



KaHo Sint-Lieven
Departement Sint-Niklaas

Opleiding verpleegkunde

Campus Waas
Hospitaalstraat 23
B-9100 Sint-Niklaas
Tel.: +32 (0)3 780 89 05
Fax: +32 (0)3 766 34 62

**EFFECT VAN PREOPERATIEVE INFORMATIE OP
HET POSTOPERATIEF HERSTEL BIJ HET
PLAATSEN VAN EEN TOTALE HEUPPROTHESE**

**Eindwerk aangeboden tot het behalen
van het diploma van bachelor in de verpleegkunde**

Academiejaar 2007 – 2008

Katrien Vermeulen



KaHo Sint-Lieven
Departement Sint-Niklaas

Opleiding verpleegkunde

Campus Waas
Hospitaalstraat 23
B-9100 Sint-Niklaas
Tel.: +32 (0)3 780 89 05
Fax: +32 (0)3 766 34 62

**EFFECT VAN PREOPERATIEVE INFORMATIE OP
HET POSTOPERATIEF HERSTEL BIJ HET
PLAATSEN VAN EEN TOTALE HEUPPROTHESE**

**Eindwerk aangeboden tot het behalen
van het diploma van bachelor in de verpleegkunde**

Academiejaar 2007 – 2008

Katrien Vermeulen

Promotor: I. Baert

Inhoudsopgave

Inleiding	7
HOOFDSTUK I: VERPLEEGKUNDIGE LITERATUURSTUDIE	9
<i>I. Preoperatieve informatie</i>	9
1. Het belang van preoperatieve informatie	9
2. Vorm van preoperatieve informatie.....	11
3. Inhoud van preoperatieve informatie.....	13
4. Copingstijl	18
5. Tijdstip van de informatiesessie	25
<i>II. Postoperatief herstel</i>	27
1. Pijn	27
2. Mobiliteit.....	31
3. Tevredenheid.....	33
4. Verblijfsduur in het ziekenhuis	35
HOOFDSTUK II: PRAKTISCH GEDEELTE	37
<i>Inleiding</i>	37
<i>I. Preoperatieve informatie</i>	39
1. Vorm	39
1.1 <i>Mondelinge informatie aan de hand van audiovisueel materiaal</i>	39
1.2 <i>Schriftelijke informatie aan de hand van brochures</i>	41
1.3 <i>Visuele informatie aan de hand van heupprothesen en anatomische modellen van heupgewrichten</i>	41
2. Inhoud	42
2.1 <i>Inhoud van de informatiesessie</i>	42
2.2 <i>Inhoud van de brochure</i>	46

3. Copingstijl	47
4. Tijdstip van de informatiesessie	50
II. Postoperatief herstel	51
1. Pijn	51
2. Mobiliteit.....	54
3. Tevredenheid.....	59
4. Verblijfsduur in het ziekenhuis	73
III. Algemene discussie	76
IV. Conclusie	77
Literatuurlijst.....	81

Woord vooraf

Hierbij wil ik van de gelegenheid gebruik maken om al diegenen te bedanken die ervoor gezorgd hebben dat dit eindwerk tot stand is gekomen. Zonder hun hulp was ik nooit tot het huidige resultaat gekomen.

In de eerste plaats denk ik hierbij aan mijn eindwerkbegeleidster, mevrouw I. Baert, die mij zowel professionele begeleiding als emotionele steun heeft geboden dit jaar. Door praktische tips en voortdurende feedback heeft zij voor een belangrijk deel de toon gezet van dit werk.

Een zeer speciaal woord van dank wil ik richten tot de heer J. Cooreman, mijn eindwerkmentor, en zijn team van de afdeling orthopedie van het A.Z. Sint-Lucas voor de ruimte die ik gekregen heb om dagelijks aan mijn eindwerk te kunnen werken. Hun studentvriendelijke houding heeft mij gemotiveerd en gesteund tijdens mijn onderzoek.

Ik wil de patiënten bedanken die bereid waren om deel te nemen aan mijn onderzoek. Ik wil hen bedanken voor hun bereidheid om de vragen in te vullen, hun sympathie en voor alle aangename gesprekken.

Ik bedank iedereen die mij geholpen heeft door mijn teksten te lezen en mij feedback te geven. Mevrouw I. Baert, mijn vriendin Ellen, nonkel Bert en tante Agnes.

Tot slot wil ik iedereen bedanken die mij het nauwst aan het hart liggen: mijn ouders, voor hun onvoorwaardelijke steun, hun aanmoediging en hun oprechte interesse, mijn vriend Nico en vriendin Ellen, voor hun aanmoedigende woorden tijdens de verwerking van dit eindwerk, waardoor ik gemotiveerd bleef.

Inleiding

Er is een steeds grotere vraag naar patiënteneducatie in de moderne maatschappij. Dit is niet alleen het gevolg van de groeiende kennis en verwachtingen van de patiënt, maar ook van het feit dat men de hospitalisatieduur voortdurend wil verkorten. Er is een stijgende tendens om informatie te geven aan patiënten die nog niet gehospitaliseerd zijn. De kennis van patiënten omtrent hun eigen zorg stijgt, waardoor ze een actievere rol spelen in hun eigen zorg (Leino-Kilpi H. et al., 1993; Poskiparta M. et al. 2001). Ook de wet van de rechten van de patiënt, verschenen in het Staatsblad op 22 augustus 2002, is van invloed op de tendens tot grotere vraag naar patiënteneducatie. Men spreekt hierin over “geïnformeerde toestemming” of “*informed consent*”. Dit wil zeggen dat patiënten op grond van juiste informatie moeten kunnen kiezen of ze een onderzoek of behandeling willen ondergaan. De patiënt heeft het recht op alle informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn/haar gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie daarvan. In de wet wordt niet weergegeven op welke manier die informatie moet gegeven worden. De patiënt moet ook tijdig alle informatie verkrijgen met betrekking tot een interventie zodat hij/zij geïnformeerd kan toestemmen in iedere medische interventie (Van Hecke M. en Vanbellinghen M., 2007; van Zuuren et al., 2006).

In navolging van het klinisch pad knieprothese, tekende de dienst orthopedie van het AZ Sint-Lucas te Gent nu ook een klinisch pad totale heupprothese uit. In dat kader is men gestart met het geven van preoperatieve informatiesessies en heeft men twee patiëntenbrochures ontwikkeld. Bij het ontwikkelen van dit klinisch pad streeft men naar een optimale afstemming van de verschillende stappen in het genezingsproces, een grotere duidelijkheid en een betere dienstverlening voor de patiënt. Alle stappen die de patiënt doorloopt bij het plaatsen van een totale heupprothese, gaande van de eerste consultatie en preoperatieve onderzoeken tot de opname en het ontslag, werden hiervoor nader bekeken, geoptimaliseerd en gestandaardiseerd. Wanneer een patiënt in aanmerking komt voor het plaatsen van een totale heupprothese, wordt hij of zij uitgenodigd, samen met de echtgeno(o)t(e)/familie/vriend, om de informatiesessie bij te wonen, dit zo kort mogelijk vóór de ingreep. Op deze infosessie wordt er informatie gegeven door de hoofdverpleegkundige of een verpleegkundige van de afdeling, de ergotherapeute en de sociaal assistente. De patiënt krijgt tevens twee informatiebrochures mee naar huis namelijk “Heupprothese” en “Leven met een totale heupprothese”, waarin een schriftelijke neerslag terug te vinden is van wat er verteld werd tijdens de infosessie. De patiënt krijgt de mogelijkheid om vragen te stellen en om

eventuele opvang of thuishulp te regelen na het ontslag via de sociale dienst. Men vraagt de patiënt om de preoperatieve onderzoeken te laten uitvoeren door de huisarts. Is dit niet mogelijk geweest, dan kunnen deze ook uitgevoerd worden na de infosessie, samen met een verplichte preoperatieve MRSA-screening. Voor elke patiënt wordt een apart dossier “klinisch pad totale heup” aangemaakt waardoor voor de verpleegkundigen elke stap in het proces volledig uitgewerkt is met een systematische planning van de activiteiten. Een ander voordeel van dit klinisch pad is dat de patiënt optimaal geïnformeerd is over de ingreep en de mogelijke complicaties. Hierdoor heeft de arts een zekere juridische bescherming. Naast deze twee voordelen heeft het personeel van de afdeling orthopedie het gevoel dat de patiënt minder angstig is, beter revalideert, een hogere tevredenheid ervaart en sneller het ziekenhuis kan verlaten. Aangezien dit slechts subjectieve ervaringen zijn, wordt in dit eindwerk op kleinschalig niveau nagegaan of deze vermoedens kunnen worden bevestigd.

HOOFDSTUK I:

VERPLEEGKUNDIGE LITERATUURSTUDIE

I. Preoperatieve informatie

In wat volgt, wordt er stilgestaan bij het belang van preoperatieve informatie. Daarna volgt een bespreking van hoe men deze informatie kan overbrengen naar de patiënt en wat deze informatie moet inhouden. Ook het tijdstip waarop deze informatie dient gegeven te worden wordt besproken. Als laatste wordt er dieper ingegaan op de copingstijlen van patiënten met betrekking tot het omgaan met deze preoperatieve informatie.

1. Het belang van preoperatieve informatie

Hieronder wordt globaal besproken wat de mogelijke effecten kunnen zijn van preoperatieve informatie volgens diverse literatuur. Eerst en vooral wordt stilgestaan bij het probleem omtrent het effect van preoperatieve informatie. Daarna wordt ingegaan op de in de literatuur verschillende gebruikte parameters om de effecten van preoperatieve informatie na te gaan. Vervolgens wordt de invloed van preoperatieve informatie op de zelfeffectiviteit besproken. Als laatste wordt de relatie tussen informatie en zelfzorg aangehaald.

Een totale heupprothese laten plaatsen is fysisch en psychisch heel stressvol voor patiënten (Gammon J., 1996a). Uit vele studies blijkt dat preoperatieve informatie patiënten kan helpen om met stresssituaties om te gaan, hun angst kan verminderen, de zelfeffectiviteit verhoogt en hun betrokkenheid in de postoperatieve oefeningen versterkt. Desondanks is er nog steeds een tekort aan systematische evidentie met betrekking tot de kwaliteit en het effect van patiënteninformatie. Er is enorm weinig systematisch onderzoek gedaan naar het effect van preoperatieve informatie bij orthopedische patiënten (Johansson K. et al., 2005).

De review van Johansson K. et al. (2005) ging de resultaten na van verschillende onderzoeken met betrekking tot preoperatieve informatie. Daaruit blijkt, dat patiënteneducatie inderdaad een effect heeft, maar het is nog steeds moeilijk vast te stellen wat dat effect eigenlijk juist is.

Het effect van preoperatieve informatie wordt in verschillende onderzoeken anders gemeten. In de meeste studies legt men vooral de nadruk op het meten van verschillen die gerelateerd zijn aan pijn en kennis om het effect van preoperatieve informatie na te gaan. Op de tweede plaats gaat vooral de aandacht naar het meten van pijn, de hospitalisatieduur en de verschillen op vlak van revalidatie (Johansson K et al., 2005). Het postoperatief resultaat wordt door McDonald S et al. (2007) gemeten aan de hand van de pijn, de angst, de mobiliteit, de hospitalisatieduur en de aan- of afwezigheid van diep veneuze trombose.

Interventies gericht op patiënteneducatie kunnen vrij positieve effecten hebben bij orthopedische patiënten in de preoperatieve situatie. Het is aangetoond dat educatie ervoor kan zorgen dat de zelfeffectiviteit verhoogt. Zelfeffectiviteit moet in dit kader worden gezien als het innerlijke gevoel dat een patiënt heeft om controle uit te voeren over zijn of haar eigen gezondheidstoestand (Anderson R.M. et al., 1991; Funnell M.M. et al., 1991).

Patiënten hebben een groot gevoel van zelfeffectiviteit wanneer ze over de kennis, de vaardigheden, het gedrag en het zelfbewustzijn beschikken om hun gezondheidsgedrag en -situaties te beïnvloeden. Patiënten kunnen via educatie meer zelfeffectiviteit verwerven op volgende vlakken: biofysisch (symptomen herkennen), functioneel (ADL, ziekte en zorg), cognitief (genoeg informatie ontvangen en de mogelijkheid om er iets mee te doen), sociaal (gevoel te behoren tot en steun te krijgen van een sociaal netwerk), empirisch (gevoel van appreciatie met betrekking tot iemands verwachtingen en gevoelens), ethisch (gevoel van appreciatie als een uniek, autonoom individu) en financieel (Leino-Kilpi et al., 1998, 1999). In het kader van orthopedie zijn deze aspecten belangrijk omdat patiënten moeten voorbereid zijn, zowel op de operatieprocedure als op de revalidatie (Johansson K. et al., 2002a, 2002b). Wanneer men spreekt over het effect van patiënteneducatie, mag men niet enkel blijven hangen op de louter strikte betekenis in termen van informatie. Het is belangrijk om na te gaan hoe patiënten informatie kunnen verwerken en welke betekenis zij geven aan die informatie. Ook de mogelijkheden van de patiënten om de informatie toe te passen in de thuissituatie met betrekking tot zelfzorg zijn van belang. (Johansson K et al., 2005). “*The self-care deficit theory of nursing*” pleit voor het inzien van de rol van de verpleegkundige-patiënt- interactie in relatie met preoperatieve informatie. De verpleegkundige heeft een ondersteunende en educatieve rol en zorgt ervoor dat de zelfzorg beter behouden blijft (Orem D.E. et al., 2001). De continuïteit van die rol tijdens de hospitalisatie moet beschouwd worden als een middel om ervoor te zorgen dat de informatie zijn doel bereikt, namelijk de patiënt zijn zelfzorg bevorderen (Sjöling M. et al., 2003).

2. Vorm van preoperatieve informatie

De vorm van preoperatieve informatie kan men onderverdelen in ten eerste situationele en gestructureerde informatie en ten tweede schriftelijk, mondeling of audiovisueel materiaal. Elk heeft zijn voor- en nadelen, welke worden besproken. Hierna wordt er dieper ingegaan op een onderzoek van Testaankoop (Van Hecke M. en Vanbellinghen M., 2007) naar de kwaliteit van de informatiebrochures in de Belgische ziekenhuizen. Als laatste wordt de review van McDonald S. et al. (2007) besproken waarbij men naging of er een verschil was in postoperatief resultaat bij verschillende vormen van preoperatieve educatie in verschillende studies.

Er zijn vele soorten informatieprogramma's. Deze kunnen bestaan uit bijeenkomsten vóór de opname, gesprekken met de verpleegkundigen, informatiebrochures en bezoeken aan de afdeling. Veel voorkomend is situationele informatieverstrekking, dit wil zeggen dat de informatieverstrekking meestal verloopt zoals de situatie zich voordoet. Als de tijd het toelaat zullen de verpleegkundigen de patiënten uitleg geven aan bed. Men gebruikt vaak informatiebrochures gezien het tijdsgebrek. Maar hoe dan ook: elke soort van informatie is beter dan geen informatie (Garretson S., 2004).

Uiteraard bestaan er ook gestructureerde informatieprogramma's. Eenmaal er een educatief programma is ingevoerd binnen een instelling, moet er een multidisciplinaire samenwerking zijn om zeker te zijn, dat patiënten niet meer angstig de operatiezaal binnenkomen, zich afvragend wat met hen gaat gebeuren (Garretson S., 2004). Van groot belang is dat verpleegkundigen hieraan meewerken zodat ze streven naar een holistische patiëntenzorg. "The nurse who informs the patient about the imminent experience of surgery...has a clear understanding of her role and professional responsibilities in the pursuit of excellence in clinical practice" (Swindale J., 1989).

De manier waarop men informatie overbrengt is heel verschillend. Zoals reeds gezegd, kan informatie zowel mondeling, geschreven, als audiovisueel zijn. Het kan bestaan uit preoperatieve instructies of postoperatieve regels voor oefeningen (McDonald S. et al., 2007). Informatie geven kan dus op verschillende manieren, maar een combinatie van verschillende methoden is vaak het best. Uit onderzoek blijkt, dat men veel gebruik maakt van geschreven informatiebronnen. Dit is te begrijpen gezien de beperkte tijd die verpleegkundigen hebben

voor patiënteneducatie. Het voordeel van geschreven bronnen is, dat patiënten hierop altijd kunnen terugvallen. Men kan de folder thuis bekijken, alles rustig doorlezen en laten bezinken. Een andere reden om gebruik te maken van geschreven informatie is, dat slechts 35 tot 40% van mondelinge informatie onthouden wordt in stressvolle situaties (Franklin B., 1974; Van Hecke M. en Vanbellinghen M., 2007). Aabakken L. et al. (1997) voerden een studie uit waaruit bleek, dat de patiënten aantoonde meer belangrijke informatie te hebben ontvangen via een informatiebrochure dan via de dokter.

Het herinneren van mondelinge informatie kan bevorderd worden door specifieke stellingen te geven in plaats van algemene informatie (Ley P., 1988). Ook een combinatie van mondelinge en geschreven informatie is bevorderend voor het geheugen (Ley P., 1979). Het is aangetoond, dat patiënten in hun revalidatie actiever zijn wanneer ze een geschreven informatiebron hebben gekregen over hun operatie (Dobree L., 1990). Maar enkel gebruik maken van geschreven bronnen is niet adequaat, men moet altijd nog extra mondelinge informatie geven aan de patiënt. Mondelinge informatieverschaffing is onontbeerlijk (Johansson K. et al., 2005).

Wat niet over het hoofd gezien mag worden, is de informatie die patiënten halen van het internet. Vaak gaan mensen op zoek naar informatie, wat al dan niet leidt tot juiste kennis en bepaalde verwachtingen. Deze verwachtingen en kennis bepalen in sterke mate hoe een patiënt zijn/haar zorgproces ervaart.

Uit internationaal onderzoek blijkt, dat de aan patiënten gegeven informatie vaak onvolledig, niet accuraat en eenzijdig is. Om dit te onderzoeken op Belgisch niveau heeft Testaankoop een onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de folders in de Belgische ziekenhuizen (Van Hecke M. en Vanbellinghen M., 2007). Naast de noodzakelijk te bespreken onderwerpen, die verder besproken worden onder '3. inhoud', gebruikte men volgende evaluatiecriteria: de leesbaarheid en de vormgeving van de brochure, de aanwezigheid van informatie op het internet en de graad van updating van de informatie. Hieruit bleek, dat 13 van de 15 folders geen informatie op internet kon aanbieden.

Uit dit onderzoek kon men besluiten, dat folders heel vaak gewoon afwezig zijn. De folders die beschikbaar zijn, missen vaak essentiële informatie. Voorbeelden van deze essentiële informatie die vaak ontbreekt, zijn de informatie over de mate van betrouwbaarheid van een onderzoek, over de te verwachten resultaten van een behandeling, over de mogelijke gevolgen wanneer men de interventie niet wil ondergaan en over de mogelijk alternatieve onderzoeken of behandelingen.

In de review van McDonald S. et al. (2007) werden 9 studies opgenomen. Men wou hier nagaan of er een verschil was in postoperatief resultaat bij verschillende vormen van preoperatieve educatie. Het ging hier over informatiebrochures, video's, mondelinge informatie, werken met plastieken modellen van gewrichten om de anatomie van de heup/knie aan te tonen of een combinatie van deze vormen. Deze studie heeft onvoldoende bewijs gevonden om het positief effect van preoperatieve informatie op de postoperatieve resultaten te bevestigen of te weerleggen betreffende het plaatsen van een knie- of heupprothese.

3. Inhoud van preoperatieve informatie

In dit deel wordt de noodzakelijke inhoud van preoperatieve informatie weergegeven, waaronder onder andere informatiebrochures en informatiesessies vallen. Daarna wordt er een onderscheid gemaakt in verschillende soorten van preoperatieve informatie volgens Leventhal H. en Johnson J.E. (1983) en het postoperatief effect van elke soort van informatie. Daarop volgend worden enkele tips besproken uit de studie van Van Vliet M.J. et al. (2004) met betrekking tot de inhoud van preoperatieve informatie. Als laatste wordt het belang aangehaald van de familie te betrekken bij de preoperatieve educatie van de patiënt.

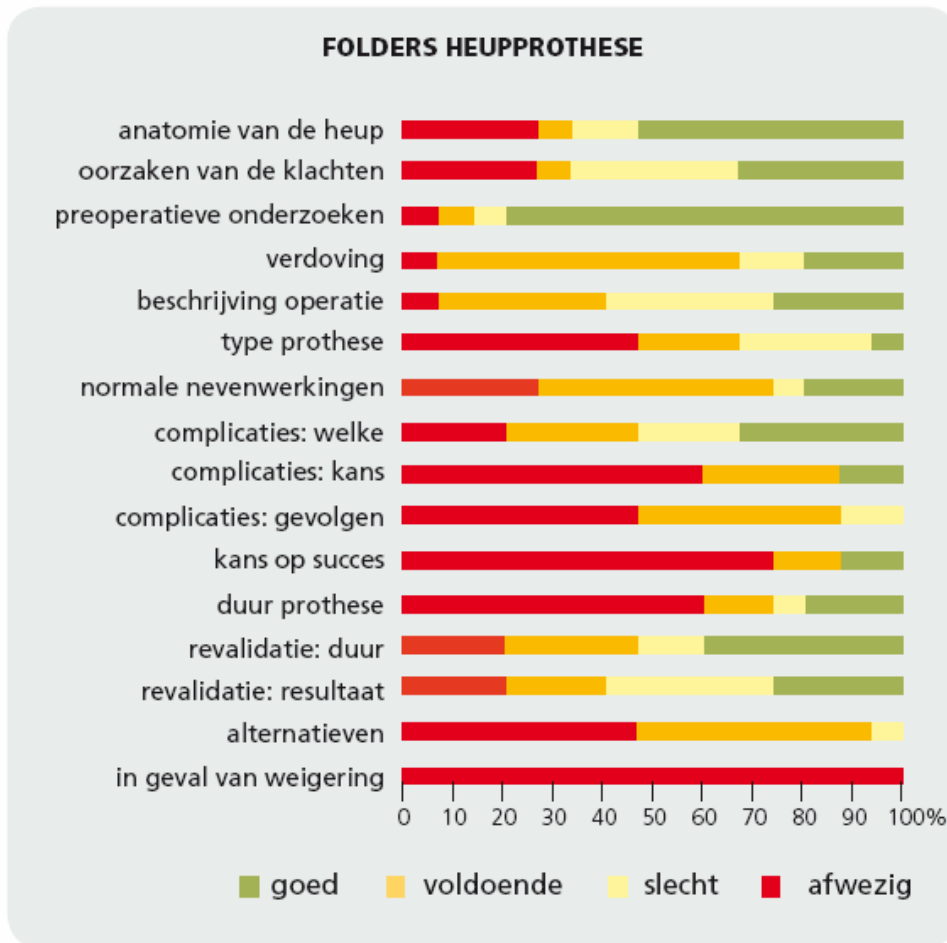
Uit studies blijkt, dat orthopedische patiënten over het algemeen informatie krijgen met betrekking tot de mogelijke complicaties, de fysieke beperkingen, de oefeningen, het herstel en de financiële kant van de zaak (Pearce P. et al., 1991; Fisher D.A. et al., 1997; Johansson K. et al., 2002a, 2002b).

In Tabel 1 staan belangrijke te bespreken onderwerpen in informatiebrochures volgens de studie van Testaankoop (Van Hecke M. en Vanbellinghen M., 2007).

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| - anatomie van de heup | - complicaties: kans |
| - oorzaken van de klachten | - complicaties: gevolgen |
| - preoperatieve onderzoeken | - kans op succes |
| - verdoving | - duur prothese |
| - beschrijving operatie | - revalidatie: duur |
| - type prothese | - revalidatie: resultaat |
| - normale nevenwerkingen | - alternatieven |
| - complicaties: welke | - in geval van weigering |

Tabel 1. Belangrijke te bespreken onderwerpen in informatiebrochures volgens de studie van Testaankoop (Van Hecke M. en Vanbellinghen M., 2007)

In de meerderheid van de 15 brochures die zij konden onderzoeken, komt ongeveer de helft van deze belangrijke te bespreken onderwerpen helemaal niet of vrij slecht aan bod. Bijvoorbeeld: er zijn meerdere types prothesen die elk hun eigen voor- en nadelen hebben. Dit wordt in bijna de helft van de folders niet vermeld. In geen enkele folder kon men terugvinden welke de gevolgen kunnen zijn als men kiest om niet (meteen) over te gaan tot een operatie. In meer dan de helft van de folders staat niets over de kans op complicaties, in de andere gevallen is de uitleg meestal onvoldoende. Drie van de 15 folders zeggen niets over de mogelijke ernstige complicaties. In 4 folders was de informatie slecht, in 3 was die toereikend en in 5 was ze goed. In slechts 4 folders sprak men over de slaagkansen van de operatie en maar de helft van de folders zegt iets over de levensduur van een prothese. De resultaten van de folderanalyse door Testaankoop worden weergegeven in Figuur 1.



Figuur 1. Analyse van de aanwezige informatie in de 15 onderzochte folders over heupprothesen per onderwerp (Van Hecke M. en Vanbellinghen M., 2007)

De items die volgens de studie van Garretson S. (2004) essentieel zijn voor een goede preoperatieve informatiesessie zijn terug te vinden in Tabel 2.

- Inleiding
 - o Type chirurgie
 - o Duur van de operatie
 - o Hospitalisatieduur
- Ochtend van de ingreep
 - o Voorbereiding
 - o Premedicatie
 - o Preoperatieve orders nagaan
 - o Transfer naar de operatiezaal
- In afwachting
 - o Ontmoeting met de verpleegkundige van het operatiekwartier
 - o Preoperatieve orders nagaan
 - o Even wachten
- Anesthesiekamer
 - o Anesthesist ontmoeten
 - o Aanwezigheid van de verpleegkundige
 - o Routine procedures
 - o Type van anesthesie
- Recovery
 - o Wakker worden
 - o De gebruikelijke observaties
 - o Pijnstilling en comfort
 - o Transfer naar afdeling
- Op de afdeling
 - o Comfort en veiligheid
 - o De gebruikelijke observaties

Tabel 2. De essentieel geachte items volgens de studie van Garretson S. (2004) voor een goede preoperatieve informatiesessie.

