Medische informatie verstrekking aan ouders

Implementatie van een eenduidig beleid op de Pediatrische Intensive Care Unit

picu.nl

landelijke werkgroep intensive care kinderen

Naam: Robin Vugs, 1145282

Opleiding: Zuyd Hogeschool te Heerlen, Faculteit Gezondheid en Zorg, HBO-V Voltijd (VWO-traject)

Stage instelling: Academisch Ziekenhuis Maastricht, afdeling PICU

Docentbegeleider: Tineke Schoot

Praktijkbegeleider: Manon Baumler

Werkbegeleider: Ronald Servais, Stef Giua

Datum: 10-06-2014

Samenvatting

Deze bachelor thesis is geschreven naar aanleiding van het implementatietraject ‘Medische informatieverstrekking aan ouders door verpleegkundigen op de Pediatrische Intensive Care Unit (PICU)’. Dit onderwerp is gekozen vanuit de wens de tevredenheid van ouders op de PICU te vergroten, omdat er geconstateerd is dat er nog geen eenduidig beleid is voor medische informatieverstrekking aan ouders. Hierdoor komt de continuïteit en kwaliteit van de zorg voor de patiënt in het gedrang. Het doel van deze implementatie is dan ook het aanpakken van het geconstateerde probleem door eenduidigheid te creëren rondom medische informatieverstrekking, waarbij iedere zorgverlener zijn taak weet en ouders volledig worden geïnformeerd, rekening houdend met de privacy. Op deze manier kunnen ouders verantwoorde besluiten nemen ten aanzien van het zorg- en behandelingsproces van hun kind. De hoofdvraag luidt: *‘Op welke wijze kan informatieverstrekking over de medische diagnose en behandeling door de verpleegkundigen op de PICU naar ouders van een kind jonger dan 12 jaar worden verbeterd, zodat onder de ouders minder verwarring ontstaat en een grotere tevredenheid heerst over het zorg- en behandelingsproces van het kind?’*

Het implementatietraject is uitgevoerd aan de hand van het implementatiemodel van Grol & Wensing (2013). De informatie over de wenselijke situatie van medische informatieverstrekking aan ouders is verkregen door evidence based literatuur te bestuderen in diverse databasen zoals PubMed en Google Scholar. Tevens is er informatie verzameld door interviews, informele gesprekken en eigen observaties op de PICU bij zorgverleners en ouders. Aansluitend is op basis van de verkregen informatie een implementatieplan van strategieën en interventies ontwikkeld. De belangrijkste strategieën zijn educatieve bijeenkomsten, lokale consensusprocessen en ontwikkeling en verspreiding van educatief materiaal. Gekoppeld aan deze strategieën zijn er in de praktijk verschillende activiteiten uitgevoerd. Er zijn klinische lessen op de afdeling gegeven, er zijn een aantal overleggen geweest met de zorgcoördinatoren en er zijn e-mails aan de betrokkenen gestuurd om hen te informeren over het verloop van het implementatietraject. Voor de afdeling is een poster ontworpen met een vijftal richtinggevende aanbevelingen. De kern van deze aanbevelingen wordt gevormd door de aandachtspunten voor verpleegkundigen op de PICU bij het verstrekken van informatie over de medische diagnose en behandeling aan ouders. Tot slot zijn er aanbevelingen opgesteld voor de evaluatie van de pilot. Het project wordt overgedragen aan de zorgcoördinatoren van de PICU.

Abstract

This Bachelor thesis is written as a result of the implementation project ´Medical provision of information towards parents by nurses on the Pediatric Intensive Care Unit(PICU)'. This topic has been chosen because there was a wish to increase the satisfaction of parents at the PICU. This was because there was no single policy for the medical information provision towards parents. Because of this the continuity and the quality of the care for a patient is being compromised. The goal of this implementation is to tackle to problems by creating clear policy around the provision of medical information, in which every nurse knows there task en in which the parent is fully informed, with privacy taken into account. In this manner parents have the ability to make choices on the care- and treatment process of their child. The main question is: *'In which way can we improve the provision of information by nurses on the PICU towards parents of a child younger than 12 years old, to make sure there is less confusion among the parents and an improved satisfaction with regard to the care- and treatment process of the child?'* The implementation has been performed according to the implementation model of Grol & Wensing (2013). The information about the desired situation of medical information provision has been obtained by studying evidence based literature from databases as PubMed and Google Scholar. Next to that information has been gathered by the use of interview, informal conversations and personal observations on the PICU with parents and fellow nurses. Next to that an implementation plan of strategies and interventions has been developed on the basis of the obtained information. The most important strategies are educational meetings, local consensus processes and the development and spreading of educational materials. Several activities has been executed which are linked to those strategies. There have been clinical classes on our department, there have been several consultations with the care coordinators and emails have been sent to everyone involved to inform them about the status of the implementation process. A poster has been made for the department with five directive recommendations. The core of those recommendations has been formed by attention points for the nurses on the PICU on the provision of information about medical diagnosis and treatments towards parents. Next to that recommendations have been made for the evaluation of the pilot, the project will be handed over to the care coordinators of the PICU.

Voorwoord

Voor u ligt de bachelor thesis met betrekking tot de verpleegkundige informatieverstrekking over het (medisch) beleid ten aanzien van ouders met een kind (<12 jaar) dat is opgenomen op de Pediatrisch Intensive Care Unit (PICU).

Deze opdracht is het eindproject van het verdiepingsjaar van de opleiding verpleegkunde aan de ZUYD Hogeschool te Heerlen. Tijdens dit gehele verdiepingsjaar loop ik stage op de afdeling PICU van het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM) te Maastricht.

Het verdiepingsjaar bestaat uit drie periodes, waarvan het schrijven van de bachelor thesis de laatste is. Voorafgaand heb ik in de differentiatie 2 een leertaak (Vugs, 2013a) en een praktijkproef (Vugs, 2013b) in de rol van ontwerper uitgevoerd. Hierin zijn de wenselijke- en feitelijke situatie ten aanzien van medische informatieverstrekking onderzocht. Bovendien zijn doelgroep en setting geanalyseerd. In de major 1 is een uitgebreid literatuuronderzoek gedaan met betrekking tot ditzelfde onderwerp. De wenselijke situatie werd hierdoor verder uitgediept. De resultaten van deze producten zijn verwerkt in deze bachelor thesis.

Graag wil ik enkele personen, die deze studie mede mogelijk hebben gemaakt in het bijzonder bedanken.

Tineke Schoot, docentbegeleider en eerste beoordelaar bachelor thesis
Monique Du Moulin, tweede beoordelaar bachelor thesis
Medestudenten onderwijsgroep VO 403B
Ronald Servais, werkbegeleider en PICU verpleegkundige
Stef Giua, werkbegeleider en PICU verpleegkundige
Ronald Snijders, zorgcoördinator en PICU verpleegkundige
Manon Baumler, praktijkbegeleider

Robin Vugs

Inhoudsopgave

Samenvatting 1
Abstract 2
Voorwoord 3
Inleiding 6
Hoofdstuk 1 Voorstel voor verandering 8
Hoofdstuk 2 De wenselijke situatie 10
2.1 Methode 10
2.2 Resultaten 11
2.2.1 Het belang van informatieverstrekking aan ouders 11
2.2.2 Het recht op informatie 13
2.2.3 De inhoud van de informatieverstrekking 14
2.2.4 De manier van informatieverstrekking 15
2.2.5 De plaats van informatieverstrekking 17
2.2.6 Interdisciplinaire samenwerking 18
2.2.7 De wenselijke situatie volgens de praktijk 19
2.3 Conclusie 19
Hoofdstuk 3 De feitelijke situatie 20
3.1 Methode 20
3.2 Resultaten 21
3.2.1 Het belang van informatieverstrekking aan ouders 21
3.2.2 De wijze van informatieverstrekking aan ouders 22
3.2.3 De inhoud van informatieverstrekking aan ouders 22
3.2.4 De plaats van informatieverstrekking aan ouders 23
3.2.5 Interdisciplinaire samenwerking 23
3.3 Vergelijking van de wenselijke en feitelijke situatie 24
3.4 Conclusie 25
Hoofdstuk 4 De probleemanalyse 26
4.1 Methode 26
4.2 Resultaten 26
4.2.1 Doelgroep & setting 26
4.2.2 Bevorderende & belemmerende factoren 27
4.3 Conclusie 29

Hoofdstuk 5 Strategieën en interventies 29
5.1 Methode 30
5.2 Resultaten 32
5.3 Conclusie 33
Hoofdstuk 6 Implementatieplan 33
6.1 De resultaten 33
6.1.1 Het implementatieplan 33
6.1.2 De pilot 36
Hoofdstuk 7 Evaluatie 37
7.1 Stand van zaken 37
7.2 Methode 37
7.3 Conclusie 39
Discussie 40
Aanbevelingen 41
Conclusie 42
Reflectieverslag 43
Literatuurlijst 46
Bijlage 1 Zoekstrategie 49
Bijlage 2 Interviews 52
Bijlage 3 Presentatie klinische les 59
Bijlage 4 De High5 poster 62
Bijlage 5 SurveyMonkey-enquête 63
Bijlage 6 Voorstel bachelor thesis 64
Bijlage 7 Beoordelingsformulier praktijk- en werkbegeleider ..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
Bijlage 8 Beoordelingsformulier docentbegeleider ..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Inleiding

In Nederland zijn er 8 Pediatrische Intensive Care Units (PICU), ook wel kinder-intensive care genoemd. Een daarvan bevindt zich in het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM). Uit recent onderzoek van de Pediatrische Intensive Care Evaluatie (PICE), blijkt dat het aantal opnames op alle kinder-intensive care units van Nederland rond de 4840 per jaar ligt (Vissers, 2007). De populatie op de kinder-intensive care (kinder-IC) is zeer divers. "Hier liggen kinderen van 0 tot 18 jaar, waarvan de vitale functies bedreigd zijn en die hiervoor vaak ondersteuning nodig hebben en bij wie nauwkeurige observatie vereist is. Dit zijn veelal ernstige infectieziekten, trauma's, neurologische-, cardiologische- en respiratoire aandoeningen" (PICU, 2013, p 1).

Wanneer je als verpleegkundige op de PICU werkzaam bent, heb je niet alleen te maken met kinderen, maar ook met de (wettelijke) vertegenwoordigers. In deze bachelor thesis wordt vanuit gegaan dat de ouders de wettelijke vertegenwoordigers zijn van het kind onder de 12 jaar. Informatieverstrekking over medische diagnose en behandeling van het kind is voor ouders belangrijk om de kritische situatie te begrijpen, om weloverwogen beslissingen te nemen en om hun kind te helpen de situatie te begrijpen (Meyer et al., 1998; NIVEL, 2014). Hierdoor zouden ouders beter kunnen participeren in de zorg voor hun kind (Meyer et al., 1998; Lam, Chang, Morrissey, 2005). Er is echter weinig onderzoek bekend over informatieverstrekking aan ouders van kinderen. Van onderzoek over informatieverstrekking aan volwassen patiënten zijn er wel resultaten bekend. Het Nivel en de Consumentbond hebben aan 40.647 volwassen patiënten uit 37 ziekenhuizen in Nederland gevraagd naar hun mening over de patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen. Hieruit is gebleken dat medische informatieverstrekking meer aandacht verdient. Een aantal thema's zoals, behandelingsalternatieven en de opnameduur en –beloop, blijkt dat de informatie verbeterd kan worden (Janse, Hutten, Spreeuwenberg, 2002).

Uit persoonlijke observaties blijkt dat de samenwerking en communicatie tussen artsen, verpleegkundigen en andere disciplines op de PICU, met betrekking tot het geven van medische informatie aan ouders, niet altijd even soepel verloopt (Vugs, 2013). Hierbij is niet duidelijk welke medische informatie door welke discipline teruggekoppeld moet worden naar ouders. Daarbij sluit de verstrekte medische informatie van de disciplines niet altijd op elkaar aan. Een belangrijk gevolg van genoemde problemen kan zijn dat er verwarring bij ouders ontstaat. Dit kan vervolgens leiden tot ontevredenheid, onvoldoende participatie bij besluitvorming over het zorg- en behandelproces van hun kind. Ook werd op de afdeling

geobserveerd dat de verpleegkundigen vaak medische informatie aan bed geven, waarbij geen rekening wordt gehouden met de privacy rechten van patiënt en ouders.
Het doel van dit implementatieproject is om eind 2014 eenduidigheid onder de verpleegkundigen, artsen en andere disciplines op de PICU te creëren ten aanzien van het verstrekken van informatie over medische diagnose en behandeling. Dit kan worden gerealiseerd door het opstellen van aanbevelingen met betrekking tot het garanderen van interdisciplinaire samenwerking op de PICU en het volledig informeren van ouders. Hierbij wordt rekening gehouden met de privacy van kind en ouder. Op deze manier wordt verwacht dat ouders verantwoordelijkere besluiten over het zorg- en behandelingsproces van hun kind, jonger dan 12 jaar, kunnen nemen.
De hoofdvraag die hierbij gesteld is luidt als volgt:
'Op welke wijze kan informatieverstrekking over de medische diagnose en behandeling door de verpleegkundigen op de PICU naar ouders van een kind jonger dan 12 jaar worden verbeterd, zodat onder de ouders minder verwarring ontstaat en een grotere tevredenheid heerst over het zorg- en behandelingsproces van het kind?'
Om antwoord op deze hoofdvraag te kunnen geven zijn de volgende deelvragen gesteld:
1. *Hoe ziet de wenselijke situatie eruit omtrent informatieverstrekking over de medische diagnose en behandeling van het kind door verpleegkundigen naar ouders op de PICU?*
2. *Hoe verloopt de informatieverstrekking over medische diagnose en behandeling van het kind door verpleegkundigen naar ouders momenteel op de PICU en welke concrete verbeterdoelen kunnen gesteld worden?*
3. *Welke bevorderende en belemmerende factoren beïnvloeden het implementatietraject?*
4. *Welke strategieën en interventies kunnen worden toegepast om de gestelde implementatiedoelen te bereiken?*
5. *Op welke wijze wordt het implementatieplan ontwikkeld, getest en uitgevoerd?*
6. *Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan voor de evaluatiemethode van de implementatie op de PICU?*

De methode die is gebruikt om deze deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag te kunnen beantwoorden is per hoofdstuk uitgewerkt. In het eerste hoofdstuk wordt de keuze van het onderwerp van deze bachelor thesis beschreven en kort onderbouwd waarom er is gekozen voor het gehanteerde verbeteringsmodel. Hoofdstuk 2 omschrijft de wenselijke situatie ten aanzien van medische informatieverstrekking aan ouders, waarna in hoofdstuk 3 de feitelijke situatie hiervan op de PICU wordt beschreven. Hieruit volgen enkele concrete

verbeteringsdoelen. In hoofdstuk 4 staan de bevorderende en belemmerende factoren centraal die invloed hebben op de implementatie. Vervolgens wordt in hoofdstuk 5 beschreven welke strategieën en interventies zijn geselecteerd om de gestelde implementatiedoelen te bereiken. In hoofdstuk 6 is een implementatieplan van de uitgevoerde activiteiten gemaakt. Ten slotte worden in hoofdstuk 7 aanbevelingen geformuleerd ten aanzien van de evaluatie van het implementatietraject.

In de nabeschouwing worden de discussie, de aanbevelingen, de conclusie en het reflectieverslag beschreven. Deze bachelor thesis wordt afgesloten met een literatuurlijst. Deze bachelor thesis bevat nog enkele bijlagen met de zoekstrategie, de interviews, de PowerPoint presentatie van de klinische les, de High5 poster, de enquête, het voorstel bachelor thesis en de beoordelingsformulieren.

Hoofdstuk 1 Voorstel voor verandering

Dit hoofdstuk behandelt drie zaken. Allereerst wordt de onderbouwing van de keuze voor het onderwerp van het implementatieproject bezien vanuit zowel de theorie als de praktijk. Vervolgens worden de concrete veranderingsdoelen beschreven, waarna de keuze voor het gekozen verbeteringsmodel zal worden beargumenteerd.

Uit persoonlijke observaties op de afdeling en uit informele gesprekken met de zorgcoördinatoren blijkt dat de samenwerking en communicatie tussen artsen, verpleegkundigen en andere disciplines op de PICU, met betrekking tot het geven van medische informatie aan ouders, niet altijd even soepel verloopt. Niet duidelijk is welke medische informatie door welke discipline naar ouders moet worden teruggekoppeld. Dit zorgt ervoor dat de verstrekte medische informatie door de verschillende disciplines niet altijd op elkaar aansluit. De patiënttevredenheidsenquête van de afdeling, de EMPATHIC, ondersteunt dit beeld. De EMPATHIC (2013) is een landelijke ontwikkelde enquête die wordt gebruikt door alle 8 PICU's in Nederland, om de kwaliteit van de PICU te monitoren. Bovendien zijn er persoonlijke observaties op de afdeling gedaan die laten zien dat tijdens informatieverstrekking nauwelijks rekening wordt gehouden met de privacy van patiënt en ouders. Informatie wordt voornamelijk direct aan bed gegeven. Vaak liggen meerdere patiënten op een kamer met alleen een gordijn als mogelijke afscheiding.
Ook de literatuur bevestigt het belang van adequate en heldere informatievoorziening aan ouders: "Informatie-uitwisseling tussen verpleegkundigen en ouders is een belangrijk aspect in de kinderverpleging. De verpleegkundigen op de PICU hebben dagelijks te maken met

ouders van erg zieke kinderen, waarbij de complexiteit vaak hoog is. Het is daarom belangrijk dat de verpleegkundigen in staat zijn de ouders duidelijk uitleg te geven wat er met hun kind aan de hand is en wat de behandeling zal zijn" (Vugs, 2013). Op deze informatie hebben de ouders ook recht, zoals is vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Ondanks dat de PICU in het AZM het op het gebied van informatie verstrekken over het medisch beleid niet slecht doet, is er altijd verbetering nodig en mogelijk. De meerderheid van de verpleegkundigen en artsen op de PICU komt tot dezelfde conclusie. Aan de hand van bovengenoemde bevindingen is gekozen voor het verbeteronderwerp *Medische informatieverstrekking aan ouders door verpleegkundigen op de PICU.*

De doelstelling van dit implementatieproject is het creëren van eenduidigheid over het verstrekken van medische informatie aan ouders op de PICU. Een aantal nieuw geformuleerde aanbevelingen vormt de basis voor het verstrekken van informatie aan ouders. De resultaten sluiten aan op de verwachtingen:

- In november 2014 geeft de meerderheid van de ouders aan dat zij door het zorgteam voldoende geïnformeerd zijn over de aard, doel en risico's van het gekozen onderzoek of behandeling, eventuele alternatieve behandelingsmogelijkheden en de levensverwachting van hun kind;
- In november 2014 geeft de meerderheid van de PICU-verpleegkundigen, medische informatie aan ouders zover haar kennis reikt en geeft hierover terugkoppeling aan de arts;
- In november 2014 maakt de meerderheid van de PICU-verpleegkundigen en artsen onderlinge afspraken in de artsenvisite wie, welke en wanneer informatie verstrekt aan ouders, zodat interdisciplinaire afstemming gegarandeerd kan worden;
- In november 2014 rapporteert de meerderheid van de PICU-verpleegkundigen en de artsen een kort en bondig verslag in ICCA van plaatsgevonden gesprekken met ouders over het medisch beleid, zodat interdisciplinaire afstemming gegarandeerd kan worden;
- In november 2014 houdt de meerderheid van de PICU-verpleegkundigen rekening met de privacy van de patiënt en ouders bij het verstrekken van medische informatie.

Het verbeteringsmodel van Grol & Wensing (2013) ligt ten grondslag aan deze methode. Dit model bestaat uit totaal zeven stappen, te weten: ontwikkeling van een voorstel voor verandering, analyse van de feitelijke zorg, probleemanalyse gericht op de doelgroep en setting, ontwikkeling en selectie van strategieën en interventies, ontwikkelen, testen en

uitvoeren van het implementatieplan, de implementatie integreren in de dagelijkse routines en het voortdurend evalueren en bijstellen van het implementatieplan. In verband met beperkte beschikbare tijd zijn alleen de eerste zes stappen voor deze bachelor thesis relevant. Het verbetermodel van Grol & Wensing (2013) is gekozen, omdat hiermee op een gesystematiseerde wijze nieuwe inzichten, werkwijzen en technieken in de gezondheidzorg kunnen worden ingevoerd. Het model richt zich bovendien specifiek op het verbeteren van het primaire proces van de zorg, waarin de patiënt centraal staat. Het houdt rekening met de doelgroep waarvoor deze aanpak bedoeld is.

Het volgende hoofdstuk beschrijft de wenselijke situatie ten aanzien van het verstrekken van informatie over medische diagnose en behandeling.

Hoofdstuk 2 De wenselijke situatie

De eerste stap van het implementatiemodel van Grol & Wensing (2013) is het ontwikkelen en vaststellen van een concreet, haalbaar voorstel voor gewenste verandering van informatieverstrekking in de praktijk. Dit hoofdstuk geeft antwoord op de deelvraag; '*Hoe ziet de wenselijke situatie eruit omtrent informatieverstrekking over de medische diagnose en behandeling van het kind door verpleegkundigen naar ouders op de PICU?'*
Eerst wordt ingegaan op hoe aan de informatie is gekomen, daarna komen de resultaten om antwoord te kunnen geven op de deelvraag aan de orde. De beschouwing over het belang van informatieverstrekking aan ouders gaat vooraf aan die over informatierechten. De inhoud en hetgeen waaraan de informatie moet voldoen, als ook de manier en plaats van informatieverstrekking zijn de volgende items. Ten slotte wordt er ingegaan op interdisciplinaire communicatie in een klinische setting. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de conclusie.

