**BS14**

***‘Het gebruik van video-educatie als aanvulling op de mondelinge en schriftelijke prikinstructie’***

**Studentgegevens**

Naam student: Michael van der Ende

Studentnummer: S1106577

Mailadres: S1106577@student.hsleiden.nl mvanderende@hotmail.com

Onderwijsgroep: VPK3O1

Toetscode: VBS14-19

Toetsdatum: 19-06-2020

**Hogeschool**

Docent: Alvin Westmaas westmaas.a@hsleiden.nl

**Aantal woorden**

Gehele document: 6828

*‘Niets uit dit document mag* zonder *bronvermelding worden overgenomen door derden’*

# Abstract

In dit onderzoek is gekeken naar een verbetering in voorlichting tijdens aanleren van de handeling zelf-injectie van Fraxiparine op de afdeling X in het X in X. Uit praktijkonderzoek bleek dat er verschillende werkwijzen werden gehanteerd door zorgverleners op de afdeling. Uit literatuuronderzoek bleek dat een video-educatie op zichzelf geen goede interventie is. Wel zorgt video-educatie in combinatie met face-to-face communicatie voor een eenduidige manier van werken, kan het prikangst onder patiënten verlagen en kan het gebruik daarnaast zorgen voor een verminderende werkdruk. Onder het team bleek 82% (n=22) video-educatie als een goede aanvulling te zien. Geconcludeerd kan worden dat een video-educatie een goede aanvulling is op de al aanwezige mondelinge- én schriftelijke manier van voorlichting. Aanbeveling voor de praktijk is om voldoende middelen en materialen beschikbaar te stellen om video-educatie te implementeren binnen de afdeling en de zorgverleners mee te nemen in de verdere uitwerking hiervan, zoals beschreven in het plan van aanpak. Tevens dient vakjargon vermeden te worden in het definitieve ontwerp van de video en dient er hygiënisch gewerkt te worden.

# Voorwoord

Voor u ligt het onderzoek ‘Het gebruik van video-educatie als aanvulling op de mondelinge en schriftelijke prikinstructie’, als onderdeel van het curriculum van de Opleiding tot Verpleegkundige aan de Hogeschool Leiden. In de periode van oktober 2019 tot juni 2020 ben ik bezig geweest met voorbereiding, uitvoeren en uitschrijven van het onderzoek op de verpleegafdeling van X van het X in X.

Via deze weg wil ik teamleider Marianne Neijssen bedanken voor het inbrengen van het onderwerp voor het onderzoek. Na de start van literatuuronderzoek en kwantitatief praktijkonderzoek werd onze hele samenleving geconfronteerd met het COVID-19 virus, waardoor het onderzoek tijdelijk tot stilstand kwam en het verplegen van patiënten met COVID-19 prioriteit kreeg. Desondanks is door snel schakelen de draad snel weer opgepakt waardoor aanvullend kwalitatief onderzoek gedaan kon worden. In deze bijzondere tijd bleef het contact en begeleiding met Aad Rusman en Elvira Kooter – mentoren binnen het ziekenhuis – gewaarborgd, waardoor voortgang niet verder in gevaar kwam. Ook begeleidend docent Alvin Westmaas bleef – op afstand – beschikbaar voor de nodige begeleiding.

Tevens wil ik alle respondenten die tijd en moeite hebben gestoken in medewerking van het onderzoek bedanken. Zonder hen had ik nooit de hoeveelheid data gehad om onder andere het draagvlak van de interventie op te kunnen baseren.

Al met al was het schrijven van dit onderzoek, de verandering van het ‘tijdelijke normaal’ naar het ‘nieuwe normaal’ en een verhuizing een intensieve periode. Desondanks is het gelukt om een overtuigend geheel op papier te zetten.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Michael van der Ende

De Lier, 17 juni 2020

Inhoudsopgave

[1. Inleiding 5](#_Toc42615929)

[2. Methode 7](#_Toc42615930)

[3. Resultaten 10](#_Toc42615935)

[4. Analyse 15](#_Toc42615940)

[5. Conclusie 17](#_Toc42615941)

[6. Discussie 18](#_Toc42615942)

[7. Implementatieplan 19](#_Toc42615943)

[8. Evaluatiestrategie 21](#_Toc42615946)

[9. Plan van aanpak implementatie 24](#_Toc42615947)

[Bijlagen 30](#_Toc42615948)

# 1. Inleiding

Op de afdeling X in het X in X ervaart de teamleider een verhoogde frequentie klachten van patiënten, specifiek over de prikinstructie die wordt gegeven op de afdeling. Patiënten geven aan zich in de thuissituatie onbekwaam te voelen om zichzelf op een juiste wijze te injecteren, doordat ze na de prikinstructie nog met vragen blijven zitten. Daarnaast geven zij aan dat zij tijdens een opname al erg veel informatie krijgen, waardoor zij niet informatie onthouden (1). Wanneer een patiënt de zelfinjecties niet juist of niet uitvoert, volgt er mogelijk diep veneuze trombose (DVT) als complicatie, met bijvoorbeeld een trombosebeen of longembolie tot gevolg (2).

Patiënten op de afdeling X die geopereerd worden voor een knie- of schouderprothese, hebben door een verminderde mobiliteit een verhoogd risico van 2,5% tot 3,5% op DVT (3). Indien er geen complicaties optreden gaat de patiënt de dag na operatie met ontslag, wat ongeveer drie dagen sneller is dan een gemiddelde ziekenhuisopname in Nederland (4-6). Tijdens het ontslag krijgt deze patiëntengroep voor vier weken injecties Fraxiparine mee. Om ervoor te zorgen dat patiënten deze in de thuissituatie zelf kunnen injecteren, geeft de verpleegkundige op de dag van operatie een prikinstructie (5-6). Op dit moment wordt de prikinstructie mondeling gegeven aan de hand van de folder ‘prikinstructie Fraxiparine’ (7). Nadat de patiënt deze folder heeft doorgelezen ondersteunt de verpleegkundige de patiënt bij de eerste keer zelfinjectie. De folder wordt meegegeven voor eventuele naslag. Echter blijkt, gezien de toenemende frequentie van klachten, de huidige manier van werken ontoereikend.

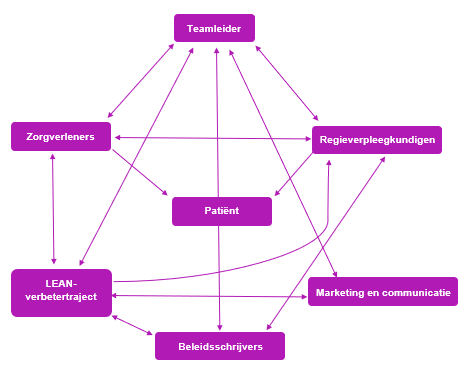
Het team op de afdeling bestaat uit één verzorgende, 22 verpleegkundigen, vier leerlingen verpleegkundige en drie stagiaires verpleegkundige. Binnen de verpleegkundigen is er een combinatie van zowel mbo- als hbo-verpleegkundigen. In X heeft er een fusie plaatsgevonden. Vanaf dat moment ging het ziekenhuis verder met locaties in X, X en X. De afdelingen X zijn destijds samengevoegd en de verschillende medewerkers zijn destijds één team geworden. Het afgelopen half jaar is de formatie ook veranderd: drie verpleegkundigen hebben ervoor gekozen om binnen andere afdelingen binnen het ziekenhuis te gaan werken en één verpleegkundige heeft de organisatie verlaten. Hier staat tegenover dat er in het afgelopen half jaar zes nieuwe verpleegkundigen op de afdeling werkzaam zijn: één verpleegkundige die al werkzaam was binnen de organisatie, vier verpleegkundigen die recent zijn afgestudeerd en één verpleegkundige van een uitzendbureau voor een periode van langer dan drie maanden.

De fusie uit X heeft nog steeds gevolgen voor het team, soms is er nog discussie over bepaalde protocollen of handelswijzen binnen het team. Het team is erg sociaal en humor vormt een belangrijke drijfveer in de dagelijkse werkzaamheden. Doordat verschillende werkgroepen continu veranderingen doorvoert, is de groep continu in beweging. Zo wordt er sinds kort methodisch gerapporteerd, dat door de werkgroep regie-verpleegkundigen is gestart.

Uit observaties blijkt dat het bestaande protocol voor de prikinstructie niet door iedere verpleegkundige wordt gevolgd. Bij navraag geven verpleegkundigen aan dat zij de huidige manier van werken soms onvolledig vinden: zij komen al handen te kort tijdens hun eigen werkzaamheden. Hoewel de verpleegkundigen aangeven dat tijdsdruk de belangrijkste factor is voor het niet volledig uitvoeren van het protocol, richt het onderzoek zicht op het onderliggende probleem. Vanuit het ASE-model (bijlage A) lijkt er weinig sociale invloed te zijn op de context van het probleem (8). Vanuit de eigen attitude vinden verpleegkundigen een goede voorlichting belangrijk, maar komen zij hier door een verhoogde werkdruk op de afdeling in combinatie tot de weinig aanwezige sociale norm niet (goed) aan toe.

Het onderzoek richt zich hoe dit onderliggende probleem – de verhoogde werkdruk in combinatie met de weinig aanwezige sociale norm – met een interventie verbetert kan worden. Met deze interventie zou de voorlichting verbeterd gegeven kunnen worden op een manier zodat de patiënt zich in de thuissituatie bekwaam genoeg voelt om de zelfinjectie uit te voeren.

Met de nog te kiezen interventie is de gewenste situatie dat de prikinstructie op een dusdanige en eenduidige manier gegeven wordt, zodat de patiënt zich voldoende bekwaam voelt om zichzelf thuis te prikken. Daarnaast moeten verpleegkundigen zich bewust zijn van wat de gevolgen zijn voor de patiënten wanneer patiënten zich niet in de thuissituatie niet juist injecteren, als gevolg van een onvolledige prikinstructie. Met het oog op het ervaren probleem – de hoge werkdruk – moeten verpleegkundigen ook beseffen dat de nader te kiezen interventie tijdwinst geeft.

Binnen de organisatiestructuur van het ziekenhuis spelen meerdere belangen bij diverse stakeholders. De belangrijkste stakeholders voor dit specifieke onderwerp zijn de patiënt, de zorgverleners en de teamleider, zie figuur 1. Voor de patiënt is het van belang dat hij of zij zich na het krijgen van de instructie voldoende bekwaam voelt om zich in de thuissituatie zelf te injecteren. De zorgverleners moeten zich – zoals eerder beschreven – bewust zijn wat de gevaren zijn van een volledige instructie en beseffen dat de nog te kiezen interventie tijdbesparend werkt. De teamleider van de afdeling moet zich daarnaast ook kunnen vinden in de nog te kiezen interventie, omdat zij zorgt draagt voor actuele protocollen en de continuïteit van zorg op de afdeling.

*Figuur 1: overzicht stakeholders*

Zoals beschreven richten de veranderdoelen zich vooral op het niveau van de verzorgende en verpleegkundigen op de afdeling. Desalniettemin is het van belang om ook de het doel van patiënten te benoemen.

* Doel 1: de zorgverleners moeten beseffen dat het belangrijk is om een volledige prikinstructie te geven aan patiënten die zichzelf thuis moeten injecteren.
* Doel 2: de zorgverleners moeten beseffen dat de nog nader te kiezen interventie tijdbesparend werkt.
* Doel 3: de patiënten moeten na het krijgen van de instructie met de nog nader te kiezen interventie denken dat zij zich in de thuissituatie zelf kunnen injecteren.

# 2. Methode

## 2.1 Praktijkonderzoek

In dit hoofdstuk wordt de methode van het kwantiteit onderzoek, kwalitatief onderzoek en literatuuronderzoek beschreven.

### 2.1.1 Kwantitatief onderzoek

Het kwantitatief onderzoek is in de periode van 9 maart tot en met 24 maart uitgevoerd onder het gehele team van verpleegafdeling X van het X in X, om op een snelle manier veel data te kunnen verzamelen (9). Alle teamleden geven de huidige prikinstructie aan patiënten met een knie- of heupprothese op de afdeling. Het totale teambestand bestaat uit dertig medewerkers, inclusief leerlingen- en stagiaires.

De betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst is gewaarborgd door gebruik te maken van de Theory of Planned Behavior (TPB), dat zich richt op attitude, subjectieve norm en eigen effectiviteit van de respondenten ten aanzien van het ervaren probleem (10). De vragenlijst bestaat uit 26 vragen: twee vragen om informatieverstrekking en gegevensverwerking te waarborgen, zeventien vragen met een 7-punts Likertschaal (waarvan dertien gericht op de TPB en vier op mogelijke interventies) en zeven vragen met persoonsgegevens om trends in de data te kunnen ontdekken. Er is voor dit model gekozen om eigen observaties, zoals verwerkt in het ASE-model, te kunnen toetsen. Deze vragenlijst werd online beschikbaar gemaakt via SurveyMonkey. Op 9 maart 2020 is de vragenlijst ingevuld door vier personen in gelijkwaardige context als de doelgroep, om door middel van pilot-testing te controleren of de vragenlijst daadwerkelijk de gewenste data opleverde.

De werving van respondenten vond plaats door op 17 maart 2020 een email en een WhatsApp-bericht naar alle medewerkers te sturen, met daarin een link naar de vragenlijst. Op 20 maart 2020 is via beide kanalen een reminder verstuurd. Op 24 maart 2020 hadden in totaal 25 respondenten (een deel van) de vragenlijst ingevuld, waarna deze werd gesloten.

Data-analyse vond plaats door data via SurveyMonkey in SPSS te exporteren. Vervolgens gekeken of er trends zichtbaar waren op het gebied van attitude, subjectieve norm en eigen effectiviteit. Tevens is gekeken naar de mate van bruikbaarheid van mogelijke interventies, door te toetsen wat het draagvlak wat het draagvlak per interventie is.

### 2.1.2 Kwalitatief onderzoek

Het aanvullend kwalitatief onderzoek is in de periode van 12 april tot en met 22 april uitgevoerd, om door middel van *mixed method* *research* de hypotheses voortvloeiend uit het kwalitatieve onderzoek te kunnen toetsen (9). Het kwalitatief onderzoek is uitgevoerd binnen het team van verpleegafdeling X van het X in X. Alle teamleden geven de huidige prikinstructie aan patiënten met een knie- of heupprothese op de afdeling.

Om structuur aan te brengen in de interviews, is gekozen voor semigestructureerd interview. Voorafgaand is een topiclijst opgesteld, gebaseerd op het TPB-model vanuit de kwantitatieve onderzoek, zie bijlage B. Deze onderwerpen binnen de topiclijst richten zich specifiek op de huidige werkwijze van respondenten, om te kunnen onderzoeken of er verschillende werkwijzen worden gehanteerd. Daarnaast is ook het draagvlak van de vier interventies opnieuw getoetst. Het interview gaf ruimte aan respondenten om te argumenteren waarom zij een interventie wel of niet bruikbaar vonden.

Het volledige team werd op 10 april 2020 door middel van een wekelijke nieuwsbrief van de teamleider op de hoogte gebracht van de wens om interviews af te nemen. De daadwerkelijke werving van respondenten vond plaats door het actief aanspreken van teamleden op de werkvloer. In totaal hebben zes teamleden deelgenomen aan het kwalitatief onderzoek, hierna vond datasaturatie plaats.

Dataverzameling vond plaats door alle interviews op te nemen. Alle audiofragmenten zijn getranscribeerd (bijlage C). Data-analyse vond plaats door alle data selectief te coderen en verbanden te leggen. De huidige werkwijzen van de respondenten werd geanalyseerd en gecodeerd (bijlage D). Ook het draagvlak van de vier interventies werd getoetst. Ook deze antwoorden werden geanalyseerd en gecodeerd (bijlage D).

## 2.2 Literatuuronderzoek

Naast het eerder beschreven praktijkonderzoek is er in de periode van 2 maart 2020 tot 24 april 2020 doorlopend literatuuronderzoek gedaan, om zo wetenschappelijk achtergrond- en vergelijkingsmateriaal te vinden (11). De uitkomsten van het literatuuronderzoek zijn onder andere gebruikt in het praktijkonderzoek. Er is in PubMed gezocht naar relevante en bruikbare onderzoeken door middel van de zoektermen met elkaar te verbinden. Om te filteren op relevante en actuele publicaties is er gebruikt gemaakt van inclusiefactoren. Deze inclusiefactoren waren de Nederlandse of Engelse taal, niet ouder dan vijf jaar, doet uitspraak over het gebruik van een mogelijke interventie binnen een ziekenhuissetting. Bij een aantal publicaties is afgeweken van de inclusiefactor van een publicatiedatum niet ouder dan vijf jaar, omdat het artikel juist van zeer toegevoegde waarde bleek. Als exclusiefactoren werd artikelen ouder dan vijf jaar, studies in andere omgevingen dan een ziekenhuis of geen gebruik van de Nederlandse of Engelse taal. Daarnaast werd er in PubMed gebruikt gemaakt van *booleaanse operatoren* OR, AND en NOT. Een systematische uitwerking van de zoekstrategie van zowel de manier van communiceren in combinatie met attitude als de mogelijke interventie is bijgevoegd in tabel 1 en 2. In hoofdstuk 3.2 zijn de resultaten van de gebruikte zoektermen verder uitgewerkt.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Database** | **Trefwoord** | **Verbinding** | **Zoekveld** | **Voorselectie met filters** | **Treffers** |
| PubMed | Patiënt education | OR | Title, abstract, keywords | Full tekst, last 5 years, Dutch, English |  |
| PubMed | Patiënt instruction | OR | Title, abstract, keywords | Full tekst, last 5 years, Dutch, English |  |
| PubMed | Patiënt instructions | AND | Title, abstract, keywords | Full tekst, last 5 years, Dutch, English |  |
| PubMed | Nurse to patiënt | OR | Title, abstract, keywords | Full tekst, last 5 years, Dutch, English |  |
| PubMed | Nurses to patiënt | OR | Title, abstract, keywords | Full tekst, last 5 years, Dutch, English |  |
| PubMed | Healthcare provider to patiënt | OR | Title, abstract, keywords | Full tekst, last 5 years, Dutch, English |  |
| PubMed | Healthcare provider to patiënt | AND | Title, abstract, keywords | Full tekst, last 5 years, Dutch, English |  |
| PubMed | Attitude | NOT | Title, abstract, keywords | Full tekst, last 5 years, Dutch, English |  |
| PubMed | COVID | NOT | Title, abstract, keywords | Full tekst, last 5 years, Dutch, English |  |
| PubMed | Student | NOT | Title, abstract, keywords | Full tekst, last 5 years, Dutch, English |  |
| PubMed | SARS | NOT | Title, abstract, keywords | Full tekst, last 5 years, Dutch, English |  |
| PubMed | Mentor | NOT | Title, abstract, keywords | Full tekst, last 5 years, Dutch, English |  |
| *Samengevoegd* | (((((((((((Patiënt education) OR (Patiënt instruction)) OR (Patiënt instructions)) AND (Nurse to patiënt)) OR (Nurses to patiënt)) OR (Healthcare provider to patiënt)) OR (Healthcare provider to patiënt)) AND (Attitude)) NOT (COVID)) NOT (Student)) NOT (SARS)) NOT (Mentor) | | | | 10,642 |

Tabel 1: combinatie booleaanse operatoren PubMed communicatie & attitude

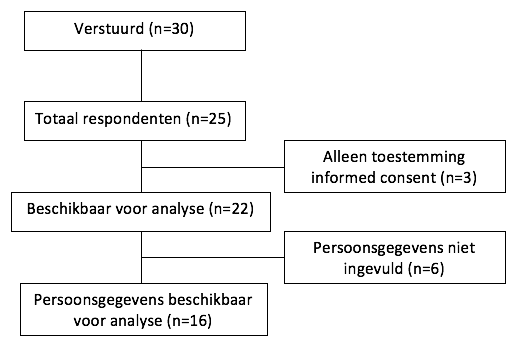
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Database** | **Trefwoord** | **Verbinding** | **Zoekveld** | **Voorselectie met filters** | **Treffers** |
| PubMed | Video-based | AND | Title, abstract, keywords | Full tekst, last 15 years, Dutch, English |  |
| PubMed | education | AND | Title, abstract, keywords | Full tekst, last 15 years, Dutch, English |  |
| PubMed | patient | AND | Title, abstract, keywords | Full tekst, last 15 years, Dutch, English |  |
| *Samengevoegd* | (video-based) AND education AND patient | | | | 106 |

Tabel 2: combinatie booleaanse operatoren PubMed interventie

# 3. Resultaten

## 3.1 Praktijkonderzoek

### 3.1.1 Kwantitatief onderzoek



*Figuur 2: overzicht selectie voor analyse*

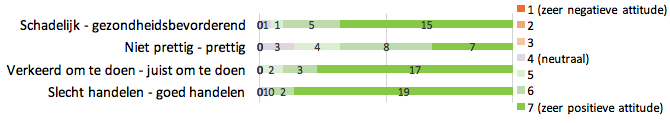
Onder het team van de verpleegafdeling X is kwantitatief onderzoek uitgevoerd, in de vorm van een enquête. Deze enquête richt zich op attitude, subjectieve norm en eigen effectiviteit over het geven van de prikinstructie aan patiënten met een knie- of schouderprothese. In totaal is de vragenlijst door 83% (n=25) van het team geopend en heeft 73% (n=22) van het team de enquêtevragen ingevuld. Zes teamleden hebben de persoonsgegevens niet ingevuld, waardoor de persoonsgegevens van zestien teamleden beschikbaar waren voor analyse, zie figuur 2. De gemiddeld leeftijd van de respondenten is 35 jaar. Zij werken gemiddeld 9,5 in hun huidige functie en werken gemiddeld al 7,3 jaar op de afdeling X. Van de respondenten hebben negen verpleegkundigen een hbo-opleiding gevolgd en zeven verpleegkundigen een mbo-opleiding gevolgd.

#### 3.1.1.1 Attitude

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N** | **Min** | **Max** | **Mean** |
| Schadelijk - gezondheidsbevorderend | 22 | 1 | 7 | 5.41 |
| Niet prettig - prettig | 22 | 1 | 7 | 4.18 |
| Verkeerd om te doen – juist om te doen | 22 | 1 | 7 | 4.64 |
| Slecht handelen – goed handelen | 22 | 1 | 7 | 4.91 |

Tabel 3: attitude (n=22)

Alle respondenten lijken een positieve attitude te hebben rondom het geven van de prikinstructie. Op het item gezondheidsbevorderend wordt de hoogste score gevonden (5.41; range 1-7),



Figuur 3: spreiding attitude (n=22)

waarbij de andere items minimaal een

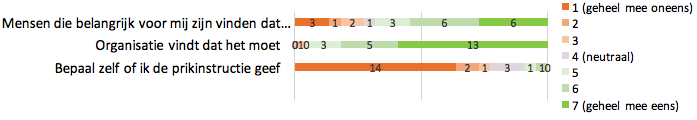
4 scoorden op een 7-puntsschaal, zie tabel 3 en figuur 3.

#### 3.1.1.2 Subjectieve norm

Tabel 4: subjectieve norm (n=22)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N** | **Min** | **Max** | **Mean** |
| Mensen die belangrijk voor mij zijn vinden dat ik de prikinstructie moet geven | 22 | 1 | 7 | 4.91 |
| Organisatie vindt dat het moet | 22 | 1 | 7 | 6.32 |
| Ik bepaal zelf of ik de prikinstructie geef | 22 | 1 | 7 | 2.00 |

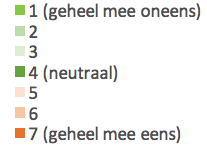
Alle respondenten lijken een sterke subjectieve norm te hebben rondom het geven van de prikinstructie. Respondenten geven aan dat zij niet zelf bepalen of zij de prikinstructie geven (2.00; range 1-6). 64% (n=14) van de respondenten scoorde 1 (geheel mee oneens) op een 7-puntsschaal. Op het item ‘organisatie vindt dat het moet’ wordt de hoogste score gevonden (6.32; range 3-7), zie tabel 4 en figuur 4.