Leventhal H. en Johnson J.E. (1983) gingen het effect na van preoperatieve informatie. Hierbij maakten zij een onderscheid tussen procedurele, sensorische en praktische informatie en gedragsmatige instructies.

Procedurele informatie is informatie over de stappen die gezet worden in de procedure. Deze is bedoeld om de voorspelbaarheid te verhogen. Deze informatie zorgt ervoor dat een persoon zich beter kan aanpassen aan een medische situatie.

Gedragsmatige instructies geeft informatie over het gedrag dat men verwacht zodat de procedure vlot verloopt, bv. vooraf de nodige onderzoeken bij de huisarts laten uitvoeren.

Praktische informatie omvat informatie over de praktische kant van de zaak, bv. je door iemand naar huis laten voeren als je narcose hebt gekregen bij een onderzoek.

Sensorische informatie omvat informatie over hetgeen de patiënt zal horen, voelen, zien, ruiken en smaken. Deze informatie houdt alle mogelijke gevoelens in. Zo kan de patiënt uitmaken of hetgeen hij voelt normaal is en altijd voorkomt bij het onderzoek/behandeling

Sensorische informatie bleek het meest waardevol voor angstreductie. Gedragsinstructies bleken de grootste invloed uit te oefenen op de copingreacties van een individu.

Leventhal H. en Johnson J.E. (1983) gingen uit van de hypothese, dat angst en stress verminderen wanneer de patiënt zijn verwachtingen over de behandelingsprocedure overeenkomen met de uiteindelijke echte ervaringen. Door patiënten informatie te geven waren ze in staat om zich de procedure volledig in detail voor te stellen. Johnson H. en Leventhal J.E. (1983, 1999) toonden aan dat de combinatie van sensorische en procedurele informatie het meest effectief was. Voorbereidende informatie leidt tot juiste verwachtingen. Ze verhoogt de cognitieve controle over de behandeling die hen te wachten staat. De informatie zorgt voor minder schadelijke psychologische effecten van de medische procedure (Van Vliet M.J. et al., 2004; van Zuuren F.J. et al., 2006).

Uit de studie van Van Vliet M.J. et al. (2004) werden enkele conclusies getrokken met betrekking tot de inhoud van preoperatieve informatie in de praktijk. Ten eerste werd gesteld dat informatie aan patiënten systematisch moet gebeuren en niet zo uitgebreid mogelijk. Ten tweede moet men 3 types informatie gebruiken: procedurele en sensorische informatie en gedragsmatige instructies. Dit wordt door patiënten sterk geapprecieerd. Voor een specifieke medische interventie moet er worden nagegaan welke de exacte informatie is die patiënten willen krijgen. Ten derde wordt benadrukt dat patiënten de keuze moeten krijgen tussen de informatie die noodzakelijk is en de informatie die in functie van het copingmechanisme gegeven kan worden. Men moet de patiënten de mogelijkheid geven om aanvullende

mondelijke informatie te krijgen. Ten vierde stelt men dat verpleegkundigen en dokters moeten nagaan hoeveel informatie een patiënt wenst. Dit kan gebeuren tijdens de individuele, mondelinge voorbereiding van de patiënt. Als het mogelijk is, moet men rekening houden met de moment waarop de patiënt de info wenst. Wanneer patiënten heel uitgebreid geïnformeerd willen worden, kan men aankaarten dat uit onderzoek blijkt dat heel gedetailleerde informatie niet noodzakelijk goed is voor hen en dat het hen waarschijnlijk niet helpt om beter met de situatie om te gaan. Tenslotte is het ook belangrijk, dat patiënten kunnen terugvallen op intensieve steun en aanmoediging tijdens de procedure.

Het is belangrijk dat de familie/partner van de patiënt de infosessie kunnen mee volgen omdat zij de grootste steun zijn voor de patiënt. Zij kunnen helpen om de informatie te begrijpen, te onthouden en bovendien kunnen zij helpen bij de revalidatie. Familie en verwanten zijn vaak de grootste bron van steun voor patiënten, maar krijgen zelf geen steun terug. Om die reden kan het betrekken van de familie bij de preoperatieve programma's ook zorgen voor minder angst. (Coleman M. en White J., 2001; Courtney M., 2000; Watts S. en Brooks A., 1997)

4. Copingstijl

“Alle mensen hebben een natuurlijk verlangen om te weten.” (Aristoteles, circa 330 BC). Deze stelling heeft vele jaren overheerst, maar is reeds weerlegd. Vele onderzoeken in de geschiedenis hebben aangetoond, dat mensen informatie soms vermijden, omdat het schenken van aandacht aan die informatie mentale discomfort teweeg brengt. Zoals Maslow A.H. (1963) het ooit stelde: “We can seek knowledge in order to reduce anxiety and we can also avoid knowing in order to reduce anxiety”.

Het effect van patiënten voor te bereiden is niet enkel afhankelijk van de aard en het aantal informatie dat ze krijgen, maar ook van de karaktertrekken van de patiënt die de informatie krijgt (Miller S.M. & Mangan C.E. 1983; Rees C.E. & Bath P.A., 2000, 2001). Bij het bespreken van het effect van preoperatieve informatie kan dus niet worden voorbijgegaan aan het feit, dat elke persoon anders omgaat met de gegeven informatie.

In wat volgt zal dieper worden ingegaan op de verschillende copingstijlen van patiënten en hoe men deze kan meten. Ook wordt de vraag besproken of het nodig is om preoperatieve informatie aan te passen aan deze copingstijl.

4.1 Verklaring van de term copingstijl

Een van de manieren om een copingstijl uit te drukken, is door middel van de termen 'monitoring' en 'blunting', welke vervolgens ook verder worden gedefinieerd. Nadien wordt er verder ingegaan op de verschillen tussen deze twee soorten van copingstijl in medische settings.

Ondanks het feit dat uit verschillende wetenschappelijke onderzoeken blijkt, dat informatieverschaffing aan patiënten heel nuttig kan zijn in o.a. stress-, pijn- en angstverlaging (Devine E.C. & Cook T.D., 1983, 1986; Hartfield M.T. et al., 1982; Hathaway D., 1986; Hjelm-Karlsson K., 1989), lijken niet alle patiënten in een zelfde mate baat te hebben bij informatie. Eén van de factoren die hierbij aan de oorzaak kan liggen, is de copingstijl.

Copingmechanismen zijn strategieën die individuen gebruiken om met een stressor om te gaan, om te copen. Vaak gaan mensen in gelijkaardige situaties dezelfde copingmechanismen gebruiken, waarbij men spreekt van copingstijl.

Er zijn verschillende manieren om een copingstijl uit te drukken. Een mogelijke manier om de copingstijl uit te drukken is die volgens Miller (1987). Miller maakt gebruik van de termen 'monitoring' en 'blunting'. Hierbij is monitoring een vorm van cognitieve confrontatie en blunting een vorm van cognitieve vermijding. In onderzoeksliteratuur wordt monitoring vaak kort omschreven als '*information seeking*' en blunting als '*information avoiding*'. Wanneer iemand voornamelijk de monitoringcopingwijze hanteert, wordt van deze persoon gezegd, dat hij een monitoringcopingstijl heeft. Het omgekeerde geldt voor blunting.

Miller zag monitoring en blunting aanvankelijk als één dimensie. Uit verschillende onderzoeken bleek echter dat monitoring en blunting niet als één dimensie mochten gezien worden en onafhankelijk zijn van elkaar (vb. Miller S.M. et al., 1988, 1989; Miller S.M., & Mangan C.E., 1983). Door deze tweedimensionale benadering kwam men tot aangepaste definities. Hierbij wordt monitoring omschreven als het zoeken versus vermijden van informatie die relevant is met betrekking tot de bedreiging. Blunting is het zoeken versus het niet-zoeken naar afleiding in bedreigende situaties.

In het kader van een gezondheidsbehandeling kan men volgende definities hanteren: (Miller S.M. & Mangan C.E., 1983; Miller, 1980, 1987, 1988, 1989, 1993, 1995; Miller S.M. et al., 1996; Martelli M.F. et al., 1987; Watkins L.O. et al., 1986; Johnson J.E., 1996)

- Monitoring is de tendens om naar info op zoek te gaan bij komende bedreigingen.
 - o Hoogmonitors is een term die gebruikt wordt om personen aan te duiden, die enorm bezorgd zijn over de risico's. Zij gaan op zoek naar potentieel bedreigende gezondheidsinformatie en naar bedreigende aanwijzingen en gaan zich hierover zorgen maken. Onder hoogmonitors verstaat men mensen, die proberen zich op een bedreigende situatie voor te bereiden door informatie op te zoeken, door vragen te stellen en door bij het gebeuren stil te staan. Zij hebben nood aan uitgebreide informatie die op een geruime tijd voor het onderzoek/behandeling wordt gegeven.

Hoogmonitors blijken meer te vragen naar informatie, onderzoeken en raadgeving van hun dokters (Miller S.M. et al., 1988) en blijken beter ingelicht te zijn over hun ziekte en behandeling (Steptoe A. et al., 1991).
 - o Laagmonitors wordt gebruikt om mensen aan te duiden die zich onthouden van bovenstaande gedragingen.
- Blunting is het vermijden van bedreigende informatie en actief zoeken naar afleiding bij komende bedreigingen. Blunters hebben meer baat bij beknopte informatie, die zo kort mogelijk voor het onderzoek/de behandeling wordt gegeven.
 - o Hoogblunters zijn personen die in tegenstelling tot laagblunters, de confrontatie met bedreigende informatie gaan uitstellen, een minimum aan informatie opnemen en cognitieve en gedragsmatige afleiding gaan zoeken.

In de loop der jaren zijn er vele studies verschenen die gebruik maken van de monitor-blunter-dimensie en de schalen om deze copingstijlen te meten. Onder andere in de studie van Van Vliet M.J. et al. (2004) maakt men gebruik van de concepten die Miller ooit definieerde. Ook de studies van o.a. Miller S.M. (1987), Mezo P.G. et al. (2005), Voss U. et al. (2006) gingen nader in op deze concepten.

Het effect van informatie op een individu is afhankelijk van het informatiezoekend gedrag. Hoogmonitors/laagblunters verkiezen voorspelbaarheid boven onvoorspelbaarheid, laagmonitors/hoogblunters verkiezen onvoorspelbaarheid boven voorspelbaarheid (Cohen F. & Lazarus R.S., 1973).

Wanneer mensen met veel stress geconfronteerd worden, zoals in medische situaties, worden de verschillen tussen monitors en blunters duidelijk zichtbaar. De belangrijkste verschillen, die bij minieme angst niet aanwezig zijn, worden hieronder kort vermeld.

- Verschillen in angstervaring

Ten eerste kan men stellen dat in het algemeen blunting geassocieerd wordt met minder angst voor de dreigende medische situaties (Miller S.M. en Mangan C.E., 1983; Muris P. et al., 1994). Een groot aantal studies onderzocht het effect van monitoring en blunting in klinische settings waaruit bleek dat monitors geneigd zijn om meer angst te ervaren gedurende medische procedures, geneigd zijn om beter te reageren op meer informatie en om meer aandacht te hebben voor preventief gezondheidsgedrag (Miller S.M., 1991).

Blunters, diegene die aangezet worden gebruik te maken van cognitieve vermijding, vertonen over het algemeen minder fysiologische en gedragsmatige distress en opwinding dan monitors, diegenen die aangezet worden gebruik te maken van cognitieve confrontatie. Dit uit zich bij monitors in grotere disfunctie, een trager herstel en grotere nevenwerkingen van de behandeling (Van Zuuren F.J. et al., 1999). Hoewel er bewijs is voor een positieve relatie tussen monitoren en actieve copingstijl (Bar-Tal Y. & Spitzer A., 1999), is het ook aangetoond dat monitors niet geneigd zijn om een actieve rol te spelen in hun eigen zorg en geneigd zijn om trager vooruitgang en herstel te melden dan laagmonitors (Miller S.M. et al., 1988).

- Verschillen in de eisen die patiënten stellen.

Uit onderzoek is gebleken dat monitors meereisende patiënten zouden zijn. Een mogelijke reden hiervoor is dat ze hun eisen gebruiken om hun angst te reduceren en om zichzelf gerust te stellen. (Miller S.M. et al., 1988, 1993) Hoogmonitors gaan gewoonlijk meer verzoeken om en aandacht hebben voor gezondheidsinformatie. Toch verkiezen zij om een meer passieve rol te spelen bij het nemen van beslissingen betreffende hun eigen gezondheid (Miller S.M. et al., 1988).

- Verschillen in informatiepreferentie en –tevredenheid

Er zijn aanwijzingen dat hoogmonitors meer informatie wensen in bedreigende situaties dan laagmonitors en hoogblunters. Wanneer hoogmonitors onvoldoende informatie krijgen, is de tevredenheid bij hen met die informatie lager.

Uit een studie (Miller S.M., 1983) bleek dat blunters en monitors evenveel informatie meedroegen die ze ontvingen. Wanneer het hen wordt opgelegd zijn blunters dus in staat om evenveel informatie met betrekking tot hun gezondheid te verwerken in vergelijking met monitors. Het verschil ligt hem in het feit dat blunters spontaan verkiezen om niet te zoeken

naar informatie met betrekking tot de bedreiging. Monitors focussen zich juist wel op gezondheidsrelevante informatie en potentiële bedreigingen en willen er meer over weten.

4.2 Meten van de copingstijl van de patiënt

Onder andere bij voorbereidende interventies bij patiënten voor bepaalde onderzoeken of behandelingen, wordt de vraag gesteld of het al dan niet nodig is om rekening te houden met deze copingstijl. Hierbij is het belangrijk om de copingstijl van een persoon te kunnen meten. Er zijn verschillende schalen om de copingstijl na te gaan. Frequent gehanteerde schalen zijn MBSS, TMSI en FMBS (Eeckhout K., 1999).

4.2.1 The Miller Behavioral Style Scale (MBSS)

Om een onderscheid te maken tussen monitoring en blunting heeft de psychologe Miller (1987) de *Miller Behavioral Style Scale* (MBSS) ontworpen (zie Bijlage A).

De schaal houdt 4 beschrijvingen in van stressvolle scenario's, zijnde oncontroleerbare situaties (Voss U. et al., 2006). Elk van deze scenario's wordt gevolgd door 8 stellingen. Personen worden gevraagd welke stellingen het best bij hun persoonlijkheid aansluiten. Vier van de stellingen weerspiegelen monitoring-gedrag en 4 blunting-gedrag. De scores die bekomen worden uit de vragenlijst bestaan uit de totale bluntingscore of de totale monitoringscore, elk gaande van -16 tot +16. Het gemiddelde of de mediaan wordt gebruikt om te bepalen wie monitors (boven het gemiddelde of de mediaan) of blunters (onder het gemiddelde of de mediaan) zijn (Baker L.M., 1999).

Ondanks het feit dat uitgebreid onderzoek met de MBSS de klinische relevantie van het monitor-blunting-concept heeft aangetoond (Heszen-Niejodek I., 1997; Voss U. & Harsh J., 1998), is er kritiek gekomen op de MBSS omwille van verschillende redenen. Het gebruik van open vragen (Muris P., van Zuuren F.J., & Merckelbach H., 1993), het gebruik van verschillende evaluatiemethoden (Krohne H.W., 1991) en te weinig controlestatistieken (Van Zuuren F.J., 1994) zijn enkele van die redenen. Ook is men door middel van de MBSS niet in staat om een onderscheid te maken tussen 'rigide' monitors en blunters en 'adaptieve' monitors en blunters aangezien de MBSS enkel oncontroleerbare situaties beschrijft. 'Adaptieve coping' staat voor het hanteren van monitoring-strategieën in controleerbare

situaties en blunting-strategieën in oncontroleerbare situaties. ‘Rigide coping’ houdt in dat men uitsluitend gebruik maakt van monitoring- of blunting-strategieën (Voss U. et al., 2006).

4.2.2 *Threatening Medical Situations Inventory (TMSI) of de vragenlijst Medische Bedreigende Situaties’ (MBS)*

De *Vragenlijst Medisch Bedreigende Situaties* van Van Zuuren meet de mate van monitoring en blunting van een respondent. Zij is een Nederlandse equivalent van de *Miller Behavioral Style Scale*. De MBS (of de Engelstalige benaming ‘*Threatening Medical Situations Inventory*’) is een Nederlandstalig, kort instrument om monitoring en blunting te meten. Het is specifiek ontwikkeld om te gebruiken in medische situaties (Van Zuuren F.J. et al., 1996) (zie Bijlage B).

4.2.3 *The Frankfurt Monitoring Blunting Scales (FMBS)*

The Frankfurt Monitoring Blunting Scales (FMBS) zijn opgebouwd op basis van de MBSS. Analooq aan de MBSS onderscheiden de FMBS de uiterste groepen monitors en blunters, d.w.z. individuen die een sterke voorkeur hebben voor informatie (monitors) of afleiding (blunters) in situaties die bestaan uit bedreiging of gevaar. Het grote verschil met MBSS is dat FMBS onderscheid maakt tussen copinggedrag in controleerbare en oncontroleerbare situaties. Zo kan men een onderscheid maken tussen ‘adaptieve coping’ en ‘rigide coping’ (Voss U. et al., 2006).

4.2.4 *Vraagstelling omtrent bovenstaande meetinstrumenten*

In concrete bedreigende medische situaties zou men niet langer mogen uitgaan van één bepaald voorlichtingsprogramma, maar dit programma aanpassen zodat het aansluit bij de copingstijl van de patiënt (Van Zuuren F.J., & Hanewald G.J.F.P., 1993). Maar Grypdonck (1988) waarschuwt hier voor het gevaar dat het gebruik van een schaal in een medische situatie kan zorgen voor verhoogde angst bij patiënten, waardoor het moeilijk wordt om monitors van blunters te onderscheiden. Als oplossing stelt Grypdonck hier dat men de voorkeur van patiënten moet navragen wat betreft vroege versus late en algemene versus gedetailleerde informatie. Daarmee kan men dan rekening houden. Resultaten uit onderzoek van Van der Beek H.J. et al. (1998) spreken dit tegen. Dit onderzoek toont aan dat de vraag of

een patiënt gedetailleerd of beknopte informatie wil, niet volstaat om een onderscheid te maken tussen monitors en blunters. Hieruit kan men dan weer besluiten dat het gebruik van een schaal toch nuttig kan zijn. Men dient dus nog verder na te gaan wat de effecten zijn van dit soort vragenlijsten op patiënten.

De grote vraag die rijst bij dit soort schalen is of personen met bijvoorbeeld een hoge monitorscore altijd veel informatie willen. Of zijn er situaties waarin zij informatie vermijden? In een studie van vrouwen met het humaan papillomavirus en HIV-geïnfecteerde homoseksuele mannen toonden Miller et. al aan dat hoogmonitors in de meeste omstandigheden zoeken naar en ‘scannen’ voor bedreigende informatie over hun gezondheid. Onder andere omstandigheden kunnen ze nog meer vermijdingsgedrag vertonen voor die informatie dan de meeste personen, zoals aangetoond in hun studie wanneer de bedreiging heviger, chronisch en oncontroleerbaar was.

Van Zuuren F.J. en Wolfs H.M. (1991) hebben ontdekt dat monitoring in positieve relatie staat met de waargenomen graad van bedreiging en onvoorspelbaarheid. De situatie en de manier waarop een persoon de situatie waarneemt, speelt een belangrijke rol in de wens van een persoon in zijn zoeken naar informatie.

4.3 Noodzaak om preoperatieve interventies aan te passen aan de copingstijl van de patiënt

4.3.1 Soort informatie in functie van de copingstijl van de patiënt

Miller stelt, dat informatie betreffende een medische behandeling meer effect heeft wanneer het aangepast is aan de manier waarop personen normaal gezien gezondheidsinformatie verwerken (Miller S.M. 1980, 1987, 1995). Het type informatie dat gegeven wordt aan hoogmonitors moet ideaal gezien gedetailleerd zijn en specifiek over risico's. Ze moet manieren aanbieden om angst te verminderen. Voor hoogblunters is de meest effectieve gezondheidsinformatie deze die kort is, louter de basis bevat en geen bedreigende details bevat (Miller S.M., 1995). Ook het onderzoek van Van Der Zee K.I. et al. (2002) heeft kunnen aantonen, dat hoe hoger een patiënt scoort bij monitoren en hoe lager bij blunters, hoe sterker het effect van informatie op hun angstvermindering is. Volgens hen is het aan te raden om informatie aan monitors en blunters te geven die aangepast is aan hun copingstijl (Miller S.M. en Mangan C.E., 1983). Andrew J.M. (1970) toonde aan dat blunters meer

postoperatieve medicatie nodig hadden als ze preoperatieve informatie hadden gekregen. Een recente studie van Williams-Piehota P. et al. (2005) toonde aan dat mondelinge en geschreven informatie, aangepast aan een persoon z'n copingstijl, meer doeltreffend is om personen aan toe moedigen om mammografie te laten uitvoeren dan onaangepaste informatie, voornamelijk bij blunTERS. Wat betreft gastrointestinale endoscopie, waren Gattuso S.M. et al. (1992) de eersten om de effecten na te gaan van informatie die in relatie staat met monitoring-blunting-copingstijl. Zij konden aantonen dat voor hoogblunTERS onaangepaste informatie, uitgebreide gedetailleerde informatie, een averechts effect konden hebben.

Een voorbeeld van een studie die het positief resultaat van aangepaste voorbereidende informatie niet kan steunen is die van Van Vliet M.J. et al. (2004). Hierin wordt het effect nagegaan bij het systematisch voorbereiden van patiënten op een gastrointestinale endoscopie in overeenstemming met hun copingstijl. Dit experiment toont geen voordeel aan van het individualiseren van informatie naar de patiënt toe, op de manier waarop zij het gedaan hebben.

De studie van Van Zuuren F.J. et al. (2006) toont aan, dat het niet nodig is om een informatiebrochure aan te passen aan de copingstijl van een patiënt. Patiënten een informatiebrochure geven met uitgebreide gedetailleerde tekst (voor de blunTERS), met een apart samenvattend kader (voor de blunTERS) geeft een efficiënt, maar bescheiden effect voor patiënten die voor het eerst een gastrointestinale endoscopie moeten ondergaan. Het is gemakkelijk om een infobrochure te integreren in de standaard procedure, het kost niet veel, en het is aangetoond dat het niet nodig is om ze aan te passen aan de monitoring of blunting copingstijl van de patiënt. Vermits geen schadelijke effecten teruggevonden zijn bij hoogblunTERS, is een brochure veilig voor elke copingstijl. De brochure moet minstens 1 dag op voorhand gegeven worden en is een nuttig bijkomend instrument naast de ondersteunende en aanmoedigende rol van de verpleegkundige.

5. Tijdstip van de informatiesessie

Niet alleen het aanpassen van de hoeveelheid en de soort informatie aan een patiënt zijn copingstijl is van belang. Onderzoek toont aan, dat ook het tijdstip van het geven van voorbereidende informatie van belang kan zijn (vb. Van Slycken S., 1998). Uit de studie van Lepczyk M. et al. (1990) blijkt echter dat het tijdstip van informatie minder belang heeft.

Er is dus nog steeds geen eenduidig antwoord gekomen op de vraag wat een goede timing is voor preoperatieve informatie. Vanuit theoretisch standpunt kan men stellen dat hoogmonitors liever vroeger informatie krijgen. Zo hebben ze de mogelijkheid om de informatie enkele keren opnieuw te bekijken. Hoogmonitors lezen informatie vroeger en frequenter en kunnen soms op voorhand gedragsinstructies oefenen (Feyaerts S., 1997; Van Slycken S., 1998). Van Vliet M.J. et al. (2004) stellen dat, als het mogelijk is, men rekening moet houden met het moment waarop de patiënt zelf de informatie wenst.

II. Postoperatief herstel

Om het effect vast te stellen van preoperatieve informatie gebruikten McDonald S. et al (2007) volgende parameters: postoperatieve pijn, hospitalisatieduur, nakomen van en medewerking bij postoperatieve oefeningen, patiënttevredenheid, het voorkomen van diep veneuze trombose, *range of motion* (bewegingsbereik), preoperatieve angst, postoperatieve angst en postoperatieve mobiliteit. In functie van het praktisch gedeelte wordt hier enkel dieper ingegaan op de postoperatieve pijn, de postoperatieve mobilisatie, de patiënttevredenheid en de hospitalisatieduur.

1. Pijn

Hieronder wordt het concept 'pijn' onder de loep genomen en wat de beïnvloedende factoren hiervan zijn. Daarna worden enkele mogelijke parameters besproken voor het meten van pijn. Nadien worden de resultaten van onderzoeken naar het effect van preoperatieve informatie op postoperatieve pijn besproken.

1.1 Verklaring van de term pijn en de beïnvloedende factoren van pijn

“Pijn is een unieke en persoonlijke ervaring en is het resultaat van een dynamische interactie tussen verschillende dimensies, betreffende de psychologische, sensorische, affectieve, cognitieve, gedragsmatige en socioculturele dimensies” (National Institutes of Nursing Research 1994; Lucy M.S., 1999).

De poorttheorie van Melzack en Wall (Melzack R. & Wall P.D., 1965) verklaart, dat de omzetting en perceptie van pijngewaarwording niet enkel beïnvloed wordt door neurofysiologische functies maar ook door affectieve en gedragsmatige dimensies. Patiënten met meer angst of meer negatieve pijnervaringen hebben postoperatief meer pijn. Dit veronderstelt dat verpleegkundigen postoperatieve pijn kunnen reduceren door de preoperatieve angst van patiënten te verminderen en hun verkeerde opvattingen omtrent postoperatieve pijn te corrigeren.