2.1 Methode

De informatie van dit hoofdstuk is afkomstig uit een eerder uitgevoerde literatuurstudie over medische informatieverstrekking door verpleegkundigen aan ouders op de PICU. Hierbij is gebruik gemaakt van zowel onderzoeks- als conceptuele literatuur. Er werd voornamelijk gezocht in de databanken PubMed en Google Scholar met de zoektermen; 'hospitalized child', 'psychology parents', 'professional-family relations', 'communication', 'Pediatric Intensive Care Unit', 'privacy' en 'patient satisfaction'. Deze zoektermen zijn tot stand gekomen door in PubMed op zoek te gaan naar Medical Subject Headings (MeSH). Daarnaast is hulp gevraagd aan de experts Tineke Schoot en Liesbeth Ramaekers. De inclusiecriteria

waren: Engels of Nederlandstalig, westerse landen en < 15 jaar. Voor de conceptuele literatuur werd gezocht in de databank van de bibliotheek van Zuyd Hogeschool te Heerlen. De uitgebreide zoekstrategie is terug te vinden in de bijlage.

In een eerder stadium is er eveneens een vijftal interviews afgenomen, waarvan drie interviews met zorgverleners en twee met ouders van chronisch zieke kinderen. Bij de selectie van respondenten is gekeken of de respondenten een open en kritische houding aannamen en voldoende over het onderwerp konden vertellen. Bij de selectie van respondenten is ernaar gestreefd om de bestaande variatie aan meningen en ervaringen zo goed mogelijk in kaart te brengen en deze in de selectie naar voren te laten komen.

2.2 Resultaten

2.2.1 Het belang van informatieverstrekking aan ouders

Onder normale omstandigheden zorgen de ouders voor een veilige en vertrouwde omgeving voor hun kinderen. De taken van de ouders zijn beschermen, opvoeden, opkomen en zorgen voor hun kinderen (Meyer et al., 1998). Ouders kennen hun kind het best en worden beschouwd als experts met betrekking tot hun kinderen. Ouders zijn, in de meeste gevallen, de eerst verantwoordelijken voor hun kinderen. Indien jonger dan 12 jaar [2] moeten zij voor hun kind immers alle beslissingen nemen. Een onverwachte opname van het kind op de PICU kan de ouderlijke rol op zijn kop zetten. In een zeer korte tijd zijn ouders niet langer meer in staat om verantwoordelijkheid te dragen voor het leven van hun kind (Meyer et al., 1998). Dit is een bijzondere stressvolle situatie voor zowel kind als ouder. Het kind wordt acuut uit zijn of haar veilige en vertrouwde omgeving gehaald (Hill, 1996). Ouders zijn vaak angstig, want een ziek kind is voor alle ouders zorgwekkend. Het is dus niet verwonderlijk dat de tevredenheid van ouders in beide gevallen sterk afhangt van het feit of de bezorgdheid en verwachtingen door hulpverleners onderkend wordt (Silverman, Kurtz, Draper, van Dalen, 2006). Daarnaast komen bij de meeste ouders gevoelens van schuld, ongeloof en angst voor het verliezen van hun kind naar boven. Dit bleek uit een kwalitatief onderzoek naar ervaringen van ouders op de PICU in het Verenigd Koninkrijk (Diaz-Caneja, Gledhill, Weaver, Nadel, Garralda, 2005). Ondanks dat een PICU-opname een grote impact heeft op de ouders, is het merendeel van hen in staat om hun persoonlijke toewijding en verschillende familierollen aan de kant te zetten om meer tijd in het ziekenhuis door te brengen om voor hun zieke kind te zorgen (Lam, Chang, Morrissey, 2005). Daarbij gaven ouders aan dat zij behoefte hebben aan goede communicatie met het zorgteam en aan informatie over het ziekteproces van hun kind. Ouders hebben deze informatie nodig om de kritische situatie te kunnen begrijpen, om weloverwogen

beslissingen te nemen en om hun kind te helpen de situatie te begrijpen. Door informatieverstrekking kunnen ouders beter participeren in de zorg van hun kind (Meyer et al., 1998). Volgens de Nursing Interventions Classification (NIC) kunnen verpleegkundigen dit bereiken door vanaf het begin van de opname te zorgen voor een goede communicatie met ouders (Bulechek, Butcher, McCloskey Docterman, 2010, p 445). Ook in het kader van het verwerkingsproces van de ouders en de extra verantwoordelijkheid die zij hebben gedurende het ziekteproces van het kind. Dit kunnen zorgverleners doen door de ouders belangrijke informatie over de toestand van het kind te geven, al naar gelang de wensen van de ouders (Bulecheck et al., 2010, p 229). Dit laatste wordt ondersteund met een citaat uit de review van Hill (1996); "The parents are kept constantly informed by the health professionals, so that they fully understand the child's health problems and treatment. This leads to the parents feeling confident with staff and with their child." In deze review zijn verschillende artikelen verwerkt over onderzoek naar de effecten van een ziekenhuisopname op de PICU op kind en ouders. Hill (1996) analyseerde op welke wijze *partnership* van ouders en verpleging kan bijdragen aan een betere zorgomgeving voor het opgenomen kind. De communicatie en vertrouwensband tussen ouders en verpleging is primair. Het is belangrijk om de ouders bij de zorg van het kind te betrekken, omdat zij een constante factor zijn in het leven van het kind. Zij kennen hun kind het best en zouden gezien moeten worden als een waardevol deel van het zorgteam. "The care of children, well of sick, is best carried out by their families, with varying degrees of assistance from members of a suitably qualified health care team whenever necessary" (Hill, 1996, p. 8). Deze stelling wordt ook ondersteund in het kwalitatief onderzoek van Diaz-Caneja et al. (2005). Het merendeel van de ouders gaf een hoge prioriteit aan het kunnen participeren in de zorg voor hun kind. De aspecten die hierbij naar voren kwamen waren een regelmatige update van het medisch beleid, ondersteuning van de verpleging en rooming-in. Op deze manier voelden ouders zich meer betrokken bij de zorg en hadden het gevoel dat ze konden bijdragen aan het herstel van hun zieke kind. Uit het kwalitatief onderzoek van Lam et al. (2005) gaven de geïnterviewde ouders aan de beschikbaarheid van informatie belangrijk te vinden, vooral in stressvolle situaties. Door informatie neemt hun gevoel van angst en onzekerheid af. Eveneens geeft het verstrekken van informatie door verpleegkundigen hen het gevoel dat hun persoonlijke, grote inspanning voor de zorg van hun kind wordt erkend en dat zij dus serieus worden genomen. De behoeften van ouders aan goede communicatie en emotionele ondersteuning door verpleegkundigen is essentieel voor goede ouderparticipatie op de PICU (Lam et al., 2005).

[2] *In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de rechten van ouders met kinderen onder de 12 jaar.*

2.2.2 Het recht op informatie

In de Wet van Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn de patiëntenrechten vastgelegd. Centraal in deze wet staan de bepalingen rond informatieplicht en toestemming (Beumer, den Hartog-van Ter Tholen, 2009). De plicht om te informeren staat beschreven in artikel 7:448 BW als; "De hulpverlener moet de patiënt op duidelijke wijze en desgevraagd schriftelijk inlichten over het voorgenomen onderzoek, de behandeling, diagnose en prognose" (van Veen, Olsthoorn-Heim, 2008). De informatieplicht wordt in deze wet als een van de eerste punten benoemd. Dit betekent dat het recht op informatie voor een patiënt een van de belangrijkste rechten is om volwaardig te kunnen participeren in zijn of haar behandelings- en zorgproces. Bij de informatieplicht draait het om twee aspecten. "De patiënt heeft recht op informatie over de beoordeling door de hulpverlener van zijn gezondheidstoestand, zijn vooruitzichten in dit verband, ect." En "de patiënt moet een weloverwogen besluit kunnen nemen over het al of niet ondergaan van onderzoek en behandeling" (van Veen et al., 2008, p. 33).

<u>De rechten en plichten van kind en ouders</u>

De rechten van kind en ouders zijn beschreven in de WGBO (K&Z, 2013), die drie leeftijdscategorieën onderscheidt; <12 jaar, 12 tot 16 jaar en > 16 jaar. Dit hoofdstuk gaat in op de leeftijdscategorie 'jonger dan 12 jaar', omdat de ouders hierbij de volledige verantwoordelijkheid hebben over hun kind.

Kinderen tot 12 jaar vallen volledig onder de zeggenschap van de ouders. Zij moeten toestemming geven voor onderzoek en behandeling van hun kind. Die toestemming heeft alleen betekenis als de ouders informatie over de desbetreffende behandeling of onderzoek hebben gekregen en die ook begrijpen (Beumer et al., 2009; K&Z, 2013; Dwang in de zorg, 2013; KJT, 2013). Daarnaast wordt ook gesproken van een ander grondrecht, waarvoor de term *informed consent* al jaren wordt gebruikt (Beumer et al., 2009). Het gaat hierbij om het recht van iemand om van informatie, waarbij hij belang heeft, op de hoogte gesteld te worden. Voor elk onderzoek dat of iedere ingreep die een hulpverlener verricht, is in principe toestemming van de ouders vereist. Voor kleinere ingrepen is die toestemming te veronderstellen of af te leiden uit een coöperatieve houding. Voor meer ingrijpende behandelingen moeten de ouders expliciet toestemming geven op grond van toereikende informatie. Dit blijkt ook uit het artikel van Verkaik, Francke en Friele (2003) waarbij zij

onderzoek hebben gedaan naar het naleven van de patiëntenrechten uit de WGBO. Als vuistregel wordt gesteld: “Naarmate het onderzoek of de behandeling ingrijpender, ongebruikelijker of experimenteler is, moet de hulpverlener specifiekere informatie geven” (van Veen et al., 2008, p.35). Buiten het geven van toestemming hebben ouders recht op inzage in het medisch dossier van hun kind. Zij mogen hier een kopie van maken. De hulpverlener mag kinderen in deze leeftijdscategorie niet zelf inzage verlenen in het dossier (K&Z, 2013; Dwang in de zorg, 2013; KJT, 2013).

De rechten en plichten van de verpleegkundigen

In de Nationale Beroepscode van verpleegkundige en verzorgende (2007) staan onder andere de plichten van de verpleegkundige beschreven. Een belangrijk punt dat hierin naar vormen komt, is dat de zorgvrager te allen tijde centraal staat. De verpleegkundige behoort de zorg en betrokkenheid van naasten te accepteren en te zorgen dat de wettelijke vertegenwoordiger de benodigde informatie ontvangt. Eveneens moet de verpleegkundige, voorafgaand aan een onderzoek of behandeling, aan de wettelijke vertegenwoordiger toestemming vragen. Ten slotte is het opbouwen van een professionele relatie met zorgvrager en naasten een eis. Hierbij dient de verpleegkundige zorgvuldig om te gaan met vertrouwelijke informatie. Te denken valt in dit verband aan omstandigheden waarin de verpleegkundige geen medische informatie aan derden mag verstrekken, met uitzondering van wettelijke vertegenwoordigers.

2.2.3 De inhoud van de informatieverstrekking

De WGBO stelt aan de inhoud van de informatieverstrekking expliciete eisen (Beumer et al., 2009; K&Z, 2013). Deze eisen zullen hieronder worden toegelicht.

Aard, doel en risico’s van het gekozen medisch onderzoek en/of de behandeling

Bij elk onderzoek of behandeling is het zaak dat ouders weten wat wordt voorgesteld en wat de zorg verwacht te bereiken. Als een bepaalde behandeling zekere, nadelige bijkomende gevolgen voor het kind zal hebben, zoals littekens, het moeten missen van een orgaan of blijvend functieverlies, informeert de hulpverlener de ouders hierover (van Veen, Olsthoorn-Heim, 2008). Daarnaast dienen de ouders geïnformeerd te worden over de onderzoeken die nodig zijn voor het stellen van de diagnose. De hulpverlener vertelt de ouders tot welke diagnose hij is gekomen. Vervolgens geeft hij informatie over het ziektebeeld, zoals over de besmettelijkheid, erfelijkheid, oorzaak, gevolgen, genezingskans, ect. (van Veen et al., 2008).

Alternatieve onderzoeken en/of behandelingen

Soms zijn er meerdere mogelijkheden om een ziekte te behandelen. Tijdens het stellen van de behandelings- of onderzoeksmethoden worden alle mogelijke alternatieven, onderzoeken of

behandelingen in overwegingen genomen. De artsen wegen de voor- en nadelen tegen elkaar af. Ook over de verwachte resultaten van deze alternatieven moet de hulpverlener de ouders informeren, tenminste, zolang deze niet duidelijk buiten de sfeer van de professionele standaard liggen (Van Veen et al., 2008). Als vuistregel geldt hier: "De hulpverlener noemt de relevante alternatieven, ook als zij deze zelf minder aantrekkelijk vindt" (van Veen et al., 2008, p. 36). Silverman et al. (2006) beaamt het standpunt dat het belangrijk is om ouders bij de besluitvorming te betrekken. Dit alles hangt samen met het Engelse begrip *Shared decision making*, oftewel gezamenlijke besluitvorming. Dit is een manier van werken waarbij arts en ouders samen tot een beleid komen dat het beste bij het kind past. Dit schreef Elwyn et al. (2003) in een systematic review dat het belang van *Shared decision making* aantoonde. Broersen bevestigt dit (2011). Haar onderzoek naar de effectiviteit van patiënten participatie in de zorg liet zien dat de meerderheid van de ondervraagde patiënten verstandige keuzes maken bij het kiezen van een behandeling. Volgens Broersen (2011) leidt een gezamenlijke besluitvorming tot een effectievere zorg en therapietrouw. Het zal bijdragen aan de arts-patiënt-relatie. De arts weet namelijk wat er speelt en weet wat de beweegredenen zijn achter de keuze van de patiënt.

De prognose van het gekozen onderzoek en/of de behandeling

Over de toekomstverwachting zal de hulpverlener bij het ene kind duidelijker kunnen zijn dan bij het andere (van Veen et al., 2008). De prognose voor bijvoorbeeld een spondylodese is scherper te formuleren dan bijvoorbeeld die bij een hersentumor. Het is met informatie over de toekomstverwachting vooral van groot belang dat de hulpverlener deze goed afstemt op de individuele ouder.

2.2.4 De manier van informatieverstrekking

Uitsluitend het benoemen van informatie is niet voldoende. Hierbij is het belangrijk dat ouders de informatie die de hulpverlener verstrekt ook daadwerkelijk begrijpen (Beumer et al., 2009). Dit standpunt wordt ondersteund door de *Nationale Beroepscode van verpleegkundige en verzorgende* (2007): "De verpleegkundige vraagt aan de zorgvrager na of zij de informatie gekregen en begrepen heeft." De informatie moet dus toereikend zijn. Toestemming op grond van informatie die niet is begrepen, door bijvoorbeeld het gebruik van te veel vaktermen, is niet geldig (Beumer et al., 2009). Dit betekent dat wanneer ouders de Nederlandse taal niet spreken er een tolk moet komen, of gebruik moet worden gemaakt van een tolkentelefoon.

Aansluiting bij individu

De informatie die een hulpverlener verstrekt is per ouder verschillend. De hulpverlener moet zich aanpassen aan de behoefte en mogelijkheden van de ouders. Het is belangrijk dat de verpleegkundige de correcte hoeveelheid en soort informatie verstrekt die ouders begrijpen (Silverman et al., 2006). Bij de bepaling van begripsvermogen van ouders mag de hulpverlener de achtergrond en opleiding meewegen. Factoren die daarbij mee spelen zijn leeftijd, ervaringen met of kennis over onderzoek of behandeling. Van belang is dat de hulpverlener de plicht heeft na te gaan of belangrijke informatie bij ouders is overgekomen en begrepen. In dit proces van informatieoverdracht speelt de houding van ouders een belangrijke rol. Hoe reageren de ouders, worden er vragen gesteld, wordt er naar een folder of nadere uitleg gevraagd, laten zij merken dat de antwoorden al dan niet voldoende zijn? Dit zijn allemaal indicaties om na te gaan of de verstrekte informatie van de hulpverlener al dan niet is overgekomen (van Veen et al., 2008).
Ondanks dat ouders de volledige zeggenschap hebben over hun kind, is het belangrijk dat het kind zoveel mogelijk betrokken wordt bij de besluitvorming en de behandeling. Dit zorgt ervoor dat het kind beter met de behandeling mee zal werken. De informatieverstrekking door hulpverleners moet dus voor zowel ouder als kind duidelijk en begrijpelijk zijn (K&Z, 2013; Dwang in de zorg, 2013; KJT, 2013).

Hoeveelheid informatie

"Tijdens een opname op de PICU worden kind en ouders geconfronteerd met veel, ingewikkelde, vaak onbekende en soms emotioneel beladen informatie die lastig te begrijpen en te onthouden is. "Uit onderzoek is aangetoond dat patiënten het grootste deel van de informatie die besproken wordt weer vergeten" (Lev, 1988, p 31). Ouders zijn nooit in staat om alle informatie die op ze afkomt te onthouden en zullen dus vaak een selectie maken. Het is de taak van de verpleegkundigen om de ouders te helpen die informatie te onthouden en te begrijpen die in hun specifieke situatie essentieel is (van Dulmen, van Weert, Jansen, 2011; Beumer et al., 2009). Belangrijk is dat de verpleegkundige zijn/haar communicatie bij de individuele ouder in zijn of haar situatie, behoeften wensen en emoties laat aansluiten. Persoonlijk gemaakte informatie wordt cognitief beter verwerkt dan algemene informatie (Petty et al., 1997; Noar et al., 2007). Het verdient daarnaast aandacht dat de verpleegkundige selectief is in het geven van informatie en daarbij prioriteiten stelt. Ook moet hij/zij alert zijn op sensorische problemen en voorkomen dat ouders afgeleid raken door bijvoorbeeld omgeving, medisch taalgebruik of spraak (Silerman e.a. 2008)" (Vugs, 2013).

In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de omgeving als beïnvloedende factor van informatieverstrekking.

2.2.5 De plaats van informatieverstrekking

Medische gegevens zijn hoogst en strikt persoonlijk. Bescherming van die gegevens is dan ook van oudsher, via het medisch beroepsgeheim, een van de grondregels van de medische beroepsuitoefening. De hulpverlener moet uiterst zorgvuldig omgaan met gegevens van zijn patiënt. Die regel staat niet letterlijk in de WGBO, maar is wel steeds het uitgangspunt (van Veen et al., 2008). In het artikel van Lin et al. (2011) is onderzoek gedaan naar het belang van privacy voor de patiënttevredenheid. Uit dit onderzoek blijkt dat 75% van de patiënten die de vragenlijst hierover hebben ingevuld, het sterk eens is met de stelling dat privacy tijdens een opname erg belangrijk is. In het onderzoek komt ook naar voren dat meer dan de helft van de ondervraagden het gevoel had dat de vertrouwelijke informatie door andere patiënten afgeluisterd kon worden. Dit wordt bevestigd door het artikel van *Department of Health, Social Services and Public Safety* (2008). Hierin is *privacy en waardigheid* een van de vijf normen waar de tevredenheid van de patiënt en ouders van af hangt. Om voor privacy en waardigheid van de patiënt en ouders zorg te kunnen dragen, is het belangrijk de omgeving waar zorg en medische informatie worden versterkt te beschermen (DHSSPS, 2008). De zorgverlener dient omstandigheden te creëren die de autonomie van patiënt en ouders beschermen, met respect voor culturele diversiteit. Om dit te realiseren kan gebruik worden gemaakt van in alle gezondheids- en sociale zorginstellingen beschikbare middelen om privacy van patiënt en ouders te beveiligen en te waarborgen (DHSSPS, 2008).
De privacy tijdens de opname op de PICU wordt zowel door de ouders als door de zorgverleners niet altijd als optimaal ervaren. Dit blijkt uit interviews met ouders van een chronisch ziek kind, de kinder-IC verpleegkundige, zorgcoördinator en intensivist. De PICU in het AZM bestaat uit zowel eenpersoons- als meerpersoonskamers. Om ook op de meerdere persoonskamers een gebied te creëren waarbij de bescheidenheid van de patiënt en ouders worden beschermd kan er aan afscheiding gedacht worden. De privacy van een patiënt wordt namelijk vergroot wanneer er een afscheiding is tussen de patiënten, zoals blijkt uit een *comparative study* van Barlas, et al. (2008). In het onderzoek vergeleek Barlas, et al. (2008) de effecten op de privacy bij patiënten waar een afdeling verdeeld werd met gordijnen ten opzichte van een afdeling met muren. Het bleek dat de patiënten in de ruimte met de afscheiding van gordijnen meer overlast ondervonden door geluid en daarbij het gevoel hadden dat ze afgeluisterd en bekeken werden.

2.2.6 Interdisciplinaire samenwerking

Het geven van informatie aan ouders is primair de verantwoordelijkheid van degene die het kind behandelt, de hoofdbehandelaar (van Veen, 2008). Bij een complexe ziekenhuisopname, zoals op de PICU, zijn er vaak verschillende personen van verschillende disciplines bij de behandeling betrokken. Hierbij is het zaak dat het steeds duidelijk is wat, wanneer en door wie informatie aan ouders is/wordt gegeven en wie als vaste aanspreekpunt voor ouders optreedt. Tussen de diverse behandelaars onderling moet uiteraard steeds de informatieverschaffing aan de ouders worden afgestemd (van Veen, 2008).

De hoofdbehandelaar, als primair verantwoordelijke, hoeft de ouders niet zelf van alle informatie te voorzien. Vaak is er sprake van verpleegkundigen met een aparte voorlichtingstaak, aan wie de hoofdbehandelaar een deel van zijn informatietaak 'uitbesteedt'. De verpleegkundige controleert of de informatie aan ouders is begrepen en of deze ook voldoende was. Is dit niet het geval, dan rust op de verpleegkundige de verantwoordelijkheid de hoofdbehandelaar hierop te wijzen. In *de Nationale Beroepscode van verpleegkundige en verzorgende* staat dit als volgt geciteerd: "De hulpverlener is in staat de juiste hulpverlener te verzoeken om de zorgvrager te informeren, indien zij de benodigde informatie niet kan of mag geven" (de Witte, Berkers, Visser, 2007).

