



DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK

'De leerwerkplaats: een grensverleggende en vernieuwende aanpak voor de toekomstige verpleegkundige' OIF interdisciplinaire leerwerkplaatsen

Bachelorproef voorgedragen door:

Claessens Fien

Gemis Davine

Schiepers Tom

Schroeder Elisabeth

Promotor: Guisson Catherine

Inhoudsdeskundige: Westhovens Myriam

Academiejaar 2014-2015

Bachelor opleiding Verpleegkunde

Hogeschool PXL — Elfde Liniestraat 24 — B-3500 Hasselt

www.pxl.be/facebook





**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

‘De leerwerkplaats: een grensverleggende en vernieuwende aanpak voor de toekomstige verpleegkundige’ OIF interdisciplinaire leerwerkplaatsen

Bachelorproef voorgedragen door:

Claessens Fien

Gemis Davine

Schiepers Tom

Schroeder Elisabeth

Promotor: Guisson Catherine

Inhoudsdeskundige: Westhovens Myriam

Academiejaar 2014-2015

Bachelor opleiding Verpleegkunde

Hogeschool PXL — Elfde Liniestraat 24 — B-3500 Hasselt

www.pxl.be/facebook



Voorwoord

Dit is een bachelorproef in het kader van onze opleiding professionele bachelor in de verpleegkunde aan de Hogeschool PXL.

Wij zijn vier laatstejaars studenten die de opdracht kregen een informatiebrochure te ontwikkelen voor patiënten die op een afdeling zullen verblijven die tevens een interdisciplinaire leerwerkplaats is in het kader van een OIF-project binnen de Hogeschool PXL. Als resultaat van deze bachelorproef werden vier brochures ontwikkeld. Twee brochures werden gemaakt voor de patiënten van de afdelingen revalidatie in het RZ Sint-Trudo Ziekenhuis te Sint-Truiden en het a.z. Vesalius te Tongeren. De andere twee brochures zijn ontwikkeld voor de patiënten van de afdelingen geriatrie in het Jessa Ziekenhuis te Hasselt en het Sint-Franciskusziekenhuis te Heusden-Zolder.

Voorafgaand aan de ontwikkeling van de brochure werd een uitgebreide literatuurstudie gedaan.

Bij het ontwerpen van de brochure hebben we kennis gemaakt met verschillende aspecten zoals het afnemen van een vragenlijst bij patiënten, het verwerken van de resultaten en het eigenlijke ontwerp van een brochure op basis van deze resultaten.

Ons eerste woord van dank gaat uit naar alle medewerkers betrokken bij dit afstudeertraject, met bijzondere dank aan Mevr. Catherine Guisson, de promotor van onze bachelorproef. Zij heeft ons bijgestaan met raad en daad gedurende het hele proces. Vervolgens danken wij ook Mr. Sander Ombets hoofdverpleegkundige van de afdeling SP locomotorische in het Sint-Trudo Ziekenhuis te Sint-Truiden, Mevr. Marina Mouha hoofdverpleegkundige van de afdeling SP locomotorisch in het a.z. Vesalius te Tongeren, Mevr. Annelies De Vuyst hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie in het Jessa Ziekenhuis te Hasselt en Mevr. Kim Pauwels hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie in het Sint-Franciskusziekenhuis te Heusden-Zolder. Als laatste gaat onze dank uit naar Myriam Westhovens, de inhoudsdeskundige. Bedankt voor de aangename onderlinge samenwerking.

Tenslotte willen we ook onze waardering uiten voor elkaar, alsook onze familie en vrienden voor hun steun en geduld gedurende het gehele proces.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Inleiding	4
Theoretisch deel	6
1 De interdisciplinaire leerwerkplaats	7
1.1 Situering	7
1.2 Definitie van een leerwerkplaats.....	7
1.3 Kenmerken van een leerwerkplaats	7
1.4 De leerwerkplaats versus een reguliere stageplaats.....	8
1.5 De voordelen van een leerwerkplaats voor de student.....	10
2 Interdisciplinaire zorg.....	12
2.1 Inleiding	12
2.2 Interdisciplinair samenwerken	12
2.3 Belang van interdisciplinair samenwerken	13
2.4 Interdisciplinaire opleiding.....	14
2.5 Leden van het interdisciplinair team.....	16
2.6 Rol van de hoofdverpleegkundige.....	18
2.7 Slaagkansen en knelpunten	19
2.7.1 De persoonlijke kwaliteiten en inzet van het personeel	19
2.7.2 De communicatie binnen het team	19
2.7.3 Ontwikkeling van creatieve werkmethodes.....	20
2.8 Het effect van interdisciplinair werken op de zorg	21
3 Informed consent.....	23
3.1 Definitie	23
3.2 Belang van informed consent.....	23
3.3 Limieten van informed consent	23
3.4 Informed consent bij vragenlijstonderzoek.....	24
4 Vragenlijsten.....	26
4.1 Inleiding.....	26
4.2 Het ontwikkelingsproces van vragenlijsten.....	26
4.3 Het ontwerpen van de vragenlijsten	27
4.4 Algemene aandachtspunten	27
4.5 Ontwerpen van vragen	28
5 Patiënten brochure	31
5.1 Inleiding	31
5.2 Voorwaarden voor een goede patiënten brochure	31
5.2.1 Opbouw.....	31
5.2.2 Inhoud.....	32
5.2.3 Design.....	34
6 Besluit theoretisch deel.....	37

Praktisch deel	39
1 Verloop	40
1.1 Inleiding	40
1.2 Plan van aanpak.....	40
2 Bevragingen	41
2.1 Vragenlijsten	41
2.2 Bevragingen van patiënten	41
3 Resultaten	42
3.1 Afdeling SP locomotorisch	42
3.1.1 Structureren van de kwalitatieve data	42
3.1.2 Analyseren van de kwalitatieve data	45
3.1.2.1 Frequentie.....	45
3.1.2.2 Percentages	47
3.1.2.3 Grafische weergave	49
3.2 Afdeling geriatrie	55
3.2.1 Structureren van de kwalitatieve data	55
3.2.2 Analyseren van de kwalitatieve data	56
3.2.2.1 Frequentie.....	56
3.2.2.2 Percentages	58
3.2.2.3 Grafische weergave	59
4 Patiënten informatiebrochure	65
4.1 Afdeling SP locomotorisch	65
4.1.1 Thema's.....	65
4.1.2 Inhoud brochure	65
4.1.3 Opmaak brochure	66
4.1.4 Opstelling brochure.....	67
4.2 Afdeling geriatrie	78
4.2.1 Thema's.....	78
4.2.2 Inhoud brochure	78
4.2.3 Opmaak brochure	79
4.2.4 Opstelling brochure.....	80
5 Besluit praktisch deel.....	90
Algemeen besluit	92
Reflectie.....	93
Bibliografie.....	94
Samenvatting.....	97
Bijlagen.....	98

Inleiding

Een nieuw gegeven in de gezondheidszorg is “de interdisciplinaire leerwerkplaats”. Vanaf volgend academiejaar zullen er 4 interdisciplinaire leerwerkplaatsen opgericht worden, deze zullen zich situeren op 2 geriatrische afdelingen in het Jessa ziekenhuis (Hasselt) en het Sint-Franciskus ziekenhuis (Heusden) en 2 SP locomotorische afdelingen in het Sint-Trudo ziekenhuis (Sint-Truiden) en het a.z. Vesalius (Tongeren).

Het doel van onze bachelorproef is een accurate en kwaliteitsvolle informatiebrochure ontwikkelen voor de gehospitaliseerde patiënten zodat zij zich een concreet en overzichtelijk beeld kunnen vormen van de interdisciplinaire leerwerkplaats.

Alvorens we tot het ontwikkelen van de brochure zijn overgegaan, werd eerst uitgebreid onderzoek gedaan over de interdisciplinaire leerwerkplaats. Vertrekkende van het ontstaan en de historiek ervan tot de multiple voordelen van het creëren van een leerwerkplaats voor de toekomstige verpleegkundige, werd een beeld geschetst van de interdisciplinaire leerwerkplaats.

Vervolgens werd er onderzoek gedaan naar het begrip “interdisciplinaire zorg” en wat dit nu werkelijk inhoudt. De verschillende aspecten van het interdisciplinair samenwerken komen hier uitgebreid aan bod om verduidelijking te scheppen voor de lezer(s) van deze bachelorproef.

Het ontwikkelen van een kwalitatief hoogstaande patiëntenbrochure was het einddoel van de bachelorproef. Aangezien de brochure zou opgesteld worden op basis van de resultaten van een patiëntenbevraging, werd er opzoekwerk verricht met name over het begrip “informed consent”, en het belang ervan. Tevens kwam het ontwikkelingsproces om een goede en overzichtelijke vragenlijst op te stellen grondig aan bod.

In het praktisch gedeelte van de bachelorproef werd de ontwikkeling van de patiëntenbrochure uitgewerkt. Om de brochure vanuit het perspectief van de patiënt op te stellen werd ervoor gekozen om een vragenlijst op te stellen en deze bij de 4 vooraf besproken zorginstellingen bij meerdere patiënten te bevragen. De antwoorden van deze bevragingen werden nadien geanalyseerd. Uit deze bevragingen hebben we ons een duidelijk beeld kunnen vormen van het verwachtingspatroon van de patiënt betreffende de inhoud van de patiëntenbrochure.

De bekomen resultaten hiervan werden geïntegreerd in patiëntenbrochures die specifiek ontwikkeld zijn voor de patiënt en zijn naasten.

In de patiëntenbrochures hebben we geprobeerd om aan de verwachtingen van de patiënten te voldoen, om zo een zo volledig mogelijk beeld van de verpleegeenheid als interdisciplinaire leerwerkplaats te scheppen.

Theoretisch deel

1 Interdisciplinaire leerwerkplaats

1.1 Situering

In de jaren '80 had men nood aan een optimale en veilige patiëntenzorg. Om aan deze behoefte te voldoen, besloot de World Health Organization om “leerwerkplaatsen” op te richten. Dit had als doel om het succesvol samenwerken tussen alle actoren in de gezondheidszorg te bevorderen. Er werd voor gezorgd dat studenten uit de gezondheidszorg de mogelijkheid kregen om met elkaar samen te werken, waardoor ze een correcte en professionele manier van samenwerken zouden ontwikkelen om tijdens hun verdere professionele carrière te kunnen gebruiken. (Barwell, Arnold & Berry, 2013)

In dit hoofdstuk wordt “de leerwerkplaats” inhoudelijk besproken.

1.2 Definitie van een leerwerkplaats

Volgens Havekes en Drenth (2005) is een leerwerkplaats een authentieke werkomgeving waarin een groep studenten alle voor de beroepsuitoefening typerende werkprocessen uitvoert en verantwoordelijk is voor de uitvoering ervan, met als doel het beroep te leren. De studenten zijn boventallig en de werkgever is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van het werk. De school verzorgt het onderwijs in de werkomgeving.

Volgens Cools (2011) is een leerwerkplaats een afdeling waarbinnen opleiding en praktijk geïntegreerd worden, waardoor de kwaliteit van het werk toeneemt en de professionalisering van de student in optimale omstandigheden plaatsvindt.

1.3 Kenmerken van een leerwerkplaats

De kenmerken van een leerwerkplaats zijn het “samen leren” in de praktijk, leren én werken staan centraal. Een ander belangrijk kenmerk is dat het leren in groep gebeurt en in een authentieke werkomgeving zal plaatsvinden, wat het leerproces optimaal zal bevorderen. Men leert in het kader van een beroepsopleiding, alle studenten die zich op een leerwerkplaats bevinden zijn verantwoordelijk voor hun werkprocessen op deze specifieke afdeling. De studenten worden boventallig ingezet mede omdat het leren voor het werken gaat, maar de werkbegeleider blijft de eindverantwoordelijke betreffende de kwaliteit van het werk. (Havekes & Drenth, 2005)

De leerwerkplaats wordt door de onderwijsinstelling en het werkveld samen ontwikkeld waardoor beide partijen invloed hebben op keuzes die gemaakt worden en beide de kwaliteit van de leerwerkplaats beïnvloeden. De onderwijsinstelling heeft meer zicht op het leren van de studenten, het onderwijs wordt namelijk verzorgd op de leerwerkplaats waardoor de continuïteit van de leerwerkplaats en daarmee ook de zorg niet in het gedrang komt. (Havekes & Drenth, 2005)

Men heeft gezocht naar een manier van leren die beter aansluit bij dit vraag gestuurd- en competentiegericht onderwijs. Het lesgeven op de leerwerkplaats is echter niet altijd mogelijk maar de ideale leerwerkplaats heeft een aparte onderwijsruimte waar een hogeschooldocent aanwezig is zodat de studenten onderwijs kunnen volgen op de afdeling zelf. De studenten krijgen de kans om aanwezig te zijn op verschillende bijeenkomsten waarin de door de student geformuleerde competenties besproken worden. Er zijn onder meer reflectie- en intervisiebijeenkomsten om hun reflecties, meningen of ervaringen te uiten. De student moet zelf verantwoordelijk gesteld worden voor zijn leerproces. De rol van docent zal dus herleid worden tot coach. (Havekes & Drenth, 2005)

Volgens Morphet, Hood, Cant, Baulch, Gilbee en Sandry (2014) kenmerkt de leerwerkplaats zich in het feit dat de student zal leren én werken in een authentieke werkomgeving waar hij betrekkelijk meer verantwoordelijkheid krijgt dan op een reguliere stageplaats. Een medewerker, de werkbegeleider, blijft wél eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van het werk. Tevens zullen de communicatieve vaardigheden van de studenten sterk verbeteren door het samenwerken met anderen uit de gezondheidszorg.

1.4 De leerwerkplaats versus een reguliere stageplaats

Een reguliere stageplaats wordt niet als ideaal ervaren, omdat een student niet altijd de kans krijgt om alle verpleegtechnische handelingen die hij kan, ook werkelijk uit te voeren. De student kan hier ook moeilijker sturing geven aan zijn leerproces. Doordat men minder verantwoordelijkheid moet opnemen en men afhankelijk is van de stagebegeleider op de stageplaats, zal dit het leerproces beïnvloeden. Bijgevolg zal een reguliere stageplaats niet altijd gunstig beoordeeld worden. Tevens kan men, met de komst van leerwerkplaatsen, de stage capaciteit op een afdeling uitbreiden van 3 naar 34 studenten per jaar. Het opzetten van een leerwerkplaats heeft zowel de mogelijkheid om de kwantiteit alsook de kwaliteit van de stages te vergroten omdat men de mogelijkheid heeft om meerdere studenten uit verschillende disciplines van de gezondheidszorg op de leerwerkplaats optimaal in te zetten. (Havekes & Drenth, 2005)

Tabel 1.1 : *Kenmerken van de leerwerkplaats afgezet tegen de verschillende stagevormen*

	<i>Reguliere stage</i>	<i>Leerwerkplaats</i>
Het leren staat centraal	Ja	Ja
Er wordt geleerd in het kader van de beroepsopleiding	Ja	Ja
Studenten zijn boventallig	Ja	Ja
Het leren vindt plaats in een authentieke werkomgeving	Ja	Ja
Er wordt geleerd in een groep met studenten	Nee	Ja
Het onderwijs vindt plaats in een ruimte tussen de werkomgeving	Nee	Ja
De studenten hebben de verantwoordelijkheid voor de werkprocessen	Nee	Ja
De werkgever is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van het werk.	Ja	Ja

Uit *De leerwerkplaats : Het samen leren in de praktijk* door Havekes, R. en Drenth, H., 2005, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

1.5 De voordelen van een leerwerkplaats voor de student

Havekes en Drenth (2005) halen aan dat een leerwerkplaats een interessante uitdaging is voor de student. Een belangrijk voordeel van de leerwerkplaats is het leren “van en met elkaar” dat centraal staat. De student wordt samen in groep in een authentieke werkomgeving geplaatst. Het leren in groep zorgt er voor dat de student gemotiveerd is omdat de mogelijkheid er is om elkaar te helpen en van elkaar te leren. Studenten op een leerwerkplaats hebben meer verantwoordelijkheid en meer bewegingsvrijheid, de student leert zo gemakkelijker te functioneren op een werkplaats. De student stuurt zelf zijn leerproces, wat betekent dat men ook niet zo snel zal ingrijpen bij moeilijkere handelingen, het blijft een reële werksituatie.

Op deze manier leren de studenten op een correcte en professionele manier samenwerken wat ook een pluspunt is voor hun verdere loopbaan. Leerwerkplaatsstudenten hechten belang aan teamwerk en goed leiderschap omdat men deze twee factoren ook werkelijk nodig heeft wanneer men een job in de zorgsector ambieert. (Wilhelmsson, Pelling, Ludvigsson, Hammar, Dahlgren & Faresjö, 2013) Dit concept wordt duidelijk ondersteund door het probleemgestuurd onderwijs (PGO) waarbij er ook sprake is van student gecentreerd leren in kleine groep.

Uit de literatuur blijkt dat ziekenhuizen die gebruik maken van een leerwerkplaats hier ook baat bij hebben, zij kunnen namelijk toekomstige medewerkers aan zich binden door het aanbieden van goede stages, waardoor studenten makkelijker werk vinden vanuit een voor alle partijen goed verlopen stage. Hierdoor bespaart het ziekenhuis weer wervings- en selectiekosten. (Havekes & Drenth, 2005)

Er worden hoge eisen gesteld aan studenten op een leerwerkplaats. De hoge eisen en de verantwoordelijkheid kunnen zwaar doorwegen op een student maar men ervaart deze leerwerkplaatsen als enorm leerrijk en ze worden dan ook met enthousiasme onthaald. (Havekes & Drenth, 2005) De kennisontwikkeling bij deze studenten vond vooral plaats tijdens de interdisciplinaire teambesprekingen. (Lachmann, Ponzer, Johansson, Benson & Karlgren, 2013)

Wanneer verschillende disciplines in de gezondheidszorg tijdens de opleiding al leren samenwerken, zal dit door de studenten en dus toekomstige werknemers in de gezondheidszorg als positief worden ervaren. De Linköping Universiteit heeft een onderzoek uitgevoerd met 841 studenten uit verschillende disciplines in de gezondheidszorg (waarvan 90 studenten ergotherapie, 99 studenten kinesitherapie, 187 studenten geneeskunde en 465 studenten verpleegkunde). (Pelling, Kalén, Hammar & Wahlström, 2011)

Uit de resultaten van dit onderzoek is gebleken dat er een gunstige beoordeling is betreffende de leerwerkplaatsen. De participanten gaven aan dat de kwalitatief hogere samenwerking op een leerwerkplaats geapprecieerd werd.

Belangrijke factoren die werden aangehaald in het gunstig beoordelen van een leerwerkplaats zijn meer inzicht hebben in elkaars rol en als verantwoordelijke instaan voor de patiënten, het belang van een goede communicatie en teamwerk. De continu uitwisseling van informatie en ideeën zorgden ervoor dat de studenten met meer zelfvertrouwen konden werken op hun leerwerkplaats en dit het algemene gevoel op de afdeling optimaal verbeterde. (Pelling et al, 2011)

De communicatieve vaardigheden van een afgestudeerde die al ervaring heeft kunnen opdoen op een leerwerkplaats werden hoger ingeschat dan een persoon die enkel ervaring had opgedaan op een reguliere stageplaats. Zij hadden ook meer inzicht betreffende de totale zorg van een patiënt en vonden het gemakkelijker om om te gaan met de verantwoordelijkheid die men plots kreeg bij een vaste job in de zorgsector. (Wilhelmsson, Svensson, Timpka & Faresjö, 2013)

2 Interdisciplinaire zorg

2.1 Inleiding

Interdisciplinaire competenties worden gebruikt in verschillende contexten, zoals bij het dagelijks samenwerken op een afdeling in het ziekenhuis, bij de bespreking van patiënten en bij het opmaken van zorgplannen. Tegenwoordig wordt de zorg aan de patiënt niet meer volledig uitgevoerd door de verpleegkundigen, maar ook door verschillende andere actoren die een belangrijk aandeel hebben in het zorgpad. Dit is een gevolg van de groeiende complexiteit en multi dimensionaliteit, door de toename van specialisaties en door een meer gecompliceerde wetgeving. Er is steeds meer nood aan het interdisciplinair werken in de gezondheidszorg. Hieronder worden verschillende aspecten van interdisciplinaire zorg besproken.

2.2 Interdisciplinair samenwerken

Vandaag de dag wordt er steeds vaker gebruik gemaakt van de termen interdisciplinair of interprofessioneel samenwerken en het belang ervan. Bij een sollicitatie is interprofessioneel werken één van de vereisten in het vooropgestelde functieprofiel. Er zijn echter verwarringen over de betekenis van de woorden multidisciplinair, transdisciplinair, interdisciplinair en interprofessionaliteit. De woorden worden door elkaar gebruikt en verliezen zo hun betekenis. Hieronder worden de woorden verklaard om een eenduidige definitie te bekomen. Bij de 4 vormen is er sprake van samenwerking tussen de verschillende disciplines. De samenwerking wordt steeds intensiever van multidisciplinariteit via interdisciplinariteit naar transdisciplinariteit.

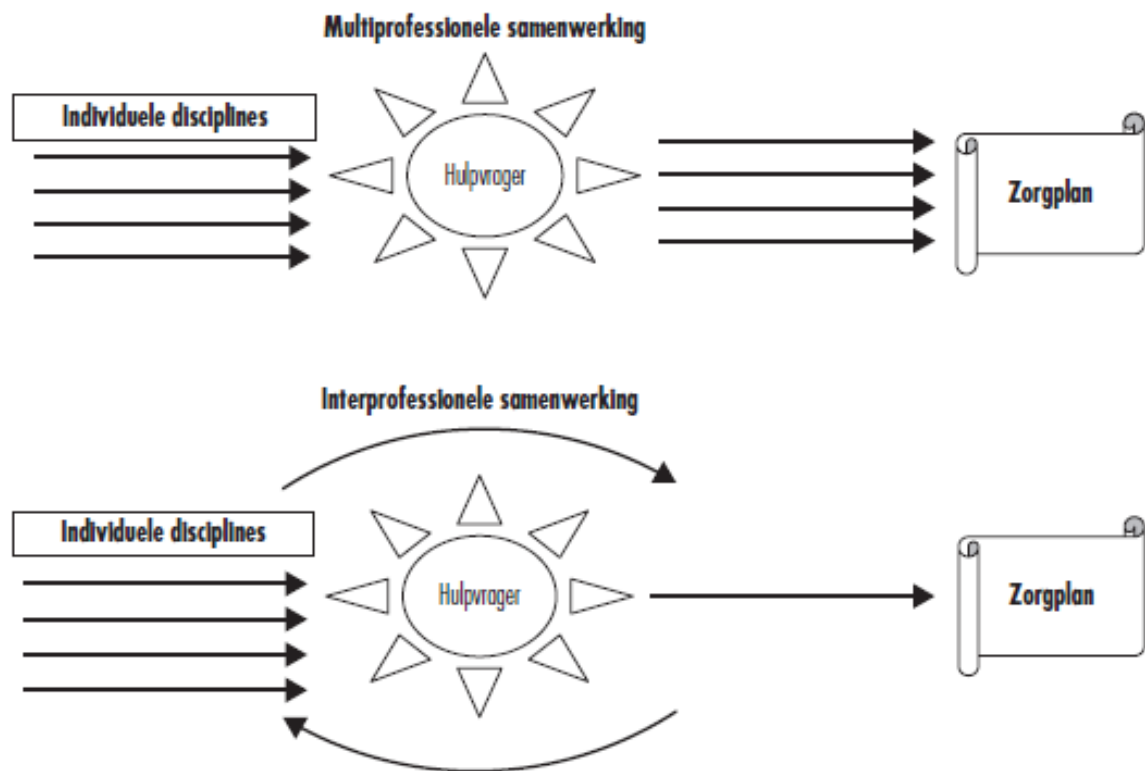
Multidisciplinair samenwerken wordt volgens André Vyt, 2012, professor in de gedragswetenschappen aan de universiteit te Gent, omschreven als de vorm van samenwerking waarbij elke discipline vanuit zijn eigen professionaliteit en expertise inbreng heeft. Er is een duidelijke rolverdeling op de voorgrond.

Interdisciplinair werken duidt erop dat de patiënt wordt onderzocht en behandeld door verschillende experts met elk hun specialiteit en er een samenwerking volgens een specifieke methode plaatsvindt. Op deze manier werken verpleegkundigen, artsen, psychologen en andere paramedische beroepen samen aan het zorgpad van een patiënt. De relaties tussen de verschillende betrokken domeinen zijn van groot belang. Als de verschillende disciplines steeds meer actief samenwerken, kan men spreken van een groeiende interdisciplinaire samenwerking. (Vyt, 2012)

Bij transdisciplinair werken worden de grenzen van de verschillende disciplines vaag omdat men de disciplines zeer goed kent en ze zich gedeeltelijk op elkaars werkterrein begeven. Er wordt vakoverschrijdend gewerkt en men neemt taken van elkaar over waar het mogelijk en nodig is. Bij dit soort samenwerken is het voor een

buitenstaander niet altijd duidelijk welke persoon voor welk beroep staat. Dit wil niet zeggen dat er geen professionele identiteit is, maar dat de stereotiepe rolverdeling naar de achtergrond verdwijnt. (Vyt, 2012)

Interprofessioneel samenwerken vraagt een interprofessioneel model waar men zich mee kenmerkt. Er zijn geplande overlegmomenten tussen de betrokken professionals waarbij men informatie, ideeën en aanbevelingen uitwisselt. In een interprofessioneel team vindt er samspraak en een gedeelde verantwoordelijkheid plaats om een gemeenschappelijke visie en een doelgerichte aanpak te bekomen. De verschillende actoren treden elk apart op en er is weinig tot geen interactie tussen de actoren. Aan de hand van figuur 1 wordt het verschil in betekenis tussen multidisciplinaire en interprofessionele samenwerking visueel uitgelegd. (Tsakitzidis & Van Royen, 2012)



Figuur 1: Multi- en interprofessionele samenwerking (Tsakitzidis & Van Royen, 2012)

2.3 Belang van interdisciplinair samenwerken

De overheid en andere organisaties die betrekking hebben tot de medische sector benadrukken steeds vaker het belang van een interprofessionele samenwerking. Ze gaan suggereren dat problemen in de zorg ontstaan door onvoldoende interprofessionele samenwerking. Interdisciplinair samenwerken heeft aldus verschillende gunstige resultaten voor de patiënt, de organisatie en de zorgverlener.

De gevolgen voor de patiënt zijn positief, namelijk een verbetering van de kwaliteit van patiëntenzorg. Men bekommt zo betere resultaten voor de patiënt. Een betere coördinatie van de diensten door de interdisciplinaire samenwerking zorgt ervoor dat er geen 'versnippering' is van de zorg, het bevordert de holistische benadering van de patiënt. (Petri, 2010)

De resultaten voor de organisatie duiden op een verhoogde productiviteit van het personeel en een gestegen efficiëntie van de zorg door de verbeterde coördinatie van patiënten-dienstverlening, waardoor de kosten verminderd worden en men zo een betere kostenbeheersing bekommt. De samenwerking is noodzakelijk om organisatorisch te kunnen overleven. (Petri, 2010)

Voor de zorgverlener is een verbeterde baan of professionele voldoening de meest frequent genoemde individuele professionele verbetering als gevolg van een interdisciplinaire samenwerking. Deze tevredenheid wordt afgeleid door de aanwezigheid van een betere moraal, meer enthousiasme, behoud van personeel, en verminderde kans op burn-out. Een grotere deelname aan het besluitvormingsproces geeft meer zelfvertrouwen. (Petri, 2010)

Het doel van interdisciplinair samenwerken bestaat uit meer gecoördineerde inspanningen doen om zo een betere samenwerking te bekomen. Men wil overeenkomsten maken met bepaalde doelen, die men opstelt wanneer de behoeften van de patiënt de aandacht vragen. Gezondheidswerkers hebben meer de intentie om zelfstandig te werken, ook al zijn ze lid van een team. Iedere verpleegkundige heeft een eigen identiteit en verschillende werkrouines. Vaak hebben gezondheidswerkers 1 karakterkenmerk gemeenschappelijk: de persoonlijke wens om steeds bij te leren en de behoeften en noden van de patiënt te ontdekken. Bij het samenwerken willen ze een team ontwikkelen met de juiste balans tussen vaardigheden en persoonlijkheid. Het nadeel van een team is dat je in werkelijkheid niet te kiezen hebt, de collega's waarmee je moet samenwerken is gekozen door toeval en niet op basis van de juiste balans. Als leden van een team samenwerken, vinden ze samen een gezamenlijk doel dat zo goed mogelijk de behoeften en noden van de patiënt omschrijft. (Headrick, Wilcock & Batalden, 1998)

2.4 Interdisciplinaire opleiding

In de voorgaande alinea werd beschreven dat een interdisciplinaire afdeling van groot belang is en talrijke voordelen voor verschillende partijen oplevert. Men start al met het aanleren van interdisciplinair samenwerken in het onderwijs waarbij men het doel van interdisciplinair samenwerken duidelijk weergeeft. Interprofessioneel medisch onderwijs zorgt voor een positievere attitude van studenten ten opzichte van andere beroepen uit de gezondheidszorg.

Uffe Hylin, hoofd van het departement orthopedie in het Karolinska Institutet te Stockholm, onderzocht enerzijds welke indruk bij de deelnemers is achtergebleven na een 2 weken durende training op een interprofessionele afdeling en anderzijds welke invloed dit heeft gehad op hun praktijkuitvoering.

Op een interprofessionele afdeling wordt meer dan de helft van de tijd gespendeerd aan interprofessionele activiteiten. Elk studententeam bestaat uit 5 of 6 studenten afkomstig uit verschillende opleidingen: geneeskunde, verpleegkunde, kinesitherapie en ergotherapie.

De activiteiten op de afdeling gebeuren onder supervisie van een gediplomeerde van elke discipline. De studenten werken in hun teams of per 2 aan de zijde van de patiënt, op deze manier komen ze meer over de activiteiten van elkaars beroep te weten. Na elke shift wordt er feedback gegeven door de andere studenten en de supervisor, men leert er interdisciplinair samen te werken. (Hylin, Nyholm, Mattiason & Ponzeri, 2007)

Deze training heeft 2 hoofddoelen die belang hebben bij een goede interdisciplinaire samenwerking, namelijk enerzijds het verbeteren van de inzichten in de rollen van andere beroepen en anderzijds de aandacht voor een goede communicatie naar zowel het team als de patiënt.

Uit dit onderzoek kunnen we besluiten dat de hoofddoelen van de cursus sterker zouden moeten doordringen in de gezondheidszorg van de toekomst. Door het werken in teams hebben de deelnemers meer inzicht in de verschillende domeinen van de deelnemende beroepsprofielen. De sfeer en de uitwisseling van ervaringen tijdens deze cursus worden gezien als een brede basis voor de toekomstige samenwerking in de praktijk. Interdisciplinaire samenwerking wordt omschreven als de sleutel voor de toekomstige ontwikkeling van het werk in de gezondheidszorg, dit vormt tegenwoordig een van de redenen voor het uitvoeren van de cursus in de opleidingen.

Kortom wordt een training op een interprofessionele afdeling als waardevol beschouwd en de ervaringen van studenten worden meegenomen in de praktijk. Interprofessioneel onderwijs moet vroeg worden geïntroduceerd in de opleiding om voldoende samenwerking te ontwikkelen en begrip voor de beroepen te bevorderen, zo worden vooroordelen van andere beroepsbeoefenaren tegen gegaan. (Hylin et al., 2007)

2.5 Leden van het interdisciplinair team

Verpleegkundigen zijn continu en zichtbaar aanwezig aan de zijde van de patiënt, ze zijn in de unieke positie om de leiding te hebben over de patiënten educatie en zien het ultieme voordeel van de patiënt, dat bekomen is door het geleverde werk van de verschillende disciplines en de interdisciplinaire samenwerking. Het is de patiënt met zijn probleem die bepaalt welke disciplines deel zullen uitmaken van het team. Hierbij is er rekening mee gehouden dat tijd en evolutie, bijvoorbeeld in de revalidatietherapie, een invloed hebben op wie er bij de zorg betrokken is. Het is de taak als hulpverlener om samen met de patiënt zijn context in kaart te brengen. Inzicht in de belangrijke bijdragen die andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg kunnen leveren aan de patiënt is een belangrijk onderdeel van de verpleegkundige kennisbasis. Om dit te doen, moet de verpleegkundige over een juist begrip van de expertise van elk lid van het team beschikken. De meest voornaamste disciplines worden volgens Vyt (2012) hieronder weergegeven.

Artsen helpen patiënten te begrijpen wat de diagnose is en hoe het behandelplan zal verlopen. Ze zijn zich ervan bewust dat ze afhankelijk zijn van verpleegkundigen bij het verstrekken van de patiënten educatie. Van verpleegkundigen verwacht men dat ze de vragen van patiënten en families beantwoorden of doorgeven aan hun, vooral als de arts verklaringen geeft die niet binnen het begrippenkader van de patiënt past of wanneer patiënten en families andere vragen hebben. Samenwerking met artsen neemt toe indien men een goede communicatie hanteert en men in het bezit is van correcte documentatie.

Ergotherapeuten gaan zich richten op aanpassingen die patiënten in staat stellen zo zelfstandig mogelijk te zijn in activiteiten van het dagelijks leven. Ze leren patiënten en families over het belang van mobiliteit en op welke manier ze functionele activiteiten veilig kunnen uitvoeren. Actieve deelname van zowel ergotherapeuten als verpleegkundigen in interdisciplinaire teamvergaderingen, bijeenkomsten over de patiënt of telefonisch doorgeven van informatie maximaliseren de bijdrage van beide disciplines.

Diëtisten informeren en geven educatie aan patiënten en families over de therapeutische diëten. Zij beoordelen het dagelijks voedingspatroon van de patiënt en op welke manier het gebruikelijke dieet kan worden gewijzigd om de gezondheid van de patiënt te verbeteren. Diëtisten zijn afhankelijk van verpleegkundigen in verband met het opvolgen van het dieet en het aanmoedigen van de patiënt in het volhouden van en deelnemen aan het dieet.

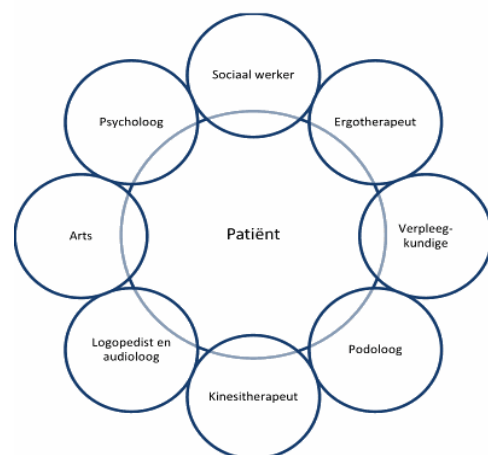
Maatschappelijk werkers zijn een belangrijke schakel tussen het ziekenhuispersoneel en de gemeenschap. Ze coördineren verwijzingen tussen verschillende instanties en middelen, en bieden emotionele steun aan patiënten en families. De inspanningen van de hulpverleners worden gemaximaliseerd wanneer verpleegkundigen in staat zijn om specifieke informatie over de thuissituatie van de patiënt te verstrekken.

De psycholoog is expert op het gebied van het menselijk psychisch functioneren. Centraal hierbij staat enerzijds de wisselwerking tussen het psychisch functioneren en het gedrag en anderzijds de lichamelijke gezondheid. In de praktijk richt de psycholoog zich op psychodiagnostiek en op psychologische behandelmethoden, dit om het functioneren beter te begrijpen en te ondersteunen. Verpleegkundigen staan nauw in contact met de patiënt, er wordt geobserveerd hoe patiënten zich gedragen en in welke stemming ze zich bevinden. Psychologen leren de verpleegkundigen hoe ze kunnen omgaan met bepaalde diagnoses.

Kinesitherapeuten behandelen patiënten met motorische problemen om op deze manier hun mobiliteit en motoriek te behouden, te herwinnen of te verbeteren. Verpleegkundigen moedigen patiënten aan tot een verbetering van de zelfzorg en zorgen voor een betere mobiliteit.

In goed functionerende interdisciplinaire teams, geven verpleegkundigen feedback over de deelname van patiënten bij de verzorging en het begrijpen van informatie. Dit kan helpen doelen op te stellen en te evalueren. Verpleegkundigen die lid zijn van goed presterende interdisciplinaire teams communiceren uitstekend, zowel mondeling als schriftelijk. Ze houden communicatiekanalen geopend, zijn actieve deelnemers in het team en ze zorgen ervoor dat teamleden continu op de hoogte worden gehouden.

