

Educatie bij de diabetespatiënt

Marleen De Pover, Praktijklector Arteveldehogeschool en Diabeteseducator
Cursus Artevelde hogeschool 2002



1. Wat is educatie ?	3
2. De educator en patiëntenvoorlichting	4
2.1. Waarom patiëntenvoorlichting ?.....	4
2.2. De educator en het leerproces van de patiënt	4
2.3. Het belang van patiëntenvoorlichting voor de patiënt en de educator.....	5
3. Het plannen van patiëntenvoorlichting.....	6
3.1. De inventarisatie van de leerbehoeften.....	6
3.2. Bepalen van de leerdoelen	8
3.3. Het opstellen van de educatieboodschap	8
3.4. De keuze van de methode	10
3.5. De keuze van de middelen	13
3.6. De keuze van de persoon die de educatie geeft.....	15
3.7. Het bepalen van de evaluatiemethode :.....	15
3.8. De wijze van verslaggeving na de educatie	16
3.9. Het educatieplan	16
4. De uitvoering: enkele algemene principes.....	16
4.1. Werk planmatig	16
4.2. Las regelmatig pauzes in	16
4.3. Ga uit van wat de patiënt kent en ga van eenvoudig naar ingewikkeld.....	16
4.4. Maak directe toepassing van nieuwe kennis mogelijk.....	17
4.5. Geef de juiste feedback	17
4.6. Bekrachtig vorderingen	17
4.7. Hou rekening met de dominante leerstijl.....	17
5. Geraadpleegde literatuur.....	17

Educatie, begeleiding tot zelfzorg en zelfregulatie

1. Wat is educatie ?

Letterlijk : opvoeding of vorming, dat wil zeggen het begeleiden van een persoon (hier een diabeet) naar zelfstandigheid en het (kunnen) dragen van eigen verantwoordelijkheid.

Kennis	→ attitude = overtuiging.
Zelfvertrouwen	→ gedragsverandering → GEDRAG.
Angst ziekte.	→ subjectieve norm, werkt belemmerend voor opname info en actief omgaan met ziekte.

(model uit GW van Fishbein en Ajzen)

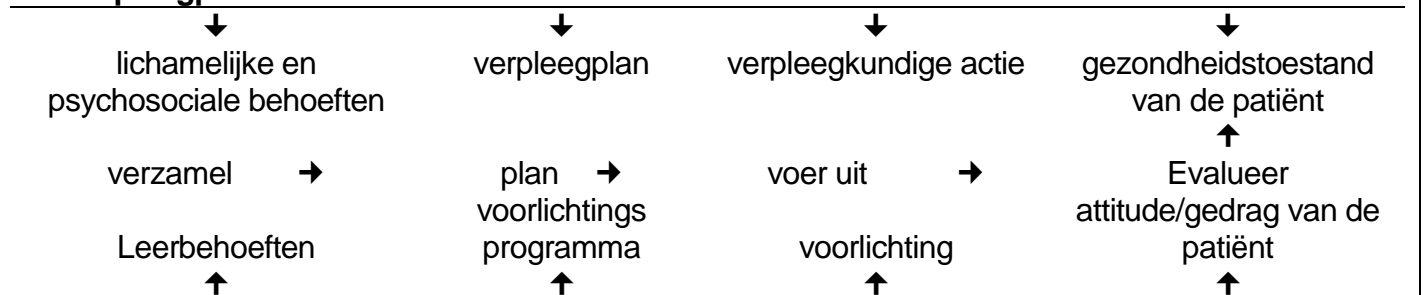
Educatie beperkt zich dus niet tot het geven van voorlichting (Wat is diabetes ?) en het aanleren van kennis en vaardigheden (Hoe spuiten, testen ?). Men moet de diabeet zo goed mogelijk informeren, motiveren en terzijde staan, bij het afwegen van de verschillende elementen, die een rol spelen bij het nemen van beslissingen, over de aanpak van diabetes vb diabeet type 1 wilt gaan sporten dan moet hij eerst heel wat info krijgen en toepassen o.a. glycemiecontrole, insulineaanpassing, inname K.H., meenemen snelwerkende K.H., hypo gevaar, aangepaste schoenen, voetzorg

Diabeteseducatie is gericht op het leren omgaan met diabetes op een zodanige wijze dat daarmee zoveel mogelijke levensdoelen van de patiënt. gerealiseerd worden, men moet de totaalbehandeling van de patiënt. voor ogen zien = holisme. Om deze reden wordt tegenwoordig het concept “**therapeutische patiënteducatie**” steeds verder ontwikkeld.

Het belangrijkste bij de educatie is de patiënt tot **MOTIVATIE** brengen en dit blijven volhouden.

Begrippen als : GVO (gezondheidsvoorlichting en opvoeding), patiënteninstructie, begeleiding en educatie worden vaak door elkaar gebruikt en hebben inderdaad allemaal iets met elkaar gemeen. Volgens Damoiseaux (1987) is patiëntenvoorlichting als volgt gedefinieerd : “**Het is een doelgericht, systematisch leer- en communicatieproces dat is samenspraak met de patient wordt geformuleerd, om zodanige veranderingen in kennis, inzicht, vaardigheden, attitude en gedrag te bewerkstellingen dat een gunstige invloed op het genezingsproces en het omgaan met (restanten van) ziekte verwacht mag worden.**”. Hierbij moet de patiënt in zijn sociale context beschouwd worden. Dit betekent dat de familie van de patiënt, indien mogelijk, actief betrokken wordt in dit proces. Volgens Dekkers F. (1991) heeft patiëntenvoorlichting 4 aspecten : patiënteninformatie, patiënteninstructie, patiënteneducatie en patiëntenbegeleiding. Patiëntenvoorlichting richt zich voornamelijk naar de individuele patiënt. en in mindere mate naar een groep. De opbouw van het voorlichtingsproces is niet onbekend. Het toont opvallend veel gelijkenis met het verpleegproces .

Het verpleegproces :



Het voorlichtingsproces

In het verpleegproces gaat men bij het opmaken van het verpleegplan uit van de somatische en psychosociale behoeften van de patiënt. Men bepaalt de verpleegproblemen, verpleegdoelen, evaluatiecriteria en plant de activiteiten. Bij voorlichting gaat men uit van de leerbehoeften voor het bepalen van de leerdoelen, de inhoud, de middelen en methoden van voorlichting. Beide hebben een cyclische structuur. De doorlopende evaluatie zorgt voor een voortdurende bijstelling van de voorgaande fasen.

