de autonomie van de patiënt. Ook wordt in de conclusie beschreven dat gedragsverandering van belang is bij zowel de patiënt als de zorgverlener gericht op het communicatieve gedrag rondom de motiverende gespreksvoering.

Beoordelingscriteria zoekstrategie en beoordeling kwaliteit wetenschappelijke artikelen

Patientenedukation während des stationären Aufenthalts nach Nierentransplantation

Tabel 1. Zoekstrategie

Wat is het doel van de research review? Beschrijf de PICOT	P: Patiënten die een dikke darm-, stamcel-, pancreas-, hart-, nier-, lever- en longtransplantatie hebben ondergaan en hoe na de operatie het zelfmanagement bevorderd kan worden. I: De informatie die de patiënt verteld wordt in de klinische en post klinische fase O: De patiënt heeft kennis over hoe te anticiperen bij een bepaald symptoom
Welke Engelse zoektermen zijn gebruikt?	- Transplantation - Patient education - Self-management
Welke databank is gebruikt en waarom is voor deze databank gekozen?	CINAHL, omdat dit een medische databank is.
Hoeveel artikelen zijn gevonden? Welke filters zijn gebruikt?	Er zijn 11 artikelen gevonden, na de inclusiecriteria artikelen niet ouder dan 2006 en full text available waren er 10 artikelen over.

Tabel 2. Beoordeling van de methodologische kwaliteit en de resultaten per artikel

A. Interne validiteit		
1.	Hoe zijn de gegevens verzameld (interviews, focusgroepdiscussie, observaties, inhoudsanalyse)?	De gegevens zijn verzameld aan de hand van systematische literatuurstudie en kwalitatieve interviews die bij patiënten werden afgenomen zodat de deskundigen een onderwijsprogramma konden opstellen. Er werden bij dezelfde patiënten meerdere interviews afgenomen. Dit waren gestructureerde interviews. Ook zijn er observaties verricht
2.	Wat is de onderzoekspopulatie?	10 niertransplantatie patiënten
3.	Hoe is de steekproef tot stand gekomen? (soort, selectiecriteria, omvang, homo/heterogeen, respons percentage (uitvallers?))	Het onderzoek bestond uit een doelgerichte steekproef bestaande uit 10 niertransplantatie patiënten. Het doel van de studie was hoe het zelfmanagement bevorderd kon worden na de transplantatie. Het onderzoek werd uitgevoerd door verpleegkundigen, transplantatie chirurgie en een arts

	Is de context duidelijk beschreven?	uit de nefrologie polikliniek. De uitvallers worden niet in het onderzoek beschreven.
4.	Hoe heeft de data-analyse plaats gevonden?	Tijdens het onderzoek werd er gebruik gemaakt van gestructureerde interviews en bij de deelnemende patiënten. Alle interviews werden geëvalueerd aan de hand van inhoudelijke analyse van Mayring. Kenmerken en gegevens van de vragenlijst werden vermeld als gevolg van het kleine aantal steekproeven in frequenties.
5.	Is datasaturatie (een verzadigingspunt) bereikt?	In het artikel wordt hier niet over gesproken
6.	Welke methoden zijn gebruikt om de geloofwaardigheid van het onderzoek te verzekeren (triangulatie, member checking, peerreview)?	De afgenomen interviews werden door twee onafhankelijke onderzoekers geanalyseerd en vervolgens via methodologische wijze beoordeeld.
7.	Speelt interbeoordelaarsbetrouwbaarheid een rol? Waarom?	In het onderzoek wordt beschreven dat de afgenomen interviews door onafhankelijker onderzoekers zijn beoordeeld.
8.	Is sprake van bias en waarom?	Dit komt niet in het onderzoek naar voren
9.	Welke ethische aspecten zijn beschreven (informed-consent, privacy, anonimiteit)?	In het artikel wordt aangegeven dat alles in overleg met de patiënt is gegaan en dat alleen wat werd gedaan nadat de patiënt toestemming had gegeven. Ook word in het artikel beschreven dat de gegevens die de patiënt heeft gegeven anoniem blijven.
B. Belang van de resultaten		
10.	Wat zijn de belangrijkste resultaten?	De studie heeft aangetoond dat persoonlijke begeleiding een positief effect heeft. Daarom is de training nog steeds in ontwikkeling en wordt de training aangepast aan de situatie van de patiënt en wordt hij geadviseerd ten opzichte van zijn dagelijkse thuissituatie. Ook is bewezen dat het van belang is om de patiënt instructies te geven bij het meten van de bloeddruk. Ook speelt de emotie bij de patiënt een grote rol bij het opnemen van informatie.
11.	Worden de resultaten gedetailleerd genoeg beschreven om de interpretatie van de gegevens en de keuze van thema's en concepten te kunnen beoordelen?	De keuzes die tijdens het onderzoek zijn gemaakt worden niet beschreven, alleen wat de uitkomsten van het onderzoek zijn. Deze worden wel heel specifiek beschreven en worden er ook bronnen aangegeven.
12.	Wat is de <i>verplaatsbaarheid</i> van de resultaten adhv overdraagbaarheid, thick description en/of purposive sampling?	De steekproef bestaat uit een gevarieerd aantal onderzochten. De karakteristieken van de onderzochten is erg gevarieerd, waardoor de overdraagbaarheid wordt vergroot.
13.	Wat is de plausibiliteit van de resultaten adhv de	Er is gebruik gemaakt van meerdere manier van informatie verzamelen