De samenwerking tussen de verschillende zorgverleners wordt hieronder weergegeven in de vorm van een bloem. Elk bloemblaadje stelt een discipline voor die handelt volgens zijn eigen expertise. De blaadjes overlappen voor een klein deel, het zijn de taken die behoren tot het domein van meerdere bevoegdheden. De bloemblaadjes hebben contact met elkaar en werken naar één gezamenlijk doel waarbij de optimale zorgverlening van de patiënt centraal staat: het hart van de bloem. (Vyt, 2012)



Afbeelding 2: De disciplines in de bloem (Vyt, 2012)

2.6 Rol van de hoofdverpleegkundige

De communicatie tussen het personeel en de directeurs is één van de taken van de hoofdverpleegkundige. Er is een nauwe samenwerking en op regelmatige basis wordt er overlegd met het personeel. In deze functie geeft men leiding aan de verpleegkundigen, zorgkundigen en logistieke medewerkers van de afdeling. De hoofdverpleegkundige heeft verantwoordelijkheid voor de dagelijkse leiding van de afdeling en de organisatie, evenals voor de continuïteit en kwaliteit van de verpleegkundige activiteit.

Het leiderschap van de hoofdverpleegkundige wordt gedefinieerd als iemand met voldoende kennis en vermogen om te coördineren en de patiëntenzorg te plannen door middel van geavanceerd assessment, kritisch denken, communicatie en het zorgrolmodel.

Met effectieve communicatie duidt men op het gebruik van vakbekwame communicatieve vaardigheden om zo een groepsproces over de patiëntenzorg te beheren. Voor het starten van een overleg gaan alle disciplines en de hoofdverpleegkundige de patiënt bespreken om haalbare doelen op te stellen. Hierbij houdt men rekening met de noden en behoeften van de patiënt en het vermogen van het zorgteam. Men bekomt uiteindelijk een individueel zorgpad, specifiek opgesteld voor een patiënt.

In een studie van Bender, Connelly & Brown (2013) onderzocht men de rol van hoofdverpleegkundige door de leden van het interdisciplinair team te ondervragen. Er werd een enquête geregistreerd omtrent de aanwezigheid van de hoofdverpleegkundige, dit op 4 maanden en 1 jaar na de invoering. Zevenenzestig procent van het artsteam verklaarde dat ze meer communiceerden met de hoofdverpleegkundige indien deze extra belang heeft voor een interdisciplinaire samenwerking. Dit in tegenstelling tot andere ziekenhuisafdelingen, waar de diensthoofden minder nadruk leggen op het interdisciplinair samenwerken. Tweeëntachtig procent van de deelnemers vond dat de rol van de hoofdverpleegkundige toegenomen was sinds men gebruik maakte van een interdisciplinaire samenwerking.

Eenenzeventig procent antwoordde dat deze waargenomen toename van de rol van de hoofdverpleegkundige en de samenwerking met de artsen en het verpleegkundig team resulteerde in een betere kwaliteit van de patiëntenzorg.

Uit dit onderzoek kan men besluiten dat de rol van de hoofdverpleegkundige zorgt voor een innovatieve kans om zowel klinische als administratieve leidinggevenden te laten samenwerken om tot een herontwerp van een zorgstelsel te bekomen. Op deze manier kan men zorgen voor het verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg. (Bender, Connelly & Brown, 2013)

2.7 Slaagkansen en knelpunten

Het onderwerp 'interprofessioneel werken' is momenteel van essentieel belang in de gezondheidszorg. Een onderzoek, uitgevoerd in het noordoosten van Engeland, toont aan hoe en waarom coöperatieve en positieve werkrelaties ontwikkeld zijn binnen een interprofessioneel team. Er zijn 3 thema's naar voor gekomen: de persoonlijke kwaliteiten en inzet van het personeel, de communicatie binnen het team en de mogelijkheid om creatieve werkmethodes te ontwikkelen.

2.7.1 De persoonlijke kwaliteiten en inzet van het personeel

Alle leden moeten zich richten op de gelijkheid van de werkrelaties tussen de teamleden en de balans binnen het team. Er werd opgemerkt dat het personeel in het team zich op soortgelijke normen en waarden moet bevinden en elkaar als gelijke status moet zien. In sommige teams werden andere beroepen (bijvoorbeeld: de arts) als superieur gezien en dit werd ervaren als een knelpunt voor de samenwerking.

Als alle leden enthousiast en positief zijn om aan te sluiten bij het team, verloopt de samenwerking beter. De mate van de betrokkenheid en motivatie van het team verhogen de slaagkansen op een goede interprofessionele samenwerking. De leden van het team moeten flexibel, open en bereid zijn om te delen met anderen. Het ontstaan van interprofessionele jaloezie is een knelpunt in de samenwerking. Men merkt op dat teams minder te maken hebben met interprofessionele jaloezie als het personeel voldoende zelfverzekerd is in de eigen professionele rol en zich niet bedreigd voelt door andere beroepen.

Er kan samengevat worden dat als alle leden van het team zich erkend en gewaardeerd voelen in combinatie met een egalitaire werkstijl en een wederzijdse flexibiliteit in het team, men een optimale interprofessionele samenwerking kan ontwikkelen. Als gevolg hiervan kunnen teamleden elkaar vertrouwen en werken zonder zich bedreigd te voelen. (Tsakitzidis & Van Royen, 2012)

2.7.2 De communicatie binnen het team

Communicatie is een belangrijk onderdeel van de samenwerking en wordt vergemakkelijkt door een aantal factoren. Een kleiner aantal leden en het werken vanuit eenzelfde basis zorgt voor een eenvoudiger communicatie en een positieve werkrelatie.

Vanaf het begin van de samenwerking wordt er best wekelijks een bijeenkomst georganiseerd, teamleden geven het bijwonen van dit soort vergaderingen een hoge prioriteit. Men krijgt voldoende tijd om te discussiëren over werken met individuele patiënten en plannen van activiteiten van het hele team. Iedereen krijgt de kans om bepaalde punten aan te halen en samen te werken, zo kan men bepaalde doelen beter opstellen.

Er werd de methode ontwikkeld om uitgevoerde interventies met patiënten neer te schrijven in notities, zo kunnen andere teamleden onmiddellijk zien wat er ondernomen is met welke patiënt dag per dag. Dit was bijzonder behulpzaam voor teamleden die voor lange tijd afwezig waren geweest of in geval van deeltijds werken. (Molyneux, 2001)

2.7.3 Ontwikkeling van creatieve werkmethodes

Interdisciplinair samenwerken wordt bemoeilijkt als de samenwerking voor het hele team nieuw is, men probeert een manier te vinden om het zo goed mogelijk te laten verlopen.

Vermits niemand weet op welke manier de samenwerking en de zorgen bij de patiënt moeten worden uitgevoerd, gaat men constant reflecteren over zichzelf en de andere. Een vaak voorkomende vraag is: “wat is de juiste manier van handelen en samenwerken?” Iedereen geeft elkaar verschillende kansen, er wordt uitprobeerd en ontdekt welke manier superieur is om uit te voeren. Om de juiste methode te vinden gaat het team creatief te werk. Er zijn geen vastgestelde criteria en richtlijnen waar teamleden zich aan moeten houden, het team is in staat om creatief samen richtlijnen uit te werken en zo een methode te ontwikkelen rond de behoeften van het team en de patiënt. Uit onderzoek blijkt dat er meer vrijheid en creativiteit in het team is, als er geen arts bij betrokken wordt. Deze zou een traditioneel model hebben opgelegd met hemzelf, de arts, in de hoofdrol en de focus leggen op het medische aspect. (Molyneux, 2001)

Interdisciplinair samenwerken houdt in dat men de patiënten correct moet verwijzen en dat men op gepaste en regelmatige tijdstippen met elkaar moet overleggen, hetgeen zowel telefonisch als in teamvergaderingen of bij de overdracht van patiënten kan. Buiten deze punten moet men ook zorg- en behandelplannen samen opmaken. De arts kan met zijn kennis helpen bij het stellen van een verpleegkundige diagnose. Als er overlappingen zijn van het werkdomein kunnen er wrijvingen tussen deze beroepsidentiteiten ontstaan. In de revalidatie is er een overlapping van het domein van de ergotherapeut en de kinesitherapeut, waardoor er zich een wrijving kan ontwikkelen. (Vyt, 2012)

2.8 Het effect van interdisciplinair werken op de zorg

Er zijn verschillende voor- en nadelen omtrent interdisciplinair samenwerken die het effect op de zorg grotendeels bepalen. Er werd onderzocht of het besef van welke persoon welke kennis bezit, het gebruik van interdisciplinaire kennis in het team vergemakkelijkt. Leden van teams met meer cognitieve representaties van deskundigheid benutten hun kennis en middelen beter. Maar een grotere hoeveelheid kennis is geen garantie voor goede resultaten bij patiënten. De kennis moet worden gecombineerd met voldoende coördinatie en samenwerking in het team om het beoogde effect te bereiken. Teamleiders kunnen opzettelijk teamactiviteiten organiseren om nauwkeurige kennis en erkenning van de expertise te ontwikkelen of om interventies uit te voeren wanneer de rollen van de experts niet duidelijk zijn.

Interdisciplinaire samenwerking is geen garantie op een betere kwaliteit van zorg, als er te weinig coördinatie binnen de samenwerking in het team is kan dit leiden tot misverstanden. Indien de omstandigheden en kwaliteit van de samenwerkingen wel goed zijn, dan leidt de interdisciplinaire zorg tot een betere behandeling van chronisch zieke patiënten. (McCallin, 2001)

Binnen de eerstelijns gezondheidszorg, is gesuggereerd dat multidisciplinair teamverband essentieel is voor een geïntegreerde aanpak, het bevorderen en handhaven van de gezondheid van de bevolking en om een verbeterde diensteneffectiviteit te ontwikkelen. Hoewel het steeds duidelijker is dat patiënten met een langdurige of chronische aandoening zorg nodig hebben van verschillende disciplines en er bijgevolg meer nood is aan een goede interprofessionele samenwerking, wordt dit in de praktijk niet altijd bereikt. (McCallin, 2001)

Interdisciplinaire zorgteams zijn ontworpen als hulpmiddel om meer gebruik te maken van kennis uit diverse disciplines om complexe behoeften van de patiënt aan te pakken en om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Om het effect van de interdisciplinaire samenwerking op de zorg te bekijken, gaat men zich richten op nauwkeurigheid en consensus in de erkenning van de expertises. Er is een gedeeld besef van 'wie weet wat' in het team. Men kijkt de interactie tussen de kennis van het team en het beïnvloeden van de prestaties .

Teams worden steeds vaker beschouwd als een informatie verwerkende eenheid. Net als een individu moet een team namelijk de binnenkomende informatie zo goed mogelijk coderen en opslaan, zodat deze informatie teruggevonden en gebruikt kan worden als het nodig is. Het team is als een collectief geheugen. Dit geheugen wordt een transactief geheugen genoemd en vaak gedefinieerd als de verdeling van cognitieve arbeid. Dat wil zeggen dat teamleden binnenkomende informatie gezamenlijk moeten coderen, opslaan, terugvinden en communiceren vanuit hun verschillende expertisegebieden. Dat laatste is de zogenoemde trans actieve component, een soort transactie: "als jij dit onthoudt, ben ik verantwoordelijk voor dat".

Voorafgaand onderzoek van Zhu (2013) suggereert dat een goed ontwikkeld 'transactief-geheugensysteem' meerdere voordelen biedt voor teams door het maximaliseren van het opslaan van kennis in teams. Enerzijds heeft men een makkelijkere toepassing van de kennis in de praktijk en anderzijds het verbeteren van de coördinatie en informatie-uitwisseling. Als teams in grote mate kennis kunnen opslaan, is de nauwkeurigheid van het geheugensysteem beter en is er een stijging van de kwaliteit van de zorg. Dit zorgt voor een korter ziekenhuisverblijf voor de patiënt. Daarentegen, als de kennis van het team laag is, verbeteren de prestaties van het team niet ondanks de interdisciplinaire samenwerking. Hierdoor voorspelt men een langere opnameduur voor de patiënt. Als men dit bekijkt vanuit het punt van de expertises van het team, dan kan men besluiten dat als het team te weinig kennis heeft bij het begin van de interdisciplinaire samenwerking, men de prestaties van het team niet kan verbeteren door erkenning van de expertises. Indien het team uitgerust is met een grote kennis voorraad, zou deskundigheid en erkenning de prestaties van het team wel verbeteren. (Zhu, 2013)

3 Informed consent

3.1 Definitie

Informed consent betekent in het Nederlands letterlijk 'geïnformeerde toestemming'. Dit is eigenlijk een samenkoppeling tussen twee belangrijke zaken, namelijk het recht van de patiënt op informatie en de toestemming die een patiënt moet geven voor een handeling.

Het principe van informed consent hangt nauw samen met autonomie en zelfbeschikking, wat inhoudt dat de patiënt verantwoordelijkheid en vrijheid krijgt om eigen keuzes te maken. Hiervoor moet de patiënt alle feiten en risico's in het proces kennen. (Mandal & Parija, 2014)

3.2 Belang van informed consent

Met informed consent streeft men naar meer inspraak van de patiënt. De patiënt moet begrijpen wat er gaat gebeuren op basis van de verkregen informatie. Aan de hand van die informatie kan de patiënt beslissen of hij al dan niet akkoord gaat met de voorgestelde handeling. Dit draagt dus bij tot de autonomie van de patiënt.

Informed consent speelt een rol op twee gebieden, namelijk juridisch en in relatie tussen patiënt en zorgverlener. Zo is de zorgverlener volgens de wet verplicht om de patiënt te informeren en heeft hij de plicht om toestemming te krijgen alvorens te handelen. Anderzijds draagt het ook bij aan een goede relatie tussen arts en patiënt. (Verhulst, 2014)

3.3 Limieten van informed consent

Het probleem met informed consent is dat er geen concrete eisen bestaan voor de inhoud ervan. Zo laat de wet op geneeskundige behandelingsovereenkomst (1994) ruimte voor interpretatie van de informatieplicht. In de wet staat bijvoorbeeld dat de informatie op een duidelijke wijze moet overgebracht worden, maar wat is duidelijk? Elke zorgverlener zal een andere interpretatie hebben wat leidt tot verschillen in informatie die de patiënt krijgt. Het grootste probleem is echter de vorm van informed consent. In de wet staat niet geschreven dat een informed consent verplicht schriftelijk is. De informatie kan dus net zo goed mondeling gegeven worden. (Verhulst, 2014)

Volgens O'Neill (2003) zijn er ook nog andere limieten van het informed consent. Specifiek is er het voorbeeld van de geriatrische patiënt. Informed consent kan enkel gegeven worden als iemand daar mentaal toe in staat is. Bij zieke mensen of dementerenden is dit vaak niet mogelijk. Hier richt men zich dan tot de familie van de patiënt. (O'Neill, 2003)

3.4 Informed consent bij vragenlijstonderzoek

Volgens de wet op patiëntenrechten van 22 augustus 2002 is er een informed consent nodig voor alle medische tussenkomsten. Verder bestaat er ook nog een bijzondere regelgeving. Deze zegt dat er een specifiek schriftelijk informed consent vereist is voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek.

(https://www.uza.be/sites/default/files/uploads/ResearchClub/informed_consent_research_club.pdf, geraadpleegd op 25/12/2014)

Voor het afnemen van vragenlijsten bij patiënten is er dus een informed consent nodig. Vroeger hadden bedrijven hun eigen sjablonen voor geïnformeerde toestemming, maar in november 2011 zijn verschillende Belgische Ethische Comités gaan samenwerken om een universeel sjabloon te ontwikkelen. Naast het feit dat bedrijven allemaal verschillende sjablonen hadden, waren er ook nog andere redenen om dit project te starten. Er was namelijk een gebrek aan structuur en een teveel aan herhalingen en irrelevante informatie. Verder werd het project ook gestart omdat er steeds meer toename was van het aantal pagina's van documenten voor informed consent.

Dit leidde eigenlijk tot een document dat te ingewikkeld was, zeker voor leken. Het ontwikkelen van een nieuw sjabloon had dus verschillende doelen. Ten eerste moest het betere informatie geven aan de patiënt. Verder moest dit het redactionele werk en evaluatiewerk voor ethische comités vereenvoudigen en ook het proces van informeren van de patiënt. Tot slot had het ook als doel een betere harmonisatie van eisen naar de opdrachtgevers toe.

Om dit doel te realiseren werd het sjabloon ontwikkeld aan de hand van enkele aandachtspunten, zoals gestructureerde informatie, duidelijk leesbaar lettertype, voldoende alinea's en begrijpelijke taal met juiste zinsbouw, geen spelfouten en korte zinnen.

Op deze manier zijn er vier verschillende sjablonen ontwikkeld. Er wordt nu enkel het sjabloon besproken waarvan gebruik gemaakt wordt in deze bachelorproef, namelijk het sjabloon voor niet – interventionele studies bij volwassenen. Dit document bestaat uit 3 delen, namelijk: essentiële informatie, de toestemming en aanvullende informatie.

Verder zijn er ook redactionele en administratieve vereisten verbonden aan dit document die een correct gebruik ervan moeten garanderen.

Redactioneel wil zeggen dat het document op zo een manier moet worden opgesteld dat leken en mensen die geen mondelinge informatie hebben gekregen dit kunnen lezen en begrijpen. Centraal staat dus de duidelijke taal die gehanteerd moet worden in het document zodat deze begrijpelijk is voor de deelnemer. Duidelijke taal omvat enkele aspecten, zoals een correcte zinsbouw, gestructureerde informatie, korte zinnen, geen vaktermen of spelfouten en zo weinig mogelijk afkortingen.

De administratieve vereisten zijn ook duidelijk. Zo moeten alle 3 de onderdelen van het informed consent document een geheel vormen en bijgevolg dezelfde versienummer en dezelfde datum krijgen. Verder moet elk onderdeel de volledige titel van het onderzoek bevatten en moeten alle pagina's van het document genummerd zijn volgens het formaat "pagina X/Y".

Zoals eerder aangegeven, zijn er drie onderdelen terug te vinden in een informed consent document. Ten eerste krijgt de deelnemer de essentiële informatie over het onderzoek en medewerking eraan. Dit betreft alle informatie die nodig is bij het beslissen om al dan niet deel te nemen aan de studie. Deze essentiële informatie omvat verschillende onderdelen, namelijk de inleiding, informatie over de studie, doelstellingen en verloop van de studie en risico's en voordelen.

Eerst wordt er beschreven dat de deelnemer gevraagd wordt mee te werken aan een studie en dat hij de informatie omtrent de studie en zijn deelname eraan grondig moet lezen. Deze informatie omvat de vertrouwelijkheid van de gegevens. Het onderdeel doelstellingen en verloop van de studie bevat een tekst waarin onder andere wordt verklaard wie deze studie uitvoert, hoeveel patiënten eraan deel moeten nemen en de duur van het onderzoek. Verder worden ook de risico's en voordelen van de deelname beschreven. De patiënt wordt ook meegedeeld dat hij geen voorkeursbehandeling moet verwachten als hij deelneemt aan deze studie.

Het volgende onderdeel is de toestemming van de patiënt, waarin hij verklaart dat hij voldoende geïnformeerd is over alle aspecten rond de studie en besloten heeft om deel te nemen aan deze studie.

Tot slot is er nog de aanvullende informatie. Dit betreft de informatie die niet noodzakelijk is voor de besluitvorming van de patiënt. Het gaat om nuttige informatie omtrent de methodologie en extra informatie omtrent de rechten van de deelnemers.

(http://www.fagg-afmps.be/nl/MENSELIJK_gebruik/geneesmiddelen/geneesmiddelen/onderzoek_ontwikkeling/ethisch_comite/sjablonen_geinformeerde_toestemming/, geraadpleegd op 25/12/2014)

4 Vragenlijsten

4.1 Inleiding

Om te weten te komen welke informatie een patiënt die gehospitaliseerd is op een leerwerkplaats wil krijgen, wordt er een studie gedaan met behulp van een vragenlijst. Een goede vragenlijst wordt ontwikkeld op basis van drie doelen. Ten eerste het verzamelen van gegevens die nodig zijn om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Verder dient de enquête zo eenvoudig mogelijk te zijn, zowel voor bevragee als interviewer. Tot slot dient het ontwikkelen en verwerken van de informatie efficiënt te gebeuren. Voor de ontwikkeling van een goede vragenlijst werkt men volgens enkele stappen. Deze worden in dit hoofdstuk besproken.

4.2 Het ontwikkelingsproces van vragenlijsten

In de eerste fase van het proces komt conceptualisering en het onderzoeksontwerp aan bod. Men gaat ten eerste het onderwerp afbakenen en hierbij ook de te meten variabelen. De gebruikers van de vragenlijst moeten dus goed weten wat ze te weten willen komen met hun vragen en in hoeverre dit ook meetbaar is. Dit meetbaar begrip wordt indicator genoemd. Om goede indicatoren te bepalen, is het vaak zinvol om eerst vakliteratuur te raadplegen.

Als de indicatoren bepaald zijn, moet er nog besloten worden waar en hoe dit gemeten gaat worden.

Na stap 1 is dus bekend wat er gemeten moet worden, hoe dit gemeten zal worden en bij wie men dit gaat meten. In deze stap wordt de inhoud van de vragenlijst opgesteld en wordt er ook aan de vormgeving gewerkt.

Het ontwerp van de vragenlijst gaat elk teamlid aan en wordt daarom ook best in teamverband uitgevoerd. Eerst wordt er een logische structuur voor de vragenlijst bepaald en de vragen worden in een goede volgorde gezet. Als de inhoud of de tekstversie in orde is, wordt er nagedacht over de vormgeving van het document.

Als zowel de inhoud als de vormgeving van de vragenlijst op punt staat, wordt deze getest. Hierbij wordt de duur van de vragenlijst nagegaan. Men kan dit testen binnen het team. Het is belangrijk om de duur van de bevraging te beperken tot het strikt noodzakelijke. Het is namelijk zo dat respondenten vaak onaanblijvend gaan worden als de enquête te lang duurt. (Giesen, Meertens, Vis-Visschers, Beukenhorst, 2010)

4.3 Het ontwerpen van de vragenlijsten

Zoals hierboven aangegeven worden in deze fase van het proces de teksten, structuur en vormgeving van de vragenlijst gemaakt. Dit is vaak een moeilijke opdracht omdat het team keuzes moet maken wat betreft inhoud en aantal vragen. Een teveel aan vragen is nooit goed want dit kan de patiënt overbelasten waardoor hij minder zorgvuldig zal antwoorden op de vragen. De basisregel bij het ontwerpen van een vragenlijst is simpel: zorg dat de respondent de vragen begrijpt, in staat is een antwoord te geven en ook bereid is om dit te doen. Verder bestaan er wel enkele algemene aandachtspunten bij het ontwerpen van een vragenlijst, die hier verder besproken zullen worden.

4.4 Algemene aandachtspunten

Het eerste aandachtspunt bij het ontwerpen van een vragenlijst is betrouwbaarheid en validiteit. Betrouwbaarheid duidt op de mate waarin je bij herhaalde metingen van hetzelfde concept hetzelfde meetresultaat krijgt. Validiteit slaat op het concept dat gemeten wordt. Het is als onderzoeker belangrijk dat het concept dat je meet ook datgene is dat je wilde meten. Bij het streven naar deze 2 pijlers moeten de vragen aan 2 voorwaarden voldoen. Zo moet de vraag door iedere respondent op dezelfde wijze opgevat worden en moet iedere respondent de vraag begrijpen zoals de onderzoeker ze bedoelde.

Om deze voorwaarden succesvol na te leven, is het voor de onderzoeker belangrijk om de vragenlijst altijd op dezelfde manier af te nemen. Indien de respondent vragen heeft, moet de onderzoeker deze vragen altijd op dezelfde manier beantwoorden. Continuïteit en uniformiteit zijn dus twee belangrijke waarden in dit gebeuren.

Verder moet er ook belang gehecht worden aan het responsproces. De vraag correct beantwoorden, is voor de respondent vaak moeilijker dan gedacht. Om een beter zicht te krijgen op de gedachtegang van een respondent bij het beantwoorden van een vraag, bestaat er een responsproces model. Dit model onderscheidt vier stappen die een respondent kan overlopen bij het beantwoorden van een vraag:

1. Het begrijpen van de vraag;
2. Ophalen van de benodigde informatie;
3. Beoordelen van de informatie;
4. Formuleren van een antwoord.

Het is niet zo dat een respondent altijd alle stappen van dit proces overloopt bij het beantwoorden van een vraag. Op eenvoudige vragen hebben ze vaak meteen een antwoord klaar. (Giesen, Meertens, Vis-Visschers, Beukenhorst, 2010)

Het overlopen van een vragenlijst met de respondent kan gezien worden als een gesprek. Een belangrijk gegeven hierbij is dat er rekening moet gehouden worden met de normen die in het dagelijks leven ook gelden in een gesprek. Algemeen bestaan er vier principes van een conversatie:

1. Kwantiteit: geef de nodige hoeveelheid informatie voor het doel van het gesprek;
2. Kwaliteit: spreek enkel de waarheid;
3. Relevantie: haal geen irrelevante zaken in het gesprek;
4. Wijze: een korte en duidelijke bijdrage aan het gesprek maken.

Er wordt verwacht dat de onderzoekers deze principes ook toepassen bij het opstellen van de vragenlijst.

Het volgende aandachtspunt is de soorten taal in vragenlijsten. Respondenten kijken niet enkel naar de tekst op een vragenlijst, maar ook andere aspecten die als taal kunnen gezien worden. Zo is er ook nog de numerieke, symbolische en grafische taal terug te vinden in een vragenlijst. Een belangrijk aandachtspunt bij het opstellen van een vragenlijst is consistentie. Dit wil zeggen dat toelichtingen altijd op dezelfde manier aangegeven moeten worden.

Tot slot worden de belangrijke bronnen van meetfouten besproken. Meetfouten tijdens een enquête kunnen op allerlei manieren ontstaan en zijn uiteraard niet wenselijk. De eerste bron van meetfouten is 'satisficing'. Dit wil zeggen dat respondenten vaak geen tijd of zin hebben om met volle aandacht mee te werken aan een enquête. Ze zullen niet alle stappen in het responsproces overlopen, wat leidt tot meetfouten.

Een andere bron van meetfouten is het sociaal wenselijk antwoorden. Kort gezegd betekent dit dat respondenten hun antwoorden zullen aanpassen tot een maatschappelijk aanvaardbaar antwoord.

4.5 Ontwerpen van vragen

Het belangrijkste aspect bij het opstellen van vragen is de vorm van de vraag, namelijk open vragen. Dit zijn vragen waarmee je de bevragee uitnodigt om zoveel mogelijk informatie te geven. Men geeft de bevragee alle ruimte om een antwoord te bedenken.

(<http://www.carrieretijger.nl/functioneren/communiceren/mondeling/vaardigheden/vragen-stellen/open-vragen-stellen>, geraadpleegd op 8/5/2015)

Een goede open vraag is kort en eenvoudig en begint meestal met “Wat vindt u van...”. Dit is de meest neutrale manier om de mening van de bevragee te krijgen. Het gebruik van “waarom” wordt sterk afgeraden omwille van het verwijtende karakter.

Na het stellen van de vraag is het belangrijk om enkele seconden te zwijgen zodat de bevragee op een rustige manier zijn antwoord kan formuleren. Het wordt dus afgeraden om de pauzes op te vullen met extra verduidelijkende informatie over de vraag. Wanneer de bevragee een antwoord formuleert, kan je merkbaar maken dat je luistert door te hummen. Eventueel vaagheden in het antwoord kan je nadien nog verduidelijken. Indien alles duidelijk is, kan je op een vragende toon samenvatten wat de bevragee zonet geantwoord heeft.

(<http://www.carrieretijger.nl/functioneren/communiceren/mondeling/vaardigheden/vragen-stellen/open-vragen-stellen>, geraadpleegd op 8/5/2015)

Naast het belang van open vragen, zijn er nog enkele andere aandachtspunten waarmee rekening dient gehouden te worden.

Ten eerste dient er enkel gevraagd te worden naar zaken die de correspondent weet. Om een zo correct mogelijk antwoord te kunnen krijgen, is het belangrijk om enkel dingen te vragen waar de respondent goed op kan antwoorden. Het is belangrijk om extra op te passen bij onder andere vragen die betrekking hebben op een verleden en hypothetische vragen. Zulke vragen leveren doorgaans amper betrouwbare informatie op. (Giesen, Meertens, Vis-Visschers, Beukenhorst, 2010)

Verder moeten de eenheid en periode per vraag altijd duidelijk zijn voor de respondent zodat hij precies weet wat het onderwerp van de vraag is.

Elke vraag mag slechts één vraag bevatten. Als er meerdere vragen in één vraag zitten, is het vaak niet duidelijk op welk deel van de vraag de respondent een antwoord geeft.

Je mag er ook als onderzoeker nooit vanuit gaan dat de respondent de nodige kennis heeft om een bepaalde vraag te beantwoorden. Als een respondent een vraag krijgt over een onderwerp waar hij niet de nodige kennis over heeft, zal hij vaak toch een antwoord geven omdat hij bijvoorbeeld niet wil toegeven dat hij nog nooit over dat onderwerp gehoord heeft. Het antwoord op die vraag is dus niet relevant.

Nog een belangrijk aspect is het gebruik van eenduidige woorden en definities waar nodig. Dit is noodzakelijk om een juist antwoord op de vraag te krijgen. Dit zijn woorden die maar op 1 manier geïnterpreteerd kunnen worden. Ook het geven van definities is aangeraden om te voorkomen dat de respondent je moet onderbreken tijdens de vraagstelling.

Een deel van de respondenten die gaan bevragee worden, zijn patiënten op een geriatrische afdeling. Dit zijn oudere mensen die het vaak moeilijk hebben om woorden te begrijpen. Daarom is het aangewezen om steeds gebruik te maken van

eenvoudige taal die voor iedereen te begrijpen is. Eenvoudige taal houdt ook in dat er gebruikt gemaakt wordt van korte vragen en veel voorkomende woorden.

Tot slot is het belangrijk om duidelijk te maken wat het gewenste antwoordformaat is. Aan de hand van de manier waarop de vraag gesteld wordt, moet de respondent weten hoe hij op de vraag moet antwoorden. (Giesen, Meertens, Vis-Visschers, Beukenhorst, 2010)

5 Patiënten brochure

5.1 Inleiding

Anno 2014 zijn patiënten mondig en hebben ze een duidelijke behoefte om actief betrokken te worden bij hun zorg- en/of hulpverleningsproces en de beslissingen die hierin genomen worden. Deze gezondheidszorg veronderstelt een eenduidige communicatie van soms complexe informatie vanuit diverse disciplines naar de patiënt. Indien we de patiënt zelfstandig weloverwogen keuzes willen laten maken, is kwaliteitsvolle informatie essentieel. Dit betekent dat de informatie enerzijds inhoudelijk valide en patiënt gecentreerd dient te zijn en anderzijds vormelijk begrijpelijk en logisch opgebouwd moet zijn.

Concreet betekent dit dat zowel de mondelinge als de schriftelijke informatiebronnen binnen de patiënten communicatie dienen te beantwoorden aan bovenstaande criteria. Binnen dit deel wordt vooral de focus gelegd op het schriftelijk materiaal, met name de patiënten brochure. Dit neemt niet weg dat de mondelinge toelichting van hulp- en zorgverleners aan patiënten overbodig is. Niets is minder waar. Een brochure vormt een visuele ondersteuning naast mondelinge informatie en kan deze nooit vervangen.

5.2 Voorwaarden voor een goede patiënten brochure

5.2.1 Opbouw

Om te komen tot een logische en patiënt gecentreerde opbouw van de patiënten brochure dient er vooraf grondig nagedacht te worden over de aanpak van het geheel. Er kan een draaiboek opgesteld worden waarin een keuze voor een bepaalde strategie gemaakt wordt. Volgende bedenkingen kunnen hierbij richtinggevend zijn:

- Wat is of zijn de doelstellingen van de brochure? Informeren, motiveren, kennis overdragen, geruststellen?
- Wie is de doelgroep? Wat is hun voorkennis? Leeftijd? Leesvaardigheid?
- Wat is de boodschap van de informatie? Hoe kunnen we de boodschap zo toegankelijk mogelijk maken? Hoe kunnen we de logica in de opbouw bewaken?
- Hoe dient de informatie verspreid te worden? Is de doelgroep bekend met schriftelijk informatiemateriaal? Welke verspreidingswijze heeft het meest effect? Kostenanalyse?
- Wat is de beste methode, aangepast aan de doelgroep? Verstaanbaar, uitnodigend?

Een degelijke afbakening van de doelgroep is van wezenlijk belang om te komen tot bruikbare patiënten informatie. Indien de mogelijkheden en beperkingen van de betreffende doelgroep duidelijk vooraf geanalyseerd zijn, zal dit de opbouw van de brochure ten goede komen. De communicatiestijl die gehanteerd wordt, dient afgestemd te zijn op de doelgroep.

Het schriftelijk materiaal is aangewezen voor het overbrengen van feiten en kennis als bijkomende ondersteuning naast de mondelinge toelichting. Dit vraagt van de betrokken voorlichters de nodige communicatieve vaardigheden en een degelijke kennis van de inhoud van de brochure. (Buysse, Decoene, DeVos, DeWulf, Pieteraerens, Schoupe, Vanderkerken en VanSteenbrugge, 2001) ([URL: users.telenet.be/voorzitter.uobel/patb.pdf](http://users.telenet.be/voorzitter.uobel/patb.pdf), geraadpleegd op 22/12/2014)

Indien de patiënten brochure voorzien is van een degelijke opmaak en inhoud kan deze zeker voordelen bieden. Er is bij patiënten sprake van een grotere impact op kennis, attitude en correcte toepassing ten aanzien van hun therapieplan. (Adepu, Girasek, Swamy, Wegner, 2012)

5.2.2 Inhoud

Een belangrijk kwaliteitskenmerk bij het opstellen van een patiënten brochure is de leesbaarheid ervan. In de praktijk loopt het betreffende dit criterium nogal eens mis. (Adepu et al. 2012). William H. DuBay verwijst in zijn tekst *The Principles of Readability* (2004) naar een onderzoek hieromtrent, verricht door Wegner en Girasek in 2003. Zij onderzochten de leesbaarheid van de montage instructies voor het plaatsen van kinderzitjes in de wagen. Voorgaande onderzoeken (1994, 1996, 1997 en 2000) hadden aangetoond dat het incorrect gebruik van het kinderstoeltje in de wagen de grootste risicofactor vormde voor het oplopen van letsels in een verkeersongeval bij kinderen tussen 1 en 14 jaar. Verder bleek ook uit deze onderzoeken dat 79 tot 94% van kinderstoeltjes in de wagen incorrect werden gebruikt. Wegner en Girasek stelden in hun onderzoek als uitgangspunt het onvoldoende begrijpen van de handleiding voor het monteren van de kinderstoeltjes. Ze verwezen hierbij naar The National Adult Literacy Study, verricht in de Verenigde Staten door the National Center for Educational Statistics in 1993, waaruit blijkt dat de gemiddelde volwassene in de Verenigde Staten leest op een niveau eerste jaar middelbaar onderwijs. Het gemiddelde niveau van de 107 door hen bestudeerde montage-en gebruiksinstructies situeerde zich op het niveau vierde jaar middelbaar onderwijs, wat te hoog gegrepen bleek voor 80 % van de volwassen lezers.

Een mogelijke kloof tussen de leesbaarheid van de patiënten folder en het leesniveau van de betrokkene brengt dus een reëel probleem met zich mee. Om de leesbaarheid van een bestaande tekst op een objectieve en evidence based wijze te screenen op leesbaarheid, werden vandaar de leesbaarheidsformules ontwikkeld.

De Amerikaanse schrijfadviceur Rudolf Flesch presenteerde in *The art of readable writing* in 1949 een leesbaarheidsformule waarbij het leesgemak gelijk is aan:

$$206,84 - (0,85 \times \text{het aantal lettergrepen per 100 woorden}) - (1,02 \times \text{gemiddelde zinslengte}).$$

De formule neemt een tekst van honderd woorden en telt het aantal woorden per zin, de lettergrepen en voorspelt het niveau van het leespubliek. De Flesch reading ease score wordt nog steeds als criterium gehanteerd in de beoordeling van leesbaarheid voor Engelstalige teksten en patiënten brochures. (Archer, Barrett, Chan, Dargan, Douma, Flesch, Potter en Wood, 2014) Basis uitgangspunten hierin vormen de lengte van de gebruikte woorden en zinnen. Korte, eenvoudige woorden en korte zinnen dragen bij tot de betere leesbaarheid van de tekst.

De landbouwsocioloog Douma (1960) paste de formule aan naar het Nederlands door beide constanten, met name woordlengte en zinslengte, met 10% te verminderen. Zijn argumentatie hierbij was dat het Engels minder woorden nodig heeft dan het Nederlands en dat Nederlandse woorden gemiddeld meer lettergrepen omvatten. Het grootste bezwaar hierbij is toch wel dat er geen wetenschappelijke onderbouwing is voor deze argumentatie.

