

JULY 20, 2018

PREOPERATIEVE INFORMATIEVOORZIENING BIJ
DARMKANKERPATIËNTEN: HET PERSPECTIEF
VAN ZORGPROFESSIONALS



Medisch Spectrum Twente
een santeon ziekenhuis

**UNIVERSITY
OF TWENTE.**

Naam:	Bas Penterman
Studentnummer:	s1714651
Instelling:	Universiteit Twente
1 ^e begeleider:	Dr. L.M.A. Braakman - Jansen
2 ^e begeleider:	Dr. S.M. Kelders
Begeleider MST:	Paulien Timmerije-Kip

Abstract

Achtergrond. Darmkanker is een veel voorkomende kankersoort waarbij patiënten vaak te maken krijgen met acute opnames in het ziekenhuis. Hospitalisatie en operaties kunnen voor veel stress en angst zorgen. Preoperatieve angst is hier onderdeel van en wordt gedefinieerd als: een onplezierige staat van onbehagen of spanning als gevolg van ziekte, hospitalisatie, het geplande gebruik van verdoving en operatie. Preoperatieve informatievoorziening blijkt een belangrijke rol te spelen in stress en angstreductie voor een operatie. Daarnaast zorgt adequate informatie voor minder postoperatieve angst en pijn. Zorgprofessionals spelen een belangrijke rol in het geven van preoperatieve informatie en zijn dus cruciaal voor de preoperatieve informatievoorziening. De eerste onderzoeksvraag was: Welke ervaringen en verbeterpunten hebben zorgprofessionals ten aanzien van het aanbieden van preoperatieve informatie aan patiënten met darmkanker in het zorgtraject voor een colon- of rectumcarcinoom? Daarnaast wil het MST een preoperatief informatiefilmpje laten ontwikkelen om patiënten voor te bereiden op een chirurgische buikoperatie. De tweede onderzoeksvraag was: Aan welke aspecten moet een preoperatief informatiefilmpje voldoen volgens de verschillende zorgprofessionals?

Methodie. Kwalitatief onderzoek is uitgevoerd doormiddel van semigestructureerde interviews met zorgprofessionals uit verschillende disciplines in het Medisch Spectrum Twente (MST). Acht interviews (n=8) zijn afgenomen met vragen over ervaringen, behoeftes, barrières, doel van gegeven informatie, individuele afstemming en een informatiefilmpje met betrekking tot de preoperatieve informatievoorziening. Interviews zijn vervolgens getranscribeerd en geanalyseerd via inductieve codering, waarbij er ook deductief gecodeerd is volgens procedurele en sensorische informatie en gedragsinstructies bij de data over het informatiefilmpje.

Resultaten. Resultaten lieten zien dat er verschillende behoeftes en verbeterpunten waren, namelijk: een information overload bij patiënten, het beschikbaar stellen van meer digitale informatie, een niet optimale afstemming van informatie op emotionele toestand patiënt, missende informatie in de informatievoorziening, onduidelijke verwachtingen bij de patiënt, niet optimale interdisciplinaire communicatie en onduidelijkheid rondom de overdracht van 1^e naar 2^e lijnszorg. Daarnaast lieten de resultaten zien dat zorgprofessionals vonden dat informatie m.b.t. inhoud, procedures en gedragsinstructies belangrijke aspecten waren om te includeren in een informatiefilmpje.

Conclusie. Dit onderzoek heeft verschillende verbeterpunten aangetoond volgens de zorgprofessionals om de preoperatieve informatievoorziening bij darmkankerpatiënten in het MST te verbeteren. De kwaliteit van informatievoorziening kan verbeteren wanneer er rekening wordt gehouden met een eventuele information overload en niet optimale interdisciplinaire communicatie. Daarnaast kan het beschikbaar stellen van digitale informatie ook positieve gevolgen hebben voor de patiënt. Het informatiefilmpje kan een nuttige aanvulling zijn voor de informatievoorziening wanneer dit filmpje duidelijke verwachtingen schept door het geven van inhoudelijke, procedurele en sensorische informatie om patiënten voor te bereiden op een chirurgische buikoperatie.