	begrippen contextualiteit, peer review en/of triangulatie?	(triangulatie) en hierdoor neemt de plausibiliteit toe. Er is ook onderzoek gedaan door middel van literatuur en op basis hiervan is een interventie opgezet om deze bij de patiënten toe te passen. Zowel literatuurstudie, interviews als observaties.
1.	Wat is de verifieerbaarheid van de resultaten adhv quotes, veldnotities, peer review en/of member checking?	Dit is niet besproken in het artikel. De onderzoekers hebben het niet aan buitenstaanders laten beoordelen. Dit wordt niet in het onderzoek aangegeven.
C. Klinische relevantie van de resultaten		
14.	Beschrijf de klinische relevantie van de resultaten voor de onderzoeksgroep en locatie van het onderzoek.	De onderzoekers hebben onderzoek gedaan naar zelfmanagement van de patiënt na een niertransplantatie. Het onderzoek heeft aangetoond bepaalde onderwerpen van belang zijn direct na de transplantatie, maar dat sommige informatie ook niet van belang is. Ook speelt de emotie van de patiënt een grote rol bij het opnemen van de informatie. De locatie van het onderzoek wordt niet beschreven.
15.	Beschrijf de klinische relevantie van de onderzoeksresultaten voor jouw doelgroep en de locatie in de praktijk.	Dit kan als een bewijsstuk dienen als onderbouwing om de zelfmanagement van de patiënt te vergroten. Patiënten na een pancreas-, dikke darm-, stamcel-, hart-, nier-, lever- of longtransplantatie hebben na ontslag een grote zelfverantwoordelijkheid. Het is daarom van groot belang dat zij zelf goed weten hoe zij moeten handelen in een bepaalde situatie.
D. Externe validiteit: Toepasbaarheid van de resultaten		
16.	Zijn de uitkomsten generaliseerbaar naar cliënten die niet met het onderzoek hebben meegedaan?	Nee. Het onderzoek is alleen uitgevoerd op niertransplantatie patiënten. Zelfmanagement komt bij iedere patiënt voor, maar bij niertransplantatie patiënten zijn er andere onderwerpen van belang om dit te bevorderen.
17.	Komt de doelgroep overeen?	Het onderzoek is gericht op niertransplantatie patiënten. Dit komt met onze doelgroep overeen. Het onderwerp van het onderzoek zou ook toepasbaar kunnen zijn bij onze doelgroep.
18.	Komt de onderzoek locatie overeen?	Er wordt niet gesproken over de onderzoekslocatie.
19.	Zijn de resultaten haalbaar in de praktijksituatie? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?	Ja, het onderzoek is uitgevoerd in een praktijksituatie en hebben positieve resultaten laten zien.
E. Discussie		
20.	Worden de resultaten vergeleken met ander onderzoek? Licht je antwoord toe	In de discussie worden vaak andere bronnen beschreven wat er in andere artikelen over een desbetreffend onderwerp te vinden was. De uitkomsten