De Flesch-Doumaformule stelt het leesgemak gelijk aan:

$$206,84 - (0,77 \times \text{woordlengte}) - (0,93 \times \text{zinslengte}).$$

De bekomen score voorspelt de leesbaarheid van de betreffende tekst volgens het opleidingsniveau van de lezer:

- 0-30: academici
- 30-50: studenten hoger onderwijs
- 50-60: hoger middelbaar onderwijs
- 60-70: lager middelbaar onderwijs
- 70-80: vijfde en zesde leerjaar basisschool
- 80-90: derde en vierde leerjaar basisschool
- 90-100: eerste en tweede leerjaar basisschool

In het St Thomas ziekenhuis te Londen werd een onderzoek uitgevoerd waarbij de Flesch Reading Ease test gebruikt werd (Archer et al. 2014). Een tweezijdige folder werd ontworpen voor patiënten die ontslagen waren uit het ziekenhuis na een Paracetamol® (analgetische en antipyretische werking) intoxicatie. De patiënten werd gevraagd om de brochure te lezen en hierna een vragenlijst in te vullen aangaande de brochure. De leesbaarheid werd beoordeeld aan de hand van de Flesch Reading Ease Score. Er waren 30 patiënten (15 mannen, 12 vrouwen en 3 niet geregistreerd) betrokken bij het onderzoek waarvan de gemiddelde leeftijd zich tussen de 13 en 38 jaar situeerde.

De Flesch Reading Ease Score werd vastgesteld op 67,6 met een maximum van 100. Zoals bovenstaande tabel weergeeft is dit een score met een gemakkelijk verstaanbare leesbaarheid voor een 13-15 jarige leerling middelbaar onderwijs.

De patiënten brochure werd door de patiënten als zeer goed ontvangen. (Archer et al. 2014)

In 2010 toonde een studie gepubliceerd in the Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh (Fitzsimmons, Michael, Hulley, Scott, 2010) aan dat de SMOG analyse de voorkeur kreeg als leesbaarheidsformule betreffende patiënten informatiemateriaal. Deze analyse is eveneens gebaseerd op de zins- en woordlengte. Er bestaat echter geen statistische validiteit voor deze schaal in een andere taal dan het Engels.

Het onderzoek van Frost, Thiemann en Thompson (1999) bevestigt het belang van het technische leesbaarheidsniveau van de informatie naast aspecten van helderheid en geloofwaardigheid van de informatie, up to date niveau van de inhoud en het feit of de patiënt de informatie aanvaardt en bereid is om er iets mee te doen.

5.2.3 Design

In het onderzoek van Frost et al. (1999) waarvan hierboven sprake, werden ook designaspecten van uitgeprint informatiemateriaal beoordeeld. Er bleek duidelijk dat enkele designaspecten een merkkelijk lagere score voor belangrijkheid kregen toegekend. Hier ging het dan vooral om aantrekkelijkheid en het feit of het materiaal voldoende in het oog sprong. Ook het gebruik van kleuren werd niet echt als een voordeel ervaren. Indien er geopteerd werd voor kleurenmateriaal, bleek wel dat de aard van de kleur dient aan te sluiten bij het onderwerp. Er werd bijvoorbeeld voor een oncologische programmapfolder bij vrouwen gekozen voor paars tinten.

Een brochure dient niet noodzakelijk in kleur afgeprint te worden, maar de opmaak van de brochure moet logisch en gestructureerd zijn (Frost et al. 1999). Factoren die hiertoe bijdragen zijn:

- Een korte betekenisvolle titel van de brochure;
- Een duidelijke indeling op basis van titels en subtitels waardoor inhoud makkelijk terug te vinden is;
- Lettergrootte 14 voor de reguliere tekst en lettergrootte 16 of 18 vetgedrukt voor de titels. Dit aspect bleek vooral bij oudere lezers van belang;
- Het aanbrengen van een verticale lijn tussen kolommen en het gebruik van witte vrije ruimte.

Het design van informatiemateriaal kan op een objectieve wijze beoordeeld worden aan de hand van de Baker Able leaflet design score (Mathew, Rajiah, Sharma, 2013). Deze scores zijn gebaseerd op de lengte van tekstlijnen, spaties, lettertype en lettergrootte, percentage witte ruimte en papierkwaliteit. Een document met een minimale score van 25 wordt beschouwd als een document met een goede lay-out en design. De presentatie is van groot belang in functie van leesbaarheid en

begrijpbaarheid. De tekst dient opgebouwd te zijn met een voldoende groot lettertype dat gemakkelijk leest. Een schreefloze letter (zonder dwarsstreepjes aan de uiteinden) krijgt de voorkeur boven een schreefletter. Schreefletters vereisen grotere letters om voldoende leesbaar te zijn. Voorbeelden van goede (schreefloze) lettertypes zijn Verdana, Century Gothic, Sun, Arial. Er wordt ook aangeraden om maximaal twee verschillende lettertypes te gebruiken en best geen of zo weinig mogelijk cursief. (Gelijke Kansen Vlaanderen, 2015)

Verschillende kleuren en tekstgroottes kunnen gebruikt worden om onderscheid te maken in inhoud, bijvoorbeeld in de titels. Nummering in de titels zal de lezer helpen om de tekst te volgen. Dit is vooral belangrijk indien de brochure verschijnt in een recto verso versie en verschillende keren geplooid wordt. De hoofdtitels worden best links geplaatst en niet centraal.

Design characteristics	3 points	2 points	1 points	0 points
Lines 50-89 mm long			Yes	No
Seperation between lines	> 2.8mm	2.2-2.8mm		< 2.2mm
Lines unjustified			Yes	No
Serif typeface		Yes		No
Type size	12 point	10-11 point	9 point	< 9 point
First Line indented			Yes	No
Titles lower case			Yes	No
Italics		0 words	1-3 words	≥ 4 words
Positive advice		Positive		Negative
Headings standout		Yes		No
Numbers all Arabic			Yes	No
Boxed text			0-1Box	> 1 box
Pictures	Words count not replace	In between	In between	None or Superfluors
Number of colors	4	3	2	1
White space	>40%	30-395	20-29%	<20%
Paper quality	> 90gsm	75-90gsm		< 75gsm

Tabel 2: Baker Able Leaflet Design (Bald) Assessment Tool

Bron: http://www.jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2013&month=December&volume=7&issue=12&page=2800&id=3762

Volgens Frost et al. (1999) bleken patiënten een duidelijke voorkeur te tonen voor uitgeprint informatiemateriaal. De kosten voor het ontwikkelen van de brochures wegen dan ook niet op tegen de tijdsinvestering die professionele hulpverleners besteden aan het begeleiden van patiënten en familie in het vinden van informatie online. Recente ontwikkelingen in de digitale media kunnen hierop mogelijks een antwoord bieden, bijvoorbeeld door gebruik van tablet systemen die gebruiksvriendelijk en zeer toegankelijk zijn.

6 Besluit theoretisch deel

Een leerwerkplaats wordt kwalitatief hoger ingeschat omdat de studenten meer verantwoordelijkheid krijgen dan op een reguliere werkplaats. Er wordt meer aandacht besteed aan zelfreflectie en feedback en men leert om op een constructieve manier samen te werken. Het belangrijkste voordeel voor de student is enerzijds het leren “van en met elkaar”. Anderzijds toont de leerwerkplaats een groter belang voor het interdisciplinair samenwerken en leiderschap, 2 belangrijke factoren die men nodig heeft bij het uitvoeren van een job in de zorgsector. Men hecht een groot belang aan de implementatie van leerwerkplaatsen in een ziekenhuis. Door een betere samenwerking tussen de actoren ontwikkelen de studenten een correcte en professionele manier van werken.

Er worden steeds meer disciplines bij een zorgpad betrokken, met als gevolg een grotere nood aan interdisciplinair samenwerken in de gezondheidszorg. Dit zorgt voor voordelen in het belang van de patiënt, de organisatie en de zorgverlener. Door gecoördineerde inspanningen uit te voeren, wil men een betere samenwerking bekomen. Een interdisciplinaire opleiding en stage op een interdisciplinaire leerwerkplaats zorgt ervoor dat studenten een positievere attitude ontwikkelen ten opzichte van andere disciplines.

De slaagkansen van het interdisciplinair samenwerken zijn afhankelijk van de persoonlijke kwaliteiten en inzet van het personeel, de communicatie binnen het team en de ontwikkeling van creatieve werkmethodes.

Volgens de wet patiëntenrechten van 22 augustus 2002 is een informed consent nodig voor alle medische tussenkomsten. De patiënt moet zelf verantwoordelijkheid en vrijheid hebben om zijn eigen keuzes te kunnen maken. Men streeft op deze manier naar een grotere inspraak van de patiënt.

In deze bachelorproef is het opzet een patiënten brochure te ontwikkelen vanuit het perspectief van de patiënt. Dit gebeurt door de patiënt te bevragen en alzo de brochure op maat van de toekomstige patiënt te maken. Men start met het ontwikkelen van vragenlijsten, waarbij men het onderwerp afbakt en het meten van de indicators bepaalt. Vervolgens kan men beginnen met het ontwerpen van de vragenlijsten. Hierbij is het belangrijk rekening te houden met enkele aandachtspunten zoals betrouwbaarheid en validiteit.

Een patiënten brochure wordt opgebouwd om kwaliteitsvolle informatie te verstrekken aan de patiënt. De informatie moet enerzijds inhoudelijk valide en patiënt gecentreerd zijn en anderzijds moet deze begrijpelijk en logisch zijn opgebouwd. Bij de inhoud is de leesbaarheid en doelgroep van belang, waarbij men best gebruik maakt van de leesbaarheidsformule. Het design moet aantrekkelijk zijn en in het oog springen. De aard van de kleur moet aansluiten bij het onderwerp.

Op basis van deze literatuurstudie zal in het praktisch gedeelte beschreven worden hoe we te werk zijn gegaan bij het afnemen van de vragenlijst en het verwerken van de gegevens van de vragenlijst, met als gevolg de brochure voor de patiënten op de toekomstige interdisciplinaire leerwerkplaatsen.

Praktisch deel

1 Verloop

1.1 Inleiding

De doelstelling van deze bachelorproef was het ontwikkelen van een patiënten informatiebrochure voor patiënten die gehospitaliseerd worden op één van de 4 interdisciplinaire leerwerkplaatsen.

Deze leerwerkplaatsen situeren zich binnen vier Limburgse ziekenhuizen, met name het a.z. Vesalius Tongeren, het Jessa Ziekenhuis Hasselt, het Regionaal Ziekenhuis Sint Trudo Sint Truiden en het Sint Franciskusziekenhuis Heusden. Deze Limburgse zorginstellingen hebben zich geëngageerd om mee te werken aan het onderwijs innovatie project (OIF) ' Interdisciplinaire leerwerkplaatsen', waarbinnen dit afstudeerproject kadert. De ziekenhuizen a.z. Vesalius en RZ Sint Trudo zullen dit project laten plaatsvinden op de afdeling SP locomotorisch, het Jessa ziekenhuis en het Sint Franciskusziekenhuis opteerden voor een afdeling acute geriatric om de interdisciplinaire leerwerkplaats uit te bouwen.

De informatiebrochures dienen inhoudelijk gericht te zijn op de specifieke typering van de afdeling enerzijds en worden anderzijds, wat betreft vormgeving, bepaald door de eigenheid van de zorginstelling.

We kozen voor het uitwerken van een brochure omdat we de patiënt informatie willen aanbieden over het concept van de interdisciplinaire leerwerkplaats waar de patiënt verblijft. Naast de mondelinge toelichting door studenten en verpleegkundigen bij opname, draagt een brochure ertoe bij dat de informatie opnieuw kan geraadpleegd worden; informatie die in een voor de patiënt begrijpbare taal wordt aangeboden.

1.2 Plan van aanpak

Gezien er een patiënten informatiebrochure moest ontwikkeld worden voor twee verschillende doelgroepen splitste onze studentengroep zich voor de uitwerking van het praktisch deel ook op in twee subgroepen. Fien Claessens en Davine Gemis richtten zich naar de doelgroep patiënten op de afdeling SP locomotorisch. Tom Schiepers en Elisabeth Schroeder focusten zich op de doelgroep acute geriatric.

Om de patiënten brochure inhoudelijk op te bouwen is de inbreng van betreffende patiënten essentieel. De eerste stap was bijgevolg het bevragen van actuele patiënten op de hoger genoemde diensten van de verschillende ziekenhuizen. Vooraleer te kunnen starten met het bevragen van patiënten diende er eerst een positief advies gegeven worden door de Ethische Toetsingscommissie. Dit voorstel werd ingediend bij de Ethische Toetsingscommissie van de vier deelnemende ziekenhuizen. Verder diende elke patiënt voor de bevraging op de hoogte gesteld te worden van het doel en opzet van de bevraging en gaf de patiënt via een informed

consent toestemming tot verzamelen en verwerken van de gegeven antwoorden.

Het streefdoel in het aantal bevragingen werd vooraf gesteld op 30 ingevulde vragenlijsten per specialisme. Een voldoende groot aantal bekomen antwoorden is belangrijk in functie van het formuleren van correcte besluiten in de verwerking nadien.

De bekomen antwoorden werden verwerkt en boden vervolgens relevante input voor de inhoudelijke uitwerking van de brochure. Er werd dus voor elke interdisciplinaire leerwerkplaats een informatiebrochure ontwikkeld, op maat van de specifieke doelgroep.

2 Bevragingen

2.1 Vragenlijsten

Het concept 'interdisciplinaire leerwerkplaats' is tot op heden vrijwel ongekend bij patiënten en hun familie.

De informatie die we wensten mee te geven aan de patiënt bij opname op een interdisciplinaire leerwerkplaats moet vooral voor de patiënt en zijn naasten relevant en bruikbaar zijn. Hiertoe wilden we, aan de hand van een bevraging, een inventaris uitbouwen met gegevens die belangrijk zijn om op te nemen in de brochure. Binnen beide studentengroepen werden identieke vragenlijsten gehanteerd. In de opstelling van de vragenlijst werd ervoor gekozen om te werken met open vragen. Dit laat de respondent alle vrijheid in het beantwoorden van de vraag. Met andere woorden, door het gebruik van open vragen werd elke sturing en beïnvloeding van de aard en lengte van de antwoorden vermeden.

Volgende vragen werden opgenomen in de vragenlijst:

1. Hoe zou je het vinden om als patiënt opgenomen te worden op een afdeling waarbij het team enkel bestaat uit studenten?
2. Wat zou je willen weten als je opgenomen wordt op deze afdeling, wanneer het team enkel bestaat uit studenten?
3. Wat vind je zeer belangrijk om terug te vinden in een patiënten informatiefolder wanneer je zou opgenomen worden op zo'n afdeling?
4. Wat vind je minder belangrijk om terug te vinden in een patiënten informatiefolder?

2.2 Bevragen van patiënten

Elke studentengroep nam contact op met de hoofdverpleegkundige van de toegewezen ziekenhuizen. Voor de studenten die zich toegelegd hebben op het ontwikkelen van de brochure voor de patiënten op de afdeling SP locomotorisch waren dit het a.z. Vesalius en het RZ Sint Trudo; voor de studenten die zich

toegelegd hebben op het ontwikkelen van de brochure voor de patiënten op de afdeling acute geriatrie waren dit het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator, en het Sint Franciskusziekenhuis.

Alle mogelijk te bevragen patiënten werden vooraf aangeduid in overleg met de hoofdverpleegkundige. Patiënten die omwille van dementie of afasie ten gevolge van CVA niet zelfstandig konden antwoorden op de door ons gestelde vragen werden niet weerhouden in de bevravingsgroep. Eerst werden patiënten geïnformeerd over de bevraging, doel, tijdsduur van de bevraging en werd hun medewerking gevraagd. De vragen werden na het ondertekenen van het informed consent door één student voorgelezen en zo nodig herhaald. De gegeven antwoorden werden ter plaatse genoteerd door de tweede student. Deze procedure verliep identiek in alle hoger genoemde ziekenhuizen.

Binnen de periode januari-februari 2015 werd elke afdeling SP locomotorisch twee maal bezocht. Beide afdelingen acute geriatrie werden in totaal 5 maal bezocht.

3 Resultaten

Na het bevragen van 62 patiënten, namelijk 17 patiënten in het Sint-Trudo ziekenhuis, 15 patiënten in het AZ Vesalius ziekenhuis, 20 patiënten uit het Sint-Franciskus ziekenhuis en 10 patiënten uit het Jessa ziekenhuis campus Salvator. kon er gestart worden met het verwerken van al de verkregen informatie of de kwalitatieve data. De resultaten waren de antwoorden op de open vragen en de verwerking werd opgedeeld in 2 hoofdstukken: afdeling SP locomotorisch en afdeling geriatrie. Er werd gebruikt gemaakt van een specifieke analysemethode, waarbij gestart werd met het structureren van de kwalitatieve data om ze daarna te kunnen analyseren.

([http://www.eurib.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Onderzoek/v -
_Verwerken_van_kwalitatieve_data.pdf](http://www.eurib.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Onderzoek/v_-_Verwerken_van_kwalitatieve_data.pdf), geraadpleegd op 15/03/2015)

3.1 Afdeling SP locomotorisch

3.1.1 Het structureren van de kwalitatieve data

In eerste instantie werd de informatie geordend, alle niet-relevant tekst werd geschrapt. Indien patiënten bijvoorbeeld spraken over hoe goed ze de afdeling vonden, werd dit weggelaten, aangezien dit geen antwoord was op één van de gestelde vragen. Zo bekwamen we de overblijvende informatie die de essentie weergeeft om in de brochure aan bod te laten komen.

Bij het indelen van de overblijvende tekst kwamen we tot volgende weerkerende thema's:

1. Kennis en vaardigheden van studenten garanderen;
2. Inspraak van de patiënt;
3. Ruimte voor ontwikkeling van studenten;
4. Dagindeling;
5. Verloop van de revalidatie;
6. Werking van de dienst;
7. Interdisciplinaire samenwerking;
8. Communicatie;
9. Bezoekuren;
10. Supervisie gediplomeerde;
11. Veiligheidsgevoel;
12. Kostprijs van het ziekenhuisverblijf.

De thema's die de patiënten antwoordden op de vraag wat men minder belangrijk vond om te vermelden in een informatie brochure waren:

- Dagindeling;
- Bezoekuren;
- Eenpersoons- of tweepersoonskamer;
- Openingsuren winkeltje;
- Pastorale informatie.

Deze thema's zijn een weergave van hoe de antwoorden werden geïnterpreteerd. Vermits de patiënten de thema's niet letterlijk opnoemden, werden de aangehaalde synoniemen geplaatst onder de thema's. Het was opmerkelijk dat enkel voor de belangrijke aspecten synoniemen werden opgenoemd. De thema's die de patiënten minder belangrijk vonden om aan te halen in een brochure werden telkens specifiek met de titel van het thema benoemd. Bij het bepalen van de thema's was het belangrijk om niet te interpreteren, maar zo objectief mogelijk de antwoorden te analyseren.

Bij het analyseren werden per thema volgende synoniemen aangegeven:

1. Kennis en vaardigheden van studenten garanderen
 - a. Garantie dat de verzorging goed en volledig gedaan wordt;
 - b. Bekwaamheid van de studenten;
 - c. Toezicht op vaardigheden van studenten;
 - d. Motivatie studenten;
 - e. Kennis medicatie en verzorging;
 - f. Totaalzorg;
 - g. Aandacht voor de beleving van de patiënt;
 - h. Vriendelijkheid en gemanierd zijn;
 - i. Werking volgens protocol;
 - j. Opleidingsjaar.

2. Inspraak van de patiënt
 - a. Zelfstandigheid behouden;
 - b. Zelfzorg benadrukken;
 - c. Zelf kiezen wat je wil eten.

3. Ruimte voor ontwikkeling van studenten
 - a. De kans geven om te leren;
 - b. Vertrouwen hebben in de studenten;
 - c. Jonge mensen mogen oefenen;
 - d. Ervaring kunnen opdoen;
 - e. Ontplooiing van studenten;
 - f. Door te doen leren ze.

4. Dagindeling
 - a. Regelmaat van verzorging;
 - b. Wanneer er wat gaat gebeuren;
 - c. Op welke uren dat de medicatie en het eten worden gegeven;
 - d. Tijdstip en frequentie van kinesitherapie en ergotherapie;
 - e. Tijdstip van opstaan.

5. Verloop van de revalidatie
 - a. Duur van de opname;
 - b. Welke onderzoeken er gaan gebeuren;
 - c. Welke behandeling er zal plaats vinden;
 - d. Regelingen na ontslag;
 - e. Frequentie van bezoek aan kinesitherapie en ergotherapie.

6. Werking van de dienst
 - a. Algemene informatie van de dienst;
 - b. De personen die de verzorging gaan uitvoeren;
 - c. Werking van de afdeling in zijn geheel.

7. Interdisciplinaire samenwerking
 - a. Aanwezige disciplines;
 - b. Aanwezige dokters;
 - c. Hebben deze allemaal de juiste informatie;
 - d. Gemaakte afspraken tussen de disciplines.

8. Communicatie
 - a. Rekening houden met het vakjargon;
 - b. Open staan voor vragen;
 - c. Informatie over het ziektebeeld, de diagnose en de behandeling;
 - d. Informatie van kiné en ergo;
 - e. Welke onderzoeken wanneer moeten gebeuren;

- f. Voldoende info geven door de arts aan de andere disciplines en de studenten.
9. Bezoekuren: geen synoniemen.
10. Supervisie gediplomeerde
- a. Controle en toezicht op studenten;
 - b. De begeleiding en controle van de studenten;
 - c. Begeleiders in omgeving van de student;
 - d. Afwisseling verpleegkundigen.
11. Veiligheidsgevoel
- a. Handelingen in bedreigde situaties;
 - b. Betrouwbaarheid;
 - c. Kennis medicatie;
 - d. De bekwaamheid van de studenten.
12. Kostprijs van het ziekenhuisverblijf: geen synoniemen.
13. Eenpersoons- of tweepersoonskamer:
- a. Het verblijf op een eenpersoons- of tweepersoonskamer.
14. Openingsuren winkeltje: geen synoniemen.
15. Pastorale informatie: geen synoniemen.

3.1.2 Analyseren van de kwalitatieve data

3.1.2.1 Frequentie

Om de frequentie van het aantal aangehaalde thema's te bepalen, werd het aantal labels geteld op basis van de turftechniek. Een label geeft expliciet het onderwerp van een tekstfragment weer. De frequentie per thema werd bekomen.

Na het bepalen van de frequenties werden de thema's volgens een hiërarchische structuur geplaatst. Men verkreeg een zicht op welke thema's het meest werden aangehaald. Dit werd per vraag gerealiseerd en samengevat tot een overzichtelijke tabel.

Frequentietabel 1: vraag 1: “Hoe zou je het vinden, om als patiënt opgenomen te worden op een afdeling waarbij het team enkel bestond uit studenten?”

Thema's (5)	Aantal respondenten (n=32)
Kennis en vaardigheden van studenten garanderen	n = 20
Ruimte voor ontwikkeling van studenten	n = 13
Veiligheidsgevoel	n = 5
Supervisie gediplomeerde	n = 3
Inspraak van de patiënt	n = 1

Frequentietabel 2: vraag 2: “Wat zou je willen weten als je opgenomen werd op deze afdeling, wanneer het team enkel bestond uit studenten?”

Thema's (9)	Aantal respondenten (n=32)
Dagindeling	n = 7
Communicatie	n = 6
Interdisciplinaire samenwerking	n = 5
Werking van de dienst	n = 5
Bezoekuren	n = 3
Kostprijs van het ziekenhuisverblijf	n = 3
Verloop van de revalidatie	n = 3
Kennis en vaardigheden van studenten garanderen	n = 1
Inspraak van de patiënt	n = 1

Frequentietabel 3: vraag 3: “Wat vind je zeer belangrijk om terug te vinden in een patiënten informatiefolder wanneer je zou opgenomen worden op zo'n afdeling?”

Thema's (8)	Aantal respondenten (n=32)
Dagindeling	n = 14
Werking van de dienst	n = 9
Verloop van de revalidatie	n = 7
Bezoekuren	n = 6
Interdisciplinaire samenwerking	n = 6
Supervisie gediplomeerde	n = 5
Communicatie	n = 4
Kostprijs van het ziekenhuisverblijf	n = 2

Frequentietabel 4: vraag 4: “Wat vind je minder belangrijk om terug te vinden in een patiënten informatiefolder?”

Thema's (5)	Aantal respondenten (n=32)
Bezoekuren	n = 5
Eenpersoons- of tweepersoonskamer	n = 2
Dagindeling	n = 1
Openingsuren winkeltje	n = 1
Pastorale informatie	n = 1

Frequentietabel 5: samenvattende tabel: thema's vragen 1 tot en met 3.

Thema's (12)	Aantal respondenten (n=32)*
Dagindeling	n = 21
Kennis en vaardigheden van studenten garanderen	n = 21
Werking van de dienst	n = 14
Ruimte voor ontwikkeling van studenten	n = 13
Interdisciplinaire samenwerking	n = 11
Verloop van de revalidatie	n = 10
Communicatie	n = 10
Bezoekuren	n = 9
Supervisie gediplomeerde	n = 8
Kostprijs van het ziekenhuisverblijf	n = 5
Veiligheidsgevoel	n = 5
Inspraak van de patiënt	n = 2

* Er waren in totaal 32 respondenten die op 3 vragen geantwoord hebben, waarbij mogelijk hetzelfde thema weerkeerde in de 3 vragen.

3.1.2.2 Percentages

Na het hiërarchisch ordenen en de frequentie te bepalen, kan ook het procentuele aandeel per thema per vraag bepaald worden. Het percentage werd bepaald door het aantal stemmen te delen door het totaal aantal patiënten en dit te vermenigvuldigen met 100. Het percent per thema werd bekomen. Er werd afgerond tot 2 cijfers na de komma.

Percentagetabel 1: vraag 1: “Hoe zou je het vinden, om als patiënt opgenomen te worden op een afdeling waarbij het team enkel bestond uit studenten?”

Thema's (5)	Percentages
Kennis en vaardigheden van studenten garanderen	62,50%
Ruimte voor ontwikkeling van studenten	40,63%
Veiligheidsgevoel	15,63%
Supervisie gediplomeerde	9,38%
Inspraak van de patiënt	3,13%

Percentagetabel 2: vraag 2: “Wat zou je willen weten als je opgenomen werd op deze afdeling, wanneer het team enkel bestond uit studenten?”

Thema's (9)	Percentages
Dagindeling	21,88%
Communicatie	18,75%
Interdisciplinaire samenwerking	15,63%
Werking van de dienst	15,63%
Bezoekuren	9,38%
Kostprijs van het ziekenhuisverblijf	9,38%
Verloop van de revalidatie	9,38%
Kennis en vaardigheden van studenten garanderen	3,13%
Inspraak van de patiënt	3,13%

Percentagetabel 3: vraag 3: “Wat vind je zeer belangrijk om terug te vinden in een patiënten informatiefolder wanneer je zou opgenomen worden op zo'n afdeling?”

Thema's (8)	Percentages
Dagindeling	43,75%
Werking van de dienst	28,13%
Verloop van de revalidatie	21,88%
Bezoekuren	18,75%
Interdisciplinaire samenwerking	18,75%
Supervisie gediplomeerde	15,63%
Communicatie	12,50%
Kostprijs van het ziekenhuisverblijf	6,25%

Percentagetabel 4: vraag 4: “Wat vind je minder belangrijk om terug te vinden in een patiënten informatiefolder?”

Thema's (5)	Percentages
Bezoekuren	15,63%
Eenpersoons- of tweepersoonskamer	6,25%
Dagindeling	3,13%
Openingsuren winkeltje	3,13%
Pastorale dienst	3,13%

Percentagetabel 5: samenvattende percentages: thema's vragen 1 tot en met 3:

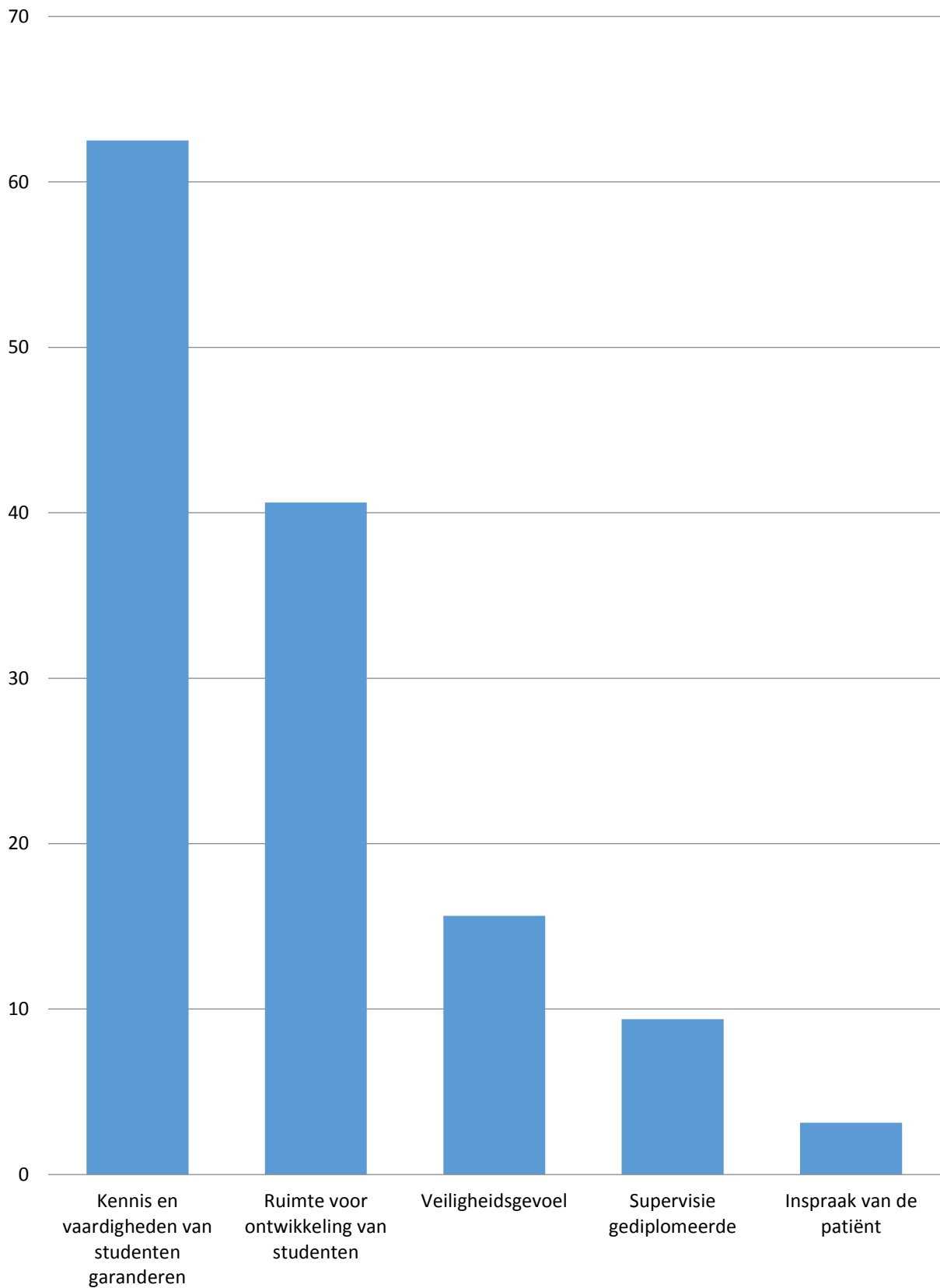
Thema's (12)	Percentages*
Kennis en vaardigheden van studenten garanderen	65,63%
Dagindeling	65,63%
Werking van de dienst	43,75%
Ruimte voor ontwikkeling van studenten	40,63%
Interdisciplinaire samenwerking	34,38%
Verloop van de revalidatie	31,25%
Communicatie	31,25%
Bezoekuren	28,13%
Supervisie gediplomeerde	25,00%
Veiligheidsgevoel	15,63%
Kostprijs van het ziekenhuisverblijf	15,63%
Inspraak van de patiënt	6,25%

* Er waren in totaal 32 respondenten die op 3 vragen geantwoord hebben, waarbij mogelijk hetzelfde thema weerkeerde in de 3 vragen.

3.2.2.3 Grafische weergave

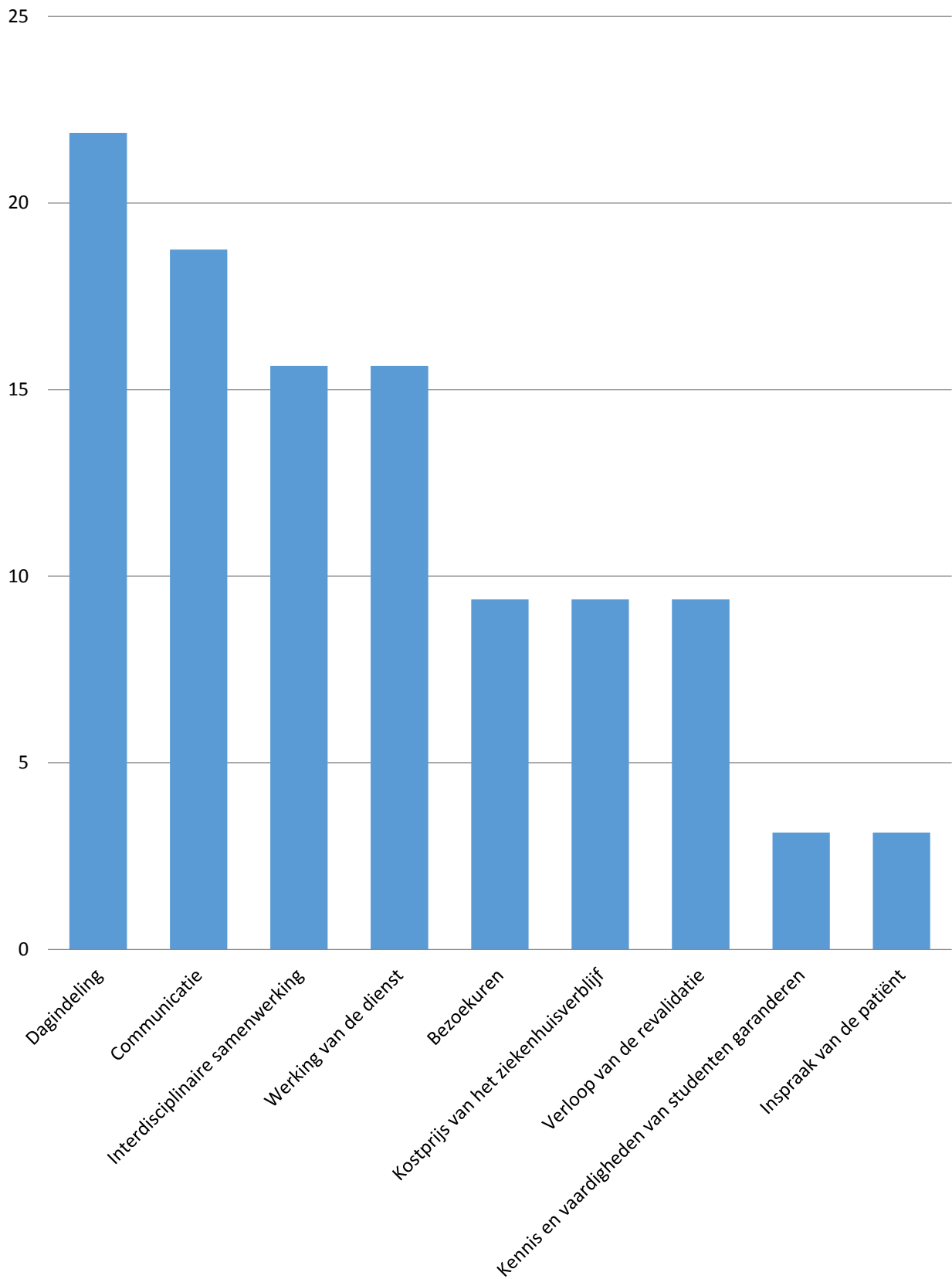
Nadat we op de hoogte waren van alle percentages, besloten we dit weer te geven aan de hand van een grafiek. Op deze manier is het eenvoudig om te zien welke thema's een hoger percentage hebben en dus meer aandeel van informatie krijgen in onze brochure. De grafieken werden gemaakt met het computerprogramma Microsoft Excel 2010.