De angst en de pijn die een patiënt ervaart, verhoogt vaak wanneer patiënten het gevoel hebben geen controle te hebben over hun situatie. Dit komt vaak voor bij chirurgie. Wanneer

een patiënt abnormaal angstig is, zal het welzijn en het herstel van de patiënt aangetast worden, wat de hospitalisatieduur en de medische kosten zullen doen verhogen (McDonald S. et al., 2007).

Ook de studie van McDonald S. et al. (2007) sluit hierbij aan. Deze is gefocust op het effect van preoperatieve informatie op postoperatieve revalidatie. Interventies die succesvol de preoperatieve angst verminderen, zijn hierbij belangrijk. Preoperatieve angst kan bijvoorbeeld bij een persoon de mogelijkheid om informatie te verwerven beïnvloeden. Postoperatieve angst en pijn kunnen verminderd worden door minder preoperatieve angst.

Persoonlijke gegevens, die de pijnvaring kunnen beïnvloeden zijn: leeftijd, geslacht, lengte, gewicht, scholingsgraad, burgerlijke status, werk, aan- of afwezigheid van hypertensie, diabetes of cardiovasculaire aandoeningen, voorafgaande ervaringen met chirurgie, ervaringen betreffende gebruik van analgetica en het hoogste niveau van pijn dat men ooit ervaren heeft. Operationele en postoperatieve gegevens die de pijnvaring kunnen beïnvloeden bestaan uit: het te opereren gebied, de duur van de operatie, de grote en de diepte van de incisie, het al dan niet gebruiken van PCA postoperatief, de dosis analgetica die gebruikt wordt de eerste 3 dagen na de operatie, het aantal dagen met een nasogastrische sonde en/of een blaaskatheter (Lin, L.-Y. et al., 2005).

1.2 Meten van pijn

De *Visuele Analoge Schaal (VAS)* is een van de meest gebruikte zelfrapportageschalen voor het meten van de pijnintensiteit in klinische settings (Melzack R. & Katz J., 1994; Baert I., 1998). Variaties in pijnintensiteit, gemeten door de VAS, worden dikwijls beschouwd als een parameter voor de doeltreffendheid van een behandeling (Carlsson A.M., 1983; Baert I., 1998) Een veel gebruikte vorm van de VAS is het pijnmeetlatje. Dit meetlatje bestaat uit een 100 mm lange lijn. Aan de voorzijde van dit latje zie je aan de ene zijde (links) ‘geen pijn’ en aan de andere zijde (rechts) ‘maximale pijn’. Aan de achterzijde staat een schaalverdeling gaande van 0 tot 10. ‘Geen pijn’ komt overeen met een score 0 en ‘maximale pijn’ komt overeen met de score 10. Er wordt aan de patiënt gevraagd om op de balk, aan de hand van een rood verticaal streepje dat zich op een doorzichtig, verschuifbaar omhulseltje bevindt, aan te duiden in welke mate hij of zij pijn ervaart op het moment van de meting. Het gaat dus om de subjectieve gewaarwording van pijn.

De studie van Ahles T.A., Blanchard E.B. en Ruckdeschel J.C. (1983) kon de validiteit van de VAS bevestigen. Ahles T.A. et al. (1983) testten de betrouwbaarheid van de VAS.

Kremer E., Atkinson J.H. en Ignelzi R.J. (1980) en Revill S.I. et al. (1976) rapporteerden dat 7 tot 11% van de patiënten niet in staat waren om met de VAS te werken of dat deze personen het meetinstrument verwarrend vonden. Vooral oudere patiënten leken moeilijkheden te hebben met de VAS. Personen met een laag opleidingsniveau of met hevige pijnen en motorische coördinatieproblemen kunnen de VAS tevens moeilijk hanteren.

De VAS is heel waardevol wanneer men ze gaat gebruiken om individuele verschillen vast te stellen voor elke patiënt afzonderlijk. Wanneer men echter patiënten met elkaar wil gaan vergelijken is de schaal minder waardevol (Gould D. et al., 2001).

Ook de vraag naar analgetica door de patiënt is een bruikbare parameter om het pijnniveau van de patiënt vast te stellen. Hierbij spelen echter externe factoren ook een rol bv. het karakter, de kennis en de taal van de patiënt.

1.3 Effect van preoperatieve informatie op postoperatieve pijn

Bijna alle chirurgische patiënten zullen pijn lijden (Devine E.C. et al., 1999). Onverzachte operatieve pijn heeft een negatief effect op de fysische en psychische functies. Ze vertraagt het postoperatief herstel en zorgt voor een langere hospitalisatieduur (Chen K.H., 1992; Breivik H., 1998). Preoperatief pijnmanagement is de belangrijkste interventie om de postoperatieve pijn te verlichten (Harmer M. & Davies K.A., 1998; Devine E.C. et al., 1999). In de literatuur (Acute Pain Management Guideline Panel, 1992; Harmer M. & Davies K.A., 1998; Devine E.C. et al., 1999) opteert men voor een preoperatieve informatiesessie die de volgende items bevat met betrekking tot pijn in het kader van postoperatief pijnmanagement: (Lin L.-Y., 2005)

- De oorzaak van de pijn en de ongemakken die kunnen optreden na de operatie toelichten.
- De invloeden van postoperatieve pijn uitleggen en het belang van pijnmanagement en vroege activiteiten uit bed.
- Leren hoe men pijn kan stillen zonder medicatie d.m.v. pijnverlichtende methoden.
- Aanmoedigen om naar analgetica te vragen als de postoperatieve pijn niet vermindert.

- Aanmoedigen hun gevoelens en zorgen te uiten, een geprefereerd niet-medische pijnverlichtende activiteit aanduiden en vragen beantwoorden.

Het is aangetoond dat informatie, die gegeven wordt op een manier die de patiënt aanzet tot het melden van zijn/haar pijn aan de verpleegkundigen in een vroeg stadium, ervoor kan zorgen, dat de patiënt een actievere rol speelt in de postoperatieve behandeling (Owen H. et al., 1990; Hayward J.E.S., 1975).

Hieronder volgt een overzicht van verschillende onderzoeken die al dan niet konden aantonen dat preoperatieve informatie een positief effect heeft op postoperatieve pijn.

Heel wat studies toonden aan dat er wel degelijk een positief effect is van preoperatieve educatie op postoperatieve pijn. Onder andere Lin L.-Y. et al. (2005) toonden via hun studie aan dat een preoperatieve verpleegkundige pijninterventie een positief effect heeft op de pre- en postoperatieve pijn, de houding t.a.v. pijn preoperatief en de preoperatieve angst m.b.t. pijn bij patiënten die abdominale chirurgie ondergaan. Deze studie toont aan dat preoperatieve informatie een positief effect heeft op de houding van patiënten t.a.v. pijn. Dit werd eveneens werd aangetoond door Cupples S.A. (1991) en Chiou S.F. (1993).

Andere studies toonden aan dat preoperatieve informatie postoperatieve pijn kan verminderen (Sjöling M. et. al, 2003; Egbert D.L. et al., 1964; Devine E.C. & Cook T.D., 1983), de vraag naar postoperatieve analgetica kan doen dalen (Egbert D.L. et al., 1964; Hayward J., 1975; Kanto J. et al., 1990), de verblijfsduur in het ziekenhuis kan verkorten (Devine E.C. & Cook T.D., 1983; Egbert D.L. et al., 1964), het angstniveau kan doen dalen (Devine E.C. & Cook T.D., 1983) en de revalidatie kan bevorderen (Hayward J., 1975).

Er zijn echter ook studies, die geen bewijs konden vinden voor het positief effect van preoperatieve patiënteninformatie op de ervaren postoperatieve pijn.

Onder andere uit de studie van Schwartz B.D. et al. (1994) blijkt dat preoperatieve educatie de angst significant kan verlagen, maar de pijnperceptie niet. Een studie in Taiwan heeft aangetoond dat preoperatieve verpleegkundige instructies een positief effect hadden op patiënten hun kennis, hun gebruik van analgetica en hun preoperatieve angst. Er was echter geen significante daling in de postoperatieve pijn en ook het starten met activiteiten uit bed vond niet vroeger plaats dan bij patiënten zonder preoperatieve verpleegkundige instructies

(Devine E.C. et al., 1999). McDonald S. et al. (2007) kon geen significant verschil aantonen in postoperatieve pijn tussen de groepen met veel en geringe preoperatieve informatie.

Er zijn studies, die aantonen dat informatie de patiënt kan aanzetten tot meer pijnveraring. (vb. Langer E. et al., 1975; Scott L.E. et al., 1983). Callaghan P. et al. (1998) toonde geen vermindering in vraag naar analgetica na preoperatieve informatie.

2. Mobiliteit

Onder deze rubriek wordt eerst en vooral dieper ingegaan op de theorie van Bandura met betrekking tot zelfeffectiviteit en enkele gerelateerde literatuurgegevens over studies waarin dit begrip werd opgenomen. Daarna wordt geduid op het belang van preoperatieve informatie in het kader van orthopedische chirurgie met tenslotte een vergelijking van verschillende studies naar het effect van preoperatieve informatie op de postoperatieve mobiliteit.

Een belangrijk begrip in de context van mobiliteit is zelfeffectiviteit. De theorie van Bandura (1977) met betrekking tot zelfeffectiviteit veronderstelt dat zelfeffectiviteit de bemiddelaar is tussen kennis en actie. Wanneer men gepaste kennis heeft, zorgt dit voor realistische verwachtingen en minder angst. Bronnen van kennis zijn voorafgaande gebeurtenissen, ervaringen, observaties van anderen, steun en aanmoediging van anderen en de fysische en emotionele status. Zelfeffectiviteit inbouwen in preoperatieve vorming kan ervoor zorgen dat het de uitvoering van de verwachte postoperatieve activiteiten vergemakkelijkt. Dit is omdat het de overtuigingen van de patiënten ondersteunt, dat ze de situatie kunnen controleren en dat reduceert angst. Zelfeffectiviteit integreren in preoperatieve vorming is mogelijk door in het preoperatief programma de volgende items op te nemen: patiënten preoperatief zelfzorginstructies m.b.t. mobiliteit geven, preoperatief doelen opstellen voor de patiënten en de mogelijke postoperatieve resultaten bekrachtigen in een ondersteunend milieu. Deze items worden geassocieerd met minder postoperatieve pijn en stress, minder gebruik van analgetica, minder complicaties, een kortere hospitalisatieduur en een hogere patiënttevredenheid (Hanucharunkui S. & Vinya-nguag P., 1991). Overtuiging creëren bij patiënten dat ze bepaalde activiteiten kunnen uitvoeren, kan resulteren in het effectief goed uitvoeren van activiteiten postoperatief (Heye M.L. et al., 2002).

Deze opvatting wordt bevestigd door het onderzoek van Heyne M. L. et al. (2002). In hun studie gaf men de experimentele groep preoperatieve instructies, die zelfeffectiviteit-

strategieën en specifieke vaardigheden om om te gaan met pijn bij activiteiten bevatten. Uit dit onderzoek kon geconcludeerd worden, dat hogere preoperatieve scores van zelfeffectiviteit in de behandelde groep, ten gevolge van de preoperatieve instructies, zelfeffectiviteit bevorderen. Hogere scores van zelfeffectiviteit uiteten zich in verhoogd vertrouwen, positieve verwachtingen en minder angst gerelateerd aan specifieke situaties. De overtuigingen van patiënten om controle te hebben over pijn, hebben een invloed op pijnintensiteit die zij ervaren (tijdens het uitvoeren van activiteiten). Uit de studie bleek ook, dat de preoperatieve verwachtingen van een patiënt i.v.m. het uitvoeren van postoperatieve activiteiten gecorreleerd zijn met het effectief uitvoeren van de activiteiten in de eerste 2 dagen postoperatief. Wanneer de patiënt bijvoorbeeld preoperatief verwachtte dat hij/zij op dag 2 na de operatie met een looprekje kon stappen, was de kans groot dat dit effectief ook zo was.

In het kader van orthopedische chirurgie is het belangrijk, dat via preoperatieve informatie de kans op postoperatieve complicaties wordt gereduceerd. De meest voorkomende complicatie is een longembolus ten gevolge van een diepe veneuze trombose (Brady O.H. et al., 2000). Ook dislocatie van de heupprothese komt voor bij het niet opvolgen van postoperatieve aanbevelingen en protocols. Via preoperatieve patiënteneducatie weten patiënten welke posities en acties zij moeten vermijden om luxatie van het heupgewricht te voorkomen (McDonald S. et al., 2007).

De positieve invloed van preoperatieve informatie op postoperatieve mobiliteit ligt net zoals postoperatieve pijn onder discussie.

Uit de studie van Lin L.-Y. et al. (2005) in het zuiden van Taiwan bleek, dat preoperatieve informatie een positieve invloed heeft op de postoperatieve activiteiten. De experimentele groep die aanvullende preoperatieve informatie kreeg begon 1,5 dagen vroeger met zijn uit-bed-activiteiten dan de controlegroep (die geen preoperatieve informatie kreeg). Dit gaat in tegen de bevindingen van Chiou S.F. (1993). Hierbij moet men echter rekening houden met het feit dat in de experimentele groep het belang werd aangeduid van uit-bed-activiteiten, wat hen kan aanzetten om sneller te starten met activiteiten.

Het onderzoek van Heyne M. L. et al. (2002) ging o.a. het effect na van een cognitief-gedragsmatige-interventie (via een video). Zij toonden aan dat patiënten die preoperatief technieken aangeleerd kregen met betrekking tot ademhaling en beweging minder pijn en moeilijkheden hadden bij het uitvoeren van activiteiten en meer onafhankelijkheid toonden bij het uitvoeren van de activiteiten na een hysterectomie. Williams P.D. en Valderrama D.M. (1988) toonden aan dat een gestructureerd educatief programma m.b.t. postoperatieve zelfzorg

resulteerde in hogere prestatieniveaus zonder aanmoediging of hulp. Hayward J. (1975) toonde aan dat patiënten die preoperatieve info hebben gekregen sneller revalideren dan diegene die geen info kregen.

Maar er zijn ook studies die het positief resultaat niet kunnen bevestigen. Door McDonald S. et al. (2007) werd vastgesteld, dat in vier studies (Wijgman A.J. et al., 1994; Butler G.S. et al., 1996; Doering S. et al., 2000; Crowe J. et al., 2003) geen significant verschil is terug te vinden tussen de groepen met veel en geringe preoperatieve informatie voor wat betreft de dag waarop men rechtop kan staan en de dag waarop men op de trap kan gaan. De preoperatieve informatie had dus geen invloed op het tijdstip van postoperatieve mobiliteit.

3. Tevredenheid

Eerst wordt ingegaan op de beïnvloedende factoren van de patiënttevredenheid. Daarna volgt er een bespreking van de gegevens die terug te vinden zijn in de literatuur wat betreft het effect van preoperatieve informatie op de postoperatieve patiënttevredenheid. Hierna wordt besproken hoe men patiënttevredenheid kan nagaan. Daarop volgt een korte bespreking van het belang van steun die de patiënt krijgt, in het kader van patiënttevredenheid.

Ley P. (1985, 1988) wijst erop, dat patiënten heel vaak de informatie die hen gegeven wordt niet begrijpen of onthouden. Dit heeft een effect op de tevredenheid met de behandeling en de zorg. Studies hebben ook aangewezen, dat de graad van pijn die patiënten ervaren geen cruciale rol speelt in de tevredenheid van patiënten met hun pijnbehandeling of verpleegkundige zorgen.

Opnieuw zijn er in de literatuur gegevens terug te vinden over patiënttevredenheid die de positieve invloed van preoperatieve informatie bevestigen maar ook argumenten die deze tegenspreken.

In de studie van Sjöling M. et al. (2003) is er een statistisch significant verschil in de patiënttevredenheid wat betreft het pijnmanagement. Dit wil zeggen, dat specifieke informatie een effect heeft op de graad van tevredenheid. Hanucharunkui S. & Vinya-nguag P. (1991) konden aantonen, dat preoperatieve zelfzorginstructies m.b.t. mobiliteit, preoperatief doelen opstellen en bekrachtigen van de mogelijke resultaten in een

ondersteunend milieu geassocieerd is met minder postoperatieve pijn en stress, minder analgeticagebruik, minder complicaties, kortere hospitalisatieduur en hogere patiënttevredenheid.

Gammon J. en Mulholland C. (1996) konden aantonen, dat de angst van de patiënten daalt en de tevredenheid stijgt na preoperatieve info. Dit kon eveneens aangetoond worden door Callaghan P. et al. (1998). Vernon D.T. en Bigelow D.A. (1974) gingen het effect na van informatie bij patiënten voor een herniaherstel. Geïnformeerde patiënten waren meer tevreden en beter ingelicht. Ze uitten eveneens minder postoperatieve woede, meer vertrouwen in dokters in het algemeen vóór de operatie en meer vertrouwen in de verpleegkundige na de operatie.

Door McDonald S et al. (2007) echter werden twee studies geciteerd waarin gegevens met betrekking tot patiënttevredenheid zijn teruggevonden namelijk die van Santavirta N. et al. (1994) en Butler G.S. et al. (1996). In deze studies werd er geen significant verschil aangetoond tussen de groepen die veel of weinig preoperatieve informatie kregen.

Een mogelijke manier om de patiënttevredenheid te meten wordt gebruikt in de studie van Van Vliet M. J. et al. (2004) . Men gaat de patiënten vragen in welke mate zij op voorhand een helder beeld hadden van de procedure, of het onderzoek of de behandeling verliep zoals ze verwacht hadden en of ze liever meer of minder informatie hadden gekregen.

Grypdonck (1996) gebruikt in haar “Vragenlijst Tevredenheid met informatie” (zie Bijlage C) de volgende items:

- Het tijdstip waarop de patiënt zich zorgen begon te maken (na/voor de informatiesessie),
- of de patiënt tevreden was met de informatie die hij/zij gekregen had voor het onderzoek/de behandeling,
- of de patiënt het vervelend vond om informatie te krijgen,
- of de patiënt zich een goed beeld kon vormen van wat hem/haar te wachten stond,
- of de informatie de patiënt geholpen heeft,
- of alles verliep zoals de patiënt verwacht had.

Verschillende studies hebben echter aangetoond, dat steun belangrijker was voor de patiënttevredenheid dan het voorzien van noodzakelijke informatie (Robbins J.A. et al., 1993;

Roter D.L., 1977; Stiles W.B. et al, 1979; Williams S.J. & Calnan M., 1991). Steun wordt hier aanzien als het gevoel te hebben dat naar hen geluisterd wordt en er een warme empathische, persoonlijke benadering is door de dokters, verpleegkundige en andere professionele hulpverleners. Warwick R. et al. (2004) vonden in hun studie van patiënten met chronische nierpijn dat zij niet alleen waarde hechtten aan emotionele en sociale steun van dokters, maar ook van partners, familie, vrienden, kennissen, verpleegkundigen en medepatiënten.

4. Verblijfsduur in het ziekenhuis

Gezien de druk die er heerst over de ziekenhuisbedden ontslaat men een patiënt uit het ziekenhuis vanaf het moment, dat de patiënt min of meer stabiel is en het ontslag binnen de grenzen van 'veilig ontslag' valt. Daarom is het effect van preoperatieve informatie op de verblijfsduur in het ziekenhuis niet altijd duidelijk te meten (Clode-Baker E. et al., 1997).

Gegevens m.b.t. de hospitalisatieduur zijn teruggevonden in 4 studies, geciteerd door McDonald S et al. (2007) (Wijgman A.J. et al., 1994; Butler G.S. et al., 1996; Doering S. et al., 2000; Crowe J. et al., 2003). In geen van deze studies is een significante verkorting van de verblijfsduur teruggevonden als resultaat van voldoende preoperatieve informatie. Clode-Baker E. et al. (1997) en Daltroy L.H. et al. (1998) hebben eveneens vastgesteld, dat informatieverschaffing geen significant effect heeft op de verblijfsduur in het ziekenhuis.

In de studie van Sjöling M. et al. (2003) was er geen kortere hospitalisatieduur aan te tonen bij patiënten die specifieke informatie kregen voor het plaatsen van een totale knieprothese.

Shuldham C. (1999) echter toonde aan, dat psychologische voorbereiding van patiënten, die operaties moesten ondergaan, een verkorting gaf van de hospitalisatieduur. Dit effect was nog groter wanneer men een grote variëteit gaf aan informatie. Een meta-analyse door Theis S. & Johnson J. (1995) toonde aan, dat preoperatieve instructies de hospitalisatieduur verminderden met een gemiddelde van 1,25 dagen. Een studie uit 1964 (Egbert D.L. et al.) had als resultaat, dat de groep, die informatie kreeg over pijn en daarbij postoperatieve revalidatie kreeg, minder pijn ervoer, minder analgetica vroeg en een kortere hospitalisatieduur hadden in vergelijking met de controlegroep. In de studie van Heye M. J. et al. (2002) werden patiënten preoperatief verschillende cognitief-gedragmatige technieken aangeleerd. Deze kunnen de onafhankelijkheid bij postoperatieve activiteiten vergroten en de patiënten het gevoel geven beter voorbereid te zijn om naar huis te gaan.

Uit deze gegevens blijkt, dat er opnieuw een grote variëteit bestaat in literatuurgegevens wat betreft het al dan niet voordelig effect van preoperatieve informatie op de verblijfsduur in het ziekenhuis.

HOOFDSTUK II:

PRAKTISCH GEDEELTE

Inleiding

Op de afdeling orthopedie van het A.Z. Sint-Lucas te Gent werd een kleinschalig onderzoek uitgevoerd met als doel het effect na te gaan van een preoperatieve informatiesessie op het postoperatief herstel van patiënten bij wie een totale heupprothese geplaatst werd. Deze preoperatieve informatiesessie kan enkel aangeboden worden aan patiënten met een geplande ingreep. Patiënten die via spoedopname werden opgenomen, werden dus niet in het onderzoek opgenomen.

Aan dit onderzoek namen 16 patiënten deel, die een totale heupprothese hebben laten plaatsen in de periode van 25 februari 2008 tot en met 28 maart 2008. Deze steekproef bestond uit 10 vrouwen en 6 mannen, met een gemiddelde leeftijd van 71,75 jaar (gaande van 59 tot 80 jaar). Van deze 16 patiënten hadden 10 patiënten de preoperatieve informatiesessie bijgewoond. Van alle 16 patiënten die deelnamen aan het onderzoek, was slechts één patiënt met een moedertaal, verschillend van het Nederlands. Om deze patiënt te bevragen werd de hulp van de dochter ingeschakeld.

Van de 6 patiënten die de preoperatieve informatiesessie niet bijwoonden, gaven 2 patiënten als reden hiervoor op dat zij geen vervoersmogelijkheden hadden de dag van de sessie. Twee andere patiënten gaven aan dat zij reeds een totale heupprothese hadden aan het andere heupgewricht, waardoor zij naar eigen zeggen reeds voldoende wisten over het revalidatieproces. Eén patiënt gaf aan dat de dokter reeds voldoende uitleg gaf en een andere patiënte gaf aan dat zij niet op de hoogte was van het gebeuren.

Om het effect na te gaan van deze informatiesessie werden gegevens individueel per patiënt verzameld, na het ondertekenen van een *informed consent*- document (zie Bijlage D), over:

- de copingstijl van de patiënt,
- de pijnvaring postoperatief,
- de postoperatieve mobilisatie van de patiënt,
- de tevredenheid van de patiënt bij ontslag,

- de hospitalisatieduur van de patiënt.

In de bespreking van het praktische deel wordt eerst dieper ingegaan op de preoperatieve informatie in de praktijk, namelijk in het A.Z. Sint-Lucas te Gent. Daarna volgt een bespreking van het onderzoeksopzet en de onderzoeksresultaten op vlak van het postoperatief herstel, meer specifiek in functie van pijn, mobiliteit, tevredenheid en hospitalisatieduur.

In wat volgt, wordt eerst nagegaan wat de inhoud is van de informatie die de patiënt krijgt en op welke manier deze wordt gegeven. Nadien wordt besproken hoe de copingstijl van de patiënt gemeten werd en welke de invloed hiervan is op het postoperatief herstel. Ook wordt nader bekeken wat in het A.Z. Sint-Lucas het gebruikelijke tijdstip is van informatieverstrekking.

Om het effect van de preoperatieve informatie na te gaan op het postoperatief herstel van de patiënt wordt er eerst dieper ingegaan op hoe de pijnervaring van de patiënt postoperatief werd gemeten en of deze beïnvloed werd door het al dan niet mee volgen van de preoperatieve informatiesessie. Hetzelfde werd nagegaan voor de items mobiliteit en tevredenheid. Als laatste wordt de hospitalisatieduur van de patiënt nader bekeken in functie van de preoperatieve informatie die de patiënt al dan niet kreeg.

I. Preoperatieve informatie

Eerst wordt er nagegaan op welke manier de preoperatieve informatie wordt gegeven op de informatiesessie. Nadien volgt een toetsing van de inhoud van deze informatie aan de in de literatuur beschreven noodzakelijke inhoud. Daarna wordt stilgestaan bij de relatie tussen de copingstijl van de patiënt en het postoperatief herstel. Ook het tijdstip van de preoperatieve informatie in de praktijk wordt nader bekeken.