In de literatuur wordt verder niet specifiek beschreven welke hulpverlener juridisch gezien verantwoordelijk is voor welke informatie die hij/zij terugkoppelt naar ouders. Er wordt voornamelijk over de hulpverleners in het algemeen gesproken. De jurist van het AZM bevestigt deze bevinding, maar geeft aan dat er wel onderscheid gemaakt wordt op basis van de vakkennis van de hulpverleners. Hiermee wordt bedoeld dat iedere hulpverlener informatie mag geven over datgene waarvan hij voldoende kennis heeft en hij/zij over de vereiste vakkundigheid beschikt. Verkaik et al. (2003) schrijft ook dat het belangrijk is dat verpleegkundige en artsen afstemmen welke informatie zij aan ouders hebben gegeven, of gaan geven. Wanneer dit niet gebeurt, kan dit voor alle partijen tot vervelende situaties leiden. Met dit laatste wordt geduid op *interdisciplinaire samenwerking* (van Dulmen et al., 2011). Interdisciplinaire samenwerking is een proces waarin professionele groepen uit verschillende disciplines samenwerken om de gezondheidszorg positief te beïnvloeden. Interdisciplinaire samenwerking kan worden bevorderd door afspraken, richtlijnen, handvatten of werkwijzen te creëren (van Dulmen et al., 2011). In deze richtlijnen moet afstemming door verschillende disciplines gegarandeerd worden. Daarbij moeten de richtlijnen zoveel mogelijk passen binnen de organisatie van het ziekenhuis om de interdisciplinaire zorg en informatieverstrekking goed te laten verlopen (van Dulmen et al., 2011). Door het invoeren

van deze afspraak kan worden voorkomen dat ouders zich te ongerust maken vanwege onvolledige of tegenstrijdige informatie. Bijkomend voordeel is dat de afspraken ertoe bijdragen dat verpleegkundigen minder vaak hoeven te twijfelen of ze bepaalde medische informatie aan ouders mogen verstrekken. Ook zou de rolduidelijkheid leiden tot een grotere arbeidstevredenheid bij verpleegkundigen en artsen (van Dulmen et al., 2011).

2.2.7 De wenselijke situatie volgens de praktijk

Om het beeld van de wenselijke situatie volledig te maken is er in dit onderzoek ook gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode; de interviews. De methode hiervan is terug te vinden in paragraaf 2.1.

Uit de interviews kwam naar voren dat er onduidelijkheid is over welke informatie reeds aan ouders is gegeven. Hierdoor kunnen de zorgverleners hun informatie moeilijk op elkaar af stemmen. De meerderheid van de respondenten geeft aan dat er afspraken moeten komen om interdisciplinaire samenwerking te bevorderen. Hieronder vallen afspraken omtrent wie welke medische informatie aan ouders verteld en wanneer. Daarnaast geeft een van de respondenten aan dat er geen oudergesprekken meer aan bed mogen plaatsvinden. Hij zou het liefst deze gesprekken in aparte kamers willen zien. Dit in verband met de privacy van de patiënt en ouders. Er liggen namelijk vaak meerdere kinderen op een kamer en er is veel rumoer. Dit kan de communicatie beïnvloeden. Ook wordt aangegeven dat er te weinig rapportages van gesprekken worden geschreven. Het bevorderen hiervan zou voor een betere interdisciplinaire samenwerking zorgen zodat er effectiever informatie aan ouders verstrekt zou kunnen worden. De wens van ouders is om volledig over het ziekte- en behandelproces van hun kind geïnformeerd te zijn. Bovendien willen zij ook betrokken worden bij de zorg voor hun kind.

2.3 Conclusie

Informatieverstrekking over medische diagnose en behandeling van het kind door zorgverleners aan ouders is van groot belang. Deze conclusie uit de literatuur komt eenduidig naar voren. Goede informatie helpt ouders bij het verwerkingsproces en het nemen van verantwoorde beslissingen. Beslissingen van ouders hebben alleen betekenis als zij informatie over desbetreffende behandeling of onderzoek krijgen en deze ook daadwerkelijk begrijpen. Hierbij speelt privacy en een rustige omgeving waarin de informatie wordt verstrekt een essentiële rol. Naast de behoefte aan informatie hebben ouders, volgens de WGBO, ook recht op deze informatie. Bij een opname op de PICU zijn vaak veel verschillende disciplines betrokken. Hierbij dient interdisciplinaire samenwerking gegarandeerd te zijn. Uit interviews blijkt dat de zorgverleners behoefte hebben aan afspraken omtrent informatieverstrekking

zodat meer eenduidigheid en effectiviteit kan worden gerealiseerd. Grotere aandacht voor de privacy van de patiënt wordt noodzakelijk geacht.

In het volgende hoofdstuk wordt de tweede stap van Grol & Wensing (2013) behandeld; de analyse van de feitelijke zorg op de PICU.

Hoofdstuk 3 De feitelijke situatie

In dit hoofdstuk wordt de tweede stap van Grol & Wensing (2013) beschreven met betrekking tot de deelvraag; '*Hoe verloopt de informatieverstrekking over medische diagnose en behandeling van het kind door verpleegkundigen naar ouders momenteel op de PICU en welke concrete verbeterdoelen kunnen gesteld worden?'* Als eerste wordt de methode besproken en waarom er is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Aansluitend worden de resultaten beschreven die zijn voortgekomen uit de afgenomen interviews en verrichte observaties. Deze zijn onderverdeeld in de belangrijkste topics. Ten slotte wordt hieruit een conclusie getrokken.

3.1 Methode

Voor dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethodes, namelijk het semigestructureerd interview (Emans, 2002). Er is gekozen voor een interview (kwalitatieve onderzoeksmethode) in plaats van vragenlijsten/enquêtes (kwantitatieve onderzoeksmethode) omdat bij interviews de mogelijkheid bestaat om door te vragen bij onduidelijkheden, om zo meer diepgang te verkrijgen (Emans, 2002). Er is gekozen om een kinder-IC verpleegkundige, de zorgcoördinator, de kinder-intensivist en ouders van een chronisch ziek kind te interviewen. Voor een willekeurige kinder-IC verpleegkundige is gekozen omdat iedere verpleegkundige dagelijks in aanraking komt met het verstrekken van medische informatie aan ouders. Wel is er bij de keuze van de verpleegkundige gelet op of zij/hij een open en kritische houding heeft om voldoende over het onderwerp te vertellen.
De zorgcoördinator heeft een ondersteunende, begeleidende en coördinerende functie met als doel het verzekeren van de kwaliteit en de continuïteit van zorg en de optimalisatie van het zorgbeleid. De zorgcoördinator kan dus vertellen hoe hij de kwaliteit en continuïteit van zorg op de PICU ervaart op het gebied van medische informatieverstrekking aan ouders.
Verder is er een interview afgenomen met een kinder-intensivist. De reden hiervoor is om de ervaring van artsen op de communicatie met ouders te achterhalen. Hierbij is de keuze uit gegaan naar het hoofd van de kinder-intensivisten. Hij heeft namelijk de PICU in Maastricht opgericht en staat open voor verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Daarnaast is het belangrijk om het perspectief van de ouders te weten om een compleet beeld van de werkelijke situatie te krijgen. De ouders zijn namelijk de doelgroep waarom dit project is opgestart. De keuze is uitgegaan naar vier ouders van een chronisch ziek kind. De overweging hiervoor is dat de komende jaren de kinderpopulatie die opgenomen wordt in het ziekenhuis merendeels chronisch ziek zal zijn (RIVM, 2014). Daarbij verblijven zij een lange periode in het ziekenhuis waardoor zij afhankelijk zijn van de zorgverleners. Communicatie zal in dit geval een grote rol spelen.

Voor de interviews is gebruik gemaakt van vooraf opgestelde topiclijsten. De topiclijsten werden opgesteld aan de hand van onderwerpen die naar voren kwamen op grond van eigen observaties en onderwerpen die naar voren kwamen uit de literatuur. De belangrijkste topics waren het belang, de wijze, de inhoud en de plaats van informatieverstrekking aan ouders door verpleegkundigen. Daarbij was er ook een topic over de interdisciplinaire communicatie.

Begin november 2013 zijn de interviews met bovengenoemde respondenten gestart. Begin maart 2014 zijn de resterende interviews gehouden met bovengenoemde respondenten. De interviews met de respondenten zijn alle in werktijd afgenomen, hier was voldoende ruimte voor. De interviews zijn afgenomen in aparte kamers, in verband met de privacy. Er zijn geen spraakopnames gemaakt, maar er is gebruik gemaakt van korte aantekeningen. De interviews zijn uitgewerkt aan de hand van de topiclijsten zodat informatie per onderwerp gebundeld kon worden. De uitwerkingen van de interviews zijn terug te vinden in de bijlage.

De antwoorden van de respondenten zijn met elkaar vergeleken, waaruit conclusies zijn getrokken. Aan de hand hiervan zijn een aantal verbeterdoelen, met betrekking tot medische informatieverstrekking aan ouders op de PICU, naar voren gekomen.

3.2 Resultaten

3.2.1 Het belang van informatieverstrekking aan ouders

Alle geïnterviewde partijen, verpleegkundige, zorgcoördinator en kinderintensivist, geven aan dat communicatie en medische informatieverstrekking bijdraagt aan een groter begripsvermogen van de ouders. Ouders zelf bevestigen dit ook. “Ouders komen in een wereld vol onzekerheden en onwetendheid, waarbij informatieverstrekking onmisbaar is” (Respondent A, 2013). Verder merkt respondent B op dat informatieverstrekking aan ouders ook bijdraagt aan een betere samenwerking tussen de zorgverleners en ouders. Door de ouders van informatie te voorzien zouden beide partijen op eenzelfde denkniveau zitten. Overigens moeten ouders regelmatig beslissingen nemen voor hun kind, die invloed hebben op de toekomst. “Hiervoor moeten ouders volledig op de hoogte zijn van de zaken die spelen”, zo

ook respondent B. “We willen graag medezeggenschap over het ziekteproces van ons kind hebben en de juiste beslissingen nemen. Dit kunnen we niet als we nergens iets van afweten” (Ouders, 2013).

3.2.2 De wijze van informatieverstrekking aan ouders

Uit de interviews blijkt dat er verschillende opvattingen zijn over op welke wijze verpleegkundigen informatie behoren te verstrekken aan ouders. Zo zegt respondent A de informatie aan te passen per individuele ouder en geeft informatie zover haar kennis reikt. Respondent C is het mee eens dat de informatie afgestemd dient te worden per ouder, maar dat verpleegkundige niet te veel moeten vertellen. “Ouders moeten geïnformeerd worden, maar niet over geïnformeerd worden.” Voor verpleegkundigen is het belangrijk dat zij de ouders op de hoogte houden en niet te specifieke zaken benoemen, zo ook respondent C. Overigens zou de informatieoverdracht op kennisniveau van de ouders afgestemd moeten worden. Respondent B geeft aan dat verpleegkundigen de rol als tolk moeten aannemen van de artsen. “Artsen spreken vaak in medische termen en met moeilijke woorden.”
De ouders geven aan dat ze het gevoel hebben dat naar hen wordt geluisterd en dat zij serieus genomen worden. Uit de EMPATHIC enquête blijkt ook dat ouders de communicatie met verpleegkundigen als prettig ervaren. “De verpleegkundigen spreken in een begrijpbare taal voor ons.” Wel is de informatieverstrekking over medische zaken vaak per verpleegkundige en arts verschillend. “Bij drukte merk je wel dat er minder aandacht voor ons is en dat de communicatie tussen de artsen en verpleegkundigen een beetje langs elkaar heen gaat. Soms kregen we automatisch informatie van zowel verpleegkundige als arts en een andere keer vertelde niemand ons iets en moesten we er specifiek naar vragen.”

3.2.3 De inhoud van informatieverstrekking aan ouders

Over de inhoud van de informatieverstrekking die een verpleegkundige aan een ouder mag geven is nog geen eenduidigheid. De verpleegkundige geeft aan dat zij niet alleen verpleegkundig zaken met de ouders bespreekt maar dat zij zich ook soms op het medisch vlak begeven. “Wij zijn gespecialiseerde verpleegkundige waardoor wij over het algemeen ook meer kennis hebben dan verpleegkundigen op een reguliere afdeling. Daarbij is het één op één verpleging waardoor je erg betrokken bent” (Verpleegkundige, 2013). Respondent B vindt dat er, ondanks de specialistische kennis, een verschil in communicatie moet zijn tussen artsen en verpleegkundigen. Het is elementair dat artsen medische beslissingen terugkoppelen aan ouders. “Ik weet dat dit niet altijd gebeurt, dit is op de PICU een grijs gebied”, zo ook respondent B. Ouders merken dit ook. Zij hebben over het algemeen het idee dat zij

voldoende worden geïnformeerd over de medische zaken. Echter is deze informatie niet altijd evenredig. “Wij krijgen vaak medische informatie van verschillende personen teruggekoppeld, wat ons soms tot verwarring laat leiden.” Volgens een respondent is er geen lijn te trekken in welke informatie de arts of verpleegkundige verstrekt. “Wij hebben gezamenlijk één doel, dat is het behandelen en zorgen voor het kind, alleen hebben we hier beide een andere taak in. Er is daarom een ongeschreven regel, dat men de ouders mag informeren zover haar vakkennis reikt.”

3.2.4 De plaats van informatieverstrekking aan ouders

Zowel de verpleegkundige, als de zorgcoördinator als de intensivist zijn het erover eens dat tijdens de informatieverstrekking rekening met de privacy van de patiënt en diens vertegenwoordiger gehouden dient te worden. Ze geven allen hierbij aan dat dit niet altijd wordt nageleefd, vaak uit praktische redenen zoals tijd- en ruimtegebrek of gemakzucht. Volgens de intensivist en zorgcoördinator is dit een belangrijk aandachtspunt en zien zij het liefst dat de gesprekken in aparte ruimtes wordt gehouden.

3.2.5 Interdisciplinaire samenwerking

Over het algemeen verloopt de samenwerking tussen de intensivisten en verpleegkundigen goed. Dit volgt uit de respons van alle geïnterviewde disciplines. Hierbij geeft de verpleegkundige als aandachtspunt om afstemming van informatie af te spreken in de artsenvisite. De zorgcoördinator en intensivist beamen dat afstemming van informatie tussen verschillende disciplines over de informatie die aan ouders gegeven wordt een aandachtspunt op de PICU is. Bij een opname op de PICU zijn vaak meerdere disciplines betrokken en staan, door de dienstwisseling, verschillende verpleegkundigen en artsen aan het bed. Een van de respondenten geeft aan dat zij een kort en bondig verslag terug zou willen zien in het patiënten-rapportage-systeem(ICCA). Op deze wijze kunnen andere behandelaren op de hoogte worden gehouden van de gegeven informatie aan ouders. Ouders zien hier namelijk nog geen eenduidigheid in. “Soms lijken de verpleegkundigen en artsen elkaar aan te vullen. Een andere keer krijgen we van verschillende disciplines hetzelfde verhaal te horen maar op een andere manier, of loopt het langs elkaar heen.”

3.3 Vergelijking van de wenselijke en feitelijke situatie

	Wenselijke situatie ***Resultaten literatuur***	**Feitelijke situatie** ***Resultaten interview***
Het belang van medische informatie verstrekking aan ouders	- Recht op informatie volgens de WGBO. - Verwerkingsproces van de kritische situatie. - Weloverwogen beslissingen maken. - Kind begeleiden in ziekteproces. - Gevoelens van angst, schuld en onzekerheid nemen af. - Belang kind; ouders zijn constante factor en experts van het kind.	- Vergroot het begripsvermogen van ouders. - Betere samenwerking tussen ouders en zorgverleners. - Verantwoordelijke beslissingen maken door ouders voor hun kind.
De wijze van informatie verstrekking aan ouders	- Informatie geven op begrijpbare manier aan ouders. - Aanpassen aan de behoefte van de individuele ouder. - Belangrijkste informatie als eerste vertellen. - Informatie persoonlijk maken.	- Informatie sluit aan op de behoefte van de individuele ouders. - Rekening houden met de hoeveelheid informatie, niet over informeren.
De inhoud van de informatie	- De aard, doel en risico's van het gekozen onderzoek/behandeling. - Alternatieve behandelingen. - Prognose. - Verpleegkundige mogen informatie verstrekken zover haar kennis en vakkundigheid reikt.	- Geen eenduidigheid welke informatie verpleegkundigen aan ouders mogen verstrekken. - Ouders hebben wel het idee dat ze volledig geïnformeerd worden.
De plaats van informatie verstrekken aan ouders	- Medische informatie moet beschermd worden. - Privacy van de patiënt en ouders waarborgen. - Gesprekken in aparte ruimtes. - Bij gebrek aan ruimte, mobiele tussenwanden plaatsen of andere personen van de kamer sturen.	- Privacy wordt als een belangrijk punt ervaren. - Gesprekken vinden vaak aan bed plaats uit praktische redenen. - Privacy van de patiënt en ouders komt regelmatig in het gedrang. - Meerdere persoonskamers met alleen een gordijn als afscheiding.
De interdisciplinaire samenwerking	- Afstemmen van informatie garanderen. - Hoofdbehandelaar is primair verantwoordelijk voor afstemming van informatie. - Onderlinge afspraken maken (bijv. in de artsenvisite) en rolverduidelijking creëren. - Rapportage schrijven van plaatsgevonden gesprekken.	- Onduidelijke en geen eenduidige informatievoorziening naar ouders. - Terugkoppeling van informatie naar ouders door verschillende disciplines. - Geen schriftelijke terugkoppeling van gesprekken terug te vinden in het patiënten-rapportage systeem.

Tabel 1 vergelijking van de wenselijke en feitelijke situatie omtrent de medische informatieverstrekking aan ouders

Naar aanleiding van bovenstaand schema, waarin de resultaten vanuit de literatuur, de afgenomen interviews en persoonlijke observaties zijn vergeleken, kunnen er concrete implementatiedoelen worden gesteld. De concrete implementatiedoelen zijn gebaseerd op de elementen in de praktijk die nog verbeterd kunnen worden. Deze doelen zijn terug te vinden in hoofdstuk één, *het voorstel voor verandering*. Ze zullen hier nogmaals herhaald worden;

- In november 2014 geeft de meerderheid van de ouders aan dat zij door het zorgteam voldoende geïnformeerd zijn over de aard, doel en risico's van het gekozen onderzoek of behandeling, eventuele alternatieve behandelingsmogelijkheden en de levensverwachting van hun kind.
- In november 2014 geeft de meerderheid van de PICU-verpleegkundigen, medische informatie aan ouders zover haar kennis reikt en geeft hierover terugkoppeling aan de arts.
- In november 2014 maakt de meerderheid van de PICU-verpleegkundigen en artsen onderlinge afspraken in de artsenvisite wie, welke en wanneer informatie verstrekt aan ouders, zodat interdisciplinaire afstemming gegarandeerd kan worden.
- In november 2014 rapporteert de meerderheid van de PICU-verpleegkundigen en de artsen een kort en bondig verslag in ICCA van plaatsgevonden gesprekken met ouders over het medisch beleid, zodat interdisciplinaire afstemming gegarandeerd kan worden.
- In november 2014 houdt de meerderheid van de PICU-verpleegkundigen rekening met de privacy van de patiënt en ouders bij het verstrekken van medische informatie.

3.4 Conclusie

Uit de interviews is gebleken dat alle respondenten het belang van goede informatieverstrekking aan ouders inzien. De verpleegkundigen verstrekken deze informatie op een juiste wijze, door de informatie aan de individuele behoefte van de ouder aan te passen. Op de PICU is echter nog onduidelijkheid over welke informatie een verpleegkundige aan ouders mag geven. Bovendien sluit de informatie van verpleegkundigen en artsen niet altijd op elkaar aan. Het advies is goede afspraken te maken over het afstemmen van informatie. Ook het nauwgezet rapporteren van gesprekken in het ICCA kan bijdragen aan een betere samenwerking tussen de verpleegkundigen, artsen en andere disciplines. Ten slotte vergt de privacy van de patiënt en ouders op de PICU een punt van aandacht.

Het volgende hoofdstuk omschrijft factoren die het verloop van het implementatieproces kunnen beïnvloeden. Hiertoe is een analyse uitgevoerd van de doelgroep en setting.

Hoofdstuk 4 De probleemanalyse

In het volgende hoofdstuk wordt de derde stap van Grol & Wensing besproken. Deze stap omvat een analyse van de beïnvloedende factoren in het proces voor verandering. Dit betreft factoren die het verloop van een implementatieproces beïnvloeden of de werking van een implementatiestrategie versterken of verzwakken (Grol&Wensing, 2013). De deelvraag die in dit hoofdstuk beantwoordt zal worden is; '*Welke bevorderende en belemmerende factoren beïnvloeden het implementatietraject?'* Voorafgaand aan de resultaten zal eerst de methode worden besproken. Aansluitend zal in paragraaf 2 de belangen en doelen van de verschillende betrokkenen worden beschreven. De bevorderende en belemmerende factoren komen hier aan bod. Tot slot volgt er een korte conclusie van het hoofdstuk.

4.1 Methode

Voor het in kaart brengen van de bevorderende en belemmerde factoren is gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden, te weten semigestructureerde interviews (Emans, 2002). Een uitgebreide methode hiervan is terug te vinden in paragraaf 3.1.

Voor de opbouw van dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van Grol & Wensing (2013). De bevorderende en belemmerende factoren die naar voren zijn gekomen, zijn verdeeld in verschillende domeinen, de zogenoemde individuele, sociale, organisatorische en maatschappelijke factoren. De individuele factoren zijn gerelateerd aan de zorgverleners. De sociale factoren hebben te maken met de teams en netwerken van de zorgverleners. De organisatorische factoren zijn gerelateerd aan de zorginstelling of afdeling. De maatschappelijke factoren hebben te maken met het zorgsysteem en maatschappelijke of politieke ontwikkelingen.

4.2 Resultaten

4.2.1 Doelgroep & setting

Een systematische benadering van implementatie omvat een analyse van individuen en organisaties die een belang of doel hebben bij een veranderingsproces (Grol & Wensing, 2013). Door het maken van een sociale kaart van de betrokken partijen wordt deze analyse vorm gegeven. De betrokken partijen zullen hieronder nader worden toegelicht.