Grafiek 1: vraag 1



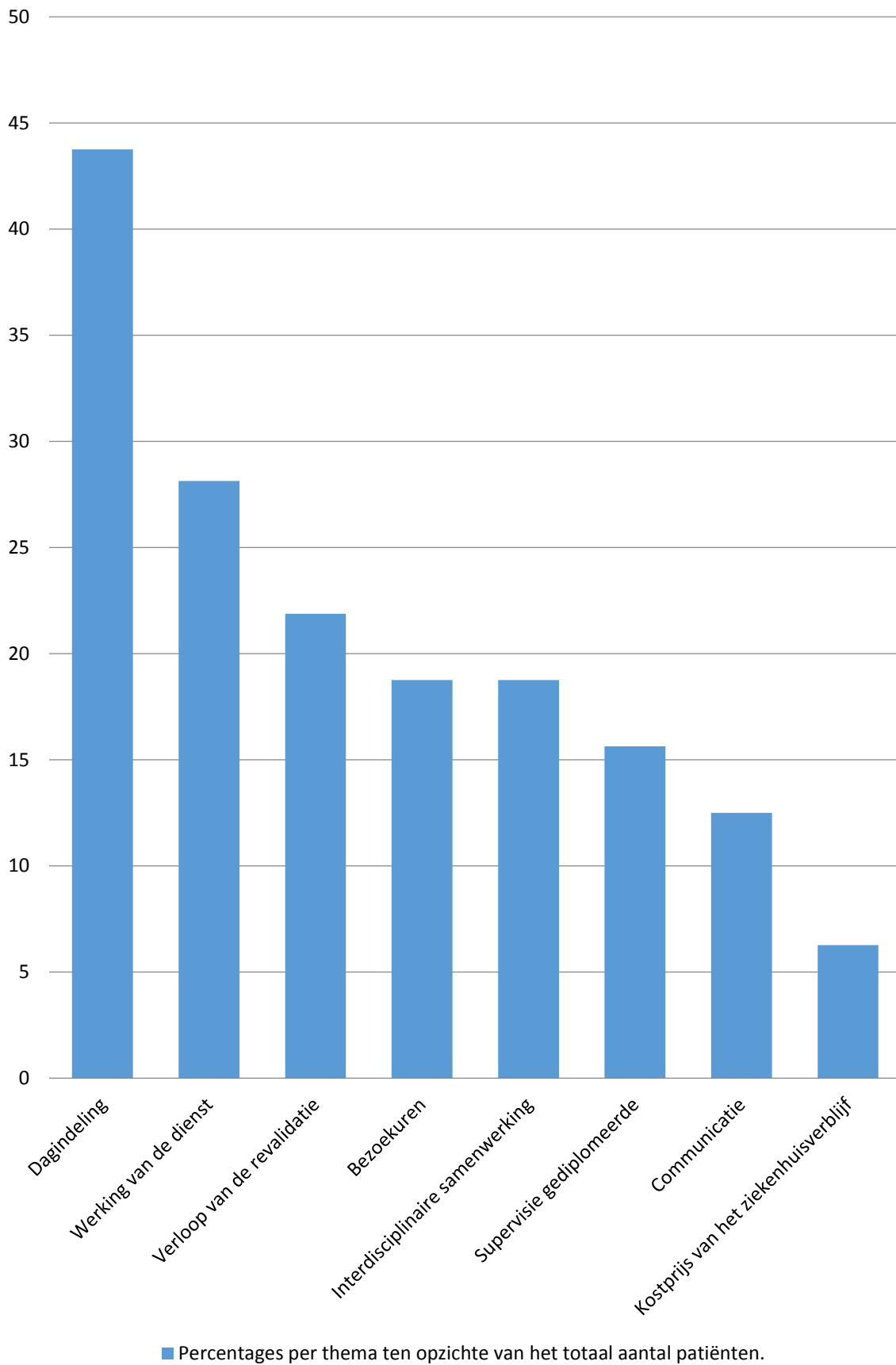
■ Percentages per thema ten opzichte van het totaal aantal patiënten.

Grafiek 2: vraag 2

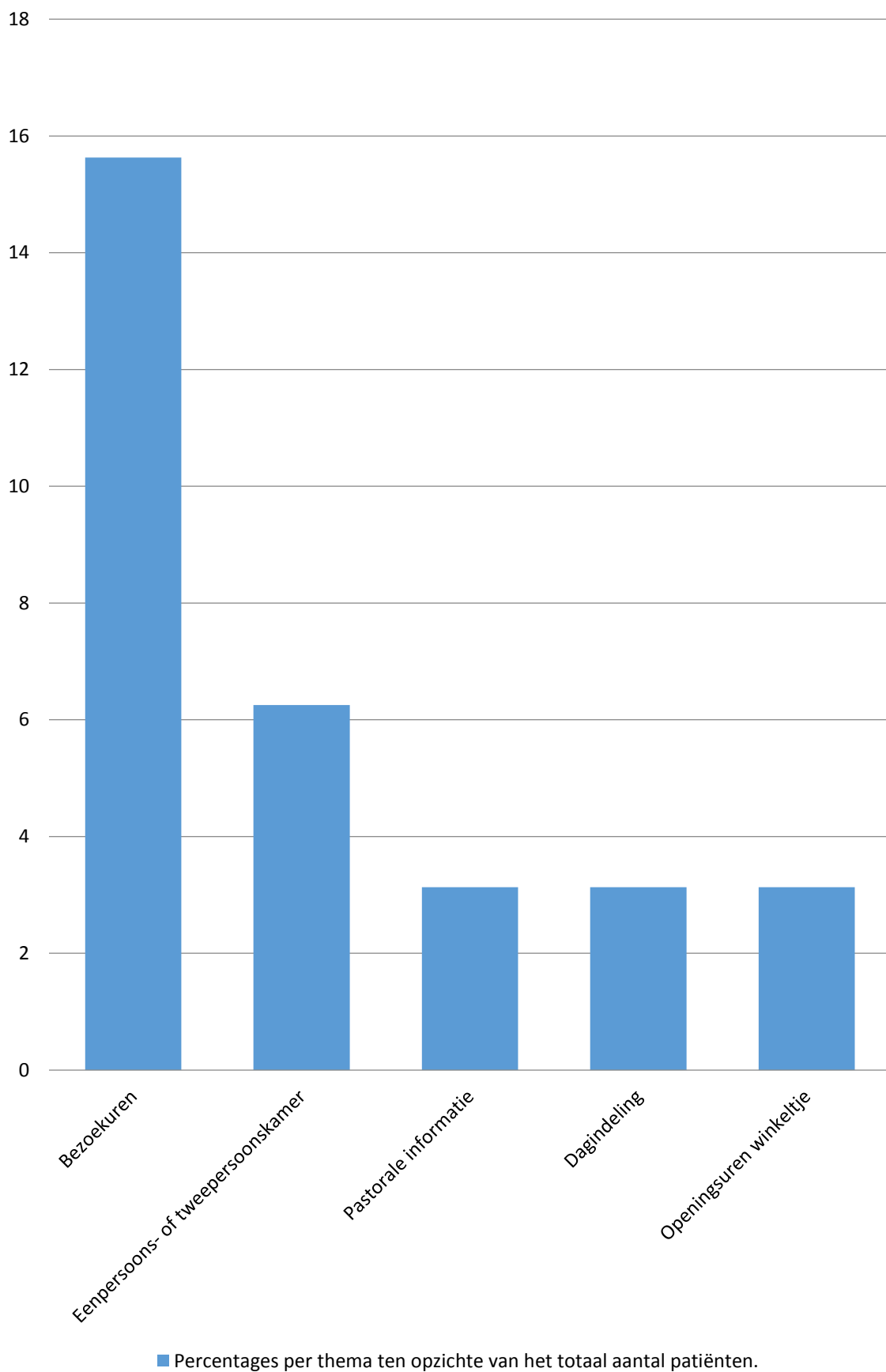


■ Percentages per thema ten opzichte van het totaal aantal patiënten.

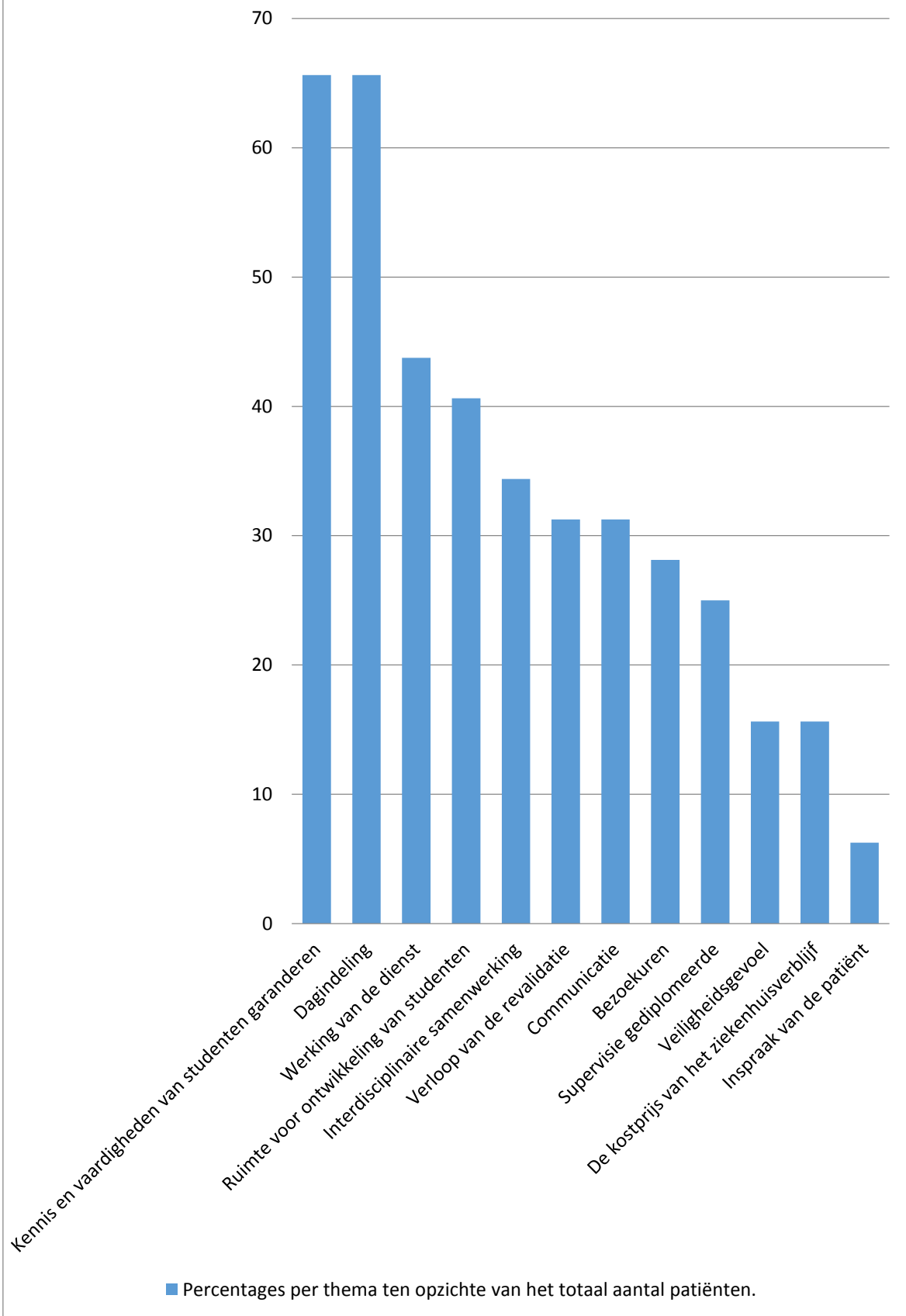
Grafiek 3: vraag 3



Grafiek 4: vraag 4



Grafiek 5: samenvattende grafiek: thema's vragen 1 tot en met 3



3.2 Afdeling geriatrie

3.2.1 Het structureren van de kwalitatieve data

Om de antwoorden verder te analyseren hebben we vervolgens de data onderverdeeld in steeds terugkerende thema's:

1. Vaardigheden van de studenten;
2. Werking van de dienst;
3. Dagindeling;
4. Supervisie gediplomeerde;
5. Inspraak van de patiënt;
6. Communicatie;
7. Interdisciplinaire leerwerkplaatsen.

Tijdens het analyseren van de steeds terugkerende thema's van de bevraging hebben we ze nogmaals kunnen onderverdelen in verschillende subgroepen (synoniemen) die de patiënten tijdens de bevraging belangrijk vonden om te vermelden.

1. Vaardigheden van de studenten
 - a. Bekwaamheid studenten;
 - b. Theoretische kennis studenten;
 - c. Mogelijkheid enkel laatstejaarsstudenten;
 - d. Toezicht verpleegkundige;
 - e. Stages en/of ervaringen van de studenten;
 - f. Zelfstandig instaan voor een patiënt;
 - g. Medicatiekennis van de studenten.
2. Werking van de dienst
 - a. Disciplines aanwezig op de afdeling;
 - b. Takenpakket studenten, uitvoering zorgen;
 - c. Algemene werking van de dienst.
3. Dagindeling
 - a. Duidelijk overzicht dagindeling;
 - b. Uitvoering van zorg;
 - c. Medicatieronde en toezicht.
4. Supervisie gediplomeerde
 - a. Takenpakket van de student;
 - b. Verantwoordelijke aanwezig op de dienst;
 - c. Verantwoording van de student;
 - d. Toezicht omtrent informeren patiënt.

5. Inspraak van de patiënt
 - a. Mogelijkheid zelfzorg;
 - b. Zelfzorg stimuleren.

6. Communicatie
 - a. Informeren van patiënten;
 - b. Mogelijkheid tot gesprek met verantwoordelijke;
 - c. Verloop communicatie.

7. Interdisciplinaire leerwerkplaatsen
 - a. Het nut ervan;
 - b. Disciplines aanwezig op de afdeling;
 - c. Communicatie omtrent leerwerkplaats.

3.2.2 Analyseren van de kwalitatieve data

3.2.2.1 Frequentie

Om de frequentie van de eerder vermelde thema's die werden besproken te kunnen tellen, werd het aantal labels geteld. Na het bepalen van de frequentie, werden de thema's op een beschrijvende manier geanalyseerd. Zo werden ze volgens hun belang in een hiërarchische structuur geplaatst.

Frequentietabel 1: vraag 1: "Hoe zou je het vinden, om als patiënt opgenomen te worden op een afdeling waarbij het team enkel bestond uit studenten? "

Thema's (4)	Aantal respondenten (n=30)
Interdisciplinaire leerwerkplaatsen	n = 7
Vaardigheden van de studenten	n = 5
Supervisie gediplomeerde	n = 4
Werking van de dienst	n = 2

Frequentietabel 2: vraag 2: “Wat zou je willen weten als je opgenomen werd op deze afdeling, wanneer het team enkel bestond uit studenten?”

Thema's (3)	Aantal respondenten (n=30)
Vaardigheden van de studenten	n = 15
Supervisie gediplomeerde	n = 13
Dagindeling	n = 4

Frequentietabel 3: vraag 3: “Wat vind je zeer belangrijk om terug te vinden in een patiënten informatiefolder wanneer je zou opgenomen worden op zo'n afdeling? “

Thema's (5)	Aantal respondenten (n=30)
Dagindeling	n = 18
Interdisciplinaire leerwerkplaatsen	n = 11
Werking van de dienst	n = 9
Communicatie	n = 6
Vaardigheden van de studenten	n = 4

Frequentietabel 4: vraag 4: “Wat vind je minder belangrijk om terug te vinden in een patiënten informatiefolder? “

Thema's (1)	Aantal respondenten (n=30)
Dagindeling	n = 1

Frequentietabel 5 : samenvattende tabel: thema's vragen 1 tot en met 3:

Thema's (6)	Aantal respondenten (n=30)*
Vaardigheden van de studenten	n = 24
Dagindeling	n = 22
Interdisciplinaire leerwerkplaatsen	n = 18
Supervisie gediplomeerde	n = 17
Werking dienst	n = 11
Communicatie	n = 6

* Er waren in totaal 30 respondenten die op 3 vragen geantwoord hebben, waarbij mogelijk hetzelfde thema weerkeerde in de 3 vragen.

3.2.2.2 Percentages

Percentagetabel 1: vraag 1: “Hoe zou je het vinden, om als patiënt opgenomen te worden op een afdeling waarbij het team enkel bestond uit studenten?”

Thema's (4)	Percentages
Interdisciplinaire leerwerkplaatsen	23,33%
Vaardigheden van de studenten	16,67%
Supervisie gediplomeerde	13,33%
Werking van de dienst	6,67%

Percentagetabel 2: vraag 2: “Wat zou je willen weten als je opgenomen werd op deze afdeling, wanneer het team enkel bestond uit studenten?”

Thema's (3)	Percentages
Vaardigheden van de studenten	50%
Supervisie gediplomeerde	43,33%
Dagindeling	13,33%

Percentagetabel 3: vraag 3: “Wat vind je zeer belangrijk om terug te vinden in een patiënten informatiefolder wanneer je zou opgenomen worden op zo'n afdeling?”

Thema's (5)	Percentages
Dagindeling	60%
Interdisciplinaire leerwerkplaatsen	36,67%
Werking van de dienst	30%
Communicatie	20%
Vaardigheden van de studenten	13,33%

Percentagetabel 4: vraag 4: “Wat vind je minder belangrijk om terug te vinden in een patiënten informatiefolder?”

Thema's (1)	Percentages
Dagindeling	3,33%

Percentagetabel 5: samenvattende percentages: thema's vragen 1 tot en met 3:

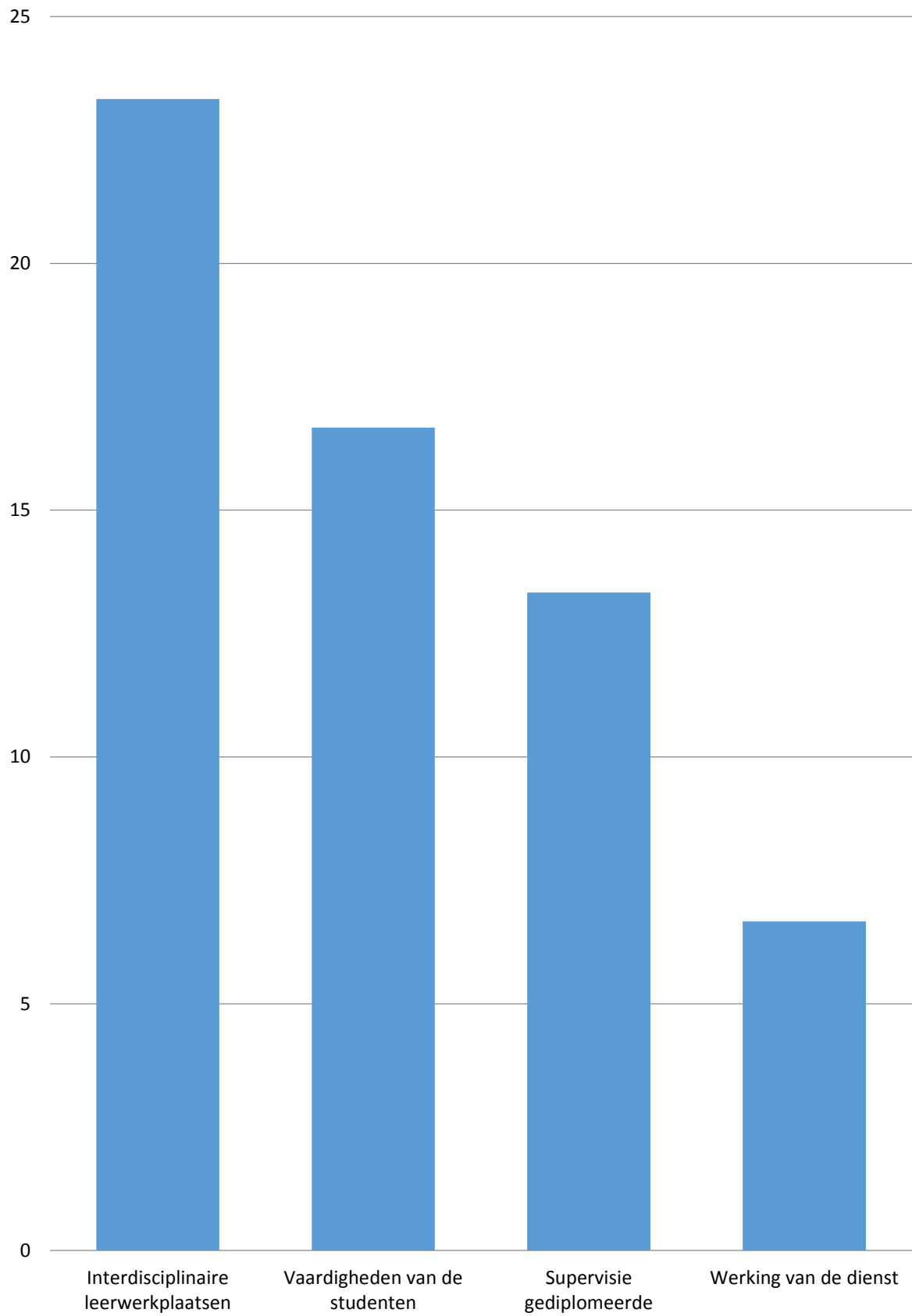
Thema's (6)	Percentages*
Vaardigheden van de studenten	80%
Dagindeling	73,33%
Interdisciplinaire leerwerkplaatsen	60%
Supervisie gediplomeerde	56,67%
Werking dienst	36,67%
Communicatie	20%

* Er waren in totaal 30 respondenten die op 3 vragen geantwoord hebben, waarbij mogelijk hetzelfde thema weerkeerde in de 3 vragen.

3.2.2.3 Grafische weergave

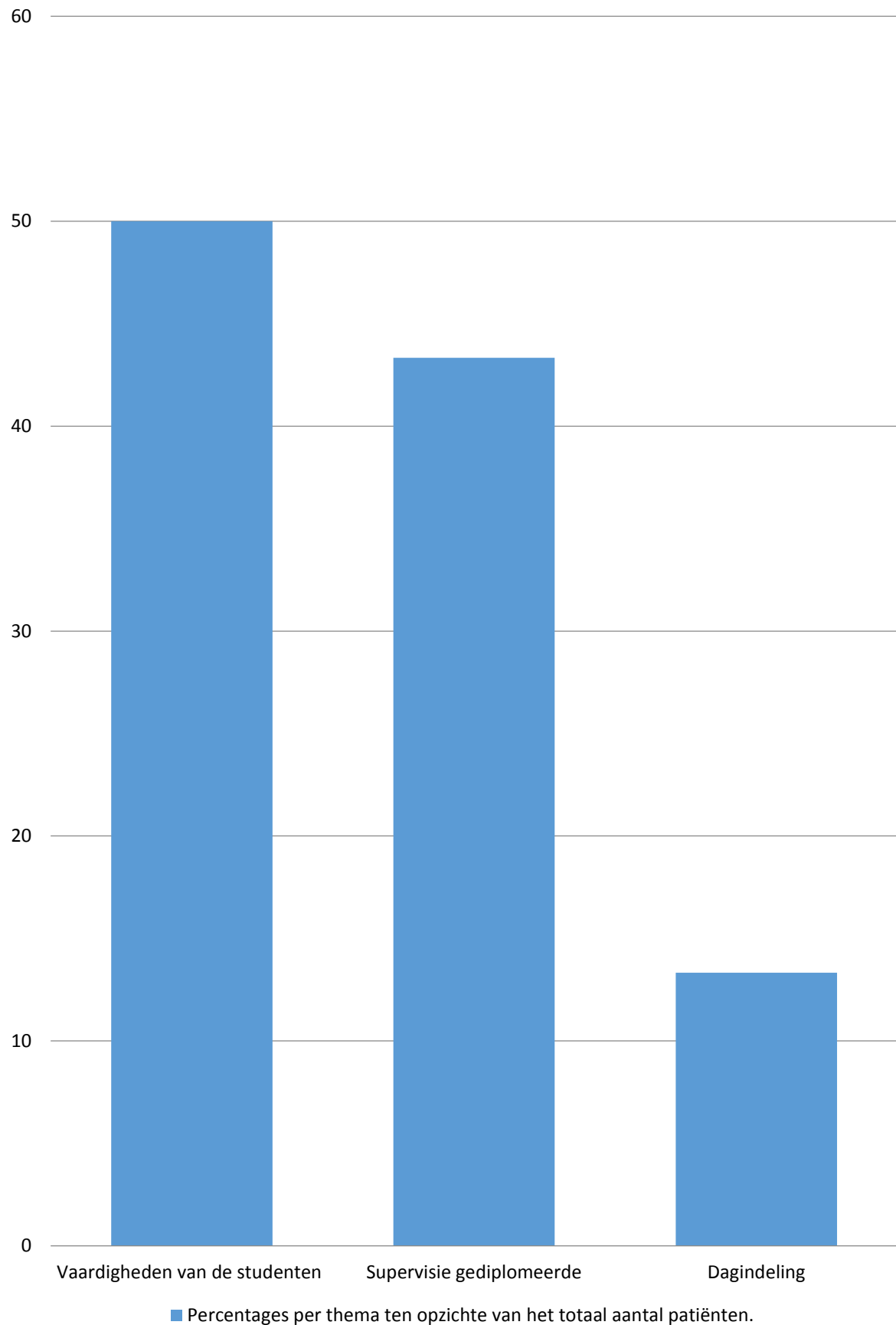
Nadat we op de hoogte waren van alle percentages, besloten we dit weer te geven aan de hand van een grafiek. Op deze manier is het eenvoudig om te zien welke thema's een hoger percentage hebben en dus meer aandeel van informatie krijgen in onze brochure. De grafieken werden gemaakt met het computerprogramma Microsoft Excel 2010.

Grafiek 1: vraag 1

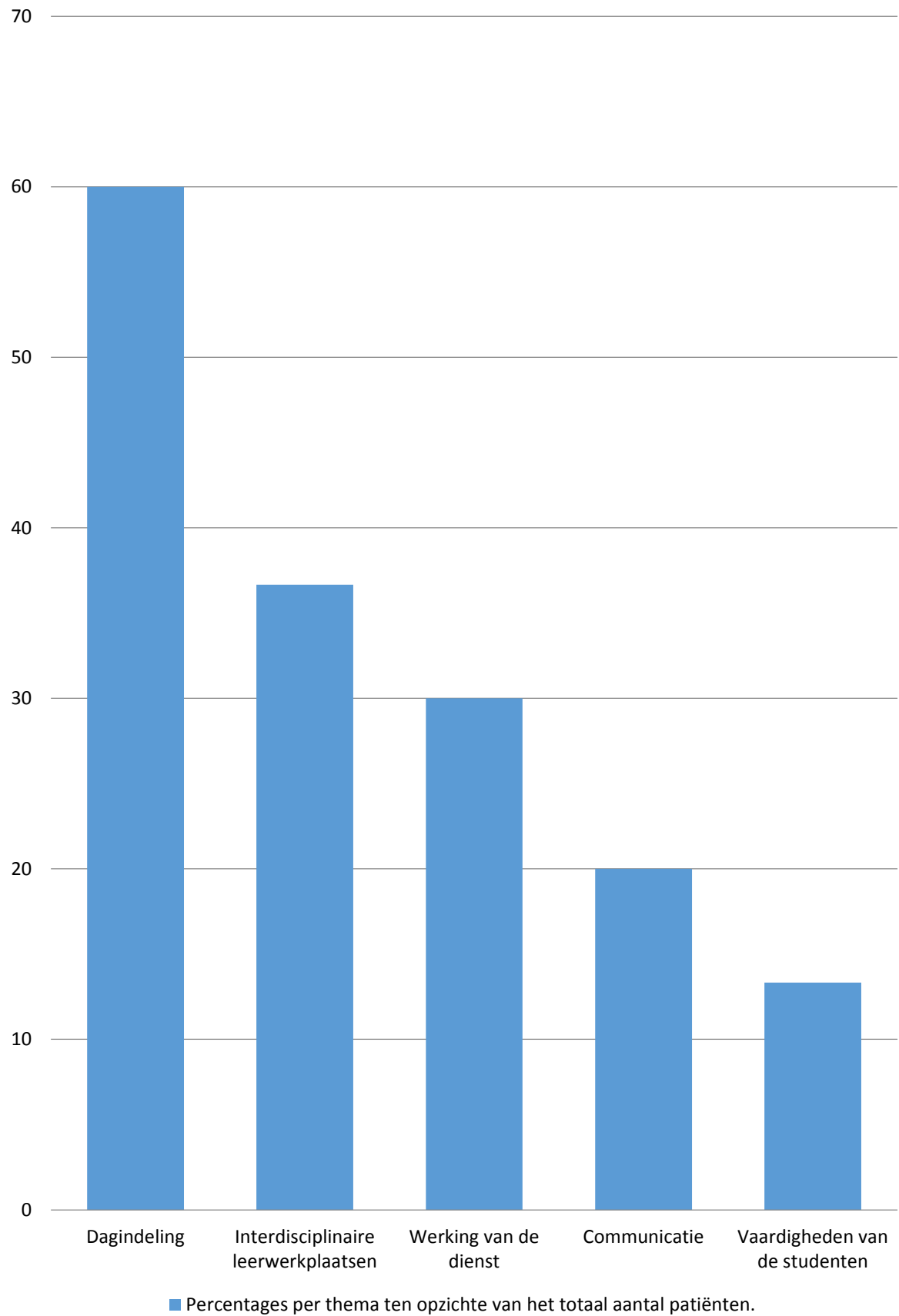


■ Percentages per thema ten opzichte van het totaal aantal patiënten.

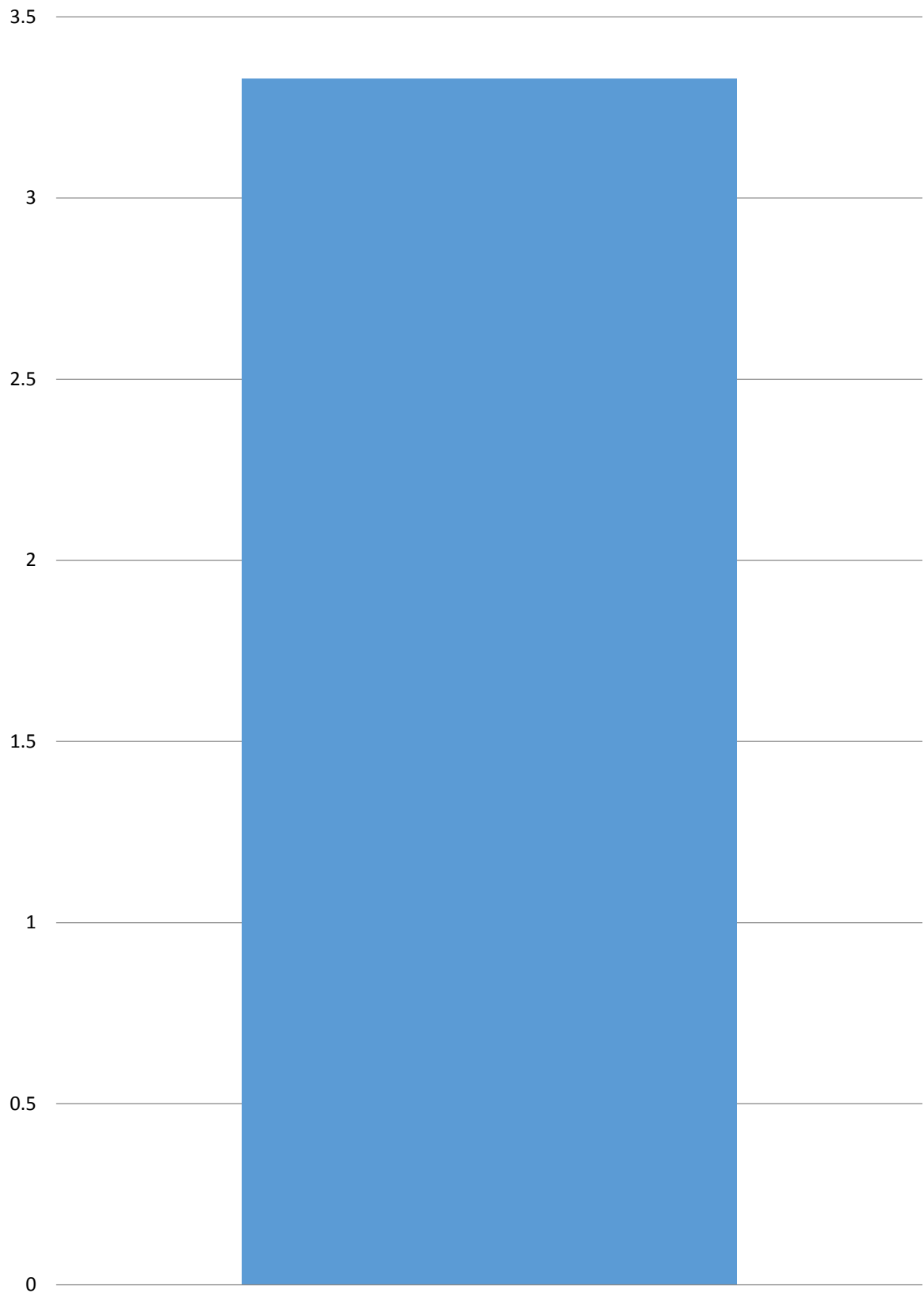
Grafiek 2: vraag 2



Grafiek 3: vraag 3

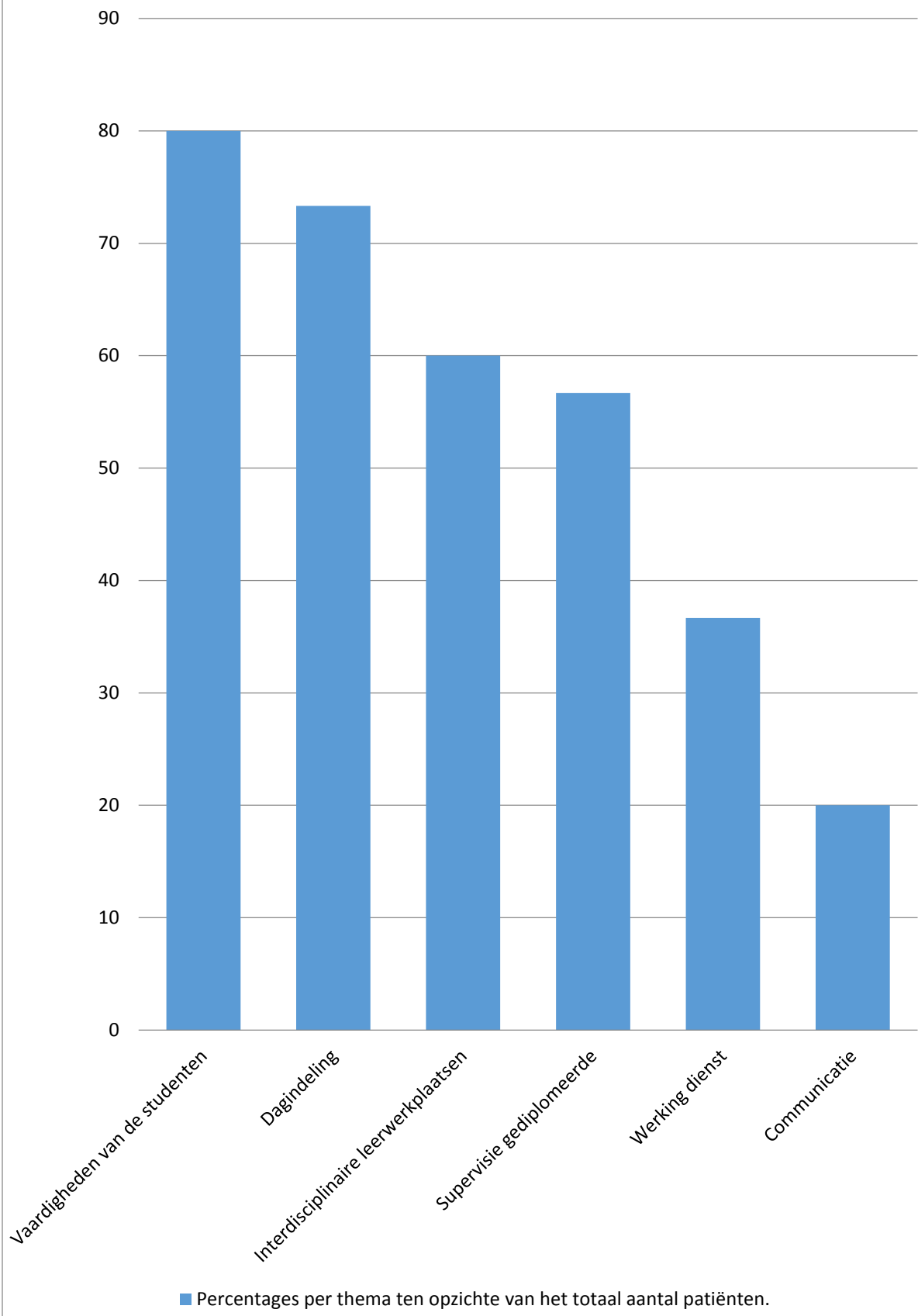


Grafiek 4: vraag 4



■ Percentages per thema ten opzichte van het totaal aantal patiënten.

Grafiek 5: samenvattende grafiek: thema's vragen 1 tot en met 3



4 Patiënten informatiebrochure

Het verstrekken van informatie is een verplichting voor beroepsbeoefenaars uit de gezondheidszorg. In de Wet op de Patiënten rechten van 22 augustus 2002 zijn twee belangrijke rechten vermeld die te maken hebben met patiëntenvoorlichting:

- het recht op informatie over de gezondheidstoestand (artikel 7);
- het recht op toestemming (of weigering) na informatie (artikel 8).

4.1 Afdeling SP locomotorisch

4.1.1 Thema's

Alvorens de brochure werd opgesteld, werd besloten welke thema's in de brochure werden uitgeschreven. Hiervoor werden de resultaten van het bovenstaand onderzoek geraadpleegd. Op de eerste vraag uit de vragenlijst, "Hoe zou je het vinden, om als patiënt opgenomen te worden op een afdeling waarbij het team enkel bestond uit studenten?", waren de meest geantwoorde thema's: kennis en vaardigheden van de studenten garanderen, de ruimte voor ontwikkeling van studenten en het veiligheidsgevoel. Hieruit werd geconcludeerd dat de patiënten uitleg wilden over de kwalificaties waaraan de studenten moeten voldoen. De tweede vraag, "Wat zou je willen weten als je opgenomen werd op deze afdeling, wanneer het team enkel bestond uit studenten?", werd beantwoord met de thema's: dagindeling, communicatie, interdisciplinaire samenwerking en werking van de dienst. Enkele van deze thema's werden ook beantwoord bij de derde vraag, "Wat vind je zeer belangrijk om terug te vinden in een patiënten informatiefolder wanneer je zou opgenomen worden op zo'n afdeling?", wat men zeer belangrijk vond om terug te vinden in een informatie brochure van een leerwerkplaats, namelijk: dagindeling, werking van de dienst, verloop van de revalidatie en bezoeken. De laatste en vierde vraag, "Wat vind je minder belangrijk om terug te vinden in een patiënten informatiefolder?", wat men minder belangrijk vond om terug te vinden in een brochure, werd het thema 'bezoeken' het meeste aangehaald. Dit thema werd enerzijds door 5 patiënten aangegeven als niet belangrijk, terwijl dit anderzijds door 9 patiënten werd aangegeven als belangrijk. Daarom werd besloten om dit thema wel aan te halen in de brochure. De samenvattende tabel gaf weer welke thema's het meest geantwoord waren en bijgevolg onmisbaar zijn in de informatiebrochure.

4.1.2 Inhoud brochure

Een deel van de inhoud van de brochure werd gericht op de bestaande onthaalbrochure van de afdeling SP Locomotorisch te RZ Sint-Trudo. Vermits objectieve elementen zoals de tijdstippen van de dagindeling en bezoeken hetzelfde bleven, werden deze overgenomen in de informatie brochure. Andere thema's zoals interdisciplinaire samenwerking of communicatie op de afdeling werden vooral gericht op hoe dit zal verlopen op de interdisciplinaire leerwerkplaats. Er werden extra accenten gelegd op het interdisciplinaire aspect. Zo werd er niet

beschreven dat de hygiënische verzorging door verpleegkundigen werd uitgevoerd, vermits de taak verzorging dan specifiek gekoppeld zou worden aan de verpleegkundige. Op de interdisciplinaire leerwerkplaats helpen zowel studenten verpleegkunde als ergotherapie en sociaal werk mee aan de verzorging.

4.1.3 Opmaak brochure

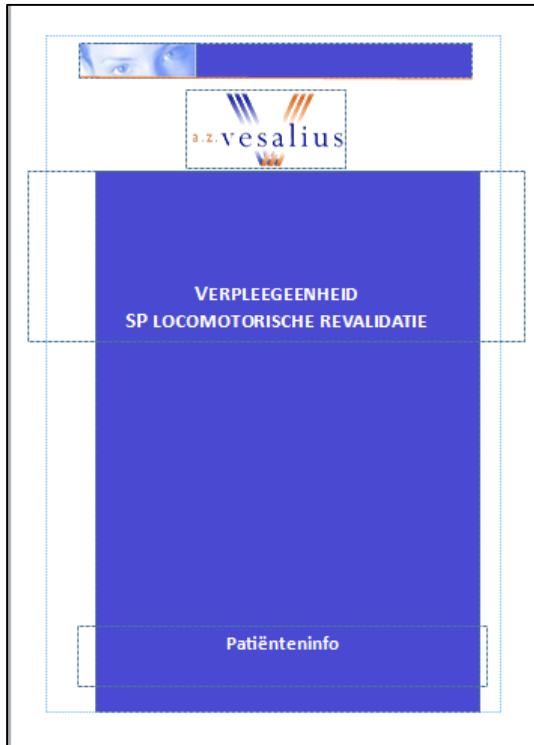
De opmaak van de brochure is afhankelijk van de richtlijnen van het ziekenhuis waarmee werd samengewerkt. We werden doorverwezen door de diensthoofden van de afdelingen om met personen in contact te komen die ons de exacte opmaak konden doorgeven. Voor het Sint-Trudo ziekenhuis te Sint-Truiden was dit Mevr. Kristel Smeyers. Zij bezorgde ons het voorblad van de brochures en gaf uitleg over de structuur en opmaak van de brochure. De brochures hebben het A5-formaat en de cover werd in kleur voorgedrukt volgens de huisstijl waarop enkel nog de titel, de afdeling en de referentie werden geprint. Ook voor de binnenbladzijden werden voorgedrukt papier (in kleur) gebruikt waarop de zwart/wit tekst werd geprint. De binnenbladzijden worden in een A4-document gemaakt en afgedrukt op een A5-formaat zodat je een soort van bundeltje krijgt. Het lettertype van de tekst is 'Verdana' met een lettergrootte 14.

Dankzij Geert Maes hebben wij de richtlijnen ontvangen voor het opmaken van een informatiebrochure voor het a.z. Vesalius. Het a.z.Vesalius kiest voor een vaste huisstijl met de kleuren blauw, zwart en wit. Alles wordt geschreven in het 'Calibri' lettertype. Vermits we geen richtlijnen hebben ontvangen in verband met de lettergrootte, hebben we lettergrootte 14 aangenomen. In ons theoretisch deel, hoofdstuk 5, wordt beschreven dat dit het meest aangenaam en best leesbare is.

4.1.4 Opstelling brochure

Het voorblad

a.z. Vesalius



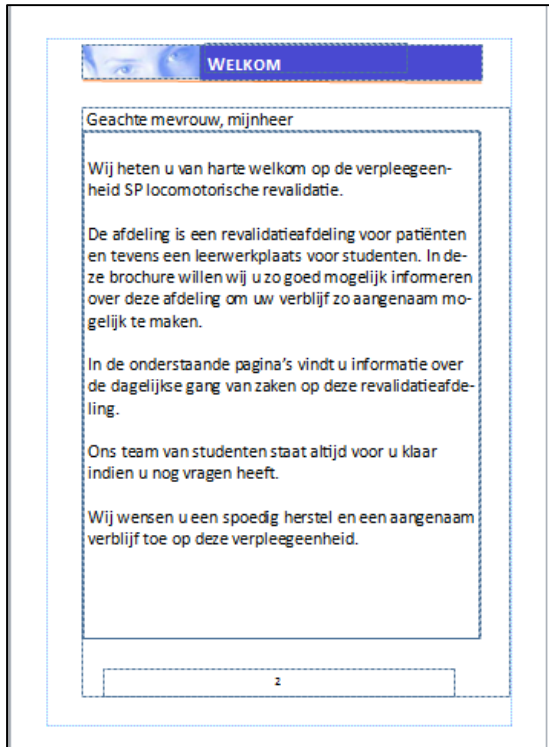
Sint - Trudo



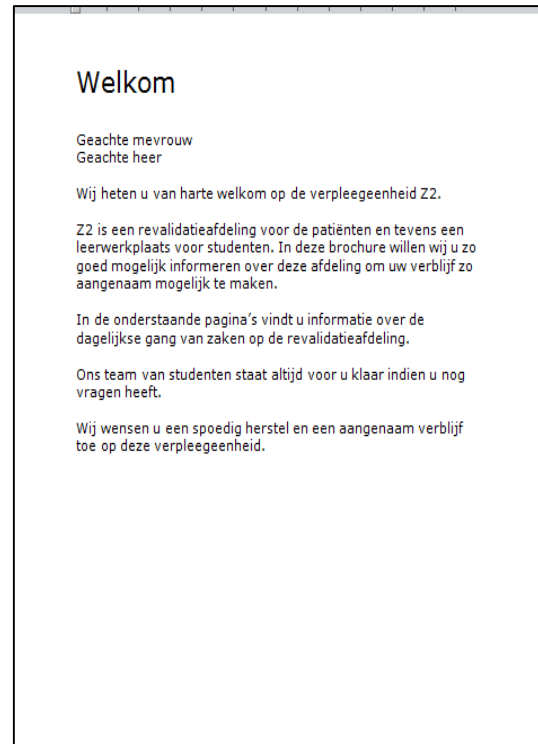
Zoals in de voorgaande alinea's werd besproken, is de opmaak afhankelijk van de richtlijnen van het ziekenhuis. Zowel a.z. Vesalius als Sint-Trudo hebben een gestandaardiseerd voorblad voor een informatiebrochure. "Verpleegeenheid SP locomotorische revalidatie" en "Verpleegeenheid Z2" zijn de officiële benamingen voor de bevroegde afdelingen in de ziekenhuizen. De huisstijl van het a.z. Vesalius met de kleuren blauw, zwart en wit verschilt ten opzichte van het Sint-Trudo met de kleur groen. De volledige brochure van het a.z. Vesalius werd gemaakt met de hulp van het computerprogramma 'Microsoft Publisher 2010'. Het voorblad van de brochure voor het Sint-Trudo werd hier eveneens mee ontwikkeld. De rest van de brochure werd opgesteld met het computerprogramma 'Microsoft Word 2010'.

Het voorwoord

a.z. Vesalius



Sint - Trudo



Het voorwoord werd geschreven om enerzijds de patiënten te verwelkomen op de afdeling. Anderzijds werd het ingevoegd om de patiënten te informeren dat men zich op een leerwerkplaats bevindt. Het doel van de brochure, namelijk het informeren van de patiënten over de leerwerkplaats, werd duidelijk beschreven. Door aan te halen dat het team van studenten steeds klaar staat, creëren we een open houding naar de patiënt. Aan de binnenkant van de brochure blijft a.z. Vesalius zijn persoonlijke huisstijl aanhouden. Sint-Trudo kiest voor een witte achtergrond met zwart lettertype.

Alle titels in de brochure van a.z. Vesalius zijn opgemaakt in lettergrootte 16 en vetgedrukt. Zoals in het theoretisch deel beschreven werd, bleek dit vooral van belang bij oudere lezers. De teksten zijn geschreven in het lettertype 'Calibri' met een grootte van 14.

In de brochure van het Sint-Trudo zijn de titels geschreven volgens de huisstijl met een lettergrootte van 28 en vetgedrukt. De teksten zijn geschreven in lettertype 'Verdana' met eveneens een grootte van 14 om de leesbaarheid te vergroten.

De inhoudstabel

a.z. Vesalius

INHOUD	
Welkom.....	2
Algemene werking.....	4
Dagindeling.....	5
Interdisciplinaire samenwerking.....	6
Communicatie op de afdeling.....	10
Bezoekuren.....	11
Verloop van de revalidatie.....	12
Verpleegeenheid SP locomotorische revalidatie.....	14

3


Sint – Trudo

Inhoud	
Welkom.....	1
Algemene werking.....	3
Dagindeling.....	4
Interdisciplinaire samenwerking.....	5
Communicatie op de afdeling.....	8
Bezoekuren.....	9
Verloop van de revalidatie.....	10
Verpleegeenheid Z2.....	11

De inhoudstabel beschrijft met zijn titels wat de informatiebrochure inhoudt. Zo krijgt men een kort overzicht van de brochure. Voor beide brochures is de inhoud overeenkomstig, uitgezonderd afdelingsspecifieke informatie. Er is voor iedere titel weergegeven op welke pagina men de tekst kan terugvinden. Het ziekenhuis a.z. Vesalius heeft ervoor geopteerd om zijn paginanummers onderaan in het midden van iedere pagina te plaatsen, terwijl het Sint-Trudo dit links of rechts onderaan plaatst.

Algemene werking

a.z. Vesalius

 **ALGEMENE WERKING**

U bent gehospitaliseerd op een revalidatieafdeling die tegelijk ook een leerwerkplaats is. Zoals het woord het zegt: studenten komen werken op deze afdeling om te leren in de praktijk. Studenten voeren de taken op de afdeling uit, terwijl de werkbegeleider de eindverantwoordelijkheid over de kwaliteit van het werk heeft.

Omdat de opleiding en de praktijk geïntegreerd worden, neemt de kwaliteit van het werk toe en vindt de professionalisering van de student in optimale omstandigheden plaats. Door intensief samen te werken leren de studenten van elkaar, waardoor de zorg voor de patiënten er alleen maar beter op wordt.

Studenten op een leerwerkplaats hebben meer verantwoordelijkheid en meer bewegingsvrijheid, de student leert zo gemakkelijker functioneren op een werkplaats. De student stuurt zelf zijn leerproces. Op deze manier hebben de studenten voldoende ruimte voor ontwikkeling. De studenten zijn enkel overdag aanwezig, 's nachts en in het weekend werken gediplomeerde verpleegkundigen.

Door het garanderen van de kennis en vaardigheden in combinatie met de aanwezigheid van de werkbegeleider, zorgen wij ervoor dat u zich steeds in een veilige situatie bevindt.

4

Sint - Trudo

Algemene werking

U bent gehospitaliseerd op een revalidatieafdeling die tegelijk ook een leerwerkplaats is. Zoals het woord het zegt: studenten komen werken op deze afdeling om te leren in de praktijk. Studenten voeren de taken op de afdeling uit, terwijl de werkbegeleider de eindverantwoordelijkheid over de kwaliteit van het werk heeft.

Omdat de opleiding en de praktijk geïntegreerd worden, neemt de kwaliteit van het werk toe en vindt de professionalisering van de student in optimale omstandigheden plaats. Door intensief samen te werken leren de studenten van elkaar, waardoor de zorg voor de patiënten er alleen maar beter op wordt.

Studenten op een leerwerkplaats hebben meer verantwoordelijkheid en meer bewegingsvrijheid, de student leert zo gemakkelijker functioneren op een werkplaats. De student stuurt zelf zijn leerproces. Op deze manier hebben de studenten voldoende ruimte voor ontwikkeling. De studenten zijn enkel overdag aanwezig, 's nachts en in het weekend werken gediplomeerde verpleegkundigen.


Door het garanderen van de kennis en vaardigheden in combinatie met de aanwezigheid van de werkbegeleider, zorgen wij ervoor dat u zich steeds in een veilige situatie bevindt.

Bij de resultaten (zie percentagetabel 5: samenvattende percentages: thema's vragen 1 tot en met 3) werd beschreven dat 43,75% van de patiënten het belangrijk vond om de algemene werking van een leerwerkplaats te beschrijven in de informatiebrochure. In deze tekst wordt beschreven wat een leerwerkplaats inhoudt en wat patiënten mogen verwachten van deze afdeling. Enerzijds worden er voordelen voor de patiënt weergegeven, bijvoorbeeld: "de kwaliteit van het werk neemt toe". Anderzijds worden er ook voordelen voor de studenten weergegeven, bijvoorbeeld: "meer verantwoordelijkheid en meer bewegingsvrijheid". Op deze manier worden de kennis en vaardigheden van de studenten als gegarandeerd beschreven. Dit werd door 65,63% van de patiënten als belangrijk aangegeven in onze vragenlijst.

In de laatste alinea wordt er ingespeeld op het veiligheidsgevoel, dat 15,63% van de patiënten een belangrijk aandachtspunt vonden.

Dagindeling

a.z. Vesalius

 **DAGINDELING**

Op de revalidatieafdeling is er een specifieke werking. Alle revaliderende patiënten worden gestimuleerd om samen in de **dagzaal** te werken aan hun revalidatiedoelstellingen. Hierbij hoort ook het in groep eten in de **dagzaal**.

Om **8.00 uur** wordt het ontbijt opgedekt. De studenten zorgen dat de revaliderende patiënt goed geïnstalleerd is en men zal voorbereidende hulp bieden indien nodig. Er is specifieke begeleiding voorzien indien men in aanmerking komt voor ontbijttherapie. Ondertussen wordt er gezorgd voor de medicatiebedeling. Na het ontbijt worden de hygiënische en verpleegkundige zorgen verleend.

Omstreeks **8.30 uur** wordt gestart met de therapie. Iedere **revalidant** heeft een schema (opgesteld door ergo-, logo- en kinesitherapeuten) waaraan hij zich dient te houden. Het middageten is voorzien rond **12.00 uur** en het avondmaal rond **17.30 uur**.

Afhankelijk van het therapeutisch schema worden sommige revaliderende patiënten in de namiddag opnieuw verwacht voor kinesitherapie. De therapieën zijn gepland tot **15.30 uur**.

Rond **20.00** uur start de avondronde. Vanaf **21.45 uur** zal de nachtverpleegkundige de taken verder overnemen.

3

Sint - Trudo

Dagindeling

Op de revalidatieafdeling is er een specifieke werking, deze kan afwijkend zijn van andere afdelingen. Alle revaliderende patiënten worden gestimuleerd om samen in de **dagzaal** te werken aan hun revalidatiedoelstellingen. Hierbij hoort ook het in groep eten in de **dagzaal**.

Tussen **7.30 - 8.00** uur komen de **revaliderenden** zelfstandig of met hulp naar de **dagzaal** voor het ontbijt. De **revalidant** wordt goed geïnstalleerd en men zal voorbereidende hulp bieden indien nodig. Er is specifieke begeleiding voorzien indien men in aanmerking komt voor ontbijttherapie. Ondertussen wordt er gezorgd voor de medicatiebedeling. Na het ontbijt worden de hygiënische en verpleegkundige zorgen verleend.

Omstreeks **8.30 uur** wordt gestart met de therapie. Iedere revaliderende heeft een schema (opgesteld door ergo- en kinesitherapeuten) waaraan hij zich dient te houden. Na de therapie worden de **revalidanten** terug naar de eetzaal gebracht voor het middagmaal. Het middageten is voorzien rond **12.00 uur** en het avondmaal rond **17.00 uur**.

Nadien worden de revaliderende patiënten naar de kamer gebracht en wordt er eventueel extra hulp aangeboden bij het toiletbezoek. Afhankelijk van het therapeutisch schema worden sommige **revalidanten** in de namiddag opnieuw verwacht voor de kinesitherapie. De therapieën zijn gepland tot **19.00 uur**.

Rond dit uur start de avondronde.

Vanaf **21.15 uur** zal de nachtverpleegkundige de taken verder overnemen.

De dagindeling werd door 21 van de 32 patiënten aangegeven als belangrijke informatie (zie frequentietabel 5: samenvattende tabel: thema's vragen 1 tot en met 3). Op deze manier krijgen patiënten een beter zicht op hoe de dag zal verlopen. De uren verschillen in beide brochures, omdat dit afhankelijk is van de dagindeling die gehanteerd wordt op de afdeling. De uren hebben een vetgedrukt lettertype, zo heeft men een beter overzicht.

Interdisciplinaire samenwerking

a.z. Vesalius

INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Op de revalidatieafdeling werken disciplines interdisciplinair samen. Naast assistent revalidatieartsen bestaat het studententeam uit verpleegkundigen, ergotherapeuten en maatschappelijke werkers. Ze werken samen volgens een specifieke methode om een gezamenlijk zorgpad van een patiënt te ontwikkelen. De verpleegkundige werkbegeleider zal steeds aanwezig zijn op de afdeling om de studenten te begeleiden. De ergotherapeuten en sociaal assistenten van het ziekenhuis begeleiden tevens de studenten, maar zijn niet constant aanwezig op de afdeling.

Het interdisciplinair team op de afdeling bestaat verder uit de volgende personen:

Revalidatieartsen
De functie van de revalidatiearts bestaat erin de therapieën op elkaar af te stemmen en eventueel aan te passen. De assistent revalidatiearts stelt, samen met de revaliderende patiënt en het team, de revalidatiedoelen op in functie van de aandoening, de revalidatie-mogelijkheden, de algemene en psychische toestand.
Artsen: Dr. Daele

6

INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Verpleegkundigen
De verpleegkundigen maken dagelijks deel uit van het revalidatieproces. Naast het revalidatieproces bewaken zij ook de gezondheidstoestand van de patiënt door middel van verpleegkundige observatie en nauwe samenwerking met de revalidatieartsen. De studenten verpleegkunde werken in teams of per twee, er is altijd een werkbegeleider/ vast benoemde verpleegkundige aanwezig.
Hoofdverpleegkundige: Mevr. Mouha Marina

Ergotherapeuten
Ergotherapie richt zich op het verwerven van een zo groot mogelijke zelfstandigheid in alle activiteiten van het dagelijks leven, rekening houdende met de mogelijkheden en beperkingen. Ook hier zullen studenten ergotherapie de eerste stappen ondernemen. Ze leggen de klemtoon op het verbeteren van de bewegingsmogelijkheden bijvoorbeeld door middel van evenwichtsoefeningen voor zitten en staan. Tijdens de ochtendzorgen kunnen ze extra aandacht besteden aan de functies van het algemeen dagelijks leven. De patiënt zelf krijgt inspraak in de verzorging en kan op deze manier zijn zelfzorg verbeteren.
Ergotherapeuten: Dhr. Houbrix Jens

7

INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Kinesitherapeuten
De kinesitherapeutische hulpverlening richt zich in het algemeen op het behoud en het vergroten van de kwaliteit van het bewegen. De kinesitherapeut richt zich op het menselijk bewegen en dan voornamelijk in een context van gezond functioneren. De therapieën kunnen zowel individueel als in groep gebeuren.
Kinesitherapeut: Mevr. Debor Mireille

Logopedisten
Logopedie houdt in: "hulpverlening bij stoornissen en beperkingen in de communicatie". Communicatie is meer dan praten alleen, het omvat vele uitingsvormen waaronder taal, lezen, schrijven, gebaren en ondersteunende communicatiesystemen. De logopediste biedt preventie, zorg, training en advies inzake communicatie, mondfunctie, slikken en stem.
Logopedisten: Mevr. Hagens Tina

Sociale dienst
De sociaal werker wil samen met de patiënt en zijn familie de terugkeer naar huis of naar een nieuwe woonsituatie zo goed mogelijk voorbereiden. Studenten sociaal werk hebben extra aandacht voor de follow-up, zoals het extra hulp inschakelen in de thuissituatie na ontslag van de patiënt.
Sociale dienst: Mevr. Deidre Piette

8

INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Orthopedisch techniek
De techniek staat in voor het aanmeten, aanpassen of afleveren van technische hulpmiddelen die noodzakelijk zijn om uw zelfstandig functioneren te ondersteunen.
Techniek: Firma Demolder

Diëtiste
De diëtiste begeleidt u met specifieke voedingsproblemen of aangepaste diëten.
Diensthoofd diëtistes: Dhr. Bellen Chris

Psychologe
Aangezien een aandoening/ziekte of ongeval, en de noodzakelijke revalidatie hiervan, ook psychologische problemen kan geven (o.a. verwerking), is een psychologische begeleiding vaak niet alleen aangewezen voor uzelf, maar ook voor uw familie.
Psychologe: Mevr. Suchanek Petra

9

Interdisciplinaire samenwerking

Op de revalidatieafdeling werken disciplines interdisciplinair samen. Naast assistent revalidatieartsen bestaat het studententeam uit verpleegkundigen, ergotherapeuten en maatschappelijke werkers. Ze werken samen volgens een specifieke methode om een gezamenlijk **zorgpad** van een patiënt te ontwikkelen. De verpleegkundige werkbegeleider zal steeds aanwezig zijn op de afdeling om de studenten te begeleiden. De ergotherapeuten en sociaal assistenten van het ziekenhuis begeleiden eveneens de student, maar zijn niet constant aanwezig op de afdeling.

Het interdisciplinair team op de afdeling bestaat uit de volgende personen:

Revalidatieartsen

De functie van de revalidatiearts bestaat erin de therapieën op elkaar af te stemmen en eventueel aan te passen. De assistent revalidatiearts stelt, samen met de revaliderende patiënt en het team, de revalidatiedoelen op in functie van de aandoening, de revalidatie-mogelijkheden, de algemene en psychische toestand.

- Revalidatieartsen: Dr. Darcis en Dr. Vanmol

Verpleegkundigen

De verpleegkundigen maken dagelijks deel uit van het revalidatieproces. Naast het revalidatieproces bewaken zij ook de gezondheidstoestand van de patiënt door middel van verpleegkundige observatie en nauwe samenwerking met de revalidatieartsen. De studenten verpleegkunde werken in teams of per twee, er is altijd een werkbegeleider/ vast benoemde verpleegkundige aanwezig.

- Hoofdverpleegkundige: Dhr. **Qmbelats** Sander

Ergotherapeuten

Ergotherapie richt zich op het verwerven van een zo groot mogelijke zelfstandigheid in alle activiteiten van het dagelijkse leven, rekening houdende met de mogelijkheden en beperkingen. Ook hier zullen studenten ergotherapie de eerste

stappen ondernemen. Ze leggen de klemtoon op het verbeteren van de **bewegings-mogelijkheden** bijvoorbeeld door middel van evenwichtsoefeningen voor zitten en staan. Tijdens de ochtendzorgen kunnen ze extra aandacht besteden aan de functies van het algemeen dagelijks leven. De patiënt zelf krijgt inspraak in de verzorging en kan op deze manier zijn zelfzorg verbeteren.

Ergotherapeut: Dhr. **Vanoppen** Karel

Kinesitherapeuten

De **kinesitherapeutische** hulpverlening richt zich in het algemeen op het behoud en het vergroten van de kwaliteit van het bewegen. De kinesitherapeut richt zich op het menselijk bewegen en dan voornamelijk in een context van gezond functioneren. De therapieën kunnen zowel individueel als in groep gebeuren.

- Kinesitherapeut: Mevr. **Cleers** Caroline

Logopedisten

Logopedie houdt in: "hulpverlening bij stoornissen en beperkingen in de communicatie". Communicatie is meer dan praten alleen, het omvat vele uitingsvormen waaronder taal, lezen, schrijven, gebaren en ondersteunende **communicatie-systemen**. De logopediste biedt preventie, zorg, training en advies inzake communicatie, mondfunctie, slikken en stem.

- Logopediste: Mevr. **Appeltants** Cindy

Sociale dienst

De sociaal werker wil samen met de patiënt en zijn familie/omgeving de terugkeer naar huis of naar een nieuwe woonsituatie zo goed mogelijk voorbereiden. Studenten sociaal werk hebben extra aandacht voor de follow-up, zoals het extra hulp inschakelen in de thuissituatie na ontslag van de patiënt.

- Sociaal werker: Mevr. **An Joachims**

Orthopedisch techniek

De techniek staat in voor het aanmeten, aanpassen of afleveren van technische hulpmiddelen die noodzakelijk zijn om uw zelfstandig functioneren te ondersteunen.

- Techniek: **Vlgo** en Leunen orthopedie

Diëtiste

De diëtiste begeleidt u met specifieke voedingsproblemen of aangepaste diëten.

- Diëtiste: Mevr. **Vanparijs** Joke

Psychologe

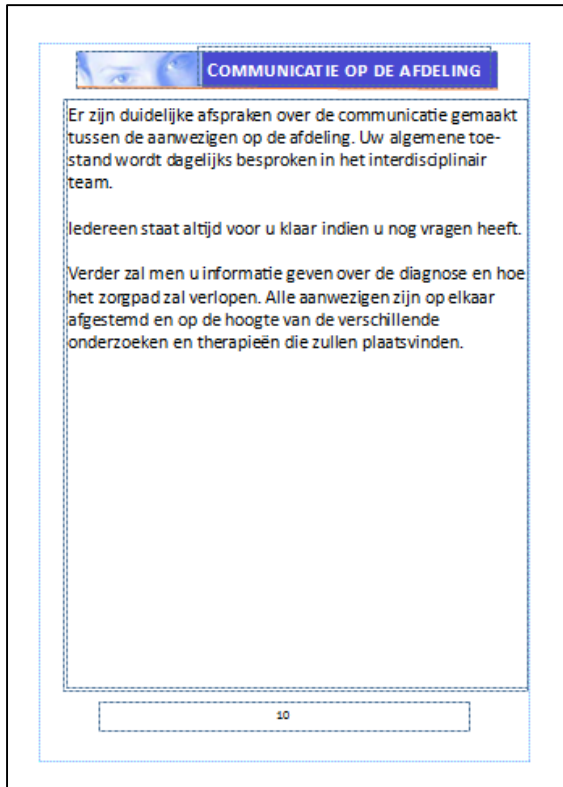
Aangezien een aandoening/ziekte of ongeval, en de noodzakelijke revalidatie hiervan, ook psychologische problemen kan geven (o.a. verwerking), is een psychologische begeleiding vaak niet alleen aangewezen voor uzelf, maar ook voor uw familie.

- Psychologie: Mevr. **Melotte** Sofie

In de interdisciplinaire samenwerking wordt beschreven uit welke personen het aanwezige team bestaat. Hierbij is het belangrijk om de nadruk te leggen wie lid was van het studententeam en dat deze dezelfde taken zouden uitvoeren. Er is per discipline beschreven welke activiteiten de studenten samen met de verschillende zorgverleners uitvoeren. Per discipline wordt er een contactpersoon weergegeven waarbij ze terecht kunnen.

Communicatie op de afdeling

a.z. Vesalius



COMMUNICATIE OP DE AFDELING

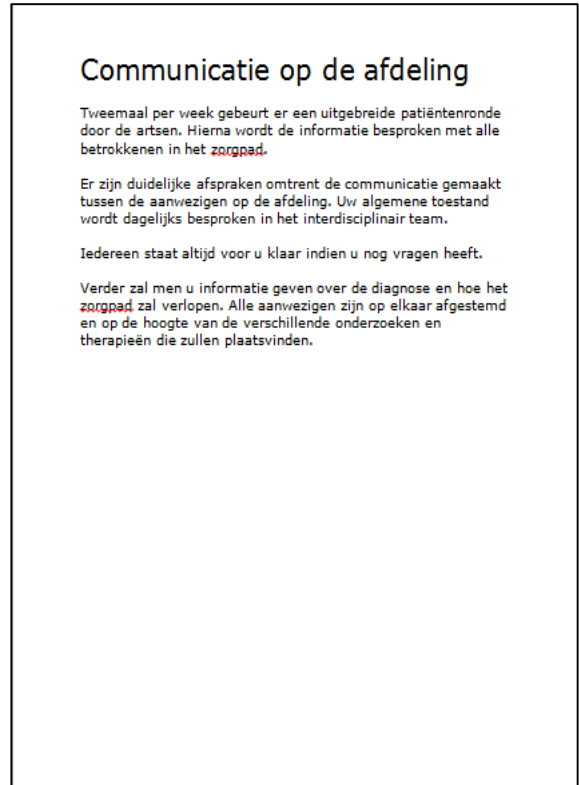
Er zijn duidelijke afspraken over de communicatie gemaakt tussen de aanwezigen op de afdeling. Uw algemene toestand wordt dagelijks besproken in het interdisciplinair team.

Iedereen staat altijd voor u klaar indien u nog vragen heeft.

Verder zal men u informatie geven over de diagnose en hoe het zorgpad zal verlopen. Alle aanwezigen zijn op elkaar afgestemd en op de hoogte van de verschillende onderzoeken en therapieën die zullen plaatsvinden.

10

Sint - Trudo



Communicatie op de afdeling

Tweemaal per week gebeurt er een uitgebreide patiëntenronde door de artsen. Hierna wordt de informatie besproken met alle betrokkenen in het **zorgpad**.

Er zijn duidelijke afspraken omtrent de communicatie gemaakt tussen de aanwezigen op de afdeling. Uw algemene toestand wordt dagelijks besproken in het interdisciplinair team.


Iedereen staat altijd voor u klaar indien u nog vragen heeft.

Verder zal men u informatie geven over de diagnose en hoe het **zorgpad** zal verlopen. Alle aanwezigen zijn op elkaar afgestemd en op de hoogte van de verschillende onderzoeken en therapieën die zullen plaatsvinden.

Over het verloop van de communicatie op de afdeling maakten 31,25% van de patiënten zich zorgen (zie percentagetabel 5: samenvattende percentages: thema's vragen 1 tot en met 3). Daarom hebben we dit onderdeel opgenomen in de informatiebrochure. Hierin wordt besproken hoe de communicatie verloopt, waarover men informatie zal krijgen en dat men altijd open staat voor verdere vragen.

Bezoekuren

a.z. Vesalius

 **BEZOEKUREN**

Gelet op de geplande activiteiten en het goede verloop van de therapieën zijn de bezoeken elke dag beperkt van **14.00 tot 20.00 uur**. De eventuele onderzoeken die tijdens de bezoeken plaatsvinden krijgen voorrang op het bezoek.

Een uitzondering op de normale bezoekenregeling kan steeds in overleg met de hoofdverpleegkundige besproken worden.

De bezoekers verlaten de kamer tijdens de verzorging en tijdens de patiëntenronde met de geneesheer.

Probeer het bezoek te beperken tot enkele personen. Maak het bezoek niet te lang. Het is belangrijk om voldoende te rusten.

Om 20.00 uur wordt het einde van de bezoektijd omgeroepen. Wij vragen u om dit te respecteren.

11

Sint - Trudo

Bezoekuren

Gelet op de geplande activiteiten en het goede verloop van de therapieën zijn de bezoeken elke dag beperkt van **15.00 tot 20.00 uur**. De eventuele onderzoeken die tijdens de bezoeken plaatsvinden krijgen voorrang op het bezoek.

Een uitzondering op de normale bezoekenregeling kan steeds in overleg met de hoofdverpleegkundige besproken worden.

De bezoekers verlaten de kamer tijdens de verzorging en tijdens de patiëntenronde met de geneesheer.

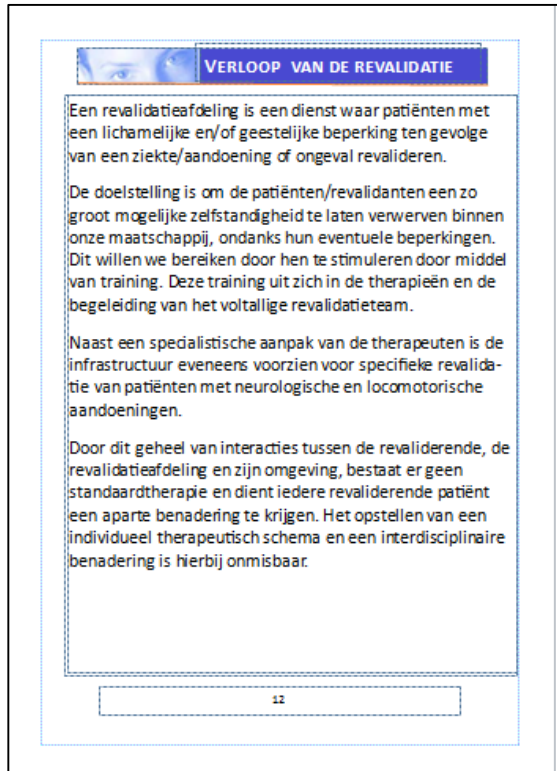
Probeer het bezoek te beperken tot enkele personen. Maak het bezoek niet te lang. Het is belangrijk om voldoende te rusten.

Om 20.00 uur wordt het einde van de bezoektijd omgeroepen. Wij vragen u om dit te respecteren.

Het onderdeel 'bezoekuren' werd enerzijds door 5 patiënten aangegeven als een minder belangrijk onderdeel van de informatiebrochure (zie frequentietabel 4: vraag 4). Anderzijds werd dit door 9 patiënten aangegeven als een belangrijk onderdeel (zie frequentietabel 5: samenvattende tabel: thema's vragen 1 tot en met 3). Met deze reden hebben we het thema wel opgenomen in de brochure.

Verloop van de revalidatie

a.z. Vesalius



VERLOOP VAN DE REVALIDATIE

Een revalidatieafdeling is een dienst waar patiënten met een lichamelijke en/of geestelijke beperking ten gevolge van een ziekte/aandoening of ongeval revalideren.