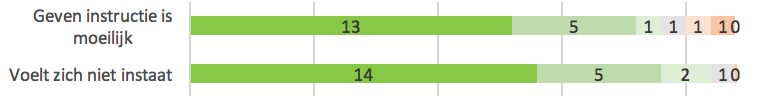
  
Figuur 4: spreiding subjectieve norm (n=22)

#### 3.1.1.3 Eigen effectiviteit

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N** | **Min** | **Max** | **Mean** |
| Geven instructie is moeilijk | 22 | 1 | 7 | 1.86 |
| Voelt zich niet in staat instructie goed te geven | 22 | 1 | 7 | 1.86 |

Tabel 5: eigen effectiviteit (n=22)

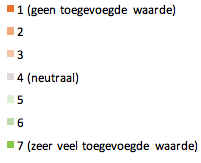
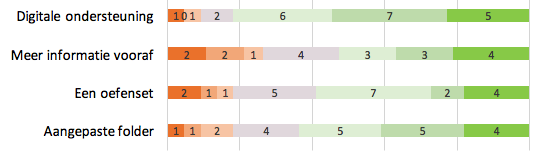
Alle respondenten lijken een positieve eigen effectiviteit te hebben. Respondenten geven aan dat zij het geven van de instructie niet moeilijk vinden (1.86; range 1-6) en dat zij zich in staat voelen om de prikinstructie goed te geven (1.86; range 1-7) op een 7-puntsschaal, zie tabel 5 en figuur 5.



Figuur 5: spreiding eigen effectiviteit (n=22)

#### 3.1.1.4 Mogelijke interventies

Tevens is in de enquête het draagvlak van vier mogelijke interventies voorgelegd: digitale ondersteuning, meer informatie vooraf, een oefenset en een aanpassing van de folder. Aan de respondenten werd gevraagd om de eventuele meerwaarde per interventie in te schalen op een 7-puntsschaal. Gemiddeld gezien scoren alle vier de interventies op meerwaarde. Digitale ondersteuning heeft hierbij het grootste aantal positieve hits en het grootste draagvlak: 82% (n=18) heeft aangegeven digitale ondersteuning als positieve interventie te zien (5.41; range 1-7). Meer informatie vooraf heeft van alle vier de interventies het minste draagvlak (4.18; range 1-7), zie tabel 6 en figuur 6.



Figuur 6: spreiding draagvlak per interventie (n=22)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Interventie** | **N** | **Min** | **Max** | **Mean** |
| Digitale ondersteuning | 22 | 1 | 7 | 5.41 |
| Meer informatie vooraf | 22 | 1 | 7 | 4.18 |
| Oefenset | 22 | 1 | 7 | 4.64 |
| Aangepaste folder | 22 | 1 | 7 | 4.91 |

Tabel 6: score per interventie (n=22)

### 3.1.2 Kwalitatief onderzoek

Naast de enquête onder het gehele team is er onder 20% (n=6) van de personeelsleden van de afdeling X een interview afgenomen. Alle interviews zijn getranscribeerd (bijlage C). Alle relevante bevindingen zijn gelabeld (bijlage D).

In het interview werd aan de respondenten gevraagd of zij hun eigen handelswijze van het geven van de prikinstructie konden beschrijven. Alle zes de respondenten beschreven een andere manier van werken: twee respondenten geven de folder altijd mee aan de patiënten, vier respondenten geven de folder alleen als zij zien dat de mondelinge instructie niet voldoende is. Hierna werd gevraagd hoe zij denken over de werkwijze van collega’s. Vier respondenten geven aan dat zij vinden dat collega’s verschillende werkwijzen hanteren. Eén respondent is van mening dat alle collega’s dezelfde werkwijze hanteren. Eén collega, die zelf voorbehouden handelingen aftoetst op de afdeling, geeft aan dat collega’s tijdens het aftoetsen wel dezelfde werkwijze laten zien. Zij benoemt dat er daarnaast geen sociale controle is doordat de prikinstructie altijd wordt gegeven als de verpleegkundige alleen op de kamer staat.

Alle zes de respondenten staan positief tegenover digitale ondersteuning, zoals een filmpje, als aanvullende interventie op de huidige manier van werken. Eén respondent benoemt dat ouderen mogelijk moeite hebben met het opzoeken hiervan in de thuissituatie. Eén respondent benoemt dat het alleen geven van de link in de informatiefolder naar haar inziens weinig effect zou hebben, het tonen van een filmpje op de afdeling wel. Eén respondent benoemt dat rekening gehouden moet worden met hygiëne.

Vier respondenten geven aan negatief te denken over het voor opname verstrekken van meer informatie. Twee respondenten denken neutraal over deze interventie. Vijf respondenten geven aan dat patiënt preoperatief al veel informatie krijgen. Twee respondenten geven aan dat het geven van meer informatie vooraf juist voor angst zou kunnen zorgen.

Drie respondenten staan neutraal tegenover het gebruik van een oefenset op de afdeling. De andere drie respondenten staan positief tegenover het gebruik van een oefenset. Twee respondenten geven aan dat een oefenset mogelijk hogere kosten met zich meebrengen. Zij vragen zich af of de kosten afwegen tegenover het resultaat.

Twee respondenten staan positief tegenover een aanpassing in de folder. Eén respondent denkt neutraal over een aanpassing. Zij geven aan dat een vereenvoudiging in het taalgebruik en in de hoeveel tekst de folder makkelijker te begrijpen zou kunnen zijn. Drie respondenten zien een aanpaste folder niet als meerwaarde: zij vinden de folder al compleet.

## 3.2 Literatuuronderzoek

Tijdens het literatuuronderzoek is er onderscheid gemaakt in A: wetenschappelijke publicaties over (mis)communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten in combinatie met attitude en B: literatuur om de interventie te onderbouwen.

In literatuur werd gezocht naar artikelen over de communicatie op een afdeling in combinatie met attitude van verpleegkundigen. Het gebruik van de in hoofdstuk 2.2 genoemde zoektermen leverde 10642 hits op. Na screening van de eerste 40 artikelen werd er één bruikbaar artikel gevonden, omdat dit artikel overeenkwam met de ziekenhuissetting en relevante uitspraken deed over communicatiebarrières onder verpleegkundigen. Dit artikel leverde via de sneeuwbal-methode nog drie bruikbare artikelen op, die tevens uitspraken deden over communicatiebehoeften en communicatiebarrières in gelijkwaardige setting, zie tabel 7. Het eerste artikel dat via de sneeuwbal-methode werd gevonden onderzocht communicatiebehoeften door te onderzoeken welke bijwerkingen voorkomen hadden kunnen worden door andere communicatietechnieken te gebruiken. Het tweede artikel stelt communicatieproblematiek zich afspeelt bij minimaal 15% van alle ziekenhuisopnames. Het derde artikel onderzocht communicatiebarrières tussen verpleegkundigen en patiënten ouder dan 60 jaar. Een systematische uitwerking van de zoekstrategie is door middel van een PRISMA-flowchart beschreven in bijlage E.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Artikel | Wat zegt het artikel? | Database |
| #1 | Artikel: Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients, 2015.  Onderzoekers:  Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E. | Onderzoek onder 70 verpleegkundigen en 50 patiënten over communicatiebarrières.  Geconcludeerd werd dat goede communicatie zorgt voor een hogere patiënttevredenheid en voor een betere gezondheid. Aangeraden werd dat verpleegkundigen effectief opgeleid moeten worden met de adequate communicatietechnieken | PubMed |
| #2 | Artikel: Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings, 2008.   Onderzoekers: Bartlett G, Blais R, Tamblyn R, Clermont RJ, MacGibbon B. | Patiënten hebben diverse communicatiebehoeften. Van de onderzochte patiënten (n=2355) kreeg 9% (n=217) last van bijwerkingen. 29% hiervan (n=63) had voorkomen kunnen worden door een andere communicatie. Onderzoekers concluderen dat er extra interventies voor deze risicogroep moeten worden ontwikkeld. | Sneeuwbal-methode op artikel #1 |
| #3 | Artikel:  The Need for Nurse Training to Promote Improved Patient-Provider Communication for Patients with Complex Communication Needs, 2013.  Onderzoekers: Downey D, Happ MB. | Communicatieproblematiek speelt zich af bij minimaal 15% van alle ziekenhuisopnames. Er zijn barrières op zowel motorisch, sensorische, cognitieve als taalkundig gebied. Verpleegkundigen zijn als continue zorgverlener in het ziekenhuis sleutel tot goede communicatie. Vooral patiënten met *complex communication needs (CNN)* hebben recht op verbeterde communicatie. Onderzoekers stellen dat verpleegkundigen extra trainingsprotocollen moeten krijgen om communicatie in CNN te verbeteren. | Sneeuwbal-methode op artikel #1 |
| #4 | Artikel Communication barriers perceived by older patients and nurses, 2005.  Onderzoekers: Park E, Song M. | Onderzoek naar communicatiebarrières tussen een groep verpleegkundigen (n=136) en een groep patiënten van 60 jaar en ouder (n=100). De onderzoekers benoemen de grootste valkuilen tussen verpleegkundigen en patiënten. Daarnaast geven de onderzoekers aan dat het belangrijk is dat de verpleegkundigen de communicatie-barrières van ouderen moeten begrijpen. Ook moeten zij een attitude ontwikkelen waarbij zij het belangrijk vinden dat de patiënt de informatie juist ontvangt en kan begrijpen. | Sneeuwbal-methode op artikel #1 |

Tabel 7: resultaten literatuur communicatie & attitude

Vanuit de resultaten uit het praktijkonderzoek bleek dat audiovisuele voorlichting het grootste draagvlak had binnen het team. Voor de interventie is daarom gekozen om te zoeken naar onderzoeken over het gebruik van audiovisuele voorlichting. Het gebruik van de in hoofdstuk 2.2 genoemde zoektermen leverde 106 hits op. Na screening van de eerste 60 artikelen werden er zes bruikbare artikelen gevonden. Deze artikelen waren bruikbaar omdat alle zes de artikelen uitspraken doen over het gebruik van video-educatie binnen een ziekenhuissetting. Het eerste gevonden artikel vergelijkt een mondelinge instructie met een video-instructie bij voorlichting over het gebruik van een inhalator. Het tweede gevonden artikel vergelijkt mondelinge voorlichting met een video-instructie voor informatievoorziening over corticosteroïden. Het derde gevonden artikel vergeleek video-instructie in combinatie met schriftelijke informatie met alleen schriftelijke informatie bij patiënten die een prostaatbiopsie ondergingen. Het vierde gevonden artikel werd een interactieve video-instructie vergeleken met een mondelinge instructie om patiënten kennis bij te brengen. In het vijfde gevonden artikel werd gekeken of er onder zorgverleners een betere naleving van protocollen plaatsvond als deze verfilmd werden aangeboden in plaats van schriftelijk. In het zesde artikel werd tevens schriftelijke informatie vergeleken met video-educatie onder patiënten.

Buiten de gebruikte zoektermen op PubMed werd er via Google Scholar een bruikbare bron geïncludeerd. Dit artikel was zeer bruikbaar omdat dit artikel ook uitspraken deed over het gebruik van een educatie-video ten opzichte van (gebruikelijke) mondelinge en schriftelijke voorlichting. Zie tabel 7 voor een samenvatting alle artikelen. Een systematische uitwerking van de zoekstrategie is door middel van een PRISMA-flowchart beschreven in bijlage F.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Artikel | Wat zegt het artikel? | Database |
| #1 | Artikel: Comparing the Effects of Face-to-face and Video-based Education on Inhaler Use: A Randomized, Two-group Pretest/posttest Study, 2018.  Onderzoekers: Adib-Hajbaghery M, Karimi Z. | In het onderzoek werd het geven van een mondelinge instructie (n=60) over het gebruik van inhalator vergeleken met een video-instructie (n=60). Zowel de mondelinge, face-to-face instructie als de video-instructie zorgde voor een verhoogde kennis bij de patiënten. De face-to-face instructie scoort beter ten opzichte van de audiovisuele voorlichting. De patiënttevredenheid werd bij beide groepen behouden. | PubMed |
| #2 | Artikel: Video-based education about systemic corticosteroids enhances patient knowledge more than verbal education: A randomized controlled trial, 2017.  Onderzoekers: Correnti CM, Chen SC, Stoff BK. | In het onderzoek werd mondelinge voorlichting over corticosteroïden (n=39) vergeleken met een video-instructie (n=39). De video-instructie verbeterde de kennis van de patiëntengroep meer ten opzichte van de mondelinge instructie. 97% van beide groepen was tevreden over de manier van voorlichting. | PubMed |
| #3 | Artikel: The effect of video-based education on patient anxiety in men undergoing transrectal prostate biopsy, 2014.  Onderzoekers: Tarhan H, Cakmak O, Unal E, Akarken I, Un S, Ekin RG, Konyalioglu E, Isoglu CS, Zorlu F. | In het onderzoek werd vergeleken of het tonen van een video-instructie in combinatie met schriftelijke informatie (n=123) meer angst weg nam dan alleen een schriftelijke informatie (n=123) bij patiënten met een prostaatbiopsie. Dit bleek zo te zijn: een video-instructie in combinatie met schriftelijke informatie verminderde de angst voor een prostaatbiopsie. | PubMed |
| #4 | Artikel: Patient-provider communications in outpatient clinic settings: a clinic-based evaluation of mobile device and multimedia mediated communications for patient education, 2015.  Onderzoekers: Schooley B, San Nicolas-Rocca T, Burkhard R. | In het onderzoek werd een groep die interactieve video-instructie (n=142) kreeg vergeleken met een groep die de normale mondelinge instructie (n=142) ontving. In het onderzoek werd bewijs gevonden dat video-instructies ervoor zorgen dat patiënten de informatie beter begrijpt. Ook kan video-instructie bijdragen aan de therapietrouwheid. Video-instructie kan aantrekkelijk zijn voor zowel patiënt als de verpleegkundigen. Daarnaast kan een video-instructie mogelijk tijdsbesparing opleveren. | PubMed |
| #5 | Artikel: Using educational video to enhance protocol adherence for medical procedures, 2016.   Onderzoekers: Kandler L, Tscholl DW, Kolbe M, Seifert B, Spahn DR, Noethiger CB. | In het onderzoek werd gekeken of het aanbieden van protocollen via een video (n=202) voor een operatie zorgt voor verbetering in de uitvoering hiervan door de zorgverlener in plaats van een schriftelijk protocol (n=223). De onderzoekers concludeerden dat het gebruiken van een video-protocol vóór operatie in plaats van een schriftelijk protocol zorgt voor een betere naleving van de procedures. | PubMed |
| #6 | Artikel: The Effect of Modality and Narration Style on Recall of Online Health Information: Results From a Web-Based Experiment, 2015.  Onderzoekers:  N Bol N, van Weert J, de Haes H, Loos E, Smets E. | Onderzoekers vergeleken geschreven informatie met audiovisuele informatie onder patiënten (n=440). Onderzoekers concludeerden dat de combinatie van audiovisuele informatie samen met mondelinge en schriftelijke informatie de beste manier is om eHealth-informatie te presenteren aan zowel jongeren en oudere volwassenen. | PubMed |
| #7 | Artikel: Evaluation of the addition of video-based education for patients receiving standard pre-chemotherapy education, 2008.  Onderzoekers: Kinnane N, Thompson L. | In het onderzoek werd gekeken of een educatieve video (n=31) positiever werkte op het onthouden van bijwerkingen van chemotherapie bij kankerpatiënten dan een groep die de gebruikelijke voorlichting kreeg (n=29). Onderzoekers concludeerden dat het bekijken van de video ervoor zorgt dat kankerpatiënten bijwerkingen beter konden onthouden en symptomen hiervan eerder herkende. Patiënten gaven de voorkeur in een combinatie van mondelinge instructie, video en geschreven tekst. | Extra geïnclu-deerd via Google Scholar |

Tabel 8: resultaten literatuur passende interventie

# 4. Analyse

Uit de data verkregen uit de enquête blijkt dat de attitude van de verpleegkundigen op de afdeling positief is: verpleegkundigen zien het geven van de instructie over het algemeen als gezondheidsbevorderend, prettig, juist om te doen en goed handelen. Uit de enquête kwam tevens naar voren dat de respondenten aangeven dat zij vinden dat collega’s de prikinstructie goed geven. Uit het aanvullende kwalitatieve onderzoek blijkt echter wel dat er onder respondenten een verschillende werkwijze wordt gehanteerd: van de respondenten (n=6) geven twee respondenten de folder over de prikinstructie (7) altijd mee aan patiënten en vier respondenten geven de folder alleen mee als blijkt dat de mondelinge instructie niet voldoende was (bijlage D). Wanneer de respondenten werd gevraagd hoe zij vonden dat collega’s de prikinstructie geven, geven vijf verpleegkundigen aan dat zij zien dat er onder collega’s een verschillende werkwijze wordt gehanteerd. Eén collega geeft aan dat zij vindt dat alle collega’s dezelfde werkwijze hanteren. Er kan gesteld worden dat er onder het team verschillende werkwijzen zijn. Kandler et al. (12) heeft in 2016 aangetoond dat het gebruik van een verfilmd protocol een positief effect had op het naleven hiervan door zorgpersoneel. Verfilming van het prik-protocol heeft dus mogelijk een positief effect op het naleven van het protocol door verpleegkundigen op de afdeling, waardoor er eenduidige werkwijze ontstaat.

Norouzinia et al. (13) stelde in 2015 dat goede eenduidige communicatie van groot belang is binnen een ziekenhuis. Goede eenduidige communicatie zorgt voor een hogere patiënttevredenheid en zorgt door het beter begrijpen van de informatie voor een betere gezondheid onder patiënten. Downey en Happ (14) concludeerde in 2013 dat communicatieproblematiek een onderschat probleem is binnen een ziekenhuis. Zij vonden dat communicatieproblematiek binnen een ziekenhuis in minimaal 15% van de ziekenhuisopnames plaatsvindt. Barlett et al. (15) vond in 2008 dat patiënten in een ziekenhuis diverse communicatiebehoeften hebben. Zij deden onderzoek naar bijwerkingen en stelde dat 29% van de bijwerkingen voorkomen had kunnen worden door een andere communicatietechniek te gebruiken. Park en Song (16) deed in 2005 onderzoek naar communicatiebarrières tussen patiënten en verpleegkundigen. Zij concludeerden dat de vijf grootste valkuilen het niet patiëntvriendelijk zijn, plotselinge verandering van het onderwerp, een autoritaire houding, het communiceren zonder oprechte interesse en het gebruik van medische terminologie was. Ook het gebrek aan naslagwerk en een hoge werkdruk werden genoemd als communicatiebarrières. In de praktijk blijkt dat niet iedereen dezelfde werkwijze in communicatie hanteert. Uit literatuur blijkt echter dat een goede, eenduidige communicatie zonder gebruik van medische terminologie van groot belang is en zelfs het aantal bijwerkingen kan verminderen en de therapietrouwheid kan verhogen.

Zoals eerder genoemd verhoogt een verfilmd protocol mogelijk het naleven hiervan door de verpleegkundigen. Verpleegkundigen op de afdeling geven aan dat zij audiovisuele ondersteuning als goede aanvulling zien op de huidige manier van werken, met de kanttekening dat oudere patiënten dit mogelijk moeilijker vinden en er middelen beschikbaar moeten zijn om hygiëne te waarborgen.  
Correnti et al. (17) vonden in hun onderzoek dat patiënten die audiovisuele voorlichting kregen over het gebruik van corticosteroïden de informatie beter konden onthouden dan patiënten die alleen mondelinge voorlichting kregen. Schooley et al. (18) concludeerde dat een interactieve video ervoor zorgt dat patiënten de informatie beter begrijpen. Daarnaast stelde zij dat het beter begrijpen van de informatie zorgt voor een grotere therapietrouwheid. Ook stellen zij dat het werken met een interactieve video mogelijk tijdwinst oplevert voor verpleegkundigen. Bol et al. (19) concludeerde in 2015 dat audiovisuele informatie voor zowel jongeren als voor ouderen een toegevoegde waarde heeft. Adib-Hajbagher en Karimi (20) concludeerde in 2018 dat face-to-face voorlichting beter werkte dat een audiovisuele instructie, zonder verdere mondelinge toelichting. Face-to-face voorlichting is naast het gebruik van audiovisuele bronnen zeer van belang.

Prik-angst werd door verpleegkundigen genoemd als belemmerende factor. Zij geven aan dat sommige patiënten het zelfstandig prikken niet durven. Tarhan et al. (21) onderzocht in 2014 angst bij een prostaatbiopsie. Zij concludeerden dat het tonen van een video-instructie, in combinatie met de schriftelijke informatie, zorgde voor een significante vermindering van angst ten opzichte van de groep met alleen de gebruikelijke schriftelijke informatie. Mogelijk zorgt het tonen van audiovisuele ondersteuning voor een vermindering van prik-angst onder patiënten.

Bol et al. (19) vergeleken een patiëntengroep die zowel audiovisuele- als schriftelijke informatie kregen met een groep die alleen de gebruikelijke schriftelijke informatie kreeg. Zij concludeerde dat een combinatie van zowel audiovisuele- als schriftelijke informatie de beste manier is om informatie over te brengen. Kinnane en Thompson (22) bevestigen dit. Patiënten die zowel de gebruikelijke mondelinge voorlichting ontvingen samen met een educatieve video konden de informatie beter onthouden dan de groep die alleen de gebruikelijke mondelinge voorlichting ontving. Patiënten gaven ook aan dat zij de combinatie van mondelinge voorlichting en de educatieve video als meest fijn ervaarde.

Het gebruiken van een educatieve video lijkt een goede aanvulling op de gebruikelijke mondelinge en schriftelijke voorlichting. Onderzoeken bevestigingen de werking hiervan in de praktijk. Uit onderzoek blijkt dat ook ouderen baat hebben bij een educatieve video. Mogelijk vermindert een educatieve video ook het aantal patiënten met prik-angst en zorgt het voor een duidelijke werkwijze onder verpleegkundigen. Daarnaast levert het gebruik van een educatieve video mogelijk tijdwinst op voor verpleegkundigen, waardoor de werkdruk af zou kunnen nemen.

# 5. Conclusie

De teamleider heeft aangegeven dat zij een toenemend aantal klachten ontvangt over patiënten die in de thuissituatie vragen hebben over de zelfinjectie met Fraxiparine. De teamleider heeft gevraagd om verdere analyse om zo de prikinstructie te kunnen verbeteren en de kans op DVT te verkleinen en de patiënttevredenheid te waarborgen. Voorafgaand aan het onderzoek zijn er drie veranderdoelen opgesteld:

* De zorgverleners moeten beseffen dat het belangrijk is om een volledige prikinstructie te geven aan patiënten die zichzelf thuis moeten injecteren.
* De zorgverleners moeten beseffen dat de nog nader te kiezen interventie tijdbesparend werkt.
* De patiënten moeten na het krijgen van de instructie met de nog nader te kiezen interventie denken dat zij zich in de thuissituatie zelf kunnen injecteren.

Uit praktijkonderzoek is gebleken dat verpleegkundigen een positieve attitude hebben. Alle respondenten (n=22) vinden het geven van de prikinstructie neutraal of positief. Vanuit de organisatie wordt er druk uitgeoefend om de prikinstructie te geven: 91% (n=21) van de respondenten vinden dat zij de prikinstructie moeten geven vanuit de organisatie. 77% (n=17) bepaalt niet zelf of zij de prikinstructie geven. 9% (n=2) heeft aangegeven dat zij het geven van de prikinstructie moeilijk vinden of niet in staat voelen om de prikinstructie te geven.

Uit aanvullend kwalitatief praktijkonderzoek is gebleken dat er verschillende werkwijzen worden gehanteerd. Van de respondenten (n=6) geven twee respondenten de folder over de prikinstructie altijd mee aan patiënten, vier respondenten doen dat alleen als de mondelinge instructie niet voldoende blijkt.

Binnen het team heeft 82% (=n22) aangegeven video-educatie te zien als aanvulling op de huidige manier van werken. Daarnaast is uit het kwalitatieve praktijkonderzoek gebleken dat er kanttekeningen waren of oudere patiënten video-educatie mogelijk moeilijker konden begrijpen. Ook bleek dat verpleegkundigen een goede hygiëne willen waarborgen tijdens het geven van video-educatie.

Uit literatuuronderzoek blijkt video-educatie op zichzelf geen goede interventie is. Wel is video-educatie een goede interventie als aanvulling op de al aanwezige mondelinge- en schriftelijke instructie. Video-educatie als aanvulling op de al aanwezige mondelinge- en schriftelijke instructie zorgt ervoor dat patiënten van alle leeftijdscategorieën die informatie beter kunnen begrijpen en beter kunnen onthouden. Om de informatie in de video voor alle patiëntencategorieën begrijpbaar te maken is het van belang om medische termen te vermijden. Tevens lijdt deze interventie mogelijk tot een reductie van prik-angst van patiënten en een verlaging van werkdruk onder personeel.

