

Hoe brengen we de kwaliteit van patiëntenfolders in kaart?

Ontwikkeling van evaluatieinstrumenten
ten behoeve van schriftelijk
patiëntenvoorlichtingsmateriaal

Johanna Oosterbaan
7 april 2006

Bijwerkingen?
Wat gebeurt er?
Wat gebeurt er?
Kleding?
Waar moet ik zijn?
Hoe lang duurt het?

Afstudeerscriptie voor de opleiding Toegepaste
Communicatiewetenschap, Universiteit Twente, Enschede

Hoe brengen we de kwaliteit van patiëntenfolders in kaart?

Ontwikkeling van evaluatieinstrumenten ten behoeve van schriftelijk
patiëntenvoorlichtingsmateriaal

Naam auteur

F.J. Oosterbaan-Bruggeman, Johanna

Betrokken instanties

Toegepaste Communicatie Wetenschap, Universiteit Twente
Bureau Patiëntenvoorlichting, Slingeland Ziekenhuis te Doetinchem

Begeleiders

1^e begeleider: dr. C.H.C. Drossaert, Stans

2^e begeleider: dr. E. Taal, Erik

Coördinator patiëntenvoorlichting: drs. S. van den Berg, Silvia

Doetinchem, 7 april 2006

slingeland
ziekenhuis



Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie waarin verslag is gedaan van een evaluatie op het gebied van onderzoeksfolders. Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van mijn afstuderen bij de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente te Enschede. In de master van deze opleiding heb ik een aantal vakken over gezondheidscommunicatie gevolgd. Het scriptieonderwerp is ontstaan vanuit de wens van mij om af te studeren in het voorlichtingsgebied en de behoefte van de medewerkers van Bureau Patiëntenvoorlichting in het Slingeland Ziekenhuis te Doetinchem om enerzijds enkele folders te laten evalueren en anderzijds een instrument te hebben om in de toekomst op effectieve wijze folders te kunnen screenen.

Er zijn veel mensen die ik met plezier bedank voor hun onmisbare bijdrage aan de totstandkoming van deze scriptie. Stans Drossaert en Erik Taal wil ik hartelijk bedanken voor hun begeleiding vanuit de Universiteit Twente. Zij waren altijd bereid om mijn vragen te beantwoorden en waren erg betrokken en enthousiast over het onderwerp! Ik dank hen voor hun uitstekende begeleiding. Verder dank ik Silvia van den Berg, coördinator Patiëntenvoorlichting, voor het lezen van mijn stukken en het voorzien van nuttig commentaar hierop. Daarnaast wil ik haar ook bedanken voor de gezellige uren, de motivatie, de leerzame nevenactiviteiten en de invalshoeken die zij mij aanreikte. Daarnaast wil ik Feike, José, Ans, Dory, Betty, Els en alle anderen van het Slingeland Ziekenhuis die ik heb leren kennen bedanken voor hun belangstelling en alle gezelligheid. Lutske heeft als communicatiedeskundige een rol gespeeld bij een van de methoden uit het onderzoek. Ik wil haar ontzettend bedanken voor het enthousiasme en de toewijding waarmee ze dat ging doen terwijl er behoorlijk wat uren werk inzaten. Ik kan bij dit bedankwoord natuurlijk de afdelingshoofden die toestemming hebben gegeven om het doelgroeponderzoek uit te voeren, de secretaresses van de afdelingen die de enquêtes hebben uitgereikt en ingenomen en alle respondenten die de vragenlijst hebben ingevuld niet vergeten. Mijn dank gaat ook naar Maarten, die mij waar hij kon heeft gesteund tijdens de laatste loodjes van mijn opleiding en mijn ouders, broers, schoonzussen, vrienden en vriendinnen die altijd belangstellend waren.

Johanna Oosterbaan

Doetinchem, april 2006

Samenvatting

De belangstelling voor patiëntenvoorlichting begon in de jaren zeventig van de vorige eeuw, toen patiënten door de toename van wetenschappelijke kennis en technologie steeds hogere verwachtingen kregen van de geneeskunde. Nu is zowel het mondeling als ook het schriftelijk informeren van patiënten een belangrijk speerpunt van de zorg geworden. Dit rapport richt zich op de schriftelijke informatieverstrekking. Een goede evaluatie hiervan is onontbeerlijk voor kwalitatief hoogstaande informatievoorziening. Helaas ontbreekt het nog wel eens aan tijd, geld of expertise om deze informatievoorziening te evalueren.

In deze scriptie is verslag gedaan van de omvangrijke evaluatie van tien folders die patiënten informatie geven over een medisch onderzoek dat zij krijgen in het Slingeland Ziekenhuis (SZ) te Doetinchem. Deze folders zijn vervaardigd door medewerkers van het Bureau Patiëntenvoorlichting (BP), gevestigd in het SZ. Vier folders zijn het meest uitgebreid geëvalueerd, namelijk twee folders van de functieafdeling Neurologie (*Elektro Encefalo Gram* en *Elektro MyoGrafie*) en twee folders van de afdeling Radiologie (*Computer Tomografie-scan* en *Magnetic Resonance Imaging*). Zes andere folders, allen onderzoeksfolders van de functieafdeling Neurologie, hebben een korter evaluatietraject ondergaan en worden in de bijlagen verwerkt.

De praktische relevantie van het onderzoek is tot uiting gekomen in het formatief evalueren en het optimaliseren van de tien hiervoor gebruikte voorlichtingsfolders; specifiek heeft het zich gericht op de implementatie van vernieuwende informatie op basis van de onderzoeksresultaten. De theoretische relevantie is ten eerste bewerkstelligd door het ontwikkelen van enkele evaluatieinstrumenten op basis van de literatuur en expertise van gezondheidsdeskundigen en communicatiewetenschappers. Deze instrumenten zijn getest op betrouwbaarheid en validiteit door middel van de evaluatie van de hierboven genoemde tien folders. Daarnaast zijn de resultaten van verschillende methoden die in dit onderzoek ingezet werden vergeleken met het doel de meest effectieve methode op te sporen.

De folders zijn beoordeeld aan de hand van de indeling in methoden van Schriver (1989). Deze schrijfster heeft een duidelijk onderscheid gemaakt in productgerichte, doelgroepgerichte en expertgerichte pretestmethoden. Het criterium waarop deze indeling gemaakt is, is de bron van informatie. Voor elke methode zijn een of meerdere evaluatietechnieken toegepast. Uit de leesbaarheidstoetsen en de tabel voor leesgemak uit de *productgerichte methode* blijkt dat alle folders een lage zinscomplexiteit hebben en een hoge lexicale complexiteit. Dit betekent dat de zinnen in de folders niet te lang zijn, maar dat de gemiddelde lengte van de woorden te groot is en er te veel ongebruikelijke woorden in de folders staan. Het blijkt dat de folders over de *EMG* en *MRI* moeilijk leesbaar zijn en de *CT* en *EEG* tamelijk moeilijk. De methode was gemakkelijk en snel uit te voeren, maar onderzocht is slechts de technische leesbaarheid. De *doelgroepgerichte methode* bestond uit een kwantitatief patiëntenonderzoek met een voor dit onderzoek ontwikkelde patiëntenenquête. Het bleek een tijdsintensieve methode te zijn, maar uit de resultaten zijn veel nuttige resultaten gekomen. Zo hebben respondenten aangegeven welke inhoudelijke punten zij missen in de folder, er bestaat bijvoorbeeld onduidelijkheid over of er wel of niet contrastvloeistof bij hen wordt toegediend (*CT*) en welke voorwerpen zij mogen dragen tijdens het onderzoek (*MRI*). De respondenten zijn het meest negatief over de stijl en opbouw van de folders en het meest positief over de inhoud. Toch blijkt uit de antwoorden van de respondenten dat de folder over de *CT* en de *EMG* te weinig informatie verstrekken. Op bijna alle punten zijn de respondenten over de *EMG* het meest negatief en over de *MRI* het meest positief. Door middel van de taalkundige checklist (*expertgerichte methode*) werd een onaanvaardbaar aantal taalfouten ontdekt, waarbij in de folder over de *EMG* verreweg de meeste fouten gevonden werden. Uit de voorlichtingskundige checklist kwamen interessante punten naar voren. De *CT*-folder werd hier overwegend het beste beoordeeld en de folder over de *EMG* vertoonde volgens de experts de meeste mankementen. De experts waren het meest negatief over de inhoud van de folders. Over het algemeen vonden de deskundigen de evaluatie door middel van deze checklist gemakkelijk uitvoerbaar, daarnaast blijkt uit de resultaten dat de methode in staat is om op een effectieve manier problemen en fouten op te sporen.

De resultaten van de methoden blijken voor een groot deel overeen te komen, vooral de resultaten met betrekking tot de eenvoud en begrijpelijkheid laten in alle methoden hetzelfde zien. Uit de expertgerichte methode zijn de meest effectieve resultaten gehaald die concreet toegepast kunnen worden bij de implementatie, maar de doelgroepgerichte methoden laten meer achterliggende problemen zien die de respondenten aan het licht gebracht hebben. Uit het onderzoek blijkt dat alle methoden een nuttige aanvulling bieden op de andere methoden. Voor een korte formatieve evaluatie wordt de expertgerichte methode, eventueel in combinatie met de productgerichte methode aanbevolen. Voor het opsporen van problemen die experts niet kunnen voorzien en het toetsen van de expertgerichte methode is de doelgroepgerichte methode een goede keuze. Toch zal deze methode aanvullend gebruikt moeten worden, omdat uit verschillende onderzoeken is gebleken dat de doelgroepgerichte methode in dit verband onvoldoende valide resultaten meet. Een integratie of aanvulling van de methoden is aanbevolen zodat de evaluatieresultaten getoetst kunnen worden aan een andere methode. Dit onderzoek geeft hier een aanzet en enkele aanknopingspunten voor, maar nader onderzoek naar een proces waarbij de drie methoden optimaal ingezet kunnen worden is gewenst.

De instrumenten die ontwikkeld en gestandaardiseerd zijn kunnen in een breder werkgebied gebruikt worden. In het bijzonder de voorlichtingskundige checklist is relevant voor instanties die zich met patiëntenvoorlichting bezighouden, omdat er in de literatuur weinig concrete en gestandaardiseerde wetenschappelijke lijsten met criteria gevonden zijn ten behoeve van de evaluatie van schriftelijk patiëntenvoorlichtingsmateriaal. Dit onderzoek levert om deze reden een bijdrage aan de kennis die over dit onderwerp bestaat.

Summary

The interest in patient education began in the 1970's till 1980, when the expectations of patients towards medical science increased by growth of scientific knowledge and technology. Nowadays the oral and written information of patients has become an important spearhead in healthcare. This report aims at the written information. A good evaluation of this information is indispensable for high quality information supply. Unfortunately it is not always possible to evaluate this supply of information due to lack of time, money or expertise.

In this dissertation a report is given of the extensive evaluation of the ten leaflets which provide information to patients concerning an examination which they will get in the Slingeland hospital (SZ) of Doetinchem. These leaflets have been written by employees from the patient information office (BP) which is situated in the SZ. Four leaflets have been extensively evaluated namely two leaflets of the function department of neurology (*Electro Encefalo Gram* and *Electro MyoGrafie*) and two leaflets of the radiology department (*Computer Tomography-scan* and *Magnetic Resonance Imaging*). Six other leaflets, all being examination leaflets by the department of neurology, have had a minor evaluation and these results are projected in the appendixes.

The practical relevance of the investigation is expressed in formative evaluation and optimising the ten educational leaflets which was specifically aimed at the implementation of the renewed information based on the research results. The theoretical relevance is brought about by developing and validating a process for the formative evaluation of the educational leaflets for patients who are up for medical examination in general. On behalf of this process some instruments are developed which have been tested on reliability and validity by means of evaluation of the ten leaflets. In addition the results and research techniques of the different methods are compared aiming to track down the most effective method.

The leaflets have been reviewed by means of the classification according to the Schriver's method (1989). This writer made a clear distinction in product specific, target group specific and expert specific pre-test methods. The criteria on which this classification is made, is the source of information. For each method multiple evaluation techniques are applied. From the legibility tests and the chart for readability extracted from the product specific method, appears that all leaflets have low sentence complicity and a high lexical complicity. This means the sentences used in leaflets are of reasonable length but the average length of words is too long and many unusual words are put in the leaflets. It turns out to be that leaflets concerning *EMG* and *MRI* are hardly legible and the *CT* and *EEG* leaflets are quite hard to read. This method was easy and quick to do but only technical readability was examined. The purposiveness method has been filled out by a quantitative patient research with a patient inquiry developed for this research. This turned out to be a highly time-consuming method, but the outcome showed many useful results. Respondents made clear which substantive points they missed when reading the leaflet. For example there is some uncertainty about whether or not contrast fluid is given (*CT*) and which items patients are allowed to wear during the examination (*MRI*). The respondents are most negative about the style and build-up of the information. They are most positive about the content of the leaflet. Nevertheless the leaflet about the *CT*- scan provides too little information. On nearly all criteria the respondents who filled out an inquiry on *EMG* are most negative. Most positive are those who filled out the inquiry on *MRI*. By means of the linguistic checklist (expert specific method) several unacceptable language errors have been discovered, in which the *EMG* leaflet was found to have most errors. The educational checklist showed interesting points. The *CT* was dominantly judged best and the *EMG* leaflet was concerned worst. Experts were most negative about the content of the leaflets. Overall, the experts concerned the evaluation by means of this checklist easily doable, besides this the results showed that the method effectively tracks down errors and defaults.

The results from these methods match for the greater part, particularly the results concerning simplicity and comprehensibility all show the exact same outcome in all methods. Most results have been extracted from the expert specific method, but the target specific methods show the deeper problems

which the respondents brought to light. The research showed that all methods are a useful addition to other methods. In case of a quick formative evaluation, the expert specific method is recommended. If necessary this can be combined with the product specific method. In order to track down problems which are unforeseeable, the target group specific method would be a great choice. Still this method should only be used as an addition because this research clearly shows that the target group specific method measures insufficient valid results. The integration of methods is recommended in order to test the evaluation results. Closer study on the integration is desirable, but this research offers promising perspective.

The instruments which have been developed and standardised can be used in a wider work area. The educational checklist is particularly relevant for those institutions occupied with patient education. This is because literature provides little concrete and standardised scientific lists of criteria on behalf of the evaluation of written patient educational material. Therefore this research adds to the current knowledge concerning this subject.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	5
SUMMARY	7
INHOUDSOPGAVE	9
1 INLEIDING	11
2 SCHRIFTELIJKE PATIËNTENVOORLICHTING	13
2.1. WAT IS PATIËNTENVOORLICHTING?	13
2.2. FUNCTIES VAN PATIËNTENVOORLICHTING	13
2.3. WELKE TYPEN PATIËNTENVOORLICHTING ZIJN TE ONDERSCHIEDEN?	15
2.3.1. <i>Welke typen patiëntenvoorlichting bestaan er?</i>	15
2.3.2. <i>De effectiviteit van schriftelijk voorlichtingsmateriaal</i>	15
2.3.3. <i>Verschillen tussen brochures en folders</i>	17
2.4. WELKE FACTOREN BEPALEN OF EEN FOLDER GELEZEN WORDT?	18
2.4.1. <i>Welke factoren en blokkades bestaan er?</i>	18
2.4.2. <i>Opkomst van het Internet</i>	19
2.5. WAAR MOET EEN ACTUELE VOORLICHTINGSFOLDER AAN VOLDOEN?	20
2.5.1. <i>Acht voorwaarden voor effectiviteit</i>	21
2.5.2. <i>De rechten en plichten van de WGBO</i>	22
2.5.3. <i>Criteria voor de evaluatie van folders</i>	23
2.6. DOELSTELLINGEN EN ONDERZOEKSVRAGEN (1)	27
3 PRETESTMETHODEN VOOR SCHRIFTELIJKE VOORLICHTING	29
3.1. HET PRETESTEN VAN SCHRIFTELIJK VOORLICHTINGSMATERIAAL	29
3.2. MOTIVATIE VOOR GEBRUIK VAN DRIE VERSCHILLENDE METHODEN	29
3.3. INZET VAN DE METHODEN IN DIT ONDERZOEK	31
3.3.1. <i>Productgerichte methoden</i>	31
3.3.2. <i>Doelgroepgerichte methoden</i>	32
3.3.3. <i>Expertgerichte methoden</i>	33
3.4. BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT	34
3.4.1. <i>Betrouwbaarheid en steekproefomvang</i>	34
3.4.2. <i>Validiteit</i>	35
3.5. DOELSTELLINGEN EN ONDERZOEKSVRAGEN (2)	36
4 METHODEN VAN ONDERZOEK	39
4.1. INLEIDING OP DE FOLDERS	39
4.2. PRODUCTGERICHTE METHODEN	39
4.3. DOELGROEPGERICHTE METHODE	41
4.4. EXPERTGERICHTE METHODEN	43
4.5. INTEGRATIE VAN METHODEN	45
5 RESULTATEN PRODUCTGERICHTE METHODE	47
5.1. INLEIDENDE KENGETALLEN	47
5.2. FLESCH READING EASE-SCORE	48
5.3. TABEL VOOR LEESGEMAK	49
5.4. OVEREENKOMSTEN TUSSEN DE TOETSEN	49
5.5. ALGEMENE BEVINDINGEN VAN DE ONDERZOEKER	50
6 RESULTATEN DOELGROEPGERICHTE METHODE	51
6.1. PERSOONLIJKE KENMERKEN VAN DE RESPONDENTEN	51
6.2. INFORMATIEVERSTREKKING EN –GEBRUIK	52
6.3. MENING RESPONDENT OVER ASPECTEN VAN DE FOLDER	53

6.3.1. <i>Vormgeving</i>	54
6.3.2. <i>Stijl en opbouw</i>	55
6.3.3. <i>Inhoud van de folder</i>	56
6.4. VERSCHILLEN TUSSEN GROEPEN GESLACHT, OPLEIDING EN LEEFTIJD	57
6.5. WELKE INHOUDELIJKE PUNTEN MIST DE RESPONDENT IN DE FOLDERS?	58
6.6. ALGEMENE BEVINDINGEN VAN DE ONDERZOEKER.....	59
7 RESULTATEN EXPERTGERICHTE METHODE.....	61
7.1. TAALKUNDIGE CHECKLIST	61
7.2. VOORLICHTINGSKUNDIGE CHECKLIST.....	62
7.2.1. <i>Betrouwbaarheid van het meetinstrument</i>	62
7.2.2. <i>Beoordelingen op de algemene aspecten</i>	65
7.2.3. <i>Beoordelingen op het aspect stijl en opbouw</i>	66
7.2.4. <i>Beoordelingen op het aspect eenvoud</i>	66
7.2.5. <i>Beoordelingen op het aspect vormgeving</i>	67
7.2.6. <i>Beoordelingen op het aspect inhoud</i>	68
7.2.7. <i>Algemene bevindingen van de onderzoeker</i>	71
8 VERGELIJKING EN INTEGRATIE VAN METHODEN.....	73
9 CONCLUSIES.....	79
10 DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN.....	83
APPENDIX.....	95
BIJLAGE 1: TAALKUNDIGE CHECKLIST.....	97
BIJLAGE 2: VOORLICHTINGSKUNDIGE CHECKLIST (OORSPRONKELIJK)	100
BIJLAGE 3: VOORLICHTINGSKUNDIGE CHECKLIST (UITEINDELIJK)	106
BIJLAGE 4: VRAGEN AAN GEZONDHEIDSDISKUNDIGE.....	112
BIJLAGE 5: OPERATIONALISERINGSSCHEMA CHECKLIST	114
BIJLAGE 6: RESULTATEN TAALKUNDIGE CHECKLIST.....	115
BIJLAGE 7: RESULTATEN VOORLICHTINGSKUNDIGE CHECKLIST	118
BIJLAGE 8: CORRELATIEMATRIX PRODUCTGERICHTE METHODE.....	122
BIJLAGE 9: VRAGENLIJST RESPONDENTEN.....	123
BIJLAGE 10: INSTRUCTIEBRIEVEN.....	132
BIJLAGE 11: OPERATIONALISERINGSSCHEMA PATIËNTENENQUÊTE.....	134
BIJLAGE 12: KWALITATIEVE RESULTATEN DOELGROEPGERICHTE METHODE.....	136

1 Inleiding

Patiënteninformatie vervult een essentiële rol in de behandeling van de patiënt. Geschreven voorlichtingsmateriaal biedt nuttige ondersteuning voor mondeling advies en bespreking en verhoogt de tevredenheid van de patiënt (Johansson, Salanterä, Katsjisto, Leino-Kilpi, 2003; Grissom & Dunagan, 2001). Veel studies tonen aan dat er optimaal van het schriftelijke voorlichtingsmateriaal gebruikt wordt gemaakt als het precies op het goede moment aan de patiënten uitgereikt wordt, als het gemakkelijk te lezen en begrijpelijk is en als het correspondeert met het kennisniveau dat de patiënt op het moment van lezen heeft (Johansson et al.).

Bij het Bureau Patiëntenvoorlichting (BP) van het Slingeland Ziekenhuis (SZ) was de behoefte ontstaan om een deel van haar folders te laten evalueren en optimaliseren. Het SZ is een middelgroot ziekenhuis met 1465 medewerkers in dienst. Het ziekenhuis voorziet in poliklinische/klinische zorg en dagverpleging waarin vrijwel alle medische specialismen vertegenwoordigd zijn. Elk jaar bezoeken er ongeveer 190.000 patiënten de poliklinieken van het ziekenhuis en worden er ruim 14.000 mensen opgenomen. Het ziekenhuis heeft de erkenning voor 448 bedden (Afdeling P&O, 2005).

Het BP geeft 240 verschillende folders uit over ziektes, behandelingen en het ziekenhuis. Het betreft zowel interne folders, die speciaal gericht zijn op SZ patiënten en die het bureau zelf schrijft, als externe folders of brochures. Het BP verstrekt informatie aan patiënten, bezoekers en hulpverleners over de gezondheidszorg en andere onderwerpen betreffende ziektebeelden, onderzoek, behandeling, algemene ziekenhuisinformatie, gezondheidsinstellingen in de regio, patiëntenverenigingen en rechten en plichten van de patiënt. Verder is er informatie paraat over klachten. Bij alles geldt dat de aangeboden schriftelijke informatie bedoeld is als aanvulling op de voorlichting die verstrekt wordt door de hulpverleners.

In dit onderzoek zijn een aantal folders van het BP aan een evaluatie onderworpen. Op basis van de informatie in de voorlichtingsfolders is een selectie gemaakt; dit onderzoek richt zich uitsluitend op de folders die uitleg geven over een medisch onderzoek wat patiënten moeten ondergaan. Naast het evalueren van de folders is ook de verspreiding van de folders, het leesgedrag van de doelgroep en de wensen en verwachtingen van de doelgroep ten aanzien van de voorlichtingsfolders in kaart gebracht.

Het onderzoek heeft zowel een praktische als een theoretisch relevantie; enerzijds het komen tot concrete aanbevelingen voor verbetering van de betreffende folders; anderzijds de ontwikkeling van instrumenten waarmee de folders geëvalueerd kunnen worden. Daarnaast worden de resultaten van de verschillende evaluatiemethoden met elkaar vergeleken. Het onderzoek is namelijk uitgevoerd op basis van de indeling in methoden van Schriver (1989). Zij heeft drie methoden om folders te pretesten onderscheiden; productgerichte, doelgroepgerichte en expertgerichte methoden.

De instrumenten die ontwikkeld zijn voor de doelgroepgerichte methode (een enquête voor de doelgroep) en voor de expertgerichte methode (een taalkundige en een voorlichtingskundige checklist voor experts) kunnen in een breder werkgebied gebruikt worden. In het bijzonder de voorlichtingskundige checklist is relevant voor personen, bureau's en instanties die zich met patiëntenvoorlichting bezighouden. In de literatuur zijn er namelijk weinig concrete wetenschappelijke lijsten met criteria gevonden ten behoeve van de evaluatie van schriftelijk patiëntenvoorlichtingsmateriaal. Dit onderzoek levert om deze reden een bijdrage aan de kennis die over dit onderwerp bestaat.

Het doel van het onderzoek is driedelig:

- het evalueren en optimaliseren van tien onderzoeksvoorlichtingsfolders van het Bureau Patiëntenvoorlichting in het Slingeland Ziekenhuis te Doetinchem en het in kaart brengen van de informatieverstrekking en – gebruik ten behoeve van en door de doelgroep

- het ontwikkelen van een evaluatieinstrument voor patiëntenvoorlichtingsfolders die direct toepasbaar is door experts op het gebied van communicatie en/of gezondheidszorg
- het vergelijken van de bruikbaarheid en effectiviteit van de productgerichte, doelgroepgerichte en expertgerichte methoden van Schriver (1989)

In hoofdstuk 2 wordt een theoretisch kader besproken met betrekking tot de praktische relevantie van het onderzoek. Enerzijds zullen de functies en typen van patiëntenvoorlichting aan bod komen, anderzijds de criteria die er bestaan om patiëntenvoorlichtingsfolders te evalueren. Uit dit hoofdstuk vloeien twee onderzoeksvragen voort. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de theoretische relevantie van het onderzoek. Aan deze theoretische relevantie worden diverse pretestmethoden voor formatieve evaluatie gekoppeld, op basis van de indeling van productgerichte- doelgroepgerichte en expertgerichte methoden. Uit dit hoofdstuk vloeit één onderzoeksvraag voort, met vier subvragen. In hoofdstuk 4 worden deze methoden vervolgens aan de praktijk gekoppeld. Er wordt ingegaan op de instrumenten die gebruikt zullen worden en de procedure die gevolgd gaat worden in het onderzoek. In hoofdstuk 5, 6 en 7 worden de resultaten per evaluatiemethode besproken. In hoofdstuk 8 wordt ingegaan op de vergelijking van de methoden. In hoofdstuk 9 worden de antwoorden op de onderzoeksvragen gegeven en in hoofdstuk 10 worden de bevindingen bediscussieerd en worden aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan.

2 Schriftelijke patiëntenvoorlichting

2.1. Wat is patiëntenvoorlichting?

De belangstelling voor patiëntenvoorlichting begon in de jaren zeventig van de vorige eeuw, toen patiënten door de toename van wetenschappelijke kennis en technologie steeds hogere verwachtingen kregen van de geneeskunde. Mensen gingen steeds vaker en sneller met allerlei vage klachten naar de huisarts. Patiëntenvoorlichting werd belangrijk om mensen gerust te stellen en ze voor te lichten over de manieren om gezonder te leven (Boer, Gaasbeek, en Noorlander, 1995).

Er zijn veel definities die het begrip patiëntenvoorlichting zo duidelijk en volledig mogelijk proberen te omvatten. Een zo volledig mogelijke definitie, ontworpen door Squyres (1980) en onder andere overgenomen door Coates (1999) is de volgende: *'planned combinations of learning activities designed to assist people who are having or have had experience with illness or disease in making changes in their behaviour conducive to health.'* Een definitie die recenter is dan die van Squyres komt van Damoiseaux (1988): 'een planmatig leer- en/of communicatieproces met een gericht doel dat in samenspraak met de patiënt wordt geformuleerd om zondanige veranderingen in kennis, inzicht, vaardigheden, attitude en gedrag te bewerkstelligen dat een gunstige invloed op het genezingsproces en het omgaan met (restanten van) ziekte verwacht mag worden.'

2.2. Functies van patiëntenvoorlichting

Uit de literatuur blijkt dat patiëntenvoorlichting een groot aantal functies vervult. Patiëntenvoorlichting kan bedoeld zijn om iemand te laten begrijpen wat er aan de hand is of wat er kan gebeuren in bijvoorbeeld een medisch onderzoek. Goede informatie is belangrijk om de onzekerheid en ongerustheid van de patiënt te verminderen of weg te nemen. Daarnaast wordt de patiënt mentaal zo goed mogelijk voorbereid op de dingen die hem of haar te wachten staan (Damoiseaux, 1988). Volgens Pos & Bouwens (2003) wordt het volgende met patiëntenvoorlichting bewerkstelligd: kennis, therapietrouw, zelfzorg of geruststelling. Daarnaast geven zij aan dat de beleving van ziekte en gezondheidsgedrag wordt beïnvloed door de voorlichting.

Onderstaande studies noemen nog andere functies van patiëntenvoorlichting. Tang & Newcomb (1998) onderzochten de behoeften van de patiënt naar geschreven informatie aan het eind van het klinische ziekenhuisbezoek. Het blijkt dat de respondenten na het krijgen van geschreven informatie de zorg die zij ontvingen beter begrepen, dat hun relatie met verzorgers beter werd, dat de tevredenheid met de zorg toenam en dat het hen motiveerde om het behandelingsplan zo goed mogelijk op te volgen. Abuksis (2001) toont naast bovengenoemde effecten aan dat een voorlichtingsprogramma zelfs kosteneffectief is, doordat de behoefte aan herhaling van onderzoeken daalt en daardoor de kosten die hiermee gepaard gaan.

Een concrete en bekende indeling van functies in patiëntenvoorlichting is het inzicht van Dekkers (1981). Dekkers onderscheidt aan patiëntenvoorlichting een viertal functies of elementen: informatie, instructie, educatie en begeleiding. Deze vierdeling kan worden opgevat als een hiërarchische indeling, waarbij informeren minder en begeleiden meer interventie vraagt (Vogels, 2001).

1. *Informatieoverdracht*: het geven van feitelijke informatie aan de patiënt over zaken die met de ziekte, behandeling of verzorging te maken hebben. Hiernaast spelen ook juridische aspecten een rol spelen, zoals de rechten en plichten van de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO). Er wordt later in dit theoretische kader ingegaan op de WGBO.
2. *Instructie*: het geven van concrete richtlijnen en/of leefregels of voorlichting die de patiënt dient op te volgen ten behoeve van de behandeling.

3. *Educatie*: waarbij de patiënt wordt geholpen om zich de informatie eigen te maken zodat hij een beter inzicht in de ziekte krijgt en het zelfmanagement¹ van de patiënt wordt bevorderd.
4. *Begeleiding*: het emotioneel ondersteunen van de patiënt, zodat hij de psychische belasting van ziekte en behandeling zo goed mogelijk kan dragen en verwerken.

In de praktijk lopen deze vier functies van voorlichting in elkaar over en door elkaar heen. Er kan geen strakke scheidslijn worden getrokken. Toch is het heel belangrijk om deze functies te onderscheiden om aan te geven dat met voorlichting verschillende onderdelen kunnen worden nagestreefd (Vogels).

Als laatste wordt hier ingegaan op het feit dat de manier waarop patiëntenvoorlichting wordt ingevuld ook invloed kan hebben op haar functies. Zawilski (1992) noemt naast de effecten die hierboven genoemd zijn nog een functie van patiëntenvoorlichting, namelijk *patient centeredness*. *Patient centeredness* wordt door het *Institute of medicine* (2001) als volgt gedefinieerd:

“Health care that establishes a partnership among practitioners, patients, and their families (when appropriate) to ensure that decisions respect patients’ wants, needs, and preferences and that patients have the education and support they need to make decisions and participate in their own care.”

Patient centeredness omvat kwaliteiten van barmhartigheid en empathie en beantwoordt aan de behoeften, waarden en wensen van een individuele patiënt (Institute of medicine). Een van de belangrijkste sleutelindicatoren van *patient centeredness* is adequate patiëntenvoorlichting. *Patient centeredness* is onder andere van invloed op de therapietrouw van de patiënt. Therapietrouw (*compliance* of *adherence*) benadrukt de samenwerking tussen de arts of andere zorgverlener en de patiënt in een wederzijdse acceptabele manier van gedrag. Therapietrouw is de mate waarin iemands gedrag (in termen van het gebruik van medicijnen, doen van oefeningen, veranderen van levensstijl) overeenkomt met de gegeven medische en gezondheidsadviezen (Meichenbaum en Turk, 1987). Daarnaast wordt het begrip ook gebruikt voor het nakomen van (controle)afspraken en het verrichten van diagnostische interventies. Voor voldoende therapietrouw is een goede relatie tussen behandelaar en patiënt onmisbaar. Door adequate patiëntenvoorlichting te verstrekken kan de therapietrouw van de patiënt toenemen. Belangrijk in dit opzicht is de verschuiving in de loop der jaren van de term *compliance* naar *adherence*, omdat hierin de samenwerking tussen arts en patiënt in deze relatie beter tot uitdrukking kan komen. Bij *compliance* werd meer nadruk gelegd op het feit dat de patiënt gehoorzaamt en de arts alleen beslist. Bij *adherence* gaat het meer om de gezamenlijke beslissing in een samenwerking tussen arts en patiënt (*informed consent*). Hierin komt *patient centeredness* weer terug. Leventhal (1993) toont met een onderzoek aan dat de verschuiving van *compliance* naar *adherence* een belangrijke eerste stap is bij het verschuiven van rollen die gehoorzaamheid bij instructies onderstrepen naar modellen die de onafhankelijkheid en de zelfregulerende activiteiten van de patiënt benadrukken. De manier waarop patiëntenvoorlichting wordt ingevuld kan dus weer van invloed zijn op de functies (*patient centeredness*, grotere mate van therapietrouw) daarvan.

Uit het bovenstaande blijkt dat patiëntenvoorlichting talrijke belangrijke functies heeft. Onderstaande functies zijn genoemd in de verschillende aangehaalde onderzoeken: kennisvergroting en begrip, educatie, een veranderde beleving van ziekte of behandeling, kosteneffectiviteit, het wegnemen van onzekerheid en ongerustheid, grotere mate van therapietrouw en *patient centeredness*. Coates (1999) betoogt dat patiënteninformatie essentieel deel uitmaakt van de behandeling. Patiëntenvoorlichting zou volgens deze schrijver evenveel aandacht moeten verdienen als andere elementen van de zorg. Deze paragraaf heeft duidelijk gemaakt dat patiëntenvoorlichting veel functies vervult en het een verrijking is voor de gezondheidszorg. De volgende paragraaf zet uiteen welke typen van patiëntenvoorlichting worden onderscheiden.

¹ *Zelfeffectiviteit*: de inschatting van de eigen mogelijkheden op basis van ervaringen met het eigen gedrag. De patiënt komt vanuit een voldoende mate van *zelfeffectiviteit* tot *zelfmanagement*. Dit is het zoveel mogelijk zelf oplossen van problemen, door vaardigheden te leren, oefeningen te doen, desnoods hulp te vragen.

2.3. Welke typen patiëntenvoorlichting zijn te onderscheiden?

De laatste jaren is het aantal typen patiëntenvoorlichting uitgebreid. Het ontstaan of het frequenter gebruik van de verschillende voorlichtingsvormen is versneld op gang gekomen door onder andere de komst van de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO). Later in dit theoretisch kader wordt ingegaan op deze wet. In paragraaf 2.3.1. van dit hoofdstuk wordt patiëntenvoorlichting in zijn algemeenheid besproken en hierbij komen de verschillende typen aan de orde. In paragraaf 2.3.2. volgt een inleiding op schriftelijk voorlichtingsmateriaal, waarbij de nadruk wordt gelegd op de aanvulling die schriftelijk voorlichtingsmateriaal biedt naast mondelinge voorlichting. In paragraaf 2.3.3. worden de verschillen tussen brochures en folders in met name informatievoorziening besproken. Door deze verschillen in kaart te brengen wordt duidelijker welk type schriftelijk voorlichtingsmateriaal in welke situatie beter past en worden de uiterlijke details waar een folder aan moet voldoen uitgelicht.

2.3.1. Welke typen patiëntenvoorlichting bestaan er?

Grofweg zijn er vijf methoden van voorlichting te onderscheiden: mondelinge voorlichting (dat zich onderscheidt in individuele voorlichting en groepsvoorlichting), schriftelijke voorlichting, (audio)visuele voorlichting, multimedia en massamediaal. De laatste vier vormen van voorlichting ondersteunen de mondelinge voorlichting en vullen deze aan. Overigens is de massamediale voorlichting strikt genomen geen methode, maar wordt het gezien als een niveau waarop de overige vormen van voorlichting worden ingezet.

Volgens Pos & Bouwens (2003) zijn er verschillende categorieën van voorlichtingsmateriaal te onderscheiden, zoals demonstratiemateriaal en videomateriaal. Omdat dit onderzoek verder geen enkel raakvlak heeft met de andere voorlichtingsmaterialen wordt hier dan ook verder niet op ingegaan. Dit onderzoek richt zich hoofdzakelijk op het schriftelijke materiaal, wat onderverdeeld is in folders, brochures, boeken, kopieën en pamfletten. In dit onderzoek wordt met name ingegaan op de evaluatie van folders, maar er zijn ook raakvlakken met andere vormen van schriftelijk materiaal. De volgende paragrafen besteden aandacht aan het schriftelijke voorlichtingsmateriaal. Hierbij wordt ingegaan op de effectiviteit van schriftelijk voorlichtingsmateriaal en de verschillen tussen de folder en de brochure om zo op een betere manier het onderscheid te kunnen definiëren.

2.3.2. De effectiviteit van schriftelijk voorlichtingsmateriaal

Een aantal onderzoekers heeft geconcludeerd dat schriftelijke voorlichting veel toevoegt aan de verstrekking van mondelinge informatie. Zo toonden Wachters-Kaufmann, Schuling, The, en Meyboom-de Jong (2005) in hun literatuur-review met zes onderzoeken aan dat patiënten naast mondelinge informatie graag geschreven informatie ontvangen om de mondelinge informatie te ondersteunen. Dit onderzoek richtte zich op de informatievoorziening voor mensen die te maken hebben gehad met een beroerte. De vraag die hierbij gesteld werd is hoe de patiënten de huidige informatievoorziening ervaren en wat voor type en kwantiteit van informatie zij wensten van professionele zorgverleners. Het bleek dat patiënten de informatie betreffende de beroerte het liefst via een speciaal geschreven handleiding over beroertes gepresenteerd krijgen. Hier halen ze dan ook de meeste informatie uit, op de tweede en derde plek gevolgd door partner en media. Bijna alle patiënten van het onderzoek hebben de handleiding gelezen. Naast de geschreven informatie is het belangrijk dat de professionele zorgverleners bewust zijn van hun rol als informatieverlener. Daarom moeten de professionele zorgverleners volgens de schrijvers toegang krijgen tot alle informatie, zodat zij de informatie uit kunnen leggen aan de hand van het materiaal.

Patiëntenvoorlichting is het meest effectief als er verschillende vormen en manieren van voorlichting naast elkaar worden verstrekt. Een voorbeeld van een onderzoek dat dit aantoont is van Ley (1988). Ley concludeerde dat patiënten na vijf minuten de helft van de mondelinge informatie dat tijdens het consult aan de orde was gekomen waren vergeten. Uit het onderzoek van Ley blijkt verder dat 80%

van de mondelinge informatie en 90% van de schriftelijke informatie zo weer vergeten wordt door patiënten. Onderstaande opsomming laat de cijfers uit het onderzoek zien. Patiënten onthouden:

- 10% van wat zij lezen
- 20 % van wat zij horen
- 35% van wat zij horen en zien
- 80% van wat zij zelf zeggen
- 90% van wat zij zelf zeggen en tegelijkertijd demonstreren

Het belang van de vorm van informatieverstrekking kan in het bovenstaande schema duidelijk worden afgelezen. Hoe actiever de patiënt met de informatie bezig is, hoe effectiever de informatie is die verstrekt wordt aan deze patiënt. Een combinatie van voorlichtingsmethodes kan dus een effectievere uitwerking hebben. Coolen (1997) beschreef een voorbeeld dat een mix van interventies zeer gewaardeerd wordt door de patiënten. In dit voorbeeld werd bij de introductie van een nieuw medicijn voor MS-patiënten een brochure gebruikt en er werden voorlichtingsbijeenkomsten gehouden. Daarnaast konden mensen de MS-telefoon bellen. De neurologen gaven achteraf aan dat zij merken dat de patiënten goed geïnformeerd zijn en dat zij deze manier van voorlichting waarderen. Berry (2004) betoogt in zijn boek dat er veel studies beschikbaar zijn die aantonen dat het verzorgen van geschreven informatie effectiever is dan het geven van uitsluitend mondeling overgebrachte informatie. Omgekeerd hoort de patiënt ook niet zomaar een folder te krijgen, hij heeft recht op mondelinge informatie over dat wat hem of haar te wachten staat (Slotman, 1997). Een gouden regel bij patiëntenvoorlichting is daarom dat materialen altijd ter ondersteuning zijn van de mondelinge voorlichting.

In het onderstaande onderzoek is de effectiviteit van schriftelijk materiaal onderzocht. Dit onderzoek betreft een literatuuronderzoek van Adamo, Jacobs en Mokkink (2000), waarbij de vraagstelling als volgt luidt: *‘wat is bekend over de effecten van schriftelijke patiëntenvoorlichting in de eerstelijnsgezondheidszorg?’*. Het onderzoek bestond uit een review met negen gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken. De belangrijkste bevinding van het literatuuronderzoek is dat uitsluitend schriftelijke voorlichting slechts in beperkte mate effectief is. Voor zover er positieve effecten werden gemeten, had dat mogelijk te maken met de vorm van voorlichting. Een folder op maat lijkt effectiever dan een standaardfolder. Ook het vooraf testen van het schriftelijke voorlichtingsmateriaal op leesbaarheid heeft waarschijnlijk invloed op de effectiviteit. Uit de review blijkt dat praktijkfolders vaak in te moeilijke taal geschreven zijn en niet door alle patiënten worden begrepen. De leescapaciteiten van de meeste patiënten liggen onder het niveau van hun laatst genoten opleiding. Als laatste schijnt de uiterlijke vorm van het materiaal mogelijk van invloed op het effect te zijn; zo zou het gebruik van illustraties de kennisoverdracht kunnen versterken (Pos en Bouwens, 2003). In dit theoretische kader wordt later nog verder op de leesbaarheid ingegaan, zo worden er meer onderzoeken aangehaald die het genoemde effect wel of niet aantonen

Uit bovenstaande onderzoeken lijkt een combinatie van voorlichtingsmethoden effectiever te zijn dan een enkele methode. Maar wordt deze informatievoorziening daadwerkelijk op deze manier in de praktijk gebracht? Wat is de attitude van de artsen en zorgverleners ten opzichte van de informatieverstrekking aan patiënten? Uit onderzoeken van Clark (2000) en Brazil, Roberts, Hode en van der Bent (2000) in Wachters-Kaufmann (2005) blijkt dat patiënten en zorgverleners het prefereren om mondelinge informatie via de arts te krijgen, maar dat ook zij graag ter ondersteuning geschreven informatie willen ontvangen (Wachters-Kaufmann). Toch wordt er niet altijd geschreven informatie verstrekt door de dokters of professionele zorgverleners. Verheggen, Jonkers, en Kok (1996) vonden in een onderzoek over klinische proeven verschillende redenen voor dokters om geen extra geschreven informatie te verstrekken. Deze informatie is ingewonnen door interviews met de zorgverleners. De volgende redenen werden aangevoerd door de zorgverleners:

- zij denken dat de persoonlijke communicatie begrijpelijk genoeg is
- zij vergeten de informatie te geven
- zij hebben de ervaring dat het geven van schriftelijke informatie soms resulteert in meer vragen of zelfs onzekerheid in plaats van in meer begrip
- soms hebben zij het gevoel dat het lijkt of patiënten geen schriftelijke informatie willen
- zij denken dat mondelinge informatieoverdracht het belangrijkste is

De zorgverleners achten de mondelinge informatie in dit onderzoek heel hoog. Verder onderzoek naar het feit in hoeverre de schriftelijke voorlichting daadwerkelijk toegepast wordt naast mondelinge informatie in Nederland is niet gevonden, maar zou van belang kunnen zijn voor de effectiviteit van de resultaten van de voorlichting.

In deze paragraaf is nagegaan hoe mondelinge communicatie zich verhoudt tot schriftelijke communicatie. In alle gevallen blijft de hulpverlener met de mondelinge informatie het belangrijkste medium in de communicatie met de patiënt. Dit persoonlijke contact kan nooit vervangen worden door hulpmiddelen. Digitale of schriftelijke patiëntenvoorlichting kan wel worden ingezet om die communicatie te verbeteren en daarmee de kans te vergroten dat patiënten de informatie opnemen, begrijpen en onthouden. Echter, er wordt niet altijd evenveel waarde gehecht aan het geven van schriftelijk voorlichtingsmateriaal. Uit bovenstaande paragraaf blijkt dat er verschillende oorzaken zijn waardoor zorgverleners de materialen niet verstrekken. Daarom is er voor gekozen om in dit onderzoek aandacht te besteden aan de informatiebehoefte, maar ook aan de informatievoorziening van de patiënten. Het evalueren van de kwaliteit en bruikbaarheid van een folder staat in dat verband niet alleen in relatie met de inhoud van de het schriftelijk materiaal, maar ook met de verstrekking van hiervan.

2.3.3. Verschillen tussen brochures en folders

In deze paragraaf worden de verschillen tussen brochures en folders benadrukt, teneinde de kenmerken van een folder goed te kunnen vaststellen. In een brochure kan een onderwerp (of meerdere onderwerpen) meer diepgaand dan in een folder aan de orde worden gesteld. De omvang van een brochure ligt meestal tussen de 12 en 50 pagina's. De brochure wordt vaak als naslagwerk gebruikt (Molen-Wisbrands, 2004). Een folder daarentegen is een drukwerk dat bestaat uit een vel dat één of enkele malen is gevouwen (Molen-Wisbrands). De folder bevat minimaal vier tot maximaal acht kantjes. De manier waarop een folder wordt gevouwen heeft consequenties voor het samenstellen ervan. Door de beperkte omvang kan men er niet veel informatie in kwijt, aan de andere kant bepaalt dit feit ook de gebruiksmogelijkheid. De lezer kan zich hiermee globaal op een onderwerp oriënteren. In het algemeen gaat een folder slechts een beperkte tijd mee. De volgende inhoudselementen zijn vrijwel altijd aanwezig: logo, kopregel of titel, tussenkoppen, tekstblokken, feedbackstimulus, pay-off en een zich duidelijk onderscheidende voorzijde. Een folder heeft voornamelijk een oriëntatie- en naleesfunctie (Kanters & Wieberdink, 1990). Omdat in dit onderzoek alles op de evaluatie van folders gericht is, worden enkele aanbevelingen van Molen-Wisbrands genoemd. Deze aanbevelingen zijn geformuleerd met het doel mensen de folder te laten lezen. De aanbevelingen zijn als volgt geformuleerd: maak het de lezer gemakkelijk om zich snel een beeld te vormen van de inhoud van de folder en stimuleer hem of haar tot lezen. Besteed ook extra aandacht aan de formulering van titel, (tussen) koppen en de *pay-off* (uitsmijter aan het eind van de tekst).

Het belang van de verschillende soorten schriftelijk materiaal wordt hieronder uitgediept. Kruse et al. (2000) onderzochten het voorlichtingsproces in klinisch onderzoek. Hierbij gebruikten zij drie materialen die varieerden in lengte, het niveau van het leesgemak en lezersaantrekkingskracht (*reader appeal*). De responderende patiënten werden in vier groepen verdeeld: *control* (controle), *leaflet* (folder), *brochure* (brochure) en *booklet* (boekje). Na de interventie (het toesturen van de materialen) werd het kennisniveau van de respondenten getest. De kennisverhogingen waren respectievelijk 0.5, 1.0, 1.6 and 1.4. De *brochure* en *booklet* verschilden significant van de controlegroep. Het blijkt dat de respondenten de folder het kortste, het makkelijkst en het meest interessant om te lezen vinden. Toch verbeterde dit hun kennis niet significant ten opzichte van de controlegroep.

In deze paragraaf is zijn enkele fundamentele verschillen tussen brochures en folders toegelicht. Per situatie zal er gekeken moeten worden welk voorlichtingsmateriaal het beste aansluit. Omdat in dit onderzoek folders geëvalueerd worden, wordt de rest van het schriftelijke voorlichtingsmateriaal buiten beschouwing gelaten. Nu er meer duidelijkheid verkregen is over de functie van de folder, zal er in de volgende paragraaf aandacht besteed worden aan de factoren die bepalen of een folder gelezen wordt.

2.4. Welke factoren bepalen of een folder gelezen wordt?

2.4.1. Welke factoren en blokkades bestaan er?

Naar aanleiding van de uitkomst van de ‘*National Adult Literacy Survey*’, wordt geschat dat ongeveer 90 miljoen volwassenen in de Verenigde Staten een bepaalde vorm van analfabetisme hebben (Kirsch, Jungeblut, Jenkins en Kolstad, 1993). Analfabetisme komt onder alle groepen mensen voor. Een van de meest belangrijke gebieden waar analfabetisme gewone activiteiten in het dagelijkse leven kan verstoren is het gebied van de gezondheidszorg (Cotugna, Vickery en Carpenter-Haefele, 2005). Het is daarom zeer belangrijk dat een folder een laag leesniveau heeft, zodat een zo groot mogelijk aantal mensen toegang heeft tot de folder. De invloed van de toegankelijkheid van de folder op het leesgedrag van een lezer is groot. Zeker wanneer een folder is bedoeld voor een wat breder publiek is de toegankelijkheid van de tekst in de meeste gevallen bepalend voor de mate waarin deze gelezen wordt (Molen-Wisbrands, 2004). Begrijpelijkheid van een folder is een zeer belangrijke factor in de evaluatie. Begrijpelijkheid is het kwaliteitscriterium dat zorgt dat de boodschap wordt aangepast aan de beoogde ontvanger van de informatie (Webrichtlijnen voor de Overheid, 2005). Hier kunnen eventuele problemen ontstaan, want wat voor de een begrijpelijk is, is dat voor de ander helemaal niet. Ook de behoefte aan het soort van informatie, kort en bondig versus uitgebreid, is bij verschillende ontvangers anders. Een folder moet voor de hele doelgroep te begrijpen én te lezen zijn, terwijl bijvoorbeeld een ziekenhuis of een bepaalde ziekte/behandeling een zeer brede doelgroep heeft. De begrijpelijkheid van een folder lijkt sterk samen te hangen met de leesbaarheid van de folder. Toch hoeft verhoging van de leesbaarheid hoeft niet altijd te leiden tot het vergroten van de begrijpelijkheid. Volgens Klare (1976) wordt de begrijpelijkheid voor de lezer niet vergroot als het leesniveau en/of motivatie van de lezer hoger is dan gemiddeld en als de interesse voor de inhoud van het materiaal hoger is dan gemiddeld. Daarnaast geldt dat hoe meer kennis de lezer heeft over het onderwerp, hoe minder het uitmaakt hoe leesbaar de folder is.