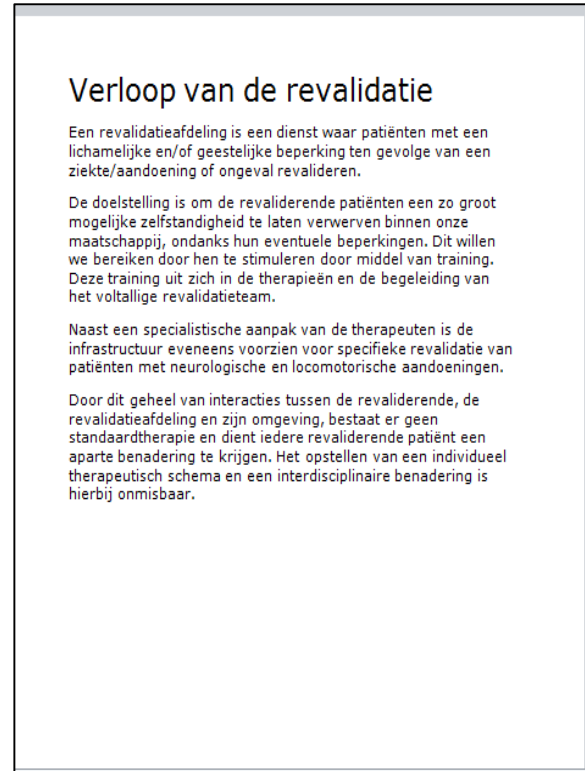
De doelstelling is om de patiënten/revalidanten een zo groot mogelijke zelfstandigheid te laten verwerven binnen onze maatschappij, ondanks hun eventuele beperkingen. Dit willen we bereiken door hen te stimuleren door middel van training. Deze training uit zich in de therapieën en de begeleiding van het voltallige revalidatieteam.

Naast een specialistische aanpak van de therapeuten is de infrastructuur eveneens voorzien voor specifieke revalidatie van patiënten met neurologische en locomotorische aandoeningen.

Door dit geheel van interacties tussen de revaliderende, de revalidatieafdeling en zijn omgeving, bestaat er geen standaardtherapie en dient iedere revaliderende patiënt een aparte benadering te krijgen. Het opstellen van een individueel therapeutisch schema en een interdisciplinaire benadering is hierbij onmisbaar.

12

Sint - Trudo



Verloop van de revalidatie

Een revalidatieafdeling is een dienst waar patiënten met een lichamelijke en/of geestelijke beperking ten gevolge van een ziekte/aandoening of ongeval revalideren.

De doelstelling is om de revaliderende patiënten een zo groot mogelijke zelfstandigheid te laten verwerven binnen onze maatschappij, ondanks hun eventuele beperkingen. Dit willen we bereiken door hen te stimuleren door middel van training. Deze training uit zich in de therapieën en de begeleiding van het voltallige revalidatieteam.

Naast een specialistische aanpak van de therapeuten is de infrastructuur eveneens voorzien voor specifieke revalidatie van patiënten met neurologische en locomotorische aandoeningen.

Door dit geheel van interacties tussen de revaliderende, de revalidatieafdeling en zijn omgeving, bestaat er geen standaardtherapie en dient iedere revaliderende patiënt een aparte benadering te krijgen. Het opstellen van een individueel therapeutisch schema en een interdisciplinaire benadering is hierbij onmisbaar.

Het thema 'verloop van de revalidatie' beschrijft welke patiënten worden opgenomen op deze verpleegeenheid en zoals de titel het zegt: hoe de revalidatie zal verlopen. Het exacte verloop kan enkel met algemene doelstellingen en beschrijvingen weergegeven worden vermits dit afhankelijk is van de soort aandoening en ernst van de aandoening. Er werd dan ook beschreven dat er geen standaardtherapie bestaat en er een aparte benadering zal zijn voor iedere patiënt. We hopen met deze uitleg een antwoord te geven op de 10 patiënten die dit hebben aangegeven als een belangrijk thema (zie frequentietabel 5: samenvattende tabel: thema's vragen 1 tot en met 3).

Gegevens van de afdeling SP locomotorisch

a.z. Vesalius

DIENT SP LOCOMOTORISCHE REVALIDATIE

Verpleegeenheid SP locomotorische revalidatie

T. 012 397 176



Hazelereik 51 | 3700 Tongeren
T. 012 396 111
www.azvesalius.be

Informatiebrochure ontwikkeld door Fien Claessens & Davine Gemis in het kader van de bachelorproef van de opleiding Professionele Bachelor in de Verpleegkunde aan de Hogeschool PXL.

HOGESCHOOL PXL

15

Sint - Trudo

Verpleegeenheid Z2

Adres
Sint-Trudo Ziekenhuis
Verpleegeenheid Z2
Diestersteenweg 100
3800 Sint-Truiden

Telefoon
011 69 97 50

E-mail
Voor al uw opmerkingen, suggesties, klachten, felicitaties ...:
verpleegeenheid.Z2@stzh.be

Website
www.sint-trudo.be

Informatiebrochure ontwikkeld door Fien Claessens & Davine Gemis in het kader van de bachelorproef van de opleiding Professionele Bachelor in de Verpleegkunde aan de Hogeschool PXL.

HOGESCHOOL PXL

11

De gegevens van de afdeling vormen de laatste pagina van de brochure. Dit werd door geen enkel van onze patiënten aangegeven als een belangrijk thema, maar is onmisbaar in een informatiebrochure. De gegevens werden aangevuld volgens de huisstijl van de verschillende zorginstellingen.

4.2 Afdeling geriatrie

4.2.1 Thema's

De literatuurstudie van de bachelorproef omvat het onderzoekwerk dat verricht werd omtrent de vereisten en het belang van een kwalitatief hoogstaande patiëntenbrochure. Tijdens het uitwerken van het praktisch gedeelte van de bachelorproef dus het effectief ontwikkelen van de patiëntenbrochure voor de interdisciplinaire leerwerkplaats, werd hier rekening mee gehouden. Het doel van de patiëntenbrochure was duidelijk. Een overzichtelijk en kwalitatief hoogstaande brochure ontwikkelen die alle informatie bevatte waar men naar vroeg tijdens onze bevragingen in het Sint-Franciskus ziekenhuis en het Jessa ziekenhuis op de geriatrie afdelingen. Er werden in totaal op beide geriatrie afdelingen 30 patiënten ondervraagd. (20 patiënten in het Sint-Franciskus ziekenhuis en 10 patiënten in het Jessa ziekenhuis).

De verschillende thema's die tijdens de bevragingen in het Sint-Franciskus ziekenhuis (Heusden) en het Jessa ziekenhuis (Hasselt) steeds terugkwamen werden verwerkt in de brochures. Op de eerste vraag "Hoe zou je het vinden, om als patiënt opgenomen te worden op een afdeling waarbij het team enkel bestond uit studenten?" werd voornamelijk positief onthaald. Vierenzeventig procent van de patiënten hadden hier geen probleem mee. Op de tweede vraag, "Wat zou je willen weten als je opgenomen werd op deze afdeling, wanneer het team enkel bestond uit studenten?", werden de thema's: de vaardigheden van de studenten, werking van de dienst, de dagindeling, supervisie van een gediplomeerde, inspraak van de patiënt en de communicatie aangegeven. Op de derde vraag, "Wat vind je zeer belangrijk om terug te vinden in een patiënten informatiefolder wanneer je zou opgenomen worden op zo'n afdeling?" gaf men gelijkaardige thema's aan, namelijk de dagindeling, het nut van een interdisciplinaire leerwerkplaats, werking van de dienst en de bezoeken. De vierde en laatste vraag, "Wat vind je minder belangrijk om terug te vinden in een patiënten informatiefolder?" was voor velen moeilijk om te beantwoorden. Slechts één persoon vond de dagindeling minder belangrijk om te vermelden in de patiëntenbrochure.

4.2.2 Inhoud brochure

Aan de hand van de uitgevoerde bevragingen bij 30 patiënten (waarvan 20 patiënten van het Sint-Franciskus ziekenhuis en 10 patiënten van het Jessa ziekenhuis) hebben we de data geanalyseerd en zo kregen we een overzicht welke onderwerpen belangrijk waren om in de brochure te verwerken. Thema's waar men meer belang aan hechtte zoals de werking van de interdisciplinaire leerwerkplaats en de dagindeling werden eerst beknopt omschreven om dan vervolgens de andere thema's (zoals de interdisciplinaire werking, de communicatie en de bezoeken) te verwerken.

Er werd getracht om een duidelijke en informatieve brochure te ontwikkelen, en om een degelijke inhoud te garanderen. Enkel de thema's die de patiënt belangrijk vond, werden in de brochure verwerkt. Belangrijk om te onthouden is de doelgroep die men voor ogen heeft wanneer men een brochure ontwikkelt, gezien dit voor een geriatrische patiënt en zijn naasten bedoeld is, hebben we de inhoud aangepast aan de lezer(s) door geen vakjargon te gebruiken en geen onnodig ingewikkelde literatuur in de brochure te verwerken.

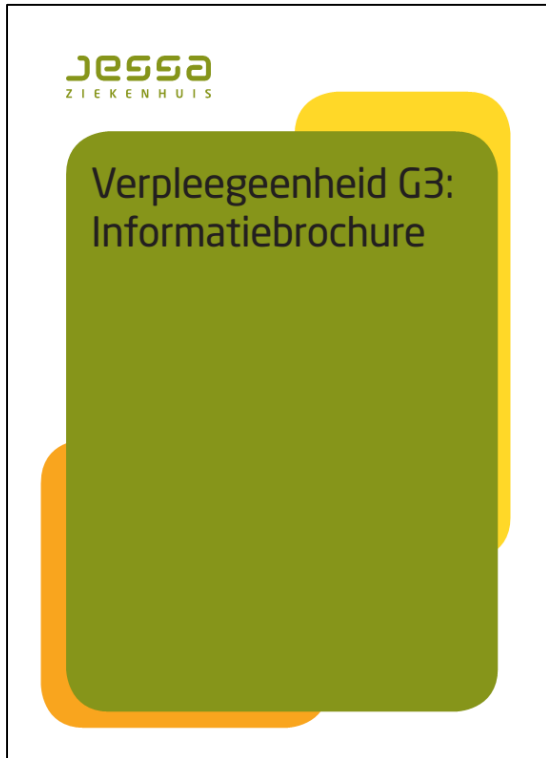
4.2.3 Opmaak brochure

Voor de opmaak van de brochures hebben we de introductiebrochure van beide afdelingen grondig bekeken om een gelijkaardige stijl van brochure te ontwikkelen. Ook hebben we beide afdelingen gecontacteerd zodat we de inhoud konden verwerken in een gepast sjabloon. Voor beide ziekenhuizen contacteerden we eerst de hoofdverpleegkundigen. De hoofdverpleegkundige van G3 (Jessa ziekenhuis), Mevr. Annelies De Vuyst, verwees ons door naar de stafmedewerker kwaliteit, Mevr. Els Volders. Het Jessa ziekenhuis heeft verschillende informatiebrochures in twee- en drieluik. Zij opteren ervoor om de brochures in A4 of A5 formaat af te printen. Voor de brochures werkt men met het lettertype NeoSans in lettergrootte 10, interlinie 14 en voor de titels gebruikt men interlinie 14, medium 16. De brochures worden gedrukt op voorgedrukt papier in typische Jessa huisstijl. Voor het maken van een brochure maakt men gebruik van 5 typische kleuren : Jessa geel, Jessa oranje, Jessa roze, Jessa blauw en Jessa paars.

Voor het Sint-Franciskus ziekenhuis hadden we als contactpersoon, hoofdverpleegkundige Mevr. Kim Pauwels, zij verwees ons door naar Mr. Kris Dexters. Zij maken ook gebruik van het programma InDesign. Hun brochures worden in A4 of A5 formaat afgeprint. Het lettertype dat men gebruikt voor hun brochures noemt Museo Sans 300 of Museo Sans 500. De lettergrootte kan variëren van lettergrootte 9 en/of 13. De typische huisstijl van Sint-Franciskus werd hier ook toegepast. In samenspraak met de hoofdverpleegkundige van de afdeling Geriatrie, werd geopteerd voor het behouden van de oorspronkelijke informatiebrochure maar hierbij een begeleidend schrijven toe te voegen ter informatie over de interdisciplinaire leerwerkplaats. Dit aangezien de door de patiënten aangehaalde thema's reeds aan bod kwamen in de oorspronkelijke, en recent vernieuwde informatiebrochure. Het begeleidend schrijven betreffende de interdisciplinaire leerwerkplaats werd als drieluik verwerkt in een folder.

4.2.4 Opstelling brochure Het voorblad

Jessa



Sint-Franciskus



Voor het voorblad werd gekeken naar de richtlijnen van beide ziekenhuizen. Het Jessa ziekenhuis en Sint-Franciskus ziekenhuis maken gebruik van het programma InDesign om hun brochures te ontwikkelen. De typische huisstijl van beide ziekenhuizen werd hier toegepast. De afdeling, Geriatrie 2, van het Sint-Franciskus ziekenhuis besloot om zijn oorspronkelijke informatiebrochure te behouden en enkel een begeleidend schrijven betreffende de interdisciplinaire leerwerkplaats toe te voegen.

Het voorwoord

Jessa



Sint-Franciskus



Het voorwoord dient om de patiënt te verwelkomen en om duidelijk te kunnen vermelden dat het om een interdisciplinaire leerwerkplaats gaat waar de studenten boventalig zijn maar er steeds een eindverantwoordelijke, namelijk een verpleegkundige van de afdeling, aanwezig is op de verpleegeenheid. Tijdens onze bevragingen vond 36,63 % van de patiënten informatie omtrent de leerwerkplaats belangrijk om te vermelden. (Zie percentagetabel 3: vraag 3)

Er is getracht om een bondig maar beknopt voorwoord samen te stellen voor de brochure van het Jessa ziekenhuis. Een goede kennismaking met het concept "interdisciplinaire leerwerkplaatsen" leek gepast om in het voorwoord te verwerken. Ook staat er duidelijk vermeld welke thema's aan bod komen in deze informatiebrochure.

Het Sint-Franciskus ziekenhuis opteerde om hun oorspronkelijke informatiebrochure te behouden. Er is een begeleidend schrijven toegevoegd betreffende de interdisciplinaire leerwerkplaats om de patiënten te informeren over de afdeling. Informatie omtrent de definitie van een leerwerkplaats, het doel ervan en bijkomende informatie over de supervisie van een gediplomeerde werden hierin verwerkt.

De inhoudstabel

Jessa

Inhoud	
1. Algemene werking	p. 3
2. Interdisciplinaire samenwerking	p. 4-5
3. Dagindeling	p. 6
4. Communicatie	p. 7
5. Bezoekuren	p. 7
6. Contactgegevens	p. 8

2

Sint-Franciskus

Inhoudsopgave	
Wat is geriatric?	1
Werking van de afdeling	2
Voorstelling van het multidisciplinaire team:	3
internist-geriaters	3
hoofdbelegkundige, verpleegkundig personeel en zorgkundigen	4
sociale dienst	5
ergotherapeut(e), kinestherapeut(e)	6
neuropsycholoog, logopedist	7
pastorale dienst	8
paliaalief coördinator, diëtiste	9
animatrice, vrijwilliger	10
Wat meebrengen bij opname? - Verlaten van de afdeling	11
identificatiebandjes	12
Spreekuren geriaters	13
Gratis parkeren - Pedicure / kapper	14
Veiligheid	15
Ontslag uit het ziekenhuis	16



De inhoudstabel geeft weer wat men tijdens de bevestigingen in beide ziekenhuizen als noodzakelijk om te vermelden beschouwde. Dit werd verwerkt in een overzichtelijke inhoudstabel met duidelijke paginanummering erachter zodat het voor de patiënt en zijn naasten overzichtelijk bleef en de patiënt elk thema duidelijk kon terugvinden in de brochure. De werking van de dienst werd door 11 van de 30 patiënten (36,63%) als belangrijk geacht. De dagindeling werd door 18 van de 30 patiënten als belangrijk beschouwd om te vermelden (59,94%). Zes van de 30 patiënten (19,98%) vonden de communicatie een belangrijk thema om op te nemen in de patiëntenbrochure. De bezoeken was voor één persoon (3,33%) noemenswaardig. (Zie frequentietabel 5: samenvattende tabel: thema's 1 tot en met 3)

Algemene werking

Jessa

1. Algemene werking

G3 is een geriatrische verpleegeenheid en interdisciplinaire leerwerkplaats. Op de afdeling wordt men opgenomen voor observatie, behandeling en/of revalidatie met als doel u zo spoedig mogelijk terug optimaal te laten functioneren in uw thuismilieu.

Een nieuw gegeven op de afdeling is de 'interdisciplinaire leerwerkplaats'. Een interdisciplinaire leerwerkplaats is een afdeling waar een groep studenten uit de zorgsector samenwerken met als doel het beroep te leren. Deze laatstejaarsstudenten zijn in de meerderheid maar de werkbegeleider blijft de eindverantwoordelijke op de afdeling.

Een leerwerkplaats is een unieke kans en uitdaging voor een student om praktijk en opleiding te integreren. Doordat de student zal samenwerken met andere disciplines uit de gezondheidszorg zal dit uiteindelijk uw zorg op de leerwerkplaats positief beïnvloeden.

De studenten zullen enkel overdag aanwezig zijn op de afdeling. Zij zullen de mogelijkheid hebben om ervaring op te doen tijdens de vroege en late shift. Tijdens de nachtdienst en weekenddiensten zijn er enkel gediplomeerde verpleegkundigen aanwezig op de afdeling.

3

Sint-Franciskus

Werking van de afdeling



Op onze afdeling wordt het systeem van geïntegreerde verpleging gehanteerd. Dit betekent dat eenzelfde verpleegkundige gedurende een langere periode verantwoordelijk is voor de patiënt. Zij kan u het best informatie verstrekken. Regelmatig zal u door een verpleegkundige naar deze collega's doorverwezen worden.

Wekelijkse multidisciplinaire teamvergadering

Naast de dagelijkse briefings vindt er wekelijks een multidisciplinaire teamvergadering plaats. Tijdens deze samenkomst geven alle leden van het multidisciplinaire team hun observaties van alle opgenomen patiënten weer. De verdere planning wordt hier besproken.

2

In de brochure van het Jessa ziekenhuis wordt duidelijk weergegeven wat een interdisciplinaire leerwerkplaats daadwerkelijk is. Het belang en het nut ervan worden beknopt besproken. Men geeft aan welke disciplines aanwezig zullen zijn op de afdeling, namelijk de arts en de hoofdverpleegkundige. Het interdisciplinair team bestaande uit de studenten verpleegkunde, ergotherapie en maatschappelijk werk. Bijgestaan door de kinesitherapeuten, sociaal werkers, logopedisten en diëtisten. In de brochure wordt ook duidelijk het accent gelegd op het feit dat het team bestaat uit laatstejaarsstudenten verpleegkunde, ergotherapie en maatschappelijk werk maar dat er een werkbegeleider, namelijk een verpleegkundige van de afdeling, als eindverantwoordelijke aanwezig zal zijn op de dienst. De studenten werken steeds onder toezicht van de werkbegeleider. De voornaamste taken van de werkbegeleider zijn het coachen, controleren en opvolgen van de studenten op de afdeling.

Voor het Sint-Franciskus ziekenhuis is er een begeleidend schrijven toegevoegd betreffende de interdisciplinaire leerwerkplaats om de patiënten te informeren over de afdeling. In de oorspronkelijke brochure is er een beknopte uitleg voorzien omtrent de werking van de afdeling.

Dagindeling

Jessa

3. Dagindeling

Om **07u00** is er een briefing voorzien voor alle studenten van alle disciplines zodat zij een duidelijk overzicht krijgen van de patiënten en hun specifieke zorgplan.

Vanaf **08u30** zal men beginnen met de uitdeling van het ontbijt en de medicatietoediening bij de patiënten. Daarna is er voldoende tijd voorzien voor de ochtend- en detailzorg bij elke patiënt. Dit gebeurt telkens door alle studenten aanwezig op de afdeling.

Vanaf **10u00** zullen de patiënten naar het kine/ergo traject gebracht worden. Omtrent dit uur gebeurt ook de voorbereiding op eventuele onderzoeken die de patiënt die dag zal ondergaan.

Het middagmaal is voorzien omtrent **12u00**. Het avondmaal, in combinatie met het uitdelen van de medicatie, is voorzien om **17u00**.

De verzorgingsronde begint omstreeks **18u00**.

Het bezoeken eindigt om **20u00** waarbij men de patiënten nadien zal installeren voor de komende nacht.

Om **21u45** begint de nachtdienst, en zal een gediplomeerd verpleegkundige het overnemen van de studenten op de afdeling.

6

Sint-Franciskus

Gratis parkeren


Indien uw familie lid volledig afhankelijk is van derden mbt het maaltijdgebeuren en u in de mogelijkheid bent om hem/haar te helpen tijdens de maaltijden, kan u hiervoor een gratis parkeerkaart bekomen. De verantwoordelijke verpleegkundige zal u deze gratis parkeerkaart bezorgen. Indien de gezondheidstoestand van uw familie lid achteruit gaat, is er altijd de mogelijkheid om 's nachts bij uw familie lid te blijven. Ook in deze situatie vraagt u best aan de verpleegkundige of hoofdverpleegkundige of u een beroep kan doen op deze service.

De maaltijden voor de patiënten worden opgediend tussen:

ontbijt:	08u00 - 08u30
middagmaal:	11u45 - 12u15
avondmaal:	17u15 - 17u45

Pedicure / Kapster

Indien u gebruik wilt maken van een van deze diensten kan u een afspraak maken bij een verpleegkundige van de afdeling. De kosten van de pedicure en kapster komen op uw ziekenhuisfactuur, een formulier met de verschillende mogelijkheden (knipbeurt, watergolf,...) en bijbehorende prijslijst kan u steeds bekomen bij de verpleging.



De dagindeling werd door 18 van de 30 (59,94%) patiënten als noodzakelijk om te vermelden beschouwd. (Zie frequentietabel 5: samenvattende tabel: thema's: vragen 1 tot en met 3) Dit werd dus in de brochure voor het Jessa ziekenhuis duidelijk weergegeven. De uren wanneer de hygiënische zorgen of eventuele onderzoeken plaatsvinden kunnen hier teruggevonden worden. Deze werden ook vetgedrukt aangeduid om hier extra de aandacht op te vestigen.

Het Sint-Franciskus ziekenhuis opteerde om hun oorspronkelijke brochure te behouden. In deze brochure bespreekt men beknopt de tijdstippen van de maaltijdbedeling en de spreekuren van de dokters, indien men de dokter zou willen raadplegen in verband met de gezondheidstoestand van de patiënt.

Interdisciplinaire werking

Jessa

2. Interdisciplinaire samenwerking

Op de afdeling werken meerdere studenten samen van alle disciplines uit de gezondheidszorg. Dit gaat zowel over studenten verpleegkunde als studenten ergotherapie en maatschappelijk werk. Zij werken op een interdisciplinaire manier samen om de zorg te bevorderen. Dit betekent dat de studenten naar elkaar toe communiceren over de totaalzorg van een patiënt waardoor de zorg zo optimaal mogelijk zal verlopen. Hoewel deze studenten instaan voor de zorg van de patiënten zal er altijd een werkbegeleider op de afdeling aanwezig zijn.

Het interdisciplinair team bestaat uit:

Arts
Geriatr: Dr. Marie-Louise Van Leeuwen
De geriatr zal de patiënt (op fysieke, psychische en sociale problemen) onderzoeken. Deze resultaten zullen dan in overleg met het team verder uitgewerkt worden, zo zal er voor elke patiënt een specifiek zorgplan opgesteld worden.

Hoofdverpleegkundige: Annelies De Vuyst

Laatstejaars studenten verpleegkunde, ergotherapie en maatschappelijk werk
De laatstejaarsstudenten verpleegkunde, ergotherapie en maatschappelijk werk staan in voor de algemene zorg van de patiënt. Zij zullen de gezondheidstoestand van de patiënt samen met de andere disciplines op de afdeling nauwlettend in het oog houden. De studenten zullen niet alleen de hygiënische zorgen van de patiënt maar ook de complexere zorgen mogen uitvoeren. Dit betreft concreet voor de studenten verpleegkunde: medicatietoediening, infuustherapie, wondverzorging, etc. Dit gebeurt steeds in samenspraak met de werkbegeleider op de afdeling.

4

Ergotherapeuten
De studenten ergotherapie richten zich op de hand/armfunctietraining en houden zich bezig met het oefenen van transfers en het uitproberen van hulpmiddelen. Zij werken ook samen met de studenten verpleegkunde tijdens de ochtendzorgen.

Sociaal werkers
De sociaal werkers begeleiden patiënten en hun familie naar aanleiding van een opname of een ontslag. Vanaf de opname wordt er een evaluatie gemaakt van alle mogelijkheden en eventuele vereisten voor een terugkeer naar huis of naar een thuisvervangend milieu.

Kinesitherapeuten
De kinesisten richten zich vooral op het menselijk bewegen en dan voornamelijk in een context van gezond functioneren. Men heeft hier vooral aandacht voor het behouden en eventueel verbeteren van het bewegen zelf. Men zal de revalidatie van een geriatrische patiënt opstarten door het streven naar maximale zelfstandigheid en reactiviteit van de patiënt. Zij evalueren ook het evenwicht en zoeken het geschikte loophulpmiddel voor de patiënt.

Logopedisten
De logopedisten concentreren zich voornamelijk op het opsporen van mogelijke risico patiënten wanneer men spreekt over slik- en spraakstoornissen zodat men hier een gepaste behandeling voor kan opstarten.

Diëtisten
De diëtist zal u begeleiden wanneer u voedings- of dieetadvies wenst, of wanneer u informatie wenst over vervangvoeding of bijvoeding. Onderzoek naar eventuele ondervoeding bij de patiënt zal ook door de diëtiste gedaan worden.

5

In de informatiebrochure van het Jessa ziekenhuis bespreekt men de interdisciplinaire werking van de afdeling, wat dit concreet betekent voor de zorg van de patiënt. Er is een onderverdeling gemaakt omtrent de verschillende disciplines die aanwezig zijn op de leerwerkplaats en op welke manier deze zullen samenwerken. Er werd ook aandacht besteed aan het taalgebruik, vakjargon werd achterwege gelaten zodat de inhoud van de brochure voor de patiënten overzichtelijk bleef.

Sint-Franciskus

Interdisciplinaire leerwerkplaats

Genève: 2 is een geriatrische verpleegkundig waart een gedeelte van de afdeling wordt ingericht als interdisciplinaire leerwerkplaats. In deze folder vindt u meer informatie terug over de werking van een interdisciplinaire leerwerkplaats.

Wat is een interdisciplinaire leerwerkplaats?

Bij een interdisciplinaire leerwerkplaats wordt een zone van de afdeling voorbehouden voor laatstejaars studenten van verschillende disciplines uit de gezondheidszorg. Dit gaat zowel over studenten verpleegkunde als studenten ergotherapie en fysiotherapie. Deze studenten werken op een interdisciplinaire manier samen om de zorg rond u te optimaliseren. Op deze werkplaats zijn de studenten in de meest diverse werkbegrepen, een verpleegkundige van de afdeling geriatric, zoekt de studenten en volgt de studenten gedurende hun stageperiode op.

Het doel van de interdisciplinaire leerwerkplaats

Een leerwerkplaats is een unieke kans en uitdaging voor studenten om praktijkervaring te integreren. Studenten worden op deze manier klaargestoomd om na het behalen van hun diploma de overstap naar het werkveld vlotter en efficiënter te laten verlopen. Doordat de studenten met elkaar samenwerken, gaan ze van elkaar leren en hun kennis vernemen wat uw zorg positief zal beïnvloeden. Deze laatstejaars studenten zullen uw gezondheids-toestand, samen met de andere disciplines op de afdeling, nauwlettend in het oog houden.

De studenten zullen niet enkel instaan voor de toediening van uw hygiënische zorgen, maar ook complexere zorgen uitvoeren. Specifieke zorgzaamheden zullen erbij gebeuren door studenten verpleegkunde zoals:

- Medicatiebeheer en toediening
- Invaltherapie
- Wondverzorging

Wanneer zijn de studenten op de leerwerkplaats aanwezig?

De laatstejaars studenten verpleegkunde, ergotherapie en sociaal werk zullen enkel overdag aanwezig zijn op de afdeling. Zij zullen de mogelijkheid hebben om ervaring op te doen tijdens de vroege en late shift. Tijdens de nachtdienst en weekenddienst neemt een verpleegkundige van de afdeling de zorg over u over.

De eindverantwoordelijke op de leerwerkplaats

Om uw zorg vlot en correct te laten verlopen werken de studenten steeds onder toezicht van een verpleegkundige. De studenten kunnen bij deze verpleegkundige altijd terecht bij eventuele vragen of nood aan bijkomende informatie. De werkbegeleider blijft eindverantwoordelijk voor de aanwezige patiënten welke zich in de interdisciplinaire leerwerkplaats bevinden.



Interdisciplinaire leerwerkplaats

De project werd uitgevoerd door Elisabeth Schroeder en Tom Schapers in het kader van de bachelorproef, in de opleiding Professionele Bachelor in de Verpleegkunde aan de Hogeschool PXL.

HOGESCHOOL PXL

Sint-Franciskus Ziekenhuis
 P. Pezaylaan 129 • 3550 Heusden-Zolder
 Tel: 011 71 50 00 • Fax: 011 71 50 01 • www.sfx.be

Voor het Sint-Franciskus ziekenhuis werd een aparte drieluik folder gemaakt om informatie omtrent de interdisciplinaire werking op de leerwerkplaats te verkrijgen. Informatie betreffende de definitie en het doel van een interdisciplinaire leerwerkplaats.

Communicatie op de afdeling

Jessa

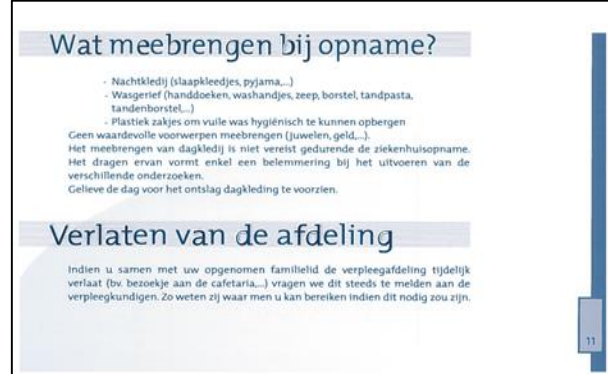


4. Communicatie

Iedere dag is er een briefingmoment voorzien waarbij de arts, de hoofdverpleegkundige en het interdisciplinaire team de toestand van elke patiënt grondig bespreken. Dit team bestaande uit laatstejaarsstudenten verpleegkunde, ergotherapie en maatschappelijk werk zal instaan voor de algemene zorg van elke patiënt. Dit zal echter onder het toezicht van een werkbegeleider, die ook de eindverantwoordelijkheid heeft, gebeuren.

Er zijn dus verschillende disciplines aanwezig op de afdeling. Deze disciplines werken nauw samen en hebben ook onderlinge afspraken om de zorg zo optimaal mogelijk te laten verlopen.

Sint-Franciskus



Wat meebrengen bij opname?

- Nachtkledij (slaapkleedjes, pyjama...)
- Wasgerief (handdoeken, washandjes, zeep, borstel, tandpasta, tandenborstel...)
- Plastiek zakjes om vuile was hygiënisch te kunnen opbergen

Geen waardevolle voorwerpen meebrengen (juwelen, geld...).

Het meebrengen van dagkledij is niet vereist gedurende de ziekenhuisopname. Het dragen ervan vormt enkel een belemmering bij het uitvoeren van de verschillende onderzoeken.

Gelieve de dag voor het ontslag dagkleding te voorzien.

Verlaten van de afdeling

Indien u samen met uw opgenomen familielid de verpleegafdeling tijdelijk verlaat (bv. bezoeken aan de cafetaria...) vragen we dit steeds te melden aan de verpleegkundigen. Zo weten zij waar men u kan bereiken indien dit nodig zou zijn.

11

Communicatie op de afdeling werd door de patiënten in beide ziekenhuizen als een belangrijk thema beschouwd. Twintig procent van de patiënten wou dit verwerkt zien in de patiëntenbrochure. (Zie frequentietabel 3 : vraag 3) Onder het luik “communicatie” wil men meer duidelijkheid creëren voor de patiënt omtrent het dagelijkse briefingsmoment, en het verloop van de communicatie tussen de verschillende disciplines op de afdeling.

In de oorspronkelijke brochure van het Sint-Franciskus ziekenhuis opteert men om duidelijkheid te creëren voor de patiënten betreffende hun opname en ontslag op de afdeling. Men communiceert niet alleen naar de patiënt toe welke disciplines aanwezig zijn op de afdeling maar ook wat een patiënt daadwerkelijk nodig heeft tijdens een opname of ontslag.

Bezoekuren

Jessa

5. Bezoekuren

De bezoeken op deze afdeling zijn verschillend afhankelijk van het type kamer. Voor een privékamer is er bezoek toegestaan van 09u00 tot 20u00. Op een tweepersoonskamer gelden bezoeken van 14u00 tot 20u00.

Tijdens de verzorging worden bezoekers gevraagd de kamer te verlaten.

Patiënten hebben voldoende rust nodig. Probeer daarom het bezoek te beperken, zowel in tijd als in aantal personen.

7

De bezoeken van het Jessa ziekenhuis hebben we opgenomen in de informatiebrochure zodat de patiënt en zijn naasten weten wanneer ze bezoek kunnen verwachten of hun naasten een bezoek kunnen brengen.

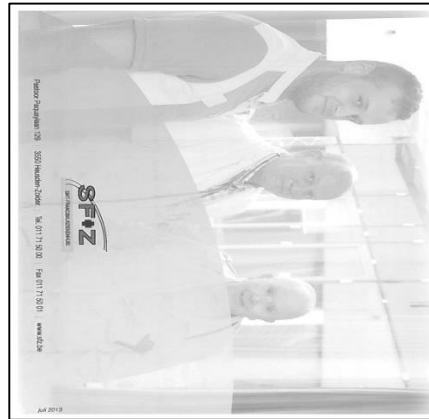
In de oorspronkelijke brochure van het Sint-Franciskus ziekenhuis is er geen vermelding van de bezoeken. Men heeft echter wel de optie om de website van het ziekenhuis te raadplegen en zich zo te informeren naar de bezoeken of men kan zich informeren op de afdeling zelf omtrent de bezoeken.

Gegevens van de afdeling geriatrie

Jessa



Sint-Franciskus



Het e-mail adres van de hoofdverpleegkundige en het telefoonnummer van de afdeling geriatrie van het Jessa ziekenhuis werden duidelijk vermeld in de brochure. In de oorspronkelijke brochure van het Sint-Franciskus ziekenhuis, afdeling Geriatrie 2, kan men de algemene gegevens van het ziekenhuis zoals het adres en telefoonnummer raadplegen. In de informatiebrochure kan men ook de contactgegevens van de hoofdverpleegkundige terugvinden.

5 Besluit praktisch deel

De inhoud van de informatiebrochures is tot stand gekomen door de bevindingen vanuit de bevragingen van patiënten op de afdeling SP locomotorisch en de afdeling acute geriatrie. De bevragingen hebben we verwezenlijkt met behulp van de hoofdverpleegkundigen van deze afdelingen: Dhr. Sander Ombelets, hoofdverpleegkundige van de afdeling SP locomotorisch in het RZ Sint-Trudo Ziekenhuis te Sint-Truiden, Mevr. Marina Mouha, hoofdverpleegkundige van de afdeling SP locomotorisch in het a.z. Vesalius te Tongeren, Mevr. Annelies De Vuyst hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie in het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator te Hasselt en Mevr. Kim Pauwels, hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie in het Sint-Franciskusziekenhuis te Heusden-Zolder.

Het ontwerpen van de informatiebrochures verliep zeer vlot. Via ieder ziekenhuis werden de juiste richtlijnen ontvangen met betrekking tot het opstellen van de informatiebrochure. Dankzij de verkregen gegevens vanuit de vragenlijst kregen we meer zicht op de informatie die zeker in de brochure moet voorkomen.

Wat ons meteen opviel bij de vergelijking van de resultaten tussen de afdeling SP locomotorisch en de afdeling acute geriatrie, is dat beide doelgroepen weergeven dat ze de dagindeling en het kunnen garanderen van kennis en vaardigheden/bekwaamheid van de studenten, zeer belangrijk vinden. Ook zien we dat de patiënten op beide afdelingen aangeven dat ze het belangrijk vinden om de inhoud en werking te kennen van de afdeling.

Anderzijds zien we een groot verschil in het thema 'bezoekuren'. De patiënten van afdelingen SP locomotorisch geven aan dit liever wel dan niet te weten. Terwijl de patiënten van de afdelingen acute geriatrie aangeven dat ze dit thema niet belangrijk vinden. We zien ook dat de patiënten van de afdeling acute geriatrie het belangrijker vinden dan patiënten van de afdeling SP locomotorisch dat er supervisie is van een gediplomeerde verpleegkundige. We zien ook een verschil bij het thema 'ruimte voor ontwikkeling van studenten' of met andere woorden de leerkansen van de student. Uit de bevragingen blijkt dat de patiënten van de afdelingen SP locomotorisch dit belangrijker vinden dan de patiënten van de afdeling acute geriatrie. Ditzelfde geldt voor het thema communicatie.