		van het onderzoek worden nog een keer toegelicht dat het onderzoek ook bij andere patiënten kan worden toegepast.
21.	Worden de resultaten in relatie gebracht tot het theoretisch kader?	Nee
22.	Worden de methodologische beperkingen besproken en zo ja, wat zijn de belangrijkste?	Ja de beperkingen worden toegelicht in het onderzoek. Namelijk: de werkelijke analyse omvatte slechts een kleine steekproef. Verder heeft de hoofdonderzoeker hetzelfde onderzoek al een keer eerder uitgevoerd. Het gevolg hiervan is dat er een beperkte objectiviteit is. Ook kan er geen externe controle gehouden worden.
F. Conclusie		
23.	Geeft de conclusie antwoord op de onderzoeksvraag?	Ja.
24.	Wat zijn de belangrijkste conclusies van dit onderzoek?	Dat de acute fase na de transplantatie van belang is bij informatie verstrekking. De vraag was welke kennis en vaardigheden van essentieel belang zijn voor een veilige zelfmanagement. Persoonlijke begeleiding is van belang om de informatie goed over te brengen. Sommige informatie hoeft niet meteen in de acute fase te worden verteld. Ook speelt de emotie van de patiënt een grote rol bij de informatieverwerking.

Beoordelingscriteria zoekstrategie en beoordeling kwaliteit wetenschappelijke artikelen

Computerized patient education in kidney transplantation: Testing the content validity and usability of the Organ Transplant Information System (OTISTM)

Tabel 1. Zoekstrategie

Wat is het doel van de research review? Beschrijf de PICOT	P: Patiënten die een dikke darm-, stamcel-, pancreas-, hart-, nier-, lever- en longtransplantatie hebben ondergaan en hoe na de operatie het zelfmanagement bevorderd kan worden. I: De informatie die de patiënt verteld wordt in de klinische en post klinische fase O: De patiënt heeft kennis over hoe te anticiperen bij een bepaald symptoom
Welke Engelse zoektermen zijn gebruikt?	- Self-care - Transplantation - System
Welke databank is gebruikt en waarom is voor deze databank gekozen?	Pubmed, hiervoor is gekozen omdat dit een medische databank is.
Hoeveel artikelen zijn gevonden? Welke filters zijn gebruikt?	Er zijn 27 artikelen gevonden, na de inclusiecriteria artikelen niet ouder dan 2006, Nederlandstalige artikelen, Engelstalige artikelen en full text available waren er 13 artikelen over.

Tabel 2. Beoordeling van de methodologische kwaliteit en de resultaten per artikel

A. Interne validiteit		
1.	Hoe zijn de gegevens verzameld (interviews, focusgroepdiscussie, observaties, inhoudsanalyse)?	De gegevens zijn verzameld door middel van observaties en interviews. Er zijn video en geluidopnames gemaakt van de observaties en interviews die zijn gedaan. Eerst is het programma beoordeeld door de klinici, daarna aangepast en getest op de patiënten.
2.	Wat is de onderzoekspopulatie?	De onderzoekspopulatie bestaat uit niertransplantatie patiënten en klinici die gespecialiseerd zijn in de nefrologische zorg.

3.	Hoe is de steekproef tot stand gekomen? (soort, selectiecriteria, omvang, homo/heterogeen, respons percentage (uitvallers?)) Is de context duidelijk beschreven?	De steekproef bestond uit 8 clinici en 14 patiënten. Voor de 8 clinici was de inclusiecriteria dat zij gespecialiseerd waren in de necrologische zorg. Voor het maken van de steekproef bij de patiënten is er een mix gemaakt tussen leeftijd, computer ervaring en de tijd na transplantatie. De inclusiecriteria waren: niertransplantatie kandidaat of een niertransplantatie ontvanger, ofwel behandeling voor terminale nierziekte of post-transplantatie follow-up aan de Universiteit van Basel Ziekenhuis (USB), volwassen, spreken Duits, volledig op de hoogte, geletterd en in staat om een computerscherm te lezen zonder moeilijkheid en geen functionele beperkingen die de bediening van een tablet zou belemmeren.
4.	Hoe heeft de data-analyse plaats gevonden?	De gegevens zijn samengevat doormiddel van frequenties, medianen en omvang. Uit de transcripten zijn de opvallende onderdelen gemarkeerd, hierna gegeneraliseerd en uiteindelijk samengevat. De analyse is uitgevoerd door de eerste auteur. Deze eerste auteur had regelmatig bijeenkomsten met senior expert onderzoekers waarmee over de gegevens gediscussieerd werd.
5.	Is datasaturatie (een verzadigingspunt) bereikt?	Er waren 14 patiënten die het programma hebben getest, bij de laatste drie patiënten werden geen nieuwe problemen geconstateerd. Hieruit is af te lijden dat het verzadigingspunt was bij 11 patiënten.
6.	Welke methoden zijn gebruikt om de geloofwaardigheid van het onderzoek te verzekeren (triangulatie, member checking, peerreview)?	De analyse is uitgevoerd door de eerste auteur. Deze eerste auteur had regelmatig bijeenkomsten met senior expert onderzoekers waarmee over de gegevens gediscussieerd werd.
7.	Speelt interbeoordelaarsbetrouwbaarheid een rol? Waarom?	Er is in het onderzoek niet gebruik gemaakt van inter-beoordelaarsovereenkomst. Alleen de eerste auteur heeft de gegevens beoordeeld.
8.	Is sprake van bias en waarom?	Er is sprake van bias. De gegevens zijn door 1 persoon geanalyseerd.
9.	Welke ethische aspecten zijn beschreven (informed-consent, privacy, anonimiteit)?	Het studieprotocol werd goedgekeurd door de " Beider Basel " kantonale ethische commissie, en alle deelnemers gaven schriftelijk toestemming.