<u>De ouders van een kind (< 12 jaar)</u>

De patiëntendoelgroep is met name gericht op ouders waarvan het kind jonger dan 12 jaar is en opgenomen is op de PICU. Er wordt vanuit gegaan dat de ouders de wettelijke vertegenwoordigers zijn van hun kind zijn. Wanneer het kind jonger dan 12 jaar is, hebben de

ouders volledige zeggenschap. Er wordt hierbij geen onderscheid gemaakt in chronisch zieken kinderen of acute opnames. De ouders hebben belang bij dit verbeterproject, omdat een verbeterde informatievoorziening bijdraagt aan een beter zorgproces voor hun kind. Door het creëren van een eenduidig beleid zullen ouders volledig worden geïnformeerd over het behandel- en zorgproces, waardoor zij meer betrokkenheid voelen en verantwoordelijkere besluiten kunnen nemen voor hun kind.

Verpleegkundigen

Het verpleegkundig team bestaat uit 33 kinder-IC verpleegkundigen waarvan twee zorgcoördinators. Momenteel zijn er drie cursisten die de intensive care opleiding volgen en twee kinder-IC verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in ademhalingsstoornissen bij kinderen in het Centrum voor Ademhalingsstoornis bij Kinderen (CASK). Er wordt verwacht dat de verpleegkundigen op de PICU profijt hebben van de adviezen over informatieverstrekking aan ouders. Hierdoor zal de samenwerking met artsen en andere disciplines beter gaan verlopen en zal er minder miscommunicatie voorkomen.

Verpleegkundig afdelingshoofd en de zorgcoördinators

Het afdelingshoofd van de PICU is mede-afdelingshoofd van de kinderafdeling in het AZM. De twee zorgcoördinatoren wisselen om de week als aanspreekpunt voor de verpleging, ouders en patiënten. “De zorgcoördinator heeft een ondersteunende, begeleidende en coördinerende functie met als doel het verzekeren van de kwaliteit en de continuïteit van zorg en de optimalisatie van het zorgbeleid” (Senior Plaze, 2010, p. 1). Het uitwerken van adviezen betreffend informatieverstrekking aan ouders zal waarschijnlijk een voordelig effect hebben op de kwaliteit van zorg op de PICU.

Medisch afdelingshoofd en artsen

De PICU heeft een apart medisch afdelingshoofd, die de PICU in het AZM mede heeft opgezet. Hij is ook een gespecialiseerde kinder-intensivist op de afdeling, samen met vier andere kinder-intensivisten. Zij worden ondersteund door artsen in opleiding, gedurende verschillende periodes. Ondanks dat het project gericht is op de verpleegkundigen op de PICU zullen zij ook in het proces betrokken worden doordat er op de PICU een nauwe samenwerking bestaat tussen artsen en verpleegkundigen. Het optimaliseren van informatieverstrekking op de PICU hangt ook voor een tamelijk groot gedeelte van hun af.

5.2.2 Bevorderende & belemmerende factoren

De bevorderende en belemmerende factoren, die zijn voortgekomen uit de afgenomen interviews en persoonlijke observaties, kunnen worden onderverdeeld in inhoudelijke

domeinen die hieronder in een schematisch overzicht zijn weergegeven (Grol & Wensing, 2013)

Domeinen	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Individuele factoren	- Het verpleegkundig team op de PICU is bewust van het belang van verantwoordelijke informatievoorziening aan ouders.	- Het is vaak druk en hectisch op de afdeling waardoor er nauwelijks rekening wordt gehouden met verantwoordelijke informatievoorziening.
	- De kwaliteit van zorg voor de patiënt staat bij het verpleegkundig team hoog in het vaandel.	- De verpleegkundigen zijn routine gevoelig. De meeste verpleegkundigen werken al meer dan 10 jaar op de PICU en houden zich vast aan hun huidige werkwijze. Het doorvoeren van een verandering wordt hierdoor belemmerd.
	- Zowel de verpleegkundigen als de artsen op de PICU beschikken over voldoende vakkennis en deskundigheid ten aanzien van medische informatieverstrekking.	- Afgelopen jaar zijn er veel veranderingen ingevoerd op de afdeling waarbij tamelijk veel weerstand tegen was.
Sociale factoren		- Er zijn vaak meerdere disciplines betrokken bij een patiënt die in wisselende diensten werken. Hierdoor dient er tussen meerdere personen afstemming van informatie gegarandeerd te worden.
		- Er vindt beperkte afstemming plaats van de informatie die aan ouders verstrekt moet worden tussen intensivisten, verpleegkundigen en andere disciplines.
Organisatorische factoren	- Zowel het verpleegkundig als het medisch hoofd van de PICU staan open voor verandering en verbetering.	- Sinds een half jaar werkt de afdeling met een nieuw elektronisch patiënten systeem (ICCA) waarbij het nog onduidelijk is waar verslagen van gesprekken genoteerd moet worden.

Maatschappelijke factoren	-De implementatie neemt geen financiële gevolgen met zich mee.	
	- De wet- en regelgeving (WGBO) en de beroepscode van verpleegkundigen en artsen, ondersteund het feit dat ouders volledig geïnformeerd moeten worden over het zorg- en behandelproces van hun kind.	

Tabel 2 de bevorderende en belemmerende factoren vanuit interviews en persoonlijke observaties op de PICU

5.3 Conclusie

Op de PICU spelen bevorderende en belemmerende factoren een rol bij de verbetering van de informatieoverdracht naar ouders. Uit tabel 2 blijkt dat de zorgverleners op de PICU het belang van informatieverstrekking aan ouders wel inzien en hierover ook voldoende vakkennis hebben. De afdelingshoofden en zorgcoördinatoren staan ook open voor verandering en verbetering van de patiëntenzorg. Bovendien wordt de implementatie ondersteund door de WGBO en brengt het geen financiële gevolgen met zich mee. De belemmerende factoren bevinden zich op individueel, sociaal en organisatorisch vlak. De belangrijkste belemmerende factoren zijn dat zorgverleners vaak routinegevoelig zijn en de werkdruk veelal hoog is. Dit bemoeilijkt het invoeren van de implementatie sterk. Ook hebben de verpleegkundigen op de PICU vaak te maken met veel disciplines die samen moeten werken en waarbij afstemming van afspraken complex is. Overigens heeft de afdeling eind 2013 te maken gekregen met een nieuw elektronisch patiëntensysteem. Voor de verpleegkundigen is het nog onduidelijk waar gesprekken genoteerd moeten worden of hoe deze terug te vinden zijn.

De geselecteerde strategieën en interventies voor van het behalen van de opgestelde implementatiedoelen, zullen in hoofdstuk 5 worden besproken.

Hoofdstuk 5 Strategieën en interventies

Hoofdstuk 5 beschrijft de vierde stap van Grol & Wensing (2013), de gekozen strategieën en interventies. De deelvraag die hierbij hoort is; *Welke strategieën en interventies kunnen worden toegepast om de gestelde implementatiedoelen te bereiken?*

Allereerst wordt de methode beschreven hoe aan de informatie is gekomen. Vervolgens zal in de resultaten worden beschreven voor welke strategieën met bijhorende interventies is gekozen.

5.1 Methode

Bij het kiezen van de meest geschikte implementatie strategieën en interventies is er gebruik gemaakt van Grol & Wensing (2013). Hierin is een overzicht weergegeven van methoden, strategieën en interventies die zo goed mogelijk aansluiten bij kenmerken van de innovatie, de doelgroep en de setting. Als eerste is gekozen voor de exploratieve methoden. De exploratieve methoden wordt gebruikt als men nog weinig ideeën heeft over de potentieel meest geschikte strategie. Het is een minder planmatige methode waarin met een groep betrokkenen wordt gebrainstormd naar de meest geschikte strategie en interventie (Grol & Wensing, 2013). In het kader van deze methode is er allereerst een groepje bij elkaar gekomen om te brainstormen over de meest geschikte strategieën en interventies voor het verbeteren van de medische informatie verstrekking aan ouders door het zorgteam. De groep bestond uit een kinder-intensivist, een zorgcoördinator en twee kinder-IC verpleegkundigen. Het voorstel was om aanbevelingen op te stellen voor het bevorderen van de medische informatieverstrekking aan ouders in het kader van de High5. De High5 is een speciaal programma binnen het AZM die de patiëntveiligheid waarborgt (Maastricht UMC+, 2014). Hierbij kan gedacht worden aan correcte registratie van patiënten gegevens door het zorgteam, een goede overdracht tussen verschillende behandelaren, het rekening houden met en respecteren van de privacy van de patiënt, een aangewezen hoofdbehandelaar die het gehele traject van de patiënt volgt en coördineert, op het juiste moment de patiënt van de juiste informatie voorziet zodat zij het behandelingsproces goed kan volgen, het voorkomen van medicatiefouten, ect. Kortom de High5 is het integraal risicomanagement van het Academisch Ziekenhuis Maastricht.

Enkel het opstellen van aanbevelingen om de medische informatieverstrekking te verbeteren, zou onvoldoende zijn. Hiervoor moet eerst het zorgteam bewust worden gemaakt van het probleem en bereid zijn om hiermee aan de slag te gaan. Aan de hand van het geven van klinische lessen aan het zorgteam kan dit bereikt worden.
Op basis van deze gegevens werd gekozen om gebruik te maken van de Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC), waarin een uitgewerkt overzicht is weergegeven van verschillende strategieën en interventies (Grol & Wensing, 2013). Met betrekking tot de professionalgerichte interventies is er gekozen voor de interventies *educatieve bijeenkomsten, lokale consensusprocessen, ontwikkeling en verspreiding van educatief materiaal en communicatie via de mail* (Grol & Wensing, 2013). Tevens is met betrekking tot wettelijke maatregelen gekozen voor de interventie *verandering in patiëntdocumentatiesysteem.* Hieronder worden de gekozen interventies nader onderbouwd.

Educatieve bijeenkomsten

Uit de interviews en persoonlijke observaties komt naar voren dat het verpleegkundig team wel beschikt over voldoende vakkennis maar door de werkdruk niet altijd stil staan bij de inhoud, de plaats en interdisciplinaire samenwerking van informatieverstrekking aan ouders. Door het geven van een klinische les over de resultaten vanuit de literatuur en de praktijk worden zij bewust gemaakt op het belang van onderwerp *informatieverstrekking aan ouder*. Tevens wordt door het benoemen van de elementen in de informatieverstrekking die al goed gaan, hun interesse getriggerd en hun betrokkenheid opgewerkt om met de implementatie aan de slag te gaan.

Lokale consensusprocessen

Onder lokale consensusprocessen wordt deelname van hulpverleners verstaan die aan een discussie deelnemen over de probleemstelling en de aanpak ervan (Grol & Wensing, 2013). Aan het einde van de klinische bijeenkomsten wordt er ruimte gelaten voor meningen van de verpleegkundigen en artsen. Op deze manier kunnen onduidelijkheden verheldert worden en eventuele aanpassingen aan de implementatie worden gedaan. Uit persoonlijke observaties is namelijk gebleken dat het zorgteam sceptisch tegenover nieuwe innovaties staan. Belangrijk is daarom dat zij het positieve belang van de implementatie inzien en bereid zijn er mee te gaan werken.

De ontwikkeling en verspreiding van educatief materiaal

De ontwikkeling en verspreiding van educatief materiaal wordt in Grol & Wensing (2013, p 290) omschreven als “het ontvangen van gedrukte aanbevelingen voor de klinische zorg die persoonlijk aangereikt wordt.” Door het ontwikkelen van een poster met daarop de belangrijkste vijf adviezen bedrukt die betrekking hebben op de medische informatieverstrekking aan ouders, worden zij dagelijks geconfronteerd met genoemd onderwerp. Zij krijgen zo iedere dag een reminder en kunnen hier, ondanks de werkdruk op de afdeling, aan de slag met het bewuster geven van medische informatie aan ouders.

Communicatie via de mail

Bij een PICU opname zijn vaak veel disciplines betrokken, dit blijkt uit de afgenomen interviews, persoonlijke observaties en gevonden literatuur. Het is om deze reden onhaalbaar om alle betrokken personen, persoonlijk te benaderen. Er is daarom gekozen om gebruik te maken van sociale media zoals de e-mail. Op deze manier worden alle betrokken partijen geïnformeerd over de voortgang van het project en de gevonden resultaten.

Verandering in patiëntdocumentatiesysteem

Uit interviews en persoonlijke observaties is gebleken dat er nauwelijks van gevoerde gesprekken rapportages worden geschreven. Dit gebeurt door zowel artsen als verpleegkundigen amper. Een reden hiervoor is het nieuwe patiënten rapportage systeem (ICCA) dat eind 2013 is ingevoerd op de afdeling. Er bestaat reeds een tabblad *gesprekken* in het ICCA waaronder deze informatie genoteerd kan worden. Echter weet de meerderheid van het zorg- en medisch team het bestaan hier niet van. Door het geven van een klinische les over de functie van het tabblad *gesprekken* wordt verwacht dat meerdere hulpverleners hiervan gebruik gaan maken, waardoor een betere afstemming van informatie kan worden gegarandeerd. Deze interventie wordt overgedragen aan de persoon die de vertegenwoordiger is van het ICCA-systeem op de PICU.

5.2 Resultaten

Om de medische informatieverstrekking aan ouders te verbeteren wordt er gebruik gemaakt van strategieën met daaraan interventies gekoppeld. Deze strategieën en interventies sluiten aan bij de doelgroep, setting en implementatie. In tabel 3 is een overzicht gegeven van de gekozen interventies aan de hand van de EPOC.

Professionalgerichte Interventie	Uitvoering praktijk
Educatieve bijeenkomsten	Er zijn een drietal klinische lessen georganiseerd om de verpleegkundigen en artsen op de afdeling op de hoogte te stellen van de gevonden resultaten uit de literatuur en praktijk.
lokale consensusprocessen	Aan het einde van elke klinische les is er ruimte gelaten voor discussie. Op deze manier wordt er een overeenstemming bereikt en is kans op succes groter.
De ontwikkeling en verspreiding van educatief materiaal	Aan de hand van de resultaten die zijn voortgekomen uit de literatuur en de praktijk is er een voorstel gedaan voor vijf aanbevelingen over medische informatieverstrekking aan ouders. Deze aanbevelingen worden vormgegeven aan de hand van de High5 en als poster worden opgehangen in de artsenkamer en de zusterpost.
Communicatie via de mail	Er is regelmatig gebruik gemaakt van sociale media zodat een grote populatie bereikt kon worden.
Verandering in patiëntdocumentatiesysteem	De vertegenwoordiger van het ICCA zal een klinische les gaan geven over de functie van het tabblad *gesprekken*. In deze les zal worden toegelicht waar je dit tabblad kan vinden en waar de rapportage van de plaatsgevonden gesprekken genoteerd moeten worden.

Tabel 3 Overzicht van strategieën en interventies volgens de EPOC

5.3 Conclusie

Om de medische informatieverstrekking aan ouders op de PICU succesvol te verbeteren, is gebruik gemaakt van verschillende strategieën en interventies. Deze zijn gekozen uit het overzicht van de EPOC. De *educatieve bijeenkomsten, het ontwikkelen en verspreiden van educatief materiaal, lokale consensusprocessen, communicatie via de mail, verandering in patiëntdocumentatiesysteem* zijn de essentiële strategieën, die zijn gebruikt om de medische informatieverstrekking bij het zorgteam onder de aandacht te brengen.

In het volgende hoofdstuk is aan de hand van bovenstaande strategieën en interventies een implementatieplan opgesteld.

Hoofdstuk 6 Implementatieplan

Het implementatieplan is opgesteld aan de hand van de gekozen strategieën en interventies die terug te vinden zijn in tabel 3 van het vorige hoofdstuk. Het plan is opgebouwd aan de hand van de fasen van het veranderingsproces van Grol & Wensing (2013). In paragraaf 1 worden de fases van verandering kort toegelicht. Vervolgens is in een overzicht het implementatieplan weergegeven. De laatste paragraaf beschrijft de aanbevelingen voor de pilot op de afdeling.

6.1 De resultaten

6.1.1 Het implementatieplan

Het implementatieplan is opgebouwd uit de vijf fasen van het verbeteringsproces volgens Grol & Wensing (2013); oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud. Deze stappen kan een team, afhankelijk in welke fase van het verbeterproces de doelgroep zich bevindt, doorlopen om tot het gewenste handelen te komen. De eerste fase is gericht op het bewust worden van de beoogde verandering en het prikkelen van interesse voor de innovatie. Bij de fase *inzicht* wordt de doelgroep geïnformeerd over de inhoud van de innovatie en de feitelijke zorgverlening. In de derde fase ligt de nadruk op de motivatie van de doelgroep om echt tot verandering over te gaan. Hiertoe is een positieve houding en de intentie om te veranderen van belang. Bij de fase *verandering* wordt daadwerkelijk een start gemaakt met implementatie in de praktijk. De doelgroep gaat experimenteren met de nieuwe werkwijze. Ten slotte ligt de nadruk in de laatste fase op het behoud van de verandering. De implementatie moet een vast onderdeel worden van de dagelijkse routine en zo goed mogelijk ingebed worden binnen de afdeling, zodat blijvende toepassing mogelijk is.

Bij het opstellen van het implementatieplan is ook rekening gehouden met de gesignaleerde belemmerende factoren en de verschillende niveaus waar de implementatie zich op kan

richten (centraal, lokaal, afdeling, individueel). De verschillende interventies en maatregelen, die deel uitmaken van de implementatie zijn ingepland in een afgebakend tijdrooster. De implementatiestrategieën worden getest en geëvalueerd (Grol & Wensing, 2013). In onderstaande tabel (4) is een schematisch overzicht van het implementatieplan weergegeven.

Fase 1: Oriëntatie		
Wat?	**Wie?**	**Wanneer?**
Er zijn sleutelfiguren aangewezen in de directe omgeving, de zorgcoördinatoren. Zij zijn door hun functie in de mogelijkheid om direct contact te zoeken met de verpleegkundigen en artsen op de afdeling.	- Ronald Snijders - Ilse Willems - Robin Vugs	December 2013
Middels informele gesprekken op de afdeling en door sociale media, zoals de mail, worden de betrokkenen op de hoogte gehouden over het beloop van de implementaties en de *sense of urgency* ervan.	- Verpleegkundig afdelingshoofd - zorgcoördinatoren - Verpleegkundigen PICU - Artsen PICU - Robin Vugs	Januari/februari 2014
Het bespreken en plannen van een klinische les aan zoveel mogelijk verpleegkundigen en artsen op de PICU. Dit wordt gedaan door informatie te geven over de resultaten die zijn voortgekomen uit de wenselijke situatie, de feitelijke situatie en het mogelijk verder verloop van de implementaties.	- Ronald Snijders - Stef Giua - Ronald Servais - Robin Vugs	Begin april 2014
Voorbereiden van de klinische les; - Uitwerken inhoud; - Presentatie (PowerPoint) maken; - Voorbespreking met zorgcoördinator; - Het uitnodigen van collega's.	- Ilse Willems - Robin Vugs	April 2014
Fase 2: Inzicht		
Wat?	**Wie?**	**Wanneer?**
Het geven van een drietal klinische lessen aan verpleegkundigen en artsen op de PICU, zodat zij begrijpen wat het voorstel voor veranderen is en welke argumentatie daar achter zit. Daarnaast wordt een voorstel van	- Verpleegkundigen PICU - Artsen PICU - Ilse Willems - Robin Vugs	Begin mei 2014

aanbevelingen gedaan aan verpleegkundigen omtrent de medische informatieverstrekking aan ouders waarbij inzicht wordt gegeven in het belang ervan.		
De verpleegkundigen en artsen die niet bij de klinische les aanwezig konden zijn, zijn op de hoogte gehouden via een mail met daarin kort de belangrijkste punten van de presentatie aangehaald. De presentatie is als bijlage toegevoegd.	- Verpleegkundig afdelingshoofd - Zorgcoördinatoren - Verpleegkundigen PICU - Artsen PICU - Robin Vugs	Begin mei 2014
Het geven van een informatieve les over het rapporteren van plaatsgevonden gesprekken in het ICCA-systeem. Deze les zal door een expert worden verzorgd.	- Jos Simons - Verpleegkundigen PICU - Artsen PICU	Eind juni 2014
Fase 3: Acceptatie		
Wat ?	**Wie?**	**Wanneer?**
Aan het einde van iedere klinische les wordt de mogelijkheid geboden om over de voor- en nadelen van de implementatie van de High5 te discussiëren. Hierbij worden weerstanden serieus genomen en worden beweegredenen vóór het invoeren van de High5 duidelijk beargumenteerd. Bovendien wordt de mogelijkheid geboden om de aanbevelingen van de High5 aan te passen aan de situatie en aan doelgroep.	- Verpleegkundigen PICU - Artsen PICU - Ilse Willems - Robin Vugs	Begin mei 2014
Fase 4: Verandering		
Wat?	**Wie?**	**Wanneer?**
Ontwikkeling van de High5. Aan de hand van de gevonden literatuur en de resultaten uit de interviews zijn er een vijftal aanbevelingen op gesteld omtrent de informatieverstrekking naar ouders. In samenwerking met de High5 werkgroep wordt er een poster ontworpen waarop deze aanbevelingen gedrukt staan. De	- Communicatieve adviseur van de High5 - Jos Simons - Robin Vugs	Eind mei 2014

poster zal op de artsenkamer en zusterpost komen te hangen.		
Start van de pilot gedurende 3 tot 6 maanden.	- Verpleegkundigen PICU - Artsen op de PICU - Ouders op de PICU	Begin juli 2014
Fase 5: Behoud van verandering		
Wat?	**Wie?**	**Wanneer?**
Het project wordt overgedragen aan de zorgcoördinatoren van de PICU en de verpleegkundigen die verantwoordelijk zijn voor de patiënttevredenheidsevaluatie op de afdeling om de implementatie van de High5 door te zetten. Het verpleegkundig afdelingshoofd is gevraagd om te controleren of de gemaakte afspraken na worden gekomen, zodat het project extra wordt geborgd op de afdeling.	- Ronald Snijders - Ilse Willems - Eugenie Dullaart - Bianca Rouwet - Simone Janssen - Robin Vugs	Eind mei 2014
Er worden aanbevelingen opgesteld voor de evaluatiemethode van de implementaties voor het verbeteren van de medische informatievoorziening aan ouders. De aanbevelingen omvatten; - Een procesevaluatie na 3 maanden; - Een effectevaluatie na 6 maanden. - Regelmatig reminders/evaluaties ten aanzien van de aanbevelingen.	- Ronald Snijders - Ilse Willems - Eugenie Dullaart - Bianca Rouwet - Verpleegkundigen PICU - Artsen PICU - Robin Vugs	Eind mei 2014

6.1.2 De pilot

Er wordt voorgesteld om 9 juni 2014 te starten met de pilot voor de medische informatieverstrekking aan ouders door verpleegkundigen. Dit voor de duur van 3 tot 6 maanden. Primair werken de verpleegkundigen met aanbevelingen van de High5. Verpleegkundigen wordt geadviseerd om tijdens de artsenvisite afspraken te maken over wie, welke informatie aan ouders verstrekt. Zowel verpleegkundigen als artsen horen hierbij rekening te houden met de privacy van patiënt en diens ouders. De privacy van patiënt en ouders kunnen zij waarborgen door gebruik te maken van aparte ruimtes, of niet betrokkenen te vragen de kamer te verlaten. Daarbij dienen de verpleegkundigen een kort en bondige rapportage te schrijven van de gegeven medische informatie. Deze rapportage kan onder het tabblad *gesprekken* in het ICCA-systeem worden opgenomen.