Antwoord op de veranderdoelen:

* Uit het praktijkonderzoek blijkt dat er een positieve attitude heerst onder het verplegend personeel. De zorgverleners beseffen al dat een prikinstructie belangrijk is om DVT te voorkomen. Een beter veranderdoel zou kunnen zijn dat de werkwijze binnen het team eenduidig uitgevoerd wordt.
* Vanuit literatuur wordt gesuggereerd dat video-educatie mogelijk tijdbesparend werkt. Door video-educatie in te voeren op de afdeling, kan dit veranderdoel behaald worden.
* Uit onderzoek blijkt dat video-educatie in combinatie met de al aanwezige mondelinge en schriftelijke instructie lijdt tot het beter begrijpen en beter onthouden van de informatie.

# 6. Discussie

Voor dit onderzoek is gebruikt gemaakt van dataverzameling door middel van een enquête. Deze enquête is gebaseerd op het TPB-model (10) en gevalideerd door begeleidend docent. Daarnaast heeft er een pre-test plaatsgevonden onder vier personen van gelijkwaardige context. De enquête is uitgezet onder het volledige teambestand van de verpleegafdeling X in het X. In totaal is de enquête ingevuld door 73% (n=22) van het totale team. Voor de afgenomen interviews geldt dat er na 20% (n=6) datasaturatie optrad, waardoor de resultaten representatief zijn voor het gehele team. Hoewel de resultaten representatief zijn, was het wenselijk geweest om alle teamleden deel te laten nemen aan de enquête. Ook was het – ondanks dat er na zes respondenten sprake was van datasaturatie – wenselijk om meer interviews af te nemen. Wellicht hadden andere teamleden nog goede opmerkingen gehad met betrekking tot implementatie van de interventie, maar hebben zij deze nu niet kunnen uiten doordat er geen interview bij hen is afgenomen. Wel is geprobeerd om via ‘koffieautomaatgesprekken’ te pijlen of er aanvullende informatie werd gevonden met betrekking tot interventiekeuze of implementatie, dit bleek echter niet zo te zijn.

Tijdens het uitvoeren van het praktijkonderzoek werd de verpleegafdeling X tijdelijk omgebouwd tot COVID-19 afdeling. Door de ombouw wisselde de patiëntenpopulatie en werd de zorgvraag anders. Er werd aan deze patiëntencategorie geen prikinstructie gegeven, wat leidde tot een vertekend beeld tegenover de respondenten. Er werd gekozen om het reeds gestarte praktijkonderzoek af te ronden, om tot gedetailleerde informatie te komen (9). Ondanks de enorme wisseling in dagelijkse routine, was er in de periode waarin er COVID-19 patiënten op de afdeling verpleegd, voldoende tijd om interviews af te nemen.

Meerdere gebruikte literatuur richtte zich weliswaar op patiënten in een ziekenhuis, maar niet specifiek op patiënten met een knie- of heupprothese of zelfinjecties. Deze specifieke literatuur is niet gevonden, maar door gebruik van grote variëteit van patiëntengroepen is het beoogde resultaat aannemelijk te noemen.

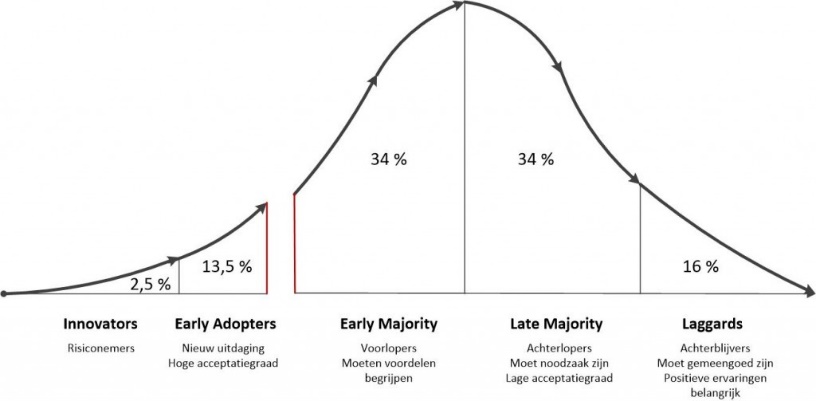
Het onderzoek richtte zich op de werkwijze van het verplegend personeel, waarbij de ingangsklacht een toenemende frequentie van klachten vanuit patiënten was. Voor vervolgonderzoek is aan te raden patiënten te betrekken bij het onderzoek, om zo de daadwerkelijke uitkomst te onderzoeken. Door patiënten te betrekken kan er gekeken worden of er daadwerkelijk een angstreductie plaatsvindt en wordt er gekeken naar het geven van de prikinstructie in deze specifieke context. Bij daadwerkelijke implementatie van een video-instructie is het van belang om goed in kaart te brengen hoe de hygiëne gewaarborgd kan blijven. Daarnaast is het raadzaam om bij het ontwikkelen van de video-instructie vakjargon te vermijden.

# 7. Implementatieplan

Uit het eerste deel van het onderzoek is gebleken dat video-educatie een goede interventie is als aanvulling op de al aanwezige mondelinge- en schriftelijke prikinstructie, om het risico op DVT te verkleinen. In dit deel van het onderzoek wordt een context gemaakt en wordt er gekeken door middel van welke implementatiestrategie de nieuwe interventie – video-educatie – op beste wijze geïmplanteerd kan worden. Alle resultaten worden samengevoegd in een plan van aanpak en samengevat in een aanbeveling voor de praktijk.

## 7.1 Analyse doelgroep

Implementatie richt zich op diverse stakeholders binnen het team X van het X in X. Een belangrijke stakeholder is de groep patiënten met een knie- of heupprothese die op de afdeling de prikinstructie Fraxiparine ontvangen van het zorgpersoneel. Het onderzoek richt zich echter op het niveau van de zorgverlener, waardoor de daadwerkelijke zorgverlener die de prikinstructie aan de patiënt geeft de belangrijkste stakeholder is. Voor een juiste keuze van implementatiestrategie wordt deze doelgroep aangehouden.

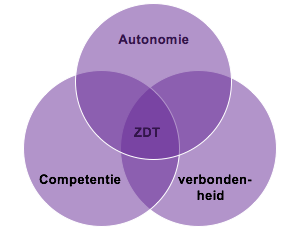
Tijdens zowel het praktijkonderzoek als het literatuuronderzoek is er gekozen voor een aanpak die vanuit het team is aangedragen, om zo het uiteindelijke draagvlak te vergroten (23). Het verpleegkundig team is gewend aan veranderingen. Zo is er een werkgroep LEAN-verpleegkundigen, een werkgroep regie-verpleegkundigen en zijn er tijdens de COVID-19 pandemie bijna dagelijks veranderingen doorgevoerd. Het team is daardoor gewend om veranderingen   
door te voeren. Rogers (24) beschrijft een innovatietheorie, waarbij het team   
onderverdeeld wordt in *innovators, early adoptors, early majority, late   
majority* en *laggards,* zie figuur 7. In het team kan gesteld worden dat   
de LEAN-verpleegkundigen en de regie-verpleegkundigen binnen deze   
groep ‘innovators en early adoptors’ vallen. Het is van belang om   
deze groep direct mee te nemen in het proces, omdat zij   
positieve invloed kunnen hebben op de houding   
tegenover verandering van de overige groepen. Deze   
twee groepen zijn tijdens het gehele proces betrokken   
geweest, door koffieautomaatgesprekken te voeren.

Figuur 7: adoptiemodel Rogers (24).

Alle gesproken verpleegkundigen binnen deze   
groepen reageerde enthousiast en stonden positief tegenover de interventie. Wel werd er – net zoals in het eerder beschreven kwalitatieve onderzoek – benoemd dat er extra aandacht moet zijn voor hygiëne tijdens deze manier van voorlichting. Deze middelen zijn nu nog niet aanwezig binnen de afdeling. Dit is meegenomen in een overzicht van bevorderende- en belemmerende factoren, zie tabel 9.

|  |  |
| --- | --- |
| **Bevorderende factoren** | **Belemmerende factoren** |
| Het team is gewend om veranderingen door te voeren | Een film over video-educatie moet nog ontworpen worden in huisstijl van het ziekenhuis (kosten) |
| De innovators & early adopters staan positief tegenover de interventie | Middelen zoals tablets zijn nog niet aanwezig. Vanuit hygiënisch oogpunt is dit een noodzaak (ook kosten) |
| Door praktijkonderzoek is aangetoond dat 82% van het team de interventie als nuttig zou ervaren | Uitbraak COVID-19: afdeling ontregelt, andere patiëntengroep |
| Bij zeer positief effect zou de interventie binnen meerdere teams inzetbaar zijn | Door een ervaren hoge werkdruk kunnen personeelsleden handelingen blijven doen zoals zij al gewend zijn |

Tabel 9: overzicht bevorderende- en belemmerende factoren implementatie

Vanuit de zelfdeterminatietheorie (ZDT) van Deci en Ryan (25) is gekeken naar behoeften en motivatie binnen het team. Deze theorie gaat uit van de positieve kracht van de mens waarbij een combinatie van autonomie, competentie en verbondenheid de beste drijfveer van  
verandering vormt, zie figuur 7. Op gebied van autonomie kan gezegd worden dat

het voor de mens belangrijk is om gelijkenissen te zien tussen eigen handelen en   
omgeving. Wanneer een grote groep collega’s zou beginnen met het gebruik   
van video-educatie, zou de drang vanuit eigen autonomie groter zijn dan

wanneer dit niet zo is. Vanuit het praktijkonderzoek bleek eerder dat er een  
positieve houding is vanuit het team tegenover het gebruik van video-  
educatie. Hierdoor zou deze behoefte gewaarborgd kunnen worden.

Op het gebied van competentie is het belangrijk dat zorgverleners op de   
afdeling zich competent moeten voelen om video-educatie aan   
patiënten te kunnen geven. Wanneer zij zich competent voelen, zou dit het gebruik van video-educatie verhogen. Daarnaast is psychologische verbondenheid van belang. De behoefte om te communiceren is bij de mens aanwezig en gebruik hiervan draagt bij tot verbodenheid met zowel de omgeving als andere personen. Het lijkt belangrijk om de face-to-face factor van mondelinge communicatie- zoals Adib-Hajbaghery en Karimi (20) concludeerde - te blijven gebruiken, om hieraan te voldoen. Alle randvoorwaarden zijn gekoppeld aan de ZDT, zie tabel 10.

Figuur 7: zelfdeterminatietheorie Deci en Ryan (25)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Autonomie | * Is aanwezig onder het team, verpleegkundigen geven aan dat zij positief zijn over video-educatie. Ook de groep innovators en early adopters zijn positief over aanpassing en kunnen het overige deel van de groep meebewegen. | * Innovators en early adopters moeten betrokken worden bij het ontwerpen van de video en implementatie op de afdeling. |
| Competentie | * Scholing en makkelijke toegankelijkheid van het gebruik van video-educatie moet gewaarborgd worden. Middelen moeten beschikbaar worden gemaakt om te kunnen gebruiken op de afdeling, zoals tablets. Deze moeten op een hygiënische manier gebruikt kunnen worden. | * Video moet ontworpen worden in huisstijl van X in samenspraak met afdeling Marketing en Communicatie. * Tablets moeten aangeschaft worden om hygiënisch te werken. Deze moeten makkelijk en snel werkzaam zijn. * Er moet een scholing komen om personeel competent te maken. * Er moet een herziend protocol komen, waarbij video-educatie in is opgenomen. |
| Verbondenheid | * Door de face-to-face factor van mondelinge communicatie te blijven gebruiken wordt verbondenheid tussen zorgverlener en patiënt gewaarborgd. | * Geen actie nodig: face-to-face factor blijft gewaarborgd. |

Tabel 10: koppeling randvoorwaarden aan ZDT

## 7.2 Implementatiestrategie

Met de kennis uit het vorige hoofdstuk is het noodzakelijk om een implementatiestrategie te kiezen waarbij zowel een filmpje gemaakt kan worden, tablets beschikbaar gesteld kunnen worden, een scholing georganiseerd kan worden en het protocol herziend kan worden. Het implementatieplan van ZonMw (26) maakt onderscheid in negen verschillende implementatiestrategieën, waarbij een combinatie van een faciliterende implementatiestrategie, een educatieve implementatiestrategie en een patiënt-/burgergerichte strategie aansluiten bij deze specifieke context. Door deze drie implementatiestrategieën te gebruiken kan er naast het ontwerpen van een film en aanschaf van tablets (faciliterend), een scholing voor het personeel en een herziening van het protocol gewaarborgd worden (educatief). Daarnaast kan de patiënt-/burgergerichte strategie gebruikt worden om patiëntenervaringen te gebruiken in eventuele verdere ontwikkeling. Een koppeling tussen veranderdoelen, implementatiestrategie en procesevaluatie is beschreven in hoofdstuk 8.

# 8. Evaluatiestrategie

Om overzicht te creëren in veranderdoelen, implementatiestrategie en de procesevaluatie is een overzicht gemaakt, zie tabel 11. Uitgangspunt bij het opstellen van de tabel is dat veelal kwantitatief onderzoek gecombineerd met kwalitatief onderzoek het gewenste evaluatieresultaat oplevert (23).

* Voor het veranderdoel ‘de zorgverleners moeten beseffen dat het belangrijk is om een volledige prikinstructie te geven aan patiënten die zichzelf thuis moeten injecteren’ is gekozen voor zowel een faciliterende als educatieve strategie (26). Vanuit het praktijkonderzoek bleek dat er al een sterke subjectieve en attitude aanwezig is om de prikinstructie te geven. Het gebruik van eenduidige communicatie, welke door video-educatie bewerkstelligd kan worden, is belangrijk om een volwaardige prikinstructie te kunnen geven. Door zowel de faciliterende- als educatieve strategie te gebruiken bij implementatie, kunnen er de juiste middelen beschikbaar gesteld worden en de juiste kennis aangeleerd worden om dit te bereiken. Door kwantitatief onderzoek te combineren met aanvullend kwalitatief onderzoek kan gekeken worden of dit doel is behaald. Er dient gekeken te worden naar het competentieniveau van verpleegkundigen en de werkervaring met de beschikbaar gestelde materialen.
* Voor het veranderdoel ‘de zorgverleners moeten beseffen dat de nog nader te kiezen interventie tijdbesparend werkt’ is ook gekozen voor een faciliterende- en educatieve strategie (26). Ook hier geldt dat de juiste middelen beschikbaar gesteld moeten worden en de juiste kennis aangeleerd moet worden om dit doel te kunnen bereiken. De beschikbaar gestelde materialen moeten zonder problemen werken en makkelijk werkbaar zijn. Procesevaluatie kan plaatsvinden door kwantitatief te meten of onder zorgpersoneel sprake is een verlichting in werkdruk. Aanvullend kan er kwalitatief onderzoek gedaan worden om te kijken hoe het komt dat de, door in het kwantitatieve onderzoek aangetoonde vermindering- of vermeerdering van de werkdruk, zo ervaren wordt (23).
* Voor het veranderdoel ‘de patiënten moeten na het krijgen van de instructie met de nog nader te kiezen interventie denken dat zij zich in de thuissituatie zelf kunnen injecteren’ is gekozen voor een patiënt-/burgergerichte strategie. Door deze strategie te gebruiken kan er door middel van patiëntenonderzoek gekeken worden of de implementatie het gewenste resultaat oplevert (26). Procesevaluatie kan plaatsvinden door kwantitatief patiëntenonderzoek te doen en hierin te kijken of zij zich daadwerkelijk bekwaam voelen. Kwalitatief kunnen er aanvullende observaties en diepte-interviews gedaan worden om te onderzoeken wat maakt dat patiënten zich wel of juist niet bekwaam voelen (23).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Veranderdoel | Implementatiestrategie | Procesevaluatie |
| De zorgverleners moeten beseffen dat het belangrijk is om een volledige prikinstructie te geven aan patiënten die zichzelf thuis moeten injecteren. | Faciliterend en educatief, omdat er zowel middelen beschikbaar gesteld moeten worden en scholing aangeboden moet worden (26). | - Kwantitatief (vragenlijst) attitude en competentieniveau van zorgverleners meten. Gebruik makend van het eerder gebruikte ASE-model kan er op een 7-punts Likertschaal gekeken worden wat de attitude en het competentieniveau van verpleegkundigen is (23).  - Kwalitatief (aanvullende observaties en diepte-interviews) onderzoek gebruiken om diepte op te zoeken en betrouwbare analyses te maken (23). Daarnaast kwalitatief onderzoek gebruiken om aan te tonen hoe goed te beschikbaar gestelde materialen werken. |
| De zorgverleners moeten beseffen dat de nog nader te kiezen interventie tijdbesparend werkt. \* *\*=inmiddels is gekozen voor video-educatie als aanvullende interventie.* | Faciliterend en educatief, omdat de zorgverlener aangeleerd moet krijgen hoe video-educatie tijdbesparend kan werken. Daarnaast moeten de middelen op zo’n wijze gefaciliteerd worden dat deze daadwerkelijk tijdbesparend kunnen werken (26). | - Kwantitatief (vragenlijst) gebruiken om de ervaren werkdruk- of verlichting hiervan te meten. Gebruik makend van een 7-punts Likertschaal kan er worden gekeken wat de ervaring is van werkdruk- of verlichting hiervan binnen het team (23).  - Kwalitatief (diepte-interviews) onderzoek om te achterhalen hoe het komt dat de, in het kwantitatieve onderzoek gegeven werkdruk, zo ervaren wordt. |
| De patiënten moeten na het krijgen van de instructie met de nog nader te kiezen interventie denken dat zij zich in de thuissituatie zelf kunnen injecteren.\*  *\*=inmiddels is gekozen voor video-educatie als aanvullende interventie.* | Patiënt-/burgergerichte strategie, omdat de kennis en ervaringen van patiënten gebruikt moet worden om de vernieuwing tot een succes te maken (26). | - Kwantitatief (vragenlijst) gebruiken om de ervaringen van patiënten op grote schaal te kunnen meten. Gebruik makend van een 7-punts Likertschaal kan er worden gekeken wat de ervaring is bij patiënten en of zij zich daadwerkelijk bekwaam voelen om zich thuis te injecteren (23).  - Kwalitatief (aanvullende observaties en diepte-interviews) onderzoek om te onderzoeken wat maakt dat patiënten zich juist wel óf juist niet bekwaam voelen om zich thuis te prikken (23). Bij niet bekwaam ook onderzoeken wat patiënten als hulpmiddel zouden ervaren. |

Tabel 11: koppeling veranderdoelen, implementatiestrategieën en procesevaluaties

Om de gehele implementatie te waarborgen en zo nodig bij te stellen is er tevens een evaluatieplan geschreven in de vorm van een evaluatieraamwerk (27). Dit plan kijkt groter dan alleen implementatie op de eigen afdeling X, maar zou bij positieve resultaten binnen andere afdelingen geïmplementeerd kunnen worden en is uitgewerkt in tabel 12. Rekening houdend met de veranderdoelen zijn er drie doelen opgesteld in het evaluatieraamwerk:

* Eind augustus 2020 zijn er voldoende middelen en materialen beschikbaar om video-educatie te implementeren op de afdeling X in het X. >80% van het zorgpersoneel van deze afdeling geeft aan dat er voldoende middelen en materialen beschikbaar zijn.
* Eind oktober 2020 geeft >80% van het zorgpersoneel op de afdeling X in het X aan dat zij zich (door middel van scholing) competent voelen in het gebruik van video-educatie.
* Eind 2020 wordt video-educatie door het zorgpersoneel op de afdeling X in het X gebruikt als aanvulling op de al aanwezige mondelinge- en schriftelijke instructie.

Om te zijner tijd te controleren in welke mate deze drie veranderdoelen zijn behaald, zijn er vier evaluatievragen opgesteld:

* Wordt er door al het zorgpersoneel op de afdeling X gebruikt gemaakt van video-educatie in combinatie met mondelinge- én schriftelijke voorlichting en wordt hierbij het aangepaste protocol door iedere verpleegkundige gevolgd?
* Lijdt het gebruik van video-educatie in combinatie met de mondelinge- én schriftelijke voorlichting tot een hogere bekwaamheid onder patiënten en daarmee tot een reductie in het aantal klachten?
* Worden er beperkingen gevonden in het gebruik van video-educatie in combinatie met mondelinge- én schriftelijke voorlichting?
* Kan het gebruik van video-educatie in combinatie met de mondelinge- én schriftelijke voorlichting mogelijk geïmplanteerd worden op andere afdeling binnen het ziekenhuis of de X?

Door vragenlijsten en/of interviews af te nemen onder zowel zorgmedewerkers, patiënten, teamleider als de kwaliteitsfunctionaris kan antwoord op de bovenstaande vragen verkregen worden. Wenselijk is om een statische kwantitatieve analyse te doen op de vragenlijst die afgenomen wordt onder zorgmedewerkers, patiënten, teamleider en kwaliteitsfunctionaris. Aanvullend kan er een statistische kwantitatieve analyse plaatsvinden door middel van observationeel onderzoek onder medewerkers waarin gekeken naar manier van werken. Daarnaast kan er diepte-onderzoek plaatsvinden door kwalitatieve analyse op interviews te doen onder zorgmedewerkers, patiënten, teamleider en kwaliteitsfunctionaris. Tijdens het gehele proces zijn LEAN-verpleegkundigen samen met regie-verpleegkundigen verantwoordelijk voor evaluatie en bijstelling, waarbij de teamleider een superviserende rol aanneemt. Bevindingen kunnen aan zowel tussentijds als aan het einde van implementatie gedaan worden aan LEAN- en regie-verpleegkundigen onderling als aan de teamleider en het gehele team. Bij positieve resultaten kan de Raad van Bestuur (RvB) betrokken worden bij verdere implementatie binnen het X of binnen X.

|  |  |
| --- | --- |
| Huidige situatie: De prikinstructie wordt door het zorgpersoneel op verpleegafdeling X in het X niet door iedereen mondeling én schriftelijk gegeven. Patiënten hebben thuis nog vragen en het gebrek aan naslag ontbreekt. | |
| Gewenste situatie: Het zorgpersoneel op de verpleegafdeling X in het X geeft een eenduidige prikinstructie door video-educatie te combineren met mondelinge én schriftelijke voorlichting. Patiënten voelen zich na de voorlichting bekwaam om zichzelf te injecteren en hebben na de video- en schriftelijke informatie voldoende naslag. | |
| Doelen: wat bereiken in komende x maanden? | * Eind augustus 2020 zijn er voldoende middelen en materialen beschikbaar om video-educatie te implementeren op de afdeling X in het X. >80% van het zorgpersoneel van deze afdeling geeft aan dat er voldoende middelen en materialen beschikbaar zijn. * Eind oktober 2020 geeft >80% van het zorgpersoneel op de afdeling X in het X aan dat zij zich (door middel van scholing) competent voelen in het gebruik van video-educatie. * Eind 2020 wordt video-educatie door al het zorgpersoneel op de afdeling X in het X gebruikt als aanvulling op de al aanwezige mondelinge- en schriftelijke instructie. |
| Welke evalulatievragen? | - Wordt er door al het zorgpersoneel op de afdeling X gebruikt gemaakt van video-educatie in combinatie met mondelinge- én schriftelijke voorlichting en wordt hierbij het aangepaste protocol door iedere verpleegkundige gevolgd?  - Lijdt het gebruik van video-educatie in combinatie met de mondelinge- én schriftelijke voorlichting tot een hogere bekwaamheid onder patiënten en daarmee tot een reductie in het aantal klachten?  - Worden er beperkingen gevonden in het gebruik van video-educatie in combinatie met mondelinge- én schriftelijke voorlichting?  - Kan het gebruik van video-educatie in combinatie met de mondelinge- én schriftelijke voorlichting mogelijk geïmplanteerd worden op andere afdeling binnen het ziekenhuis of de X? |
| Dataverzameling en doelgroepen | - Vragenlijst/ interviews aan zorgmedewerkers  - Aanvullend observationeel onderzoek onder zorgmedewerkers  - Vragenlijst/ interviews onder patiënten  - Vragenlijst/ interviews onder teamleider/ kwaliteitsfunctionaris |
| Data-analyse | - Statistische kwantitatieve analyse op vragenlijst onder zorgmedewerkers, patiënten, teamleider en kwaliteitsfunctionaris.  - Aanvullend statistische kwantitatieve analyse observationeel onderzoek onder zorgmedewerkers. - Kwalitatieve analyse op interviews onder zorgmedewerkers, patiënten, teamleider en kwaliteitsfunctionaris. |
| Rapporteren | Schriftelijke bevindingen evaluatie aan LEAN-verpleegkundigen, regie-verpleegkundigen en teamleider. Presentatie bevindingen aan het hele team zorgmedewerkers van verpleegafdeling X. Eventueel betrekken Raad van Bestuur (RvB) X bij verdere implementatie op andere afdelingen. |
| Doel evaluatie | Het evaluatieraamwerk biedt structuur om doelen en evaluatie te verwoorden. Het doel van de evaluatie is om na een aantal maanden gestructureerd te evalueren, bij te stellen en te kijken naar een eventuele implementatie op meerdere afdelingen binnen X. |
| Verantwoordelijke evaluatie | LEAN-verpleegkundigen en regie-verpleegkundigen voor uitvoering. Teamleider als supervisor. |
| Verantwoordelijke bijstelling | LEAN-verpleegkundigen en regie-verpleegkundigen voor uitvoering. Teamleider als supervisor. |
| Tussentijd of eindevaluatie/ datum: | Gebruik van zowel een tussentijdse- als eindevaluatie. Tussentijdse evaluatie uitvoeren na 3 maanden na start implementatie. Eindevaluatie na 6-7 maanden na start implementatie. |

Tabel 12: evaluatieraamwerk

# 9. Plan van aanpak implementatie

De teamleider van de afdeling X in het X in X ervaart een toenemende frequentie klachten van patiënten over de prikinstructie Fraxiparine. Patiënten geven aan dat zij zich in hun thuissituatie niet bekwaam genoeg voelen om zichzelf te injecteren. De tromboseprofylaxe wordt hierdoor verminderd, waardoor er een verhoogd risico voor DVT ontstaat. Praktijkonderzoek binnen de afdeling heeft uitgewezen dat er onder het team een verschillende werkwijze wordt gehanteerd. Het belang van het geven van een juiste prikinstructie is bij de zorgverleners wel duidelijk. Literatuuronderzoek heeft aangetoond dat het toevoegen van video-educatie op de al aanwezige mondelinge- én schriftelijke voorlichting kan zorgen tot het beter onthouden van kennis, terwijl de patiënttevredenheid hierbij behouden blijft. Daarnaast zorgt video-educatie mogelijk voor een verlaging in prikangst onder patiënten en wordt daardoor de werkdruk voor het zorgpersoneel mogelijk verminderd.