Heel merkwaardig is dat er verschillende thema's verkregen werden bij de bevragingen op beide afdelingen. De thema's die verkregen werden op de afdelingen SP locomotorisch maar niet op de afdelingen acute geriatrie zijn: interdisciplinaire samenwerking, verloop van de revalidatie, kostprijs van het ziekenhuisverblijf, veiligheidsgevoel en inspraak van de patiënt.

De thema's die genoteerd werden op de afdelingen acute geriatrie en niet op de afdelingen SP locomotorisch zijn: verantwoordelijkheden, zelfstandigheid van de studenten, ervaring van de studenten, opleidingstraject van de studenten en de kwaliteit van de zorg. Er is geen duidelijk voor de hand liggende verklaring voor dit verschil in aangebrachte thema's. De leeftijdsgroep is zeker vergelijkbaar, toch zou er binnen de doelgroep acute geriatrie meer onzekerheid en ongerustheid kunnen bestaan in verband met het zorgtraject waardoor de focus op ervaring,

deskundigheid en verantwoordelijkheid van studenten als items sterker naar voren komt.

Tijdens academiejaar 2015-2016 wordt er gestart met een proefperiode voor de interdisciplinaire leerwerkplaatsen. Hierbij zullen de patiënten brochures een effectieve plaats krijgen op de respectievelijke afdelingen. We hebben bijgevolg de brochures nog niet kunnen aftoetsen op het gebruik ervan in de praktijk. Toch hopen we dat deze brochures een meerwaarde kunnen betekenen in functie van een optimale werking van de verschillende interdisciplinaire leerwerkplaatsen.

Algemeen besluit

Dit afstudeerproject betekende een verdere stap in de concrete realisatie van interdisciplinaire leerwerkplaatsen in vier Limburgse ziekenhuizen. Voor de afdelingen SP locomotorisch in het a.z. Vesalius en het RZ Sint Trudo en de afdelingen acute geriatrie van het Jessa ziekenhuis en het Sint Franciskusziekenhuis werden patiënten informatiebrochures uitgewerkt. De doelstelling hierbij was de patiënten en hun naasten bij opname informeren over het concept interdisciplinaire leerwerkplaats.

Bij de aanvang van dit afstudeerproject diende er een literatuurstudie te gebeuren waarin de aspecten van interdisciplinaire zorg en de leermogelijkheden voor studenten op een interdisciplinaire leerwerkplaats werden onderzocht. Vervolgens dienden er vragen gesteld te worden bij het verloop van een patiënten bevraging en de uitbouw van een informatiebrochure op inhoudelijk en vormelijk vlak.

De effectieve patiënten bevragingen leverden de inhoudelijke input voor de uitbouw van de verschillende informatiebrochures, ieder ontwikkeld in de persoonlijke huisstijl.

De interdisciplinaire leerwerkplaatsen gaan in een proefperiode van start in de loop van academiejaar 2015-16 waarbij de ontwikkelde patiënten informatiebrochures gehanteerd zullen worden om de patiënten, diens naasten te informeren.

De reflectie

Wij vonden het een eer en zeer interessant om deze bachelorproef te mogen realiseren. Naarmate het eindwerk vorderde, werd het resultaat meer en meer zichtbaar. We hebben tijdens vergaderingen duidelijke en goede afspraken gemaakt die ons groepsproces bevorderden. Vanaf het begin was het duidelijk dat het eindresultaat een informatiebrochure zou zijn voor vier interdisciplinaire leerwerkplaatsen met doelgroepen geriatrie en SP locomotorische revalidatie. Twee van de vier groepsleden bevonden zich in de laatste vier maanden in Barcelona. Met deze reden hebben wij bij aanvang van het eindwerk duidelijke afspraken gemaakt hoe we te werk zouden gaan. We werkten in twee groepen van twee personen. Elisabeth en Tom waren verantwoordelijk voor de doelgroep acute geriatrie in het Jessa ziekenhuis en het Sint-Franciskus ziekenhuis. Davine en Fien werkten het eindwerk uit voor de doelgroep SP locomotorische revalidatie in het a.z. Vesalius en het Sint-Trudo ziekenhuis.

Het theoretisch gedeelte werd opgedeeld in vijf grote delen zodat iedereen de kans kreeg om zijn eigen deel uit te werken. Indien er moeilijkheden waren, stonden de andere groepsleden open om elkaar verder op weg te helpen.

In het praktisch gedeelte werd er vanaf het onderdeel 'eindresultaten' een onderscheid gemaakt tussen de twee doelgroepen. De brochure per ziekenhuis werd ontwikkeld na het afnemen van de vragenlijsten en het verwerken van de resultaten. De opmaak van de brochures werd bepaald door de richtlijnen van de ziekenhuizen. De inhoud van de brochure was afhankelijk van de resultaten per doelgroep. Uiteindelijk bekwamen we twee brochures per doelgroep, maar de uitwerking werd verwerkt in een gemeenschappelijk eindwerk.

Doorheen het hele proces van de bachelorproef hebben we een persoonlijke ontwikkeling doorgemaakt. Enerzijds hebben we onze 'research-kwaliteiten' kunnen verbeteren door het opzoeken van geschikte literatuur, deze te beoordelen en te verwerken in het theoretisch gedeelte. Anderzijds hebben we onze sociale kwaliteiten kunnen verbeteren door communiceren met contactpersonen zoals de diensthoofden van de afdelingen, bij het afnemen van de vragenlijsten met de patiënten en bij het bespreken van aandachtspunten in onze groep.

We hebben veel belang gehecht aan onze zelfstandigheid. We hebben zelf contacten gelegd met belangrijke personen en onze verantwoordelijkheid genomen door afspraken nauwkeurig na te komen. Onze creativiteit werd gebruikt bij het ontwerpen en ontwikkelen van de informatiebrochure. Er werd goed nagedacht over welke onderdelen werden opgenomen in de brochure en hoe deze op een correcte en verstaanbare manier werden uitgewerkt.

We kijken er naar uit om onze informatiebrochure tentoon te stellen op de deelnemende afdelingen. Eveneens hopen we ooit kennis te kunnen maken met het vervolg project: 'het ontwikkelen van de leerwerkplaats' op deze afdelingen.

Bibliografie

- Adepu, R., Girasek, Swamy, M. K., Wegner (2012, maart-april). Development and evaluation of patient information leaflets (PIL) usefulness. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 74(2) 174-178.
- Archer, J., Barrett, J., Chan, W., Dargan, P., Douma, Flesch R., Potter, T., Wood, D. (2014). Development of a 'patient information leaflet' for use following assessment of patients with reported of suspected paracetamol overdose in the UK. *Pharmacology Research & Perspectives*, 2(6) e00075.
- Barwell, J., Arnold, F., Berry, H. (2013) How interprofessional learning improves care : *Nursing Times*, 109 : 21.
- Bender, M., Connelly, C., Brown, C. (2013) Interdisciplinary collaboration: the role of the clinical nurse leader. *Journal of Nursing Management*, 21, 165-174.
- Buysse, S., Decoene, E., DeVos, I., DeWulf, G., Pieteraerens, F., Schoupe, L., Vanderkerken, M., VanSteenbrugge, F. (2001) Draaiboek: ontwikkeling van informatiebrochures voor patiënten. UZ Gent. Geraadpleegd via <http://users.telenet.be/voorzitter.uobel/patb.pdf>, op 22/12/2014
- Cools, L. (2011) *Leerwerkplaats : Een manier om toekomstige verpleegkundigen aandacht mee te geven voor kwaliteitsvolle zorg?*, Katholieke Hogeschool Zuid-West-Vlaanderen, Departement verpleegkunde & vroedkunde, Kortrijk.
- DuBay, William H. (2004). *The Principles of Readability*, Impact Information Costa Mesa, California.
- Fitzsimmons, P., Michael, B., Hulley, J., Scott, G. (2010). A readability assessment of online Parkinson's disease information. *Journal of Royal College of Physicians Edinburgh*, 40(4) 292-6.
- Frost, M., Thiemann, K., Thompson, R. (1999, januari-februari). Importance of format and design in print patient information. *Cancer practice*, 7(1).
- Giesen D., Meertens V., Vis-Visschers R., Beukenhorst D., (2010). *Vragenlijstontwikkeling*. Centraal bureau voor statistiek.
- Havekes, R. & Drenth, H. (2005). *De leerwerkplaats : Het samen leren in de praktijk*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Headrick, L., Wilcock, P., Batalden, P. (1998) Interprofessional working and continuing medical Education. *British Medical Journal*, 316 (4), 771-774.
- Hylin, U., Nyholm, H., Mattiason, C., Ponzeri, S. (2007) Interprofessional training in clinical practice on a training ward for healthcare students: A two-year follow-up. *Journal of Interprofessional Care*, 21 (3) , 277-288.
- Lachmann, H., Ponzer, S., Johansson, U., Benson, L., Karlgren, K. (2013) Capturing students' learning experiences and academic emotions at an interprofessional training ward: *Journal of Interprofessional Care*, 27, 137-145.
- Mandal J., Parija S.C., (2014). Informed consent and research. *Trop Parasitology*, nummer 4, 78-79.

- Mathew, E.M., Rajiah, K., Sharma, K.K. (2013, december). Consumer's Perception on Design and Layout of Consumer Medical Information Leaflets on Obesity and Lipid Lowering Drugs. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 7(12) 2800-2802.
- McCallin, A. (2001) Interdisciplinary practice: a matter of teamwork. *Journal of clinical nursing*, 10 (4), 419-428.
- Molyneux, J. (2001) Interprofessional teamworking: what makes teams work well?. *Journal of interprofessional care*, 15 (1), 29-35.
- Morphet, J., Hood, K., Cant, R., Baulch, J., Gilbee, A., Sandry, K. (2014) Teaching teamwork : an evaluation of an interprofessional training ward placement for health care students : *Advances in medical education and practice*, 197-204.
- O'Neill O., (2003). Some limits on consent and confidentiality. *J Med Ethics*, (29), 4-7.
- Pelling, S., Kalén, A., Hammar, M., Wahlström, O. (2011) Preparation for becoming members of health care teams : findings from a 5-year evaluation of a student interprofessional training ward : *Journal of interprofessional care* (25), 5, 328-332.
- Petri, L. (2010) Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum*, 45 (2), 73-82.
- Tsakitzidis, G., & Van Royen, P. (2012) *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg (2^{de} druk)*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij Professional.
- Verhulst C., (2014). Informed consent: de geïnformeerde patiënt. Een beschrijvend onderzoek naar preoperatieve patiëntenfolders. *Universiteit Utrecht*, 1-10.
- Vyt, A. (2012) Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn. *Antwerpen: Garant*.
- Wilhelmsson, M., Pelling, S., Ludvigsson, J., Hammar, M., Dahlgren, L., Faresjö, T. (2013). Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping – ground-breaking and sustainable: *Journal of Interprofessional Care* 23, 2, 121-133.
- Wilhelmsson, M., Svensson, A., Timpka, T., Faresjö, T. (2013) Nurses' views of interprofessional education and collaboration : a comparative study of recent graduates from three universities : *Journal of interprofessional care* (27), 2, 155-60.
- Zhu, X. (2013) Expertise recognition in interdisciplinary care teams and its effect on team performance. *Academy of management Proceedings*, 77.

Bibliografie internet

- Baker Able Leaflet Design (Bald) Assessment Tool. Geraadpleegd op 12/12/2014, van http://www.jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2013&month=December&volume=7&issue=12&page=2800&id=3762
- Cras P. (2013). Informed consent. Geraadpleegd op 25 december 2014, van https://www.uza.be/sites/default/files/uploads/ResearchClub/informed_consent_research_club.pdf
- Ejustice, (2002). Wet betreffende de rechten van de patiënt. Geraadpleegd op 25/12/2014, van http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table_name=wet
- EURIB. (2011). Verwerken van kwalitatieve data. Geraadpleegd op 15/03/2015, van http://www.eurib.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Onderzoek/v_-_Verwerken_van_kwalitatieve_data.pdf
- FAGG. (2013). Sjablonen voor geïnformeerde toestemming. Geraadpleegd op 25/12/2014, van http://www.fagg-afmps.be/nl/MENSELIJK_gebruik/geneesmiddelen/geneesmiddelen/onderzoek_ontwikkeling/ethisch_comite/sjablonen_geinformeerde_toestemming/
- Gelijke Kansen Vlaanderen. Algemene tips voor een leesbare tekst. Geraadpleegd via http://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fgenderklik.be%2FPortals%2Fgenderklik%2FDocuments%2FCampagne%2FRichtlijnen-voor-toegankelijke-communicatie.doc&ei=Ju7IVIfKMYq4UYSXgYAF&usq=AFQjCNFPkfwUDpHwoHyLwaiHA2bp_IFIKg&sig2=6XsrJ2H0urfigMQqgCKgOQ&bvm=bv.84607526,d.d24, op 19/01/2015
- Langeveld, I., (2004). *Open vragen stellen*, geraadpleegd op 8/5/2015, van <http://www.carrietijger.nl/functioneren/communiceren/mondeling/vaardigheden/vragen-stellen/open-vragen-stellen>

Samenvatting

In het theoretisch gedeelte werd besproken wat een leerwerkplaats inhoudt, welke kenmerken deze heeft en welke voordelen er zijn voor de studenten ten opzichte van een reguliere werkplaats. Het belangrijkste voordeel voor de student is enerzijds het leren “van en met elkaar”. Anderzijds toont de leerwerkplaats een groter belang voor het interdisciplinair samenwerken en leiderschap. Daarna zijn we dieper ingegaan op wat interdisciplinair samenwerken in de praktijk betekent, wie lid is van het interdisciplinair team, wat de rol van de hoofdverpleegkundige betekent en de slaagkansen van het interdisciplinair samenwerken. Het samenwerken zorgt voor voordelen in het belang van de patiënt, de organisatie en de zorgverlener. De slaagkansen van het interdisciplinair samenwerken zijn afhankelijk van de persoonlijke kwaliteiten en inzet van het personeel, de communicatie binnen het team en de ontwikkeling van creatieve werkmethodes.

In het derde hoofdstuk werd er ingegaan op wat een informed consent inhoudt en wat het belang hierbij is bij het afnemen van een vragenlijst. Daarop volgde hoe een vragenlijst werd opgesteld, welk ontwikkelingsproces deze zal doorlopen en met welke aandachtspunten er werd rekening gehouden. Dit alles werd gerealiseerd rekening houdend met het opzet een patiëntenbrochure te ontwikkelen vanuit het perspectief van de patiënt.

In het laatste hoofdstuk van het theoretisch deel werd er beschreven hoe de opmaak van de brochure best kon worden uitgevoerd. Hierbij besprak men de opbouw, de inhoud en het design. Vervolgens kon de praktijkuitvoering beginnen en de vragenlijsten werden afgenomen bij de verschillende doelgroepen in de ziekenhuizen.

De verwerking van deze vragenlijsten is terug te vinden in het praktisch gedeelte. De resultaten werden verwerkt en nauwkeurig beschreven in het gedeelte ‘resultaten’, onder het analyseren en structureren van kwalitatieve data. Per vraag is zowel frequentie, percentages als grafische weergave zichtbaar. Nadat het duidelijk was welke thema’s de patiënten belangrijk vonden om in de brochures weer te geven, kon het maken van de brochure starten. Er werden contacten gelegd met de referentiepersonen per ziekenhuis om ons te informeren over de huisstijl van de verschillende ziekenhuizen.

Bij de opstelling van de brochures werd rekening gehouden met de thema’s, inhoud, opmaak en opstelling.

De informatiebrochures zullen binnenkort zichtbaar zijn op de verschillende afdelingen bij aanvang van de interdisciplinaire leerwerkplaats, zodat patiënten degelijk geïnformeerd zijn over hun verblijf op de interdisciplinaire leerwerkplaats.

Bijlagen

Bijlage 1: informed consent

Titel van de studie: Ontwikkeling patiënteninformatiebrochure in het kader van Onderwijs Innovatie Project 'interdisciplinaire leerwerkplaatsen'

Opdrachtgever van de studie: *Catherine Guisson Hogeschool PXL, Elfde Liniestraat 24, 3500 Hasselt*

Onderzoeksinstituting: Hogeschool PXL, Elfde Liniestraat 24, 3500 Hasselt

Ethisch comité: *CME Jessa Ziekenhuis*

Plaatselijke artsen-onderzoekers: *Claessens Fien, Gemis Davine, Schiepers Tom, Schroeder Elisabeth (studenten 3^{de} opleidingstraject verpleegkunde, Hogeschool PXL)*

[I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen \(4 pagina's\)](#)

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een observationele klinische studie. Wij zullen u geen enkele andere procedure voor diagnose of opvolging voorstellen, behalve een vragenlijsten die u zal moeten beantwoorden.

Voordat u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, vragen wij u om kennis te nemen van wat deze studie zal inhouden op het gebied van organisatie, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een "geïnformeerde toestemming" genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker of zijn of haar vertegenwoordiger.

Dit document bestaat uit 3 delen:

In een eerste deel vindt u de essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, in een tweede deel vindt u uw schriftelijke toestemming en als laatste vindt u de bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- De behandeling die de arts-onderzoeker u in overeenstemming met de huidige aanbevelingen heeft voorgesteld niet zal veranderen door uw deelname aan deze studie.
- Deze klinische studie opgesteld is na evaluatie door één of meerdere ethische comités.
- Uw deelname vrijwillig is; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de arts-onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Er is een verzekering afgesloten voor het geval dat u schade zou oplopen in het kader van uw deelname aan deze klinische studie.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoeker, Catherine Guisson, te bereiken op +3211775205 of via e-mail: catherine.guison@pxl.be

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze klinische studie is georganiseerd voor patiënten die verblijven op een afdeling geriatrie of SP Locomotorisch.

In de nabije toekomst zullen 'interdisciplinaire leerwerkplaatsen' opgericht worden. Een interdisciplinaire leerwerkplaats is een (gedeelte van een) bestaande afdeling in het ziekenhuis die enkel door studenten zal bemand worden, onder supervisie van ziekenhuispersoneel. De studenten zullen de totale zorgverlening op zich nemen, wat omvat dat zij instaan voor de organisatie, uitvoering en evaluatie van de zorgen, zoals zij moeten doen in de realiteit als zij afgestudeerd zijn. De focus ligt op het zelfstandig handelen van de studenten in een realistische leeromgeving, met dezelfde kwaliteitseisen voor de patiënt en manier van samenwerking als in een team bestaande uit afgestudeerde zorgverleners.

Om de patiënten die op deze afdelingen zullen verblijven degelijk te informeren, moet een informatiebrochure opgesteld worden die beantwoordt aan de vragen van de patiënt. In de meeste gevallen wordt een informatiebrochure opgesteld vanuit de expertise van de professional, maar deze heeft een andere achtergrond dan de patiënt. Mogelijk stelt de patiënt zich andere vragen omtrent zijn verblijf op deze interdisciplinaire leerwerkplaats, dan de professional zou doen.

Opdat de patiënteninformatiebrochure zou beantwoorden aan de concrete vragen van de patiënt, is het opzet om deze te maken vanuit de denkwereld van de patiënt, namelijk: 'wat wil de patiënt weten, indien hij op deze interdisciplinaire leerwerkplaats zou gehospitaliseerd worden?'

Aan deze klinische studie zouden 120 patiënten moeten deelnemen in België.

Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u meerderjarig, wilsbekwaam zijn en verblijven op een afdeling geriatrie of SP Locomotorisch.

De duur van uw deelname aan deze studie bestaat enkel uit één bevraging tijdens dewelke uw onderzoeker u zal vragen om alle voor de studie noodzakelijke gegevens en informatie te verzamelen - zoals uw demografische gegevens (leeftijd, geslacht) evenals gegevens over uw medische voorgeschiedenis.

De bevraging zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen, deze bevraging is slechts éénmalig.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Zoals hierboven vermeld, stemmen de behandeling die u werd voorgesteld en de procedures voor diagnose en opvolging overeen met de goede medische praktijken. Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

Ook moet u niet verwachten dat uw deelname aan deze studie u persoonlijke voordelen zal opleveren. U moet begrijpen dat uw deelname aan deze studie ervoor zal zorgen dat wij een beter beeld krijgen over de verwachtingen van patiënten naar inhoudelijke informatie bij hospitalisatie op een interdisciplinaire leerwerkplaats.

Intrekking van uw toestemming

U neemt vrijwillig deel aan deze studie en u hebt het recht om uw toestemming voor gelijk welke reden in te trekken. U hoeft hiervoor geen reden op te geven.

Als u uw toestemming intrekt, zullen de gegevens bewaard blijven die tot op het ogenblik van uw stopzetting werden verzameld. Dit om de geldigheid van de studie te garanderen. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden gegeven.

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

- Tenvolle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker (Guisson Catherine) op het telefoonnummer (+3211775205).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de ombudsdienst in uw ziekenhuis op het telefoonnummer: +3211308400. Indien nodig kan de ombudsdienst u in contact brengen met het Ethisch Comité.

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en met een door mij gekozen persoon, zoals mijn huisarts of een familielid, te praten.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten zonder dat dit mijn relatie schaadt met het therapeutisch team dat instaat voor mijn gezondheid.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoeker en de opdrachtgever de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Belgische wetgeving ter zake.

Ik stem in met de verwerking van mijn persoonlijke gegevens volgens de modaliteiten die zijn beschreven in de rubriek over het verzekeren van de vertrouwelijkheid. Ik geef ook toestemming voor de overdracht naar en verwerking van mijn gecodeerde gegevens in andere landen dan België.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

[Indien een getuige / tolk aanwezig is.] Getuige / Tolk

Ik ben tijdens het volledige proces van informatieverstrekking aan de deelnemer aanwezig geweest en ik bevestig dat de informatie over de doelstellingen en procedures van de studie op adequate wijze is verstrekt, dat de deelnemer (of diens wettelijke vertegenwoordiger) de studie naar alle waarschijnlijkheid heeft begrepen en dat de toestemming met deelname aan de studie uit vrije wil is gegeven.

Naam, voornaam en hoedanigheid van de getuige:

Datum en handtekening van de getuige / tolk

Arts-onderzoeker

Ik ondergetekende _____, bevoegde onderzoeksmedewerker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, Voornaam, Datum en handtekening
van de vertegenwoordiger
van de onderzoeker

Naam, Voornaam, Datum en handtekening
van de onderzoeker

Titel van de studie: Ontwikkeling patiënteninformatiebrochure in het kader van Onderwijs Innovatie Project 'interdisciplinaire leerwerkplaatsen'

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de organisatie van de studie

De studie vereist geen raadplegingen voor opvolging of onderzoeken.

2: Aanvullende informatie over de risico's die verbonden zijn aan de deelname aan deze studie: niet van toepassing

Er zijn geen risico's verbonden aan de deelname aan deze studie: de behandeling en de voorgestelde onderzoeken bij de klinische opvolging zijn voorgeschreven in overeenstemming met de voorwaarden voor goede medische praktijken.

3: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer aan een klinische studie

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité, ethische toetsingscommissie Jessa Ziekenhuis, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan klinische studies deelnemen te beschermen. Ze controleren of uw rechten als patiënt en als deelnemer aan een studie gerespecteerd worden, of de studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Hierover brengen de ethische comités een advies uit in overeenstemming met de Belgische wet van 7 mei 2004.

U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval uw relatie met de arts-onderzoeker en de voortzetting van uw therapeutische behandeling veranderen.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat u ermee akkoord gaat dat de onderzoeker gegevens over u verzamelt en dat de opdrachtgever van de studie die gebruikt voor

onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

U hebt het recht om aan de onderzoeker te vragen welke gegevens hij/zij over u heeft verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. Deze gegevens hebben betrekking op uw huidige klinische situatie maar ook op uw medische voorgeschiedenis. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn¹.

De onderzoeker is verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen. Dit betekent dat hij zich ertoe verbindt om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat hij uw gegevens zal coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie) voordat hij ze doorgeeft aan de beheerder van de databank (Hogeschool PXL, Departement PXL-Healthcare, Guffenslaan 39, 3500 Hasselt).

De onderzoeker en zijn team zullen gedurende de volledige klinische studie de enige personen zijn die een verband kunnen leggen tussen de overgedragen gegevens en uw medisch dossier².

De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren³.

De door de opdrachtgever aangestelde beheerder van de onderzoeksgegevens kan u niet identificeren op basis van de overgedragen gegevens. Deze persoon is verantwoordelijk voor het verzamelen van de gegevens die door alle onderzoekers die deelnemen aan de studie zijn verzameld en voor de verwerking en de bescherming van die gegevens in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere artsen en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever.

Ze kunnen ook doorgegeven worden aan andere sites van de opdrachtgever in België en in andere landen waar de normen inzake de bescherming van persoonsgegevens verschillend of minder strikt kunnen zijn. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm zoals hierboven uitgelegd⁴.

Uw toestemming om aan deze studie deel te nemen betekent dus ook dat u akkoord gaat dat uw gecodeerde medische gegevens gebruikt worden voor doeleinden die in dit informatieformulier staan beschreven en dat ze worden overgedragen aan bovenvermelde personen en/of instellingen.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

1 Deze rechten zijn bepaald door de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

2 De wet verplicht om voor klinische studies dit verband met uw dossier gedurende 20 jaar te bewaren.

3 De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

4 De opdrachtgever verbindt zich ertoe om het bindend karakter van de Europese richtlijn en van de Belgische wetgeving inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer te respecteren.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Verzekering

In een observationele studie is het enige mogelijke risico een probleem met de maatregelen die werden genomen om de vertrouwelijkheid van uw persoonsgegevens te beschermen. De opdrachtgever is, ook indien er geen sprake is van fout, aansprakelijk voor de schade die u als deelnemer - of in geval van overlijden uw rechthebbenden - oplopen en die rechtstreeks of onrechtstreeks te wijten is aan de deelname aan deze studie. Hiervoor heeft de opdrachtgever een verzekeringscontract afgesloten (Ethias verzekering, polisnummer 45.236.692, afgesloten door **Hogeschool PXL**, Elfde Liniestraat 24/A te 3500 Hasselt)⁵.

⁵ Conform artikel 29 van de Belgische wetgeving inzake experimenten op de menselijke persoon (7 mei 2004)

Bijlage 2: Onderzoeksdossier

Onderzoeksdossier ontwikkeling patiënteninformatiebrochure in het kader van Onderwijs Innovatie Project 'interdisciplinaire leerwerkplaatsen'.

Situering

In mei 2014 werd het Onderzoeks Innovatie Project 'Interdisciplinaire Leerwerkplaatsen' goedgekeurd door het directiecomité van de Hogeschool PXL. Het project heeft als doel de uitbouw en opstart van een interdisciplinaire leerwerkplaats die volledig bemand is door studenten uit verschillende disciplines in de zorg. Concreet houdt dit in dat een gedeelte van een bestaande afdeling in het ziekenhuis enkel door studenten zal bemand worden, onder supervisie van ziekenhuispersoneel, doch met de focus op het zelfstandig handelen van de studenten in een realistische leeromgeving. Vermits er gekozen werd voor een interdisciplinaire samenwerking, zal het team bestaan uit zowel studenten verpleegkunde (van de Hogeschool PXL en PIVH), als studenten ergotherapie en sociaal werk (van de Hogeschool PXL). Samenwerkende partners in dit project zijn het Jessa ziekenhuis, AZ Vesalius, Sint- Franciskusziekenhuis en Sint- Trudo ziekenhuis. Opzet is om de interdisciplinaire leerwerkplaats te vestigen op de afdeling geriatrie in het Jessa ziekenhuis en Sint- Franciskusziekenhuis enerzijds, en op de afdeling SP locomotorisch in het AZ Vesalius en Sint- Trudo ziekenhuis anderzijds.

Omdat de patiënten die op deze afdelingen zullen verblijven ook terdege geïnformeerd moeten worden, werd beslist om een informatiebrochure op te stellen voor de toekomstige patiënten met de nodige toelichtingen over deze interdisciplinaire leerwerkplaats.

Probleemstelling

In de meeste gevallen wordt een informatiebrochure opgesteld vanuit de expertise van de professional, maar deze heeft een andere achtergrond dan de patiënt. Mogelijk stelt de patiënt zich andere vragen omtrent zijn verblijf op deze interdisciplinaire leerwerkplaats, dan de professional zou doen.

Opdat de patiënteninformatiebrochure zou beantwoorden aan de concrete vragen van de patiënt, is het opzet om deze te maken vanuit de denkwereld van de patiënt, met name 'wat wil de patiënt weten, indien hij op deze interdisciplinaire leerwerkplaats zou gehospitaliseerd worden?'

Onderzoeksvraag/ doelstellingen

'Wat wil een patiënt weten, om degelijk geïnformeerd te zijn, als deze zal verblijven op een interdisciplinaire leerwerkplaats?'

Doelstelling is om de patiënt op zijn eigen niveau te informeren, te beantwoorden aan de vragen die de patiënt zich stelt bij de hospitalisatie op de interdisciplinaire leerwerkplaats.

Methodologie

Als voorbereiding werd een uitgebreide literatuurstudie uitgevoerd omtrent het thema. (zie

bibliografie)

Aan de hand van een korte vragenlijst (zie bijlage 1), opgesteld door de promotor, zal de patiënt bevroegd worden naar wat hij belangrijk vindt om te weten indien hij gehospitaliseerd wordt op de interdisciplinaire leerwerkplaats.

Om te beantwoorden aan het profiel van de toekomstige patiënten, zullen de vragenlijsten afgenomen worden bij patiënten die verblijven op de afdeling geriatrie (in het Jessa ziekenhuis en Sint-Franciskusziekenhuis) en bij patiënten die verblijven op de afdeling SP locomotorisch (in het AZ Vesalius en Sint-Trudo ziekenhuis). Op basis van de antwoorden van de patiënten, zullen er clusters gemaakt worden van de weerkerende thema's, die de basis zullen vormen van de informatiebrochure.

Het opzet is om op de afdeling geriatrie in het Jessa ziekenhuis en Sint-Franciskusziekenhuis, evenals op de afdeling SP Locomotorisch in het AZ Vesalius en Sint-Trudo ziekenhuis, steeds 30 patiënten te bevragen. Dit zal resulteren in een totale bevraging van 60 patiënten op een afdeling geriatrie en 60 patiënten op een afdeling SP Locomotorisch.

De bevraging zal gebeuren door studenten van het 3^{de} opleidingstraject verpleegkunde, in het kader van hun bachelorproef, onder promotorschap van Catherine Guisson, lector Hogeschool PXL.

Resultaten

Op basis van de antwoorden van de patiënten zullen clusters gevormd worden van de weerkerende thema's. Deze zullen als basis dienen om de informatiebrochure te ontwikkelen.

Bibliografie

Corstjens, F., Gommers, J. (2012) *Leerzorgcentrum Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een opleidingsconcept voor verpleegkundigen*, Antwerpen – Apeldoorn: Garant

Havekes, R. & Drenth, H. (2005) *De leerwerkplaats samen leren in de praktijk*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Hylin, U., Nyholm, H., Mattiasson, A.C., Ponzer, S. (2007) Interprofessional training in clinical practices on a training ward for healthcare students: a two-year follow-up. *Journal of Interprofessional Care*, 21 (3) 277-88

Lachmann, H., Ponzer, S., Johansson, U.B., Benson, L., Karlgren, K. (2013) Capturing students' learning experiences and academic emotions at an interprofessional training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 27 (2) 137-45

Lidskog, M., Löfmark, A., Ahlström, G. (2007) Interprofessional education on a training ward for older people: students' conceptions of nurses, occupational therapists and social workers. *Journal of Interprofessional Care*, 21 (4) 387-99

Lidskog, M., Löfmark, A., Ahlström, G. (2008) Learning about each other: students' conceptions before and after interprofessional education on a training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 22 (5) 521-33

Lidskog, M., Löfmark, A., Ahlström, G. (2009) Learning through participating on an interprofessional training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 23 (5) 486-97

Mogensen, E., Elinder, G., Widström, A.M., Winbladh, B. (2002) Centres for Clinical Education (CCE): developing the health care education of tomorrow – a preliminary report. *Education for Health*, 15 (1) 10-8

Pelling, S., Kalen, A., Hammar, M., Wahlström, O. (2011) Preparation for becoming members of health care teams: findings from a 5-year evaluation of a student interprofessional training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 25 (5), 328-32

Reeves, S., Freeth, D., McCrorie, P., Perry, D. (2002) 'It teaches you what to expect in future...': interprofessional learning on a training ward for medical, nursing, occupational therapy en physiotherapy students. *Medical Education*, 36 (4) 337-44

Vyt, A. (2012) *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn*, Antwerpen-Apeldoorn: Garant

Wilhemsson, M., Pelling, S., Ludvigsson, J., Hammar, M., Dahlgren, L.O., Faresjo, T. (2009) Twenty years of experiences of interprofessional education in Linköping—ground-breaking and sustainable. *Journal of Interprofessional Care*, 23 (2) 121-33

ZIC Sevagram. *Zorginnovatiecentrum Sevagram*. Geraadpleegd op 12 december, 2014, van <http://www.zicsevagram.nl/>.

Vragenlijst ter bevraging patiënten in functie van ontwikkeling patiënten informatiebrochure in het kader van
Onderwijs Innovatie Project 'interdisciplinaire leerwerkplaatsen'.

Algemene gegevensverzameling

Leeftijd:

Geslacht:

Aantal ziekenhuisopnames voorafgaand aan deze opname:

Bevraging in functie van informatiebrochure

1. **Hoe zou je het vinden**, om als patiënt opgenomen te worden op een afdeling waarbij het team enkel bestond uit studenten?
2. **Wat zou je willen weten** als je opgenomen werd op deze afdeling, wanneer het team enkel bestond uit studenten?
3. **Wat vind je zeer belangrijk** om terug te vinden in een patiënten informatiefolder wanneer je zou opgenomen worden op zo'n afdeling?
4. **Wat vind je minder belangrijk** om terug te vinden in een patiënten informatiefolder?

Bijlage 3: Ethische Toetsingscommissie

COÖPERATIE ONDERWIJSPLAATSEN

Campus Virga Jesse
Stationstraat 11
1300 Hasselt

JESSA
ZIEKENHUIS

Ethische Toetsingscommissie

ADVIESFORMULIER

- studieprotocol
- amendement protocol
- medical need program

VOORZITTER
dr. Koen Bogaert

SECRETARIAAT
Katrien Joannes
katrien.joannes@jessazh.be

CONTACT
ethische.toetsingscommissie@jessazh.be

ONS KENNENK
15.09/VERP15.01

Hasselt, 4 mei 2015

Titel protocol: Ontwikkeling patiënteninformatiebrochure in het kader van onderwijs
Innovatie project 'Interdisciplinaire leerwerkplaatsen'

Protocolnummer:

Opdrachtgever:

Belgisch registratien°:

Onderzoeker/Assis: Lucki Meyers

GOEDKEURING ETHISCHE TOETSINGSCOMMISSIE JESSA

Goedte collega,

In haar vergadering van 03/02/2015 maakte de Ethische Toetsingscommissie opmerkingen in verband met het ingediende studiedossier.

Hierbij bevestigen wij dat we uw **aangepaste** studievoorslag ontvingen:

- informatie- en toestemmingsformulier, dd. 24/02/2015
- patiëntenvragenlijst

De gewijzigde documenten voldoen aan de gestelde opmerkingen en zullen aan het studiedossier toegevoegd worden.

De Ethische Toetsingscommissie geeft hierbij haar **definitieve goedkeuring** voor de start van het onderzoek.

De Ethische Toetsingscommissie is georganiseerd en handelt volgens de richtlijnen van GCP/ICH.

In bijlage vindt u de ledenlijst van de Ethische Toetsingscommissie.

Met vriendelijke groeten,

Adviesformulier studie 15.09/verp15.01



1/2

Bijlage 4: Informatiebrochure a.z. Vesalius ziekenhuis

 <p>The cover features a blue header with a partial eye image and the text 'WELKOM'. Below this is the 'a.z. vesalius' logo. The main title 'VERPLEEGENHEID SP LOCOMOTORISCHE REVALIDATIE' is centered in white text on a blue background. At the bottom, 'Patiënteninfo' is written in white on a blue background.</p>	 <p>WELKOM</p> <p>Geachte mevrouw, mijnheer</p> <p>Wij heten u van harte welkom op de verpleegeenheid SP locomotorische revalidatie.</p> <p>De afdeling is een revalidatieafdeling voor patiënten en tevens een leerwerkplaats voor studenten. In deze brochure willen wij u zo goed mogelijk informeren over deze afdeling om uw verblijf zo aangenaam mogelijk te maken.</p> <p>In de onderstaande pagina's vindt u informatie over de dagelijkse gang van zaken op deze revalidatieafdeling.</p> <p>Ons team van studenten staat altijd voor u klaar indien u nog vragen heeft.</p> <p>Wij wensen u een spoedig herstel en een aangenaam verblijf toe op deze verpleegeenheid.</p> <p>2</p>																
 <p>INHOUD</p> <table border="0"><tr><td>Welkom.....</td><td>2</td></tr><tr><td>Algemene werking.....</td><td>4</td></tr><tr><td>Dagindeling.....</td><td>5</td></tr><tr><td>Interdisciplinaire samenwerking.....</td><td>6</td></tr><tr><td>Communicatie op de afdeling.....</td><td>10</td></tr><tr><td>Bezoekuren.....</td><td>11</td></tr><tr><td>Verloop van de revalidatie.....</td><td>12</td></tr><tr><td>Verpleegeenheid SP locomotorische revalidatie.....</td><td>14</td></tr></table> <p>3</p>	Welkom.....	2	Algemene werking.....	4	Dagindeling.....	5	Interdisciplinaire samenwerking.....	6	Communicatie op de afdeling.....	10	Bezoekuren.....	11	Verloop van de revalidatie.....	12	Verpleegeenheid SP locomotorische revalidatie.....	14	 <p>ALGEMENE WERKING</p> <p>U bent gehospitaliseerd op een revalidatieafdeling die tegelijk ook een leerwerkplaats is. Zoals het woord het zegt: studenten komen werken op deze afdeling om te leren in de praktijk. Studenten voeren de taken op de afdeling uit, terwijl de werkbegeleider de eindverantwoordelijkheid over de kwaliteit van het werk heeft.</p> <p>Omdat de opleiding en de praktijk geïntegreerd worden, neemt de kwaliteit van het werk toe en vindt de professionalisering van de student in optimale omstandigheden plaats. Door intensief samen te werken leren de studenten van elkaar, waardoor de zorg voor de patiënten er alleen maar beter op wordt.</p> <p>Studenten op een leerwerkplaats hebben meer verantwoordelijkheid en meer bewegingsvrijheid, de student leert zo gemakkelijker functioneren op een werkplaats. De student stuurt zelf zijn leerproces. Op deze manier hebben de studenten voldoende ruimte voor ontwikkeling. De studenten zijn enkel overdag aanwezig, 's nachts en in het weekend werken gediplomeerden verpleegkundigen.</p> <p>Door het garanderen van de kennis en vaardigheden in combinatie met de aanwezigheid van de werkbegeleider, zorgen wij ervoor dat u zich steeds in een veilige situatie bevindt.</p> <p>4</p>
Welkom.....	2																
Algemene werking.....	4																
Dagindeling.....	5																
Interdisciplinaire samenwerking.....	6																
Communicatie op de afdeling.....	10																
Bezoekuren.....	11																
Verloop van de revalidatie.....	12																
Verpleegeenheid SP locomotorische revalidatie.....	14																

DAGINDELING

Op de revalidatieafdeling is er een specifieke werking. Alle revaliderende patiënten worden gestimuleerd om samen in de **dagzaal** te werken aan hun revalidatiedoelstellingen. Hierbij hoort ook het in groep eten in de **dagzaal**.

Om **8.00 uur** wordt het ontbijt opgedekt. De studenten zorgen dat de revaliderende patiënt goed geïnstalleerd is en men zal voorbereidende hulp bieden indien nodig. Er is specifieke begeleiding voorzien indien men in aanmerking komt voor ontbijttherapie. Ondertussen wordt er gezorgd voor de medicatiebedeling. Na het ontbijt worden de hygiënische en verpleegkundige zorgen verleend.

Omstreeks **8.30 uur** wordt gestart met de therapie. Iedere revalidant heeft een schema (opgesteld door ergo-, logo- en kinesitherapeuten) waaraan hij zich dient te houden. Het middageten is voorzien rond **12.00 uur** en het avondmaal rond **17.30 uur**.

Afhankelijk van het therapeutisch schema worden sommige revaliderende patiënten in de namiddag opnieuw verwacht voor kinesitherapie. De therapieën zijn gepland tot **15.30 uur**.

Rond **20.00 uur** start de avondronde. Vanaf **21.45 uur** zal de nachtverpleegkundige de taken verder overnemen.

5

INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Op de revalidatieafdeling werken disciplines interdisciplinair samen. Naast assistent revalidatieartsen bestaat het studententeam uit verpleegkundigen, ergotherapeuten en maatschappelijke werkers. Ze werken samen volgens een specifieke methode om een gezamenlijk **zorgpad** van een patiënt te ontwikkelen. De verpleegkundige werkbegeleider zal steeds aanwezig zijn op de afdeling om de studenten te begeleiden. De ergotherapeuten en sociaal assistenten van het ziekenhuis begeleiden tevens de studenten, maar zijn niet constant aanwezig op de afdeling.

Het interdisciplinair team op de afdeling bestaat verder uit de volgende personen:

Revalidatieartsen

De functie van de revalidatiearts bestaat erin de therapieën op elkaar af te stemmen en eventueel aan te passen. De assistent revalidatiearts stelt, samen met de revaliderende patiënt en het team, de revalidatiedoelen op in functie van de aandoening, de revalidatie-mogelijkheden, de algemene en psychische toestand.

Artsen: Dr. Daele

6

INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Verpleegkundigen

De verpleegkundigen maken dagelijks deel uit van het revalidatieproces. Naast het revalidatieproces bewaken zij ook de gezondheidstoestand van de patiënt door middel van verpleegkundige observatie en nauwe samenwerking met de revalidatieartsen. De studenten verpleegkunde werken in teams of per twee, er is altijd een werkbegeleider/ vast benoemde verpleegkundige aanwezig.

Hoofdverpleegkundige: Mevr. Mouha Marina

Ergotherapeuten

Ergotherapie richt zich op het verwerven van een zo groot mogelijke zelfstandigheid in alle activiteiten van het dagelijkse leven, rekening houdende met de mogelijkheden en beperkingen. Ook hier zullen studenten ergotherapie de eerste stappen ondernemen. Ze leggen de klemtoon op het verbeteren van de bewegingsmogelijkheden bijvoorbeeld door middel van evenwichts oefeningen voor zitten en staan. Tijdens de ochtendzorgen kunnen ze extra aandacht besteden aan de functies van het algemeen dagelijks leven. De patiënt zelf krijgt inspraak in de verzorging en kan op deze manier zijn zelfzorg verbeteren.

Ergotherapeuten: Dhr. Houbrix Jens

7

INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Kinesitherapeuten

De kinesitherapeutische hulpverlening richt zich in het algemeen op het behoud en het vergroten van de kwaliteit van het bewegen. De kinesitherapeut richt zich op het menselijk bewegen en dan voornamelijk in een context van gezond functioneren. De therapieën kunnen zowel individueel als in groep gebeuren.

Kinesitherapeut: Mevr. Debora Mireille

Logopedisten

Logopedie houdt in: "hulpverlening bij stoornissen en beperkingen in de communicatie". Communicatie is meer dan praten alleen, het omvat vele uitingsvormen waaronder taal, lezen, schrijven, gebaren en ondersteunende communicatiesystemen. De logopediste biedt preventie, zorg, training en advies inzake communicatie, mondfunctie, slikken en stem.


Logopedisten: Mevr. Hagenaers Tina

Sociale dienst

De sociaal werker wil samen met de patiënt en zijn familie de terugkeer naar huis of naar een nieuwe woonsituatie zo goed mogelijk voorbereiden. Studenten sociaal werk hebben extra aandacht voor de follow-up, zoals het extra hulp inschakelen in de thuissituatie na ontslag van de patiënt.

Sociale dienst: Mevr. Deidre Piette

8

 **INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING****Orthopedisch techniek**

De techniek staat in voor het aanmeten, aanpassen of afleveren van technische hulpmiddelen die noodzakelijk zijn om uw zelfstandig functioneren te ondersteunen.

Techniek: Fima Demolder

Diëtiste

De diëtiste begeleidt u met specifieke voedingsproblemen of aangepaste diëten.


Diensthoofd diëtistes: Dhr. Bellen Chris

Psychologe

Aangezien een aandoening/ziekte of ongeval, en de noodzakelijke revalidatie hiervan, ook psychologische problemen kan geven (o.a. verwerking), is een psychologische begeleiding vaak niet alleen aangewezen voor uzelf, maar ook voor uw familie.

Psychologe: Mevr. Suchanek Petra

9


 **COMMUNICATIE OP DE AFDELING**

Er zijn duidelijke afspraken over de communicatie gemaakt tussen de aanwezigen op de afdeling. Uw algemene toestand wordt dagelijks besproken in het interdisciplinair team.

Iedereen staat altijd voor u klaar indien u nog vragen heeft.

Verder zal men u informatie geven over de diagnose en hoe het zorgpad zal verlopen. Alle aanwezigen zijn op elkaar afgestemd en op de hoogte van de verschillende onderzoeken en therapieën die zullen plaatsvinden.

10

 **BEZOEKUREN**

Gelet op de geplande activiteiten en het goede verloop van de therapieën zijn de bezoeken elke dag beperkt van **14.00 tot 20.00 uur**. De eventuele onderzoeken die tijdens de bezoeken plaatsvinden krijgen voorrang op het bezoek.


Een uitzondering op de normale bezoeksregeling kan steeds in overleg met de hoofdverpleegkundige besproken worden.

De bezoekers verlaten de kamer tijdens de verzorging en tijdens de patiëntenronde met de geneesheer.

Probeer het bezoek te beperken tot enkele personen. Maak het bezoek niet te lang. Het is belangrijk om voldoende te rusten.

Om 20.00 uur wordt het einde van de bezoektijd omgeroepen. Wij vragen u om dit te respecteren.

11

 **VERLOOP VAN DE REVALIDATIE**

Een revalidatieafdeling is een dienst waar patiënten met een lichamelijke en/of geestelijke beperking ten gevolge van een ziekte/aandoening of ongeval revalideren.

De doelstelling is om de patiënten/revalidanten een zo groot mogelijke zelfstandigheid te laten verwerven binnen onze maatschappij, ondanks hun eventuele beperkingen. Dit willen we bereiken door hen te stimuleren door middel van training. Deze training uit zich in de therapieën en de begeleiding van het voltallige revalidatieteam.

Naast een specialistische aanpak van de therapeuten is de infrastructuur eveneens voorzien voor specifieke revalidatie van patiënten met neurologische en locomotorische aandoeningen.

Door dit geheel van interacties tussen de revaliderende, de revalidatieafdeling en zijn omgeving, bestaat er geen standaardtherapie en dient iedere revaliderende patiënt een aparte benadering te krijgen. Het opstellen van een individueel therapeutisch schema en een interdisciplinaire benadering is hierbij onmisbaar.

12

Bijlage 5: informatiebrochure Sint-Trudo ziekenhuis

 <p>Informatiebrochure</p> <p>VERPLEEGEENHEID Z2</p>	<h3>Welkom</h3> <p>Geachte mevrouw Geachte heer</p> <p>Wij heten u van harte welkom op de verpleegeenheid Z2.</p> <p>Z2 is een revalidatieafdeling voor de patiënten en tevens een leerwerkplaats voor studenten. In deze brochure willen wij u zo goed mogelijk informeren over deze afdeling om uw verblijf zo aangenaam mogelijk te maken.</p> <p>In de onderstaande pagina's vindt u informatie over de dagelijkse gang van zaken op de revalidatieafdeling.</p> <p>Ons team van studenten staat altijd voor u klaar indien u nog vragen heeft.</p> <p>Wij wensen u een spoedig herstel en een aangenaam verblijf toe op deze verpleegeenheid.</p>																
<h3>Inhoud</h3> <table><tr><td>Welkom</td><td>1</td></tr><tr><td>Algemene werking</td><td>3</td></tr><tr><td>Dagindeling</td><td>4</td></tr><tr><td>Interdisciplinaire samenwerking</td><td>5</td></tr><tr><td>Communicatie op de afdeling</td><td>8</td></tr><tr><td>Bezoekuren</td><td>9</td></tr><tr><td>Verloop van de revalidatie</td><td>10</td></tr><tr><td>Verpleegeenheid Z2</td><td>11</td></tr></table>	Welkom	1	Algemene werking	3	Dagindeling	4	Interdisciplinaire samenwerking	5	Communicatie op de afdeling	8	Bezoekuren	9	Verloop van de revalidatie	10	Verpleegeenheid Z2	11	<h3>Algemene werking</h3> <p>U bent gehospitaliseerd op een revalidatieafdeling die tegelijk ook een leerwerkplaats is. Zoals het woord het zegt: studenten komen werken op deze afdeling om te leren in de praktijk. Studenten voeren de taken op de afdeling uit, terwijl de werkbegeleider de eindverantwoordelijkheid over de kwaliteit van het werk heeft.</p> <p>Omdat de opleiding en de praktijk geïntegreerd worden, neemt de kwaliteit van het werk toe en vindt de professionalisering van de student in optimale omstandigheden plaats. Door intensief samen te werken leren de studenten van mekaar, waardoor de zorg voor de patiënten er alleen maar beter op wordt.</p> <p>Studenten op een leerwerkplaats hebben meer verantwoordelijkheid en meer bewegingsvrijheid, de student leert zo gemakkelijker functioneren op een werkplaats. De student stuurt zelf zijn leerproces. Op deze manier hebben de studenten voldoende ruimte voor ontwikkeling. De studenten zijn enkel overdag aanwezig, 's nachts en in het weekend werken gediplomeerde verpleegkundigen.</p> <p>Door het garanderen van de kennis en vaardigheden in combinatie met de aanwezigheid van de werkbegeleider, zorgen wij ervoor dat u zich steeds in een veilige situatie bevindt.</p>
Welkom	1																
Algemene werking	3																
Dagindeling	4																
Interdisciplinaire samenwerking	5																
Communicatie op de afdeling	8																
Bezoekuren	9																
Verloop van de revalidatie	10																
Verpleegeenheid Z2	11																

Dagindeling

Op de revalidatieafdeling is er een specifieke werking, deze kan afwijkend zijn van andere afdelingen. Alle revaliderende patiënten worden gestimuleerd om samen in de dagzaal te werken aan hun revalidatiedoelstellingen. Hierbij hoort ook het in groep eten in de dagzaal.

Tussen 7.30 - 8.00 uur komen de revaliderenden zelfstandig of met hulp naar de dagzaal voor het ontbijt. De revalidant wordt goed geïnstalleerd en men zal voorbereidende hulp bieden indien nodig. Er is specifieke begeleiding voorzien indien men in aanmerking komt voor ontbijttherapie. Ondertussen wordt er gezorgd voor de medicatiebedeling. Na het ontbijt worden de hygiënische en verpleegkundige zorgen verleend.

Omstreeks 8.30 uur wordt gestart met de therapie. Iedere revaliderende heeft een schema (opgesteld door ergo-, logo- en kinesitherapeuten) waaraan hij zich dient te houden. Na de therapie worden de revalidanten terug naar de eetzaal gebracht voor het middagmaal. Het middageten is voorzien rond 12.00 uur en het avondmaal rond 17.00 uur.

Nadien worden de revaliderende patiënten naar de kamer gebracht en wordt er eventueel extra hulp aangeboden bij het toiletbezoek. Afhankelijk van het therapeutisch schema worden sommige revalidanten in de namiddag opnieuw verwacht voor de kinesitherapie. De therapieën zijn gepland tot 19.00 uur.

Rond dit uur start de avondronde.

Vanaf 21.15 uur zal de nachtverpleegkundige de taken verder overnemen.

Interdisciplinaire samenwerking

Op de revalidatieafdeling werken disciplines interdisciplinair samen. Naast assistent revalidatieartsen bestaat het studententeam uit verpleegkundigen, ergotherapeuten en maatschappelijke werkers. Ze werken samen volgens een specifieke methode om een gezamenlijk zorgpad van een patiënt te ontwikkelen. De verpleegkundige werkbegeleider zal steeds aanwezig zijn op de afdeling om de studenten te begeleiden. De ergotherapeuten en sociaal assistenten van het ziekenhuis begeleiden eveneens de student, maar zijn niet constant aanwezig op de afdeling.

Het interdisciplinair team op de afdeling bestaat uit de volgende personen:

Revalidatieartsen

De functie van de revalidatiearts bestaat erin de therapieën op elkaar af te stemmen en eventueel aan te passen. De assistent revalidatiearts stelt, samen met de revaliderende patiënt en het team, de revalidatiedoelen op in functie van de aandoening, de revalidatie-mogelijkheden, de algemene en psychische toestand.

- Revalidatieartsen: Dr. Darcis en Dr. Vanmol

Verpleegkundigen

De verpleegkundigen maken dagelijks deel uit van het revalidatieproces. Naast het revalidatieproces bewaken zij ook de gezondheidstoestand van de patiënt door middel van verpleegkundige observatie en nauwe samenwerking met de revalidatieartsen. De studenten verpleegkunde werken in teams of per twee, er is altijd een werkbegeleider/ vast benoemde verpleegkundige aanwezig.

- Hoofdverpleegkundige: Dhr. Ombelets Sander

Ergotherapeuten

Ergotherapie richt zich op het verwerven van een zo groot mogelijke zelfstandigheid in alle activiteiten van het dagelijks leven, rekening houdende met de mogelijkheden en beperkingen. Ook hier zullen studenten ergotherapie de eerste

stappen ondernemen. Ze leggen de klemtoon op het verbeteren van de bewegingsmogelijkheden bijvoorbeeld door middel van evenwichtsoefeningen voor zitten en staan. Tijdens de ochtendzorgen kunnen ze extra aandacht besteden aan de functies van het algemeen dagelijks leven. De patiënt zelf krijgt inspraak in de verzorging en kan op deze manier zijn zelfzorg verbeteren.

Ergotherapeut: Dhr. Vanoppen Karel

Kinesitherapeuten

De kinesitherapeutische hulpverlening richt zich in het algemeen op het behoud en het vergroten van de kwaliteit van het bewegen. De kinesitherapeut richt zich op het menselijk bewegen en dan voornamelijk in een context van gezond functioneren. De therapieën kunnen zowel individueel als in groep gebeuren.

- Kinesitherapeut: Mevr. Cleeren Caroline

Logopedisten

Logopedie houdt in: "hulpverlening bij stoornissen en beperkingen in de communicatie". Communicatie is meer dan praten alleen, het omvat vele uitingvormen waaronder taal, lezen, schrijven, gebaren en ondersteunende communicatiesystemen. De logopediste biedt preventie, zorg, training en advies inzake communicatie, mondfunctie, slikken en stem.

- Logopediste: Mevr. Cindy Appeltants

Sociale dienst

De sociaal werker wil samen met de patiënt en zijn familie/omgeving de terugkeer naar huis of naar een nieuwe woonsituatie zo goed mogelijk voorbereiden. Studenten sociaal werk hebben extra aandacht voor de follow-up, zoals het extra hulp inschakelen in de thuissituatie na ontslag van de patiënt.

- Sociaal werker: Mevr. An Joachims

Orthopedisch techniek

De techniek staat in voor het aanmeten, aanpassen of afleveren van technische hulpmiddelen die noodzakelijk zijn om uw zelfstandig functioneren te ondersteunen.

- Techniek: Viga en Leunen orthopedie

Diëtiste

De diëtiste begeleidt u met specifieke voedingsproblemen of aangepaste diëten.

- Diëtiste: Mevr. Vanparijs Joke

Psychologe

Aangezien een aandoening/ziekte of ongeval, en de noodzakelijke revalidatie hiervan, ook psychologische problemen kan geven (o.a. verwerking), is een psychologische begeleiding vaak niet alleen aangewezen voor uzelf, maar ook voor uw familie.

- Psychologie: Mevr. Melotte Sofie

Communicatie op de afdeling

Tweemaal per week gebeurt er een uitgebreide patiëntenronde door de artsen. Hierna wordt de informatie besproken met alle betrokkenen in het **zorgpad**.

Er zijn duidelijke afspraken omtrent de communicatie gemaakt tussen de aanwezigen op de afdeling. Uw algemene toestand wordt dagelijks besproken in het interdisciplinair team.

Iedereen staat altijd voor u klaar indien u nog vragen heeft.

Verder zal men u informatie geven over de diagnose en hoe het zorgpad zal verlopen. Alle aanwezigen zijn op elkaar afgestemd en op de hoogte van de verschillende onderzoeken en therapieën die zullen plaatsvinden.

Bezoekuren

Gelet op de geplande activiteiten en het goede verloop van de therapieën zijn de bezoeken elke dag beperkt van **15.00 tot 20.00 uur**. De eventuele onderzoeken die tijdens de bezoeken plaatsvinden krijgen voorrang op het bezoek.

Een uitzondering op de normale bezoekenregeling kan steeds in overleg met de hoofdverpleegkundige besproken worden.

De bezoekers verlaten de kamer tijdens de verzorging en tijdens de patiëntenronde met de geneesheer.

Probeer het bezoek te beperken tot enkele personen. Maak het bezoek niet te lang. Het is belangrijk om voldoende te rusten.

Om 20.00 uur wordt het einde van de bezoektijd omgeroepen. Wij vragen u om dit te respecteren.

Verloop van de revalidatie

Een revalidatieafdeling is een dienst waar patiënten met een lichamelijke en/of geestelijke beperking ten gevolge van een ziekte/aandoening of ongeval revalideren.

De doelstelling is om de revaliderende patiënten een zo groot mogelijke zelfstandigheid te laten verwerven binnen onze maatschappij, ondanks hun eventuele beperkingen. Dit willen we bereiken door hen te stimuleren door middel van training. Deze training uit zich in de therapieën en de begeleiding van het voltallige revalidatieteam.

Naast een specialistische aanpak van de therapeuten is de infrastructuur eveneens voorzien voor specifieke revalidatie van patiënten met neurologische en locomotorische aandoeningen.

Door dit geheel van interacties tussen de revaliderende, de revalidatieafdeling en zijn omgeving, bestaat er geen standaardtherapie en dient iedere revaliderende patiënt een aparte benadering te krijgen. Het opstellen van een individueel therapeutisch schema en een interdisciplinaire benadering is hierbij onmisbaar.

Verpleegeenheid Z2

Adres
Sint-Trudo Ziekenhuis
Verpleegeenheid Z2
Dijstersteenweg 100
3800 Sint-Truiden

Telefoon
011 69 97 50

E-mail
Voor al uw opmerkingen, suggesties, klachten, felicitaties ...:
verpleegeenheid.Z2@stzh.be

Website
www.sint-trudo.be

Informatiebrochure ontwikkeld door Fien Claessens & Davine Gemis in het kader van de **bachelorproef** van de opleiding **Professionele Bachelor in de Verpleegkunde** aan de Hogeschool PXL.

HOGESCHOOL PXL

Verpleegeenheid Z2

Adres
Sint-Trudo Ziekenhuis
Verpleegeenheid Z2
Diestersteeweg, 100
3800 Sint-Truiden

Telefoon
011 69 97 50

E-mail
Voor al uw opmerkingen, suggesties, klachten, felicitaties ...:
verpleegeenheid.Z2@stzh.be

Website
www.sint-trudo.be

Informatiebrochure ontwikkeld door Fien Claessens & Davine Gemis in het kader van de bachelorproef van de opleiding Professionele Bachelor in de Verpleegkunde aan de Hogeschool PXL.

HOGESCHOOL PXL

11

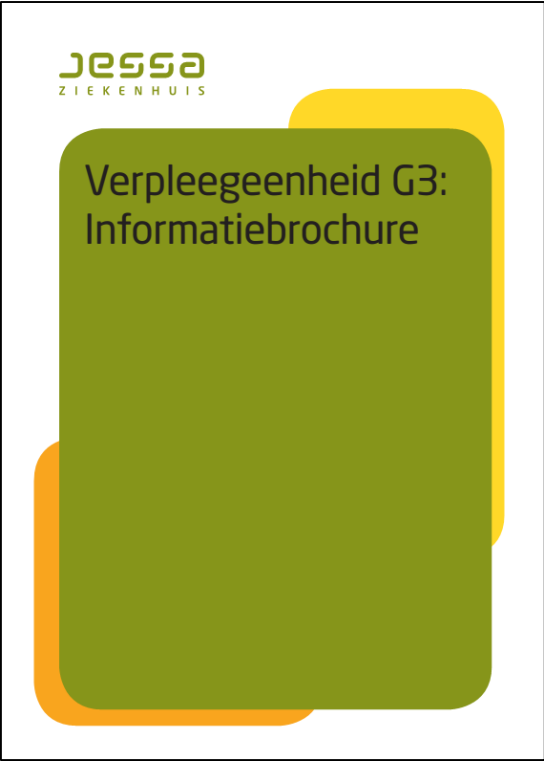


sint-trudo
ziekenhuis
(natuurlijk en dichtbij)

Diestersteeweg 100 • 3800 Sint-Truiden
T 011 69 91 11 • F 011 69 91 10
info@stzh.be • www.sint-trudo.be

011 69 91 11

Bijlage 6: informatiebrochure Jessa ziekenhuis

 <p>Jessa ZIEKENHUIS</p> <h1>Verpleegeenheid G3: Informatiebrochure</h1>	<h2>Welkom</h2> <p>Geachte heer Geachte mevrouw</p> <p>Het gehele team heet u van harte welkom op de verpleegeenheid G3.</p> <p>G3 is een geriatrische verpleegeenheid en interdisciplinaire leerwerkplaats. Onze doelstelling met deze brochure is om u zo goed mogelijk te laten kennismaken met de afdeling en de werking ervan.</p> <p>Op de volgende pagina's zal u een overzicht krijgen van de werking van de afdeling, de dagindeling en andere bijkomende informatie betreffende uw verblijf op deze afdeling.</p> <p>Indien u nog vragen heeft of meer informatie wenst, aarzel dan niet om ons te contacteren. U kan altijd bij een verpleegkundige terecht voor al uw vragen.</p> <p>Wij wensen u alvast een aangenaam verblijf toe.</p> <p>1</p>												
<h2>Inhoud</h2> <table><tr><td>1. Algemene werking</td><td>p. 3</td></tr><tr><td>2. Interdisciplinaire samenwerking</td><td>p. 4-5</td></tr><tr><td>3. Dagindeling</td><td>p. 6</td></tr><tr><td>4. Communicatie</td><td>p. 7</td></tr><tr><td>5. Bezoekuren</td><td>p. 7</td></tr><tr><td>6. Contactgegevens</td><td>p. 8</td></tr></table> <p>2</p>	1. Algemene werking	p. 3	2. Interdisciplinaire samenwerking	p. 4-5	3. Dagindeling	p. 6	4. Communicatie	p. 7	5. Bezoekuren	p. 7	6. Contactgegevens	p. 8	<h3>1. Algemene werking</h3> <p>G3 is een geriatrische verpleegeenheid en interdisciplinaire leerwerkplaats. Op de afdeling wordt men opgenomen voor observatie, behandeling en/of revalidatie met als doel u zo spoedig mogelijk terug optimaal te laten functioneren in uw thuismilieu.</p> <p>Een nieuw gegeven op de afdeling is de 'interdisciplinaire leerwerkplaats'. Een interdisciplinaire leerwerkplaats is een afdeling waar een groep studenten uit de zorgsector samenwerken met als doel het beroep te leren. Deze laatstejaarsstudenten zijn in de meerderheid maar de werkbegeleider blijft de eindverantwoordelijke op de afdeling.</p> <p>Een leerwerkplaats is een unieke kans en uitdaging voor een student om praktijk en opleiding te integreren. Doordat de student zal samenwerken met andere disciplines uit de gezondheidszorg zal dit uiteindelijk uw zorg op de leerwerkplaats positief beïnvloeden.</p> <p>De studenten zullen enkel overdag aanwezig zijn op de afdeling. Zij zullen de mogelijkheid hebben om ervaring op te doen tijdens de vroege en late shift. Tijdens de nachtdienst en weekenddiensten zijn er enkel gediplomeerde verpleegkundigen aanwezig op de afdeling.</p> <p>3</p>
1. Algemene werking	p. 3												
2. Interdisciplinaire samenwerking	p. 4-5												
3. Dagindeling	p. 6												
4. Communicatie	p. 7												
5. Bezoekuren	p. 7												
6. Contactgegevens	p. 8												

2. Interdisciplinaire samenwerking

Op de afdeling werken meerdere studenten samen van alle disciplines uit de gezondheidszorg. Dit gaat zowel over studenten verpleegkunde als studenten ergotherapie en maatschappelijk werk. Zij werken op een interdisciplinaire manier samen om de zorg te bevorderen. Dit betekent dat de studenten naar elkaar toe communiceren over de totaalzorg van een patiënt waardoor de zorg zo optimaal mogelijk zal verlopen. Hoewel deze studenten instaan voor de zorg van de patiënten zal er altijd een werkbegeleider op de afdeling aanwezig zijn.

Het interdisciplinair team bestaat uit:

Arts

Geriatr: Dr. Marie-Louise Van Leeuwen

De geriatr zal de patiënt (op fysieke, psychische en sociale problemen) onderzoeken. Deze resultaten zullen dan in overleg met het team verder uitgewerkt worden, zo zal er voor elke patiënt een specifiek zorgplan opgesteld worden.

Hoofdverpleegkundige: Annelies De Vuyst

Laatstejaars studenten verpleegkunde, ergotherapie en maatschappelijk werk

De laatstejaarsstudenten verpleegkunde, ergotherapie en maatschappelijk werk staan in voor de algemene zorg van de patiënt. Zij zullen de gezondheidstoestand van de patiënt samen met de andere disciplines op de afdeling nauwlettend in het oog houden. De studenten zullen niet alleen de hygiënische zorgen van de patiënt maar ook de complexere zorgen mogen uitvoeren. Dit betreft concreet voor de studenten verpleegkunde: medicatietoediening, infuustherapie, wondverzorging, etc. Dit gebeurt steeds in samenspraak met de werkbegeleider op de afdeling.

4

Ergotherapeuten

De studenten ergotherapie richten zich op de hand/armfunctie-training en houden zich bezig met het oefenen van transfers en het uitproberen van hulpmiddelen. Zij werken ook samen met de studenten verpleegkunde tijdens de ochtendzorgen.

Sociaal werkers

De sociaal werkers begeleiden patiënten en hun familie naar aanleiding van een opname of een ontslag. Vanaf de opname wordt er een evaluatie gemaakt van alle mogelijkheden en eventuele vereisten voor een terugkeer naar huis of naar een thuisvervangend milieu.

Kinesitherapeuten

De kinesisten richten zich vooral op het menselijk bewegen en dan voornamelijk in een context van gezond functioneren. Men heeft hier vooral aandacht voor het behouden en eventueel verbeteren van het bewegen zelf. Men zal de revalidatie van een geriatrische patiënt opstarten door het streven naar maximale zelfstandigheid en reactivatie van de patiënt. Zij evalueren ook het evenwicht en zoeken het geschikte loophulpmiddel voor de patiënt.

Logopedisten

De logopedisten concentreren zich voornamelijk op het opsporen van mogelijke risico patiënten wanneer men spreekt over slik- en spraakstoornissen zodat men hier een gepaste behandeling voor kan opstarten.

Diëtisten

De diëtist zal u begeleiden wanneer u voedings- of dieetadvies wenst, of wanneer u informatie wenst over vervangvoeding of bijvoeding. Onderzoek naar eventuele ondervoeding bij de patiënt zal ook door de diëtiste gedaan worden.

5

3. Dagindeling

Om **07u00** is er een briefing voorzien voor alle studenten van alle disciplines zodat zij een duidelijk overzicht krijgen van de patiënten en hun specifieke zorgplan.

Vanaf **08u30** zal men beginnen met de uitdeling van het ontbijt en de medicatietoediening bij de patiënten. Daarna is er voldoende tijd voorzien voor de ochtend- en detailzorg bij elke patiënt. Dit gebeurt telkens door alle studenten aanwezig op de afdeling.

Vanaf **10u00** zullen de patiënten naar het kine/ergo traject gebracht worden. Omtrent dit uur gebeurt ook de voorbereiding op eventuele onderzoeken die de patiënt die dag zal ondergaan.

Het middagmaal is voorzien omtrent **12u00**. Het avondmaal, in combinatie met het uitdelen van de medicatie, is voorzien om **17u00**.

De verzorgingsronde begint omstreeks **18u00**.

Het bezoekuur eindigt om **20u00** waarbij men de patiënten nadien zal installeren voor de komende nacht.

Om **21u45** begint de nachtdienst, en zal een gediplomeerd verpleegkundige het overnemen van de studenten op de afdeling.

6

4. Communicatie

Iedere dag is er een briefingmoment voorzien waarbij de arts, de hoofdverpleegkundige en het interdisciplinaire team de toestand van elke patiënt grondig bespreken. Dit team bestaande uit laatstejaarsstudenten verpleegkunde, ergotherapie en maatschappelijk werk zal instaan voor de algemene zorg van elke patiënt. Dit zal echter onder het toezicht van een werkbegeleider, die ook de eindverantwoordelijkheid heeft, gebeuren.

Er zijn dus verschillende disciplines aanwezig op de afdeling. Deze disciplines werken nauw samen en hebben ook onderlinge afspraken om de zorg zo optimaal mogelijk te laten verlopen.

5. Bezoekuren

De bezoeken op deze afdeling zijn verschillend afhankelijk van het type kamer. Voor een privékamer is er bezoek toegestaan van 09u00 tot 20u00. Op een tweepersoonskamer gelden bezoeken van 14u00 tot 20u00.

Tijdens de verzorging worden bezoekers gevraagd de kamer te verlaten.

Patiënten hebben voldoende rust nodig. Probeer daarom het bezoek te beperken, zowel in tijd als in aantal personen.

7



6. Contactgegevens

Jessa ziekenhuis, campus Salvator
Salvatorstraat 20
3500 Hasselt
Website: <http://www.jessazh.be>

Verpleegeenheid G3
Tel: 011 33 94 30
E-mail: annelies.devuyt@jessazh.be

8



HOGESCHOOL PXL

Informatiebrochure ontwikkeld door Tom Schiepers
en Elisabeth Schroeder in het kader van de
bachelorproef, opleiding Professionele Bachelor in
de Verpleegkunde, aan de hogeschool PXL.

Jessa Ziekenhuis vzw

Maatschappelijke zetel
Salvatorstraat 20, 3500 Hasselt

www.jessazh.be

versie mei 2015

Bijlage 7: informatiefolder Sint-Franciskus ziekenhuis

Interdisciplinaire leerwerkplaats

Categorie 2 is een gezamenlijke verpleegkundige werksite en gedeelte van de afdeling werd ingericht als interdisciplinaire leerwerkplaats. In deze folder wordt u meer informatie terug over de werking van een interdisciplinaire leerwerkplaats.

Wat is een interdisciplinaire leerwerkplaats?

Bij een interdisciplinaire leerwerkplaats wordt een zone van de afdeling voorbehouden voor bepaalde studenten van verschillende disciplines uit de gezondheidszorg. Dit gaat zowel over studenten verpleegkunde als studenten ergotherapie en maatschappelijk werk. Deze studenten werken op een interdisciplinaire manier samen om de zorg rond u te optimaliseren. Op deze werkplaats zijn de studenten in de meerdisciplinaire, een verpleegkundige van de afdeling geneeskunde, coacht de studenten en volgt de studentengedurende hun studieperiode op.

Het doel van de interdisciplinaire leerwerkplaats

Een leerwerkplaats is een unieke kans en uitdaging voor studenten om praktijkopleiding te krijgen. Studenten verweten de deze manier allegeroemd om na het behalen van hun diploma de overstap naar het werkveld sneller en efficiënter te laten verlopen. Doordat de studenten met elkaar samenwerken, zijn ze van elkaar leren en hun kennis uitwisselen met uw zorg positief zal bijdragen. Deze laatstejaars studenten zullen over gezondheidszorg samen met de andere disciplines op de afdeling, nauwkeurig in het oog houden.

De studenten zullen niet enkel instaan voor de toediening van uw hygiënische zorg, maar ook complexe zorgen uitvoeren. Bepaalde specifieke zorgen zullen enkel gelokaliseerd door studenten verpleegkunde zoals:

- medicatiebeheer en toediening
- insulatherapie
- wondverzorging
- ...



Wanneer zijn de studenten op de leerwerkplaats aanwezig?

De laatstejaars studenten verpleegkunde, ergotherapie en sociaal werk zullen enkel overdag aanwezig zijn op de afdeling. Zij zullen de mogelijkheid hebben om ervaring op te doen tijdens de vroege en late shift. Tijdens de nachtdienst en weekenddiensten neemt een verpleegkundige van de afdeling de zorg over u over.

De eindverantwoordelijke op de leerwerkplaats

Om uw zorg niet en correct te laten verlopen willen de studenten steeds onder toezicht van een verpleegkundige. De studenten kunnen bij deze verpleegkundige altijd terecht bij eventuele vragen of nood aan volgende informatie. De werkbegeleider blijft eindverantwoordelijk voor de aanwezige studenten welke zich in de interdisciplinaire leerwerkplaats bevinden.

Interdisciplinaire leerwerkplaats

Sint-Franciskus Ziekenhuis
F. Peperlaan 120-1210 Herden-Over
Tel: 021 75 00 00 - Fax: 021 75 00 00 - www.sfz.be