1. Vorm

Tijdens de preoperatieve informatiesessie wordt informatie in verschillende vormen verstrekt. De rode draad door de informatiesessie is de mondelinge informatie van de spreker. De verpleegkundige, de sociaal assistente en de ergotherapeute geven mondelinge informatie aan de patiënt. Deze informatie werd tevens gepubliceerd in twee informatiebrochures die de patiënt nadien ontvangt. Wat gezegd wordt tijdens de informatiesessie is gebaseerd op de geprojecteerde voorstelling. Ter visuele ondersteuning wordt er materiaal rondgegeven. De modellen van heupgewrichten en heupprothesen kunnen door de patiënt bekeken en betast worden. Deze manier van informatieverstrekking lijkt dus zeer goed, aangezien onderzoek aantoont dat een combinatie van verschillende vormen van informatieverstrekking vaak het best is (Van Hecke M. en Vanbellinghen M., 2007).

Hieronder worden deze vier vormen van informatie nader besproken en ontleed.

1.1 Mondelinge informatie aan de hand van audiovisueel materiaal

Deze informatieverstrekking is een vorm van gestructureerde informatieverstrekking. Vooraf wordt vastgelegd welke richtlijnen men gaat volgen bij het informeren van de patiënt. Dit wordt optimaal nagestreefd door de opbouw van de informatiesessie te projecteren vooraan in het lokaal waar de sessie plaatsvindt (zie Bijlage E). Zo kan de patiënt ondertussen ook lezen wat er verteld wordt.

De mondelinge informatie wordt gegeven door de hoofdverpleegkundige of een andere verpleegkundige van de afdeling, de sociaal assistente en de ergotherapeute. Hierbij mag de

invloed van de spreker niet over het hoofd gezien worden. Er is altijd een bepaalde, vaak onbewuste, interactie tussen de patiënt en de spreker. Bijvoorbeeld wanneer de spreker de patiënt herinnert aan een persoon uit zijn of haar leven, de interpretatie die de patiënt geeft aan wat de spreker zegt, de sympathie die de patiënt kan opbrengen voor de spreker... Deze interactie is van invloed op de aandacht en dus ook de kennis van de patiënten.

Door het feit, dat de informatie niet telkens door dezelfde verpleegkundige wordt gegeven, zijn er verschillen in de informatie die gegeven wordt. Beide verpleegkundigen, de hoofdverpleegkundige en de verpleegkundige van de afdeling, kijken regelmatig af van de geprojecteerde slides en geven, naast de standaardinformatie, ook extra informatie. Deze extra informatie is niet tijdens elke informatiesessie dezelfde en is tevens afhankelijk van de vragen die er gesteld worden door de patiënten. Wanneer er veel vragen gesteld worden tijdens een informatiesessie, zal er meer informatie gegeven worden, wat de kennis van de patiënt bepaalt. Ook de kennis van de verpleegkundige zelf is van invloed. Een verpleegkundige die veel weet, kan regelmatig afwijken van de standaardinformatie en kan ook uitgebreider antwoorden op de vragen die de patiënten stellen. In sommige informatiesessies worden meer ervaringen tussen patiënten zelf uitgewisseld dan in de andere informatiesessies. Dit kan de gemoedstoestand van de patiënt beïnvloeden.

Ook de manier van informatie geven tussen beide verpleegkundigen is verschillend. De ene verpleegkundige spreekt bijvoorbeeld de patiënt vaker persoonlijk aan door te verwijzen naar zijn/haar gevoelens en ervaringen (vb. “de pijn die u elke dag voelt”). Van belang is ook of de verpleegkundige de patiënt al dan niet gerust stelt. De ene verpleegkundige benadrukt bijvoorbeeld vaker dat bepaalde complicaties uiterst zeldzaam zijn dan de andere verpleegkundige. Dit kan het angstniveau van de patiënt beïnvloeden. De interacties die onbewust plaats vinden tussen spreker en patiënt bepalen ook de mate van aandacht van de patiënt. Wanneer de patiënt zich aangesproken voelt door de spreker, zal de aandacht van hem/haar groter zijn.

Naast de verpleegkundigen geven ook de sociaal assistente en de ergotherapeute een woordje uitleg. De algemene informatie die de sociaal assistente geeft voor de hele groep is vrij beperkt (zie ‘2. Inhoud’). Nadien krijgen de patiënten de kans om elk afzonderlijk een gesprek te voeren met de sociaal assistente. De patiënten die op dit gesprek ingaan, krijgen uiteraard meer informatie dan de patiënten die dit niet doen.

Over het algemeen geeft de ergotherapeute in elk groepje patiënten op alle informatiesessies ongeveer dezelfde informatie. Zij toont verschillende hulpmiddelen die de patiënten kunnen

aankopen of huren voor na de operatie. Samen met de patiënten doet zij enkele oefeningen om in en uit bed te komen en geeft ze veel praktische tips.

1.2 Schriftelijke informatie aan de hand van brochures

Elke patiënt krijgt na de informatiesessie twee brochures mee naar huis namelijk “Heupprothese” en “Leven met een totale heupprothese” (zie Bijlage F en G). De mondelinge informatie die gegeven wordt op de informatiesessie is hierin terug te vinden.

Uit onderzoek blijkt dat slechts 35 tot 40% van mondelinge informatie onthouden wordt in stressvolle situaties (Franklin B., 1974). Daarom is deze informatiebrochure heel handig om nadien thuis nog eens rustig door te nemen. Op die manier krijgt de patiënt ook de kans om tijdens de informatiesessie zelf aandachtig te luisteren en hoeft hij hierbij niets te noteren. Alle vermelde informatie is terug te vinden in de brochure. Onderzoek toont ook aan, dat een combinatie van mondelinge en geschreven informatie bevorderend is voor het geheugen (Sjöling M. et al., 2003).

1.3 Visuele informatie aan de hand van heupprothesen en anatomische modellen van heupgewrichten

Tijdens de informatiesessie krijgen de patiënten de kans om een anatomisch model van een heupgewricht te bekijken. Deze wordt gebruikt om de theoretische informatie nader te verklaren. Nadien wordt dit model rondgegeven bij de patiënten. Men maakt ook gebruik van heupprothesen om aan te tonen wat er juist geplaatst wordt bij de patiënt en op welke manier dit zal gebeuren. Patiënten krijgen de kans om dit nader te bekijken.

Wanneer de ergotherapeute een woordje uitleg geeft, toont zij verschillende hulpmiddelen die de patiënten kunnen aankopen of ontlenen bij een uitleendienst. Patiënten krijgen o.a. een toiletverhoger, een kousenaantrekker en elastische schoenveters te zien.

2. Inhoud

In dit deel worden de inhoud van de informatiesessie en de inhoud van de informatiebrochures die de patiënten ontvangen getoetst aan de in de literatuur beschreven noodzakelijke items.

2.1 Inhoud van de informatiesessie

De informatiesessie bestaat enerzijds uit de voordracht, gegeven door de verpleegkundigen en de sociaal assistente, en anderzijds uit het praktische gedeelte, gegeven door de ergotherapeute.

Allereerst begint men met een voorstelling van de dienst orthopedie met een beschrijving van de verschillende werkrachten op deze afdeling. Hierbij wordt het onderscheid in functie toegelicht tussen de kinesist en de ergotherapeute, personen die de patiënt tijdens zijn/haar verblijf dagelijks zal ontmoeten. Daarna start men met het deel 'Totale heupprothese', waarbij de volgende vraagstellingen worden geformuleerd en toegelicht:

- Wat is een heupgewricht?

Aan de hand van een videofragment wordt de werking van een heupgewricht uitgelegd. Patiënten krijgen ook een anatomisch model van een dijbeen te zien.

- Wanneer plaatst men een heupprothese?

Hierbij worden 3 verschillende redenen toegelicht voor het plaatsen van een heupprothese. De verpleegkundige verwijst naar het feit dat de oorzaak 'heupfractuur' niet van toepassing is op hen die in de informatiesessie aanwezig zijn. Mogelijke oorzaken voor de patiënten die de informatiesessie volgen zijn avasculaire necrose of coxarthrose.

- Hoe wordt een heupprothese geplaatst?

De verpleegkundige bespreekt heel kort wat de mogelijke vormen van anesthesie kunnen zijn. Ook het verloop van de ingreep zelf wordt nader bekeken.

- Wat zijn eventuele complicaties na een heupprothese?

Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen lichte en ernstige complicaties. De verpleegkundige verklaart de oorzaak van de complicaties en licht de preventieve of curatieve actie toe.

- Hoe bereid ik mij voor op de opname?

Hierbij worden de noodzakelijke preoperatieve onderzoeken besproken. Er wordt uitleg gegeven over de preoperatieve bloedverdunning en ontsmettende wasbeurten.

- Wat neem ik allemaal mee naar het ziekenhuis?

De noodzakelijke voorwerpen die de patiënt moet meebrengen naar het ziekenhuis worden besproken.

- Hoe verloopt het verblijf?

De verschillende stappen van het ziekenhuisverblijf worden overlopen: aanmelding aan de opname, opname op de afdeling, de ingreep, het verblijf op de afdeling en het ontslag.

Bij 'het verblijf op de afdeling' wordt stilgestaan bij de pijnopvolging, het revalidatieschema en de ontslagdoelen op een verblijf van zeven dagen.

Dit deel dat door de verpleegkundige wordt uitgelegd wordt afgesloten met de gelegenheid tot vraagstelling. Dan wordt het woord doorgegeven aan de sociaal assistente.

- Wat is belangrijk bij het ontslag en wat betekent dit voor mijn sociale situatie?

Hierbij haalt de sociaal assistente kort aan wat de mogelijke problemen kunnen zijn in de sociale situatie na de operatie, bv. niet meer in staat zijn om het huishouden te doen tijdens de eerste weken postoperatief of alleenstaande zijn en geen hulp hebben in de eerste weken postoperatief. Hierbij worden mogelijke oplossingen voorgesteld, zoals bv. poetshulp of opname in een revalidatiecentrum. Zij nodigt de patiënt na de informatiesessie uit voor een gesprek en helpt om bepaalde zaken reeds te regelen, bv. aanvraag van poetshulp.

- Hoe leef ik verder met een heupprothese?

Hierna neemt de ergotherapeute het woord over. Zij bespreekt samen met de patiënt de meest voorkomende complicatie, namelijk luxatie van het heupgewricht. Ze geeft tips en advies mee aan de patiënt om dit te voorkomen. De ergotherapeute raadt de patiënt ook aan om zich

enkele hulpmiddelen, die de patiënt zelf noodzakelijk acht, reeds aan te schaffen. Zo moet dat niet meer gebeuren als de operatie reeds is uitgevoerd en de patiënt minder mobiel is.

In Tabel 3 volgt een vergelijking van wat er tijdens de informatiesessie te A.Z. Sint-Lucas besproken wordt met de noodzakelijk te bespreken items volgens de studie van Garretson S. (2004).

	Studie Garretson S. (2004)	A.Z. Sint- Lucas
Inleiding	<ul style="list-style-type: none"> ○ Type chirurgie ○ Duur van de operatie ○ Hospitalisatieduur 	Al deze items worden besproken
Ochtend van de ingreep	<ul style="list-style-type: none"> ○ Voorbereiding ○ Premedicatie ○ Preoperatieve orders nagaan ○ Transfer naar de operatiezaal 	Al deze items worden besproken
In afwachting	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ontmoeting met de verpleegkundige van het operatiekwartier ○ Preoperatieve orders nagaan ○ Even wachten 	Hierover wordt niets vermeld
Anesthesiekamer	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anesthesist ontmoeten ○ Aanwezigheid van de verpleegkundige ○ Routine procedures ○ Type van anesthesie 	Hierbij wordt enkel besproken dat er een keuzemogelijkheid is tussen lokale en algemene anesthesie
Recovery	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wakker worden ○ De gebruikelijke observaties ○ Pijnstilling en comfort ○ Transfer naar afdeling 	Hierbij wordt enkel de transfer naar de afdeling besproken
Op de afdeling	<ul style="list-style-type: none"> ○ Comfort en veiligheid ○ De gebruikelijke observaties 	Dit wordt allemaal heel uitgebreid besproken

Tabel 3. Overzicht van de vergelijking van de inhoud van de preoperatieve informatiesessie te A.Z. Sint-Lucas met de studie van Garretson S. (2004)

Uit bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat patiënten tijdens de informatiesessie het grootste deel van de in de literatuur beschreven informatie ontvangen.

2.2 Inhoud van de brochure

Zoals reeds vermeld krijgen de patiënten twee informatiebrochures mee naar huis namelijk “Heupprothese” en “Leven met een totale heupprothese”. Deze laatste is een uitwerking van aandachtspunten en tips waarbij in beeld wordt gebracht hoe men bewegingen kan uitvoeren op een veilige manier zonder luxatiegevaar. De brochure “Heupprothese” geeft een overzicht van het totale proces op zich, gaande van het ontstaan van de klachten tot en met het ontslag uit het ziekenhuis na het plaatsen van de heupprothese. In Tabel 4 wordt een overzicht weergegeven van de onderwerpen die al of niet besproken worden in deze folders, getoetst aan de noodzakelijk geachte items volgens de studie van Testaankoop (Van Hecke M. en Vanbellinghen M., 2007).

Testaankoop	Patiëntenfolder “Heupprothese”	Patiëntenfolder “Leven met een totale heupprothese”
Anatomie van de heup	Aanwezig	N.v.t.
Oorzaken van de klachten	Aanwezig	N.v.t.
Preoperatieve onderzoeken	Aanwezig	N.v.t.
Verdoving	Aanwezig	N.v.t.
Beschrijving operatie	Aanwezig	N.v.t.
Type prothese	Aanwezig	N.v.t.
Normale nevenwerkingen	Aanwezig	N.v.t.
Complicaties: welke	Aanwezig	N.v.t.
Complicaties: kans	Aanwezig	N.v.t.
Complicaties: gevolgen	Deels aanwezig	N.v.t.
Kans op succes	Niet aanwezig	N.v.t.
Duur prothese	Niet aanwezig	N.v.t.
Revalidatie: duur	Aanwezig	Aanwezig
Revalidatie: resultaat	Aanwezig	Aanwezig
Alternatieven	Niet aanwezig	N.v.t.
In geval van weigering	Niet aanwezig	N.v.t.

N.v.t. = Niet van toepassing

Tabel 4. Overzicht van de onderwerpen in de folders van A.Z. Sint-Lucas, getoetst aan de noodzakelijk geachte items volgens de studie van Testaankoop (2007).

In de brochure “Heupprothese” worden de gevolgen van de complicaties enkel uitgewerkt bij de complicatie diep veneuze trombose. Bij de andere ernstige complicaties (luxatie, infectie en zenuwletsel) worden de gevolgen niet vermeld.

In deze brochure wordt ook kort vermeld wat de doelstellingen zijn m.b.t. de revalidatie. Een verdere uitgebreide bespreking van de revalidatie is terug te vinden in de folder “Leven met een totale heupprothese”. Hierin worden de volgende items uitgebreid besproken:

- Algemene principes
- Houdingen
- Verplaatsingen
- In en uit bed
- In en uit de zetel
- Persoonlijke verzorging
- Huis, tuin en sport
- Seksuele activiteit met een heupprothese

Het item ‘seksuele activiteiten’ wordt bewust niet op de informatiesessie vermeld omdat men uit ervaring leert, dat dit gênant is voor de patiënt. De patiënt kan dit thuis in alle rust in de brochure doornemen.

3. Copingstijl

Om de copingstijl van de patiënt na te gaan werd er gebruik gemaakt van een vereenvoudigde versie van de TMSI (zie Bijlage H).

TMSI bestaat uit 4 beschrijvingen van bedreigende medische situaties. Per beschrijving volgen er 6 uitspraken, waarvan er 3 overeenkomen met monitoring en 3 met blunting. De volgorde van de uitspraken is willekeurig. De persoon dient op een vijfpuntschaal aan te geven in welke mate de items op hem of haar van toepassing zijn (1 = helemaal niet op mij van toepassing; 5 = zeer op mij van toepassing). Men gaat de items optellen en zo krijgt men de totale monitoring- en bluntingscores. De totaalscores kunnen variëren tussen 12 en 60, zowel voor monitoring als voor blunting (Van Zuuren F.J. et al., 1996).

Gezien de gemiddelde leeftijd van de steekproef 71,75 jaar bedroeg, zouden deze patiënten niet in staat zijn geweest om met de complexiteit van de TMSI om te gaan. Daarom werd in deze studie gewerkt met een vereenvoudigde versie van de TMSI die enkel de 6 uitspraken bevat, zonder een bijpassende vijfpuntenschaal. De patiënten dienden enkel aan te duiden welke van de 6 uitspraken het best van toepassing was op hun persoonlijkheid. Zo kwam men

aan een totaal van 4 uitspraken per patiënt, waarvan werd nagegaan of deze overeenkwamen met monitoring of met blunting.

Wie in dit onderzoek 3 van de 4 of alle 4 de vragen beantwoorde met een monitoritem werd als monitor beschouwd en het omgekeerde geldt voor de blunter-copingstijl. Wanneer een patiënt zowel 2 maal een monitoritem en 2 maal een blunteritem scoorde werd hij of zij als ‘neutraal’ beschouwd in dit onderzoek.

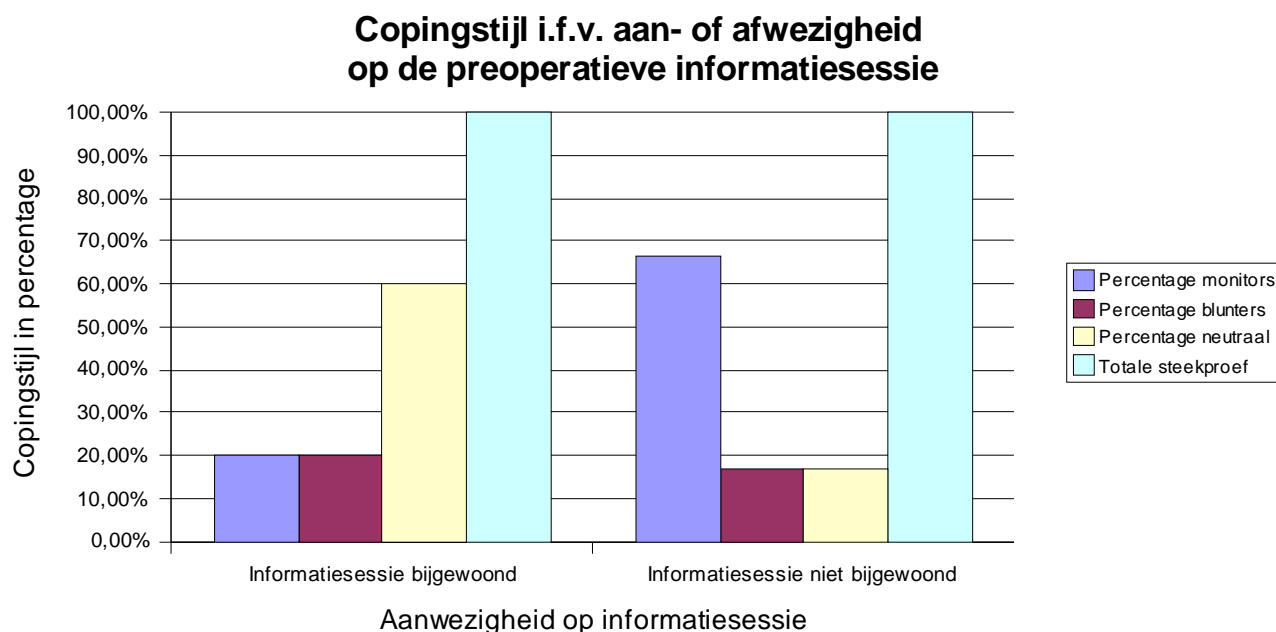
Van het totaal aantal patiënten (n=16) waren er 3 blunTERS, 6 monitors en 7 neutrale personen. Dit komt neer op 18,75% blunTERS, 37,5% monitors en 43,75% neutrale patiënten. Op de informatiesessies waren 2 blunTERS, 2 monitors en 6 neutrale personen aanwezig, wat een totaal geeft van 10 patiënten in de informatiesessies. De groep van 6 patiënten die niet naar de preoperatieve informatiesessies gingen bestond uit 1 blunter, 4 monitors en 1 neutrale persoon. Deze resultaten zijn terug te vinden in Tabel 5 en Tabel 6. Figuur 2 geeft een grafische voorstelling weer van de copingstijl van de patiënten in functie van de aan- of afwezigheid op de preoperatieve informatiesessie.

	Aantal	Percentage
Totaal blunTERS	3	18,75
Totaal monitors	6	37,5
Totaal neutraal	7	43,75
Totaal patiënten	16	100

Tabel 5. Aantal en percentage patiënten volgens hun copingstijl

	Percentage monitors	Percentage blunTERS	Percentage neutraal	Totale steekproef
Informatiesessie bijgewoond	20,00%	20,00%	60,00%	100,00%
Informatiesessie niet bijgewoond	66,67%	16,67%	16,67%	100,00%

Tabel 6. Copingstijl van de patiënten in functie van hun aan- of afwezigheid op de preoperatieve informatiesessie



Figuur 2. Grafische weergave van de copingstijl van de patiënten in functie van de aan- of afwezigheid op de preoperatieve informatiesessie.

In de literatuur wordt beschreven dat monitors een hoge nood hebben aan informatie, terwijl blunTERS weinig nood hebben aan informatie (Miller S.M. & Mangan C.E., 1983; Miller S.M., 1980, 1987, 1988, 1989, 1993, 1995; Miller S.M. et al., 1996; Martelli M.F. et al., 1987; Watkins L.O. et al., 1986; Johnson J.E., 1996). Ondanks deze gegevens blijkt uit dit onderzoek dat er evenveel monitors als blunTERS aanwezig waren op de preoperatieve informatiesessie. Het aantal patiënten dat niet naar de informatiesessie ging met een monitorcopingstijl lag zelfs hoger dan het aantal patiënten met een blunTERcopingstijl. Uit dit kleinschalig onderzoek kan dus niet besloten worden dat monitors een hogere nood hebben aan preoperatieve informatie dan blunTERS.

Een bedenking bij deze gegevens is het feit dat de oudere patiënten het vaak heel moeilijk hadden om de vereenvoudigde TMSI in te vullen. Ondanks de toelichting van de schaal, begrepen verschillende patiënten het opzet van de schaal niet volledig. Dit kan van invloed geweest zijn op de resultaten.

4. Tijdstip van de informatiesessie

Men streeft ernaar om de patiënt de informatiesessie te laten volgen die zo dicht mogelijk aansluit bij de datum van operatie. In dit onderzoek bedroeg de gemiddelde tijdspanne tussen de informatiesessie en de operatie 8,8 dagen (gaande van 1 dag tot 22 dagen).

Externe factoren kunnen hierbij een rol spelen. Wanneer bijvoorbeeld de patiënt de informatiesessie die het dichtst aansluit bij de operatie niet kan bijwonen, is het beter om de informatiesessie te volgen die vroeger valt dan helemaal geen informatiesessie te volgen. In de literatuur staat namelijk beschreven, dat elke soort van informatie beter is dan geen informatie (Garretson S., 2004).

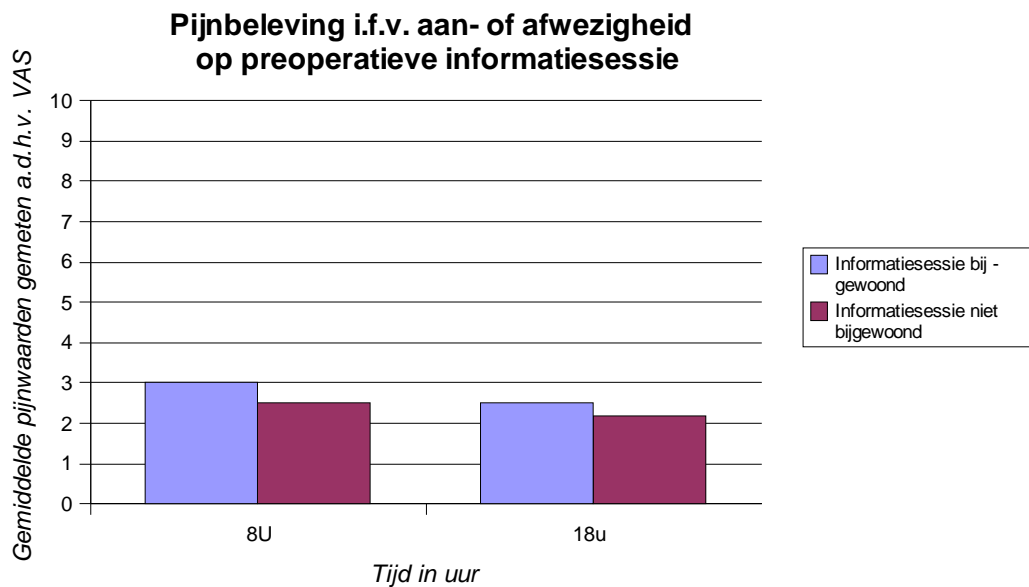
II. Postoperatief herstel

1. Pijn

Om de postoperatieve pijn na te gaan bij patiënten met een totale heupprothese werd gebruikt gemaakt van de VAS.

Op de afdeling orthopedie in A.Z. Sint-Lucas wordt postoperatief na het plaatsen van een totale heupprothese standaard een pijnbehandeling opgestart. Afhankelijk van het pijnniveau van de patiënt wordt ervoor gekozen 3 maal of 4 maal per dag een pijnstiller toe te dienen. Bij 3 maal per dag is dit om 8 uur, 14 uur en 20 uur. Bij een pijnbehandeling van 4 maal per dag wordt om 6 uur, 12 uur, 18 uur en 22 uur een pijnstiller toegediend. Om een minimale invloed van deze pijnstilling te hebben op de pijnmeting werd in dit onderzoek om 8 uur en om 18 uur (vóór het toedienen van de pijnstiller) de patiënt zijn/haar pijn bevraagd. Om de invloed van de narcose op het pijnniveau van de patiënt uit te sluiten werd dit de tweede dag postoperatief bevraagd in plaats van de eerste dag postoperatief.