B. Belang van de resultaten		
10.	Wat zijn de belangrijkste resultaten?	Er zijn knelpunten naar voren gekomen in het gebruik van het computerprogramma. Ook is duidelijk geworden dat dit programma help bij de zelfredzaamheid, ook werd aangegeven dat zij het fijn vinden om de zorgen van een mede patiënt te zien en te ervaren dat deze zorgen vergelijkbaar zijn met hun eigen zorgen. Er werd aangegeven door de patiënten dat zij het nuttig vonden om te weten wanneer zij om hulp kunnen vragen.
11.	Worden de resultaten gedetailleerd genoeg beschreven om de interpretatie van de gegevens en de keuze van thema's en concepten te kunnen beoordelen?	Ja, er zijn verschillende onderdelen in resultaten beschreven. Hierin wordt gedetailleerd ingegaan op de resultaten.
12.	Wat is de <i>verplaatsbaarheid</i> van de resultaten adhv overdraagbaarheid, thick description en/of purposive sampling?	De resultaten zijn goed te verplaatsen. De stelling is vergelijkbaar met vele andere settings. Er is een brede steekproef genomen en het gaat over een patiënten groep die veel voorkomt.
13.	Wat is de plausibiliteit van de resultaten adhv de begrippen contextualiteit, peer review en/of triangulatie?	Er is in dit onderzoek sprake van peer review. De eerste auteur heeft de gegevens geanalyseerd. Meerdere malen heeft hij of zij deze gegevens besproken met anderen.
14.	Wat is de verifieerbaarheid van de resultaten adhv quotes, veldnotities, peer review en/of member checking?	Er is gebruik gemaakt van peer review.
C. Klinische relevantie van de resultaten		
15.	Beschrijf de klinische relevantie van de resultaten voor de onderzoeksgroep en locatie van het onderzoek.	De klinische relevantie is groot. Het is een programma dat veel gebruikt wordt en door deze te verbeteren zal de zorg voor die patiënten ook worden verbeterd.
16.	Beschrijf de klinische relevantie van de onderzoeksresultaten voor jouw doelgroep en de locatie in de praktijk.	De klinische relevantie voor de transplantatie patienten in het UMCG is groot. De onderzoek setting komt veelal overeen met de setting in het UMCG.
D. Externe validiteit: Toepasbaarheid van de resultaten		