Grol en Wensing (23) stellen dat implementatie van een veranderingsproces verloopt volgens vijf stappen: *oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering* en *behoud van verandering*. In het plan van aanpak wordt rekening gehouden met deze vijf fasen van een veranderingsproces, zie tabel 12. Daarnaast zijn er extra communicatie-momenten ingelast, waar de student verpleegkunde (onderzoeker) contact heeft met de onderzoeksbegeleiders van de afdeling. Tot week 28 draagt de student verpleegkunde de verantwoordelijkheid voor uitvoering en implementatie van het plan. In week 28 wordt de verantwoordelijkheid overgedragen aan de LEAN- en regie-verpleegkundigen. Wel zijn er hierna contactmomenten gepland waar de onderzoeksbegeleiders contact met de student verpleegkunde hebben. Het plan van aanpak is tot en met week 22 uitgevoerd. Hierna betreft het een conceptuele planning, die tijdens eventuele uitvoering bijgesteld zou kunnen worden.

Samengevat kan gezegd worden dat in de oriëntatiefase van week 10 tot en met week 18 de focus ligt op de daadwerkelijke uitvoering van het praktijk- en literatuuronderzoek. De doelgroep maakt in deze fase voor de eerste keer kennis met mogelijke interventies en heeft een actieve rol bij het oplossen ‘het probleem’. In de inzichtfase van week 19 tot en met week 22 wordt er gestart met ‘koffieautomaatgesprekken’, waarbij het enthousiasmeren de focus heeft. In de acceptatiefase van week 23 tot en met week 33 wordt met de teamleider geschakeld over kosten van het proces, worden ondersteunde afdelingen betrokken en wordt er ruimte gereserveerd op de toekomstige scholingsdag. In de veranderingsfase van week 34 tot en met week 38 wordt er voor het eerst gewerkt met video-educatie op de afdeling. Eerst door de LEAN- en regie-verpleegkundigen, daarna worden eventuele nog verbeteringen doorgevoerd voordat het hele team er mee gaat werken. De scholingsdag volgt na het doorvoeren van deze eventuele verbeteringen, maar voor implementatie in het hele team. In de behoudsfase die ongeveer in week 40 start ligt de focus op het evalueren van het proces en bijstellen. Naast onderzoek binnen het team worden patiënten betrokken bij verdere ontwikkeling en eventuele implementatie binnen andere afdeling of binnen andere locaties van X.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Planning* | *Fase* | *Wie* | *Wat* | *Bijzonderheden* |
| Week 10 02-03 - 08-03 | Oriëntatie | Student verpleegkunde | * Start literatuuronderzoek | * Doorlopend tot 24 april (week 17) |
| Week 11  09-03 – 15-03 | Oriëntatie | Student verpleegkunde | * Praktijkonderzoek door middel van een enquête. | * Doorlopend tot 24 maart (week 13) * Eerste kennismaking doelgroep met mogelijke interventies * Draagvlak meten mogelijke interventies |
| Week 15 06-04 – 12-05 | Oriëntatie | Student verpleegkunde | * Aanvullend onderzoek door middel van interviews | * Doorlopend tot 22 april (week 17) * Verdieping op antwoorden vinden enquête (inclusief mogelijke interventies) * Doelgroep op de hoogte stellen via nieuwsbrief (plaatsing via teamleider). |
| Week 17 20-04 – 26-05 | Oriëntatie | Student verpleegkunde | * Conclusies op basis van praktijk- en literatuuronderzoek | * Video-instructie als aanvulling op mondelinge én schriftelijke instructie. |
| Week 18 27-04 – 03-05 **Communicatie-moment** | Oriëntatie | Student verpleegkunde | * Conclusies praktijk- en literatuuronderzoek delen met onderzoekbegeleiders op afdeling | * Face-to-face geniet voorkeur, anders via mail. |
| Week 19 04-05 – 10-05 | Inzicht | Student verpleegkunde | * Start koffieautomaatgesprekken LEAN- en regie-verpleegkundigen | * LEAN- en regie-verpleegkundigen zijn kartrekkers. Zij moeten meegenomen worden in het proces. Doorlopend tot einde implementatie. |
| Week 21 18-05 – 24-05 | Inzicht | Student verpleegkunde | * Start koffieautomaatgesprekken onder het volledige team. | * Bespreekbaar maken van conclusies praktijk- en literatuuronderzoek. * Enthousiasmeren, mee laten denken |
| Week 22 25-05 – 31-05  **Communicatie-moment** | Inzicht | Student verpleegkunde | * Bevindingen koffieautomaatgesprekken delen met onderzoekbegeleiders op afdeling | * Face-to-face geniet voorkeur, anders via mail. |
| Week 23  01-06 – 07-06 | Acceptatie | Student verpleegkunde | * Kostenoverzicht maken in samenspraak met LEAN- en regie-verpleegkundigen | * Tablets (ook onderhoud), scholingskosten volledig personeel, marketing en communicatie, ICT, facilitaire dienst, applicatiebeheer, overig. |
| Week 24  08-06 – 14-06 | Acceptatie | Student verpleegkunde | * Overleg teamleider * Na toestemming bestellen X-aantal tablets. Contact sleutelpersonen binnen organisatie door teamleider (zie bijz. week 23) * Tijd reserveren tijdens scholingsdag | * Toestemming implementatie én kosten. * Vooraankondiging doen bij ICT en marketing en communicatie. * Tablets uiterlijk eind week 32 binnen i.v.m. implementatie 1 september |
| Week 25  15-06 – 21-06 | Acceptatie | Student verpleegkunde | * Koffieautomaatgesprekken over vormgeving | * Team mee laten denken/beslissen over handige werkwijzen, door communiceren naar marketing- en communicatie. |
| Week 26  22-06 – 28-06 | Acceptatie | Student verpleegkunde | * Ontwerp video voor video-educatie | * Vermijden vakjargon in video van belang. * In video benoemen dat patiënt aanvullende mondelinge- en schriftelijke informatie krijgt. |
| Week 27  29-06 – 05-07 | Acceptatie | Student verpleegkunde | * Aanpassing/ herziening protocol concept * Uitnodiging ICT en marketing en communicatie voor scholing dag * Posters en folders laten maken voor implementatie door marketing en communicatie | * Herschrijven conceptprotocol, uitbesteden aan beleid schrijvers * Indien ICT of marketing en communicatie niet aanwezig kunnen zijn, student verpleegkunde vragen of LEAN- en regie-verpleegkundigen presentatie laten geven * Posters uiterlijk week 34 gedrukt en bezorgd op afdeling. Intern geprint, extra geen kosten. |
| Week 28  06-07 – 12-07 | Acceptatie | Student verpleegkunde | * Overdacht van student verpleegkunde naar LEAN- en regie-verpleegkundigen en teamleider * Vooraanmelding bij ICT en applicatiebeheer | * Student verpleegkundige verlaat afdeling op 13 juli, blijft wel beschikbaar voor vragen. * Teamleider als ambassadeur implementatie. * Vooraanmelding voor week 33. |
| Week 28  06-07 – 12-07 **Communicatie-moment** |  | Student verpleegkunde | * Huidige bevindingen bespreken en overdragen aan onderzoekbegeleiders op afdeling. | * Face-to-face geniet voorkeur, anders via mail. * Afspraken maken voor terugkoppeling in week 38, indien noodzakelijk eerder. |
| Week 33 10-08 – 16-08  *Na levering tablets* | Acceptatie | LEAN- en regie-verpleegkundigen | * Contact ICT programmeren tablets * Contact met applicatiebeheer: video-educatie op laten nemen in activiteitenplan in patiëntenregistratiesysteem | * Programmeren tablets met als uitgangspunt het zo makkelijk mogelijk werkbaar maken. Afspraken maken onderhoud tablets * Opnemen in activiteitenplan zorgt voor reminder tijdens werkzaamheden * Communiceren via nieuwsbrief aan team over veranderingen. |
| Week 35  24-08 – 30-08 *Indien week 34 mogelijk, dan week 34.* | Verandering | LEAN- en regie-verpleegkundigen | * Testen van werken met tablets door LEAN- en regie-verpleegkundigen | * Aanpassingen doorvoeren in contact met ICT en marketing en communicatie (voor 1 september). |
| Scholingsdagen [datum volgt] \*  (Voor w. 35!) | Verandering | ICT, marketing en communicatie. Anders LEAN- of regie-verpleegkundigen | * Aanbieden scholing aan team, benoemen start vanaf 1 september | * 30-45 minuten nodig tijdens scholingsdag. * Via mail met protocol zorgen dat afwezigen ook op de hoogte zijn van de verandering. Ook benoemen wetenschappelijke onderbouwingen tijdens presentatie/mail. * *\*Huidige situatie: scholingsdagen geannuleerd i.v.m. COVID-19. Indien geen doorgang > mail* |
| Week 35 24-08 – 30-08 *na scholing* | Verandering | LEAN- en regie verpleegkundigen | * Verspreiding communicatie over startdatum 1 september | * Posters en folders al gemaakt door marketing en communicatie. Benoemen wij aanspreekpunt is voor vragen. Aanvullend een mail sturen en eventueel Whatsapp-groep team. |
| Week 36 31-08 – 06-09 *dinsdag 1 september.* | Verandering | LEAN- en regie verpleegkundigen | * Start daadwerkelijke invoering op 01-09. Gebruik door al het zorgpersoneel op X | * Startdatum nogmaals meenemen in de nieuwsbrief, verspreiding folders op de afdeling, |
| Week 38 **Communicatie-moment** | Verandering | Onderzoek-begeleiders | * Voortgang implementatie bespreken met student verpleegkunde | * Eventueel eerder indien noodzakelijk * Face-to-face geniet voorkeur, anders via mail |
| Week 40  1 oktober | Behoud | LEAN- en regie verpleegkundigen | * Controle competentieniveau zorgverleners op afdeling | * Kwantitatieve vragenlijst gericht op competentieniveau. Gebruik 7-punts Likertschaal. * Indien <80% aangeeft zich niet competent te voelen > kwantitatieve vragenlijst herhaling scholing. * Indien >80% herhalen scholing week 40 2021. |
| Week 53 28-12 – 03-01 | Behoud | LEAN- en regie-verpleegkundigen | * Controle gebruik video-educatie door zorgverleners op afdeling | * Kwantitatieve vragenlijst gericht op attitude en gebruik van video-educatie. Gebruik 7-punts Likertschaal * Controle verkregen data door middel van observationeel onderzoek. * Indien <100% gebruik van video-educatie kwalitatief diepte-interview afnemen om te onderzoeken wat maakt dat niet alle zorgverleners video-educatie toepassen > indien mogelijk meenemen wensen en behoeften in bijstelling |
| Week 1  04-01-2020 – 10-01-2021 | Behoud | LEAN- en regie-verpleegkundigen | * Onderzoek naar patiëntervaringen | * Kwantitatieve vragenlijst gericht op ervaring van video-educatie. Gebruik 7-punts Likertschaal. Bij patiënten met eerdere opname vragen naar vergelijking met eerdere werkwijze * Kwalitatief (aanvullende observaties en diepte-interviews) onderzoek om te onderzoeken wat maakt dat patiënten zich juist wel óf juist niet bekwaam voelen om zich thuis te prikken. Bij niet bekwaam ook onderzoeken wat patiënten als hulpmiddel zouden ervaren. |
| Week 15 12-04-2021 – 18-04-2021 | Behoud | LEAN- en regie-verpleegkundigen | * Overleg resultaten | * Aanvullende acties ondernemen op basis van resultaten eerdere kwantitatieve- en kwalitatieve onderzoeken onder zowel personeel als patiënten. * Plan van aanpak verder bijstellen, eventueel verdere evaluatiemomenten inbouwen. * Bij positieve bevindingen > contact RvB via teamleider voor verdere implementatie op andere afdelingen binnen X. |
| Week 30  26-07 – 01-08 | Behoud | LEAN- en regie-verpleegkundigen | * Herhaling scholingsdag plannen | * Contact opnemen met teamleider voor plannen 15-30 minuten binnen de scholingsdag. Inhoud afhankelijk van resultaten. |
| Week 40  04-10-2021 – 10-10-2021 | Behoud | LEAN- en regie- verpleegkundigen | * Scholingsdag | * 15-30 minuten van de scholingsdag. Inhoud afhankelijk van resultaten. |
| … | … | … | … | ... |

Tabel 12: plan van aanpak implementatie

Bibliografie

x

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | NIVEL. Informatiebehoefte patiënten geneesmiddelen. Utrecht; 2016. 122 p. |
| 2. | Nederlands Huisartsen Genootschap. Diepe veneuze trombose en longembolie [Internet].; 2017 [geraadpleegd op 21 mrt 2020]. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/standaarden/ samenvatting/diepe-veneuze-trombose-en-longembolie. |
| 3. | Nederlandse Orthopaedische Vereniging. Tromboseprofylaxe na THP TKP [Internet].; [geraadpleegd op 21 mrt 2020]. Beschikbaar via: https://www.orthopeden.org/wetenschap/ startend-onderzoek/tromboseprofylaxe-na-thp-tkp. |
| 4. | Eurostat. Length of stay in hospital: how countries compare [Internet].; 2019 [geraadpleegd op 21 mrt 2020]. Beschikbaar via: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/ -/DDN-20190103-1?inheritRedirect=true. |
| 5. | X. Totale kniearthroplastiek volgens Rapid Recovery.; 2018. 6 p. |
| 6. | X. Rapid Recovery Heup.; 2018. 46 p. |
| 7. | Apotheekkennisbank. Prikinstructie fraxiparine en fraxodi (nadroparinecalcium).; 2016. 1 p. |
| 8. | Niet, de GJ. Implementeren en het verpleegkundig team. Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice volume. 2012; 10(1):15–19. |
| 9. | Jensen EA, Laurie C. Doing real research. London: SAGE publications Ltd; 2016. p. 363. |
| 10. | Francis JJ, Eccles MP, Johnston M, Walker AE, Grimshaw JM, Foy R, Kaner EFS, Smith L, Bonetti D. Constructing quastionnaires based on the theory of planned behaviour. United Kingdom: University of Newcastle, Centre for Health Services Research; 2004. 42 p. |
| 11. | Saunders M, Lewis P. Methoden en technieken van onderzoek. 4e editie. Amsterdam: Pearson Education Benelux; 2011. 599 p. |
| 12. | Kandler L, Tscholl D, Kolbe M, Seifert B, Spahn D, Noethiger C. Using educational video to enhance protocol adherence for medical procedures. British Journal of Anaesthesia. 2016; 5(116):662-669. |
| 13. | Norouzinia R, Aghabarai M, Shiri M, Karimi M, Samami E. Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. Global Journal of Health Science. 2015; 6(8):65-74. |
| 14. | Downey D, Happ M. The Need for Nurse Training to Promote Improved Patient-Provider Communication for Patients with Complex Communication Needs. Perspectives on Augmentative and Alternative Communication. 2013; 2(22):112-119. |
| 15. | Barlett G, Blais R, Tamblyn R, Clermont R, MacGibbon B. Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. Canadian Medical Association Journal. 2008; 12(178):1555-1562. |
| 16. | Park E, Song M. Communication barriers perceived by older patients and nurses. International Journal of Nursing Studies. 2005; 2(42):159-166. |
| 17. | Correnti C, Chen S, Stoff B. ideo-based education about systemic corticosteroids enhances patient knowledge more than verbal education: A randomized controlled trial. Dermatology Online Journal. 2017; 9(23):1-7. |
| 18. | Schooley B, San Nicolas-Rocca T, Burkhard R. Patient-Provider Communications in Outpatient Clinic Settings: A Clinic-Based Evaluation of Mobile Device and Multimedia Mediated Communications for Patient Education. JMIR Mhealth Uhealth. 2015; 3(1):1-14. |
| 19. | Bol N, van Weert J, de Haes H, Loos E, Smets E. The Effect of Modality and Narration Style on Recall of Online Health Information: Results From a Web-Based Experiment. Journal of Medical Internet Research. 2015; 4(17):1-12. |
| 20. | Adib-Hajbaghery M, Karimi Z. Comparing the Effects of Face-to-face and Video-based Education on Inhaler Use: A Randomized, Two-group Pretest/posttest Study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Researc. 2018; 5(23). |
| 21. | Tarhan H, Cakmak O, Unal E, Akarken I, Un S, Ekin R, et al. The effect of video-based education on patient anxiety in men undergoing transrectal prostate biopsy. Canadian Urological Association Journal. 2014; 11-12(8):894-900. |
| 22. | Kinnane N, Thompson L. Evaluation of the addition of video-based education for patients receiving standard pre-chemotherapy education. European Journal of Cancer Care. 2009; 4(17):328-339. |
| 23. | Wensing M, Grol R. Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. 7e editie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017. p. 410. |
| 24. | Rogers M. Diffusion of Innovations. 5e editie. New York: Free Press; 2003. p. 576. |
| 25. | Ryan RM, Deci EL. Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. New York: Springer-Verlag New York Inc; 2013. p. 372. |
| 26. | ZonMw. Implementatieplan ZonMw [Internet].; 2019 [geraadpleegd 21 mrt 2020]. Beschikbaar via: https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Maatschappelijke\_impact/ ZonMw\_implementatieplan\_invulbaar.pdf. |
| 27. | Westmaas A, Diephorst L. Kennislab fase 5: Evaluatieplan maken [Internet].; 2020 [geraadpleegd 21 apr 2020]. Beschikbaar via: https://hogeschoolleiden.sharepoint.com/:p:/r/ sites/onderwijsuitvoering/hbo-v-digitale-wijk/HBOV3/BS14%202020/\_layouts/15/Doc.aspx? sourcedoc=%7BB5464E77-B1E0-46DD-AF97-25F9FE36FCA9%7D&file=Hoorcollege%20BS14%20- %20evaluatie.pptx&action=edit&mobileredirect=true&cid=e039a658-5169-4b45-9f7b b018d5c89908. |

x

# Bijlagen

**Attitude**

Verpleegkundigen geven aan dat zij aan iedereen de prikinstructie willen geven.

Verpleegkundigen hebben een diverse werkwijze, mogelijk afkomstig van de fusie in X.

Verpleegkundigen geven een hoge werkdruk aan, mogelijk worden andere werkzaamheden belangrijker gemaakt.

## Bijlage A: ASE-model

**Intentie**

Verpleegkundigen willen de prikinstructie geven, maar hebben een breed takenpakket.

**Gedrag**

De prikinstructie wordt soms vluchtig gegeven door het brede pakket aan taken.  
Patiënten ondervinden vervolgens hinder doordat zij in de thuissituatie soms nog vragen hebben.

**Achtergrondvariabalen**

Divers team van stagiaires, leerlingen en verpleegkundigen. Recent veel nieuwe vaste medewerkers aangenomen binnen het team. Totale teamgrote ongeveer 32 personen.

Geslacht: veelal vrouwen, één mannelijke verpleegkundige en één mannelijke leerling-verpleegkundige.

Afdeling X, X in het X in X.

Opleidingsniveau: mbo 4/ hbo

Diverse etniciteit binnen het team, veelal Nederlands.

Fusie tussen X, X en X in X.

**Sociale invloeden**

Verpleegkundigen geven aan dat niet iedere collega de instructie volledig geeft.

Verpleegkundigen werken altijd alleen.

Patiënten op de afdeling liggen kort op de afdeling en komen soms na opname pas met vragen. Dit is niet voor iedere verpleegkundige zichtbaar.

**Feedback**

Feedback

**Eigen-effectiviteit**

Verpleegkundigen gaan er soms van tevoren al vanuit dat de werkdruk ‘te hoog’ ligt om de instructie te geven.

## Bijlage B: Topiclijst interview

* Mondelinge bevestiging ontvangen informatiebrief en toestemmingsformulier
* Mondelinge instemming audio-opname en gegevensverwerking
* Het belang van het geven van een goede prikinstructie
* Het belang van de prikjes; in hoeverre zijn deze nodig?
* Beeld schetsen huidige werkwijze
* Eigen ervaringen huidige werkwijze
* Beeld schetsen huidige werkwijze collega’s
* Eigen beeld bekwaamheid om de instructie juist te kunnen geven
* Beeld schetsen over de volgende interventies:  
  - digitale ondersteuning, zoals een filmpje  
  - meer informatie tijdens de voorlichtingsbijeenkomst  
  - een oefenset, zodat de patiënt het prikken eerst kan oefenen  
  - een aangepaste folder
* Eventuele op- of aanmerkingen vanuit de respondent

## Bijlage C: Getranscribeerde uitwerking interviews

**Interview 1 – onderzoeker & respondent 1**

**Onderzoeker:** Hij staat aan. Het is 12-4-2020. Ik zit hier met *‘respondent 1’*,   
 verpleegkundige bij ons op de afdeling. Ik heb net uitgelegd wat we   
 gaan doen: we gaan een interview afnemen voor het onderzoek waar   
 ik mee begonnen ben.

**Onderzoeker:** Ik heb een informatiebrief gegeven en jou een toestemmingsformulier   
 gegeven. Kan jij bevestigen dat er geen vragen meer over hebt?

**Respondent 1:** Nee, ik heb er geen vragen over. Alles is duidelijk.

**Onderzoeker:** Dan gaan we er mee beginnen. We geven natuurlijk bij ons op de afdeling de prikjes Fraxiparine aan patiënten. Zou jij mij uit kunnen leggen hoe belangrijk je het vindt om een goede instructie door te kunnen geven?

**Respondent 1:** Ik vind dat zeer belangrijk, want als het namelijk niet goed hebben   
 begrepen kan het zijn dat ze het verkeerd gaan toepassen bij zichzelf.   
 En dat kan weer gevolgen hebben voor de patiënt.

**Onderzoeker:** En wat voor gevolgen kan dat dan hebben?

**Respondent 1:** Als ze de luchtbel bijvoorbeeld juist wel weg spuiten in het injectie   
 dingetje. Dat kan gevolgen hebben. Het is gewoon fijn als de patiënt   
 begrijpt wat hij nou precies moet doen en waar het voor is. Dat zouden   
 wij natuurlijk ook prettig vinden. Vandaar dat het erg belangrijk is dat   
 we er een goede voorlichting over geven.

**Onderzoeker:** Als ik het goed begrijp vind jij het geven van een voorlichting   
 belangrijk, zodat je dan weet dat patiënten thuis ook zelf goed kan   
 doen, toch?

**Respondent 1:** Ja.

**Onderzoeker:** En die prikjes die we nu geven he, In hoeverre vind je die nodig?

**Respondent 1:** De mensen die bij ons natuurlijk op de afdeling opgenomen worden,   
 die zijn vrij immobiel, dus die bewegen niet zoals dat wij de hele dag   
 doen. En dat prikje dat, ja, voorkomt dingen zoals een trombose in het   
 been. Dus het is belangrijk dat ze dat krijgen. Want anders dan je   
 verder van huis, dan kunnen ze meer complicaties krijgen

**Onderzoeker:** En kan je mij kort vertellen hoe je die prik je prik instructie nu aan de   
 patiënten geeft?

**Respondent 1:** Nou, ik kijk eerst of de mensen het mondeling kunnen begrijpen, en   
 dan vraag ik meestal vraag ik of ik het mag demonstreren bij de   
 patiënt zelf voor de eerste keer en dat ze het de volgende keer bij een   
 andere collega zelf proberen. En als ze kan goed genoeg het gevoel   
 hebben dat ze dat zelf kunnen doen, dan laat ik ze zelf doen. En als ze   
 dat allemaal niet goed kunnen begrijpen, hebben we altijd nog een   
 foldertje waar duidelijk de plaatjes bij staan en uitleg hoe of wat. En als   
 het dan eigenlijk niet begrijpen, ja, dan zou ik het zelf ook niet meer   
 weten.

**Onderzoeker:** Nee, dan zou je dan een collega vragen om te helpen?

**Respondent 1:** Ja, of die nog een optie heeft.

**Onderzoeker:** Geef je die folder altijd of geef je die folder alleen als mensen het dan   
 toch niet begrijpen?

**Respondent 1:** Ja, ik geef die niet altijd.

**Onderzoeker:** Prima. En die manier van voorlichting nu he, hoe je dat nu zegt en hoe   
 je dat omschreef, hoe je die voorlichting geeft. Hoe ervaar je dat? Is dat voor jou, om dat op die manier te doen?

**Respondent 1:** Prima. Het Is natuurlijk niet zo'n grote voorlichting, dus in principe ben je binnen een paar minuten klaar. En over het algemeen begrijpen de mensen die ik heb gezien het wel. Maar ja, je hebt altijd mensen die dat toch nog spannend vinden of er toch nog een keer na willen lezen. Dat is natuurlijk wel een prikje is en sommige mensen hebben daar toch gewoon angst voor, om te laten prikken.

**Onderzoeker:** En hoe vind je dat je collega's de voorlichting geven aan de patiënten?

**Respondent 1:** Wat ik gezien heb, daar kan ik niet heel veel van zeggen, maar wat ik   
 gezien heb is dat ze precies hetzelfde doen. Alleen zijn wel collega's   
 die het foldertje ook meegeven als extra hulpmiddel. Maar ik vraag het   
 meestal gewoon aan de patiënt of ze dat nodig vinden.

**Onderzoeker:** Is je dat dan vraagt, hoe veel mensen vinden dat dat nodig, ongeveer?

**Respondent 1:** Meer de ouderen, echt de oudere mensen boven de 80 die toch liever   
 hebben dat ze dat nog meekrijgen. Of mensen die erg angstig zijn, wat   
 ik ook kan begrijpen. Want als je het zelf niet durft, dan kan je het   
 natuurlijk aan je partner vragen. En die weet het misschien niet.   
 En dan kan het foldertje daarbij helpen om ondersteuning te bieden.

**Onderzoeker:** Duidelijk. In hoeverre vind je jezelf in staat om de prikinstructie goed te   
 geven? Dus dan even de hectiek van de afdeling voordat het   
 coronavirus hier uitbrak? Dus de normale afdeling, tijdens een   
 avonddienst? In hoeverre denk je dan dat je in staat bent om dat op   
 zo'n manier te doen die jij vindt dat goed is.

**Respondent 1:** Daar ben ik wel goed in staat. In ik daarvoor gewoon de tijd voor   
 nemen en de patiënten ook van tevoren zeggen van nou, ik wil hier   
 even voorlichting geven over de Fraxiparine, dan is er geen probleem   
 in. Dat heb ik niet ondervonden.

**Onderzoeker:** En ik hoor je net zeggen als ik daar de tijd voor neem. Heb je ook   
 weleens avond dat je dan denkt ik heb niet genoeg tijd of voldoende   
 tijd om het op de manier uit te leggen zoals ik eigenlijk zou willen?

**Respondent 1:** Heb ik nog niet meegemaakt. Dat durf ik niet te zeggen.

**Onderzoeker:** Je had de vragenlijst ingevuld he, de enquête. In de enquête heb ik   
 vier voorstellen gedaan voor mogelijke interventies die als aansluiting   
 gegeven kunnen worden op de huidige manier van werken. Ik zou ze   
 zo weer opnoemen. Zou jij dan per interventie willen zeggen wat jij   
 ervan vindt en of je het ook toepasbaar zou vinden op de afdeling? De   
 eerste interventie was om de huidige manier van de prikinstructie zo te   
 houden en dan aan te vullen met een filmpje, zodat mensen nog een   
 keer zouden kunnen kijken of van tevoren zouden kunnen bekijken.

**Respondent 1:** Een filmpje zou wel extra ondersteuning zijn voor de mensen die het   
 echt niet begrijpen. Die zal je altijd wel daartussen hebben zitten. Dus   
 een filmpje zou inderdaad voor de groep die het dan echt niet begrijpt   
 of liever fysiek wil zien hoe het in een filmpje aan toegaat. Dan heb je   
 weer meer een beeld erbij. Hier gaat het dan niet natuurlijk bij de   
 patiënt gelijk doen of diegene die zich daar niet comfortabel over voelt.   
 Dan zien ze in ieder geval bij een ander te werk gaat. Dus dat zou wel   
 een goede ondersteuning kunnen zijn.

**Onderzoeker:** Dan heb ik ook als optie gegeven: meer informatie tijdens de   
 voorlichtingsbijeenkomst. Als mensen zijn orthoconsulent gaan en de   
 voorlichting krijgen over een hun knie- of heupoperatie, om dan meer   
 aandacht te besteden aan het prikje.

**Respondent 1:** Zou kunnen, maar als ik dan nu even voor mezelf spreek dan kan dat   
 misschien voor sommige mensen juist meer angst opwekken.

**Onderzoeker:** Dat ze denken oh jee, ik moet me later gaan prikken. Help?

**Respondent 1:** Ja. Misschien juist een drempel is om het juiste te doen. Het wordt   
 lastiger om te bespreken hoe dat moet gebeuren en zo zit het in z'n   
 werk. Zou wel kunnen, maar ja, ik ben bang dat er ook negatieve   
 effecten aan zitten.

**Onderzoeker:** Oké, duidelijk. Een andere interventie was een oefenset, zodat   
 patiënten eerst zouden kunnen oefenen op zo'n oefenset, voordat zij   
 zelf doen.

**Respondent 1:** Zou in principe ook kunnen. Ja, net als het filmpje eigenlijk. Dan   
 hebben ze in ieder geval een beetje een idee. Hoe voelt dat nou? En   
 hoe ga ik dat bij mezelf straks doen? Dus dat zou inderdaad ook   
 kunnen.

**Onderzoeker:** En de laatste optie in het onderzoeken was een aangepaste folder,   
 zoals we die nu gebruiken - dat kaartje waarvan je aangaf dat je dat af   
 en toe meegeeft - om die aan te passen.

**Respondent 1:** Ik denk dat daar wel de meeste dingen op staan, dus dat zou dan niet   
 hoeven.

**Onderzoeker:** Als ik je goed begrijp, dat vind je het filmpje en de oefenset het meest   
 bruikbaar. Als je één van die twee zou moeten kiezen, welke zou je   
 dan jouw voorkeur hebben?

**Respondent 1:** Dan zou ik het filmpje zeggen.

**Onderzoeker:** Oké. Wat zorgt er dan voor dat je dat filmpje verkiest boven de   
 oefenset?

**Respondent 1:** Ja, voor mij. Als ik dan voor mezelf kijk is het filmpje vrij duidelijk   
 genoeg, neem ik aan voor de meeste mensen. Ik denk dat dat   
 voldoende is, naast het foldertje en onze eigen uitleg. Ik denk dat dat   
 voldoende is en dat kost natuurlijk ook geen materiaal extra. Het is   
 een filmpje dat je elke keer weer op kan zetten.

**Onderzoeker:** Je zou een filmpje moeten maken en als het eenmaal hebt dan zou je   
 altijd kunnen gebruiken en met het materiaal op je de kosten die per   
 patiënt alsnog oplopen.

**Respondent 1:** Ja, ja.

**Onderzoeker:** Nee, duidelijk. We zijn er bijna nu. Heb je nog opmerkingen of   
 aanmerkingen met betrekking tot de huidige manier van werken van   
 die prikinstructie die je wil geven, dat je zegt van dat heb ik nog niet   
 benoemd nu, of je hebt het idee dat je alles wel kunnen vertellen?

**Onderzoeker:** Ik denk dat alles wel besproken is. Er is me nu niet iets dat me nog te   
binnen schiet, wat nog belangrijk is. Alle belangrijke punten zijn benoemd.

**Respondent 1:** Oké super, helemaal goed, dankjewel.

**Interview 2 – onderzoeker & respondent 2**

**Onderzoeker:** Het is vandaag donderdag 16-4-2020. Ik zit hier met collega   
 *‘respondent 2’* van de afdeling X. Kan je aan mij bevestigen   
 dat je de informatiebrief en toestemmingsformulier hebt gekregen?

**Respondent 2:** Dat kan ik.

**Onderzoeker:** En ook dat je instemt met de audio opname voor   
 gegevensverwerking?

**Respondent 2:** Ja, dat doe ik ook.

**Onderzoeker** We zitten hier voor de verbetering van de voorlichting van Fraxiparine   
 voor patiënten op onze afdeling. Zou je uit kunnen leggen hoe   
 belangrijk jij het vindt om een goede prikinstructie te kunnen geven   
 aan een patiënt zelf?

**Respondent 2:** Nou, ik vind het belangrijk omdat je dan ook een stukje fouten   
 vermindert, zeg maar. En ik denk dat het heel belangrijk is dat mensen   
 ook daadwerkelijk weten wat ze doen. Dan weet je ook wat ervoor   
 wordt verwacht en of het op de juiste manier wordt uitgevoerd.

**Onderzoeker:** En wat maakt het dan dat jij belangrijk vindt dat mensen weten wat ze   
 doen?

**Respondent 2:** Nou ja, Zodat er niet iets mee kan gaan gebeuren. Kijk, je geeft   
 mensen al een stukje zelfstandigheid mee dat ze zichzelf kunnen   
 prikken. En dat is ideaal. Maar ja, als dat natuurlijk niet gaat, ja, dan is   
 dat toch jammer omdat het dan misschien niet goed uitgelegd is, als   
 mensen weer terug moeten komen om toch nog even die uitleg te   
 krijgen, dat zou zonde zijn, dat zou dubbel werk zijn.

**Onderzoeker:** Want die prikjes, die geven we nu altijd voor 4 weken mee naar huis.   
 En in hoeverre vind je die prikjes nodig?

**Respondent 2:** Als in medisch gezien bedoel je?

**Onderzoeker:** Ja. In hoeverre sta je erachter dat je die dingen mee naar huis geeft,   
 zeg maar?

**Respondent 2:** Tuurlijk. Ik denk dat het een beetje dubbel is, want ik denk dat dat het   
 goed is om die prikjes mee naar huis te geven omdat mensen dan   
 zelfstandig kunnen doen. Want anders zijn ze nog steeds afhankelijk   
 van anderen om die prikjes te krijgen. Dus ja, ik vind het aan de ene   
 kant denk ik. Ja, tuurlijk snap ik het. Maar het is niet zomaar wat, het is   
 wel gewoon een prikje met een naald en alles wat erbij komt kijken.   
 Dus als je daar bijvoorbeeld dus inderdaad geen goede instructie bij   
 krijgt, dan vind ik het weer niet goed.

**Onderzoeker:** Nee, maar als ik het zo goed begrijp vind je dat wij die prikjes mee   
 naar huis geven hartstikke nodig?

**Respondent 2:** Ja.

**Onderzoeker:** Stel je voor. Jij werkt op een avond. Hoe geef je de prikinstructie dan   
 aan patiënten?

**Respondent 2:** Nou heb ik nooit echt avonddienst gehad, maar ik vraag het wel altijd,   
 want ik wil ook gewoon weten hoe dat in zijn werk gaat natuurlijk. Uhm   
 ja, ik vind zelf persoonlijk dat het voor nu ging het echt zo van het   
 wordt een beetje uitgelegd en dan controle vragen zijn er niet echt bij   
 iedereen. Je hebt soms collega's die het blaadje gewoon geven. Heb   
 ik ook weleens een keer gezien of ook gehoord. En sommige   
 collega's nemen wel de tijd om uit te leggen, maar dat is ook een   
 beetje wisselvallig.

**Onderzoeker:** Hoe zou dat komen dat sommige collega's dan wel die tijd nemen en   
 andere bijvoorbeeld alleen een blaadje geven?

**Respondent 2:** Misschien toch ook een. Nou ja, dat mensen denken van ja, ze kunnen   
 thuis ook lezen ofzo. Het is natuurlijk eigen invulling wat ik nu doe,   
 maar misschien is dat iets wat zij denken dat ze de mensen kunnen   
 lezen en er staat precies op hoe en wat. Dat denken zij dan. Maar   
 goed, ik denk dat altijd een beetje mondelinge uitleg bij nodig is.

**Onderzoeker:** En hoe denk je dat de werkdruk tegenover dat probleem staat?

**Respondent 2:** Nou, ik denk dat er wel degelijk bij instructie geven. Stel dat je aan   
 hoge werkdruk hebt en je wil de instructie geven, dan zal dat niet veel   
 makkelijker gaan dan dat je bijvoorbeeld de instructie geven als de   
 werkdruk laag is. Dus ik denk dat dat hele grote invloed heeft op.

**Onderzoeker:** Als ik het goed begrijp zie je onder collega's, je doet het dan niet zelf,   
 maar als je navraag doet hoe ze dat hebben gedaan, heel veel   
 verschillende manieren van werken?

**Respondent 2:** Ja. Overdag heb ik het natuurlijk was ik keer gezien als iemand dat   
 ook echt vraagt van ja, hoe zit dat nou?

**Onderzoeker:** Als een patiënt dat vraagt?

**Respondent 2:** Want die komen er soms ook wel zelf mee. Maar ja, dan wordt er ook   
 weleens een beetje laks over gedaan. Ze krijgen een formuliertje en   
 'thats it'.

**Onderzoeker:** Hoe vind je dat je collega's de prikinstructie geven aan patiënten? Sluit   
 eigenlijk wel aan op de vraag die we net hebben besproken, maar zijn   
 nog dingen waarvan je denkt dat het goed is om te benoemen? Je   
 benoemde net de verschillende werkwijzen onder collega's, merk je   
 voor de rest nog verschillen daarin?

**Respondent 2:** Nee, maar ik denk dat dat sommige mensen… Kijk, het is wel een   
 soort protocol om zeg maar de prikinstructie mee te geven. Maar daar  
 wijken sommige mensen toch echt wel van het protocol af. Want ja, of   
 je kan het heel letterlijk nemen en geven de prikinstructie mee of je   
 breidt het wat uit en je geeft daadwerkelijk instructie. Dus ja, ik denk   
 dat het een beetje dubbel is.

**Onderzoeker:** Duidelijk. In hoeverre ben jij jezelf in staat een goede prikinstructie te   
 geven? **Respondent 2:** Met instructies vind ik het belangrijk dat dat een ander begrijpt en dat   
 je ook gewoon echt daadwerkelijk ook controle toepast op het   
 moment. Iemand kan wel zeggen ja ja ja, ik snap het, maar snapt   
 diegene dan ook echt? En doe het dan eens voor bijvoorbeeld. Of hoe   
 zou u het zelf doen? Ik denk dat ik dat wel in mij heb.

**Onderzoeker:** Je zou eerst uitleggen en dan je nog om bevestiging vragen of ze het   
 aan jou kunnen vertellen hoe ze het doen om nog te controleren?

**Respondent 2:** Dat is ook een beeld wat iemand…. Kijk, tuurlijk kan iemand dat   
 misschien vergeten, maar ja, ik denk dat het dat het wel belangrijk is   
 dat iemand een soort van bevestiging geeft dat hij het wel heeft   
 begrepen.

**Onderzoeker:** Dus als ik het goed begrijp vind jij jezelf wel in staat om zo'n instructie   
 goed te geven?

**Respondent 2:** Uhm ja.

**Onderzoeker:** Oke. Ik heb net van tevoren met je besproken dat je de enquête had   
 ingevuld. Dat ik in de enquête vier mogelijke interventies heb benoemd   
 die de instructie op de huidige manier zouden kunnen verbeteren.   
 Uhm, ik zou ze nu alle vier even doornemen. Aan het einde vraag ik   
 ook aan jou welke jij de beste zo vinden en waarom. Eén van die interventies was digitale ondersteuning zoals een filmpje. Hoe denk je   
 dat dat zo werken of juist niet?

**Respondent 2:** Omdat we bijna eigenlijk bijna alles digitaal al doen, denk ik dat dat  
 een hele goede optie is omdat je ook een soort van beelden bij je   
 hebt, bij wat er wordt uitgelegd. Maar ja, niet iedereen kan natuurlijk   
 gebruik maken van beeldmateriaal. Of begrijp dat dan, op die manier.   
 Dus dan kan. Voor de wat jongere generatie denk ik dat het hartstikke   
 goed is, want die snappen dat zelf natuurlijk ook hartstikke goed. Die   
 hebben allemaal volgens mij smartphone, dus dat moet gewoon   
 kunnen maar wat oudere mensen denk ik niet.

**Onderzoeker:** Nee, dus misschien zouden we moeten helpen met het makkelijk   
 vindbaar maken van zo'n filmpje bijvoorbeeld?

**Respondent 2:** Ja, dat zou natuurlijk ook goed kunnen. Maar ja, sommige mensen   
 maken, helemaal geen gebruik van internet. Kijk, het zou misschien in   
 het ziekenhuis bijvoorbeeld wel gedaan kunnen worden denk ik dan.   
 Bijvoorbeeld dat... We hebben televisies hangen natuurlijk.

**Onderzoeker:** Op de televisie bijvoorbeeld? Of een tablet - het is even een stap te   
 ver misschien -, maar dat je van tevoren in het ziekenhuis al dat   
 filmpje laat zien?

**Respondent 2:** Ja, bijvoorbeeld, denk ik dan.

**Onderzoeker:** Ja oke. Dan was een andere optie meer informatie tijdens de   
 voorlichtingsbijeenkomst van de orthoconsulent. Hoe denk jij   
 daarover?

**Respondent 2:** Uhm, het is wel een goede. Ik denk dat dat sowieso geen kwaad kan,   
 maar of mensen daar daadwerkelijk dat onthouden of daar iets mee   
 doen? Dat ja, dat is natuurlijk twee. Dus ik denk dat dat een beetje   
 afhankelijk is van. En wat legt de orthoconsulent dan uit? En nou ja,   
 net als hoe het hier gaat. Sommige mensen leggen het heel breed uit,   
 maar sommigen misschien ook niet.

**Onderzoeker:** Een andere interventie was een oefenset, zodat patiënten het prikken  
 eerst kunnen oefenen voordat ze dat daadwerkelijk op hun zelf doen.   
 Kan je daar ook over vertellen wat je ervan vindt.

**Respondent 2:** Nou, dat vind ik eigenlijk een hele goede. Ik denk dat sowieso doordat   
 je het veel oefent dat mensen daar meer van leren. Tenminste   
 misschien, als ik naar mezelf kijk. Als ik naar mezelf kijk, leer je door te   
 oefenen en of het allemaal beter maar goed.

**Onderzoeker:** De laatste optie is een aangepaste folder. Dus we geven nu het   
 foldertje al mee, dat zei je net ook, dat het protocol was, zou dat nog   
 kunnen helpen denk je?

**Respondent 2:** Nou ja, misschien dat er een keer naar gekeken kan worden. Dat zou   
 heel goed kunnen natuurlijk. Maar in principe staat er volgens mij wel   
 alles in wat erin hoort te staan. Maar ja, misschien dat het iets   
 versoepeld kan worden qua taalgebruik ofzo, want het is wel een lap   
 tekst wat erop staat.

**Onderzoeker:** Dan hebben we al die vier die interventies gehad. En dan gaf je aan   
 dat je tegenover de digitale ondersteuning zoals een filmpje positief   
 was. Je gaf het ook als oplossing dat het misschien in het ziekenhuis   
 zou kunnen of getoond zou kunnen worden voor mensen die het niet   
 thuis hebben. En een oefenset was volgens mij ook heel positief over.   
 Als je dan zou moeten kiezen, zeg van ja die interventie, dat zie ik hier   
 voor me in de praktijk. Welke zou je dan kiezen?

**Respondent 2:** Nou, ik denk toch voor het filmpje.

**Onderzoeker:** Op basis waarvan?

**Respondent 2:** Voor mensen die natuurlijk naar huis gaan die wat jonger zijn is het   
 ideaal, om het de smartphone hebben, omdat je het ook continu weer   
 terug kan opzoeken. En voor de wat oudere generatie: sommigen   
 kunnen wel heel goed op weg met smartphone of tablet of in die   
 richting. Maar ja, of je speelt het inderdaad af op televisie hier. Ja, ik   
 denk dat mensen daar veel meer van leren.

**Onderzoeker:** Misschien zouden we het dan bijvoorbeeld uhm hier al sowieso   
 kunnen laten zien. En als naslag nog mee naar huis geven als mensen   
 er vragen over hebben.

**Respondent 2:** Dat denk ik wel. Ik denk dat dat een hele goede is. Tuurlijk is het   
 oefenen op iets is ook hartstikke goed. Maar dat is ook een beetje   
 persoonsgebonden denk ik. En een oefensetje kost ook weer wat   
 natuurlijk. Dus ja, daar moet je ook rekening mee houden.

**Onderzoeker:** En zo'n filmpje dat maak je één keer en dat heb je natuurlijk altijd?

**Respondent 2:** Daarom denk ik dat dat de beste is.

**Onderzoeker:** Ook heb je voor de rest nog aanmerkingen op betrekking tot de   
 huidige manier van werken, of onderdelen van het interview wat we   
 nog niet hebben besproken waar je nog wel graag je mening over wil   
 geven?

**Respondent 2:** Nee, daar heb ik geen op en aanmerkingen over. Maar ik denk wel dat   
 het goed is dat hier inderdaad een soort eenduidig iets over gaat   
 komen of dat het in ieder geval duidelijker wordt. Want dat wordt nou   
 soms wel een beetje gegeven alsof het iets laks is.

**Onderzoeker:** Dus nee, helemaal goed. Sluiten we het hierbij af.

**Interview 3 – Onderzoeker & respondent 3**

**Onderzoeker:** Het is 20 april 2020. Ik zit hier met *'respondent 3'*, verpleegkundige op de   
 afdeling. Kan je voor mij bevestigen dat je de informatiebrief hebt   
 gehad en het toestemmingsformulier hebt gehad en dat je daar geen   
 vragen meer over hebt?

**Respondent 3:** Ja, die heb ik gehad. Geen vragen.

**Onderzoeker:** Zou je mij uit te kunnen leggen hoe belangrijk jij het geven van een   
 goede prikinstructie vindt

**Respondent 3:** Van de verpleegkundigen naar de patiënt toe?

**Onderzoeker:** Ja.

**Respondent 3:** Nou, dat is heel belangrijk, want ze moeten vier weken lang elke dag   
 prikken. En als jij niet goed die injectie in je buik of, als de wens is in je   
 been zet, dan heb je natuurlijk kans op trombose of longembolie, maar   
 in principe met onze ortho-patiënten die we voorheen hebben, heb je   
 de kans op een trombosebeen? Ja, en dan zijn de gevolgen groot.   
 Dus je moet wel goed prikken dat je geen vloeistof al weg spuit   
 voordat er überhaupt een naald in de buik zit.

**Onderzoeker:** En als - ik hem dan even naar de volgende vraag til - in hoeverre vind   
 je die prikjes dan echt nodig?

**Respondent 3** Nou, die prikjes zijn nodig om een grotere complicatie, zoals een   
 trombosebeen 'slash' vaatletsel 'slash' nou, in het ergste geval een   
 afzetting van de voet ofzo. Je weet niet hoe in hoeverre het gaat of   
 waar die prop zich gaat bevinden. Maar ja, dan heb jij wel echt een   
 hele grote kans op een complicatie. De mensen zijn thuis en die   
 hebben dan wel pijn in hun kuit. Maar ja, die denken het gaat nog wel,   
 het gaat nog wel, oh mijn been wordt wat rood, het gaat nog wel. Wij   
 zullen dan de lang daarop behandelen en zeggen dit is echt niet goed.   
 De mens is daarin onwetend.

**Onderzoeker:** Dus dan blijven ze er nog langer mee lopen waardoor de complicaties   
 nog groter worden.

**Respondent 3:** Ja, mensen herkennen soms een trombosebeen niet, of heel veel   
 mensen niet. En die hebben wel een beetje pijn. Dan bellen ze op:   
 mijn been doet een beetje pijn. Dan denken wij ja, dat is weer   
 operatiewond gerelateerd. Ja, je weet het niet. Nee, mensen komen.

**Onderzoeker:** Duidelijk. Zou je kunnen omschrijven hoe je die instructie nu aan   
 patiënten geeft. Dus je gaat die kamer op. En dan?

**Respondent 3:** En dan is het 10 uur s avonds. Dus dat is dag één na OK, of het is zes   
 uur s avonds, dan is het de dag na OK, dag 2. Je vraagt van de   
 patiënt: wilt u het zelf doen in, het kader van je dat je thuis gaat   
 oefenen? En dan geef je eerst een instructie van hoe haal je dan weer   
 uit? En hoe spuit überhaupt? en hoe houdt je vingers zodat je niet de   
 vloeistof alvast weg spuit in de buik? En de ene keer zegt iemand ja,   
 dit ga ik gewoon echt niet doen. Dan regel je thuiszorg en als mensen   
 dit wel gaan doen dan kan je ook nog vragen wat moeten we anders   
 morgen met de dag van ontslag de partner erbij halen om samen te   
 prikken, en we hebben prikinstructie-kaarten.

**Onderzoeker:** En geef je die altijd als je het zou geven?

**Respondent 3:** Als mensen erom vragen, het is zo gepakt. Als mensen   
 onduidelijkheden hebben over Fraxiparine, of ze twijfelen, je scheurt   
 hem los van die enorme stapel achter de secretaresses en je geeft het   
 mee.De instructie op de kaart zelf vind ik persoonlijk duidelijk.

**Onderzoeker:** Maar geef je die standaard al van tevoren? dus voorafgaand aan de   
 instructie?

**Respondent 3:** Nee, niet standaard van tevoren, niet in mijn dagdiensten die ik altijd   
 werk?

**Onderzoeker** In het geven van die prikinstructie, ervaar je daar ook belemmeringen   
 in?

**Respondent 3:** Sommige mensen snappen het gewoon niet goed, ze zitten te kijken.   
 Dat is gewoon de onwetendheid. Of ze zingen gewoon de functie er   
 niet van in, van vier weken lang prikken. Ja, als je natuurlijk niet snapt   
 waarom je het doet, dan is dat natuurlijk heel lastig 4 weken lang vol te   
 houden. Het is wel 4 weken lang. Dat is echt heel lang.

**Onderzoeker:** En zeker als je al tegenop ziet natuurlijk.

**Respondent 3:** Of je ontwikkelt angst thuis en dan ga je tegen iemand zeggen.

**Onderzoeker:**  Als je kijkt naar je collega's. In hoeverre vind jij dat je collega's die   
 instructies goed geven aan patiënten? Zie je nog verschil in werkwijze andere dingen?

**Respondent 3:** Nou, dat is natuurlijk een beetje een lastige vraag, maar ik sta vaak   
 alleen met leerlingen en als ik als toetser mijn collega's toets op   
 subcutane injecties, dan doet het over het algemeen al mijn collega's   
 injecteren hetzelfde, op een pop.

**Onderzoeker:** Specifiek over je collega's: je werkt natuurlijk niet samen tijdens een   
 avonddienst.

**Respondent 3:** Nee, want je hebt gewoon als verpleegkundige je eigen kamer. Het Is   
 natuurlijk niet reëel om met twee verpleegkundigen op een kamer te   
 staan en dan je collega te controleren. Maar ik als toetser zie je wel   
 dat iedereen dat iedereen op het toetsmoment goed injecteert. Ze   
 weten hoe ze het moeten doen in ieder geval. Of ze doen weet ik niet,   
 maar ze weten hoe het moeten.

**Onderzoeker:** Dat is natuurlijk wel zo: als er een verschillende werkwijze zou zijn   
 onder collega's, dan zie je dat dus niet van elkaar, want je staat los   
 van elkaar te werken, toch?

**Respondent 3:** Ja, correct.

**Onderzoeker:** Ik had het er net al over dat ik in de enquête zelf vier interventies had   
 benoemd. Ik zou ze nu even alle vier afgaan en zou dan per   
 interventie willen zeggen of je het een toegevoegde waarde vindt, of niet. En op basis waarvan die mening dan gebaseerd is. De eerste   
 interventie was digitale ondersteuning, zoals filmpje die mensen   
 kunnen kijken waarin de prikinstructie uitgelegd zou worden. Hoe denk   
 je daarover?

**Respondent 3:** En wanneer wil je die laten zien? Bij de orthoconsulent? Of is het   
 thuis opdracht?

**Onderzoeker:** Stel je voor, je werkt hier s avonds en je laat het filmpje zien   
 voorafgaand aan je instructie zoals je nu al geeft. En je geeft een link   
 naar het filmpje nog mee naar huis. Als mensen thuis nog vragen bij   
 het filmpje kunnen zien.

**Respondent 3:** Maar dan bedoel jij dat ik dat op mijn mobiel moet laten zien aan   
 iedere patiënt?

**Onderzoeker:** Nee, dat is weer een stap verder. Maar stel je voor, we hebben hier  
 een iPad op de afdeling waar je het filmpje op zou kunnen laten zien?

**Respondent 3:** Dan kan je voorafgaand wel vragen of ze daar behoefte aan hebben.   
 Want ik ben inderdaad persoonlijk ook iemand die leert door te zien.   
 Dus dan heeft iemand heel duidelijk wel gezien hoe het moet. Want bij   
 jezelf doen is natuurlijk anders. Maar goed, dan heb je wel de   
 handeling gezien, dus ik denk wel dat dat zinvol is.

**Onderzoeker:** Als het ik goed begrijp wat je antwoordt, als we hier wel de middelen   
 hebben om dat te faciliteren? Dat je niet telefoon het filmpje laat zien?

**Respondent 3:** Juist qua hygiëne, anders aan je telefoon. Als we een tablet hebben,   
 of drie dan denk ik, en er is behoefte aan zo'n filmpje om het dan   
 visueel beter te zien. Ja, dan is dat denk ik wel iets heel fijn.

**Onderzoeker:** Oke. Een andere interventie was meer informatie tijdens de  
 voorlichtingsbijeenkomst, zoals bij de orthoconsulent.

**Respondent 3:** Aan de ene kant is dat ook heel goed dat het daar alvast verteld wordt.   
 Maar er wordt al heel veel verteld en 100 procent vertellen, onthouden   
 mensen toch maar 20 procent. Ze komen hier, het is dan al 14 dagen   
 verder, die weten dat echt niet meer. Die instructiekaart: of mensen   
 kijken er niet eens in, en in die hele map niet. Of ze raken dat kwijt, dat   
 losse kaartje. Je kan het proberen, maar of dat echt zinvol is? Ik   
 denk dat misschien maar 10 procent van die mensen dan gaan   
 bekijken en de rest raakt het kwijt of...

**Onderzoeker:** Dus daar ben je wat minder positief over he, ten opzichte van de   
 eerste interventie?

**Respondent 3:** Dat denk ik wel. Ze krijgen natuurlijk al heel veel informatie he, bij de   
 orthoconsulent en dan ook nog een keer over hoe spreek ik mezelf?   
 En dan komen ze over 2-3 weken. In het ergste geval nog wat later,   
 want het is allemaal uitgesteld, die mensen weten dat dan echt niet   
 meer.

**Onderzoeker:** Dus je moment van extra voorlichting, zeg maar een extra interventie,   
 zou gaan op de afdeling zelf. Dat je dan zeg maar hier pas aandacht aan besteed. Toch?

**Respondent 3:** Ja, of bij de opname, maar bij opnames zijn mensen echt super   
 zenuwachtig. Dus, voorafgaand aan de opname? Nee, ik denk dat dat   
 werkt.

**Onderzoeker:** En een oefenset, zodat patiënten het prikken eerst zouden kunnen   
 oefenen voordat ze het bij zichzelf doen?

**Respondent 3:** Nou, zo leren we het zelf ook. Dus op zich. Ik weet niet of de kosten  
 daar zeg maar goed genoeg voor zijn. Dat zijn wel extra kosten. Maar   
 het is een idee, ja.

**Onderzoeker:** De laatste interventie die ik had voorgesteld was een aangepaste   
 folder, zegmaar de instructiekaart die we nu geven, om die   
 uitgebreider aan te bieden.

**Respondent 3:** Wanneer?

**Onderzoeker:** Op het moment waar we hem nu ook zouden geven, dus bij de   
 prikinstructie zelf.

**Respondent 3:** Dat kan ook. Het moet heel kort, makkelijk leesbaar zijn. Want als er te   
 veel informatie staat of juist niet aantrekkelijk, dan slaan mensen het   
 ook al over.

**Onderzoeker:** Als we die vier interventies nu tegen elkaar afwegen. Dat filmpje, de   
 extra voorlichting bij de bijeenkomst, een oefenset of een folder. Welke   
 van die vier zou dan jouw voorkeur hebben?

**Respondent 3:** Dan de eerste.

**Onderzoeker:** En op basis waarvan dan die eerste?

**Respondent 3:** Omdat mensen denken visueel beeld beter onthouden dan lezen.

**Onderzoeker:** Heb je nog op- of aanmerkingen voor de rest die je nu nog niet kwijt   
 hebt gekund? In het interview, die nog mee wil geven? Anders sluiten   
 we het hierbij af.

**Respondent 3:** Nee. Het is goed zo.

**Interview 4 – Onderzoeker & respondent 4**

**Onderzoeker:** Het is 20 april 2020 en ik zit hier met *'respondent 4'*,   
 verpleegkundige op de afdeling. Kan je bevestigen dat je de   
 informatiebrief waar het toestemmingsformulier hebt ontvangen en dat   
 je het goed vindt dat ik dit opneem?

**Respondent 4:** Ja hoor, zeker.

**Onderzoeker:** Ik heb van tevoren al gezegd dat het een interview wordt over de   
 prikinstructie van Fraxiparine op de afdeling, hoe we dat kunnen  
 verbeteren. De enquête had je ook ingevuld zei je net. Veel vragen  
 komen overeen, maar die stel ik opnieuw om verdiepende antwoorden   
 te krijgen.

**Respondent 4:** Duidelijk

**Onderzoeker:** Zou jij aan mij uit kunnen leggen hoe belangrijk jij het vindt dat er een   
 goede prikinstructie wordt gegeven op de afdeling?

**Respondent 4:** Best wel belangrijk omdat mensen vaak naar huis gaan met vier   
 weken prikken. Allereerst voorkom je natuurlijk als je het goed doet   
 trombose en TIA's, CVA's en embolieën ermee. Dat wil je natuurlijk   
 altijd. En ten tweede merk je ook weleens als mensen bijvoorbeeld   
 nog niet zo goed doen op de afdeling dat ze dan ook blauwe plekken   
 krijgen of dat ze in dezelfde plek prikken. En dat is gewoon zonde om   
 te zien dat het niet goed aangeleerd wordt eigenlijk.

**Onderzoeker:** En die prikjes, in hoeverre vind je die echt nodig?

**Respondent 4:** Ja, best wel belangrijk dus, want de gevolgen van het niet prikken zijn   
 best wel heel groot. Iemand mobiliseert minder. Iemand heeft   
 natuurlijk een operatie gehad, daarbij kunnen stolsels loskomen. Ook   
 belangrijk om te zorgen dat iemand niet ernstige complicaties oploopt.

**Onderzoeker:** Stel je voor he, je werkt een avonddienst. Hoe geef je de prikinstructie   
 nu aan patiënten? Je komt de kamer binnen, en dan?

**Respondent 4:** Meestal geef ik ze eerst dat foldertje wat we hebben, zodat ze dat   
 even kunnen doorlezen. En dan begin ik met alle medicijnen te delen.   
 En dan aan het einde dan, als mensen hebben gelezen en ik heb de   
 medicijnen gedeeld, dan ga ik iedereen gewoon af met ja. Wat is dit?   
 En hoe doet u het nu open? U gaat straks zelf voor het eerst zelf   
 prikken, dat ga ik niet bij hen doen. En dan leg ik uit, hij kan in de buik,   
 niet in de buurt van littekens, niet in de buurt van een navel, altijd   
 onder de navel. Afwisselen per kant dus de ene avond aan de ene   
 kant, andere avond aan de andere kant. Altijd rond dezelfde tijd, rond   
 het avondeten is meestal makkelijk. De eerste avond is het dan vaak   
 om 10 uur, maar de avond er na kunt u het gewoon om 6 uur prikken.   
 Dat soort basis dingen. Niet na masseren, altijd tien seconden   
 wachten als u heeft geprikt voordat u hem eruit haalt. En dan een   
 beetje op een logische volgorde natuurlijk. En dan uiteindelijk, als ik   
 dat praatje heb gedaan vraag ik of er nu nog vragen zijn. Als die er zijn   
 dan beantwoord ik natuurlijk de vragen die mensen hebben. Vaak is   
 dat: hoe lang moet ik dit doen? Dat is dan vier weken en daarna zeg ik   
 stap voor stap mag u dit gaan doen. Zo'n buikplooi pakken en   
 loodrecht erin. En inderdaad tien seconden wachten. Dan mag u nu   
 het dopje eraf halen, dan mag u dat gaan doen. Gewoon stap voor   
 stap doornemen en als het iemand het heeft gedaan en er is toch iets   
 fout gegaan, zoals het niet tien seconden wachten wat vaak wel eens   
 gebeurt. Dan zeg ik dat ging op zich best wel goed. Wel even opletten   
 dat u nog tien seconden wacht voordat u de naald eruit trekt. Dan weet   
 u zeker dat alles erin zit voordat u de naald eruit trekt. En dan daarna   
 dat je de naald veilig met zo'n plastic buisje overheen schuift zodat   
 niemand zich eraan prikt.

**Onderzoeker:** Als je die voorlichting nu geeft, ervaar je daar nog belemmeringen in?

**Respondent 4:** Meestal in de praktijk is het wel wat makkelijker, want dan ga je   
 gewoon naast iemand zitten. En dan heb je ook het voorbeeld van de   
 naald erbij. Je kijkt een beetje naar de persoon: hoe snel iemand het   
 oppakt. En de ene persoon die zegt ik heb het al drie keer bij mijn   
 vrouw gedaan. Denk je nou ja oké, dan hoef je niet tot op het detail in   
 te gaan. Maar dan check ik wel even juist de dingen zoals weet u dat u   
 niet mag na-masseren en dat u om de beurt moet wisselen etc., maar   
 dan hebben de mensen het gevoel al wel een beetje in de vingers.

**Onderzoeker:** En hoe vind je dat jouw collega's de prikinstructie aan patiënten geven?

**Respondent 4:** Het verschilt best wel per collega. De ene collega die doet het wel een   
 beetje op dezelfde manier en zorgt ervoor dat de patiënt altijd zelf   
 prikt. Dat vind ik ook belangrijk, want als mensen thuiskomen en   
 opeens zelf moet gaan prikken, vinden sommige mensen toch opeens   
 heel spannend. Dan hebben ze ook de neiging om te denken: nou, ik   
 doe het morgen wel. En sommige collega's hebben inderdaad wel   
 meer de neiging om te zeggen: nou, ik doe toch maar even voor deze   
 persoon of ik doe de eerste keer zelf. Terwijl ik denk dat juist die ene   
 keer dat ze er 's avonds zijn het belangrijk is dat ze zelf, de patiënten,   
 een keer doen.

**Onderzoeker:** En waar ze wat vandaan komen, dat ze dat allemaal verschillend   
 doen?

**Respondent 4:** Ik denk toch wel dat veel collega's al een langere tijd op de afdeling   
 werken. Je hebt ooit zelf geleerd wat je moet vertellen, maar dingen   
 veranderen ook natuurlijk. En niet iedereen laat zich goed bijscholen.  
 Soms gaan mensen toch op hun eigen manier doen. Of is het   
 gemakzucht, of hebben ze haast. Of denken ze dat ze er geen tijd   
 voor hebben omdat het helemaal uit te leggen aan de patiënt. Dat   
 soort dingen, denk ik.

**Onderzoeker:** En in hoeverre vind jij jezelf in staat om zo'n prikinstructie op dit   
 moment goed te geven?

**Respondent 4:** Op zich wel oké denk ik, voldoende.

**Onderzoeker:** Als laatste hebben we nog de interventies die ook in de enquête naar   
 voren kwamen. Dat was een digitale ondersteuning, zoals een filmpje,   
 meer informatie tijdens de voorlichtingsbijeenkomst, een oefenset of   
 een aangepaste folder. Ik wil ze per interventie met je doornemen en  
 dan eindelijk kijken welke van de vier jij het meest bruikbaar vindt.

**Respondent 4:** Prima.

**Onderzoeker:** De eerste interventie, digitale ondersteuning zoals een filmpje, hoe zie   
je dat voor je? Zou dat hulpvol zijn, of juist niet?

**Respondent 4:** Ik denk het wel. Juist wanneer je dat zou hebben, en mensen gaan   
 naar huis of je hebt ze uitgelegd en ze hebben daarna toch nog   
 vragen, vaak komen er juist later nog vragen op en dan gaan ze toch   
 nog twijfelen. Of het moment de dag erna wanneer ze de hele   
 opname hebben gehad. Juist dan is het misschien handig dat ze nog   
 even een filmpje hebben om terug te kijken, van oh ja, zo moest het.   
 Of ervoor, dat ook. Dat is denk ik wel een goed idee.

**Onderzoeker:** En meer informatie tijdens de voorlichtingsbijeenkomst?

**Respondent 4:** Ik denk dat ze bij zo'n voorlichtingsbijeenkomst al heel veel informatie   
 krijgen. Ik weet van genoeg patiënten bij wie de informatie niet blijft   
 hangen. En we weten ook dat uit onderzoek dat 20 procent van de   
 informatie die tijdens een hoorcollege hoort, ongeveer blijft hangen.   
 Dus als je dat vergelijkt met een voorlichtingsbijeenkomst, dan zou ik   
 zeggen dat het gewoon te veel.

**Onderzoeker:** En een oefenset, zodat patiënten eerst kunnen oefenen op een stukje   
 nep-buik bijvoorbeeld?

**Respondent 4:** Ja, het is toch heel anders wanneer jezelf op jezelf prikt. Wij hebben   
 natuurlijk ook eerst geoefend, maar in de praktijk is het altijd anders.   
 En het is veel spannender als je opeens op jezelf moet gaan prikken.   
 Dus ja, qua handeling is het even leuk, maar ik denk niet dat het heel   
 veel toegevoegde waarde heeft eigenlijk.

**Onderzoeker:** En als laatste een aangepaste folder. Hoe sta je daar tegenover?

**Respondent 4:** Misschien dat je een folder met grotere letters kan hebben? Deze zijn   
 vaak vrij klein en je mensen zo kijken van wat lees ik hier nou? Maar   
 verder qua informatie is wel volledig wat er staat.

**Onderzoeker:** Als je één van de vier interventies aan zou moeten wijzen als beste   
 interventie, welke zou je dan aanbevelen en waarom?

**Respondent 4:** Ik denk het filmpje omdat dat wel echt een toegevoegde waarde heeft.   
 En omdat mensen net even juist het visuele voor zich moeten kunnen   
 zien. En dat is met een folder soms wel lastig. Zo'n folder nemen ze   
 mee naar huis, maar dat filmpje dat zou thuis nog een uitkomst   
 kunnen bieden wanneer ze de dag erna of de ochtend erna nog   
 denken van hoe zat het ook alweer?

**Onderzoeker:** Duidelijk. Is nog iets wat je nog niet hebt kunnen vertellen wat je nog   
 wel wil toevoegen?

**Respondent 4:** Nee, het was wel een volledig interview denk ik.

**Onderzoeker:** Dankjewel.

**Interview 5 – Onderzoeker & respondent 5**

**Onderzoeker:** Het is vandaag 22 4 2020, ik zit hier met *'respondent 5',* verpleegkundige bij ons op de afdeling. Kan je bevestigen dat je   
 informatiebrief en het toestemmingsformulier van mij hebt gekregen en   
 dat je instemt met de audio opname?

**Respondent 5:** Ja.

**Onderzoeker:** Top. Ik heb net al kort toegelicht waarom we hier zitten. Zou jij uit   
 kunnen leggen hoe belangrijk jij het vindt dat we een goede   
 prikinstructie geven op de afdeling?

**Respondent 5:** Jazeker. Het is sowieso heel belangrijk om een goede prikinstructie te   
 geven, omdat mensen het thuis zelfstandig moeten gaan doen en heel   
 veel mensen niet weten hoe of überhaupt nog nooit zelf hebben   
 geprikt. Ter voorkoming van trombose moeten ze het gewoon prikken.   
 Dus het is wel verstandig om gewoon een hele goede uitleg daarover   
 te geven dat ze het ook op de juiste manier doen en dat iedereen   
 hetzelfde doet, ook.

**Onderzoeker:** Hoe bedoel je?

**Respondent 5:** Dat het personeel het ook op dezelfde manier doet, zodat altijd voor   
 alle patiënten duidelijk is.

**Onderzoeker:** En in hoeverre vind je die prikjes echt nodig?

**Respondent 5:** Ja, echt nodig. Ja, ik denk wel dat ze nodig zijn. De arts schrijft ze niet  
 voor niets voor. Dus ik denk het wel. Ja, dat vind ik lastig. Ik weet het   
 niet. Het is gewoon protocol.

**Onderzoeker:** En als je nu een avonddienst werkt en je moet die instructie geven aan   
 patiënten, hoe geef je die dan nu? Dus stel je voor het is tien uur s   
 avonds. Je loopt de kamer op, en dan?

**Respondent 5:** Per persoon doe ik de instructie, dus ik ga ook echt bij de patiënt zitten   
 en dan ga ik het uitleggen. Ik neem dan het spuitje mee en laat zien   
 hoe het eruit ziet. Ik haal nog niet het dopje er af maar laat het eerst   
 vooral zien: hoe ziet het er uit, de spuitjes etc.. Dan leg ik eerst leg ik  
 eerst uit hoe je het moet doen. Dan doe ik het voor met het dopje erop   
 en dan vraag ik aan de patiënt of ze bereid zijn om het zelf te doen,   
 omdat niet alle patiënten het zelf willen prikken. Of ze hebben een   
 partner thuis die het voor ze doet of de thuiszorg die het voor hen   
 regelt. Bij die patiënten laat ik het wel zien, maar bijvoorbeeld als de   
 thuiszorg komt, dan prik ik het voor die patiënt, want dan heeft die   
 patiënt er verder niks mee te maken. Maar als ze het echt zelf gaan  
 doen, dan leg ik het dus altijd eerst uit. Ik laat het ze zien en  
 vervolgens laat ik het ze zelf doen en dan zit ik erbij. En dan doen we   
 gewoon stap voor stap de procedure volgen en dan bij elke patiënt. En   
 sommige patiënten hebben bijvoorbeeld al eerder een operatie gehad   
 waarbij ze hebben moeten prikken. Maar dan blijf ik er nog bij staan   
 om te kijken of dat ze het ook daadwerkelijk wel goed doen. En soms   
 merk je dat ze het dan niet goed prikken. En dan leg ik het opnieuw   
 uit.