In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de evaluatie van bovengenoemde pilot.

Hoofdstuk 7 Evaluatie

Dit hoofdstuk beschrijft de laatste stap van het implementatietraject, de evaluatie. De deelvraag die hierbij gesteld is: *'Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan voor de evaluatiemethode van de implementatie op de PICU?'*

Bij de afronding van deze bachelor thesis en de overdracht van het project is de stand van zaken zo, dat posters met daarop de aanbevelingen zijn gerealiseerd. Er is nog geen proeftijd geweest, de zogeheten pilot, waarin de verpleegkundigen met de aanbevelingen aan de slag zijn gegaan. Om te waarborgen dat het uitvoeren van deze pilot en het evalueren van de implementatie goed verloopt, zijn ook hiervoor aanbevelingen opgesteld. Het project wordt overgedragen aan personen die de verantwoordelijkheid krijgen voor het verdere verloop. Paragraaf 7.1 beschrijft kort de stand van zaken omtrent de evaluatie van het implementatietraject tot nu. In paragraaf 7.2 wordt een methode voorgesteld voor de beoordeling van de pilot. Tot slot is er een conclusie.

7.1 Stand van zaken

De pilot is nog niet van start gegaan. Daarom zijn er over de implementatie van de High5 geen signalen van verpleegkundigen opgevangen. Echter, over de klinische les die op de afdeling gehouden is, was de meerderheid van de verpleegkundigen erg positief. Ze vonden de informatie helder en werden op deze manier alert gemaakt op elementen waar voorheen niet over werd nagedacht. Vooral de adviezen over het waarborgen van de privacy en het afstemmen van medische informatie werden als nuttig ervaren.

7.2 Methode

Om te evalueren of de implementaties werkelijk tot verbetering van de medische informatieverstrekking aan ouders heeft geleid, heeft er op de afdeling een pilot plaatsgevonden. Deze pilot is in paragraaf 6.1.2 van het vorige hoofdstuk beschreven. De evaluatie werd, in overleg, overgedragen aan de zorgcoördinatoren van de PICU. Door een persoon, of meerdere personen aan te wijzen die de verantwoordelijkheid over het project op zich neemt of nemen, wordt voorkomen dat de afdeling weer in zijn oude patroon terugvalt (Grol & Wensing, 2013). Er is gekozen om de verantwoordelijkheid over te dragen aan de zorgcoördinatoren, omdat zij onder andere verantwoordelijk zijn voor de continuïteit van de zorg op de afdeling. Zij gaan samen met twee verpleegkundigen, die op de PICU verantwoordelijk zijn voor de patiënttevredenheidsenquêtes, zorgdragen voor de evaluatie van

deze pilot. Zij zullen ook het verdere beloop van het implementatietraject voor het bevorderen van de medische informatie verstrekking aan ouders door verpleegkundigen op zich nemen. Om het project op de afdeling nog beter te borgen, werd het verpleegkundig afdelingshoofd gevraagd na te gaan of de zorgcoördinatoren hun afspraken over de evaluatie van de pilot, nakomen. Afgesproken is dat het verpleegkundig afdelingshoofd samen met de zorgcoördinatoren en de twee verpleegkundigen, twee keer per jaar de implementaties voor het bevorderen van de medische informatievoorziening aan ouders evalueren.
De voormalige leider van het implementatietraject is met bovengenoemde personen om tafel gaan zitten, om de aanbevelingen voor de evaluatie te bespreken. In het gesprek zijn eventuele onduidelijkheden verhelderd en aanpassingen gedaan. Daarbij heeft de voormalige projectleider aangegeven dat zij te allen tijde bereikbaar is, indien er vragen of onduidelijkheden zijn.

Aanbevolen is om na 3 maanden, in de maand september, een procesevaluatie uit te voeren. "Een procesevaluatie is een belangrijk hulpmiddel voor het (gedetailleerd) beschrijven van de ontwikkelde implementatiestrategie, de daadwerkelijk uitgevoerde strategie, de deelname van de doelgroep aan deze strategie en de ervaringen van de deelnemers met de strategie" (Grol & Wensing, 2013, p 539). Het advies is om gedurende de pilot iedere week een korte evaluatie uit te voeren, door middel van steekproefsgewijs teruglezen van rapportages onder het tabblad *gesprekken.* Hierbij kan gekeken worden of in het medisch of verpleegkundig verslag sprake was van een verandering in het medisch beleid en of hierover een korte rapportage is geschreven onder het tabblad *gesprekken.* De dag waarop deze evaluatie wordt gehouden zal per week verschillen en voor de verpleegkundigen onbekend zijn. Dit om de steekproef zo betrouwbaar mogelijk te maken. Aan de hand van de steekproef kan worden gemeten hoeveel verpleegkundigen en artsen gebruik maken van de High5 en welke belemmeringen er zijn. In de procesevaluatie worden de ervaringen van de verpleegkundigen, artsen en ouders meegenomen. Welke punten gaan er goed en welke dienen nog extra onder de aandacht te komen. Deze ervaringen zullen worden achterhaald aan de hand van een enquête via SurveyMonkey, die terug te vinden is in de bijlage.
Om te achterhalen of de medische informatieverstrekking naar ouders op de PICU daadwerkelijk is verbeterd, moet er ook een effectevaluatie worden uitgevoerd. Deze evaluatie vindt echter in een later stadium plaats. Het veranderen van communicatie heeft namelijk enige tijd nodig. Er wordt daarom voorgesteld om deze evaluatie na 6 maanden, in de maand november, uit te voeren. Voor deze evaluatie zijn er op de afdeling geschikte

patiënttevredenheid-enquêtes, EMPATHIC, aanwezig. Hierin staan vragen benoemd die de ervaringen van ouders op de PICU meet en dus gebruikt kunnen worden om de gestelde concrete doelen te meten. Enkele voorbeelden zijn: ‘De informatie die we van de artsen en verpleegkundigen kregen was hetzelfde’, ‘De artsen en verpleegkundigen werkten goed samen’ en ‘Wij kregen heldere informatie over de onderzoeken en ingrepen’. Het is dus niet nodig om een nieuwe enquête te ontwikkelen. Bovendien is de afdeling ook gewend deze enquêtes te gebruiken. Dit zal bevorderend werken. De eerst verantwoordelijke verpleegkundige heeft de taak, direct na ontslag van de patiënt op de PICU, de EMPATHIC door de ouders te laten invullen. Op deze manier wordt een substantieel grotere respons bereikt, die de effectevaluatie betrouwbaarder maakt. Bij de evaluatie mogen alleen de resultaten van de ouders met een kind jonger of gelijk aan 12 jaar worden meegenomen. Daarbij zal elke vrijdag kort worden geëvalueerd bij hoeveel ontslagen patiënten de EMPATHIC is ingevuld. Wanneer een patiënt is ontslagen en er geen enquête is ingevuld, wordt nagegaan welke verpleegkundige verantwoordelijk was en wat de oorzaak daarvan was. Indien de verpleegkundige duidelijke beweegredenen had, kon hiermee bij de evaluatie van de pilot rekening gehouden worden.
Voorafgaand aan de start van de pilot is een aantal implementatiedoelen opgesteld, die in de effectevaluatie meegenomen kunnen worden. De hieraan verbonden implementatiedoelen zijn beschreven in de hoofdstukken 1 en 3 van deze bachelor thesis. De resultaten die voortkomen uit de ingevulde EMPATHIC-enquêtes kunnen worden vergeleken met deze doelen. Op deze manier kan worden geconcludeerd of de gestelde doelen zijn bereikt en/of het implementatieplan moet worden bijgesteld.

7.3 Conclusie

De schrijver van deze thesis, tevens leider van het implementatieproject voor het verbeteren van de medische informatieverstrekking aan ouders, is in verband met beperkte beschikbare tijd, niet in de gelegenheid geweest de pilot te evalueren. Zij draagt het project, inclusief de evaluatie, over aan de zorgcoördinatoren van de PICU. De zorgcoördinatoren gaan samen met twee andere verpleegkundigen, zoals gepland, de evaluatie van de pilot leiden. Voor extra borging van het project zal het verpleegkundig afdelingshoofd nagaan of de afspraken door de nieuwe leiders worden nageleefd. Er is geadviseerd om een procesevaluatie in september uit te voeren, aan de hand van steekproeven en SurveyMonkey-enquêtes. Bovendien wordt geadviseerd om in november een effectevaluatie toe te passen, waarvan de resultaten worden verkregen uit de EMPATHIC-enquêtes van de afdeling. Deze resultaten worden vergeleken

met de vastgestelde implementatiedoelen. Aan de hand hiervan wordt geconcludeerd of het implementatieplan succesvol is, of moet worden aangepast.

Discussie

Het doel van het implementatieproject is het creëren van een eenduidig beleid op de PICU omtrent de medische informatieverstrekking door verpleegkundigen aan ouders. Dit implementatieproject is gebaseerd op het implementatiemodel van Grol en Wensing (2013). Het is een complex model. Dit zorgde ervoor dat pas in de laatste fase van het project werd begrepen wat de stappen van Grol en Wensing nu precies inhielden. Vanaf dat moment werd het model als systematisch en handig ervaren. Aan de hand van de resultaten uit de literatuur en de bevindingen van werkelijke situatie op de PICU zijn interventies geselecteerd en ontwikkeld om de medische informatieverstrekking aan ouders door verpleegkundigen te bevorderen. Wegens beperkte beschikbare tijd werd de laatste stap van het implementatietraject, de evaluatie, overgedragen aan de zorgcoördinatoren van de PICU. Doordat nog niet gestart is met de pilot, zijn er nog geen resultaten verkregen over de ervaringen met de implementaties op de afdeling. Het is dus niet mogelijk om de resultaten te vergelijken met al bekende evidence.

Hieronder wordt teruggekeken op de werkwijze van Grol en Wensing tot de laatste stap. Bij het zoeken naar literatuur in het kader van medische informatieverstrekking aan ouders, is met name gebruik gemaakt van de databank PubMed en specifiek gezocht naar de doelgroep, ouders op de PICU en de setting van de PICU. De resultaten zijn daarom goed toepasbaar. De resultaten kwamen voort uit voornamelijk (systematic) reviews en kwalitatieve onderzoeken. Voornamelijk de (systematic) reviews zijn sterke bronnen. Deze staat het hoogst in de *hiërarchie van evidence* (Schoot et al., 2011). De kwalitatieve onderzoeken staan iets lager in deze hiërarchie, maar zijn ook betrouwbare bronnen. De resultaten versterken elkaar. Sommige artikelen zijn ouder dan 10 jaar. Uit deze stukken is echter alleen informatie gehaald die gebruikt wordt om het belang van informatieverstrekking aan ouders te onderbouwen. Actuelere evidence werd niet gevonden. Tevens is gebruik gemaakt van een artikel uit China (lam et al., 2005). Hierin staat dat de evidence ook op westerse landen toepasbaar is. Bij het zoeken naar de probleemstelling omtrent medische informatieverstrekking werd vanuit de literatuur geen evidence gevonden over de specifieke doelgroep ouders. Wel is er uitgebreid onderzoek geweest: Nivel en de Consumentenbond hebben onderzoek gedaan naar de patiënttevredenheid bij volwassen patiënten. Aangezien de ouders van het kind ook volwassen zijn en volledige verantwoordelijkheid dragen voor de besluitvorming van hun kind, is het

aannemelijk dat de resultaten ook toepasbaar zijn op hen. Deze resultaten zijn om die reden in de inleiding verwerkt.
Om inzicht te krijgen in de feitelijke situatie is gekozen voor een kwalitatieve onderzoekmethoden. Interviews bieden de mogelijkheid om bij onduidelijkheden door te vragen, zodat grotere diepgang wordt verkregen (Emans, 2002). Ook vergen interviews minder van de taalvaardigheid van de respondenten. Echter, het nadeel van interviews is dat dit veel arbeidsintensiever is. Dit tijdgebrek zorgt ervoor dat bij minder respondenten gegevens verzameld worden. Bij de selectie van respondenten is daarom gekeken of de respondenten een open en kritische houding aannamen en voldoende over het onderwerp konden vertellen. De respondenten werden dus doelgericht verworven. Bij de selectie van respondenten is bovendien gestreefd naar omstandigheden om de bestaande variatie aan meningen en ervaringen zo goed mogelijk in kaart te brengen. In het verslag is tevens rekening gehouden met de anonimiteit van de respondenten, door bij citaten geen functie of naam van de respondent te noemen. Dit bevordert de validiteit van het interview.
Kritisch kan er gekeken worden naar de keuze voor de exploratieve methode. Het voordeel van het volgen van deze methode is dat keuzen in het ontwikkelingsproces expliciet en inzichtelijk worden gemaakt. Er is echter nog geen evidentie dat deze aanpak leidt tot een meer effectievere implementatie tot verandering (Grol & Wensing, 2013).
Tot slot is het onderzoeksproces inzichtelijk gemaakt door in de bijlage de gebruikte topiclijsten en de uitwerking van de afgenomen interviews toe te voegen.

Aanbevelingen

Ten aanzien van een goed vervolg van het implementatietraject en het zo goed mogelijk inbedden van de High5 op de afdeling is een aantal aanbevelingen geformuleerd.

Ten behoeve van de evaluatie van de pilot, zijn in hoofdstuk 7 uitvoerig de aanbevelingen besproken. De kern van deze aanbevelingen omvat een geplande procesevaluatie, gepland in september 2014. De procesevaluatie geschiedt aan de hand van steekproeven en een enquête. Deze enquête zal worden afgenomen bij de verpleegkundigen en artsen op de PICU. Eveneens is aanbevolen om in november 2014 een effectevaluatie te doen. Hiervoor kunnen de EMPATHIC-enquêtes van de afdeling worden gebruikt, die door ouders worden ingevuld bij ontslag van de PICU. Aan de hand van deze resultaten kan worden geconcludeerd of de High5 tot het gewenste resultaat heeft geleid. Indien van toepassing kan de High5 worden bijgesteld.

Van essentieel belang voor het slagen van het implementatietraject in de naaste toekomst, is met klem geadviseerd het project over te dragen aan de zorgcoördinatoren van de PICU in het AZM. Zo is de kans het grootst dat het project in de toekomst conform overdracht en de gemaakte afspraken zal verlopen. De verwachting is dat op deze manier eenduidigheid kan ontstaan bij het verstrekken van informatie over medische diagnose en behandeling. De verwachting is ook dat ouders zo weloverwogen, verantwoorde besluiten over het zorg- en behandelingsproces van hun kind (< 12 jaar) kunnen nemen.

Gekozen om het project over te dragen aan de zorgcoördinatoren, omdat zij kennis hebben van en verantwoordelijk zijn voor de continuïteit en kwaliteit van zorg en de optimalisatie van het zorgbeleid (Senior Plaze, 2010). Daarnaast zijn zij op de hoogte wat een implementatietraject inhoud en hebben zij het project van begin tot eind gevolgd. Eventueel kan het project ziekenhuisbreed worden uitgebreid. Dit is al aan de werkgroep High5 voorgesteld. Begin juni zullen de zorgcoördinator en de huidige projectleider werkgroep High5 over dit voorstel een gesprek hebben.

Ook is geadviseerd aan verpleegkundigen en artsen op de PICU binnenkort een klinische les te geven over het rapporteren van gevoerde gesprekken in het elektronisch patiëntendossier, het ICCA. Dit wordt voorgesteld, omdat het ICCA pas in november vorig jaar is ingevoerd op de afdeling is ingevoerd en de meerderheid van de verpleegkundigen en artsen niet op de hoogte is over hoe en waar deze gesprekken gerapporteerd moeten worden. Hiervoor is onlangs een expert benaderd.

Conclusie

Na toepassing van het implementatietraject kan er antwoord worden gegeven op de hoofdvraag van deze bachelor thesis;
‘Op welke wijze kan informatieverstrekking over de medische diagnose en behandeling door de verpleegkundigen op de PICU naar ouders van een kind jonger dan 12 jaar worden verbeterd, zodat onder de ouders minder verwarring ontstaat en een grotere tevredenheid heerst over het zorg- en behandelingsproces van het kind?’
Om eenduidigheid te creëren over het verstrekken van medische informatie aan ouders wordt gebruik gemaakt van het implementatiemodel van Grol & Wensing (2013). Dit model helpt op systematische wijze op de PICU nieuwe inzichten te implementeren. Hiervoor werd eerst de wenselijke situatie omtrent medische informatieverstrekking aan ouders door verpleegkundigen in kaart gebracht. Deze resultaten werden vergeleken met de resultaten

vanuit de feitelijke situatie. Hieruit kwam naar voren dat het nog onduidelijk is welke informatie een verpleegkundige aan ouders mag geven. Bovendien sluit de informatie van verpleegkundigen, artsen en andere disciplines niet altijd op elkaar aan, waardoor interdisciplinaire afstemming niet gegarandeerd kan worden. De privacy van patiënt en ouders verdient ook een punt van aandacht doordat nog te vaak aan het bed van de patiënt, medische informatie gegeven wordt in het bijzijn van niet betrokkenen. De voornaamste belemmerende factoren ten aanzien van het implementatietraject op de PICU is de werkdruk op de afdeling, de routinegevoeligheid van het zorgteam en het groot aantal disciplines die betrokken zijn bij een patiënt. Bevorderend is dat het zorgteam bewust is van het belang van verantwoordelijke informatievoorziening aan ouders en dat de kwaliteit van zorg voor de patiënt hoog in het vaandel staat. Door drie klinische lessen en het aanreiken van posters met daarop vijf aanbevelingen voor effectieve medische informatievoorziening aan ouders, zal, naar verwachting, de informatieverstrekking naar ouders verbeteren. In verband met beperkt beschikbare tijd is de evaluatie van de pilot overgedragen aan de zorgcoördinatoren van de PICU. Zij zullen mede toezien op een goed vervolg van het implementatietraject.

Reflectieverslag

In dit verslag wordt gereflecteerd op het proces en verloop van het implementatietraject en op de ontwikkeling die ik als verpleegkundige heb doorgemaakt. Hiervoor is gebruik gemaakt van de rollen van Pool (2001). Aan de systematische reflectie ligt het STARR-model ten grondslag. De afkorting STARR staat voor Situatie, Taak, Actie, Resultaten en Reflectie. Deze elementen worden opeenvolgend behandeld.

Momenteel zit ik in de laatste fase van het verdiepingsjaar, met de afronding van het implementatietraject en de bachelor thesis. Gedurende deze periode loop ik stage op de PICU in het AZM. Hier heb ik een verbeterproject opgestart voor de *medische informatie verstrekking naar ouders door verpleegkundigen.* Het doel van dit verbeterproject is een eenduidig beleid te creëren ten aanzien van het verstrekken van medische informatie aan ouders, waarbij interdisciplinaire samenwerking op de PICU wordt gewaarborgd en ouders zo volledig mogelijk worden geïnformeerd. Hierbij wordt rekening gehouden met de privacy, opdat de ouders verantwoorde besluiten over het zorg- en behandelingsproces van hun kind kunnen nemen. De basis van de genoemde implementatie is het verbetermodel van Grol & Wensing (2013). In de beginfase van het implementatietraject was het moeilijk dit model in de praktijk toe te passen. Door de implementatiestappen in de onderwijsbijeenkomsten te bespreken en de theorie uit Grol & Wensing meerdere malen te bestuderen, heeft dit

verbetermodel mij geleerd om op systematische wijze nieuwe inzichten op een afdeling te implementeren.
Alle stappen van Grol & Wensing zijn gebaseerd op conceptuele literatuur, onderzoeksliteratuur, interviews, informele gesprekken en persoonlijke observaties. Het vinden van relevante wetenschappelijke artikelen was hierbij een knelpunt. De juiste *keywords* werden niet gevonden. Hierbij speelde het afbakenen van het onderwerp en het multidisciplinaire karakter een grote rol. Aan de hand van gesprekken met de docent- en stagebegeleider heb ik gedurende het traject het onderwerp zo kunnen afbakenen dat het bruikbaar werd voor de afdeling en ik gerichter op zoek kon gaan naar relevante artikelen. De resultaten die hieruit voort zijn gekomen, heb ik gepresenteerd aan de verpleegkundigen van de afdeling. Na aanleiding hiervan heb ik aanbevelingen voor de praktijk opgesteld en op een poster laten afdrukken. Wegens beperkte beschikbare tijd ben ik helaas niet meer aan de evaluatie van de implementatie toe kunnen komen. Voor de continuatie hiervan zijn aanbevelingen gedaan. Ondanks het gegeven dat er met de implementatie nog niet is gewerkt, wordt het verbeterproject door verpleegkundigen en artsen als handig en bruikbaar ervaren.
Door het opzetten en uitvoeren van een verbeterproject op een verpleegkundige afdeling heb ik me in verschillende rollen verdiept en meerdere competenties eigen gemaakt. De rol van ontwerper is hierbij het meeste naar voren gekomen. Ik heb gewerkt aan de kerncompetentie '*Om verpleegkundige deskundigheid te waarborgen in een integrale aanpak van zorg, behandeling en voorlichting werkt de Hbo-verpleegkundige mee aan de ontwikkeling en vastlegging van nieuwe zorgprogramma's'.* De competenties die ik hierbij eigen heb gemaakt zijn het gebruiken van expertise over de doelgroep, rekening houden met de rechten en plichten van de doelgroep, multidisciplinair werken, feedback geven en ontvangen en bondig mondeling en schriftelijk formuleren. Door het afnemen van interviews met ouders, verpleegkundigen en artsen heb ik informatie verworven over de doelgroepen. Ik heb hier rekening gehouden met de anonimiteit en privacy van de respondenten, zodat de rechten en plichten van de doelgroep niet in gedrang komen. Op deze manier heb ik op verschillende niveaus naar het probleem kunnen kijken, omdat ik op multidisciplinair niveau te werk heb kunnen gaan. De klinische lessen op de afdeling, die ik heb gegeven, stonden ook in het teken van feeback die verpleegkundigen zowel mondeling als schriftelijk ruim heb kunnen geven. feedback gegeven. Door deze feedback wil ik bereiken dat verpleegkundigen en artsen inzicht krijgen in het belang van goede informatieverstrekking aan ouders. Aan het einde van de presentatie mochten de verpleegkundigen ook zelf feedback over de resultaten en de aanbevelingen geven.