2. De educator en patiëntenvoorlichting

2.1. Waarom patiëntenvoorlichting ?

Patiënt "leren" hoe ze voor zichzelf kunnen zorgen is reeds een essentieel onderdeel van de verpleegkunde sinds zijn ontstaan. Verpleegkundigen nemen deze educatieve activiteiten zowel op in de thuiszorg als in ziekenhuizen. Hun grote beschikbaarheid maakt ze hiervoor uiterst geschikt. Bij diabetes verwacht men echter een medewerking van het ganse team = "shared care". De grote belangstelling voor patiëntenvoorlichting de laatste jaren is het gevolg van een aantal factoren :

- ⇒ het ontbreken van of slechte voorlichting leidt tot nieuwe problemen of verergeren van bestaande vb belang van gezonde voeding bij diabetesbehandeling
- ⇒ door adequate voorlichting is het veelal mogelijk problemen te voorkomen en vroegtijdig te onderkennen vb belang van voetinspectie om voetproblemen te voorkomen
- ⇒ de verblijfsduur in het ziekenhuis is sterk gedaald, daardoor hebben mensen met chron. gezondheidsproblemen en hun familie nood aan educatie, om in de thuissituatie onafhankelijk van de hulpverlener te kunnen functioneren vb injectie leren geven
- ⇒ meer en meer wordt het recht van de patiënt erkend om te participeren in de beslissingen omtrent zijn ziekte en wordt verwacht dat hij actief deelneemt aan zijn behandeling. vb samen met dokter targets opstellen vb 5 kg vermageren, die dan samen met de diabetesverpleegk. en diëtiste verder uitwerken
- ⇒ mensen worden steeds meer bewust van het effect van hun gedrag op hun gezondheid vb belang van beweging en sport om sociaal welbevinden te verhogen

2.2. De educator en het leerproces van de patiënt

De educator kan op verschillende manieren deelnemen aan " het leerproces " van de patiënt.

2.2.1 Gepland leren :

Ze is enkel mogelijk en effectief wanneer de educator beschikt over voldoende tijd. Deze tijd is nodig om de leerbehoeften van de patiënt in te schatten, om een vertrouwensrelatie met de patiënt en zijn familie op te bouwen waarop het leren stoelt, om de werkwijze en de media die noodzakelijk zijn, te plannen en voor te bereiden .

Gepland leren kan gebeuren in groep of individueel. Het kan deel uitmaken van een gestandaardiseerd programma of beantwoorden aan specifieke leerbehoeften.

2.2.2. Niet gepland leren :

Gedurende een ziekenhuisopname heeft een educator verschillende contacten met de patiënt en/of hun familie. In sommige contacten geeft ze informatie, adviezen, opinies of toont ze iets voor. Deze voorlichtingsactiviteiten kunnen ontstaan vanuit een onvoorziene vraag van patiënt/of familie, of vanuit de hulpverlener zelf omdat hij vindt dat de crisissituatie waarin de patiënt verkeert dat vraagt vb tijdens de educatie van de diëtiste merkt ze op dat de patiënt begint te transpireren en bleek trektze besluit de glycemie te controleren omdat ze een hypo vermoedt en geeft de

patiënt dan een 1/4 glas fruitsap. De patiënt, bij wie de diagnose nog maar 2 dagen gesteld is, heeft nog geen hypo gehad. Door haar optreden wordt de kennis, het inzicht, de attitude en/of de vaardigheid van de patiënt beïnvloed.

2.2.3. Indirect/spontaan leren :

Patiënt leren soms van hulpverleners zonder dat deze zich daarvan bewust zijn of zelfs zonder dat deze echt met hen in contact treden. De patiënt observeert de “zorgexpert” die voor hem een rolmodel is. Hij/zij observeert het gedrag en interpreteert dit zonder verdere interactie.

2.3. Het belang van patiëntenvoorlichting voor de patiënt en de educator

2.3.1. Belang voor de patiënt

Een goede voorlichting heeft de volgende voordelen :

1° een snellere en betere glycemieregeling

Door adequate educatie zijn er minder emotionele spanningen en innerlijk evenwicht draagt bij tot welbevinden. Een van de grote teleurstellingen van de hulpverleners is het onvoldoende volgen van de voorgeschreven therapie. Goede voorlichting en educatie is echter een voorwaarde voor therapietrouw.

2° een goede relatie met de verpleegkundige en de andere hulpverleners

Voorlichting bevordert de mondigheid van de patiënt. Hierdoor kan de patiënt een gelijkwaardige positie t.o.v. zijn hulpverleners verkrijgen. De meeste patiënt waarden dit sterk en zullen hierdoor meer open zijn naar de hulpverlener toe. Deze kan hierdoor sneller en beter inspelen op de hulpvragen, zelfzorgtekorten, de belevingswereld of eigen verlangens van de patiënt.

3° reductie van de angst

het is voor de patiënt geruststellend te weten welke ziekte hij /zij heeft, welke problemen hij kan verwachten, hoe die te beperken, te voorkomen zijn, wat hij zelf kan doen ... Achterhouden van info zal daarentegen angst opwekken vb een diabetespatiënt die niet verwittigd is dat hij, na het indruppelen van de ogen voor een oogfundus, wazig gaat zien en vermoed dat er nu iets mis is gelopen. Door angstreductie wordt de hulpverlening effectiever.

4° meer zekerheid

Door de educatie weet de patiënt waar hij aan toe is en wat er hem te wachten en te doen staat. Door het meegeven van een telefoonnummer waar hij na ontslag altijd terecht kan, een infonummer vb diabetesinfolijn verhoogt de zekerheid en dit werkt stimulerend om mee te werken in het hulpverleningsproces en om een zo hoog mogelijk niveau van zelfzorg te bereiken.

2.3.2. Het belang voor de hulpverlener

Voor de educator is patiëntenvoorlichting dikwijls de weg naar optimale medewerking van de patiënt, naar een gelijkwaardige relatie en betere hulpverleningsmogelijkheden. De educator raakt beter op de hoogte van de achtergronden van de patiënt, zijn belevingswereld, zijn gedachten en drijfveren. Daardoor kan de hulpverlening beter afgestemd worden op de individuele behoeften van de patiënt en dit is toch het doel van elke efficiënte hulpverlening (Oldenbroek, 1996)

3. Het plannen van patiëntenvoorlichting

Bij het plannen van educatie aan een patiënt of een groep patiënt zijn de volgende activiteiten essentieel :

- ⇒ het bepalen van de behandelingsdoelen door het diabetisch team in samenspraak met de patiënt, “Waarom ?”
- ⇒ het formuleren van de leerbehoeften, “Wat moet de patiënt weten, kennen, kunnen?”
- ⇒ bepalen van de inhoud van de educatie, “Wat ?”
- ⇒ de keuze van de methode , “Hoe ?”
- ⇒ de keuze van de middelen , “Hoe ? Waar ?”
- ⇒ de keuze van de persoon die de educatie geeft, “Wie geeft wat ?”
- ⇒ het bepalen van de evaluatiemethode

De planningsactiviteit vindt zijn neerslag in het voorlichtings- of educatieplan. We bespreken de verschillende stappen.