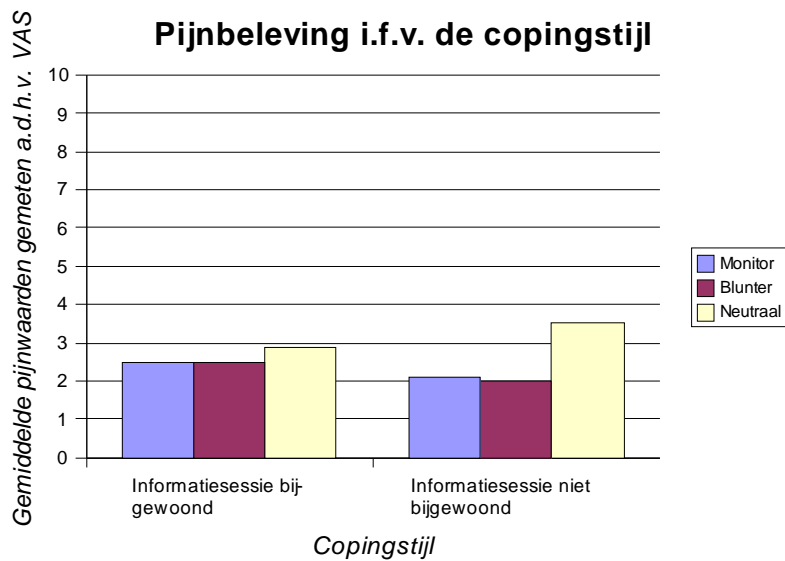
Uit de gegevens blijkt dat de gemiddelde pijnscore die gemeten werd aan de hand van de VAS de tweede dag postoperatief, bij de patiënten die naar de informatiesessie zijn geweest om 8 uur 3 op 10 bedroeg en om 18 uur 2,5 op 10. Bij de patiënten die niet naar de informatiesessie zijn geweest bedroeg de gemiddelde pijnwaarde de tweede dag postoperatief om 8 uur 2,5 op 10 en om 18 uur 2,17 op 10. Hieruit kan men besluiten dat de gemiddelde pijnscores van de patiënten die de informatiesessie bijwoonden hoger liggen dan bij de patiënten die de informatiesessie niet hebben bijgewoond. Dit geldt zowel voor de waarden van om 8 uur als voor de waarden van om 18 uur. Deze resultaten zijn terug te vinden in Figuur 3.



Figuur 3. Grafische voorstelling van de pijnbeleving in functie van de aan- of afwezigheid op de preoperatieve informatiesessie.

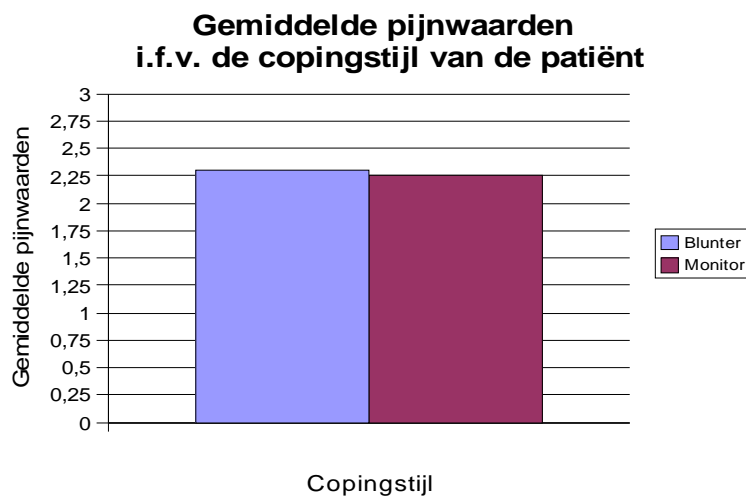
Uit de literatuur is er echter geen eenduidig besluit te trekken wat betreft het effect van preoperatieve informatie op postoperatieve pijn. Sommige studies konden een positief effect aantonen (bv. Lin L.-Y. et al., 2005; Sjöling M. et al., 2003; Egbert D.L. et al., 1964; Devine E.C. & Cook T.D., 1983). Er zijn echter ook studies, die geen bewijs konden vinden voor het positief effect van preoperatieve patiënteninformatie op de ervaren postoperatieve pijn (bv. Schwartz B.D. et al., 1994; Devine E.C. et al., 1999; McDonald S. et al., 2007). De resultaten van dit onderzoek konden dit positieve resultaat echter ook niet bevestigen.

Wanneer men spreekt over pijnvervang mag men niet voorbijgaan aan de reeds besproken termen monitoring en blunting. Volgens de literatuur zijn monitors gebaat met veel informatie en blunters met weinig informatie (Miller S.M. & Mangan C.E., 1983; Miller S.M., 1980, 1987, 1988, 1989, 1993, 1995; Miller S.M. et al., 1996; Martelli M.F. et al., 1987; Watkins L.O. et al., 1986; Johnson J.E., 1996). Uit dit onderzoek bleek echter dat monitors, die niet naar de informatiesessie zijn geweest gemiddeld minder pijn (2,1 op 10) hadden dan diegene die wel naar de informatiesessie zijn geweest (2,5 op 10). Dit in tegenstelling tot de in de literatuur beschreven gegevens. De gemiddelde pijnwaarden van de blunters die naar de informatiesessie zijn geweest liggen hoger (2,5 op 10) dan van de blunters die niet naar de informatiesessie zijn geweest (2 op 10). Dit sluit dan weer wel aan bij de bevindingen van in de literatuur. Deze resultaten zijn terug te vinden in Figuur 4.



Figuur 4. Grafische voorstelling van de pijnbeleving in functie van de copingstijl van de patiënt.

Men stelt echter dat blunters over het algemeen minder fysiologische en gedragsmatige distress en opwinding vertonen dan monitors. Dit uit zich bij monitors in grotere disfunctie, een trager herstel en grotere nevenwerkingen van de behandeling (Van Zuuren F.J. et al., 1999). Wanneer je in dit onderzoek kijkt naar de pijnwaarden van de patiënten per copingstijl, ongeacht het feit of ze naar de informatiesessie zijn geweest of niet, bedraagt deze voor blunters 2,3 op 10 en voor monitors 2,25 op 10. Deze bevindingen stroken niet met de literatuur: monitors hebben over het algemeen meer nevenwerkingen van de behandeling (zijnde in deze situatie pijn) dan blunters. Deze resultaten zijn terug te vinden in Figuur 5.



Figuur 5. Gemiddelde pijnwaarden in functie van de copingstijl van de patiënt.

Op de preoperatieve informatiesessie worden de patiënten gestimuleerd om bij hoge pijnvaring extra pijnstilling te vragen. Men benadrukt daarbij het belang van een pijnvrij herstel. Van alle 10 de patiënten die de preoperatieve informatiesessie bijwoonden, vroeg 1 patiënt extra pijnstilling. Van de 6 patiënten die deze informatiesessie niet bijwoonden, vroeg ook 1 patiënt extra pijnstilling, bovenop zijn/haar standaard analgeticatoediening. Van alle 16 patiënten kregen 13 patiënten standaard 1 soort analgeticum per dag. Drie patiënten kregen standaard 2 soorten analgetica per dag. Van deze 3 patiënten waren er 2 patiënten die de preoperatieve informatiesessie hebben bijgewoond. Dit kan de resultaten mogelijk beïnvloed hebben.

Men dient bij deze resultaten stil te staan bij het feit dat dit louter om subjectieve belevingen gaat van de patiënt. Pijnbeleving blijft een gevoel dat niet objectief kan gemeten worden. Ondanks het feit dat er gemeten werd met een gestandaardiseerde pijnschaal is de invloed van de verpleegkundige op de resultaten niet te verwaarlozen. Het was in dit onderzoek niet mogelijk om de pijnwaarden telkens door dezelfde verpleegkundige te laten meten, waardoor dit een invloed kan hebben gehad op de resultaten.

Men dient bij deze resultaten rekening te houden met het feit dat de postoperatieve mobilisatie van invloed kan zijn op het pijnniveau van de patiënt. De tweede dag postoperatief dient de patiënt zowel met de ergotherapeute als met de kinesitherapeut oefeningen te doen. Ook het feit dat sommige patiënten al bijvoorbeeld 's morgens naar toilet waren geweest, al gewassen waren... vóór de pijnmeting kan van invloed geweest zijn op de resultaten.

Reeds bestaande preoperatieve pathologieën kunnen de postoperatieve pijnbeleving van de patiënt beïnvloeden. Arthrose vormt vaak de hoofdreden voor het plaatsen van een totale heupprothese, wat gepaard gaat met vele gewrichtspijnen. Bij de bevraging van de postoperatieve pijn kan men niet uitsluiten, dat de patiënt enkel zijn/haar pijn scoorde die gerelateerd was aan de operatie zelf.

2. Mobiliteit

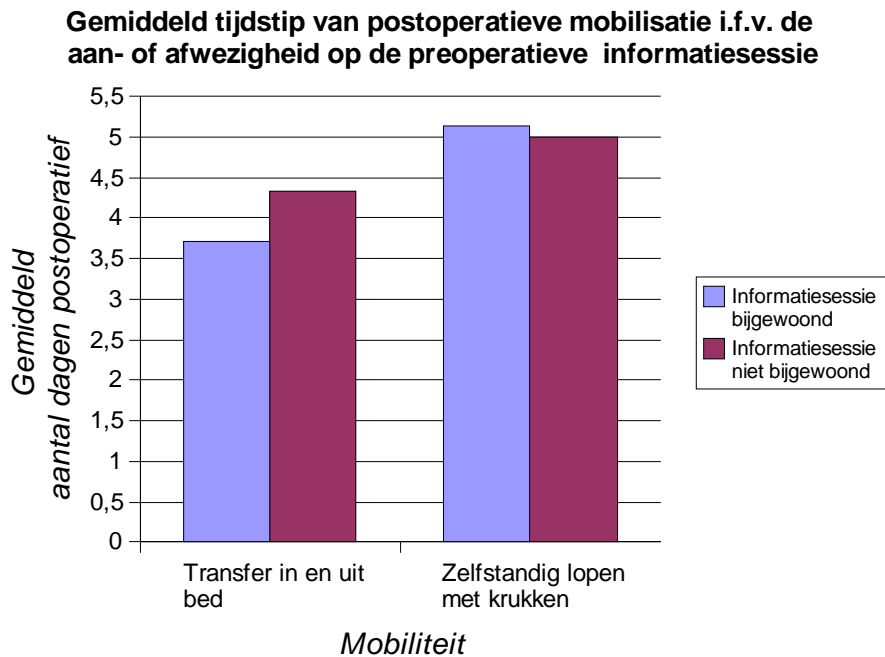
Om het effect van de preoperatieve informatie op het postoperatief herstel na te gaan, werd voor het item mobiliteit gekeken naar de dag waarop de patiënt de transfer in en uit bed kon uitvoeren en de dag waarop de patiënt zelfstandig met krukken kon lopen.

Volgens het klinisch pad zou een patiënt in staat moeten zijn om voornoemde activiteiten respectievelijk op de derde en de vijfde dag postoperatief uit te voeren. Deze waarden (dag 3

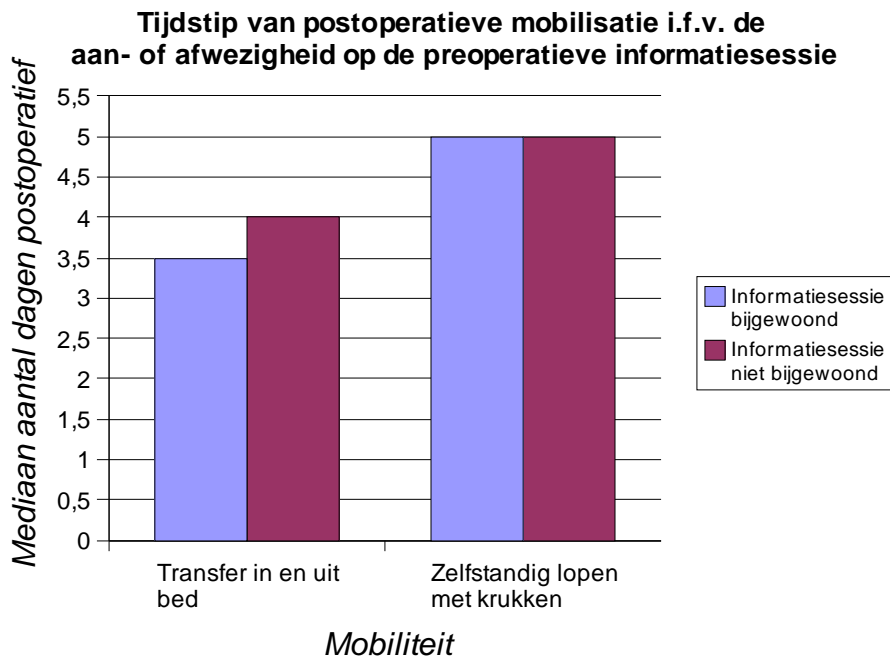
en dag 5) worden in het onderzoek dan ook als referentiepunt gebruikt voor de postoperatieve mobilisatie van de patiënt.

Uit dit onderzoek blijkt, dat de transfer in en uit bed bij de patiënten die de informatiesessie hebben bijgewoond, gemiddeld valt op dag 3,7. De patiënten die de informatiesessie niet hebben bijgewoond deden dit gemiddeld op dag 4,33. Wanneer men kijkt naar de mediaan bedraagt deze voor de patiënten die de informatiesessie bijwoonden op dag 3,5 en voor de patiënten die deze niet bijwoonden op dag 4. Wat betreft de postoperatieve transfer in en uit bed kan men dus besluiten dat de preoperatieve informatie van positieve invloed was, zowel voor de gemiddelde waarden als voor de mediaanwaarden.

Het zelfstandig gebruik van krukken gebeurde in de groep patiënten die naar de informatiesessie is geweest gemiddeld op dag 5,13. Dit staat tegenover dag 5 bij de groep patiënten die de preoperatieve informatiesessie niet heeft bijgewoond. De gemiddelde waarde van de patiënten die de informatiesessie bijwoonden geldt slechts voor 8 van de 10 patiënten. Twee van deze patiënten waren niet in staat om met krukken te lopen voordat ze het ziekenhuis verlieten. Daarom werden zij dus ook niet in de berekening van de gemiddelde waarde opgenomen. De mediaanwaarde voor het zelfstandig gebruik van krukken ligt zowel in de groep die de informatiesessie bijwoonde als in de groep die deze niet bijwoonde op dag 5. In dit onderzoek kon er geen grote invloed aangetoond worden van preoperatieve informatie op het tijdstip waarop een patiënt postoperatief zelfstandig met krukken kon lopen. Er is slechts een klein verschil tussen de gemiddelde waarden aan te tonen tussen beide groepen. Deze resultaten zijn terug te vinden in Figuur 6 en Figuur 7.



Figuur 6. Grafische voorstelling van het gemiddelde tijdstip van postoperatieve mobilisatie in functie van de aan- of afwezigheid op de preoperatieve informatiesessie.



Figuur 7. Grafische voorstelling van de mediaanwaarde van het tijdstip van postoperatieve mobilisatie in functie van de aan- of afwezigheid op de preoperatieve informatiesessie.

Ondanks deze resultaten ervaren die kinesitherapeut en de ergotherapeute dit anders. De ergotherapeute benadrukt dat zij op psychisch vlak ervaart dat de patiënten minder angstig zijn doordat zij het gevoel hebben te weten wat hen te wachten staat. Ook het feit dat zij reeds verschillende materialen preoperatief kunnen aanschaffen, is volgens haar van invloed op het angstniveau van de patiënten. De ergotherapeute ervaart ook dat patiënten gerust gesteld zijn wanneer ze een bekend gezicht ontmoeten. De patiënten maken namelijk al kennis met haar op de informatiesessie. Zij ervaart dat de patiënten haar meer vertrouwen, waardoor ze meer oefeningen durven uitvoeren en deze sneller onder de knie hebben. Zo staat het psychische aspect in relatie met het fysieke aspect: meer vertrouwen zorgt voor snellere mobilisatie.

De kinesitherapeut ervaart een geïnformeerde patiënt als een meer rustige patiënt. De kinesitherapeut geeft aan dat er veel minder problemen zijn wat betreft het ontslag uit het ziekenhuis. Aangezien de datum van ontslag al min of meer vastligt op voorhand (mits een kleine aanpassing aan de toestand van de patiënt) ontstaan er volgens hem hier geen problemen rond. Patiënten zijn voorbereid en het ontslag komt niet over als een bedreiging.

Een mogelijke verklaring van de in dit onderzoek aangetoonde positieve invloed van de preoperatieve informatie op de postoperatieve mobiliteit (voornamelijk wat betreft de transfer in en uit bed) is terug te vinden in de literatuur. De bevindingen van Hanucharunkui S. & Vinya-nguag P. (1991), die gebaseerd zijn op de theorie van Bandura (1977) met betrekking tot zelfeffectiviteit, bevestigden dat zelfeffectiviteit inbouwen in preoperatieve vorming ervoor kan zorgen dat de uitvoering van de verwachte postoperatieve activiteiten vergemakkelijkt. Zelfeffectiviteit integreren in preoperatieve vorming is volgens hen mogelijk door in het preoperatief programma de volgende items op te nemen: patiënten preoperatief zelfzorginstructies m.b.t. mobiliteit geven, preoperatief doelen opstellen voor de patiënten en de mogelijke postoperatieve resultaten bekrachtigen in een ondersteunend milieu. Deze items worden geassocieerd met onder andere minder postoperatieve complicaties en minder pijn bij het uitvoeren van de postoperatieve oefeningen (dus ook vlotter uitvoeren van de postoperatieve oefeningen) (McDonald S. et al., 2007; Heyne M.L. et al., 2002). In de preoperatieve informatiesessie van het A.Z. Sint-Lucas worden wel degelijk instructies gegeven aan de patiënten m.b.t. postoperatieve mobiliteit (vb. wanneer de patiënt gaat neerzitten moet hij/zij altijd het geopereerde been naar voren brengen). Ook worden preoperatief doelen opgesteld (vb. het streefdoel om de transfer in en uit bed vlot te kunnen uitvoeren is de derde dag postoperatief) en de postoperatieve resultaten worden bekrachtigd in

een ondersteunend milieu (vb. elke patiënt wordt individueel benaderd en aangemoedigd door de ergotherapeut, kinesitherapeut en de verpleegkundigen).

Van alle 10 de patiënten die de preoperatieve informatiesessie hebben bijgewoond, had er geen enkele patiënt een postoperatieve complicatie. Dit kan mogelijk verklaard worden door het feit dat in de preoperatieve informatiesessie verschillende keren het risico op luxatie wordt aangehaald. De patiënten leren aan wat ze moeten doen om luxatie te voorkomen en welke bewegingen moeten vermeden worden. De patiënten die de preoperatieve informatiesessie niet bijwonen, krijgen deze instructies echter ook, van de kinesitherapeut en de ergotherapeute na de operatie. Van alle 6 de patiënten die niet naar de informatiesessie gingen, was er slechts 1 patiënte met een postoperatieve complicatie. Er was een barst in de heupprothese. Dit stond echter niet in relatie met het al dan niet opvolgen van postoperatieve instructies.

Aansluitende bevindingen uit de literatuur zijn deze van Heyne M.L. et al. (2002). Uit deze studie bleek onder andere, dat de preoperatieve verwachtingen van een patiënt in verband met het uitvoeren van postoperatieve activiteiten gecorreleerd zijn met het effectief uitvoeren van de activiteiten in de eerste twee dagen postoperatief. Tijdens de informatiesessie van het A.Z. Sint-Lucas krijgen de patiënten een overzicht te zien van de vooropgestelde doelen die haalbaar zijn bevonden in de praktijk met betrekking tot postoperatieve mobiliteit (zie Bijlage I). Wanneer men ervoor zorgt dat de patiënt tijdens deze informatiesessie verwachtingen voor zichzelf creëert, kan dit van invloed zijn op het effectief uitvoeren van de postoperatieve oefeningen. Bijvoorbeeld: in het schema van het A.Z. Sint-Lucas is opgenomen, dat de gemiddelde patiënt na het plaatsen van een totale heupprothese de tweede dag postoperatief de eerste maal met een looprek stapt. De patiënt zal dit zien als een doelstelling voor zichzelf en ernaar streven om deze doelstelling ook effectief te behalen. Een patiënt die niet naar de informatiesessie is geweest heeft dit schema nooit gezien, tenzij hij/zij de informatiebrochure volledig heeft doorgenomen. Deze patiënte weet dus ook niet waar de verwachtingen voor hem of haar liggen, waardoor hij of zij zal handelen naargelang zijn of haar pijngrens. Een patiënt die de informatiesessie heeft bijgewoond kan mogelijk, ondanks de pijn, oefeningen uitvoeren omdat het van hem/haar verwacht wordt.

Men moet deze resultaten echter met voorzichtigheid behandelen aangezien de postoperatieve mobiliteit zeer sterk beïnvloed wordt door de preoperatieve beperkingen van de patiënt. Bij een patiënt die preoperatief weinig mobiel was, kan men postoperatief geen hoge mobiliteit verwachten. Twee van de 10 patiënten die de preoperatieve informatiesessie bijwoonden werden weinig mobiel in het ziekenhuis opgenomen. Ondanks het feit dat zij bij hun ontslag

nog steeds niet met krukken konden lopen, was het toch een grote prestatie van de verpleegkundigen, de arts, de ergotherapeute en de kinesitherapeut om deze patiënten optimaal te mobiliseren. Binnen hun beperkingen hebben deze patiënten grote vooruitgang geboekt. Dit is nog steeds prioritair op het al dan niet kunnen lopen met krukken.

3. Tevredenheid

Om de postoperatieve patiënttevredenheid na te gaan werd bij de patiënten de dag van ontslag een tevredenheidsvragenlijst afgenomen (zie Bijlage J).

Deze vragenlijst werd opgebouwd aan de hand van de studie van Van Vliet M. J. et al. (2004) en de “Vragenlijst Tevredenheid met informatie” van Grypdonck (1996). Ook de gegevens van de studie van Testaankoop (Van Hecke M. en Vanbellinghen M., 2007) m.b.t. belangrijke te bespreken onderwerpen in een informatiebrochure en van de studie van Garretson S. (2004) m.b.t. essentiële items voor een goede preoperatieve informatiesessie werden in de vragenlijst verwerkt.

Hieronder volgt eerst een bespreking van de resultaten van het eerste deel van de tevredenheidsenquête. De patiënt moest hierbij antwoorden met ‘ontevreden’, ‘matig tevreden’, ‘redelijk tevreden’, ‘duidelijk tevreden’ of ‘zeer tevreden’. Deze vragen bevatten tevredenheidsitems die sterk gelijk lopen met deze beschreven in Testaankoop (Van Hecke M. en Vanbellinghen M., 2007). Per tevredenheidsitem wordt er dieper ingegaan op de resultaten. Daarna volgt een bespreking van de resultaten van de overige vragen van de tevredenheidsenquête. Eerst en vooral wordt er dieper ingegaan op de vraag of de patiënten alle gegeven informatie goed begrepen hebben. Daarna worden de resultaten besproken van de vragen of de patiënt zich een goed beeld kon vormen van wat hem/haar te wachten stond en of de dingen verliepen zoals gepland. Hierop volgt een bespreking van de resultaten van de vraag of de patiënten de gegeven informatie zinvol vonden. Daarna wordt er een overzicht weergegeven van de personen waarvan de patiënt vond dat hij/zij de meest nuttige informatie heeft gekregen. Tenslotte volgt de vraag of de patiënten vonden dat er te veel of te weinig informatie werd gegeven. Deze resultaten worden bekeken in functie van de copingstijl van de patiënt. Er wordt afgesloten met een bespreking van de antwoorden die de patiënten gaven op een open vraag, zijnde wat de patiënt over het algemeen vond van zijn/haar verblijf in het

ziekenhuis en van de opvang en de informatieverstrekking door het personeel. Deze resultaten worden tevens ook getoetst aan de in de literatuur beschreven gegevens.

De resultaten van de vragen waarop de patiënt moest antwoorden met 'ontevreden', 'matig tevreden', 'redelijk tevreden', 'duidelijk tevreden' of 'zeer tevreden' worden hieronder beschreven per tevredenheidsitem. Deze resultaten werden niet in percentage uitgedrukt, gezien het beperkt aantal patiënten die in het onderzoek werden opgenomen. Om een vergelijking van de resultaten mogelijk te maken, werden de niet-numerieke waarden gescoord op een vijfpuntenschaal. Deze schaal gaat van 1 t.e.m. 5 waarbij 1 overeen komt met 'ontevreden', 2 met 'matig tevreden', 3 met 'redelijk tevreden', 4 met 'duidelijk tevreden' en 5 met 'zeer tevreden. Deze laat toe om de resultaten om te zetten in numerieke waarden, waarbij vergelijking mogelijk wordt.

A. De volledigheid van de informatie die gegeven werd voor de operatie.

Negen van de 10 patiënten die de informatiesessie bijwoonden, gaven hier aan dat zij 'zeer tevreden' waren. Eén patiënt was 'duidelijk tevreden'. Van de patiënten die niet naar de informatiesessie gingen gaven 2 van de 6 patiënten aan 'zeer tevreden' te zijn. Twee andere patiënten waren 'duidelijk tevreden', de andere 2 patiënten gaven aan 'matig tevreden' en 'ontevreden' te zijn m.b.t. deze item. Wanneer men deze waarden uitdrukt op een vijfpuntenschaal, bedragen deze waarden voor beide groepen respectievelijk 4,9 (duidelijk tot zeer tevreden) en 3,5 (redelijk tot duidelijk tevreden).