17.	Zijn de uitkomsten generaliseerbaar naar cliënten die niet met het onderzoek hebben meegedaan?	Ja, er is een brede steekproef genomen.
18.	Komt de doelgroep overeen?	Gedeeltelijk. Hierbij gaat het alleen om niertransplantatie patiënten. In ons onderzoek wordt ook gekeken naar alveesklier-, dunne darm-, hart-, lever-, long-, en stamceltransplantatie patiënten. hiernaast komt de doelgroep overeen.
19.	Komt de onderzoek locatie overeen?	Het land waarin dit onderzoek is gedaan is grotendeels vergelijkbaar met Nederland gekeken naar de zorg en de verdere ontwikkeling.
20.	Zijn de resultaten haalbaar in de praktijksituatie? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?	Ja, het zijn in eerste instantie veel communicatie resultaten m.b.t. het programma zelf. Verder wordt er door de patiënten aangegeven welke onderdelen juist wel en welke minder bijdragen.
E. Discussie		
21.	Worden de resultaten vergeleken met ander onderzoek? Licht je antwoord toe	Nee, er wordt niet gekeken naar andere onderzoeken. Dit is ook het eerste onderzoek naar dit systeem.
22.	Worden de resultaten in relatie gebracht tot het theoretisch kader?	Ja, er wordt beschreven wat dit onderzoek zou kunnen bijdragen gekeken naar de informatie die beschikbaar is.
23.	Worden de methodologische beperkingen besproken en zo ja, wat zijn de belangrijkste?	Ja, er wordt benoemd dat de steekproef klein is, maar dat deze wel groot genoeg is om de resultaten betrouwbaar te laten zijn en er wordt aangegeven dat niet duidelijk is wat het effect van de gebruiksproblemen hebben op het leren.
F. Conclusie		
24.	Geeft de conclusie antwoord op de onderzoeksvraag?	Ja
25.	Wat zijn de belangrijkste conclusies van dit onderzoek?	De belangrijkste conclusie van dit onderzoek was dat het programma problematisch was. Het herziende programma wordt gezien als nuttig om kennis van de zieke, de behandeling en de nodige zelfzorg te krijgen.

Bijlage 4. Alle resultaten in een tabel

Soort transplantatie ->	Dunne darm	Hart	Lever	Long	Nier- en alvleesklier	Stamcel
Aantal per jaar	1-2	-/+ 6	43	30 en 40	4-6 alvleesklier , -/+ 145 nier	55 allogene
Hoeveelheid voorlichting	Op de afdeling : voorlichting over de thuis medicatie, het afnemen van de eigen controles, het meten van het gewicht enz. De verpleegkundigen van de afdeling: de informatie over de algemene onderzoeken. De poli: binnen één tot twee weken na ontslag terug voor afspraken met meerdere disciplines. De voortgang en uitslagen van verschillende	De verpleegkundig specialist komt dagelijks op de afdeling langs. Informatie wordt gedoseerd gegeven, afhankelijk van de behoefte van de patiënt. (aansluiten bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid) Verpleegkundige bepaalt of de voorlichting over de verschillende screenings aan de hand van de folder wordt gegeven. Daarbij is het verpleegkundige afhankelijk hoeveel voorlichting er aan de patiënt wordt	Onderwerpen komen gedurende de opname aan bod waarbij gewerkt wordt met een protocol. Het gebruik van de patiënten informatie map verschilt per patiënt. De patiënt wordt aangeraden het hoofdstuk te lezen wat op dat moment van toepassing is. Deze map voldoet aan de informatie plicht. De consulenten verdelen de informatie over drie gesprekken, hierbij wordt ook het protocol gehanteerd.	In het ontslag gesprek wordt de werking en bijwerking van de medicatie besproken en voorlichting gegeven over de longfunctie en de astma monitor. De informatie is makkelijker te begrijpen wanneer deze op de afdeling ook gegeven is. Tijdens het ontslag wordt erop gehamerd dat de patiënt de longfunctie moet blazen.	Op dag 5 na transplantatie ontvangt de patiënt informatie boekjes zodat hij deze zelf kan doorlezen. Gemiddeld op dag acht wordt het ontslag gesprek gevoerd met de arts en een verpleegkundige van de afdeling. Dit wordt gedaan aan de hand van de informatie boekjes die de patiënt heeft ontvangen. .	De ontslag voorbereiding en het ontslag gesprek worden uitgevoerd door de verpleegkundig specialisten. De afdeling kan vragen tussendoor beantwoorden of deze vragen terug geven aan de verpleegkundig specialist. De patiënt komt wekelijks na ontslag tot zeker drie maanden na ontslag langs op de poli. De patiënt moet bij elke klacht bellen. In het poli plus staat welke voorlichting de patiënt al heeft