3.1. De inventarisatie van de leerbehoeften

De doeltreffendheid van de educatie wordt bepaald door de zorgvuldigheid waarmee de behandelingsdoelen van de individuele patiënt, samen met die patiënt, vooropgesteld worden en gekoppeld worden aan de leerbehoeften.

3.1.1 Wat zijn leerbehoeften ?

Die zijn te zien als tekorten om het gewenste gedrag uit te voeren. Deze tekorten kunnen op 3 niveaus gesitueerd worden:

- ⇒ **het cognitieve of het weten:** Hoe werkt een pancreas ? Wat doet insuline ? Wat loopt er fout bij diabetes ? Wat is een hypo ?
- ⇒ **het affectieve of het voelen:** motieven, angst, verlangens, attitudes, besluiten vb patiënt durft zichzelf niet te spuiten uit angst iets verkeerd te doen en dan naar het ziekenhuis te moeten
- ⇒ **het psychomotore of het kunnen:** vaardigheden vereist om het gewenste gedrag uit te kunnen voeren vb patiënt die erg angstig en onzeker zijn , daardoor beven, krijgen de bloeddruppel niet op de juiste plaats op de strip, bij glycemiecontrole

3.1.2. Het vaststellen van de leerbehoeften

Leerbehoeften worden in eerste instantie vermoed vanuit de kennis over het verloop van de ziekte, de onderzoeken en de behandeling. Welke kennis, inzicht, vaardigheden en attitudes de patiënt nodig heeft om met zijn ziekte om te gaan, zelfzorg en zelfregulatie mogelijk te maken. Daarnaast leveren de gesprekken met de patiënt, zijn familie en leden van het diabetesteam nuttige gegevens op voor het beoordelen van de leerbehoeften van de patiënt. Het bepalen van de leerbehoeften is een doorlopend proces dat naargelang de levensloop en wijzigende omstandigheden vb veranderen van werk, nieuwe hobby, op reis, zwangerschap, nieuwe materialen ... moet aangevuld worden en ook regelmatig geëvalueerd. Een educatieproces is nooit afgewerkt.

- gesprekken met de patiënt : formele of informele gesprekken

Een formeel gesprek, zoals het anamnesegesprek, verloopt meestal op een ge- gestructureerde wijze a.d.h.v. een aantal topics. Informele gesprekken in de dagelijkse omgang komen minder bedreigend over zodat de patiënt eerder in een informeel gesprek geneigd is zijn ware gevoelens en gedachten bloot te leggen.

Vraag in deze gesprekken o.a. naar de kennis die de patiënt bezit over diabetes en de behandeling, een dergelijke evaluatie is essentieel voor de planning van de behandelingsstrategie op korte en lange termijn. Tracht vooroordelen op te sporen en te bespreken. Vb uw patiënt heeft een verkeerde beeldvorming over diabetes : “Alle diabeten worden vroeg of laat blind of ondergaan een beenamputatie”

- een gesprek met de familie

Dit gesprek kan duidelijk maken in welke mate zij op de hoogte zijn over de ziekte en behandeling, welke hun verwachtingen zijn of er misvattingen of emotionele problemen (vb schuldgevoelens bij ouders van een diabetes kind) zijn die de voorlichting en instructie kunnen belemmeren. Men kan eveneens inschatten in welke mate zij kennis, inzicht en vaardigheden hebben en bereid zijn tot leren om hun familielid na zijn ontslag te helpen vb opvangen bij hypo toedienen glucagen, luisterend oor bij balen, samen sporten, ...

Ook kan de familie nuttige informatie verlenen over hoe de patiënt omgaat met de ziekte, zijn leef- en eetgewoonten, zijn professionele activiteiten, zijn culturele en sociale achtergrond, allemaal zeer nuttige info daar de motivatie van de patiënt, van deze persoonlijke factoren afhankelijk is. (= leerbereidheid) zie verder .

- informatie van andere teamleden

De indrukken van de andere teamleden kunnen uw bevindingen ondersteunen, aanvullen of tegenspreken. Ga ook na of nog beter spreekt voordien af, wat ieder teamlid meedeelt over diagnose, behandeling ... Zo voorkomt u dat ze tegenstrijdige info krijgen of verschillende keren dezelfde. Teamoverleg en verslaggeving is noodzakelijk.

- observatie van de patiënt

Let op lichaamstaal om een indruk te krijgen over zijn lichamelijke en psychische toestand die verstorend of bevorderend kan inwerken op het educatie- proces.

- het medisch en verpleegkundig dossier

Hier vind je achtergrondgegevens vb opleidingsniveau, beroep, godsdienst, vroegere ziekenhuisopnames en aandoeningen , die gegevens kunnen nuttig zijn voor het plannen van de educatie.

Tijdens het inventariseren van de leerbehoeften wordt ook aandacht besteed aan het bepalen van de leerbereidheid en het leervermogen.

Leerbereidheid ontstaat wanneer de patiënt een verschil ervaart tussen wat hij weet en wat hij wil weten. Als hij echter lak heeft aan de educatieboodschap, bv omdat deze betekent dat hij een geliefde gewoonte, roken BV. moet opgeven, zal hij vermoedelijk niet veel leerbereidheid hebben. Om een idee te krijgen over de leerbereidheid van de patiënt. is het noodzakelijk te achterhalen of de patiënt de inhoud van de educatie belangrijk vindt of als tijdsverspilling ervaart. Hoe belangrijker hij die vindt, hoe groter de leerbereidheid in het algemeen is.

Hou rekening met volgende factoren :

⇒ cognitieve dissonantie: wanneer de inhoud strijdig is met, of bedreigend is voor de bestaande denkbeelden en ideeën, zal de patiënt deze in eerste instantie verwerpen. De patiënt moet eerst overtuigd worden van het belang van de boodschap. Dit kan men bevorderen door hem in contact te brengen met lotgenoten m.a.w. voor onze streek met de VDV of de Vlaamse Diabetes Vereniging. De kracht van het lotgenotencontact is vaak intenser dan met beroepshulpverleners, ze ontmoeten daar ervaringsdeskundige diabeten.

- ⇒ de levensfase waarin hij verkeert : een puber kan glycemiecontrole weigeren of zeuren met de resultaten omdat hij in de protestfase verkeert, terwijl een bejaarde zijn gebakje niet laat omdat hij niets anders meer heeft.
- ⇒ de beroepsloopbaan : de mate dat “leren” belangrijk is /was en de ervaringen hiermee zullen de leerbereidheid van de patiënt beïnvloeden.
- ⇒ persoonlijke ideeën over ziekte en gezondheid : de kans dat de diabeet zich engageert in het educatieproces en bereid is te leren wordt beïnvloed door zijn verwachtingen dat dit gedrag daadwerkelijk zal resulteren in betere glycemiecijfers. Eveneens belangrijk is de waarde die hij hecht aan gezondheid en aan de voordelen van het goede gedrag.
- ⇒ het attribueren van de ziekte: een patiënt die zijn ziekte toeschrijft aan erfelijke factoren (“Het zit in de familie”), waaraan hij niet veel kan doen, zal waarschijnlijk weinig interesse hebben in info over een dieet. Een patiënt die vindt dat hij een goede regeling zelf in de hand heeft (interne locus of control) is eerder bereid tot leren dan iemand die vindt dat anderen daarop meer greep hebben (externe locus of control), die geloven dat ziekte en gezondheid door geluk bepaald wordt.