Ook ben ik met de volgende kerncompetentie aan de slag gegaan; '*Om de zorgverlening op de afdeling zo efficiënt, effectief en goed mogelijk op de afdeling te laten verlopen, levert de Hbo-verpleegkundige een bijdrage aan het tot stand komen van het verpleegbeleid'.* De competenties die hierbij aan bod kwamen zijn oplossingsrichtingen formuleren voor dagelijkse problemen, het expliciet maken van de dagelijkse ergernissen en –uitdagingen en continu de eigen werkstijl en afdeling willen en durven veranderen. Bij onderzoek naar de werkelijke situatie op de afdeling zijn er bevorderende en belemmerde factoren naar voren gekomen. Door deze factoren in kaart te brengen en te analyseren zijn interventies gekozen voor het verbeteren van de werkstijl op de afdeling. De laatste kerncompetentie waar aan gewerkt is, was; '*om de kwaliteit van de zorg te bewaken en te waarborgen participeert de hbo-verpleegkundige in het ontwerpen van kwaliteitszorg op afdelingsniveau'.* Deze kerncompetentie heb ik eigen gemaakt door het initiatief te nemen om de kwaliteit van de communicatie door verpleegkundigen met ouders te verbeteren. Hierbij heb ik een voorstel gedaan om aanbevelingen op te stellen over datgene waar verpleegkundigen tijdens het geven van informatie aan ouders op moeten letten.

Ondanks dat ik me in de rol van ontwerper veel competenties heb eigen gemaakt, is er ook een aantal competenties dat verbeterd mag worden, onder meer '*het evalueren van de effectiviteit en efficiency van het zorgarrangement* en *mondeling en schriftelijk formuleren'.* Vanwege de beperkte tijd werd de laatste stap, de evaluatie, overgedragen aan de zorgcoördinatoren van de PICU. Ondanks het opstellen van aanbevelingen voor de evaluatie van de pilot, heb ik geen ervaring opgedaan met evalueren van zorgarrangement in de praktijk. Daarnaast had ik naar mijn idee vaker een mondelinge terugkoppeling van de resultaten kunnen geven, zodat de verpleegkundigen op de afdeling al in een eerder stadium op de hoogte waren van het verbeterproject. Ook had ik de artsen meer bij het project mogen betrekken om het project bij hen ook meer te laten leven.

Literatuurlijst

Barlas, D., Sama, A., Ward, M., & Lesser, M. (2008). Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls. *Annals of Emergency Medicine,* 317-320.

Beumer, F. J. A., den Hartog-van Ter Tholen, R. M. (2009). *Recht voor professionals in de zorg.* (15e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Broersen, S. (2011). Shared decision making voor beginners. *Medisch Contact, 26,* 1639-1641

Bulechek, M., Butcher, K., McCloskey-Dochterman, J. (2010) *Verpleegkundige interventies.* (3e druk). Amsterdam: Elsevier gezondheidzorg

Diaz-Caneja, A., Gledhill, J., Weaver, T., Nadel, S., Garralda, E. (2005). A child's admission to hospital: a qualitative study examining the experiences of parents. *Intensive Care Med, 31,* 1248-1254.

Dullaart, E. L. G. (2013). *EMPATIC. Patiënttevredenheidsevaluatie.* Maastricht: Academisch Ziekenhuis Maastricht

van Dulmen, S., van Weert, J., Jansen, J. (2011). *Communiceren in de zorg.* (1e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Dwang in de zorg. (2013). *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.* Opgehaald op 08-10-2013 van http://www.dwangindezorg.nl/rechten/wetten/wet-op-de-geneeskundige-behandelingsovereenkomst-wgbo

Elwyn, G., Edwards, A., Wensing, M., Hood, K., Atwell, C., Grol, R. (2003). Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care, 12,* 93-99.

Emans, B. (2002). *Interviewen.* Groningen: Noordhoff uitgevers.

Grol, R., Wensing, M. (2013). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg.* Amsterdam: Reed Business Education.

Hill, Y. W. (1996). Children in intensive care: can nurse-parent partnership enable the child and family to cope more effectively? *Intensive and Criticl Care Nursing, 12,* 155-160.

Janse, A.F.C., Hutten, J.B.F., Spreeuwenberg, P. (2002). *Patiënten oordelen over ziekenhuizen II: ervaringen en meningen van patiënten in 37 Nederlandse ziekenhuizen.* Utrecht: NIVEL

KJT. (2013). *Rechten van kinderen en jongeren bij een medische behandeling: informatie voor ouders en kinderen.* Opgehaald op 08-10-2013 van http://www.jeugdtherapeuticum.nl/attachments/023_Rechten%20medische%20behandeling%20K&J.pdf

Klein-Ovink, D. (2011). *Patiëntbeleving binnen ziekenhuizen. Een onderzoek naar de patiëntbeleving binnen het LUMC.* Leiden: Universitair Medisch Centrum http://dms01.saxion.nl/domdoc/BWEN-7K7DF3.nsf/efd18a4910477daec1257abe0048b701/3496589ea91d23bac1257abe0048b711/$FILE/Thesis%20Duco%20Klein%20Ovink.pdf

K & Z. (2013). *Stichting kind en ziekenhuis.* Opgehaald op 30-10-2013 van http://www.kindenziekenhuis.nl/

Lam, L. W., Chang, A. M., Morrissey, J. (2006). Parents' experiences of participation in the care of hospitalised children: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies, 43*, 535-545.

Lin, Y.K., Lin, C.J. (2011). Factors predicting patients' perception of privacy and satisfaction for emergency care. *Department of Emergency Medicine, 28(7),* 604-608.

Maastricht UMC+. (2014). *Een veilig ziekenhuis: High5.* Opgevraagd op 14-05-2014 van http://www.mumc.nl/actueel/mumc-tv/2422427216001-een-veilig-ziekenhuis-high5

Meyer, E. C., Snelling, L. K., Myren-Manbeck, L. K. (1998). Pediatric Intensive Care: The parents' experience. *AACN Clinical Issues, 9*(1), 64-74.

Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. (2014). *Verwachtingen en ervaringen van patiënten.* Opgevraagd op 24-04-2014 van http://www.nivel.nl/verwachtingen-en-ervaringen-van-patienten

Nouwt, J. (2005). *Privacy en gegevensuitwisseling in de zorg.* Den Haag: Sdu Uitgevers BV.

PICU. (2013). *Landelijke werkgroep intensive care kinderen.* Opgehaald op 10-12-2013 van http://www.picu.nl/

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2014). *Aantal chronisch zieken neemt toe.* Opgevraagd op 24-04-2014 van

http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Aantal_chronisch_zieken_neemt_toe

Rijksoverheid. (2014). *Patiënten recht en Cliëntenrecht.* Opgevraagd op 14-04-2014 van http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/patientenrecht-en-clientenrecht/vraag-en-antwoord/wat-zijn-mijn-rechten-en-plichten-als-patient-en-welke-plichten-heeft-een-arts.html

Schoot, T., Danen-de Vries, S., Jonkers, A., Koetsenruijter, R., van der Ham, H., van Swieten, B. (2011). *De verpleegkundige als ontwerper*. (2e druk). Amersfoort: ThiemeMeulenhoff

Silverman, J., Kurtz, S. M., Draper, J., van Dalen, J. (2006). *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg: een evidence-based benadering.* (2e druk). Den Haag: LEMMA

Thesaurus zorg en welzijn. (2014). *Informatieverstrekking.* Opgevraagd op 18-05-2014 van http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/index.htm

van Veen, E. B., Olsthoorn-Heim, E. T. M. (2008). *De WGBO. De betekenis voor de hulpverleners in de gezondheidzorg.* (4e druk). Den Haag: Sdu Uitgevers BV.

Verkaik, R., Francke, A., Friele, R. (2003). Verpleegkundigen en informed consent. Een verkenning van de uitvoering van de WGBO binnen de verpleegkundige professie. *Nederlandse Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg*, *18*(2), 82-92.

Visser, I. (2007). *De Pediatrische Intensive Care Evaluatie: Resultaten van 5 jaar dataregistratie van de kinder-IC's in Nederland.* Opgehaald op 16-12-2013 van http://medischcontact.artsennet.nl/

Vugs, R.P.A. (2013). *Praktijkproef in de rol van ontwerper. Terugkoppeling van de artsenvisite.* Heerlen: Zuyd Hogeschool

Vugs, R.P.A. (2013). *Verpleegkundige informatieverstrekking aan ouders. Literatuurstudie.* Heerlen: Zuyd Hogeschool

de Witte, J., Berkers, N., Visser, G. (2007). *De Nationale Beroepscode van verpleegkundige en verzorgende*. Hilversum: Van der Weij Drukkerijen BV.

Wegwijzerloket. (2014). *Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst.* Opgevraagd op 12-03-2014 van http://www.wegwijzerloket.nl/page/pag_view.asp?pag_id=23680

Senior Plaza. (2010). *Functie- en competentieprofiel zorgcoördinator.* Opgevraagd op 28-04-2014 van http://www.seniorplaza.be/documents/Seniorplaza-Functie-enCompetentieprofielZorgcoordinator.pdf

Bijlage 1 Zoekstrategie

Pubmed

Zoekterm	Filter	Hits	Soort bron	Literatuurverwijzing
PICU, psychology parents, child, hospitalisation	< 10 jaar	36	Kwalitatief onderzoek	Diaz-Caneja, A., Gledhill, J., Weaver, T., Nadel, S., Garralda, E. (2005). A child's admission to hospital: a qualitative study examining the experiences of parents. *Intensive Care Med*, *31*, 1248-1254
Professional-Family Relations, Parents/psychology, Nursing Staff, Hospital/psychology, Adaptation, Psychological, Child, Hospitalized/psychology, PICU *(Related articles)*	English, Dutch	1	Review	Hill, Y. W. (1996). Children in intensive care: can nurse-parent partnership enable the child and family to cope more effectively? *Intensive and Criticl Care Nursing*, *12*, 155-160.
Professional-family relations, psychology parents, hospitalized child, nursing staff, PICU	-	5	Review	Meyer, E. C., Snelling, L. K., Myren-Manbeck, L. K. (1998). Pediatric Intensive Care: The parents' experience. *AACN Clinical Issues*, *9*(1), 64-74.
Hospitalized/psychology Child, Communication, Professional-Family Relations, Pediatric Nursing	English, Dutch	12	Kwalitatief onderzoek	Lam, L. W., Chang, A. M., Morrissey, J. (2006). Parents' experiences of participation in the care of hospitalised children: A qualitative study. *Inernational Journal of Nursing Studies*, *43*, 535-545.
Hospital, patient satisfaction, noise, privacy	< 10 jaar	3	Comparative study	Barlas, D., Sama, A., Ward, M., & Lesser, M. (2008). Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls. *Annals of Emergency Medicine*, 317-320.
Patient satisfaction, privacy, hospital emergency service	< 10 jaar	8	Research support	Lin, Y.K., Lin, C.J. (2011). Factors predicting patients' perception of privacy and satisfaction for emergency care. *Department of Emergency Medicine*, *28(7)*, 604-608.

Google Scholar

Zoekterm	Filter	Hits	Soort bron	Literatuurverwijzing

Plicht, informatie-verstrekking, verpleegkundi ng	< 10 jaar	227	Kwalitatief onderzoek	Verkaik, R., Francke, A., Friele, R. (2003). Verpleegkundigen en informed consent. Een verkenning van de uitvoering van de WGBO binnen de verpleegkundige professie. *Nederlandse Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg*, *18*(2), 82-92.
Shared decision making, Glyn Elwyn	-	672	Systematic review	Elwyn, G., Edwards, A., Wensing, M., Hood, K., Atwell, C., Grol, R. (2003). Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care*, *12*, 93-99.
Privacy, patiënt, ziekenhuis	-	14.900	Kwalitatief onderzoek	Janse, A.F.C., Hutten, J.B.F., Spreeuwenberg, P. (2002). *Patiënten oordelen over ziekenhuizen II: ervaringen en meningen van patiënten in 37 Nederlandse ziekenhuizen.* Utrecht: NIVEL
Patiënt-beleving, ziekenhuis	< 10 jaar	17	Onderzoek naar de patiëntbeleving in het LUMC	Klein-Ovink, D. (2011). *Patiëntbeleving binnen ziekenhuizen. Een onderzoek naar de patiëntbeleving binnen het LUMC.* Leiden: Universitair Medisch Centrum http://dms01.saxion.nl/domdoc/BWEN-7K7DF3.nsf/efd18a4910477daec1257abe0048b701/3496589ea91d23bac1257abe0048b711/$FILE/Thesis%20Duco%20Klein%20Ovink.pdf

Google

Zoekterm	Filter	Hits	Soort bron	Literatuurverwijzing
Pediatrische Intensive Care Evaluatie	-	95.600	Resultaten uit kwalitatief onderzoek	Visser, I. (2007). *De Pediatrische Intensive Care Evaluatie: Resultaten van 5 jaar dataregistratie van de kinder-IC's in Nederland.* Opgehaald op 16-12-2013 van http://medischcontact.artsennet.nl/
PICU	-	2.370.000	Landelijke werkgroep van alle PICU's in Nederland	PICU. (2013). *Landelijke werkgroep intensive care kinderen.* Opgehaald op 10-12-2013 van http://www.picu.nl/
Beroepscode verpleegkundige	-	8130	Nationale beroeps-code/ richtlijn	de Witte, J., Berkers, N., Visser, G. (2007). *De Nationale Beroepscode van verpleegkundige en verzorgende*. Hilversum: Van der Weij Drukkerijen BV.

Shared decision making	-	90.500.000	Medisch tijdschrift	Broersen, S. (2011). Shared decision making voor beginners. *Medisch Contact, 26,* 1639-1641
WGBO	-	151.000	Juridische webpagina van rechten in de gezondheidzorg Onafhankelijke informatie over wonen, welzijn en zorg	- Dwang in de zorg. (2013). *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.* Opgehaald op 08-10-2013 van http://www.dwangindezorg.nl/rechten/wetten/wet-op-de-geneeskundige-behandelingsovereenkomst-wgbo - Wegwijzerloket. (2014). *Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst.* Opgevraagd op 12-03-2014 van http://www.wegwijzerloket.nl/page/pag_view.asp?pag_id=23680
Medische informatieverstrekking, ouders	-	303.000	Artikel over de rechten en plichten van kinderen in de gezondheidzorg	KJT. (2013). *Rechten van kinderen en jongeren bij een medische behandeling: informatie voor ouders en kinderen.* Opgehaald op 08-10-2013 van http://www.jeugdtherapeuticum.nl/attachments/023_Rechten%20medische%20behandeling%20K&J.pdf
Stichting kind en ziekenhuis	-	687.000	Stichting voor ouders met zieke kinderen.	K & Z. (2013). *Stichting kind en ziekenhuis.* Opgehaald op 30-10-2013 van http://www.kindenziekenhuis.nl/
High 5, AZM		168.000	Website van het Academisch Ziekenhuis Maastricht	Maastricht UMC+. (2014). *Een veilig ziekenhuis: High5.* Opgevraagd op 14-05-2014 van http://www.mumc.nl/actueel/mumc-tv/2422427216001-een-veilig-ziekenhuis-high5
PICU		9.350.000	Website voor alle PICU's in Nederland	PICU. (2013). *Landelijke werkgroep intensive care kinderen.* Opgehaald op 10-12-2013 van http://www.picu.nl/
RIVM, chronisch zieken		20.800	Website van het RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2014). *Aantal chronisch zieken neemt toe.* Opgevraagd op 24-04-2014 van http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Aantal_chronisch_zieken_neemt_toe
Rijksoverheid, patiëntrechten		286.000	Website van de rijksoverheid	Rijksoverheid. (2014). *Patiënten recht en Cliëntenrecht.* Opgevraagd op 14-04-2014 van http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/patientenrecht-en-clientenrecht/vraag-en-antwoord/wat-zijn-mijn-rechten-en-plichten-als-patient-en-welke-plichten-heeft-een-arts.html

Bijlage 2 Interviews

Interview kinder-IC verpleegkundige

Belang van medische informatieverstrekking aan ouders

Volgens de verpleegkundige is het verstrekken van medische informatie zeer belangrijk. “Deze afdeling draait voornamelijk op communicatie.” Op de PICU worden kritische kinderen opgenomen, die, net als hun ouders, opeens in een volstrekt andere wereld terecht komen. “Ze verkeren in een wereld vol onwetendheid.” Door goede communicatie kan deze onwetendheid mogelijk worden opgeheven. De hulpverleners proberen met het verstrekken van informatie over medische zaken voor ouders een zo duidelijk mogelijk beeld te creëren, zodat ze zich in deze kritische situatie minder verloren voelen.

De wijze van informatieverstrekking aan ouders

De verpleegkundige geeft aan dat hij informatie aanpast aan de individuele ouder en aan de specifieke situatie waarin ouders zich bevinden. “Sommige ouders hebben een hoger intelligentieniveau waardoor je daar op een andere niveau mee spreekt dan met ouders die bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapt zijn.” Daarbij geeft de geïnterviewde aan dat hij in een kritische situatie, wanneer ouders erg ongerust zijn, meer uitleg over de medische situatie geeft dan in een situatie waar alles stabiel is en ouders ook geruster zijn. De verpleegkundige probeert dus met zijn informatie ouders zoveel mogelijk gerust te stellen. “Wanneer ik weet dat er geen bijzonderheden op de CT-scan te zien zijn, zal ik de ouders hier vast over informeren.” De ernst van de casus speelt dus een grote rol. Overigens geeft de verpleegkundige aan dat hij informatie verstrekt zover zijn kennis reikt. Wanneer hij iets niet weet, geeft hij dit eerlijk aan en regelt een gesprek met de arts.

De plaats van informatieverstrekking aan ouders

“Ook dit ligt aan de situatie.” De verpleegkundige probeert de ouders altijd apart te nemen wanneer hij informatie over het kind geeft. Dit is, ook in verband met de privacy, met name het geval als er meerdere patiënten op een kamer liggen. Om praktische redenen gebeurt dit niet altijd. Hierbij kan gedacht worden aan drukte op de afdeling, of er zijn geen vrije ruimtes beschikbaar, ect. **Bij het verstrekken van informatie houdt hij er altijd rekening mee of dit het kind kwaad kan doen.** Mocht daar aanleiding toe zijn, dan zou hij de informatie niet in het bijzijn van het kind aan bed verstrekken.

Interdisciplinaire samenwerking

De samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen verlopen tamelijk goed, zo merkt de verpleegkundige op. Bij sommige (semi)artsen moet je als verpleegkundige erg achter hen aan zitten voordat ze de afspraken nakomen of iets gaan regelen. Anderen doen dit uit zichzelf. Wel vindt de verpleegkundige het vervelend dat zij niet altijd op de hoogte worden gehouden over welke informatie de arts eerder al aan de ouders heeft gegeven. Ook schrijven de artsen nauwelijks rapportages van hun gesprekken met ouders. “Dit is vervelend, want je kunt dan moeilijker inspelen op de reacties en gevoelens van ouders.”

In de artsenvisite probeert de verpleegkundige vaak al afspraken te maken over wie welke informatie aan ouders gaat geven, zodat afstemming van informatie gegarandeerd kan worden. Dit zijn mondelingen afspraken. “Ik vindt dit prettig, omdat je ouders gerust kan stellen, bijvoorbeeld door te zeggen dat de arts vanmiddag langskomt voor een gesprek. Ouders leven dan minder in onzekerheid.”

Als aan de verpleegkundige wordt gevraagd wat zijn rol is in de samenwerking met artsen, disciplines en de ouders, wordt ‘tolk’ en ‘tussenpersoon’ als antwoord gegeven. “Wij staan 24/7 aan het bed van de patiënt en zijn daardoor het vaste en vertrouwde aanspreekpunt van patiënt en ouders. Het is ook onze verantwoording dat wij een gesprek regelen met de arts, wanneer ouders veel vragen hebben. Vanaf dan ligt de verantwoordelijkheid weer bij de arts. ”Tijdens deze artsengesprekken worden de verpleegkundige er vaak bij gevraagd. Op deze manier weten wij waar over is gesproken en indien ouders naderhand nog vragen hebben, kunnen wij hen beter te woord staan.” Helaas worden de verpleegkundige niet altijd bij de gesprekken gevraagd…

Wenselijke situatie

Op vraag of er verbetermogelijkheden zijn met betrekking tot medische informatieverstrekking aan ouders, was het antwoord van de kinder-IC-verpleegkundige nadrukkelijk positief. “Er is altijd verbetering te halen in de communicatie met ouders”. Momenteel is er onduidelijkheid over wie welke informatie aan ouders geeft. Hier zouden afspraken over kunnen worden gemaakt, zodat ouders effectief geïnformeerd kunnen worden. Tevens noemde de verpleegkundige het nieuwe patiëntenrapportagesysteem (ICCA) een obstakel voor het rapporteren van afspraken. “Het is niet duidelijk waar afspraken van/met artsen in het ICCA genoteerd worden. Ook schrijven de artsen sinds dit nieuwe systeem geen korte rapportages meer over hun gesprekken. Wanneer dit wel zou worden gedaan, zou iedereen de informatie aan ouders veel beter kunnen afstemmen.”