1. Inleiding	3
1.1 Darmkanker	3
1.2 Preoperatieve angst	3
1.3 Preoperatieve informatievoorziening	5
1.3.1 Aspecten van informatievoorziening	5
1.3.2 Gepersonaliseerde informatie	6
1.4 Zorgprofessionals en preoperatieve informatievoorziening	7
1.5 eHealth en informatievoorziening	8
1.6 Samenvatting en onderzoeksvraag	9
2. Methode	11
2.1 Design	11
2.2 Participanten	11
2.3 Procedure	11
2.4 Materiaal	12
2.5 Data analyse	12
3. Resultaten	13
3.1 Beschrijving participanten	13
3.2 Ervaringen en verbeterpunten van zorgprofessionals met de preoperatieve informatievoorziening.	13
3.3 Ervaren barrières zorgprofessionals preoperatieve informatievoorziening	16
3.4 Mening en belangrijke aspecten van het preoperatieve informatiefilmpje	16
4. Discussie	18
4.1 Conclusie	23
5. Literatuurlijst	24
6. Bijlage 1 – Informed Consent	28
7. Bijlage 2 – Interviewschema	29

1. Inleiding

1.1 Darmkanker

Darmkanker, of colorectale kanker, is een veel voorkomende kankersoort wereldwijd. Eén op de twintig mensen in Nederland krijgt darmkanker. Darmkanker kan worden opgedeeld in dikke darmkanker (70% van de gevallen) en in endeldarmkanker (30% van de gevallen) (Maag Lever Darm Stichting (MLDS), z.j.). Darmkanker ontstaat uit poliepen en komt vooral voor bij mensen boven de vijftig jaar. Een poliep is een goedaardige voorloper van darmkanker en naar schatting heeft rond de twintig procent van de bevolking boven de vijftig poliepen in de darm. Poliepen in de dikke darm zijn veelal goedaardig en blijven dit ook. Toch groeit naar schatting één op de twintig poliepen uit tot darmkanker (MLDS, z.j.). Tumoren in de darm worden veelal opgespoord door middel van een colonscopie, waar een endoscopist de dikke darm en het laatste deel van de dunne darm bekijkt. Darmkanker wordt opgedeeld in vijf verschillende stadia; waarbij stadium nul een verdenking is, in stadium één beperkt de tumor zich tot de darmwand, in stadium twee is de tumor door de darmwand heen gegroeid, in stadium drie is de tumor uitgezaaid naar de lokale lymfeklieren en in stadium vier is de tumor uitgezaaid naar verder gelegen lymfeklieren of andere organen/weefsels (MLDS, z.j.). De behandelingen van darmkanker zijn erg verschillend en afhankelijk van de persoonlijke situatie. De keuze voor de behandeling hangt af van het stadium van de ziekte en persoonlijke factoren. Over het algemeen bestaat de behandeling van darmkanker uit een operatie, radiotherapie, chemotherapie en/of chemoradiotherapie (MST, 2017). Patiënten gediagnosticeerd met kanker, of darmkanker, krijgen vaak te maken met acute opnames in het ziekenhuis.

1.2 Preoperatieve angst

Hospitalisatie en operaties zijn belangrijke negatieve gebeurtenissen die voor veel stress en angst zorgen bij patiënten. Preoperatieve angst is hier een onderdeel van en komt vaak voor. Preoperatieve angst wordt gedefinieerd als: “een onplezierige staat van onbehagen of spanning als gevolg van ziekte, hospitalisatie, het geplande gebruik van verdoving en operaties” (Maranets & Kain, 1999, p. 1346). Deze angst is vooral van belang voor patiënten die acuut opgenomen worden, aangezien deze groep weinig tijd heeft om zich aan te passen aan het feit dat zij een medisch probleem hebben en een operatie moeten ondergaan. Onderzoek van Agarwal et al., (2005) toonde aan dat preoperatieve angst voorkomt bij 11 tot 80% van volwassen patiënten. Oorzaken voor preoperatieve angst bij patiënten die een

operatie ondergingen waren: “het moeten wachten op de operatie; het zorgen maken over fysieke/mentale schade en uitkomst van de operatie; de verwachte postoperatieve pijn; afzondering van familieleden; zorgen over arbeidsongeschiktheid; verlies van onafhankelijkheid; angst voor de operatie en angst om te overlijden” (Yilmaz, Sezer, Gürler & Bekar, 2012, p. 957). Daarnaast bleek uit onderzoek dat aspecten als leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau ook gerelateerd waren aan ervaren angst (Jelicic & Bonke, 1991; Mackenzie, 1989). Zo bleek dat vrouwen, jonge personen, laag opgeleiden en alleenstaande individuen kwetsbaarder waren voor angst in de pre- en postoperatieve fase.