De locus of control is ook belangrijk voor de keuze van de educatieaanpak.

Voor intern georiënteerden ziet Shillinger volgende stappen belangrijk :

1. keuze in de behandelingswijze
2. betrokkenheid van de patiënt in het maken van keuzes
3. beklemtonen van de individuele verantwoordelijkheid

Voor extern georiënteerde patiënt. :

1. overtuigen dat zij zelf greep kunnen hebben op hun ziekte
2. beklemtoon het vertrouwen op “social support” systemen
3. verbeteren van de vaardigheden om zelf keuzes te maken (Boyd e.a. 1998)

- ⇒ de sociaal-culturele achtergrond : de leerbereidheid kan afnemen wanneer de inhoud van de educatie botst met gangbare gewoonten, tradities, godsdienstige voorschriften vb de Ramadan in de Islam

Het leervermogen :

is afhankelijk van de lichamelijke en psychische toestand.

Pas gediagnosticeerde patiënt kunnen zo overweldigd ,verdrietig zijn dat op dit moment , luisteren en leren onmogelijk is. De psychische toestand vb. ongerustheid en angst beïnvloeden het denkproces en het concentratievermogen. Ook zintuiglijke tekorten vb verminderd gezichts- of gehoorvermogen,, vermindering van de fijne motoriek e.a. kan de educatie moeilijker maken. Het is dus nuttig in te schatten welke factoren het leervermogen kunnen verstoren.

3.2. Bepalen van de leerdoelen

Bij een diabetespatiënt worden de leerdoelen geformuleerd vanuit de behandelingsdoelen.

De leerdoelen zijn nodig om de afgesproken streefwaarden en attitudes te kunnen bereiken en te zorgen dat de diabeet een leven zou kunnen leiden dat kwalitatief en kwantitatief gelijk is aan dat van een persoon zonder diabetes.

3.3. Het opstellen van de educatieboodschap

Educatie betekent communicatie d.w.z. het overbrengen van een boodschap van een zender naar een ontvanger. Bij communicatie denken we in eerste instantie aan de inhoud van de boodschap. Het relationele aspect is minstens even belangrijk, hoe we iets zeggen : intonatie, gelaatsuitdrukking, lichaamshouding Hoe die inhoud moet geïnterpreteerd worden, wordt sterk beïnvloed door het non - verbaal gedrag van de zender en de ontvanger.

We vergelijken 2 boodschappen :

- ✓ educator zegt tegen een puber die graag fastfood eet en bekend dat hij dan in het geniep snelwerkende insuline bijspuit : “ Een insulinepen is geen speeltje, je kan dit niet doen, je gewicht is weer de hoogte in en anders gaat de dokter je weigeren verder te behandelen. Je moet maar samen slaatjes gaan eten. Ik bel de diëtiste voor een afspraak.”
- ✓ of “Ik kan mij voorstellen dat je graag met je vrienden iets gaat eten, maar indien je te vaak snelwerkende insuline bijspuit en extra calorieën binnenkrijgt, gaat je gewicht de hoogte in met als gevolg dat je nog meer insuline nodig krijgt. Wil ik voor jou een afspraak maken met de diëtiste, zo kunnen jullie samen de samenstelling van die fastfood bekijken en naar alternatieve oplossingen zoeken. Wat zou je er van vinden om met jouw vrienden naar een eetcafé te trekken, daar kan je slaatjes eten en de prijs valt heus mee? Wat denk je, maak ik een afspraak ?”

Niettegenstaande de inhoud van de boodschap gelijkaardig is, zal de puber de boodschap totaal anders ervaren. De educator komt in het eerste voorbeeld zeer gebiedend en autoritair over, hij duldt geen tegenspraak. De tweede educator zal begrijpend overkomen, hij staat open en vraagt naar inbreng van de patiënt.

Van Parijs (1991) geeft enkele algemene regels voor zowel schriftelijke als verbale communicatie met een patiënt:

1° de boodschap moet correct en bondig zijn

bij een onjuiste inhoud wordt de competentie van de educator al snel in vraag gesteld en dit verstoort de relatie met de patiënt. Vaak is het beter een adequate info te geven en bij het volgend contact verdere details, inspeland op ervaringen van de patiënt, dagelijkse herkenbare situaties en vragen van de patiënt.

2° het aantal boodschappen moet beperkt worden.

teveel aandachtspunten zorgen voor cognitieve en emotionele overbelasting en worden toch niet echt gehoord. Die zaken bespreken die nu belangrijk zijn voor de patiënt.

3° eenvoudige taal en terminologie gebruiken

moeilijke vakjargon vermijden en niet te technisch worden. Gebruik zoveel mogelijk de taal van de patiënt zonder in extremen te vervallen. Wees praktisch.

4° regelmatig vragen inlassen

nagaan of de boodschap begrepen werd. Toon dat je open staat voor overleg, met inbreng van de patiënt. Geen monoloog.

5° gebruik maken van folders, foto's, video

de boodschap wordt erdoor versterkt en duidelijker.

6° een gebiedende, beschuldigende of betuttelende stijl vermijden.

een beschuldigende stijl zoals : “Uw glycemie is te hoog omdat u de voedingsvoorschriften niet opvolgt”, verstoort de relatie. Men loopt kans dat de volgende boodschap niet meer overkomt. Gebruik ik-boodschappen zoals : “Ik vind het, gezien et belang van een goede glycemieregeling belangrijk dat u op uw voeding let. Wat vindt uzelf hiervan’

7° gevoelens meedelen - herformuleren - stiltes inbouwen

het is beter uw eigen gevoelens van onmacht te verwoorden bv: “Ik ben wat ontgoocheld over het feit dat je de vorige keer niet op jouw afspraak was en ook niets hebt laten horen” Beter dan de patiënt nu extra te laten wachten en een andere patiënt voor te nemen. Geef de patiënt ook de kans zijn gevoelens te uiten en herformuleer. Dit bevestigt dat er naar hem geluisterd wordt, zo kan je controleren als de boodschap juist verstaan is en het moedigt de patiënt aan om meer te zeggen. Laat stiltes toe.

8° de inhoud van de boodschap moet men geven vertrekkend vanuit de leefwereld, de vragen, noden, vooroordelen en voorkennis van de patiënt.

Zo wordt de gedragswijziging gemakkelijker uitvoerbaar en de motivatie groter.