Interview zorgcoördinator

Belang van informatieverstrekking aan ouders

Communicatie is op de PICU elementair. Dit is een van de belangrijkste competenties waar een PICU verpleegkundige over moet beschikken. “Hierop worden zij ook aangenomen”, zegt de zorgcoördinator.

Aan de hand van enquêtes(EMPATHIC) wordt de tevredenheid van ouders gemeten. “De verpleegkundigen scoren, op een enkele uitzondering na, vaak hoog. De intensivisten daarentegen scoren minder als het gaat over de communicatie met ouders.” Toch is de zorgcoördinator ervan overtuigd dat er verbetering is te halen. “Hier is altijd groei in mogelijk.” Informatie over het behandeling- en ziekteproces is belangrijk voor het begripsvermogen van ouders. Dit zorgt ook voor een betere samenwerking tussen ouders en het zorgteam; ze komen met elkaar meer op een lijn te zitten. Dit is vooral op de PICU erg belangrijk, omdat het hier vaak over leven en dood gaat. Beslissingen die door ouders genomen moeten worden, zijn vaak van levensbelang. Om een goede beslissing te kunnen nemen, moeten zij dus goed op de hoogte zijn. Ook wanneer een kind komt te overlijden, is communicatie uiterst belangrijk. Als de ouders het verloop van het ziektebeeld en het zorgtraject niet begrijpen, heeft dit nadelige gevolgen voor het rouwproces.

De wijze van informatieverstrekking aan ouders

De zorgcoördinator geeft aan dat er verschil zit in de informatie die een arts hoort te verstrekken of een verpleegkundige. Zo behoren medische beslissingen door de arts naar ouders te worden teruggekoppeld. “Ik weet dat dit niet altijd gebeurt. Dit is een grijs gebied. De kinder-IC-verpleegkundigen zitten tussen de reguliere verpleegkundigen en artsen in. Zij denken bijvoorbeeld bij een lage bloeddruk al na over de oorzaak en gevolgen.” Een specifieke taak van verpleegkundigen is om de besproken informatie in begrijpelijke taal te vertellen. Artsen communiceren vaak met medische termen en moeilijke woorden. Afhankelijk van het ontwikkelingsniveau en leeftijd van het kind, moet ook het kind bij de terugkoppeling betrokken worden. “Hier hebben de kinderen recht op. Dit staat ook in de WGBO.” Vaak wordt communicatie met kinderen op de PICU wel bemoeilijkt door de attributen, zoals wanneer een kind geïntubeerd is. Dan is het kind zo gesedeerd, dat het niet in staat is (mee) te beslissen over de behandeling. “Toch ben ik ervan overtuigd dat de verpleegkundigen hier er alles aan doen om het kind erbij te betrekken.”

Bovendien is het zaak dat de informatie op meerdere momenten verteld wordt, dat in gesprekken de informatie wordt samengevat en dat op het einde van het gesprek de situatie wordt geëvalueerd.
In geval van miscommunicatie tussen ouders en zorgverleners, speelt de zorgcoördinator speelt een rol. Hij is dan mediator. Hij is een luisterend oor voor de ouders en bij structurele problemen geeft hij ook een terugkoppeling naar desbetreffende verpleegkundige of arts.

Plaat van informatieverstrekking aan ouders

De zorgcoördinator geeft aan dat, juridisch gezien, geen informatie aan bed mag worden verstrekt, wanneer er meerdere patiënten en/of ouders op de kamer aanwezig zijn. De privacy van de patiënt zou hierdoor in het gedrang komen. Overigens is er veel ruis op de kamer door apparatuur en andere personen, waardoor ouders van het verhaal afgeleid kunnen raken. Ze krijgen dan niet alle (belangrijke) informatie mee. De zorgcoördinator geeft aan dat het niet haalbaar is om voor iedere kleine mededeling in een aparte kamer te gaan zitten. Daarbij vindt de overdracht van artsen en verpleegkundigen vaak aan bed plaat**s**. De vaak vele medische termen die dan worden gebruikt, kunnen ervoor zorgen dat ouders ongewenste informatie opvangen en/of de strekking niet begrijpen, zodat veel ruis kan ontstaan. Een oplossing hiervoor is de overdracht van informatie buiten de kamers te houden, of de ouders vragen de kamer te verlaten. Dit laatste wordt bijvoorbeeld in andere ziekenhuizen gedaan.

Wenselijke situatie

De zorgcoördinator zou bij chronische patiënten graag meer overlegmomenten met de arts zien. Hierbij zijn immers vaak meer disciplines betrokken, waardoor er veel informatie op de ouders afkomt. Een gesprek waarbij ruimte is voor extra toelichting en vragen, wordt door ouders als prettig ervaren. Eveneens zou de zorgcoördinator graag willen zien, dat verpleegkundigen dieper en sterker op de evaluatie van de dag ingaan. Dit wil zeggen dat ze niet alleen het basale aan ouders terugkoppelen, maar ook het meer specifieke. Dit is van belang in verband met het nieuwe, digitale patiëntenrapportagesysteem. Dit zou er namelijk toe kunnen leiden dat het voor ouders lastiger is terug te lezen hoe hun kind het de nacht of dag heeft gedaan. Dit gebeurt nog niet frequent en er is geen eenduidigheid over. Een structurele verbetering hiervan zou volgens de zorgcoördinator “een enorme pre” zijn.

Interview kinderintensivist

Het belang en de wijze van informatieverstrekking aan ouders

Meestal heeft informatieverstrekking plaats op het moment dat ouders vragen stellen. “Ouders op de PICU bevinden zich in een lastig pakket en ook door internet en familieleden zijn zij geneigd erg veel en diepe vragen te stellen, waardoor zij vaak overgoten zijn met informatie.” De intensivist geeft aan dat er geen juridische lijn te trekken is welke informatie de arts verstrekt en welke de verpleegkundige. “Wij hebben gezamenlijk een doel, dat is het behandelen van en zorgen voor het kind, alleen hebben we hier beiden een andere taak in.” Er is daarom een ongeschreven regel; iemand mag de ouders mag informeren zover zijn vakkennis gaat. De intensivist ziet dus geen verschil in een IC-verpleegkundige of een ‘gewone’ verpleegkundige. Voor verpleegkundigen is het belangrijk dat zij ouders op de hoogte houden en dat de informatie aansluit op die van de arts en andersom. Verpleegkundigen moeten niet te specifieke zaken gaan benoemen, dit is aan de arts. Vaak zijn verpleegkundigen en ook sommige artsen geneigd te veel te vertellen, omdat ouders zoveel vragen stellen. Hierdoor kun je de ouders, maar ook het kind, schrik aanjagen. “… en dat moeten we met z’n allen niet willen.” Kortom, het is dus belangrijk dat de ouders goed geïnformeerd, maar niet ‘overgeïnformeerd’ worden.

De plaats van informatieverstrekking aan ouders

Door artsen wordt het medisch beleid tenminste een keer per dag (vaker, als een kind ernstig ziek is) met ouders besproken. Dit gebeurt vaak in een kort praatje aan het bed, bij bijvoorbeeld in de artsenronde, voordat de visite begint. Maar het liefst streeft de intensivist ernaar om dit in een aparte kamer met de ouders te bespreken, waar een verpleegkundige bij zit. Op deze manier weet de verpleegkundige wat er is besproken en kan de eventuele vragen die ouders naderhand nog hebben, beantwoorden. Bij chronisch zieke kinderen is dit iets anders. Hiertoe wordt iedere dag kort het beleid doorgenomen en is er minimaal een keer in de week een apart gesprek met de ouders, arts en verpleegkundige om de stand van zaken door te nemen.

De wenselijke situatie

Wat de intensivist graag anders zou willen zien, is dat de ‘echte’ oudergesprekken niet meer aan bed zouden plaatsvinden, maar in een aparte kamer. Dit in het kader van de privacy. “Er liggen vaak meerdere kinderen op een kamer.” Ook vinden uitwerkingen van plaatsgevonden gesprekken met ouders niet of nauwelijks plaats. De oorzaak hiervan is vaak tijdgebrek of het belang ervan ziet men niet in. Het is juist essentieel om het gesprek goed samen te vatten, zodat iedereen weet wat verteld is en er geen overbodige dingen gevraagd of verteld hoeven te worden.

Verder is het wenselijk zowel artsen als verpleegkundigen te attenderen op de communicatie met de ouders van patiënten. Dit zou kunnen worden gedaan aan de hand van een presentatie waarin een discussie wordt uitgelokt. Hierdoor komt het onderwerp 'Informatieverstrekking aan ouders' aan de orde en worden de betrokkenen aan het denken gezet.

Interviews met ouders

Belang van informatieverstrekking

Beide ouderparen vinden het prettig om een goed informatie te krijgen om zo betrokken te worden bij het zorg- en behandelproces van hun kind. Tevens vinden zij dit belangrijk om fouten te voorkomen. Ze geven aan het vervelend te vinden dat er vaak nieuwe gezichten aan het bed staan, zowel verpleegkundigen als artsen. "Je hebt dan meer verschillende meningen en inzichten" (Ouders B, 2013). "Je merkt gewoon dat sommige beslissingen door artsen worden genomen die onze L. niet goed kennen. Ze willen bijvoorbeeld Augmentin starten terwijl L. daar de vorige keer niet goed op reageerde' (Ouders A, 2013).

Plaats van informatieverstrekking

Meestal vertelt de verpleegkundige de korte updates aan het bed. "Dit vinden we nu geen groot probleem meer. We komen hier regelmatig dus daar zijn we nu aan gewend. In het begin was dit wel even wennen" (Ouders B, 2013). Wanneer er echt iets aan de hand is, worden we in een aparte kamer bijgepraat door de arts." "We zijn dus blij dat we daar al even niet meer zijn geweest haha..", zo ook ouders B.

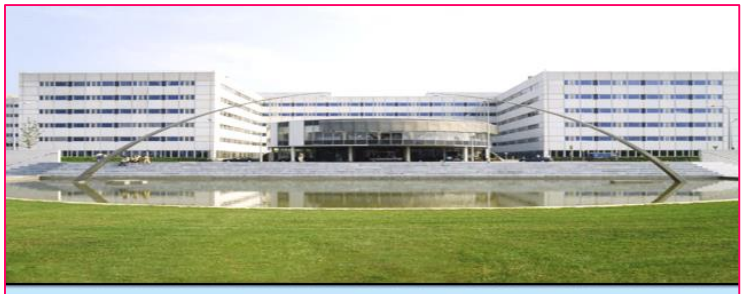
Interdisciplinaire samenwerking

Zowel ouders A als ouders B ervaren het contact tussen hen en de verpleegkundigen als positief. Ze voelen zich op hun gemak. "Dit is natuurlijk per verpleegkundige en arts verschillend, maar over het algemeen is het contact goed" (Ouders A., 2013). "De verpleegkundigen gaan leuk met S. om" (Ouders B, 2013). Wel merken de ouderparen dat, wanneer het druk is op de afdeling, of wanneer er acute situaties optreden bij andere patiënten, er voor hen weinig aanspraak is. Het valt ook op dat op deze momenten de communicatie tussen artsen en verpleegkundigen langs elkaar heen gaat lopen. "Soms kregen we automatisch informatie van zowel de verpleegkundige als de arts en een andere keer vertelde niemand ons iets en moesten we er specifiek naar vragen." De ouders gaven aan dat ze dit in het begin erg vervelend vonden, want zij zaten natuurlijk ook met vragen. Echter begrepen ze dit wel en bewaarden ze hun vragen voor later op een rustiger moment.

Wenselijke situatie

De wens van beide ouders is om volledig over het ziekte- en behandelproces van hun kind geïnformeerd te zijn. Op deze manier worden zij betrokken bij de behandeling en hebben zij het gevoel dat ze ook zeggenschap over hun kind hebben. Bovendien willen zij ook betrokken worden bij de zorg voor hun kind.

Bijlage 3 Presentatie klinische les



Medische informatieverstrekking aan ouders

- Robin Vugs -

Inhoudsopgave

- Duur: +/- 20 min
- Inleiding en doelstelling
- Resultaten vanuit de literatuur
- Situatie op de PICU
- Aanbevelingen
- Pilot
- Evaluatie en vragen?

Vergelijking van de praktijk met de literatuur

- Het belang van informatieverstrekking aan ouders
- De wijze van informatieverstrekking aan ouders
- De inhoud van informatieverstrekking aan ouders
- Interdisciplinaire samenwerking
- De plaats van informatieverstrekking aan ouders

Het belang van informatieverstrekking

- **Literatuur**
  - Wet op Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO);
  - Kritische situatie te begrijpen;
  - Weloverwogene beslissingen te maken;
  - Kind begeleiden in ziekteproces;
  - Gevoel van angst en onzekerheid neemt af;
  - Constante factor;
  - Experts van kind.

De wijze van informatieverstrekking

- **Praktijk**
  - Rekening gehouden met de individu;
  - "Ouders moeten geïnformeerd worden, maar niet over geïnformeerd worden" (Kinder-intensivist, 2014).

De inhoud van informatieverstrekking

- **Literatuur**
  - Aard, doel en risico's van het gekozen onderzoek/behandeling;
  - Alternatieve behandelingsmogelijkheden;
  - Prognose;
  - "Een verpleegkundige mag informatie verstrekken over datgene waar zij voldoende kennis en vakkundigheid over beschikt" (Jurist AZM, 2013).

De inhoud van informatieverstrekking

- **Praktijk**
  - Geen eenduidigheid doe wie wat en op welk moment verteld moet worden;
  - 'Grijs gebied'

De plaats van informatieverstrekking

- **Literatuur**
  - Medische informatie beschermen;
  - Privacy hoge prioriteit bij patiënten;
  - Gebruik maken van aparte ruimtes of mobiele tussenschotten.

De plaats van informatieverstrekking

- **Praktijk**
  - Wel besef, niet naleven;
  - Praktische redenen → ruimte-/tijdgebrek;
  - Meerdere persoonskamers en gordijnen.

Interdisciplinaire samenwerking

- **Literatuur**
  - Afstemming van informatie;
  - Primair verantwoordelijke → intensivist;
  - Invoeren van afspraken en rolverduidelijking.

Interdisciplinaire samenwerking

- **Praktijk**
  - Loopt langs elkaar heen;
  - Onduidelijkheid bij ouders.

Wat gaat goed?/Wat kan beter?

- ✓ Inzien van het belang van informatie geven aan ouders
- ✓ De manier waarop informatie wordt gegeven
- ○ Informatieoverdracht vindt nog te veel aan bed plaats, waar privacy van de patiënt en ouders in gedrang komt
- ○ Informatie tussen verschillende disciplines sluit niet altijd op elkaar aan
- ○ Geen eenduidigheid welke informatie een verpleegkundige mag verstrekken en welke de arts.

Aanbevelingen

1. Pas de informatie aan op de individuele ouder, zodat de informatie beter wordt begrepen.
2. De verpleegkundige verstrekt informatie aan ouders zover haar kennis reikt.
3. In de artsenvisite worden afspraken gemaakt wie, welke en wanneer informatie verstrekt aan ouders, zodat afstemming gegarandeerd wordt.
4. Gegeven informatie wordt gerapporteerd in het Patiënten Rapportage Systeem (ICCA) zodat iedereen op de hoogte is welke informatie al verteld is.
5. Informatie wordt in een aparte ruimte of aan bed gegeven met een tussenwand, zodat de privacy van de patiënt en ouders wordt gewaarborgd.

Feedback, vragen & discussie

Literatuurlijst

- Vugs, R. P. A. (2013). *Verpleegkundige informatieverstrekking aan ouders. Literatuurstudie.* Heerlen: Zuyd Hogeschool
- Vugs, R. P. A. (2014). *Informatieverstrekking aan ouders op de PICU. Bachelor thesis.* Heerlen: Zuyd Hogeschool

Bijlage 4 De High5 poster

MEDISCHE INFORMATIE VERSTREKKING AAN OUDERS

Denk aan:

1. Informatie dient aan te sluiten bij de individuele ouder (aard, doel en risico's van medische behandeling, alternatieven en prognose)
2. Medische informatie dient aangepast te zijn aan het kennisniveau van de verpleegkundige
3. Tijdens artsenvisite dienen afspraken gemaakt te worden wie, wanneer, welke informatie verstrekt
4. Gevoerde gesprekken dienen gerapporteerd te worden in het patiëntendossier (ICCA, SAP, EPD)
5. Privacy dient gewaarborgd te worden tijdens verstrekking van medische informatie

high 5

PICU azM MUMC+

Bijlage 5 SurveyMonkey-enquête

SurveyMonkey is een website waarbij je digitaal enquêtes en vragenlijsten kunt samenstellen. Via https://www.surveymonkey.com/home/ is onderstaande enquête gemaakt.

Procesevaluatie: High5

1. Ik maak bij het verstrekken van medische informatie aan ouders gebruik van de High5?

- [ ] nooit
- [ ] soms
- [ ] vaak
- [ ] altijd

2. De High5 helpt mij om op een eenduidige manier medische informatie aan ouders te verstrekken?

- [ ] Nooit
- [ ] Soms
- [ ] Vaak
- [ ] Altijd

***3. Welke aanbevelingen uit de High5 verdienen nog extra aandacht volgens u?**

Geen	
Aanbeveling 1, omdat	
Aanbeveling 2, omdat	
Aanbeveling 3, omdat	
Aanbeveling 4, omdat	
Aanbeveling 5 ,omdat	

4. Zijn er nog punten waar u, buiten de opgestelde High5, tegenaan loopt bij het verstrekken van medische informatie aan ouders?

Nee	
Ja, namelijk	

Bijlage 6 Voorstel bachelor thesis

1. De voorbereiding

In de voorbereiding beschrijf ik welke personen uit de praktijk mij kunnen ondersteunen bij de implementatie en de thesis. Ik heb de personen verdeeld in betrokkenen, sleutelfiguren en leden van de doelgroep, deze heb ik hieronder beschreven.

De betrokkenen

- *Tineke Schoot*
  Docentbegeleider. Zij begeleidt en ondersteunt mij tijdens het verbeteringstraject en het schrijven van de bachelor thesis. Zij geeft mij feedback op de beroepsproducten die onderdeel vormen van de uiteindelijke bachelor thesis.
- *Manon Baumler*
  Praktijkbegeleider. Zij beoordeelt mijn beroepsproducten die betrekking hebben op het verbeteringsproject. Zij beoordeelt mij niet op de inhoud, maar op het procesverloop, vorm en competentieprofiel.
- *Ronald Servais en Stef Giua*
  Werkbegeleiders. Zij beoordelen mede de beroepsproducten die betrekking hebben op het verbeteringsproject vanuit de praktijk. Zij zullen mij ondersteunen om de implementatie op de afdeling door te kunnen zetten en geven hierover advies.
- *Beau Gellissen*
  Peerassessor. Zij geeft mij feedback op de beroepsproducten die onderdeel zijn van het verbeteringsproject.

De sleutelfiguren

- *Ronald Snijders*
  Zorgcoördinator. Hij ondersteunt mijn verbeteringsproject en denkt met mij mee over hoe we dit succesvol op de afdeling kunnen implementeren.
- *Gijs Vos*
  Kinderintensivist. Ook met hem brainstorm ik over een succesvolle implementatie van mijn project. Hij zal dit tevens bij de artsen (i.o.) onder de aandacht brengen.

Leden groep

- *De verpleging van de PICU*
- *De intensivisten en artsen (i.o.)*
- *De ouders op de PICU*

Naast de hulp van deze personen heb ik een omgeving nodig die aan de volgende *randvoorwaarden* voldoet, namelijk:

- Er is voldoende tijd (min. 3 uur in de week) om aan het implementatieproject te werken tijdens de stage-uren;
- Op tijd feedback van de praktijk- en werkbegeleider vanuit stage en docentbegeleider vanuit school;
- Voldoende hulp en ondersteuning bij personen wanneer je vragen of hulp nodig hebt.

2. Titel en ondertitel

De voorlopige titel moet passen bij de inhoud van de thesis. Ik gebruik ook een ondertitel die te verduidelijkt wat voor soort project het is.

Titel

Informatieverstrekking van verpleegkundigen aan ouders op de PICU

Ondertitel

Een beleids- en adviesrapport voor vergaande verbetering

3. Inleiding

In de inleiding worden de volgende punten aangehaald: de aanleiding, de probleemstelling, de doelstelling en de vraagstelling. Hieronder heb ik een concept ‘inleiding voor de bachelor thesis’ opgesteld.