Naast directe gevolgen voor de kwaliteit van leven, kan preoperatieve angst ook verschillende consequenties hebben. Zo blijkt uit onderzoek van Frazier et al. (2003) dat herstel moeilijker wordt wanneer patiënten een hoge mate aan preoperatieve angst ervaren. Een hogere mate van angst en aansluitende fysiologische veranderingen kunnen de uitkomst van operaties negatief beïnvloeden (Frazier et al., 2003). Ook bleek dat patiënten met een hoge mate aan angst meer zorgen hadden over de operatie en meer informatie vereisten voor de chirurgische ingreep (Lioupi, Syrmos, Lioupis & Giannouli, 2018). Doordat preoperatieve angst verschillende gevolgen heeft op herstel en gezondheid is het belangrijk om deze angst vast te stellen en te verminderen.

Pre- en postoperatieve angst blijkt gerelateerd te zijn aan coping strategieën van patiënten, de ervaren sociale steun en informatievoorziening (Karanci & Dirik, 2003; Ramos et al., 2008). Zo bleek dat patiënten, pre- en postoperatief, verschillende coping stijlen hanteerden. Preoperatief werden de coping strategieën zelfbeschuldiging en hulpeloosheid het meest gebruikt door patiënten, terwijl patiënten postoperatief vaak actieve coping hanteerden. Het onderzoek van Karanci & Dirik (2003) toonde aan dat het hanteren van de coping stijl zelfbeschuldiging en hulpeloosheid ineffectief bleek om stress te verminderen voor een operatie. Actieve coping bleek ook ineffectief bij het verminderen van postoperatieve angst (Karanci & Dirik, 2003). Dit wordt vooral veroorzaakt doordat patiënten zich in een gehospitaliseerde setting bevinden waar het moeilijk is controle uit te oefenen waardoor er meer angst optreedt. Volgens Karanci & Dirik (2003) is het belangrijk om de patiënt zijn manier van coping vast te stellen en hier tevens rekening mee te houden wanneer er klinische procedures worden gepland. Patiënten met een actieve coping stijl kunnen hiervan profiteren door hen een actieve rol te geven in het management proces. Terwijl patiënten met een zelf beschuldigende of hulpeloosheid coping stijl juist kunnen profiteren van informatie over de oorzaken van hun conditie, om zelfbeschuldiging te verminderen (Karanci & Dirik, 2003). Daarnaast beschrijven Karanci & Dirik (2003) dat ervaren sociale steun erg belangrijk is. Zo

zouden patiënten die een hoge mate aan sociale steun ervaren minder angst ervaren ten opzichte van patiënten die een lage mate aan sociale steun ervaren. Ook blijkt uit onderzoek dat informatievoorziening een belangrijke rol speelt om preoperatieve angst te verminderen (Ramos et al., 2008; Karanci & Dirik, 2003).

1.3 Preoperatieve informatievoorziening

Over het algemeen blijkt dat preoperatieve informatievoorziening zorgt voor betere zorg en herstel, minder verblijftijd, positieve effecten op het gebied van psychologische stress en pijn, verminderde spanning en verminderde angst (Aasa, Hovbäck & Berterö, 2013; Devine, 1992). Aasa et al. (2013) toonden aan dat pre- en postoperatieve informatievoorziening cruciaal was voor een goed herstel. Zo bleek dat psychologische kenmerken van de patiënt, zoals het durven verlaten van het ziekenhuis na een operatie en de patiënt zijn eigen kennis over zijn ziekte, beïnvloed werd door het aanbieden van adequate informatie (Aasa et al., 2013). Ook is goede informatievoorziening, zowel pre- als postoperatief, belangrijk om verblijftijden in het ziekenhuis te verlagen en het aantal heropnames te verminderen (Ljungqvist et al.; Varadhan et al., in Aasa et al., 2013). Preoperatieve informatie zou er daarnaast voor zorgen dat patiënten verminderde postoperatieve angst en pijn ervaren (Hughes, 2002; Grawe, Mirow, Bouchard, Linding & Huppe, in Andersson, Otterstrom-Rydberg & Karlsson, 2015). Pijnvermindering en verzachting blijkt dan ook het belangrijkste onderwerp te zijn binnen de preoperatieve informatievoorziening (Lithner & Zilling, 2000; Kastanias, Denny, Robinson, Sabo & Snaith, 2009). Andersson et al. (2015) toonden ook aan dat patiënten die preoperatieve informatie over pijnbehandeling kregen, minder postoperatieve pijn ervaren vergeleken met patiënten die deze informatie niet kregen.