9° motiverende argumenten zoeken vanuit het oogpunt van de patiënt

vb. "Bij een goede glycemieregeling kan je blijven sporten."

vb. "Als je minder vet gaat eten, zal je gewicht verminderen"

vb. "Wanneer je 4 x spuit kan je tussendoor beter bijsturen o.a. bij een onverwachte fietstocht of een uitgebreide lunch".

Deze boodschappen werken appellerend. Een patiënt zal vlugger geneigd zijn om de boodschap op te volgen wanneer de argumenten die men aanhaalt hem aanspreken.

10° sta open voor andere opvattingen

als er tegengestelde ideeën zijn moet je deze laten aan bod komen, onderhandel met uw patiënt. en overweeg het gebruik van alternatieve educatietechnieken in uw team.

3.4. De keuze van de methode

3.4.1. Van wat is de keuze afhankelijk?

De keuze van de methode die men zal aanwenden wordt bepaald door verschillende factoren. De belangrijkste hiervan zijn :

- ⇒ de target die men wil bereiken
- ⇒ de kenmerken van de patiënt: o.a is hij opgenomen in het ziekenhuis, komt hij ambulante of is hij in de thuissituatie , zijn mogelijkheden (fysiek, psychisch, verstandelijk, ...), de leeftijd, de socio-economische klasse (is hij zelfstandig, veel in het buitenland, gepensioneerd), het bestaan van communicatiekanalen (telefoon, fax, computer, video, ...)
- ⇒ de kennis en vaardigheden van de educator. Kies geen methoden waarin je niet vaardig bent.
- ⇒ de praktische mogelijkheden: tijd, ruimte, beschikbaar materiaal.

3.4.2. Enkele methoden

We overlopen kort enkele methoden :

1° het individueel gesprek

Het persoonlijke gesprek, waaraan zowel de patiënt als de educator actief deelnemen, vormt de basis van alle patiëntenvoorlichting. Het biedt de mogelijkheid tot uitwisseling van ideeën en informatie. Zoals eerder al besproken is zowel de verbale als de non-verbale communicatie belangrijk. Vooraf zal de educator een rustige omgeving creëren.

- ⇒ uitwendige prikkels zoals storende geluiden, enge foto's vb. van slechtgenezende voetwonden, grafieken met het aantal doden t.g.v. hart-vaatstoornissen ... moeten uitgeschakeld worden.
- ⇒ zorg dat de patiënt comfortabel geïnstalleerd is, niet tussen kartonnen dozen of in de linnenkamer
- ⇒ kies liefst een moment waarop de patiënt ontspannen is en open staat voor de informatie, dus liefst niet als hij bezoek verwacht.
- ⇒ zorg voor een aangename sfeer waarin de privacy gewaarborgd is, liefst in een aparte kamer. Een kopje koffie of thee kan de patiënt en eventueel familie op hun gemak stellen. In de thuiszorg kiest u een moment van de dag dat de patiënt het minst activiteiten heeft, zich het best voelt of het minst afleiding heeft (Oldenbroeck, 1996; Boyd e.a. 1998)

Een goed educatiegesprek bestaat uit een afwisseling tussen praten en luisteren en daarom volgen hier enkele aandachtspunten (Oldenbroeck, 1996; Boyd e.a.1998)

- ⇒ maak op voorhand een afspraak met de patiënt over het moment en de algemene doelstelling van het gesprek. Hierdoor kan de patiënt beslissen of hij zijn familie graag bij het gesprek aanwezig heeft of niet. Dikwijls is hun aanwezigheid gewenst wegens hun betrokkenheid in het proces van zelfzorg en zelfregulatie.

- ⇒ hou het educatiedoel steeds voor ogen. Laat u niet te veel afleiden, door verhalen die niet ter zake zijn.
- ⇒ kijk de patiënt aan tijdens het gesprek, oogcontact is zeer belangrijk voor een goede verstandhouding.
- ⇒ praat in korte zinnen en met een levendige intonatie. Articuleer goed en praat niet te snel. Die neiging ontstaat nogal eens, vooral wanneer je zelf zenuwachtig bent, wanneer je haast hebt of het verhaal al verschillende keren verteld hebt.
- ⇒ geef het verhaal structuur, maak duidelijk wat hoofdzaak is, om later aan te vullen met bijzaken. vb. hoe het glycemietoestel werkt om de volgende keer te tonen hoe de patiënt zijn toestel moet reinigen en batterijen vervangen. Hierdoor zal de patiënt zich meer herinneren.

Start met te vermelden wat u gepland heeft en vraag of de patiënt zich hierin kan vinden vb. Ik neem aan dat u wil weten hoe diabetes ontstaat en wat dit voor uw verder leven betekent. Is dit zo? Wat weet U hierover al? Bepaal dan gezamenlijk de concrete doelstellingen voor deze sessie. Geef ook steeds aan waar de inhoud die u wil aanbrengen zich situeert in het geheel van de educatie vb de diëtiste kan zeggen : -De behandeling bestaat uit vier pijlers : educatie en welbevinden, glycemiecontrole en insuliner therapie en /of orale antidiabetica , gezonde voeding en beweging. Ik zal beginnen met u vandaag uit te leggen hoe onze voeding normaal afgebroken wordt en hoe het gebeurt bij een diabetespatiënt.

Verwittig de patiënt dat de educatie ten einde loopt met een zin zoals : “Dit is het laatste dat we vandaag bespreken of ik ga besluiten met”. We eindigen steeds met een samenvatting. Een samenvatting helpt om de essentiële informatie te accentueren en om zaken die verkeerd of onvoldoende begrepen werden uit te klaren. We geven de patiënt de gelegenheid om vragen te stellen en zijn gevoelens te uiten omtrent de sessie. Tenslotte wordt de afsluiting ook gebruikt om de patiënt te bekrachtigen voor het proces dat plaatsvond. “Je bent echt handig bij het hanteren van de pen”

- ⇒ gebruik enkel hulpmiddelen in die mate dat ze het educatieproces ondersteunen
- ⇒ het is belangrijk de patiënt te laten participeren aan het gesprek. Open vragen zoals : “Vertel eens waarover u zich het meest zorgen maakt bij ...?” “ of “Wat denkt u van ...? “, nodigen daartoe uit en kunnen u helpen om informatie te verzamelen over de behoeften van de patiënt en hem actief betrekken bij de inhoud van het gesprek. Terwijl een vraag als: “Hoe zult u voelen dat uw suiker te laag staat ?” helpt om te controleren als hij de boodschap begrepen heeft. Omdat personen zich het best informatie herinneren die verstrekt wordt in het eerste derde deel van het gesprek, is het raadzaam om de belangrijkste info het eerst aan bod te laten komen.
- ⇒ observeer de patiënt tijdens het gesprek. Wanneer u de indruk heeft dat de patiënt afdwaalt met zijn gedachten, koppel dan terug door bv. te zeggen “Ik geloof dat u even afdwaalt met uw gedachten, is er iets dat u bezighoudt en waarmee ik misschien kan helpen ?” Toon dat u begrip heeft voor het afdwalen. Voorkom dit door ervoor te zorgen dat de sessie niet te lang duurt.
- ⇒ wanneer een patiënt u niet begrepen heeft, ga dan via gerichte vragen na wat hij juist niet begrijpt. Leg het nog eens op een andere manier uit vb met een andere brochure, tekening of met andere voorbeelden.

2• het groepsgesprek

Groepsmethoden zoals een voordracht, een lezing worden gebruikt om voorlichting te geven aan grotere patiëntengroepen vb in de patiëntenvereniging over de nieuwste ontwikkelingen in de diabeteszorg. In het ziekenhuis en in de thuissituatie worden deze methoden eerder weinig gebruikt. Een belangrijk nadeel is dat het groepsgesprek nooit maatwerk is.(Oldenbroek, 1996)

Voordelen :

- ⇒ het kan voor patiënt heel stimulerend zijn of geruststellend zijn wanneer ze in contact komen met lotgenoten. Door het feit dat ze hetzelfde doormaken kunnen patiënt elkaar soms beter morele steun geven dan de directe familie of de hulpverlener.
- ⇒ het groepsgebesprek kan de informatieverwerking bevorderen. Wellicht stelt de ene patiënt net die vraag die een ander niet durft te stellen of waar de andere nog helemaal niet is opgekomen.
- ⇒ groepseducatie is natuurlijk ook tijdsbesparend en goedkoper.

3• de demonstratie

Een demonstratie en retourdemonstratie zijn leermethodes die vnl. geschikt zijn om psychomotorische vaardigheden aan te leren. Kennis over wat moet gedaan worden en de wil om de aangeleerde procedure te volgen zijn onvoldoende om een motorische vaardigheid zoals glycemiecontrole, zelfstandig te kunnen uitvoeren. De patiënt moet de kans krijgen om het materiaal te manipuleren, de handeling moet stap voor stap voorgedaan worden, waarna de patiënt deze nadoet (retourdemonstratie). Een spontane vraag kan de demonstratie onderbreken, maak toch gebruik van de leerbereidheid van dat moment. Stil staan bij zijn vraag en het bieden van een oplossing geeft bovendien aan dat u het moeilijke en nieuwe van zijn situatie begrijpt, wat ondersteunend werkt.

Wanneer men voorziet dat de patiënt bepaalde vaardigheden moet bezitten gedurende de korte opname, om thuis aan zelfzorg te kunnen doen, moeten deze best vooraf goed gepland worden. Leg voor de demonstratie alle benodigdheden klaar en overleg hoe u het zal aanpakken. Voorzie ruim tijd voor een demonstratie. Iets doen duurt immers langer dan iets uitleggen. Geef na de demonstratie de patiënt steeds voldoende tijd, ondersteuning en feedback om de gedemonstreerde handeling te oefenen; alleen of samen met de familie. (Boyd e.a. 1998)

4• simulaties

Door simulaties kan een potentieel bedreigende situatie op een niet-bedreigende manier aan de patiënt gepresenteerd worden. Simulaties kunnen gebruikt worden om probleemoplossend gedrag te oefenen. vb een lichte hypo uitlokken bij een kind tijdens de opname, om kind en ouders de symptomen te laten kennen /aanvoelen en het probleemoplossend gedrag te laten oefenen, in bijzijn van educator en in een veilig milieu.

5• rollenspelen

Rollenspelen kunnen gebruikt worden om vaardigheden te oefenen. vb educator leert patiënt aan om in gesprek te gaan met de bedrijfsarts over zijn ziekte. De educator gaat de rol spelen van de arts, de patiënt kan zichzelf en een situatie plaatsen waar hij in de toekomst mee te maken krijgt en deze alvast verkennen (Mc Van, 1991)

6• spel

Spelen kan voornamelijk gebruikt worden bij kinderen. Het spel sluit aan bij de leef wereld van het kind. Zo kan men d.m.v. een spel met een pop en een spuitje, het kind voorbereiden op de insulineinjectie. Men kan ook spellen gebruiken om kinderen kennis van hun ziekte en behandeling aan te leren, de firma's brengen regelmatig nieuwigheden op de markt. Vooraleer een spel te gebruiken moet de educator zeker zijn dat het vooropgestelde leerdoel bereikt kan worden en dat het patiëntje voldoende de mogelijkheden en background heeft om het spel te spelen. Een moet een uitdaging zijn en leergierigheid opwekken. Te moeilijke spellen geven frustratie en ontvluchten van de leersituatie.

7• zelfregistratie

Zelfregistratie is een methode die gebruikt kan worden om patiënt bewust te laten worden van hun gedrag. Het omvat meestal het zelf registreren wanneer het gedrag voorkomt, waar het voorkomt, wat er gebeurde voor het gedrag vertoond werd en hoe da patiënt zich voelt voor en tijdens het gedrag. Typische voorbeelden zijn hier het di-eet- en diabetesdagboek. Belangrijk is hierbij dat de patiënt in staat is om zijn gedrag te herkennen en om het op een gestructureerde en consistente wijze te registreren. Eens de patiënt bewust is van zijn gedrag, kan hij de juiste maatregelen nemen om het zelf te corrigeren. vb insulinedosis aanpassen bij sport, hyperglycemie corrigeren na stress, hyperglycemie voorzien bij menstruatie, voorkomen van overcorrigeren na hypo

8• het opmaken van een contract

Men kan een contract opstellen waarbij de patiënt zich akkoord verklaart om tot de volgend consult 1 kg te vermageren, of minder te roken, waarna hij voor zichzelf een nieuwe pull kan kopen of met het gespaarde geld een kaartje voor de film. Zij verstevigen de betrokkenheid van beide partijen, zij maken een positieve bekrachtiging van specifiek gedrag voor het individu mogelijk en voorzien in gedragsverandering (Boyd e.a. 1998)

3.5. De keuze van de middelen

Informatiemiddelen kunnen nooit gebruikt worden in de plaats van de educator. Steeds moet er een hulpverlener beschikbaar zijn om de verschillende aspecten van de gezondheidsboodschap toe te lichten, te bespreken en /of te demonstreren. De keuze van het voorlichtingsmateriaal moet beredeneerd gebeuren. Er is geen enkel informatiemiddel dat voor alle doeleinden, het meest geschikte is.

3.5.1. Hoe voorlichtingsmateriaal kiezen?

Er zijn 4 belangrijke factoren in de beoordeling van het voorlichtingsmateriaal (Waring Rorder. 1987)

⇒ **de accuraatheid:**

In eerste instantie moet nagegaan worden of de informatie die het voorlichtingsmateriaal bevat correct, volledig en up to date is. Verouderde info is in principe waardeloos.