	onderzoeken worden besproken.	gegeven.				gekregen. De voorlichting wordt gegeven aan de hand van de patiënten informatiemap. (PIM)
Folders	De informatie boekjes waarmee de patiënt wordt geïnformeerd over de transplantatie zijn niet up to date. Deze boekjes zijn van het jaar 2008.	De patiënt ontvangt folders over de fase van het transplantatie traject waarin hij zich op dat moment bevindt.	Er wordt gebruik gemaakt van de patiënten informatie map. De patiënt ontvangt verschillende folders over de transplantatie.	Aan de hand van de folder 'transplantatie en verder' wordt de informatie gegeven. Er wordt gebruik gemaakt van het patiënten logboek.	De patiënt ontvangt tijdens de opname verschillende informatie boekjes. Dit gaat over de opname zelf en de periode na het ontslag.	De patiënt ontvangt in de screeningsfase een informatie map. De patiënt krijgt naast de PIM ook folders over de voedingsrichtlijnen.
Evalueren van de opname	Gedurende de gehele opname, geen specifiek moment.	Op de afdeling gedurende de opname.	Op de afdeling aan het einde van de opname, d.m.v. een lijst waarin patiënten verbeterpunten kunnen aangeven.	Tijdens het ontslag gesprek met de verpleegkundig specialist. Door de afdeling wordt gedurende de opname gevraagd naar de ervaringen van de patiënt	Aan het einde van de opname d.m.v. een ontslag enquête. Deze enquête wordt soms vergeten te geven aan de patiënt.	De verpleegkundig specialist vraagt tijdens het ontslag gesprek naar de ervaring van de patiënt.
Voorlichting momenten	Op de afdeling zijn geen vaste voorlichting momenten. Op de poli binnen één tot twee weken na ontslag.	Dagelijks op de afdeling, Patiënten gaan standaard na ontslag naar Beatrixoord, hier vindt het ontslag gesprek plaats. Na ontslag 15-16	De ontslagvoorbereiding tijdens opname wordt aan de hand van drie gesprekken gepland. De patiënt komt de eerste week na ontslag op de polikliniek. De	Er wordt dagelijks visite gelopen. De verpleegkundigen van de afdeling geven voorlichting over de medicatie na ontslag. De verpleegkundig specialisten geven	Dagelijks op de afdeling. Dag vijf met informatie boekjes. De patiënten na een alvleesklier transplantatie komen na ontslag terug bij de nefroloog op de	Tijdens het intake gesprek wordt alle informatie bij langs gegaan. Dit gesprek kan tijdens opname van de laatste kuur of daarna plaatsvinden, dit is

		keer per jaar op de poli.	afdeling verpleegkundigen geven de voorlichting op verschillende momenten aan de hand van het protocol.	de verdere informatie omtrent de ontslagvoorbereiding.	poli. De ontslagvoorbereiding voor niertransplantatie patiënten vindt plaats op de afdeling.	afhankelijk van de donoren. Tijdens de opname komt de verpleegkundig specialist regelmatig langs op de afdeling. Wekelijks na ontslag
Hantering protocol	Er is een verouderd protocol voor dunne darm transplantaties. Er wordt nu gekeken naar hoe de vorige patiënt is begeleid en op basis hiervan wordt de zorg uitgevoerd en aangepast. De onderwerpen die tijdens het gesprek aan bod komen zitten nu nog in het hoofd van de verpleegkundigen en artsen. Hetgeen wat aan de patiënt is verteld, wordt vervolgens in poli	Er wordt geen protocol/ afvinklijst gehanteerd omtrent de ontslag voorbereiding. Het verpleegkundige afhankelijk wat er aan de patiënt wordt verteld. Ook weten vervolgens de verpleegkundigen niet van elkaar wat zij aan de patiënt hebben verteld. Dit wordt niet altijd gerapporteerd.	De voorlichting over hygiëne wordt door de consulenten het infectie protocol gehanteerd. Dit is gebaseerd op langere opname duur. Op de afdeling wordt puntsgewijs aan de hand van een protocol informatie gegeven die de patiënt moet weten wat vervolgens kan worden afgevinkt, hiermee wordt direct begonnen na transplantatie. De afdeling en de consulenten hebben ieder hun eigen protocol.	Er wordt een protocol / checklist gehanteerd omtrent de ontslag voorbereiding, deze is erg verouderd en kort. Onderdelen van het protocol worden soms overgeslagen. Er wordt bijvoorbeeld vergeten om het patiënten logboek te geven. De verpleegkundig specialisten geven aan dat een checklist met tijdsplanning niet haalbaar is. Het verschilt per patiënt in hoeverre hij hieraan toe is.	Op de afdeling wordt gewerkt aan de hand van een zorg pad. Hierin staat vanaf dag 0 tot en met ontslag letterlijk alle verpleegkundige interventies beschreven. Een onderdeel hiervan is de ontslag checklist, waarin kan worden afgevinkt welke interventies wel en niet uitgevoerd zijn.	Er wordt door de afdeling geen gebruik gemaakt van een protocol of checklist omtrent de informatie voorziening aan transplantatie patiënten. Voordat er wordt begonnen met de voorlichting moeten zowel de arts, als de verpleegkundig specialist als de patiënt een 'informed consent' tekenen.

	plus beschreven. De manier van werken wordt afgekeken van de lever transplantatie.					
Sterke punten	Het voedingsteam is laagdrempelig. De coördinerende taak voor de dunne darm transplantaties ligt bij het voedingsteam en niet bij 1 verpleegkundige. Het telefonisch overleg wordt als prettig en zinvol ervaren. Dit overleg vindt na ontslag plaats en patiënten kunnen met vragen bij het voedingsteam terecht.	Er zijn twee verpleegkundig specialisten werkzaam, hierdoor hebben ze korte lijntjes met elkaar en weten ze van elkaar dat de voorlichting op dezelfde manier wordt uitgevoerd. Ook kunnen de patiënten de specialisten laagdrempelig benaderen.	De laagdrempeligheid voor de patiënten om hun vragen te stellen. Er wordt gewerkt aan de hand van een checklist, dit schept duidelijkheid over wat er wel en niet verteld is. Er is een toenemend aantal transplantatie verpleegkundigen op de afdeling. De samenwerking tussen de afdeling en consulenten verloopt goed. Het contact tussen de thuiszorgorganisatie en de verpleegkundige specialist is goed. Er is regelmatig contact, zodat de zorg ook in de thuissituatie goed verloopt.	Er is relatief veel tijd voor een ontslag gesprek. Het ontslag gesprek wordt gevoerd aan de hand van een folder waarin precies staat beschreven wat de patiënt moet doen als het niet goed gaat en naar wie hij dan moet bellen. De laagdrempeligheid om de specialisten te bellen. Vroeg starten met de ontslagprocedure. Het logboek wordt als leidraad voor de voorlichting gebruikt. De afdeling en de verpleegkundig specialisten geven aan het fijn te vinden dat de verpleegkundig specialist de voorlichting doet.	Het zorg pad wordt als een compleet geheel gezien, er wordt aangegeven dat dit goed werkt. De informatie die moet worden gegeven wordt over de gehele opname verspreid. De lijnen zijn kort met de nefroloog.	De afspraken over wie wat verteld tussen de verpleegkundig specialist en de afdeling verpleegkundigen is helder. Daarbij heeft de specialist diepere en bredere kennis, een selecte groep die de informatie geeft. De lijnen tussen de transplantatie verpleegkundige en de verpleegkundige van de afdeling zijn kort. Dat de verpleegkundig specialisten het voorlichting proces coördineren.

Zwakke punten	Er is op dit moment nog geen up to date informatieboekje, een up to date protocol of een checklist waarin je aangeeft wat er al aan de patiënt is verteld. Er wordt in het registratie programma poli plus beschreven hoever het proces van voorlichten is.	Er vinden niet veel transplantaties per jaar plaats, hiervoor bouwen de verpleegkundigen van de afdeling niet snel routine op en vindt er sneller afhankelijkheid naar de specialisten plaats. De verpleegkundigen van de afdeling missen soms de terug koppeling van de verpleegkundig specialist.	De consulenten geven aan dat patiënten minder goed hersteld naar huis gaan dan een jaar of 5-6 geleden.	De verpleegkundigen geven aan te weinig aan de patiënt te vragen hoe hij de opname ervaren heeft. Verder is het protocol omtrent de informatie verstrekking niet meer up to date. De onderwerpen in het protocol worden snel overgeslagen of vergeten.	De afdeling ervaart het als vervelend dat de patiënt tot drie maanden na ontslag te pas en te onpas kan bellen. Vaak vindt dit plaats op momenten dat de verpleegkundigen niet bij iemand terecht kunnen op het moment dat zij deze vraag niet zelf kunnen beantwoorden. Zij missen een verpleegkundig specialist die verschillende taken op zich zou kunnen nemen.	Er wordt op de afdeling geen checklist of protocol gehanteerd omtrent de informatie voorziening. Verder geven de verpleegkundigen van de afdeling aan dat er meer aandacht kan worden besteed aan hoe de patiënt de opname heeft ervaren. Dit kan worden gedaan aan de hand van een afsluitend gesprek.
Gewenst beeld	Een protocol/checklist die gedurende de gehele opname gehanteerd kan worden over de onderdelen die de patiënt verteld moet worden.	Een checklist die gedurende het gehele traject met de patiënt mee gaat waarin wordt aangegeven welke informatie er aan de patiënt is verteld. Verpleegkundigen van de afdeling zouden graag een leidraad willen hebben welke informatie er door	De consulenten zijn zoekende naar een nieuwe modus hoe ze transplantatie patiënten na ontslag kunnen begeleiden. Zij zouden patiënten meer eigen verantwoordelijkheid willen geven in hun eigen herstel. De afdeling verpleegkundigen willen meer	Het protocol up to date maken, waarin duidelijker de stappen worden beschreven die tijdens de opname aan bod komen. Verder geven de verpleegkundig specialisten aan dat het contact met de instellingen beter en intensiever moet verlopen wanneer de	De afdeling en de poli zouden graag een verpleegkundig specialist willen gericht op de niertransplantaties. Zij zouden oa. telefonische vragen van de patiënten kunnen beantwoorden.	Als afdeling verpleegkundige een afsluitend gesprek hebben met de patiënt om de ervaring van de patiënt te bespreken.