B. De informatie die de patiënt kreeg over de noodzakelijkheid van de operatie.

Zes van de 10 patiënten die de informatiesessie bijwoonden waren 'zeer tevreden' m.b.t. dit item, 3 patiënten waren 'duidelijk tevreden' en 1 patiënt gaf aan 'ontevreden' te zijn. Dit komt overeen met een gemiddelde van 4,3 op een vijfpuntenschaal (duidelijk tot zeer tevreden). Van de 6 patiënten die niet naar de preoperatieve informatiesessie gingen gaf 1 patiënt aan 'zeer tevreden' te zijn, 4 patiënten waren 'duidelijk tevreden' en 1 patiënt was 'matig tevreden'. Dit geeft een gemiddelde waarde van 3,8 op een vijfpuntenschaal (redelijk tot duidelijk tevreden).

C. De informatie die de patiënt kreeg over de onderzoeken die hij/zij moest ondergaan vóór de operatie.

Van de patiënten die de informatiesessie bijwoonden, gaven 7 patiënten aan dat ze ‘zeer tevreden’ waren en 3 patiënten dat ze ‘duidelijk tevreden’ waren wat betreft de informatie die zij kregen over de noodzakelijk uit te voeren preoperatieve onderzoeken. Dit geeft een gemiddelde van 4,7 op een vijfpuntenschaal (duidelijk tot zeer tevreden). Het gemiddelde voor de patiënten die niet naar de informatiesessie gingen bedraagt 3 op 5 (redelijk tot duidelijk tevreden). Dit komt overeen met 3 van de 6 patiënten die ‘duidelijk tevreden’ waren, 1 patiënt die ‘redelijk tevreden’ was, 1 patiënt die ‘matig tevreden’ was en 1 patiënt die ‘ontevreden’ was.

D. De informatie die de patiënt kreeg over de verdoving tijdens de operatie.

Vier van de 10 patiënten gaven aan ‘zeer tevreden’ en 4 andere patiënten gaven aan ‘duidelijk tevreden’ te zijn wat betreft de informatie die gegeven werd tijdens de sessie over de anesthesie tijdens de operatie. Twee patiënten waren slechts ‘matig tevreden’. Dit geeft een gemiddelde van 4 op 5 (duidelijk tot zeer tevreden). Het gemiddelde voor de groep patiënten die niet naar de informatiesessie ging bedraagt 2,8 op 5 (matig tot redelijk tevreden). De mate van tevredenheid varieerde van ‘zeer tevreden’ tot ‘ontevreden’, met 2 patiënten die ‘matig tevreden’ waren.

E. De informatie die de patiënt kreeg in verband met de soort prothese die bij hem/haar zou geplaatst worden.

Zes van de 10 patiënten die de informatiesessie bijwoonden waren ‘zeer tevreden’ met de informatie over de soorten prothesen. Twee patiënten gaven aan ‘duidelijk tevreden’ te zijn en 2 andere patiënten waren ‘redelijk tevreden’. Dit geeft een gemiddelde van 4,4 op een vijfpuntenschaal (duidelijk tot zeer tevreden). Voor de patiënten die niet naar de informatiesessie zijn geweest geldt dat 2 patiënten ‘zeer tevreden’ waren, 2 andere patiënten ‘duidelijk tevreden’ en nog 2 andere patiënten ‘ontevreden’. Dit geeft een gemiddelde waarde van 3,3 op 5 (redelijk tot duidelijk tevreden).

F. De informatie die de patiënt kreeg over het verloop van de operatie zelf.

Op 1 patiënt na waren de patiënten die naar de informatiesessie zijn geweest allen ‘zeer tevreden’ over de informatie m.b.t. dit item. Eén patiënt gaf aan ‘duidelijk tevreden’ te zijn, wat een totaal geeft van 4,9 op 5 (duidelijk tot zeer tevreden). Van de patiëntengroep die de

informatiesessie niet bijwoonden waren 2 patiënten ‘zeer tevreden’, 1 patiënt ‘duidelijk tevreden’, 1 patiënt ‘redelijk tevreden’ en 2 patiënten ‘ontevreden’. Dit geeft een gemiddelde waarde van 3,2 op een vijfpuntenschaal (redelijk tot duidelijk tevreden).

G. De informatie die de patiënt kreeg over de mogelijke complicaties van de operatie.

Zes van de 10 patiënten waren ‘zeer tevreden’, 3 patiënten waren ‘duidelijk tevreden’ en 1 patiënt was ‘redelijk tevreden’ met de informatie die gegeven werd tijdens de sessie i.v.m. de mogelijke postoperatieve complicaties. Dit komt neer op een gemiddelde van 4,5 op een vijfpuntenschaal (duidelijk tot zeer tevreden). Voor de andere groep patiënten bedraagt het gemiddelde voor dit item 3,2 op 5 (redelijk tot duidelijk tevreden). Dit betreft beoordelingen van 2 maal ‘zeer tevreden’, 2 maal ‘redelijk tevreden’, 1 maal ‘matig tevreden’ en 1 maal ‘ontevreden’.

H. De informatie die de patiënt kreeg over veel voorkomende klachten (pijn, misselijkheid...) na de operatie.

Hierbij gaven 5 patiënten aan ‘zeer tevreden’ te zijn, 2 patiënten ‘duidelijk tevreden’ en 2 patiënten ‘redelijk tevreden’ in de groep patiënten die preoperatieve informatie kreeg. Dit geeft een gemiddelde waarde van 4,4 op 5 (duidelijk tot zeer tevreden). Van de 6 patiënten die geen preoperatieve informatie kregen, gaven 2 patiënten aan ‘zeer tevreden’ te zijn. Twee patiënten waren ‘redelijk tevreden’, 1 patiënt ‘matig tevreden’ en 1 patiënt ‘ontevreden’ wat betreft de informatie over veel voorkomende klachten. Zo komt men op een gemiddelde van 3,2 op 5 (redelijk tot duidelijk tevreden).

I. De informatie die de patiënt kreeg over de te vermijden houdingen en bewegingen na de operatie.

Alle patiënten die de preoperatieve informatiesessie bijwoonden gaven aan dat zij ‘zeer tevreden’ waren m.b.t. dit item, wat een waarde van 5 op 5 geeft. Twee van de 6 patiënten die deze informatiesessie niet bijwoonden waren ‘zeer tevreden’ en 2 patiënten waren ‘duidelijk tevreden’. 2 patiënten gaven aan slechts ‘matig tevreden’ te zijn. Dit geeft een gemiddelde waarde van 3,7 op 5 (redelijk tot duidelijk tevreden).

J. De informatie die de patiënt kreeg in verband met de levensduur van de prothese.

Wat betreft de levensduur van de prothese bedraagt de gemiddelde tevredenheidswaarde in de groep van patiënten die de preoperatieve informatiesessie bijwoonde 3,6 op een

vijfpuntenschaal. Dit betreft 4 patiënten die ‘zeer tevreden’ waren, 3 patiënten die ‘duidelijk tevreden’ waren, 1 patiënt die ‘matig tevreden’ was en 2 patiënten die ‘ontevreden’ waren. Dit staat tegenover een waarde van 3,8 op 5 in de andere groep patiënten, waarbij de helft van de patiënten aangaf ‘zeer tevreden’ te zijn. Eén patiënt was daarbij ‘duidelijk tevreden’, de andere 2 patiënten waren ‘redelijk tevreden’ en ‘ontevreden’.

K. De informatie die de patiënt keeg over de verzorging van de wonde na de operatie.

Slechts de helft van de patiënten die de informatiesessie bijwoonden gaven aan ‘zeer tevreden’ te zijn met de informatie m.b.t. de postoperatieve verzorging van de wonde. Drie patiënten waren ‘matig tevreden’ en 2 patiënten ‘ontevreden’, wat een gemiddelde geeft van 3,3 op 5 (redelijk tot duidelijk tevreden). Deze laatste waarde geldt ook voor de patiënten die de informatiesessie niet bijwoonden. Eén patiënt was hierbij ‘zeer tevreden’, 3 patiënten ‘duidelijk tevreden’, 1 patiënt ‘matig tevreden’ en 1 patiënt ‘ontevreden’.

L. De informatie die de patiënt kreeg over de gevolgen van het niet laten uitvoeren van de operatie.

De gemiddelde waarde van 3,7 op 5 (redelijk tot duidelijk tevreden) in de patiëntengroep die preoperatieve informatie kreeg, staat voor de helft van de patiënten die ‘zeer tevreden’ waren, 2 patiënten die ‘duidelijk tevreden’ waren, 1 patiënt die ‘matig tevreden’ was en 2 patiënten die ‘ontevreden’ waren. Dit staat tegenover een gemiddelde waarde van 2,8 op 5 (matig tot redelijk tevreden) in de patiëntengroep die geen preoperatieve informatie kregen via de informatiesessie. Hierbij gaf 1 patiënt aan ‘zeer tevreden’ te zijn. Eén patiënt was ‘duidelijk tevreden’, 1 andere patiënt was ‘redelijk tevreden’, 2 patiënten waren ‘matig tevreden’ en 1 patiënt ‘ontevreden’.

M. Het tijdstip waarop de patiënt de informatie kreeg.

Wat betreft dit item is 4,8 op 5 (duidelijk tot zeer tevreden) de gemiddelde tevredenheidswaarde van de patiënten die preoperatieve informatie kregen. Acht van de 10 patiënten waren ‘zeer tevreden’ en 2 patiënten waren ‘duidelijk tevreden’ over het tijdstip waarop zij de informatie kregen. In de controlegroep gaf 1 patiënt aan ‘zeer tevreden’ te zijn met het tijdstip waarop de informatie verstrekt werd. Drie patiënten waren hierbij ‘duidelijk tevreden’. Eén patiënt was ‘matig tevreden’ en 1 patiënt was ‘ontevreden’. Dit geeft een resultaat van een gemiddelde tevredenheidsgraad van 3,3 op 5 (redelijk tot duidelijk tevreden).

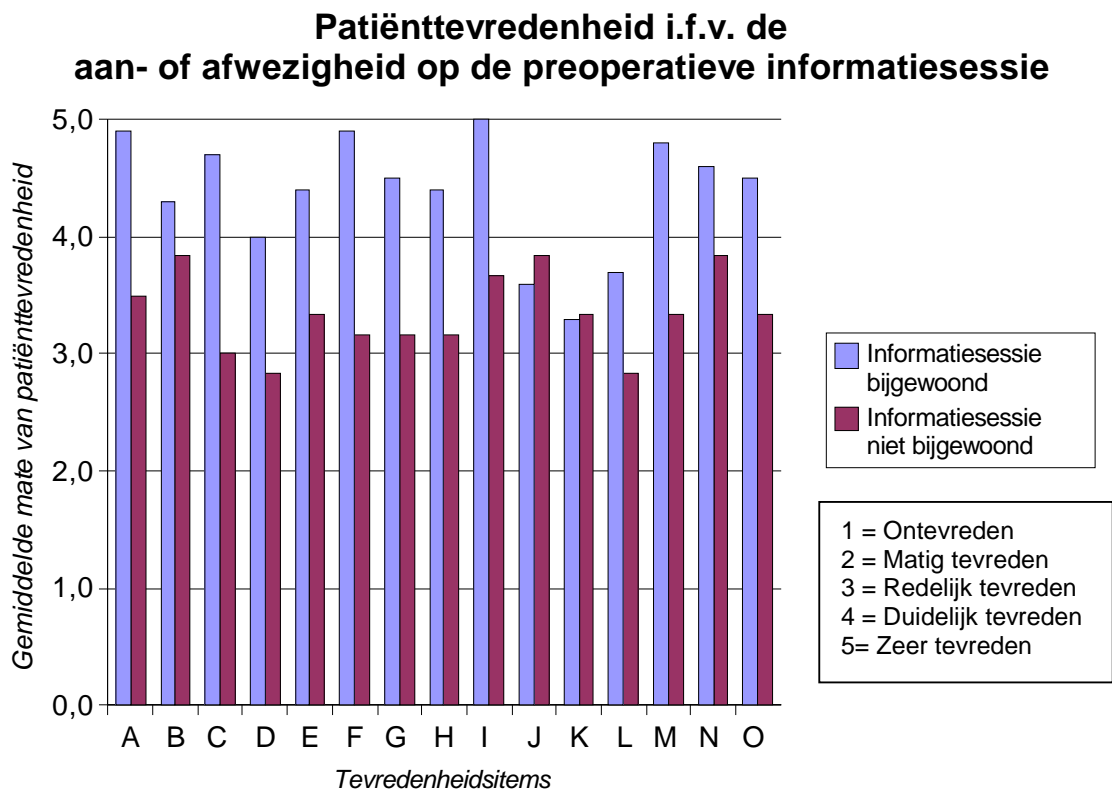
N. De informatie die de patiënt kreeg over de verdere revalidatie.

Op 2 patiënten na waren alle patiënten ‘zeer tevreden’ wat betreft de informatie die gegeven werd over de verdere revalidatie tijdens de preoperatieve informatiesessie. Twee patiënten waren ‘redelijk tevreden’. Dit geeft een gemiddelde waarde van 4,6 op een vijfpuntenschaal (duidelijk tot zeer tevreden). De patiënten die geen preoperatieve informatie kregen scoorden uiteenlopende tevredenheidswaarden met een gemiddelde van 3,8 op 5 (redelijk tot duidelijk tevreden). Twee van de 6 patiënten waren ‘zeer tevreden’, 2 andere waren ‘duidelijk tevreden’, 1 patiënt gaf aan ‘redelijk tevreden’ te zijn en een andere patiënt was ‘matig tevreden’.

O. De informatie die de patiënt kreeg over de activiteiten die hij/zij in de toekomst nog kan en mag uitvoeren.

Zeven van de 10 patiënten waren ‘zeer tevreden’ over de informatie die gegeven werd op de informatiesessie wat betreft de activiteiten die hij/zij nog zou mogen en kunnen uitvoeren in de toekomst. Met 1 patiënt die hierover ‘duidelijk tevreden’ was en 2 patiënten die hierover ‘redelijk tevreden’ waren, komt men op een gemiddelde van 4,5 op 5 (duidelijk tot zeer tevreden) voor dit item. Van de 6 patiënten die niet naar de informatiesessie gingen waren er 2 die ‘zeer tevreden’ waren met de informatie over dit item. Twee patiënten waren ‘duidelijk tevreden’ en 2 patiënten gaven aan ‘ontevreden’ te zijn. De gemiddelde tevredenheidswaarde voor dit item ligt in de laatste groep op 3,3 op 5 (redelijk tot duidelijk tevreden).

Hieruit kan men besluiten dat de patiënten die de preoperatieve informatiesessie bijwoonden over het algemeen meer tevreden waren dan de patiënten die deze informatiesessie niet bijwoonden. Dit geldt voor alle items, behalve voor de informatie over de levensduur van de prothese. Wat betreft de informatie over de postoperatieve verzorging van de wonde zijn beide groepen redelijk tot duidelijk tevreden. Deze resultaten zijn terug te vinden in Figuur 8.

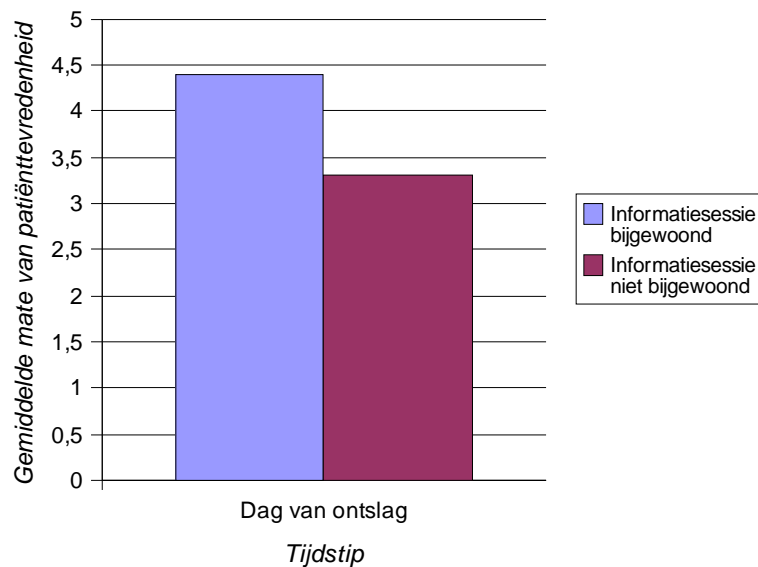


Figuur 8. Grafische voorstelling van de postoperatieve patiënttevredenheid in functie van de aan- of afwezigheid op de preoperatieve informatiesessie.

De letters A t.e.m. O komen overeen met de in de tekst vernoemde tevredenheidsitems.

Wanneer men deze 15 items samenvoegt krijgt men voor de patiënten die de informatiesessie bijwoonden een gemiddelde tevredenheidswaarde van 4,4 op een vijfpuntenschaal (duidelijk tot zeer tevreden). Voor de groep patiënten die de informatiesessie niet bijwoonde bedraagt de gemiddelde mate van tevredenheid 3,3 op een vijfpuntenschaal (redelijk tot duidelijk tevreden). Deze resultaten zijn terug te vinden in Figuur 9.

**Postoperatieve patiënttevredenheid i.f.v.
de aan- of afwezigheid op de preoperatieve informatiesessie**



Figuur 9. Grafische voorstelling van de postoperatieve patiënttevredenheid in functie van de aan- of afwezigheid op de preoperatieve informatiesessie.

Men kan hieruit besluiten dat de preoperatieve informatie een positieve invloed heeft op de postoperatieve patiënttevredenheid. Men mag echter niet uit het oog verliezen, dat ook de patiënten die geen preoperatieve informatie kregen redelijk tot duidelijk tevreden waren met de gekregen informatie.

Een andere vraag op de tevredenheidsenquête was of de patiënt alle gegeven informatie goed begrepen had. Op deze vraag hadden de patiënten 4 keuzemogelijkheden om te antwoorden: 'Ik heb er niets van begrepen', 'Ik heb er een beetje van begrepen', 'Ik heb er het grootste deel van begrepen' en 'Ik heb alles begrepen'. Van de 10 patiënten die de informatiesessie bijwoonden gaven 4 patiënten aan dat zij alles hadden begrepen van de gegeven informatie. Zes van de 10 patiënten gaven aan dat zij het grootste deel hadden begrepen.

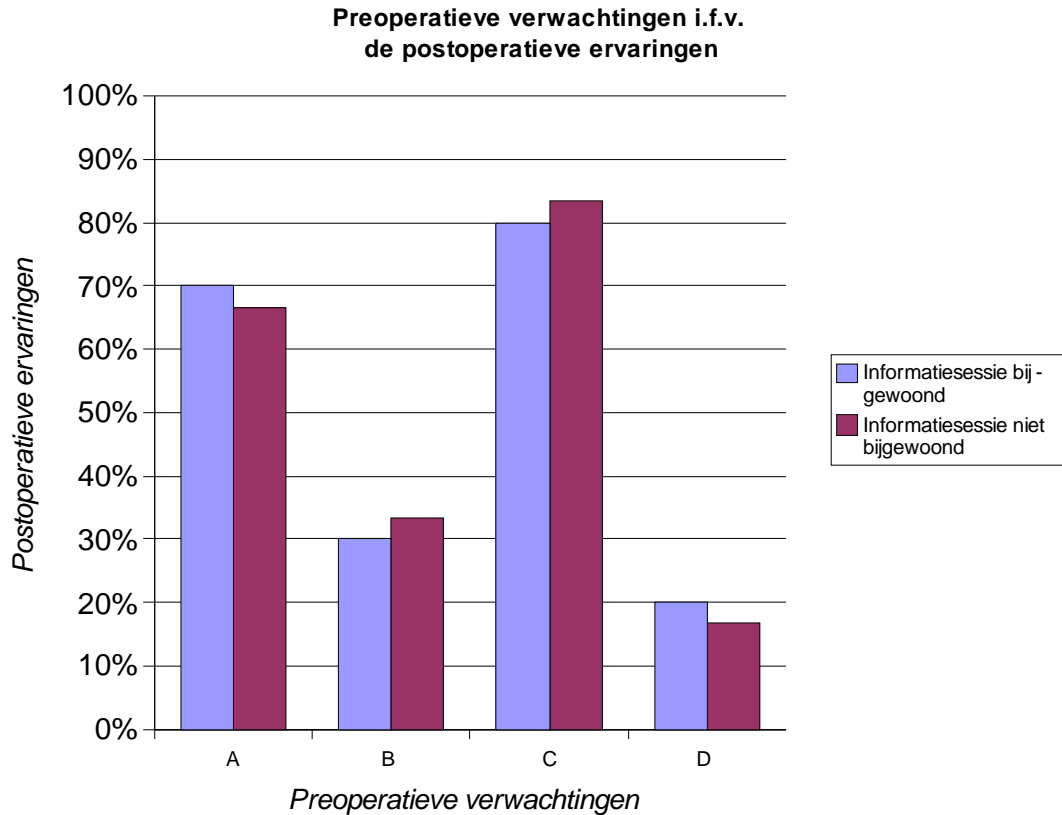
Van de 6 patiënten die de preoperatieve informatiesessie niet bijwoonden gaf 1 patiënte aan dat zij bijna geen informatie had gekregen, dus dat zij deze vraag niet kon beantwoorden. Eén patiënte gaf aan dat zij het grootste deel had begrepen van de gegeven informatie. Vier andere patiënten zeiden, dat zij alle informatie hadden begrepen, voor zover zij die gekregen hadden. Hieruit kan worden afgeleid, dat het percentage patiënten die alle gegeven informatie heeft begrepen hoger ligt in de groep patiënten die geen preoperatieve informatiesessie heeft bijgewoond. In deze groep geeft namelijk 66,7% van de patiënten aan alle gegeven informatie

te hebben begrepen, dit terwijl in de andere groep, die de preoperatieve informatiesessie bijwoonde, dit percentage slechts 40% bedraagt.

Op de tevredenheidsenquête stond ook enerzijds de vraag of de patiënt zich een goed beeld kon vormen van wat hem/haar te wachten stond, waarop de patiënt kon antwoorden met 'ja' of 'neen'. Anderzijds was er nog een vraag of de dingen anders verliepen dan verwacht. Hierop kon de patiënt antwoorden met 'neen' of 'ja', waarbij er ruimte was voor verdere verklaring van wat er anders verliep. Uit de resultaten bleek, dat van de patiënten die de informatiesessie bijwoonden, 70% zich een goed beeld kon vormen van wat hen te wachten stond. Dertig procent kon dit niet, ondanks de gegeven informatie. 66,7% van de patiënten die niet naar de informatiesessie gingen (zijnde 4 van de 6 patiënten) konden zich een goed beeld vormen van wat hen te wachten stond. 33,3% patiënten (2 van de 6 patiënten) kon zich hierover preoperatief geen beeld vormen.

Tachtig procent van de patiënten die naar de informatiesessie gingen, vonden dat de ingreep en de revalidatie verliep zoals verwacht. Twee van de 10, dus 20%, gaven aan dat de dingen anders verliepen. Eén patiënt gaf hierbij aan dat de revalidatie veel vlotter verliep dan verwacht. Een andere patiënte gaf aan, dat zij dacht dat ze op de derde dag postoperatief al trappen op en af zou kunnen lopen. Zij vertelde dat haar arts gezegd had, dat dit mogelijk was op de derde dag. Eén van de 6 patiënten die niet naar de informatiesessie gingen, zijnde 16,7%, gaf aan dat alles anders verliep dan verwacht. Zij zou de ingreep nooit meer laten uitvoeren, had ze voor de operatie geweten dat ze zoveel pijn zou hebben. Voor 5 van de 6 patiënten, dus 83,3%, verliepen de zaken zoals verwacht.

Hieruit blijkt dus, dat de patiënten die de informatiesessie bijwoonden zich een beter beeld konden vormen van wat hen te wachten stond, ook al is het verschil tussen beide groepen miniem. Uit de resultaten blijkt echter ook, dat in de groep patiënten die de informatiesessie niet bijwoonden er meer personen aangaven dat de dingen verliepen zoals verwacht. 83,3% geeft namelijk aan dat alles verliep zoals verwacht, dit tegenover 80% in de groep patiënten die wel naar de preoperatieve informatiesessie ging. Deze resultaten zijn terug te vinden in Figuur 10.



A = Konden zich een beeld vormen van wat hen te wachten stond
 B = Konden zich geen beeld vormen van wat hen te wachten stond
 C = Dingen verliepen zoals verwacht
 D = Dingen verliepen anders dan verwacht

Figuur 10. Preoperatieve verwachtingen in functie van de postoperatieve ervaringen.

Deze resultaten zijn echter wel beïnvloed door het feit dat 2 van de 6 patiënten die de informatiesessie niet bijwoonden reeds een totale heupprothese hadden. Zij konden zich dus een goed beeld vormen van wat hen te wachten stond, aangezien zij dit hele proces al doorlopen hadden.

De tevredenheidsenquête bevatte tevens een vraag of de patiënt de gekregen informatie zinvol vond. Van alle 16 patiënten vonden er 15 de gegeven informatie zinvol. Eén patiënte gaf aan geen informatie te hebben gekregen, dus kon zij die niet zinvol vinden.

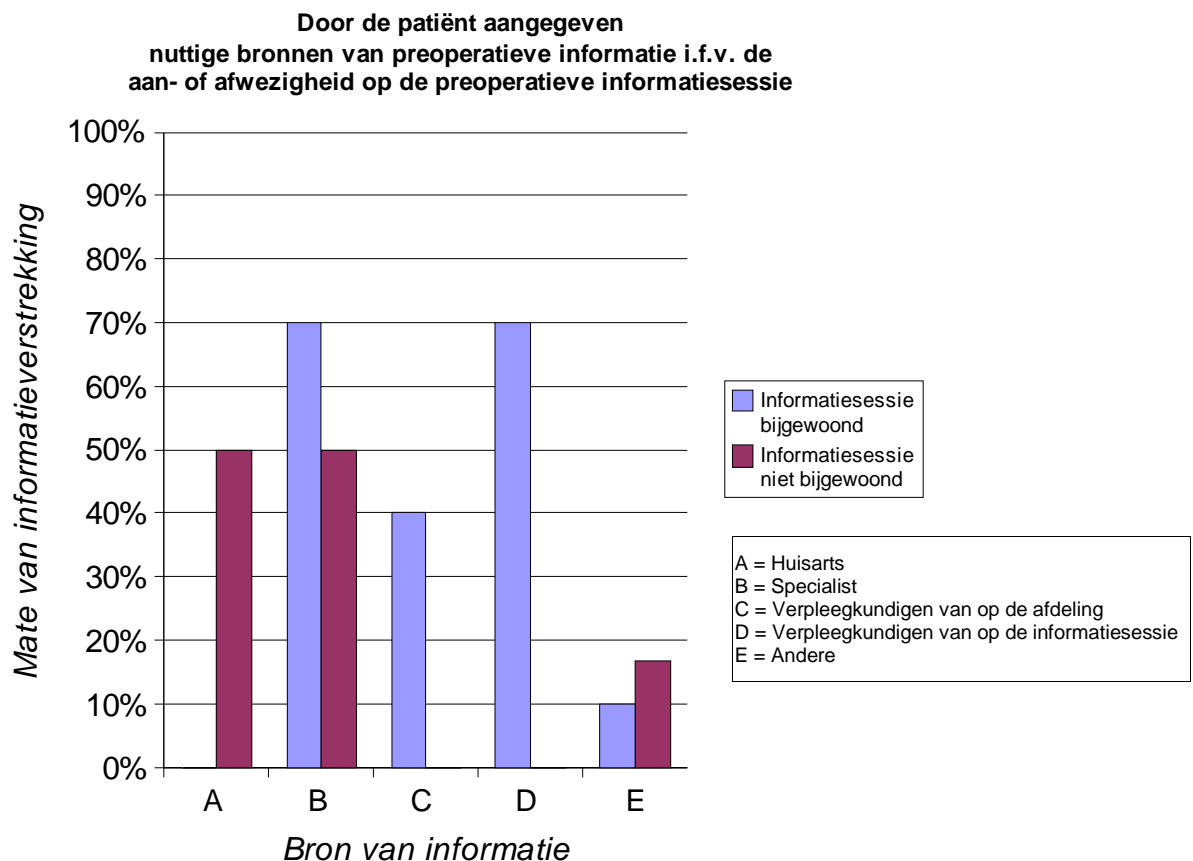
De vraag werd tevens gesteld van wie de patiënt de meest nuttige informatie kreeg. Hierbij kreeg de patiënt de keuzemogelijkheid tussen de huisarts, de orthopedist, de verpleegkundigen op de afdeling, de verpleegkundige op de informatiesessie of anderen (met een mogelijkheid

tot verdere aanvulling). Van de 10 patiënten die naar de preoperatieve informatiesessie gingen gaven 3 mensen aan de meest nuttige informatie te hebben gekregen van de verpleegkundige op de informatiesessie. Vier van de 10 patiënten vertelden dat ze evenveel nuttige informatie kregen van de verpleegkundigen op de afdeling, als van de verpleegkundige op de informatiesessie, als van de orthopedist. Twee patiënten die naar de informatiesessie waren geweest gaven aan de meest nuttige informatie te hebben gekregen van de orthopedist. Eén patiënt gaf aan de meest bruikbare informatie te hebben verworven uit een documentaire op tv en van de orthopedist. Dit wil zeggen, dat 70% van deze patiënten vond dat de informatie van op de informatiesessie zelf nuttig was. Maar ook 70% van de patiënten gaf aan nuttige informatie te hebben gekregen van de orthopedist. Slechts 40% sprak over nuttige informatie te hebben gekregen van verpleegkundigen van de afdeling.

Van de patiënten die de preoperatieve informatiesessie niet bijwoonden waren er 2 die aangaven de meest nuttige informatie te hebben gekregen enkel van hun huisarts. Twee gaven aan enkel nuttige informatie te hebben gekregen van hun specialist. Eén patiënt vond dat hij van zowel de huisarts als van de specialist nuttige informatie heeft gekregen. Eén andere patiënt kreeg de meest nuttige informatie van kennissen die reeds een heupprothese hadden laten plaatsen. Hieruit kan men besluiten dat in 50% van de gevallen de huisarts een bron van informatie was. De orthopedist vormde tevens in 50% van de gevallen een nuttige bron van informatie. In deze groep patiënten hebben de verpleegkundigen op de afdeling geen enkele rol gespeeld in de informatieverstrekking.

Men kan hieruit besluiten, dat zowel voor de groep patiënten die de informatiesessie bijwoonde als voor de groep patiënten die deze niet bijwoonde, de orthopedist een grote bron van informatie betekent. De huisarts komt niet ter sprake als informatiebron bij de patiënten die de informatiesessie bijwoonden, dit in tegenstelling tot bij 50% van de patiënten die niet naar de informatiesessie gingen. Voor de patiënten die naar de informatiesessie gingen vormde de verpleegkundige van de informatiesessie tevens een belangrijke bron van kennis. De verpleegkundigen op de afdeling speelden in beide groepen slechts een kleine rol. Slechts 40% van de patiënten die naar de informatiesessie gingen, vond dat zij nuttige informatie heeft gekregen van de verpleegkundigen op de afdeling. In de groep patiënten die niet naar de informatiesessie gingen, was er geen enkele patiënt die vond dat de verpleegkundigen van de afdeling een nuttige bron van informatie waren.

Deze resultaten zijn terug te vinden in Figuur 11.



Figuur 11. Door de patiënt aangegeven nuttige bronnen van preoperatieve informatie in functie van de aan- of afwezigheid op de preoperatieve informatiesessie.

Hieruit kan men besluiten, dat men de rol van de orthopedist niet mag onderschatten wat betreft preoperatieve informatieverstrekking. De preoperatieve informatieverstrekking via de informatiesessie zelf blijkt een succes, aangezien 70% van de patiënten aangeeft hun kennis daaruit te halen, hetzij gedeeltelijk of hetzij volledig. Uit dit onderzoek bleek, dat de verpleegkundigen op de afdeling slechts een kleine plaats krijgen in de preoperatieve informatieverstrekking. De preoperatieve informatiesessie heeft als doel de patiënt beter geïnformeerd in het ziekenhuis op te nemen. Verpleegkundigen op de afdeling hebben geen tijd om individueel per patiënt zoveel informatie te geven. Aangezien de patiënten over het algemeen aangeven tevreden te zijn met de informatie waarover zij beschikken, is men in het opzet van de informatiesessie geslaagd. De hoofdverantwoordelijkheid van informatieverstrekking ligt namelijk niet meer bij de verpleegkundigen op de afdeling, waardoor zij tijd kunnen vrijmaken voor andere zorgen.

Een open vraag in de tevredenheidsenquête betreft de vraag wat de patiënt over het algemeen vond van zijn/haar verblijf in het ziekenhuis en de opvang en de informatieverstrekking door het personeel. Van de patiënten die naar de informatiesessie zijn geweest, waren er 8 patiënten die uitermate tevreden waren over de opvang door het personeel. Twee patiënten die naar de informatiesessie zijn geweest gaven aan dat de verpleegkundigen te weinig tijd hadden voor een persoonlijke begeleiding van elke patiënt. Men gaf hierbij aan dat de kinesitherapeut en de ergotherapeute hier echter wel tijd voor konden vrijmaken. Tachtig procent van deze groep patiënten gaf dus aan heel tevreden te zijn over hun ziekenhuisverblijf.

Van de 6 patiënten die niet naar de informatiesessie zijn geweest waren alle patiënten tevreden over de opvang op de afdeling door de verpleegkundigen. Twee van deze 6 patiënten hadden echter liever meer informatie gekregen van de verpleegkundigen over het verloop van de ingreep en de verdere revalidatie. Dit komt neer op een percentage van 66,7% van de patiënten die heel tevreden waren over hun verblijf op de afdeling.

Men kan hieruit besluiten dat er van de patiënten die de informatiesessie bijwoonden in verhouding een groter aantal patiënten tevreden was dan van de patiënten die niet naar de preoperatieve informatiesessie gingen, wat betreft hun globaal zicht op hun ziekenhuisverblijf en de opvang en informatieverstrekking door de verpleegkundigen.

Op het einde van de tevredenheidsenquête staat een vraag voor de patiënt of hij/zij vindt dat er iets zou moeten toegevoegd worden aan de informatie die men kreeg of dat er te veel informatie werd gegeven. Van alle 16 patiënten was er geen enkele patiënt die vond, dat er te veel informatie werd gegeven, ondanks het feit dat er 3 blunten aanwezig waren in de totale steekproef. Van de 10 patiënten die de informatiesessie bijwoonden, gaven alle patiënten aan dat de hoeveelheid informatie perfect was. De 2 monitors in deze groep vonden dat zij voldoende informatie hebben gekregen. Ook de 2 blunten onder deze patiënten vonden niet dat er te veel informatie werd gegeven.

Slechts 2 van de 6 patiënten die niet naar de informatiesessie gingen, vonden dat zij meer informatie hadden moeten krijgen. Deze 2 patiënten hadden respectievelijk een monitor- en een neutrale copingstijl. De andere 4 patiënten gaven aan, dat zij tevreden waren over de hoeveelheid informatie waarover zij beschikten. Onder deze 4 patiënten, die geen preoperatieve informatie kregen via de informatiesessie, waren echter 3 monitors. Het feit dat zij weinig informatie kregen was niet van invloed op hun mate van tevredenheid.

Uit deze beperkte studie kan worden besloten, dat het in het kader van tevredenheidsbeleid niet noodzakelijk is om de preoperatieve informatie aan te passen aan de copingstijl van de patiënt.

In de literatuur zijn er studies terug te vinden die het positief effect van preoperatieve informatie op de patiënttevredenheid kunnen bevestigen, bv. Sjöling M. et al., 2003; Hanucharunkui S. & Vinya-nguag P., 1991; Gammon J. en Mulholland C., 1996. Dit kleinschalig onderzoek sluit hierbij aan. Er zijn echter ook studies die dit positief effect niet kunnen bekrachtigen, bv. McDonald S et al., 2007.

Een mogelijke invloed op de resultaten van dit onderzoek is het fenomeen dat door Ley P. (1985, 1988) beschreven werd. Zij wijst erop, dat patiënten heel vaak de informatie die hen gegeven wordt niet begrijpen of onthouden, wat een effect heeft op de tevredenheid met de behandeling en de zorg. In dit onderzoek waren verschillende patiënten die aangaven, dat zij de informatie niet konden onthouden. Omdat men in het A.Z. Sint-Lucas de informatieverschaffing wil aanpassen aan de oudere doelgroep en dit voorgenoemd probleem wil opvangen, geeft men de patiënten informatiebrochures mee naar huis. Op die manier kunnen patiënten de informatie, die zij vergeten, later opnieuw opzoeken. Enkele patiënten gaven echter aan dat zij deze brochures niet hebben gelezen. Het verschijnsel waarbij de patiënt niet in staat is om alle gegeven informatie te onthouden, kan van invloed geweest zijn op de resultaten.

Een mogelijke verklaring voor de vrij hoge mate van tevredenheid bij de patiënten die de informatiesessie niet bijwoonden, is sociale wenselijkheid. Het is mogelijk dat patiënten de vragen van de enquête positief beantwoord hebben omwille van de gedachte dat dit van hen verwacht wordt door de omgeving (verpleegkundigen, artsen, kinesitherapeut, ergotherapeute).

De leeftijd van de patiënten (gemiddeld 71,75 jaar) kan ook de resultaten beïnvloed hebben. Oudere mensen hebben een andere visie over zorg dan de jongere generatie. De wet van de rechten van de patiënt, verschenen in het Staatsblad op 22 augustus 2002, waarin men spreekt over *informed consent*, is nog maar recent ingevoerd. Door dit recente karakter is de oudere patiëntenpopulatie hier niet mee vertrouwd. Het lot van de patiënt werd vroeger in handen van de arts gelegd. De patiënt had een minimum aan kennis, verwachtingen en inspraak. Wanneer de patiënt van deze generatie nu geconfronteerd wordt met een minimum aan informatie is dit

in de meeste gevallen al voldoende om de patiënt tevreden te stellen. Hun eisen op vlak van patiënteneducatie liggen niet hoog, wat de patiënttevredenheid uiteraard beïnvloedt.

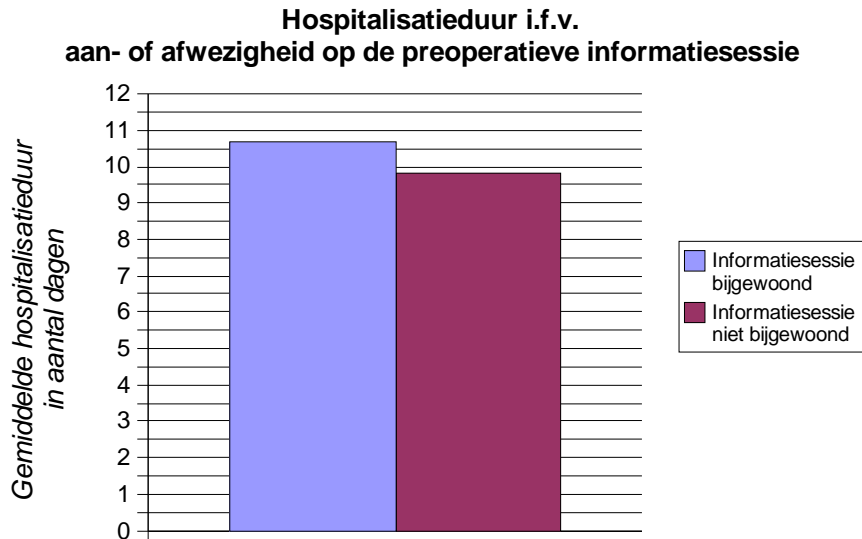
Er is in het onderzoek een patiënte opgenomen, die niet naar de informatiesessie is geweest omdat dat zij hierover niet was ingelicht door de arts. Zij beweert dat zij niets van informatie heeft gekregen, ook niet van haar arts. Later is er een complicatie opgetreden waardoor zij voor een tweede maal werd geopereerd. Zij heeft heel veel pijn gehad en heeft lang in het ziekenhuis verbleven. Hierdoor had mevrouw de indruk dat haar toestand postoperatief slechter was dan preoperatief. De ervaringen van deze vrouw beïnvloedden de resultaten van dit onderzoek omdat zij absoluut niet tevreden was.

4. Verblijfsduur in het ziekenhuis

Volgens het klinisch pad in het A.Z. Sint-Lucas zou een patiënt gemiddeld op de zevende dag postoperatief het ziekenhuis moeten verlaten na het plaatsen van een totale heupprothese.

Voor de groep patiënten die de informatiesessie bijwoonde, bedroeg de gemiddelde dag van ontslag dag 10,7. De mediaanwaarde voor deze groep bedroeg dag 10. Voor de groep die de informatiesessie niet bijwoonde bedroegen deze waarden respectievelijk dag 9,8 en dag 9. Deze gemiddelde waarden zijn terug te vinden in Figuur 12.

Dit kleinschalig onderzoek kan het positief effect van preoperatieve informatie op de hospitalisatieduur dus niet aantonen.



Figuur 11. De hospitalisatieduur in functie van de aan- of afwezigheid op de preoperatieve informatiesessie.

In de literatuur zijn er verschillende studies terug te vinden, die het positief effect van de preoperatieve informatie op de verblijfsduur in het ziekenhuis niet kunnen aantonen (Wijgman A.J. et al., 1994; Butler G.S. et al., 1996; Doering S. et al., 2000; Crowe J. et al., 2003; Clode-Baker E. et al., 1997; en Daltroy L.H. et al., 1998). Shuldham C. (1999), Theis S. & Johnson J. (1995), Egbert D.L. et al. (1964) zijn enkele voorbeelden van onderzoekers die het positief effect van preoperatieve informatie op de hospitalisatieduur wel konden bevestigen.

De resultaten van dit onderzoek zijn echter door verschillende factoren beïnvloed. Eerst en vooral mag men niet voorbij gaan aan het feit dat er patiënten langer in het ziekenhuis verbleven omdat zij wachtten op een plaats in een revalidatiecentrum. Zo werd de datum van ontslag bepaald door het tijdstip waarop men naar het revalidatiecentrum kon overgeplaatst worden. Twee van de 10 patiënten die de informatiesessie bijwoonden verbleven langer in het ziekenhuis, namelijk 13 en 15 dagen, omdat zij wachtten op een plaats in een revalidatiecentrum. Wanneer men deze twee patiënten buiten beschouwing zou laten, zou de gemiddelde hospitalisatieduur voor deze groep patiënten 9,88 dagen bedragen.

Een andere beïnvloedende factor van de hospitalisatieduur is de postoperatieve complicaties. Eén vrouw van de 16 deelnemende patiënten aan dit onderzoek had een postoperatieve complicatie, wat haar hospitalisatieduur met 8 dagen heeft verlengd. Anderzijds was door het feit dat de steekproef zo klein was, de kans op postoperatieve complicaties zeer klein. Hierdoor was ook de kans op een langere hospitalisatieduur veel kleiner.

Ook de preoperatieve mobiliteit was van invloed op de resultaten. Eén man, die de preoperatieve informatiesessie bijwoonde, verbleef twee weken in het ziekenhuis. Het feit dat deze man preoperatief minder mobiel was heeft ervoor gezorgd, dat de postoperatieve mobilisatie minder vlot verliep en dus ook de ontslagdatum uitgesteld werd.

Wanneer men in de groep van patiënten die de informatiesessie bijwoonde, 3 patiënten niet opneemt in de berekening omwille van de mobilisatiegraad en de wachttijden voor het hersteloord, komt men aan een gemiddelde waarde van 9,29 dagen hospitalisatie. Bij de groep van patiënten die de informatiesessie niet bijwoonden komt men aan ziekenhuisverblijf van gemiddeld 8 dagen (twee van de zes patiënten werden hierbij niet meegerekend wegens een complicatie en een wachttermijn in een hersteloord). Men kan hieruit dus besluiten, dat ongeacht de postoperatieve complicaties, de wachttijden voor een hersteloord en de preoperatieve mobiliteit, er geen positieve invloed was van preoperatieve informatie op de verblijfsduur in het ziekenhuis.

III. Algemene discussie

Het grootste discussiepunt is uiteraard het feit dat deze resultaten niet kunnen veralgemeend worden, gezien het beperkt aantal patiënten dat deelnam aan dit onderzoek. De onderzoeksmiddelen en de onderzoeksperiode lieten niet toe de steekproef verder uit te breiden. De gegevens uit dit kleinschalig onderzoek dienen dan ook met voorzichtigheid te worden behandeld.

In dit onderzoek is het niet gekend of de belevingen van de patiënten beïnvloed werden door voorafgaande ervaringen met chirurgie of hospitalisatie. Voorafgaande gebeurtenissen in klinische context kunnen o.a. het angstniveau, de tevredenheid, de gerapporteerde pijnervaring... bepalen.

Men kan in dit onderzoek niet uitsluiten dat de patiënten die naar de preoperatieve informatiesessie zijn geweest anders benaderd werden. Het is mogelijk dat verpleegkundigen, artsen, ergotherapeuten, kinesitherapeuten en de sociaal assistente deze patiënten anders benaderen, hetzij bewust of hetzij onbewust. Mogelijk was deze benadering van invloed op de patiënttevredenheid en de postoperatieve mobilisatie. Men kan hier niet uitsluiten dat de hulpverleners hun eisen hoger leggen voor de patiënten die de informatiesessie bijwoonden.

Mogelijk hebben de vragenlijsten ook een effect gehad op de tevredenheid van de patiënt. Sommige patiënten zijn meer tevreden door de extra aandacht. Andere patiënten ervaren dit als een last, wat hun tevredenheid negatief beïnvloedt.

De opkomst op de preoperatieve informatiesessie wordt ook bepaald door de motivatie van de patiënt door de arts. Sommige artsen eisen als het ware dat hun patiënten aanwezig zijn op de informatiesessie, andere artsen hechten hier geen belang aan.

IV. Conclusie

Dit kleinschalig onderzoek had als doel het effect na te gaan van de preoperatieve informatie op het postoperatief herstel na het plaatsen van een totale heupprothese. Om dit effect na te gaan ging men op zoek naar de invloed van de informatie op de postoperatieve pijn, de postoperatieve mobiliteit, de patiënttevredenheid en de hospitalisatieduur. Er werd een vergelijking gemaakt van deze waarden tussen twee groepen, enerzijds de groep patiënten die niet naar de informatiesessie ging en anderzijds de groep patiënten die dit wel deed.

Uit dit onderzoek bleek dat de manier van preoperatieve informatieverstrekking in het A.Z. Sint-Lucas een combinatie van verschillende vormen inhoudt. Er wordt gebruik gemaakt van mondelinge informatie, ondersteund met audiovisueel materiaal, schriftelijke informatie aan de hand van brochures en visuele informatie aan de hand van heupprothesen en anatomische modellen van heupgewrichten. Uit de literatuur blijkt dat deze combinatie van gestructureerde informatieverstrekking het meest succesvol is.

De inhoud van de preoperatieve informatie die gegeven wordt aan de patiënten in het A.Z. Sint-Lucas voor het plaatsen van een totale heupprothese, werd getoetst aan de in de studie van Garretson S. (2004) beschreven noodzakelijk geachte items. Hieruit bleek dat niet al deze items werden besproken tijdens de informatiesessie in Gent. De meerderheid van de patiënten gaven echter aan in de tevredenheidsenquête tevreden te zijn met de hoeveelheid informatie die zij kregen, ongeacht hun copingstijl. Dit kleinschalig onderzoek toont dus aan dat het niet noodzakelijk is de inhoud van de preoperatieve informatie uit de informatiesessie aan te passen, noch wat betreft de algemene inhoud, noch wat betreft aanpassing aan de copingstijl van patiënten.

De inhoud van de brochure “Heupprothese” werd vergeleken met de in Testaankoop beschreven items die in een informatiebrochure zouden moeten vermeld worden (Van Hecke M. en Vanbellinghen M., 2007). Hieruit bleek dat de informatiebrochure die gebruikt wordt voor de patiënten van het A.Z. Sint-Lucas het grootste deel van deze items bevat. De items ‘levensduur van prothese’, ‘kans op succes’, ‘alternatieven’ en ‘wat in geval van weigering’ worden echter niet vermeld.

Om het effect van preoperatieve informatie te kunnen nagaan, was het noodzakelijk hierbij de copingstijl van de patiënt te betrekken. Uit dit onderzoek kon men echter niet besluiten dat

monitors een hogere nood hebben aan preoperatieve informatie dan blunTERS, aangezien het aantal blunTERS op de informatiesessie even hoog lag als het aantal monitors. Het aantal monitors dat niet op de informatiesessie aanwezig was, lag zelfs hoger dan het aantal blunTERS.

Wat betreft de postoperatieve pijn bleek uit dit onderzoek, dat de gemiddelde pijnscores van de patiënten die de informatiesessie bijwoonden hoger lagen dan bij de patiënten die de informatiesessie niet hebben bijgewoond. Dit onderzoek kon het positieve effect van preoperatieve informatie op de postoperatieve pijn dus niet aantonen. Dit onderzoek kon ook niet aantonen dat monitors minder pijn hebben na het krijgen van preoperatieve informatie. Uit het onderzoek bleek echter wel, dat blunTERS die preoperatieve informatie kregen, gemiddeld meer pijn hadden dan blunTERS die deze niet kregen.

Om het effect van de preoperatieve informatie op de postoperatieve mobiliteit na te gaan, werd de dag waarop de patiënt een transfer in en uit bed kon uitvoeren en de dag waarop de patiënt zelfstandig met krukken kon lopen als referentiepunten gebruikt. Wat betreft de transfer in en uit bed kon men uit dit onderzoek besluiten, dat de preoperatieve informatie van positieve invloed was, zowel voor de gemiddelde waarden als voor de mediaanwaarden.

In dit onderzoek kon er geen grote invloed aangetoond worden van preoperatieve informatie op het tijdstip waarop een patiënt postoperatief zelfstandig met krukken kon lopen. Er was slechts een klein verschil aan te tonen tussen de gemiddelde waarden van beide groepen. De mediaanwaarden tussen beide groepen lagen gelijk.

Wat betreft de patiënttevredenheid kon men uit deze studie besluiten, dat de patiënten die de preoperatieve informatiesessie bijwoonden over het algemeen meer tevreden waren dan de patiënten die deze informatiesessie niet bijwoonden. Hieruit volgt, dat preoperatieve informatie een positieve invloed had op de postoperatieve patiënttevredenheid.

Uit dit onderzoek bleek tevens, dat het aantal patiënten dat aangaf alle gegeven informatie te hebben begrepen, hoger lag in de groep patiënten die niet naar de preoperatieve informatiesessie ging dan in de groep die daar wel heen ging.

Patiënten die de informatiesessie bijwoonden konden zich een beter beeld vormen van wat hen te wachten stond. Uit de resultaten blijkt echter ook dat in de groep patiënten die de informatiesessie niet bijwoonde er meer personen aangaven dat alles verliep zoals verwacht.

Aangezien 15 van de 16 patiënten uit dit onderzoek de gegeven informatie zinvol vond, blijkt preoperatieve informatie een must. Uit deze studie bleek echter, dat zowel voor de groep

patiënten die de informatiesessie bijwoonde als voor de groep patiënten die deze niet bijwoonde, de specialist een grote bron van informatie betekende. Voor de patiënten die naar de informatiesessie gingen vormde de verpleegkundige van op de informatiesessie tevens een belangrijke bron van kennis. De verpleegkundigen op de afdeling speelden in beide groepen slechts een kleine rol wat betreft informatieverstrekking.

Uit deze studie blijkt dus dat de taak van de specialist als preoperatieve informant niet mag onderschat worden. Aangezien een groot deel van de patiënten die naar de informatiesessie gingen aangeeft dat zij daar veel nuttige informatie uit gehaald hebben, is het nuttig om deze sessies verder te zetten.

