TAKE ONE

Scripts voor voorlichtingsfilms voor de kinderdagbehandeling

T.D. Buitenhuis
J.G. van Duinen
H.M.A Heutink
M.W. Schuurman

Meesterproef
Juni 2011

Deel I Hoofdverslag

TAKE ONE

SCRIPTS VOOR VOORLICHTINGSFILMS VOOR DE KINDERDAGBEHANDELING

In opdracht van:	Ziekenhuis Gelderse Vallei Afdeling kinderdagbehandeling
Onderzoekers:	T.D. Buitenhuis (071468) J.G. van Duinen (070326) H.M.A. Heutink (070908) M.W. Schuurman (070283)
Begeleiders:	*Namens Christelijke Hogeschool Ede:* Johanna Klaassen (docent verpleegkunde) Ria den Hertog (docent verpleegkunde) *Namens Ziekenhuis Gelderse Vallei :* Annemieke ten Hoedt (seniorverpleegkundige) Gerard Vermeulen (kwaliteitsmedewerker)
Plaats:	Ede
Datum:	Juni 2011

© Christelijke Hogeschool Ede, 2011

VOORWOORD

Met trots presenteren wij u het verslag van het afstudeeronderzoek naar de voorlichtingbehoeften op de kinderdagbehandeling, met als resultaat twee scripts voor voorlichtingsfilm. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV) te Ede.

Wij zijn vier gemotiveerde vierdejaars HBO- Verpleegkunde studenten. In de afgelopen maanden hebben wij veel tijd en energie gestoken in dit onderzoek. Wij kijken terug op een plezierige en vooral leerzame periode. Met tevredenheid kijken wij naar ons eindresultaat.

Graag willen wij de volgende personen bedanken:
Allereerst Annemieke ten Hoedt, senior verpleegkundige van de kinderafdeling, voor haar enthousiaste houding, de fijne samenwerking en de kritische blik waarmee ze meedacht in het proces.
Johanna Klaassen, docent verpleegkunde van de Christelijke Hogeschool Ede (CHE), voor haar kritische blik en opbouwende feedback, alle kopjes koffie en water en de fijne samenwerking.
De verpleegkundigen van de kinderdagbehandeling voor de medewerking in de interviews.
De anesthesisten voor de medewerking in de interviews.
Marieke Hartsuiker, coördinator patiëntenvoorlichting van het ZGV, voor het delen van haar kennis en expertise en de facilitaire mogelijkheden.
Ria den Hertog, docent verpleegkunde, als tweede beoordelaar voor haar kritische feedback.
Gerard Vermeulen, kwaliteitsmedewerker van het ZGV, voor alle facilitaire mogelijkheden.

Het eindresultaat is de start voor het maken van twee voorlichtingsfilms voor de kinderdagbehandeling. 'Take one,' de eerste stap is gezet!

We hopen dat u het verslag met belangstelling zult lezen.

Ede, juni 2011

Dorien Buitenhuis
Janita van Duinen
Henrieke Heutink
Marleen Schuurman

SAMENVATTING

Op de kinderdagbehandeling van het ZGV is uit werkervaring van de opdrachtgever en de kinderverpleegkundigen gebleken dat kinderen (2-18 jaar) die komen voor een operatieve ingreep bij binnenkomst vaak angstig zijn voor het onbekende. Daarnaast komen ze onvoldoende voorbereid op de afdeling. Dit gebeurt ondanks de reeds beschikbare folder- en fotomateriaal.
Het doel van dit onderzoek is om een eerste stap te zetten in het zorgen dat kinderen voldoende voorbereid voor een operatieve ingreep op de afdeling komen. Met voldoende voorbereid wordt in dit geval bedoeld: zowel de acties die worden ondernomen als de angstreductie door mentale voorbereiding. Dit wordt gedaan door scripts voor twee voorlichtingsfilms te ontwikkelen over het universele zorgproces bij operaties op de kinderdagbehandeling die aansluiten bij de behoefte van een kind en diens ouders[1], voor de twee leeftijdscategorieën 2-12 jaar en 12-18 jaar. Tevens worden er aanbevelingen gedaan voor de distributie van de film.
Dit wordt gedaan door eerst te onderzoeken wat de inhoud is van een script voor een voorlichtingsfilm die voorziet in de voorlichtingsbehoeften van ouder en kind (2-18 jaar), voor een operatieve ingreep, aansluitend bij het universele zorgproces van de kinderdagbehandeling in het ZGV en hoe deze voorlichtingsfilm kan worden gedistribueerd.

Er is literatuurstudie gedaan om het onderzoek theoretisch te onderbouwen. Er is gezocht naar verschillende onderwerpen: voorlichting algemeen; voorlichting bij kinderen; ontwikkelingspsychologie; kind en ziekenhuis; voorlichtingsfilm; script schrijven.
Tevens zijn er semigestructureerde interviews gehouden met kinderverpleegkundigen en anesthesisten om te achterhalen wat hun expertise is met betrekking tot het universele zorgproces.
Er is op de kinderdagbehandeling meegelopen om als onderzoekers inzicht te krijgen in het zorgproces. Ook zijn er zeven bestaande voorlichtingsfilmpjes geanalyseerd om ideeën op te kunnen doen voor het ontwikkelen van de scripts. Tot slot zijn er gesprekken gevoerd met deskundigen.

Uit het onderzoek is gebleken dat:
Kinderen van 2 tot 12 jaar willen weten wat hen te wachten staat, om zo het onbekende 'bekend' te maken. Kinderen binnen deze leeftijdscategorie zijn zintuiglijk ingesteld. Een kind heeft niet alleen behoefte aan feitelijke informatie, maar ook aan een beschrijving of benoeming van zijn[2] gevoelens en emoties. Daarnaast is het ook belangrijk om rekening te houden met het cognitieve niveau waarop kinderen zich bevinden.
Jongeren van 12 tot 18 jaar willen concrete en praktische informatie over het zorgproces, dat aansluit bij hun begripsvermogen. In de bejegening moet rekening worden gehouden met de identiteit en het uiterlijk van de jongere.
Ouders willen graag weten hoe het zorgproces er uit ziet en welke bijdrage zij kunnen leveren in de ondersteuning van hun kind tijdens de opname.

De distributie kan op verschillende manieren plaatsvinden. De meest effectieve opties hiervoor zijn: de film op een USB-stick zetten en deze meegeven tijdens het spreekuur van de anesthesist; voorlichtingsfilm op de website van het ZGV en de link daarvan op een voorwerp laten drukken en meegeven tijdens het spreekuur van de anesthesist; een voorlichtingsmiddag in het ziekenhuis organiseren waarin onder andere de film wordt bekeken.

[1] Lees voor ouders desgewenst: ouders/verzorgers.
[2] Lees voor hij/hem desgewenst: zij/haar en vice versa.

Door onderzoek te doen werd het mogelijk een script te schrijven. Het geschreven script sluit aan bij de onderzoeksresultaten inhoud en vormgeving.

Naar aanleiding van de onderzoeksresultaten zijn er aanbevelingen gevormd. De voornaamste zijn:

- De voorlichtingsfilms wordt via het spreekuur van de anesthesist verstrekt. Kinderen ontvangen daar een spuitje met de link naar de voorlichtingsfilm en jongeren ontvangen een USB-stick met daarop de voorlichtingsfilm.
- De anesthesist stimuleert dat de ouder en het kind (samen) de film bekijken. Daarnaast wordt aanbevolen dat kinderen tot twaalf jaar de film een paar dagen van te voren kijken.
- Tot twaalf jaar kijken ouder en kind de film samen.
- De verpleegkundige blikt tijdens de opname met het kind (2-18 jaar) terug op de film.
- Na een half jaar het resultaat van de geïmplementeerde voorlichtingsfilms evalueren.
- Vervolgonderzoek doen naar de rol van ouders bij voorlichting van kinderen.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord 3

Samenvatting 4

1. Inleiding 7

2. Opzet en uitvoering van het onderzoek 9

3. Resultaten 13
   - 3.1 Voorlichtingsvoorwaarden 14
   - 3.2 Voorlichtingsmethoden 17
   - 3.3 Vorm voorlichtingsfilm 22
   - 3.4 Ontwikkelingsfactoren 23
   - 3.5 Zorgtraject 27
   - 3.6 Inhoud voorlichtingsfilms 33
   - 3.7 Scripts voor voorlichtingsfilms 36
   - 3.8 Effectieve distributievormen 40

4. Conclusie 42

5. Aanbevelingen 43

6. Discussie 45

7. Literatuurlijst 48

Bijlagen: de bijlagen zijn te vinden in deel II van dit verslag.

1. Inleiding

Aanleiding

Een opname in het ziekenhuis is voor een kind (2-18 jaar) erg spannend. Het roept allerlei angstige gevoelens op voor het onbekende (Huizinga, e.a., 2004). Daar komt nog bij dat het jongere kind bang is voor scheiding van mensen waar het afhankelijk van is, diens ouders (Robbertson, 2008). Tieners zijn bang voor de aantasting van hun uiterlijk en door de ontwikkelingsfase waarin ze zich bevinden extra privacygevoelig (Huizinga, e.a., 2004).

Uit werkervaring van de opdrachtgever en het team van de kinderdagbehandeling blijkt ook dat kinderen (2-18 jaar) bij binnenkomst vaak angstig zijn voor het onbekende. Verder komt het voor dat kinderen niet nuchter zijn, waardoor operaties uitgesteld of afgelast moeten worden. Dit gebeurt ondanks het feit dat er folder- en fotomateriaal beschikbaar is om kinderen en hun ouders voor te lichten. Dit zou voorkomen kunnen worden door betere voorlichting vanuit het ziekenhuis, aldus de opdrachtgever.

Om deze reden is een wens ontstaan om een voorlichtingsfilm te ontwikkelen die kinderen (2-18 jaar) thuis kunnen kijken.
Met deze film neemt de opdrachtgever aan dat kinderen beter voorbereid op de dagbehandeling komen. Een film is aantrekkelijk en kan thuis in een veilige omgeving worden bekeken. Angst kan dan worden gereduceerd doordat het onbekende dan minder onbekend wordt en voorwaarden voor opname worden beter benadrukt.

De populatie betreft kinderen van 2-12 jaar en jongeren van 12-18 jaar en de ouders van de kinderen (2-18 jaar). Deze kinderen (2-18 jaar) komen voor een operatieve ingreep op de kinderdagbehandeling van het ZGV.

Probleemomschrijving

Probleemstelling
Kinderen komen onvoldoende voorbereid voor een operatieve ingreep op de kinderdagbehandeling.

Doelstelling
In juni 2011 is er een eerste stap gezet in het er voor zorgen dat kinderen voldoende voorbereid voor een operatieve ingreep op de afdeling komen. Met voldoende voorbereid wordt in dit geval bedoeld: zowel de acties die worden ondernomen als de angstreductie door mentale voorbereiding.
Dit wordt gedaan door scripts voor twee voorlichtingsfilms te ontwikkelen over het universele zorgproces bij operaties op de kinderdagbehandeling die aansluiten bij de behoefte van een kind en diens ouders, voor de twee leeftijdscategorieën 2-12 jaar en 12-18 jaar.
Ook worden er aanbevelingen gedaan voor de distributie van de film.

Vraagstelling
Wat is de inhoud van een script voor een voorlichtingsfilm die voorziet in de voorlichtingsbehoeften van ouder en kind (2-18 jaar), voor een operatieve ingreep, aansluitend bij het universele zorgproces van de kinderdagbehandeling in het ZGV en hoe kan deze voorlichtingsfilm worden gedistribueerd?

Deelvragen

1. Waar moet een voorlichting (algemeen en specifiek bij kinderen) aan voldoen?
2. Wat zijn de voor- en nadelen van verschillende voorlichtingsmethoden?
3. Waar moet een voorlichtingsfilm voor kinderen aan voldoen?
4. Welke ontwikkelingsfactoren van een kind spelen een rol bij voorlichting?
5. Hoe ziet het universele zorgproces er uit op de kinderdagbehandeling van het ZGV?
6. Welke behoefte is er vanuit de ouder en het kind voor de inhoud van een voorlichtingsfilm?
7. Wat zijn voorwaarden van verpleegkundigen waar de voorlichting aan moet voldoen?
8. Waar moet een script voor een voorlichtingsfilm aan voldoen?
9. Wat is logistiek het meest effectief voor de distributie van een voorlichtingsfilm?

Begripverheldering

- *Universele zorgproces*
  Het gehele traject – van ontvangst in het ziekenhuis tot uiteindelijk de evaluatie en afsluiting van de geboden zorg – bij een operatieve ingreep van de kinderdagbehandeling.
- *Distributie*
  De opslag en het verspreiden van de voorlichtingsfilm naar ouders en kind.
- *Script*
  Een script beschrijft alles wat er te zien en te horen valt in de film tot in de kleinste details. Technische details horen in een draaiboek, niet in het script.
- *Kinderen*
  Mensen van 2-12 jaar (tenzij anders vermeld).
- *Jongeren*
  Mensen van 12-18 jaar.
- *Voorlichting*
  De informatie overbrengen op de doelgroep.
- *Voorbereiding*
  De acties die iemand onderneemt om klaar te zijn voor een operatie.

2. Opzet en uitvoering van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de opzet en uitvoering van het onderzoek beschreven. Een onderzoek wordt uitgevoerd aan de hand van een bepaalde methodologie. Deze methodologie is onderverdeeld in: onderzoekseenheden; methode van gegevensverzameling; verwerking gegevens en analysebeslissingen; betrouwbaarheid en geldigheid.
In dit onderzoek is de inhoud van een script voor een voorlichtingsfilm voor een dagopname onderzocht, die voorziet in de behoefte van kinderen (2-18 jaar) en hun ouders. Om aan te sluiten bij de voorlichtingsbehoefte over het universele zorgproces is er kwalitatief praktijkgericht onderzoek gedaan.

Onderzoekseenheden

Populatie
De populatie betreft kinderen van 2-12 jaar en jongeren van 12-18 jaar en de ouders van de kinderen (2-18 jaar). Deze kinderen (2-18 jaar) komen voor een operatieve ingreep op de kinderdagbehandeling van het ZGV.
De leeftijdsgrens vanaf twee jaar is aangehouden omdat kinderen tot twee jaar cognitief niet in staat zijn om de voorlichting in de voorlichtingsfilm te verwerken (Van Wageningen, 2004). Ook ouders vallen onder de populatie aangezien zij een grote invloed hebben op de voorlichting en voorbereiding van hun kind.

Informanten
Er zijn interviews gehouden met alle vaste kinderverpleegkundigen van de kinderdagbehandeling in het ZGV. Dit is gedaan om het onderzoek zo valide mogelijk te maken. Voor het onderzoek naar de voorlichting, voorbereiding en voorlichtingsbehoefte van kinderen, jongeren en hun ouders is de expertise van de kinderverpleegkundigen van belang.
Daarnaast zijn er drie anesthesisten van het ZGV geïnterviewd. Deze anesthesisten zijn steekproefsgewijs geselecteerd. Er is voor dit aantal gekozen omdat de anesthesisten niet gespecialiseerd zijn in kinderen en zij maar een korte tijd bij het zorgtraject betrokken zijn.