		de afdeling gegeven moet worden.	familieparticipatie tijdens de opname. Verder zouden zij graag meer tijd willen hebben om voorlichting te geven.	patiënt naar een revalidatiecentrum of tussenhuis gaat.		
Tussenstap	Er wordt geen gebruik gemaakt van een tussenhuis.	Patiënten gaan standaard naar Beatrixoord. Patiënten zien er van te voren tegenop, maar uiteindelijk zijn ze blij dat ze het gedaan hebben en zien dat het verschil maakt. Zowel de verpleegkundig specialist als de afdeling verpleegkundige is niet volledig op de hoogte over wat er in Beatrixoord wordt verteld.	Er wordt geen gebruik gemaakt van een tussenstap, de opnames zijn korter en de ontwikkeling van technieken en de thuiszorg is verbeterd. Op de afdeling wordt aangegeven dat er een enkele keer gebruik van wordt gemaakt op het moment dat de patiënt verder van het ziekenhuis woont.	1-2 per jaar die naar een revalidatiecentrum/ verpleeghuis gaan. Contact met het revalidatie centrum / verpleeghuis kan verbeterd worden.	Er wordt soms gebruik gemaakt van een tussenhuis of revalidatieplek op het moment dat zij fysiek nog niet voldoende in staat zijn om naar huis te gaan of thuis niet een goed vangnet hebben.	Er wordt zelden gebruik gemaakt van een tussenhuis. Als patiënten alleen zijn moeten zij soms overbruggen in een verpleeghuis.
Vragen van Patiënten	De vragen die komen van patiënten zijn niet te standaardiseren. Het is een kleine groep patiënten, iedereen heeft zijn eigen	De vragen die komen van patiënten gaan over de immunosuppressiva en waarom zij vatbaarder zijn. Iedereen bevindt zich in zijn eigen	De vragen die van patiënten komen gaan over voeding, hygiëne maatregelen en medicatie. De verpleegkundig specialisten geven aan dat het soms	De vragen gaan over het algemeen over de medicatie. De verpleegkundig specialisten ervaren niet dat patiënten snel bellen, terwijl zij de klacht ook aan hadden kunnen zien.	Vragen over de medicatie, dieet en wondgenezing. De soort vragen hangt ook af van de leeftijd van de patiënt.	Vragen over wat de patiënt thuis wel en niet mag, vooral gericht op voeding / praktische zaken, afstoting verschijnselen, medicatie en

	geschiedenis wat mee speelt in welke vragen de patiënt heeft.	proces, het is ook afhankelijk hoeveel informatie de patiënt wil ontvangen. Over het algemeen leven de patiënten van dag tot dag. De patiënten worden door de afdeling geadviseerd om de vragen die zij hebben op een briefje te noteren en vervolgens aan de arts of specialist te stellen	ook vragen zijn voor de huisarts, alleen indiceren zij zelf ook dat zij wel vinger aan de pols willen houden. Het verschilt per patiënt in hoeverre zij bezig zijn met bijvoorbeeld medicatie training.	Er wordt bij patiënten aangegeven dat ze liever te vaak bellen dan te weinig. Patiënten vragen om bevestiging.		wanneer zij contact op moeten nemen met het ziekenhuis.
--	--	--	--	---	--	--