⇒ **de inhoud**

Voorlichtingsmateriaal is meestal ontwikkeld voor een denkbeeldige patiënt. Het is daarom zelden bruikbaar voor elke voorlichtingssituatie. Daarom is het interessant om enkele kenmerken na te gaan :

- ✓ de uitgebreidheid van de informatie: hoe uitgebreid is het onderwerp? Welke aspecten zijn uitgewerkt? Welke niet?
- ✓ de diepte van de uitwerking: hoe gedetailleerd is het onderwerp uitgewerkt? Welke graad van complexiteit heeft het?
- ✓ duidelijkheid: is de tekst, de foto, het beeldduidelijk en gemakkelijk te verstaan?
- ✓ objectiviteit: is de tekst objectief Is hij niet bedoelt om het eigen product te verkopen?
- ✓ geschiktheid: voor welke doelgroep is het materiaal geschikt ? Is de inhoud aangepast aan de groep patiënten die men wil bereiken ?

Het is nuttig om van het beschikbare materiaal op voorhand de sterke en zwakke punten in kaart te brengen en te bepalen wanneer en bij welke patiënt. het bruikbaar is.

⇒ **de structuur van het materiaal**

De structuur van informatie kan het materiaal begrijpbaar maken of de patiënt in verwarring brengen en demotiveren. Belangrijke vragen zijn :

- ✓ is de volgorde van de verschillende aspecten logisch?
- ✓ begint men met gemakkelijke inhouden vooraleer men de complexere inhouden aan vat.
- ✓ zijn er voldoende -verwijzingen" gebruikt om de patiënt te oriënteren in het materiaal en welke zijn deze?
- ✓ worden de belangrijkste elementen in de boodschap voldoende beklemtoond ?

⇒ **de doelstellingen**

Elk voorlichtingsmateriaal heeft een bepaalde doelstelling. Bij het evalueren van het materiaal moet nagegaan worden of de doelstelling van het materiaal tegemoetkomt aan de leerbehoeften van de patiënt en past in het voorlichtingsplan dat u voor hem opstelde. vb info over zwangerschap is enkel van toepassing bij jongere dames die een kinderwens uiten, of andere die rond dit onderwerp vragen hebben. vb info over vermageren dient enkel gegeven te worden aan patiënten die moeten vermageren, iemand die nooit op reis gaat dient geen tips te krijgen over met diabetes op reis.

3.5.2 Enkele veel gebruikte voorlichtingsmiddelen

⇒ **geschreven materiaal**

Dit is in grote verscheidenheid beschikbaar en zeer flexibel in gebruik. Folders, brochures, boeken, tijdschriften, procedures ... Om effectief te zijn moet het in eerste instantie gelezen en begrepen worden door de lezer. Dit is niet zo vanzelfsprekend bij een patiënt die angstig, onzeker en in een crisisperiode terecht gekomen is. Geschreven materiaal heeft de neiging om onpersoonlijk en algemeen te zijn. Daarom moet geschreven materiaal steeds gepaard gaan met verbale ondersteuning. Om in vloed te hebben op de attitudes van een patiënt moet de tekst een positieve emotionele respons uitlokken. Om vaardigheden aan te leren moet bij de handeling stap voor stap weergeven, gecombineerd met eenvoudige uitleg waarom de procedure moet gevolgd worden zoals beschreven.

Geschreven materiaal kan op verschillende manieren gebruikt worden :

- ✓ als voorbereiding voor de mondelinge voorlichting
- ✓ als ondersteuning tijdens het voorlichtingsgesprek
- ✓ als supplement op de individuele voorlichting

Aandachtspunten bij het gebruik: denk aan

- ✓ het leer- en gezichtsvermogen van uw patiënt
- ✓ de leesvaardigheid van uw patiënt (analfabetisme komt zeer veel voor)
- ✓ tijdstip en omgeving vb als je iemand een folder geeft juist voor een gesprek zal hij vaak tijdens het gesprek reeds in de folder aan het lezen zijn

⇒ **grafieken, schema's, tekeningen, cartoons, foto's**

Deze zijn een alternatief voor woorden. Eén afbeelding zegt soms meer dan 1000 woorden. Tekeningen en cartoons kunnen een boodschap overbrengen bij kinderen en patiënt. met een beperkt leesniveau. Foto's helpen de interesse van de patiënt op te wekken en te onderhouden. Ze helpen de patiënt ook zich te herinneren wat gezegd is. Beelden zijn immers gemakkelijker op te roepen dan woorden.

⇒ **videobanden**

Videobanden kunnen gebruikt worden om kennis bij te brengen, het aanleren van vaardigheden te ondersteunen en attitudes te beïnvloeden. Een video duurt best niet langer dan 15 à 20 min., anders is de concentratie aan het afzwakken.

Het is interessant wanneer de video vergezeld wordt van een begeleidende tekst. De video moet altijd kort ingeleid worden door de educator en nadien moet er tijd vrij gemaakt worden om bepaalde aspecten verder uit te leggen, vragen te beantwoorden, handelingen te demonstreren, problemen op te lossen en groot voordeel van een video is dat men hem aan de patiënt kan meegeven naar huis. Patiënten en familie kunnen de procedure bekijken wanneer ze er opnieuw nood aan hebben.

⇒ audiocassettes

Bij educatie van diabetespatiënten minder gebruikt, wel bij patiënt met een visuele handicap.

⇒ elektronische media

De glycemietoestellen worden meer en meer uitgerust met de nieuwste snufjes uit de computerwereld en ook het elektronisch zakboekje komt meer en meer in de kijker.

3.6. De keuze van de persoon die de educatie geeft.

Volgende factoren spelen een rol :

⇒ de deskundigheid van de voorlichter

⇒ de verwachtingen van de patiënt t.o.v. de educator : wie doet wat?

⇒ de communicatieve vaardigheid van de educator en volgende eigenschappen: congruentie of echtheid, empathie of inlevingsvermogen en onvoorwaardelijke positieve aandacht voor de patiënt.

⇒ de vaardigheid met de methode

⇒ de beschikbaarheid van de educator, een grote persoonlijke inzet.

3.7. Het bepalen van de evaluatiemethode :

Evalueren is noodzakelijk om inzicht te krijgen in het verloop en het resultaat van een educatie. Om te kunnen evalueren zijn nodig :

⇒ leerdoelen en evaluatiecriteria, waarin in meetbare termen bepaald wordt wat we willen meten
vb HbA1c moet van 8 naar 7 dalen. De patiënt moet na een jaar 5 kg vermagerd zijn. Hij moet elke 3 maand op controle komen.

⇒ een goede kennis van de beginsituatie van de patiënt

⇒ een evaluatiemethode

3.7.1. De procesevaluatie:

Van elke stap van de voorlichting wordt nagegaan of hij beantwoordt aan de planning en kwaliteitseisen die men vooraf vastlegde. Men stelt vragen zoals : werden alle richtlijnen gevolgd, waren er voldoende middelen (personeel, lokalen, brochures...) ter beschikking en werden ze goed gebruikt.