1.3.1 Aspecten van informatievoorziening

Informatievoorziening bestaat uit verschillende aspecten en kan op verschillende manieren worden aangeboden. Leventhal & Johnson en Johnson (in Van Vliet et al., 2004) delen informatie op in procedurele informatie(informatie over procedurele stappen), sensorische informatie(informatie over wat de patiënt gaat horen, voelen, zien, ruiken en proeven) en gedragsinstructie(informatie over gewenst gedrag voor een goed verloop). In hun onderzoek onder darmpatiënten toonden Leventhal en Johnson (in Van Vliet et al., 2004) aan dat angstreductie het meest beïnvloed werd door sensorische informatie, terwijl gedragsinstructies vooral invloed had op de coping stijl van de patiënt. Stress en angst voor een operatie kan

verminderd worden wanneer een patiënt zijn verwachting over de operatie zelf, overeenkomt met de actuele operatie (Leventhal & Johnson, in Van Vliet et al., 2004; Johnson, 1999). Sensorische en procedurele informatie bleek het meest effectief om de patiënt te informeren en hun verwachtingen bij te stellen, aangezien patiënten zich de operatie kunnen visualiseren. Preoperatieve informatie leidt dus tot juiste verwachtingen die de controle van patiënten verhoogt, wat beschadigende psychologische effecten vermindert van een operatie of ingreep (Van Vliet et al., 2004).

Er zijn verschillende manieren om informatie aan te bieden. Over het algemeen zijn deze opgedeeld in verbaal en geschreven informatie. Verbale informatie bestaat onder andere uit mondelinge informatie gegeven door zorgprofessionals en uit informatie verstrekt via audio en/of video. Geschreven informatie heeft een aantal voordelen, namelijk: het kan meerdere keren gelezen worden, het kan gelezen worden wanneer de patiënt dit uitkomt, het dient als hulpmiddel dat patiënten kunnen raadplegen wat resulteert in meer participatie, het laat patiënten vaker initiatief nemen wanneer zij meer pijnmedicatie vereisen, het dient als geheugensteun en het bespaart tijd en geld (Andersson et al., 2015). Patiënten die enkel verbale informatie kregen, hadden moeite dit te onthouden vanwege complexe zorgomstandigheden. Een combinatie van verbaal en geschreven informatie werd dan ook als meest prettig ervaren door patiënten (Andersson et al., 2015). Deze combinatie van informatievoorziening zorgt ervoor dat de informatie het makkelijkst te assimileren en te onthouden is. Doordat patiënten zich in een kwetsbare positie bevinden en daarnaast zorgen hebben over de operatie of ingreep, kan dit zorgen voor verhoogde stress wanneer informatie te veel en te gedetailleerd is. Informatie moet daarom gebalanceerd zijn zodat het niet ervaren wordt als te extreem of bedreigend (Sjostedt, Hellstrom & Stomberg, in Andersson et al., 2015).

1.3.2 Gepersonaliseerde informatie

Informatie kan erg complex zijn voor patiënten waardoor zij moeite kunnen hebben met het begrijpen van deze informatie. Informatie moet dan ook niet volgens gestandaardiseerde procedures gegeven worden, maar het moet gebaseerd worden op individuele behoeften in combinatie met gepaste toelichtingen (Aasa et al., 2013). Zorgprofessionals moeten aandacht besteden aan een individu zijn behoeften en zijn vaardigheden, aangezien de vaardigheid om informatie te assimileren en onthouden kan verschillen tussen jonge, middelbare en oude leeftijd. Gepersonaliseerde informatie zorgt ervoor dat een patiënt als individu wordt gezien, waardoor actieve participatie gestimuleerd wordt (Aasa et al., 2013).

1.4 Zorgprofessionals en preoperatieve informatievoorziening

Preoperatieve informatie aan patiënten wordt veelal aangeboden door zorgprofessionals die betrokken zijn in het standaard zorgpad. Door de positieve gevolgen van preoperatieve informatie, is het belangrijk dat deze goed aangeboden wordt om het ziekteproces van patiënt zo goed mogelijk te laten verlopen. Tijdens hospitalisatie worden patiënten hoofdzakelijk geassisteerd door zorgprofessionals die proberen optimale omstandigheden te creëren voor herstel en die proberen patiënten zelf actief deel te laten nemen in hun eigen zorg. Zo zeggen Aasa et al. (2013) dat zorgprofessionals zich moeten focussen op de patiënt en moeten proberen inzicht te krijgen in de onzekerheden van de patiënt. Toch blijkt uit onderzoek dat zorgprofessionals vaak belemmeringen ervaren bij het geven van informatie. Zo blijkt uit onderzoek van Lee en Lee (2013) dat niet alle benodigde preoperatieve informatie gegeven werd aan patiënten. Dit werd toegeschreven aan verschillende factoren. Verpleegkundigen zouden tijd- en werkdruk ervaren, aangezien zij weinig tijd hadden en zich aan strikte operatieroosters moesten houden, waardoor preoperatieve informatievoorziening beperkt werd (Lee & Lee, 2013; Tse & So, 2008). