

Informatieve voorlichtingsfilmpjes als ondersteuning voor laaggeletterden op het consultatiebureau

Een onderzoek naar ervaringen, tevredenheid, begrip en implementatie van ouders en zorgverleners met de inzet van korte informatieve voorlichtingsfilmpjes.

Naam: Gözde Kaya

Studentnummer: s1502085

Faculteit: Master Gezondheidspsychologie

Onderwijsinstelling: Universiteit Twente

1e begeleider: Dr. C.H.C. Drossaert

2^e begeleider: MSc. M. Altena

Datum: 27 februari 2017

Organisatie: GGD Twente

Begeleider: MSc. Karlien Zomer

Voorwoord

Voor u ligt de masterthesis ‘Informatieve voorlichtingsfilmpjes als ondersteuning voor laaggeletterden op het consultatiebureau’. Deze thesis is geschreven ten behoeve van de master ‘Gezondheidspsychologie’ aan de Universiteit Twente. In dit onderzoek is gekeken of de inzet van korte informatieve voorlichtingsfilmpjes een toegevoegde waarde heeft voor de ouders op het consultatiebureau en hoe het health literacy niveau van de ouders zich hiermee verhoudt. Ik vond de inzet van informatieve voorlichtingsfilmpjes voor ouders op het consultatiebureau een heel interessant onderwerp en was benieuwd of het een toegevoegde waarde is om beter voorlichting te kunnen geven aan de ouders om de ontwikkeling van de kinderen te bevorderen. Mijn interesse is nog groter geworden nadat ik erachter ben gekomen dat ik zelf zwanger was tijdens het schrijven van mijn Masterthesis en intussen ben ik zelf ouder geworden op het consultatiebureau waar het onderzoek is verricht.

Graag zou ik nog een aantal mensen willen bedanken die het voor mij mogelijk hebben gemaakt om mijn master af te ronden. Ten eerste wil in mijn begeleiders Stans Drossaert en Martine Altena willen bedanken hun ondersteuning, hulp en geduld gedurende het uitvoeren en het schrijven van deze Masterthese. Met name zou ik Stans Drossaert willen bedanken voor haar betrokkenheid in het gehele traject, jouw persoonlijke interesse waren een grote steun voor mij. Daarnaast zou ik mijn externe begeleider Karlien Zomer van de GGD willen bedanken omdat zij alle mogelijkheden heeft geboden om mijn Masterthese goed uit te kunnen voeren. Verder wil ik mijn ouders en man bedanken voor hun niet aflatende hulp en steun, mijn lieve vrienden en omgeving voor de interesse.

Samenvatting

Achtergrond Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in de ervaringen en wensen van ouders en zorgverleners met betrekking tot het laten zien van korte informatieve voorlichtingsfilmpjes tijdens het consult op het consultatiebureau. Tevens was het doel om na te gaan of het laten zien van informatieve voorlichtingsfilmpjes van invloed was op tevredenheid en de health literacy niveaus van ouders.

Methoden In het onderzoek is een mixed method studie uitgevoerd: Drie deelonderzoeken werden uitgevoerd. Ten eerste werd in een quasi-experimenteel design gebruikt, waarin één groep ouders (n=53) wel en een andere groep (n=56) geen voorlichtingsfilmpjes te zien kreeg. Na het consult werden alle ouders vragen gesteld over tevredenheid van het consult. Ten tweede werden gestructureerde interviews gehouden met zes zorgverleners die de voorlichtingsfilmpjes hebben gebruikt. Ten derde werden gestructureerde interviews gehouden met tien ouders die de voorlichtingsfilmpjes te zien hebben gekregen tijdens het consult.

Resultaten De ouders zijn over het algemeen zeer tevreden over de consulten op het consultatiebureau met en zonder het zien van een voorlichtingsfilmpje. Alleen laaggeletterde ouders gaven een hogere tevredenheidsscore wanneer zij een voorlichtingsfilmpje hadden gezien. Uit de interviews bleek dat zowel de zorgverleners als de ouders het laten zien van voorlichtingsfilmpjes een toegevoegde waarde had tijdens de consulten op het consultatiebureau. De zorgverleners en ouders noemden, dat vooral het inzichtelijk maken van de informatie door visualisatie een voordeel is. Ouders en zorgverleners willen de voorlichtingsfilmpjes in de toekomst gebruiken, indien voldaan wordt aan bepaalde randvoorwaarden. Daarnaast gaven ouders en zorgverleners tips voor verdere implementatie zoals, het laten zien van de filmpjes in de wachtkamer en tijdens de vaccinaties.

Conclusie De inzet van de korte informatieve filmpjes lijken een toegevoegde waarde te hebben voor vooral laaggeletterde ouders. Zowel de ouders als de zorgverleners waarderen de voorlichtingsfilmpjes en zien voordelen van het laten zien van korte voorlichtingsfilmpjes in de toekomst. Echter laat kwalitatief onderzoek uit de huidige studie zien dat aan bepaalde randvoorwaarden voldaan moet worden om de filmpjes te kunnen implementeren

Aanbevelingen De meerwaarde van de inzet van de voorlichtingsfilmpjes op het consultatiebureau is dermate groot voor ouders en zorgverleners dat het is aanbevolen om de filmpjes in de toekomst te gebruiken. Tevens is het een meerwaarde om meerdere, nieuwe informatieve filmpjes te implementeren. Voor vervolgonderzoek wordt aangeraden om de effecten van voorlichtingsfilmpjes te meten op kennis attitude en gedrag.

Abstract

Objective The purpose of this research is to gain more insight on the experiences and satisfaction of parents and healthcare professionals at the child consultation clinic, by using short information videos. In addition was an aim to determine whether showing of information videos had an impact on the satisfaction and the health literacy levels of the parents.

Methods In this research a mixed method study is carried out: Three studies were conducted. At first a quasi-experimental design has been performed. A group parents received the short information videos (n=53), the second group parents did not (n=56). After the consultation were all parents questioned relating to the satisfaction of the consultation. Second, structured interviews with seven healthcare professionals which have used the information videos are performed. Thirdly, structured interviews with ten parents which saw the information videos were performed.

Results The parents are generally satisfied with the consultations. A notable point was that parents, who were low littered, gave a higher satisfaction score when they received the short information videos. The healthcare professionals and parents found that the information videos added a value during the face to face consultations and on the child consultation clinic. The healthcare professionals and the parents especially mentioned that the information videos provide insight through visualization as an advantage. The parents and healthcare professionals prefer to use the short information videos in the future when certain conditions were achieved. Also, parents and health professionals gave advice for further implementation of the short information videos, such as: to show the videos in the waiting room of the child consultation clinic and during the vaccinations.

Conclusion The use of the short information video is an added value for the low literate parents. The parents and healthcare professionals appreciate the information videos and see advantages of short information videos in the future. However, qualitative research shows that certain conditions must be achieved for further implementation of the videos.

Implications

The added value of the use of information videos is for both parents as well healthcare professionals at the child consultation clinic are high. Therefore, it will be recommended to continue the use of the information videos for the future. In addition, more information videos should be developed. Also is recommended for future studies, to research the effects of the use of the short information videos for knowledge, attitude and behavior by the low literate group at the child consultation clinic.

Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Abstract	4
Hoofdstuk 1 Inleiding	7
<i>1.1 Het consultatiebureau</i>	7
<i>1.2 Laaggeletterdheid & Gezondheidsvaardigheden</i>	7
<i>1.3 Betrouwbaarheid van de informatie en laaggeletterden</i>	9
<i>1.4 Het nut van visualisaties = begrip</i>	9
<i>1.5 Voorlichting</i>	10
<i>1.5.1 Voordelen van multimediale voorlichting</i>	10
<i>1.6 De filmpjes 'Groter worden'</i>	11
<i>1.7 Implementatie</i>	12
<i>1.8 Probleemdefiniëring en onderzoeksvragen</i>	14
Hoofdstuk 2 Methode	15
<i>2.1 De GGD Twente & de opdracht</i>	15
<i>2.2 Onderzoeksmethoden</i>	15
<u><i>2.2.1 Deelonderzoek 1: kwantitatief onderzoek bij ouders</i></u>	16
<i>2.2.2 Respondenten</i>	17
<i>2.2.3 Procedure</i>	17
<i>2.2.4 De vragenlijst</i>	18
<i>2.2.5 Data-analyse</i>	19
<u><i>2.3. Deelonderzoek 2: Kwalitatief onderzoek bij zorgverleners</i></u>	19
<i>2.3.1 Respondenten</i>	19
<i>2.3.2 Procedure & Interviewschema</i>	19
<i>2.3.3 Analyse.</i>	20
<u><i>2.4 Deelonderzoek 3: Kwalitatief onderzoek bij ouders</i></u>	21
<i>2.4.1 Respondenten</i>	21
<i>2.4.2 Procedure & interviewschema</i>	22
<i>2.4.3 Analyse</i>	23
<i>2.4.4 New Vital Sign Vragenlijst</i>	23
Hoofdstuk 3 Resultaten	24
<u><i>3.1 Resultaten kwantitatief onderzoek</i></u>	24
<i>3.1.1 Demografische gegevens</i>	24
<i>3.1.2 De tevredenheid over het consultatiebureau met de voorlichtingsfilmpjes</i>	25
<i>3.1.3 Tevredenheid en waardering van de voorlichtingsfilmpjes</i>	27
<u><i>3.2 Resultaten kwalitatief onderzoek bij zorgverleners</i></u>	28
<i>3.2.1 Demografische gegevens kwalitatief onderzoek</i>	28
<i>3.2.2 Gepercipieerde voordelen van de innovatie</i>	29
<i>3.2.3 Gepercipieerde nadelen van de innovatie</i>	32
<i>3.2.4 Randvoorwaarden</i>	34
<i>3.2.5 Het implementatie proces</i>	36
<u><i>3.3 Resultaten kwalitatief onderzoek met ouders.</i></u>	39
<i>3.3.1 Demografische gegevens kwalitatief onderzoek met ouders</i>	39
<i>3.3.2 Waardering voorlichtingsfilmpjes</i>	40

3.3.3 <i>Gepercipieerde voordelen van de innovatie</i>	41
3.3.4 <i>Gepercipieerde nadelen van de innovatie</i>	43
3.3.5 <i>Het implementatie proces</i>	44
<u>Hoofdstuk 4 Discussie</u>	47
4.1 <i>Beperkingen en sterke kanten</i>	49
4.2 <i>Aanbevelingen</i>	51
4.3 <i>Conclusie</i>	52
<u>Literatuurlijst:</u>	53
<u>Bijlagen:</u>	59
Bijlage 1 Korte vragenlijst na consult	59
Bijlage 2 informatiebrief	62
Bijlage 3 Het Interviewschema voor de zorgverlener	64
Bijlage 4 Toestemmingsformulier	70
Bijlage 5 Het interviewschema van de ouders	71

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Het consultatiebureau

In Nederland worden elk jaar ongeveer 200.000 kinderen geboren. Zodra de geboorte van een baby is aangegeven bij de gemeente, krijgt het consultatiebureau automatisch een melding van de geboorteaangifte. Vervolgens wordt de ouder uitgenodigd op het consultatiebureau om een algemene gezondheidscheck te doen bij de baby. Het consultatiebureau volgt vervolgens de ontwikkeling en groei en geeft daarbij advies over voeding en verzorging van het kind. Samen geven een team zorg volgens het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg, aan alle kinderen van 0-4 jaar en de ouders ervan. Een team van het consultatiebureau bestaat uit: een arts, wijkverpleegkundige en assistenten (Bohenn & Jansen, 2006).

Een belangrijke taak van het consultatiebureau is informatie en voorlichting geven over ontwikkeling en opvoeding van kinderen (NJI, 2004). De voorlichting en informatie kunnen gaan over allerlei onderwerpen die te maken hebben met de gezondheid en ontwikkeling van kinderen 0 tot 4 jaar. De ouders kunnen individueel of in groepen, begeleiding en advies krijgen. Op deze manier wordt ondersteuning geboden bij het opvoeden en bij het bevorderen van gezond gedrag van hun kind (VWS, 2002). Een belangrijk aangrijpingspunt van preventie is het terugdringen van potentiële risicofactoren van opvoeden en opgroei problemen (NJI, 2004). Voor wie niet goed kan lezen en schrijven is het begrijpen en toepassen van de informatie en voorlichting vol met hindernissen. Kunnen lezen is bijna overal nodig, het is voorspelbaar dat informatie dat wordt gegeven in geding komt als deskundigheid voor lezen en begrijpen beperkt is. Op het consultatiebureau komen dagelijks laaggeletterden met beperkte gezondheidsvaardigheden. Vooral in de achterstandswijken in Nederland, komen laaggeletterden vaker voor (Vintges & Hosper, 2014). Vooralsnog is het belangrijk laaggeletterde ouders van het consultatiebureau te identificeren en de informatie en voorlichting hierop af te stemmen (Vintges & Hosper, 2014).

1.2 Laaggeletterdheid & Gezondheidsvaardigheden

In Nederland zijn 1 op de 9 mensen laaggeletterd. Dat zijn in totaal 1,3 miljoen mensen tussen de 16 en 65 jaar (De Greef, Segers & Nijhuis, 2013). Van die 1,3 miljoen is 53% vrouw en 47% man. Twee op de drie laaggeletterden zijn autochtoon (De Greef, Segers & Nijhuis, 2013). Laaggeletterdheid is een overkoepelende term voor mensen die moeite hebben met lezen en schrijven. Een laaggeletterde is iemand met taalniveau 1F, dit is het niveau waarmee een kind de basisschool hoort te verlaten of lager (Stichting lezen en schrijven, 2015). Dit

houdt in dat een laaggeletterde minimaal kan lezen en een beetje kan schrijven, maar hier grote moeite mee heeft. Laaggeletterden zijn dus geen analfabeten, die helemaal niet kunnen lezen en schrijven.

Een probleem dat speelt rondom laaggeletterdheid is dat laaggeletterden niet volwaardig kunnen meedoen in de maatschappij, thuis en op het werk. (Stichting lezen en schrijven, 2015). Laaggeletterden beheersen het minimale niveau om volwaardig in de Nederlandse maatschappij te kunnen functioneren niet.

Naast dat laaggeletterden problemen kunnen ervaren in het dagelijkse leven, kan laaggeletterdheid ook problemen met zich meebrengen op het gebied van gezondheid. Zo kan het voor mensen die laaggeletterd zijn moeilijk zijn om toegang te krijgen tot informatie over gezondheid en deze te begrijpen. Om je eigen gezondheidssituatie te begrijpen zijn cognitieve en sociale vaardigheden nodig, deze vaardigheden worden ‘health literacy’, ofwel gezondheidsvaardigheden genoemd (Oostenberg, 2012). Volgens Oostenberg et al. (2012) vallen onder deze vaardigheden: het kunnen lezen, schrijven, rekenen, gespreksvaardigheden, sociale vaardigheden en digitale vaardigheden. Om gezondheidsvaardig te kunnen zijn is het nodig dat mensen aandacht hebben voor de eigen gezondheid en de kundigheid om informatie daarover te kunnen verzamelen, begrijpen en toepassen (Twickler et al, 2009). Iemand met onvoldoende gezondheidsvaardigheden kan minder adequaat omgaan met informatie over ziekte, eigen gezondheid en ontvangen van zorg (Alliantie, 2014). Uit een Europese studie blijkt dat 29% van de Nederlanders lage gezondheidsvaardigheden hebben (Pelikan et al., 2012).

Beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid bij ouders, kunnen tevens een negatief effect hebben op de cognitieve ontwikkeling van de kinderen. Uit onderzoek van Yin en collega's (2014) blijkt dat een associatie bestaat tussen de gezondheidsvaardigheden van moeders en de manier waarop zij met hun baby omgaan: moeders met lage gezondheidsvaardigheden waren bijvoorbeeld eerder geneigd hun baby minder speeltijd te geven dan moeders met hoge gezondheidsvaardigheden. Jeugdartsen en consulenten zijn er om de problemen van kinderen te signaleren en te kijken naar de mogelijke oorzaken in de thuissituatie. Omdat de contacten met deze instanties meestal via de ouders verlopen, is het van belang dat er gekeken wordt naar de groep laaggeletterden met jonge kinderen (Fourage, Houtknoop & van der Velden, 2011).

Naast dat laaggeletterdheid van ouders de cognitieve ontwikkeling van kinderen kan beïnvloeden, kan laaggeletterdheid ook een nadelige invloed hebben op de gezondheid van hun kinderen. Uit een systematische review van Berkman et al. (2011), die de effectiviteit van

interventies voor laaggeletterde ouders onderzocht, bleek dat het niveau van geletterdheid van de ouders invloed heeft op het verstrekken van voldoende gezondheidszorg aan hun kinderen. Een studie van Yin, Dreyer, Foltin, Schajk and Mendelsohn (2007) liet zien dat laaggeletterde ouders vaker niet de juiste middelen gebruiken om kinderen te voorzien van medicatie. Een voorbeeld is dat laaggeletterde ouders eerder gebruik maken van een keukenlepel voor toediening van medicatie in plaats van een medicatie lepel. Een aanvullende studie van Yin et al. (2010) heeft aangetoond dat laaggeletterde ouders meer dosering fouten maken dan hooggeletterde ouders. Laaggeletterde ouders vinden het vaak lastig om de verkregen informatie te begrijpen, wat kan resulteren in het verkeerd interpreteren van de informatie (Parker et al, 2003).

1.3 Betrouwbaarheid van de informatie en laaggeletterden

Behalve de vorm van informatie, is de bron van de verschaft informatie en in hoeverre deze betrouwbaar is, de doorslaggevende factor voor ouders om de gezondheidsinformatie te vertrouwen en accepteren (Mackert et al., 2009). Ouders beoordelen op basis van de informatiebron de mate van de betrouwbaarheid. Zo beoordelen bijvoorbeeld de Afro Amerikanen de informatie die wordt verstrekt op de website van Oprah Winfrey als betrouwbaar (Mackert et al., 2009). Ook bleek uit deze studie dat ouders eerder een voorkeur hadden van informatie van universiteiten, dan informatie verstrekt door overheidsinstanties. Uit een andere studie van Liechty et al. (2015), werd duidelijk dat laag geletterde ouders ook een voorkeur hebben voor informatie dat wordt geleverd door de professionals in de gezondheidszorg. Dit betekent dat de bron van de informatie en voorlichting een belangrijke factor is voor het vertrouwen van de informatie bij ouders.

1.4 Het nut van visualisaties = begrip

Om begrip over gezondheidsvaardigheden te vergroten kunnen visualisaties met video's worden toegepast. Zo heeft een studie met als doel het vergroten van kennis bij laaggeletterde ouders uitgewezen dat visualiseren zoals met video's een positief aandeel hebben op het opdoen van kennis, bijvoorbeeld dat met behulp van de visuele materialen ouders beter in staat waren om de informatie makkelijker te herinneren (Campbell et al., 2004). Ook Choi en Bakken (2010) toonden aan in hun onderzoek dat laaggeletterde ouders een voordeel kunnen hebben bij het gebruik van audiovisueel materiaal met duidelijke bijschriften. Het voordeel was: het vergroten van het begrip van de gegeven gezondheidsinformatie. Uit onderzoek van Houts, Doak, Doak & Loscalzo (2006) blijkt dat als laaggeletterde ouders geprinte

afbeeldingen met gesproken tekst te zien krijgen tijdens de informatievervalsaffing, de informatie beter gereproduceerd werd. In deze studie werd tevens aanbevolen om de afbeeldingen die getoond worden aan te vullen met eenvoudig taalgebruik en eenvoudige onderwerpen, om informatie optimaal te reproduceren (Cambell et al., 2004).

Naast de voordelen van het tonen van audiovisueel materiaal, duidde een onderzoek aan dat schriftelijke communicatie en EHealth minder de voorkeur hadden bij laaggeletterde ouders vanwege de enorme hoeveelheid informatie die werd geboden (Liechty et al, 2015). Aldus hebben laaggeletterde ouders de voorkeur voor korte, simpele en duidelijke en visuele informatie.

1.5 Voorlichting

Voorlichting moet, om effectief te zijn, goed aansluiten bij het niveau van geletterdheid van de doelgroep. Het is volgens onderzoekers van belang om voorlichting te laten aansluiten op het niveau van de mensen, daarnaast geven de onderzoekers aan dat er meer onderzoek nodig is om te ontdekken hoe gezondheidscommunicatie bevorderd kan worden (Baker et al., 1998; Parker et al., 1999; Twickler et al., 2009). Nieuwe technologieën ontwikkelen zich snel en kunnen mogelijk een bijdrage leveren bij het bevorderen van gezondheidscommunicatie en voorlichting.

1.5.1 Voordelen van multimediale voorlichting

Uit de studie van Mayer (2003) blijkt het dat multimediale informatievervalsaffing het meest effectief is. Mayer (2003) definieert multimedia als: *‘Het presenteren van afbeeldingen tekst om het leren te vergemakkelijken’*. Afbeeldingen kunnen zowel: *‘static graphics’* (zoals illustraties, kaarten, grafieken en foto's) als *‘dynamic graphics’* zijn (zoals animaties en video's). Door gebruik te maken van multimedia, verwerken mensen de informatie door verschillende kanalen in de hersenen, waardoor het terughalen van informatie soepeler verloopt en de kennis vergroot wordt (Mayer, Heiser & Lonn, 2001). De toevoeging van het visuele aspect is tevens een belangrijke factor bij multimedia. Video's of illustraties in een interactief computerprogramma blijken namelijk effectiever dan conventionele voorlichting, zoals een gewoon gesprek of geschreven instructiemateriaal (Snyder-Ramos, Seintsch, Bottinger, Motsch, Martin & Bauer, 2005; Wilhelm et al., 2009). Ook blijkt dat multimediale voorlichting positiever werd ervaren dan voorlichting die geen beeld, geluid én tekst bevatten (Bader & Strickman-Stein, 2003).

Een ander voordeel van het gebruik van visuele hulpmiddelen, is dat het begrip van informatie wordt vergroot voor iedereen, maar vooral voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (Kessels 2003; Houts, Doak, Doak & Loscalzo, 2006). Zo blijkt uit onderzoek dat het gebruik van afbeeldingen bij mondelinge instructies een positief effect heeft op aandacht en begrip en op de herinnering voor een langere tijd (Houts, Witmer, Egeth, Loscalzo & Zabora, 2001).

Kortom, zijn in verschillende studies de voordelen van visuele middelen naar voren gekomen. Echter plaatsen onderzoekers de kanttekening dat multimediale middelen persoonlijk contact niet kunnen vervangen en daarom ter ondersteuning gebruikt zouden moeten worden bij voorlichting (Wilhelm et al., 2009). Ondanks dat onderzoekers nog sceptisch zijn over het inzetten van multimediale middelen ter vervanging van het persoonlijke contact, kan dit middel een belangrijke ondersteuning zijn bij het geven van voorlichting. Echter verdient dit nog vervolgonderzoek, er is nog niet eerder onderzoek gedaan naar het specifieke gebruik van multimediale voorlichting filmpjes op het consultatiebureau.

1.6 De filmpjes 'Groter worden'

Om voorlichting aan jonge ouders te geven en gezondheidsvaardigheden te bevorderen hebben dertien samenwerkende jeugdgezondheidszorg organisaties, aansprekende korte informatieve filmpjes ontwikkelt. 'Groter Worden' maakt deze korte filmpjes (Groter Worden, 2016). Bij 'Groter Worden' kan informatie worden gevonden van professionals voor ouders van kinderen tot 18 jaar. De filmpjes zijn gebaseerd op de in de jeugdgezondheidszorg geldende uitgangspunten, handreikingen en richtlijnen. De filmpjes hebben één eenduidige boodschap. Indien het onderwerp te uitgebreid is, dan worden er meerdere filmpjes gemaakt (Groter Worden, 2016). Pharos, een expertisecentrum voor gezondheidsverschillen, heeft een drietal filmpjes van 'Groter Worden' geëvalueerd op begrijpelijkheid voor laaggeletterden. Hieruit bleek dat op basis van een rustiger tempo, de combinatie van visuele en verbale informatie en de mogelijkheid tot terugkijken, de filmpjes geschikt en bevorderend zijn voor laaggeletterden (Pharos, 2015). Er is verder geen evaluatie geweest over hoe de filmpjes worden gewaardeerd en of ze effectief zijn. Tevens is ook niet bekend hoe deze filmpjes het beste geïmplementeerd kunnen worden.

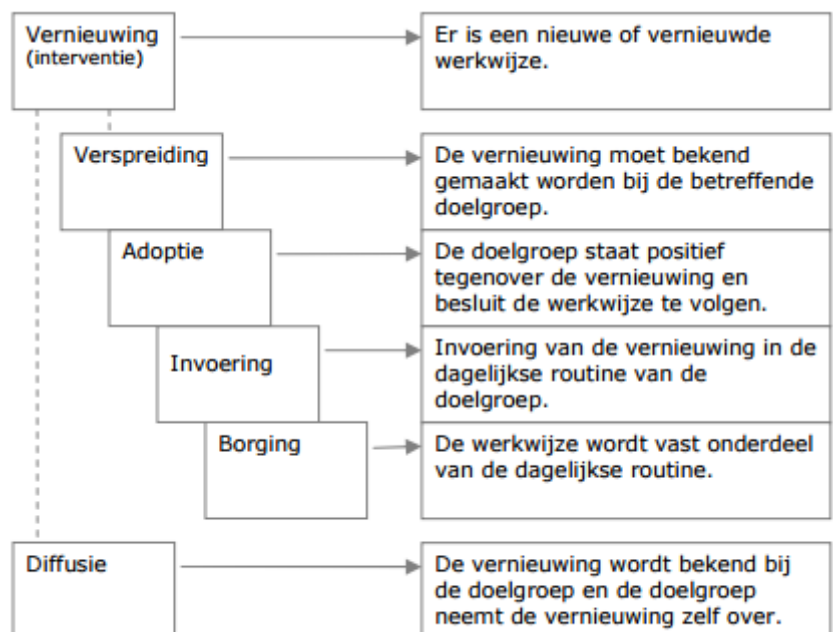
1.7 Implementatie

In dit onderzoek wordt implementatie gedefinieerd als: 'Het daadwerkelijk gebruik van een interventie in de dagelijkse praktijk door professionals, zoals artsen en verpleegkundigen (Fleuren, Paulussen, van Dommelen, & van Buuren, 2012). 'Wanneer een interventie op een juiste manier wordt geïmplementeerd, kan de effectiviteit van een interventie verdubbelen (Durlak & DuPre, 2008). Door kennis over de wijze van implementeren en de mate waarin de interventie is uitgevoerd zoals bedoeld, kan de relatie tussen de interventie en de effecten beter geïnterpreteerd worden. Dit biedt vervolgens inzicht in hoe programma's het beste ontworpen en geïmplementeerd moeten worden om de beste resultaten te bereiken. (Dusenbury et al., 2003).

Om het proces van implementeren beter te begrijpen en het vervolgens te kunnen beïnvloeden, worden er volgens de theorie van Rogers verschillende fasen onderscheiden (Fullan, 1992; Grol & Wensing, 2006; Rogers, 1995). De definities van de vier fasen om het implementatieproces van interventies in de gezondheidszorg aan te duiden zijn: *verspreiding*, *adoptie*, *invoering* en *borging*. Voor een weergave van deze fasen, zie figuur 1, fasen in een implementatieproces.

Figuur 1.

Fasen in een implementatieproces



Stals, Yperen, Reith & Stams, 2008

Een onderdeel van het implementatieproces zijn de beïnvloedende factoren, deze worden ook wel de determinanten genoemd van het implementatieproces. Deze determinanten hebben een belemmerende of bevorderende werking op het implementatieproces en worden in de literatuur gegroepeerd naar: (1) kenmerken van de vernieuwing zelf, (2) van de toekomstige doelgroep die met de vernieuwing gaat werken, (3) van de organisatie en (4) van de sociaal politieke context waarin het proces zich afspeelt (Berwick, 2003; Rogers, 1995) De kans dat implementatie slaagt, is groter wanneer de vernieuwing aan een vijftal kenmerken voldoet (Berwick, 2003; Rogers, 1995; Van Yperen, 2003). Namelijk:

- De interventie moet een voordeel opleveren voor de zorgverlener.
- De vernieuwing moet aansluiten bij de waarden en behoeften van de zorgverlener;
- De aanwijzingen van de interventie moeten concreet zijn voor het handelen van de zorgverlener en cliënt en niet te moeilijk zijn
- Er moet een mogelijkheid zijn om de interventie of onderdelen ervan eerst uit te proberen
- Wanneer een professional kan zien hoe een collega de interventie gebruikt, zal het implementatieproces makkelijker verlopen.

In de literatuur worden verschillende stappen en schema's aangeraden die ervoor zorgen dat een implementatie planmatig en procesmatig verloopt (Grol & Wensing, 2006). Eén schema is bijvoorbeeld de 'Implementatiewijzer'. De implementatiewijzer is een digitaal hulpmiddel om veranderingsvraagstukken stapsgewijs aan te pakken (Vumc & ZonMw, 2011). De Implementatiewijzer gaat uit van het model van adaptieve implementatie: als je rekening houdt met lokale en specifieke omstandigheden van de innovatie en de betrokkenen is de kans stukken groter dat de implementatie een succes wordt. Om een innovatie succesvol te implementeren zijn de volgende kenmerken van belang: (1) De kenmerken van de innovatie, (2) de beschikbaarheid van mensen (en geld), (3) operationele randvoorwaarden en (4) organisatiecondities. De kenmerken komen overeen met de bovengenoemde vier kenmerken van de beïnvloedende factoren voor het implementatieproces van Berwick (2003) en Rogers (1995). De implementatiewijzer biedt een mogelijkheid om de factoren die implementatie vergemakkelijken en bemoeilijken te achterhalen. De implementatiewijzer is een nuttig hulpmiddel voor onderzoek naar de betekenissen van verschillende factoren en belanghebbenden om goed te kunnen implementeren.

1.8 Probleemdefiniëring en onderzoeksvragen

Tot op heden is nog niet bekend welk effecten korte informatieve voorlichtingsfilmpjes filmpjes hebben op laaggeletterde ouders. De laatste jaren is onderzoek gedaan naar laaggeletterde ouders, alleen lag de primaire focus in deze studies vooral om te kijken hoe de taalontwikkeling van jonge kinderen versneld zou kunnen worden (Boxtel, 2016; Bohnenn & Jansen, 2006). Niet eerder is onderzoek gedaan om specifiek een hulpmiddel te gebruiken om laaggeletterde ouders op het consultatiebureau beter voorlichting te kunnen geven, de verwachting is aan de hand van studies dat informatie en voorlichting geven met korte informatieve filmpjes kan resulteren in een meer kennis en begrip bij laaggeletterden. Ook zijn er nog geen studies bekend waarbij zorgverleners een ondersteunend hulpmiddel hebben gebruikt met bewegend beeld. Onbekend is dus of het gebruik van korte informatieve voorlichtingsfilmpjes tijdens de face to face contacten van de ouders met de zorgverleners op het consultatiebureau een positieve factor is op begrip en tevredenheid bij laaggeletterden. Omdat hier nog geen studies over zijn, is het ook onbekend in hoeverre zorgverleners korte filmpjes zouden waarderen en zouden willen gebruiken op het consultatiebureau. Om na te gaan hoe een kort informatief filmpje wordt gebruikt op het consultatiebureau en wat de effecten, ervaringen en tevredenheid hiervan zijn, is dit onderzoek opgezet. De volgende onderzoeksvraag en deelvragen zijn daarbij opgesteld:

Wat is de toegevoegde waarde van het gebruik van korte filmpjes bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden tijdens contactmomenten op het consultatiebureau voor zorgverleners en ouders?

De volgende deelvragen worden beantwoord om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag:

- *Vergroot het gebruik van voorlichtingsfilmpjes op het consultatiebureau de tevredenheid bij de ouders?*
- *Welke voordelen en nadelen zien zorgverleners t.a.v. het gebruik van voorlichtingsfilmpjes op het consultatiebureau en welke kenmerken van de implementatiewijzer hebben volgens de zorgverleners invloed op de implementatie op het consultatiebureau.*
- *Welke voordelen en nadelen zien ouders t.a.v. het gebruik van voorlichtingsfilmpjes op het consultatiebureau en welke kenmerken van de implementatiewijzer hebben volgens de zorgverleners invloed op de implementatie op het consultatiebureau?*

Hoofdstuk 2 Methode

2.1 De GGD Twente & de opdracht

Het onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) Twente. De visie van de GGD Regio Twente is duidelijk: Een gezond Twente (GGD Twente, 2015). Hierbij is het bevorderen van positieve gezondheid een belangrijke ontwikkeling bij de GGD Twente. Positieve gezondheid richt op de verbetering van de kwaliteit van het leven of het vermogen om, ondanks ziekte of beperking, tot bloei te komen (GGD Twente, 2014). Bij positieve gezondheid wordt gezondheid gezien als: *‘Het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de lichamelijke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven’* (GGD Twente, 2014, p. 6).

Het bevorderen van gezondheidsvaardigheden staat hoog op de agenda bij GGD Twente. De afgelopen jaren heeft GGD Twente veel inspanningen ondernomen om het belang van geletterdheid en gezondheidsvaardigheden onder de aandacht te brengen, buiten maar vooral ook binnen de organisatie. De GGD heeft eerder onderzoek laten doen waaruit bleek dat de artsen en verpleegkundigen meer visueel voorlichtingsmateriaal zouden willen gebruiken tijdens het consult (Alliantie, 2012).

De GGD Twente wil door de toegankelijkheid van de GGD consulten op het consultatiebureau van de Jeugd Gezondheid Zorg (JGZ) te vergroten, werken aan de gezondheidsvaardigheden van de Twentenaren. Daarbij heeft de GGD als missie om het vermogen vergroten van laaggeletterden, om op deze manier de regie te kunnen voeren over de eigen gezondheid en in dit geval de gezondheid van hun kinderen.

2.2 Onderzoeksmethoden

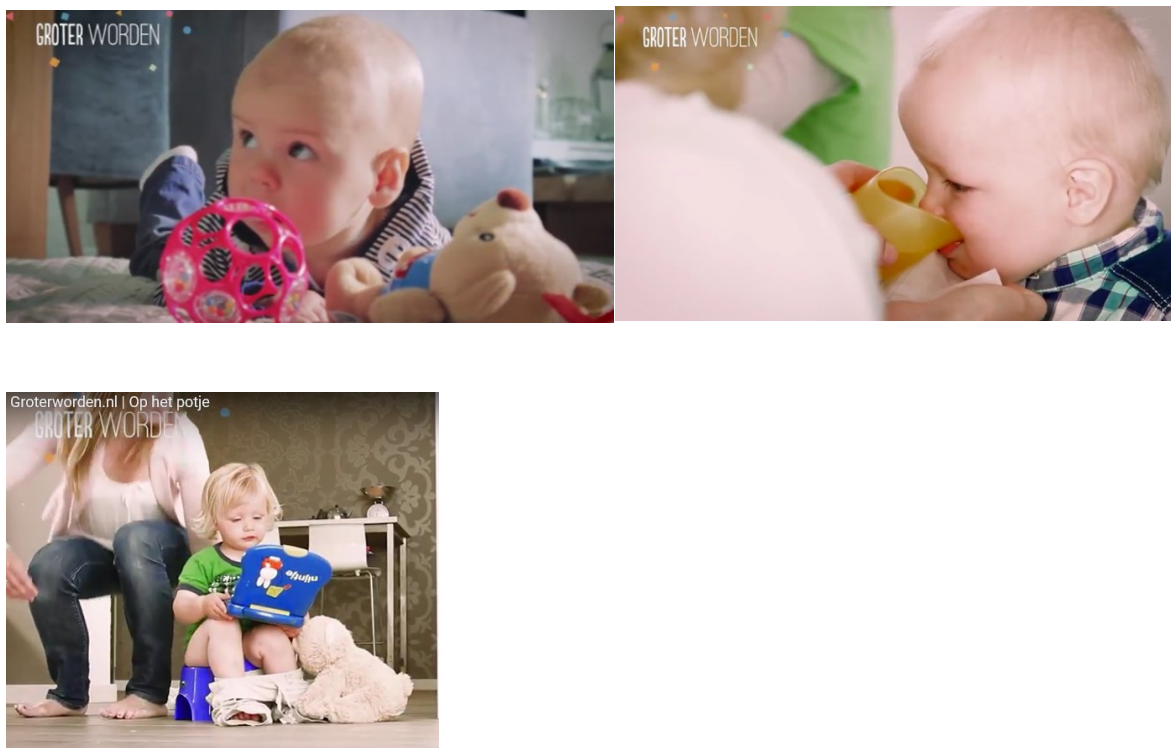
In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een *mixed methods design*. Dit betekent dat een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden is gebruikt om iedere deelvraag te beantwoorden en om te ontdekken in hoeverre uitkomsten van de verschillende deelonderzoeken overeenkomen. Er zijn drie deelonderzoeken uitgevoerd, een (1) kwantitatief onderzoek met een korte vragenlijst bij ouders, (2) diepte-interviews met ouders en (3) diepte-interviews met zorgverleners. Het onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de faculteit Gedragswetenschappen van Universiteit Twente.

2.2.1 Deelonderzoek 1: kwantitatief onderzoek bij ouders

In dit deel van de studie werd gebruik gemaakt van een quasi experimenteel design. Het onderzoek bestond uit twee groepen; één groep kreeg korte filmpjes te zien tijdens de contactmomenten op het consultatiebureau, de tweede groep kreeg deze filmpjes niet te zien en had alleen persoonlijke contactmomenten. Drie filmpjes werden uitgekozen door de artsen en verpleegkundigen, deze filmpjes werden vervolgens gebruikt tijdens de consulten als voorlichtingsmateriaal. Filmpje 1 bevat filmmateriaal welke geschikt is voor baby's tot 3 maanden en is ondersteunend materiaal voor 'oefenen op de buik'. Filmpje 2 is geschikt voor baby's tussen 6 en 12 maanden en ging over 'drinken uit een beker'. Filmpje 3 is geschikt voor kinderen tussen 1.5 – 3 jaar en ging over: 'op het potje'. De filmpjes duren tussen 1.5 á 2 minuten. Figuur 2 geeft een weergave van enkele screenshots van de filmpjes. Na het consult werden de ouders gevraagd een korte vragenlijst in te vullen met vragen over tevredenheid van het consult.

Figuur 2.

Screenshots voorlichting filmpjes



2.2.2 Respondenten

Om respondenten te werven voor deelname aan de vragenlijst (bijlage 1) werd het consultatiebureau in Almelo benaderd. De zorgverleners van dit consultatiebureau hadden aangegeven mee te willen doen met het onderzoek en het werven van respondenten. De respondenten zijn geworven met convenience sampling. Dit houdt in dat respondenten zijn geworven vanuit de beschikbare bestaande groep, namelijk alle bezoekers van het consultatiebureau die tussen 4 t/m 16 januari 2016 naar het consultatiebureau kwamen. Alle 200 bezoekers zijn na afloop van het consult door de onderzoeker in de wachtkamer op het consultatiebureau gevraagd of zij een korte vragenlijst willen invullen die enkele minuten in beslag zou nemen. Uiteindelijk hebben 109 respondenten geparticipeerd aan het invullen van de vragenlijst.

2.2.3 Procedure

Ten eerste zijn voordat de ouders naar het consult komen een informatiebrief, (bijlage 2) gestuurd waarin het onderzoek werd aangekondigd. Na het verspreiden van deze informatiebrief, was van belang dat er twee groepen werden verkregen namelijk; ouders die wel een kort filmpje hebben gezien en ouders die geen kort filmpje hebben gezien tijdens de contactmomenten op het consultatiebureau. Dit had als doel om de tevredenheid van het consult in beide situaties te meten. In overleg met de zorgverleners is afgesproken dat de zorgverleners willekeurige filmpjes laten zien. Tevens is aangegeven dat 50 procent van de ouders een filmpje zouden moeten zien, om de twee groepen te kunnen vergelijken. De zorgverleners kregen in de ochtend een lijst van de kinderen met de leeftijden ervan die op die dag een afspraak hadden. Vervolgens selecteerde de zorgverleners welke kinderen zij het filmpje wilden laten zien. Deze selectie gebeurde naar aanleiding van de leeftijd van het kind die een afspraak had op het consultatiebureau, omdat de filmpjes ontwikkeld zijn voor een bepaalde leeftijdscategorie. De onderzoeker was 4 t/m 16 januari 2016 in de wachtkamer en vroeg aan alle ouders die een consult hadden op het consultatiebureau of zij de korte vragenlijst zouden willen invullen die enkele minuten zou duren. Indien de ouders hiermee instemden, hadden zij de mogelijkheid om een korte vragenlijst met behulp van het programma Survey Monkey op een tablet, laptop of op de papieren versie invullen. De onderzoeker heeft de ouders geassisteerd door de tablet en laptop op het juiste scherm te openen en pennen uit te delen. De vragenlijsten werden ter plekke in de wachtkamer ingevuld. Het invullen van de vragenlijsten duurde enkele minuten. De deelname aan het onderzoek was

geheel op vrijwillige basis. De ouders werden verteld dat de vragenlijsten anoniem zullen worden verwerkt.

2.2.4 De vragenlijst

De vragenlijst bestond uit vijf onderdelen. Het eerste onderdeel bestond uit achtergrondvragen. Er is gevraagd naar geslacht, leeftijd, leeftijd van kinderen en hoeveel kinderen de ouders hebben.

Het tweede onderdeel was het meten van de tevredenheid van het consult bij de ouders. De ouders konden een cijfer geven met 10 antwoordopties (helemaal niet te tevreden,..... helemaal tevreden).

Het derde onderdeel bestond uit vragen om de tevredenheid te meten van het filmpje. Eerst werd gevraagd óf de respondent een filmpje heeft gezien, en zo ja welk filmpje. Vervolgens werd gevraagd naar de waardering van het filmpje: de ouders konden een rapportcijfer geven tussen de 1 en 10 (heel slecht,.....heel goed). Vervolgens werd gevraagd, in hoeverre ouders het waarderen dat er filmpjes werden laten zien op het consultatiebureau. Het antwoord mogelijkheden had een schaal van vijf, (1=JA!, helemaal mee eens en 5=NEE!, Helemaal mee oneens). De laatste vraag bij dit onderdeel vroeg naar de mening van de ouder, of de ouder zelf korte filmpjes zou willen bekijken op het consultatiebureau. De antwoordmogelijkheden waren: ja, nee en misschien. Tevens hadden ouders de mogelijkheid om een vrije toelichting geven.

Het vierde deel bestond uit het meten van de laaggeletterdheid (health literacy) van de respondenten. De health literacy is gemeten door middel van de Single Item Literacy Screener (Morris, MacLean, Chew & Litterberg, 2006). De SILS bestaat maar uit een vraag, deze is naar het Nederlands vertaald en luidt: *'Hoe vaak heeft u hulp van anderen nodig bij het lezen van bijsluiters, folders of ander geschreven materiaal dat u van uw dokter of apotheek krijgt?'* Op basis van vijf categorieën konden de respondenten het volgende antwoorden: 1. nooit, 2. zelden, 3. soms, 4. vaak en 5. altijd. Volgens de SILS heeft men een lage health literacy als men >2 scoort (Morris, MacLean, Chew & Litterberg, 2006).

Tot slot werd gevraagd of de ouders ook met het tweede deel van het onderzoek mee zou willen doen, wat bestond uit een interview welke maximaal 30 minuten zou duren. Indien ja, kon de respondent een telefoonnummer of emailadres achterlaten.

2.2.5 Data-analyse

Voor het analyseren van de data is gebruik gemaakt van SPSS. Beschrijvende statistieken zijn berekend voor socio-demografische variabelen. Tevens is met toetsende statistiek de verbanden tussen het wel of geen filmpje gezien en tevredenheidsscore onderzocht.

Verschillen tussen laag en hooggeletterden naar tevredenheid werden onderzocht met de onafhankelijke two way ANOVA. Een p-waarde van $\leq .05$ werd als statistisch significant beschouwd. Ouders met een hoge en lage health literacy werden gedefinieerd met behulp van een mediaansplit. Hiervoor is de SILS-schaal omgezet. Ouders die 3 of lager scoorden hadden een lage health literacy en ouders die 4 of hoger scoorden een hoge health literacy.

2.3 Deelonderzoek 2: Kwalitatief onderzoek bij zorgverleners

Om de tweede deelvraag te beantwoorden, ‘Wat zijn de voor en nadelen die zorgverleners zien t.a.v. korte filmpjes op het consultatiebureau?’ is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek, in de vorm van diepte-interviews. Van belang was om te ontdekken wat de impact van korte filmpjes is en wat de respondenten vinden van deze vorm van informatieverstopping. Tevens is van belang hoe het gebruik van filmpjes is ervaren door ouders op het consultatiebureau en of het geïmplementeerd kan worden. Ook werd onderzocht of de zorgverleners suggesties hadden voor nieuwe filmpjes.

2.3.1 Respondenten

De respondenten zijn geworven middels purposive sampling. De purposive sampling was ook gelijk aan de convenience sampling. De beschikbare groep zorgverleners bestond uit zeven zorgverleners van het consultatiebureau in Almelo, waarvan drie artsen en vier verpleegkundigen. Alle zeven zorgverleners van team Almelo hebben meegewerkt aan het onderzoek.

2.3.2 Procedure & Interviewschema

Voor het huidige onderzoek hebben zorgverleners van het consultatiebureau in Almelo gebruik gemaakt van korte filmpjes om uitleg te geven over een bepaald onderwerp in de periode van 4 t/m 16 januari 2016. Deze filmpjes zijn gekozen door de zorgverleners op een vergadering op 18 november 2015. De zorgverleners mochten bij willekeurig gekozen kinderen, gebruik maken van de filmpjes tijdens de consulten. De zorgverleners werd verzocht door de onderzoeker om bij minimaal de helft van de consulten het filmpje te laten zien. De zorgverleners zijn op afspraak op het consultatiebureau geïnterviewd, het interview

zijn opgenomen. Voorafgaand aan het interview hebben alle zorgverleners een *informed consent* getekend. Het interview bestond uit vier onderdelen. Allereerst werd gevraagd naar (1) achtergrond vragen. De achtergrondvragen bestonden uit vragen naar de leeftijd, de functie, de leeftijden van de kinderen die naar het consult komen en aantal werkzame jaren van de zorgverleners.

Ten tweede werden de (2) voordelen en nadelen van korte filmpjes gevraagd. Hier werden vragen gesteld over wat de voor- en nadelen zijn van korte filmpjes, maar ook wat de voor en nadelen zijn van het tonen van korte filmpjes op het consultatiebureau. Ten derde werden vragen gesteld ter (3) evaluatie van de ervaringen. Wat vonden de respondenten van het gebruik van korte filmpjes tijdens het consult? Hoe geven ze nu uitleg, met welke materialen? Bij dit onderdeel was het belangrijk om erachter te komen of de korte filmpjes een bijdrage hebben geleverd aan het uitleggen van het onderwerp en/of de gebruikelijke consulten hieraan voldoen. Tot slot werden (4) suggesties voor nieuwe filmpjes en verbeterpunten gevraagd. Ter ondersteuning van de interviewer en om zoveel mogelijk de vragen te standaardiseren, werd gebruik gemaakt van een interviewschema (bijlage 3). Tijdens het ontwikkelen van het interviewschema werd rekening gehouden met de eerder beschreven kenmerken volgens de implementatiewijzer: de kenmerken van de innovatie, de beschikbaarheid van mensen (en geld), operationele randvoorwaarden en organisatiecondities.

2.3.3 Analyse.

Tijdens de interviews zijn audio opnames gemaakt, die later zijn getranscribeerd. De duur van de interviews varieerden tussen 16,56 minuten tot 33,57 minuten. Gemiddelde duur van de interviews was 21,18 minuten. Nadat de transcripten een aantal keren zijn doorgelezen, is de data geanalyseerd en gecodeerd. In eerste instantie werden relevante citaten geprobeerd te rubriceren onder de kenmerken van de implementatiewijzer. Al snel bleek dat de zorgverleners antwoorden hadden gegeven die gerubriceerd konden worden onder de hoofdcategorieën: (1) voordelen, (2) nadelen, (3) randvoorwaarden en (4) implementatie. De categorieën voordelen en nadelen insluiten de kenmerken van de innovatie van de implementatiewijzer. De categorieën randvoorwaarden en implementatie insluiten de kenmerken: de beschikbaarheid van mensen (en geld), operationele randvoorwaarden en organisatiecondities. Vervolgens werden met inductieve analyse de categorieën verder onderverdeeld in relevante subcategorieën. Dit hield in dat er gezocht werd naar een theorie die passend is bij de verzamelde data, dit is tevens toegepast tijdens de interviews, omdat vragen werden gesteld en is doorgevraagd om structuur te vinden in de data. Omdat de

categorieën van tevoren opgesteld zijn en de implementatiewijzer (Vumc & ZonMw, 2011) is gebruikt, is dit onderzoek ook theorie toetsend, waardoor het onderzoek ook enerzijds deductief is.

2.4 Deelonderzoek 3: Kwalitatief onderzoek bij ouders

Om de tweede deelvraag te beantwoorden, ‘Welke voordelen en nadelen zien ouders t.a.v. het gebruik van korte filmpjes op het consultatiebureau en in hoeverre kunnen informatieve filmpjes ondersteuning geven in het begrijpen van de boodschap wat gegeven wordt op het consultatiebureau?’. Is er gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek, in de vorm van diepte-interviews met ouders. Met deze onderzoeksopzet kunnen grote hoeveelheid aan variërende gegevens verzameld worden, omdat de informatie vanuit de respondenten komt. Door de flexibele opzet was het zowel mogelijk gestandaardiseerde vragen te stellen die voor iedere respondent gelijk waren, als verder in te gaan op interessante of opvallende uitspraken. Het doel van deze interviews is om te ontdekken wat de impact is van korte filmpjes. Daarbij werd er gekeken naar wat de respondenten vinden van deze vorm van informatievoorziening en hoe het gebruik van filmpjes geïntegreerd kan worden op het consultatiebureau.

2.4.1 Respondenten

De respondenten werden gewonnen met convenience sampling, de beschikbare groep van 200 mensen in de periode van 4 t/m 16 januari die een afspraak hadden op het consultatiebureau is geselecteerd. Alle 200 mensen konden aangeven mee te willen doen aan het interview, mits zij in die periode een consult hadden. Uiteindelijk hebben 10 mensen zich aangemeld, alle respondenten die aangemeld waren zijn tussen 18 t/m 22 januari 2016 gebeld door de onderzoeker om een afspraak te plannen. Uiteindelijk hebben 10 respondenten aangegeven mee te willen doen aan dit onderzoek, zie tabel 1.

Tabel 1.

Steekproef & Respons

Variabelen	N
Geselecteerd op basis van convenience sampling	200
Per brief benaderd	200
Per face to face contact na afloop van contact benaderd	190
Bereid tot deelname	10
Daadwerkelijk deelgenomen	10

2.4.2 Procedure & interviewschema

De respondenten werden geworven vanuit de beschikbare bestaande groep, namelijk alle bezoekers van het consultatiebureau die tussen 4 t/m 16 januari 2016 naar het consultatiebureau kwamen. Door de onderzoeker werd de respondent gevraagd om een vragenlijst in te vullen, na afloop van de korte vragenlijst leverden de respondenten deze in bij de onderzoeker. Door de onderzoeker is uitleg gegeven over het interview en gevraagd of de respondenten mee zou willen doen. Indien ja, kon de respondent aangeven teruggebeld te willen worden om een afspraak te plannen. Respondenten hadden de mogelijkheid om zelf hun voorkeur aan te geven voor de locatie van het interview. Dit geeft de mogelijkheid om respondenten op hun gemak te laten voelen. De interviews zijn uiteindelijk bij alle respondenten thuis afgenomen. Voorafgaand aan het interview hebben alle respondenten toestemmingsformulier getekend (bijlage 4). Alle interviews zijn opgenomen op mp3, mits de respondent hier toestemming voor heeft gegeven. De interviews werden afgenomen in de periode van 25 t/m 30 januari 2016.

Het interview bestond uit vier onderdelen. (1) Allereerst werd gevraagd naar de demografische gegevens en achtergrond vragen. Er werd gevraagd naar de leeftijd van de ouder en kind, opleiding en land van herkomst. (2) Ten tweede werden de voordelen en nadelen van korte filmpjes gevraagd. Hier werden vragen gesteld over wat de voor- en nadelen zijn van korte filmpjes, maar ook wat de voor- en nadelen waren van dat de korte filmpjes op het consultatiebureau getoond worden tijdens het consult. (3) Ten derde werden vragen gesteld ter evaluatie van het gebruiken van korte filmpjes op het consultatiebureau. Bij dit onderdeel was het belangrijk om erachter te komen of de korte filmpjes een bijdrage hebben geleverd aan het goed uitleggen van het onderwerp en/of de normale consulten dit al genoeg deden. (4) Tot slot werden suggesties voor nieuwe filmpjes en verbeterpunten

gevraagd. Ter ondersteuning van de interviewer en om zoveel mogelijk te standaardiseren werd gebruik gemaakt van een interviewschema (bijlage 5).

2.4.3 Analyse

Tijdens de interviews zijn audio opnames gemaakt, die later zijn getranscribeerd. De duur van de interviews varieerden tussen 14,16 minuten tot 20,36 minuten. Gemiddelde duur van de interviews is 16,85 minuten. Nadat de transcripten een aantal keren zijn doorgelezen, is de data geanalyseerd. In eerste instantie werden relevante citaten gerubriceerd onder de hoofdcategorieën: waardering van de filmpjes, voordelen en nadelen van de innovatie en de tips voor implementatie. Vervolgens werden met inductieve analyse de categorieën verder onderverdeeld in relevante hoofdcategorieën: (1) waardering filmpjes, (2) voordelen, (3) nadelen en (4) implementatie. Dit houdt in dat er gezocht is naar een theorie die passend was voor de verzamelde data, dit is tevens toegepast tijdens de interviews omdat vragen werden gesteld en werd doorgevraagd om structuur te zoeken in de data. Omdat de categorieën van tevoren opgesteld zijn en is gebruikt is het onderzoek ook theorie toetsend, waardoor het onderzoek ook enerzijds deductief is.

2.4.4 New Vital Sign Vragenlijst

De Newest Vital Sign (NVS), werd afgenomen tijdens het laatste onderdeel van het interview, (bijlage 5). De NVS test werd gebruikt om de te kunnen beoordelen of de respondenten laaggeletterd waren of niet. Oorspronkelijk is de NVS test in de Verenigde Staten ontwikkeld. De Nederlandse versie van de NVS test is ook een betrouwbaar en valide meetinstrument (Fransen, Leenaars, Rowland, Weis, Pander Maat, & Essink, 2014). De NVS test bestaat uit zes items op basis van een voedingsetiket van roomijs (Fransen, Van Schaik, Twickeler, & Essink, 2011). Volgens Fransen et al. (2011) meet de NVS test drie dingen: leesvaardigheid, rekenvaardigheid en mogelijkheid om informatie toe te passen, hierdoor is deze test geschikt om te beoordelen of de respondenten laaggeletterd zijn. De respondenten kregen het ijsetiket te zien en mochten het lezen. Daarna werden de zes items gevraagd aan de respondent. Per goed antwoord kan er één punt toegerekend worden. Wanneer de score tussen 0 en 1 ligt, is er een kans van 50% op beperkte geletterdheid. Bij de score tussen 2 en 3 geeft het de mogelijkheid van een beperkte geletterdheid en tussen de 5 en 6 is er bijna altijd voldoende alfabetisering (Fransen et al., 2014). In totaal zijn bij alle 10 respondenten gebruik gemaakt van de test.

Hoofdstuk 3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven van het huidige onderzoek. De te beantwoorden onderzoeksvraag luidt: *‘Wat is de toegevoegde waarde van het gebruik van korte filmpjes bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden tijdens contactmomenten op het consultatiebureau voor zorgverleners en ouders?’* In onderstaande paragrafen worden achtereenvolgens de resultaten besproken van de drie onderdelen.

3.1 Resultaten kwantitatief onderzoek

3.1.1 Demografische gegevens

De demografische gegevens van de respondenten uit deze studie zijn weergegeven in tabel 2. Zoals weergegeven in tabel 2, varieert de leeftijd van de respondenten van 19 tot 52 jaar ($M = 30.4$, $SD = 5.9$). De leeftijden van de kinderen waarvoor de respondenten een afspraak hadden op het consultatiebureau varieerde tussen 1 maand en 3 jaar en 9 maanden. De health literacy werd gemeten met de SILS, hieruit bleek dat 21.1% ($N = 23$) van de respondenten laaggeletterd zijn.

Tabel 2.

Demografische gegevens

	n =	(%)
Geslacht		
Man	9	8.3
Vrouw	100	91.7
Leeftijd (gem, SD)	30.4(SD=5.941)	
Leeftijd kinderen		
0-5 maanden	37	33.9
6-11 maanden	40	36.7
12 ≥ maanden	32	29.36
Aantal kinderen		
1 kind	52	47.7
2 kinderen	38	34.9
3 kinderen	11	10.1
4 kinderen	5	4.6
Gemiddelde scores op SILS en aantallen op items		
SILS	(Range1-5)	
Nooit hulp nodig	61	56
Zelden hulp nodig	25	22.9
Soms hulp nodig	18	16.5*
Vaak hulp nodig	4	3.7*
Altijd hulp nodig	1	0.9*

*Bij een afkapwaarde van >2, heeft de respondent volgens SILS een lage health literacy.

3.1.2 De tevredenheid over het consultatiebureau met de voorlichtingsfilmpjes

Uit de resultaten bleek dat de ouders overwegend zeer tevreden zijn over het consult. De respondenten die het filmpje niet hebben gezien (n=51) gaven een gemiddelde tevredenheidsscore van 8,9 ($M=8.9$, $SD=1.140$). De respondenten die wel het filmpje (n=55) hebben bekeken gaven ook een tevredenheidsscore van 8.9 ($M=8.9$, $SD=1.00$), hierin werd dus geen verschil gevonden. De minimum en de maximum gegeven tevredenheidsscores

varieerden wel. De respondenten die geen filmpje hadden gezien, gaven tevredenheidsscores tussen een 5 en 10. De respondenten die wel een filmpje hadden gezien, gaven tevredenheidscijfers tussen een 7 en 10. Deze scores zijn weergegeven in tabel 3. De respondenten geveende volgende argumenten om de reden van de tevredenheid duidelijk te maken: (1) tevreden met inlevingsvermogen, (2) beantwoorden van vragen, (3) duidelijke taal, (4) goede tips, (5) het biedt een goed luisterende oor en (6) vriendelijkheid.

Tabel 3.

Gemiddelde tevredenheid over het consult bij wel/niet zien van filmpjes

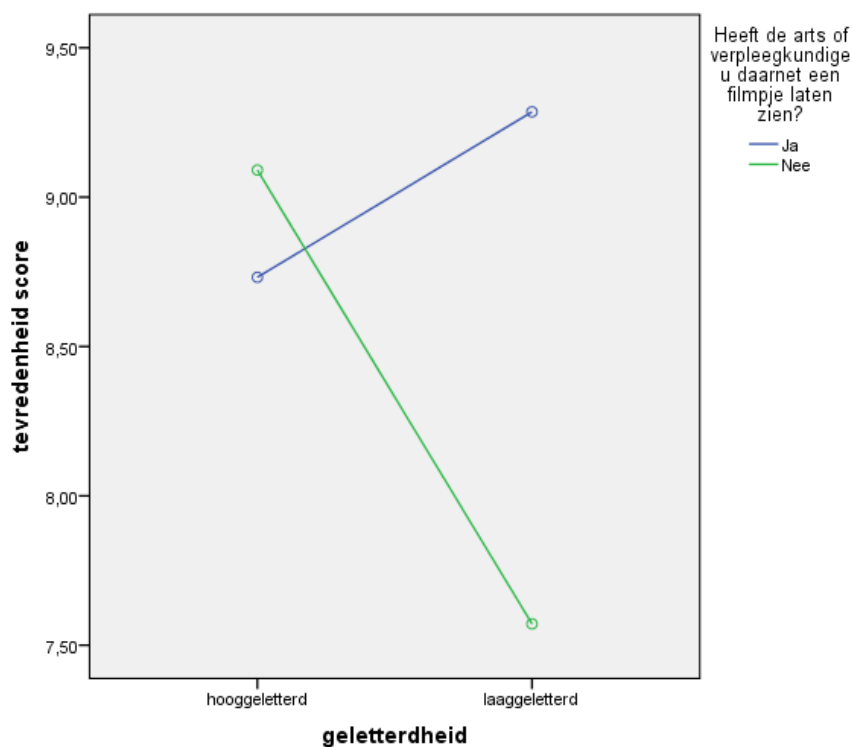
N=106	Tevredenheidsscore		(Min-Max)
	<i>M (SD)</i>		
Wel een kort filmpje gezien	51	8.9 (1.00)	7-10
Geen kort filmpje gezien	55	8.9 (1.14)	5-10

De gemiddelde tevredenheidsscore voor het consult bij het wel en niet zien van korte filmpjes onder hoog en laag geletterden, zijn weergegeven in tabel 4. Figuur 3 geeft de relatie weer tussen deze variabelen. Een 2 way ANOVA werd gehouden, hieruit bleek dat een significant interactie-effect was op tevredenheid van geletterdheid (hoog/ laag) en wel/niet gezien hebben van filmpje. $F(7.01) = 1.00$, $p = .009$. Bij laaggeletterden was er nauwelijks verschil in tevredenheid tussen mensen die wel en niet een filmpje hadden gezien: bij de laaggeletterden was hier echter wel een verschil. Laaggeletterden die wel een filmpje hadden gezien gaven namelijk hogere scores op tevredenheid (9,3) voor het consult dan laaggeletterden die geen filmpje hebben gezien (7,3).

Tabel 4.

Gemiddelde tevredenheid over het consult naar wel of niet het zien van filmpjes en laaggeletterdheid.

	<i>Geletterdheid</i>		
	Hoog n=85	Laag n=21	Totaal N=106
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Wel een kort filmpje gezien	8.7(0.95)	9.3(1.07)	8.9 (1,0)
Geen kort filmpje gezien	9.1(1.0)	7.6(1.1)	8.9 (1,2)



Figuur 3.

Verband tevredenheidsscore, geletterdheid en het zien van filmpjes

3.1.3 Tevredenheid en waardering van de voorlichtingsfilmpjes

De respondenten die wel een filmpje hadden bekeken ($n=56$) staan positief tegenover korte filmpjes, de filmpjes die werden bekeken werden beoordeeld met een gemiddelde van 6.9 ($SD=1.22$), de scores zijn weergegeven in tabel 5. De laagste score, dat werd gegeven door de ouders is een 4 en de hoogste score een 9. Daarnaast hebben de respondenten op een schaal van (1-5) een 4.4($SD=0.78$) gegeven op de vraag, of de respondenten het zouden waarderen dat filmpjes werden laten zien op het consultatiebureau. Tevens gaven 36(64.3%) van de respondenten aan in de toekomst korte filmpje te willen bekijken op het consultatiebureau. Hierbij gaven 14(25%) van de respondenten aan dat zij liever korte filmpje zouden willen bekijken en 6(10.7%) zou geen filmpjes willen bekijken. De respondenten noemden de volgende argumenten om aan te geven waarom zij wel korte filmpjes zouden willen zien op het consultatiebureau: (1) de informatie blijft beter onthouden, (2) de filmpjes zijn duidelijker dan de informatie die je ontvangt van een verpleegkundige of arts, (3) kunnen handige handvatten zijn, (4) het is een goed voorbeeld, (5) het biedt goede tips en uitleg en(6) afwisseling is leuk. De volgende argumenten werden genoemd waarom de respondenten geen

korte filmpjes zouden willen zien op het consultatiebureau: (1) Filmpjes zijn zelf ook op internet te bekijken, (2) ligt aan het onderwerp van het filmpje, (3) hangt af van de vermoeidheid van de baby, (4) ik zoek zelf ook al genoeg informatie op (5) en het kan ook thuis.

Tabel 5.

Waardering van de filmpjes op het consultatiebureau (N=56)

	N (%)	Min-Max	Mean	SD
Tevredenheidsscore		(4-9)	6,88	1.22
Beoordeling op laten zien van filmpjes(<i>schaal: 1-5</i>)		(2-5)	4,39	0.78
Beoordeling laten zien van filmpjes in de toekomst				
Ja	36 (64,3%)			
Nee	6 (10,7%)			
Misschien	14 (25%)			

3.2 Resultaten kwalitatief onderzoek bij zorgverleners

Deze paragraaf bestaat uit een beschrijving van de resultaten van de interviews met zorgverleners, bestaande uit artsen en verpleegkundigen. Als eerste wordt de onderzoekpopulatie van deze beschreven. Vervolgens worden de voordelen van het gebruik van het tonen van de voorlichtingsfilmpjes beschreven, gevolgd door de mogelijke nadelen van het gebruik van het tonen van voorlichtingsfilmpjes. Vervolgens worden de randvoorwaarden besproken waaraan moet worden voldaan om de voorlichtingsfilmpjes te kunnen gebruiken en tot slot worden de tips weergegeven voor mogelijke implementatie van de filmpjes op het consultatiebureau.

3.2.1 Demografische gegevens kwalitatief onderzoek

Voor deze studie zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met zorgverleners. Deze groep bestaat zeven vrouwelijke zorgverleners, bestaande uit drie artsen en vier verpleegkundigen. Deze demografische gegevens zijn weergegeven in tabel 6.

Tabel 6.

Demografische gegevens participanten (N=7)

Karakteristieken	n	%
Geslacht		
Man	0	0
Vrouw	7	100
Leeftijd		
Gemiddelde	51	
Variatie in jaren	33-61	
Functie		
Artsen	3	42,9
Verpleegkundigen	4	57,1
Werkzame jaren bij de GGD		
Gemiddelde	12	
Variatie in jaren	5-16	

3.2.2 Gepercipieerde voordelen van de innovatie

De zorgverleners zagen veel voordelen aan de voorlichtingsfilmpjes op het consultatiebureau.

De voordelen van de voorlichtingsfilmpjes konden worden ondergebracht in acht categorieën, zie tabel zeven.

Tabel 7.

Voordelen van de innovatie

Categorieën	Ondersteunend citaat
Voordelen voor ouders door visualisatie:	
Duidelijker en meer informatief *(6)	<i>'Laten zien, van iets, kan toch nog meer duidelijkheid geven aan de ouder'</i>
Ouders kunnen de filmpjes als voorbeeld zien*(4)	<i>'Dat nog beter ingeprint wordt bij ze van hoe ze het zouden kunnen doen'</i>
Ouders kunnen het beter onthouden *(5)	<i>'Door beeld beter onthouden van informatie'</i>
Handig voor niet Nederlandssprekenden (*3)	<i>'Bij voorbeeld onder andere door de taal. Niet iedereen op dit consultatiebureau spreekt goed Nederlands. Soms spreek ik Engels of soms moet je nog wat anders verzinnen. Duits praat ik soms met ouders, maar dan is het contact toch een stuk moeilijker. Dan kan een filmpje echt een toegevoegde waarde zijn'</i>
Enthousiasme bij ouders*(5)	<i>'Ze vinden het allemaal erg leuk hoor. Het wordt allemaal erg gewaardeerd'</i>
Het zorgt voor een ontspanningsfeer*(4)	<i>'Als er filmpjes leuk zijn kan zorgt dat ook soms voor een beetje luchtige sfeer, hier, en dat geeft een beetje afwisseling in het consult'</i>
Er wordt niets vergeten *(3)	<i>'Maakt het misschien duidelijker dan hoe ik het vertel. Misschien zeg ik het wel te snel, de filmpjes zijn redelijk traag'</i>
Aanvulling/toevoeging aan het consult *(4)	<i>'Het is, je hebt het gevoel dat je wat toevoegt aan je consult.'</i>
Het sluit aan bij de doelgroep en GGD *(6)	<i>'Ja, dat denk ik zeker dat het aansluit bij deze doelgroep'</i>
Rustmoment voor de artsen *(3)	<i>'Ten minste wel dat je iets uitlegt of niet wat in een filmpje zit en dat ik zelf even wat anders ga doen.'</i>
Artsen vinden het leuk om te doen *(6)	<i>'Ja, voor mij was het leuk om te doen'</i>

*Het aantal respondenten dat dit antwoord gaf

De zorgverleners van het consultatiebureau is gevraagd wat de voordelen kunnen zijn van het laten zien van filmpjes aan ouders die op consult komen. Zeven zorgverleners gaven aan dat visualisatie van informatie een belangrijk voordeel zou kunnen zijn voor ouders. Argumenten die zorgverleners hiervoor gaven waren; Het maakt de informatie duidelijker en meer informatief (n=6), *'je maakt het gewoon visueel, het is duidelijker'*. Een ander voordeel wat zorgverleners inzien is dat ouders een voorbeeld kunnen zien over hoe gehandeld zou kunnen worden, ouders kunnen de filmpjes als voorbeeld gebruiken(n=4). Een zorgverlener gaf bijvoorbeeld aan: *'Als je iets ziet in een kort filmpje, dan kan je het ook nadoen zeg maar'*. Vijf zorgverleners gaven tevens aan dat door visualisatie de informatie beter onthouden kunnen worden door ouders en makkelijk te reproduceren zou kunnen zijn: *'Als je bekijkt wat mensen onthouden van gesproken adviezen in het algemeen is dat niet zo heel veel denk ik. Wellicht dat het beeld wat meer doet onthouden, dat zou zomaar kunnen.'* Drie zorgverleners gaven aan dat het een toegevoegde waarde kan zijn voor niet-Nederlandssprekende ouders: *'Ik merkte nu het voordeel van de filmpjes, dat ouders er toch meer dingen uitpikken. Misschien toch vooral voor de mensen die wat minder goed Nederlands spreken.'* Het zien van een filmpje als voorbeeld kan ouders ook “sociaal bewijs” geven dat het niet alleen het advies is van de zorgverleners (1). *'Voordeel voor de ouders is dat het niet alleen het advies is van ons, wat soms nog wel een zo is van zo moet het, zo mag het nietdat idee hangt toch nog soms bij ouders dat je niet inderdaad zoals wij zeggen zo moet het maar dat je ze maar echt die praktijk kan laten zien. Dat zou een voordeel voor de ouders kunnen zijn'*

De tweede categorie betreft het enthousiasme bij de ouders. Van de zevenzorgverleners werden door vijf aangegeven dat ouders enthousiast hadden gereageerd en dat de ouders het leuk vonden dat er filmpjes werden laten zien: *'Ouders vonden het over het algemeen heel leuk'*. De derde categorie betreft de ontspannen sfeer door filmpjes. Volgens vier van de zevenzorgverleners zorgen het laten zien van filmpjes voor een ontspannen sfeer. Eén zorgverlener gaf daarbij als argument: *'Je merkte gewoon dat er gelijk een ontspannen sfeer ontstond dat mensen makkelijker praatten'*. De vierde categorie betreft het niet vergeten van onderwerpen. Doordat een gestandaardiseerd filmpje werd gebruikt kregen alle ouders dezelfde te zien. Dit kan ervoor zorgen dat niet een bepaald onderdeel wordt vergeten noemden 3 zorgverleners als voordeel. *'Voordeel voor mij is, ja zeg het maar, het filmpje is elke keer hetzelfde, dat maakt ook wel dat je geen dingen vergeet.'* De vijfde categorie betreft de aanvulling aan het consult. De filmpjes ervaren als een aanvulling tijdens het consult, de zorgverleners kunnen extra's bieden voor mensen die het nodig hebben, vonden vier

zorgverleners. *‘Als je de indicatie hebt gesteld dan kun je wat extra’s bieden.’* De zesde categorie betreft dat de filmpjes passen bij de doelgroep van de GGD. Zes zorgverleners vonden dat het laten zien van filmpjes aansluit bij de doelgroep en van het consultatiebureau. Als argument hiervoor werd genoemd: *‘Binnen de jeugdgezondheidszorg algemeen denkt ik dat dat heel goed zou kunnen passen.’* Twee zorgverleners noemden dat laaggeletterden meer weerstand hadden dan hoog geletterden tegenover filmpjes, dezelfde twee zorgverleners gaven aan dat hooggeletterden de filmpjes heel leuk vonden, terwijl de filmpjes ingezet waren om laaggeletterden beter uitleg te kunnen geven. Een zorgverlener geeft daarbij aan dat het niet uitmaakt of ouders laag of hoog geletterd zijn. *‘De ene keer sluit het juist bijvoorbeeld wel aan bij een laaggeletterde en de ander keer juist helemaal niet ook wel dat je denkt deze persoon is hoogopgeleid die snapt het allemaal, maar die kunnen het best heel erg leuk vinden om een filmpje te zien, het is ook niet per se bij die wel en bij die niet.’*

Daarnaast gaven twee zorgverlener aan dat beeld en geluid past binnen de huidige werkwijze van het consultatiebureau: *‘Wij leven nu natuurlijk in een wereld van beeld en geluid, en snelle reacties, dus dit past daar ook bij.’*

Tot slot werden door de zorgverleners voordelen genoemd ten aanzien van het tonen van het filmpje voor zichzelf. Drie zorgverleners vonden dat het tonen van filmpje een rustmoment was tijdens het consult. Dit is tevens de zevende categorie. *‘Je hebt ook wel een rust momentje dat je even niet hoeft te praten.’* De achtste categorie betreft dat de zorgverleners de filmpjes leuk vinden om te gebruiken. Dit werd door zes zorgverleners genoemd. Daarbij gaf een zorgverlener aan: *‘Leuk, ik moest even wennen, maar op het laatst vond ik het erg leuk.’*

3.2.3 Gepercipieerde nadelen van de innovatie

De zorgverleners zagen ook nadelen aan de voorlichtingsfilmpjes op het consultatiebureau. De nadelen van de voorlichtingsfilmpjes konden worden ondergebracht in zes categorieën, zie tabel 8.

Tabel 8.

Nadelen van de innovatie

Categorieën	Ondersteunend citaat
Nadelen van de filmpjes:	
De inhoud is niet helemaal goed *(6)	<i>‘Vind nu de inhoud niet aansluitend genoeg’</i>
De inhoud is:	<i>‘Maar ik zou toch als er andere filmpjes zijn dan andere filmpjes dan deze. Ik vind als het voor laaggeletterdheid is dan vind ik ze toch een beetje te moeilijk nog.’</i>
• Te moeilijk *(2)	<i>‘De andere twee waren heel erg “blond” en ik zou ook van alle culturen dat er wat kinderen tussen zitten.’</i>
• Te autochtoon *(2)	<i>‘Het muziekje werd niet door iedereen gewaardeerd’</i>
• De muziekstijl *(3)	
Nadelen van filmpjes op het consultatiebureau:	
Het kost tijd *(4)	<i>‘Wij hebben niet zo heel veel tijd voor een consult. Je moet er heel veel al in doen. Ik denk dat het qua tijd minder gunstig werkt’</i>
Voorbeelden zijn soms niet haalbaar *(2)	<i>‘Het is een ideaal beeld wat ze krijgen voorgeschoteld. Dat hoeft niet altijd.’</i>
Filmpje niet kunnen bekijken door afleiding *(4)	<i>‘Een paar waren een beetje afgeleid door het kind zelf, dus dat kan ook gebeuren’</i>
Het kan mondelinge voorlichting niet vervangen*(4)	<i>‘Het is nog niet zo dat ik het in plaats van mijn verhaaltje doe.’</i>

*Het aantal respondenten dat dit antwoord gaf

De eerste categorie betreft de inhoud van de voorlichtingsfilmpjes. De zorgverleners zagen nadelen aan de inhoud en vorm van de filmpjes. Zes zorgverleners noemden dat de inhoud niet helemaal goed is. *‘Dan vond ik bij deze filmpjes en zou je het laten passen dan zou het een meerwaarde kunnen hebben opbouw en inhoud van de filmpjes, die anders moeten zijn. Nog een punt vanuit zes zorgverleners was dat de filmpjes niet synchroon liepen. ‘Ze zeiden van om te oefenen en dan leg je het kindje op de buik op bed of op de buik om te oefenen, maar dan zag een voorbeeld dat het in bed op de rug werd gelegd, dat liep even niet goed(n=4)’.*Categorie twee betreft een opsomming van nadelen over de inhoud van de filmpjes: Twee zorgverleners vonden de filmpjes te moeilijk voor laaggeletterden zij zouden de filmpjes liever iets simpeler uitgelegd zien: *‘Maar ik zou toch als er andere filmpjes zijn*

dan andere filmpjes dan deze. Ik vind als het voor laaggeletterdheid is dan vind ik ze toch een beetje te moeilijk nog'. Ook vonden tweezorgverleners dat de filmpjes te autochtoonwaren, zij zagen liever filmpjes waarin ook allochtone kinderen of ouders in beeld kwamen. Wat ik ook vond, ik heb heel veel allochtone mensen op het bureau. De filmpjes waren heel erg met blonde kinderen. Nou spreekt dit ouders aan? Drie van de zevenzorgverleners vonden de muziek op de achtergrondonnodig. Eerder wat korter, dus eigenlijk zou je dat riedeltje zou gehalveerd kunnen worden, en ook aan het eind hoeft dat er niet bij.'

Ten tweede noemden de zorgverleners nadelen van het gebruik van de filmpjes op het consultatiebureau. Categorie drie betreft dat het laten zien van filmpjes meer tijd zal kosten, wat kan betekenen dat de zorgverleners minder tijd heeft voor andere verplichtingen die gedaan moeten worden tijdens een consult, of dat het consult zou kunnen uitlopen. Door vierzorgverleners van de zeven zorgverlener werd tijd genoemd als nadeel. *'Het kost iets meer tijd. Ik merk dat ik niet alles zo snel af had als anders.* Daarnaast noemen twee zorgverleners als mogelijk nadeel dat een filmpje ook niet haalbaar kan zijn voor ouders. Dit is tevens categorie vier. Het kan een ideaalbeeld schetsen van hoe ouders moeten handelen waardoor ouders kunnen afschrikken. Categorie vijf betreft dat de filmpjes kunnen zorgen voor afleiding bij ouders. Door de aanwezigheid van de kinderen kunnen ouders afgeleid worden tijdens het consult, dit werd genoemd door vier zorgverleners. Eén zorgverlener gaf daarbij aan: *'Ouders begonnen enthousiast te kijken en vervolgens doet hun kind iets en gingen ze eigenlijk op hun kind verder en luisterden ze helemaal niet meer, of keken ze helemaal niet meer wat er getoond werd'.* De zesde categorie betreft dat het filmpje mondelinge voorlichting niet kan vervangen. Vierzorgverleners gaven dit aan. *'Aan de andere kant als je zelf uitlegt kun je ook wel weer specifieke situatie van een bepaald kind meer ingaan of je kunt iets weglaten. Dat is dan ook wel weer een nadeel, dat je altijd dezelfde tijd en hetzelfde verhaal besteed aan het onderwerp, wat misschien niet altijd nodig is.'*

3.2.4 Randvoorwaarden

De zorgverleners vinden dat aan bepaalde factoren voldaan moeten worden om de filmpjes te kunnen laten zien. In deze paragraaf worden de randvoorwaarden geanalyseerd. De randvoorwaarden worden ondergebracht in 8 categorieën, zie tabel 9.

Tabel 9.

De zorgverleners willen de innovatie gebruiken mits:

Categorieën	Ondersteunend citaat
Er gelegenheid voor is *(3)	<i>‘Als er de tijd voor is en het onderwerp is ernaar, zeker. Maar ook al is het een kind voor een bepaald filmpje, maar er speelt zoveel, dan kies ik, en dan zou ik het filmpje niet laten zien.</i>
Er behoefte aan is*(6)	<i>‘Erg aan het consult, persoon, welke onderwerpen, als er niets bijzonders mee is en je gaat je routine, dingetjes checken dan kan het’.</i>
Er tijd voor is *(4)	<i>‘Als ik het in de toekomst zou gebruiken zou ik het minder gebruiken, omdat het toch een aanslag is op je tijdIk zou meer kijken naar is er behoefte aan en in dat geval zou ik het leuk vinden om te doen.’</i>
De filmpjes kort, simpel en duidelijk zijn *(2)	<i>‘Dus als er filmpjes gebruikt worden, en ingesproken, dan moet misschien dat inspreek gedeelte wat korter en simpeler’.</i>
Als de zorgverleners het eens zijn et de informatie *(3)	<i>‘Een bepaald onderwerp en je bent het zelf niet helemaal mee eens, dan kan het gewoon lastig zijn.’</i>
Als het bewezen effectief is (4)	<i>‘een verandering, mits een verbetering is altijd goed’</i>
Als het financieel haalbaar is *(2)	<i>‘Ik weet het niet of dat wel haalbaar is. We zitten toch wel in een bezuiniging in de sector.’</i>

*Het aantal respondenten dat dit antwoord gaf

De zorgverleners wilden de korte filmpjes gebruiken mits werd voldaan aan bepaalde factoren. Aan alle zorgverleners is de vraag gesteld of zij gebruik zouden willen maken van de filmpjes. Categorie één betreft de gelegenheid. Drie zorgverleners gaven aan de filmpjes te willen gebruiken als de gelegenheid ernaar is. *‘En hoe het kind is als het al een heel krijgend kind is, bijvoorbeeld een baby die heel onrustig aan het huilen is, dan heeft het geen zin om er een filmpje bij aan te zetten’.* Categorie twee is de randvoorwaarde dat het filmpje moet aansluiten bij de behoefte van de ouder, dit werd door zes zorgverleners genoemd. Zij gaven hierbij aan dat het van belang is dat het laten zien van korte filmpjes uitgesplitst moet worden naar indicatie. *‘Het is dus echt als je met een onderwerp bezig bent. En de ouder heeft ook een*

gerichte vraag, of je vraagt aan de ouders ben je bezig met zindelijkheid? Al een beetje begonnen dat je dan het filmpje laat zien. Ik heb nog een filmpje wat ik je kan laten zien. Hoe zoiets werkt. Ligt dus heel erg aan de vraag en het moment. ' Nog een randvoorwaarde voor zorgverleners was de beschikbare tijd die zij hebben tijdens een consult. Als de zorgverleners niet in tijdsnood zitten voor het goed kunnen afhandelen van het consult, zouden korte filmpjes goed gebruikt kunnen worden, dit is door vierzorgverleners als genoemd. Een zorgverlener gaf daarbij als argument: *'Als ik het in de toekomst zou gebruiken zou ik het minder gebruiken, omdat het toch een aanslag is op je tijd, Ik zou meer kijken naar is er behoefte aan en in dat geval zou ik het leuk vinden om te doen'*. Tijd is tevens categorie drie. Bij categorie vier is het voor twee zorgverleners van belang dat de filmpjes kort, simpel en duidelijk zijn. *Dus als er filmpjes gebruikt worden, en ingesproken, dan moet misschien dat insprek gedeelte wat korter en simpeler.* Categorie vijf betreft dat de zorgverleners het eens moeten zijn met de inhoud van het filmpje. Volgens driezorgverleners is dit belangrijk als zorgverleners de filmpjes gaan gebruiken in de toekomst. *'Een bepaald onderwerp en je bent het zelf niet helemaal mee eens met de manier waarop het in het filmpje getoond wordt, dan kan het gewoon lastig zijn.* Ook is een randvoorwaarde wat door vierzorgverleners is genoemd, dat zij de filmpjes zouden willen gebruiken mits het gebruik ervan effectief blijkt te zijn, dit is tevens categorie zes; *'Ja goed als dat goed onderzocht wordt en goed onderbouwd en het is het is inderdaad min of meer bewezen, het heeft een meerwaarde, dan ben ik wel bereid.* Tot slot was de laatste categorie de financiële haalbaarheid, dit werd door twee zorgverleners genoemd. *'Ik weet het niet of dat wel haalbaar is. We zitten toch wel in een bezuiniging in de sector. Er gebeurt ook heel veel met de tijd en zo. Ik denk dat dat nog weleens een tegenvaller kan zijn.'*

3.2.5 Het implementatie proces

De zorgverleners gaven hun ervaringen en meningen over de verdere implementatie van de voorlichtingsfilmpjes op het consultatiebureau. Het implementatie proces bestaat uit 9 categorieën, zie tabel 10.

Tabel 10.

Implementatie

Categorieën	Ondersteunend citaat
Implementatie:	
Efficiënt *(7)	<i>‘Het kan een efficiënte manier zijn, niet ja en niet nee, maar het kan een efficiënte manier zijn of aanvullend, ja’</i>
Haalbaar *(7)	<i>‘als het niet uitloopt en als er niet van alles is wel haalbaar’</i>
Duidelijkheid van de innovatie *(7)	<i>‘Maar over het algemeen het gebruik van in een consult en dat het als ondersteuning, visuele wat soms wel heel prettig is bij sommige ouders, dat is mij over het algemeen wel duidelijk’</i>
Tips voor implementatie:	
In de wachtkamer laten zien *(7)	<i>‘Ja, dan zou ik toch weer zeggen misschien in een wachtruimte dat het daar gedraaid gaat worden, dat zou ik wel een goed punt vinden’</i>
Link mailen naar ouders *(3)	<i>‘Dat je ze een linkje stuurt van he kijk dat thuis nog is dat zou ook nog iets kunnen zijn voor de toekomst’</i>
Link naar het dossier *(6)	<i>‘Maar ik denk dat als deze standaard gebruikt gaat worden, er ook een link kan komen in het dossier of zoiets.’</i>
Tijdens de vaccinaties laten zien *(3)	<i>‘Ik heb dan mijn weg gevonden tijdens het prikken dat filmpje te draaien.’</i>
Meer aanbod van soorten filmpjes *(2)	<i>‘Als we met filmpjes gaan werken, meer aanbod van filmpjes’</i>
Het systeem moet goed werken: scherm/geluid (2)	<i>‘Dus een extra beeldschermje zodat ik nog zelf nog in mijn dossiers kan komen, dat zou wel heel fijn zijn. Dat zou de werkdruk wel verbeteren.’</i> <i>‘opzich het filmpje laten zien werkte prima. Je kan scherm draaien, je hebt geluid, geluid moet regelbaar zijn’</i>

*Het aantal respondenten dat dit antwoord gaf

Tijdens de interviews was van belang of de zorgverleners de nieuwe vorm van informatieverschaffing duidelijk, haalbaar en efficiënt vonden, deze betreffen categorieën een, twee en drie. Met de antwoorden op deze vragen kan bekeken worden of de innovatie waard is om door te voeren. Alle zeven zorgverleners vonden het laten zien van filmpjes efficiënt en haalbaar als het consult niet uitloopt en/of geen andere bijzonderheden zijn. *‘De verpleegkundigen op het bureau vaccineren ook heel erg veel. Dat wat er efficiënt aan is dat ik het aan het eind van het bureau laat zien en dat ik dan de spuit klaar kan maken. In die zin is het efficiënt. Als je het andere efficiënt bekijkt van wat levert het mij op. Dan is het denk ik een toegevoegde waarde het filmpje’*. Daarbij was de nieuwe vorm van informatieverschaffing duidelijk bij alle zeven zorgverleners. *‘De manier waarop, jazeker wel’*.

Tevens hebben zorgverleners tips gegeven voor verdere implementatie. Daarbij gaven zij (n=7) als tip om deze filmpjes aan ouders te laten zien in de wachtkamer, dit betreft categorie vier. De filmpjes kunnen dan roulerend getoond worden. Als voordeel hiervan noemde een zorgverlener: *‘Ik heb zelf al eens gezegd van ik zou het wel handig vinden voor in de wachtkamer. Mensen kijken toch ergens naar of ze lopen naar een folderhoek. Dat daar een zuil hangt met wisselende filmpjes*. Een link mailen naar de ouders is drie keer genoemd door de zorgverleners. De zorgverleners hebben de emailadressen van de ouders, wat verdere verspreiding van de filmpjes vergemakkelijkt, dit is ondergebracht onder categorie vijf. Zes zorgverleners noemen als advies voor verdere implementatie dat er een link voor een filmpje aan het zorgdossier van het kind gekoppeld moet worden bij categorie zes. De zorgverleners willen kunnen aanklikken op de naam van het filmpje, of direct op het filmpje in een app in het elektrische dossier, dit is 1 keer genoemd. Ook vinden de zorgverleners bij categorie zeven (n=3) het goed om de filmpjes te laten zien aan ouders, op het moment dat de vaccinaties bij hun kinderen plaatsvindt. *Als je op de lange termijn gaat kijken helemaal geïntegreerd in je, is het echt een ondersteuning in plaats van mijn advies, ja kun je ook denken ik ga nu een filmpje laten zien over zindelijkheid, ik maak ondertussen de vaccinaties klaar’*. Twee zorgverleners geven aan in de toekomst meerdere filmpjes beschikbaar willen hebben, dit is tevens categorie acht.

Tot slot hebben zorgverleners argumenten genoemd, wat is ondergebracht bij categorie negen, over de beschikbare faciliteiten en welke faciliteiten in de toekomst gewenst zijn. Tijdens het gebruik van de filmpjes hebben de zorgverleners de filmpjes gekregen op een usb-stick. Geanalyseerd kan worden dat met een usb stick werken niet handig was. Zes zorgverleners hadden al aangegeven liever een link naar het dossier te willen. Een zorgverlener

gaf daarbij als argument: *‘Het kan wel hoor, maar soms moet je het usb er even uittrekken en er weer in doen, omdat hij dan iets naar voren gesprongen is. Het kan allemaal, maar het was niet altijd zo professioneel.* Twee zorgverleners noemen daarbij dat het belangrijk is dat het systeem goed werkt om de filmpjes goed te kunnen laten zien. Om het systeem goed te laten werken werden ook de argumenten genoemd dat een tweede scherm zou kunnen komen(2) en dat het geluid op orde zou moeten zijn(2).

3.3 Resultaten kwalitatief onderzoek met ouders.

3.3.1 Demografische gegevens kwalitatief onderzoek met ouders

Aan het onderzoek onder ouders deden 10 respondenten mee. Het merendeel was vrouw en had 1 kind, 40 procent waren lager opgeleid en een respondent was laaggeletterd, zie tabel 11.

Tabel 11.

Demografische gegevens participanten (N=10)

Karakteristieken	n	%
Geslacht		
Man	1	10
Vrouw	9	90
Leeftijd		
Gemiddelde	31	
Variatie in jaren	25-37	
Aantal kinderen		
Een kind	7	70
Twee kinderen	3	30
Leeftijd kind		
6-12 maanden	10	100
Genoten opleiding		
Geen	1	10
MBO	3	30
HBO	4	40
WO	2	20
Newest Vital Sign test		
Geletterd	9	90
50% kans op beperkte geletterdheid	1	10

3.3.2 Waardering voorlichtingsfilmpjes

De ouders hebben de vertoonde filmpjes als positief gewaardeerd. Alle tien ouders hebben het voorlichtingsfilmpje ‘Drinken uit een beker’ gezien. De waardering voor de filmpjes zijn ondergebracht in zeven categorieën, zie tabel 12.

Tabel 12.

Waardering filmpjes door ouders

Categorieën	Ondersteunend citaat
Waardering op vertoonde voorlichtingsfilmpjes:	
Duidelijk en niet moeilijk *(10)	<i>‘Het was een leuk filmpje, was heel duidelijk, goed te verstaan, niet te lang,’</i>
Aan te raden aan anderen*(9)	<i>‘zeker. Omdat ik van mening ben dat heel veel ouders dit soort informatie niet meekrijgen’</i>
Nuttig *(4)	<i>‘Ja, wel nuttig, want ik ben daarna weer gelijk begonnen met proberen met de beker, dat dat het me wel op het idee heeft gebracht, die beker heb ik nog. Dus daarom vond ik het wel nuttig’</i>
Waardering laten zien van filmpjes op het CB:	
Leuke manier van informatie geven *(6)	<i>‘opzich wel leuk’</i>
Reacties op introductie*(10) en nabespreking*(5)	<i>‘Ik vond het wel goed geïntroduceerd’ ‘Ja ze heeft kort gevraagd aan mij wat ik ervan vond’</i>
Liever filmpje dan brochure*(10)	<i>‘Ik denk dat een filmpje meer bij blijft. En een brochure dan moet je ook de tijd voor maken om te gaan lezen dus filmpje heb je dan wel gezien dan blijft het ook wel hangen’</i>
Meer filmpjes in de toekomst willen zien*(9)	<i>... als ze er zijn en het is informatie die ik nodig heb, dan zou ik naar kijken</i>

*Het aantal respondenten dat dit antwoord gaf

Bij categorie een werd gezien dat door alle ouders het filmpje werd ervaren als duidelijk en niet moeilijk. *‘Is wel makkelijk te begrijpen voor iedereen denk ik, was gewoon duidelijk, niet te lang gewoon kort en duidelijk’*. Negen ouders hebben aangegeven het filmpje aan te raden aan andere ouders die informatie zouden willen hebben over het onderwerp, dit is tevens categorie twee. *Ja, anderen die ook een kind hebben op die leeftijd, zou ik dat wel aanraden*

ja. 'Eén ouder twijfelt over het wel of niet aanraden van het filmpje. *'Ja, dat vind ik een lastige vraag, als een vriendin of zo er onzeker over is, dan zou ik wel zeggen kijk daar of daar op de site staan leuke filmpjes op. Misschien wel'*. Vier ouders hebben het filmpje nuttig gevonden bij categorie drie. *'Ja, wel nuttig, want ik ben daarna weer gelijk begonnen met proberen met de beker, dat dat het me wel op het idee heeft gebracht, die beker heb ik nog. Dus daarom vond ik het wel nuttig'*

De reacties van de ouders op het laten zien van korte filmpjes op het consultatiebureau waren ook positief. Zes gaven namelijk aan dat zij het ervaren hadden als een leuke manier van informatie geven. Dat de ouders het een leuke manier van informatie geven vinden is tevens categorie vier. *'Wel goed, dit was de eerste keer bij ons, dat ging wel goed, om het ook een keer op een andere manier te doen'*. De vijfde categorie onderbracht de reacties op de introductie en nabespreking van de filmpjes. Alle ouders hebben aangegeven dat de filmpjes op een juiste manier zijn geïntroduceerd. De artsen en verpleegkundigen hebben de filmpjes in het gesprek geïntegreerd, het laten zien van de filmpjes verliep vloeiend. *'Ze heeft mij ook gevraagd, ze heeft me uitgelegd wat voor onderzoek je deed, in ieder geval dat met de filmpjes nieuw is op het consultatiebureau en of ik het wilde zien, dus ze heeft het met me overlegd'* Vijf ouders hebben aangegeven dat de filmpjes heel kort zijn nabesproken. Alle respondenten krijgen liever een filmpje te zien met informatie dan een brochure, dit is tevens categorie zes. *'Dan denk ik dat de filmpjes meer aanspreken. Voor mezelf denk ik dan, hoor. In een folder staat heel veel vaak, vaak teveel. En in een filmpje heb je er meer beeld bij'*. Categorie zeven onderbracht de reacties die werden gegeven op het gebruik van de filmpjes op het consultatiebureau in de toekomst. Negen ouders zouden in de toekomst korte filmpjes op het consultatiebureau willen zien. *'Ja vraaggericht, op leeftijd, wanneer de communicatie misschien wat moeilijker gaat'*.

3.3.3 Gepercipieerde voordelen van de innovatie

De ouders noemen verschillende voordelen van het laten zien van de voorlichtingsfilmpjes op het consultatiebureau, deze zijn ondergebracht in vier categorieën, zie tabel 13.

Tabel 13.

Voordelen van het laten zien van filmpjes

Categorieën	Ondersteunend citaat
Door beeld en visualisatie:	<i>'Ik denk dat mensen dingen uiteindelijk beter opslaan als ze het zien.'</i>
Beter te onthouden*(8)	
Kan gebruikt worden als voorbeeld*(5)	<i>'Misschien dat de moeder dan meer vertrouwen krijgt? Meer weet van ow zo moet ik het doen. dat mensen echt kunnen zien wat er gezegd word' '...en misschien dat mensen die niet zo goed Nederlands spreken dan wel zien wat er gedaan wordt'.</i>
Goed voor mensen met een taalbarrière*(4)	
Geschikt voor ouders*(6)	<i>'Ja, zeker. Zeker. Omdat het in beeld wordt gebracht in de hedendaagse tijd'</i>
Het is leerzaam*(5)	<i>'Ik vond het zoals ik net al zij leerzaam, het is ook in deze fase van mijn dochters leeftijd'</i>
Aanvulling op het consult*(7)	<i>'Ik zeg ik denk dat het een aanvulling is aan wat daar gezegd wordt'</i>

*Het aantal respondenten dat dit antwoord gaf

De eerste categorie onderbracht de voordelen van de filmpjes door beeld en visualisatie, deze waren: beter kunnen onthouden, als voorbeeld kunnen gebruiken en een positief effect voor mensen met een taalbarrière. Door de filmpjes geven acht ouders aan beter de informatie te kunnen onthouden. *'Ik denk dat mensen dingen uiteindelijk beter opslaan als ze het zien'*. Vijf ouders vonden dat de filmpjes een goed voorbeeld zouden kunnen zijn voor ouders. De filmpjes lieten ook zien dat bij andere ouders bepaalde dingen fout kunnen gaan. Dit werd gewaardeerd door de ouders. *'Nee, het filmpje was goed. Je kunt zien wat er goed gaat, wat mis gaat, dat het niet altijd perfect gaat en dat is voor vrouwen fijn om te zien. Dat het niet altijd in 1 keer goed gaat.'* Vier ouders geven aan dat filmpjes een voordeel kunnen zijn voor het begrijpen van informatie voor ouders met een taalbarrière. *'Door beeldmateriaal dat mensen inderdaad mensen beter begrijpen waar het over gaat. Dat is dan ook denk ik als je moeite hebt met de Nederlandse taal, met bepaalde begrippen dan denk ik dat het beter te begrijpen is'*.

De tweede categorie onderbracht de zes ouders die vonden dat de filmpjes geschikt waren voor ouders zoals zichzelf en voor ouders die moeite hebben met het opzoeken van informatie. *Het is ook in deze fase van mijn dochters leeftijd daarom vond ik het zeker passend.* Daarnaast vonden vijf ouders de filmpjes leerzaam, dit is tevens categorie drie. *‘Ik vond het zoals ik net al zei leerzaam, het is ook in deze fase van mijn dochters leeftijd’* Tot slot bij categorie vier zagen zeven ouders de filmpjes als een aanvulling op het consult. *‘Ik zeg ik denk dat het een aanvulling is aan wat daar gezegd word. Het is voor heel veel mensen volgens mij fijn om het te kunnen zien, wat voor thema’s er zijn.’*

3.3.4 Gepercipieerde nadelen van de innovatie

De respondenten konden niet veel nadelen noemen van het laten zien van filmpjes op het consultatiebureau, zie tabel 14.

Tabel 14.

Nadelen van het laten zien van filmpjes

Categorieën	Ondersteunend citaat
Wanneer het filmpje niet past bij het kind *(4)	<i>‘Nadeel vind ik wel dat het soms niet helemaal past, dat het soms misschien wel een beetje raar overkomt ook voor hen’</i>
Tijd *(5)	<i>‘Nou, ik denk dat de tijd tijdens de consultatie momenten misschien niet altijd voldoende is om dat te doen’</i>
Muziekstijl*(3)	<i>‘Wat ik zo kan herinneren, ging het een beetje snel volgens mij, met muziek enzo, als ik me niet vergis, dus misschien dat dat minder kan’</i>
Overbodig*(2)	<i>‘Misschien dat mensen het overbodig zouden kunnen vinden’</i>

*Het aantal respondenten dat dit antwoord gaf

Een nadeel wat genoemd werd bij de eerste categorie door vier ouders was het niet passen van het filmpje bij het kind en gesprek. *‘Eigenlijk is het een gesprek zoals wij die nu hebben en dat je opeens gaat zeggen we gaan nu een filmpje kijken dat is altijd een beetje raar’.* Tevens werd bij de tweede categorie door vijf ouders het nadeel tijd genoemd, het filmpje zou tijd kunnen kosten of het consult zou langer kunnen duren. *‘Nadeel opzich van de filmpjes zie ik*

niet maar inderdaad een nadeel op het gebruik op een consultatiebureau, gesprek ze maar dan denk ik dat sommige mensen zo iets hebben van, dit kan ik ook wel op een andere manier, kost het me dan meer tijd en dit kan ik ook op een ander manier bekijken, die zullen dat denk ik prettig vinden'. De muziek wat wordt gebruikt tijdens het filmpje wordt bij categorie drie door drie ouders niet gewaardeerd. Daarbij wordt als argument gegeven: 'Voor mij hoeft er niet zo 'n muziekje onder, is wel persoonlijk'. Tot slot hebben bij categorie vier twee ouders genoemd dat sommige ouders de filmpjes overbodig zouden kunnen vinden. 'Dat is denk ik net als met elk advies. Het zou kunnen overkomen als iemand zou beter moeten weten of iemand kan weerstand voelen van ik heb het niet nodig ofzo'.

3.3.5 Het implementatie proces

Ook ouders gaven een aantal aanbevelingen voor verdere implementatie van de filmpjes, zie tabel 15. Hun tips konden worden ondergebracht in 8 categorieën.

Tabel 15.

Tips voor implementatie

Categorieën	Ondersteunend citaat
Onderwerpen voor filmpjes in de toekomst*(9)	<i>‘Heel iets anders om een filmpje te maken over het eerste hapje, wat kindjes dan allemaal mogen hebben’</i>
Filmpjes laten zien indien nodig *(6)	<i>‘En dat het niet langdradig en opdringerig wordt. Van: zo moet het, maar: dit is een mogelijkheid. Niet dat het een soort verplichting wordt. Dan is het niet goed ofzo.’</i>
Filmpjes nabespreken in de toekomst *(4)	<i>‘Nabespreken ja even kort’</i>
In de wachtkamer laten zien*(6)	<i>‘Nee, in de wachtkamer zou het een prima tool zijn omdat ouders dan ook even te tijd kunnen verdrijven.’</i>
Filmpjes liever op het CB bekijken *(3)	<i>‘Ik denk op het consultatiebureau. Omdat je er dan toch al bent voor de kinderen en dan kun je er beter op inspelen.’</i>
Op CB en thuis bekijken *(2)	<i>‘Ik zou het beide doen, ja. Zowel thuis als op het consultatiebureau’</i>
Filmpjes liever thuis bekijken *(5)	<i>‘Dan kan je kijken wanneer je denkt daar wil ik wel meer over weten, dan ga je het kijken’</i>
Filmpjes op een website willen zien *(6)	<i>‘Je kunt het nog eens terug kijken, misschien als het de filmpjes ergens te zien zijn op de website ofzo van de GGD, kun je je zelf nog een opzoeken’</i>

*Het aantal respondenten dat dit antwoord gaf

De meest genoemde tip bij de eerste categorie is dat de ouders in de toekomst meer verschillende onderwerpen willen zien. Negen ouders hebben verschillende onderwerpen genoemd. De onderwerpen verschilden van elkaar. Zo zijn bijvoorbeeld twee keer het onderwerp ‘slapen gaan’ genoemd, twee keer ‘zindelijkheid’ en een keer over ‘eerste hapjes’. *‘Misschien is het nog wel leuk, heel iets andersom een filmpje te maken over het eerste hapje, wat kindjes dan allemaal mogen hebben. Dat daar iets gericht op is. Nu zoek ik heel veel op internet, dat je daar iets meer handvaten voor krijgt zeg maar. Een punt waarop gelet zou moeten worden volgens zes ouders, is dat wanneer het consultatiebureau filmpjes gaat*

gebruiken dat de filmpjes passend en nodig moeten zijn bij het kind en situatie, dit is tevens categorie twee. *‘Ja, misschien dat niet iedereen erop zit te wachten, maar dat gaf ik ook al aan het begin van het interview aan. Dat het vraaggericht moet worden aangeboden’*. Bij categorie drie vinden vier ouders dat in de toekomst nabesproken moet worden of het filmpje begrijpelijk was, zodat nagegaan kan worden of het filmpje is begrepen. Tevens hebben zes ouders aangegeven dat informatieve voorlichtingsfilmpjes getoond zouden kunnen worden in de wachtkamer, bij categorie vier. *Ja, misschien in de wachtkamer, want dat duurt soms wel lang, dus dan heb je daar wel meer tijd om ook eventueel een filmpje te bekijken.*’ Op de vraag waar de ouders de filmpjes zouden willen bekijken, noemden drie ouders dat ze liever op het consultatiebureau het filmpje zouden willen zien, zodat het nabesproken zou kunnen worden met de zorgverleners, dit is tevens categorie vijf. *‘Uiteindelijk denk ik beter daar als je een overleg hebt met een arts of verpleegkundige als je er een vraag over hebt, hoe het dan is voor jou kindje specifiek van invloed zou kunnen zijn, denk ik dat het voor mij of voor veel mensen uiteindelijk beter is om het op het consultatiebureau te doen’*. De zesde categorie onderbracht de citaten waarbij de ouders aangeven dat ze geen keus kunnen maken waar ze liever een filmpje willen zien, tussen thuis en op het consultatiebureau. Twee ouders gaven aan dat filmpjes zien op het consultatiebureau of thuis allebei voordelen en nadelen hebben, zij zouden gebruik willen maken van de beide mogelijkheden. Vijf ouders kijken de filmpjes liever thuis, dit is tevens categorie zeven. *‘Omdat ik dan, wanneer ik zelf denk dat wil ik kijken, wanneer ik er zelf aan toe ben of nodig heb, zou ik dat eerder thuis doen, tenzij op het consultatiebureau een heel specifiek onderdeel met mij besproken wordt en willen ze het even illustreren met een filmpje dan in het uiteraard prima.’*

Tot slot geven bij categorie acht zes ouders aan dat de filmpjes geplaatst zouden kunnen worden op een website zodat de informatie beschikbaar is voor alle ouders. *‘Ik zou het bijvoorbeeld in die app plaatsen of op jullie website, dat er gewezen wordt dat er filmpjes zijn. Ik krijg via Pampers volgens mij nieuwsbrieven en Nutricia, daar staan ook veel filmpjes’*. Daarbij is een keer genoemd dat het fijn zou zijn als de filmpjes op de site staan van een overheidssite zoals de GGD. Ook heeft een ouder genoemd dat de filmpjes bekeken konden worden via een app.

Hoofdstuk 4 Discussie

Zowel de zorgverleners als de ouders gaven aan veel voordelen te zien van het laten zien van een voorlichtingsfilmpje op het consultatiebureau. Het toevoegen van een kort informatief voorlichtingsfilmpje tijdens de consulten wordt door de ouders en zorgverleners aangenaam en nuttig gevonden. Deze uitkomst wordt bevestigd door de onderzoeken van Snyder-Ramos, Seintsch, Bottinger, Motsch, Martin & Bauer (2005) en Wilhelm et al., (2009). Uit deze studies bleek dat het tonen van video's of illustraties als voorlichtingsmiddel effectiever waren dan conventionele voorlichting, zoals een gewoon gesprek of geschreven instructiemateriaal.

Bij beide kwalitatieve onderzoeken bleek dat voorlichtingsfilmpjes ervoor zorgen dat de ouders door visualisatie, een beter beeld krijgen hoe bepaalde handelingen verricht kunnen worden en dat de ouders de filmpjes als een voorbeeld zouden kunnen gebruiken. Uit de beide kwalitatieve onderzoeken bleek tevens dat het inzetten van filmpjes door visualisatie kunnen zorgen voor meer begrip bij ouders en dat de ouders de informatie beter zouden kunnen onthouden. Deze resultaten komen overeen met onderzoeken van verschillende experimentele studies (Houts, Witmer, Egeth, Loscalzo & Zabora, 2001; Kessels, 2003; Houts, Doak, Doak & Loscalzo, 2006; Mayer, Heiser & Lonn, 2001). Uit deze onderzoeken bleek dat door gebruik te maken van multimedia, mensen de informatie door verschillende kanalen in de hersenen verwerken, waardoor het terughalen van informatie en kennis groter wordt. Zorgverleners voegen daar nog aan toe dat zij merken dat ouders enthousiast zijn, en dat het filmpje ook kan helpen bij het structureren van het consult. Geconcludeerd kan worden dat een filmpje door de meeste ondervraagde als een waardevolle aanvulling wordt beschouwd. Hierdoor wordt aanbevolen om filmpjes in te toekomst te gebruiken op het consultatiebureau.

Behalve de voordelen, werden ook nadelen genoemd door respondenten. Belangrijkste nadelen waren volgens de ouders en zorgverleners dat de filmpjes overbodig kunnen zijn als het niet aansluit op de situatie van het kind en dat het meer tijd kan kosten. Tevens kon een voorlichtingsfilmpje de mondelinge informatie niet vervangen, het is meer een aanvulling/ondersteuning aan het consult. Deze resultaten komen overeen met het onderzoek van Wilhelm et al. (2009), De onderzoekers plaatsten de kanttekening dat multimediale middelen persoonlijk contact niet kunnen vervangen en daarom ter ondersteuning gebruikt zouden moeten worden bij voorlichting.

In het kwantitatieve deel werd nagegaan in hoeverre het laten zien van een filmpje leidde tot meer tevredenheid. De resultaten lieten zien dat er in het geheel genomen geen verschillen waren in tevredenheid over het consult tussen ouders die het filmpje wel en niet hadden gezien, maar de resultaten laten zien dat onder de laaggeletterden die het filmpje hadden gezien significant tevredener waren dan mensen die niet het filmpje hadden gezien. Uit de schaarse literatuur met betrekking tot de relatie tussen laaggeletterdheid en tevredenheid van een afspraak met de arts, blijkt dat laaggeletterden geassocieerd worden met een lagere beoordeling van de kwaliteit van een gesprek met de arts (Schillinger, Bindman, Wang, Stewart & Piette, 2004) en lagere tevredenheid (Shea et al., 2007). Dit komt deels overeen met de resultaten van de huidige studie. In het geheel genomen kunnen we niet spreken over een verschil in tevredenheid, een reden hiervoor kan zijn dat ouders die laaggeletterd en gemotiveerd waren hebben meegedaan aan de studie. Als wordt gekeken naar de groep laaggeletterden, zien we dat laaggeletterde ouders tevredener zijn met het zien van een filmpje. Dit zou kunnen betekenen dat het laten zien van filmpjes een positief effect kan hebben op laaggeletterden die het consultatiebureau bezoeken. Om deze reden wordt als advies gegeven om meer filmpjes in de toekomst te gebruiken op het consultatiebureau. Tevens wordt aanbevolen, gezien in het kwantitatieve onderzoek van de huidige studie alleen is gekeken naar effecten op tevredenheid, maar niet naar andere effecten, zoals bijvoorbeeld begrip of (intentie tot) gedragsverandering om voor toekomstig onderzoek te bekijken of het tonen van voorlichtingsfilmpjes op het consultatiebureau hierop van invloed is. Eerder onderzoek heeft wel laten zien dat het gebruik van visuele hulpmiddelen, het begrip en op de herinnering voor een langere tijd van informatie vergroot voor iedereen, maar vooral voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (Kessels 2003; Houts, Doak, Doak & Loscalzo, 2006).

Over de manier waarop het filmpje het beste geïmplementeerd kan worden, hadden zowel de ouders als de zorgverleners duidelijke argumenten. De ouders waren van mening dat de filmpjes gepresenteerd konden worden, indien het nodig en passend is bij de situatie van het kind. Daarnaast gaven ze aan dat meerdere verschillende nieuwe onderwerpen in de toekomst gewenst zijn. Ouders gaven aan ook de behoefte te hebben om de filmpjes thuis te bekijken, zoals bijvoorbeeld op een overheidssite of bijvoorbeeld de site van de GGD. Doordat de informatie wordt verkregen door een overheidssite, geeft dit de ouders het vertrouwen dat de inhoud van de filmpjes correct zijn. Deze resultaten worden bevestigd door het onderzoek van Mackert et al. (2009). Behalve de vorm van aangeboden informatie, is de bron van de

verschafte informatie en in hoeverre deze betrouwbaar is, de doorslaggevende factor voor laaggeletterde ouders om de gezondheidsinformatie te vertrouwen en accepteren. Hierbij wordt aanbevolen om meer informatieve voorlichtingsfilmpjes te ontwikkelen en deze op de site van de GGD te zetten.

De zorgverleners vonden dat het laten zien de voorlichtingsfilmpjes efficiënt en haalbaar kunnen zijn op het consultatiebureau. De voorlichtingsfilmpjes zouden net zoals genoemd bij de ouders, ook volgens de zorgverleners getoond moeten worden als er behoefte aan is bij de situatie van het kind. Deze beroepshouding blijkt ook uit onderzoeken van Luker et al. (2005), waarin gepleit wordt dat moet worden voldaan aan de informatie behoeften bij ouders. De filmpjes konden volgens de zorgverleners naast de contactmomenten, in de toekomst laten zien worden in de wachtkamer en tijdens het klaarleggen van de vaccinaties. Hierbij wordt aanbevolen om de filmpjes in de toekomst te laten zien tijdens het consult indien dit nodig is bij de situatie van het kind, in de wachtkamer en tijdens het vaccineren.

4.1 Beperkingen en sterke kanten

De resultaten van dit onderzoek dienen geïnterpreteerd te worden met inachtneming van enkele beperkingen. Ten eerste is er aan de zorgverleners gevraagd om de filmpjes willekeurig te laten zien, maar wel dat 50 % van de ouders één van de filmpjes zou zien. Gezien de zorgverleners eerst hebben gevraagd of de ouders een filmpje wilde zien tijdens het consult, is de keuze aan de ouders overgelaten. Dit had als gevolg dat alleen de ouders die interesse hadden, het filmpje hebben gezien. Deze situatie is ontstaan doordat de zorgverleners de ouders niet wilden opleggen om een filmpje te zien. Dit was echter niet de opzet van de studie. In tegenstelling de beperkingen die de zorgverleners zagen om de filmpjes te laten zien, waren de ouders ingelicht over het doel van de studie middels een informatiebrief. Dit zou zorgverleners de mogelijkheid geven de filmpjes zonder overleg aan de ouders te kunnen laten zien.

Ten tweede was de bedoeling dat vijf laaggeletterden en vijf hooggeletterden geïnterviewd werden bij deelonderzoek drie. Omdat er uiteindelijk slechts tien ouders zich hebben aangemeld voor de interviews, is er voor gekozen om deze ouders allemaal te interviewen. Van deze tien ouders was er slechts één laaggeletterd. Dit had als gevolg dat er niet geanalyseerd kon worden of laaggeletterde ouders andere ervaringen en meningen hadden ten opzichte van hoog geletterden. Naast dat de onderzoeksgroep niet volledig representatief is, Representeren de antwoorden mogelijk niet alle artsen, verpleegkundigen en ouders, wat

de generaliseerbaarheid van dit onderzoek beperkt. Daarom is het raadzaam voor vervolgonderzoek een grotere onderzoekspopulatie te werven en meer data van laaggeletterden. Daarnaast is het raadzaam om een controlegroep toe te voegen, zodat gemeten kan worden, of er verschillen gevonden kunnen worden in kennis, begrip of gedrag binnen de laaggeletterden die wel gebruik hebben gemaakt van de voorlichting filmpjes en niet.

Ten derde hebben waarschijnlijk vooral de gemotiveerde ouders zich gemeld voor het participeren aan de interviews. Dit betekent, dat er selectiebias kan hebben plaatsgevonden en dat de groep geïnterviewden niet representatief zijn voor de totale groep ouders. Hoewel we de indruk hebben dat de antwoorden in de interviews divers waren kan het zijn dat door mogelijke selectie bias, bepaalde meningen of ideeën niet zijn uitgesproken.

Tot slot zorgden de kinderen van de ouders voor te veel afleiding. De interviews met de ouders werden thuis afgenomen, zodat de ouders zich veilig voelden en gemakkelijker deel konden nemen aan de interviews. Omdat de ouders kinderen hadden, werden de ouders tijdens de interviews vaak afgeleid door de kinderen. Daarnaast werden de interviews soms door de kinderen onderbroken. Voor vervolgonderzoek, is het raadzaam om de interviews op de consultaties plaats te laten vinden.

Naast de beperkingen waren er ook sterke kanten aan het onderzoek. De belangrijkste sterke punt is dat dit onderzoek drie deelonderzoeken heeft en twee perspectieven heeft onderzocht om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag. De perspectieven en ideeën van zowel de ouders als zorgverleners konden onderzocht worden. Nu kon alle betrokkenen die gebruik kunnen maken van de voorlichtingsfilmpjes representeert worden in de resultaten.

Nog een sterk punt aan dit onderzoek is het feit dat er gebruik is gemaakt van zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek om de toegevoegde waarde van het gebruik van korte filmpjes bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden tijdens contactmomenten op het consultatiebureau te onderzoeken.

Naast het brede onderzoeksmodel van de huidige studie, is tevens de omvang van de onderzoekspopulatie een sterk punt. Alle zorgverleners van het consultatiebureau hebben meegedaan aan het onderzoek en daarnaast zijn tien ouders geïnterviewd. Daarnaast zijn 109 vragenlijsten afgenomen bij ouders. Dit maakt de onderzoekspopulatie van dermate grote omvang, om bepaalde conclusies te trekken.

4.2 Aanbevelingen

De verdere aanbevelingen voor de implementatie van de informatieve voorlichtingsfilmpjes op het consultatiebureau worden weergegeven in tabel 16.

Tabel 16.

Aanbevelingen voor verdere implementatie

Aanbevelingen voor wanneer de voorlichtingsfilmpjes kunnen worden laten zien	De zorgverlener zou het filmpje moeten laten zien wanneer het nodig is en past bij het kind. De filmpjes zouden tijdens de vaccinaties laten zien kunnen worden. Filmpjes zouden op het consultatiebureau, in de wachtkamer en thuis mogelijk op de site van de GGD gezien moeten kunnen worden door de ouders.
Aanbevelingen voor de inhoud van de voorlichtingsfilmpjes	Meer filmpjes met verschillende onderwerpen moeten beschikbaar zijn voor de zorgverleners en ouders. De filmpjes welke in de toekomst gebruikt zullen worden zouden eerst goedgekeurd moeten worden door de zorgverleners, zodat de zorgverleners kunnen bepalen of zij het eens zijn met de inhoud
Aanbevelingen voor de vorm van de voorlichtingsfilmpjes	Bij de toekomstige filmpjes zou het beeld en gesproken tekst synchroon moeten lopen. De filmpjes moeten kort duidelijk en simpel zijn. De filmpjes moeten allochtone en autochtone personages bevatten De achtergrondmuziek van de filmpjes kunnen minder opvallend aanwezig zijn
Aanbevelingen voor de facilitaire zaken op het consultatiebureau	De filmpjes moeten gelinkt zijn aan het dossier van het kind op het consultatiebureau. Het systeem en geluid moeten goed werken op het consultatiebureau.

4.3 Conclusie

Informatieve voorlichtingsfilmpjes kunnen een ondersteuning zijn tijdens contactmomenten op het consultatiebureau bij laaggeletterden. Het laten zien van de filmpjes zorgt voor meer tevredenheid bij laaggeletterden. Alle ouders en zorgverleners staan positief tegenover het laten zien van korte filmpjes op het consultatiebureau en zouden in de toekomst meer filmpjes willen zien indien het aansluiten op de situatie van het kind. Ouders en zorgverleners noemen voordelen ten aanzien van het gebruik van filmpjes op het consultatiebureau. De genoemde voordelen van de ouders en zorgverleners komen overeen, zoals dat de filmpjes nuttig kunnen zijn voor ouders met een taalbarrière.

Literatuurlijst:

Alliantie (2014) *Gezondheidsvaardigheden* Verkregen via, op 6 oktober 2015:

<http://www.gezondheidsvaardigheden.nl/2012/12/gezondheidsvaardigheden-centraal-bij-ggd-twente/>

Bader, J.L., & Strickman-Stein, N. (2003). Evaluation of new media formats for cancer communications. *Journal of Medical Internet Research*, 5(3), 8-24

Baker, D.W., Parker, R.M., Williams, M.V., & Clark, W.S. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*, 13 (12), 791-798.

Berkman, N. D., Sheridan, S.L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., & Viswanathan, M. (2011) Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evidence reports/Technology assessment, 199, 1-941.

Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *Journal of the American Medical Association*, 289, 1969-1975.

Bohnen E. & Jansen, F. (2006) *Laaggeletterde ouders-kinderen van 0 tot 4–consultatiebureaus* verkregen via:

<http://www.basisvaardigheden.nl/pdf/laaggeletterdeoudersconsultatiebureaus.pdf>

Boxtel, E. (2016) *JGZ Professionals: Partner of Expert voor Ouders bij Taalstimulering?* Verkregen via, op 11 oktober 2016: <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/335321>

Campbell, F. A., Goldman, B. D., Boccia, M. L. & Skinner, M. (2004). The effect of format modifications and reading comprehension on recall of informed consent information by low-income parents: a comparison of print, video and computer based presentations. *Patient Education and Counseling*, 53 (2), 205-216

Choi, J. & Bakken, S. (2010). Web-based education for low-literate parents in Neonatal intensive Care Unit: Development of a website and heuristic evaluation and usability testing. *International journal of medical informatics*, 79 (8), 565-575

Durlak, A. J., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350. doi:10.1007/s10464-008-9165

Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18, 237-256. doi: 10.1093/her/18.2.237

Fransen, M.P., Leenaars, K.E.F., Rowlands, G., Weiss, B.D., Pander Maat, H., & Essink, M.L. (2014). International application of health literacy measures: Adaptation and validation of the newest vital sign in The Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 97, 403-409.

Fransen, M.P., Van Schaik, T.M., Twickler, T.B., & Essink, M.L. (2011). Applicability of Internationally Available Health Literacy Measures in the Netherlands. *Journal of Health Communication*, 16, 134-149.

Fleuren, M. A. H., Paulussen, T. G. W. M., Van Dommelen, P., & Van Buuren, S. (2012). Ontwikkeling meetinstrument voor determinanten van innovaties (MIDI). Leiden: TNO Innovation for life.

Fourage, D., Houtknoop, W. & van der Velden, R. (2011) *Laatgeletterdheid in Nederland*. Expertisecentrum Beroepsonderwijs.

Fullan, M.G. (1992) *Successful school improvement: The implementation perspective and beyond*. Buckingham: Open University Press.

GGD Twente (2015) *Onze organisatie*. Verkregen via, op 7 oktober 2015:
<http://www.ggdtwente.nl/over-de-ggd/onze-organisatie>

GGD Twente (2014) *Jaarverslagen*. Verkregen via, op 15 oktober 2015, :
<http://www.ggdtwente.nl/over-de-ggd/jaarverslag/143-jaarverslagen>

Grol, R. & Wensing, M. (2006) *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Greef, de. M., Segers, M., & Nijhuis, J. (2013). Feiten en cijfers geletterdheid. Den Haag, The Netherlands: Stichting Lezen & Schrijven.

Groter Worden (2016) Opvoeden doe je samen. Verkregen via: <http://www.groterworden.nl/>

Houts, P.S., Doak, C.C., Doak, L.G., & Loscalzo, M.J. (2006). The role of improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Education and Counseling*, 61(2), 173-190.

Houts, P.S., Witmer, J.T., Egeth, H.E., Loscalzo, M.J., & Zabora, J.R. (2001). Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions II. *Patient Education and Counseling*, 43(3), 231-242

Kessels, R.P.C. (2003). Patients' memory for medical information. *Journal of Royal Social Medicine*, 96, 219-222.

Liechty, J. M., Saltzman, J. A., Musaad, S. M. & Team, T.S.K. (2015). Health literacy parent attitudes about weight control for children. *Appetite*, 91, 200-208

Luker, K.A., Beaver, K., Leinster, S.J., Owens, R.G., Degner, L.F., Sloan, J.A., (1995). The information needs of women newly diagnosed with breast cancer. *Journal of advanced nursing*, 22 (1), p. 134-141.

Mackert, M., Kahlor, L., Tyler, D., & Gustafson, J. (2009). Designing e-health interventions for lowhealth-literate culturally diverse parents: addressing the obesity epidemic. *Telemedicine and e-Health*, 15 (7), 672-677.

Mallinger, J. B., Griggs, J. J., Shields, C. G., (2004). Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Education and Counseling*, 57, p. 342-349.

Mayer, R. E. (2003). The promise of multimedia learning: using the same instructional design methods across different media. *Learning and Instruction*, 13, 125-139

Mayer, R. E., Heiser, J., & Lonn, S. (2001). Cognitive constraints on multimedia learning: When presenting more material results in less understanding. *Journal of Educational Psychology*, 93 (1), 187-198.

Morris, N.S., MacLean, C.D., Chew, L.D., & Littenberg, B. (2006). The single item literacy screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Family Practice*, 7(21), p. 1-7.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)(2002). *Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg*. Opgehaald op 6 mei 2007 van http://www.minvws.nl/images/Basistaken-jeugdgezond_tcm19-97448.pdf

Nederlandse Jeugd Instituut [NJI] (2004) Opvoedingondersteuning in de JGZ verkregen via: <http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/FactsheetOpvoedingondersteuningindeJGZ.pdf>

Oostenberg, E., Bakx, J., Van Bommel, H., & Elbrink, S. (2012). Visueel voorlichtingsmateriaal voor laaggeletterden. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, (6), 150-154.

Parker, R.M., Williams, M.V., Weiss, B.D., Davis, T.C., Doak, C.C., Doak, L.G., Hein, K., Meade, C.D., Nurss, J., Schwartzberg, J.G., Somers, S.A., Davis, R.M., Riggs, J.A., Champion, H.C., Howe, J.P., Altman, R.D., Deitchman, S.D., Genel, M., Karlan, M.S., Nielsen, N.H., Williams, M.A., Young, D.C., Schwartzberg, J., Bresolin, L.B., & Dickinson, B.D. (1999). Health literacy – Report of the council on scientific affairs. *Journal of the American medical Association*, 281(6), 552-557.

Parker, R. M., Ratnan, S. C., & Lurie, N. (2003). Health literacy: a policy challenge for advancing highquality health care. *Health affairs*, 22 (4), 147-153

Pelikan et al. (2012). *Comparative report on health literacy in eight EU member states*. The European health literacy project.

Pharos (2015). *Factsheet laaggeletterden*. verkregen via, op 1 oktober 2015: <http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet%20laaggeletterdheid.pdf>

Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations* (4th ed.). New York: The Free Press.

Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A., & Piette, J. (2004). Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling*, 52(3), 315-323.

Shea, J.A., Guerra, C.E., Ravenell, K.L., McDonald, V.J., Henry, C.A.N., & Asch, D.A. (2007). Health literacy weakly but consistently predicts primary care patient dissatisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(1), 45-49.

Stichting lezen en schrijven (2015) *Laaggeletterdheid*. verkregen via:
<http://www.lezenenschrijven.nl/feiten/laaggeletterdheid/>

Snyder-Ramos, S.A., Seintsch, H., Böttinger, B.W., Motsch, J., Martin, E., & Bauer, M. (2005). Patient satisfaction and information gain after the preanesthetic visit. A comparison of face-to-face interview, brochure, and video. *Anesthesia and Analgesia*, 100, 1753-1758.

Stals, K., Yperen van, T., Reith, W. & Stams, G. J.(2008) *Effectieve en duurzame implementatie in de jeugdzorg, Een literatuurrapportage over belemmerende en bevorderende factoren op implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Stichting Jeugdformaat/Universiteit Utrecht; Nederlands Jeugdinstituut/Universiteit Utrecht; Universiteit van Amsterdam

Twickler et al. (2009). Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg

Yin, H.S., et al. (2014) Parent health literacy and "obesogenic" feeding and physical activity-related infant care behaviors. *J Pediatr*, 164(3): p. 577-83.e1.

Yin, H. S., Dreyer, B.P., Foltin, G., Schajk L., & Mendelsohn A. L. (2007). Association of low caregiver health literacy with reported use of nonstandardized dosing instruments and lack of knowledge of weight-based dosing. *Ambulatory Pediatrics*, 7 (4), 292-298.

Yin, H. S., Dreyer, B.P., Schajk, L., Mendelsohn, A. L., Wolf, M. S., Parker, R. M. & Fierman, A. (2010) Parents medication administration errors: role of dosing instruments and health literacy. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164 (2), 181-186

Vintges, M & Hosper K. (2014) *Welke vragen heeft u nog? Pharm Weekblad 5 september 2014;149–36*

Yperen, T. van, (2003). Gaandeweg. Werken aan de effectiviteit van de jeugdzorg. Utrecht: Universiteit Utrecht/ NIZW.

Vrije universiteit medisch centrum [Vumc] & De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie [ZonMw], (2011). *De ImpelmentatieWijzer*. Amsterdam Verkregen via: <https://www.vumc.nl/afdelingen-themas/4851287/27785/5214110/ImplementatieWijzer.pdf>

Wilhelm, D., Gillen, S., Wirnhier, H., Kranzfelder, M., Schneider, A., Schmidt, A., Friess, H., & Feussner, H. (2009). Extended preoperative patient education using a multimedia DVD – impact on patients receiving a laparoscopic cholecystectomy: A randomised controlled trial. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 394, 227-233.

Bijlage 1 Korte vragenlijst na consult

1) Wat is uw geslacht? O Man O Vrouw

2) Hoe oud bent u?jaar

3) Hoe oud is uw kind, waarvoor u daarnet een afspraak heeft gehad?jaar enmaanden

4) Hoeveel kinderen heeft u?kinderen

5) Welke rapportcijfer zou u geven voor hoe tevreden u bent over uw afspraak van daarnet op een schaal van 1 tot 10? 1= **Helemaal niet tevreden** en 10= **Helemaal tevreden**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Eventueel kunt u hier aangeven waarover u wel of niet tevreden bent:

--

6) Heeft de arts of verpleegkundige u daarnet een filmpje laten zien?

- ☐ Ja *Zo ja, ga naar vraag 7*
- ☐ Nee *Zo nee, ga naar vraag 11*

7) Welke filmpje heeft u gezien?

- ☐ Oefenen op de buik
- ☐ Drinken uit een beker
- ☐ Op het potje

8) Welke rapportcijfer zou u het filmpje die u heeft gezien geven? 1= **Heel slecht** en 10= **Heel goed**.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

9) Bent u het eens met de volgende zin: Het is goed dat het consultatiebureau filmpjes gebruikt.

Ja! Helemaal mee eens	Ja, enigszins mee eens	Niet mee eens /niet mee oneens	Nee, enigszins mee oneens	Nee! Helemaal mee oneens
-----------------------	------------------------	--------------------------------	---------------------------	--------------------------

10) Zou u zelf zulke filmpjes tijdens uw afspraak op het consultatiebureau willen bekijken?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Misschien

Waarom ja, nee of misschien?

--

11) Hoe vaak heeft u hulp van anderen nodig bij het lezen van bijsluiters, folders of ander geschreven materiaal dat u van uw dokter of apotheekkrijgt?

- ☐ Nooit
- ☐ Zelden
- ☐ Soms
- ☐ Vaak
- ☐ Altijd

Als u daarnet een kort filmpje heeft gezien ga dan naar vraag 12.

Heeft u geen kort filmpje gezien? Dan wil ik uw bedanken voor uw deelname, u bent klaar met het invullen van de vragenlijst.

12) Zou u ook willen meedoen met de tweede deel van het onderzoek? Dan kom ik bij u thuis om een kort interview af te nemen, dat maximaal 30 minuten duurt. Het interview zal gaan

over het gebruik van filmpjes op het consultatiebureau. Als u zich aanmeldt is het niet zeker dat u een interview krijgt.

- Ja, *ga naar vraag 13*
- Nee. U bent klaar met het invullen van de vragenlijst. Bedankt voor uw deelname!

13) Zo ja, Dan kunt u hier uw telefoonnummer of emailadres achterlaten:

--

Bedankt voor het invullen van de vragenlijst!

Bijlage 2 informatiebrief

Adres cliënt

Almelo , datum

Een onderzoek op het consultatiebureau

Beste mevrouw ...,

Mijn naam is Gözde Kaya. Van 4 t/m 16 januari doe ik een onderzoek op het consultatiebureau. Dit onderzoek doe ik voor mijn studie Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Twente.

Wat willen we onderzoeken?

We willen onderzoeken of korte filmpjes helpen om informatie beter uit te kunnen leggen. We gebruiken de filmpjes soms tijdens de afspraken op het consultatiebureau.

Wat gaan we doen?

Het onderzoek bestaat uit twee delen. Voor het eerste deel willen we vragen of u een korte vragenlijst wilt invullen. De korte vragenlijst invullen duurt enkele minuten. Na uw afspraak zal ik u in de wachtkamer vragen of u de vragenlijst wilt invullen. U beslist zelf of u de vragenlijst wilt invullen.

Voor het tweede deel van het onderzoek vragen we of u zou willen meedoen aan een interview. Het interview gaat ook over wat u vindt van het gebruik van filmpjes op het consultatiebureau. Het interview zal maximaal 30 minuten duren. Ik zal dan bij u thuis langskomen voor het interview. U beslist zelf of u wilt meedoen aan het interview.

Wilt u meedoen?

Wilt u meedoen aan het eerste deel van het onderzoek? Dan kunt u de vragenlijst op een laptop/tablet samen met mij invullen in de wachtkamer.

Wilt u ook meedoen met de tweede deel van het onderzoek? Dan kunt u dat tegen mij zeggen, wanneer u op het consultatiebureau bent. Ik bel of mail u dan de volgende week om een afspraak te plannen voor het interview. Als u zich aanmeldt is het niet zeker dat u een interview krijgt.

Wilt u niet meedoen?

Dan zegt u dat u niet mee wilt doen. Ook als ik u bel kunt u nog zeggen dat u toch niet wilt meedoen. Wilt u niet meedoen? Dan heeft dit geen enkel gevolg voor uw afspraken op het consultatiebureau.

Wat gebeurt er met uw gegevens ?

De gegevens worden zonder uw naam verwerkt. Alleen de onderzoekers hebben toegang tot de ingevulde vragenlijsten en interviews. Dus ook de dokters en verpleegkundigen van het

consultatiebureau krijgen niet te zien wat u heeft ingevuld. Wilt u meer weten over de resultaten van het onderzoek? Dan kunt u als het onderzoek klaar is daar een mail over krijgen.

Heeft u nog vragen of opmerkingen?

Bel mij dan op de nummer: 0681866422. U kunt ook mailen naar: g.kaya@student.utwente.nl.

Ik hoop dat u aan dit onderzoek wilt deelnemen. Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Gözde Kaya

Bijlage 3 Het Interviewschema voor de zorgverlener

Het Interviewschema voor de zorgverlener

De Interviewschema voor implementatie van de korte filmpjes

Kenmerken	Vragen
De kenmerken van de innovatie. De innovatie heeft, als het goed is, een onbetwiste meerwaarde ten opzichte van het bestaande aanbod.	Wat zijn de voordelen van de korte filmpjes tegenover het bestaande aanbod aan informatievoorziening? Wat zijn de voor- en nadelen van het gebruik van korte filmpjes op het cb? Sluiten het laten zien van filmpjes aan de doelgroep? Sluiten het laten zien van filmpjes aan bij de beleving van de doelgroep? Sluiten het laten zien van filmpjes aan bij de artsen en verpleegkundigen?
Beschikbaarheid van mensen. De sleutelfiguren in de organisaties en personeel.	Is het haalbaar voor de artsen en verpleegkundigen om filmpjes te laten zien tijdens het consult? Wat zijn de voor- en nadelen van het voor de artsen en verpleegkundigen?
Operationele randvoorwaarden (Evaluatieonderzoek)	Wat vonden de artsen en verpleegkundigen van de de vorm van informatieverschaffing over het filmpje? Is het een <i>efficiënte</i> manier van voorlichting geven? Is de nieuwe vorm van informatieverschaffing duidelijk voor de artsen en verpleegkundigen?
Organisatiecondities	Past het nieuwe methode bij de de visie van de organisatie? wordt het laten zien van filmpjes ondersteund

	door de organisatie? Vinden de artsen en verpleegkundigen informatie geven met filmpjes belangrijk? Zijn de artsen en verpleegkundigen klaar voor de verandering? Zouden gebruik van filmpjes vaak gebruikt worden? Hebben de artsen en verpleegkundigen de middelen om de filmpjes te kunnen laten zien?
--	---

Nummer respondent	
Datum interview	
Tijdstip aanvang interview	
Tijdstip einde interview	

Welkom

Mijn naam is Gozde Kaya en ik volg de masteropleiding Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Twente. In het kader van mijn masterthese ben ik bezig met dit onderzoek. Ik voer dit onderzoek uit onder begeleiding van Dr. Stans Drossaert van de UT en Karlien Zomer van de GGD Twente

Dank

Allereerst wil ik u bedanken voor uw bereidheid om deel te nemen aan dit onderzoek..

Toestemming opname interview

Ik zou graag een geluidsopname willen maken van het interview, zodat de gegevens naderhand, anoniem, gebruikt kunnen worden. Na het afronden van het onderzoek zal de tekst anoniem worden uitgetypt. In het eindverslag zullen de gegevens zodanig worden gepresenteerd dat ze niet herkenbaar zijn als persoon. Gaat u hiermee akkoord?

Indien 'ja':

Dan wil ik u nu een korte uitleg geven over de opbouw van het interview.

Indien 'nee':

Zou u willen vertellen wat hier de reden van is?

Uitleg opbouw interview

Het interview bestaat uit vier onderdelen. Allereerst zal ik u een paar achtergrond vragen stellen. Vervolgens zal ik vragen stellen over wat de voor en nadelen zouden kunnen zijn van korte filmpjes. Ten derde zal ik u vragen stellen ter evaluatie van het gebruik van de korte filmpjes. Tot slot is er nog vraag ik u suggesties en verbeterpunten en dan sluiten we het interview af.

Heeft u nog vragen?

Deel 1: Achtergrond

1. Zou u me kunnen vertellen hoe oud u bent?
2. Wat is uw functie binnen het consultatiebureau? Arts of verpleegkundige
3. Welke leeftijden hebben de kinderen die bij u komen?
4. Hoe lang bent u werkzaam bij deze cb?

Deel 2: Voor- en nadelen van korte filmpjes op het cb in het algemeen.

Filmpjes Voordelen

Wat hebben filmpjes voor voordelen?

Wat is er goed of nuttig aan om een filmpje te laten zien?

Wat vind u leuk of plezierig aan het laten zien van) zulke filmpjes?

Zijn filmpjes informatief? Waarom wel of niet?

Voordelen CB

Wat zijn de voordelen van het presenteren van korte filmpjes op het cb denkt u?

Wat vind u goed aan filmpjes laten zien op het cb?

Wat vond u ervan om over een onderwerp een filmpje te laten zien?

Denkt u dat op CB meer gebruik gemaakt moet worden van korte filmpjes? Hoe?

Wat zijn de voordelen van de korte filmpjes tegenover het bestaande aanbod aan informatievoorziening?

Denkt u dat met filmpjes onderwerpen beter uitgelegd kunnen worden? Waarom wel/niet? Wat zijn de voordelen voor de patienten/ ouders, en naar voordelen voor de artsen/ verpleegkundigen?

Nadelen Filmpjes

Wat kunnen nadelen zijn van korte filmpjes ?

Waardoor kunnen filmpjes slecht overkomen?

Nadelen CB

Wat zijn de nadelen van korte filmpjes op het cb? Wat is de reden dat u dat denkt?

Wat vind u slecht of lastig aan het laten zien van korte filmpjes op het cb?

Deel 3 Evaluatie nieuwe vorm van werken.

Past het laten zien van korte filmpjes bij het cb? Hoezo?

Sluiten het laten zien van filmpjes aan de doelgroep die komt bij het cb?

Sluiten het laten zien van filmpjes aan bij de beleving van de doelgroep?

Hoe vond u het om het filmpje te gebruiken tijdens het consult?

Is de nieuwe methode (gerbuik van filmpjes op het cb) duidelijk voor u?

Heeft u de middelen om de filmpjes te kunnen laten zien?

Gebruikt u ook andere materialen om dingen uit te leggen aan patienten? Zoja welke?

Is dit een beter manier om uitleg te geven of heeft u voorkeur voor de oude vorm zonder filmpjes? Kunt u hier meer over vertellen? Waarom vind u dat?

Hoelang moeten de filmpjes maximaal duren, denkt u?

Denkt u dat dit een efficiënte manier is om te werken?

Is het haalbaar voor u om korte filmpjes te laten zien? (waarom wel, waarom niet?)

Zou u vaker een filmpje willen laten zien? Waarom wel? Of niet?

Wat is voor u handig? Op welke manier zou u korte filmpjes willen gebruiken?

Hoe zou de korte filmpjes nog meer kunnen gebruiken denkt u?

Denkt u dat deze vorm van informatieverschaffing gebruikt moet worden op cb's? Kunt u daar meer over vertellen?

Vind u het belangrijk om de informatie te geven met filmpjes?

Denkt u dat u vaker filmpjes zult gebruiken in de toekomst?

Dit is een nieuwe vorm van informatieverschaffing, wat denkt u over deze verandering?

Hoe denkt u dat de organisatie staat tegenover deze verandering?

Deel 4 Suggesties en verbeterpunten

Heeft u nog suggesties of verbeterpunten voor de filmpjes?

Heeft u nog suggesties of verbeterpunten voor gebruik van de filmpjes tijdens het consult?

Heeft u nog suggesties of verbeterpunten voor de implementatie/werkproces?

Wanneer zou u zulke korte filmpjes willen gebruiken?

Kunnen korte filmpjes ook anders gebruikt worden op het cb?

Hoe zou deze vorm van informatie geven aan de ouders nog beter gedaan kunnen worden?

Wat zou u de volgende keer, wanneer u filmpjes gaat gebruiken anders willen doen?

Heeft u nog verbeterpunten wat betreft het gebruik van korte filmpjes op het cb? Heeft u verder nog verbeterpunten?

Alle onderdelen van het onderzoek zijn nu besproken.

Heeft u nog vragen of opmerkingen?

Uitleg vervolg en dank

Het interview zal geanalyseerd worden. De interviews zullen mij helpen om een antwoord te vinden op de vraag of korte filmpjes een toegevoegde waarde zijn tijdens contactmomenten op het consultatiebureau.

Indien u geïnteresseerd bent in de uitkomsten van dit onderzoek, zou ik u kunnen mailen. Zou ik in dat geval uw e-mailadres mogen noteren?

E-mail:

Dan zijn we nu aan het eind gekomen van het interview. Ik wil u hartelijk danken voor uw medewerking.

Bijlage 4 toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier

Beste heer/mevrouw,

Leest u goed wat hieronder staat. Wilt u meedoen met het onderzoek? Vul dan dit formulier in. Mail het naar g.kaya@student.utwente.nl. Dit formulier is alleen te zien door: de onderzoeker en haar begeleiders.

1. Ik heb de informatiebrief over het onderzoek gelezen. Ik kan/ kon vragen stellen over het onderzoek. Mijn vragen zijn goed beantwoord.
2. Ik beslis zelf of ik mee wil doen. Ik weet dat ik op ieder moment kan stoppen met meedoen aan het onderzoek.
3. Ik geef toestemming om de gegevens uit het interview te gebruiken voor het onderzoek die in de informatiebrief is beschreven.
4. Ik wil meedoen aan het onderzoek en het interview door Gozde Kaya. Ik geef toestemming dat het interview wordt opgenomen.

Naam:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Emailadres:

Handtekening:

Datum:

Bijlage 5 Het interviewschema van de ouders

Welkom

Mijn naam is Gozde Kaya en ik volg de masteropleiding Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Twente. In het kader van mijn masterthese ben ik bezig met dit onderzoek. Ik voer dit onderzoek uit onder begeleiding van Dr. Stans Drossaert van de UT en Karlien Zomer van de GGD Twente

Dank en uitleg procedure interview

Allereerst wil ik u bedanken voor uw bereidheid om deel te nemen aan dit onderzoek. Ik weet dat het druk kan zijn met een kleine, des te meer stel ik het op prijs dat u deel wilt nemen aan dit onderzoek.

Toestemming opname interview

Ik zou graag een geluidsopname willen maken van het interview, zodat ik achteraf kan terug halen wat er precies gezegd is. de gegevens naderhand, anoniem, gebruikt kunnen worden. Na het afronden van het onderzoek zal de tekst anoniem worden uitgetypt. In het eindverslag zullen de gegevens zodanig worden gepresenteerd dat ze niet herkenbaar zijn als persoon. De dokters en verpleegkundigen van het consultatiebureau zullen geen inzage krijgen tot de interviews of tot de uitgetypte verslagen daarvan, alleen in het eindverslag. Gaat u hiermee akkoord?

Indien 'ja':

Dan wil ik u nu een korte uitleg geven over de opbouw van het interview.

Indien 'nee':

Zou u willen vertellen wat hier de reden van is?

Uitleg opbouw interview

Het interview bestaat uit vijf onderdelen. Allereerst zal ik u een paar achtergrond vragen stellen. Vervolgens zal ik een aantal vragen stellen over u ervaringen met korte filmpjes tijdens het consult. Ten derde stel ik u vragen over voor- en nadelen van korte filmpjes op het consultatiebureau. Bij het vierde deel ben ik benieuwd of u nog suggesties heeft voor nieuwe filmpjes en verbeterpunten heeft. Tot slot wil ik u een tekst laten lezen en hierover vragen te stellen om te weten of dit een goede tekst is. De interview duurt ongeveer 30 minuten.

Heeft u nog vragen?

Deel 1: Achtergrond

1. Zou u me kunnen vertellen hoe oud u bent?
2. Hoe oud is het kind waarvoor u hier komt?
3. Heeft u nog meer kinderen? Zo ja, hoeveel? Wat zijn de leeftijden van u andere kinderen?
4. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?
5. Wat is u land van herkomst?
- 6 .Indien niet NL: Wat is u verblijfsduur in Nederland?

Deel 2 evaluatie van de filmpjes(oordeel filmpje en over wijze implementatie)

Heeft u tijdens uw laatste bezoek aan het CB een filmpje gezien? Zo ja:

Hoe ging dat?

Waar ging het filmpje over?

Wat vond u daarvan? Wat vond u goed/ leuk/ fijn/ nuttig of plezierig? (doorvragen:wat nog meer...? Wat nog meer? etc!)

Wat vond u minder goed/ moeilijk/ stom/ of overbodig ? (doorvragen)

Vond u de filmpjes goed passend,, geschikt voor ouders, zoals u? (waarom wel/ waarom niet?)

Vond u de filmpjes, of delen ervan, moeilijk? Wat was moeilijk of lastig? Waren de filmpjes duidelijk?

Is het filmpje op de goede manier geïntroduceerd door de arts/verpleegkundige op het CB?

Wat ging goed? Wat zou nog beter kunnen?

Hebt u na afloop nog met de dokter/ verpleegkundige gesproken over het filmpje? Hoe ging dat?

Wat heeft u geleerd van het filmpje, of wat is u bijgebleven?

zou u het filmpje aanraden aan anderen? (waarom wel/ niet?)

Hoe zou het filmpje dat u heeft gezien nog verbeterd kunnen?

Zijn er nog andere onderwerpen waarover u graag een filmpje zou willen?

Deel 3. Gebruik van filmpjes algemeen voor en nadelen (over gewenste filmpjes en over wijze van implementatie)

Wat zijn voor u de voordelen van dergelijke filmpjes? Wat is goed/ fijn/ leuk/ handig/ nuttig of plezierig?

Wat zijn de voordelen van het presenteren van korte filmpjes op het cb denkt u?

Ziet u ook nadelen aan dergelijke filmpjes? Wat vindt u minder goed/ slecht/ lastig/ stom/ overbodig of moeilijk?

Wat zijn de nadelen van het presenteren van korte filmpjes op het cb denkt u?

Wijze van implementatie

Wat vindt u ervan dat de filmpjes worden vertoond op het CB? (waarom is dat goed/ waarom slecht?)

Zou u dergelijke informatie- filmpjes ook thuis bekijken, via internet bijvoorbeeld? Liever thuis of liever op CB? Waarom liever thuis of waarom liever op CB?

Hoe zouden dokters/ verpleegkundigen van het CB het beste de filmpjes kunnen introduceren? En moeten ze ze nabespreken? Hoe waarom?

Zou u al met al de informatie liever via een filmpje krijgen, of liever via een folder of broichure? Waarom?

Denkt u dat op CB meer gebruik gemaakt moet worden van korte filmpjes? Hoe?

Zou u meer filmpjes in de toekomst willen bekijken?

Deel 4 Suggesties en verbeterpunten

Filmpjes

Heeft u nog verbeterpunten voor de filmpjes? (qua inhoud, geluid, beeld)

Consultmomenten

Hoe zou deze vorm van informatie geven aan de ouders nog beter gedaan kunnen worden?

Wat zou u anders willen zien, wat betreft hoe het filmpje is gepresenteerd door de artsen en verpleegkundigen?

Heeft u verder nog verbeter punten?

Deel 5 NVS Test

NewestVitalSign test!

A. Ik wil ook graag weten of dit een goede tekst is. De tekst is het etiket van een pak roomijs. Je mag nu eerst het etiket rustig doorlezen. Daarna ga ik een aantal vragen stellen. Bij het beantwoorden van de vragen mag je het etiket erbij houden.

B. Na het lezen van het ijsetiket.

Ik ga een paar vragen stellen en je mag het etiket erbij houden.

→ indien de respondent iets antwoordt als: ‘Maar ik ben helemaal niet allergisch/maar ik kom nooit bij de dokter/maar ik eet nooit ijs’, dan: “stel je voor dat..”

C. De vragen

1. Hoeveel calorieën krijg je binnen als je het hele pak ijs leeg eet?

- 1000 kcal

2. Je mag een tussendoortje eten van 60 gram koolhydraten. Hoeveel ijs mag je dan eten?

- 2 porties, 200 ml, of de helft van het pak

3. De dokter raadt je aan om minder verzadigde vetten te eten. Normaal eet je 42 gram verzadigd vet per dag, waaronder 1 portie ijs. Als je die portie ijs niet meer eet, hoeveel gram verzadigde vetten eet je dan nog per dag?

- 33 gram verzadigde vetten

4. Je eet normaal 2500 calorieën per dag. Hoeveel procent van die calorieën krijg je binnen als u 1 portie ijs eet?

- 10%.

5. Je bent allergisch voor: penicilline, pinda's, latex handschoenen en bijensteken.

Mag je dit ijs eten?

- Nee

6. (Vraag dit alleen indien respondent “nee” antwoordt op vraag 5): waarom niet?

- Omdat er pindaolie inzit

Afsluiting

We hebben zojuist alles besproken.

Heeft u nog bepaalde dingen gemist, wilt u nog iets vertellen?

Alle onderdelen van het onderzoek zijn nu besproken.

Heeft u nog vragen of opmerkingen?

Uitleg vervolg en dank

Het interview zal geanalyseerd worden. De interviews zullen mij helpen om een antwoord te vinden op de vraag of korte filmpjes een toegevoegde waarde zijn tijdens contactmomenten op het consultatiebureau.

Indien u geïnteresseerd bent in de uitkomsten van dit onderzoek, zou ik u kunnen mailen. Zou ik in dat geval uw e-mailadres mogen noteren?

E-mail:

Dan zijn we nu aan het eind gekomen van het interview. Ik wil u hartelijk danken voor uw medewerking.

NVS TEST

Witte- en melkchocoladeroomijs

INGREDIËNTEN: magere melk, suiker, volle melk (12%), stroop, cacaopoeder (1,5%), volle melkpoeder, cacaoboter, pindaolie, zout.

INHOUD: 400 ml, bevat 4 porties

Voedingswaarde	Per portie 100 ml	%GDA* per 100 ml
Energie		
- calorieën	250	-
- kilojoules	1050	-
Eiwitten	4 g	-
Koolhydraten	30 g	-
- waarvan suikers	16 g	18%
Vet	13 g	9%
- waarvan verzadigd	9 g	20%
Voedingsvezels	1 g	-
Natrium	0,03 g	1%

*GDA = dagelijkse voedingsrichtlijn voor een volwassene op basis van een gemiddelde behoefte van 2000 calorieën (per dag).

Individuele behoeften kunnen variëren afhankelijk van geslacht, leeftijd, lichamelijke inspanning en andere factoren.