**Onderzoeker:** Dus eigenlijk kijk je al wat voor patiënten je voor je hebt en op basis  
 daarvan geef je de instructie, toch?

**Respondent 5:** Ja.

**Onderzoeker:** En die folder die we nu op de afdeling hebben liggen, geef je die standaard al mee?

**Respondent 5:** Nee.

**Onderzoeker:** Alleen als er nog vragen zijn waarschijnlijk dan... [afgebroken]

**Respondent 5:** Kijk, als ik merk bij een patiënt dat ze niet durven bijvoorbeeld. Of dat   
 ze het nog niet helemaal begrijpen. Dan geef ik het wel mee, want ik   
 heb ze gewoon liggen. Maar bij de patiënten die het gewoon in één   
 keer goed doen en gewoon je uitleg heel goed begrijpen, geef ik het   
 eigenlijk niet mee.

**Onderzoeker:** Dus ook daar maak je weer een afweging van welke patiënt heb ik   
 voor me en wordt mijn instructie goed begrepen?

**Respondent 5:** Ja.

**Onderzoeker:** Ervaar je daar nog belemmeringen in?

**Respondent 5:** Dat patiënten het niet begrijpen bedoel je?

**Onderzoeker:** Ja, of dingen gewoon dat je denkt van vind ik echt niet fijn werken op   
 de huidige manier van doen.

**Respondent 5:** Ik maak er wel tijd voor omdat het belangrijk is omdat de patiënt toch   
 gewoon zelf moet prikken. Maar je merkt inderdaad dat het heel druk   
 is, dan kost het best wel veel tijd om per patiënt de instructie te geven.   
 Je trekt daar toch gauw vijf minuten voor uit om dan per patiënt uit te   
 gaan leggen en dat voor te doen. Je kan ook bijvoorbeeld een soort   
 van klassikaal doen. Dat doe ik ook weleens als er bijvoorbeeld jonge   
 mensen liggen. Dan leg ik het gewoon uit in de kamer, gewoon   
 klassikaal. En dan ga ik er per patiënt alsnog erbij staan om te kijken   
 of ze het dan ook wel goed doen. Maar negen van de tien keer hebben   
 we echt wel oudere mensen dus dan doe je gewoon per persoon.   
 Maar als je gewoon merkt van oké dit zijn vrij jonge mensen en ze   
 snappen toch snel en goed. Dan doe ik het wel is klassikaal. Dan ga je   
 per patiënt kijken of ze het wel goed doen. Dus dan kijk je alsnog per   
 patiënt en niet dat iedereen het voor zichzelf doet, want dan weet je   
 alsnog niet of ze het goed doen.

**Onderzoeker:** En als je kijkt naar je collega's, hoe vind je dat je collega's de   
 prikinstructie geven aan patiënten?

**Respondent 5:** Ik merk wel als ik dagdienst heb bijvoorbeeld, en mensen gaan met   
 ontslag, dan vraag ik altijd: weet u hoe u de Fraxiparine moet prikken?   
 En soms gebeurt het weleens dat mensen dan niet zelf hebben   
 geprikt, maar dat er voor hun is geprikt. En dan moet je het alsnog   
 uitleggen. Of dan geef je alsnog die folder mee. Of in het   
 activiteitenplan staat dat dat wel gebeurd is. Dus dan staat het wel   
 afgevinkt, maar daar hebben ze het niet zelf gedaan. Of ze zeggen ja,   
 ik durfde het gister niet en er is gezegd dat we het vandaag nog even   
 moesten doornemen, bijvoorbeeld. Dat is zeg maar niet hoe het hoort   
 te zijn.

**Onderzoeker:** Je ziet wel verschillende werkwijzen onder je collega's dan, toch?

**Respondent 5:** Ja. En het gebeurt niet vaak, maar het gebeurt weleens dat je dan   
 iemand er net tussen hebt die dan net niet weten hoe het werkt of wel   
 heeft gezien omdat ze het voor hebben gedaan. Maar ze hebben het   
 dan gedaan in plaats van dat ze het de patiënt zelf laten doen.

**Onderzoeker:** Ja oké, duidelijk. En in hoeverre vind jij jezelf goed in staat om die   
 instructie te geven?

**Respondent 5:** Ja, ik doe altijd wel gewoon mijn best om een goede, duidelijke   
 instructie te geven. Je neemt er de tijd voor en als je die tijd niet hebt   
 en je hebt een relatief jonge kamer, dan leg je het gewoon aan   
 allemaal uit. Dan kijk je nog een keer en vraag je van begrijpt u het? Ik heb wel het idee dat ik me wel aan de prikinstructie kan houden. Ik   
 geef alleen niet altijd de prikinstructie mee en dat is misschien wel een   
 puntje waar ik aan moet denken. Want misschien op dat moment   
 snappen ze het wel. Maar als ze dan thuis zijn, dan sta ik er niet meer   
 bij om nog toe te lichten. Dus dan, als we dat dan niet meer snappen,   
 dan hebben ze niks. Dus dat is misschien wel een handige.

**Onderzoeker:** Oké. En in die enquête die ik had uitgezet waren er al vier interventies   
 genoemd als aanvulling op de huidige manier van werken die mogelijk   
 voor verbetering zouden zorgen. Digitale ondersteuning zoals een   
 filmpje, meer informatie tijdens de voorlichtingsbijeenkomst, een   
 oefenset en een aangepaste folder. Als je het goed vindt, dan   
 bespreek ik ze per stuk met je en tegelijk ook wat je van de   
 interventies vindt. Na het bespreken van de vier interventies dan vraag   
 ik je welke je de beste vindt en ook om dat nog te beargumenteren. De   
 eerste interventie is digitale ondersteuning als een filmpje. Zie jij dat   
 als een verbeterende interventie op de afdeling?

**Respondent 5:** Als je het filmpje in de folder zet, zeg maar in die map die ze voor OK   
 krijgen, dan denk ik niet dat de patiënten daar iets mee gaan doen, dat   
 ze echt daadwerkelijk ook die link gaan opzoeken om het filmpje te   
 bekijken. Het staat dan in de map en er zijn nu al een aantal patiënten  
 die de map niet eens doorgelezen hebben als ze hier komen of hier   
 weggaan. Dus dat weet ik niet, of ze daar daadwerkelijk iets mee gaan   
 doen.

**Onderzoeker:** En als je dat filmpje zou laten zien op de afdeling hier, dus   
 voorafgaand aan het prikken zelf?

**Respondent 5:** Dat zou wel een goed idee zijn. Dan kunnen ze zien hoe het werkt. En   
 dan zijn ze denk ik ook wat meer gemotiveerd. Als ze het niet   
 snappen, dat ze dan sneller dat filmpje erbij pakken omdat ze het al   
 een keer hebben gezien. En als het gewoon heel duidelijk op dat   
 filmpje staat denk ik dat ze er meer aan hebben dan een prikinstructie   
 op een kaart die ze nu meekrijgen.

**Onderzoeker:** Een andere interventie was meer informatie tijdens de   
 voorlichtingsbijeenkomst van de orthoconsulent.

**Respondent 5:** Ze krijgen daar al zoveel informatie. Ik heb het idee dat ze dat niet   
 gaan opslaan. Ze hebben een heel boekwerk wat ze moeten lezen   
 voordat ze überhaupt geopereerd worden. Ik denk als je dat daar nog   
 bij doet, dat ze het dan toch niet lezen. Ze weten ook niet waar ze mee   
 in aanraking komen. Dus het is pas op het moment dat ze gaan   
 prikken dan denken ze oh ja, ik moest nog prikken. En dan geef je de  
 uitleg. Ik denk dat als je het vooraf doet, dat ze dat niet gaan opslaan.

**Onderzoeker:** En een oefenset, zodat elke patiënt het eerst op de oefenset kan   
 prikken en daarna op zichzelf?

**Respondent 5:** Ja, dat wordt wel een duur grapje. Ja, het is wel een goed idee denk   
 ik, maar ik vind dat lastig.

**Onderzoeker:** Wat maakt dat lastig vindt?

**Respondent 5:** Ik denk als je voor elke patiënt een oefenset gebruikt, er gaan best wel   
 wat patiënten doorheen. Dan heb je heel veel hoeveel oefensetjes   
 nodig. Het is wel een goed idee: je kan bijvoorbeeld ook op een appel   
 of zo doen.

**Onderzoeker:** En een aangepaste folder, zie je daar nog toegevoegde waarde in?

**Respondent 5:** Op zich is de folder die we nu hebben best wel duidelijk. Er staan ook   
 plaatjes bij en bij het plaatje staat een voorlichting, zeg maar. Ik zou   
 niet weten hoe je die dan nog duidelijker moet maken dan dat hij nu al   
 is.

**Onderzoeker:** Oké. We hebben nu die vier interventies gehad, bij welke interventie  
 heb jij dan het gevoel van als we dat hier zouden implementeren, dat   
 helpt dat mij in het beter geven van de prikinstructie.

**Respondent 5:** Ja, dan de eerste. Dan zou je de patiënten bijvoorbeeld al het filmpje   
 kunnen laten zien als je gewoon nog bezig bent met je rondje. Dan   
 hoef je alleen maar een korte instructie te geven. Ik denk dat dat best   
 wel scheelt in de tijd die je daarvoor uittrekt. Eigenlijk is de instructie al   
 gegeven tijdens dat filmpje. Zelf hoef je dan niet meer de instructie   
 uitgebreid te doen. Je staat er dan alleen maar bij kan waar nodig   
 instructie geven om bij te sturen.Ik denk dat dat beter is.

**Onderzoeker:** Oké, duidelijk voor de rest nog dingen of toevoegingen die je nu nog   
 wil, maar noemen die je niet hebt kunnen benoemen?

**Respondent 5:** Nee.

**Onderzoeker:** Dan sluit ik het bij deze af.

**Interview 6 – Onderzoeker & respondent 6**

**Onderzoeker:** Het is woensdag 22 april 2020, ik zit hier met *'respondent 6',*   
 verpleegkundige bij ons op de afdeling. Ik heb jou de informatiebrief en   
 het toestemmingsformulier gegeven en je vond het goed dat ik het   
 gesprek op nam, he? **Respondent 6:** Ja. **Onderzoeker:** Het gaat over de prikinstructie Fraxiparine en dan specifiek op de   
 situatie van voor de corona-crisis, toen we nog gewoon orthopedische   
 patiënten hadden. Zou jij uit kunnen leggen hoe belangrijk jij het geven   
 van een goede prikinstructie op de afdeling vindt?  **Respondent 6:** Maar bedoel je een goede prikinstructie dat de patiënt het zelf doet? **Onderzoeker:** Ja. Dat je het aan de patiënt uitlegt, dat stuk. **Respondent 6:** Dat vind ik heel belangrijk, want de patiënten moeten uiteindelijk thuis   
 elf gaan prikken. Het is wel van belang dat ze dat ook goed pikken. **Onderzoeker:** En in hoeverre vind je die prikjes echt nodig?  **Respondent 6:** Nou, die zijn wel nodig, ja. Ze zijn toch minder mobiel dan dat ze   
 normaal altijd zijn. Dus de kans op trombose is altijd aanwezig. Dus ze   
 zijn wel belangrijk. **Onderzoeker:** Dus dat je de prikjes zo belangrijk vindt, dat maakt dat je de instructie   
 ook heel belangrijk vindt? **Respondent 6:** Ja. Maar ook hematoomvorming is natuurlijk ook heel snel gebeurd als   
 je net op de verkeerde manier doet. Blauwe plekken op de buik gaan   
 is toch wel rot voor de mensen, want dat doet gewoon pijn. **Onderzoeker:** En dat is makkelijk te voorkomen met een goede instructie, bedoel je? **Respondent 6:** Ja. **Onderzoeker:** En stel je voor je werkt nu een avond en het is tien uur en je gaat een   
 patiëntenkamer op. Hoe geef je de instructie dan? **Respondent 6:** Ik leg het uit en dan laat ik zelf de patiënt het vaak prikken. Ook als   
 patiënten het niet willen, zeg ik altijd ik doe nou maar, want als het je   
 eenmaal hebt gedaan wordt het reuze mee. En die uitleg geef ik dan   
 ook mee.  **Onderzoeker:** Die folder bedoel je? Geef je die altijd mee? **Respondent 6:** Ja. **Onderzoeker:** En als je dat dan nu geeft, die instructie, ervaar je er nog   
 belemmeringen in? **Respondent 6:** Nee. **Onderzoeker:** Oke. En als je dan je collega's kijkt. Wat vind je van de manier waarop   
 je collega's prikinstructie geven aan patiënten? **Respondent 6:** Hoe vind ik dat? Maar volgens mij doen de meesten dus wel op   
 dezelfde manier als ik.  **Onderzoeker:** Oke. En als je naar jezelf kijkt, in hoeverre vind je jezelf in staat om  
 zo'n prik instructie hier goed te kunnen geven op de afdeling? **Respondent 6:** Hoe ik dat zelf vind? Ik acht mezelf wel..., gewoon dat ik het goed kan. **Onderzoeker:** De omstandigheden hier op de afdeling zijn ook allemaal goed om dat   
 te kunnen doen? **Respondent 6:** Ja. **Onderzoeker:** Oké. Ik heb in dat onderzoek ook vier mogelijke interventies nog   
 benoemd aan het einde om de prikinstructie te verbeteren. Dat was   
 digitale ondersteuning zoals een filmpje, meer informatie tijdens de   
 voorlichtingsbijeenkomst, een oefenset zodat dat patiënten eerst   
 kunnen oefenen of een aangepaste folder. Ik wil graag even stuk voor   
 stuk bespreken en horen wat je ervan vindt en dan vraag ik je aan het   
 einde om de beste interventie te kiezen en die te beargumenteren. **Respondent 6:** Ja. **Onderzoeker:** De eerste was digitale ondersteuning, zoals een filmpje dat patiënten   
 hier bijvoorbeeld op een tablet het eerst visueel kunnen zien en dan   
 onder begeleiding prikken. Wat zou je daarvan vinden?  **Respondent 6:** Dat zou ik een hele goede optie vinden. Dan weten ze wat er gaat   
 gebeuren. Ze zien dan hoe het gaat. **Onderzoeker:** En meer informatie tijdens een voorlichtingsbijeenkomst bij de   
 orthoconsulent? **Respondent 6:** Nee, ik denk niet dat ze dat gaan onthouden.  **Onderzoeker:** Nee? **Respondent 6:** Nee, ik denk niet dat dat werkt.  **Onderzoeker:** En een oefenset, zodat patiënten het prikken kunnen oefenen? **Respondent 6:** Ja en nee. Ja, om de juiste techniek te oefenen. Nee, omdat er heel   
 vaak mensen bang zijn om bij zichzelf te prikken, dus dat neemt dat   
 stukje niet weg. **Onderzoeker:** Dus je ziet angst als de grootste factor die mensen weerhoudt?  **Respondent 6:** Ja. **Onderzoeker:** Oke. En de laatste was een aangepaste folder. **Respondent 6:** Nee. **Onderzoeker:** En als je dan die vier interventies tegen elkaar afweegt, wat zou dan   
 jouw voorkeur hebben om hier te gebruiken? **Respondent 6:** Dan twijfel ik tussen die twee. Die met het instructie filmpje en om te   
 oefenen. Als ik zou moeten kiezen, zou ik denk ik toch voor het   
 oefenen gaan, want dan hebben ze die handeling al onder andere   
 knie. Misschien dat ze dan minder angstig zijn om het bij hun zelf te   
 doen. **Onderzoeker:** Oke duidelijk. Heb je nog aanmerkingen of dingen die je nog niet kwijt   
 hebt gekund die je nog wil toevoegen aan het gesprek?  **Respondent 6:** Nee. **Onderzoeker:** Top, dan sluiten we het hierbij af.