Methode van gegevensverzameling

Literatuurstudie
Er is literatuurstudie gedaan naar verschillende onderwerpen. Deze zijn zorgvuldig gekozen aan de hand van het onderzoeksplan en sluiten aan bij de deelvragen. De onderwerpen waar literatuurstudie naar is gedaan zijn: voorlichting algemeen; voorlichting bij kinderen (2-18 jaar); ontwikkelingspsychologie; kind (2-18 jaar) en ziekenhuis; voorlichtingsfilm; script schrijven.
De keuze voor literatuurstudie is ontstaan omdat deze wijze van gegevensverzameling van toegevoegde waarde is voor dit onderzoek. In de literatuur is veel kennis beschikbaar betreffende dit onderzoek. Door deze methode is het onderzoek op (wetenschappelijke) literatuur gebaseerd.
Voor de literatuurstudie is er onder andere gezocht naar boeken en artikelen. Dit is gedaan in de mediatheek van de CHE en de bibliotheek van het ZGV. Op internet is gebruik gemaakt van verschillende zoekmachines: Acadamic Search; Google; Invert; Krantenbank; Picarta; Vakbibliotheek. Er is gebruik gemaakt van de volgende zoekwoorden: voorlichting; voorlichting kinderen; voorbereiding

kinderen; ontwikkelingspsychologie; ontwikkeling van het kind; kinderdagbehandeling; aandachtsboog; voorlichtingsmethode; handvest kind en ziekenhuis; cognitie kind; emotie kind; script; voorlichtingsfilms; voorlichting ouders; informatieverwerking; ziektebeleving kinderen; etcetera.

Meelopen

Om zicht te krijgen op het zorgtraject – dat de kinderen doorlopen – is er in tweetallen, twee dagen meegelopen op de kinderdagbehandeling. Twee onderzoekers liepen mee met de kinderen en twee onderzoekers liepen mee met de jongeren. Door deze aanpak is het zorgproces van beide groepen tweemaal geobserveerd. De observaties zijn gedaan op basis van een, op literatuur gebaseerde, ontworpen checklist gericht op de waarneming van de vijf zintuigen. Deze checklisten zijn opgenomen in bijlage 7 en 8.

Interviews

Na het meelopen zijn er interviews gehouden met kinderverpleegkundigen en anesthesisten. Dit is gedaan om te achterhalen wat de expertise is van de kinderverpleegkundigen met betrekking tot voorlichting en voorbereiding van de doelgroep en de voorlichtingsbehoefte van ouder, kind en jongere. Tevens zijn er interviews gehouden met anesthesisten om te achterhalen wat hun bijdrage is tijdens het zorgtraject, welke indruk zij hebben over emoties van kinderen en wat volgens hen indruk maakt op kinderen.

Met zowel kinderverpleegkundigen als anesthesisten zijn interviews gehouden over hun expertise. De interviews zijn semigestructureerd omdat er daardoor ruimte is voor de eigen inbreng van de informanten. Daarnaast is het zodanig gestructureerd om aan de informatie te komen om het doel van de interviews te kunnen bereiken.

Om structuur te geven aan de interviews zijn er twee topiclijsten gemaakt, zie bijlage 13 en bijlage 15. Deze zijn tot stand gekomen op basis van het onderzoeksplan, literatuur en een brainstorm.

Analyse voorlichtingsfilmpjes

Er zijn zeven reeds bestaande voorlichtingsfilmpjes van andere ziekenhuizen geobserveerd en geanalyseerd. Dit is gedaan om een impressie te krijgen van andere voorlichtingsfilmpjes. Deze impressie is omgezet in ideeën die te gebruiken zijn bij het schrijven van de scripts. De voorlichtingsfilmpjes waren gericht op kinderen tot ongeveer twaalf jaar en anderen op volwassenen.

De observaties zijn uitgevoerd aan de hand van een op literatuur gebaseerd analysemodel, zie bijlage 5.

Gesprekken met deskundigen

Op dit moment loopt er een enquête op de kinderdagbehandeling om de patiënttevredenheid te onderzoeken. Deze enquête bevat onder andere vragen met betrekking tot voorlichting. Er is een gesprek geweest met een verpleegkundige van de kinderdagbehandeling die alles omtrent de enquête coördineert. Dit gesprek is gevoerd om bruikbare resultaten uit deze enquêtes te verwerken.

Er is telefonisch contact geweest met de coördinator patiëntenvoorlichting van het ZGV. Dit is gedaan omdat desbetreffend persoon de kennis en ervaring heeft over distributievormen van voorlichtingsmateriaal. Deze kennis en ervaring hebben een bijdrage geleverd aan de mogelijke distributie van de voorlichtingsfilms. Vooraf is er een afspraak gemaakt om te bellen en zijn de vragen die gesteld moesten worden op een rijtje gezet.

Verwerking gegevens en analysebeslissingen

Literatuurstudie

Nadat de bruikbare literatuur vanuit boeken, artikelen en internet is geselecteerd, is deze informatie in tweetallen verwerkt. Dit is gedaan door toepasselijke informatie te selecteren en te structureren. Vervolgens is de informatie verwerkt tot een samenhangend geheel. De literatuurstukken zijn verschillende malen van kritische feedback voorzien door het andere tweetal. Deze wijze is aangehouden omdat dit werkbaar en methodisch is. Daarnaast zijn de stukken door de regelmatige kritische feedback verbeterd tot een goed lopend en samenhangend geheel.

Meelopen

Tijdens het meelopen zijn de observaties in de checklist ingevuld. Al deze gegevens zijn verwerkt in een schema, zie bijlage 20. Aan de hand van dit schema zijn er twee zorgtrajecten – van de kinderen en jongeren – beschreven. Zie voor de zorgtrajecten bijlage 9 en 10.
De gegevens zijn op deze manier verwerkt omdat een schema een overzichtelijke weergave geeft van wat belangrijk is in het zorgtraject.

Interviews

De interviews zijn letterlijk uitgetypt nadat deze zijn opgenomen met een digitale voicerecorder. Vervolgens is de overbodige informatie in de interviews doorgestreept. De bruikbare teksten zijn gefragmenteerd. Aan de fragmenten zijn labels, thema's en kernthema's gekoppeld. Aan de hand van de kernthema's zijn de conclusies van de interviews geschreven.
De interviews zijn op deze wijze verwerkt omdat zo de meest volledige en betrouwbare conclusies getrokken konden worden.

Analyse voorlichtingsfilmpjes

De observaties van de voorlichtingsfilms zijn ingevuld in het analysemodel. Vervolgens zijn er observaties geselecteerd die wel en juist niet aansluiten bij de ideeën van de onderzoekers wat betreft de te ontwikkelen voorlichtingsfilms van het ZGV. Aan de hand van deze geselecteerde observaties is er een analyse geschreven met betrekking tot de inhoud en vormgeving van de voorlichtingsfilms. Zie voor deze analyse bijlage 11.
De voorlichtingsfilms zijn op deze wijze geanalyseerd om gefundeerd ideeën te formuleren voor de voorlichtingsfilms.

Gesprekken met deskundigen

Beide gesprekken zijn uitgewerkt aan de hand van notulen die gemaakt zijn tijdens de gesprekken. Het gesprek met de verpleegkundige van de kinderdagbehandeling leverde informatie op die ter bevestiging van het onderzoek dient.
De uitkomsten van het gesprek met de coördinator patiëntenvoorlichting zijn verwerkt in een distributieschema. Aan de hand van het schema zijn er aanbevelingen gedaan omtrent de meest effectieve distributievorm voor de voorlichtingsfilms.
Er is gekozen voor deze wijze van uitwerking omdat het effectief en overzichtelijk is en zo een waardevolle aanvulling kan zijn op de reeds gevonden informatie.

Betrouwbaarheid en geldigheid

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is gewaarborgd door methodisch te werken, kritisch te blijven en de geschreven stukken regelmatig te controleren. Daarnaast zijn de uitwerkingen van de interviews verschillende keren door de onderzoekers gecontroleerd.
Ook zijn er verschillende voortgangsgesprekken geweest met de begeleider van school en de opdrachtgever. Zij hebben de stukken regelmatig van feedback voorzien. Deze feedback is vervolgens verwerkt.

Pedagogisch medewerkers spelen een grote rol bij voorlichting op de kinderafdeling. Hun rol op de kinderdagbehandeling is zeer beperkt. Daarom is ervoor gekozen om hen enkel feedback te laten geven op delen van de literatuurstudie en de inhoud van de aanloop naar het script. Daarmee is de kennis en expertise van pedagogisch medewerkers ingezet.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de deelvragen om uiteindelijk antwoord te kunnen geven op de vraagstelling. Deze vraagstelling wordt beantwoord in de conclusie. De enige uitzondering wordt gevormd door deelvraag 7 over verpleegkundige voorwaarden, deze is niet beantwoord. In de discussie wordt hier nader op in gegaan.

De antwoorden zijn samengesteld uit de verschillende soorten bronnen. De gegevens uit deze bronnen zijn: de literatuurstudie; de observaties van het meelopen op de kinderdagbehandeling; de interviews met de verpleegkundigen van de kinderdagbehandeling en de anesthesisten; de analyse van de voorlichtingsfilms; de gesprekken met verschillende deskundigen zijn samengevat en te vinden in de bijlagen.
Met deze gegevens kon er een antwoord gegeven worden op de verschillende deelvragen. Hierdoor zijn de gegevens gestructureerd weergegeven in de resultaten.

3.1 Voorlichtingsvoorwaarden

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvraag: "Waar moet een voorlichting (algemeen en specifiek bij kinderen (2-18 jaar)) aan voldoen?" Het antwoord op de deelvraag is gegeven met behulp van literatuur over voorlichting. De volledige literatuur is te vinden in bijlage 2.
Hierbij wordt gekeken naar verschillende functies van voorlichting, de inhoud van voorlichting en naar de voorwaarden die gehandhaafd moeten worden bij het geven van een 'goede' voorlichting.

In dit onderzoek wordt onderstaande definitie aangehouden, deze is gericht op gedragsverandering *en* op ziekte.

> "Een planmatig leer- en/of communicatieproces met een doel, dat gericht op de patiënt wordt geformuleerd, zodat veranderingen in kennis, inzicht, vaardigheden, motivatie en gedrag worden bewerkstelligd, om het vergroten van de mening- en besluitvorming van een zorgvrager en zijn sociale omgeving en om het omgaan met – of herstel van – de ziekte te bevorderen."

Deze definitie is geformuleerd uit de definities van: Den Boer en Damoiseaux, 1988; Schoot, 2006; Damoiseaux, 1993.

Functie van voorlichting

Wanneer er voorlichting wordt gegeven heeft de voorlichter altijd een doel voor ogen. Een voorlichting kan verschillende functies hebben om het beoogde doel te behalen. Er zijn vier functies van voorlichting te onderscheiden:

- Informatief: het overdragen van feitelijke informatie aan de zorgvrager over bijvoorbeeld ziekte, onderzoek, behandeling, praktische informatie over de instelling.
- Instructief: het geven van concrete richtlijnen en leefregels die een zorgvrager nodig heeft met betrekking op de behandeling of een onderzoek.
- Educatief: uitleg geven over ziekte en behandeling, zodat de zorgvrager ziekte-inzicht krijgt.
- Begeleidend: hierbij gaat het om het emotioneel ondersteunen van de zorgvrager, waardoor de ziekte en de gevolgen ervan zo goed mogelijk gehanteerd kunnen worden door de zorgvrager (Jong, de 1998).

Met de bovengenoemde definitie en de beschreven functies is ook het doel van voorlichting duidelijk, namelijk een goede omgang met ziekte en mening- en besluitvorming van de zorgvrager en zijn sociale omgeving. Dit betekent dat voor het schrijven van de scripts voor de voorlichtingsfilms de voorlichting *een informatieve en educatieve functie* zal hebben.

Inhoud van voorlichting

In een voorlichting kunnen verschillende gegevens worden vermeld. Deze gegevens zijn onder te verdelen in: objectieve informatie, subjectieve informatie en gedragsinstructies.

Objectieve informatie

Uit onderzoek is gebleken dat kinderen (2-18 jaar) vooral informatie willen over de tijdsplanning en opnameduur, ziekenhuis en zorgproces. Onder het zorgproces valt onder andere informatie over het

nuchter zijn, de narcose, de anesthesie, het beter worden en het naar huis gaan. Voor een kind (2-18 jaar) is het ook van belang om te weten of een ouder bij het zorgproces aanwezig mag zijn. Het kan van toegevoegde waarde zijn om aan te geven waar ouders en kinderen (2-18 jaar) nog meer aanvullende informatie kunnen vinden (Smith, 2005).

Subjectieve informatie

Volwassenen zijn geneigd om kinderen (2-18 jaar) feitelijke informatie te geven. Maar daarnaast is het van belang om gebruik te maken van subjectieve informatie, wat iets zegt over de beleving, gevoelens en emoties van het kind (2-18 jaar). Denk hierbij aan de zingtuigen: voelen, zien, ruiken, horen en proeven. Het kind (2-18 jaar) kan hierdoor de informatie visualiseren (Huizinga, 2004). Voorbeelden van subjectieve informatie zijn het vertellen over de pijn, angst en verdriet die voor en/of na een ingreep ervaren kunnen worden (Maertens, 2000).

Gedragsinstructies

Gedragsinstructies worden gegeven om een situatie te verbeteren of om meer grip te krijgen op de situatie. Tijdens het zorgproces kan er een gevoel van machteloosheid optreden. Om wat controle te krijgen over de machteloosheid kunnen gedragsinstructies gegeven worden, een voorbeeld hiervan is het kind (2-18 jaar) te laten aftellen. Ook kunnen er instructies worden gegeven over de mogelijkheden iets te doen tegen pijn of verdriet (Huizinga, 2004).
Na ontslag kunnen er complicaties optreden. Het is dan van belang om te weten welke handeling er nodig is om een complicatie te verhelpen.
Wanneer er pijn optreedt, is het belangrijk om te weten welke pijnbestrijding er mogelijk is (Van Gurp – Mertens, 2005).

Voorwaarden voorlichting

Wanneer er een voorlichting gegeven wordt moet het aan een aantal voorwaarden voldoen. Er zijn algemene voorwaarden en voorwaarden die specifiek voor kinderen (2-18 jaar) gelden.

Algemeen

Een 'goede' voorlichting moet aan een aantal voorwaarden voldoen.

- De voorlichter heeft voldoende kennis over betreffend onderwerp.
- De voorlichting sluit aan bij de behoefte van de patiënt.
- Er wordt voorgelicht in begrijpelijke taal, geen vakjargon.
- De informatie wordt gedoseerd en zonodig herhaald.
- Er zijn goede randvoorwaarden zoals voldoende tijd en een rustige omgeving (Maertens, 2000).