Wat betreft het globale beeld op het ziekenhuisverblijf, inclusief de opvang en informatieverstrekking van de verpleegkundigen, waren er in dit onderzoek een groter aantal patiënten tevreden die de informatiesessie bijwoonden dan diegene die dit niet deden.

Tot slot bleek uit dit onderzoek dat er geen positief effect was van de preoperatieve informatie op de hospitalisatieduur.

De persoonlijke ervaringen van de verpleegkundigen op de afdeling wat betreft het effect van preoperatieve informatie op het postoperatief herstel konden niet allemaal worden bevestigd aan de hand van dit kleinschalig onderzoek. Men ging ervan uit dat de patiënten postoperatief minder pijn hadden, sneller mobiel waren, meer tevreden waren en minder lang in het ziekenhuis verbleven, na het verkrijgen van preoperatieve informatie. Dit onderzoek kon enkel het positief effect bevestigen wat betreft de patiënttevredenheid en slechts gedeeltelijk wat betreft postoperatieve mobiliteit.

Praktische implicaties

Men dient de preoperatieve informatiesessies verder te zetten aangezien dit zorgt voor meer zelfvertrouwen bij postoperatieve mobilisatie en meer kennis wat betreft de verdere revalidatie. Patiënten zijn beter voorbereid op hun ingreep en kunnen reeds maatregelen treffen in hun thuissituatie. Uit dit kleinschalig onderzoek blijkt dat patiënttevredenheid bepaald wordt door het al dan niet geïnformeerd zijn. Hoe meer tevreden een patiënt is, hoe sneller hij/zij zal revalideren.

De orthopedisten dienen zich bewust te zijn van het feit dat patiënten een groot deel van hun vertrouwen in handen van de artsen leggen. De informatie door een arts gegeven, wordt door de patiënten als belangrijk beschouwd, ongeacht of de patiënt naar de preoperatieve informatiesessie ging of niet.

Uit dit onderzoek blijkt dat de het pijnmanagement geslaagd is op de afdeling orthopedie in het A.Z. Sint-Lucas. Patiënten hebben postoperatief lage pijnscores, ongeacht de patiënten geïnformeerd zijn of niet. Pijncontrole bepaalt het comfort van de patiënt, wat op zich bepalend is voor de holistische patiëntenzorg.

Literatuurlijst

Aabakken, L., Baasland, I., Lygren, I., & Osnes, M. (1997). Development and evaluation of written patient information for endoscopic procedures. *Endoscopy*, 29 (1), 23-26.

Acute Pain Management Guideline Panel (1992). *Clinical Practice Guideline for Acute Pain Management: Operative of Medical Procedures and Trauma*. AHCPR pub. No. 92-0032. Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health and Human Service, Rockville, MD.

Ahles, T.A., Blanchard, E.B., & en Ruckdeschel, J.C. (1983). The multidimensional nature of cancer-related pain. *Pain*, 17, 277-288.

Anderson, R.M. (1995). Patient empowerment and the traditional medical model. *Diabetes care*, 18, 412-415.

Andrew, J.M. (1970). Recovery from surgery, with and without preparatory instruction for three coping styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 15, 223-226.

Aristotle. *Metaphysics*. Apostle HG, translator. Grinnell, IA: Peripatetic Press, 1979.

Asadi-Pooya, A.A., Schilling, C.A., Glosser, D., Tracy, J.I., and Sperling, M.R. (2007). Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression, and seizure control. *Epilepsy & Behavior*, 11 (3), 347-350.

Baert, I. (1998). Verloop van pijn en pijnbestrijding bij palliatieve kankerpatiënten. katholieke universiteit Leuven (Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap), 40-41.

Baker, M.L. (1999), Theories for practitioners: two frameworks for studying consumer health information-seeking behavior. *Bulletin of the Medical Library Association* , 87 (4), 444-450.

- Bandura, A. (1977). Self- efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bar-Tal, Y. and Spitzer, A. (1999). The effect of on coping of monitoring, blunting and the ability to achieve cognitive structure. *The Journal of Psychology*, 133 (4), 395-412.
- Breivik, H. (1998). Postoperative pain management: why is it difficult to show that it improves outcome. *European Journal of Anaesthesiology*, 15, 748-751.
- Brady, O.H., Masri, B.A., Garbuz, D.S., Duncan, C.P. (2000). Rheumatology: 10. Joint replacement of the hip and knee: when to refer and what to expect. *Canadian Medical Association Journal*, 163 (10), 1285-1291.
- Bulter, G.S., Hurley, C.A., Buchanan, K.L., Smith-Van Horne, J. (1996). Prehospital education: effectiveness with total hip replacement surgery patients. *Patient Education & Counseling*, 29 (2), 189-197.
- Burrige, L. (1993). Challenging the traditional view of pre-operative visiting. *British Journal of Theatre Nursing*, 3 (4), 12-15.
- Callaghan, P. et al. (1998). The effect of pre-operative information on post-operative anxiety, satisfaction with information, and demand for analgesia in Chinese men having transurethral resection of the prostate (TURP). *Journal of Clinical Nursing*, 7 (5), 479-480.
- Carlsson, A.M. (1983). Assessment of chronic pain. Aspects of the reliability and validity of the Visual Analogue Scale. *Pain*, 16, 87-101.
- Case, D.O., Andrews, J.E., Johnson, J.D., and Allard, S.L. (2005). Avoiding versus seeking: the relationship of information seeking to avoidance, blunting, coping, dissonance, and related concepts. *Journal of the Medical Library Association*, 93 (3), 353–362.
- Chen, K.H. (1992). Post-operative pain control. *Clinical Medicine*, 30 (1), 1-6.

Chiou, S.F. (1993). *The effects of systematic nursing intervention on postoperative pain and recovery for thoracotomy patients*. MA Thesis of Graduate Institute of Nursing, National Taiwan University, Taipei, Taiwan.

Clode-Baker, E., Draper, E., Raymond, N., Haslam, C., Gregg, P. (1997). Preparing patients for total hip replacement. A randomized controlled trial of a preoperative educational intervention. *Journal of Health Psychology*, 2 (1), 107-114.

Cohen, F., & Lazarus, R.S. (1973). Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35, 375-389.

Coleman, M., White, J. (2001). Pre-operative visiting in Wales: a study of prevalence and nature. *Nursing Times Research*, 6 (2), 611-625.

Courtney, M. (2000). Information about surgery: what does the public want to know? *New Zealand Journal of Surgery*, 71 (1), 24-26.

Crevits, E. en Vandewalle, C. (2002). Patiëntenvoorlichting in ieders voordeel. Focus, A.Z. Sint-Lucas, Gent.

Crowe, J., Henderson, J. (2003). Pre-arthroplasty rehabilitation is effective in reducing hospital stay. *Canadian Journal of Occupational Therapy – Revue Canadienne d'Ergotherapie*, 70 (2), 88-96.

Cupples S.A. (1991). Effect of timing and reinforcement of preoperative education on knowledge and recovery of patients having coronary artery bypass graft surgery. *Heart and Lung*, 20 (6), 654-660.

Daltroy, L.H., Morlino, C.I., Eaton, H.M., Poss, R., Liang, M.H. (1998). Preoperative education for total hip and knee replacement patients. *Arthritis Care & Research*, 11 (6), 469-478.

Doering, S., Behensky, H., Rumpold, G., Schatz, D.S. Rossler, S., Hofstotter, B., et al. (2001). [Videotape preparation of patients before hip replacement surgery improves mobility after

three months]. *Zeitschrift Fuer Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 47 (2), 140-152.

Devine, E.C., Bevsek, S.A., Brubakken, K., Johnson, B.P., Ryan, P., Sliefert, M.K., & Rodgers, B. (1999). AHCPR clinical practice Guideline on surgical pain management: adoption and outcomes. *Research in Nursing and Health*, 22, 119-130.

Devine, E.C., Cook, T.D. (1983). A meta-analytic analysis of effects of psychoeducational interventions of length of postsurgical hospital stay. *Nursing Research*, 32, 267-274.

Devine, E.C., & Cook, T.D. (1986). Clinical and cost-saving effects of psychoeducational interventions with surgical patients: A meta- analysis. *Research in Nursing and Health*, 9, 89-105.

Dobree, L. (1990). Pre-operative advice for patients. *Nursing Standard*, 4 (48), 28-30.

Doering, S., Behensky, H., Rumpold, G., Schatz, D.S., Rossler, S., Hofstotter, B. et al. (2000). Videotape preparation of patients before hip replacement surgery improves mobility after three months. *Zeitschrift Fuer Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 47 (2), 140-52.

Eberhardt, J., van Wersch, A., van Schaik, P., Cann, P. (2006). Information, social support and anxiety before gastrointestinal endoscopy. *British Journal of Health Psychology*, 11 (4), 551-559.

Eeckhout, K. (1999). Monitoring en blunting. Onderzoek van de psychometrische eigenschappen van de Vragenlijst Medisch Bedreigende Situaties van Van Zuuren. Een secundaire analyse. Zevergem.

Egbert, L., Battit, G.E., Welch, C.E., Bartlett, M.K. (1964). Reduction of post-operative pain by encouragement and instruction of patients. A study of doctor-patient rapport. *New England Journal of Medicine*, 270, 825-827.

Feyaerts, S. (1997). Patient education in case of a non dangerous, not burdensome diagnostic examination: the CT-scan; a follow-up study [Patiëntenvoorlichting bij een niet-gevaarlijk,

niet-vervelend diagnostisch onderzoek: de CT-scan]. Licentiaatsverhandeling ed. Gent: Verpleegwetenschap, Medisch-Sociale Wetenschappen, Universteit Gent.

Fisher, D.A., Trimble, S., Clapp, B., & Dorsett, K. (1997). Effect of a patient management system on outcomes of total hip and knee arthroplasty. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 345, 155-160.

Franklin, B. (1974). *Patient Anxiety on Admission to Hospital*. London, Royal College of Nursing.

Funnell, M.M., Anderson, R.M., Arnold, M.S., Barr, P.A., Donnelly, M., Johnson, P.D., Taylor-Moon, D., & White, N.H. (1991). Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *The Diabetes Educator*, 17, 37-41.

Gammon, J., Mulholland, C.W. (1996). Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on post-operative physical coping outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, 33 (6), 589-604.

Garretson, S. (2004). Benefits of pre-operative information programmes. *Nursing Standard*, 18 (47), 33-37.

Gattuso, S.M., Litt, M.D., Fitzgerald, T.E. (1992). Coping with gastrointestinal endoscopy: self-efficacy enhancement and coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 133-139.

Gould, D., Kelly, D., Goldstone, L., Gammon, J. (2001). Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: developing and using illustrated patient simulations to collect the data. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 697-706.

Grypdonck, M. (1988). Voorbereiding van volwassen patiënten op chirurgische ingrepen. *Verpleegkunde*, 4, 171-186.

Grypdonck, M. (1997). Methodologie voor wetenschappelijk onderzoek in de verpleegkunde. Niet gepubliceerde cursusnota's, Verpleegwetenschappen, Universiteit Gent.

Hanucharunkui, S., & Vinya-nguag, P. (1991). Effects of promoting patients' participation in self-care on postoperative recovery and satisfaction with care. *Nursing Science Quarterly*, 4 (1), 14-20.

Harmer, M., & Davies, K.A. (1998). The effect of education, assessment and a standardised prescription on postoperative pain management. *Anaesthesia*, 53, 424-430.

Hartfield, M.T., Cason, C.L., & Cason, G.J. (1982). Effects of information about a threatening procedure on patients' expectations and emotional distress. *Nursing Research*, 31, 202-206.

Hathaway, D. (1986). Effect of preoperative instruction on postoperative outcomes: A meta-analysis. *Nursing Research*, 35, 269-275.

Hayward, J. (1975). Information: A prescription against Pain. London, Royal College of Nursing.

Hayward, J.E.S., (1975). Royal College of Nursing and National Council of Nurses of the United Kingdom. Information, a prescription against pain. London: Royal College of Nursing.

Heye, M.L., Foster, L., Bartlett, M.K., & Adkins, S. (2002). A Preoperative Intervention for Pain Reduction, Improved Mobility, and Self- Efficacy. *Applied Nursing Research*, 16 (2), 1174-183.

Heszen-Niejodek, I. (1997). Coping style and its role in coping with stressful encounters. *European Psychologist*, 2, 342-351.

Hjelm-Karlsson, K. (1989). Effects of information to patients undergoing intravenous pyelography: An intervention study. *Journal of Advanced Nursing*, 1989, 853-862.

Johnson, J.E. (1996). Coping with radiation therapy: optimism and the effect of preparatory interventions. *Research in Nursing & Health*, 19, 3-12.

Johnson J.E. (1999). Self-regulation theory and coping with physical illness. *Research in Nursing & Health*, 22, 435-448.

Johansson, K., Hupli, M., & Salanterä, S. (2002a). Patients' learning needs after hip arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 634-639.

Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J., & Salanterä S. (2005). Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (2), 212-223.

Johansson, K., Salanterä, S., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2002b). Patient education in orthopaedic nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6, 220-226.

Kanto, J., et al. (1990). Pre-operative preparation. *Nursing Times*, B6 (20), 39-41.

Kremer, E., Atkinson, J.H., & Ignelzi, R.J. (1980). Measurement of pain: Patient preference does not confound pain measurement. *Pain*, 10, 241.

Krohne, H.W. (1991). *Das Konstrukt Repression-Sensitization und seine Weiterentwicklungen (Mainzer Berichte zur Persönlichkeitsforschung, No. 37)*. Mainz, Germany: Johannes Gutenberg-Universität, Psychologisches Institut.

Langer, E., Janis, I.L., Wolfer, J.A. (1975). Reduction of psychological stress in surgical patients. *Journal of experimental social psychology*, 11, 155-165.

Leino-Kilpi, H. (1999). Keynote speaker identifies need for research and empowerment among patients. *AORN Journal*, 70, 863-877.

Leino-Kilpi, H., Iire, L., Suominen, T., Vuorenheimo, J., & Välimäki, M. (1993). Client and information: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 2, 331-340.

Leino-Kilpi, H., Luoto, E., & Katajisto, J. (1998). Elements of empowerment and MS patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 18, 116-123.

Lepczyk, M., Raleigh, E.H., Rowley, C. (1990). Timing of preoperative patient teaching. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 300-306.

Ley, P. (1979). Memory for medical information. *The British journal of social and clinical psychology*, 18, 245-255.

Ley, P. (1985). Doctor-patient communication: some quantitative estimates of the role of cognitive factors in non-compliance. *Journal of hypertension. Supplement : official journal of the International Society of Hypertension*, 3, S51-S5.

Ley, P. (1988). Communicating with patients: improving communication, satisfaction, and compliance. London, Chapman & Hall.

Leventhal, H., Johnson J.E. (1983). Laboratory and field experimentation: development of a theory of self-regulation. In: Wooldridge P., Schmitt U., Skipper S.K.A., Leonard R.C., editors. Behavioral science and nursing theory. St. Louis: Mosby; 189-262.

Lin, L.-Y., & Wang, R.-H. (2005). Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (3), 252-260.

Lucy, M.S. (1999). An analysis of the concept of pain. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (4), 935-941.

Martelli, M.F., Auerbach, S.M., Alexander, J., Mercuri, L.G. (1987). Stress management in the health care setting: matching interventions with patient coping styles. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 55, 201-207.

Maslow, A.H. (1963). The need to know and the fear of knowing. *The Journal of general psychology*, 68, 111-125.

McDonald, S., Hetrick, S., & Green, S. (2007). Pre-operative education for hip or knee replacement (Review). *The Cochrane Library*, 7, 1-23.

Melzack, R., & Katz, J. (1994). Pain measurement in persons in pain. In D.W. Wall, & R. Melzack, Textbook of pain (pp. 337-350). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Melzack, R., & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.

Mezo, G.P., McCabe, R.E., Antony, M.M., and Burns K. (2005). Psychometric validation of a monitoring- blunting measure for social anxiety disorder: the coping styles questionnaire for social situations (CQSS). *Depression and Anxiety*, 22, 20-27.

Miller, S.M. (1980). When is a little information a dangerous thing? Coping with stressful events by monitoring versus blunting. In: Levine, S., Ursin, H., editors. Coping and health. New York: Plenum Press, 145-170.

Miller, S.M. (1987). Monitoring and Blunting: Validation of a Questionnaire to Assess Styles of Information Seeking Under Threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (2), 345-353.

Miller, S.M., (1988). The interacting effects of coping styles and situational variables in gynaecologic settings: implications for research and treatment. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 9, 23-34.

Miller, S.M. (1995). Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. *Cancer*, 76, 167-177.

Miller, S.M., Brody, D.S. and Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat: implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 142-148.

Miller, S.M., Combs, C., Kruus, L. (1993). Tuning in and tuning out: confronting the effects of confrontation. In: Krohne, H.W., editor. *Attention and avoidance: strategies in coping with aversiveness*. (pp. 51-71) Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.

Miller, S.M., Combs, C., Stoddard, E. (1989). Information, coping and control in patients undergoing surgery and stressful medical procedures. In: Steptoe, A., Appels, A., editors. *Stress, personal control and health*. Chichester (UK): Wiley, 107-130.

Miller, S.M., Mangan, C.E. (1983). Interacting effects of information and coping style in adapting to gynaecologic stress: should the doctor tell all. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 223-236.

Miller, S.M., Shoda, Y., Hurley, K. (1996). Applying cognitive-social theory to health-protective behaviour: breast self-examination in cancer screening. *Psychological Bulletin*, 119, 70-94.

Muris, P., Van Zuuren, F.J. and De Vries, S. (1994). Monitoring, blunting and situational anxiety: a laboratory study on coping with a quasi medical stressor. *Personality and Individual Differences*, 16, 365-372.

Muris, P., van Zuuren, F., & Merckelbach, H. (1993). Preparation for a frightening picture: Effects of an imposed monitoring and blunting strategy in relation to habitual coping style. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 119-127.

Myers, L.B. and Derakshan, N. (2000). Monitoring and blunting and an assessment of different coping styles. *Personality and Individual Differences*, 28 (1), 111-121.

National Institutes of Nursing Research (1994). *The Nature of Pain: A Conceptual Perspective. A Report of the NINR Priority Expert Panel on Symptom Management: Acute Pain*. US Departments of Health and Human Services, US Public Health Service National Institutes of Health, Bethesda, MD.

Orem, D.E., Taylor, S.G., Renpenning, K.M. (2001). *Nursing; concepts of practice*, Sixth ed. St. Louis: Mosby.

Owen, H., McMillan, V., Rogowski, D. (1990). Postoperative pain therapy: a survey of patients' expectations and their experiences. *Pain*, 41, 303-307.

Pearce, P., McKenzie, M. & Taylor, G. (1991). Wound infections in orthopaedic surgery: effect of extended surveillance on infection rate. *Canadian Journal of Surgery*, 34 (1), 31-34.

Poskiparta, M., Liimatainen, L., Kettunen, T. & Karhila, P. (2001). From nurse-centred health counseling to empowermental health counselling. *Patient Education and Counseling*, 45, 69-79.

Rees C.E., Bath P.A. (2001). Information-seeking behaviors of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28, 899-907.

Rees, C.E., Bath, P.A. (2000). The psychometric properties of the Miller Behavioral Style Scale with adult daughters of women with early breast cancer: a literature review and empirical study. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 366-374.

Revill, S.I., Robinson, J.O., Rosen, M., & Hogg, M.I.J. (1976). The reliability of a linear analogue for evaluating pain. *Anaesthesia*, 31, 1191-1198.

Robbins, J.A., Bertakis, K.D., Helms, I.J., Azari, R. Callahan, E.J., & Creten, D.J. (1993). The influence of physician practice behaviours and patient satisfaction. *Family Medicine*, 25, 17-20.

Roter, D.L. (1977). Patient participation in the patient-provider interaction; the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Education Monograph*, 5, 335-341.

Santavirta, N., Lillqvist, G., Sarvimaki, A., Honkanen, V., Kontinen, Y.T., Santavirta, S. (1994). Teaching of patients undergoing total hip replacement surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 31 (2), 135-142.

Schwartz, B.D., Fortin, J.D., & Kim, H.S. (1994). Client-nurse interaction: testing for its impact in preoperative instruction. *International Journal of Nursing Studies*, 31 (1), 23-35.

Scott, L.E., Clum, G.A., Peoples, J.B. (1983). Preoperative predictors of postoperative pain. *Pain*, 15, 283-293.

Searle, R., & Bennett M. (2008). Pain assessment. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 9 (1), 13 – 15.

Shuldham, C. (1999). A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 171-177.

Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N.n Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*, 51, 169-176.

Stephoe, A., Sutcliffe, I., Allen, B., and Coombes, C. (1991). Satisfaction with communication, medical knowledge and coping style in patients with metastatic cancer. *Social Science and Medicine*, 32, 627-632.

Stiles, W.B., Putnam, S.M., Wolf, M.H., & James, S.A. (1979). Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interviews. *Medical Care*, 17, 667-679.

Swindale, J. (1989). The nurse's role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 14 (11), 899-905.

Theis, S., & Johnson, J. (1995). Strategies for teaching patients: A meta analysis. *Clinical Nurse Specialist*, 9 (2), 100-105.

Van der Beek, H.J. (1998). Het meten van copingstijl. Een onderzoek naar mogelijkheden om de copingstijl van patiënten te identificeren. Doctoraatscriptie, Verpleegwetenschap, Universiteit Utrecht, 35p.

Van Der Zee, K.I., Gallandat Huet, R.C., Cazemier, C., & Evers, K. (2002). The influence of the premedication consult and preparatory information about anesthesia on anxiety among patients undergoing cardiac surgery. *Anxiety, Stress and Coping*, 15 (2), 123-133.

Van Hecke, M., en Vanbellinghen, M. (2007). Patiëntenfolders kunnen beter. *Test gezondheid*, 81, 18-22.

Van Slycken, S. (1998). Patiëntenvoorlichting bij een niet-gevaarlijk, niet-vervelend diagnostisch onderzoek: de CT-scan; Een vervolgonderzoek. Niet gepubliceerde

licentiaatsverhandeling, Faculteit Geneeskunde, Medisch Sociale Wetenschappen, Universiteit Gent, 92p.

Van Vliet, M.J., Grypdonck, M., Van Zuuren, F.J., Winnubst, J., & Kruitwagen, C. (2004). Preparing patients for gastrointestinal endoscopy: the influence of information in medical situations. *Patient Education and Counseling*, 52, 23-30.

Van Zuuren, F. (1994). Cognitive confrontation and avoidance during a naturalistic medical stressor. *European Journal of Personality*, 8, 371-384.

Van Zuuren, F.J., de Groot, K.I., Mulder, N.L., & Muris, P. (1996). Coping with medical threat: an evaluation of the Threatening Medical Situations Inventory (TMSI). *Personal and individual differences*, 21, 21-31.

Van Zuuren, F.J., De Jongh, A., Beekers, C. & Swinkels, P. (1999). Coping with dental treatment: correlates of dispositional and domain specific monitoring and blunting. *Psychology and Health*, 14, 323-337.

Van Zuuren, F.J., Grypdonck, M., Crevits, E., Vande Walle, C., Defloor, T. (2006). The effect of an information brochure on patients undergoing gastrointestinal endoscopy: A randomized controlled study. *Patient Education and Counseling*, 64, 173-182.

Van Zuuren, F.J., & Hanewald, G.J.F.P. (1993). Cognitieve toenadering en vermijding in medische bedreigende situaties: de ontwikkeling van een vragenlijst. *Gedragstherapie*, 26, 33-48.

Van Zuuren, F.J., Wolfs, H.M. (1991). Styles of information seeking under threat: personal and situational aspects of monitoring and blunting. *Personality and individual differences*, 12 (2), 141-149.

Vernon, D.T. & Bigelow, D.A. (1974). Effect of information about a potentially stressful situation on responses to stress impact. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29 (1), 50-59.

Voss, U. & Harsh, J. (1998). Information processing and coping style during the wake/sleep transition. *Journal of Sleep Research*, 7, 225-232.

Voss, U., Müller, H., Schermelleh-Engel, K. (2006). Towards the assessment of adaptive vs. rigid coping styles: Validation of the Frankfurt Monitoring Blunting Scales by means of confirmatory factor analysis. *Personality and Individual Differences*, 41, 295-306.

Waddell, G. & Turk, D.C. (1992). Clinical Assessment of Low Back Pain. In Turk, D.C. & Melzack, R. (Eds.). *Handbook of Pain Assessment* (pp. 15-36). New York: The Guilford Press.

Warwick, R., Joseph, S., Cordel, C., & Ashworth, P. (2004). Social support for women with chronic pain: What is helpful from whom? *Psychology and Health*, 19 (1), 117-134.

Watkins, L.O., Weaver, L., Odegaard, V. (1986). Preparation for cardiac catheterization: tailoring the content of instruction to coping style. *Heart Lung*, 15, 382-389.

Watts, S., Brooks, A. (1997). Patients' perceptions of the pre-operative information they need about events they may experience in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (1), 85-92.

Wijgman, A.J., Dekkers, G.H., Waltje, E., Krekels, T., Arens, H.J. (1994) [No positive effect of preoperative exercise therapy and teaching in patients to be subjected to hip arthroplasty]. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 138 (19), 949-952.

Williams, P.D., & Valderrama, D.M. (1988). Effects of preparation for mastectomy/hysterectomy on women's post-operative self-care behaviors. *International Journal of Nursing Studies*, 25 (3), 191-206.

Williams, S.J., & Calnan, M. (1991). Convergence and divergence: Assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Social Science and Medicine*, 33 (6), 707-716.

Williams-Piehot, P., Pizarro, J., Schneider, T.R., Mowad, L., Salovey, P. (2005). Matching health messages to monitor-blunting coping styles to motivate screening mammography. *Health Psychology*, 24, 58-67.