3.7.2. De effectenevaluatie:

Hier wordt nagegaan of de leerdoelen bereikt werden. Dit is niet gemakkelijk. Om het effect van uw voorlichtingsactiviteit te meten bij een patiënt kan gebruik gemaakt worden van o.a. gestructureerde observatie a.d.h. van beoordelingsschalen en controlelijsten van vaardigheden die aangeleerd werden en daarna zelfstandig uitgevoerd worden.. Schriftelijke bevragingen naar kennis en inzicht, fysiologische metingen zoals van de glycemie en het gewicht ...

Wanneer de evaluatie van het effect op een meer wetenschappelijk onderbouwde manier wil nagegaan worden dient men een wetenschappelijk onderzoek op te starten.

3.7.3. Andere

- ⇒ de evaluatie van de geleverde inspanning
- ⇒ de kosten / batenanalyse

3.8. De wijze van verslaggeving na de educatie

In de diabeteszorg streeft men ernaar een checklist te gebruiken. Een goed ingevulde lijst voorkomt overlappingsen door de verschillende teamleden. Men kan die ook gebruiken om de educatieonderwerpen te plannen en verder op te volgen.

3.9. Het educatieplan

Het educatieplan, ongeacht de vorm die men kiest, moet alle noodzakelijke gegevens bevatten maar is tegelijkertijd beknopt genoeg om praktisch te zijn. Een goed opgesteld educatieplan kost natuurlijk enige energie en tijd. Maar deze stap zal het educatief proces doeltreffender maken. Ook al kan men het plan niet steeds naar de letter uitvoeren, de ordening en het denkwerk, die in het plan geïnvesteerd is, verhogen de kwaliteit van de voorlichting. (Mc Van 1991)

4. De uitvoering: enkele algemene principes

Alle geplande stappen van de geplande educatie worden gevolgd. We geven enkele tips voor de uitvoering van een individueel educatieplan (Mc Van 1991)

4.1. Werk planmatig

- ⇒ voorlichting moet planmatig gebeuren, dit wil echter niet zeggen dat men rigide moet vasthouden aan het vooraf opgestelde plan. Dikwijls moet men bijsturen vb door overbezetting moet de patiënt vroeger het ziekenhuis verlaten.
- ⇒ hou er rekening mee dat educatie het doeltreffendst is wanneer ze beantwoordt aan een leerbehoefte. Wanneer de patiënt tijdens een zorg een vraag stelt over deze zorg dan is het noodzakelijk die behoefte aan informatie direct te bevredigen. Op een later (gepland) tijdstip kun je deze info verder aanvullen.

4.2. Las regelmatig pauzes in

- ⇒ soms kan men in de verleiding komen om te veel informatie en één sessie te stoppen. Dit is bij omvangrijke, ingewikkelde of zeer verscheiden informatie niet wenselijk. De kans op "overload" is zeer groot. Er ontstaat dan desinteresse of oververmoeidheid en de informatie dringt niet meer door of wordt niet meer vastgehouden.
- ⇒ hoeveel informatie kan gegeven worden in één sessie wordt ook sterk bepaald door de fysieke en psychische conditie van de patiënt. Als educator moet u steeds attent zijn op tekens van fysieke of mentale vermoeidheid. Pas het voorlichtingsplan aan.

4.3. Ga uit van wat de patiënt kent en ga van eenvoudig naar ingewikkeld

- ⇒ ga eerst na wat reeds gekend is en sluit uw info daarbij aan. De nieuwe informatie zal sneller begrepen worden en beter vastgehouden worden wanneer de voorlichting uitgaat van wat de patiënt reeds kent.
- ⇒ ga bij elke sessie ook steeds na wat de patiënt uit de vorige sessies heeft onthouden en herhaal eventueel enkele boodschaponderdelen.
- ⇒ het is ook effectiever wanneer men de patiënt eerst de kans geeft om vertrouwd te raken met eenvoudige begrippen en vaardigheden vb prikken glycemie en gebruik toestel. In een later

stadium kunnen we ingewikkelder info en handelingen demonstreren vb de geheugenfunctie van het toestel, het reinigen, het vervangen van batterijen

4.4. Maak directe toepassing van nieuwe kennis mogelijk

stel de patiënt in de gelegenheid nieuw verworven kennis en vaardigheden zo snel mogelijk in de praktijk om te zetten m.a.w. educatie moet gevolgd worden door oefening.

4.5. Geef de juiste feedback

de feedback die men geeft kan goed of fout uitpakken. Feedback werkt ondersteunend wanneer hij gericht is op wat de patiënt doet of niet doet. Dan kan hij zich corrigeren of zijn gedrag bestendigen. Op- en aanmerkingen op zijn persoon : intelligentie, traagheid, onhandigheid e.d. zijn van weinig nut en kunnen zelfs schadelijk zijn.

4.6. Bekrachtig vorderingen

- ⇒ als een patiënt goede vorderingen maakt, is hij sneller geneigd om door te zetten, wanneer het aan succes ontbreekt dan wordt hij sneller ontmoedigd. De educatie zal meer vruchten afwerpen als de patiënt bewust gemaakt wordt van zijn vorderingen, hoe miniem soms ook. Het is belangrijk dat de educator zijn waardering daarvoor uitspreekt. Welke bekrachtiging men gebruikt hangt af van de situatie en van de patiënt zelf. Het kan variëren van een “goed zo” tot een bemoedigend knikje, een schouderklopje of een knuffel ...
- ⇒ maak steeds duidelijk waarvoor u uw waardering uitspreekt. Of het is voor het bezitten van inzicht in de relatie tussen zijn diabetes en zijn gedrag ,of voor het veranderen van attitude, of het onder de knie hebben van een vaardigheid ...
- ⇒ stel bekrachtiging niet uit, er moet een rechtstreekse associatie ontstaan tussen het gedrag en de waardering.
- ⇒ de educator moet ook proberen variatie aan te brengen in zijn bekrachtiging, steeds dezelfde woorden en gebaren worden na verloop van tijd krachteloos.

4.7. Hou rekening met de dominante leerstijl

5. Geraadpleegde literatuur

- ⇒ De Greve, M., Patiëntenvoorlichting ,onuitgegeven cursus Kahog, 1997
- ⇒ Van Parijs, L., Gezondheidsvoorlichting en - opvoeding voor de gezondheidswerker, Leuven, Acco , 1991, 192 blz.
- ⇒ Boyd, MD., Graham, A., Gleit. CJ. en Whitman NL., Health teaching in Nursing Practice, A professional model, London, Prentice Hall International, 350 blz.
- ⇒ Damoiseaux.V. en Kok, GJ., De planning van gezondheidseducatieve interventies, Assen, Van Gorcum, 1993.
- ⇒ De Leeuw, I., Lefèbvre, P., Teaching Letters, Servier, 1997 en 1998