Deze voorwaarden komen weer terug in de beantwoording van de deelvraag 3 over de voorwaarden van een voorlichtingsfilm voor kinderen (2-18 jaar) en deelvraag 6 over de inhoud van de voorlichtingsfilms.

Om effectief voor te kunnen lichten zijn er verschillende ingrediënten. Het is belangrijk dat er interactie is tussen de zender en de ontvanger. Hierbij wordt de patiënt actief bij de voorlichting betrokken en serieus genomen (Van Gurp – Mertens, 2005). Een 'goede' voorlichting doet beroep op meerdere zintuigen waarbij gebruik wordt gemaakt van passende hulpmiddelen (Terra, 2004). Voor een goede overdracht van informatie is een vertrouwensrelatie tussen verpleegkundige en patiënt belangrijk.

Tevens is het van belang dat er wordt gecheckt of de informatie goed is overgekomen (Maertens, 2000).

Kind (2-18 jaar)

Bovengenoemde voorwaarden gelden ook bij het geven van voorlichting aan kinderen (2-18 jaar). Daarnaast zijn er aanvullende voorwaarden voor deze specifieke doelgroep.
Om te beginnen is het van belang om voorkennis te hebben over de ontwikkeling van het kind (2-18 jaar), om zo aan te sluiten bij de behoefte van het kind (2-18 jaar) (Maertens, 2000). De manier waarop voorlichting aan kinderen (2-18 jaar) wordt gegeven, moet overeen komen met de wetenschappelijke kennis over voorlichting aan kinderen (2-18 jaar) (Van Gurp, – Mertens, 2005).

Door de korte aandachtsboog van een kind is het belangrijk dat de voorlichting in stappen wordt gegeven, waardoor per keer informatie verteld en herhaald kan worden. Herhalen kan ook plaats vinden door het kind het verhaal in eigen woorden te laten vertellen. Op deze manier onthoudt het kind de verkregen informatie beter. Een andere aanvullende mogelijkheid is het gebruik maken van voorbeelden, want dit is beeldend voor het kind.
Het is essentieel dat de verpleegkundige een kindvriendelijke houding aanneemt, dat wil zeggen op een positieve en eerlijke manier voorlichting geven. Verder houdt het in: begrip, geduld, sympathie, openheid, belangstelling tonen en flexibel zijn. Een kind heeft veiligheid en geborgenheid nodig. Daarnaast de mogelijkheid om te spelen, ontdekken en energie kwijt te kunnen. Het is goed om hier in de voorlichting rekening mee te houden.
De eerste taak van voorlichting bij opname ligt bij de verpleegkundigen. Een voorkeur bij voorlichting aan kinderen is dat de 'voorlichter' een vertrouwenspersoon is In de meeste gevallen zijn dit de ouders. Daarom kan de taak van voorlichten (gedeeltelijk) door de verpleegkundige worden gedelegeerd naar ouders. Daar staat tegenover dat ouders zelf ook goed moeten zijn voorgelicht.
Het tijdstip van voorlichten moet met ouders overlegd worden, bij peuters en kleuters wordt aangeraden dit een paar dagen voor opname te doen. Kinderen hoeven niet weken van tevoren onnodig zenuwachtig gemaakt te worden (Maertens, 2000).

Samengevat zijn de volgende voorwaarden voor een algemene voorlichting of voorlichting bij kinderen van belang:
Allereerst dat het doel duidelijk is. Het doel kan zijn: informatief, instructief, educatief en begeleidend. Bij een voorlichting is het ook van belang dat er objectieve informatie wordt gegeven over de tijdsplanning tijdens de opname, het zorgtraject en het feit dat ouders aanwezig zijn. Daarnaast wordt er subjectieve informatie gegeven die inspeelt op zintuigen, gevoelens en emoties. Verder is er ruimte voor gedragsinstructies.
In de voorlichting is het in het algemeen belangrijk dat er interactie is tussen voorlichter en patiënt en dat er een vertrouwensrelaties ontstaat tussen beide partijen. Ook moet er gecheckt worden of de informatie goed is overgekomen.
Specifiek voor kinderen (2-18 jaar) is het van belang dat er een kindvriendelijke houding is; er rekening wordt gehouden met het ontwikkelingsniveau van een kind; er informatie herhaald wordt; er rekening wordt gehouden met de aandachtsboog van een kind. Ook de tijd en plaats en door wie de informatie gegeven wordt is belangrijk bij een kind (2-18 jaar).

3.2 Voorlichtingsmethoden

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvraag: "Wat zijn de voor- en nadelen van verschillende voorlichtingsmethoden?" Voor het beantwoorden van deze deelvraag is gebruik gemaakt van de literatuur over voorlichting. Hierbij wordt niet alleen gekeken naar de verschillende vormen van voorlichting maar ook naar verschillende ondersteunende materialen. Tot slot is er een toepassing gemaakt voor de voorlichtingsfilms.

Vormen van voorlichting

Bij het geven van voorlichting kan er gebruik worden gemaakt van verschillende methoden, ook wel vormen genoemd. De verschillende vormen van voorlichting hebben één gezamenlijk element, namelijk interactie tussen de voorlichter en voorgelichte. Als er geen interactie is wordt het geschaard onder ondersteunend materiaal (De Jong, 1998).

Onderstaand schema geeft schematisch weer welke vormen er zijn en wat hiervan de voor- en nadelen zijn.

Vorm	Uitleg	Voordelen	Nadelen
Individuele voorlichting			
Tweegesprek	Vaak meer dan één gesprek(ken) tussen twee mensen.	Boodschap kan worden afgestemd op individuele behoefte van de zorgvrager. Er kan rekening worden gehouden met het stadium van gedragsverandering. Afstemmen op individu geeft grotere kans op verandering en behoud van gedrag.	Kostbare vorm. Erg arbeidsintensief.
Groepsvoorlichting			
Cursus	Serie bijeenkomsten.	Er kan veel informatie worden gegeven. Feedback van en contact met 'lotgenoten.' Verschillende andere groepvoorlichtings- vormen kunnen worden gebruikt.	
Forum	Een groep deskundigen aan wie deelnemers vragen mogen stellen. Vaak onderdeel van andere vorm van	Geschikt voor grotere groepen. Vragen uit de zaal kunnen worden voorgelegd aan sprekers.	Vragen stellen voor een groot publiek kan mensen afschrikken.

	groepsvoorlichting.		
Groepsgesprek	Gesprek onder leiding van een gespreksleider. Er worden vooraf duidelijke afspraken gemaakt om elkaar met respect te behandelen.	Veel ruimte voor interactie. Groepsdynamica kan boodschap versterken.	Gespreksleider moet vooraf getraind zijn. Goed laten verlopen van gesprek vergt grondige voorbereiding.
Workshop	Presentatie voor een klein (+/- 15-20 mensen) gezelschap. Vaak programma onderdeel van congres/symposia.	Veel ruimte voor het stellen van vragen. Door aanbieden van meerdere workshops over diverse onderwerpen kunnen mensen zelf kiezen waar ze heen gaan.	
Informatie-markt	Markt met standjes	Door gesprek met vertegenwoordigers krijgen mensen informatie die op hun situatie specifiek van toepassing is.	

(Deenen, 2000 en Schoot, 2006)

Om de voorlichting te versterken is het aan te bevelen gebruik te maken van een combinatie van een voorlichtingsvorm en ondersteunend materiaal. Dit om verschillende zintuigen te prikkelen. Er is namelijk gebleken dat wanneer er meerdere zintuigen worden geprikkeld, informatie beter wordt onthouden.

> "Mensen onthouden:
> 10% van wat zij lezen;
> 20% van wat zij horen;
> 35% van wat zij zien;
> 55% van wat zij horen en zien;
> 80% van wat zij zelf zeggen;
> 90% van wat zij zelf zeggen en tegelijkertijd demonstreren" (Terra, 2004).

Ondersteunend materiaal

Ondersteunend materiaal wordt gezien als een hulpmiddel en niet als een methode op zich (De Jong, 1998). Het staat niet los van mondelinge voorlichting waarbij gecheckt kan worden of de informatie goed is overgekomen (Van Gurp, – Mertens, 2005).
Bij gebruik van ondersteunende materialen is het van belang dat ze op de juiste manier en op het juiste moment worden gebruikt.

Over het algemeen geldt dat ondersteunend materiaal:

- Meer belangstelling geeft voor eigen gezondheid, ziekte of behandeling;
- stimulerend werkt tot het stellen van vragen;
- informatie verduidelijkt en inzichtelijk maakt;

- het verwerken en onthouden van informatie bevordert;
- helpt bij de inleving in de (toekomstige) situatie (De Jong, 1998).

Onderstaand schema geeft schematisch weer welke soorten ondersteunende materialen er onder andere zijn en welke voor- en nadelen dat heeft.

Materiaal	Uitleg	Voordelen	Nadelen
Poppenkast	Zorgproces wordt verteld door middel van poppen.	Er is interactie. Kinderen kunnen oefenen met kapje.	
Folder/brochure	*Folder:* Minimale informatie en verwijzing naar andere bronnen. *Brochure:* Uitgebreide informatie en praktische adviezen.	Informatie is geordend. Belangrijkste punten staan op rij. Antwoorden op belangrijkste vragen. Actuele en correcte informatie. Uitnodigende vormgeving. Illustraties mogelijk. Patiënt kan het nogmaals doorlezen op geschikt moment.	Afgestemd op groep, niet op individu. Mensen lezen niet graag. Geschreven taal is voor sommige mensen een hindernis (denk aan analfabetisme).
Fotoboek, diaserie, poster, folder, map of boek met afbeeldingen en/of tekeningen	Beperkte tekst, het is ter ondersteuning.	Afbeeldingen geven informatie compact weer. Door visueel materiaal komt informatie goed over.	Kan angst oproepen. Materialen te specifiek op situatie. Kan snel verouderen. Gedeeltelijk toegesneden op persoonlijk situatie.
3D materialen	Bv. kapje, anatomisch model.	Door tastbaarheid, concreter beeld. Informatie wordt makkelijker door kinderen verwerkt.	Kan angst oproepen.
Audiovisuele hulpmiddelen	(Bewegend) beeld en geluid dragen boodschap over, tekst is ondersteuning. Gefilmd of gefotografeerd of opgenomen materiaal.	Brengt (gewenste) realiteit en gewenste situatie in beeld. Zegt meer dan woorden. Levensechtheid roept (meer) emoties op. Kan voor identificatie zorgen.	Kan (net) anders zijn dan individuele situatie. Geschikte ruimte nodig om te kijken. Voor digibeten lastig. Moeilijk actueel te houden. Actualiseren film

		▪ Brengt relatie en communicatie in beeld. ▪ Houdt langer de aandacht vast. ▪ Kan keer op keer teruggezien worden.	brengt hoge kosten mee.
Interactieve hulpmiddelen	*Internet* *Informatielijn:* Telefonische informatiebronnen.	▪ Actief informatie zoeken en verwerken. ▪ Kan de patiënt opzoeken/bellen op voor hem geschikt moment. ▪ Uiteenlopende informatieaanbieders, over zowel feiten als meningen. ▪ Contact is mogelijk. ▪ Zoeker kan anoniem blijven (gemakkelijker vragen stellen over belastende onderwerpen). ▪ Verwijzen naar andere bronnen is mogelijk.	▪ Informatie op internet kan verouderd zijn. ▪ Informatie op internet is niet altijd betrouwbaar. ▪ Gewenste informatie niet altijd als eerste beschikbaar.
Spelmateriaal	Bv. Pop, kwartet, kleurboek.	▪ Kinderen worden vertrouwd met wat staat te gebeuren. ▪ Kinderen kunnen in spel gevoelens kwijt.	
Ziekenhuisbezoek		▪ De aankomende situatie wordt hoorbaar, zichtbaar en tastbaar.	

(Redactie Verpleegkundig Nieuws, 2002, Terra, 2004, Van Gurp, – Mertens, 2005, Maertens, 2000, Brink, 1996 en De Jong, 1998)

Toepassing op onderzoek

Op de kinderdagbehandeling van het ZGV is geen vraag naar extra patiëntenvoorlichting maar wel naar extra ondersteunend materiaal. Met behulp van ondersteunend materiaal kan de informatie worden herhaald en beter worden onthouden. Mentaal zullen de kinderen (2-18 jaar) dan beter voorbereid zijn.

Hoewel de keuze voor een film van te voren vast stond, is er vanuit de literatuur gebleken dat dit geen verkeerde keuze is. Het heeft voordelen die nuttig zijn, kijkend naar het doel, namelijk het onbekende

bekend maken. Ander, al aanwezig ondersteunend materiaal als de website, informatiefolders en het fotoboekje, behouden hun functie. Het gaat niet om de kwantiteit van de ondersteunende materialen, maar om de kwaliteit ervan. Een voorlichtingsfilm is een aanvulling op de kwaliteit van het huidige ondersteunend materiaal, omdat het aansprekend is voor de doelgroep.

Een film is een goede keuze omdat het allereerst een realistisch beeld geeft van het ziekenhuis. Tijdens de daadwerkelijke opname zien kinderen (2-18 jaar) dit terug, wat zorgt voor herkenning waardoor het proces makkelijker te verwerken is voor het kind (2-18 jaar). Voor met name de kinderen in de peuter en kleuterfase is inprenting van informatie door middel van herhaling van belang, dit kan tijd vergen. Ten tweede is het belangrijk informatie voor kinderen goed te doseren, in verband met de korte aandachtsboog. De film kan bijvoorbeeld thuis bekeken worden en daardoor is de voorlichting beter gedoseerd. Daar komt bij dat de film door ouder en kind zovaak bekeken kan worden als zij willen. Voorlichting thuis maakt mogelijk dat peuters en kleuters één of enkele dagen voor de opname voorgelicht kunnen worden. Het is niet nodig kinderen weken van de tevoren onnodig zenuwachtig te maken (Maertens, 2000). De film als ondersteuning sluit aan op eerder gegeven voorlichting op de poli en/of door de anesthesist.
Een film brengt de relatie en communicatie tussen ouders, kinderen, verpleegkundigen en andere disciplines in beeld. Doordat het levensecht is, roept het emoties op en houdt het de aandacht langer vast (Terra, 2004).
Ook is gebleken dat het benoemen van zintuiglijke aspecten belangrijk is voor kinderen. Dit pleit om een film als middel te kiezen omdat hierbij meerdere zintuigen worden geprikkeld en andere zintuiglijke aspecten worden benoemd. Een film zegt ten slotte meer dan woorden (Terra, 2004).
Eventuele nadelen van een film zijn dat bij de distributie rekening moet worden gehouden met digibeten en ook met waar de film wordt bekeken. Een film is ook moeilijk actueel te houden door snelle veranderingen in stijl in de maatschappij. Het actualiseren van een film brengt hoge kosten met zich mee. Door de film oppervlakkig te houden en een neutrale stijl te kiezen, kan voorkomen worden dat de film snel verouderd (Brink, 1996).
Ook kan een film soms net even anders zijn dan de individuele situatie van de patiënt. Dit is niet te voorkomen. Toch zal het grootste deel overeenkomen met de werkelijkheid (Terra, 2004).

Samengevat is er vanuit de literatuur te concluderen dat er verschillende voorlichtingsmethoden en ondersteunend materiaal zijn. Hiervan zijn de voor- en nadelen benoemd. Uit deze voor- en nadelen blijkt dat een voorlichtingsfilm een goede, kwalitatieve aanvulling is op het huidige ondersteunende materiaal van het ZGV. De film spreekt meerdere zintuigen aan, waardoor de informatie beter onthouden wordt en er meer herkenning optreed tijdens de opname. Uiteindelijk kan zo het onbekende bekend worden.

3.3 Vorm voorlichtingsfilm

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de volgende deelvraag: "Waar moet een voorlichtingsfilm voor kinderen aan voldoen?" Met behulp van de literatuur, de analyse van de voorlichtingsfilmpjes en de gehouden interviews (zie bijlage 14 en 16) is er tot een antwoord gekomen op deze deelvraag. In deze deelvraag gaat het over de vormgeving van de voorlichtingsfilm.

Een voorlichting moet gekoppeld zijn aan de ontwikkelingsfase van een kind (2-18 jaar). Dit is een terugkerend feit. Het is belangrijk dat de film gericht is op de doelgroep en er dus rekening met de *bejegening* wordt gehouden (De Jonge, 2007). Ook het taalgebruik moet aansluiten bij de ontwikkelingsfase van kinderen (2-18 jaar). Het is essentieel dat de verpleegkundige in de film een kindvriendelijke houding aanneemt (Maertens, 2000).
Er zijn verschillende manier om de film te *presenteren*. Hierin is het van belang dat de informatie dichtbij komt. Wanneer een kind (2-18 jaar) het zorgtraject doorloopt en hier over vertelt komt de informatie dichtbij, het wordt voor hem visueel. Vanuit de analyse van de voorlichtingsfilmpjes kwam naar voren dat een voorlichtingsfilm van vier á vijf minuten een goede lengte is om de aandacht van kinderen vast te kunnen houden. Dit werd ook aangegeven in de interviews. Vier à vijf minuten valt binnen de spanningsboog die door Cheng (2010) beschreven is.
Bij jongeren is de aandachtsboog niet zo zeer een aandachtspunt. Bij deze doelgroep gaat het er meer om of de film *aansprekend* is of niet. Een film wordt aansprekend door in te spelen op wat jongeren aantrekkelijk, eigentijds en humoristisch vinden (Boschma, 2007). Er valt te denken aan een aansprekend muziekje op de achtergrond.
Vanuit de interviews kwam naar voren dat de mascotte van de afdeling, Koos Kikker, ook in de film terug moet komen. Het is aantrekkelijk voor kinderen om zo'n figuurtje in de film te zien en daarnaast vind er herkenning plaats op de afdeling zelf waar Koos ook steeds zichtbaar is.
Het spreekt voor zich dat de *technische kwaliteit* van het beeld en geluid goed moet zijn, zodat alles goed te volgen is en de voorlichtingsfilm professioneel overkomt. Het beeld kan vanuit verschillende perspectieven gefilmd worden.

3.4 Ontwikkelingsfactoren

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvraag: "Welke ontwikkelingsfactoren van een kind (2-18 jaar) spelen een rol bij voorlichting?" Om antwoord te kunnen geven op deze vraag wordt er gekeken naar de ontwikkelingpsychologie van het kind. De volledige literatuurstudie hierover is te vinden in bijlage 3. Verder is gekeken naar de literatuurstudie van kind en ziekenhuis (zie bijlage 4). In dit hoofdstuk wordt een introductie op de algemene ontwikkelingspsychologie gegeven. Vervolgens worden de factoren – die een rol spelen bij voorlichting – uitgelicht.

Ontwikkelingspsychologie algemeen

Definitie

Van Dale woordenboek (2005) definieert ontwikkelingspsychologie als volgt:
"*Psychologie van de persoonlijkheid gedurende het hele leven (onderverdeeld in kinderen-, jeugd-, puberteits-, volwassenheids- en ouderdomspsychologie)*"
Er is voor deze bron gekozen omdat hierin de definitie het beste werd weergegeven. Andere bronnen gaven een beschrijving en geen definitie. Daarom wordt in dit verslag wordt bovenstaande definitie aangehouden.

De oorsprong van de ontwikkelingspsychologie van een kind (2-18 jaar) bevindt zich in het begin van de twintigste eeuw. Ontwikkelingspsychologen vormden denkwijzen en er ontstonden grootschalige, langdurige en systematische onderzoeken naar kinderen en hun ontwikkeling (Feldman, 2009).
De ontwikkeling van een kind (2-18 jaar) valt grofweg onder te verdelen in lichamelijke ontwikkeling en psychische ontwikkeling. In dit verslag wordt vooral de nadruk gelegd op de psychische ontwikkeling.

Ieder kind (2-18 jaar) doorloopt op zijn eigen manier de psychische ontwikkeling, op:
- cognitief gebied;
- emotioneel gebied;
- sociaal gebied;
- persoonlijkheid gebied.

De ontwikkeling op sociaal- en persoonlijkheidsgebied worden vaak bij elkaar genomen (Feldman, 2009), omdat ze veel verwantschap hebben.

De ontwikkelingspsychologie maakt onderscheid in verschillende ontwikkelingsfasen van kinderen (2-18 jaar), gekoppeld aan leeftijd. Ontwikkelingsfasen zijn verschillende perioden in het leven, die gebaseerd worden op lichamelijke en psychische rijpheid van een kind, samenhangend met bepaalde gedragspatronen (Heyster, Verheijen, 1999).
Er wordt onderscheid gemaakt in de volgende fasen:
- prenatale fase: van bevruchting tot geboorte;
- neonatale fase: van de geboorte tot en met de tiende dag;
- zuigelingenfase: van de tiende dag tot de eerste verjaardag;
- peuterfase: van één tot vier jaar;
- kleuterfase: van vier tot zes jaar;
- schoolkind: van zes tot twaalf jaar;
- puberteit en adolescentie: vanaf ongeveer twaalf jaar tot tweeëntwintig jaar

(Huizinga, 2004).
Binnen dit onderzoek worden de eerste drie fasen buiten beschouwing gelaten omdat het niet binnen de doelgroep valt.

Factoren die een rol spelen bij voorlichting

De verschillende ontwikkelingsfasen binnen de ontwikkelingspsychologie brengen factoren met zich mee die een rol spelen bij voorlichting. Voor het beantwoorden van de deelvraag zijn de cognitieve en emotionele ontwikkeling, als de belangrijkste gebieden, toegelicht.

In het algemeen kan worden gezegd dat vooral de cognitieve ontwikkeling van een kind (2-18 jaar) een belangrijke rol speelt bij voorlichting. Een kind is cognitief voortdurend in ontwikkeling, vooral in de leeftijdsfasen van 2-12 jaar. Hierbij gaat het om ontwikkeling in denken, geheugen, taal, het vermogen om problemen op te lossen en het adequaat reageren op situaties (Hamilton, 1998).
Cognitief zijn er grote verschillen te vinden tussen een kind van twee jaar en een kind van elf jaar. Deze groep omvat de categorie kinderen van één van de voorlichtingsfilms. De film moet zo worden samengesteld dat hij zo veel mogelijk aansluit bij zowel peuters als het oudere schoolkind. In de leeftijdsfase van 12-18 jaar is dit veel minder in het geding. Bij hen is het verschil in cognitieve niveau veel minder groot. Zij zijn beter in staat informatie te verwerken en aandacht vast te houden. Kinderen kunnen al vroeg dingen herkennen, maar reproduceren komt past naarmate het kind ouder wordt (Beemen, 2005). De verwerkingsnelheid neemt tussen het vierde en twaalfde jaar snel toe. Kinderen krijgen met het stijgen van de leeftijd meer inzicht in hun eigen cognitie en hoe zij dit optimaal kunnen benutten (de Wit, 2004). Naast de ontwikkeling van het geheugen speelt ook 'aandacht' een rol. Jonge kinderen hebben een korte aandachtsboog doordat de aandacht snel wordt opgeëist door 'nieuwe' dingen. Zij hebben nog niet de zelfdiscipline om geconcentreerd te blijven (Beemen, 2005). Dit is een punt van aandacht bij het maken van de film. In bijlage 3 en 5 wordt respectievelijk dieper in gegaan op de informatieverwerking van kinderen (2-18 jaar) en de aandachtsboog. Naast dat cognitie en informatieverwerking een rol spelen bij voorlichting, is de emotionele ontwikkeling bij een ziekenhuisopname een belangrijke factor. Een kind kan allerlei gevoelens hebben tegenover mensen en situaties. De ontwikkeling van dit gevoelsleven begint al op jonge leeftijd. Kinderen van twee jaar voelen al basis emoties als boosheid, verdriet, angst en vreugde. Daarnaast heeft een kind elementaire emotionele behoeften die bevredigd dienen te worden zoals: warmte, liefde, geborgenheid en erkenning (De Wit 2004 en Hamilton, 1998). Deze bevrediging kan vooral bij peuters en kleuters in het geding komen tijdens een ziekenhuisopname. Vreemde omgeving, vreemde mensen en niet weten wat er komen gaat. Emoties beïnvloeden het gedrag van een kind. Bij het geven van voorlichting moet worden ingespeeld op de emotionele ontwikkeling. Dit kan door in de voorlichtingsfilm rekening te houden met gevoelens die bij het kind kunnen bovenkomen tijdens een ziekenhuisopname en aan te sluiten bij de belevingswereld van zowel de peuter als de adolescent.

Per leeftijdsfase zijn er ook nog specifieke factoren die meegenomen moeten worden bij het ontwikkelen van de voorlichtingsfilms. Hierbij zijn alle ontwikkelingsgebieden gebruikt. De eerste drie leeftijdsfasen, peuter, kleuter, schoolkind, betreft de doelgroep voor de film voor kinderen. De laatste leeftijdsfase, puber en adolescent, betreft de doelgroep voor de film van de jongeren.

De peuter

De peuter is een wereldverkenner, benieuwd naar alle zintuiglijke prikkels om hem heen. Voor een peuter is het een veilig en geruststellend gevoel te weten dat er een ouder op de achtergrond aanwezig is (Heyster, Verheijen,1999 en Hamilton, 1998).
Peuters kunnen soms koppig zijn (Huizinga, 2004). Zij voeren opdrachten uit zolang ze het zelf willen. Aan het einde van de peuterfase neemt de concentratie en taakgerichtheid toe (Boudewijnse, 2005).
Peuters beschikken over basisemoties. Het gevoel is bij hen nog erg veranderlijk. Peuters zijn niet in staat om te relativeren. Uiting van liefde gaat vooral doormiddel van contact. Een knuffelbeest is voor hen erg belangrijk (Heyster, Verheijen,1999).

De kleuter

Het denken van een kleuter is nog sterk magisch en irreëel gekleurd. Kleuters kunnen hierdoor overmand raken. Zo kan een kleuter denken dat wanneer hij ziek is, het komt doordat hij "stout is geweest tegen mama." Mede hierdoor is angst bij een kleuter erg sterk in een onbekende situatie. Tegen het einde van de kleuterfase leert het kind onderscheid te maken tussen fantasie en werkelijkheid.
Cognitief gaat de kleuter vooruit. Een kleuter kan intelligent op zijn omgeving reageren, maar neemt de taal nog heel letterlijk (Heyster, Verheijen, 1999 en Keenan, 2002).
Kleuters identificeren zich aan de ouders. Deze zijn een voorbeeld voor ze. Gedragingen van ouders hebben invloed op het identificatieproces van een kind (Heyster, Verheijen,1999 en Hamilton, 1998).

Het schoolkind

In deze fase gaat het kind cognitief met sprongen vooruit waardoor de kwaliteit van denken en de beleving van het kind verandert (van Geert, 2004). Verstandelijke kennis gaat voor een schoolkind een grotere rol spelen dan de zintuiglijke kennis. Om deze verstandelijke kennis te verzamelen maakt het schoolkind gebruik van intelligentie. Door het zoeken naar de waarheid probeert het kind grip te krijgen op de werkelijkheid. Ze willen alles weten en willen daarbij argumenten horen. Voor hen is het belangrijk dat wat gezegd wordt ook gedaan wordt (Heyster, Verheijen,1999 en Keenan, 2002). Bij het schoolkind wordt het gevoelsleven verder uitgebreid. Vanaf negen jaar krijgen kinderen interesse in het eigen lichaam. Ook krijgt het kind besef van leven en dood. (Huizinga, 2004).

De puber en adolescent

In de leeftijdsfase vanaf twaalf jaar zijn kinderen in ontwikkeling tot zelfstandige individuen. Langzamerhand maken zij zich los van de ouders. Gedurende de zoektocht naar de eigen identiteit treden er veranderingen op in het zelfbeeld. Het uiterlijk is voor jongeren erg belangrijk (Van Geert, 2004). Ondanks dat jongeren zich los willen maken van het ouderlijk gezag hebben ze toch behoefte aan liefde, geborgenheid en erkenning (Hamilton, 1998).
Het intellectuele vermogen neemt in deze periode toe. De jongere kan en wil meer zelf beslissen en bepalen. Zij gaan dingen in grotere verbanden zien en nemen afstand van het hier en nu. Jongeren zien heel duidelijk of wat er gezegd wordt overeenkomt met wat er gedaan wordt (Heyster, Verheijen, 1999 en Keenan, 2002).

Bij de jongeren verschijnen er geen nieuwe emoties meer, maar de bestaande emoties worden concreter en heftiger. Jongeren zijn in staat om strategieën te bedenken die ervoor zorgen dat zij emoties kunnen reguleren. In een onaangename situatie kan een jongere zijn gedachten en emoties verzetten (Heyster, Verheijen, 1999 en De Wit 2004).

Regressie

Ongeacht de leeftijd en ziektebeleving is een ziekenhuisopname voor het kind (2-18 jaar) en de ouder een ingrijpende gebeurtenis. Dit komt omdat het ingrijpt in het dagelijks leven en de routine van het kind (2-18 jaar) (De Jonge, 2007). Daarnaast kunnen er verschillende gevoelens naar voren komen: verlating, verlies, angst, machteloosheid, schuldgevoel en verraad (Wageningen, 2004). Een opname kan vooral voor kleine kinderen terugval in de ontwikkeling veroorzaken, omdat ze moeilijk zijn voor te bereiden. (De Jonge, 2007)

Het staat voorop dat er in de voorlichtingfilms rekening moet worden gehouden met de cognitieve en emotionele ontwikkeling van het kind. Per leeftijdsfase betekent dit dat de volgende factoren een rol spelen:
Peuters *zijn snel afgeleid, dit mede door hun gevoeligheid voor zintuiglijke prikkels. Zij kunnen niet relativeren en daardoor zijn basisbehoeften als liefde, warmte, geborgenheid en erkenning snel in het geding tijdens niet vertrouwde situaties, zoals een opname. Daarom hebben zij hun ouder en eventueel een knuffel hard nodig.*
Kleuters *kunnen moeilijk onderscheid maken tussen fantasie en werkelijkheid, waardoor zij irreële gedachten kunnen hebben. Ook kunnen kleuters irreële gedachten krijgen doordat zij woorden letterlijk nemen. Emoties van kleuters zijn sterk afhankelijk van emoties van ouders.*
Schoolkinderen *hebben meer zelfdiscipline om zich te kunnen concentreren waardoor zij in staat zijn meer kennis te verzamelen onder andere over hun eigen lichaam. De intelligentie neemt snel toe. Ook zijn zij op zoek naar de werkelijkheid.*
Pubers en adolescenten *worden steeds meer eigen individuen die bezig zijn met identiteit en uiterlijk. Ze willen zich losmaken van ouders en zijn beter in staat zelf beslissingen te nemen.*
De toepassing van deze factoren in de voorlichtingfilm staan beschreven in deelvraag 6.

3.5 Zorgtraject

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraag: "Hoe ziet het universele zorgproces er uit op de kinderdagbehandeling van het ZGV?" De vraag is beantwoord naar aanleiding van twee meeloopdagen op de kinderdagbehandeling bij zowel kinderen als jongeren. Deze vraag is onderverdeeld in kinderen en jongeren, voor wie beide een apart zorgtraject is.

Kinderen

Binnenkomst ziekenhuis

Het kind komt binnen, wordt opgevangen en naar de afdeling gewezen.

Binnenkomst afdeling

Het kind wordt opgevangen door de secretaresse of loopt gelijk door naar de dagbehandeling.

Binnenkomst kamer

Het kind komt samen met andere kinderen binnen in een kamer met zes bedden. Een verpleegkundige wijst ieder een eigen bed. Om de beurt komt de verpleegkundige langs voor een opnamegesprek. Hierin wordt een check gedaan en een stukje voorlichting gegeven. Ook wordt er een armbandje met de naam van de patiënt omgedaan en een zetpil en operatiejasje klaargelegd.

Verblijf kamer

Het kind mag spelen terwijl hij wacht. Er ligt nog een voorlichtingsmapje met foto's en een voorbeeldkapje die het kind met zijn ouders door kan kijken. Ongeveer een kwartier voor het vertrek naar OK wordt - meestal door een van de ouders - de zetpil gegeven en het operatiejasje aangetrokken. Daarna wordt hij met één ouder en het bed door de verpleegkundige meegenomen.

Transfer naar High Turn Over (HTO)

De verpleegkundige brengt het kind naar de HTO. De route is met de lift naar de derde verdieping en door een lange gang. Op de muren staan op de hele route naar de HTO Koos Kikkers getekend.

Wachtkamer HTO

In de wachtkamer wachten het kind met de ouder en de verpleegkundige tot ze de voorbereidingskamer binnen mogen.

HTO

De verpleekundige geeft een overdracht aan de anesthesie. Daarna wordt er een laatste check door anesthesie en arts gedaan, de 'time-out'. Vervolgens wordt het kind in slaap gebracht. Het kind mag bij zijn ouder op schoot zitten terwijl het kapje of prikje wordt gegeven door de anesthesie. De ouder mag terug naar de wachtkamer en bij het kind zal de ingreep plaatsvinden.

Uitslaapkamer

Na de ingreep komt het kind in de uitslaapkamer, waar de ouder zo snel mogelijk wordt bijgehaald. Het infuusje wordt verwijderd. Voor ouder is er de mogelijkheid de arts te spreken. De verpleegkundige komt ouder en kind weer halen en neemt hen mee na een overdracht van de anesthesie.

Transfer terug naar de kamer

Via de gang en de lift wordt het kind weer naar zijn kamer teruggebracht.

Terugkomst op de kamer

Het kind komt weer op zijn oude plaats terug. Na de narcose zijn de meeste kinderen nog een half uur onrustig. Ook andere kinderen kunnen al weer terug zijn op de kamer. De bel wordt in de buurt gehangen zodat als er wat is, de patient snel kan bellen en de verpleegkundige er aankomt.

Verblijf op de kamer

Het kind zal zo snel mogelijk wat moeten gaan drinken van de verpleegkundige. Afhankelijk van de operatie blijft het kind een half uur tot zes uur op de afdeling. Het kind mag in bed blijven liggen maar ook gaan spelen. Vlak voor ontslag zal er een ontslaggesprek met de verpleegkundige plaatsvinden met intructies voor thuis.

Vertrek naar huis

Na het ontslaggesprek mag het kind met zijn ouders naar huis. Tegen het einde van de middag is iedereen weg.

Jongeren

Binnenkomst ziekenhuis

De jongere komt binnen, wordt opgevangen en naar de afdeling gewezen.

Binnenkomst afdeling

De jongere wordt opgevangen door de secretaresse en in de ouderkamer gebracht. Vanaf daar zullen ze worden opgehaald door een verpleegkundige en naar hun kamer worden gebracht.

Binnenkomst kamer

De jongere komt binnen in een één of tweepersoons kamer. De verpleegkundige houdt een opnamegesprek met hem en zijn ouder. Hierin wordt een check gedaan en een stukje voorlichting gegeven. Ook wordt er een armbandje met de naam van de patient omgedaan en een zetpil en operatiejasje klaargelegd.

Verblijf kamer

De jongere mag zichzelf vermaken terwijl hij wacht. Als hij wil kan de pedagogisch medewerker hem door middel van een fotoboek het traject laten zien. Ongeveer een half uur voor het vertrek naar OK moet de jongere de zetpil in brengen en het operatiejasje aantrekken. Daarna wordt hij met één ouder en bed door de verpleegkundige meegenomen.

Transfer naar operatie kamer (OK)

De verpleegkundige brengt de jongere naar de 'grote OK'. De route is met de lift naar de derde verdieping en door een lange gang. Voor de OK-deuren meldt de verpleegkundige de jongere aan via een intercom. Dan komt de jongere in een sluis waar hij een muts krijgt en de ouder een overal en een muts. Er volgt een overdracht van verpleegkundige naar anesthesie, dan wordt de jongere meegenomen door de anesthesie.

Holding

Op de holding wordt er een check gedaan en krijgt de jongere een infuus. Er worden drie stickers op de borst geplakt. Ook de arts komt langs om nog vragen te stellen of te beantwoorden. Daarna is het wachten tot hij wordt geopereerd.

OK

In de operatiekamer neemt de jongere plaats op de operatietafel en wordt geïnstalleerd door anesthesieverpleegkundigen. Daarna wordt voor een laatste check door anestesie en arts een 'time-out' gedaan. Daarna wordt de jongere in slaap gebracht. De ouder mag er bij zijn als het kapje of prikje wordt gegeven door de anesthesie. De ouder mag daarna terug naar de afdeling en bij de jongere zal de ingreep plaatsvinden.

Uitslaapkamer

Na de ingreep komt een jongere in de uitslaapkamer, waar de ouder zo snel mogelijk wordt bijgehaald. De recoveryverpleegkundige vraagt naar een pijnscore bij de jongere. Ook is er nog monitoring bij de jongere. Op den duur belt de recoveryverpleegkundige naar de afdeling en komt de verpleegkundige de jongere weer halen. Er wordt een overdracht van recoveryverpleegkundige naar verpleegkundige gedaan.

Transfer terug naar de kamer

Via de gang en de lift wordt de jongere weer naar zijn kamer teruggebracht.

Terugkomst op de kamer

De jongere komt weer op zijn oude plaats terug. Meestal hebben ze nog een infuus. Deze wordt opgehangen aan een paal. Ook krijgt hij de bel in de buurt en mag hij wat gaan drinken.

Verblijf op de kamer

De jongere mag rustig aan beginnen met eten en langzaam weer opstarten om uit bed te komen. Als hij voldoende drinkt en geen medicatie meer krijgt via het infuus, wordt het infuus verwijderd. Daarna mag de jongere zich weer gaan omkleden.

Vertrek naar huis

De jongere blijft minstens anderhalf uur na OK op de afdeling en daarna mag hij in overleg met de verpleegkundige naar huis. Vlak voor ontslag zal er een ontslaggesprek met de verpleegkundige plaatsvinden met intructies voor thuis.

3.6 Inhoud voorlichtingsfilms

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvraag: "Welke behoefte is er vanuit de ouder en het kind (2-18 jaar) voor de inhoud van een voorlichtingsfilm?" Hiervoor is gekeken naar de literatuur over voorlichting en de literatuur over voorlichtingsfilms en de analyse van de al bestaande voorlichtingsfilms. Vooral van invloed voor het beantwoorden van deze deelvraag waren de interviews met verpleegkundigen en anesthesisten.
Allereerst wordt er een korte toepassing gegeven vanuit de ontwikkelingspsychologie. Verder worden benoemd welke elementen in de film naar voren moeten komen: zorgtraject, eerlijk zijn, voorbereiding, uniformen en naalden. Ook is er beschreven wat de behoefte voor de inhoud van de film van de kinderen, jongeren en ouders is.

Korte toepassing vanuit de ontwikkelingspsychologie

Voor de inhoud van een voorlichtingsfilm geldt dat de voorlichting gekoppeld moet zijn aan de ontwikkelingsfase waarin een kind (2-18 jaar) zich bevindt (De Jonge, 2007).
Vanuit de ontwikkelingspsychologie kan de volgende toepassing worden gemaakt. Peuters kunnen worden geprikkeld door zintuiglijke aspecten te benoemen in de film. De verpleegkundige moet in de bejegening aansluiten bij de basisbehoeften van een peuter. Ook de aanwezigheid van een ouder en eventueel een knuffel kunnen daaraan bijdragen.
Kleuters hebben een eerlijke weergave van het hele zorgtraject nodig om fantasie en werkelijkheid te kunnen scheiden. Hierin is het ook van belang om bewust woorden te kiezen die niet dubbelzinnig kunnen worden opgevat. Daarnaast is de aanwezigheid van ouders van grote waarde voor hen.
Schoolkinderen hebben behoefte aan uitleg over het zorgproces. Hierin is het van belang om weer te geven wat er met het lichaam gebeurt, bijvoorbeeld het moment dat het kapje wordt gegeven.
De bejegening van de verpleegkundige moet aansluiten bij de behoefte van pubers en adolescenten. Uit de film moet blijken dat de verpleegkundige zorgvuldig met de identiteit en het uiterlijk omgaat. De bejegening moet op de jongere gericht zijn, toch zijn ouders zichtbaar aanwezig.

Zorgtraject

Vanuit ouder en kind is de belangrijkste behoefte: het onbekende bekend maken. Praktisch gezien betekent dit dat het hele zorgtraject – zoals beschreven in deelvraag 5 – te zien moet zijn in de film. Ook de verpleegkundigen zijn van mening dat het hele zorgtraject bekend moet worden.

Eerlijk zijn

Kinderen zijn heel zintuiglijk ingesteld, daarom heeft een kind behoefte aan meer dan alleen maar feitelijke informatie. Voor hen is ook subjectieve informatie van belang. Door de zintuiglijke informatie te visualiseren of te (laten) vertellen in de film krijgt een kind een beeld van deze subjectieve informatie (Huizinga, 2004). Vanuit de interviews bleek dat verpleegkundigen vonden dat er eerlijk moest worden verteld over dingen die 'niet leuk' zijn tijdens de opname, zoals misselijkheid of dat kinderen (2-18 jaar) zich anders voelen door het nuchter zijn en de (half uur) onrust na een narcose. Ook moeten kinderen (2-18 jaar) weten dat ze pijn kunnen krijgen na de operatie. Het streven is om na de operatie geen pijn te hebben, maar dit is in de meeste gevallen niet te voorkomen. Ondanks dat

deze gevoelens niet leuk zijn is het goed als kinderen (2-18 jaar) weten dat ze door de ziekenhuisopname beter worden.

Voorbereiding

Een kind (2-18 jaar) mag zes uur voor opname niets gegeten, gedronken of gerookt hebben. Dit gaat niet altijd goed en daarom is het belangrijk dat dit nogmaals benadrukt wordt. Als een kind (2-18 jaar) medicijnen nodig heeft, moet dit meegenomen worden naar het ziekenhuis. Voor kinderen van twee tot twaalf geldt nog dat zij hun eigen knuffel, eigen beker of fles en eventueel (dieet) voeding voor na de operatie mee moeten nemen.

Uniformen

Doordat een kind het hele zorgtraject al heeft gezien, raakt het kind vertrouwd met beelden uit het ziekenhuis. Ook mensen met uniformen aan zijn al meer vertrouwd en hebben als karakters in de film een eigen verhaal gekregen. Dit maakt dat ze meer de mens in het pak zullen zien. Hierdoor zal een kind deze mensen meer vertrouwen en zal het zich er ook 'meer' thuis voelen (Meartens, 2000). In de interviews werd benoemd dat een 'uniform' een stuk minder spannend wordt als degene in dat uniform vriendelijk is naar het kind toe. Dit kan in de film al worden laten zien.

Naalden

Wat onder kinderen van 2-18 jaar veel angst op kan roepen, zijn naalden (Hoed, 2004). Kinderen tot twaalf jaar worden in het ZGV met een kapje in slaap gebracht, tenzij ze expliciet kiezen voor een prikje. Daarom hoeft in de film tot twaalf jaar dit prikje niet worden benoemd, om kinderen niet onnodig bang te maken.
In de film voor kinderen vanaf 12 jaar is dit wel belangrijk, omdat zij voor het merendeel wel met een prikje in slaap worden gebracht. Vanuit de interviews kwam naar voren dat vooral benadrukt moet worden dat de naald niet in de hand blijft zitten, maar er slechts een plastic 'rietje' achter blijft.

Kinderen

Over de opname willen kinderen vanaf zes jaar en de ouders vooral weten wat de tijdsplanning is, de opnameduur, hoe het ziekenhuis er uit ziet en het zorgproces. De ouders mogen het hele traject (uitgezonderd de operatiekamer) bij hun kind blijven. Dit moet zichtbaar worden omdat dit voor een kind heel belangrijk is om te weten (Smith, 2005).
De snelheid van het zorgtraject van de KNO kan indruk maken op kinderen. Doordat het zorgtraject zichtbaar wordt in de film, valt deze snelheid beter te verwerken. De blauwe en/of witte uniformen van anesthesie respectievelijk verpleging maakt veel indruk op kinderen. Hierover meer onder het kopje 'uniformen.' Wat verder ook in beeld moet komen volgens verpleegkundigen zijn de zetpil, het armbandje, het operatiejasje en het kapje voor de narcose. Ook het feit dat ze moeten drinken na de operatie en de ijsjes die ze mogen eten.

Kinderen hebben het nodig dat ze iets vertrouwds tegen komen op de afdeling. Daarvoor kunnen ze hun eigen knuffel meenemen. Ook de mascotte van de afdeling – Koos Kikker – kan voor ontspanning een rol spelen. Deze kan een leidende rol hebben in de film.
Omdat de leeftijdsverschillen in niveau binnen deze groep erg groot zijn, moet de informatie volgens een verpleegkundige oppervlakkig blijven. Het moet een reële weergave zijn, zonder teveel in te gaan op de details. Ook moet de film een positieve insteek hebben.

Jongeren

Wat uit de interviews naar voren is gekomen is dat vooral de holding indruk maakt op jongeren. Hier wordt ook het infuus gegeven. Het verdovende EMLA-zalfje kan voor hen een geruststelling zijn. Voor jongeren zijn vooral privacy en uiterlijk belangrijke items om te benoemen. Doormiddel van de film moeten de jongeren de zekerheid krijgen dat hier zorgvuldig mee wordt omgegaan.
Ook de jongeren willen graag weten of een ouder aanwezig mag zijn. Vanaf 16 jaar mogen ze hier overigens zelf over beslissen, volgens de WGBO (Kind en Ziekenhuis, 2008). Wel wordt vanuit het ZGV gestimuleerd dat ouders aanwezig zijn bij de jongeren.
Jongeren willen concrete en praktische informatie, wat aansluit bij hun begripsvermogen. Items die naar voren kwamen in de interviews waren mobiele telefoon, televisie, premedicatie, de duur van de ingreep en opname, de gevolgen van de ingreep en informatie over de nazorg en het nuchter zijn. Omdat het een algemene film wordt zal er geen specifieke informatie worden gegeven over de ingreep. Voor jongeren is het belangrijk dat ze weten dat ze een eerlijke pijnscore moeten geven na de operatie.

Ouders

Hoewel de film in eerste instantie niet specifiek gericht is op ouders, kan de film wel informatie bevatten die voor ouders belangrijk is. Het zien van het zorgtraject is voor hen ook belangrijk, zodat zij weten wat hen te wachten staat en waar nodig zij hun kind kunnen ondersteunen. Ook de rol van de ouder tijdens de opname wordt zichtbaar, zodat een ouder weet wat er van hem wordt verwacht. Dit blijkt ook uit de interviews. Om grip te krijgen op de situatie worden er gedragsinstructies gegeven aan de ouder.
Wat indruk kan maken op ouders is het in slaap vallen van hun kind en het feit dat hij zich daar heel erg tegen kan verzetten. Tijdens de opname kan er een gevoel van machteloosheid optreden (Huizinga, 2004).
Wellicht is het voor ouders fijn om te weten dat er voor hen koffie en thee op de gang van de kinderafdeling staat. De voorlichting moet eveneens aansluiten bij de behoeften en de verwachtingen van ouders of de eventuele te hoge of irreële verwachtingen van ouders corrigeren.

Samengevat is het voor zowel kinderen (2-18 jaar) als ouders belangrijk dat het onbekende zorgtraject bekend wordt gemaakt. Voor kinderen is het van belang dat elementen uit het zorgtraject die eventuele extra spanning opleveren extra worden benadrukt. Voor jongeren is het van belang dat er concrete en praktische informatie wordt gegeven. Ouders willen graag weten wat hun rol is tijdens de opname. Voor de hele doelgroep is het van belang dat er aandacht wordt besteed aan een stukje voorbereiding.

3.7 Scripts voor voorlichtingsfilms

In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op de deelvraag: "Waar moet een script voor een voorlichtingsfilm aan voldoen?" Deze vraag is beantwoord met behulp van de literatuur over het schrijven van een script, zie bijlage 6. Hierbij wordt gekeken naar de criteria voor een voorlichtingsfilm, de weg van 'idee' tot aan het script en uiteindelijk hoe een script geschreven wordt. Tenslotte wordt er een toepassing op het onderzoek gegeven.

Het maken van een film kan vergeleken worden met een ui. Een ui kan worden afgepeld totdat de kern bloot ligt. Op weg naar de kern – schil voor schil – geeft de ui steeds meer reuk en materie prijs. De weg naar de kern van de ui wordt gebruikt om een spanningsboog op te bouwen. Elk element, elke schil, geeft weer een stukje van een steeds meer bijzonder wordend verhaal prijs.

Criteria voor een voorlichtingsfilm

De weg naar een film, in dit geval een voorlichtingsfilm, is niet in één dag bewandeld. Het vergt inzet en creativiteit, alleen een 'goed idee' is niet genoeg. In de research wordt het idee verder uitgediept, waarna de weg van de voorfasen van het script wordt ingegaan. Tijdens de weg van 'idee' naar het script is het goed om een aantal essentiële zaken in het achterhoofd te houden. De theorie over het maken van een film is universeel, maar er zijn andere aandachtspunten voor een film ter amusement dan een film die als informatiemedium dient.

Bij het maken van een voorlichtingsfilm wordt gelet op de volgende criteria:

- *Doel en doelgroep*. Het is duidelijk voor wie de film ontworpen is.
- *De inhoud.* Feiten worden juist weergegeven en de informatie is volledig en concreet.
- *De tekst.* Het taalgebruik sluit aan bij de doelgroep.
- *Het uiterlijk.* De beelden zijn duidelijk en voor de doelgroep herkenbaar. Een film is illustratie wanneer deze toegepast wordt bij een voorlichting (Deenen, 2000).
- *Animeren en amuseren.* Bij een voorlichtingsfilm is aantrekkelijkheid belangrijk. Een film wordt vooral geassocieerd met een ontspanningsmedium. Voorkom dat interessante informatie verloren gaat door een oninteressante, saaie of onduidelijke vorm (Bueters, 2002).
- *De techniek.* Kwaliteit van beeld en geluid moet goed zijn.
- *De toepassingsmogelijkheden.* De film is inzetbaar als ondersteunend materiaal bij andere vormen van voorlichting. Wanneer de film verspreid wordt, dient deze betaalbaar te zijn.
- *De eisen van de organisatie.* Elke organisatie heeft zijn eigen huisstijl, logo of herkenningssound (Deenen, 2000). Bij het maken van een opdrachtfilm is het vereist dat het onderwerp zo concreet mogelijk op papier wordt uitgewerkt, zodat ook de opdrachtgever over het eindproduct een idee kan krijgen en een oordeel kan vormen. Stem wederzijdse verwachtingen op elkaar af (Bueters, 2002).

Van 'idee' tot aan script

Een film wordt gemaakt aan de hand van een script, die door een scriptschrijver wordt geschreven. De schrijver zelf kan met een idee komen of het idee komt van een opdrachtgever (Proper, 2007).

Om tot een script te komen worden er 15 stappen ondernomen:

1. Het idee
2. Het genre
3. De arena
4. De logline
5. De karakters
6. De relaties tussen de karakters
7. De synopsis
8. Het perspectief, stijl
9. Het plot/plotwendingen, begin en einde
10. Het minitreatment
11. De hoofdstukken
12. Het treatment
13. De scènelijst
14. Het script, de dialogen
15. De revisie

Een script schrijven start altijd met een *idee*. Door research wordt een idee voorzien van achtergrondinformatie. In enkele zinnen wordt het onderwerp geschetst, zodat er een rode draad ontstaat.
Het *genre*, de hoofdpersonen en het drama van het verhaal worden gedefinieerd (Bueters, 2002).
Ook wordt bepaald wat de sociale omgeving is waarin het verhaal zich afspeelt, *de arena* (Proper, 2007). Door verdere research te doen wordt het idee uitgewerkt, hier vallen ook de stappen vijf en zes onder (Bueters, 2002).
Een verdere uitwerking van het idee is de *logline*. Dit is het idee dat kort, in een paar zinnen wordt samengevat. In de logline wordt het genre beschreven, de arena, het thema en het verloop van de film met de belangrijkste karakters en de afloop van het verhaal (Proper, 2007). Voor een voorbeeld zie bijlage 6.
Bij het *karakteriseren* worden de personages in de film ontwikkeld. Elk personage heeft een eigen verleden, een achtergrond, heeft specifieke eigenschappen, interesses, afwijkingen, manieren van reageren, etc. Ze worden allemaal bedacht in relatie tot het verhaal (Proper, 2007).
Dramatiseren – *de relatie tussen de karakters* – is spanning maken tussen karakters. Meestal gaat het om een conflict, niet in de zin van ruzie, maar breder zoals spanningen of tegenstrijdigheden. De verhalen worden zo gekozen zodat dit een spannende, hilarische en zinvolle film oplevert (Proper, 2007).
De *synopsis* is een A4tje waarop staat beschreven waar het verhaal over gaat: het genre; de arena; de karakters en wat hen beweegt; het doel met mogelijke obstakels die het doel in de weg staan; hoe de film begint en eindigt en eventueel al een spanningsboog. De synopsis geeft de kern weer en vormt de basis voor het vervolg (Proper, 2007). Met de synopsis is het basisverhaal klaar.
Een volgende grote stap is het minitreatment, maar daarvoor moeten eerst een aantal belangrijke punten worden gedefinieerd. Het doel en motief van de hoofdpersonages zijn bekend, daarbij wordt nu het perspectief en het plot gedefinieerd. Het *perspectief* is het gezichtspunt van waaruit het verhaal wordt verteld. Dat kan zijn door één van de hoofdpersonages of bijvoorbeeld door een objectief standpunt. Vervolgens moet het plot worden omschreven.
Een *plot* geeft de noodzakelijke wendingen in een verhaal aan, waardoor de kijker geïnteresseerd blijft. De plotwendingen samen geven samenhang aan het verhaal (Proper, 2007). Het zijn de hoogte en dieptepunten van het verhaal (Bueters, 2002). Ook het voorlopig begin en einde worden beschreven (Proper, 2007).
Het *minitreatment* wordt aan de hand van de voorgaande punten beschreven. Het is een nieuwere versie van het verhaal, maar al veel langer dan een synopsis. Het kan al gauw drie tot vijf pagina´s

worden. Er zijn hier meer karakters gefigureerd en het belangrijkste verschil met een synopsis is dat in een minitreatment voor het eerst wordt verteld met een rudimentaire structuur: een mogelijke volgorde van gebeurtenissen, verhaalwendingen. Het begin, midden en het voorlopige einde worden bedacht. Het begin is erg belangrijk. De kijker moet direct in de gaten hebben waar de film over gaat, wie de hoofdpersoon is, welk genre het is (Proper, 2007).
Het *treatment* bestaat net als het minitreatment uit drie delen, het begin, midden en einde. Elk deel bevat nu ook plotwendingen en ook tussen de delen is vaak een plotwending te vinden. Het aantal pagina's van het treatment staat gelijk aan het aantal minuten dat er getoond gaat worden. Het treatment is daarom een aanzienlijke uitbreiding van het minitreatment. Zijn er verschillende verhaallijnen of perspectieven, dan worden deze apart beschreven. Het verhaal wordt opgedeeld in hoofdstukken met nummers en titels. Gebeurtenissen worden gedetailleerder beschreven en er kan al een enkele dialoogzin worden beschreven (Proper, 2007).
Nadat het treatment is gemaakt krijgt de inhoud van de film langzamerhand meer 'body.' De volgende stap is om het treatment – hoofdstuk voor hoofdstuk – om te zetten in scènes en een scènelijst om vervolgens tot een script te komen. Een scène is een opeenvolging van shots die samen een deel van het verhaal vormen, waarbij sprake is van eenheid in tijd, ruimte en plaats (encyclo, 2011). Een *scènelijst* bestaat uit verschillende scènes en reeksen van shots in de volgorde van het script. Ze zijn genummerd en hebben een kop. Ze hebben de aanduiding binnen/buiten: interieur/exterieur (INT/EXT), locatie en dag/nacht (Proper, 2007).
Hieronder wordt het script uitgebreider toegelicht omdat dit het einddoel betreft. Na het schrijven van het script blijft er nog één stap over: de *revisie*. Dit wil zeggen dat het script beoordeeld, aangepast en herbeoordeeld wordt totdat het helemaal goed is (Bueters, 2002).

Script

De veertiende stap is het resultaat, het script. Een script bestaat uit de scènes, aangevuld met locaties, personen en inhoudelijke aanpak. Ook het 'loopje' van de ene naar de andere scène kan worden beschreven, net als het gebruik van licht, dialogen en de kenmerken van de locatie.
Een script kent net als het treatment een begin, midden en einde. Dit wordt ook wel de introductie, ontwikkeling en uitwijding van het verhaal en tot slot de conclusie of epiloog genoemd. In de introductie wordt vaak antwoord gegeven op de vijf journalistieke w's: wie, wat, waarom, waar en wanneer. In het middenstuk ontwikkeld het verhaal zich verder op verschillende niveaus, of in verschillende lijnen. In het einde komt er de eindconclusie, die voort kan komen uit andere deelconclusies die misschien al getrokken zijn halverwege het verhaal.
In het script krijgen de verschillende scènes een duidelijke, inhoudelijke en dramatische samenhang.
Ook al is het script leidend, het is nooit een star stuk papier. Als het alleen maar regent tijdens de draaidagen en er staat ´het is een zonnige dag,´ dan zal hier flexibel mee om moeten worden gegaan (Bueters, 2002).

Toepassing op onderzoek

In het kader van de tijd, de lengte van de film en de uitgebreidheid van de stappen zijn binnen dit onderzoek een aantal stappen samen genomen of overgeslagen. Door het voorwerk binnen dit onderzoek: het opstellen van het projectplan (zie bijlage 1), de literatuurstudie, de interviews, het meelopen op de afdeling, het beschrijven van het zorgproces en de analyse van de voorlichtingsfilmpjes van de andere ziekenhuizen, zijn automatisch de stappen één tot en met drie

doorlopen. Dit kan gezien worden als de research. De stap van het minitreatment is overgeslagen, omdat deze veel overlap vertoont met het treatment.
Er valt te concluderen dat een script voor een voorlichtingsfilm gelijke eisen – wat betreft de opbouw – als een speelfilm kent. Het verschil uit zich in het feit dat een voorlichtingsfilm als hoofddoel heeft om te informeren. Het idee voor de films komt vanuit de kinderdagbehandeling van het ZGV. Het genre en de omgeving liggen op voorhand al vast. De karakters worden niet willekeurig gekozen. Elk personages wordt zorgvuldig gekozen, kijkend naar het zorgproces op de kinderdagbehandeling en de daarin participerende personen. Dramatisering is onder andere bij de voorlichtingsfilm terug te vinden in de manier waarop een kind (2-18 jaar) omgaat met zijn/haar ouder en andersom. De karakters in de films zullen elkaar ontmoeten met hun eigen verhaal. Uiteraard wordt er gewerkt met plotwendingen. Zeer belangrijk in de voorlichtingsfilms is het perspectief, het gezichtspunt van waaruit het verhaal wordt verteld. Dit is afgestemd op de doelgroep. De boodschap van de film moet duidelijk en eerlijk worden gebracht.

Een script moet voldoen aan de regels van het script schrijven. Dit gaat volgens een aantal stappen die lijken op het pellen van een ui. Met iedere stap wordt er een stukje extra van de kern zichtbaar. Met de criteria voor voorlichtingsfilms in het achterhoofd kan er een script worden geschreven voor een voorlichtingsfilm.

3.8 Effectieve distributievormen

In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de vraag: "Wat is logistiek het meest effectief voor de distributie van een voorlichtingsfilm?'' Deze vraag is beantwoord vanuit de literatuur over voorlichting en over voorlichtingsfilms. Daarnaast is er een gesprek gehouden met de coördinator patiëntenvoorlichter van het ZGV. De uitwerking hiervan is te vinden in bijlage 18. Naar aanleiding van dit gesprek is er een schema gemaakt met de distributiemogelijkheden. Deze is te vinden in bijlage 19. Allereerst zal er in het algemeen wat worden beschreven over de tijd en plaats van het kijken van de film. Daarna zullen de drie meest effectieve distributievormen worden beschreven. Er is bewust gekozen om het kostenplaatje niet mee te wegen.

Algemeen

Allereerst is van belang dat het kind de film samen kan bekijken met de ouder. Bij jongeren is het van belang dat de ouder de film gezien heeft. Op deze manier kan de ouder de voor het kind nodige informatie toevoegen. Doordat de ouder mee kijkt wordt de ouder ook voorgelicht, dit is van grote waarde voor het kind (2-18 jaar). Een goed voorgelichte ouder komt minder gestrest en angstig met het kind op de afdeling. De emoties van ouders zijn bepalend voor hoe het kind (2-18 jaar) het zorgtraject beleefd. Als de ouder niet gestrest overkomt, is het kind (2-18 jaar) ook minder gestrest.
Zoals al eerder vermeld, moet het tijdstip van voorlichten met de ouders overlegd worden, bij peuters en kleuters wordt aangeraden dit een paar dagen voor opname te doen. Kinderen hoeven niet weken van tevoren onnodig zenuwachtig gemaakt te worden (Maertens, 2000). Kinderen zijn afhankelijk van hun ouders wat betreft het tijdstip van het bekijken van de film. Jongeren kunnen zelf een moment zoeken om de film te bekijken.

USB-stick

De eerste optie is om de film op een USB-stick te zetten en deze mee te geven tijdens het spreekuur van de anesthesist. Kinderen (2-18 jaar) kunnen op een eigen moment met ouders de film thuis – in een veilige omgeving – gaan bekijken. Ook kan de film meerdere keren bekeken worden wanneer hier behoefte aan is. Daarbij is het een leuke gadget die aanspreekt en voor het kijken van de film drempelverlagend werkt. Twee nadelen zouden kunnen zijn dat de USB-stick onvindbaar wordt of dat het filmpje per ongeluk van de stick wordt verwijderd. Het verschilt per situatie of deze nadelen aanwezig zijn, daarom wegen ze niet op tegen de voordelen.

Link op voorwerp

Een andere manier is om op een voorwerp de link naar de website van de voorlichtingsfilm te drukken en dit voorwerp eveneens mee te geven tijdens het spreekuur van de anesthesist. Het is belangrijk dat de link rechtstreeks naar de voorlichtingsfilm verwijst, anders moeten kinderen, jongeren of ouders op de website van het ZGV zoeken om de film te kunnen bekijken. Voor een voorwerp kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een spuitje, mondkapje of mutsje. Dit is aantrekkelijk voor kinderen en ze houden er iets aan over. Overige voor- en nadelen komen overeen met de vorige optie, waarbij de nadelen weer niet op wegen tegen de voordelen.

Voorlichtingsmiddag

De laatste optie is om een voorlichtingsmiddag te organiseren in het ziekenhuis. Tijdens deze middag kan, onder leiding van een pedagogisch medewerker of een verpleegkundige, de voorlichtingsfilm worden gedraaid en daarnaast kan de afdeling worden bekeken. Zo kunnen kinderen (2-18 jaar) èn ouders een beeld vormen van de afdeling en opname. Daarnaast kunnen kinderen (2-18 jaar) het kapje of de venflon bekijken en aanraken wat tijdens de narcose wordt gebruikt. Doordat een pedagogisch medewerker of een verpleegkundige de middag leidt kunnen er door zowel ouder als kind (2-18 jaar) direct vragen worden gesteld en beantwoord worden. Er worden al voorlichtingsmiddagen in andere ziekenhuizen georganiseerd waaruit is gebleken dat dit tot een succes kan leiden. Organisatorisch vergt dit inzet en beschikbaarheid van de betrokkenen. Nadelen kunnen zijn dat het voor ouders een opgave is om nogmaals naar het ziekenhuis te komen met het kind, ze zijn immers ook al bij de arts en de anesthesist geweest. Ook is de vraag of dit op weegt tegen de duur van de ingreep. Dit zal verschillen per ingreep. Daar komt bij dat kinderen van 2-4 jaar geen besef van tijd hebben en zij kunnen de voorlichting dan ook niet goed plaatsen. Zij kunnen bijvoorbeeld gaan denken dat ze direct na de voorlichting al geopereerd worden. Daarnaast kan de film niet meerdere malen bekeken worden, terwijl herhaling volgens de literatuur de voorlichting juist versterkt.

Samengevat is het bij het uitgeven van de voorlichtingsfilms van belang dat er rekening wordt gehouden met de behoefte van ouder en kind (2-18 jaar). Dit wil zeggen dat de manier en het tijdstip van verspreiding en het kijken van de film aangepast wordt aan die behoefte. De distributie heeft hier invloed op. Er zijn drie beste distributievormen beschreven, een USB-stick met de voorlichtingsfilm daarop, een voorwerp met de link naar de website en een voorlichtingsmiddag. Oftewel, er zijn verschillende geschikte distributievormen mogelijk waarbij de nadelen niet opwegen tegen de voordelen. De meest effectieve vorm staat uitgewerkt in de aanbevelingen.

4. Conclusie

De te beantwoorden vraagstelling is: "Wat is de inhoud van een script voor een voorlichtingsfilm die voorziet in de voorlichtingsbehoeften van ouder en kind, aansluitend bij het universele zorgproces van de kinderdagbehandeling in het ZGV en hoe kan deze voorlichtingsfilm worden gedistribueerd?" Het antwoord op deze vraag bestaat uit twee delen, de inhoud van de voorlichtingsfilm en de distributie van de voorlichtingsfilm.

Inhoud

De inhoud van het script moet aansluiten bij de behoefte van ouders, kinderen en jongeren en bij het universele zorgproces.
Ouders willen graag weten hoe het zorgproces er uit ziet en welke bijdrage zij kunnen leveren in de ondersteuning van hun kind tijdens de opname.
Kinderen willen weten wat hen te wachten staat, om zo het onbekende 'bekend' te maken. Kinderen binnen deze leeftijdscategorie zijn zintuiglijk ingesteld. Bij het weergeven van het zorgproces moet hier rekening mee worden gehouden. Een kind heeft niet alleen behoefte aan feitelijke informatie, maar ook aan beschrijving of benoeming van gevoelens en emoties. Daarnaast is het belangrijk om rekening te houden met het cognitieve niveau waarop kinderen zich bevinden. Deze groep is qua ontwikkelingsniveau zeer uitlopend. Daarom is ervoor gekozen om een oppervlakkige film – zonder teveel details – te maken hierbij zoveel mogelijk rekening houdend met alle niveaus binnen deze doelgroep.
Jongeren willen concrete en praktische informatie over het zorgproces, dat aansluit bij hun begripsvermogen. Hierbij is uitleg over verschillende interventies uit het zorgproces belangrijk. In de bejegening moet rekening worden gehouden met de identiteit en het uiterlijk van de jongere.

Om te voorzien in de behoeften van alle betrokken partijen moet in het script het universele zorgproces – van opname tot ontslag – worden weergegeven, met uitzondering van de operatie. Elementen uit het zorgtraject die belangrijk zijn worden extra benadrukt. Het is essentieel dat de film een eerlijke weergave van de werkelijkheid wordt.

Distributie

De distributie kan op verschillende manieren plaatsvinden. De meest effectieve opties hiervoor zijn: de film op een USB-stick zetten en deze meegeven tijdens het spreekuur van de anesthesist; de link naar de website van de film op een voorwerp laten drukken en meegeven tijdens het spreekuur van de anesthesist; een voorlichtingsmiddag in het ziekenhuis organiseren waarin onder andere de film wordt bekeken.

Script
Door onderzoek te doen werd het mogelijk een script te schrijven. Het geschreven script voldoet qua inhoud en vormgeving aan de verzamelde informatie. De volledige scripts zijn te vinden in deel III en IV.

5. Aanbevelingen

In het voorgaande hoofdstuk – conclusie - zijn conclusies getrokken over de inhoud van het script en de distributievormen van de voorlichtingsfilm. Naar aanleiding van deze conclusies is er een script geschreven die aansluit bij het universele zorgproces en voldoet aan de voorlichtingsbehoeften van zowel het kind (2-18 jaar) als de ouder. Er worden dus geen aanbevelingen gedaan over de inhoud van het script, deze bestaat immers al. De volgende aanbevelingen zijn gericht op implementatie en evaluatie van het script en vervolgonderzoek.

Implementatie

Distributievorm

In deelvraag 9 staan de meest effectieve distributievormen beschreven. Niet elke vorm is geschikt voor zowel kinderen als jongeren. Daarom is het aan te bevelen om twee verschillende vormen te implementeren.
Voor kinderen is een voorwerp met daarop een link naar de website van de voorlichtingsfilm een effectieve vorm. Dit voorwerp kan mee gegeven worden tijdens het spreekuur van de anesthesist. Hierbij is te denken aan een spuitje.
Voor jongeren is het effectief om een USB-stick met daarop de voorlichtingsfilm mee te geven tijdens het spreekuur van de anesthesist.
Daarnaast wordt aanbevolen de voorlichtingsfilms op de site van het ZGV te plaatsen.

Anesthesist

Zowel het voorwerp als de USB-stick worden meegegeven door de anesthesist. Daarbij is het belangrijk dat de anesthesist ouder en kind tot 12 jaar stimuleert om de film samen te kijken. Bij hen moet worden aanbevolen om de film een paar dagen voor opname te kijken.
Bij de jongeren moet worden gestimuleerd dat zowel de jongere als de ouder de film bekijkt.

Ouders

Uit literatuur is gebleken dat het voor zowel ouder als kind goed is om samen met de ouder de voorlichtingsfilm te bekijken. Hierdoor weten ouders wat hen te wachten staat en welke rol zij kunnen vervullen tijdens de opname. Kinderen weten dan dat er een ouder aanwezig is tijdens de opname, wat voor hen erg belangrijk is. Hierdoor ontstaat ook de mogelijkheid dat kinderen eventuele vragen kunnen stellen aan een vertrouwd persoon, namelijk zijn ouder. Er wordt aanbevolen dat ouders de film samen met kinderen kijken en dat dit wordt gestimuleerd.

Herhaling

Er is gebleken dat herhaling zorgt voor een goede voorbereiding op en een betere verwerking van de opname. Daarom is het aan te bevelen dat verpleegkundigen van de kinderdagbehandeling bij de opname met kinderen (2-18 jaar) kort terugblikken op de voorlichtingsfilm. Hier kan tijdens het opnamegesprek en eventueel tijdens de verdere opname op ingehaakt worden.

Evaluatie

Het is aan te bevelen om de voorlichtingsfilm te evalueren. Om een goede evaluatie te houden is het verstandig om voor het implementeren van de voorlichtingsfilm een startdocument te maken. In het startdocument staat beschreven hoe de verpleegkundigen de voorlichting nu vinden gaan. Zo kan er na een half jaar objectief geëvalueerd worden. Ook kan hierbij worden onderzocht of de film werkelijk door alle kinderen (2-18 jaar) en ouders wordt bekeken.

Vervolgonderzoek

Tussen ouder en kind is er voordurend een wisselwerking. Als ouders goed zijn voorgelicht, kunnen zij hun kinderen goed voorlichten. Als ouders emotioneel goed zijn voorbereid, kan het kind op hen terugvallen tijdens de opname. De emotionele beleving van kinderen wordt voor een groot gedeelte bepaald door die van de ouders. Kinderen spiegelen zich aan de ouders.
In dit onderzoek is de rol van ouders bij voorlichting onderbelicht omdat de focus lag op kinderen (2-18 jaar). Daarom is het aan te bevelen om een vervolgonderzoek te houden naar de rol van ouders bij voorlichting van kinderen.
De verwachting is dat een onderzoek naar de rol van ouders in de voorlichting, zal uitwijzen dat er hiaten zitten in de voorlichting voor en door ouders. Hierop kunnen dan aanbevelingen worden gedaan met betrekking tot voorlichting voor en door ouders. Dit zal uiteindelijk moeten leiden tot goed voorgelichte en voorbereide kinderen, die emotioneel beter in staat zijn het zorgproces te doorlopen.

6. Discussie

Binnen de discussie worden een aantal zaken uit het onderzoek belicht in het licht van de doelstelling en de vraagstelling. Deze hebben mogelijk de resultaten beïnvloed. In de discussie worden de volgende zaken belicht: voorlichtingsbehoefte; visie op voorlichtingsfilm; begripsverheldering 'voorbereiding'; voorlichtingsfilmpjes andere ziekenhuizen; verpleegkundige relevantie; deelvraag 7.

Voorlichtingsbehoefte

In de planningsfase van het onderzoek – waarin het onderzoeksplan werd ontwikkeld – is bij de opdrachtgever en de onderzoekers een verschil van blik ontstaan. De vraag vanuit de opdrachtgever was een voorlichtingsfilm voor kinderen (2-18 jaar) van de kinderdagbehandeling van het ZGV. Volgens de opdrachtgever zou dit een geschikte manier zijn om kinderen (2-18 jaar) voldoende voorbereid op de afdeling te laten komen. Op het moment dat de onderzoeksvraag en doelstelling nader werden bekeken rees bij de onderzoekers de vraag op of een voorlichtingsfilm wel het meest geschikt is. Is er geen andere vorm of ander ondersteunend materiaal dat nog beter aansluit bij de voorlichtingsbehoefte? Dit is in een gesprek met de opdrachtgever en begeleidend docent de CHE ter discussie gesteld. In het gesprek is duidelijk geworden dat er geen onderzoek wordt gedaan naar welk voorlichtingsmiddel of ondersteunend materiaal voorziet in de voorlichtingsbehoefte van ouder en kind (2-18 jaar). De kinderdagbehandeling vraagt specifiek om een film die inhoudelijk aansluit bij de voorlichtingsbehoefte van ouder en kind (2-18 jaar). Op deze manier is dit onderzoek gecontinueerd.

Visie op voorlichtingsfilm

Er is gehoor gegeven aan de vraag van de opdrachtgever om scripts te schrijven voor voorlichtingsfilms en niet verder onderzoek te doen naar wat een eventueel geschiktere voorlichtingsvorm of ondersteunend materiaal zou zijn. Door het onderzoek is er door de onderzoekers een visie ontwikkeld over voorlichtingsfilms. Deze visie is dat wanneer het gaat om het voorlichten van kinderen (2-18 jaar), een voorlichtingsfilm goed ondersteunend materiaal is. Door een voorlichtingsfilm maken kinderen als het ware het zorgproces al een keer mee, waardoor er veel onbekends bekend wordt. Een andere reden is dat door een film verschillende zintuigen geprikkeld worden. Dit bevordert het verwerkingsproces, er kan veel meer worden onthouden dan wanneer er maar één zintuig wordt geprikkeld.
Door de onderzoekers is er geen ander, geschiktere vorm of ondersteunend materiaal gevonden in de voorlichting voor kinderen (2-18 jaar). Het probleem dat werd geconstateerd was dat kinderen onvoldoende voorbereid op de afdeling komen. De onderzoekers stellen ter discussie of het probleem hiervan bij kinderen ligt of bij hun ouders. De vraag is of kinderen naast de bestaande voorlichting, extra voorlichting nodig hebben. Er werden verschillende signalen opgevangen dat het probleem veel meer ligt bij de ouders. Hierover is een aanbeveling geschreven.

Begripsverheldering 'voorbereiding'

Met het opstellen van het onderzoeksplan zijn ook de begrippen 'voorbereiding' en 'voorlichting' ter discussie gesteld. Het zijn begrippen die qua betekenis nauw bij elkaar aansluiten. In dit onderzoek betekent voorlichting: het overbrengen van informatie op de doelgroep, voorbereiding betekent: de acties die iemand onderneemt om klaar te zijn voor een operatie. Hoewel de onderzoekers zich bewust waren dat 'voorbereiding' meestal wordt opgevat als 'mentale voorbereiding' hebben zij de begrippen voor de duidelijkheid en het overzicht willen scheiden. In de begripsomschrijving kan het idee worden gewekt dat het alleen gaat om acties en handelingen die gaan over 'lichamelijke' voorbereiding, maar het is wel degelijk van belang dat kinderen ook mentaal voldoende voorbereid op de afdeling komen. Er valt te zeggen dat men door voorlichting mentaal voorbereid kan zijn.

Voorlichtingsfilmpjes andere ziekenhuizen

Omdat het wiel niet opnieuw hoeft worden uitgevonden zijn er binnen dit onderzoek,ter inspiratie, voorlichtingsfilmpjes van andere ziekenhuizen bekeken. Deze filmpjes zijn aan een theoretisch onderbouwde analyse onderworpen. De filmpjes waren helpend bij het schrijven van de scripts. Wat als nadelig valt te benoemen is dat er alleen voorlichtingsfilmpjes beschikbaar waren voor kinderen onder de twaalf jaar en voor volwassenen. Er is geen voorlichtingsfilm gevonden specifiek gericht op jongeren. Om deze reden heeft de analyse van de voorlichtingsfilmpjes alleen betrekking op de groep kinderen van 2-12 jaar. Toch zijn er door de filmpjes wel ideeën opgedaan voor de jongeren. Ook sterkt het tot aanbeveling van het ZGV dat zij – straks – wel een voorlichtingsfilm hebben voor jongeren.

Verpleegkundige relevantie

Het schrijven van een script klinkt in eerste instantie niet verpleegkundig. Toch is dit onderzoek wel degelijk verpleegkundig relevant. In het beroepsdeelprofiel kinderverpleegkundige (2004) staat: "er voor zorgen dat een kind de voorbereiding en informatie krijgt die past bij zijn ontwikkeling en individuele situatie." Door onderzoek te doen naar de behoefte van kinderen (2-18 jaar) en hun ouders is er passende informatie gevonden. Deze passende informatie is verwerkt in het script voor de voorlichtingsfilms. Dit maakt het schrijven van deze scripts voor voorlichtingsfilms verpleegkundig relevant.
Eveneens sluit dit onderzoek aan bij de beroepsrollen van de verpleegkundige zorgverlener en ontwerper. Het sluit aan bij de rol van zorgverlener omdat het ontwikkelen en geven van voorlichting valt binnen deze rol. Ook staat er beschreven dat verpleegkundigen audiovisueel materiaal moeten kunnen ontwikkelen. Letterlijk staat er in competentie 2.17 van het competentiehandboek van de CHE (2008): "De student kan schriftelijk en audiovisueel materiaal ontwikkelen, hanteren en beoordelen op bruikbaarheid." Dit onderzoek past in de rol van ontwerper omdat het doen van onderzoek valt binnen deze rol. Ook kan met dit onderzoek de kwaliteit van zorg verbeterd worden op de kinderafdeling van het ZGV. Dit valt ook binnen de rol van ontwerper.
De voorlichting wordt meestal overgelaten aan pedagogisch medewerkers in het ziekenhuis. Waarom dan niet ook bij deze voorlichtingsfilms? Ook verpleegkundigen moeten in staat zijn tot het toepassen en ontwikkelen en beoordelen van voorlichtingsmateriaal. Dit kan niet enkel worden overgelaten aan pedagogisch medewerkers. Daarnaast is bij het zorgtraject op de kinderdagbehandeling de rol van de pedagogisch medewerker nihil. De verpleegkundigen hebben beter zicht op het zorgtraject. Daarom is

er gekozen voor een verpleegkundige insteek en waren de belangrijkste informanten verpleegkundigen.

Deelvraag 7

Tijdens het onderzoek is op verschillende momenten de kwaliteit van het onderzoek aan de orde geweest. Om de kwaliteit te waarborgen is besloten deelvraag 7 buiten beschouwing te laten: "Wat zijn voorwaarden van verpleegkundigen waar de voorlichting aan moet voldoen?" Dit besluit is genomen tijdens het verwerken van de onderzoeksresultaten. Omdat de interpretatie van de vraag vragen opleverde en er daardoor geen betrouwbare informatiebronnen beschikbaar waren om het antwoord op de vraag te formuleren werd deze keuze gemaakt. De vraag is opgesteld met het idee te achterhalen wat voorwaarden zijn van voorlichting door verpleegkundigen. Dus wat maakt nu dat voorlichting specifiek 'verpleegkundige voorlichting' wordt? Het was de intentie om door middel van interviews antwoord op deze deelvraag te krijgen. Tijdens het opstellen van de topiclijst is er geen geschikte en concrete vraag opgesteld die helpend is om de deelvraag te kunnen beantwoorden. De achterliggende gedachte bij het opstellen van de vragen was meer in de trant van: "Welke voorwaarden hebben de verpleegkundigen waar de voorlichting aan moet voldoen?" Daardoor gaven de informanten reacties over waar de inhoud en vormgeving van een voorlichtingsfilm aan moet voldoen en wat volgens hen belangrijke voorwaarden zijn bij voorlichting. Ook is uit literatuur gebleken dat er geen 'specifieke' verpleegkundige voorwaarden voor voorlichting bestaan. De argumenten die in de literatuur worden benoemd gelden voor voorlichting in het algemeen, maar zijn toepasbaar binnen de verpleegkundige voorlichting. Het antwoord was slechts te vinden in de praktijk, geïnspireerd op ervaring en deskundigheid van de verpleegkundigen van de kinderdagbehandeling.

7. Literatuurlijst

Boeken

Baarda, D.B. e.a. (2005). *Basisboek Kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek.* Eerste druk. Groningen/Houten: Stenfert Kroese

Beemen, L. (2010). *Ontwikkelingspsychologie*. Vierde druk. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff

Boer, D.J. den, V. Damoiseeaux (eindred.) e.a. (1988). *Patiëntenvoorlichting een interdisciplinaire benadering.* Van Gorcum: Assen

Boon ten, Drs. T., Geeraertsen, Prof. dr. D., (2005). *Van Dale, Groot woordenboek der Nederlandse taal.* 14e herziene druk. Utrecht: Van Dale Lexicografie

Boschma, L. en Groen, I. (2007). *Generatie Einstein. Slimmer, sneller en socialer.* Derde druk, tweede editie. Rotterdam: Pearsin Educatin Benelux

Boudewijnse, H.B., e.a. (2005). *Nederlands leerboek jeugdgezondheidszorg, deel B.* Zesde druk, herziene druk. Assen: Koninklijke van Gorcum

Bueters, G. (2002). *Handboek voor televisiemakers. Één cameraregie voor informatieve televisie.* Eerste druk. Delft: Uitgeverij Eburon

Burght, van der, M, e.a. (2009). *Doen en blijven doen*. *Voorlichting en compliancebevordering door paramedici*. Derde druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Carpenito L.J. (2002). *Zakboek verpleegkundige diagnosen*. Tweede druk, negende editie. Wolters-Noordhoff: Groningen/Houten

CHE (2008). *Competentiehandboek. Competenties curriculum Opleiding tot verpleegkundige.* Ede: CHE

Damoiseaux, V., e.a., (1993). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum

Deenen, A.M. (2000). *Gezondheidsvoorlichting in de verpleegkundige beroepsuitoefening 502*. Eerste druk, eerste oplage. Leiden: Spruyt, Van Magtum & De Does bv.

Delfos, M.F. (2005). *Ontwikkeling in vogelvlucht. Ontwikkeling van kinderen en adolescenten.* Vierde druk. Amsterdam: Hartcourt Book Publishers

Feldman, R.S. (2009). *Ontwikkelingspsychologie.* Vierde editie. Amsterdam: Pearson education Benelux

Geert, van, P.L.C. (2004). *Handboek klinische psychologie.* Vijfde druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Hamilton, P.M. (1999). *Kinderverpleegkunde en Kindergeneeskunde*. Derde herziene druk, zesde oplage. Maarsen: Elsevier/De Tijdstroom

Have, ten, E.C.M. (2001). *Communicatieve vaardigheden voor verpleegkundigen. Eerste druk, tweede oplage.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

Heyster, H., Verheijen, H. (1999). *Psychologie voor kinderverpleegkundigen.* Vijfde herziene druk. Maarsen: Elzevier/De tijstroom

Huizinga, G., e.a. (2004). *Basisboek Kinderverpleegkunde*. Tweede herziene druk, eerste oplage. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg

Jong, de, J.H.J., e.a. (1998). *Aspecten van verpleegkundige beroepsuitoefening*. Tweede druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Jonge, de, G.L.M.A. e.a. (2007). *Verplegen van kinderen en jeugdigen*. Tweede druk. Baarn: NijghVersluys

Keenan, T. (2002). *An introduction to child development. Eerste herziene druk.* London: SAGE publications

Linde, P. (1994). *Video in de voorlichting*. Tweede druk. Bussum: Uitgeverij Dick Coutinho

Maertens, N., Maris, N. (2000). *Patiëntgericht voorlichten, leerboek voor verpleegkundigen*. Derde gewijzigde druk. Amsterdam: SWP uitgeverij

Proper, R (2007). Kill your darlings *scenarioschrijven voor film en tv.* Tweede druk. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, onderdeel van Uitgeverij Prometheus

Schoot, T. e.a. (2006). *De verpleegkundige als zorgverlener*. Eerste druk. ThiemeMeulenhoff: Utrecht/Zutphen

Terra, B. e.a. (2004). *Doen wat kan. Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen.* Tweede druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs.* Tweede herziene druk. Amsterdam: Uitgeverij Boom

V&VN (2004). *Beroepsdeelprofiel kinderverpleegkundige.* Eerste druk. Utrecht: VVKV

Wageningen, van, N. (2004). *Spelend begeleiden van kinderen in het ziekenhuis*. Eerste druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Wit de J. et al, (2004) *Psychologie van de adolescentie*. 23e druk. Baarn: HBuitgevers

Artikelen

Brink, T en Buiter, D. *Interactieve voorlichting bij kindergeneeskunde. Computerprogramma sluit nauw aan bij belevingswereld kinderen.* TVZ, 106e jaargang. April 1996. Pag. 274- 275

Nies, I. *Patiëntenvoorlichting. Wat wil de patiënt weten?* Nursing, 9e jaargang. Maart 2003. Pag. 46-48

Redactie Verpleegkunde Nieuws. *Poppenkast als voorbereiding op een operatie: Nikki moet naar het ziekenhuis.* Verpleegkundig Nieuws, 16e jaargang. Maart 2002. Pag. 11-13

Robertson, J. *Goedbedoelde projecten vaak strijdig met belang van kind.* Kind en ziekenhuis, 31e jaargang. Januari 2008. Pag. 8-13

Smith, L. e.a. *Children's accounts of their preoperative information needs.* Journal of Clinical Nursing, 14 e jaargang. Februari 2005. Pag. 230-238

Van Bergen-Rodts, M. *Terugblik op dertig jaar voorlichting*. Kind en Ziekenhuis, 31e jaargang. Januari 2008. Pag. 4-6

Van Bergen-Rodts, M. *Voorbereiden van kinderen en ouders*. Kind en Ziekenhuis, 31e jaargang. Januari 2008. Pag. 18-22

Internet sites

Batejat, D. e.a. (1999). *Evaluation of the attention capacity in 10,000 school children (8 to 11 years old*).
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-3WWCG12-5&_user=10320463&_coverDate=04%2F30%2F1999&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=gateway&_origin=gateway&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000126635&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10320463&md5=4612a012f82f6605a0b139a37e038352&searchtype=a
Geraadpleegd op: 11-04-2011)

Cheng, B. (2010). *Children attention span by age.*
http://bensoncheng.wordpress.com/2010/04/16/children-attention-span-by-age/
Geraadpleegd op: 11-04-2011

De community voor zelfontwikkeling en educatie (z.n. en z.j.) Wie was Sigmund Freud?
http://www.leerwiki.nl/Wie_was_Sigmund_Freud
Geraadpleegd op: 15-03-2011

Early technical education (z.n. en z.j.) *Het kind: psychologische en pedagogische overwegingen.*
http://www.earlytechnicaleducation.org/nl2/hof2p3nl.htm
Geraadpleegd op 15-03-2011

Early technical education (z.n. en z.j.) *Het kind: psychologische en pedagogische overwegingen*
http://www.earlytechnicaleducation.org/nl2/hof2p2nl.htm

Geraadpleegd op: 15-03-2011

Encyclo (z.n. en z.j.) Zoekwoord: 'scène' http://www.encyclo.nl/begrip/sc%C3%A8ne
Geraadpleegd op: 12-04-2011

Redactie encyclo, (z.n. en z.j.) Zoekwoord: 'spanningsboog'
http://www.encyclo.nl/begrip/spanningsboog Geraadpleegd op: 11-04-2011

Gurp, van – Mertens, J.J.J. (2005). *Informatie en bejegening.*
http://medischcontact.artsennet.nl/blad/Tijdschriftartikel/Informatie-en-bejegening.htm
Geraadpleegd op: 23-02-2011

Kind en Ziekenhuis (z.n), (1988). *Handvest Kind en Ziekenhuis.*
http://www.kindenziekenhuis.nl/stichting/handvest/
Geraadpleegd op: 03-05-2011

Mens en Samenleving (z.n) (2009). *Acht levensfasen/Ontwikkelingsfasen van de mens: Erikson*.
http://mens-en-samenleving.infonu.nl/psychologie/34088-acht-levensfasen-ontwikkelingsfasen-van-de-mens-erikson.html
Geraadpleegd op: 28-04-2011