In Nederland zijn er 8 Pediatrische Intensive Care Units (PICU), ook wel kinder-intensive care genoemd. Een daarvan bevindt zich in het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM). Uit actueel onderzoek van de Pediatrische Intensive Care Evaluatie (PICE), blijkt dat het aantal opnames op alle kinder-intensive care afdelingen van Nederland rond de 4840 per jaar ligt (Vissers, 2007). De populatie op de kinder-IC is zeer divers. “Hier liggen kinderen van 0 tot 18 jaar, waarvan de vitale functies bedreigd zijn, daar vaak ondersteuning voor nodig hebben en bij wie nauwkeurige observatie vereist is. Dit zijn veelal ernstige infectieziekten, trauma’s, neurologische-, cardiologische- en respiratoire aandoeningen” (PICU, 2013). Ongeveer 3,2% van de op de PICU opgenomen patiënten komt te overlijden (Vissers, 2007). Wanneer je als verpleegkundigen op de PICU werkzaam bent, heb je niet alleen te maken met kinderen, maar ook met de (wettelijke) vertegenwoordigers. In de meeste gevallen zijn dit de ouders. Informatieverstrekking over het medisch beleid is in het zorgproces een belangrijk aspect. Ouders hebben informatie nodig over het ziekteproces en de behandeling van hun kind, om de kritische situatie te begrijpen, om weloverwogen beslissingen te nemen en om

hun kind te helpen de situatie te begrijpen. Kortom door informatieverstrekking kunnen ouders beter participeren in de zorg van hun kind (Meyer et al., 1998; Hill, 1996).
Uit observaties blijkt dat er, onder de artsen en verpleegkundigen, geen duidelijke afspraken bestaan over de communicatie van het medisch beleid naar ouders (Vugs, 2013). Hierbij is niet duidelijk welke informatie, door wie naar de ouders moet worden teruggekoppeld. Die terugkoppeling wordt bovendien op verschillende manieren en momenten gecommuniceerd waardoor verwarring kan ontstaan. Dit kan leiden tot ontevredenheid, onvoldoende participatie in en besluitvorming over het zorg- en behandelproces van hun kind, waardoor de continuïteit van zorg in gevaar komt.
Het doel is om een eenduidig beleid te creëren waarbij iedere hulpverlener zijn taak weet en de ouders zo volledig mogelijk worden geïnformeerd, zodat zij verantwoorde besluiten over het zorg- en behandelingsproces van hun kind kunnen nemen.
De hoofdvraag die hierbij is gesteld, luidt als volgt:
"Welke aanbevelingen, over de informatieverstrekking van het medisch beleid door verpleegkundigen naar ouders op de PICU, kunnen er worden gesteld, zodat onder de ouders minder verwarring en een grotere tevredenheid ontstaat over het zorgproces van hun kind?"
Om antwoord op deze hoofdvraag te kunnen geven zijn de volgende deelvragen gesteld:

1. *Hoe ziet de wenselijke situatie eruit omtrent de informatieverstrekking van het medisch beleid naar ouders op de PICU?*
2. *Hoe verloopt momenteel de informatieverstrekking van het medisch beleid naar ouders op de PICU?*
3. *Welke bevorderende en belemmerende factoren beïnvloeden de informatieverstrekking van het medisch beleid naar ouders op de PICU?*
4. *Welke strategieën en interventies worden gekozen om de implementatie op de PICU te realiseren?*
5. *Hoe vindt de evaluatie van de implementatie plaats?*

4. Grol & Wensing

De bachelor thesis rust op het implementatiemodel van Grol & Wensing (2013). "Hierin kennen zij twee uitgangspunten; nieuwe wetenschappelijke informatie en/of problemen vanuit de werksetting. Beide kunnen een proces van verandering in gang zetten. Het doel van dit implementatiemodel is om op een gesystematiseerde wijze, aan de hand van een zevental stappen, nieuwe inzichten, werkwijzen en technieken in de gezondheidzorg te implementeren" (Vugs, 2013).

De stappen van Grol en Wensing zal ik hier kort toelichten. De toepassing van de stappen op mijn implementatieproject zal verderop nader worden toegelicht.

De 7 stappen van Grol & Wensing

1. *Voorstel voor verandering/De wenselijke situatie*

"Het ontwikkelen en vaststellen van een concreet, haalbaar voorstel voor gewenste verandering in de praktijk is de eerste stap in het implementatiemodel" (Grol & Wensing, 2013). Om het voorstel voor verbetering te laten slagen moet het voorstel aan bepaalde kenmerken voldoen:

- De wijze waarop de ontwikkeling heeft plaatsgevonden;
- De kwaliteit en geloofwaardigheid van de aanbevelingen;
- De geloofwaardigheid van de ontwikkelaars;
- Het draagvlak voor de innovatie;
- De vormgeving: de toegankelijkheid en attractiviteit;
- De mogelijkheden tot aanpassing ervan aan de lokale situatie.

2. *Analyse feitelijke zorg*

"Alvorens over te gaan tot activiteiten gericht op implementatie van de innovatie is het nodig de feitelijke zorgverlening goed te kennen; welke zorg wordt nu geleverd, is deze conform de voorgestelde werkwijze, waar liggen de belangrijkste afwijkingen, ect." (Grol & Wensing, 2013). Om de feitelijke zorg goed in kaart te brengen, zijn de volgende items nodig:

- Indicatoren waarmee de gewenste wijze van zorg te meten en te evalueren is;
- Deugdelijke methoden voor het verzamelen van gegevens;
- Inzichtelijke en acceptabele vormen van feedback aan de doelgroep;
- Formuleren van concrete doelen van verandering.

3. *Analyse van doelgroep en setting*

   In deze stap wordt de context waarbinnen de verandering plaatsvindt, geanalyseerd en worden bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de voorgestelde verandering gevormd (Grol & Wensing, 2013).

   De analyse kan bestaan uit de volgende elementen:

   - Belangen en doelen van de betrokkenen;
   - Bevorderende en belemmerende factoren;
   - Kenmerken van de doelgroep.
   -

4. *Ontwikkeling of selectie van strategieën*

"Gekoppeld aan gevonden factoren en andere informatie wordt een kosteneffectieve mix van maatregelen, methoden en strategieën ten behoeve van de implementatie ontwikkeld en eventueel getest samen met de doelgroep" (Grol & Wensing, 2013). Dit wil zeggen dat er een strategie of een interventie wordt gekozen die zo goed mogelijk aansluit bij doelgroep, setting en implementatie.

5. *Ontwikkeling, testen en uitvoeren van de implementatieactiviteiten*

Bij het ontwikkelen van een implementatieplan komt veel kijken. Om een duidelijk overzicht te krijgen wordt er een schema gemaakt waarin de verschillende activiteiten, die nodig zijn om de implementatie te integreren, het tijdstip en de personen die bij het activiteit betrokken worden, zijn weergegeven. Zo geef je het implementatieproces meer structuur (Grol & Wensing, 2013).

6. *Behoud van verandering: integratie van verandering in routines*

Om het implementatieproject tot slagen te brengen, is het cruciaal dat de geplande verbeteringen in de zorg zo goed mogelijk worden ingebouwd in de vaste routines en verankerd worden in de organisatie. Op deze manier wordt geprobeerd terugval te voorkomen.

7. *Evaluatie en (eventueel) bijstellen van het plan*

De laatste stap van het implementatieproces is de evaluatie van de bereikte resultaten. Dit is een cruciale stap die zeker niet vergeten mag worden. Aan de hand van een dergelijke evaluatie ga je na of de implementatie tot het juiste resultaat heeft geleid, en zo niet, waar nog meer succes te halen is. In het laatste geval loop je de voorgaande 6 stappen van Grol & Wensing nog eens kritisch door en stel je het plan bij waar nodig (Grol & Wensing, 2013).

5. Stap 1: Voorstel voor verbetering & Wenselijke situatie

Voorstel voor verandering

In het voorstel voor verbetering wordt de keuze voor het onderwerp beschreven vanuit de theorie en de praktijk.

Ik heb gekozen voor het verbeteren van de communicatie van het medisch beleid naar ouders door verpleegkundigen. "Informatie uitwisseling tussen verpleegkundigen en ouders is een belangrijk aspect in de kinderverpleging. Als verpleegkundige op de PICU heb je dagelijks te maken met ouders van erg zieke kinderen. De complexiteit van het ziektebeeld is vaak hoog. Het is daarom belangrijk dat de verpleegkundige in staat is de ouders duidelijk uitleg te geven

wat er met hun kind aan de hand is en wat de behandeling zal zijn" (Vugs, 2013). Op deze informatie hebben zij ook recht, zoals is vastgelegd in de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Tijdens mijn periode op de PICU heb ik observaties gedaan waaruit ik kon concluderen dat er geen duidelijke afspraken bestaan over de communicatie van het medisch beleid naar ouders. Hierbij is niet duidelijk welke informatie door wie naar ouders moet worden teruggekoppeld. Tevens wordt dit op verschillende manieren en momenten gecommuniceerd, waardoor verwarring kan ontstaan, wat vervolgens kan leiden tot ontevredenheid, onvoldoende participatie in en besluitvorming over het zorg- en behandelproces van hun kind.
Daarom is mijn voorstel om voor verpleegkundigen aanbevelingen op te stellen voor de communicatie met ouders. Deze aanbevelingen zal ik vastleggen en vormgeven aan de hand van de *High 5*. De *High 5* wordt ziekenhuisbreed gebruikt om patiëntenveiligheid te verbeteren en te waarborgen. Aan de hand hiervan wil ik op de PICU een eenduidig beleid realiseren ten aanzien van de (medische) informatieverstrekking door verpleegkundigen aan ouders.

Wenselijke situatie

Om de wenselijke situatie omtrent de communicatie van het medisch beleid te achterhalen, maak ik gebruik van zowel conceptuele als onderzoeksliteratuur. Voor conceptuele literatuur ga ik op zoek in de databanken van de bibliotheek van Zuyd Hogeschool. Voor onderzoeksliteratuur raadpleeg ik voornamelijk de databanken Google Scholar en Pubmed. Ik heb de wenselijke situatie reeds uitgewerkt in de leertaak en praktijkproef in de rol van ontwerper (Vugs, 2013). Hierbij heb ik me vooral gericht op de onderwerpen; inhoud van de artsenvisite, gespreksvaardigheden, communicatie met kinderen en ouders, het SMART-model en de WGBO. In de literatuurstudie ga ik me verder verdiepen in de wenselijke situatie. Hierbij richt ik me op de onderwerpen: juridische wetgeving omtrent communicatie van het medisch beleid en methoden en technieken die een verpleegkundige kan gebruiken voor het communiceren van het medisch beleid.
Om de feitelijke zorgverlening ten behoeve van de implementatie van verandering in de zorg goed in kaart te brengen zijn indicatoren nodig. Aan de hand van de indicatoren evalueer je de zorg na de invoering van de implementatie. Deze indicatoren vloeien voort uit de wenselijke situatie. De indicatoren die ik wil meenemen in de evaluatie zijn:

- Het merendeel van de ouders geeft aan dat de informatie die werd verstrekt door de arts en verpleegkundige hetzelfde is.

- Het merendeel van de ouders geeft aan dat de door verpleegkundigen verstrekte informatie helder en voldoende was.
- Het merendeel van de ouders geeft aan tevreden te zijn over de communicatie met verpleegkundigen.

De indicatoren kunnen eventueel worden aangevuld naar aanleiding van de resultaten uit de literatuurstudie.

6. Stap 2: Analyse feitelijk situatie

Om de werkelijke situatie te analyseren heb ik gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoekmethoden, namelijk interviews. Ik heb tijdens de differentiatie 2 drie interviews afgenomen: een met ouders van een kindje op de PICU, een met een intensive care verpleegkundige en een met de zorgcoördinator van de PICU. Om het plaatje compleet te maken en van alle betrokken partijen informatie te krijgen, heb ik in major 1 een interview afgenomen bij de intensivist van de PICU. Alvorens de interviews heb ik topiclijsten opgesteld aan de hand van de gevonden literatuur die ik bij de wenselijke situatie heb gevonden.

Verder heb ik de verpleegkundigen geobserveerd tijdens de communicatie naar ouders. Ik heb me vooral gefocust op welke afspraken in de artsenvisite werden gemaakt, wanneer het medisch beleid werd veranderd en op welke manier de verpleegkundigen het medisch beleid naar de ouders communiceren.

De resultaten van de interviews en observaties heb ik verwerkt in de deeltaak en praktijkproef in de rol van ontwerper (Vugs, 2013). De resultaten van het interview met de intensivist en de verdere observaties zal ik nog nader uitwerken in de thesis.

7. Stap 3: Probleemanalyse doelgroep en setting

De probleemanalyse heb ik reeds uitgewerkt in de praktijkproef in de rol van ontwerper (Vugs, 2013). In deze uitwerking heb ik een drietal onderdelen beschreven:

- *De doelgroep en setting.*

  Ik heb hiervoor een sociale kaart opgesteld van de betrokkenen partijen met daarbij hun belangen en doelen. Deze informatie heb ik verkregen door observatie van de doelgroepen (patiënt, ouders, verpleegkundige en artsen) en door interviews af te nemen met ouders, een verpleegkundige en de zorgcoördinator.
- *De bevorderende en belemmerende factoren.*

  Deze ben ik door interviews en eigen observatie te weten gekomen. De sociale, organisatorische en individuele factoren staan hier met name op de voorgrond.
- *De kenmerken per doelgroep.*

> “In elke groep die een nieuwe werkwijze invoert, kunnen ‘segmenten’ worden onderscheiden. De segmenten, subgroepen, bevinden zich in verschillende fasen van het veranderingsproces en ervaren daarom verschillende behoeften en problemen (Grol & Wensing, 2013)” (Vugs, 2013). Hiervoor heb ik ook gebruik gemaakt van de resultaten die ik uit de interviews heb verkregen en van eigen observaties.

Voor deze stap is in de praktijkproef een goede basis gevormd (Vugs, 2013). Echter, ik heb ook een ontwikkeling doorgemaakt en tijdens het proces dientengevolge mijn implementatieplan aangescherpt. Hierdoor ontbreekt er nog informatie. Om meer inzicht te krijgen in de informatieverstrekking van verpleegkundigen aan ouders op de PICU wil ik me ook gaan verdiepen in de rol van de intensivisten. Voor een goede informatieverstrekking moeten verpleegkundigen en intensivisten nauw samenwerken. Buiten dit wil ik mij niet zo zeer op de gespreksvaardigheden van de verpleegkundigen gaan richten, maar vooral op het belang van goede afspraken over de communicatie van het medisch beleid naar ouders. Hierdoor zal ik de ‘segmenten’ moeten aanpassen en ontbrekende belemmerende en bevorderende factoren aanvullen. Ik ben voornemens een interview af te nemen bij een intensivist en zal tijdens het werken de rol van de intensivist kritisch observeren. Ik zal dit in de literatuurstudie en de bachelor thesis verder uitwerken.

8. Stap 4: Strategieën en interventies

Om de aanbevelingen in het beleidsadviesrapport, zo succesvol mogelijk te laten zijn, maak je gebruik van strategieën met daaraan gekoppeld de interventies. Deze strategieën en interventies moeten bij de doelgroep, setting en implementatie aansluiten.
Als basis heb ik gekozen voor de *exploratieve methoden* en de *Effective Practice and Organisations of Care (EPOC)* methoden.

<u>Exploratieve methode</u>

De exploratieve methode wordt gebruikt als er nog weinig ideeën zijn over de in potentie meest geschikte strategie. Het is een minder planmatige methode, waarin met een groep betrokkenen wordt gebrainstormd over de meest geschikte strategie en interventie (Grol & Wensing, 2013).
Inmiddels heb ik met kinderintensivist Gijs Vos overleg gehad(30-01-2014) over wat ik op de afdeling het best kan implementeren en hoe ik dit bij de verpleegkundigen, maar ook bij artsen onder de aandacht kan brengen. Bij de communicatie van verpleegkundigen met ouders is er namelijk ook een samenwerking met artsen vereist. Daarom vond Gijs het belangrijk dat ook de artsen hierbij werden betrokken.

Daarnaast zou ik graag met Ronald Snijders, Ronald Servais en Stef Giua willen brainstormen over hoe we het beste de verpleegkundigen van de PICU kunnen betrekken bij het implementatieproces en aan de hand van welke strategie en interventie we de implementatie op de afdeling kunnen integreren.

Effective Practice and Organisations of Care

In de EPOC worden de veranderingsstrategieën van de Cochrane beschreven en geordend (Grol & Wensing, 2013). De taxonomie van de veranderingsstrategieën worden onderverdeeld in 4 categorieën:

- Professional gerichte interventies
- Financiële interventies
- Organisatorische interventies
- Wettelijke maatregelen

De interventies waar ik me op zal richten, zijn de *organisatorische interventies* en de *wettelijke maatregelen*. Bij de organisatorische interventies denk ik aan *zorgverlenergerichte interventies*, gefocust op *klinische multidisciplinaire teams* en *continuïteit van zorg*. Op de PICU komen alle specialismen voor. Het is dus belangrijk dat zij als team samenwerken. Wanneer disciplines niet samenwerken, kan er in de communicatie verwarring ontstaan. Informatie over de behandeling of het zorgproces van hun kind kan ouders dubbel of helemaal niet worden verteld. Kortom, er moet interdisciplinaire afstemming van informatieverstrekking naar ouders op papier komen, zodat met name verpleegkundigen weten wat er van hen verwacht wordt. Bij de wettelijke maatregelen kan ik natuurlijk geen wetten veranderen, maar wil ik *veranderingen in medische aansprakelijkheid* wel extra onder de aandacht brengen. Een presentatie over het onderwerp ‘communicatie met ouders’ zal de opgestelde aanbevelingen ondersteunen en het onderwerp bij de doelgroep actueel maken.

9. Stap 5: Implementatieplan

Om een planning voor het invoeren van de aanbevelingen uit het beleidsadviesrapport te maken, moet rekening worden gehouden met de verschillende fases van het veranderingsproces, met de verschillende niveaus en moet aan de activiteiten een tijd verbonden worden (Grol & Wensing, 2013). Ik zal bovengenoemde elementen in de bachelor thesis nader uitwerken. Voor ik daadwerkelijk het implementatietraject ga invoeren ben ik een aantal weken, tot maanden verder. Het is dan ook moeilijk om precies aan te geven welke activiteiten ik kan uitvoeren met wie en wanneer. Ik heb hier wel al een idee over, mede door het overleg met Gijs Vos. Ik wil een presentatie houden over ‘communicatie met ouders’.

Hierin zal ik enerzijds de resultaten aanhalen, die uit de literatuur naar voren zijn gekomen. Anderzijds zal ik de resultaten benoemen die uit de afdeling konden worden genoteerd aan de hand van interviews. Ook neem ik de ervaringen van ouders met de communicatie op de PICU mee. Op deze manier hoop ik het onderwerp 'communicatie met ouders' onder de aandacht te brengen en de aanwezigen (verpleegkundigen en artsen) de gelegenheid te geven hierover bewust (en ook onbewust) over na te denken. Een interactie en discussie tijdens de presentatie zou een mooie aanvulling zijn. Dit geeft een actieve houding aan de presentatie. Op deze manier zal de informatie ook beter blijven hangen. Ten slotte zal ik de conclusie van mijn onderzoek weergeven aan de hand van een *High 5*.
Dit concept heb ik zo goed mogelijk in onderstaand schema proberen uit te werken. Dit schema kan gedurende het verbetertraject nog worden bijgesteld.

Activiteiten	Waarom?	Wie?	Wanneer?
Brainstormen omtrent het invoeren van de implementatie.	Specifieke interventies bedenken die passen bij de doelgroep, onderwerp en doel van de implementatie.	Gijs Vos	30-01-2014 *(gedaan)*
	Het bespreekbaar maken en evalueren van mijn ideeën: wat ik wil implementeren en op welke manier ik de doelgroep hierbij wil betrekken.	Ronald Snijders, Ronald Servais, Stef Giua.	13-02-2014
Ontwikkelen van de 'High 5'	Aan de hand van de literatuur en resultaten uit de interviews stel ik aanbevelingen omtrent 'communicatie met ouders op de PICU'. Deze aanbevelingen zal ik in een top 5 op zetten en op de afdeling op plaatsen ophangen.	Ik zelf	Maart/April
Presentatie 'communicatie ouders op de PICU' (Presentatie Bachelorthesis)	Door een presentatie te geven over mijn onderzoek naar 'communicatie met ouders op de PICU' wil ik het onderwerp	Ik zelf	Juni

	onder de aandacht brengen en zorgen dat zij hierover gaan nadenken. Dit ondersteunt de implementatie van de High 5.		
Evalueren van de uitgevoerde interventie	Ik zou aan de hand van enquêtes voor ouders willen nagaan of de continuïteit van informatieverstrekking van verpleegkundigen en de tevredenheid onder ouders verbeterd is.	Ik zelf of Ronald Snijders(?)	Juni/Juli

10. Stap 6: Behoud integratie in routines

Om te zorgen dat de aanbevelingen in het beleidsadviesrapport ook daadwerkelijk door de verpleegkundigen worden nageleefd, is het belangrijk om, in overleg, een persoon of meerdere personen aan te wijzen die hier verantwoordelijkheid voor gaat dragen. Op deze manier probeer je te voorkomen dat de afdeling weer in zijn oude patroon terugvalt. Aangezien ik vanaf juni niet meer op de afdeling werkzaam ben, wil ik vragen of Ronald Snijders bereid is deze taak op zich te nemen. Hij is de zorgcoördinator van de PICU en is onder andere verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg op de afdeling.

11. Stap 7: Evaluatie/Bijstellen plan

Om na te kunnen gaan of de *High 5* met aanbevelingen uit het beleidsadviesrapport op de afdeling succesvol is geïmplementeerd moet het proces worden geëvalueerd. Ik weet niet of ik dit in de periode dat ik op nog de afdeling ben zal kunnen doen. Wel zal ik zorgen dat er een evaluatiemethode is uitgewerkt en dat hierover toelichting is gegeven. Het idee is om de enquêtes bij ouders op de PICU af te nemen. Op de afdeling zijn hiervoor al standaardenquêtes ontwikkeld. Deze krijgen ouders na ontslag van hun kind toegestuurd. Hierin staan vragen over hoe zij de zorg op de afdeling hebben ervaren. Dit omvat ook de communicatie en informatieverstrekking met verpleegkundigen en artsen. Deze enquêtes zijn dus goed toepasbaar voor de evaluatie van de implementatie. Bovendien is de afdeling gewend hiermee te werken; de ervaringen van ouders van voor- en na de implementatie kunnen zo gemakkelijk worden vergeleken. Afhankelijk van de conclusies kan onderbouwd worden besloten of het verbeterproject al dan niet moet worden bijgesteld.

12. Literatuurlijst

Grol, R., Wensing, M. (2013). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg.* Amsterdam: Reed Business Education.

PICU. (2013). *Landelijke werkgroep Intensive Care kinderen.* Opgehaald op 16-12-2013 van http://www.picu.nl/index.html

Vugs, R. (2013). *Praktijkproef in de rol van ontwerper. Terugkoppeling van de artsenvisite.* HBO-V, Faculteit Gezondheid, Zuyd Hogeschool: Heerlen.

Vissers, I. (2008). *Pediatrische intensive care evaluatie 2003-2008.* Opgehaald op 16-12-2013 van http://www.pice.nl/documenten/PICE20032008.pdf