In deze paragraaf worden naast bovengenoemde nog meer factoren behandeld die van invloed zijn op het leesgedrag van de doelgroep (patiënten, familie, mantelzorgers en andere betrokkenen). Waarom leest de doelgroep de folders wel of juist niet? Uit een onderzoek van Fagermoen & Hamilton (2002) blijkt dat het vernieuwen van informatie en het up-to-date houden van de feiten in de brochures een significante verbetering voor de patiënten oplevert. De patiënten bevestigden in het onderzoek dat zij meer informatie ontvingen over specifieke aspecten dan voor de vernieuwing had plaatsgevonden. Ley (1988) heeft een inhoudsanalyse uitgevoerd onder negen onderzoeken, allen afgerond tussen 1964 en 1983. Het blijkt dat de folders die uitgegeven werden door gemiddeld 72% van de respondenten gelezen waren, met een standaarddeviatie van ongeveer 9%. Uit een onderzoek van Berdanini (2001) naar de leesbaarheid van een patiëntenfolder blijkt dat 83% van de respondenten na ontvangst de folder gelezen had. Het bleek overigens dat 53% van hen de folder niet gemakkelijk te begrijpen vond. Volgens Molen-Wisbrands (2004) lezen mensen een folder als volgt: eerst bekijken ze de voor- en achterkant. Als die de aandacht trekken, laten de lezers hun ogen eerste even over de koppen en tussenkoppen dwalen. Op basis daarvan bepalen ze of de tekst eigenlijk wel de moeite waard is. In de doelgroep zelf zijn ook verschillen. Groepen mensen (in leeftijd, geslacht en opleiding) verschillen in informatiebehoefte. Jongeren, vrouwen en beter opgeleiden gaan vaker over tot het zoeken van informatie, hoewel ze soms niet meer informatie nodig hebben. In de studie van Butow (1998) blijkt dat vrouwen informatie over prognose, psychisch welzijn, broers, zussen en ouders belangrijk vinden en mannen meer belang hechten aan informatie over testen, psychisch welzijn en hun partner. In onderzoeken met betrekking het leesgedrag van patiënten is het goed met deze factoren rekening te houden en de resultaten uit te splitsen.

De folders kunnen ook op een andere manier wel of niet toegankelijk zijn. Uit een studie van Brunnecker (2003) blijkt dat er verschillende blokkades in het informatieproces kunnen zijn waardoor een folder niet aankomt of gelezen wordt. In de praktijk van het voorbeeld uit dit artikel (het dragen

van therapeutisch elastische kousen) wordt er nogal 'slordig' met folders omgegaan. Het komt regelmatig voor dat:

- De folders onoverzichtelijk, slordig of moeilijk leesbaar zijn.
- De informatie niet overeenkomt met de mondelinge informatie.
- Een folder aan de patiënt wordt meegegeven zonder dat de verpleegkundige weet wat erin staat.
- De folder de mondelinge voorlichting vervangt.
- Er nooit op de folder wordt teruggekomen.
- Iedere patiënt een folder krijgt, ook degenen die moeite hebben met lezen.
- De voorraad is opeens op of er ligt een stapel voor jaren.
- Niet iedereen op de hoogte is van het gebruik van de afdeling.

Brunnecker plaatst bij dit rijtje de opmerking dat dit niet de enige situaties zijn waarin de folders ondergewaardeerd worden, maar dat er meerdere situaties zijn die hier niet genoemd zijn.

Er blijken verschillende factoren van invloed te zijn op de toegankelijkheid van de folder. Zo blijkt bijvoorbeeld dat de folder als hij vernieuwend is het meest interessant is om te lezen. Daarnaast is het bijvoorbeeld mogelijk dat folders niet goed toegankelijk zijn door het verkeerd inkaderen van de informatie in het voorlichtingsproces. Bij het evalueren van de folders is het dan ook effectief om iets te weten te komen over de plaats die de folder inneemt in het voorlichtingsproces bij een bepaalde afdeling/ziekenhuis. Wanneer dit feit inzichtelijk is, zal de evaluatie optimaal kunnen geschieden. Bij de raadpleging van de patiënten is het dan ook nuttig om te vragen naar hun ervaringen met het uitgereikt krijgen van de folder.

2.4.2. Opkomst van het Internet

In deze paragraaf wordt de opkomst van Internet besproken, omdat deze ontwikkeling invloed kan hebben op het gebruik van schriftelijk voorlichtingsmateriaal. Door middel van Internet wordt de informatievoorziening breder en kunnen patiënten in principe zoveel als ze willen te weten komen over hun ziekte en behandeling. De reden dat deze ontwikkeling in dit theoretische kader wordt besproken is dat internet een steeds grotere rol vervuld naast mondelinge en schriftelijke communicatie. Door Internet zou de rol van folders wel eens op een andere manier ingevuld kunnen en moeten worden. Mondelinge informatie is tot nu toe altijd de meest persoonlijke en interactieve manier om patiënten voor te lichten. Aan de andere kant is het bekend dat patiënten maar een klein deel van wat ze horen ook daadwerkelijk onthouden. Volgens Stoop, van 't Riet en Berg (2003) maken folders en brochures het mogelijk om de tekst telkens weer en in elke situatie te lezen. Een nadeel is dat zij vaak algemeen en onspecifiek zijn. Het Internet maakt het mogelijk voor patiënten om informatie te zoeken en met elkaar contact te maken, vanuit hun eigen huis. Op deze manier is het mogelijk voor de patiënten om de dokter een vraag te stellen zonder naar hem/haar toe te gaan. De laatste jaren wordt het Internet steeds meer gebruikt om gezondheidsvoorlichting over te brengen. Uit onderzoek van de Europese commissie is gebleken dat 23% van de Europeanen het Internet gebruiken om gezondheidsinformatie te verkrijgen. Volgens de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 1999) worden er voor patiënten kansen geboden met Internet die duidelijk leiden tot *patient empowerment*. '*Patient empowerment* is het versterken van de positie van de patiënt en geeft op een andere wijze vorm aan een (nieuw) partnerschap tussen patiënt en zorgverlener' (Pos & Bouwens, 2003).

Naast de genoemde voordelen van Internet zijn ook nadelen aan het medium verbonden. Er kunnen communicatieproblemen ontstaan bij het plaatsen van voorlichting op Internet, zoals *digital divide*. *Digital divide* ontstaat doordat bepaalde groepen minder kunnen meedoen aan de digitale informatiestromen. Hierbij wordt gedacht aan ouderen, minderheden en mensen in ontwikkelingslanden. Daarnaast bestaan er problemen zoals informatie *overload*, ongeorganiseerdheid, zoekproblemen, ontoegankelijke informatie, taal, jargon en niveau, moeilijke navigatie en veranderlijkheid. Om deze problemen te ondervangen is het nodig dat er bepaalde voorwaarden aan sites worden gesteld. Freda (2004) heeft een tabel van Lamp & Howard (1999) aangepast, wat resulteerde in een tabel waarin voorwaarden worden genoemd voor websites met betrekking tot gezondheid. Tabel 2.1 geeft deze punten weer.

Tabel 2.1: What to teach clients about health internet sites

1.	websites are not always reliable sources of information. When using a website for health information, remember that
2.	websites affiliated with an university medical school or professional organizations have more credibility
3.	credentials, educational backgrounds, affiliations, or board certifications of those providing the information on the website should be prominently listed
4.	the information should be referenced to identify the source of the data
5.	the date of the most recent posting should be included
6.	websites that contain extremely positive claims, especially those made by a commercial sponsor, should be viewed with scepticism
7.	the site should be easily accessible, easy to use, and easy to read

Het feit dat websites niet altijd betrouwbare bronnen van informatie zijn is het eerste en misschien wel belangrijkste punt. De voorwaarde hierbij is dat als men een website gebruikt voor het opzoeken van informatie, men voldoende alert moet zijn op de betrouwbaarheid van de informatie.

De conclusie van het eerder aangehaalde onderzoek van Stoop et al. is dat Internet uiteindelijk de effectiviteit (verbeterde klinische uitkomsten) en de efficiëntie (minder consulten en *patient centeredness*) verbetert. In het onderzoek van Stoop et al. wordt het gebruik van ICT onderzocht naast de traditionele voorlichtingsmiddelen. In het onderzoek ziet men in dat er veel limieten aan het geven van voorlichting via Internet zijn, omdat de toegevoegde waarde van een ICT systeem veel moeilijker te realiseren is dan men aanvankelijk dacht. Toch blijkt dat de gezondheidsstatus van de patiënten hiermee kan verbeteren en dat dit soort van informatie een waardevolle aanvulling is (maar niet een vervanging) van traditionele middelen van patiënteninformatie. Deze waardevolle aanvulling geldt dan ook alleen als er een grondige analyse van de informatievoorziening op Internet wordt losgelaten en er zeer intensief naar de informatie wordt gekeken. Op dit moment is de doorbraak van Internet nog niet zodanig gerealiseerd dat Internet als vervanging kan dienen voor de folders. In dit onderzoek worden er dan ook geen aanpassingen gedaan om Internet door middel van de folders bij de mensen onder de aandacht te brengen. Wel kan worden aangenomen dat de voorwaarden voor websites ook van toepassing zijn voor foldermateriaal.

2.5. Waar moet een actuele voorlichtingsfolder aan voldoen?

Patiëntenvoorlichting is een specifieke vorm van gezondheidsvoorlichting voor een specifieke doelgroep, waarvoor het omgaan met ziekte een centrale rol speelt. Patiëntenvoorlichting kan in verschillende settings op uiteenlopende manieren worden gegeven waarbij de opkomst van nieuwe media als Internet een belangrijke factor is. Mondigheid en verantwoordelijkheid van de patiënt dat zich uit in goed geïnformeerd worden en betrokken zijn bij behandelingen, zijn steeds meer uitgangspunten van patiëntenvoorlichting geworden (Pos & Bouwens, 2003). Met name de laatste jaren heeft zich een aantal ontwikkelingen voorgedaan. Deze ontwikkelingen zijn vooral van invloed op de relatie tussen informatieverstrekker en patiënt. In deze paragraaf wordt nagegaan waar een goede voorlichtingsfolder aan zou moeten voldoen. In paragraaf 2.5.1. worden de voorwaarden van De Jong en Schellens (1995) uitgewerkt. Deze voorwaarden dienen als kapstok voor het construeren van de instrumenten in dit onderzoek. Hier zal later in dit theoretische gedeelte uitvoerig op in worden gegaan. De rechten en plichten van de WGBO, die zeer relevant zijn voor de huidige patiëntenvoorlichting, worden paragraaf 2.5.2. weergegeven. De WGBO, die in 1995 van kracht is geworden, regelt de relatie tussen arts en patiënt en benoemt de rechten en plichten van beiden. In paragraaf 2.5.3. worden verschillende lijsten met criteria en aandachtspunten besproken die gebruikt zullen worden bij de evaluatie van de folders. Het raadplegen van deze criteria zal resulteren in twee checklisten; een voorlichtingskundige en een taalkundige checklist. Hier wordt later verder op ingegaan.

2.5.1. Acht voorwaarden voor effectiviteit

In deze paragraaf worden de acht voorwaarden voor effectiviteit van een voorlichtingsfolder gepresenteerd. Deze voorwaarden worden gebruikt bij het construeren van het instrument voor de beoordeling van de folders. De Jong en Schellens (1995) hebben een uitbreiding en detaillering geconstrueerd op basis van de vier onmiddellijke effecten die Van Woerkum (1982) onderscheidt, namelijk *contact*, *kennismaking*, *begrip* en *acceptatie*. De Jong en Schellens (1995) zijn bij de uitbreiding en detaillering van deze effecten uitgegaan van de vraag wat er nodig is voor een geslaagde beïnvloeding van kennis, attitude, vaardigheid of gedrag. De acht voorwaarden die hieruit gekomen zijn kunnen alle worden gerelateerd aan tekstelementen of –kenmerken. Met behulp van deze set voorwaarden is het mogelijk een onderscheid te maken tussen de soorten informatie die met behulp van een pretest gezocht kunnen worden. Er kan informatie verzameld worden over de verschillende soorten effecten of voorwaarden. In Tabel 2.2. worden de acht voorwaarden uitgewerkt. Eerst wordt de voorwaarde uitgelegd en daarna worden als voorbeeld enkele aandachtspunten die met het begrip samenhangen genoemd. Deze aandachtspunten worden in de vorm van sleutelwoorden neergezet.

Tabel 2.2. Acht voorwaarden voor de effectiviteit van een folder (De Jong & Schellens, 1995)

1 Contact: de beoogde lezers moeten in contact komen met de tekst en op grond van het uiterlijk ervan geneigd zijn deze te lezen. De folder nodigt uit tot contact (bijv. tot lezing, gebruik of toepassing) <i>Voorkant brochure aantrekkelijk, omvang, lay-out niet afschrikwekkend*</i> 2 Selectie: de beoogde lezers moeten de belangrijkste en de voor hen relevante passages in de tekst daadwerkelijk lezen. <i>Leesproces niet afgebroken, passages belangrijk en een aantrekkelijk overzicht</i> 3 Begrip: de beoogde lezers moeten de geboden informatie begrijpen. <i>Hoofdpunten duidelijk, gemakkelijk volgen van tekst</i> 4 Acceptatie: de beoogde lezers moeten de geboden informatie accepteren, dat wil zeggen als juist en realistisch ervaren. <i>Feiten, gedragsaanbevelingen en waardeoordelen begrijpen en beschouwen als juist en realistisch</i> 5 Relevantie: de informatie in de tekst moet voor de beoogde lezers relevant en efficiënt zijn. <i>Nieuwswaarde, geen al te veel overbodige informatie bevatten voor leden van de doelgroep (efficiency)</i> 6 Volledigheid: de tekst moet op alle relevante vragen van de beoogde lezers een adequaat antwoord geven. <i>Is er behoefte aan extra informatie?</i> 7 Waardering: de wijze waarop de informatie in de tekst wordt gepresenteerd, moet door de beoogde lezers positief gewaardeerd worden. <i>Essentiële informatie, volledigheid, ontbrekende uitleg, gedachtesprongen, verzwegen argumenten, levendig taalgebruik</i> 8 Toepasbaarheid: de beoogde lezers moeten de geboden informatie (waar nodig) gemakkelijk in hun eigen situatie kunnen toepassen. <i>Snel naar praktische waarde van informatie kunnen overschakelen, de informatie is bruikbaar</i>
--

* De cursieve woorden zijn sleutelwoorden bij de begrippen

Dit instrument gaat uit van het feit dat de lezer de folder beoordeelt. In dit onderzoek worden de voorwaarden zowel bij het raadplegen van de doelgroep als bij de te construeren checklisten gebruikt. De acht voorwaarden zijn allen belangrijk voor de evaluatie van patiëntenvoorlichtingsmateriaal. Met name de voorwaarden begrip, volledigheid en toepasbaarheid zijn van groot belang voor de patiëntenfolders van het Slingeland Ziekenhuis. Patiënten, die uit alle bevolkingsgroepen komen, moeten de folder kunnen begrijpen. Daarom is het essentieel dat de folder leesbaar en begrijpelijk is. Omdat het formaat van de folder klein tot zeer klein is, is het daarnaast heel belangrijk dat alles erin staat waar de lezer praktische vragen over heeft. Daarnaast is het cruciaal dat mensen de informatie die in de folder staat (bijvoorbeeld over de voorbereiding) goed kunnen toepassen in hun eigen situatie.

De bovenstaande acht voorwaarden voor effectiviteit hebben betrekking op folders in het algemeen. Wanneer het gaat om patiëntenvoorlichting zijn er ook specifiek door de wet geregelde voorwaarden

waaraan voorlichting moet voldoen. De volgende paragraaf gaat in op de rechten en plichten van deze wet.

2.5.2. De rechten en plichten van de WGBO

De Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) regelt de relatie tussen patiënt en zorgverlener (zoals artsen en verpleegkundigen). De patiënt is opdrachtgever tot zorg, hetgeen gedefinieerd wordt als: onderzoek, het geven van raad en handelingen op het gebied van de geneeskunst, die het doel hebben iemand van een ziekte te genezen, ziekte te voorkomen of de gezondheidstoestand te beoordelen, of het verlenen van verloskundige bijstand. De WGBO is op 1 april 1995 in werking getreden. Kort gezegd geeft zij ondersteuning aan de algehele patiëntenvoorlichting. Een belangrijk onderdeel van deze wet is het recht op informatie en de toestemmingsvereiste: geen onderzoek en behandeling zonder toestemming en geen toestemming zonder informatie. Dit betreft mondelinge voorlichting bedoeld in begrijpelijke taal met desgewenst aanvullend voorlichtingsmateriaal. De medisch specialist is verantwoordelijk voor het geven van de juiste, begrijpelijke en tijdige informatie over diagnose en behandeling aan de patiënt. De WGBO is opgenomen in het Burgerlijk Wetboek, onder Boek 7 Bijzondere overeenkomsten, Titel 7 Opdracht, Afdeling 5 *De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling*, Artikel 446 – 468. In de wet zijn een aantal regels vastgelegd, die een bindend karakter hebben. Zo kunnen er onderling geen afspraken gemaakt worden die in strijd zijn met de WGBO.

In de WGBO wordt een groot belang gehecht aan informatie en informatievoorziening. Aan de hand van de verstrekte informatie moet de patiënt weloverwogen toestemming kunnen geven voor een onderzoek of behandeling. De WGBO heeft in Nederland invloed gehad op de standaardisering van informatie. Uit een evaluatie van de WGBO van de afdeling Kwaliteit en Organisatie (1999) blijkt namelijk dat standaardisatie van informatie meer aandacht heeft gekregen sinds de invoering van de WGBO. Bij 87 % van de 40 deelnemende respondenten (Nederlandse ziekenhuizen) blijkt dit gegeven het geval te zijn. Uit deze evaluatie blijkt dat het foldermateriaal als een vorm van standaardinformatie respectievelijk het meeste aan de patiënten worden aangeboden. In mindere mate komen nog andere vormen van informatie voor, die in dit kader niet relevant zijn om te behandelen. Doordat de evaluatie van de WGBO ruim vijf jaar oud is, zullen enkele verschillen met het heden wel op te merken zijn. Zo is de opkomst van het Internet vandaag de dag niet te onderschatten en is de verwachting dat het Internet in de toekomst een steeds grotere rol gaan spelen bij het informeren van patiënten.

Volgens de WGBO heeft de patiënt het recht om informatie te krijgen over de volgende onderwerpen:

- ziektebeeld en gevolgen (*aard en doel*)
- doel en aard van ingreep (*onderzoek/ behandeling*) en mogelijke alternatieven
- effectiviteit ingreep (*de behandeling en de verrichtingen die daarvoor noodzakelijk zijn*)
- nadelige gevolgen ingreep
- complicatierisico en risicofactoren (*de te verwachten gevolgen voor onderzoek en behandeling*)
- voortzetting behandeling (*de gezondheidstoestand en de vooruitzichten*)

De folders bieden mogelijk te weinig ruimte om deze informatie allemaal in op te nemen. Dit is ook niet noodzakelijk, omdat een folder zoals in paragraaf 2.3.3. al is aangenomen vooral een oriëntatie- en naleesfunctie heeft. De bovenstaande criteria leggen de informatiepunten vast die verstrekt moeten worden volgens de WGBO, maar er wordt niet expliciet vermeld op welke wijze de informatie gegeven moet worden. De WGBO gaat er wel van uit dat de informatie mondeling gegeven wordt, met desgewenst aanvullend het uitreiken van schriftelijk voorlichtingsmateriaal. Informatie over wat de eisen van een folder qua inhoud zijn, wordt nergens in het kader van de WGBO genoemd. Wat er precies in schriftelijk voorlichtingsmateriaal moet staan volgens de eisen van de WGBO is dus onduidelijk. In dit onderzoek wordt aandacht besteed aan de verschillende punten van de WGBO. Waarschijnlijk komen de punten over mogelijke alternatieven, risicofactoren

en voortzetting behandeling vaker in het gesprek tussen de dokter en zijn/haar patiënt naar voren dan in een folder. In de in dit onderzoek ontworpen voorlichtingskundige checklist wordt een lijst met punten betreffende de inhoud gepresenteerd. Met een expert op het gebied van de inhoud van betreffende folder wordt overlegd welke punten van cruciaal belang zijn om in de folder te noemen. In de voorlichtingskundige checklist wordt nagegaan of de punten die volgens de expert op dat specialisme in de folder aan de orde moeten komen er ook daadwerkelijk in staan.

2.5.3. Criteria voor de evaluatie van folders

Naast de eisen van de WGBO en de acht voorwaarden van effectiviteit zijn er in de literatuur nog meer (wetenschappelijke of niet-wetenschappelijke) criteria te vinden met betrekking tot de evaluatie van patiëntenvoorlichtingsfolders. Er zijn diverse lijsten, wel en niet wetenschappelijk onderzocht in omloop die uiteenzetten waar een goede voorlichtingsfolder aan moet voldoen. Er worden in de verschillende lijsten diverse indelingen gebruikt:

- tekstniveau, zinsniveau, woordniveau (*Handboek coördinator patiëntenvoorlichting, door medewerkers van Bureau Patiëntenvoorlichting*)
- voorlichtingsdoel en doelgroep, inhoud, tekst, lay-out, gebruik (*Doen wat kan, patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen (Maertens & Maris, 2000); Patiëntgericht voorlichten, leerboek voor verpleegkundigen (Terra, van Mechelen, van der Burgt, 2000)*)
- opbouw, stijl (*Formuleren, Fontys lerarenopleiding Sittard Nederlands, 2004*)
- opbouw, stijl, vormgeving (*Handleiding folders en brochures schrijven, Fontys lerarenopleiding Sittard, Marleen van der Molen-Wisbrands, 2004*)
- overzichtelijkheid, eenvoud, aantrekkelijkheid (*Handleiding van UZ Gent 'Hoe ga je te werk om een patiënteninformatiebrochure te ontwikkelen', 2001*)
- bron en doelgroep en boodschap (doel), inhoud, tekst, vormgeving (*Handleiding folders en brochures schrijven, Fontys lerarenopleiding Sittard, Marleen van der Molen-Wisbrands, 2004*)

Deze lijsten zijn allen gevonden zonder dat er bij staat hoe de lijst tot stand is gekomen, de wetenschappelijke waarde is dus eigenlijk niet groot of zelfs nihil. Toch worden de punten uit de lijsten gebruikt voor het construeren van de taalkundige en de voorlichtingskundige checklist. Deze uiteindelijke checklisten worden gestandaardiseerd en op betrouwbaarheid getoetst, zodat zij wetenschappelijk relevant worden. De onderstaande subparagrafen in deze paragraaf zijn ingedeeld volgens aspecten van folders, afgeleid uit de bovenstaande lijsten.

Hanteren van eenvoudige schrijfstijl

Tekstuele elementen spelen in dit onderzoek een rol bij het evalueren van de folders. Echter, het hanteren van een eenvoudige of losse schrijfstijl is een onderwerp dat eigenlijk niet onder een te evalueren aspect van een folder valt. Enkele criteria die bij een eenvoudige schrijfstijl horen, kunnen onder eenvoud geschaard worden, maar niet alle. Er is daarom gekozen voor een aparte benadering van de taalkundige criteria, deze benadering staat los van de te evalueren aspecten van een folder. De criteria die niet onder eenvoud vallen, worden ondergebracht in de taalkundige checklist. Een indeling in effectiviteitsvoorwaarden bestaat ook bij tekstuele elementen. De vier stijleisen of -voorwaarden waaraan een goede formulering moet voldoen zijn: correctheid, duidelijkheid, aantrekkelijkheid en gepastheid. Indien de formulering van een tekst aan deze criteria voldoet, bereikt de tekst eerder haar doel. De handleiding 'Formuleren' van Molen-Wisbrands (2004) is ingedeeld volgens deze vier criteria. Naast bijvoorbeeld taalfouten zoals barbarismen, congruentie en aanspreekvormen wordt aandacht besteed aan de aantrekkelijkheid van het geschrevene. Molen-Wisbrands heeft ook een andere indeling uitgewerkt, namelijk het indelen van leesbaarheidscriteria door middel van vier niveau's: het tekst-, alinea-, zins- en woordniveau. Omdat deze indeling de gevonden criteria het beste kan vatten is gekozen om de taalkundige checklist te construeren op basis van deze vier taalniveau's.

Een voorbeeld van een lijst waaruit criteria gehaald en geherformuleerd zijn is de checklist van Kanouse en Hayes-Roth (1980). Zij hebben enkele manieren gevonden hoe de begrijpelijkheid van

een tekst die gericht is op patiënten, door interventies toe kan nemen. Voorbeelden van deze suggesties zijn:

- gebruik consistente terminologie om te verwijzen naar gebruikelijke referenties
- noem vooronderstellingen expliciet en verwijs niet impliciet naar ze
- breng nieuwe informatie naar het einde van de zin en oude informatie voorop
- verwijder geen voornaamwoorden of woorden die bijzinnen markeren
- gebruik het nummeren of puntsgewijs om feiten in een paragraaf te presenteren

In de voorlichtingskundige checklist worden dus enkele criteria opgenomen met betrekking tot de eenvoud van de tekst, maar de punten die wat dieper ingaan op de taalfouten in de tekst worden ondergebracht in de taalkundige checklist. De leesbaarheid wordt ook getoetst door middel van leesbaarheidstoets en –formule. De leesbaarheid wordt zo in een aparte vorm gegoten en maakt geen deel uit van de voorlichtingskundige checklist uit dit onderzoek. Enerzijds wordt de leesbaarheid gemeten door een formule en een toets, anderzijds wordt er een taalkundige checklist geconstrueerd met criteria, waarbij de leesbaarheid wordt ingedeeld volgens vier niveau's; het tekst-, alinea-, zins- en woordniveau. Op beide vormen van evaluatie wordt in hoofdstuk 3 verder ingegaan.

Vormgeving

In paragraaf 2.3.3. is al ingegaan op de vormgeving van een folder, waarbij uiteengezet is welke eisen er bestaan om het materiaal een folder te noemen. Nu worden enkele criteria genoemd die ervoor zorgen dat de folder qua vormgeving en lay-out aantrekkelijk wordt om te lezen. De criteria die hieronder genoemd worden zijn ook teruggevonden in andere lijsten die ingaan op de lay-out van een folder. Een niet-wetenschappelijke lijst '*screeningschecklist voor folders, Bureau Patiënten-voorlichting*' komt onder andere met de volgende punten met betrekking tot de lay-out: is de indeling van de tekst overzichtelijk, geven titels en subkopjes aan wat de lezer ervan kan verwachten, zijn er voorbeelden, foto's en tekeningen die de tekst verduidelijken, is het gekozen lettertype minimaal 2 mm hoog, ziet de folder er aantrekkelijk uit. De genoemde criteria kunnen met 'ja' of 'nee' beantwoord worden. *Handleiding Folders en Brochures schrijven* van van der Molen (2004), noemt hiernaast ook nog: 'Zijn de marges groot genoeg, consequent gebruik van witregels en inspringers, is er functioneel gebruik gemaakt van kleuren?' Er bestaat enkele overlap met criteria die volgens sommige auteurs onder 'stijl en opbouw' vallen. De termen van overzichtelijkheid die Schouppe (2001) hanteert onder stijl en opbouw komen vaak overheen met de vormgeving van een folder. Deze criteria worden onder het volgende kopje 'stijl en opbouw' genoemd omdat Schouppe deze criteria daaronder heeft ingedeeld. Bij het construeren van de checklist worden de begrippen opnieuw ingedeeld.

Stijl en opbouw

De handleiding van Schouppe (2001) richt zich specifiek op de stijl en opbouw van een patiëntenvoorlichtingsbrochure. Er worden drie aspecten met criteria voor een goed leesbare tekst genoemd, namelijk overzichtelijkheid, eenvoud en aantrekkelijkheid.

De *overzichtelijkheid* wordt volgens de handleiding gegarandeerd door: typografische hulpmiddelen, stapsgewijze informatie, informatie in logische volgorde zetten, opsommingen overzichtelijk aanbrengen, de titel duidelijk de inhoud laten weergeven, gebruik maken van subtitels, belangrijke informatie eventueel nogmaals herhalen en indien nodig een groter lettertype gebruiken. De *eenvoud* wordt bewaard door: korte woorden gebruiken, mijden van verouderde taal, bannen van vakjargon, vermelden van vreemde, medische term tussen haakjes na de Nederlandstalige term, daarnaast rekening houden met het feit dat woorden tussen haakjes vaak niet worden gelezen, korte zinnen en weinig bijzinnen, elke zin één nieuw gegeven, niet te veel details vermelden, opletten met afkortingen, zo weinig mogelijk abstracte termen gebruiken. De *aantrekkelijkheid* wordt bereikt door: goede lay-out, werken met kleur, denken aan papiersoort als drager van de boodschap, kiezen voor vlot leesbaar lettertype, hanteren van losse schrijfstijl, nieuwe woorden vaker herhalen, richtlijnen nakomen in verband met illustraties. Daarnaast wordt aanbevolen aandacht te besteden aan tekstniveau, zinsniveau en woordniveau.

Inhoud

Een aantal lijsten met criteria gaan in op inhoudelijke punten met betrekking tot patiënten-voorlichtingsfolders, zoals de inhoudscriteria volgens Coulter, Entwistle en Gilbert (1999). Toch is de volledige bruikbaarheid voor dit onderzoek te betwisten. Een aantal punten zijn voor dit onderzoek niet relevant, zoals de checklist voor dokters, het gebruik van illustraties en de informatie over sponsors. Daarnaast zijn andere criteria tamelijk abstract en is het onderzoek niet in Nederland uitgevoerd. Toch worden de criteria hieronder gepresenteerd, omdat zij toch relevant kunnen zijn bij het ontwerpen van de checklist in dit onderzoek. De volgende criteria horen volgens Coulter et al. in een voorlichtingsbrochure of –folder:

- Gebruik de vragen van de patiënten als het beginpunt
- Verzekert uzelf dat gebruikelijke misverstanden genoemd worden
- Verwijs naar alle relevante behandelings- of gebruikersopties
- Sluit eerlijke informatie in over voordelen en risico's
- Sluit checklijsten en vragen in om aan de dokter te vragen
- Sluit bronnen van verdere informatie in
- Gebruik niet-alarmerende, niet-neerbuigende taal in de actieve tijd
- De inhoud moet gestructureerd zijn en met duidelijke illustraties verhelderd
- Wees expliciet over auteur en sponsor
- Laat bronnen zien en de kracht van het bewijs
- Sluit de publicatiedatum in

Coulter, Entwistle en Gilbert (1998) hebben in het jaar ervoor een andere, wat algemenere lijst samengesteld. Punten die in bovenstaande lijst missen, maar wel hier voorkomen: toegankelijkheid, aanvaardbaarheid, leesbaarheid en begrijpelijkheid, stijl en aantrekkelijkheid van de presentatie, en nauwkeurigheid en betrouwbaarheid van de inhoud. Daarnaast volledigheid en begrijpelijkheid, omloop en geschiktheid tot redactionele herzien, geloofwaardigheid van auteurs, uitgevers en sponsors, relevantie en gebruiksnut.

Na intensief onderzoek is één Nederlandstalige lijst uit België van Schoupe (2001) gevonden die de inhoud van een brochure op basis van criteria weergeeft. Deze lijst geeft concrete criteria weer voor de inhoud van een patiënteninformatiebrochure (PIB). Hieronder staan deze criteria uitwerkt.

Titel: hoe te werk om een Patiënten Informatie Brochure te ontwikkelen?

1 Praktische informatie

2 Medisch- technische informatie

- met betrekking tot de ziekte (anatomie, pathologie, pathofysiologie)
- met betrekking tot behandeling of onderzoek
- informatie over voorbereiding
- informatie over het verloop (instructies)
- informatie over individuele beleevingsaspecten kunnen hier hun plaats krijgen (zoals gewaarwordingen, pijn, bedreiging en onaangenaamheden)
- informatie over de nazorg
- informatie over de uitslag, prognose

3 Verdere leefregels

4 Het contact met medewerkers

5 Aanvullende informatie

Het nadeel van deze lijst voor dit onderzoek is de insteek van het ontwerpen van deze criteria op basis van een brochure. Een folder dient beknopter te zijn en hoeft waarschijnlijk niet alle bovenstaande informatie te bevatten. Daarnaast is niet vermeld waar deze informatie op gebaseerd is. De lijst kan dus bestaan als handvat voor het creëren van de voorlichtingskundige checklist in dit onderzoek, maar voldoet niet als een volwaardige en betrouwbare, wetenschappelijke lijst. In verder onderzoek is zoals hierboven al genoemd ook geen informatie gevonden wat volgens de WGBO in een folder moet staan.

Aspecten die in andere instrumenten naar voren komen maar nog niet in bovenstaande instrumenten genoemd zijn, zijn betrouwbaarheid en 'bijwerkingen of ongewenste gevolgen' (Damoiseaux et al.

1993) en ontvankelijkheid, de effectiviteit in termen van verworven vaardigheden en flexibiliteit (Flagg, 1990).

Naast de genoemde wetenschappelijke lijsten worden de niet wetenschappelijk onderzochte lijsten die in het begin van deze paragraaf al genoemd werden gebruikt. De criteria van alle gevonden wetenschappelijke en niet wetenschappelijke lijsten worden stuk voor stuk afgewogen en geïntegreerd voor een optimale benutting van het onderzoek.

Tot slot

In bovenstaande paragraaf is het woord ‘checklist’ al een aantal keer gevallen. Sommige onderzoekers spreken in dit verband van een tekstgericht evaluatieinstrument. In deze scriptie zal voortaan met het woord ‘checklist’ gewerkt worden. De motivatie hiervoor is dat het woord ‘checklist’ wat korter en bondiger is. Daarnaast lijkt het woord tekstgericht de lezer de verkeerde kant op te sturen, wat verwarrend kan zijn. De checklisten in dit onderzoek zullen namelijk niet onder tekstgerichte methoden vallen, maar onder expertgerichte methoden. Hier wordt in hoofdstuk 3 verder op ingegaan. Bij het citeren van auteurs zal het begrip ‘tekstgericht evaluatieinstrument’ wel gebruikt worden.

Bouwman (2005) citeert Schriver (1989) als volgt: ‘onderzoek naar tekstevaluatie kenmerkt zich door het ontwikkelen, verfijnen en testen van alternatieve methoden voor de beoordeling van de doeltreffendheid van een tekst.’ Schriver is van mening dat tekstevaluatieonderzoek zich in de jaren dertig voornamelijk richtte op het ontwikkelen van formules om de leesbaarheid van teksten vast te stellen. Tegenwoordig is het volgens haar van groter belang om onderzoek te doen naar de persuasiviteit, de begrijpelijkheid, de onthoudbaarheid en de bruikbaarheid van teksten. Korzilius (2000) geeft aan wanneer een checklist in de praktijk gebruikt kan worden: ‘om de kwaliteit van teksten te kunnen bepalen moeten tekstgerichte evaluatieinstrumenten voldoen aan een aantal kwaliteitseisen. Ze moeten betrouwbaar, valide, bruikbaar en hanteerbaar zijn. Wanneer aan één van deze criteria niet wordt voldaan is het instrument van te lage kwaliteit en heeft daardoor waarschijnlijk een beperkte waarde’. Bovengenoemde criteria worden zo veel mogelijk in acht genomen bij het ontwerpen van beide checklists.

In de bovenstaande paragrafen zijn veel criteria genoemd die kunnen bijdragen aan het evalueren van het voorlichtingsmateriaal. Er is grondig gezocht naar concrete lijsten die precies nagaan wat er in een folder moet staan. Helaas voldoet geen enkele gevonden lijst aan de eisen die de onderzoeker aan het instrument stelt. De instrumenten die hierboven genoemd zijn kunnen om meerdere redenen niet in zijn geheel gebruikt worden voor dit onderzoek. Zo worden soms geen concrete inhoudelijke punten genoemd. Daarnaast zijn een aantal instrumenten gebaseerd op Amerikaans onderzoeksmateriaal; daarom kan niet zonder meer worden aangenomen dat ze ook op Nederlands voorlichtingsmateriaal van toepassing zijn. Toch zijn het wel handige hulpmiddelen en daarom is er besloten om sommige punten uit de betreffende lijsten over te nemen en/of te herformuleren en op basis van de mening van een aantal deskundigen zelf een taalkundige en een voorlichtingskundige checklist te ontwikkelen. Verder worden er een aantal folders, gemaakt door voorlichtingsmedewerkers van diverse ziekenhuizen, naast elkaar gelegd om overlap in informatie en afwijkende inhoudelijke punten te ontdekken.

2.6. Doelstellingen en onderzoeksvragen (1)

Uit bovenstaand kader blijkt dat de informatie die een patiënt ontvangt van grote invloed is op onder andere de tevredenheid, de gezondheid en de therapietrouw van de patiënt. De behoefte aan het evalueren van de informatie is uitgebreid aan bod gekomen. Er zijn verschillende criteria in het bovenstaande hoofdstuk genoemd waarop folders beoordeeld kunnen worden. De WGBO bijvoorbeeld geeft richtlijnen over welke (mondelinge) informatie aan een patiënt verstrekt moet worden. Het verstrekken van voldoende en volledige informatie is daarnaast een teken dat de WGBO wordt nagestreefd.

Dit onderzoek staat in het teken van de evaluatie van voorlichtingsfolders. Hieraan liggen verschillende doelstellingen ten grondslag. De doelstelling die hier behandeld wordt vloeit voort uit het bovenstaande hoofdstuk. De andere doelstellingen en onderzoeksvragen worden uitgewerkt in hoofdstuk 3.

Het onderzoek heeft zowel een praktische als een theoretische relevantie. De eerste doelstelling is praktisch van aard. Ten behoeve van dit onderzoek worden er een aantal instrumenten ontwikkeld voor de evaluatie van patiëntenvoorlichtingsfolders die zich richten op een medisch onderzoek. Om de evaluatieinstrumenten te kunnen testen in de praktijk worden acht onderzoeksfolders van het specialisme Neurologie en twee van de afdeling Radiologie beoordeeld. Naast het evalueren van de folders zal ook de verspreiding van de folders, het leesgedrag van de doelgroep en de wensen en verwachtingen van de doelgroep ten aanzien van de voorlichtingsfolders in kaart worden gebracht. Er is gekozen voor onderzoeksfolders van het specialisme Neurologie, omdat het Bureau Patiëntenvoorlichting niet geheel inzichtelijk had hoe dit bij de Neurologiepatiënten verloopt. Daarnaast is er behoefte aan het reviseren van deze folders. Neurologiepatiënten krijgen niet alleen onderzoeken op de functieafdeling van de afdeling Neurologie, maar het komt ook vaak voor dat zij een *CT*-scan of een *MRI*-onderzoek krijgen op de afdeling Radiologie. Omdat deze folders zeer vaak gebruikt worden, ook vanuit andere specialismen, is ervoor gekozen om deze folders ook mee te nemen in het onderzoek. De doelgroep die bereikt werd met de folders bestaat dus uit alle patiënten die naar het Slingeland Ziekenhuis komen voor een onderzoek op de afdeling Neurologie of voor een *CT*-scan of *MRI*-onderzoek. In het geval van het specialisme neurologie zijn folders voor patiënten niet altijd te begrijpen en te lezen. Dit geldt bijvoorbeeld voor patiënten waarbij *afasie* is ontstaan. *Afasie* is een taalstoornis wat is ontstaan door hersenletsel (bijvoorbeeld een bloedvataandoening, een ongeval of een tumor). Hierbij is de functie van het begrijpen van gesproken taal, het spreken en/of het lezen en schrijven gestoord. Vaak is de patiënt wel bij zijn volle verstand (Folder Stichting Afasie Nederland). Patiëntenvoorlichting in het algemeen en schriftelijk voorlichtingsmateriaal specifiek voor deze doelgroep gaan er dan vaak uit logischerwijs van uit dat betrokkenen zoals partners, familie of mantelzorgers deze folders ook veel lezen. De evaluatie door middel van de raadpleging van de doelgroep is dan ook niet alleen gericht op de patiënt, maar ook op de betrokkenen bij de patiënt.

De tien folders worden niet alleen door de doelgroep beoordeeld, ook door middel van expertbeoordelingen en een leesbaarheidstoets en -formule wordt vastgesteld of de folders voldoen aan de in de literatuur gestelde criteria. De bevindingen van het onderzoek zullen na de verslaglegging geïmplementeerd worden bij de folders, zodat de bevindingen van het onderzoek meteen in praktijk gebracht worden. De eerste doelstelling vloeit uit bovenstaande voort:

Eerste doelstelling

- het evalueren en optimaliseren van tien onderzoeksvoorlichtingsfolders van het Bureau Patiëntenvoorlichting in het Slingeland Ziekenhuis te Doetinchem en het in kaart brengen van de informatieverstrekking en – gebruik van de folders

De eerste onderzoeksvraag die geformuleerd is op basis van deze doelstelling is de volgende:

1. *Voldoen de tien geëvalueerde folders betreffende technische leesbaarheid, taal op tekst-, alinea-, zins- en woordniveau, algemene aspecten, stijl en opbouw, eenvoud, vormgeving en inhoud aan de in de literatuur gestelde eisen en de verwachtingen van de doelgroep?*

De technische leesbaarheid wordt uitgedrukt in leesgemak, waarbij de lengte van de zinnen en woorden van invloed is op de technische leesbaarheid. De verschillende taalniveau's komen uit de verdeling van verschillende handboeken, zoals een handboek van de coördinator van Bureau Patiëntenvoorlichting. De criteria die per taalniveau geformuleerd zijn, zijn gevonden in handboeken en uit handleidingen van onder andere Molen-Wisbrands (2004). Met de nodige aanpassing en herindeling is er tot een lijst van criteria gekomen, waarbij de verdeling op taalniveau centraal staat. De algemene aspecten en de aspecten stijl en opbouw, eenvoud, vormgeving en inhoud met de bijbehorende criteria waar de folders op getoetst worden komen uit handleidingen, zoals Schouppe (2001), uit literatuur, zoals Van Woerkum (1982), De Jong en Schellens (2005) en Coulter, Entwistle en Gilbert (1998) en uit de WGBO. Deze criteria zijn indien nuttig ingezet en waar nodig hergeformuleerd op basis van expertise van verschillende gezondheidsdeskundigen. De indeling met bijbehorende criteria in de verschillende handboeken en lijsten uit de literatuur overlapt elkaar dikwijls. Zo wordt een criterium de ene keer onder eenvoud ingedeeld en de andere keer onder stijl en opbouw. De criteria die gevonden en nuttig bevonden zijn vallen in dit onderzoek elk onder een van deze aspecten. De checklist die voor dit onderzoek ontwikkeld is, bestaat uit de volgende aspecten: algemene aspecten, stijl en opbouw, eenvoud, vormgeving en inhoud. Een aantal criteria uit de aspecten 'contact' en 'toepasbaarheid' van De Jong en Schellens zijn bijvoorbeeld samengenomen en 'algemene aspecten' genoemd. De algemene aspecten gaan in op bijvoorbeeld de titel van de folder en de geschiktheid van het medium in het specifieke geval. Daarnaast is voor het invullen van de criteria bij het aspect inhoud een vergelijking gemaakt van diverse folders. De lijst is erop gericht zo volledig mogelijk te zijn en alle facetten van een folder mee te nemen in de evaluatie.

Aan de hand van de doelgroep zijn minder criteria getoetst en daarom zijn de aspecten in dit geval beperkt tot 'vormgeving', 'stijl en opbouw' en 'inhoud'. De criteria die door middel van de doelgroep getoetst zijn, zijn geselecteerd op relevantie en het makkelijk beantwoorden hiervan.

De onderzoeksvraag wordt beantwoord door middel van verschillende onderzoekstechnieken, hierbij wordt uitgebreid stilgestaan in hoofdstuk 3. Het tweede deel van de doelstelling gaat in op het in kaart brengen van de informatieverstrekking en het gebruik van de folders. De doelgroep is een aantal vragen gesteld op basis waarvan de volgende twee onderzoeksvragen zijn geformuleerd.

2. *Hoe wordt aan de mondelinge en schriftelijke informatieverstrekking naar de doelgroep inhoud gegeven en in hoeverre maakt de doelgroep gebruik van het aangeboden schriftelijk voorlichtingsmateriaal?*
3. *Zijn de variabelen leeftijd, geslacht en opleiding van de doelgroep van invloed op de beoordeling van de folders?*

In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de theoretische relevantie van het hoofdstuk. In dat hoofdstuk wordt de vierde onderzoeksvraag uitwerkt, die ingaat op het gebruik van diverse evaluatiemethoden in de praktijk en op het ontwikkelen van een betrouwbaar instrument waarmee schriftelijk patiëntenvoorlichtingsmateriaal geëvalueerd kan worden.

3 Pretestmethoden voor schriftelijke voorlichting

3.1. Het pretesten van schriftelijk voorlichtingsmateriaal

Ter evaluatie en optimalisatie van het schriftelijke voorlichtingsmateriaal worden verschillende pretestmethoden gebruikt. Het pretesten is de methode van formatieve evaluatie om vroegtijdig en systematisch reacties van de doelgroep en deskundigen te verzamelen over bedoelde en onbedoelde gevolgen van de communicatieboodschap. Het is een middel om na te gaan of de 'communicatieboodschap bijdraagt aan de verwezenlijking van de interventiedoelstelling, daarnaast optimaliseert het de kans op effectiviteit' (Damoiseaux, 1993). Door een ontwerp te toetsen aan richtlijnen uit bepaalde (instructie)theorieën kunnen mogelijkheden voor verbetering worden bepaald. In dit onderzoek wordt de indeling van Schriver (1989) aangehouden. Schriver maakt een duidelijk onderscheid tussen doelgroepgerichte pretestmethoden, expertgerichte pretestmethoden en productgerichte pretestmethoden. Het criterium waarop deze indeling gemaakt is, is de bron van informatie.

Voor het beoordelen van tekstuele aspecten (productgerichte pretestmethoden) onderscheiden De Jong & Schellens twee methoden die gebaseerd zijn op theoretische kennis: leesbaarheidsformules en -toetsen, computergestuurde stijlanalyseprogramma's en checklists. Schriver noemt de volgende voorbeelden van tekstgerichte methoden: leesbaarheidsformules, computeranalyses, richtlijnen & regels en checklists. De leesbaarheidstoetsen kunnen uitgevoerd worden door de computer, dit begrip valt dus samen met de computeranalyses van Schriver. Leesbaarheidsformules doen op grond van woord- en zinskenmerken voorspellingen over de begrijpelijkheid van een tekst. Onder computeranalyses worden automatische methoden verstaan, die voor de beoordeling van teksten worden gebruikt. Richtlijnen en regels zijn methoden die gericht zijn op het geven van schrijversadvies op taalkundige, stilistische of grafische eigenschappen van een tekst en tot slot checklists; schema's die men gebruikt voor de beoordeling van tekstuele aspecten (Schriver). Andere onderzoekers spreken in plaats van productgerichte ook wel van tekstgerichte methoden.

Bij de doelgroepgerichte methode wordt de test voorgelegd aan een steekproef uit de doelgroep. Een interview, schriftelijke vragenlijst of plus-en-minmethode zijn voorbeelden van een doelgroepgerichte methode.

De expertgerichte methode houdt in dat er deskundigen ingeschakeld worden, die weliswaar niet tot de doelgroep behoren, maar die op grond van hun specifieke deskundigheid in staat worden geacht om de publieksafstemming van een brochure of een folder te beoordelen. Deze vorm van feedback komt in de literatuur ook voor onder de noemer 'review'. Deskundigen op dit gebied zijn dan bijvoorbeeld: tekstschrijvers, communicatiedeskundigen, intermediairs of deskundigen op het inhoudelijk vlak.

3.2. Motivatie voor gebruik van drie verschillende methoden

In deze paragraaf wordt de beslissing gemotiveerd op het gebied van de rol die alledrie de methoden van Schriver (1989) gaan spelen in dit onderzoek. Er wordt ingegaan op het karakter van elk van de methoden en de voor- en nadelen van de methoden. Daarnaast worden verschillende schrijvers geciteerd die een mening hebben over de superioriteit van een methode of de mate van superioriteit juist weerleggen.

Categorische uitspraken over de waarde van de hierboven genoemde drie soorten evaluatiemethoden van Schriver zijn niet mogelijk (Schellens, Klaassen, de Vries, 2001). Elke methode in de driedeling van Schriver heeft haar eigen zwakke en sterke kanten. Een gangbare opvatting is dat doelgroepgerichte pretestmethoden in principe superieur zijn (Wright 1985; Schriver 1989). Schriver geeft de voorkeur aan doelgroepgerichte methodes boven tekst- en expertgerichte methoden (Hoeken, 1998). Schriver vindt dat doelgroepgerichte methoden betere informatie geven over de globale aspecten van de kwaliteit van teksten. De doelgroepgerichte methode wordt in vergelijking met de product- en de expertgerichte methode vaak als directer aangemerkt. Daarnaast wordt in deze

methode direct aan de lezer gevraagd wat hij/zij wel of niet waardeert aan de voorlichtingsfolder. Zij vindt dat doelgroepgerichte methoden over het algemeen informatie van een beter niveau leveren over de reacties van lezers en de kwaliteit van teksten dan productgerichte methoden. Bovendien maken doelgroepgerichte methoden meer gebruik van exacte, empirische methoden van onderzoek vanwege de betrouwbaarheid. Productgerichte methoden brengen volgens Schriver vooral problemen op woord- en zinsniveau aan het licht (Hoeken). De Jong & Vroom en Vroom (1994) geven nog een andere motivatie aan waarom doelgroepgerichte methoden bij pretests met een probleemopsporende functie zeer geschikt zijn. Deze methode kan namelijk verrassende, onverwachte problemen in een tekst aan het licht laten komen.

Door andere deskundigen wordt de opvatting dat doelgroepgerichte methoden superieur zijn weerlegd. Bouwmans (2005) bespreekt de bezwaren van andere deskundigen. Rodenburg en De Stadler (2003) merken bijvoorbeeld op dat het belang van doelgroepgerichte methoden niet overschat moet worden. Zij halen hierbij Lentz en Pander Maat (1992) aan, die in dit verband schrijven dat 'lezers over het algemeen niet in staat zijn om alle tekortkomingen van een tekst op te sporen'. Van Baal (2005) schrijft het volgende over de conclusies van Lentz en Pander Maat: 'de gemiddelde lezer komt metalinguïstisch te kort om een hoge kwaliteit van feedback te geven en problemen met de inhoud, coherentie en paragrafen te identificeren.' Dit betekent dat een groot deel van de doelgroep niet het vermogen heeft om op een abstracte manier over taal na te denken. Bovendien vinden Lentz en Pander Maat dat wanneer het beoordelingsschema aandachtspunten bevat die gericht zijn op de structuur en globale kenmerken van een tekst, productgerichte pretests (in dit onderzoek vallen beoordelingsschema's onder de expertgerichte methode) juist wel adviezen opleveren voor deze niveaus (Hoeken, 1998). Ook Dumas en Redish (1993) adviseren om product- en doelgroepgerichte methoden aanvullend te gebruiken, in plaats van voor de een of de ander te kiezen (Hoeken). De Jong en Schellens (1995) hebben nog andere onderzoeken geanalyseerd en vinden dat Nathenson & Henderson (1980) en Flagg (1990) ook liever van aanvullende dan van concurrerende benaderingen spreken. De potentiële problemen kunnen bij een aanvullende benadering opgespoord worden door productgerichte methoden, vervolgens geven de doelgroepgerichte methoden aan of de gesignaleerde problemen zich ook daadwerkelijk bij de doelgroep voordoen (Bouwmans).

Volgens Elling en Lentz (2003) speelt in de literatuur al jarenlang de vraag of er een alternatief is voor de tijdrovende en kostbare methoden waarbij teksten worden voorgelegd aan lezers uit de doelgroep. Een mogelijk alternatief is het inzetten van experts die met behulp van een instrument een tekst evalueren (volgens vooraf omschreven criteria of heuristieken), zodat problemen zichtbaar worden die lezers met de tekst zouden ervaren. Volgens De Jong en Schellens (2000) wordt vooral in het beginstadium gebruik gemaakt van expertbeoordelingen. Het gebruik van expertgerichte beoordelingen heeft net als de andere methoden zowel voor- als nadelen. Een voordeel is dat op deze manier informatie wordt verzameld die niet door lezers kan worden gegeven. Zo kunnen experts vanwege hun deskundigheid specifieke problemen in een tekst opmerken. Het nadeel is echter dat een beoordeling van een deskundige persoonsgebonden informatie kan opleveren, dat wil zeggen dat er sprake kan zijn van een persoonlijke voorkeur (Bouwmans). Het voordeel van een checklist is volgens De Jong en Schellens (1995) dat de beoordeling van de tekst niet globaal (totaaloordeel), maar analytisch plaatsvindt. De tekst wordt namelijk op een aantal deelaspecten geëvalueerd, wat van belang is voor het herzien van de tekst (De Jong & Schellens).

In De Jong en Schellens wordt een situatie voorgelegd met betrekking tot het schrappen van de expertgerichte methoden. Immers, er is enige overlap tussen product- en expertgerichte methoden. Lentz & Pander Maat (1993) zijn het bijvoorbeeld niet eens met de verdeling van Schriver (1989). Volgens hen is elke evaluator een expert, die vervolgens de keuze heeft tussen een product- en een doelgroepgerichte methode. De Jong en Schellens (1995) ontkrachten deze bewering door een aantal redenen te noemen waarom een expertgerichte methode wel degelijk een aparte categorie is. De voornaamste conclusie waarop zij baseren dat er wel degelijk drie methoden in deze verdeling te vinden zijn, is dat Lentz & Pander Maat (1993) voorbij lijken te gaan aan het gegeven dat een expert wat anders is dan een onderzoeker, namelijk een deskundige in zijn/haar vakgebied. Deze deskundige kijkt met andere ogen naar een folder. De vakbekwaamheid van deze mensen is nodig om de folder

optimaal te kunnen evalueren, omdat alleen zij kunnen beoordelen of de folder wel de correcte inhoud heeft. Daarnaast zijn er andere argumenten aan te voeren die juist ook voor product (tekst-) of expertgerichte evaluatie pleiten.

Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd om het verschil tussen de drie methoden te meten, maar er zijn geen eenduidige conclusies gevonden. Elke methode heeft zijn voor- en zijn nadelen en het lijkt erop dat de resultaten van de verschillende methoden niet altijd overeenkomen. Alles wijst erop dat men bij deze methodiek een aanvullende benadering adviseert.

3.3. Inzet van de methoden in dit onderzoek

In dit onderzoek worden de drie besproken methoden ingezet. De motivatie voor het gebruik van alle methoden ligt enerzijds in de overtuiging van verschillende onderzoekers dat een aanvullende benadering in de drie besproken methodes bij het formatief evalueren het beste is. Op een aantal punten kan de patiënt specifiek beoordelen, maar er zijn ook criteria waar vooral de onderzoeker en de experts een objectieve conclusie aan kunnen verbinden. De patiënt beantwoordt subjectieve criteria, hierbij staat de mening van de patiënt centraal. De doelgroep krijgt een korte en bondige vragenlijst voorgelegd waar ze aan de hand van een vijfpuntsschaal hun mening kunnen geven over verschillende aspecten van een folder. De experts wordt gevraagd naar de dieperliggende aspecten van de folder, zoals inhoud, stijl en opbouw. Daarnaast wordt de technische leesbaarheid getoetst in de productgerichte methoden.

Anderzijds is de evaluatie door middel van verschillende methoden een bijzonder goede kans om de resultaten van de drie methoden te gebruiken en tot conclusies te komen over de afzonderlijke methoden en de aanvullende benadering. Omdat er in de literatuur onenigheid bestaat over het nut en de effectiviteit van de verschillende methoden, kan dit onderzoek wellicht een bijdrage leveren aan de heersende opvattingen met betrekking tot dit onderzoeksgebied.

In bovenstaande paragrafen is al het een en ander toegelicht over de drie methoden die in dit onderzoek gebruikt gaan worden. In deze paragraaf worden enkele details per methode toegelicht.

3.3.1. Productgerichte methoden

Bij productgerichte methoden gaat het om methoden waarmee de ontwerper zelf, op basis van een analyse, een conceptboodschap kan evalueren en daar de kwaliteit van kan bepalen. De checklist en richtlijnen & regels worden in dit onderzoek onder de expertgerichte methode geplaatst. In de productgerichte methoden worden dus leesbaarheidstoetsen en leesbaarheidsformules (door middel van computeranalyses) uitgevoerd. Hieronder wordt het begrip leesbaarheidstoetsen nader toegelicht.

Leesbaarheidstoetsen

Begrijpelijkheid hangt voor een deel samen met de leesbaarheid van de folder. Door de leesbaarheid van een tekst te optimaliseren wordt de tekst zo begrijpelijk mogelijk voor de patiënten. In verschillende algemene heuristieken in de literatuur wordt leesbaarheid als een component van een groter geheel voorgesteld. De leesbaarheid blijkt een wezenlijk onderdeel voor de evaluatie van folders. De leesbaarheid kan gemeten worden door leesbaarheidstoetsen- of formules, waardoor het leesgemak wordt vastgesteld. Leesbaarheidsformules voorspellen aan de hand van eenduidig vast te stellen teksteigenschappen, zoals het gemiddelde aantal woorden per zin, de leesbaarheid van een tekst. De gedachte achter leesbaarheidsformules is dat de begrijpelijkheid van een tekst nagenoeg wiskundig kan worden vastgesteld op grond van een formule. De variabelen van deze formule bestaan uit objectief meetbare eigenschappen van de tekst, zoals woord- en zinslengte. De leesbaarheid van een tekst hangt echter van veel meer factoren af, zoals de interesse van de lezer, achtergrondkennis, zinsopbouw en structurering, contextuele aanwijzingen. Voor de begrijpelijkheid van een tekst wegen bovenstaande factoren soms wel veel zwaarder dan zins- en woordlengte. Het leesgemak zegt onvoldoende over de gehele begrijpelijkheid van een test. Toch is een leesbaarheidstoets altijd bruikbaar als aanvulling op andere pretests van folders. De leesbaarheidsformules meten geen inhoud

maar de technische kant van de taal, omdat zij namelijk accent op korte zinnen en korte woorden leggen.

Er zijn verschillende leesbaarheidstoetsen om het leesniveau van een tekst te meten. Kanters & Wieberink (1990) noemen het doel van leesbaarheidstoetsen: het vaststellen van de moeilijkheidsgraad (leesgemak) van een (proef)tekst. De voordelen hiervan zijn dat de folders door leesbaarheidstoetsen snel en goedkoop te evalueren zijn en dat deze toetsen altijd bruikbaar zijn als aanvulling op andere pretestmethoden. Men kan met de toetsen voorspellen of een voorlichtingstekst (wat leesgemak betreft) voldoende is afgestemd op de scholingsgraad van het lezerspubliek dat men wil bereiken. Dit is mogelijk door de folder in een digitale versie in een tekstverwerkingsprogramma te kopiëren of een leesbaarheidsformule toe te passen op de tekst.

Uit een literatuurreview van Davis et al. (1998), bestaande uit dertien studies, blijkt dat de voorlichtingsmaterialen bijna altijd in een hoger leesniveau geschreven zijn dan de gemiddelde Amerikaanse volwassene kan bereiken en begrijpen. In het eigen onderzoek van Davis et al. worden twee poliovaccinatie pamfletten met elkaar vergeleken, een moeilijk leesbare en een speciaal ontwikkelde makkelijk leesbare folder. De respondenten werden getest op hun leesvaardigheid, begrip en preferentie. Het blijkt dat 76% van de respondenten de makkelijke folder prefereert. De leesbaarheid werd met het programma *Grammatik IV software* berekend met een Fog Index van niveau 6 en een Flesch-Kincaid van level 4. Uit een onderzoek van Freda (2005) met 74 brochures voor 'American Academy Pediatrics' blijkt dat meer dan de helft van de brochures is geschreven met een leesniveau hoger dan acceptabel voor de doelgroep. De schrijver beveelt het volgende aan:

[professional associations that develop and market patient education materials should test for readability and publish those readability levels on each piece of patient education so health care providers will know if the materials are appropriate for their patients]

In dit citaat wordt het belang van leesbaarheid nogmaals benadrukt. In dit onderzoek worden twee toetsen uitgewerkt, de *Flesch Reading Ease*-score (een computeranalyse) en de Tabel voor leesgemak. In hoofdstuk 4, de methoden voor onderzoek, wordt ingegaan op de technische kant van deze twee toetsen. Cotugna, Vickery en Carpenter (2005), die net als in dit onderzoek met behulp van Microsoft Word folders evalueerde op leesbaarheid, verwijderden de adresgegevens uit het bestand zodat de vele cijfers en korte zinnen niet voor een vertekenend beeld van de leesbaarheid kunnen zorgen. Deze handeling is ook uitgevoerd in dit onderzoek.

Met behulp van deze methode wordt de leesbaarheid en deels de begrijpelijkheid van een tekst getest. Met de handelingen die deze methode rijk is, wordt slechts de technische kant van de taal geëvalueerd. Daarom is deze methode belangrijk, maar een niet op zich zelf staande evaluatiemethode.

3.3.2. Doelgroepgerichte methoden

Bij doelgroepgerichte methoden wordt de boodschap uitgetoetst in een steekproef uit de uiteindelijke doelgroep. Achter deze omschrijving gaat een grote diversiteit aan onderzoekstechnieken schuil, die voor een belangrijk deel voortbouwen op algemene onderzoeksmethoden in de gedragswetenschappen, zoals interviews, groepsgesprekken en hardopdenkonderzoek (Schellens, Klaassen en de Vries, 2001). Een veelgebruikt voorbeeld is de tijdrovende plus -en minmethode waarbij een respondent uit de doelgroep individueel de tekst doorleest, opmerkingen maakt en plussen en minnen zet met de onderzoeker erbij. Er zijn veel verschillende onderzoeken gedaan met doelgroepgerichte pretestmethoden in het kader van evaluatie van de leesbaarheid en vormgeving van schriftelijk voorlichtingsmateriaal. Hieronder worden enkele voorbeelden uitgewerkt. Een onderzoek van Eyles, Skelly en Schmuck (2003) toont aan dat 70% van de 191 respondenten het lettertype *Arial* prefereert boven *Times New Roman*. Verder geeft 84% van de respondenten aan dat zij een voorkeur hebben voor een grootte van 14 punten boven 12 punten. Er werden verder geen significante verschillen gevonden op het gebied van bijvoorbeeld leeftijd, geslacht of inkomen.

Bernardini (2001) heeft een onderzoek uitgevoerd om de attitude van de consument ten opzichte van geschreven informatie in kaart te brengen. In dit onderzoek werden er interviews met 1004 patiënten gedaan. De resultaten waren als volgt: 66% van de respondenten koos niet voor een gekleurde *folder* (*Package Leaflet*). Respondenten die aan de universiteit gestudeerd hadden waren meer tevreden over een gekleurde folder dan lageropgeleiden. Indien de respondenten toch moesten kiezen, sprongen de rode, groene en blauwe kleuren binnen in de folder eruit. Bij het lettertype *Didot*, waarbij men kon kiezen uit 8 tot 14 Bold koos een kwart van de respondenten voor letterpunt 10 en een kwart voor lettertype 11. Dit gegeven was niet afhankelijk van leeftijd. De oorspronkelijke folder had punt 8, dus de meerderheid van de respondenten koos een groter lettertype. De grote meerderheid van de respondenten wilde een meer gedetailleerde folder, hoe lager opgeleid hoe liever een gedetailleerde folder (Universiteit 50%, Middelbare School 57% en Lagere of geen school 67%). Uit een onderzoek wat onder dertig patiënten uit het Slingeland Ziekenhuis is uitgevoerd blijkt dat de respondenten het liefst *Arial* (12 respondenten) of *Verdana* (13) willen lezen. De twee lettertypes die het laagste scoorden waren *Georgia ref* met vier keuzes en *Times New Roman* met één keuze (Meijer, van Holland, van Woerkens & Leenders, 2003).

De onderzoeksresultaten van de onderzoeken zijn interessant, omdat er door bestudering een referentiekader geplaatst kan worden voor het eigen onderzoek. Bij de doelgroepgerichte methoden zijn de inleidende vragen voor de enquête voornamelijk uit een instrument genaamd *Education Material Acceptability (EMA)* gehaald. Dit instrument meet het verschil tussen geschreven voorlichtingsmaterialen aan de hand van subjectieve reacties van patiënten. Het instrument is alleen geschikt als de patiënt die de vragenlijst invult de folder bij de hand heeft (Gwadry-Sridhar et al, 2003). De overige vragen die gesteld zijn worden ontleend aan diverse criteria die in hoofdstuk twee aan de orde zijn gekomen. De acht voorwaarden van effectiviteit komen impliciet terug in de vragen die aan de patiënt gesteld worden.

In dit onderzoek wordt er gekozen voor het voorleggen van een middellange vragenlijst aan een steekproef uit de doelgroep. Deze methode is minder tijdrovend en kostenintensief dan bijvoorbeeld het afnemen van interviews of het hardopdenkonderzoek.

3.3.3. Expertgerichte methoden

Als een checklist wordt gebruikt door meerdere beoordeelaars spreken De Jong en Schellens (1995) van een methode die 'raadpleging door deskundigen' heet. Ook in dit onderzoek is er voor gekozen om meerdere beoordeelaars, deskundigen op verschillende gebieden, uit te nodigen om de checklist in te vullen. Omdat de checklists door experts worden ingevuld, is ervoor gekozen om de taalkundige checklist en de voorlichtingskundige checklist in de expertgerichte methode op te nemen. De reden waarom dit wordt gedaan is de generaliseerbaarheid van de gebruikte methoden in andere situaties of organisaties. De checklist zal gemakkelijk en tamelijk snel toe te passen zijn indien deze gebruikt wordt door experts. De moeilijkheidsgraad van de checklist is namelijk behoorlijk hoog; ook daarom is het goed dat de lijst door verschillende deskundigen wordt doorlopen.

De expertgerichte methode wordt in dit onderzoek uitgewerkt vanuit beide invalshoeken die deze methode rijk is, namelijk de communicatiedeskundige of (tekst-)deskundige en gezondheidsdeskundige insteek. Er is een taalkundige checklist met tekstuele heuristieken of taalkundige criteria. Met deze checklist wordt de tekst geëvalueerd op foutieve taalelementen; eventuele spel-, taal- en stijlfouten worden hierdoor snel en effectief opgespoord. Het voordeel van een taalkundige checklist is dat de beoordeling van de tekst niet globaal, zoals bij het gebruik van leesbaarheidsformules, maar analytisch plaatsvindt. Er wordt bij deze methode net als bij de productgerichte methoden geen hulp van de doelgroep ingeschakeld. De taalkundige checklist is opgedeeld in tekst-, alinea-, zins- en woordniveau.

De voorlichtingskundige checklist zorgt ervoor dat de tekst op foutieve elementen, zoals elementen die vallen onder vormgeving of inhoud, beoordeeld wordt. Een checklist weerspiegelt wat een schrijver of organisatie weet over gunstige en minder gunstige tekstenmerken. De tekst wordt door

de voorlichter of tekstschrijver zelf geëvalueerd aan de hand van (beproefde) heuristieken. Een heuristiek bestaat uit een lijst met een (vaak zeer groot) aantal aandachtspunten voor de evaluatie van een (deel van een) folder, website en dergelijke. Wanneer de heuristieken uit verschillende studies zorgvuldig naast elkaar worden gelegd, wordt duidelijk dat zij veel overlap vertonen. In dit onderzoek wordt zo concreet mogelijk een lijst opgesteld aan de hand van bepaalde criteria, zoals de acht voorwaarden voor effectiviteit (Van Woerkum, 1982). Verder wordt de checklist ingevuld met inhoudscriteria gebaseerd op het vergelijken van verschillend voorlichtingsmateriaal en deskundig inzicht. De verschillende experts die hieraan meehelpen zijn de onderzoeker, een communicatiedeskundige, aangevuld met de expertise van de gezondheidsdeskundige. Deze drie experts krijgen de voorlichtingsdeskundige checklist voorgelegd.

3.4. Betrouwbaarheid en validiteit

3.4.1. Betrouwbaarheid en steekproefomvang

In deze paragraaf wordt kort op elk van de methoden en hun betrouwbaarheid/steekproefomvang ingegaan. De betrouwbaarheid van een meting heeft betrekking op de nauwkeurigheid en de mate van consequentie van metingen. De betrouwbaarheid van een meting is goed indien er bij herhaling steeds hetzelfde resultaat uitkomt. Zo niet, dan wordt de meting onbetrouwbaar genoemd. Hoe groter de steekproefomvang is, hoe beter er voorspeld kan worden wat de uitkomsten bij herhaling of in een andere steekproef zullen zijn. Betrouwbaarheid is een noodzakelijke voorwaarde voor validiteit.

De betrouwbaarheid van elk van de methoden in dit onderzoek zal nu kort uitgelicht worden. Ten eerste wordt de betrouwbaarheid en de steekproefomvang van de leesbaarheidstoetsen in de productgerichte methoden toegelicht. Deze toetsen zijn zeer betrouwbaar, omdat ze een objectief beeld geven van de werkelijkheid. De Jong & Schellens (1995) geven aan dat zowel de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid als de pretestbetrouwbaarheid van leesbaarheidsformules hoog is. De rol van de onderzoeker bij leesbaarheidsformules is voor een groot deel geformaliseerd (tellen, rekenen en opzoeken volgens een voorschrift). Hierbij hangt het wel af van de eenvoud van de formule die gebruikt wordt en de eenduidigheid van de scoringsvoorschriften (De Jong & Schellens, 1995). Het eerste argument is in dit onderzoek goed te vermijden, omdat de formule door middel van een computeranalyse uitgerekend wordt. Over de eenduidigheid van de ‘tabel van leesgemak’ is te weinig bekend om daar iets over te kunnen zeggen.

Ook bij het gebruik van vragenlijsten in de doelgroepgerichte methode is betrouwbaarheid aan de orde. Hierbij gaat het om de vraag of de steekproef wel representatief genoeg is. Indien dat niet het geval is, kan er niet zomaar aangenomen worden dat de resultaten op een ander tijdstip en met andere respondenten gelijk zijn. Hoe groter de steekproefomvang, hoe beter dit soort fouten ondervangen kunnen worden. Bij toetsende pretests is werken met een steekproefomvang van 30 respondenten minimaal. In dit onderzoek zal geprobeerd worden voor elk van de vier folders minstens 20 respondenten te krijgen. De betrouwbaarheid van de vragenlijsten zal pas getoetst worden bij de resultaten, omdat deze ontwikkelde vragenlijst nog niet eerder in gebruik is geweest. Bij het ontwikkelen en uitvoeren van het instrument zal er alles aan gedaan worden om de betrouwbaarheid hoog te houden.

Bij de taalkundige checklist in de expertgerichte methode wordt alleen de onderzoeker zelf ingezet. Het nut van deze checklist komt tot uiting in het opsporen van zoveel mogelijk taalfouten. Als de persoon die de checklist gebruikt geen moeite of twijfel heeft over de begrippen kan over de betrouwbaarheid in principe hetzelfde gezegd worden als bij de methode van de leesbaarheidsformules.

Bij de voorlichtingskundige checklist zijn er drie beoordelaars die allen dezelfde checklist gebruiken. Hoewel er in elke checklist aandachtspunten zijn waarover weinig meningsverschillen kunnen bestaan, zijn er natuurlijk ook punten waar minder overeenstemming over bestaat tussen de beoordelaars. De beoordelaarsbetrouwbaarheid kan daarom problematisch uitpakken. De betrouwbaarheid kan verhoogd worden door de aandachtspunten op de checklist precies en concreet te

formuleren. Over de gewenste steekproefomvang bij een raadpleging van deskundigen zijn geen onderzoeksgegevens beschikbaar. Volgens De Jong en Schellens (1995) kan in zijn algemeenheid worden gesteld dat de methode vooral loont als er gewerkt wordt met een beperkt aantal deskundigen. Normaal gesproken moet ervan uitgegaan worden dat er (eventueel per 'soort') slechts enkele deskundigen worden geraadpleegd. Toch is de betrouwbaarheid van een deskundigenraadpleging als pretestmethode vooralsnog nog zeer twijfelachtig (De Jong en Schellens)

Alle methoden zijn nu kort doorgesproken. Bij elke methode is verteld hoe de betrouwbaarheid zoveel mogelijk gewaarborgd blijft. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de validiteit van deze methoden.

3.4.2. Validiteit

Validiteit van de (formatieve) evaluatie houdt in dat de evaluatieresultaten zo goed mogelijk weergeven wat de onderzoeker wil meten. Validiteit betekent dus dat er gemeten wordt wat ook daadwerkelijk gemeten moet worden.

Leesbaarheidsformules kennen over het geheel genomen een hoge mate van betrouwbaarheid. Echter, de validiteit is vooralsnog twijfelachtig. De formules geven weliswaar een indicatie van eventuele tekortkomingen in het instructiemateriaal, maar het is veelal niet mogelijk is om uit de beoordeling van de leesbaarheid de aard van de geconstateerde tekortkomingen af te leiden (Maslowski en Visscher, 1997). Leesbaarheidsformules hebben het meeste te maken met *predictieve validiteit*, hierbij wordt de mate bedoeld waarin leesbaarheidsformules in staat zijn om de begrijpelijkheid van een tekst te voorspellen. Leesbaarheidsformules bieden niet meer dan ruwe indicaties van de begrijpelijkheid van teksten, terwijl het gebruik in de voorlichting al snel de kant opgaat van een oordeel over de precieze publieksafstemming van teksten. Andere kritiek op leesbaarheidstoetsen en -formules is bijvoorbeeld dat zij te eenzijdig zijn en dat er toch niet zomaar gezegd kan worden dat een tekst leesbaar is door een aantal zinnen uit de folder te halen en op basis van de resultaten van dat stuk tekst conclusies te trekken. Als er slechts een aantal zinnen uit een folder wordt genomen, kan de validiteit inderdaad in twijfel getrokken worden. In dit onderzoek is er daarom voor gekozen de gehele folders aan de toetsen te onderwerpen, zodat met deze vorm van validiteit in ieder geval rekening gehouden kan worden.

In de doelgroepgerichte methode waarbij enquêtes worden ingezet kan men te maken krijgen met diverse soorten validiteitsbedreigers. Veel hangt hier af van de concreetheid van de vragen en de antwoordcategorieën. De vragen moeten in ieder geval eenduidig zijn, passen binnen het referentiekader van de proefpersonen en niet-suggestief zijn (De Jong en Schellens). Het is belangrijk om bij de doelgroepgerichte methode in de gaten te houden dat problemen met validiteit zich vooral voordoen bij vragen met psychische en sociale aspecten. Respondenten vullen eerder een sociaal wenselijk antwoord in. Zo zou het kunnen zijn dat ze de verpleegkundigen aardig vinden en daarom een ander antwoord invullen dan wat ze eigenlijk vinden. Met dit knelpunt wordt rekening gehouden in dit onderzoek, zeker omdat patiënten de vragenlijst invullen. Patiënten staan bekend om het geven van een hoog cijfer. Naast sociale wenselijkheid zijn er andere vormen van validiteitsbedreigers die bij deze methode een rol kunnen spelen, zoals beperkingen in het beoordelingsperspectief van de proefpersonen, invloed van het onderzoeksmateriaal en onvolledigheid en slechte interpreteerbaarheid van de antwoorden. Begrijpen mensen de vraag verkeerd, gokken ze het antwoord of beantwoorden ze de vraag niet eerlijk, dan zijn de antwoorden niet valide. Deze problemen worden beperkt met de vragenlijst omdat deze zorgvuldig samengesteld en gepretest is. Hierdoor kan de invloed van bovengenoemde factoren enigszins worden beperkt.

De expertgerichte methode met de twee checklists heeft ook te maken met het verschijnsel validiteit. De validiteit van checklists is afhankelijk van verschillende factoren, zoals de mate waarin de beoordelaar(s) zich kunnen inleven in de doelgroep en de mate waarin de aandachtspunten zijn onderbouwd door literatuur of onderzoeksresultaten. Het is dus belangrijk om de aandachtspunten van de checklist grotendeels te baseren op literatuuronderzoek. Dit is dan ook in navolging hierop gebeurd

bij het ontwikkelen van de checklist. Ook moet er rekening mee gehouden worden dat de leden van de doelgroep variëren in intelligentieniveau. Aan dit punt is eveneens gedacht. Er is een pretest gedaan waarbij mensen van verschillende opleidingsniveaus de teksten beoordeeld hebben. Bij de *predictieve* validiteit van de raadpleging van deskundigen draait het om de vraag wat de probleemopsporingen van de experts waard zijn. Hierbij speelt de vraag of het instrument problemen voorspelt die zich ook echt zullen voordoen. Alleen al vanwege de gebrekkige overeenstemming tussen deskundigen is het volgens De Jong en Schellens (1995) ingewikkeld om daarover zinnige uitspraken te doen. Wel is in een aantal empirische onderzoeken van onder andere onderstaande auteurs gekeken naar de congruente validiteit, oftewel naar de vraag in hoeverre deskundigen in staat zijn om de resultaten van een doelgroepgerichte pretest te voorspellen. Uit onderzoeken van bijvoorbeeld Swaney et al. (1991), Dieli (1986), De Jong, Lentz & Zeelen (1995) en Schriver (1995) blijkt dat de deskundigen met een checklist de resultaten van een doelgroepgerichte pretest niet goed kunnen voorspellen. Daarnaast blijkt dat veel van hun probleemvoorspellingen niet in de doelgroepgerichte pretest naar voren komen. Met deze onderzoeksresultaten is volgens De Jong en Schellens een belangrijke kanttekening geplaatst bij de waarde van tekstevaluatie door deskundigen: deze blijkt niet te voldoen als vervanging van een doelgroepgerichte pretest. Met deze resultaten wordt er toch absoluut niet uitgesloten dat de oordelen van deskundigen een waardevolle bijdrage leveren aan de publieksafstemming van teksten. Zo zijn er tekstproblemen denkbaar die een deskundige beter dan de doelgroep kan opsporen, omdat daarvoor specialistische kennis of overzicht over de problematiek nodig is. Kortom, het is goed mogelijk dat een beoordeling door deskundigen een waardevolle aanvulling biedt op de resultaten van een doelgroepgerichte methode.

Het mogelijk aanvullen van de methoden werpt tevens een aanloop naar de volgende onderzoeksvraag van dit onderzoek op; is er toegevoegde waarde door de methoden aanvullend te gebruiken? Deze onderzoeksvraag wordt in paragraaf 3.5. uitgewerkt. De combinatie van raadpleging van zowel deskundigen als de doelgroep is dan ook de werkwijze waarnaar binnen het onderzoek naar de voorlichtingsfolders gestreefd wordt. Een laatste kanttekening bij de raadpleging van deskundigen is dat de waarde hiervan afhangt van de kwaliteit van de experts die in de evaluatie worden betrokken. Bij de raadpleging van deskundigen staat of valt de validiteit met de kennis, het vakmanschap en het inlevingsvermogen van de geselecteerde deskundigen. Concluderend is te zeggen dat de validiteit van de raadpleging van experts als evaluatiemethode niet zonder problemen lijkt te zijn (De Jong en Schellens). De raadpleging van alle genoemde deskundigen is waarschijnlijk zeker zinvol, maar het gaat te ver om deze methode als een volwaardig en valide (pretest)instrument te zien. Om deze reden en de andere argumenten die in bovenstaande paragrafen al aan de orde zijn gekomen is het goed dat deze methode als een aanvullende methode wordt beschouwd.

3.5. Doelstellingen en onderzoeksvragen (2)

In hoofdstuk twee kwam de praktische relevantie van het onderzoek naar voren, waarbij het ging om het evalueren van specifieke folders. In hoofdstuk drie is de theoretische relevantie uitgediept. In dit theoretisch kader is aandacht besteed aan de indeling van de methoden van Schriver (1989) om folders te pretesten. Het blijkt dat de drie methoden (product- doelgroep- en expertgericht) uit deze indeling sterke en zwakke methodische kanten hebben. Een aantal onderzoekers heeft voor een aanvullende benadering gepleit, zodat de sterke kanten van elke methode geïntegreerd kunnen worden bij de revisie van de folders. In dit onderzoek wordt deze benadering uitgewerkt.

De theoretische relevantie wordt ten eerste bewerkstelligd door het ontwikkelen en standaardiseren van instrumenten die gebruikt worden bij de methoden. De instrumenten die ontwikkeld worden voor de doelgroepgerichte methode (een enquête voor de doelgroep) en voor de expertgerichte methode (een taalkundige en een voorlichtingskundige checklist voor experts) kunnen in een breder werkgebied gebruikt worden. In het bijzonder de voorlichtingskundige checklist is relevant voor personen, bureau's en instanties die zich met patiëntenvoorlichting bezighouden, omdat er in de literatuur weinig concrete wetenschappelijke lijsten met criteria gevonden zijn ten behoeve van de evaluatie van schriftelijk patiëntenvoorlichtingsmateriaal. Dit onderzoek levert om deze reden een bijdrage aan de kennis die over dit onderwerp bestaat. Vooral de voorlichtingskundige checklist kan

zijn nut bewijzen voor het (systematisch, incidenteel of steekproefsgewijs) evalueren van patiëntenvoorlichtingsfolders in het algemeen.

De tweede theoretische relevantie heeft te maken met een wetenschappelijk vraagstuk, namelijk welke methode het meest efficiënt is en van welke methode de meest betrouwbare, valide en bruikbare resultaten verkregen worden. Uit de literatuur blijkt dat onderzoekers van mening verschillen over de laatste vraag. In dit onderzoek zullen de methoden uitvoerig getest worden en zal er een vergelijking getrokken worden tussen de resultaten en effectiviteit van de verschillende methoden. Er wordt onder andere een vergelijking getrokken tussen de constructen van de doelgroepgerichte en de expertgerichte methoden. Per construct wordt vastgesteld of experts de punten anders beoordelen dan de doelgroep. De resultaten van de verschillende methoden worden met elkaar vergeleken. Daarnaast wordt ingegaan op de vraag welke methode in de praktijk het meest efficiënt is gebleken. Ook wordt ingegaan op de vraag welke methode de beste kwaliteit geeft voor de minste inspanning en welke methoden ingezet moeten worden om een optimaal resultaat te bereiken. Daarnaast worden de knelpunten en de voordelen besproken om een bepaalde methode of meerdere methoden naast elkaar te gebruiken.

De tweeledige doelstelling die uit dit hoofdstuk voortvloeit, is als volgt opgesteld:

- het ontwikkelen van een evaluatieinstrument voor patiëntenvoorlichtingsfolders die direct toepasbaar is door experts op het gebied van communicatie en/of gezondheidszorg
- het vergelijken van de bruikbaarheid en effectiviteit en efficiëntie van de productgerichte, doelgroepgerichte en expertgerichte methoden van Schriver (1989)

Om de genoemde doelstelling te realiseren, dient er een antwoord gegeven te worden op de volgende onderzoeksvraag:

4. *Op welke manier kunnen de pretestmethoden van Schriver (1989) ingezet worden om de meest effectieve resultaten bij het (systematisch) evalueren en optimaliseren van voorlichtingsfolders te verkrijgen?*

Hieraan zijn de volgende subvragen gekoppeld.

- 4.1. Komen de resultaten van de drie verschillende onderzoeksmethoden overeen?
- 4.2. Van welke methode van Schriver zijn de meest betrouwbare en concrete resultaten verkregen?
- 4.3. Welke methode van Schriver is het meest efficiënt gebleken?
- 4.4. Hoe kunnen de drie evaluatiemethoden optimaal ingezet worden bij het evalueren van voorlichtingsfolders?

4 Methoden van onderzoek

4.1. Inleiding op de folders

In dit onderzoek zijn tien folders geanalyseerd door middel van de productgerichte en expertgerichte methoden. Daarvan vallen acht folders onder de functieafdeling neurologie en twee (CT-scan en MRI-onderzoek) onder de afdeling Radiologie. De CT-scan en het MRI-onderzoek zijn medische onderzoeken die Neurologiepatiënten ook vaak ondergaan. Vier van de tien folders zijn beoordeeld door middel van de doelgroepgerichte methode, namelijk de folders *EEG*, *EMG*, *MRI* en *CT-scan*. Alleen de resultaten van deze vier folders worden vergeleken met de resultaten uit de overige methoden. De namen, afkortingen (die in de praktijk en ook in dit onderzoek worden gebruikt), nummers en de maand en jaar waarop de folder voor het laatst herzien/gereviseerd is worden in Tabel 4.1. weergegeven. De folders die ook door patiënten zijn beoordeeld staan schuingedrukt in de tabel. Deze folders worden vanaf nu in de tabellen altijd schuingedrukt weergegeven.

Tabel 4.1: Overzicht van de geëvalueerde folders

<i>Naam folder</i>	<i>Afkorting</i>	<i>Laatste versie</i>
Brainstem Auditory Evoked Response	BAER	02-2000
Botulinetoxine, behandeling met	Bot	12-2004
Caudografie / Myelografie	C/M	06-1999
<i>Elektro Encefalo Gram</i>	<i>EEG</i>	03-2004
<i>Elektro Myografie</i>	<i>EMG</i>	03-2003
Elektro Nystagmo Grafie	ENG	02-2002
Somato Sensible Evoked Potential	SSEP	12-2001
Visual Evoked Potential	VEP	06-2001
<i>Magnetic Resonance Imaging</i>	<i>MRI</i>	08-2005
<i>Computer Tomografie scan</i>	<i>CT</i>	08-2005

In onderstaande paragrafen wordt per methode toegelicht hoe de evaluatie van de folders in praktijk is gebracht.

4.2. Productgerichte methoden

Door middel van de productgerichte methoden werd in dit onderzoek een antwoord verkregen op de vraag of de folders voldoen aan de technische leesbaarheid. De folders zijn beoordeeld door middel van leesbaarheidsformules. Er zijn twee leesbaarheidsmethoden gebruikt zodat er een vergelijking mogelijk is. Er is gekozen voor de *Flesch Reading Ease score* en voor de *Tabel voor leesgemak* van Kanters en Wieberdink (1990). De grammaticafunctie van het programma Microsoft Word is gebruikt bij het analyseren van de leesbaarheid. In navolging van Cotugan (2005) werden naam en adresgegevens van het ziekenhuis niet meegenomen in de analyse. Bij het aantal lettergrepen zijn afkortingen, symbolen, maar ook telefoonnummers gerekend. Telefoonnummers worden met het aantal lettergrepen genoteerd zoals het is als ze uitgesproken worden. Er werden ook nog enkele aanvullende metingen gedaan die naast de scores van de FRE uit de analyses van Microsoft Word zijn gekomen. Dit zijn de volgende variabelen: passieve vorm, zinscomplexiteit en lexicale complexiteit.

Flesch Reading Ease score

De formule voor de *Flesch Reading Ease*-score is als volgt: $206,835 - (1,015 \times \text{ASL}) - (84,6 \times \text{ASW})$ waarbij: *ASL* = *gemiddelde zinslengte (het aantal woorden gedeeld door het aantal zinnen)* en *ASW* = *het gemiddelde aantal lettergrepen per woord (het aantal lettergrepen gedeeld door het aantal woorden)*. Deze formule wordt in Microsoft Word automatisch gegenereerd. Een hoog cijfer betekent een goed leesbare manier van schrijven. Een laag cijfer betekent een ingewikkelde manier van schrijven. De tekst krijgt een beoordeling op een schaal van 100; hoe hoger de score, hoe gemakkelijker het document te begrijpen is. In Tabel 4.2. worden de scores met de interpretaties van de scores uiteengezet.

Tabel 4.2.: Toelichting FRE-score

Score (1)	Interpretatie (1)	Score (2)	Interpretatie (2)
90-100	Zeer eenvoudig	50-60	Tamelijk moeilijk
80-90	Eenvoudig	30-50	Moeilijk
70-80	Tamelijk eenvoudig	0-30	Zeer moeilijk
60-70	Standaard		

Voor de meeste standaarddocumenten is 60 à 70 een goede score. Deze maat wordt bij de uitleg van het software programma Microsoft Word als uitgangspunt genoemd. Bij de *Flesch Reading Ease*- score betekent een hogere score automatisch hoger leesgemak.

Tabel voor leesgemak

In de Tabel voor leesgemak kan de moeilijkheidsgraad van een tekst rechtstreeks worden afgelezen, zonder een formule te berekenen. Hierbij kunnen een aantal passages van 100 woorden uit de folder worden genomen, daarnaast is er een mogelijkheid om de hele folder te gebruiken. Dit laatste komt vooral voor als de folder weinig woorden heeft. De tabel is in dit onderzoek als volgt gebruikt: het aantal woorden, zinnen en lettergrepen van elke folder werden geteld. Daarna werden de woordlengte (totaal aantal lettergrepen gedeeld door het aantal woorden) en de zinslengte (het totale aantal woorden gedeeld door het aantal zinnen) uitgerekend. Na het tellen en delen kan in de tabel afgelezen worden hoe gemakkelijk of moeilijk leesbaar de tekst is. Hieronder wordt de Tabel voor leesgemak gepresenteerd, met bijbehorende standaarden en maten. De kolom onder 'zinnen' betekent: '*maximaal gemiddelde zinslengte in lettergrepen*' en de kolom onder woorden betekent: '*maximaal gemiddelde woordlengte in lettergrepen*'.

Tabel 4.3: Standaarden in Tabel voor leesgemak (Kanters & Wieberink, 1990)

Niveau	Zinnen	Woorden	Voorbeelden van bijbehorende lectuur
LO-LBO, Eenvoudige tekst, groot leesgemak	10,0	1,5	Eenvoudigste verstrooiingslectuur (reeksen)
Mavo-MBO, Gemakkelijke tekst, normaal leesgemak	15,1	1,6	Streekromans
Havo-HBO, Vrij moeilijke tekst, weinig leesgemak	20,0	1,7	Veel literaire/populair wetenschappelijke lectuur
VWO-WO, Moeilijke tekst, zeer weinig leesgemak	25,0	1,9	Wetenschappelijke lectuur, indien goed geschreven

Procedure

De onderzoeker heeft de metingen verricht. Kenmerkend voor leesbaarheidstoetsen is dat ze uitgevoerd worden zonder respondenten uit de doelgroepen dat de onderzoeker de pretest van achter zijn/haar bureau kan uitvoeren.

Aanvullende metingen

Een Microsoft-Wordversie met een grammaticafunctie heeft de capaciteit om naast de FRE-leesbaarheidsformule nog andere metingen te verrichten. Het dialoogvenster 'Statistiek Leesbaarheid' verschijnt na het beëindigen van een grammaticacontrolesessie. Het venster bevat informatie over aantallen, gemiddelden en leesbaarheid. Het dialoogvenster 'Statistiek Leesbaarheid' bevat een totale evaluatie van de leesbaarheid van het document. Een opmerking die hierbij gemaakt dient te worden is dat de statistieken niet als een oordeel of rapportcijfer gezien moeten worden, maar als een richtlijn. Hieronder wordt kort uitgelegd wat deze aanvullende metingen inhouden. Zij zijn in de resultaten bij de productgerichte methode verwerkt.

- Passieve vorm (% van de werkwoordelijke constructies)
Te veel passieve vormen kunnen de tekst saai of moeilijk maken.
- Zinscomplexiteit (100= zeer ingewikkeld)
Lange zinnen of zinnen met een ingewikkelde structuur zijn vaak moeilijk te begrijpen.
- Lexicale complexiteit (100 = zeer ingewikkeld)
Te veel lange woorden of ongebruikelijke woorden zijn voor de meeste lezers moeilijk te begrijpen.

4.3. Doelgroepgerichte methode

Door middel van de doelgroepgerichte methode werd in dit onderzoek een antwoord verkregen op een deel van de eerste onderzoeksvraag, namelijk: *voldoen de folders betreffende algemene aspecten, stijl en opbouw, eenvoud, vormgeving en inhoud aan de verwachtingen van de doelgroep?*

De insteek van de doelgroepmethode is de mening van de patiënten te leren kennen door het doen van een kwantitatief onderzoek onder de doelgroep. De doelgroep bestaat uit de patiënten en betrokkenen bij de patiënten van de polikliniek, verpleegafdeling en functieafdeling van Neurologie en de afdeling Radiologie. De tweede onderzoeksvraag die door middel van de doelgroepgerichte methode is beantwoord gaat als volgt: *hoe wordt aan de mondelinge en schriftelijke informatie naar de doelgroep inhoud gegeven en in hoeverre maakt de doelgroep gebruik van het aangeboden schriftelijk voorlichtingsmateriaal?* De derde onderzoeksvraag die door middel van de methode werd beantwoord is: *Zijn de variabelen geslacht, leeftijd en opleiding van de doelgroep van invloed op de beoordeling van de folders?*

Afnameprocedures

Aanvankelijk was er voor gekozen om op de verpleegafdeling Neurologie en op de polikliniek Neurologie enquêtes af te nemen. Na anderhalve maand bleek dat het afnemen van enquêtes op de verpleegafdeling niet goed liep. De verpleegkundigen vergaten de enquêtes uit te delen of dachten dat het niet zinvol was om ze uit te delen. Na een aantal keer overleg gepleegd te hebben bleek dat het niet vooruit ging en werd besloten de afname van enquêtes stop te zetten. Naast de polikliniek van Neurologie werd de afdeling Radiologie ingeschakeld om meer enquêtes te kunnen verzamelen. Dit is de reden dat er vanuit drie afdelingen enquêtes zijn ingevuld.

De patiënten op de verpleegafdeling werden benaderd voor de enquête als zij voor een onderzoek op de functieafdeling in aanmerking kwamen en hierover een folder hebben gehad. Patiënten die op de verpleegafdeling Neurologie liggen en een onderzoek krijgen, ontvangen van tevoren een onderzoeksfolder. In de onderzoeksperiode werden de enquêtes tegelijk met de onderzoeksfolder uitgedeeld. Patiënten die deze enquête niet in kunnen vullen werd gevraagd om samen met de partner, familielid of mantelzorger de enquête in te vullen. De verpleegkundigen namen de enquêtes weer in en deponeerden ze in een daarvoor bestemde doos. Op de *polikliniek Neurologie* kregen de patiënten een onderzoeksfolder mee als ze na een gesprek met de neuroloog verwezen werden voor een onderzoek op de functieafdeling. Zij kregen bij de balie van de polikliniek een folder over het onderzoek en een enquête. Thuis konden zij de enquête invullen en weer meenemen als zij weer naar de polikliniek kwamen voor het onderzoek of de uitslag. Op de *afdeling Radiologie*, ook wel röntgenafdeling genoemd, worden verschillende technieken voor onderzoek en behandeling toegepast. Bij sommige specialismen is het de bedoeling dat patiënten die in aanmerking komen voor een onderzoek of behandeling zelf een afspraak maken bij de afdeling Radiologie, dit geldt ook voor de patiënten die uit bepaalde specialismen een *CT* toegewezen krijgen. Normaal gesproken krijgen ze bij het maken van de afspraak altijd een folder mee, nu dus ook een enquête. Net als bij de poli neurologie konden de respondenten de ingevulde enquête weer meebrengen toen ze voor het onderzoek bij de balie kwamen. De patiënten die een *MRI* krijgt de folder altijd thuis opgestuurd. Met deze informatie werd tijdens de onderzoeksperiode een enquête meegestuurd, die men weer mee kon nemen bij het onderzoek.

Respondenten

In Tabel 4.4. wordt aangegeven hoeveel enquêtes er zijn uitgedeeld door de secretaresses en het aantal responsies samen met het responspercentage. Daarnaast wordt uitgewerkt hoeveel enquêtes er zijn ingevuld per folder, per geslacht en het tijdstip (voor of na het onderzoek) dat de respondent de enquête heeft ingevuld. Respondenten kregen de vraag voorgelegd of zij de enquête voor of na het onderzoek invullen. Met deze vraag wordt in verdere analyses vastgesteld of de attitude ten opzichte van de folder van respondenten verschilt in moment van invullen van de enquête.

Tabel 4.4.: gegevens van respondenten, uitgesplitst naar afdeling

	<i>Verpleeg N.</i>	<i>Poli N.</i>	<i>Rad. CT¹</i>	<i>Rad. MRI¹</i>	<i>Totaal</i>
Aantal uitgegeven enquêtes	3	65	100	120	288
Aantal ingevulde enquêtes	3	32	13	47	95
Responspercentage	100,0 %	49,2 %	13,0 %	39,2 %	33,0 %
Folder					
CT-scan	2	8	13	-	23
MRI	1	5	-	47	54
EMG	-	14	-	-	14
EEG	-	4	-	-	4
SSEP	-	1	-	-	1
Geslacht					
Man	2	18	6	27	53
Vrouw	1	14	7	20	42
Tijdstip van onderzoek					
Voor onderzoek	1	24	13	47	85
Na onderzoek	2	6	-	-	8
Onbekend	-	2	-	-	2

¹ Door de verschillende manier van informatieverstrekking per medisch onderzoek op de afdeling Radiologie is deze afdeling uitgesplitst in informatieverstrekking voor de CT (*RadCT*) en de MRI (*RadMRI*).

Over de SSEP-folder is één enquête ingevuld. Deze enquête wordt meegenomen in de algemene analyses, maar niet in uitwerkingen waar de folders uitgesplitst worden naar eigen resultaten. De responspercentages zijn naar tevredenheid, toch verschilt het aantal binnengekomen enquêtes sterk per afdeling.

De vragenlijst

De eerste vragen in de enquête betroffen de verspreiding van de folder en het leesgedrag van de patiënten. In het volgende deel van de vragenlijst werden vragen over vormgeving, stijl en opbouw en inhoud van de folder gevraagd. De respondenten konden antwoorden van helemaal mee oneens tot helemaal mee eens geven, door middel van een vijfpuntsschaal. In onderstaande wordt per categorie uiteengezet welke punten bij welk aspect gevraagd zijn.

<u>Vormgeving:</u> folder verzorgd, lettergrootte, afbeeldingen en plaatjes, indeling, voorkant van folder nodigt uit, kleuren
<u>Stijl en opbouw:</u> folder prettig te lezen, persoonlijke aandacht, goed te lezen voor betrokkenen, kopjes geven informatie goed weer, begrip, welke stukken belangrijk zijn, duidelijke informatie
<u>Inhoud:</u> informatie juist en vernieuwend, instructies makkelijk en duidelijk, of men instructies gaat opvolgen, indenken hoe het onderzoek gaat, inhoud stelt op gemak, eerlijke info over ongemakken, nog vragen na lezen, duidelijk aan wie patiënt een vraag kan stellen

Door middel van enkele kwalitatieve vragen werd aan de patiënten gevraagd of zij nog informatie missen, welke informatie zij het belangrijkste in de folder vinden, en of er overbodige en/of onduidelijke informatie in de folder staat. Als laatste konden de patiënten algemene opmerkingen kwijt. Over elk

aspect (vorm, stijl en opbouw, inhoud) van de folder werd een rapportcijfer gevraagd. Ook werd een rapportcijfer gevraagd over de folder in het algemeen. De vragenlijst is opgenomen in bijlage 9.

Analyse

De demografische gegevens en de mate van informatieverstrekking en –gebruik werden als eerste in kaart gebracht. Hierbij werd ook gekeken naar verschillen op de scores wat betreft leeftijd, geslacht en opleiding. Daarnaast werd in het algemeen en per folder vastgesteld wat de score op alle items is. Significante verschillen werden hierbij aangegeven. Door middel van het opdelen in drie verschillende constructen werd in kaart gebracht op welk aspect en welk item over het algemeen het beste is gescoord. Kwalitatieve resultaten met betrekking tot de opmerkingen van de respondenten zijn terug te vinden in bijlage 12.

Om een goede uitspraak te kunnen doen over de verschillende aspecten (vorm, stijl en opbouw, inhoud) is gekeken naar de berekende gemiddelde scores voor de items per aspect. Deze werden in frequentietabellen weergegeven. Er werd ook een betrouwbaarheidsanalyse per onderdeel uitgevoerd. De belangrijkste reden om een betrouwbaarheidsanalyse te doen is het daadwerkelijk gebruik van de enquête in de praktijk. Als alle correlaties, paarsgewijs tussen de items bepaald, behoorlijk positief zijn wordt het meetinstrument intern consistent of homogeen genoemd. De mate van interne consistentie wordt meestal uitgedrukt in de maat *Cronbach's Alpha* (Swanborn, 1994). De betrouwbaarheid van de verschillende variabelen is dan ook vastgesteld door het berekenen van Cronbach's Alpha, dat per aspect een keer werd uitgerekend.

4.4. Expertgerichte methoden

De derde manier voor het beoordelen van de folders is in dit onderzoek bewerkstelligd door de inzet van experts. Twee typen experts hebben de folders door middel van checklisten beoordeeld, namelijk een gezondheidsdeskundige en communicatiedeskundigen. In de expertgerichte methode werd ten eerste antwoord gegeven op de volgende subvraag: voldoen de folders op *tekst-, alinea-, zins- en woordniveau* aan de in de literatuur gestelde eisen? Deze vraag werd beantwoord door middel van de taalkundige checklist. Daarnaast werd de volgende vraag door middel van de voorlichtingskundige checklist beantwoord: *voldoen de folders betreffende algemene aspecten, stijl en opbouw, eenvoud, vormgeving en inhoud aan de in de literatuur gestelde eisen?*

Wie zijn de experts en wat is hun rol in dit onderzoek?

In de expertgerichte methode van Schriver (1989) worden twee soorten experts onderscheiden, de communicatie- of tekstdeskundige en de doelgroepdeskundige. Een communicatiedeskundige is erop getraind zich te richten op de uitingen richting de doelgroep. De doelgroepdeskundige is in dit onderzoek uitgesplitst. Ten eerste is er een gezondheidsdeskundige die de checklisten heeft ingevuld (een medewerker van bureau patiëntenvoorlichting) en een doelgroepdeskundige die aan het eind van het onderzoek een rol heeft bij het implementeren van de resultaten. Deze persoon heeft inhoudelijke kennis van de medische onderzoeken die in de geëvalueerde folders zijn beschreven, dit is dus een deskundige op het gebied van neurologie of radiologie. Voorbeelden van vragen die in de voorlichtingskundige checklist naar voren komen en waar deze doelgroepdeskundige(n) een antwoord op heeft/hebben gegeven zijn: 'wat moet de patiënt meenemen naar het onderzoek' en 'zijn er nog suggesties als een kind een onderzoek moet ondergaan'. Vervolgens heeft de onderzoeker vastgesteld of de genoemde punten in de folder staan. Dezelfde deskundige op het gebied van neurologie/radiologie heeft de folders in de voorlaatste versie doorlopen met het doel te kijken of de inhoud duidelijk en correct is.

De taalkundige checklist werd in dit onderzoek door de onderzoeker ingevuld, maar zou ook door de communicatie- of tekstdeskundigen ingevuld kunnen worden. De voorlichtingskundige checklist is gebruikt door de onderzoeker, de gezondheidsdeskundige en de communicatiedeskundige. De onderzoeker en de communicatiedeskundige hebben alle tien folders uit dit onderzoek met een checklist geëvalueerd, de gezondheidsdeskundige alleen de vier folders die centraal staan in dit onderzoek.

Taalkundige checklist

Het instrument

De checklist is ontwikkeld op basis van onder andere ‘Formulieren’ van Molen-Wisbrands, ‘Handleiding’ van Molen-Wisbrands en ‘Hoe te werk om een patiëntenbrochure te ontwikkelen’ van Schoupe en van Gent. Naar inzicht van de onderzoeker en andere deskundigen zijn een aantal bruikbare taalkundige aspecten uit deze lijsten die van belang zijn voor de evaluatie verwerkt in de taalkundige checklist. De lijst is opgedeeld in vier niveaus, namelijk het tekst-, alinea-, zins-, en woordniveau. Op tekstniveau zijn de fouten opgenomen die in het algemeen in een tekst aangetroffen kunnen worden. Het alineaniveau wordt gemeten door verschillende vragen met betrekking tot bijvoorbeeld de lengte en grenzen van een alinea. Het zinsniveau wordt gemeten door bijvoorbeeld foutieve congruenties, foutieve samentrekkingen en foutieve bijzinnen. Als laatste worden in het woordniveau verschillende variabelen genoemd die bijvoorbeeld te maken hebben met voorzetsels of verwijzwoorden. De volledige taalkundige lijst met uitleg over de begrippen is opgenomen in bijlage 1.

Procedure en analyse van de taalkundige checklist

Het voordeel van een taalkundige checklist is dat de beoordeling van de tekst niet globaal, zoals bij het gebruik van leesbaarheidsformules, maar analytisch plaatsvindt. Er wordt bij deze methode net als bij de productgerichte methoden geen hulp van de doelgroep ingeschakeld. De checklist is doorlopen door de onderzoeker, zij is een communicatiedeskundige. Door middel van de taalkundige checklist liep de onderzoeker verschillende taalkundige aspecten langs. In de resultaten is per folder een kleine uiteenzetting gegeven over welke fouten per niveau zijn gevonden. De onderzoeker ging hierbij niet in op kleine details per punt, maar gaf een algemeen en overkoepelend oordeel over het betreffende niveau. In bijlage 6 is gedetailleerd ingegaan op de fouten. De fouten en verbeterpunten die uit deze evaluatie gekomen zijn, zijn geïmplementeerd in een nieuwe versie van de folder.

Voorlichtingskundige checklist

Het instrument

De voorlichtingskundige checklist weerspiegelt wat een schrijver of organisatie weet over gunstige en minder gunstige tekstenmerken. De tekst is door enkele deskundigen geëvalueerd aan de hand van (beproefde) heuristieken. Een heuristiek bestaat uit een lijst met een (vaak zeer groot) aantal aandachtspunten voor de evaluatie van een bijvoorbeeld een (deel van een) folder of een website. Toen de heuristieken uit verschillende studies voor het ontwerpen van de checklist zorgvuldig naast elkaar werden gelegd, werd duidelijk dat zij veel overlap vertonen.

De voorlichtingskundige checklist is geconstrueerd op basis van de indeling van Van Woerkum (1982) en De Jong en Schellens (1995). Deze indeling heeft betrekking op de functies en voorwaarden van voorlichtingsfolders. Er werden verschillende checklisten gebruikt ter invulling van de acht voorwaarden voor effectiviteit. De algemene aspecten en de aspecten stijl en opbouw, eenvoud, vormgeving en inhoud met de bijbehorende criteria waar de folders op getoetst werden komen uit handleidingen en uit verschillende instrumenten die alle als een checklist fungeren voor schriftelijk voorlichtingsmateriaal. In de literatuur worden een aantal checklisten genoemd, die vaak in heel abstracte vormen de verschillende vlakken van evaluatie tonen. In het kader hiervan zijn bijvoorbeeld checklisten van Van Woerkum (1982) en van Coulter, Entwistle en Gilbert (1998) gebruikt. Er waren ook enkele niet-wetenschappelijke checklisten voorhanden zoals die van Schoupe (2001), waar een aantal keer een bruikbaar criterium uit gebruikt is. Daarnaast zijn richtlijnen van de WGBO gebruikt om de folders op actueelheid en geldigheid te testen. De gevonden nuttige criteria zijn ingezet en waar nodig hergeformuleerd op basis van expertise van verschillende gezondheidsdeskundigen. De criteria waarmee de voorlichtingskundige checklist is ontworpen, zijn opgedeeld in vijf componenten of aspecten; algemeen, stijl & opbouw, eenvoud, vormgeving en inhoud. De indeling met bijbehorende criteria in de verschillende handboeken en lijsten uit de literatuur overlapt elkaar dikwijls. Zo wordt criterium de ene keer onder eenvoud geschaard en de andere keer onder stijl en opbouw. Een aantal criteria uit de aspecten ‘contact’ en ‘toepasbaarheid’ van De Jong en Schellens zijn bijvoorbeeld samengenomen en ‘algemene aspecten’ genoemd. De algemene aspecten gaan in op bijvoorbeeld de titel van de folder en de geschiktheid van het medium in het specifieke geval. Per aspect zijn de criteria zo concreet mogelijk omschreven. Doordat er verondersteld is dat er geen geschikte wetenschappelijke

lijst bestaat werd de inhoud van de onderzoeksfolders gecheckt door middel van een door de onderzoeker ontwikkelde lijst, gebaseerd op het vergelijken van verschillend voorlichtingsmateriaal en aangevuld door verschillende deskundigen op gezondheidsgebied. De lijst is erop gericht zo volledig mogelijk te zijn en alle facetten van een folder mee te nemen in de evaluatie. De voorlichtingskundige checklist is opgenomen in bijlage 2 (oorspronkelijk). De uiteindelijke checklist die op enkele punten is aangepast na het doen van het onderzoek is te vinden in bijlage 3.

Procedure en analyse van de voorlichtingskundige checklist

De onderzoeker, een communicatiedeskundige en een gezondheidsdeskundige hebben de checklist doorlopen. Om de uitkomsten zo dicht mogelijk bij elkaar te houden zijn de begrippen zo concreet mogelijk omschreven. De scores per criterium werden gemiddeld en in een tabel geplaatst en hierover werd het overeenstemmingspercentage berekend. Om de betrouwbaarheid van de checklist te meten werd eerst per variabele berekend in hoeveel gevallen er overeenstemming bestond tussen de experts per score. De checklist werd in dit onderzoek alleen dan voldoende betrouwbaar beschouwd, wanneer in meer dan 80 % van de gevallen overeenstemming bereikt was tussen de drie experts. Deze maat is gehanteerd bij de aspecten ‘algemeen’, ‘stijl en opbouw’ en ‘vormgeving’. Bij de checklist met betrekking tot de inhoud is de maat waarbij een instrument betrouwbaar genoemd mag worden iets hoger, namelijk 85%. Bij dit aspect konden de experts slechts uit twee antwoordmogelijkheden kiezen. Toen er bij het pretesten bij enkele begrippen moeilijkheden waren en ver uit elkaar liggende resultaten gevonden werden, werden begrippen opnieuw gedefinieerd.

Inhoudelijke vragen die opkwamen na het volgen van de productgerichte methode zijn opgeschreven. Ook vragen die opkwamen bij het analyseren van de enquêtes en vragen/opmerkingen die respondenten in de enquête stellen, zijn meegenomen bij het raadplegen van deskundigen die alles weten van de *MRI*, *CT*, *EEG* en *EMG*. Door hun expertise kan het variabele deel van de voorlichtingskundige checklist (‘staat alles in de folder wat er ook in moet staan?’) ingevuld worden. Het handvat hiervoor staat in bijlage 4.

4.5. Integratie van methoden

De vierde onderzoeksvraag behandelde de vergelijking van de drie methoden. De vraag werd als volgt geformuleerd: *op welke manier kunnen de pretestmethoden van Schriver (1989) ingezet worden om de meest effectieve resultaten bij het (systematisch) evalueren en optimaliseren van voorlichtingsfolders te verkrijgen?*

Aan deze onderzoeksvraag zijn vier subvragen gekoppeld. Per subvraag zal nu kort uiteengezet worden hoe de vraag beantwoord is.

Het vergelijken van de resultaten

Voor het vergelijken van de resultaten is de volgende subvraag geformuleerd: *Komen de resultaten van de drie verschillende onderzoeksmethoden overeen?*

Als eerste uitgangspunt is de productgerichte methode genomen. De folders die met behulp van de leesbaarheidstoetsen het stempel ‘moeilijk’ hebben gekregen zijn vergeleken met de totale scores van de andere methoden. Er is een rangschikking van de vier folders gemaakt. De scores van de items uit de doelgroepgerichte methode op het gebied van ‘eenvoudig’ zijn gemiddeld, het aantal fouten van de taalkundige checklist zijn geteld en het aantal gemiddelde fouten op het aspect ‘eenvoud’ wat is gedetecteerd uit de voorlichtingskundige checklist zijn naast elkaar gezet. Op basis van deze tabel kan eenvoudig opgemerkt worden of er verschillen waargenomen zijn en op welk taalniveau de meeste overeenkomsten zijn gevonden. Voor het vergelijken van de andere resultaten, zoals op het aspect inhoud, zijn de constructen van de voorlichtingskundige checklist vergeleken met de constructen uit de doelgroepgerichte methode. Hierbij is de vraag gesteld of rapportcijfers en de scores op de constructen én de afzonderlijke items van de doelgroep in verband staan met de rapportcijfers, constructen en afzonderlijke items die de experts hebben toegekend. Als laatste is gekeken of de inhoudelijke punten die volgens de voorlichtingskundige checklist missen ook door de doelgroep opgemerkt zijn.

Het in kaart brengen van de meest betrouwbare en concrete resultaten

Voor het vaststellen van welke methode de meest bruikbare resultaten zijn gevonden is de volgende subvraag geformuleerd: *Van welke methode van Schriver zijn de meest betrouwbare en concrete resultaten verkregen?*

Ervan uitgaand dat de meest betrouwbare en concrete resultaten het meest bruikbaar zijn bij de evaluatie is ten eerste de betrouwbaarheid van de methoden vergeleken. Voor het vinden van de meest bruikbare resultaten is geschat in hoeverre de resultaten per methode geïmplementeerd kunnen worden, ervan uitgaand dat de verbetering die doorgevoerd wordt ook daadwerkelijk de kwaliteit van de folders verhoogt.

Het vaststellen van de meest efficiënte methode

Voor het vaststellen wat de meest efficiënte methode is geweest is de volgende subvraag geformuleerd: *welke methode van Schriver was het meest efficiënt?*

De totale tijd die de onderzoeker en experts kwijt zijn geweest aan het evalueren van de folders (hierbij geldt niet de tijd dat de instrumenten ontwikkeld zijn) is opgeteld per methode. Daarnaast zijn de gemaakte kosten, zoals de materiaalkosten per methode op een rij gezet. De methode die met de minste kosten de meest effectieve resultaten heeft voortgebracht is het meest efficiënt.

5 Resultaten productgerichte methode

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de productgerichte methode besproken. In paragraaf 5.1. worden enkele algemene statistieken gepresenteerd. In paragraaf 5.2. worden de statistieken voor de leesbaarheid gepresenteerd (*Flesch Reading Ease*) en in paragraaf 5.3. de resultaten die verkregen zijn door middel van de *Tabel voor leesgemak*. In de laatste paragraaf worden de bevindingen van de onderzoeker met betrekking tot deze methode uiteengezet.

5.1. Inleidende kengetallen

In Tabel 5.1. worden enkele inleidende kengetallen gepresenteerd, die door middel van de grammaticafunctie van Microsoft Word gevonden zijn. De folders in de tabel zijn gerangschikt op basis van lengte, waarbij de folder met de minste woorden bovenaan staat. In de algemene statistieken van de folders is naast het aantal woorden, het aantal lange woorden, het aantal lange, korte en eenvoudige zinnen het percentage aantal lange woorden ten opzichte van het totaal aantal woorden berekend en het percentage eenvoudige zinnen ten opzichte van het totaal aantal zinnen. De nummers die in de eerste kolom staan zijn de registratienummers die het Bureau Patiëntenvoorlichting toegekend heeft aan elke folder. De folders die beoordeeld zijn door de patiënten door middel van de doelgroepgerichte methode (*MRI, CT-scan, EEG, EMG*) zijn schuingedrukt weergegeven.

Tabel 5.1: Algemene statistieken van folders, gerangschikt op aantal woorden in de folders

<i>Folder</i>	<i>Aantal woorden</i>	<i>Lange woorden</i>	<i>% Lange woorden</i>	<i>Aantal zinnen</i>	<i>Korte zinnen</i>	<i>Eenvoudige zinnen</i>	<i>% Eenv. zinnen</i>
SSEP	303	61	20 %	22	10	11	50 %
ENG	330	62	19 %	28	13	19	68 %
VEP	357	66	18 %	33	22	21	64 %
BAER	413	81	20 %	31	15	14	45 %
<i>EEG</i>	<i>403</i>	<i>71</i>	<i>18 %</i>	<i>34</i>	<i>19</i>	<i>22</i>	<i>65 %</i>
<i>EMG</i>	<i>481</i>	<i>113</i>	<i>23 %</i>	<i>37</i>	<i>17</i>	<i>23</i>	<i>62 %</i>
C/M	559	115	21 %	44	19	22	50 %
<i>MRI</i>	<i>597</i>	<i>128</i>	<i>21 %</i>	<i>47</i>	<i>20</i>	<i>28</i>	<i>60 %</i>
Bot	628	169	27 %	56	20	28	50 %
<i>CT</i>	<i>743</i>	<i>125</i>	<i>17 %</i>	<i>61</i>	<i>26</i>	<i>31</i>	<i>51 %</i>

Van de tien geëvalueerde folders heeft de folder *SSEP* het minste aantal woorden en *CT* het meeste. Het aantal woorden in de folders loopt erg uiteen, maar het percentage lange woorden in de tekst is aardig gelijk. De folder over *BOT* heeft het hoogste percentage lange woorden. Ruim een kwart van de woorden in deze folder bestaat uit lange woorden. De folders *VEP* en *EEG* hebben de minste lange woorden. Het valt op dat het computerprogramma aangeeft dat geen van de geëvalueerde folders een lange zin heeft. Deze variabele is dan ook niet opgenomen in de tabel.

5.2. Flesch Reading Ease-score

In Tabel 5.2. zijn de FRE-scores en enkele aanvullende metingen uitgewerkt. De *Flesch Reading Ease*-score wordt als volgt uitgelegd: hoe hoger de score is, hoe groter het leesgemak wordt. Voor de meeste standaarddocumenten is 60 à 70 een goede score (zie hoofdstuk 4: Methoden voor onderzoek). In Tabel 5.2. staat de folder met de laagste score en dus de hoogste moeilijkheidsgraad bovenaan.

Tabel 5.2.: Flesch Reading Ease-score

<i>Folder</i>	<i>FRE-score</i>	<i>Moeilijkheids- Graad</i>	<i>Passieve vorm</i>	<i>Zins- complexiteit</i>	<i>Lexicale complexiteit</i>
Bot	25	Zeer moeilijk	15	22	67
EMG	45	Moeilijk	16	25	58
MRI	47	Moeilijk	11	25	51
SSEP	48	Moeilijk	9	28	47
C/M	48	Moeilijk	9	33	49
ENG	50	Tamelijk moeilijk	10	23	42
CT	52	Tamelijk moeilijk	16	24	35
BAER	52	Tamelijk moeilijk	8	27	46
VEP	54	Tamelijk moeilijk	13	22	42
EEG	56	Tamelijk moeilijk	6	26	38

Flesch Reading Score

Het blijkt dat een aantal folders een buitengewoon moeilijk leesbaar zijn. Met name de folder *BOT* is zeer moeilijk te lezen. Alle folders hebben minstens een tamelijk moeilijke leesbaarheidsgraad. De folders *EMG* en *MRI*, die ook vergeleken worden met het oordeel van de patiënten en de experts, zijn na de *BOT* folder het moeilijkst leesbaar.

Passieve vorm (% van de werkwoordelijke constructies)

De folders hebben weinig passieve vormen en zijn hierop goed beoordeeld. De folder over de *EMG* en de *CT* hebben het hoogste percentage aan passieve vormen in de folder. De folder van de *EEG* heeft de minste lijdende zinnen.

Zinscomplexiteit (100= zeer ingewikkeld)

De folders blijken een lage zinscomplexiteit te hebben. Er zijn heel weinig lange zinnen of zinnen met een ingewikkelde structuur. De folder die het hoogste in deze meting scoort en dus het moeilijkste is (*BOT*) heeft toch nog een heel gemakkelijk leesniveau op dit gebied.

Lexicale complexiteit (100 = zeer ingewikkeld)

Over het algemeen hebben de folders een hoge lexicale complexiteit, wat betekent dat er veel lange of ongebruikelijke woorden in staan. De *Bot*-folder, *EMG* en *MRI* hebben de hoogste lexicale complexiteit en *CT* en *EEG* de laagste. Een verklaring voor de hoge lexicale complexiteit is dat er medische woorden instaan die bij het programma niet bekend zijn en/of ongebruikelijke woorden zoals *brillantine* genoemd worden. Daarnaast bevinden zich veel lange woorden in de folders.

5.3. Tabel voor leesgemak

In Tabel 5.3. zijn de folders met scores en niveaus behorende bij de tabel voor leesgemak geplaatst. In deze tabel worden de gemiddelde zinslengte in woorden en de gemiddelde woordlengte in lettergrepen per folder uiteengezet. De folders zijn gerangschikt op de gemiddelde zinslengte in woorden. Er is gekozen om de gehele folder in de analyse te betrekken en niet een aantal stukken van 100 woorden. Dit werd als optie genoemd in de literatuur, maar de folders hebben zo weinig woorden dat de analyse net zo goed over de gehele folder gedaan kan worden.

Tabel 5.3: Scores met betrekking tot leesgemak

<i>Afkorting</i>	<i>Gem. zinslengte in woorden</i>	<i>Leesgemak</i>	<i>Gem. woordlengte in lettergrepen</i>	<i>Leesgemak</i>
VEP	10,8	Normaal	1,7	Weinig
Bot	11,2	Normaal	2,1	Zeer weinig
ENG	11,8	Normaal	1,7	Zeer weinig
EEG	11,9	Normaal	1,6	Weinig
CT	12,2	Normaal	1,7	Zeer weinig
C/M	12,7	Normaal	1,7	Zeer weinig
MRI	12,7	Normaal	1,8	Zeer weinig
EMG	13,0	Normaal	1,8	Zeer weinig
BAER	13,3	Normaal	1,7	Weinig
SSEP	13,8	Normaal	1,8	Zeer weinig

Uit de ‘Tabel voor leesgemak’ blijkt dat het leesgemak betreffende de gemiddelde zinslengte in woorden bij alle tien folders normaal is. Dit betekent dat alle folders uit voldoende korte zinnen bestaan.

Het leesgemak uitgedrukt in gemiddelde woordlengte in lettergrepen is in tegenstelling tot de gemiddelde zinslengte verre van goed. De folders hebben weinig tot zeer weinig leesgemak. De folders waarvan de resultaten vergeleken worden met de resultaten uit de doelgroep- en expertgerichte methode hebben met uitzondering van de EEG zeer weinig leesgemak. De woorden verklaren dus het slechte leesgemak en zullen minder lettergrepen moeten gaan bevatten voor het verhogen hiervan. Een mogelijke verklaring van het feit dat het leesgemak met betrekking tot de gemiddelde woordlengte zo klein is, is dat er een aantal medische ingewikkelde termen met veel lettergrepen in de folders staan. Daarnaast worden soms ongebruikelijke woorden zoals ‘brillantine’ genoemd. Over het algemeen genomen scoren de MRI en de EMG het slechtste en de EEG het beste van de vier folders die ook in de doelgroepgerichte en expertgerichte methode werden beoordeeld.

5.4. Overeenkomsten tussen de toetsen

Uit beide toetsen blijkt dat vooral de woorden in de folders het leesgemak verkleinen. Na het uitvoeren van een correlatieanalyse om inzicht te krijgen in het verband tussen de variabelen blijkt dat er een sterk negatief verband bestaat tussen de FRE-score en de lexicale complexiteit ($r = -0,890$, $p = 0,001$). Hoe lager de FRE-score is, hoe hoger de lexicale complexiteit. De gemiddelde woordlengte correleert ook zeer sterk (negatief) met de FRE-score ($r = -0,985$; $p = 0,001$). Verder correleert de lexicale complexiteit met de gemiddelde woordlengte in lettergrepen ($r = 0,819$; $p = 0,004$). Uit de cijfers blijkt dat de scores van de beide toetsen sterk met elkaar samenhangen. Verder blijkt dat de lexicale complexiteit iets minder sterk correleert met de FRE-score en de gemiddelde woordlengte. Een verklaring hiervoor is dat de lexicale complexiteit niet alleen uitgaat van lange woorden, maar ook van moeilijke of ongebruikelijke woorden.

De zinscomplexiteit correleert significant, maar wat zwakker dan bovenstaande analyses, met de gemiddelde zinslengte in woorden ($r = 0,664$; $p = 0,044$). De zinscomplexiteit, die door het computerprogramma wordt berekend op basis van lengte van de zinnen en de structuur van de zinnen, blijkt significant te correleren met de lengte van de zinnen, maar blijkbaar speelt de structuur van de zinnen ook een kleine rol te spelen bij de beoordeling van de zinscomplexiteit.

Door te analyseren of de lexicale complexiteit correleert met de lengte van de woorden kan bekeken worden of het getal van de lexicale complexiteit vooral bepaald wordt door de lengte van de woorden of om onduidelijke of ongebruikelijke woorden.

5.5. Algemene bevindingen van de onderzoeker

Uit de beoordelingen op basis van de FRE-score en de tabel van leesgemak blijkt dat de folders tamelijk moeilijk tot moeilijk leesbaar zijn. De folders *BOT*, *MRI* en *EMG* komen over het algemeen als moeilijkst leesbaar naar voren, de folders *BAER*, *VEP*, *CT* en *EEG* zijn het makkelijkst leesbaar. Uit de analyses blijkt dat de lengte van de woorden in de folders de folders moeilijk tot zeer moeilijk leesbaar maken. De zinnen daarentegen zijn volgens beide toetsen kort genoeg. Om het leesgemak te vergroten zal de gemiddelde lengte van de woorden in de folders verkleind moeten worden.

Er werden diverse overeenkomsten gevonden tussen de twee toetsen in deze methode. Uit beide toetsen blijkt dat er in de folders gemiddeld te lange woorden staan en dat de lengte van de zinnen goed is. Het blijkt dat de scores uit de twee toetsen sterk met elkaar correleren. In hoofdstuk drie is al genoemd dat de methoden valide zijn, omdat de resultaten rechtlijnig zijn. Er mag dus aangenomen worden dat de woorden daadwerkelijk het leesgemak verlagen en dus te lang en te moeilijk zijn.

6 Resultaten doelgroepgerichte methode

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de doelgerichte methode besproken. Na een beschrijving van de onderzoeksgroep en het in kaart brengen van de informatieverstrekking en het gebruik van de folders in de doelgroep worden de scores op de drie onderdelen (vormgeving, stijl en opbouw en inhoud) besproken. Hierbij wordt gekeken naar verschillen tussen folders en naar verschillen tussen groepen (geslacht, leeftijd en opleiding). Aan het eind van het hoofdstuk worden de algemene bevindingen van de onderzoeker besproken. Niet alle tien folders die wel in hoofdstuk vijf behandeld zijn worden besproken, omdat er slechts enquêtes over de *CT*-scan, het *MRI*-onderzoek, het *EMG*-onderzoek en het *EEG*-onderzoek zijn ingevuld. Over de *SSEP*-folder is één enquête ingevuld. Deze enquête wordt meegenomen in de algemene analyses, maar niet in uitwerkingen waar de folders uitgesplitst worden naar eigen resultaten.

6.1. Persoonlijke kenmerken van de respondenten

In deze paragraaf worden de persoonlijke kenmerken van de respondenten besproken. In Tabel 6.1. is het aantal respondenten per geslacht, hoogst afgeronde opleiding en leeftijdsgroep weergegeven. De grenzen van de leeftijdsgroepen zijn vastgesteld op basis van het aantal waarnemingen. De hierboven genoemde kenmerken zijn afgezet tegen de folders die de respondenten gelezen hebben.

Tabel 6.1. Geslacht, hoogste opleidingsniveau en leeftijd van de respondenten, uitgesplitst naar folder (N = 94)

	<i>MRI</i> (n=53)	<i>CT</i> (n=23)	<i>EMG</i> (n=14)	<i>EEG</i> (n=4)	Totaal
Geslacht¹					
Man	32	13	6	1	52
Vrouw	21	10	8	3	42
Opleiding¹					
Lagere school	2	3	1	-	6
Middelbare school	10	5	2	1	18
MBO	22	8	4	1	35
HBO	12	5	4	2	23
WO	2	1	1	-	4
Leeftijd¹					
40 jaar en jonger	20	8	3	3	34
41 – 54 jaar	19	3	6	1	29
55 jaar en ouder	14	12	4	-	30

1 Verschillen tussen groepen zijn getoetst met Chi-kwadraattoets. Het blijkt dat in de groep van de *MRI* een significant verschil bestaat in het aantal waarnemingen per opleiding ($X^2= 28,7$; $df=4$; $p = 0,00$).

Uit de cijfers blijkt dat verreweg de meeste respondenten uit dit onderzoek (37%) als hoogste opleiding het MBO gevolgd hebben. De respondent met de laagste leeftijd is een meisje van 12 jaar. De respondent die het oudste is, is een man van 85 jaar. Wat opvalt is de lage leeftijd van de respondenten. Meer dan 1/3 van de respondenten is 40 jaar of jonger.

6.2. Informatieverstrekking en –gebruik

Tabel 6.2. Informatieverstrekking, uitgesplitst naar afdeling (N = 94)

	<i>Verpleeg afd(n=4)</i>	<i>Poli (n=31)</i>	<i>RadCT¹ (n=13)</i>	<i>RadMRI¹ (n=48)</i>	<i>Totaal</i>
Welke informatie heeft respondent gekregen?					
Alleen een gesprek	1	2	1	-	4
Alleen een folder	1	12	9	29	51
Een folder en een gesprek	-	16	3	17	36
Geen folder en geen gesprek	1	-	1	1	4
Met wie had respondent gesprek?					
Arts	-	14	-	16	30
Verpleegkundige	-	2	1	3	6
Secretaresse	-	3	2	2	7
Geen gesprek	4	12	10	26	52
Van wie kreeg respondent folder?					
Arts	-	4	-	3	7
Verpleegkundige	2	6	-	-	8
Secretaresse	1	19	12	15	47
Post	-	-	-	25	25

¹ Door de verschillende manier van informatieverstrekking per medisch onderzoek op de afdeling Radiologie is deze afdeling uitgesplitst in informatieverstrekking voor de CT (RadCT) en de MRI (RadMRI).

Uit tabel 6.2. blijkt dat vier respondenten aangaven alleen een gesprek gehad te hebben. Daarnaast hebben vier personen geen gesprek en geen folder gekregen. De mensen waarop dit van toepassing is hoefden de vragenlijst niet verder in te vullen. Zes van de acht personen hebben de enquête wel verder ingevuld, waarschijnlijk hebben zij een schrijffout gemaakt bij het invullen van de vraag. Van de overige respondenten heeft ongeveer een derde een gesprek gehad met de arts over het onderzoek. Wat opvalt is dat niemand van de respondenten die een CT kregen (en een enquête via radiologie invulden) een gesprek gehad heeft met de arts, in tegenstelling tot de personen die een MRI gehad hebben en de respondenten van de polikliniek. Of men wel of niet met de arts over het onderzoek heeft gesproken hangt dus blijkbaar af van de afdeling en het type onderzoek. Het type onderzoek en de afdeling is ook van invloed op wie de folder verstrekt. Een enkeling heeft de folder via de arts of de verpleegkundige gekregen. Het merendeel van de respondenten kreeg de folder van de secretaresse; van de mensen die een MRI kregen en bij de afdeling Radiologie een afspraak maakten kreeg het merendeel de folder met de post.

Tabel 6.3. Wanneer de respondent de folder gekregen versus gelezen heeft (N = 80)¹

		Wanneer heeft de respondent de folder gelezen?				Totaal
		vandaag	1-2 dagen geleden	3 dagen-week geleden	> week geleden	
Wanneer heeft	vandaag	22	0	0	0	22
de respondent	1-2 dagen geleden	4	10	0	0	14
de folder	3 dagen –week geleden	3	6	9	0	18
gekregen?	> week geleden	2	5	4	15	26
Totaal		31	21	13	15	80

¹ Respondenten die de enquête vóór het onderzoek hebben ingevuld

Uit Tabel 6.3. blijkt dat de respondenten de enquêtes in verschillende periodes hebben ingevuld, maar dat een aantal respondenten de folder al een periode eerder dan het invullen van de enquête heeft gelezen. Zo heeft bijna 2/3 van de respondenten die de folder langer dan een week geleden kreeg vóór

de enquête werd ingevuld de folder in die periode ook al een keer gelezen. Het lijkt erop dat een aantal respondenten in die mate geïnteresseerd is in de inhoud van de folder dat zij die al lezen op een veel eerder tijdstip dan het onderzoek plaatsvindt.

Tabel 6.4. De mate waarin de folder gelezen is en welke extra bronnen gebruikt zijn voor meer informatie

	<i>MRI (n=48)</i>	<i>CT (n=22)</i>	<i>EMG (n=14)</i>	<i>EEG (n=3)</i>	<i>Totaal</i>
<i>In welke mate is folder gelezen</i>					
Helemaal	45	20	12	3	75
Voor een deel	2	2	2	-	6
Niet	1	-	-	-	1
<i>Gebruik van andere bronnen</i>					
Geen andere bronnen gebruikt	37	17	10	2	66
Familie, vrienden en/of bekenden	7	2	3	-	12
Internet	2	-	1	-	3
Boeken	-	2	-	1	3
Anders	3	-	-	-	3

Bijna alle respondenten hebben de folder helemaal gelezen, de mensen die de folder voor een deel lezen hebben waarschijnlijk alleen de alinea's gelezen die voor hen van toepassing zijn. In de folder over de CT staat bijvoorbeeld informatie over verschillende onderzoeken die een respondent in principe niet allemaal hoeft te lezen.

Er is sporadisch gebruik gemaakt van andere bronnen dan de folder, waarbij de meeste informatie is verstrekt door familie, vrienden en/of bekenden. De twee redenen die het meest genoemd zijn om het feit dat mensen niet van andere bronnen gebruik hebben gemaakt zijn: 1) dat de respondent hetzelfde onderzoek al een keer heeft gehad en 2) dat de folder duidelijk genoeg is. De mensen die de 'anders' opties hadden ingevuld gaven de volgende bronnen: dokter, fysiotherapeut en een artikel in de krant: 'via krant de Gelderlander, een zaterdag uitvoering November 2005!'

6.3. Mening respondent over aspecten van de folder

Tabel 6.5. De mening van de respondenten over de hoeveelheid informatie in de folder, uitgesplitst naar folder

	<i>MRI (n=53)</i>	<i>CT (n=22)</i>	<i>EMG (n=14)</i>	<i>EEG (n=3)</i>	<i>Totaal</i>
1 Veel te weinig	-	1	1	1	3
2 Te weinig	-	2	4	-	6
3 Iets te weinig	3	2	-	-	5
4 Goed	44	17	9	2	67
7 Veel te veel	1	-	-	-	1
<i>Gemiddelden¹</i>	<i>4,0</i>	<i>3,6</i>	<i>3,2</i>	<i>3,0</i>	<i>3,6</i>
Standaarddev.	0,5	0,9	1,1	1,7	1,0

¹ Verschillen tussen groepen zijn getoetst met de Kruskal-Wallis toets. Het blijkt dat de mediaan van de mening van de respondenten over de hoeveelheid informatie voor de verschillende folders significant verschilt ($X^2= 10,5$; $df= 3$; $p= 0,01$).

Tabel 6.5. laat zien dat de overgrote meerderheid tevreden is over de hoeveelheid informatie. Slechts één op de vijf respondenten geeft aan dat de folder veel te weinig tot te weinig informatie bevat. Respondenten die een EMG gehad hebben lijken wat minder tevreden met de hoeveelheid informatie. Het aantal respondenten van de EEG is te klein om uitspraken over het gemiddelde te kunnen doen. MRI-respondenten zijn aantoonbaar meer tevreden over de hoeveelheid informatie in de folder dan de respondenten die een andere folder hebben beoordeeld.

De respondenten hebben vragen beantwoord over de drie verschillende aspecten van een voorlichtingsfolder (vormgeving, stijl en opbouw en inhoud). Deze vragen zijn gesteld op een vijfpuntsschaal, waarbij men kon kiezen uit 'helemaal mee oneens' tot 'helemaal mee eens'. Per aspect

is er een frequentietabel opgesteld en zijn de gemiddelde rapportcijfers weergegeven. Ook zijn enkele opmerkingen van de respondenten die bij de aspecten geplaatst zijn overgenomen. De variabelen die onderdeel zijn van de drie genoemde aspecten worden in het vervolg ‘items’ genoemd.

6.3.1. Vormgeving

Tabel 6.6. Vormgeving van de folder, waarbij 1=helemaal mee oneens en 5=helemaal mee eens (Cronbach's Alpha: 0,78)

	<i>MRI</i> (n= 53)	<i>CT</i> (n= 23)	<i>EMG</i> (n=14)	<i>EEG</i> (n=4)	<i>Gemid- delde</i>	<i>Standaard deviatie</i>
Vormgeving						
De folder ziet er netjes en verzorgd uit	4,4	4,3	4,3	4,7	4,4	0,8
De letters zijn groot genoeg voor mij	4,7	4,7	4,4	5,0	4,6	0,7
Ik heb afbeeldingen en plaatjes in de folder gemist ¹	2,7	3,0	3,0	2,7	2,8	1,5
De indeling is overzichtelijk	4,3	4,2	4,2	4,3	4,3	0,9
De voorkant van de folder nodigt mij uit tot lezen	3,4	3,3	3,3	2,0	3,3	1,2
De kleuren spreken mij aan	3,3	3,3	3,4	3,0	3,3	1,2
Gemiddelde vormgeving	3,9	3,8	3,7	3,7	3,8	1,2
<i>Rapportcijfers vormgeving (n=78)</i>	7,5	7,0	7,4	7,0	7,2	

¹ Bij het berekenen van de gemiddelden over het aspect vormgeving is deze vraag omgeschaald, waarbij 1=helemaal mee eens en 5 = helemaal oneens

Tabel 6.6. laat zien dat de gemiddelde beoordelingen op de vormgeving van de verschillende folders tamelijk positief zijn en niet ver uit elkaar liggen. De respondenten zijn het minst tevreden over de voorkant van de folder en de kleuren. Veel van hen hebben een opmerking geplaatst over de kleuren en het formaat (*CT* en *MRI*). Een respondent (*MRI*): *bij de kleuren heb ik 'helemaal mee oneens' ingevuld. Ik weet niet of meer kleuren mij wel aanspreken. Ik weet niet of dit functioneel is. Het is een wat cleane, duidelijke, functionele folder. Tip, de folders mogen handzamer, bijvoorbeeld in A5 formaat.*

Uit tabel 6.6. blijkt verder dat veel respondenten visuele beelden missen. In de opmerkingen werd dit gegeven vaak benadrukt. Enkele opmerkingen die hier op wijzen: *'meer visuele begeleiding. Voor veel mensen is het moeilijk zich zo'n scanner voor te stellen (CT)'*, *'Misschien een plaatje met de voorkant van het apparaat en evt met meer kleur (MRI)'*, en *'Een foto erbij was wel fijn geweest. Dan weet je hoe het er allemaal daaruit ziet. Nu ben je toch een beetje zenuwachtig (EMG)'*. Toch werden er ook enkele positieve opmerkingen bij het aspect 'vormgeving' geplaatst zoals deze: *'goed verzorgde nette folder (MRI)'*.

Ook uit de rapportcijfers kan worden afgeleid dat men redelijk tevreden is over de vormgeving van de folders. Er werden weliswaar kleine verschillen tussen de folders aangetroffen, echter deze verschillen bleken niet significant. De folder over de *MRI* is het beste beoordeeld op het aspect vormgeving, zowel bij de vragen als bij het gemiddelde rapportcijfer.

6.3.2. Stijl en opbouw

Tabel 6.7. Stijl en opbouw van de folder, waarbij 1=helemaal mee oneens en 5=helemaal mee eens (Cronbach's alpha: 0,81)

Stijl en opbouw	MRI (n= 53)	CT (n= 23)	EMG (n=14)	EEG (n=4)	Gemid delde	Standaard deviatie
Ik vind de folder prettig om te lezen	3,9	3,9	3,9	4,3	4,0	0,8
Ik heb het gevoel dat de folder zich persoonlijk tot mij richt	3,2	3,3	3,1	3,7	3,3	1,2
De folder is ook goed te lezen voor betrokkenen	4,2	3,9	4,1	4,0	4,0	0,8
De kopjes geven goed de inhoud van de informatie onder het kopje weer	4,3	4,0	4,1	4,3	4,2	0,8
Sommige delen uit de folder moest ik vaker lezen om ze te begrijpen ¹	2,4	2,4	3,1	1,0	2,5	1,3
Ik weet welke stukken in de tekst belangrijk voor mij zijn	4,3	4,3	4,4	5,0	4,5	0,9
De informatie in de folder is duidelijk	4,3	4,3	4,0	5,0	4,4	0,9
Gemiddelden stijl en opbouw	4,0	3,9	3,8	4,5	3,9	0,9

Rapportcijfer stijl en opbouw (n=78)

7,5 7,3 7,0 7,3 7,3

¹ bij het berekenen van de gemiddelden over het aspect stijl en opbouw is deze vraag omgeschaald, waarbij 1= helemaal mee eens en 5 = helemaal oneens

Tabel 6.7. laat zien dat de respondenten overwegend positief zijn over de stijl en opbouw van de folders. Men vindt de folder veelal duidelijk. Ook vinden zij dat de kopjes goed de inhoud van de informatie onder het kopje weergeven. De respondenten zijn over het algemeen het minst positief over het persoonlijke karakter van de folder. Men voelt zich namelijk niet persoonlijk aangesproken bij het lezen van de folder. Men weet daarentegen heel goed welke stukken in de tekst belangrijk zijn voor hem/haar persoonlijk.

De gemiddelde beoordelingen van de verschillende folders liggen niet ver uit elkaar. Over de *EEG* folder is men wat positiever, maar door het lage aantal respondenten kunnen hier geen conclusies aan verbonden worden. Een respondent: '*het is duidelijk taalgebruik voor alle leeftijden (EEG)*'. Nagenoeg alle respondenten vonden de folder duidelijk, echter de respondenten die de *EMG* hebben beoordeeld waren hier wat minder positief over. Een respondent verwoordde zijn oordeel over de stijl en opbouw van de *EMG* als volgt: '*het is erg feitelijk en beknopt beschreven*'. Waarschijnlijk worden de begrippen in deze folder te weinig uitgelegd. Een opmerking over de *EMG* die dit bevestigt: '*weinig persoonlijk, te beperkte info, te formeel, feitelijk taalgebruik*'. De respondenten die de folder over de *EMG* hebben gelezen zijn dan ook het minst eens met de vraag of de folder zich persoonlijk tot de lezer richt. Meestal vond men dat de kopjes de inhoud eronder goed weergeven. Echter, er werden toch enkele opmerkingen over de indeling geplaatst zoals: '*kies voor een meer logische indeling (bv voorbereiding --> dag van onderzoek --> onderzoek --> dag na onderzoek) (CT)*' en '*bij 'algemeen' mis ik het spieronderzoek; hier wordt over meting geleidingssnelheid, reflexonderzoek en vermoeidheidsonderzoek gesproken, vervolgens worden geleidings- en spieronderzoek toegelicht. Lijkt me niet logisch (EMG)*'. Over het algemeen werden bij het aspect stijl en opbouw niet zoveel opmerkingen geplaatst.

Ook uit de rapportcijfers kan worden afgeleid dat men redelijk tevreden is over de stijl en opbouw van de folders. De folder over de *MRI* is het beste beoordeeld op het aspect stijl en opbouw, zowel op de vragen als bij het gemiddelde rapportcijfer (hierbij is de *EEG* folder niet meegeteld). De *EMG* is op de vragen als bij het gemiddelde rapportcijfer het laagste beoordeeld. De respondenten begrijpen de folder van de *MRI* en de *CT* veel beter dan de folder over de *EMG*. Dit feit zou het verschil in rapportcijfers voor een deel kunnen verklaren. Er werden dus kleine verschillen tussen de folders aangetroffen op het gebied van de beoordeling op het aspect stijl en opbouw en de gemiddelde rapportcijfers, echter deze verschillen bleken niet significant.

6.3.3. Inhoud van de folder

Tabel 6.10. Inhoud van de folder (Cronbach's Alpha : 0,84)

Inhoud	MRI (n= 53)	CT (n= 23)	EMG (n=14)	EEG (n=4)	Gemid delde	Standaard deviatie
De informatie in de folder is juist	4,2	4,2	4,2	4,7	4,2	0,8
In de folder lees ik dingen die ik nog niet wist	3,5	3,4	3,7	3,7	3,6	1,3
De instructies zijn gemakkelijk uit te voeren	4,4	4,2	4,1	5,0	4,3	0,9
De instructies zijn duidelijk	4,5	4,3	4,2	5,0	4,4	0,8
De instructies in de folder ga ik zeker opvolgen / heb ik opgevolgd	4,4	4,3	4,2	5,0	4,3	0,9
Bij het lezen van de tekst kan ik me goed indenken hoe het er tijdens het onderzoek aan toe gaat	3,9	3,7	3,4	4,7	3,7	1,1
De inhoud van de folder stelt mij op mijn gemak	3,9	3,5 ¹	3,9	3,3	3,8	1,0
De folder geeft eerlijke informatie over de te verwachten ongemakken	4,0	4,1	3,5	4,3	3,9	1,0
Ik heb nog vragen na het lezen van de folder ¹	2,2	2,4	3,0	2,7	2,4	1,3
Als er iets onduidelijk is in de folder, weet ik aan wie ik een vraag moet stellen	4,1	4,0	4,3	5,0	4,1	0,9
Gemiddelden inhoud	4,1	3,9	3,8	4,4	4,0	1,0
Rapportcijfer inhoud	7,6	7,1	7,2	8,2	7,5	

¹ bij het berekenen van de gemiddelden over het aspect inhoud is deze vraag omgeschaald, waarbij 1= helemaal mee eens en 5 = helemaal oneens

De respondenten hebben het aspect 'inhoud' overwegend positief beoordeeld. Uit tabel 6.10 blijkt dat de respondenten de folder juist vonden. Daarnaast gaven veel mensen aan dat de folders onderwerpen bevatten die zij nog niet wisten. De instructies vonden zij duidelijk en makkelijk uit te voeren. De meeste respondenten hadden de instructies ook daadwerkelijk opgevolgd. Het is ook belangrijk dat deze vragen goed beoordeeld worden, omdat dit deel van de folder de mensen moet instrueren over wat zij (thuis) moeten doen voor het onderzoek. Over de instructies is maar één zijdelingse opmerking gemaakt: 'Bij 'geleidingsonderzoek' wordt aangegeven dat je je armen 10 min in warm water moet houden. Ik neem aan ter plekke maar dat staat er niet bij. Kan me voorstellen dat mensen dat dan thuis gaan doen (EMG). Deze respondent geeft verder wel in een andere opmerking aan dat de instructies gemakkelijk uitvoerbaar zijn. Er zijn wel een aantal opmerkingen gemaakt over het belang van een duidelijkere en uitgebreidere voorbereiding voor de respondenten: 'ik zou me kunnen voorstellen dat een wat uitdagender uiterlijk voor mensen meer reden is om het te lezen. Gedeelte voorbereiding is zo belangrijk dat het wel wat prominenter mag! (EEG)'

Mensen hebben veel vragen over met name het onderzoek en wat zij mee mogen nemen. Hier zijn dan ook veel opmerkingen over gemaakt, zoals: 'Bij MRI onderzoek staat op voorkant dat er gebruikt gemaakt wordt van een magnetisch veld en radiogolven maar op de achterkant staat bij bijwerkingen: Contrastvloeistof. Is dat voor mij van toepassing??', 'Uitslag, hoelang duurt dit? (MRI)'. Verder werden er enkele vragen gesteld over of er sieraden en hulpstukken zoals kunstgebit en bril gedragen mogen worden (MRI).

De respondenten kunnen zich niet zo goed indenken hoe het onderzoek er aan toe gaat. Zo hebben enkele mensen opmerkingen over de omschrijving van de tunnel bij de MRI zoals: 'duidelijker vermelden dat het niet gaat om een gesloten 'tunnel'. Dit wekt namelijk angst op ivm claustrofobie mensen'. Een respondent (EEG) stelt een oplossing voor: 'Meer visuele begeleiding. Men wil zich de situatie vaak al inbeelden.'

Ook de rapportcijfers op het aspect inhoud zijn positief. Het rapportcijfer en de gemiddelde beoordeling op het aspect 'inhoud' van de MRI is een halve punt hoger dan die van de CT en de EMG (de EEG is niet meegenomen vanwege het lage respondentenaantal). Echter, er zijn geen significante verschillen gevonden.

6.4. Verschillen tussen groepen geslacht, opleiding en leeftijd

Tabel 6.11. Resultaten op aspecten vormgeving, stijl en opbouw en inhoud, uitgesplitst naar geslacht, opleiding en leeftijd

	Vormgeving	Stijl en opbouw	Inhoud	Totaal
Geslacht				
Man (n=50)	3,7	3,7	3,9	3,8
Vrouw (n=39)	4,0 ¹	4,2 ²	4,1	4,1 ¹
Opleiding				
Lagere school (n=6)	3,9	4,2	4,4	4,2
Middelbare school (n=16)	4,0	3,8	3,8	3,9
MBO (n=30)	3,8	3,9	4,0	3,9
HBO (n=23)	3,7	4,0	4,0	3,9
WO (n=4)	3,6	4,0	3,6	3,6
Leeftijd				
40 jaar en jonger	3,8	4,1	4,1	4,0
41 – 54 jaar	3,9	3,8	3,9	3,9
55 jaar en ouder	3,8	3,8	3,9	3,8
Gemiddeld	3,8	3,9	4,0	3,9

¹ Significant bij p=0,05 (Anova-toets)

² Significant bij p=0,01 (Anova-toets)

Uit tabel 6.11. is op te maken dat er alleen aantoonbare verschillen bij variabele geslacht te vinden zijn. Vrouwen zijn aantoonbaar positiever over de vormgeving en de stijl en opbouw van de folders.

Vormgeving

Vrouwen zijn aantoonbaar positiever over de vormgeving van de folders. Een man maakte de volgende opmerking over de lay-out en de folder: *‘Saaie folder, indeling absoluut niet overzichtelijk (steeds kopjes hetzelfde), niet uitnodigende lay-out, geen duidelijke structuur en opbouw (EMG)’*

Ondanks dat er geen significante verschillen in leeftijd op het aspect vormgeving zijn gevonden, hebben sommige leeftijdsgroepen de vragen die bij het aspect vormgeving horen wel zeer verschillend beantwoord. De oudste groep (55+) vindt de indeling van de folders bijvoorbeeld veel minder overzichtelijk dan de andere leeftijdsgroepen. Ook blijkt dat de ouderen wat meer moeite hebben dan de andere groepen met de grootte van de letters. Toch verschilt dit niet heel erg met de andere groepen, dit komt waarschijnlijk omdat alle drie groepen het helemaal mee eens zijn dat de letters groot genoeg zijn. Toch zijn er verschillende opmerkingen geplaatst over dat de respondent de letters zelf wel kon lezen, maar zich kon voorstellen dat het voor anderen wel moeilijk leesbaar zou zijn. Zoals deze: *‘voor mij zijn de letters groot genoeg, maar er zou een grotere lettertype mogen zijn voor anderen’ (CT)* en deze: *‘voor mij is de grootte van de letters goed te lezen, ik kan me voorstellen dat oudere of slechtiende mensen hier wat moeite mee kunnen hebben (EEG)’*.

Hoewel de verschillende opleidingsgroepen significant niet verschillen, is er wel een trend waar te nemen. Het lijkt het erop dat hoe hoger de mensen opgeleid zijn hoe negatiever zij de vormgeving beoordelen.

Stijl en opbouw

Uit tabel 6.11. blijkt dat de vrouwen aantoonbaar positiever zijn over het aspect ‘stijl en opbouw’ dan de mannen. Bij alle afzonderlijke vragen van het aspect blijkt dat de vrouwen positiever zijn.

Uit de resultaten van de vergelijking tussen de opleidingsgroepen blijkt dat er geen significante verschillen bestaan. Binnen de vragen van het aspect zijn er wel tamelijk grote verschillen te zien.

Mensen die alleen middelbare school hebben gevolgd, moeten bijvoorbeeld sommige delen in de folder veel vaker lezen om ze te begrijpen dan de andere groepen, daarnaast weet deze groep minder goed welke stukken tekst in de folder belangrijker voor ze zijn. Het is belangrijk om goed met deze vraag rekening te houden, omdat er dus een deel van de doelgroep meer moeite heeft om de folder te begrijpen dan andere delen van de doelgroep.

Inhoud

Bij het aspect 'inhoud' zijn de vrouwen ook positiever dan de mannen, echter deze resultaten zijn niet significant. Op elk van de afzonderlijke vragen is de vrouw positiever, maar sommige vragen laten een groot verschil zien. Zo blijkt dat vrouwen veel stelliger zijn over de juistheid van de informatie in de folder, ook weten vrouwen veel beter aan wie zij een vraag moeten stellen. Daarnaast hebben zij veel minder vragen dan de mannen na het lezen van de folder.

Bij de vergelijking tussen de opleidingsgroepen valt vooral het grote verschil op tussen de groep die als hoogste opleiding lagere school heeft en de groep die een WO opleiding heeft afgerond. De WO-ers vinden de instructies veel moeilijker en vinden deze instructies ook veel minder duidelijk dan de andere groepen. Verder kunnen ze zich niet goed indenken hoe het er tijdens het onderzoek aan toe gaat. Ze weten dan wel weer veel beter dan andere groepen aan wie ze een vraag moeten stellen. Een mogelijke verklaring voor deze uitkomst is dat de WO-ers kritischer zijn, met name over de instructies.

6.5. Welke inhoudelijke punten mist de respondent in de folders?

Na de kwantitatieve vragen zijn de respondenten enkele vragen gesteld met betrekking tot stukken tekst in de folder. Het blijkt dat mensen de kopjes over het onderzoek en de voorbereiding bijna allemaal het belangrijkste vinden. Het belangrijkste voor mensen is dat ze dan weten waar ze aan toe zijn. In Tabel 6.12. is uiteengezet hoeveel procent van de respondenten informatie in de folder mist (uitgesplitst naar folder). Om een indruk te geven van wat zij missen zijn de meeste relevante opmerkingen in de tabel geplaatst.

Tabel 6.12. Mist de respondent informatie en welke informatie is dat? Uitsplitst naar folder (N=79)

	<i>Mist u info</i>		Totaal	<i>Wat mist u en bij welk kopje?</i>
	ja	nee		
CT	6 (33%)	12	18	- Kopje algemeen mag wat uitgebreider, - verschil tussen <i>MRI</i> en CT scan, - wat meer informatie bij kopje algemeen, - uitleg over onderzoek CT-hersenen, - waarom je 2 uur van tevoren niets mag eten of drinken - een foto van de CT-scan - Wat specifiekere uitleg over bepaalde soorten scans
MRI	7 (15%)	39	46	- Wanneer wel of niet contrastvloeistof en onder welke criteria uitvoerbaar, - foto's over het onderzoek, - meer informatie bij het kopje onderzoek, - bij het kopje onderzoek: dat het een open tunnel is. - Bij voorbereiding: bril (misschien heel logisch, maar mag hij op of af?) kleding met metalen delen (knoop, rits, riem). - Bij voorbereiding, mogen sieraden gedragen worden?
EMG	4 (33%)	8	12	- Algemeen, waar bestaat <i>EMG</i> nu uit? - Bij de onderzoeken, uitgebreidere en specifiekere informatie - Geleidingsonderzoek, (opm. vormgeving), algemeen: reflex- en vermoeibaarheidsonderzoek. - Geleidingsonderzoek, de handelingen tijdens het onderzoek
EEG	2 (66%)	1	3	- Algemeen, voor de geïnteresseerden mag er best ook wat meer informatie gegeven worden. - Waarom vaak de elektroden juist op de plekken geplaatst worden waar ze geplaatst worden en wat meten ze daar?
Tot	19 (26%)	60	79	

De respondenten missen over het algemeen niet veel informatie in de folder. Opnieuw blijkt de *MRI* folder het beste beoordeeld door de doelgroep. Slechts 15 % van de respondenten mist inhoudelijk iets in deze folder. Daarentegen mist 1 op de 3 respondenten die een *CT* of *EMG* gehad hebben informatie in de folder.

Uit de kwalitatieve resultaten zoals de opmerkingen bij de afzonderlijke aspecten en de vraag of men punten in de dingen mist zijn specifieke wensen van de respondenten naar voren gekomen. Zo hebben een aantal mensen toegelicht waarom ze bepaalde punten of kopjes niet zo goed vinden en/of ze geven aan dat zij feiten in de folders missen.

6.6. Algemene bevindingen van de onderzoeker

In deze paragraaf wordt eerst de informatieverstrekking en –gebruik van de folders toegelicht, daarna wordt een conclusie getrokken over de kwaliteit van de folders en als laatste wordt de betrouwbaarheid van de methode uitgewerkt.

De respondenten lezen de verstrekte folder bijna altijd in zijn geheel. Zij geven aan dat zij in de meeste gevallen geen extra bronnen gebruiken, omdat de folder duidelijk is of omdat zij het onderzoek al eerder gehad hebben. De meest geraadpleegde bron is de omgeving, dus familie, vrienden en/of bekenden. 1 op de 7 respondenten gebruikt deze bron. Deze achtergrondinformatie is belangrijk, omdat er zo in kaart gebracht kan worden in hoeverre de folder een rol speelt bij het beleven van het medische onderzoek.

De folders zijn goed gelezen en overwegend positief beoordeeld. Zowel bij vormgeving als bij stijl en opbouw als bij inhoud kregen alle folders een 7 of hoger. Hoewel er geen grote verschillen tussen de folders naar voren kwamen werd de *MRI* folder op elk aspect het hoogst beoordeeld. De *EMG* folder is steeds het laagste beoordeeld op de aspecten, in het bijzonder is men niet positief over de stijl en opbouw van de *EMG* folder. Het bleek dat de gemiddelde beoordeling op de inhoud het hoogste was en de beoordeling op de vormgeving het laagste, echter de onderlinge verschillen zijn klein. Vrouwen bleken aantoonbaar positiever over de folders dan de mannen. Ondanks de overwegend positieve oordelen, leverde het onderzoek een aantal concrete aanbevelingen voor verbetering. Uit de opmerkingen kwam bijvoorbeeld naar voren dat de respondenten in alle folders illustraties of afbeeldingen missen.

De betrouwbaarheid van het meetinstrument is goed. Per aspect is Cronbach's Alpha uitgerekend, waarbij gevonden is dat de interne consistentie van het meetinstrument goed is. Bij twee aspecten werd één vraag verwijderd omdat deze de betrouwbaarheid iets verzwakten.

Samenvattend is er een betrouwbaar beeld van de mening van de respondenten gevormd, mede door de vertegenwoordiging van een groot aantal respondenten bij de folders over de *CT* en de *MRI*. Er zijn veel bruikbare concrete verbetermogelijkheden en aanknopingspunten tot verbetering gevonden. In hoofdstuk acht wordt ingegaan op het gebruik van de methode in de praktijk.

7 Resultaten expertgerichte methode

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken met betrekking tot de taalkundige en de voorlichtingskundige checklist. In paragraaf 7.1. worden de resultaten van de taalkundige checklist besproken, in paragraaf 7.2. de resultaten van het voorlichtingskundige instrument. De algemene bevindingen van de onderzoeker worden per checklist besproken na de resultaten in de paragraaf. Deze bevindingen zijn een aanloop naar de conclusies in hoofdstuk 9.

7.1. Taalkundige checklist

De taalkundige checklist is uitsluitend door de onderzoeker ingevuld. Alle tien folders zijn met behulp van de taalkundige checklist gescreend. De vier folders die centraal staan in dit onderzoek zijn globaal in deze paragraaf uitgewerkt. Details met betrekking tot concrete fouten per folder staan in bijlage 6, evenals de resultaten van de andere folders. In deze bijlage worden de fouten per taalniveau uiteengezet en per criterium bij name genoemd. Het is moeilijk om een grens aan te geven waarbij een folder wel of niet goed goedgekeurd is. Er zijn namelijk geen maatstaven over hoe goed of hoe slecht folders zijn als ze een bepaald aantal fouten bevatten. Het is optimaal als het aantal fouten tot het minimum beperkt is.

Tabel 7.1. Het aantal fouten per taalniveau, uitgesplitst per folder

	<i>MRI</i>	<i>CT</i>	<i>EMG</i>	<i>EEG</i>	<i>Totaal</i>
<i>Tekstniveau</i>	4	4	5	1	14
<i>Alineaniveau</i>	1	2	3	2	8
<i>Zinsniveau</i>	1	1	3	1	6
<i>Woordniveau</i>	8	5	14	5	32
<i>Totaal</i>	14	12	25	9	60

In verhouding zijn er veel taalfouten in de vier folders gevonden. De folder over de *EEG* heeft de minste fouten. Toch staan in deze folder enkele zinnen in die sommige lezers waarschijnlijk echt niet kunnen begrijpen. Uit Tabel 7.1. blijkt dat er heel wat punten verbeterd kunnen worden, met name in de folder *EMG* zijn zeer veel taalfouten gevonden. Het aantal fouten wat in deze folder gevonden is, is onacceptabel voor een folder van 463 woorden.

Algemene bevindingen van de onderzoeker

Bijna een kwart van de fouten is gevonden op *tekstniveau*. Deze fouten kunnen het duidelijkst opgespoord worden. Bij het *tekstniveau* gaat het veelal om lay-out van de folders, zoals de punctualiteit en de koppeltekens. De fouten in de geëvalueerde folders zijn voornamelijk foutieve spaties en koppeltekens en wat druk- en spelfouten. 13 % van de fouten is gevonden op *alineaiveau*. Soms sluit een zin niet correct aan, een enkele keer zijn de alineagrenzen niet goed zichtbaar. In de folder *EMG* staan twee alinea's met veel meer dan acht regels. Op *zinsniveau* zijn de minste fouten gevonden. In elk van de vier criteria van het zinsniveau kwam wel een fout voor in één van de folders. Het gaat hier vaak om de stijl van een zin. Met name in de *EEG* en in de *EMG* folder kwam het wel eens voor dat een zin niet goed loopt. Meer dan de helft van de fouten voor alle folders samen zijn gevonden op het *woordniveau* in de folders, waarbij voornamelijk veel foutieve boekwoorden in de folders staan. Daarnaast komen veel foutieve verwijswwoorden, incorrect gebruik van voorzetsels en zinnen met een onnodig passief woord voor. De fouten in de folders liggen soms zeer voor de hand, zeker die op *tekstniveau*. Deze fouten kunnen zeker vermeden worden. Uit de resultaten blijkt dat er nog een heleboel verbeterd kan worden, de implementatie van de bevindingen op alle niveaus strekt dan ook zeer tot de aanbeveling.

Het is niet mogelijk om het instrument te testen op betrouwbaarheid of validiteit doordat er slechts één persoon de fouten heeft opgespoord. De zwakheden van de methode komen aan de orde in hoofdstuk 10. De concrete resultaten van de methode zijn nuttig voor het gebruik in de praktijk. Hier wordt verder op ingegaan in hoofdstuk 8.

7.2. Voorlichtingskundige checklist

De voorlichtingskundige checklist bestaat uit vijf componenten of aspecten; algemeen, stijl en opbouw, eenvoud, vormgeving en inhoud. Per aspect zijn een aantal vragen gesteld die de onderzoeker, een communicatiedeskundige en een gezondheidsdeskundige (medewerkster van het bureau patiëntenvoorlichting) hebben beantwoord. In deze paragraaf worden verschillende punten uitgewerkt die naar voren komen bij de beoordeling van de vijf aspecten. De vier folders die centraal staan in het onderzoek worden in deze resultaten uitgewerkt, de resultaten van de andere zes onderzoeksfolders zijn in bijlage 7 geplaatst. In twee tabellen in deze bijlage staan de waardeoordelen die de drie experts aan de items toegekend hebben.

In 7.2.1. wordt ingegaan op de betrouwbaarheid van het meetinstrument. In paragraaf 7.2.2. tot en met 7.2.6. wordt per aspect uiteengezet hoe de folders beoordeeld zijn door middel van dit instrument. In 7.2.7. wordt ingegaan op de algemene bevindingen van de onderzoeker.

7.2.1. Betrouwbaarheid van het meetinstrument

Om de betrouwbaarheid van de voorlichtingskundige checklist te meten is het overeenstemmingspercentage tussen de drie experts per item uitgerekend. Per item werd eerst de tussenbeoordelaars-overeenstemming per folder (dus per drie waarnemingen) berekend. Daarna werden de vier overeenstemmingspercentages per item gemiddeld. Deze getallen zijn per aspect ingedeeld in Tabel 7.1.

Tabel 7.1. Overeenstemmingspercentage gemeten op een schaal waarbij 1 = niet waar tot 3 = helemaal waar (stijl en opbouw) en 1= helemaal mee oneens tot 3= helemaal mee eens (algemeen en vormgeving).

<i>Criteria</i>	<i>Overeenstemming %¹</i>	<i>Criteria</i>	<i>Overeenstemming %¹</i>
<i>Stijl en opbouw</i>		<i>Algemeen</i>	
Volgorde zinnen	66,7	Titel dekt inhoud	58,3 %
Onderwerpen in juiste volgorde	75,0	Titel geeft aan wat lezer kan verwachten	83,3 %
Kopjes informatief	66,7	Folder is geschikt medium	58,3 %
Kopjes onmisbaar	91,7	Gemiddelde	66,7 %
Kopjes correct aangegeven	66,7	<i>Vormgeving</i>	
Functioneel van subtitels gebruik gemaakt	83,3	De voorkant nodigt uit tot lezen en is aantrekkelijk	66,7 %
Informatie is herhaald	100	De titel valt voldoende op	100 %
Overgangszinnen	58,3	Er is functioneel gebruik gemaakt van kleur in de folder	75,0 %
Afwisseling in sleutelwoorden	54,2	De indeling van de tekst is overzichtelijk	66,7 %
Instructies springen eruit	75,0	De kopjes springen er duidelijk uit (afwisseling van lettertype)	83,3 %
Gemiddelde	73,8 %	Opsommingen overzichtelijk aangebracht	75,0 %
		Gemiddelde	77,8 %
		Gem items:	72,8 %

¹ Het percentage is berekend met drie experts en vier folders.

Uit de algemene aspecten blijkt dat de beoordelingen van de experts op de criteria ‘titel dekt inhoud’ en ‘folder is een geschikt medium’ niet overeenkomen. De experts verschillen dus van mening bij deze vragen, waardoor de beoordeling minder betrouwbaar is.

De gehanteerde observatiemethode wordt in dit onderzoek en bij deze aspecten alleen dan als voldoende betrouwbaar beschouwd, wanneer in meer dan 80 % van de gevallen overeenstemming bereikt is tussen de experts. Het overeenstemmingspercentage van het aspect stijl en opbouw zit daar iets onder. De experts verschillen bij sommige criteria onderling sterk op dit aspect. Alle experts zijn van mening dat belangrijke informatie in geen van de folders herhaald is. Het minst met elkaar eens zijn de experts over

de vraag of er waar nodig genoeg overgangszinnen gebruikt zijn. De experts hebben in dit verband wellicht een andere mening over wanneer een overgangszin nodig is of het is voor hen niet helemaal helder wat nu precies een overgangszin is. De verklarende lijst bij de checklist is daarom aangepast, bij de definiëring van het begrip ‘overgangszinnen’ is wat meer uitleg gegeven.

Van de drie aspecten die in Tabel 7.1. behandeld werden heeft de vormgeving de beste overeenstemming, hoewel deze overeenstemming nog wel iets onder de in dit onderzoek gestelde maat komt. De experts hebben alledrie nagenoeg dezelfde mening over of de titel en de kopjes opvallen, waardoor de betrouwbaarheid van de beoordeling op deze vragen hoog is. De experts waren het minder met elkaar eens over het feit of de voorkant uitnodigt tot lezen en aantrekkelijk is. Zij verschillen ook behoorlijk van mening over de overzichtelijkheid van de tekst in de folders. De resultaten komen duidelijk overeen met de mate van abstractie van een item. Een mening geven over overzichtelijkheid is moeilijker dan het beoordelen of informatie herhaald is.

In tabel 7.2. is de tussenbeoordelaarsovereenstemming van het aspect inhoud uitgerekend. Dit is op dezelfde manier gebeurd als bij de andere aspecten in Tabel 7.1., met het verschil dat de experts bij dit aspect slechts uit ‘ja’ of ‘nee’ konden kiezen. Een niet-ingevulde vraag, of een vraag waar ‘niet van toepassing’ bij werd geschreven, is als een aparte variabele aangemerkt.

Tabel 7.2. Tussenbeoordelaarsovereenstemming van het aspect inhoud, waarbij 1 = nee en 2 = ja

<i>Criteria inhoud</i>	<i>% Ov.st¹</i>	<i>Criteria inhoud</i>	<i>% Ov.st¹</i>
Inleiding		Verhinderend	
Verwijzing naar de aanleiding tot het onderzoek	92	Wat de patiënt moet doen bij verhindering	100
Inleidend stukje over wat de patiënt in de folder kan lezen	75	Waarom afmelden bij verhindering	100
Wat het doel van de folder is	84	Hoelang van tevoren doorgeven	100
Voor wie de folder bedoeld is	67	Waar doorgeven	100
	80		100
Wat voor onderzoek het is		Onderzoek bij kinderen	
Hoe het onderzoek in begrijpelijk Nederlands wordt genoemd	67	Aandacht voor het onderzoek bij kinderen	100
Wat het doel van het onderzoek is	92	Wat er anders is aan het onderzoek met een kind	92
Wat de afkorting van het onderzoek betekent	100	Wat de patiënt moet doen als het kind in paniek raakt	100
Hoe het te onderzoeken deel van het lichaam werkt	83	Suggesties om onderzoek voor kinderen prettiger te maken	100
Of er risico's aan het onderzoek zijn	84		98
Of er alternatieven van het onderzoek bestaan	92	Uitslag van het onderzoek	
	86	Wanneer de uitslag bekend is	100
Voorbereiding op het onderzoek		Van wie de patiënt de uitslag krijgt	92
Welke handelingen de patiënt thuis moet uitvoeren	92	Hoe de patiënt aan de uitslag komt	67
Waar de patiënt rekening mee moet houden	84	Wat mogelijke uitslagen zijn	100
Wat de patiënt moet meenemen (<i>verplicht</i>)	100	Hoe de behandeling verder verloopt na de uitslag	100
Wat de patiënt kan meenemen (<i>suggesties</i>)	84		92
Redenen v/d verschillende voorbereidingshandelingen	75	Tot slot	
	87	Bij wie de patiënt met vragen terecht kan	100
Verloop van het onderzoek		Telefoonnummer afdeling	100
Hoe de omgeving waar het onderzoek plaatsvindt eruit ziet	75	Openingstijden afdeling	84
Wie het onderzoek uitvoert	84	Algemene informatie over rechten van de patiënt	67
Welke handelingen uitgevoerd worden tijdens het onderzoek	75	- <i>privacy</i>	100
Wat de rol van de patiënt tijdens het onderzoek is	92	- <i>second opinion</i>	100
Wat de fysieke positie van de patiënt tijdens het onderzoek is	84	- <i>doorverwijzing naar een folder over rechten van de patiënt</i>	67
Hoe het onderzoek aanvoelt	75	Wat patiënten kunnen doen als ze een klacht hebben	100
Of het onderzoek een andere wending kan nemen dan verwacht	92	Bronnen waar mensen meer/aanvullende informatie kunnen krijgen	75
Wat er gebeurt als het onderzoek een andere wending aanneemt	75	Auteur/ maker van de folder	100
Hoe lang het onderzoek duurt	92	Datum van uitgave	67
Hoe resultaten worden weergegeven gedurende het onderzoek	67	Disclaimer	100
	81		88
Na het onderzoek			
Of er na het onderzoek nog een handeling bij de patiënt wordt verricht	92		
Hoe de patiënt zich meteen na het onderzoek voelt	92		
Hoe de patiënt zich enkele uren/dagen/weken na het onderzoek voelt	92		
Of de patiënt nog ergens rekening mee moet houden na het onderzoek	100		
	94		
Totaal percentage overeenstemming: 89 %			

¹ Het overeenstemmingspercentage is berekend door het inzetten van drie experts en vier folders.

Van het aspect ‘inhoud’ werd verwacht dat de beoordelingen van de drie experts op de items in grote mate overeen zouden komen, omdat er simpelweg ja of nee geantwoord kan worden op de vraag of een bepaald feit wel of niet in een folder staat. Uit de mate van overeenstemming bij de items is te zien dat dit toch wel een moeilijke opgave was. De experts verschilden bijvoorbeeld veelal van mening over het feit hoe de resultaten worden weergegeven gedurende het onderzoek. Bij dit item wordt het volgende bedoeld: hoe worden de resultaten weergegeven (bijvoorbeeld met streepjes op de computer) zodat mensen weten op wat voor manier een uitslag tot stand komt. Dit item is waarschijnlijk te vaag geformuleerd omdat de experts hier veelal verschillend op antwoordden. Dit feit is dus aangepast in de uiteindelijke lijst. In de *CT*-scanfolder is het vaakst bevestigend geantwoord (25 keer). Dit zou betekenen dat vergeleken bij de andere folders de meeste informatie in deze folder staat. Toch zijn de meningen van de experts bij deze folder het meest verdeeld. De onderzoeker heeft bij deze folder 19 keer bevestigend geantwoord en de communicatiedeskundige 30 keer. Het blijkt dus dat er, met name bij de folder over de *CT* wel degelijk een aantal interpretatieverschillen bestaan. Zo zegt bijvoorbeeld de communicatiedeskundige dat er in die folder wel staat wat het doel van de folder is, terwijl de gezondheidsdeskundige en de onderzoeker zeggen van niet. Daarnaast geven de gezondheidsdeskundige en de communicatiedeskundige aan dat er wel instaat wat de reden is van de verschillende voorbereidingshandelingen, terwijl de onderzoeker denkt van niet. Dit zijn enkele voorbeelden, zoals die ook terug te vinden zijn in de andere folders. Het verschil is waarschijnlijk voor een deel terug te voeren op de mate waarin de experts criteria impliciet in de tekst terugvinden. De ene expert denkt dat het er wel impliciet staat (en zo ja, maakt dan nog een keuze of de criteria duidelijk wel of niet in de tekst voorkomt), een andere expert is van mening dat het feit niet in de folder staat.

Afgezien van deze afzonderlijke voorbeelden is het totale overeenstemmingspercentage goed. Door middel van de lijst is bijna 90% overeenstemming bereikt over de inhoud in de folders.

7.2.2. Beoordelingen op de algemene aspecten

In de komende paragrafen is uiteengezet hoe de experts de verschillende aspecten beoordeeld hebben. Een item van deze tabellen is het gemiddelde per folder van de scores van communicatie- en gezondheidsdeskundige en onderzoeker. Het aspect eenvoud is in het gemiddeld aantal fouten per criterium uitgedrukt. De rapportcijfers die opgesteld staan zijn de gemiddelden van de cijfers die de onderzoeker en de gezondheidsdeskundige aan de aspecten toegekend hebben. De communicatiedeskundige heeft helaas geen rapportcijfers ingevuld. In Tabel 7.3. zijn de gemiddelden van het aspect algemeen uiteengezet. Het aspect algemeen bestaat uit enkele vragen waarvan eerst werd gedacht dat zij niet bij andere vragen ingedeeld konden worden. Doordat de criteria een uiteenlopende betekenis hebben, is geen gemiddelde over de drie items uitgerekend. Er wordt dan ook alleen ingegaan op de beoordelingen en de verschillen van de verschillende folders.

Tabel 7.3: Gemiddelde expert-scores (N=3) op algemene aspecten, uitgesplitst naar folder

<i>Criterium¹</i>	<i>MRI</i>	<i>CT</i>	<i>EMG</i>	<i>EEG</i>	<i>Gemiddeld</i>
Titel dekt inhoud	3,0	2,3	2,0	2,3	2,4
Titel geeft aan wat lezer kan verwachten	3,0	2,0	2,3	2,7	2,5
Folder is geschikt medium om de betreffende inhoud over te brengen	2,7	2,0	2,3	2,0	2,3
<i>Rapportcijfer (n=2) ²</i>	6,5	7,0	6,0	6,8	6,6

¹ Antwoordmogelijkheden: 1: helemaal niet eens; 2: enigszins eens; 3: helemaal eens

² Gemiddelde van onderzoeker en gezondheidsdeskundige

Het valt op dat de experts de ene folder wel een geschikt medium vinden en de andere niet. De folders hebben in strikte zin dezelfde functie, namelijk aanvullende informatie als voorbereiding op het onderzoek. Het item zal, om deze mening te kunnen ondervangen, veranderd worden in: een folder is in dit verband een geschikt medium.

De meningen van de experts over de verschillende criteria met betrekking tot de *CT* vallen als een van de laagste uit, toch heeft deze folder het hoogste rapportcijfer gekregen. Een verklaring hiervoor is dat

het gemiddelde van twee rapportcijfers niet voldoende kan zeggen over een aspect. De ene expert kan aan het niet volledig correct uitgevoerd criterium zwaar tillen, terwijl een andere expert op andere punten de accenten legt. Voor een betrouwbaar getal zouden er waarschijnlijk meer rapportcijfers gegeven moeten worden.

7.2.3. Beoordelingen op het aspect stijl en opbouw

Tabel 7.4. Gemiddelde expert-scores (N=3) op het aspect stijl en opbouw, uitgesplitst naar folder

Criterium¹	MRI	CT	EMG	EEG	Gemiddeld
Volgorde zinnen	2,7	3,0	2,0	2,0	2,4
Onderwerpen in juiste volgorde	3,0	2,7	2,0	1,7	2,4
Kopjes informatief	2,7	2,7	2,3	2,7	2,6
Kopjes onmisbaar	3,0	3,0	3,0	2,7	2,9
Kopjes correct aangegeven	2,7	2,7	2,3	2,7	2,6
Functioneel van subtitels gebruik gemaakt	1,7	3,0	1,0	2,3	2,0
Informatie is herhaald	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Overgangszinnen	2,3	1,7	2,0	2,0	2,0
Afwisseling in sleutelwoorden	2,0	1,7	1,0	1,5	1,6
Instructies springen eruit	1,3	1,7	1,3	1,3	1,4
Gemiddelde	2,2	2,3	1,8	2,0	2,1
<i>Rapportcijfer (n=2) ²</i>	<i>7,0</i>	<i>7,5</i>	<i>5,0</i>	<i>6,0</i>	<i>6,4</i>

¹ Antwoordmogelijkheden: 1= niet waar; 2= grotendeels waar; 3= helemaal waar

² Gemiddelde van onderzoeker en gezondheidsdeskundige

De experts zijn over veel punten in de folders met betrekking tot de stijl en opbouw niet tevreden. Zo blijkt bijvoorbeeld dat er nooit belangrijke informatie wordt herhaald in de vier folders en dat de instructies die mensen moeten uitvoeren er niet of nauwelijks uitspringen. Deze twee punten kunnen van invloed zijn op het daadwerkelijk uitvoeren van de instructies door de doelgroep. Ook het afwisselen van sleutelwoorden gebeurt niet of nauwelijks. Deze factor kan van invloed zijn op de begrijpelijkheid van de tekst. De folders verschillen in grote mate in het feit of de onderwerpen in de juiste volgorde staan. Met name in de *EEG* folder staan de onderwerpen totaal niet in de juiste volgorde. Daarnaast moeten de volgende aspecten in de folders goed nagekeken worden: het herhalen van belangrijke informatie, het afwisselen van sleutelwoorden en het accentueren van de instructies. Bij dit aspect komt de rangschikking van de rapportcijfers (*CT* het hoogste en de *EMG* het laagste) in tegenstelling tot het aspect ‘algemeen’ volkomen overeen met de rangschikking van de gemiddelde beoordeling per folder.

7.2.4. Beoordelingen op het aspect eenvoud

Tabel 7.5: Gemiddeld aantal fouten¹ op het aspect eenvoud, uitgesplitst naar folder (N = 3)

	MRI	CT	EMG	EEG
Teveel details in een alinea	0,7	0,3	0,3	0,3
Meerdere feiten in één zin	0,7	-	1	0,3
Abstracte termen	1	-	2,7	0,7
Inconsistente terminologie	0,3	0,7	0,3	-
Onnodige lange woorden	0,3	0,3	-	-
Onnodige medische termen	-	0,3	-	-
Vaktermen zonder uitleg	0,3	0,7	0,7	0,7
Woorden voor meerdere uitleg vatbaar	0,7	-	0,3	0,3
Onuitgelegde afkortingen	0,3	0,3	-	-
Onduidelijke afkortingen	-	-	0,7	-
Onjuist gebruik van medische termen	-	-	-	-
Gemiddeld	4,3	2,6	6	2,3
<i>Rapportcijfer(n=2)²</i>	<i>6,5</i>	<i>6,8</i>	<i>6,0</i>	<i>8,0</i>

¹ Het aantal fouten wat elke expert gevonden heeft per criterium gedeeld door het aantal experts (3)

² Gemiddelde van onderzoeker en gezondheidsdeskundige

Uit Tabel 7.5. blijkt dat er zeer weinig fouten op het aspect eenvoud zijn gevonden. De meeste fouten die gevonden zijn hebben betrekking op het aantal details in een alinea, abstracte termen en vaktermen zonder uitleg. Er is een groot verschil is tussen het aantal gevonden fouten per expert, wat overigens niet in Tabel 7.5. terug te zien is. De onderzoeker die de checklist ontwikkeld heeft haalt veel meer fouten uit de folder dan de communicatiedeskundige. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de bijgevoegde verklarende begrippenlijst niet duidelijk genoeg aangeeft wat de verschillende termen inhouden. Een tweede mogelijke verklaring is dat de onderzoeker en de gezondheidsdeskundige de folders en patiënten beter kennen en daardoor beter weten wat de patiënten niet kunnen begrijpen of wat bijvoorbeeld een abstracte term is in de ogen van de patiënten. De scores worden waarschijnlijk eenduidiger als er net als de andere aspecten gebruik wordt gemaakt van een schaal waarin de experts kunnen kiezen uit een aantal mogelijkheden (zoals bij de andere aspecten ook gedaan is). Aan de folders over de *MRI* en de *EMG*, waarbij gemiddeld de meeste fouten zijn gevonden, zijn ook de laagste rapportcijfers toegekend.

7.2.5. Beoordelingen op het aspect vormgeving

Tabel 7.6: Gemiddelde expert-scores (N=3) op het aspect vormgeving, uitgesplitst naar folder

Criterion¹	<i>MRI</i>	<i>CT</i>	<i>EMG</i>	<i>EEG</i>	<i>Gemiddeld</i>
De voorkant nodigt uit tot lezen en is aantrekkelijk	1,7	1,3	1,7	1,7	1,6
De titel valt voldoende op	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Er is functioneel gebruik gemaakt van kleur in de folder	1,0	1,3	1,3	1,3	1,2
De indeling van de tekst is overzichtelijk	2,7	2,3	2,3	2,3	2,4
De kopjes springen er duidelijk uit (afwisseling van lettertype)	2,7	3,0	2,7	3	2,9
Opsommingen of groep feiten overzichtelijk aangebracht	1,3	2,7	1,0	1,7	1,7
Gemiddelde	2,1	2,3	2,0	2,2	2,1
<i>Rapportcijfer (n=2)²</i>	<i>7,0</i>	<i>7,3</i>	<i>5,5</i>	<i>7,0</i>	<i>6,7</i>

¹ Antwoordmogelijkheden: 1= helemaal niet eens; 2= enigszins eens; 3= helemaal eens

² Gemiddelde van onderzoeker en gezondheidsdeskundige

De experts waren gemiddeld redelijk positief over de vormgeving van de folders, maar één folder (*EMG*) werd aanzienlijk negatiever beoordeeld. De folders laten (volgens de experts) vooral te wensen over op het gebied van kleurgebruik en overzichtelijkheid. Daarnaast zijn de experts van mening dat de voorkant van de folders niet uitnodigt tot lezen. Wat hiernaast verbeterd kan worden zijn de opsommingen of groepen feiten. De experts vinden dat deze bij de *MRI*, *EMG* en *EEG* niet overzichtelijk zijn aangebracht. De *EMG* folder is hierop heel slecht beoordeeld. Dit feit kan een verklaring zijn voor het lage rapportcijfer van de *EMG*, omdat het een belangrijk aandachtspunt is. Bij het niet overzichtelijk aanbrengen van opsommingen of groepen feiten zou de lezer de draad van het verhaal kwijt kunnen raken. Dit criterium heeft dan ook niet alleen met de vormgeving te maken, maar heeft ook raakvlakken met de stijl en opbouw van een folder.

7.2.6. Beoordelingen op het aspect inhoud

In Tabel 7.7. is het aspect ‘inhoud’ uitgewerkt. De drie experts konden bij elk item invullen of het wel of niet in de folder staat. Op een item werden de drie scores gemiddeld. Als slechts één expert van mening is dat een punt in de folder staat wordt er van uitgegaan dat het punt niet in de folder terug te vinden is. Als twee of drie experts aangeven dat een punt in de folder staat wordt er van uitgegaan dat een punt wel in de folder voorkomt. De checklist is overigens een richtlijn voor wat er in een folder hoort te staan, maar een aantal punten zullen niet van toepassing zijn op folders of niet relevant zijn voor bepaalde folders.

Tabel 7.7. Gemiddelde oordelen van de experts (N=3) op het aspect inhoud, uitgesplitst naar folder

Criterion¹	MRI	CT	EMG	EEG	Gem
<i>Inleiding</i>					
Verwijzing naar de aanleiding tot het onderzoek	ja	nee	nee	nee	25,0
Inleidend stukje over wat de patiënt in de folder kan lezen	nee	ja	nee	nee	25,0
Wat het doel van de folder is	nee	nee	nee	nee	-
Voor wie de folder bedoeld is	nee	nee	nee	nee	-
	25,0	25,0	-	-	12,5
<i>Wat voor onderzoek het is</i>					
Hoe het onderzoek in begrijpelijk Nederlands wordt genoemd	nee	ja	ja	ja	75,0
Wat het doel van het onderzoek is	ja	ja	ja	ja	100,0
Wat de afkorting van het onderzoek betekent	ja	ja	ja	ja	100,0
Hoe het te onderzoeken deel van het lichaam werkt	nee	nee	ja	nee	25,0
Of er risico's aan het onderzoek zijn	ja	ja	nee	ja	75,0
Of er alternatieven van het onderzoek bestaan	nee	nee	nee	nee	-
	50,0	66,7	66,7	66,7	62,5
<i>Voorbereiding op het onderzoek</i>					
Welke handelingen de patiënt thuis moet uitvoeren	ja	ja	ja	ja	100,0
Waar de patiënt rekening mee moet houden	ja	nee	nee	ja	50,0
Wat de patiënt moet meenemen (<i>verplicht</i>)	nee	nee	nee	nee	-
Wat de patiënt kan meenemen (<i>suggesties</i>)	ja	nee	nee	nee	25,0
Redenen van de verschillende voorbereidingshandelingen	ja	ja	ja	ja	100,0
	80,0	40,0	40,0	60,0	55,0
<i>Verloop van het onderzoek</i>					
Hoe de omgeving waar het onderzoek plaatsvindt eruit ziet	nee	ja	nee	nee	25,0
Wie het onderzoek uitvoert	ja	nee	ja	ja	75,0
Welke handelingen uitgevoerd worden tijdens het onderzoek	nee	nee	ja	ja	50,0
Wat de rol van de patiënt tijdens het onderzoek is	ja	nee	ja	ja	75,0
Wat de fysieke positie van de patiënt tijdens het onderzoek is	ja	ja	nee	ja	75,0
Hoe het onderzoek aanvoelt	nee	ja	ja	ja	75,0
Of het onderzoek een andere wending kan nemen dan verwacht	nee	nee	nee	nee	-
Wat er gebeurt als het onderzoek een andere wending aanneemt	nee	nee	nee	nee	-
Hoe lang het onderzoek duurt	ja	ja	ja	ja	100,0
Hoe resultaten worden weergegeven gedurende het onderzoek	nee	ja	ja	ja	75
	40,0	50,0	60,0	70,0	55,0
<i>Na het onderzoek</i>					
Of er na het onderzoek nog een handeling bij de patiënt wordt verricht	nee	nee	nee	nee	-
Hoe de patiënt zich meteen na het onderzoek voelt	nee	ja	nee	nee	25,0

 criterium	MRI	CT	EMG	EEG	Gem
Hoe de patiënt zich enkele uren/dagen/weken na het onderzoek voelt	nee	nee	nee	nee	-
Of de patiënt nog ergens rekening mee moet houden na het onderzoek	nee	ja	nee	nee	25,0
	-	50,0	-	-	12,5
Waar het onderzoek is					
Waar de patiënt verwacht wordt	nee	nee	nee	nee	-
Melden/niet melden	nee	nee	nee	nee	-
Routebeschrijving naar het ziekenhuis	nee	nee	nee	nee	-
Routebeschrijving naar de onderzoeksruimte/wachtkamer	nee	nee	nee	nee	-
	-	-	-	-	-
Verhinderings					
Wat de patiënt moet doen bij verhindering	ja	ja	nee	nee	50,0
Waarom afmelden bij verhindering	nee	nee	nee	nee	-
Hoelang van tevoren doorgeven	ja	ja	nee	nee	50,0
Waar doorgeven	ja	ja	nee	nee	50,0
	75,0	75,0	-	-	37,5
Onderzoek bij kinderen					
Aandacht voor het onderzoek bij kinderen	nee	nee	nee	ja	25,0
Wat er anders is aan het onderzoek met een kind	nee	nee	nee	ja	25,0
Wat de patiënt moet doen als het kind in paniek raakt	nee	nee	nee	nee	-
Suggesties om onderzoek voor kinderen prettiger te maken	nee	nee	nee	ja	25,0
	-	-	-	75,0	18,8
Uitslag van het onderzoek					
Wanneer de uitslag bekend is	nee	nee	nee	nee	-
Van wie de patiënt de uitslag krijgt	ja	ja	ja	ja	100,0
Hoe de patiënt aan de uitslag komt	nee	nee	ja	nee	25,0
Wat mogelijke uitslagen zijn	nee	nee	nee	nee	-
Hoe de behandeling verder verloopt na de uitslag	nee	nee	nee	nee	-
	20,0	20,0	40,0	20,0	25,0
Tot slot					
Bij wie de patiënt met vragen terecht kan	ja	ja	ja	ja	100,0
Telefoonnummer afdeling	ja	ja	ja	ja	100,0
Openingstijden afdeling	ja	ja	nee	nee	50,0
Algemene informatie over rechten van de patiënt	ja	ja	ja	ja	100,0
- privacy	ja	ja	ja	ja	100,0
- second opinion	nee	nee	nee	nee	-
- doorverwijzing naar een folder over rechten van de patiënt	nee	ja	nee	ja	50,0
Wat patiënten kunnen doen als ze een klacht hebben	nee	nee	nee	nee	-
Bronnen waar mensen meer/aanvullende informatie kunnen krijgen	nee	nee	nee	nee	-
Auteur/ maker van de folder	nee	nee	nee	nee	-
Datum van uitgave	nee	nee	nee	nee	-
Disclaimer	nee	nee	nee	nee	-
	41,7	50,0	33,3	41,7	41,7
Gemiddelde totaal	33,2	37,7	24,0	41,7	40,1
Rapportcijfer (N=2) ²	5,5	6,3	4,5	6,0	5,7

¹ Antwoordmogelijkheden: 1= ja; 2=nee.

² Gemiddelde van onderzoeker en gezondheidsdeskundige

De gemiddelden per kopje geven aan hoeveel procent van de genoemde feiten in de folder staat. Van de 58 keer dat er bevestigend geantwoord kon worden op de vraag of een item uit de lijst met inhoudscriteria in de folder staat heeft de folder *EMG* de laagste gemiddelde bevestigende antwoorden,

namelijk 18 keer. Het betekent dat 1/3 van de items die genoemd worden als aanbevelingen om in een folder te zetten, daadwerkelijk in deze folder staat. In de CT-scanfolder is gemiddeld het meeste keer bevestigend geantwoord (24 keer). De resultaten per kopje worden hieronder besproken.

Inleiding

De folder over de *EMG* bevat de minst inhoudelijke inleiding. Uit de tabellen met percentages overeenstemming kwam al naar voren dat de experts verdeeld zijn over of er een inleidend stukje over wat de patiënt in de folder kan lezen staat, daarnaast verschillen zij ook van mening of in de folder staat voor wie de folder bedoeld is. In geen van de folders staat het doel van de folder.

Wat voor onderzoek het is

Het onderzoek wordt in veel van de folders goed uitgelegd. Wat opvalt is dat er wel op de risico's van het onderzoek wordt ingegaan, maar niet op de alternatieven van het onderzoek.

Vorbereiding op het onderzoek

In elke folder wordt besproken welke voorbereidingshandelingen de patiënt moet uitvoeren. Daarentegen wordt er in geen van de folders iets gezegd over wat de patiënt verplicht moet meenemen en ook wordt er behalve bij de *MRI* niets geschreven over wat de patiënt zou kunnen meenemen. Toch hoeft niet verkeerd te zijn als het er niet in staat, omdat er dan simpelweg geen dingen mee genomen hoeven worden.

Verloop van het onderzoek

Net als de niet genoemde alternatieven van het onderzoek wordt er ook niet ingegaan op eventuele wendingen van het onderzoek. De folders verschillen behoorlijk in welke feiten over het verloop van het onderzoek worden genoemd.

Na het onderzoek

Alleen in de *CT* folder wordt ingegaan op de gebeurtenissen en de toestand van de patiënt na het onderzoek. Het valt op dat de andere folders hier niet op ingaan. Ook al zou de patiënt over het algemeen geen ongemakken hebben na het onderzoek, het zou het wel goed zijn om dit te vermelden zodat de lezer zich beter op zijn/haar gemak voelt.

Waar het onderzoek is

De praktische kanten van het onderzoek, namelijk de punten die onder dit kopje besproken worden, zijn vrijwel niet genoemd in de vier folders. Blijkbaar weten de patiënten in de praktijk wel waar ze heen moeten en of ze zich wel of niet moeten melden. Toch is het goed om deze punten (om verwarring te voorkomen) in de folders op te nemen.

Verhinderend

In de folders van de *EMG* en *EEG* wordt vreemd genoeg niets vermeld over de handeling die de patiënt moet uitvoeren indien hij/zij verhinderd is. Er wordt overigens wel een telefoonnummer van de afdeling genoemd bij deze folders. In geen van de folders wordt vermeld waarom het nodig is dat men zich afmeldt bij verhindering.

Onderzoek bij kinderen

Alleen de *EEG* gaat in op het onderzoek bij kinderen. Wellicht wordt dit onderzoek in verhouding vaker bij kinderen uitgevoerd dan dat het bij de andere folders het geval is. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen of men bij de andere onderzoeken een andere folder krijgt die speciaal het onderzoek bij kinderen gericht is, of dat dergelijke informatie simpelweg niet nodig is bij bepaalde onderzoeken.

Uitslag van het onderzoek

Door de beknoptheid van de folders is het voor te stellen dat er niet ingegaan wordt op de mogelijke uitslagen en hoe de behandeling verder verloopt. Deze feiten zijn dan ook niet in de folders terug te vinden. Wat iets duidelijker in de folders genoemd mag worden is hoe de patiënt aan de uitslag komt en wanneer de uitslag (ongeveer) bekend is.

Tot slot

Een aantal punten die in dit kopje genoemd worden staat wel in de folder waar aan gerefereerd wordt in alle folders van Bureau Patiëntenvoorlichting. Deze folder gaat over de rechten van de patiënt. Een belangrijk punt van dit kopje wat niet in elke onderzochte folder gevonden is, zijn de openingstijden van de afdeling.

Algemene conclusie

Uit de resultaten blijkt dat alle folders ruim minder dan de helft van de punten uit de checklist bevatten. Met name de inleiding van de folder, de handelingen na het onderzoek en vermelding waar het onderzoek is met eventuele routebeschrijving en de vraag of men zich wel of niet moet melden zijn ver onderbelicht in de folders.

De rapportcijfers van de folders komen overeen met het aantal punten wat in de folder staat. Hoe lager het gemiddelde rapportcijfer is, hoe minder punten in de folder staan. De *CT* folder heeft het hoogste rapportcijfer, in deze folder staan ook de meeste punten. De *EMG* folder heeft een zeer laag rapportcijfer, in deze folder is dan ook minder dan een kwart van de punten terug te vinden.

Het blijkt dat de folders, die toch veelal dezelfde functie en doelgroep hebben, verschillen op enkele punten waar dat niet verwacht zou worden. Bij de *MRI* en *CT* folder wordt er bijvoorbeeld ingegaan op de vraag wat de patiënt moet doen als hij/zij verhinderd is. Dit wordt niet vermeld in de *EMG* en *EEG* folder. Op basis van die verschillen kan bekeken worden welke punten (die relevant zijn voor alle folders) in de ene folder wel vermeld worden en in de andere niet. Op basis daarvan kan een overweging gemaakt worden om die punten toch te vermelden in de andere folders.

7.2.7. Algemene bevindingen van de onderzoeker

In deze paragraaf worden drie punten besproken. Ten eerste wordt ingegaan op de algemene resultaten van de voorlichtingskundige checklist, ten tweede wordt uiteengezet in hoeverre het instrument betrouwbaar is. Ten derde worden aanpassingen aan het instrument besproken die op basis van de bevindingen gemaakt zijn.

De folders worden door de experts tamelijk positief beoordeeld, maar toch blijkt dat de experts veel negatiever zijn over de folders dan de doelgroep. De experts zijn overwegend het meeste positief over de *CT* folder, in tegenstelling tot de doelgroep die meest positief was over de *MRI* folder. De experts zijn het meest negatief over de *EMG*, dit komt wel overeen met de mening van de doelgroep. Bepaalde inhoudsaspecten komen bijna niet voor in de folders maar zijn volgens literatuur wel belangrijk. Zo staat er bijvoorbeeld in de folder over de *EMG* slechts een kwart van de punten die in de inhoudschecklist aanbevolen worden. Niet alle punten die in de checklist staan zijn van toepassing op de geëvalueerde folders, toch zijn er een aantal afwezige punten waarvan duidelijk aanbevolen is dat ze in de folders moeten voorkomen zodat de kwaliteit van de folders beter wordt en de patiënten beter geïnformeerd worden. Deze punten kunnen in samenspraak met een doelgroepdeskundige besproken en waar mogelijk in de folders geïmplementeerd worden.

In dit onderzoek wordt een overeenstemmingspercentage van 80% beschouwd als de maat waarbij een instrument of aspect betrouwbaar genoemd mag worden. De aspecten stijl en opbouw en vormgeving hebben een overeenstemmingspercentage dat net niet aan die maat voldoet. Het aspect algemeen heeft een overeenstemmingspercentage van onder de 70%. Enkele aanpassingen zullen gedaan worden bij criteria waarbij de overeenstemming heel laag was, zodat de aspecten wel voldoen aan de in dit onderzoek gestelde maat. Bij de inhoudschecklist is de lat bij 85% gelegd, omdat de experts hier maar uit twee mogelijkheden konden kiezen. Het aspect inhoud heeft een overeenstemmingspercentage van 89%, wat dus voldoet aan de in dit onderzoek gestelde maat.

De uiteindelijke voorlichtingskundige checklist die gebruikt kan worden in de praktijk is op een aantal punten aangepast. Deze aanpassingen zijn gemaakt op basis van de ervaringen die door het werken met dit instrument opgedaan zijn. Zo bleek dat de vragen over het onderzoek bij kinderen bij het aspect 'inhoud' toch beter weggelaten kunnen worden, omdat dit een dermate verschillend onderdeel is en bij veel folders niet van toepassing zal zijn. Daarnaast zijn criteria waarop een laag overeenstemmingspercentage is gevonden op een meer concrete manier opgesteld. Ook is de uitleg bij een aantal criteria aangepast om het overeenstemmingspercentage te verhogen. In bijlage 2 is de oorspronkelijke checklist te vinden met uitleg over de begrippen. Er wordt ook uiteengezet welke punten veranderd zijn om tot de uiteindelijke checklist te komen. Deze staat in bijlage 3.

8 Vergelijking en integratie van methoden

De vierde onderzoeksvraag behandelde de vergelijking van de drie methoden. De vraag werd als volgt geformuleerd: *op welke manier kunnen de pretestmethoden van Schriver (1989) ingezet worden om de meest effectieve resultaten bij het (systematisch) evalueren en optimaliseren van voorlichtingsfolders te verkrijgen?* Aan deze onderzoeksvraag zijn vier subvragen gekoppeld. Per subvraag zal nu kort uiteengezet worden hoe de vraag beantwoord is.

Voor het vergelijken van de resultaten is de volgende subvraag geformuleerd: *Komen de resultaten van de drie verschillende onderzoeksmethoden overeen?* Deze vraag zal door middel van verschillende vergelijkingen beantwoord worden. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is de betrouwbaarheid van de methoden. Als een van de methoden niet betrouwbaar is kunnen de resultaten van die methode niet vergeleken worden met de andere methoden. De methoden zijn alle betrouwbaar gebleken dus het is mogelijk om de resultaten te vergelijken.

Vergelijking methodes wat betreft begrijpelijkheid en eenvoud

Alle in dit onderzoek gebruikte onderzoekstechnieken evalueren (voor een deel) de begrijpelijkheid en/of eenvoud van de folders. In Tabel 8.1. is een vergelijking getrokken tussen alle scores en beoordelingen van de methodes met betrekking tot begrijpelijkheid en eenvoud. De FRE-scores, zinscomplexiteit en lexicale complexiteit van de productgerichte methode zijn in de eerste rijen van de tabel opgenomen. Verder zijn het aantal fouten van de taalkundige checklist geteld en het aantal gemiddelde fouten op het aspect 'eenvoud' uit de voorlichtingskundige checklist. Een van de vragen uit de doelgroepgerichte methode gaat expliciet over de begrijpelijkheid van de folders. De beoordelingen van de doelgroep op deze vraag staan in de laatste rij van Tabel 8.1.

Tabel 8.1. Vergelijking tussen methoden op gebied van begrijpelijkheid en eenvoud

<i>Method</i>	<i>Wat is er gemeten?</i>	<i>MRI</i>	<i>CT</i>	<i>EMG</i>	<i>EEG</i>
Productgerichte methode	<i>FRE</i>	47	52	45	56
	<i>Betekenis FRE-score</i>	Moeilijk	Tamelijk moeilijk	Moeilijk	Tamelijk moeilijk
	<i>Zinscomplexiteit (100 = zeer ingewikkeld)</i>	25	24	25	26
	<i>Lexicale complexiteit (100 = zeer ingewikkeld)</i>	51	35	58	38
Expertgerichte - taalkundige checklist	<i>Fouten op zinsniveau</i>	1	1	3	1
	<i>Fouten op woordniveau</i>	8	5	14	5
	<i>Totaal aantal taalfouten</i>	14	12	25	9
Expertgericht - voorlichtingskundige checklist	<i>Gemiddeld totaal aantal fouten eenvoud</i>	4,3	2,6	6	2,3
Doelgroepgerichte methode ¹	<i>Sommige stukken uit de folder moest ik vaker lezen om ze te begrijpen²</i>	3,5	3,6	2,9	5,0

¹ door het lage aantal respondenten is het gemiddelde van de EEG niet representatief

² deze vraag is omgeschaald. Hoe lager de score hoe minder begrijpelijk de tekst is

Uit Tabel 8.1. blijkt dat de resultaten van alle onderzoekstechnieken dezelfde folders eruit halen die qua eenvoud en begrijpelijkheid het minste goed scoren. Na rangschikking van de folders blijkt dat de resultaten van alle methoden met betrekking tot de eenvoud en begrijpelijkheid in grote mate overeenkomen. De EMG folder blijkt de laagste FRE-score te hebben en de hoogste lexicale complexiteit. Verder heeft deze folder het meeste taalfouten en het hoogste gemiddeld aantal fouten op

het gebied van de dimensie eenvoud. De doelgroep is ook van mening dat deze folder het moeilijkst leesbaar is. De onderzoekstechnieken hebben ook dezelfde resultaten op het gebied van de best beoordeelde folders; elke methode geeft aan dat de folders over de *CT* en de *EEG* het meest begrijpelijk zijn.

Uit de resultaten van de taalkundige checklist valt op dat er minder fouten op zinsniveau dan op woordniveau gemaakt zijn in de vier folders. Er staan vooral veel formele boekwoorden in de folders. Het is opmerkelijk dat de productgerichte methode én de taalkundige checklist van de expertgerichte methode goed zijn beoordeeld op zinsniveau en slecht op woordniveau. Omdat de fouten op woordniveau vooral formele boekwoorden zijn die het computerprogramma als ongebruikelijk bestempeld kan hebben is de vergelijking betrouwbaar te noemen. De deskundigen daarentegen hebben aangegeven dat zij in geen van de gevallen lange woorden hebben gevonden in de folders. Toch blijkt ook daar dat zij de eenvoud van de folders in dezelfde rangschikking hebben beoordeeld, hetzelfde geldt voor de doelgroep. Uit de enquête blijkt dat de mensen die de *EMG* beoordeeld hebben de tekst in deze folder het vaakst nog een keer moesten lezen.

De woorden van de *EMG* en *MRI* lijken de oorzaak te zijn van de verminderde begrijpelijkheid. De lexicale complexiteit is namelijk betrekkelijk hoog bij de folders over de *MRI* en de *EMG*, wat betekent dat de woorden in de folders een negatieve invloed hebben op het leesgemak van de folders. De woorden zijn bij deze folders te lang en/of ongebruikelijk. De doelgroep is in totaal het meest positief over de folder van de *MRI*, maar uit de vraag aan de doelgroep blijkt dat de *MRI* folder volgens de doelgroep een fractie minder te begrijpen is dan de *CT* folder.

De methoden zijn vergeleken door middel van de onderzoeksresultaten per folder. De vijf onderzoekstechnieken waaruit de resultaten zijn voortgevloeid en de vraagstellingen daarbij verschillen duidelijk, maar het uitgangspunt is hetzelfde. Alle onderzoekstechnieken meten de begrijpelijkheid en/of de eenvoud van de folders. Doordat er vijf onderzoekstechnieken gebruikt zijn en alle resultaten hiervan hetzelfde zijn, kan aangenomen worden dat op dit gebied alle methoden in globale lijnen valide zijn. De congruente validiteit blijkt op dit gebied dus goed te zijn, ook al concurreren de methoden niet helemaal perfect.

Vergelijking scores en rapportcijfers van voorlichtingskundige checklist en doelgroepgerichte methode

Voor het vergelijken van de andere resultaten zijn de constructen van de voorlichtingskundige checklist vergeleken met de constructen uit de doelgroepgerichte methode.

Tabel 8.2. Gem. scores en rapportcijfers van doelgroep (*MRI* N=54; *CT* N=23; *EMG* N=14; *EEG* N=4) en experts (N=3)

	<i>MRI</i>	<i>CT</i>	<i>EMG</i>	<i>EEG</i>	<i>Totaal</i>
<i>Gemiddelde score</i>					
Doelgroep vormgeving	3,9	3,8	3,7	3,7	3,8 ¹
Experts vormgeving	2,1	2,3	2,0	2,2	2,1²
Doelgroep stijl + opbouw	4,0	3,9	3,8	4,5	3,9 ¹
Experts stijl + opbouw	2,2	2,3	1,8	2,0	2,1²
Doelgroep inhoud	4,1	3,9	3,8	4,4	4,0 ¹
Experts inhoud	33 %	38 %	24 %	42 %	40 %³
<i>Gemiddelde rapportcijfers</i>					
Doelgroep vormgeving	7,5	7,0	7,4	7,0	7,2
Experts vormgeving	7,0	7,3	5,5	7,0	6,7
Doelgroep stijl + opbouw	7,5	7,3	7,0	7,3	7,3
Experts stijl + opbouw	7,0	7,5	5,0	6,0	6,4
Doelgroep inhoud	7,6	7,1	7,2	8,2	7,5
Experts inhoud	5,5	6,3	4,5	6,0	5,7
<i>Gemiddeld totale rapportcijfer</i>	7,0	7,1	6,1	6,9	6,8

¹ Gemeten op een schaal van 1 t/m 5, waarbij 1= helemaal mee oneens en 5 = helemaal mee eens

² Gemeten op een schaal van 1 t/m 3, waarbij 1= niet waar en 3 = waar

³ Het percentage feiten uit de checklist dat daadwerkelijk in de folder staat

Door de verschillende maten waarmee de scores per aspect berekend zijn is het moeilijk om de methodes goed te kunnen vergelijken. Daarom zijn in Tabel 8.3. de uitschieters weergegeven. Als de folder over de EEG een uitschieter is bij de doelgroep wordt ook de folder die hier met de score het dichtst bij is genoemd, omdat de resultaten van de EEG door het lage respondentenaantal wellicht niet representatief zijn.

Tabel 8.3. Laagste en hoogste gemiddelde scores en rapportcijfers van doelgroep en experts

	<i>Hoogste score (doelgroep)</i>	<i>Hoogste score (experts)</i>	<i>Laagste score (doelgroep)</i>	<i>Laagste score (experts)</i>
Score vormgeving	MRI	CT	EMG	EMG
Rapportcijfer vormgeving	MRI	CT	CT / EEG	EMG
Score stijl + opbouw	MRI / EEG	CT	EMG	EMG
Rapportcijfer stijl + opbouw	MRI	CT	EMG	EMG
Score inhoud	MRI / EEG	CT	EMG	EMG
Rapportcijfer inhoud	MRI / EEG	CT	CT	EMG
Score totaal	MRI		EMG	
Cijfer totaal		CT		EMG

Wat opvalt is dat de doelgroep de folder over de *MRI* telkens als beste beoordeelt en de expert keer op keer de folder over de *CT*. Bij beide methoden is er geen twijfel mogelijk dat de folder over de *EMG* op bijna alle punten als slechtste beoordeeld is.

Vergelijking van inhoudelijke resultaten

De resultaten van het inhoudsaspect in de voorlichtingskundige checklist komen niet overeen met de resultaten uit de doelgroepgerichte methode. In de voorlichtingskundige checklist blijkt dat er veel punten niet in de folders staan, terwijl de doelgroep over het algemeen tamelijk tevreden is met de hoeveelheid informatie in de folders. 1 op de 4 respondenten die de *CT*-folder gelezen heeft en 1 op de 3 respondenten die de *EMG*-folder gelezen heeft vindt dat er iets te weinig tot veel te weinig informatie in de folder staat. Het overgrote deel van de respondenten die een *MRI*-onderzoek gehad heeft is tevreden over de hoeveelheid informatie in de folder.

De respondenten hebben de meeste opmerkingen gemaakt over het feit dat er geen plaatjes of afbeeldingen in de folder staan. Veel van de respondenten merkten op dat een illustratie hen meer op gemak stelt en dat ze dan beter weten waar ze aan toe zijn. Ook over het verloop van het onderzoek zijn in verhouding veel opmerkingen geplaatst. Deze opmerkingen hadden bijvoorbeeld betrekking op wat er voor voorwerpen mee mogen de onderzoekskamer in. Verder was het voor een aantal respondenten niet duidelijk wanneer contrastvloeistof wordt toegediend. De experts hebben het verloop van het onderzoek in verhouding met de andere kopjes aardig goed beoordeeld. Gemiddeld staan 56 % van de feiten met betrekking op het verloop van het onderzoek volgens de experts in de folders. De experts vonden dat er in de *MRI*, *EMG* en *EEG* geen feiten stonden over hoe de patiënt zich voelt na het onderzoek en of hij/zij nog ergens rekening mee moet houden, maar de respondenten hebben hier geen opmerkingen over gemaakt. Slechts één opmerking raakte aan dit feit; een respondent die een *CT* onderzoek zou krijgen merkte op dat de bijwerkingen haar niet op haar gemak stelden. De *CT* is dan ook de enige folder waar bijwerkingen in vermeld worden.

Uit de vergelijking blijkt dat respondenten vaker een vraag hebben over iets wat zij onduidelijk vinden in de folder, dan dat zij iets missen wat niet in de folder staat. Zij geven daarentegen wel aan of zij informatie te beknopt vinden, maar dit staat vooral in relatie tot de begrijpelijkheid van de folder. Een overeenkomst zijn de resultaten over het inleidende stukje in de folders. Bij elke folder is er minstens één respondent die vindt dat het kopje ‘algemeen’ wel wat uitgebreider mag worden gesteld. Ook uit de expertgerichte methode bleek dat de inleiding van de folders niet uitgebreid is.

Welke methode de meest concrete en betrouwbare resultaten heeft voortgebracht

Voor het vaststellen van welke methode de meest bruikbare resultaten zijn gevonden is de volgende subvraag geformuleerd: *Van welke methode van Schriver (1989) zijn de meest betrouwbare en concrete resultaten verkregen?*

Door het vergelijken van de resultaten uit de verschillende methodes is bekeken of resultaten uit een bepaalde methode afwijken van de resultaten uit andere methodes. Hieruit blijkt dat de rangschikking van slechtst beoordeelde folder naar best beoordeelde folder veelal overeenkomt. Alle methoden zijn er over eens dat de *EMG* de minst goede folder is. Echter, de mate waarin de resultaten van een methode gemakkelijk geïmplementeerd kunnen worden en dus bruikbaar is in de praktijk verschilt.

De expertgerichte methode heeft veel bruikbare resultaten opgeleverd. De methode heeft veel, met name taalkundige, fouten opgespoord. Met behulp van de taalkundige checklist konden de fouten heel concreet opgeschreven worden, wat van belang is voor een effectieve implementatie. Uit de voorlichtingskundige checklist bleek dat er een groot aantal inhoudelijk punten mist. Uit deze checklist kwam ook naar voren dat er voornamelijk op het aspect ‘stijl en opbouw’ een kloof bestaat tussen de optimale status van een folder en hoe de status van de folders op dit moment is. Met de hulp van verschillende deskundigen konden fouten, punten die misten en verminderde leesbaarheid gemakkelijk opgespoord worden. De betrouwbaarheid van het instrument blijkt uit het feit dat deskundigen het over het algemeen redelijk met elkaar eens waren over de beoordeling van de punten in de voorlichtingskundige checklist. De punten waar geen overeenstemming over bestaat zijn aangepast.

De raadpleging van de patiënten bleek weer een aantal andere nuttige inzichten toe te voegen. Het bleek dat de patiënten, in tegenstelling tot de deskundigen, over het algemeen tevreden zijn over de folders. Het lijkt erop dat de doelgroep de vormgeving van de folders niet zo belangrijk vindt. De respondenten waren over het algemeen positief over hoe netjes en verzorgd de folders eruit zien en over de overzichtelijkheid van de indeling van de folders. Uit de opmerkingen komt vooral naar voren dat men plaatjes en afbeeldingen mist en dat het formaat van de *CT* en de *MRI* handzamer kan. Een enkele respondent heeft de opmerking gemaakt dat kleuren niet zo belangrijk zijn. De informatie die verkregen is door de opmerkingen van de respondenten bij de vragen is belangrijk voor het implementatieproces. Een aantal punten kan getoetst worden door middel van de doelgroepgerichte methode. Zo kwam uit de expertgerichte methode naar voren dat de letters iets groter moeten zijn. Toch blijkt dat de doelgroep de letters groot genoeg vindt. Een enkeling vermeldt hierbij wel dat de grootte van de letters wel een struikelblok zou kunnen zijn voor ‘andere’ ‘oudere’ of ‘slechtziende’ lezers.

De doelgroepgerichte methode heeft daarnaast in een aantal data voorzien die de andere methoden niet in kaart kunnen brengen. Het analyseren van het leesgedrag en de informatiebehoefte van de patiënt is een goede aanvulling bij het onderzoek, omdat de onderzoeker dan ook beschikking heeft over wellicht nuttige achtergrondinformatie. Dit is een pluspunt van deze methode.

De productgerichte methode blijkt een nuttige aanvullende methode te zijn. Aan de betrouwbaarheid van de resultaten hoeft niet getwijfeld te worden omdat de uitkomsten rechtlijnig zijn. De methode bleek in dit onderzoek een bevestiging te zijn van de resultaten die verkregen zijn uit de taalkundige checklist. Het woordgebruik in de folders wordt in beide methoden slecht beoordeeld. Daarnaast werden er bijvoorbeeld in beide methoden weinig passieve vormen gevonden. De resultaten daarentegen lijken niet erg effectief. Na het uitvoeren van de toetsen is het alleen mogelijk om te zien of folders een groot of minder groot leesgemak hebben en of het leesgemak verslechterd door de woorden of de zinnen van de tekst. De methode is geen probleemopsporende functie, want het is na het evalueren niet mogelijk om vast te stellen hoe de folders in detail verbeterd moeten worden. Vanwege de beperkingen wordt afgeraden om bij een pretest uitsluitend af te gaan op leesbaarheidsformules en -toetsen. Ze zijn bruikbaar voor het pretesten van eerste conceptversies van het schriftelijke materiaal. Maar in een later stadium zullen ze minstens gecombineerd moeten worden met andere methoden, die bijvoorbeeld nagaan wat de doelgroep feitelijk begrijpt van een proeftekst.

Doordat er van een formatieve evaluatie is uitgegaan is optimalisering van de folders het belangrijkste doel. Daarom wordt er bij het vergelijken van de resultaten uitgegaan van het zoveel mogelijk kunnen implementeren van verbeterpunten die voortgevloeid zijn uit de resultaten. Als gesproken wordt over de implementatiemogelijkheden na evaluatie lijkt het erop dat de expertgerichte methode de meest bruikbare en concrete resultaten heeft opgeleverd. Dit betekent zeker niet dat de andere twee methoden niet nuttig zijn. Toch lijken deze methoden het best tot hun recht te komen als aanvulling op de expertgerichte methode.

Het vaststellen van meest efficiënte methode

Voor het vaststellen van de meest efficiënte methode is de volgende subvraag geformuleerd: *welke methode van Schriver was het meest efficiënt?* Hierbij gaat het erom de methode te vinden waarbij zoveel mogelijk effect wordt gevonden bij de minste kosten en tijd. Met andere woorden waarbij de variabelen effectiviteit en kostenbesparing zo optimaal mogelijk ingezet worden.

De productgerichte methode is een snelle methode, waarbij de onderzoeker niet meer dan twee uur nodig heeft om de resultaten te verwerken. Het programma Microsoft Word waarmee de computeranalyse uitgevoerd is, hoefde in dit onderzoek niet aangeschaft te worden omdat het een bekend tekstverwerkingsprogramma is. De expertgerichte methode is relatief snel uit te voeren. De taalkundige checklist werd alleen door de onderzoeker doorlopen, dat kostte per folder een half uur tot drie kwartier. De drie experts konden in weinig tijd de checklist doorlopen, in ongeveer een half uur per folder. De doelgroepgerichte methode bleek in dit onderzoek een bewerkelijke en tijdrovende methode. Er ging al heel wat tijd overheen voordat de enquête ontwikkeld was en er toestemming was verkregen om de enquête af te nemen. Daarna heeft het nog ongeveer vier maanden geduurd voor een representatief respondentenaantal gerealiseerd kon worden. Daarnaast moesten de enquêtes verwerkt en geanalyseerd worden. De methode is qua materiaal ook kostbaar door alle enquêtes en enveloppen die gebruikt zijn en de tijd die het kostte om alle enquêtes in de enveloppen te plaatsen. Afgezien van het feit dat het realiseren van het respondentenaantal in dit onderzoek erg lang duurde en dit bij andere onderzoeken wellicht minder tijd in beslag zal nemen, blijkt deze methode mede door de resultatenverwerking de meest tijdsintensieve methode te zijn. De resultaten uit de doelgroepgerichte methode hebben een probleemopsporend karakter. De Jong en Schellens (1995) noemen vragenlijsten waarin met name gesloten vragen zijn opgenomen een toetsende methode en vragenlijsten met vooral open vragen probleemopsporend. Doordat er in de vragenlijst ook een aantal open vragen waren opgenomen en de vragenlijst nog niet eerder was afgenomen waardoor de mening van de patiënten nog niet eerder bekend was, neigen de resultaten meer naar een probleemopsporende methode. Het is nuttig om bij een uitgebreide evaluatie ook de mening van de doelgroep te weten, omdat men hier soms op interessante feiten kan stuiten.

Uit de vorige subvraag kwam naar voren dat de resultaten die verzameld worden met behulp van de doelgroepgerichte en expertgerichte methode zeer nuttig zijn bij de evaluatie van folders. Daarnaast zijn de productgerichte en de expertgerichte methode in korte tijd uit te voeren en mede daardoor worden bij deze methoden de minste kosten gemaakt. Het lijkt erop dat de expertgerichte methode het meest efficiënt is, deze methode kan dus vanuit kostenbesparend en resultatenverzamelend oogpunt het beste ingezet worden.

Uit het bovenstaande hoofdstuk komen verschillende aanbevelingen naar voren. Deze komen aan de orde in hoofdstuk 10 bij de aanbevelingen en discussie.

9 Conclusies

In dit hoofdstuk zijn de conclusies op de verschillende onderzoeksvragen kort en bondig weergegeven. Bij elke onderzoeksmethode staat er een kort inleidend stukje. Verder wordt het antwoord op de subvragen gegeven.

Ten eerste wordt er antwoord gegeven op de vraag: *voldoen de tien geëvalueerde folders betreffende technische leesbaarheid, taal op tekst-, alinea-, zins- en woordniveau, algemene aspecten, stijl en opbouw, eenvoud, vormgeving en inhoud aan de in de literatuur gestelde eisen en de verwachtingen van de doelgroep?*

Alle tien folders die met de productgerichte methode geëvalueerd zijn voldoen aan de **technische leesbaarheid** wat betreft zinslengte of zinscomplexiteit. Echter, de gemiddelde woordlengte of lexicale complexiteit bleek van negatieve invloed te zijn en in alle gevallen te resulteren in een moeilijk tot zeer moeilijk leesgemak. Van de vier folders die bij de andere methoden geëvalueerd zijn bleek dat de folder over de *EMG* het moeilijkst leesbaar is, gevolgd door de folder over de *MRI*. De folders voldoen volgens deze methode niet geheel aan de in de literatuur gestelde eisen.

Door middel van de taalkundige checklist werden de fouten op **tekst-, alinea-, zins-, of woordniveau** opgespoord. Elke geëvalueerde folder had minstens één fout op elk niveau. Op het woordniveau zijn in verhouding verreweg de meeste fouten gevonden. Na het vergelijken van de vier folders blijkt dat in de *EMG* folder bijna de helft van het totaal aantal fouten opgespoord is. Omdat er geen maatstaven of grenzen zijn met betrekking tot een acceptabele hoeveelheid taalfouten op de niveaus is het niet mogelijk om een waardeoordeel te verbinden aan de folders; de vraag of de folders voldoen aan de in de literatuur gestelde eisen kan dus niet beantwoord worden.

De vraag of de vormgeving, stijl en opbouw, eenvoud en inhoud van de folder voldoen is door de doelgroep op basis van meningen en door experts op basis van een checklist beantwoord. De doelgroep is niet gevraagd naar de algemene criteria. De experts hebben de *MRI* het beste beoordeeld als het gaat om de **algemene criteria**. Alle experts waren het bijvoorbeeld enigszins eens met de stelling dat de titel van de *CT* aangeeft wat de lezer kan verwachten, bij de *MRI* waren allen het helemaal eens met die stelling. Dit komt waarschijnlijk door het feit dat de *CT* verschillende onderzoeken behelst zoals de *CT* van de hersenen en de *CT* van het aangezicht. De titel is echter alleen 'CT-scan' Computer Tomografie. Dit gegeven houdt ook verband met het eerste item van deze lijst 'de titel dekt de gehele inhoud van de folder'. Daar waren twee van de drie experts het maar enigszins mee eens. De algemene criteria van de *CT* folder kunnen aanzienlijk verbeterd worden als de titel van de folder aangepast wordt of er een ondertitel aan wordt toegevoegd. De vier folders voldoen redelijk aan de in de literatuur gestelde eisen als het gaat om de algemene criteria.

De *CT* folder is door de experts het beste beoordeeld als het gaat om de **stijl en opbouw**. Opvallend is dat de experts de onderwerpen en zinnen bij de *MRI* en de *CT* in de juiste volgorde vinden staan, maar bij *EEG* en *EMG* juist niet. Een aantal respondenten (*CT* en *EMG*) gaf ook aan dat de informatie logischer ingedeeld kan worden. Volgens de deskundigen springen de instructies er bij geen van de folders uit. Wel vinden zij dat de kopjes in alle folders juist aangegeven zijn en dat deze kopjes onmisbaar zijn. De experts vinden dat sommige criteria wel goed naar voren en andere niet. Toch is opgemerkt dat in het bijzonder de stijl en de opbouw van de folders over de *EEG* en de *EMG* sterk verbeterd zal moeten worden en dat ook de *MRI* en *CT* folders niet geheel voldoen aan de in de literatuur gestelde eisen. Ook de respondenten die de folder over de *EMG* hebben gelezen zijn het minst tevreden over de stijl en opbouw. Over het algemeen zijn de respondenten het niet eens met het feit dat de folder zich persoonlijk tot hen richt. Het blijkt dat de informatie (vooral bij *CT* en *MRI*) wel duidelijk is, maar wel wat te beknopt (*CT* en *EMG*). Bij de *EMG* staat alles wel in de folder, maar uit de opmerkingen kan opgemaakt worden dat men door de beknopte beschrijvingen het soms moeilijk vindt de folder te begrijpen.

Met betrekking tot het aspect **eenvoud** zijn weinig fouten naar voren gekomen. Met name het verschil tussen de deskundigen valt op. De communicatiedeskundige heeft bij drie folders geen enkele fout kunnen ontdekken. De gezondheidsdeskundige en de onderzoeker verschillen weer erg op de punten die zij aangestipt hebben. De fout van de abstracte termen werd het meeste genoemd, de gezondheidsdeskundige vond er bijvoorbeeld in de *EMG* folder maar liefst zes. Op de meeste punten zijn de folders echter redelijk goed beoordeeld en voldoen zij aan de in de literatuur gestelde eisen. De respondenten weten goed welke stukken in de folder belangrijk voor ze zijn. Toch hebben de lageropgeleiden aantoonbaar meer moeite om de folders (in het algemeen) te begrijpen, dit geldt met name voor de folder van de *EMG*. Men gaf aan dat de instructies duidelijk genoeg zijn, bij de *EMG* zijn ze het minst duidelijk van de vier folders. Sommige mensen hebben nog wel vragen na het lezen van de folder, ook dit geldt ook weer met name voor de *EMG*. De folders over de *MRI*, *CT* en *EEG* lijken te voldoen aan de verwachtingen van de doelgroep en de folder over de *EMG* niet.

De experts zijn van mening dat de folders op het aspect **vormgeving** niet veel verschillen. Gezien het gegeven dat de folders voor een groot deel dezelfde opmaak hebben is deze beoordeling heel aannemelijk. De voorkant en de kleuren zijn het slechtst beoordeeld. Ook vinden de deskundigen dat de opsommingen of groepen feiten niet overzichtelijk zijn aangebracht, dit geldt overigens niet voor de *CT*-folder. De voorkant en de kleuren van de folders hebben een erg lage beoordeling. De folders voldoen niet aan de in de literatuur gestelde eisen. De respondenten hebben het aspect vormgeving het laagste beoordeeld. Uit de resultaten en de opmerkingen blijkt dat veel mensen afbeeldingen en foto's missen in de folders. De *CT*-scan heeft een aantoonbaar lager rapportcijfer dan de rapportcijfers van de *MRI* en de *EMG*. De letters zijn over het algemeen groot genoeg voor de respondenten. Verder waren er redelijk wat opmerkingen over het formaat van de *CT* en de *MRI* en over de kleuren, voorkant en saaie vormgeving van de folders. Opnieuw kwam de folder van de *MRI* hier het beste naar voren, maar alle folders voldoen qua vormgeving niet geheel aan de verwachtingen van de doelgroep.

De beoordelingen op het aspect **inhoud** zijn per folder tamelijk verschillend. Daarnaast blijkt dat de deskundigen een enkele keer van mening verschillen over een feit of een punt wel of niet in de folder staat. Het grootste gedeelte van de criteria die genoemd worden in de lijst komt niet in de folders voor, waarbij men in de *EMG*-folder slechts 1/3 van de criteria teruggevonden heeft. De experts hebben aan het aspect inhoud de laagste rapportcijfers toegekend. Het gemiddelde rapportcijfer voor de inhoud van de vier folders is onvoldoende; de *MRI* en *EMG* hebben het laagste rapportcijfer gekregen. Toch kan niet expliciet gesuggereerd worden dat de folders slecht beoordeeld zijn op de inhoud. Er zal eerst in samenwerking met de doelgroepexpert bekeken moeten worden of het noodzakelijk is dat enkele ontbrekende items opgenomen worden in de folders. De folders voldoen niet geheel aan de in de literatuur gestelde eisen. De respondenten denken anders over het aspect inhoud, het gemiddelde rapportcijfer op dit aspect is het hoogste van de drie aspecten waar zij een oordeel over konden geven. Toch is het gemiddelde rapportcijfer van de *CT* aantoonbaar lager dan die van de *MRI* en de *EMG*. Uit een eerdere vraag wat men van de hoeveelheid informatie in de folder vindt, bleek al dat 1/4 van de respondenten (*CT*) vindt dat er te weinig tot veel te weinig informatie in de folder staat. Ook uit de opmerkingen blijkt dat de respondenten uitgebreidere informatie verwachten. Uit de gemiddelde resultaten van alle folders komt naar voren dat de vragen over de instructies boven de rest van de vragen uitstijgen. De respondenten vinden de instructies duidelijk en gemakkelijk uitvoerbaar. Mensen hebben nog wel vragen na het lezen van de folder, met name bij de *MRI* (te danken aan het hoge respondentenaantal) zijn er veel nuttige opmerkingen gemaakt over punten die de respondenten in de folder missen. In het algemeen hadden veel respondenten opmerkingen over de afbeeldingen, 14 % van de respondenten komt uit zichzelf met de opmerking dat hij/zij afbeeldingen in de folder mist en het grootste gedeelte motiveert ook waarom. De folders voldoen dus voor een deel aan de verwachtingen van de doelgroep, waarbij de *MRI* het meest aan de verwachtingen van de doelgroep voldoet en de *EMG* het minste.

De tweede onderzoeksvraag die ingaat op de praktische relevantie van het onderzoek is als volgt geformuleerd: *hoe ziet de informatieverstrekking eruit en hoe wordt de aangeboden informatie door de doelgroep gebruikt?*

Uit de resultaten blijkt dat het verschilt per afdeling of de respondenten een gesprek naast de folder hebben gekregen over het onderzoek. Meer dan de helft van de respondenten kreeg geen gesprek. In dit geval is de folder dus noodzakelijk voor een goede voorbereiding en een goed begrip van het onderzoek. De folder neemt in deze gevallen een zeer belangrijke plek in bij de informatievoorziening. Het blijkt daarnaast dat de respondenten de folder belangrijk vinden, gezien het feit dat ze hem meestal meteen lezen of in ieder geval in dezelfde tijdsperiode als dat ze hem gekregen hadden. Bijna alle respondenten hebben de folder dan ook helemaal gelezen. De meeste respondenten geven aan dat ze geen andere bronnen hebben gebruikt naast de folder. De twee redenen die hiervoor het meest genoemd werden zijn dat de respondent het onderzoek al eerder heeft gehad of dat de folder voor hem/haar volledig of duidelijk genoeg is. De bron die het meest ernaast wordt gebruikt zijn familie, vrienden of bekenden, 1 op de 7 de respondenten raadpleegt deze bron. Uit de resultaten blijkt dus dat de folder in veel gevallen onmisbaar is voor de respondent, zeker voor degenen die geen gesprek over het onderzoek gehad hebben. Het is dus duidelijk dat de geëvalueerde folders voor de doelgroep een prominente rol spelen en dat een goede leesbaarheid onontbeerlijk is.

De derde onderzoeksvraag die ingaat op de praktische relevantie van het onderzoek is als volgt geformuleerd: *zijn de variabelen leeftijd, geslacht en opleiding van de doelgroep van invloed op de beoordeling van de folders?*

De variabelen leeftijd, geslacht en opleiding zijn soms van invloed op de beoordeling van afzonderlijke vragen. Met name de variabele geslacht heeft invloed op de beoordeling. Vrouwen zijn aantoonbaar positiever over de vormgeving en de stijl en opbouw van de folders. Daarnaast weten zij beter aan wie zij een vraag moeten stellen en hebben zij minder vragen dan de mannen na het lezen van de folder. Wat verder blijkt is dat de mensen die alleen middelbare school hebben gevolgd, sommige delen in de folder vaker moeten lezen om ze te begrijpen en dat deze groep meer moeite heeft met het inschatten welke stukken tekst in de folder belangrijker voor ze zijn. De mensen die hoger opgeleid zijn vinden de folder wat minder verzorgd. Er zijn verder geen noemenswaardige verschillen gevonden bij de variabele opleiding. De leeftijd heeft op weinig vragen invloed gehad. Verder zijn er geen verschillen gevonden op gemiddelden van rapportcijfers of gehele aspecten. Alleen de variabele geslacht heeft dus veel invloed gehad op de beoordeling van de folders.

De vierde onderzoeksvraag gaat in op de theoretische relevantie van het onderzoek en behandelt de volgende vraag: *op welke manier kunnen de pretestmethoden van Schriver (1989) ingezet worden om de meest effectieve resultaten bij het (systematisch) evalueren en optimaliseren van voorlichtingsfolders te verkrijgen?* Hieronder wordt stapsgewijs ingegaan op de vier subvragen die deze onderzoeksvraag uitsplitsen.

4.1. Komen de resultaten van de drie verschillende evaluatiemethoden overeen?

Alle vijf onderzoekstechnieken komen tot dezelfde folders die op het gebied van de begrijpelijkheid en eenvoud het beste (*CT en EEG*) en het slechtste (*MRI en EMG*) geschreven zijn. Uit een vergelijking tussen de constructen van de doelgroepgerichte methode en de constructen van de expertgerichte methode blijkt dat beide methoden laten zien dat de *EMG* het slechtste beoordeeld is. Toch zijn de experts het meest positief over de *CT*, terwijl de *MRI* het beste naar voren komt bij de doelgroep. De resultaten komen dus voor een groot deel overeen, maar er zijn ook enkele verschillen op te merken. Het voornaamste verschil is te vinden bij de *CT* folder. De doelgroep is in verhouding minder tevreden over deze folder dan de experts. Slechts op het gebied van de begrijpelijkheid en eenvoud is de congruente validiteit tussen de methoden dus helemaal gewaarborgd, ook al concurreren de onderzoekstechnieken niet geheel.

4.2. Van welke methode van Schriver (1989) zijn de meest concrete resultaten verkregen?

In dit onderzoek is uitgegaan van formatieve evaluatie, waarbij de probleemopsporende functie voorop staat en het implementeren van verbeteringen het uiteindelijke doel is. In dit kader hiervan kan er vanuit gegaan worden dat de expertgerichte methode de meeste problemen aan het licht heeft gebracht en dat ook zal doen bij toekomstige evaluatietrajecten. Alle fouten die denkbaar zijn kunnen aangegeven worden in de taalkundige checklist. De voorlichtingskundige checklist behandelt de overige aspecten van de folders. Met name het gebruiken van de inhoudscriteria kan voor een forse verbetering zorgen bij het implementeren van de folders. De doelgroepgerichte methode is een zeer waardevolle aanvulling op de resultaten, maar deze methode brengt niet alle problemen en gaten op inhoudsniveau en taalniveau in de folders aan het licht. Een pluspunt van deze methode zijn de opmerkingen en tips die de respondenten geven. Daarnaast is er waardevolle achtergrondinformatie over het leesgedrag en de informatieverstrekking in kaart gebracht. De productgerichte methode lijkt een nuttige aanvullende methode te zijn. Aan de betrouwbaarheid van de resultaten uit deze methode hoeft niet getwijfeld te worden omdat de uitkomsten rechtlijnig zijn. De methode bleek in dit onderzoek een bevestiging te zijn van de resultaten verkregen uit de taalkundige checklist. De rangschikking van de folders door de beoordeling van de experts en doelgroep komt overeen met de resultaten uit de productgerichte methode. Toch lijken er zeer weinig concrete problemen door deze methode aan het licht te kunnen worden gebracht. De expertgerichte methode lijkt dus de meest concrete resultaten voort te brengen.

4.3. Welke methode van Schriver was het meest efficiënt?

De productgerichte en de expertgerichte methode waren allebei snel uitvoerbaar en redelijk makkelijk in gebruik en verwerking. De kosten qua uurloon zijn dus niet hoog. Ook de kosten voor het materiaal zijn minimaal. De doelgroepgerichte methode vergde aanzienlijk meer tijd en materiaalkosten. De productgerichte en expertgerichte methode zijn dus het meest efficiënt gebleken.

In de discussie en aanbevelingen wordt ingegaan op de vierde subvraag; hoe de drie evaluatiemethoden optimaal ingezet kunnen worden bij het evalueren van voorlichtingsfolders.

10 Discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk staat de nabeschuiving naar aanleiding van de gevonden resultaten en de daaruit voortgevloeide conclusies centraal. Eerst worden de aanbevelingen op een rij gezet, daarna worden enkele punten uit het onderzoek ter discussie gesteld. De aanbevelingen worden uitgesplitst, ten eerste worden aanbevelingen genoemd die zich richten op het werkveld van dit onderzoek; de folders van het Bureau Patiëntenvoorlichting in het Slingeland Ziekenhuis en de wijze van distributie van de folders in het SZ. De tweede soort aanbevelingen stijgen uit boven dit niveau en strekken zich uit naar het algemene veld van bureaus, stichtingen en individuen die patiëntenvoorlichtingsfolders willen evalueren. Er worden enerzijds aanbevelingen gedaan over hoe de methoden in de praktijk toe te passen, anderzijds aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Daarnaast worden de verschillende methoden bediscussieerd. Bij de laatste twee soorten aanbevelingen komt naast het breder gebruik van de in dit onderzoek ontwikkelde instrumenten de wetenschappelijke relevantie van het onderzoek naar voren.

Optimalisering van de folders

Met betrekking tot de implementatie van verbeterpunten in de folders kunnen een aantal aanbevelingen genoemd worden. Uit de conclusies blijkt dat de kwaliteit van de technische leesbaarheid van de folders op een punt kan verbeteren. Het blijkt dat een veel te hoog aantal woorden een te groot aantal lettergrepen heeft. Ook met het oog op de resultaten uit de taalkundige checklist is het zeer belangrijk dat de folders op taalkundig gebied gewijzigd worden. Dit geldt met name voor de folders over de *EMG* en de *MRI*. In de taalkundige checklist die voor elke folder zijn ingevuld staan de fouten een voor een aangegeven, deze punten kunnen zo aangepast worden. Op inhoudsniveau zijn er ook een aantal concrete aanbevelingen. Een aantal respondenten heeft aangegeven welke informatie wordt gemist in de folder. Deze punten kunnen samen met de belangrijke punten die gemist worden bij de inhoudscriteria in de voorlichtingskundige checklist voorgelegd worden aan een deskundige op het gebied van de betreffende neurologie- en radiologieonderzoeken. Op basis van de expertise van deze deskundige kan besloten worden in hoeverre de folders op deze punten aangepast moeten worden. De doelgroep heeft behoefte aan plaatjes of foto's van het onderzoek en/of het apparaat waarmee het onderzoek uitgevoerd wordt. Het gebruik van illustraties wordt vaak in de literatuur aanbevolen en het blijkt in dit onderzoek dat de doelgroep (ook van de afdeling Radiologie) hier ook behoefte aan heeft. Uit een literatuuronderzoek van Adamo, Jacobs en Mokkink (2000) in Pos en Bouwens (2003) werd gevonden dat illustraties mogelijk de kennisoverdracht kunnen versterken.

De punten op de inhoudschecklist die niet in de folders terug te vinden zijn moeten kritisch worden bekeken. Een aantal punten zal ter discussie staan, hierbij komt de vraag op of het toevoegen van bepaalde informatie het leesgemak zal vergroten, informatiebehoefte zal bevredigen en/of het op gemak voelen van de lezer versterkt. Er is in de literatuur niets gevonden over normen wat er wel en niet in een folder moet staan. Handboek coördinator patiëntenvoorlichting (1995) vermeldt het volgende: 'op dit moment zijn er nog geen normen of richtlijnen over welke risico's en complicaties er nu wel in een folder vermeld moeten worden en welke niet. In een aantal ziekenhuizen werkt men experimenteel met een 1% of 5 % norm. Het is vooral de waarschijnlijkheid die telt voor de patiënt: hoe waarschijnlijk is het dat het mij treft. Hierbij is de vraag op welke cijfers men zich baseert voor het berekenen van waarschijnlijkheidspercentages: op internationale, nationale of cijfers van het betreffende ziekenhuis? Het is moeilijk om een duidelijke grens te stellen voor welke risico's wel en welke niet moeten worden vermeld.' De informatie is al verouderd, maar in de nieuwe literatuur is hier geen informatie over gevonden. Aanbevolen wordt om vervolgonderzoek te doen naar de bijbehorende normen en eisen van de informatie die in een folder thuishoort. Wellicht kunnen instanties die deze normen en eisen ontwerpen en instanties die zich bezighouden met patiëntenvoorlichting hieraan medewerking verlenen.

Informatiebehoefte- en verstrekking

De schriftelijke informatieverstrekking op de polikliniek van neurologie en op de afdeling radiologie is volgens de patiënten goed. Zij lezen de folder vaak meteen als zij hem krijgen en zijn veelal tevreden met de (hoeveelheid) informatie in de folder. Echter, het afnemen van de enquête op de verpleegafdeling van neurologie wierp geen vruchten af. Na weken van opnieuw onder de aandacht

brengen van de enquêtes waren er slechts één onbruikbare en drie bruikbare enquêtes ingevuld. Na overleg is besloten om te stoppen met het afnemen van de enquêtes op deze afdeling. Het voornaamste punt waarop dit mis ging was de verstrekking van folders. Het blijkt dat de patiënten op de verpleegafdeling niet consequent een folder ontvangen als zij een onderzoek krijgen. Daarnaast twijfelden de verpleegkundigen aan het vermogen van patiënten om een dergelijke enquête in te vullen. Het wijzen op de mogelijkheid om de enquête door bijvoorbeeld een partner in te vullen, bleek ook niet te resulteren in een hoger responsaantal. Verder onderzoek zou moeten uitwijzen hoe het verstrekken van folders op verpleegafdelingen in zijn werk gaat en hoe de behoefte van de patiënten is met betrekking tot het lezen van een folder bij het krijgen van een onderzoek. Een aanbeveling voor de medewerkers van bureau patiëntenvoorlichting is om dit feit verder uit te zoeken en te zoeken naar wellicht een andere vorm van communicatie. Hierbij zou gedacht kunnen worden aan aangepaste folders met voornamelijk illustraties. Illustraties zijn duur. Toch zijn ze voor de meeste teksten onontbeerlijk. In vergelijking met tekst kost het de lezer veel minder moeite om de illustratie te verwerken. Ze trekken de aandacht van de lezers, zeggen soms meer dan duizend woorden en kunnen de gevoelens van de lezers bespelen. Daarvoor moeten ze wel aan twee voorwaarden voldoen: relevantie en aantrekkelijkheid (Hoeken, 1998).

Het evalueren van patiëntenfolders buiten het werkveld van het Slingeland Ziekenhuis

Het pretestonderzoek kent vele mogelijkheden (een aantal mogelijkheden zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten), beperkingen en varianten. Een aantal mogelijkheden zijn besproken en geëvalueerd in deze scriptie. Hierbij zijn alle voor- en nadelen van de methodes zoals die ondervonden werden in dit onderzoek toegelicht. De expertgerichte methode bleek het prettigst en snelst werkbaar en de resultaten bleken het beste implementeerbaar. Toch zal de keuze voor een pretestmethode in een evaluatietraject en in een bepaalde werkomgeving van verschillende factoren afhangen. De keuze voor soort en vorm van pretestonderzoek is volgens Schumacher en Waller (1985) afhankelijk van:

- | | |
|---|-----------------------------|
| a) de beschikbare tijd | d) de beschikbare financiën |
| b) de bruikbaarheid van de resultaten | e) de reproduceerbaarheid |
| c) doelstelling van opdrachtgevers/voorlichters | f) de validiteit |

In het onderzoek is gevonden dat er nog een factor toegevoegd kan worden, namelijk: de beschikbaarheid van experts. Een aantal van minimaal drie is minimaal nodig, om zo te analyseren of de antwoorden van deze experts met elkaar overeenkomen. De factoren beschikbare tijd en beschikbare financiën behoeven verder geen uitleg. De bruikbaarheid van de resultaten is een punt wat al is aangekaart in de vraag hierboven. Hierbij speelt ook de vraag hoe grondig het onderzoek geëvalueerd geacht wordt. Dit criterium raakt dus aan de doelstelling van de opdrachtgevers en de voorlichters. De reproduceerbaarheid is afhankelijk van de mate waarin herhaalde metingen van hetzelfde concept dezelfde resultaten laten zien. De validiteit wordt gewaarborgd door een goede operationalisering van de onderzoeksvraag: meten we inderdaad wat we willen meten? Deze twee begrippen komen nog aan de orde als de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek aan de orde komt aan het eind van dit hoofdstuk.

Er wordt nu ingegaan op de vierde subvraag van de laatste onderzoeksvraag, die tevens een aanbeveling is voor mensen die met deze methoden willen gaan werken. De subvraag luidt als volgt: *op welke manier kunnen de drie evaluatiemethoden optimaal ingezet worden bij het evalueren van voorlichtingsfolders?*

De resultaten van de methoden blijken voor een groot deel overeen te komen, met name de resultaten met betrekking tot de eenvoud en begrijpelijkheid laten in alle methoden vrijwel hetzelfde zien. Uit de expertgerichte methode zijn de meest effectieve resultaten behaald, maar de doelgroepgerichte methoden laten meer achterliggende problemen zien die de respondenten aan het licht gebracht hebben. Uit het onderzoek blijkt dat alle methoden een nuttige aanvulling bieden op de andere methoden. Voor een formatieve evaluatie waarbij er snel hiaten en fouten opgespoord moeten worden wordt de expertgerichte methode aanbevolen, met als eventuele aanvulling de productgerichte methode. Voor het opsporen van problemen die experts niet kunnen voorzien is de doelgroepgerichte methode een goede keuze. Toch zal deze methode aanvullend gebruikt moeten worden, omdat uit dit

onderzoek blijkt dat de doelgroepgerichte methode onvoldoende valide resultaten meet. Zoals Lentz en Pander Maat (1992) ook al aangaven blijkt dat de gemiddelde lezer ‘metalinguïstisch te kort komt om een hoge kwaliteit van feedback te geven en problemen met de inhoud, coherentie en paragrafen te identificeren’ (van Baal, 2005). De integratie van de methoden is aanbevolen zodat de evaluatieresultaten getoetst kunnen worden. Bij een formatieve evaluatie is de expertgerichte methode de beste evaluatiemethode, omdat er veel details over fouten op alle niveaus naar voren komen. De doelgroepgerichte methode is een belangrijke aanvulling op de expertgerichte methode. De productgerichte methode kan deels dienen als een controle op de resultaten (met name op de resultaten van de taalkundige checklist), waarbij de vraag wordt gesteld of de folders daadwerkelijk moeilijk te lezen zijn en wat de invloed van de woorden en zinnen hierop is.

Voor het gebruiken in de praktijk worden nu nog enkele handvatten aangereikt voor de methode waar volgens de onderzoeker de meest effectieve resultaten uit zijn gehaald. Het vinden van fouten door middel van de taalkundige checklist ging gemakkelijk en lijkt effectief te zijn. Uit de resultaten blijkt dat er met deze checklist veel fouten gevonden kunnen worden. Ook voor mensen die zich niet gespecialiseerd hebben in taal is het werken met deze checklist niet moeilijk. Een aantal begrippen in de checklist zijn uitgewerkt en omschreven. Daarnaast staan er voorbeelden van fouten bij. De ruimte achter de criteria geeft de mogelijkheid om details over de gevonden fouten op te schrijven. Het nadeel is dat dit een tijdrovende klus kan zijn. Een manier om tijd te winnen is de tekst te kopiëren, de gevonden fouten aan te strepen in de tekst en daar een voetnoot van maken. In de checklist wordt vervolgens de voetnoot bij het desbetreffende criterium neergezet.

Het raadplegen van experts door middel van de voorlichtingskundige checklist bleek goed te werken. De experts waren het op een groot aantal gebieden met elkaar eens. De checklist was over het algemeen heel goed toepasbaar door de drie experts. Zij hadden geen vragen bij het lezen van de instructie en bij het invullen van de vragen. Het eerst beoordelen van de inhoud, de manier die als tip werd meegegeven, sprak hen aan. Door eerst aan te vinken welke feiten er in de folder staan is de folder al een keer uitgebreid doorgelezen, dit is dan ook makkelijker bij het beoordelen van de items op de andere aspecten. Sommige items vonden zij wat moeilijker te beoordelen, dit hebben zij ook aangegeven op de checklisten. Deze items zijn aangepast zodat deze mogelijke knelpunten ook uit de weg zijn. Bij de implementatie van de verbeteringen kunnen er opnieuw punten opgeschreven worden met het doel deze aan de doelgroepdeskundige voor te leggen. In een halfopen interview kan de lijst zoals die in bijlage 4 opgesteld is aan de orde komen en worden wijzigingen en aanvullingen besproken. De inhoud van de folder moet overeen komen met de werkelijkheid zoals de patiënt die kan ervaren. Wanneer in de folder een bepaald onderzoek wordt beschreven en er gebeurt iets anders, dan wordt de patiënt onzeker en vertrouwt het niet meer. Daarbij moet het feit in het achterhoofd gehouden worden dat voor de meeste mensen gedrukte tekst als onvoorwaardelijk wordt gezien. Het staat geschreven en gedrukt, dus is het zo. De doelgroepdeskundige kan na het implementeren van alle punten indien nodig nog eenmaal het concept bekritisieren. Na deze stap kunnen de folders definitief geoptimaliseerd worden.

Beperkingen van het onderzoek

Er wordt nu op de beperkingen per methode en de pogingen in het onderzoek om deze beperkingen zoveel mogelijk te minimaliseren ingegaan.

Er is door onderzoekers veel kritiek geleverd op de expertgerichte methode. Een deel van de kritiek is al behandeld in hoofdstuk 3. In het licht van dit onderzoek wordt de kritiek nogmaals besproken, waarbij meteen de beperkingen van het onderzoek naar voren komen. De Jong en Schellens (1995) beschouwen het volgende met betrekking tot de voorlichtingskundige checklist in dit onderzoek: ‘de waarde van een checklist als pretest instrument hangt af van de mate waarin een herschrijver zich bij het doorlopen van de aandachtspunten kan inleven in de doelgroep en de communicatieve situatie. Als een checklist bijvoorbeeld de eis bevat dat alle moeilijke termen voldoende toegelicht moeten zijn, gaat het om de vraag of hij een goede inschatting kan maken van de vereiste toelichting.’ Met deze opvatting is rekening gehouden in het opstellen van de checklist. In de pretest en in de daadwerkelijke evaluatie kwamen nog enkele punten naar voren waar de experts geen goede inschatting van konden

maken. Deze punten zijn waar mogelijk aangepast, zodat men er minder hinder van zal ondervinden in volgende evaluaties. Daarnaast zijn de begrippen zo goed mogelijk gedefinieerd. Elling en Lentz (2003) stellen dat er al veel onderzoek is gedaan naar de vraag in hoeverre experts lezersproblemen kunnen voorspellen (in: Bouwmans, 2005). Het bleek dat de resultaten van deze onderzoeken vaak teleurstellend waren. Elling en Lentz noemen verschillende onderzoeken (De Jong & Lentz (1996); Lentz & De Jong (1997); Pander Maat (1996) waaruit blijkt dat experts niet meer dan 15% van de lezersproblemen voorspellen. In hetzelfde artikel geven Elling en Lentz (2003) echter aan dat er ook andere resultaten zijn gevonden, waarbij experts wel degelijk in staat waren om lezersproblemen aan te geven (zoals Dieli, 1986). Daar er uit de doelgroepgerichte methode geen duidelijke problemen aan het licht kwamen die de experts niet hadden kunnen voorspellen versterkt dit onderzoek de mening van Dieli en anderen. In dit onderzoek zijn de resultaten van de expertgerichte methode voor een deel nagenoeg gelijk aan de doelgroepmethode, bij beide methoden kwamen bijvoorbeeld dezelfde folders naar voren die qua eenvoud en begrijpelijkheid beter geschreven zijn dan de andere folders. De expertgerichte methode bracht meer inhoudsproblemen aan het licht dan de doelgroepgerichte methode. Een aantal kleine punten, zoals enkele vragen die de doelgroep stelde over of er bepaalde voorwerpen mee de onderzoeksruimte in mochten, hadden de experts niet kunnen voorspellen. Uit het raadplegen van de doelgroep kwam naar voren dat zij illustraties belangrijk vinden, wat in de literatuur al naar voren kwam.

Elling en Lentz (2003) hebben uiteengezet dat de verschillen van de bevindingen tussen de bovengenoemde onderzoeken ten eerste zijn te verklaren door het wel of niet gebruiken van een beoordelingsinstrument (bijvoorbeeld een checklist) bij het beoordelen van een tekst. Als er geen checklist wordt gebruikt, is het moeilijker om te zien of de beoordelingen van de verschillende methodes overeen komen of niet. Ten tweede zijn de verschillen te verklaren door de methodiek die wordt gebruikt om vast te stellen of er sprake is van een correcte voorspelling. Zo is Cohen's Kappa een goede maat om de tussenbeoordelingsovereenstemming uit te rekenen. Als gewerkt wordt met een zeer beperkte steekproefomvang, kan dat een bedreiging betekenen van de betrouwbaarheid, tenzij verondersteld mag worden dat de oordelen van verschillende deskundigen (van één soort) sterk overeenkomen. Maar de resultaten van onderzoek tot nu toe wijzen niet in die richting. In dit onderzoek kwamen de oordelen tamelijk sterk overeen, bij sommige aspecten meer dan andere. Ten derde is het belangrijk te realiseren welke analysemethode is toegepast.

In de doelgroepgerichte methode waarbij in dit onderzoek een enquête is ingezet kan men te maken krijgen met diverse soorten validiteitsbedreigers. Veel hangt hier af van de concreetheid van de vragen en de antwoordcategorieën. De vragen moeten in ieder geval eenduidig zijn, passen binnen het referentiekader van de proefpersonen en niet-suggestief zijn (De Jong en Schellens, 1995). Hiermee is zoveel mogelijk rekening gehouden in het ontwerpen van het instrument. Problemen met validiteit doen zich vooral voor bij vragen met psychische en sociale aspecten. Respondenten vullen eerder een sociaal wenselijk antwoord in. Bij het verwerken van de resultaten is gebleken dat een aantal respondenten eerlijk opschreven wat ze van de folder vonden. Toch vinden zij het moeilijk om hun eerlijke mening te geven: dit blijkt bijvoorbeeld uit opmerkingen als: *'misschien is het goed als er een heel klein beetje kleur bij komt.'* Naast sociale wenselijkheid zijn er andere vormen van validiteitsbedreigers die bij deze methode een rol kunnen spelen, zoals beperkingen in het beoordelingsperspectief van de proefpersonen, invloed van het onderzoeksmateriaal en onvolledigheid en slechte interpreteerbaarheid van de antwoorden. Deze problemen worden beperkt met de vragenlijst omdat deze zorgvuldig samengesteld en gepretest is. Op die manier konden onvolkomenheden en onbegrijpelijkheden worden opgespoord en verholpen. Hierdoor kan de invloed van bovengenoemde factoren enigszins worden beperkt.

De leesbaarheidsformules zijn gehanteerd om de moeilijkheidsgraad van een tekst vast te stellen. De voordelen van deze formules hebben betrekking op de betrouwbaarheid en de uitvoerbaarheid. Leesbaarheidsformules kunnen niet als serieuze pretestmethoden voor de voorlichtingspraktijk worden beschouwd. De belangrijkste reden hiervoor is de twijfelachtige validiteit (De Jong en Schellens 1995). Als een aanvullende methode om te verifiëren is de leesbaarheidsformule wel een goede keus. In het onderzoek is de leesbaarheid ook door de taalkundige checklist gemeten. Wortel en

Geus (1988) hebben aanbevolen om begrijpelijkheid te operationaliseren in specifieke testvragen en algemene beoordelvragen. De resultaten verkregen op basis daarvan bleken een specifieke en objectieve indicatie voor begrijpelijkheid te zijn, wat in dit onderzoek ook naar voren kwam. De testresultaten van de leesbaarheidstoetsen en de taalkundige checklist kwamen voor zover mogelijk te analyseren was overeen.

De meeste beperkingen en validiteitsbedreigers die in dit onderzoek een rol speelden zijn hierboven genoemd. Ook de pogingen om deze beperkingen en bedreigers te minimaliseren zijn aan de orde gekomen. Mede door het goed uitpakken van de congruente validiteit lijkt het erop dat de drie methoden een (tamelijk) betrouwbaar beeld hebben geschetst van de tekortkomingen in de geëvalueerde folders.

Tot slot

In dit onderzoek zijn de drie pretestmethoden van Schriver (1989) zoveel mogelijk uitgediept. Er is getracht een zo goed mogelijk beeld te schetsen van de voor- en nadelen van elke methode zoals die in dit onderzoek naar voren kwamen. De methoden bleken effectief te zijn bij het evalueren van de patiëntenvoorlichtingsfolders. Er is een goed beeld gevormd van de staat van de geëvalueerde folders en er zijn aanknopingspunten gevonden voor optimalisatie van deze folders. In vervolgonderzoek is het wellicht interessant om nog meer onderzoekstechnieken die onder deze methoden vallen te gebruiken in de praktijk en te vergelijken met elkaar.

Ten behoeve van dit onderzoek zijn twee nieuwe checklisten ontworpen en een enquête voor het evalueren van de folders met behulp van de doelgroep. Deze instrumenten lijken waardevol te zijn voor het evalueren van patiëntenvoorlichtingsfolders. Echter, aanbevolen wordt om nog meer vervolgonderzoek te doen in andere situaties en met andere folders zodat deze instrumenten als een volwaardige en valide onderzoeksmethode toegepast kunnen worden.

Referenties

- Abuksis, G. et al. (2001). A patient education program is cost-effective for preventing failure of endoscopic procedures in a gastroenterology department. In: *The American Journal of Gastroenterology*. Vol. 96, no.6, 2001. Tel- Aviv.
- Adamo N., Jacobs, J. & Mekkink M. (2000). Schriftelijke patiëntenvoorlichting in de eerste lijn: effectief of niet. *Een literatuuronderzoek. Huisarts en Wetenschap*; 43 (10):434-437. In: Pos, S. & Bouwens, J. (2003). Patiëntenvoorlichting, een theoretische verkenning. Studie ten behoeve van de Nederlandse Hartstichting. *Afdeling Preventie en voorlichting, NIGZ*.
- Afdeling Kwaliteit & Organisatie (november 1999). Evaluatie WGBO vanuit het perspectief van de NVZ vereniging van ziekenhuizen. Grafische Dienst NZf, Utrecht.
- Baal, J. van (2005). Een tekstevaluatieschema getest. *Onderzoek naar de hanteerbaarheid, bruikbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van het Tekstevaluatieschema van Rodenburg & De Stadler (2001) op het onderdeel Tekst en Beeld*. Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen.
- Bernardini, C. (2001). *How to improve the readability of the patient package leaflet: a survey on the use of colour print size and layout*. In: pharmacological research, vol. 43, no.5 (2001) University of Perugia via Del Liceo, Italy.
- Berry, D. (2004). *Health Psychology. Risk, Communication and health psychology*. New York: Two Penn Plaza
- Boer, de M., Gaasbeek, I. & Noorlander, J. (1995). *Handboek Coördinator Patiëntenvoorlichting*. Landelijk Centrum GVO, instituut voor Gezondheidsbevordering en preventie.
- Bouwmans, E. (2005). Het tekstevaluatieschema onder de loep genomen. *Onderzoek naar de meningen van Nederlandse en Zuid-Afrikaanse tekstexperts over de betrouwbaarheid, validiteit, hanteerbaarheid en bruikbaarheid van het tekstevaluatieschema*. EPIDASA Project, Radboud Universiteit Nijmegen. Amsterdam.
- Brazil, K., Roberts J., Hode, M., VanderBend, DS. *Managing the transition from hospital to home for family caregivers of stroke survivors*. In: Wachters-Kaufmann, C., Schuling, J., The, H., and Meyboom-de Jong, B. (2004). *Actual and desired information provision after a stroke*. In: Patient education and counseling 56 (2005) 211-217. Elsevier.
- Brunnecker, J. (2003). Het dragen van therapeutische elastische kousen. Afstudeerscriptie, Brunssum.
- Butow, P. (1998). *Information booklets about cancer: factors influencing patient satisfaction and utilisation*. In: Patient education and counseling 33 (1998) pp 129-141
- Clark. Patient and spouse perceptions of stroke and its rehabilitation. *Int J Rehabil Res* 2000; 23:19-29. In: Wachters-Kaufmann, C., Schuling, J., The, H., and Meyboom-de Jong, B. (2004). *Actual and desired information provision after a stroke*. In: Patient education and counseling 56 (2005) 211-217. Elsevier.
- Coates V.E. (1999). *Education for patients and clients*. In Coates V.E. (1999) Education for patients and clients. New York: Routledge. (pp 1-26)
- Comerford, M. EdD, et al. (1999). Evaluation of the readability of ACOC Patient Education Pamphlets. *Elsevier science inc*. Vol. 93, no 5, part 1.
- Coolen, R. (1997). *Patiëntenvoorlichting interferon beta 1b beïnvloedt keuzeprocess*. Pharmaceutisch Weekblad, jaargang 132 nr. 37. In: Pos, S. & Bouwens, J. (2003). Patiëntenvoorlichting, een theoretische verkenning. Studie ten behoeve van de Nederlandse Hartstichting. *Afdeling Preventie en voorlichting, NIGZ*.
- Cotugna N, Vickery CE, Carpenter-Haeefe K. (2005). Evaluation of literacy level of patient education pages in health-related journals. In: *Journal of community health*, vol. 30, no. 3, June 2005.
- Coulter A., Entwistle, V., and Gilbert, D. (1998). *Informing patients: an assessment of the quality of patient information materials*. London: King's Fund.
- Coulter A., Entwistle, V., Gilbert, D. (1999). Sharing decision with patients: is the information good enough? In: *British Medical Journal* 1999; 318:318-322.

- Damoiseaux, V. Molen, van der H.T., Kok, G.J. (red.) 1993). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum.
- Damoiseaux, V. (1988). Patiëntenvoorlichting, een nadere begripsbepaling. In: V. Damoiseaux en A. Ph. Visser: *Patiëntenvoorlichting, een interdisciplinaire benadering*. Assen: Van Gorcum.
- Damoiseaux, V. & Visser, A. Ph. (1988). *Patiëntenvoorlichting, een interdisciplinaire benadering*. Assen: Van Gorcum.
- Davis, T., Fredrickson, D., Arnold, C., Murphy, P.W., Herbst, M. et al. (1998). A polio immunization pamphlet with increased appeal and simplified language does not improve comprehension to an acceptable level. *Patient education and counselling* 33 (1998) 25-37
- Deelstra, H. et al (2001) Ontwikkelingen Wetenschappelijk Onderzoek. Landelijk Kenniscentrum-LVG, Ermelo.
- Dekkers, F. (1981). *Patientenvoorlichting: de onmacht en de pijn*. Baarn:: Uitgeverij Ambo b.v.
- Dieli, M. (1986). *Designing successful documents: an investigation of document evaluation methods*. Diss. Carnegie-Mellon University. Pittsburgh
- Dumas, J.S. & Redisch, J.C. (1993). *A practical guide to practical testing*. Norwood, NJ: Ablex.
- Elling, S., & Lentz, L. (2003). De voorspellende kracht van het CCC-model. *Tijdschrift voor Taalbeheersing*, 25, 221-235.
- Eyles, P., Skelly, J., and Schmuck, M.L. (2003). *Evaluating patient choice of typeface style and font size for written health information in an outpatient setting*. In: Clinical effectiveness in nursing, volume 7, issue 2, pp 94-98.
- Fagermoen, M.S. en Hamilton, G. (2002). Preparing patients for urological surgery. In: *International journal of nursing studies* 40 (2003) pp 281-290
- Flagg, B. N. 1990. *Formative evaluation for educational technologies*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.
- Freda, M.C. (2004). Issues in patient education. In: *Journal of midwifery & women's health*. Elsevier, Inc.
- Freda, M.C. (2005). The readability of American Academy of Pediatrics patient education brochures. In: *Journal of Pediatric Health Care*, Volume 19, Issue 3, May-June 2005, Pages 151-156
- Gelmers, H.J. (1993). *Leerboek neurologie voor verpleegkundigen*. Assen: Van Gorcum.
- Grissom SP, Dunagan L. (2001). *Improved satisfaction during rehabilitation after hip and knee arthroplasty: a retrospective analysis*. Am J Psys Med Rehabil 2001; 80:798-803
- Gwadry-Sridhar, F., Guyatt, G.H., Arnold, J., Massel, D., Brown, J. et al. (2003). Instruments to acceptability of information and acquisition of knowledge in patients with heart failure. *Division of cardiology, London health sciences centre, London, Canada*. In: *the European journal of heart failure*, Elsevier.
- Hoeken, H. (1998). *Het ontwerp van overtuigende teksten. Wat onderzoek leert over de opzet van effectieve reclame en voorlichting*. Bussum: Coutinho.
- Institute of Medicine (2001). *Envisioning the national health care quality report*. Washington, DC: National Academies Press.
- Intranet Slingeland Ziekenhuis. Communicatieplan; wat bedoel je? Juli 2003.
- Intranet Slingeland Ziekenhuis. Personeel en organisatie Slingeland Ziekenhuis. Introductiegids voor nieuwe medewerkers. Laatst bijgewerkt in Maart 2005.
- Johansson, K, Salanterä, S, Katajisto, J, and Leino-Kilpi H. (2003). Written orthopaedic patient education materials from the point of view of empowerment by education. In: *Patient education and counselling* 52 (2004) 175-181 Elsevier Science Ireland Ltd.
- Jong, M. De, & Vroom B. (1991). De pretest in het licht van effectieve communicatie. In: Jong, M. de & Schellens, P.J. (1995) *Met het oog op de lezer. Pretestmethoden voor schriftelijk voorlichtingsmateriaal*. Amsterdam: Thesis Publishers
- Jong, M. de & Schellens, P.J. (1995). *Met het oog op de lezer. Pretestmethoden voor schriftelijk voorlichtingsmateriaal*. Amsterdam: Thesis Publishers

- Jong, M.D.T. de, L.R. Lentz & Zeelen, I. (1995). Kunnen professionele tekstschrjvers voorspellen wat er uit een pretest komt? *Tijdschrift voor taalbeheersing*, 17, 105-122
- Kanthers, H.W. en Wieberdink, L.A.M. (1990). Pretesten van schriftelijk voorlichtingsmateriaal: een handleiding voor de praktijk. Rijswijk: Uitgeverij Projecten Gezondheidsbevordering
- Kanouse, D.E., and Hayes-Roth, B. (1980), *Cognitive considerations in the design of product warnings*, in Morris, L. A., Michael, B. M. and Barofsky, I. (eds) Product Labeling and Health Risks: Banbury Report 6. Cold Spring Harbor NY, Cold Spring Harbor Laboratory, 165-183.
- Kirsch, I., Jungeblut, A., Jenkins, L., and Kolstad, A. (1993). *Adult literacy in America: a first look at finding of the national adult literacy survey*. Washington, DC: National Center for education statistics, US Department of education; 1993
- Klare, G.R. (1976). A second look at the validity of readability formulas. In: *Journal of reading behavior*, 8, 129-52.
- Korzilius, H. (2000). *De kern van survey-onderzoek*. Assen: van Gorcum.
- Kruse, A.Y., Kjaergard, L.L, Krogsgaard, K. Gluud, C. Mortensen, and E. Gottschau, et al. (2000). A randomized trial assessing the impact of written information on outpatients' knowledge about and attitude toward randomized clinical trials. *Controlled clinical trials* 21: 223-240. New York: Elsevier Science Inc.
- Kwaliteitsinstituut gezondheidszorg CBO in Utrecht (2002) De patiënt als spiegel van schriftelijke enquêtes als instrument om tevredenheid van patiënten/cliënten te meten. Handleiding voor beroepsorganisaties in de gezondheidszorg.
- Lentz, L. & Pander Maat, H., Evaluating text quality: reader-focused or text-focused? In: M. Steehouder & H. Pander Maat (red.) *Functional Text Quality*. Rodopi, Amsterdam, 1992
- Lentz, L. & Pander Maat, H. (1993). *Wat mankeert er aan die tekst? De evaluatie van voorlichtingsteksten over subsidieregelingen*. Amsterdam: Thesis.
- Leventhal, H. (1993). *Theories of compliance and turning necessities into preferences: application to adolescent health action*. In N.A. Krasnegor, et al. *Developmental aspects of health behaviour*. New Jersey Lawrence Erlbaum Associates. In: Berry D. (2004). *Health Psychology. Risk, Communication and health psychology*. New York, Two Penn Plaza.
- Ley, P. (1988). *Communication with patients. Improving communication, satisfaction and compliance*. London: Chapman & Hall.
- Ley, P. (1998). *Communicating with patients*. London: Croom Helm
- Maertens, N. en Maris, N. (2000). *Patiëntgericht voorlichten. Leerboek voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Maslowski, R., Visscher, A.J. (1997). *Methoden en technieken voor formatieve evaluatie in sociaal-wetenschappelijke ontwerp situaties*. Enschede: Universiteit Twente, Faculteit der Toegepaste Onderwijskunde, Vakgroep Onderwijsorganisatie en -management, 1997, 104 p.
- McVan, B. (1991). *Praktische patiëntenvoorlichting. Een leidraad voor verpleegkundigen*. Lochem: de Tijdstroom
- Medewerkers Bureau Patiëntenvoorlichting. Handboek coördinator patiëntenvoorlichting.
- Meichenbaum, D.H. and Turk, D.C. (1987). *Facilitating Treatment Adherence: A Practitioner's Guidebook*. New York: Plenum Press. Uit: Edelmann, R.I. Psychosocial aspects of the health care process. Harlow (UK): Prentice Hall (pp. 129-148)
- Meijer, H., van Holland, A., van Woerkens, C. & Leenders, N. (2003). *Zorg om voorlichting in de zorg*. Doetinchem: onderzoeksinstituut Slingeland Ziekenhuis.
- Molen-Wisbrands, M. (2004). *Formuleren*. Handleiding folders en brochures schrijven. Sittard: Fontys lerarenopleiding.
- Nathenson, M.B., & Henderson E.S. (1991). *Using student feedback to improve learning materials*. Londen: Croom.
- Peters, L., Molleman, G., Hommels, L., Ploeg, M. (1993). *Toelichting Preffi 2.0*. NIGZ, investeren in gezondheid, Woerden.
- Pos, S. & Bouwens, J. (2003). *Patiëntenvoorlichting, een theoretische verkenning. Studie ten behoeve van de Nederlandse Hartstichting*. Afdeling Preventie en voorlichting, NIGZ.

- Rodenburg, C. & Stadler, L.G., de (2003). Teksevaluatieschema vir VIGS-tekste. *Eenheid vir Dokumentontwerp*, Taalsentrum, Universiteit Stellenbosch, pp.27-35.
- Schellens, P.J., Klaassen, R. & Vries, de S. (2001). *Communicatiekundig ontwerpen*. Methoden, perspectieven, toepassingen. Assen: Koninklijke Van Gorcum B.V.
- Schumacher, G. and Waller, R. (1985) Testing design alternatives: a comparison of procedures. In T. Duffy and R. Waller (eds.) *Designing Usable Texts*. Orlando, FL: Academic Press.
- Schriver, K. (1989). Evaluating text quality: the continuum from text-focused to reader-focused methods. In: *IEEE Transactions on professional communication*, 32, 4, 238-255.
- Schriver, K. (1995). *Document design as rhetorical action*. Oratie Universiteit Utrecht
- Stoop A., van 't Riet, A., and Berg, M. (2003). Using information technology for patient education: realizing surplus value? In: *patient and counselling 54*, Elsevier Ireland Ltd.
- Swaney, J.H. et al (1991). Editing for comprehension: improving the process through reading protocols. In: E.R. Steinberg (ed.), *Plain language: principles and practice (p. 173-203)* Detroit, MI: Wayne State University Press.
- Tang, P. C. and Newcomb, C. (1998). Informing patients: a guide for providing patient health information. *Journal of the American Medical Informatics Association JAMIA*. Volume 5, Issue 6, p 563-570
- Terra, B., Mechelen, E. Burgt, M. (2000) Doen wat kan. Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.
- Verheggen, F. Jonkers, R. and Kok, G. (1996). Patients' perceptions on informed consent and the quality information disclosure in clinical trials. Elsevier Science Ireland Ltd.
- Vroom, B. (1994a). *De tekst getest. Handleiding voor het pretesten van schriftelijk materiaal*. Assen: Van Gorcum. In: Jong, M. de & Schellens, P.J. (1995) *Met het oog op de lezer. Pretestmethoden voor schriftelijk voorlichtingsmateriaal*. Amsterdam: Thesis Publishers
- Vogels et al. (2001) *KNFG Richtlijn voor hartrevalidatie*. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Code 51.1006.03.01, Amersfoort. Supplement bij het Nederlandse tijdschrift voor fysiotherapie, Nummer 3, jaargang 111.
- Wachters-Kaufmann, C., Schuling, J., The, H., and Meyboom-de Jong, B. (2004). *Actual and desired information provision after a stroke*. In: Patient education and counseling 56 (2005) 211-217. Elsevier.
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, WGBO; September 2002.
- Woerkum, C.M.J. van (1982). *Voorlichtingskunde en massacommunicatie. Het werkplan van de massamediale voorlichting*. Diss. Landbouwhogeschool Wageningen.
- Wortel, E. en Geus, de G. (1988). *Pretest van de folder 'Kinderveiligheid'*. Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO, i.s.m. de stichting Consument en Veiligheid. Leiden.
- Wright, P. (1985a). Is evaluation a myth? Assessing text assessment procedures. In: D.H. Jonassen (ed.). *The technology of text. Principles for structuring, designing, and displaying text. Volume 2* (p.418-435). Englewood Cliffs, NJ: Educational Technology Publications.
- Zawilski, A.J. (1992). The health care professional's workstation: its functional components and user impact. In: Ball MJ, Collen MF, editors. *Aspects of the computer-based patient record*. New York: Springer; 1992. p. 103-23.

Geraadpleegde websites

- Raad voor Volksgezondheid en Zorg (1999). Geraadpleegd op 9 september 2005 op <http://www.rvz.net>
- Webrichtlijnen voor de Overheid, versie 1.1 (2005). *De Kwaliteitscriteria*. Geraadpleegd op 9 september 2005 op www.overheid.nl.
- Stichting Afasie Nederland (2005) Afasie, informatieve folder voor personeel binnen de gezondheidszorg. Geraadpleegd op 11 oktober 2005 op: www.afasie.nl
- Slotman, K.T. (1997) Informatie aan patiënten en bezoekers. Informatie en Communicatietechnologie. Geraadpleegd op 14 november 2005 op: [Http://www.umcg.nl/azg/store/pdf/cahier_ict.pdf](http://www.umcg.nl/azg/store/pdf/cahier_ict.pdf)

Appendix

Bijlage 1: Taalkundige checklist

Taalkundige checklist

De onderstaande lijst is gebaseerd op het opsporen van taalkundige fouten in een folder of brochure. De variabelen in deze lijst zijn taalkundige fouten die in een tekst kunnen voorkomen. Deze variabelen zijn ingedeeld in vier niveaus; tekstniveau, alinea-niveau, zinsniveau en woordniveau. Per variabele kunt u turven hoe vaak de fout in de tekst voorkomt. In de laatste kolom kunt u opmerkingen plaatsen of voorbeelden van fouten noemen. Een tip voor het effectief beoordelen van de tekst: begint u met het doorlezen van de checklist om na te gaan welke verschillende fouten er zijn. Lees daarna de te evalueren tekst door en turf welke fouten u aantreft. Voor een beter overzicht kunt u ook de tekst screenen per niveau. Een aantal termen zijn uitgelegd in de tabel op de achterkant van de lijst. Hierin vindt u omschrijvingen en voorbeelden over hoe het wel of niet hoort te zijn in een tekst.

A: tekstniveau	Aantal keer	Eventuele opmerkingen of voorbeelden
1 Drukfouten		
2 Typfouten		
3 Fouten in leestekengebruik		
4 Spelfouten		
B: alinea-niveau		
5 De zinnen sluiten niet correct op elkaar aan		
6 Er zijn op de verkeerde plek verbandaanduiders gebruikt		
7 De lengte van een alinea is acht regels of meer		
8 Een nieuwe alinea is niet bij een nieuw subonderwerp begonnen		
9 De alineagrenzen zijn niet goed zichtbaar		
C: zinsniveau		
10 Foutieve congruenties		
11 Foutieve samentrekkingen		
12 Foutieve beknopte bijzinnen		
13 In een zin staat nieuwe informatie aan het begin en oude aan het eind		
14 Contaminaties		

D: woordniveau		
15 Barbarismen		
16 Dubbele uitdrukkingen		
17 Foutieve verwijswwoorden		
18 Foutieve als-dan constructies		
19 Onnodige zinnen met <i>worden</i> ’		
20 Formele boekwoorden		
21 Onnodige ontkenningen		
22 Incorrect gebruik van voorzetsels		
23 Het aantal woorden tussen haakjes		
24 De lettergrootte (hoogte) van de woorden is kleiner dan 2 millimeter		

Niveau	Omschrijving	Voorbeeld
<i>Alineaniveau</i>		
6 Verbandaanduiders	Signaalwoorden of woorden die een verband aanduiden.	Ten eerste, daarna
<i>Zinsniveau</i>		
11 Foutieve congruenties	Congruentie: wil zeggen dat het werkwoord zich qua persoon en getal aanpast aan het onderwerp	Reizigers worden verzocht en reizigers wordt verzocht uit te stappen
12 Foutieve samentrekkingen	Een samentrekking mag je alleen toepassen als het woord of de woorden die je samentrekt in beide zinnen dezelfde grammaticale vorm hebben (enkelvoud of meervoud)	De brug is afgebouwd en klaar om geopend te worden en de brug is afgebouwd en is klaar om geopend te worden.
13 Foutieve beknopte bijzinnen	Een beknopte bijzin is een bijzin zonder onderwerp en persoonsvorm.	Regel: bij een beknopte bijzin kan het onderwerp van de hoofdzin erbij 'gedacht' worden.
14 In een zin staat nieuwe informatie aan het begin en oude aan het eind	De oude informatie hoort aan het begin van de zin en de nieuwe informatie aan het einde van de zin. Dit is omdat mensen eerder over het begin van de zin heen lezen.	
15 Contaminatie	verwante woorden of uitdrukkingen worden door elkaar gehaald, waardoor een verkeerd geheel ontstaat	er mist iets en ik mis iets / er ontbreekt iets, de tarieven wijzigen per 1 januari en de tarieven worden gewijzigd / veranderen
<i>Woordniveau</i>		
16 Barbarismen	woordvormingen of uitdrukkingen die in strijd zijn met regels die in onze taal gelden	middels en door middel van; dat is te zeggen, en dat wil zeggen
17 Dubbele uitdrukkingen	meer woorden gebruiken dan nodig is	Daarnaast ook, zoals bijvoorbeeld, valse voorwendsels
18 Verwijswoorden	woorden die terug- of vooruitwijzen naar een elders genoemd woord. Met verwijswoorden kun je een verband aangeven.	De generatie wil haar wensen kenbaar maken. Het boek wat ik heb geleend ben ik kwijt en het boek dat ik heb geleend ben ik kwijt
19 Foutieve alsdanconstructies	Als geeft de gelijkheid van elementen aan, Dan de ongelijkheid van elementen	Zij is even groot als ik, ze is groter dan jij
20 Formele boekwoorden	Het is beter geen formele boekwoorden te gebruiken, omdat deze woorden misschien moeilijk te begrijpen zijn door de lezers van de folder. Zonder deze formele boekwoorden is de folder makkelijker leesbaar	Eventueel en mogelijk, kenbaar maken en zeggen, frequent en vaak, behoudens en behalve, spontaan en vanzelf, daar en aangezien, doch en maar, omtrent en over, ten einde en om, vermits en aangezien, ten gevolge van en door, opdat en omdat
22 Het juiste voorzetsel		Voorbeelden hoe het wel moet: aandacht schenken aan, falen in een poging, beschikken over
23 Haakjes	Weinig tussen haakjes zetten, dat wordt vaak niet gelezen.	

Bijlage 2: Voorlichtingskundige checklist (oorspronkelijk)

Voorlichtingskundige checklist

Deze checklist is gebaseerd op het opsporen van fouten in een folder of brochure. Een tip om de checklist op handige manier aan te pakken: Begint u met kopje 5 Inhoud! U hebt dan de folder al een keer op inhoud doorgelezen. Nadat u dit gedaan hebt kunt u makkelijker een mening vormen over de verschillende vragen uit deze checklist. Een aantal termen is uitgelegd in de tabel die u aan het eind van de lijst kunt vinden. Hierin vindt u omschrijvingen en voorbeelden over hoe het wel of niet hoort te zijn.

Bij de kopjes vindt u informatie over de antwoordcategorieën, dit is namelijk verschillend per folder.

1 Algemeen

1: helemaal niet eens
2: enigszins eens
3: helemaal eens

Criterion	1	2	3
------------------	----------	----------	----------

De titel dekt de gehele inhoud van de folder

De titel geeft aan wat de lezer kan verwachten

Deze folder is een geschikt medium om de betreffende inhoud over te brengen

Rapportcijfer:

Opmerkingen:

.....

.....

2 Stijl & Opbouw

1: niet waar
2: soms waar
3: helemaal waar

Criterion	1	2	3
------------------	----------	----------	----------

De volgorde van de zinnen komt overeen met de volgorde van handelingen

De onderwerpen staan in een logische volgorde

De kopjes zijn informatief

De kopjes zijn onmisbaar

De titels van de kopjes geven correct aan wat de lezer kan verwachten

Er is functioneel gebruik gemaakt van kopje en subtitels

Belangrijke informatie is herhaald in bijvoorbeeld een samenvatting

Er worden waar nodig overgangszinnen gebruikt

Er is voldoende gebruik gemaakt van afwisseling (cursief, vet) in sleutelwoorden/ belangrijke woorden

De instructies in de folder springen er duidelijk uit

Rapportcijfer:

Opmerkingen:

3 Eenvoud

Hoeveel keer komen de variabelen (of fouten) in de tekst voor? U kunt het aantal keer aanturven in het hokje 'aantal maal'. Veel van de termen uit dit stuk van de checklist staan in de begrippenlijst uitgelegd.

Criterion	Aantal keer	Opmerkingen / voorbeelden
------------------	--------------------	----------------------------------

Teveel details in een alinea

Meerdere feiten in één zin

Abstracte termen

Inconsistente terminologie

Onnodige lange woorden

Onnodige medische termen

Vaktermen zonder uitleg

Woorden voor meerdere uitleg
vatbaar

Onuitgelegde afkortingen

Onduidelijke afkortingen

Onjuist gebruik van medische
termen

Indirecte aansprekingen

Gebiedend of betuttelend
taalgebruik

Suggestief taalgebruik

Rapportcijfer:

Opmerkingen:

4 Vormgeving

1: helemaal niet eens 2: enigszins eens
3: helemaal eens

Criterion	1	2	3
------------------	----------	----------	----------

De voorkant nodigt uit tot lezen en is aantrekkelijk

De titel valt voldoende op

Er is functioneel gebruik gemaakt van kleur in de folder

De indeling van de tekst is overzichtelijk

De kopjes springen er duidelijk uit (afwisseling van lettertype)

Opsommingen of groep feiten is overzichtelijk aangebracht (door middel van nummering of puntsgewijs)

Rapportcijfer:

Opmerkingen:

5 Inhoud

Komen de onderstaande punten voor in de folder? Kruis het hokje onder *ja* aan als u het punt tegen bent gekomen in de folder. Het stukje informatie hoeft niet onder hetzelfde kopje of in dezelfde volgorde te staan als de volgorde in onderstaande lijst aangeeft. Een voorbeeld hierbij is dat voorbereidingen van het onderzoek ook aan het eind van een folder kunnen staan.

Informatie	Komt in de folder voor Eventuele opmerkingen	
Inleiding	Ja	Opmerkingen
Verwijzing naar de aanleiding tot het onderzoek, bijv. het gesprek met de arts vooraf		
Inleidend stukje over wat de patiënt in de folder kan lezen		
Wat het doel van de folder is		
Voor wie de folder bedoeld is		
Wat voor onderzoek het is	Ja	Opmerkingen
Hoe het onderzoek in begrijpelijk Nederlands wordt genoemd		
Wat het doel van het onderzoek is		
Wat de afkorting van het onderzoek betekent		
Hoe het te onderzoeken deel van het lichaam werkt		
Of er risico's aan het onderzoek zijn		
Of er alternatieven van het onderzoek bestaan		
Vorbereiding op het onderzoek	Ja	Opmerkingen
Welke handelingen de patiënt thuis moet uitvoeren		
Waar de patiënt rekening mee moet houden		
Wat de patiënt moet meenemen (<i>verplicht</i>)		
Wat de patiënt kan meenemen (<i>suggesties</i>)		
Redenen van de verschillende voorbereidingshandelingen		
Verloop van het onderzoek	Ja	Opmerkingen
Hoe de omgeving waar het onderzoek plaatsvindt eruit ziet (<i>illustratie en/ of beschrijving</i>)		

Wie het onderzoek uitvoert		
Welke handelingen uitgevoerd worden tijdens het onderzoek		
Wat de rol van de patiënt tijdens het onderzoek is		
Wat de fysieke positie van de patiënt tijdens het onderzoek is (<i>illustratie en/of beschrijving</i>)		
Hoe het onderzoek aanvoelt		
Of het onderzoek een andere wending kan nemen dan verwacht		
Wat er gebeurt als het onderzoek een andere wending aanneemt		
Hoe lang het onderzoek duurt		
Hoe de resultaten van het onderzoek worden weergegeven gedurende het onderzoek		
Na het onderzoek	Ja	Opmerkingen
Of er na het onderzoek nog een handeling bij de patiënt wordt verricht		
Hoe de patiënt zich meteen na het onderzoek voelt (<i>korte termijn bijwerkingen / complicaties</i>)		
Hoe de patiënt zich enkele uren/dagen/weken na het onderzoek voelt (<i>lange termijn bijwerkingen/ complicaties</i>)		
Of de patiënt nog ergens rekening mee moet houden na het onderzoek		
Waar het onderzoek is	Ja	Opmerkingen
Waar de patiënt verwacht wordt		
Melden/niet melden		
Routebeschrijving naar het ziekenhuis		
Routebeschrijving naar de onderzoeksruimte/wachtkamer		
Verhinderung	Ja	Opmerkingen
Wat de patiënt moet doen bij verhindering		
Waarom afmelden bij verhindering		
Hoelang van tevoren doorgeven		
Waar doorgeven		
Onderzoek bij kinderen	Ja	Opmerkingen
Aandacht voor het onderzoek bij kinderen		
Wat er anders is aan het onderzoek met een kind		
Wat de patiënt moet doen als het kind in paniek raakt		
Suggesties om onderzoek voor kinderen prettiger te maken		
Uitslag van het onderzoek	Ja	Opmerkingen
Wanneer de uitslag bekend is		
Van wie de patiënt de uitslag krijgt		
Hoe de patiënt aan de uitslag komt		
Wat mogelijke uitslagen zijn		

Hoe de behandeling verder verloopt na de uitslag		
Tot slot	Ja	Opmerkingen
Bij wie de patiënt met vragen terecht kan		
Telefoonnummer afdeling		
Openingstijden afdeling		
Algemene informatie over rechten van de patiënt		
- <i>privacy</i>		
- <i>second opinion</i>		
- <i>doorverwijzing naar een folder over rechten van de patiënt</i>		
Wat patiënten kunnen doen als ze een klacht hebben		
Bronnen waar mensen meer/aanvullende informatie kunnen krijgen		
Auteur/ maker van de folder		
Datum van uitgave		
Disclaimer		

Rapportcijfer:

Algemene opmerkingen:

.....

Veranderingen doorgevoerd na het gebruik in de praktijk, komende tot uiteindelijke checklist (bijlage 3)

Algemeen: de twee vragen over de titel bij het aspect algemeen zijn verplaatst naar het aspect stijl en opbouw, omdat deze bij nader inzien beter thuishoren bij dit aspect. Het criterium wat overblijft bij het aspect ‘algemeen’ is concreter opgesteld en zo weergegeven: ‘deze folder is in dit verband een geschikt medium om de betreffende inhoud over te brengen.’

Stijl en opbouw: de criteria over indirecte aansprekingen, gebiedend/betuttelend taalgebruik en suggestief taalgebruik passen bij nader inzien beter onder ‘stijl en opbouw’ en zijn vanuit het aspect ‘eenvoud’ hierheen verplaatst. Deze drie vragen zullen bij het uitrekenen van het totaal op het aspect ‘stijl en opbouw’ wel omgeschaald moeten worden, omdat de formulering in vergelijking met de andere criteria in dit aspect anders is. Het aanwezig zijn van de drie verplaatste punten in de folders komt de kwaliteit van de stijl en opbouw juist niet ten goede.

Het aspect stijl en opbouw is verder opgedeeld in vier keuzemogelijkheden in plaats van drie, omdat in de praktijk bleek dat het kiezen uit drie mogelijkheden bij dit onderdeel te summier was.

Eenvoud: de berekening van het aspect eenvoud is veranderd van het tellen van het aantal fouten naar het kiezen in hoeverre een fout voorkomt.

Vormgeving: bij het aspect ‘vormgeving’ is een criterium toegevoegd, namelijk: ‘er is functioneel gebruik gemaakt van illustraties’. Vanuit hier is het criterium ‘de indeling van de tekst is overzichtelijk’ naar ‘stijl en opbouw’ verplaatst.

Inhoud: Bij nader inzien blijkt dat het ‘onderzoek bij kinderen’ beter uit de lijst verwijderd kan worden, omdat dit een dermate verschillend onderdeel is en bij veel folders niet van toepassing zal zijn.

Bijlage 3: Voorlichtingskundige checklist (uiteindelijk)

1 Algemeen

<i>1: helemaal niet eens</i>	<i>2: enigszins eens</i>	<i>3: helemaal eens</i>
------------------------------	--------------------------	-------------------------

Criterion

1
2
3

Deze folder is in dit verband een geschikt medium om de
betreffende inhoud over te brengen

Rapportcijfer:

Opmerkingen:

.....

2 Eenvoud

<i>1: komt nooit voor</i>	<i>2: komt soms voor</i>	<i>3: komt vaak voor</i>
---------------------------	--------------------------	--------------------------

Criterion

1
2
3
Opmerkingen / voorbeelden

Teveel details in een alinea

Meerdere feiten in één zin

Abstracte termen

Inconsistente terminologie

Onnodige lange woorden

Onnodige medische termen

Vaktermen zonder uitleg

Woorden voor meerdere uitleg
vatbaar

Onuitgelegde afkortingen

Onduidelijke afkortingen

Onjuist gebruik van medische
termen

Rapportcijfer:

Opmerkingen:

.....

3 Stijl & Opbouw

1: niet waar	2: soms waar	3: grotendeels waar	4: helemaal waar
--------------	--------------	---------------------	------------------

 criterium	1	2	3	4
De titel dekt de gehele inhoud van de folder				
De titel geeft aan wat de lezer kan verwachten				
De onderwerpen staan in een logische volgorde				
De kopjes zijn informatief				
De kopjes zijn onmisbaar				
De titels van de kopjes geven correct aan wat de lezer kan verwachten				
De volgorde van de zinnen komt overeen met de volgorde van handelingen				
Er is functioneel gebruik gemaakt van kopje en subtitels				
Belangrijke informatie is herhaald in bijvoorbeeld een samenvatting				
Er worden waar nodig overgangszinnen gebruikt				
Er is voldoende gebruik gemaakt van afwisseling (cursief, vet) in sleutelwoorden/ belangrijke woorden				
Opsommingen of groepen feiten zijn overzichtelijk aangebracht (door middel van nummering of puntsgewijs)				
De instructies in de folder springen er duidelijk uit				
Indirecte aansprekingen komen voor				
Gebiedend of betuttelend taalgebruik komt voor				
Suggestief taalgebruik komt voor				

Rapportcijfer:

Opmerkingen:

.....

4 Vormgeving

1: helemaal niet eens	2: enigszins eens	3: helemaal eens
-----------------------	-------------------	------------------

Criterium	1	2	3
De voorkant nodigt uit tot lezen en is aantrekkelijk			
De titel valt voldoende op			
Er is functioneel gebruik gemaakt van kleur in de folder			
De indeling van de tekst is overzichtelijk			
De kopjes springen er duidelijk uit (afwisseling van lettertype)			
Er is functioneel gebruik gemaakt van illustraties			

Rapportcijfer:

Opmerkingen:

.....

5 Inhoud

Komen de onderstaande punten voor in de folder? Kruis het hokje onder *ja* aan als u het punt tegen bent gekomen in de folder. Het stukje informatie hoeft niet onder hetzelfde kopje of in dezelfde volgorde te staan als de volgorde in onderstaande lijst aangeeft. Een voorbeeld hierbij is dat voorbereidingen van het onderzoek ook aan het eind van een folder kunnen staan.

Informatie **Komt in de folder voor Eventuele opmerkingen**

Inleiding	J/N	Opmerkingen
Verwijzing naar de aanleiding tot het onderzoek, bijv. het gesprek met de arts vooraf		
Inleidend stukje over wat de patiënt in de folder kan lezen		
Wat het doel van de folder is		
Voor wie de folder bedoeld is		
Wat voor onderzoek het is	J/N	Opmerkingen
Hoe het onderzoek in begrijpelijk Nederlands wordt genoemd		
Wat het doel van het onderzoek is		
Wat de afkorting van het onderzoek betekent		
Hoe het te onderzoeken deel van het lichaam werkt		
Of er risico's aan het onderzoek zijn		
Of er alternatieven van het onderzoek bestaan		
Vorbereiding op het onderzoek	J/N	Opmerkingen
Welke handelingen de patiënt thuis moet uitvoeren		
Waar de patiënt rekening mee moet houden		
Wat de patiënt moet meenemen (<i>verplicht</i>)		
Wat de patiënt kan meenemen (<i>suggesties</i>)		
Redenen van de verschillende voorbereidingshandelingen		
Verloop van het onderzoek	J/N	Opmerkingen
Hoe de omgeving waar het onderzoek plaatsvindt eruit ziet (<i>illustratie en/ of beschrijving</i>)		
Wie het onderzoek uitvoert		
Welke handelingen uitgevoerd worden tijdens het onderzoek		
Wat de rol van de patiënt tijdens het onderzoek is		
Wat de fysieke positie van de patiënt tijdens het onderzoek is (<i>illustratie en/of beschrijving</i>)		
Hoe het onderzoek aanvoelt		
Of het onderzoek een andere wending kan nemen dan verwacht		
Wat er gebeurt als het onderzoek een andere wending aanneemt		
Hoe lang het onderzoek duurt		
Hoe de resultaten van het onderzoek worden weergegeven gedurende het onderzoek		
Na het onderzoek	J/N	Opmerkingen

Of er na het onderzoek nog een handeling bij de patiënt wordt verricht		
Hoe de patiënt zich meteen na het onderzoek voelt (<i>korte termijn bijwerkingen / complicaties</i>)		
Hoe de patiënt zich enkele uren/dagen/weken na het onderzoek voelt (<i>lange termijn bijwerkingen/ complicaties</i>)		
Of de patiënt nog ergens rekening mee moet houden na het onderzoek		
Waar het onderzoek is	J/N	Opmerkingen
Waar de patiënt verwacht wordt		
Melden/niet melden		
Routebeschrijving naar het ziekenhuis		
Routebeschrijving naar de onderzoeksruimte/wachtkamer		
Verhinderings	J/N	Opmerkingen
Wat de patiënt moet doen bij verhindering		
Waarom afmelden bij verhindering		
Hoelang van tevoren doorgeven		
Waar doorgeven		
Uitslag van het onderzoek	J/N	Opmerkingen
Wanneer de uitslag bekend is		
Van wie de patiënt de uitslag krijgt		
Hoe de patiënt aan de uitslag komt		
Wat mogelijke uitslagen zijn		
Hoe de behandeling verder verloopt na de uitslag		
Tot slot	J/N	Opmerkingen
Bij wie de patiënt met vragen terecht kan		
Telefoonnummer afdeling		
Openingstijden afdeling		
Algemene informatie over rechten van de patiënt		
- <i>privacy</i>		
- <i>second opinion</i>		
- <i>doorverwijzing naar een folder over rechten van de patiënt</i>		
Wat patiënten kunnen doen als ze een klacht hebben		
Bronnen waar mensen meer/aanvullende informatie kunnen krijgen		
Auteur/ maker van de folder		
Datum van uitgave		
Disclaimer		

Rapportcijfer:

Uitleg bij de termen

Nummer vraag	Omschrijving	Voorbeeld
Stijl en opbouw		
11 Overgangszinnen	Zinnen die gebruikt worden wanneer er lange gedeelten zonder tussenkop zijn. Plotselinge overgangen van (sub)thema naar (sub)thema leest niet goed	Voldoende vooruitblikkende of terugblikkende zinnen
Eenvoud		
18 Meerdere feiten in één zin	Het is makkelijker voor de lezer als er in elke zin één nieuw gegeven staat	
19 Abstracte termen	Voor de begrijpelijkheid zo concreet mogelijke termen	Klacht, temperatuur, hoeveelheid, een paar dagen (twee dagen)
20 Inconsistente terminologie	Probeer een ding of een gebeurtenis telkens met hetzelfde woord aan te duiden	daarnaast ook, zoals bijvoorbeeld, valse voorwendsels
21 Onnodig lange woorden	Hoe langer het woord is, hoe moeilijker te begrijpen	
22 Medische termen	Vermelden van vreemde, medische term tussen haakjes, na de Nederlandse term	bij dit inwendig darmonderzoek (coloscopie) mag je 5 morgens niet eten
14 Directe aansprekingen	Niet 'de patiënt' wel 'u' en 'je', actieve aanspreekvorm	de lezer moet aangesproken worden in de actieve vorm, dus u of je en niet 'de patiënten'
15 Gebiedend of betuttelend taalgebruik	Vermijdt het gebruik van de woorden <i>moeten</i> , <i>dienen</i> en <i>mogen</i>	willen, het is raadzaam, het is gewenst
16 Suggestief taalgebruik		opgenomen worden is nooit prettig
28 Passief taalgebruik	In een folder is het het beste om zo min mogelijk in de passieve vorm te schrijven	er wordt verondersteld
Inhoud		
29 Disclaimer		mededeling in een publicatie waarin een onderneming haar aansprakelijkheid beperkt (<i>Van Dale groot woordenboek</i>)

Bijlage 4: Vragen aan gezondheidsdeskundige

De gezondheidsdeskundige die specialist is op het gebied van de folder kan deze vragen voorgelegd krijgen met betrekking tot inhoudelijke feiten van de folder. Dit zijn vragen die de onderzoeker, communicatiedeskundige of gezondheidsdeskundige niet kunnen beantwoorden. De gezondheidsdeskundige kan ja of nee invullen bij de onderstaande lijst. Daarnaast is er ruimte voor opmerkingen en voorbeelden die genoemd worden.

	J/N	Opmerkingen/voorbeelden
De instructies voor de patiënt zijn duidelijk		
De informatie in de folder is juist		
De informatie in de folder is geloofwaardig		
De folder weerspiegelt het onderzoek/behandeling goed		
De instructies voor de patiënt zijn duidelijk		
De instructies prikkelen de patiënt tot opvolging van de instructies		
Alle punten in de folder zijn relevant		
In de folder staat bij wie de patiënt terecht kan voor vragen		
De folder stelt de patiënt op zijn/haar gemak		
De folder is eerlijk over de pijn die verwacht kan worden		
De folder is eerlijk over ongemakken		
Er worden punten genoemd die <i>overbodig</i> zijn		
Er worden punten genoemd die <i>tegenstrijdig</i> zijn aan andere informatie in de folder		

Daarnaast kan de gezondheidsexpert de volgende vragen voorgelegd krijgen:

Welke handelingen moet de patiënt thuis uitvoeren	1 <i>niet eten/drinken (nuchter zijn)</i> 3 <i>gemakkelijke kleding aan doen</i> 5	2 <i>haar wassen</i> 4 6
Waar moet de patiënt thuis al om denken	1 <i>iemand meenemen voor de terugweg</i> 3 5	2 4 6
Wat moet de patiënt meenemen (verplicht)	1 <i>ponskaartje</i> 3 <i>verwijsbrief</i> 5	2 <i>brief met medicatie</i> 4 <i>slaapspullen</i> 6
Wat kan de patiënt meenemen (suggesties)	1 <i>boek</i> 3 <i>handdoek</i> 5	2 <i>tandenborstel</i> 4 6
Hoe voelt het onderzoek	1 <i>pijnlijk</i> 3 <i>koud/warm</i> 5	2 <i>ongemakkelijk</i> 4 <i>benauwd</i> 6
Hoe voelt de patiënt zich meteen na het onderzoek (korte termijn)	1 <i>minder geconcentreerd</i> 3 5	2 <i>duizelig</i> 4 6
Moet de patiënt nog ergens rekening mee houden na het onderzoek	1 <i>om een bepaalde tijd pas weer eten</i> 3 5	2 <i>rijvermogen nog niet optimaal</i> 4 6
Suggesties voor ouders van kinderen die het onderzoek krijgen	1 <i>Erbij blijven of juist niet</i> 3 <i>Wat is er anders aan het onderzoek met een kind</i> 5 <i>Suggesties om het onderzoek voor kinderen prettiger te maken</i>	2 <i>iets te lezen of spelen meenemen voor het kind</i> 4 <i>Wat de ouder moet doen als het kind in paniek raakt</i> 6

Bijlage 5: Operationaliseringsschema checklist

1) Leesbaarheidschecklist (productgericht)

Construct	Bronnen	Uitwerking variabelen
<i>Leesbaarheid</i>	Molen-Wisbrands – Formuleren / Schoupe Gent (2001)	Tekst- alinea- woord en zinsniveau

2) Voorlichtingskundige checklist (expertgericht)

Construct	Bronnen	Steekwoorden uit de vragen
<i>Algemeen</i>	Schoupe Gent (2001), Flagg (1990)	Titel, folder geschikt medium
<i>Stijl en opbouw</i>	Schoupe Gent (2001) Kanouse en Hayes-Roth (1980) Flagg (1990)	Volgorde van zinnen, handelingen en onderwerpen, kopjes, opsommingen, subtitels, samenvatting, indeling tekst, overgangszinnen, afwisseling, duidelijkheid van instructies
<i>Eenvoud</i>	Molen-Wisbrands (2004), Schoupe Gent (2001)	Details/feiten in zin en alinea, abstracte en medische termen, terminologie, afkortingen
<i>Vormgeving</i>	Molen-Wisbrands (2004) Schoupe, Gent (2001) Coulter et. al. (1998 - 1999)	Voorkant, titel, kleur, aansprekingen, taalgebruik in patiëntenfolders
<i>Inhoud</i>	Op basis van vergelijken folders en ervaring van experts, WGBB - wet	Precieze aanduidingen m.b.t. de inhoud, terugkoppeling naar expertmethode

Bijlage 6: Resultaten taalkundige checklist

In deze bijlage staan de resultaten van de beoordeling op taalkundig niveau van zes onderzoeksfolders van de afdeling Neurologie. Deze zes folders zijn de overige folders van neurologie naast de folders die al opgenomen zijn in de scriptie. De folders zijn niet of nauwelijks door patiënten beoordeeld, daarom zijn zij niet opgenomen in de scriptie. De criteria zoals die in de lijst staan zijn genummerd, het aantal fouten met toelichting staat achter dat nummer.

1. MRI-onderzoek

Tekstniveau:

- 2: 1 fout. Een aantal spaties teveel (bijvoorbeeld in de eerste zin).
- 3: 3 fout. Foto's onder het kopje *algemeen* heeft een rare komma. Daarnaast is er voor gekozen om het streepje tussen *MRI* en onderzoek en alle verbindingswoorden weg te laten. Volgens het Groot van Dale Woordenboek hoort dit streepje er wel tussen. Als laatste staat onder *zwangerschap* een vragende zin waar geen komma achter staat.

Alineaniveau:

- 5:1 fout. Zin 3 en zin 4 onder het kopje *algemeen* sluiten niet naadloos op elkaar aan.

Zinsniveau:

- 13: 1 fout. In de eerste zin staat een foutieve beknopte bijzin, *in overleg met u*. Dit feit kan beter op een andere manier in de zin verwerkt worden.

Woordniveau:

- 16: 2 fout. *Bij verhindering: bel dan zo snel mogelijk* ~~en~~ *belt u dan zo snel mogelijk. Bij vragen: stel ze dan gerust* ~~en~~ *stelt u ze dan gerust.*
 - 18: 3 fout. Er zijn drie onnodige zinnen met worden opgemerkt
 - 19: 1 fout. *Gedurende*
 - 21: 1 fout. Onder *Vorbereiding* staat: *voor dit onderzoek*. Dit is een incorrect voorzetsel.
 - 24: 1 fout. Het lettertype van de folder is iets te klein.
-

2. CT-scan

Tekstniveau:

- 1: 1 fout. Het kopje *verloop van het onderzoek* onder CT van de buikorganen moet schuingedrukt zijn in plaats van vet.
- 3: 1 fout. Onder het kopje *algemeen* staat een komma in deze zin verkeerd: *tijdens de röntgenopname, hoort u ... draaien.*

Alineaniveau:

- 5: 2 fout. Onder *verloop van het onderzoek* bij CT van de buikorganen sluiten de zinnen niet geheel op elkaar aan. De zin *Het is meestal nodig dat* hoort achter de eerste zin van dit kopje. Het hele kopje is erg verwarrend.

Zinsniveau:

- 12: 1 fout. Onder *algemeen* staat een foutieve samentrekking. *Door meerdere 'schijfjes' vast te leggen op de monitor, krijgt de radioloog de juiste informatie...* De radioloog legt deze schijfjes niet zelf vast.

Woordniveau:

- 16: 1 fout. Onder *verschillende onderzoeken* staat de zin *u kunt bij de onderzoeken lezen wat er van u verwacht wordt...*
 - 19: 3 fout. *Eventuele, neemt in beslag, zonder meer*
 - 24: 1 fout. Het lettertype van de folder is iets te klein.
-

3. EEG

Tekstniveau:

- 1: 1 fout. Achter het kopje *duur van het onderzoek* staat een punt, achter de andere kopjes niet.

Alineaniveau:

- 8: 1 fout. De tweede alinea bij *het onderzoek* begint niet met een nieuw onderwerp.
- 9 : 1 fout. Onder het kopje *het onderzoek* zijn de alineagrenzen niet goed zichtbaar.

Zinsniveau:

- 12: 1 fout. In *Het onderzoek* staat een zin: *daar worden om uw polsen nog twee bandjes aangebracht...*

Woordniveau:

- 18: 1 fout. *Daar worden om uw polsen nog twee bandjes aangebracht....*
- 19: 2 fout. *Neemt in beslag, geleiding, brillante* (dit zijn formele, moeilijke of ouderwetse woorden)
- 22: 1 fout. Onder *onderzoek bij kleine kinderen* staat 0-3 jaar staat tussen haakjes, dit is onnodig.
- 24: 1 fout. Het lettertype van de folder is iets te klein.

Over het algemeen staan in deze folder enkele tamelijk moeilijke zinnen. Hieronder worden twee voorbeelden gegeven.

- *Het EEG is een registratie op papier van het functioneren van de zeer zwakke elektrische activiteit die in de hersenen meetbaar is.*
- *De zoutpasta zorgt voor een betere geleiding van de zwakke elektrische activiteit.*

4. EMG

Tekstniveau:

- 1: 1 fout. Onder *geleidingsonderzoek* spatie vergeten tussen 10 minuten en uw armen.
- 2: 1 fout. *Algemeen. Reflex-onderzoek* ~~en~~ *reflexonderzoek*
- 3: 1 fout. Te veel komma's in tweede zin kopje *geleidingsonderzoek*
- 4: 2 fout. U aantal maal met hoofdletter, daarna weer met kleine letter. Onder *spieronderzoek: speldeprik* ~~en~~ *speldenprik*.

Alineaniveau:

- 6, 8: 1 fout. Onder *algemeen* begint een alinea met *dit*.
- 7: 2 fout. *Geleidingsonderzoek* en *spieronderzoek* hebben een alinea van (veel) meer dan 8 regels.

Zinsniveau:

- 11: 1 fout. Onder *algemeen* een foutieve congruentie: *Dit zijn vooral de meting...*
- 12: 1 fout. Onder *algemeen* een foutieve samentrekking: *indien u een EMG onderzoek ondergaat worden meestal niet alle onderzoeken gedaan*
- 14: 1 fout. Onder *algemeen*. Het reflex-onderzoek... neuromyografie. Dit is een zin waarbij de nieuwe informatie aan het begin staat en de oude informatie aan het eind.

Woordniveau:

- 15: 1 fout. *Als de naald eenmaal in de spier zit*. Zit is hierbij een barbarisme.
- 18: 5 fout. Er staat vijf maal een overbodige zin met worden in de folder.
- 19: 6 fout. *Afgeleiden, afhankelijk van vraagstelling, verdragen, gelieve, voorafgaand, zeer*
- 21: 1 fout. Onder kopje *spieronderzoek*: 2^e zin hiervoor wordt een zeer dunne naald... Dit is een incorrect gebruik van voorzetsels.
- 24: 1 fout. Het lettertype van de gehele folder is iets te klein.

5. ENG

Tekstniveau: typfout (balletje op het scherm *te* volgen), fout in leestekengebruik (meet-elektroden, functie-afdeling), spelfout (voor dat)

Alineaniveau: lengte alinea 'onderzoek' acht regels of meer

Zinsniveau: geen fouten

Woordniveau: er is drie keer overbodig een zin met 'worden' gebruikt. Formeel boekwoord (vindt plaats). Incorrect gebruik van voorzetsels (het ENG is een onderzoek *om*) Er is een maal een woord tussen haakjes geplaatst.

6. SSEP

Tekstniveau: Er is één typfout (meet-elektroden) en er is een fout in leestekengebruik (functie-afdeling)

Alineaniveau: er zijn geen fouten gevonden

Zinsniveau: een foutieve samentrekking (het onderzoek: u gaat op een onderzoekbank liggen en er wordt een stimulator bij uw pols of enkel geplaatst.)

Woordniveau: Er is één overbodige zin met 'worden'.

7. BAER

Tekstniveau: In dit verband zijn verschillende spaties teveel gevonden. Verder een fout in leestekengebruik (meet-elektroden). Cijfers onder de 10 voluit schrijven (in ieder geval consistent houden)

Alineaniveau: verkeerde plek verbandaanduiders onder het kopje 'onderzoek': (er is 'daarna' gebruikt, zonder 'eerst' te gebruiken) Er zijn twee alinea's met een lengte van acht zinnen of meer.

Zinsniveau: foutieve samentrekking onder kopje 'onderzoek' (daarna worden aan één oor luide klikjes gegeven en aan het andere oor een ruis)

Woordniveau: Barbarismen (Probeer goed te ontspannen ~~en~~ probeert u), onder het kopje 'onderzoek' wordt een aantal keer overbodig het woord 'worden' gebruikt, er zijn twee formele boekwoorden (eventuele, brillante)

8. C/M

Tekstniveau: typfout (er mist u bij 'voorbereiding'), fout in leestekengebruik (CT-scan)

Alineaniveau: Alinea's van meer dan acht regels ('algemeen' en 'na de onderzoeken')

Zinsniveau: foutieve samentrekking onder 'algemeen' (het onderzoek wordt verricht door de specialist die u behandelt, samen met de radiodiagnost)

Woordniveau: Er is een keer een overbodige zin met worden, er zijn drie formele boekwoorden (gebruiken, eventuele, strikte).

9. VEP

Tekstniveau: fout in leestekengebruik (functie-afdeling), twee spelfouten onder het onderzoek (TV-scherm, herhaalt)

Alineaniveau: onder het kopje 'onderzoek' sluiten twee zinnen niet correct op elkaar aan. (U moet blijven kijken. Dit gebeurt met verschillende blokgroottes)

Zinsniveau: geen fouten.

Woordniveau: één zin onnodig met worden, één keer onnodige ontkenning (is het beter dat de huid niet te vet is) één keer incorrect gebruik van voorzetsels (daarvoor, hiervoor)

10. Behandeling met Botuxoline

Tekstniveau: enkele drukfouten. Een punt vergeten (resultaten) en een komma te veel (bijwerkingen, *als bij u een bijwerking optreedt, die niet in de bijsluiters is vermeld...*)

Alineaniveau: twee alinea's zijn langer dan twee regels. Verder zijn de eerste twee zinnen van de folder niet goed op elkaar aangesloten. *Botulinetoxine wordt in Nederland sinds 1981 gebruikt bij patiënten met bewegingsstoornissen. De werkzame bestanddelen worden in zeer lage hoeveelheden (miljoenste delen van een gram) verdund ingespoten.*

Over het algemeen is over deze folder te zeggen dat de folder zeer moeilijk leesbaar is. Enkele voorbeelden van zinnen uit de folder:

- *De werkzame bestanddelen worden in zeer lage hoeveelheden (miljoenste delen van een gram) verdund ingespoten*
- *Dystonie wordt gekenmerkt door onwillekeurige wisselende spierspanningen en een verstoring van het samenwerkingspatroon van de getroffen spieren.*

Bijlage 7: Resultaten voorlichtingskundige checklist

Criterium	MRI				CT-scan			
	Ond	Comm	Gez	Score	Ondr	Comm	Gez	Score
Algemeen (rapport)	7		6	6,5	7		7	7
1 titel dekt inhoud	3	3	3	3	2	3	2	2,3
2 titel geeft aan wat lezer kan verwachten	3	3	3	3	2	2	2	2
3 folder geschikt medium	2	3	3	2,7	2	2	2	2
<i>Gemiddelde</i>				<i>2,9</i>				<i>2,1</i>
Stijl en opbouw	7		7	7			7,5	7,5
4 volgorde zinnen	2	3	3	2,7	3	3	3	3
5 onderwerpen in juiste volgorde	3	3	3	3	2	3	3	2,7
6 kopjes informatief	2	3	3	2,7	2	3	3	2,7
7 kopjes onmisbaar	3	3	3	3	3	3	3	3
8 kopjes correct aangeven	2	3	2	2,7	2	3	3	2,7
9 van subtitels functioneel gebruik gemaakt	1	1	3	1,7	3	3	3	3
10 informatie is herhaald	1	1	1	1	1	1	1	1
11 overgangszinnen	2	2	3	2,3	2	1	2	1,7
12 afwisseling in sleutelwoorden	2	1	3	2	1	1	3	1,7
13 instructies springen eruit	1	1	2	1,3	1	2	2	1,7
<i>Gemiddelde</i>				<i>2,2</i>				<i>2,3</i>
Eenvoud	5		8	6,5	6		7,5	6,8
14 Teveel details in een alinea	1	0	1		1	0	0	
15 Meerdere feiten in één zin	0	0	2		0	0	0	
16 Abstracte termen	2	0	1		0	0	0	
17 Inconsistente terminologie	1	0	0		2	0	0	
18 Onnodige lange woorden	1	0	0		1	0	0	
19 Onnodige medische termen	0	0	0		1	0	0	
20 Vaktermen zonder uitleg	0	0	1		1	0	1	
21 Woorden voor meerdere uitleg vatbaar	2	0	0		0	0	0	
22 Onuitgelegde afkortingen	0	0	1		0	0	1	
23 Onduidelijke afkortingen	0	0	0		0	0	0	
24 Onjuist gebruik van medische termen	0	0	0		0	0	0	
25 geen directe aansprekingen*	2	0	1		1	0	1	
26 gebiedend of betuttelend taalgebruik*	2	0	1		0	0	1	
27 suggestief taalgebruik*	2	0	0		0	0	0	
Vormgeving	6		8	7	8		6,5	7,3
29 De voorkant nodigt uit tot lezen en is aantrekkelijk	1	1	3	1,7	1	1	2	1,3
30 De titel valt voldoende op	3	3	3	3	3	3	3	3
31 Er is functioneel gebruik gemaakt van kleur in de folder	1	1	1	1	2	1	1	1,3
32 De indeling van de tekst is overzichtelijk	2	3	3	2,7	3	2	2	2,3
33 De kopjes springen er duidelijk uit (afwisseling van lettertype)	2	3	3	2,7	3	3	3	3
34 Opsommingen of groep feiten overzichtelijk aangebracht	1	1	2	1,3	3	2	3	2,7
Rapportcijfer inhoud	7		4	5,5	6		6,5	6,3
<i>Gemiddelde van de items</i>				<i>2,1</i>				<i>2,3</i>
<i>Som van punten</i>	<i>37</i>	<i>42</i>	<i>50</i>		<i>41</i>	<i>42</i>	<i>46</i>	
<i>Gemiddelden</i>	<i>2,0</i>	<i>2,2</i>	<i>2,6</i>	<i>2,3</i>	<i>2,2</i>	<i>2,2</i>	<i>2,4</i>	<i>2,3</i>

* Deze zijn in de loop van de tijd op een andere manier weergegeven in de checklist. De gezondheidsdeskundige heeft deze punten in andere schaal ingevuld, dit is de reden dat hier geen gemiddelde over uitgerekend is

	EEG				EMG			
Criterium	Onderzoeker	Comm	Gezondheid	Score	Onderzoeker	Comm	Gezondheid	Score
Algemeen	6		7,5	6,8	7		5	6
1 titel dekt inhoud	2	3	2	2,3	1	3	2	2
2 titel geeft aan wat lezer kan verwachten	2	3	3	2,7	2	3	2	2,3
3 folder geschikt medium	2	1	3	2	3	2	2	2,3
<i>Gemiddelde</i>				2,3				2,2
Stijl en opbouw	4		8	6	6		4	5
4 volgorde zinnen	2	2	2	2	1	3	2	2
5 onderwerpen in juiste volgorde	1	2	2	1,7	1	3	2	2
6 kopjes informatief	2	3	3	2,7	2	3	2	2,3
7 kopjes onmisbaar	2	3	3	2,7	3	3	3	3
8 kopjes correct aangeven	2	3	3	2,7	2	3	2	2,3
9 van subtitels functioneel gebruik gemaakt	1	1	3	2,3	1	1	1	1
10 informatie is herhaald	1	1	1	1	1	1	1	1
11 overgangszinnen	1	1		2	3	1	2	2
12 afwisseling in sleutelwoorden	1	2		1,5	1	1	1	1
13 instructies springen eruit	1	1	2	1,3	2	1	1	1,3
<i>Gemiddelde</i>				2,0				1,8
Eenvoud	8		8	8	7		5	6
14 Teveel details in een alinea	1	0	0		1	0	0	
15 Meerdere feiten in één zin	1	0	0		1	1	1	
16 Abstracte termen	2	0	0		1	1	6	
17 Inconsistente terminologie	0	0	0		1	0	0	
18 Onnodige lange woorden	0	0	0		0	0	0	
19 Onnodige medische termen	0	0	0		0	0	0	
20 Vaktermen zonder uitleg	1	0	1		1	1	0	
21 Woorden voor meerdere uitleg vatbaar	1	0	0		1	0	0	
22 Onuitgelegde afkortingen	0	0	0		0	0	0	
23 Onduidelijke afkortingen	0	0	0		0	0	2	
24 Onjuist gebruik van medische termen	0	0	0		0	0	0	
25 geen directe aansprekingen *	0	0	3		0	0	3	
26 gebiedend of betuttelend taalgebruik *	0	0	0		0	0	0	
27 suggestief taalgebruik *	0	0	0		0	0	0	
Vormgeving	6		8	7	6		5	5,5
29 De voorkant nodigt uit tot lezen en is aantrekkelijk	1	2	2	1,7	1	2	2	1,7
30 De titel valt voldoende op	3	3	3	3	3	3	3	3
31 Er is functioneel gebruik gemaakt van kleur in de folder	1	2	1	1,3	2	1	1	1,3
32 De indeling van de tekst is overzichtelijk	2	3	2	2,3	2	3	2	2,3
33 De kopjes springen er duidelijk uit (afwisseling van lettertype)	3	3	3	3	3	3	2	2,7
34 Opsommingen of groep feiten zijn overzichtelijk aangebracht	1	1	3	1,7	1	1	1	1
Rapportcijfer inhoud	6		6	6	5		4	4,5
<i>Gemiddelde van de items</i>				2,2				2
<i>Som van totaal aantal punten</i>	<i>31</i>	<i>40</i>	<i>41</i>		<i>35</i>	<i>41</i>	<i>34</i>	
<i>Gemiddelde</i>	<i>1,6</i>	<i>2,1</i>	<i>2,4</i>	<i>2,1</i>	<i>1,8</i>	<i>2,2</i>	<i>1,8</i>	<i>1,9</i>

* Deze zijn in de loop van de tijd op een andere manier weergegeven in de checklist. De gezondheidsdeskundige heeft deze punten in andere schaal ingevuld, dit is de reden dat hier geen gemiddelde over uitgerekend is

Overige folders

	VEP		ENG		C/M		BAER		SSEP		Bot	
Criterion	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C
Algemeen	6		7		7	7	6		7		7	
1 titel dekt inhoud	1	3	2	3	1	3	1	3	1	3	1	3
2 titel geeft aan wat lezer kan verwachten	2	3	3	3	2	3	1	1	3	3	2	2
3 folder geschikt medium	3	1	3	3	2	3	3	2	3	1	3	2
Stijl en opbouw	6		5		6	7	6		7		6	
4 volgorde zinnen	1	3	2	3	3	3	1	3	3	2	1	3
5 onderwerpen in juiste volgorde	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3
6 kopjes informatief	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3
7 kopjes onmisbaar	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
8 kopjes correct aangeven	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3
9 van subtitels functioneel gebruik gemaakt	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
10 informatie herhaald	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11 overgangszinnen	2	1	1	1	2	2	3	2	1	1	3	3
12 afwisseling in sleutelwoorden	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1
13 instructies springen eruit	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
Eenvoud	8		8		8		5		8		7	
14 Teveel details in een alinea	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1
15 Meerdere feiten in één zin	1	0	3	0	1	0	2	0	1	0	1	1
16 Abstracte termen	2	0	1	0	1	2	1	0	0	0	1	1
17 Inconsistente terminologie	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
18 Onnodige lange woorden	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19 Onnodige medische termen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 Vaktermen zonder uitleg	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1
21 Woorden voor meerdere uitleg vatbaar	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
22 Onuitgelegde afkortingen	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
23 Onduidelijke afkortingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24 Onjuist gebruik van medische termen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25 geen directe aansprekingen	5	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0
26 gebiedend of betuttelend taalgebruik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27 suggestief taalgebruik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28 passief taalgebruik	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Vormgeving			5				6				6	
29 De voorkant nodigt uit tot lezen en is aantrekkelijk	1		1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
30 De titel valt voldoende op	3		2	3	3	2	3	3	3	3	3	3
31 Er is functioneel gebruik gemaakt van kleur in de folder	1		1	1	1	1	2	1	1	2	2	1
32 De indeling van de tekst is overzichtelijk	2		3	3	2	3	2	3	2	3	2	3
33 De kopjes springen er duidelijk uit (afwisseling van lettertype)	3		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
34 Opsommingen of groep feiten overzichtelijk aangebracht	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Mate van overeenstemming

Formule voor de tussenbeoordelaarovereenstemming: het aantal overeenstemmingen gedeeld door het aantal overeenstemmingen plus het aantal niet-overeenstemmingen wordt vermenigvuldigd met 100

<i>Criterion</i>	<i>MRI</i>	<i>CT</i>	<i>EMG</i>	<i>EEG</i>	<i>Totaal</i>
Algemeen					
1 titel dekt inhoud	1	2/3	0	2/3	58,3 %
2 titel geeft aan wat lezer kan verwachten	1	1	2/3	2/3	83,3 %
3 folder geschikt medium	2/3	1	2/3	0	58,3 %
<i>Gemiddelde</i>					66,7 %
Stijl en opbouw					
4 volgorde zinnen	2/3	1	0	1	66,7 %
5 onderwerpen in juiste volgorde	1	2/3	2/3	2/3	75,0 %
6 kopjes informatief	2/3	2/3	2/3	2/3	66,7 %
7 kopjes onmisbaar	1	1	1	2/3	91,7 %
8 kopjes correct aangeven	2/3	2/3	2/3	2/3	66,7 %
9 van subtitels functioneel gebruik gemaakt	2/3	1	1	2/3	83,3 %
10 informatie is herhaald	1	1	1	1	100 %
11 overgangszinnen	2/3	2/3	0	1*	58,3 %
12 afwisseling in sleutelwoorden	0	2/3	1	0,5*	54,2 %
13 instructies springen eruit	2/3	2/3	2/3	1	75,0 %
<i>Gemiddelde</i>					73,8 %
Vormgeving					
29 De voorkant nodigt uit tot lezen en is aantrekkelijk	2/3	2/3	2/3	2/3	66,7 %
30 De titel valt voldoende op	1	1	1	1	100 %
31 Er is functioneel gebruik gemaakt van kleur in de folder	1	2/3	2/3	2/3	75,0 %
32 De indeling van de tekst is overzichtelijk	2/3	2/3	2/3	2/3	66,7 %
33 De kopjes springen er duidelijk uit (afwisseling van lettertype)	2/3	1	2/3	1	83,3 %
34 Opsommingen of groep feiten zijn overzichtelijk aangebracht	2/3	2/3	1	2/3	75,0 %
<i>Gemiddelde</i>					77,8 %

* op basis van de scores van twee deskundigen

Bijlage 8: Correlatiematrix productgerichte methode

Correlatiematrix productgerichte methode

Correlations

		FREscore	passvorm	zinscompl	lexcompl	gemzinsl	gemwoordl
FREscore	Pearson Correlation	1	-,466	,235	-,890**	,182	-,985**
	Sig. (2-tailed)		,175	,514	,001	,614	,000
	N	10	10	10	10	10	10
passvorm	Pearson Correlation	-,466	1	-,528	,372	-,296	,509
	Sig. (2-tailed)	,175		,117	,289	,406	,133
	N	10	10	10	10	10	10
zinscompl	Pearson Correlation	,235	-,528	1	-,072	,644*	-,367
	Sig. (2-tailed)	,514	,117		,843	,044	,296
	N	10	10	10	10	10	10
lexcompl	Pearson Correlation	-,890**	,372	-,072	1	,021	,819**
	Sig. (2-tailed)	,001	,289	,843		,954	,004
	N	10	10	10	10	10	10
gemzinsl	Pearson Correlation	,182	-,296	,644*	,021	1	-,308
	Sig. (2-tailed)	,614	,406	,044	,954		,387
	N	10	10	10	10	10	10
gemwoordl	Pearson Correlation	-,985**	,509	-,367	,819**	-,308	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,133	,296	,004	,387	
	N	10	10	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Bijlage 9: Vragenlijst respondenten

Vragenlijst patiëntenfolders Neurologie

Geachte mevrouw, meneer,

U ontvangt deze brief omdat u een onderzoek op de functieafdeling Neurologie hebt gekregen of nog krijgt. De neurologen en de medewerkers van het Bureau Patiëntenvoorlichting willen graag weten wat u van de folder vindt die u hebt ontvangen naar aanleiding van dit onderzoek. Door uw mening en die van andere patiënten kunnen we de folder waar nodig verbeteren. Daarom vragen wij u een vragenlijst in te vullen over de folder van het betreffende onderzoek op de functieafdeling neurologie.

- U hoeft uw naam niet in te vullen
- Uw gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld
- Het invullen van de vragenlijst kost een paar minuten
- Voor vragen kunt u terecht bij Bureau Patiëntenvoorlichting, bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 en 17.00 uur op het interne telefoonnummer 96 37
- U kunt de ingevulde vragenlijst aan de verpleegkundige of de onderzoeker afgeven

- Voor vragen kunt u terecht bij Bureau Patiëntenvoorlichting, bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 en 17.00 uur op het telefoonnummer 0314 - 32 96 37

- U kunt de ingevulde vragenlijst aan de balie bij de polikliniek afgeven of in de doos met groene deksel deponeren als u voor het onderzoek of de uitslag weer in het ziekenhuis bent

Wij stellen uw medewerking erg op prijs. Alvast hartelijk bedankt voor de moeite.

Wanneer u de vragenlijst zelf niet kunt invullen.

Als u door omstandigheden deze vragenlijst niet kunt invullen, dan mag u hiervoor ook uw partner of een andere betrokkene vragen. Als deze persoon betrokken is bij uw informatievoorziening kan hij/zij voor u spreken bij het invullen van de vragen. Een ander alternatief is om samen met de betrokkene de vragenlijst in te vullen.

Met vriendelijke groet,
namens de medewerkers van het Bureau Patiëntenvoorlichting,

Johanna Oosterbaan-Bruggeman
Student Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente

Hoe vult u de vragenlijst in?

Van elk soort vraag in de vragenlijst wordt nu een voorbeeld gegeven. Als u gevraagd wordt wat uw geslacht is en u bent man, kruist u het hokje 'man' aan.

3 Wat is uw geslacht?

- ? Man
 Vrouw

Een voorbeeld bij onderstaande twee vragen: als u de folder er niet zo netjes en verzorgd uit vindt zien dan omcirkelt u 2 'grotendeels mee oneens'.

Als u de indeling heel erg overzichtelijk vindt, omcirkelt u 5 'helemaal mee eens'.

- | | | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|---|------------------------------------|
| 11 De folder ziet er netjes en verzorgd uit | 1 | ☒ 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 De indeling is overzichtelijk | 1 | 2 | 3 | 4 | ☒ 5 |

Alle vragen hebben betrekking op uw ervaringen. Bij elke groep vragen is een open ruimte voor toelichting, opmerkingen of suggesties. Maakt u hier vooral gebruik van, vooral van de minder prettige ervaringen kunnen we veel leren.

Inleidende vragen

Naam van de folder:.....

1 Bent u...

Patiënt van de afdeling Neurologie

Partner van de patiënt

Anders, namelijk

2 Wat is uw leeftijd?

..... jaar

3a Wat is uw geslacht?

Man

Vrouw

3b Wat is uw hoogst genoten afgeronde opleiding?

Lagere school

Middelbare school

MBO

HBO

WO

4 Over welke folder vult u deze enquête nu in (of: welk onderzoek/behandeling gaat u binnenkort krijgen?) *Bij deze vraag kunt u maar één hokje aankruisen.*

Brainstem Auditory Evoked Response (BAER)

Botulinetoxine, behandeling met

Caudografie / Myelografie

Elektro Encefalo Gram (EEG)

Elektro Myografie (EMG)

Elektro Nystagmo Grafie (ENG)

Somato Sensible Evoked Potential (SSEP)

Visual Evoked Potential (VEP)

Magnetic Resonance Imaging (MRI)

CT-scan

Anders, namelijk

5 Vult u deze enquête in voor of na het onderzoek dat bij u wordt gedaan?

Voor het onderzoek

Na het onderzoek

6 Hebt u informatie ontvangen over het onderzoek?

Ja, in een gesprek

Ja, in een folder

Ja, in een gesprek en door middel van een folder

Nee, ik heb geen gesprek en geen folder gekregen (*als u helemaal geen folder hebt gehad hoeft u de vragenlijst verder niet in te vullen en mag u deze inleveren*)

Anders, namelijk.....

7 Als u in een gesprek informatie over het onderzoek heeft ontvangen, met wie was dat gesprek dan? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

Arts

Verpleegkundige

Anders, namelijk met

8 Als u een folder hebt gekregen over het onderzoek, van wie hebt u deze folder dan gekregen?

Arts

Verpleegkundige

Anders, namelijk van

9 Wanneer hebt u de folder over het onderzoek gekregen?

Vandaag

1-2 dagen geleden

Tussen 3 dagen en een week geleden

Langer dan een week geleden

10 Hebt u de folder gelezen?

Ja, helemaal

Ja, voor een deel

Nee

11 Zo ja, wanneer hebt u de folder gelezen?

Vandaag

1-2 dagen geleden

Tussen 3 dagen en een week geleden

Langer dan een week geleden

12 Wat vindt u van de hoeveelheid informatie in de folder?

Veel te weinig

Te weinig

Goed

Te veel

Veel te veel

13 Hebt u naast de patiëntenfolder nog gebruikt gemaakt van andere bronnen van informatie?

Nee, want.....

.....

Ja, van familie, vrienden en/of bekenden

Ja, van Internet

Ja, van boeken

Anders, namelijk

Wat vindt u van de folder?

1= *helemaal mee oneens*
2= *grotendeels mee oneens*
3= *neutraal*
4= *grotendeels mee eens*
5= *helemaal mee eens*

Vormgeving van de folder

	<i>helemaal mee oneens</i>				<i>helemaal mee eens</i>
14 De folder ziet er netjes en verzorgd uit	1	2	3	4	5
15 De letters zijn groot genoeg voor mij	1	2	3	4	5
16 Ik heb afbeeldingen en plaatjes in de folder gemist	1	2	3	4	5
17 De indeling is overzichtelijk	1	2	3	4	5
18 De voorkant van de folder nodigt mij uit tot lezen	1	2	3	4	5
19 De kleuren spreken mij aan	1	2	3	4	5

Eventuele opmerkingen, toelichting of tips voor verbetering:

.....
.....
.....

Welk rapportcijfer geeft u aan het uiterlijk / vormgeving van de voorlichtingsfolder?

.....

- 1= helemaal mee oneens
 2= grotendeels mee oneens
 3= neutraal
 4= grotendeels mee eens
 5= helemaal mee eens

Stijl en opbouw van de folder

	helemaal mee oneens				helemaal mee eens
20 Ik vind de folder prettig om te lezen	1	2	3	4	5
21 Ik heb het gevoel dat de folder zich persoonlijk tot mij richt	1	2	3	4	5
22 De folder is ook goed te lezen voor betrokkenen (bijv. familie of mantelzorgers)	1	2	3	4	5
23 De kopjes geven goed de inhoud van de informatie onder het kopje weer	1	2	3	4	5
24 Sommige delen uit de folder moest ik vaker lezen om ze te begrijpen	1	2	3	4	5
25 Ik weet welke stukken in de tekst belangrijk voor mij zijn	1	2	3	4	5
26 De informatie in de folder is duidelijk	1	2	3	4	5

Eventuele opmerkingen, toelichting of tips voor verbetering:

.....

.....

.....

Welk rapportcijfer geeft u aan de stijl en opbouw van de voorlichtingsfolder?

.....

1= helemaal mee oneens
 2= grotendeels mee oneens
 3= neutraal
 4= grotendeels mee eens
 5= helemaal mee eens

Inhoud van de folder

	<i>helemaal mee oneens</i>			<i>helemaal mee eens</i>	
27 De informatie in de folder is juist	1	2	3	4	5
28 In de folder lees ik dingen die ik nog niet wist	1	2	3	4	5
29 De instructies zijn gemakkelijk uit te voeren	1	2	3	4	5
30 De instructies zijn duidelijk	1	2	3	4	5
31 De instructies in de folder ga ik zeker opvolgen / heb ik opgevolgd	1	2	3	4	5
32 Bij het lezen van de tekst kan ik me goed indenken hoe het er tijdens het onderzoek aan toe gaat	1	2	3	4	5
33 De inhoud van de folder stelt mij op mijn gemak	1	2	3	4	5
34 De folder geeft eerlijke informatie over de mogelijk te verwachten ongemakken	1	2	3	4	5
35 Ik heb nog vragen na het lezen van de folder	1	2	3	4	5
36 Als er iets onduidelijk is in de folder, weet ik aan wie ik een vraag moet stellen	1	2	3	4	5

Eventuele opmerkingen, toelichting of tips voor verbetering:

.....

.....

Welk rapportcijfer geeft u aan de inhoud van de voorlichtingsfolder?

.....

37 Welk hoofdstukje vindt u het belangrijkste in de folder? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

.....

Waarom?

.....

.....

.....

38a Mist u informatie bij een hoofdstukje of gedeelte in de folder?

ja

nee

38b Zo ja, bij welk hoofdstukje of gedeelte? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

.....

Wat miste u daar?

.....

.....

.....

39 Was er onduidelijke informatie in de tekst voor u? Zo ja, kunt u aangeven waar deze informatie staat?

.....

.....

.....

.....

40 Bent u bepaalde informatie tegengekomen die u overbodig vindt? Zo ja, kunt u aangeven welke?

.....

.....

.....

Tot slot

41 Welk rapportcijfer geeft u de voorlichtingsfolder?

.....
...

Hieronder kunt u eventuele algemene opmerkingen, suggesties of toelichting kwijt.

.....
...

.....
...

.....
...

.....
...

Hieronder kunt u eventuele opmerkingen over de vragenlijst kwijt.

.....
...

.....
...

.....
...

Wij bedanken u hartelijk voor het invullen van deze vragenlijst! U kunt de vragenlijst afgeven aan de onderzoeker of de verpleegkundige.

Wij bedanken u hartelijk voor het invullen van deze vragenlijst! U kunt de vragenlijst afgeven bij de balie van de polikliniek Neurologie als u weer in het ziekenhuis bent voor het onderzoek of de uitslag van het onderzoek.

Bijlage 10: Instructiebrieven

Doetinchem, 17-10-2005

Instructiebrief folders polikliniek Neurologie

Geachte heer/mevrouw,

Waarschijnlijk hebt u wel gehoord van het onderzoek dat op de afdeling Neurologie gaat plaatsvinden. Ik ga in opdracht van het Bureau Patiënten-voorlichting de folders van deze afdeling evalueren en optimaliseren. Voor een deel van het onderzoek heb ik de mening van de patiënten en/of hun betrokken hard nodig. Zij krijgen een vragenlijst met wat vragen over de verspreiding, leesgedrag, de inhoud en de vormgeving van de folder.

Voor u ligt een instructiebrief voor het uitdelen van de vragenlijsten aan de patiënten. Maandag 17 oktober tot vrijdag 2 december is er gelegenheid om de vragenlijsten uit te delen. **U krijgt 17 oktober van mij een doos met vragenlijsten. De vragenlijsten kunt u uitreiken samen met de betreffende folder die de patiënt krijgt. Bij de vragenlijst voor de patiënten is een instructiebrief bijgevoegd, maar kunt u als u gelegenheid hebt extra benadrukken dat het belangrijk is dat de patiënten de vragenlijst invullen en bij het volgende bezoek teruggeven?**

De doelgroep bestaat uit patiënten die bij de neuroloog geweest zijn en die een verwijzing hebben gekregen voor een onderzoek op de functieafdeling. Bij het volgende bezoek aan het ziekenhuis kunnen zij de ingevulde vragenlijst weer inleveren bij de balie van de polikliniek. De patiënten of u kunnen de ingevulde vragenlijsten in de doos met groene bovenkant deponeren. Ik kom om de paar dagen de ingevulde vragenlijsten ophalen en even vragen hoe alles verloopt.

In de instructiebrief voor de patiënten staat het telefoonnummer van Bureau Patiëntenvoorlichting, daar kunnen de mensen naar toe bellen als zij vragen over de vragenlijst hebben.

Ik wil u alvast hartelijk bedanken voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,
Johanna Oosterbaan-Bruggeman
Afstudeerder aan Universiteit Twente, Toegepaste Communicatie
Wetenschappen

NB Voor vragen kunt u altijd naar het Bureau Patiëntenvoorlichting bellen, telefoonnummer 9637.

Instructiebrief vragenlijst patiëntenfolders op A1

Geachte heer/mevrouw,

Waarschijnlijk hebt u wel gehoord van het onderzoek dat op de afdeling Neurologie gaat plaatsvinden. Ik ga in opdracht van het Bureau Patiëntenvoorlichting de onderzoeksfolders (zoals EEG en *MRI*) evalueren en optimaliseren. Voor een deel van het onderzoek heb ik de mening van de patiënten en/of hun betrokken hard nodig. Zij krijgen een vragenlijst met wat vragen over de verspreiding, leesgedrag, de inhoud en de vormgeving van de folder.

Voor u ligt een instructiebrief voor het uitdelen van de vragenlijsten aan de patiënten. Maandag 17 oktober tot vrijdag 2 december is er gelegenheid om de vragenlijsten uit te delen aan de mensen die een onderzoek zullen krijgen en in staat zijn de vragenlijst in te vullen. **De vragenlijsten kunt u uitreiken samen met de betreffende folder die de patiënt krijgt.** De ingevulde vragenlijsten kunt u in de doos met groene deksel deponeren. Ik zal om de paar dagen langskomen om de ingevulde lijsten op te halen en even te vragen hoe alles verloopt.

De doelgroep bestaat uit patiënten op de verpleegafdeling liggen en die een verwijzing hebben gekregen voor een onderzoek op de functieafdeling. **De partners of betrokken mantelzorgers mogen de vragenlijst ook invullen.**

Ik wil u alvast hartelijk bedanken voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,
Johanna Oosterbaan-Bruggeman
Afstudeerder aan Universiteit Twente, Toegepaste Communicatie
Wetenschappen

NB Voor vragen kunt u altijd naar het Bureau Patiëntenvoorlichting bellen, telefoonnummer 9637.

Bijlage 11: Operationaliseringsschema patiëntenenquête

Construct	Bronnen	Uitwerking variabelen*
<i>Demografische variabelen</i>	Gebruik gemaakt van inleidende vragen van de vragenlijst <i>Education Material Acceptability (EMA)</i> (Gwadry-Sridhar et al. 2003)	1 Patiënt/niet patiënt 2 Wat is uw leeftijd? 3a Man/vrouw 3b Opleidingsniveau
<i>Informatievoorziening en gebruik folder</i>	Gebruik gemaakt van inzicht deskundigen en onderzoeker en EMA (Gwadry-Sridhar et al. 2003)	4 Welk onderzoek bij de persoon gedaan 5 Enquête ingevuld voor/na onderzoek 6 Wel/niet informatie ontvangen over onderzoek 7 Met wie was het gesprek 8 Van wie folder gekregen 9 Wanneer folder gekregen 10 Wel/niet folder gelezen 11 Wanneer gelezen 13 Heeft de patiënt nog andere bronnen van informatie gebruikt
<i>Tevredenheid over hoeveelheid informatie</i>	Acht voorwaarden voor effectiviteit (Schellens en de Jong) Coulter et.al. (1999)	12 mate van tevredenheid over de hoeveelheid informatie in de folder 36 vindt patiënt het fijn als er nog wat meer informatie in de folder staat 38 heeft patiënt nog vragen na het lezen van de folder 39 Als er iets onduidelijk is in de folder, weet patiënt aan wie hij/zij een vraag moet stellen
<i>Attitude t.a.v. vormgeving folder</i>	Schouppe, UZ Gent (2001)	14 De folder ziet er netjes en verzorgd uit 15 De letters zijn groot genoeg 16 Afbeeldingen in de folder gemist 17 De indeling is overzichtelijk 18 De voorkant van de folder nodigt uit tot lezen 19 De kleuren spreken aan
<i>Attitude t.a.v. stijl en opbouw van folder</i>	Schouppe, UZ Gent (2001)	20 de folder is prettig om te lezen 21 patiënt heeft gevoel dat de folder zich persoonlijk tot hem/haar richt 23 De kopjes geven goed de inhoud van de informatie onder het kopje weer

<i>Begrip</i>	Schoupe, UZ Gent (2001)	22 De folder is ook goed te lezen voor betrokkenen (bijv. familie of mantelzorgers) 24 Sommige delen moest patiënt vaker keer lezen om ze te begrijpen 25 patiënt weet welke stukken in de tekst belangrijk voor hem/haar zijn
<i>Inhoud**</i>		
<i>Algemene vragen over informatie in de folder</i>	<i>Verscheidene niet-wetenschappelijke checklisten in handboeken</i>	26 De informatie in de folder is duidelijk 27 De informatie in de folder is juist 28 In de folder leest patiënt dingen die hij/zij nog niet wist
<i>Instructies in de folder</i>	<i>Verscheidene niet-wetenschappelijke checklisten in handboeken</i>	29 De instructies zijn gemakkelijk uit te voeren 30 De instructies zijn duidelijk 31 De instructies gaat patiënt opvolgen / zijn opgevolgd
<i>Procedurele informatie</i>	<i>Coulter et. al. (1999)</i>	32 Bij het lezen van de tekst kan patiënt goed indenken hoe het er tijdens het onderzoek aan toegaat
<i>Sensorische informatie</i>	<i>Coulter et. al. (1998)</i> <i>Coulter et. al. (1999)</i>	33 De inhoud van de folder stelt de patiënt op gemak 34 De folder geeft eerlijke informatie over de mogelijk te verwachten ongemakken
<i>Rapportcijfers</i>		37 Rapportcijfer vormgeving 38 Rapportcijfer stijl en opbouw 39 Rapportcijfer inhoud 40 Rapportcijfer algemeen

*** nummers komen overeen met vragen in de enquête**

**** richtlijnen WGBO komen aan de orde in checklist**

De constructen waarbij geen bron vermeld wordt zijn vragen die door expertbenadering ontwikkeld zijn of door een niet-wetenschappelijke checklist vermeld werden. De vragen zijn allen verschillende keren door de onderzoeker en verschillende deskundigen gescreeend. Daarnaast zijn de acht voorwaarden van effectiviteit in acht genomen bij de vragen voor de patiëntenenquête. Van elk van de voorwaarden zijn passende vragen gesteld.

Bijlage 12: Kwalitatieve resultaten doelgroepgerichte methode

In Tabel 8.3. is uiteengezet welke opmerkingen de respondenten hebben geplaatst. De opmerkingen zijn gecategoriseerd volgens de structuur van de voorlichtingskundige checklist. Er is een apart kopje gemaakt voor de opmerkingen dat de respondenten plaatjes en afbeeldingen missen.

Tabel 8.3. Opmerkingen van respondenten over inhoud

	<i>MRI (n=53)</i>		<i>CT (n=23)</i>		<i>EMG (n=14)</i>		<i>EEG (n=4)</i>		<i>Tot</i>
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Inleiding			1	4 %					1
Wat voor onderzoek het is	1	2 %					1	7 %	2
Vorbereiding op onderzoek	3	6 %	1	4 %			1	7 %	4
Verloop van het onderzoek	5	9 %	1	4 %	1	25 %	3	21 %	8
Na het onderzoek			1	4 %					
Verhinderend									
Onderzoek bij kinderen									
Uitslag van het onderzoek					1	25 %			1
Tot slot							1	7 %	1
<i>Illustraties</i>	5	9 %	5	22 %	2	50 %	1	7 %	13