## Bijlage D: Gelabelde uitwerking interviews

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Onderwerp: eigen handelswijze** | | | |
| Respondent | Reactie | Kernpunten | Conclusie/ label |
| 1 | Nou, ik kijk eerst of de mensen het mondeling kunnen begrijpen, en dan vraag ik meestal vraag ik of ik het mag demonstreren bij de patiënt zelf voor de eerste keer en dat ze het de volgende keer bij een andere collega zelf proberen. En als ze kan goed genoeg het gevoel hebben dat ze dat zelf kunnen doen, dan laat ik ze zelf doen. En als ze dat allemaal niet goed kunnen begrijpen, hebben we altijd nog een foldertje waar duidelijk de plaatjes bij staan en uitleg hoe of wat. En als het dan eigenlijk niet begrijpen, ja, dan zou ik het zelf ook niet meer weten. | * Geven van de mondelinge instructie. * Vraag of vpk het voor mag doen. * Controle of mondelinge instructie voldoende was, eventueel folder. | Folder niet altijd gegeven |
| 2 | Nou heb ik nooit echt avonddienst gehad, maar ik vraag het wel altijd, want ik wil ook gewoon weten hoe dat in zijn werk gaat natuurlijk. Ik vind zelf persoonlijk dat het voor nu ging het echt zo van het wordt een beetje uitgelegd en dan controle vragen zijn er niet echt bij iedereen. Je hebt soms collega's die het blaadje gewoon geven. Heb ik ook weleens een keer gezien of ook gehoord. En sommige collega's nemen wel de tijd om uit te leggen, maar dat is ook een beetje wisselvallig. | * Controle vragen zijn er niet bij iedereen. * Collega’s die het blaadje alleen geven/ verschillende werkwijzen onder collega’s. | Folder soms gegeven zonder verdere instructie |
| 3 | En dan is het 10 uur s avonds. Dus dat is dag één na OK, of het is zes uur s avonds, dan is het de dag na OK, dag 2. Je vraagt van de patiënt: wilt u het zelf doen in, het kader van je dat je thuis gaat oefenen? En dan geef je eerst een instructie van hoe haal je dan weer uit? En hoe spuit überhaupt? en hoe houdt je vingers zodat je niet de vloeistof alvast weg spuit in de buik? En de ene keer zegt iemand ja, dit ga ik gewoon echt niet doen. Dan regel je thuiszorg en als mensen dit wel gaan doen dan kan je ook nog vragen wat moeten we anders morgen met de dag van ontslag de partner erbij halen om samen te prikken, en we hebben prikinstructie-kaarten. Als mensen erom vragen, het is zo gepakt. Als mensen onduidelijkheden hebben over Fraxiparine, of ze twijfelen, je scheurt hem los van die enorme stapel achter de secretaresses en je geeft het mee. De instructie op de kaart zelf vind ik persoonlijk duidelijk. | * Geven van de mondelinge instructie. * Eventueel extra uitleg met partner. * Controle of mondelinge instructie voldoende was, eventueel folder. | Folder niet altijd gegeven |
| 4 | Meestal geef ik ze eerst dat foldertje wat we hebben, zodat ze dat   even kunnen doorlezen. En dan begin ik met alle medicijnen te delen. En dan aan het einde dan, als mensen hebben gelezen en ik heb de medicijnen gedeeld, dan ga ik iedereen gewoon af met ja. Wat is dit? En hoe doet u het nu open? U gaat straks zelf voor het eerst zelf prikken, dat ga ik niet bij hen doen. En dan leg ik uit, hij kan in de buik, niet in de buurt van littekens, niet in de buurt van een navel, altijd onder de navel. Afwisselen per kant dus de ene avond aan de ene kant, andere avond aan de andere kant. Altijd rond dezelfde tijd, rond het avondeten is meestal makkelijk. De eerste avond is het dan vaak om 10 uur, maar de avond er na kunt u het gewoon om 6 uur prikken. Dat soort basis dingen. Niet na masseren, altijd tien seconden wachten als u heeft geprikt voordat u hem eruit haalt. En dan een beetje op een logische volgorde natuurlijk. En dan uiteindelijk, als ik dat praatje heb gedaan vraag ik of er nu nog vragen zijn. Als die er zijn dan beantwoord ik natuurlijk de vragen die mensen hebben. Vaak is dat: hoe lang moet ik dit doen? Dat is dan vier weken en daarna zeg ik stap voor stap mag u dit gaan doen. Zo'n buikplooi pakken en loodrecht erin. En inderdaad tien seconden wachten. Dan mag u nu het dopje eraf halen, dan mag u dat gaan doen. Gewoon stap voor stap doornemen en als het iemand het heeft gedaan en er is toch iets fout gegaan, zoals het niet tien seconden wachten wat vaak wel eens gebeurt. Dan zeg ik dat ging op zich best wel goed. Wel even opletten dat u nog tien seconden wacht voordat u de naald eruit trekt. Dan weet u zeker dat alles erin zit voordat u de naald eruit trekt. En dan daarna dat je de naald veilig met zo'n plastic buisje overheen schuift zodat niemand zich eraan prikt. | * Geven van de folder. * Aanvullend geven van een mondelinge instructie. | Folder altijd gegeven |
| 5 | Per persoon doe ik de instructie, dus ik ga ook echt bij de patiënt zitten en dan ga ik het uitleggen. Ik neem dan het spuitje mee en laat zien hoe het eruit ziet. Ik haal nog niet het dopje er af maar laat het eerst vooral zien: hoe ziet het er uit, de spuitjes etc.. Dan leg ik eerst leg ik eerst uit hoe je het moet doen. Dan doe ik het voor met het dopje erop en dan vraag ik aan de patiënt of ze bereid zijn om het zelf te doen, omdat niet alle patiënten het zelf willen prikken. Of ze hebben een partner thuis die het voor ze doet of de thuiszorg die het voor hen regelt. Bij die patiënten laat ik het wel zien, maar bijvoorbeeld als de thuiszorg komt, dan prik ik het voor die patiënt, want dan heeft die patiënt er verder niks mee te maken. Maar als ze het echt zelf gaan doen, dan leg ik het dus altijd eerst uit. Ik laat het ze zien en vervolgens laat ik het ze zelf doen en dan zit ik erbij. En dan doen we gewoon stap voor stap de procedure volgen en dan bij elke patiënt. En sommige patiënten hebben bijvoorbeeld al eerder een operatie gehad waarbij ze hebben moeten prikken. Maar dan blijf ik er nog bij staan om te kijken of dat ze het ook daadwerkelijk wel goed doen. En soms merk je dat ze het dan niet goed prikken. En dan leg ik het opnieuw uit. **Onderzoeker:** Dus eigenlijk kijk je al wat voor patiënten je voor je hebt en op basis daarvan geef je de instructie, toch?  **Respondent 5:** Ja.  **Onderzoeker:** En die folder die we nu op de afdeling hebben liggen, geef je die standaard al mee?  **Respondent 5:** Nee. | * Mondelinge instructie. * Folder niet standaard meegegeven. | Folder soms meegegeven |
| 6 | Ik leg het uit en dan laat ik zelf de patiënt het vaak prikken. Ook als patiënten het niet willen, zeg ik altijd ik doe nou maar, want als het je eenmaal hebt gedaan wordt het reuze mee. En die uitleg geef ik dan ook mee.  **Onderzoeker:** Die folder bedoel je? Geef je die altijd mee? **Respondent 6:** Ja. | * Mondelinge instructie. * Folder wordt altijd meegegeven. | Folder wordt altijd meegegeven |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Onderwerp: handelswijze collega’s** | | | |
| Respondent | Reactie | Kernpunten | Conclusie/ label |
| 1 | **Respondent 1:** Wat ik gezien heb, daar kan ik niet heel veel van zeggen, maar wat ik gezien heb is dat ze precies hetzelfde doen. Alleen zijn wel collega's die het foldertje ook meegeven als extra hulpmiddel. Maar ik vraag het meestal gewoon aan de patiënt of ze dat nodig vinden. | * Tegenstrijdige informatie; respondent benoemt dat zij vindt dat collega’s precies hetzelfde doen, maar benoemt daarna direct dat er een verschillende werkwijze bestaat. | Verschillende werkwijzen onder collega’s |
| 2 | **Respondent 2:** Nee, maar ik denk dat dat sommige mensen… Kijk, het is wel een soort protocol om zeg maar de prikinstructie mee te geven. Maar daar wijken sommige mensen toch echt wel van het protocol af. Want ja, of je kan het heel letterlijk nemen en geven de prikinstructie mee of je breidt het wat uit en je geeft daadwerkelijk instructie. Dus ja, ik denk dat het een beetje dubbel is. | * Vindt dat sommige collega’s van het bestaande protocol afwijken. | Verschillende werkwijzen onder collega’s |
| 3 | Nou, dat is natuurlijk een beetje een lastige vraag, maar ik sta vaak alleen met leerlingen en als ik als toetser mijn collega's toets op subcutane injecties, dan doet het over het algemeen al mijn collega's injecteren hetzelfde, op een pop.  **Onderzoeker:** Specifiek over je collega's: je werkt natuurlijk niet samen tijdens een avonddienst.  **Respondent 3:** Nee, want je hebt gewoon als verpleegkundige je eigen kamer. Het Is natuurlijk niet reëel om met twee verpleegkundigen op een kamer te staan en dan je collega te controleren. Maar ik als toetser zie je wel dat iedereen dat iedereen op het toetsmoment goed injecteert. Ze weten hoe ze het moeten doen in ieder geval. Of ze doen weet ik niet, maar ze weten hoe het moeten.  **Onderzoeker:** Dat is natuurlijk wel zo: als er een verschillende werkwijze zou zijn onder collega's, dan zie je dat dus niet van elkaar, want je staat los van elkaar te werken, toch?  **Respondent 3:** Ja, correct. | * Vindt dat wanneer respondent handelingen aftoetst, de collega’s wel op dezelfde wijze injecteren. * Geen controle tijdens dienst; collega’s geven de instructie altijd alleen. | Tijdens aftoets-moment wordt de daadwerkelijke handeling door iedereen hetzelfde gedaan  Er is geen sociale controle doordat de prikinstructie altijd door één collega wordt gegeven |
| 4 | **Respondent 4:** Het verschilt best wel per collega. De ene collega die doet het wel een beetje op dezelfde manier en zorgt ervoor dat de patiënt altijd zelf prikt. Dat vind ik ook belangrijk, want als mensen thuiskomen en opeens zelf moet gaan prikken, vinden sommige mensen toch opeens heel spannend. Dan hebben ze ook de neiging om te denken: nou, ik doe het morgen wel. En sommige collega's hebben inderdaad wel meer de neiging om te zeggen: nou, ik doe toch maar even voor deze persoon of ik doe de eerste keer zelf. Terwijl ik denk dat juist die ene keer dat ze er 's avonds zijn het belangrijk is dat ze zelf, de patiënten, een keer doen. | * Benoemt verschillende werkwijzen onder collega’s. Niet iedere collega laat ’s avonds de patiënt zelf prikken. | Verschillende werkwijzen onder collega’s |
| 5 | **Respondent 5:** Ik merk wel als ik dagdienst heb bijvoorbeeld, en mensen gaan met ontslag, dan vraag ik altijd: weet u hoe u de Fraxiparine moet prikken? En soms gebeurt het weleens dat mensen dan niet zelf hebben geprikt, maar dat er voor hun is geprikt. En dan moet je het alsnog uitleggen. Of dan geef je alsnog die folder mee. Of in het activiteitenplan staat dat dat wel gebeurd is. Dus dan staat het wel afgevinkt, maar daar hebben ze het niet zelf gedaan. Of ze zeggen ja, ik durfde het gister niet en er is gezegd dat we het vandaag nog even moesten doornemen, bijvoorbeeld. Dat is zeg maar niet hoe het hoort te zijn. | * Er wordt soms ‘voor’ de patiënt geprikt. In het activiteitenplan wordt dan wél aangevinkt dat de instructie is gegeven. | Verschillende werkwijzen onder collega’s |
| 6 | **Respondent 6:** Hoe vind ik dat? Maar volgens mij doen de meesten dus wel op dezelfde manier als ik. | * Respondent vindt dat ‘de meeste’ collega’s de voorlichting op dezelfde manier geven. | Collega’s werken hetzelfde |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Onderwerp: draagvlak interventie 1: digitale ondersteuning** | | | |
| Respondent | Reactie | Kernpunten | Conclusie/ label |
| 1 | Een filmpje zou wel extra ondersteuning zijn voor de mensen die het echt niet begrijpen. Die zal je altijd wel daartussen hebben zitten. Dus een filmpje zou inderdaad voor de groep die het dan echt niet begrijpt of liever fysiek wil zien hoe het in een filmpje aan toegaat. Dan heb je weer meer een beeld erbij. Hier gaat het dan niet natuurlijk bij de patiënt gelijk doen of diegene die zich daar niet comfortabel over voelt. Dan zien ze in ieder geval bij een ander te werk gaat. Dus dat zou wel een goede ondersteuning kunnen zijn. | * Beeld zou kunnen helpen als ondersteuning. | Positief |
| 2 | **Respondent 2:** Omdat we bijna eigenlijk bijna alles digitaal al doen, denk ik dat dat een hele goede optie is omdat je ook een soort van beelden bij je hebt, bij wat er wordt uitgelegd. Maar ja, niet iedereen kan natuurlijk gebruik maken van beeldmateriaal. Of begrijp dat dan, op die manier. Dus dan kan. Voor de wat jongere generatie denk ik dat het hartstikke goed is, want die snappen dat zelf natuurlijk ook hartstikke goed. Die hebben allemaal volgens mij smartphone, dus dat moet gewoon kunnen maar wat oudere mensen denk ik niet.  **Onderzoeker:** Nee, dus misschien zouden we moeten helpen met het makkelijk vindbaar maken van zo'n filmpje bijvoorbeeld?  **Respondent 2**: Ja, dat zou natuurlijk ook goed kunnen. Maar ja, sommige mensen maken, helemaal geen gebruik van internet. Kijk, het zou misschien in het ziekenhuis bijvoorbeeld wel gedaan kunnen worden denk ik dan. Bijvoorbeeld dat... We hebben televisies hangen natuurlijk.  **Onderzoeker:** Op de televisie bijvoorbeeld? Of een tablet - het is even een stap te ver misschien -, maar dat je van tevoren in het ziekenhuis al dat filmpje laat zien?  **Respondent 2:** Ja, bijvoorbeeld, denk ik dan. | * Beeld zou kunnen helpen als ondersteuning. Kanttekening is wel dat ouderen mogelijk moeite hebben met het opzoeken ervan. Het in het ziekenhuis al tonen van de beelden zou dit weg kunnen nemen. | Positief |
| 3 | **Respondent 3:** En wanneer wil je die laten zien? Bij de orthoconsulent? Of is het thuis opdracht?  **Onderzoeker:** Stel je voor, je werkt hier s avonds en je laat het filmpje zien voorafgaand aan je instructie zoals je nu al geeft. En je geeft een link naar het filmpje nog mee naar huis. Als mensen thuis nog vragen bij het filmpje kunnen zien.  **Respondent 3:** Maar dan bedoel jij dat ik dat op mijn mobiel moet laten zien aan iedere patiënt?  **Onderzoeker:** Nee, dat is weer een stap verder. Maar stel je voor, we hebben hier een iPad op de afdeling waar je het filmpje op zou kunnen laten zien?  **Respondent 3:** Dan kan je voorafgaand wel vragen of ze daar behoefte aan hebben. Want ik ben inderdaad persoonlijk ook iemand die leert door te zien. Dus dan heeft iemand heel duidelijk wel gezien hoe het moet. Want bij jezelf doen is natuurlijk anders. Maar goed, dan heb je wel de handeling gezien, dus ik denk wel dat dat zinvol is.  **Onderzoeker:** Als het ik goed begrijp wat je antwoordt, als we hier wel de middelen hebben om dat te faciliteren? Dat je niet telefoon het filmpje laat zien?  **Respondent 3:** Juist qua hygiëne, anders aan je telefoon. Als we een tablet hebben, of drie dan denk ik, en er is behoefte aan zo'n filmpje om het dan visueel beter te zien. Ja, dan is dat denk ik wel iets heel fijn. | * Een filmpje zou helpen om het visueel te maken. Er zullen dan wel middelen beschikbaar moeten zijn in verband met hygiëne. | Positief |
| 4 | Ik denk het wel. Juist wanneer je dat zou hebben, en mensen gaan naar huis of je hebt ze uitgelegd en ze hebben daarna toch nog vragen, vaak komen er juist later nog vragen op en dan gaan ze toch nog twijfelen. Of het moment de dag erna wanneer ze de hele opname hebben gehad. Juist dan is het misschien handig dat ze nog even een filmpje hebben om terug te kijken, van oh ja, zo moest het. Of ervoor, dat ook. Dat is denk ik wel een goed idee. | * Een filmpje zou helpen. Ook wanneer er juist later nog vragen op komen, kan het filmpje teruggekeken worden. | Positief |
| 5 | **Respondent 5:** Als je het filmpje in de folder zet, zeg maar in die map die ze voor OK krijgen, dan denk ik niet dat de patiënten daar iets mee gaan doen, dat ze echt daadwerkelijk ook die link gaan opzoeken om het filmpje te bekijken. Het staat dan in de map en er zijn nu al een aantal patiënten die de map niet eens doorgelezen hebben als ze hier komen of hier weggaan. Dus dat weet ik niet, of ze daar daadwerkelijk iets mee gaan doen.  **Onderzoeker:** En als je dat filmpje zou laten zien op de afdeling hier, dus voorafgaand aan het prikken zelf?  **Respondent 5:** Dat zou wel een goed idee zijn. Dan kunnen ze zien hoe het werkt. En dan zijn ze denk ik ook wat meer gemotiveerd. Als ze het niet snappen, dat ze dan sneller dat filmpje erbij pakken omdat ze het al een keer hebben gezien. En als het gewoon heel duidelijk op dat filmpje staat denk ik dat ze er meer aan hebben dan een prikinstructie op een kaart die ze nu meekrijgen. | * Alleen een linkje naar het filmpje in de informatiefolder zal weinig effect hebben. * Een filmpje op de afdeling zou helpen en kunnen zorgen voor meer motivatie. Ook wanneer er juist later nog vragen op komen, kan het filmpje teruggekeken worden. | Positief |
| 6 | Dat zou ik een hele goede optie vinden. Dan weten ze wat er gaat gebeuren. Ze zien dan hoe het gaat. | * Een filmpje zou helpen. Patiënten kunnen de handeling dan zien. | Positief |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Onderwerp: draagvlak interventie 2: meer informatie vooraf** | | | |
| Respondent | Reactie | Kernpunten | Conclusie/ label |
| 1 | **Respondent 1:** Zou kunnen, maar als ik dan nu even voor mezelf  spreek dan kan dat misschien voor sommige mensen juist meer  angst opwekken.  **Onderzoeker:** Dat ze denken oh jee, ik moet me later gaan  prikken. Help?  **Respondent 1:** Ja. Misschien juist een drempel is om het juiste te  doen. Het wordt lastiger om te bespreken hoe dat moet gebeuren  en zo zit het in z'n werk. Zou wel kunnen, maar ja, ik ben bang dat  er ook negatieve effecten aan zitten. | * Meer informatie vooraf zou juist angst op kunnen wekken. | Neutraal |
| 2 | Uhm, het is wel een goede. Ik denk dat dat sowieso geen kwaad kan, maar of mensen daar daadwerkelijk dat onthouden of daar iets mee doen? Dat ja, dat is natuurlijk twee. Dus ik denk dat dat een beetje afhankelijk is van. En wat legt de orthoconsulent dan uit? En nou ja, net als hoe het hier gaat. Sommige mensen leggen het heel breed uit, maar sommigen misschien ook niet | * Meer informatie kan geen kwaad, werking ervan wordt in twijfel getrokken. | Neutraal |
| 3 | **Respondent 3:** Aan de ene kant is dat ook heel goed dat het daar alvast verteld wordt. Maar er wordt al heel veel verteld en 100 procent vertellen, onthouden mensen toch maar 20 procent. Ze komen hier, het is dan al 14 dagen verder, die weten dat echt niet meer. Die instructiekaart: of mensen kijken er niet eens in, en in die hele map niet. Of ze raken dat kwijt, dat losse kaartje. Je kan het proberen, maar of dat echt zinvol is? Ik denk dat misschien maar 10 procent van die mensen dan gaan bekijken en de rest raakt het kwijt of...  **Onderzoeker:** Dus daar ben je wat minder positief over he, ten opzichte van de eerste interventie?  **Respondent 3:** Dat denk ik wel. Ze krijgen natuurlijk al heel veel informatie he, bij de orthoconsulent en dan ook nog een keer over hoe spreek ik mezelf? En dan komen ze over 2-3 weken. In het ergste geval nog wat later, want het is allemaal uitgesteld, die mensen weten dat dan echt niet meer.  **Onderzoeker:** Dus je moment van extra voorlichting, zeg maar een extra interventie, zou gaan op de afdeling zelf. Dat je dan zeg maar hier pas aandacht aan besteed. Toch?  **Respondent 3:** Ja, of bij de opname, maar bij opnames zijn mensen echt super zenuwachtig. Dus, voorafgaand aan de opname? Nee, ik denk dat dat werkt | * Patiënten krijgen vooraf al heel veel informatie, meer specifieke informatie vooraf zou patiënten meer zenuwachtig kunnen maken. | Negatief |
| 4 | Ik denk dat ze bij zo'n voorlichtingsbijeenkomst al heel veel informatie krijgen. Ik weet van genoeg patiënten bij wie de informatie niet blijft hangen. En we weten ook dat uit onderzoek dat 20 procent van de informatie die tijdens een hoorcollege hoort, ongeveer blijft hangen. Dus als je dat vergelijkt met een voorlichtingsbijeenkomst, dan zou ik zeggen dat het gewoon te veel. | * Patiënten krijgen vooraf al heel veel informatie, nog meer informatie zou niet goed blijven hangen. | Negatief |
| 5 | Ze krijgen daar al zoveel informatie. Ik heb het idee dat ze dat niet  gaan opslaan. Ze hebben een heel boekwerk wat ze moeten lezen voordat ze überhaupt geopereerd worden. Ik denk als je dat daar nog bij doet, dat ze het dan toch niet lezen. Ze weten ook niet waar ze mee in aanraking komen. Dus het is pas op het moment dat ze gaan prikken dan denken ze oh ja, ik moest nog prikken. En dan geef je de uitleg. Ik denk dat als je het vooraf doet, dat ze dat niet gaan opslaan. | * Patiënten krijgen vooraf al heel veel informatie, nog meer informatie zou niet goed blijven hangen. | Negatief |
| 6 | Nee, ik denk niet dat ze dat gaan onthouden. | * Patiënten onthouden de informatie niet. | Negatief |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Onderwerp: draagvlak interventie 3: een oefenset** | | | |
| Respondent | Reactie | Kernpunten | Conclusie/ label |
| 1 | Zou in principe ook kunnen. Ja, net als het filmpje eigenlijk. Dan  hebben ze in ieder geval een beetje een idee. Hoe voelt dat nou? En hoe ga ik dat bij mezelf straks doen? Dus dat zou inderdaad ook kunnen. | * Een oefenset zou een positieve invloed kunnen hebben omdat patiënten een beter idee hebben van de handeling. | Positief |
| 2 | Nou, dat vind ik eigenlijk een hele goede. Ik denk dat sowieso doordat je het veel oefent dat mensen daar meer van leren. Tenminste misschien, als ik naar mezelf kijk. Als ik naar mezelf kijk, leer je door te oefenen en of het allemaal beter maar goed. | * Een oefenset zou een positieve invloed kunnen hebben omdat patiënten leren door te oefenen. | Positief |
| 3 | Nou, zo leren we het zelf ook. Dus op zich. Ik weet niet of de kosten daar zeg maar goed genoeg voor zijn. Dat zijn wel extra kosten. Maar het is een idee, ja. | * Een oefenset zou een positieve invloed kunnen hebben. Er moet wel rekening gehouden worden met de kosten. | Neutraal |
| 4 | Ja, het is toch heel anders wanneer jezelf op jezelf prikt. Wij hebben natuurlijk ook eerst geoefend, maar in de praktijk is het altijd anders. En het is veel spannender als je opeens op jezelf moet gaan prikken. Dus ja, qua handeling is het even leuk, maar ik denk niet dat het heel veel toegevoegde waarde heeft eigenlijk. | * Qua handeling zou het bevorderlijk zijn, maar daadwerkelijk zelf prikken is heel anders. | Neutraal |
| 5 | Ik denk als je voor elke patiënt een oefenset gebruikt, er gaan best wel wat patiënten doorheen. Dan heb je heel veel hoeveel oefensetjes nodig. Het is wel een goed idee: je kan bijvoorbeeld ook op een appel of zo doen. | * Het oefenen van de handeling is positief, er moet wel rekening gehouden worden met de kosten. | Positief |
| 6 | Ja en nee. Ja, om de juiste techniek te oefenen. Nee, omdat er heel vaak mensen bang zijn om bij zichzelf te prikken, dus dat neemt dat stukje niet weg. | * Een oefenset zou een positieve invloed kunnen hebben door het oefenen van de handeling. De angst voor het zelf injecteren neemt het niet weg. | Neutraal |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Onderwerp: draagvlak interventie 4: aangepaste folder** | | | |
| Respondent | Reactie | Kernpunten | Conclusie |
| 1 | Ik denk dat daar wel de meeste dingen op staan, dus dat zou dan niet hoeven. | * Folder is al compleet. Aanpassing onnodig. | Negatief |
| 2 | Nou ja, misschien dat er een keer naar gekeken kan worden. Dat zou heel goed kunnen natuurlijk. Maar in principe staat er volgens mij wel alles in wat erin hoort te staan. Maar ja, misschien dat het iets versoepeld kan worden qua taalgebruik ofzo, want het is wel een lap tekst wat erop staat. | * Alle informatie is al aanwezig, eventueel vereenvoudiging in taalgebruik. | Neutraal |
| 3 | Dat kan ook. Het moet heel kort, makkelijk leesbaar zijn. Want als er te veel informatie staat of juist niet aantrekkelijk, dan slaan mensen het ook al over. | * Tekst moet kort en makkelijk leesbaar. | Positief |
| 4 | Misschien dat je een folder met grotere letters kan hebben? Deze zijn vaak vrij klein en je mensen zo kijken van wat lees ik hier nou? Maar verder qua informatie is wel volledig wat er staat. | * Folder is al compleet, eventueel grotere letters. | Neutraal/ positief |
| 5 | Op zich is de folder die we nu hebben best wel duidelijk. Er staan ook plaatjes bij en bij het plaatje staat een voorlichting, zeg maar. Ik zou niet weten hoe je die dan nog duidelijker moet maken dan dat hij nu al is. | * Folder is al compleet. Aanpassing onnodig. | Negatief |
| 6 | Nee. | * - | Negatief |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Onderwerp: interventie die de voorkeur geniet** | | | |
| Respondent | Reactie | Kernpunten | Conclusie/ label |
| 1 | **Respondent 1:** Dan zou ik het filmpje zeggen.  **Onderzoeker**: Oké. Wat zorgt er dan voor dat je dat filmpje verkiest boven de oefenset?  **Respondent 1**: Ja, voor mij. Als ik dan voor mezelf kijk is het filmpje vrij duidelijk genoeg, neem ik aan voor de meeste mensen. Ik denk dat dat voldoende is, naast het foldertje en onze eigen uitleg. Ik denk dat dat voldoende is en dat kost natuurlijk ook geen materiaal extra. Het is een filmpje dat je elke keer weer op kan zetten. | * Filmpje als beste interventie: geen extra kosten per patiënt, maar een eenmalige aanschaf. | Voorkeur gaat uit naar digitale ondersteuning als aanvulling op de huidige manier van werken |
| 2 | **Respondent 2:** Nou, ik denk toch voor het filmpje.  **Onderzoeker:** Op basis waarvan?  **Respondent 2:** Voor mensen die natuurlijk naar huis gaan die wat jonger zijn is het ideaal, om het de smartphone hebben, omdat je het ook continu weer terug kan opzoeken. En voor de wat oudere generatie: sommigen kunnen wel heel goed op weg met smartphone of tablet of in die richting. Maar ja, of je speelt het inderdaad af op televisie hier. Ja, ik denk dat mensen daar veel meer van leren.  **Onderzoeker 2:** Misschien zouden we het dan bijvoorbeeld uhm hier al sowieso kunnen laten zien. En als naslag nog mee naar huis geven als mensen  er vragen over hebben.  **Respondent 2:** Dat denk ik wel. Ik denk dat dat een hele goede is. Tuurlijk is het oefenen op iets is ook hartstikke goed. Maar dat is ook een beetje persoonsgebonden denk ik. En een oefensetje kost ook weer wat natuurlijk. Dus ja, daar moet je ook rekening mee houden.  **Onderzoeker:** En zo'n filmpje dat maak je één keer en dat heb je natuurlijk altijd?  **Respondent 2:** Daarom denk ik dat dat de beste is. | * Filmpje als beste interventie: geen extra kosten per patiënt, maar een eenmalige aanschaf. | Voorkeur gaat uit naar digitale ondersteuning als aanvulling op de huidige manier van werken |
| 3 | **Respondent 3:** Dan de eerste.  **Onderzoeker:** En op basis waarvan dan die eerste?  **Respondent 3:** Omdat mensen denken visueel beeld beter onthouden dan lezen. | * Filmpje als beste interventie; respondent denkt dat patiënten visueel beeld beter onthouden dan lezen. | Voorkeur gaat uit naar digitale ondersteuning als aanvulling op de huidige manier van werken |
| 4 | **Respondent 4:** Ik denk het filmpje omdat dat wel echt een toegevoegde waarde heeft. En omdat mensen net even juist het visuele voor zich moeten kunnen zien. En dat is met een folder soms wel lastig. Zo'n folder nemen ze mee naar huis, maar dat filmpje dat zou thuis nog een uitkomst kunnen bieden wanneer ze de dag erna of de ochtend erna nog denken van hoe zat het ook alweer? | * Filmpje als beste interventie; het visuele van het filmpje zou thuis uitkomst kunnen bieden bij vragen. | Voorkeur gaat uit naar digitale ondersteuning als aanvulling op de huidige manier van werken |
| 5 | **Respondent 5:** Ja, dan de eerste. Dan zou je de patiënten bijvoorbeeld al het filmpje kunnen laten zien als je gewoon nog bezig bent met je rondje. Dan hoef je alleen maar een korte instructie te geven. Ik denk dat dat best wel scheelt in de tijd die je daarvoor uittrekt. Eigenlijk is de instructie al gegeven tijdens dat filmpje. Zelf hoef je dan niet meer de instructie uitgebreid te doen. Je staat er dan alleen maar bij kan waar nodig | * Filmpje als beste interventie; tijdwinst als grootste voordeel. | Voorkeur gaat uit naar digitale ondersteuning als aanvulling op de huidige manier van werken |
| 6 | **Respondent 6:** Dan twijfel ik tussen die twee. Die met het instructie filmpje en om te oefenen. Als ik zou moeten kiezen, zou ik denk ik toch voor het oefenen gaan, want dan hebben ze die handeling al onder andere de knie. Misschien dat ze dan minder angstig zijn om het bij hun zelf te doen. | * Oefenset als beste interventie; patiënten hebben de handeling dan al een keer geoefend en zijn dan mogelijk minder angstig. | Voorkeur gaat uit naar een oefenset als aanvulling op de huidige manier van werken |

## Bijlage E: PRISMA-flowchart attitude en communicatie

**PRISMA 2009 Flow Diagram**

Studies included in qualitative synthesis  
(n = 4)

Full-text articles excluded, with reasons  
(n=8)

Full-text articles assessed for eligibility  
(n =14)

Records excluded  
(n=29)

Records screened  
(n=43)

Records after duplicates removed  
(n=10521)

**Identification**

**Eligibility**

**Included**

**Screening**

Studies included in quantitative synthesis (meta-analysis)  
(n =4)

Records identified through database searching PUBMED  
(n=10642)

Additional records identified through other sources [snowball-method]  
(n=3)

## Bijlage F: PRISMA-flowchart interventie

**PRISMA 2009 Flow Diagram**

Studies included in qualitative synthesis  
(n=7)

)

Full-text articles excluded, with reasons  
(n=20)

Full-text articles assessed for eligibility  
(n=27)

Records excluded  
(n=34)

Records screened  
(n=61)

Records after duplicates removed  
(n=107)

**Identification**

**Eligibility**

**Included**

**Screening**

Studies included in quantitative synthesis (meta-analysis)  
(n=7)

Records identified through database searching PUBMED  
(n=106)

Additional records identified through other sources [Google Scholar]  
(n=1)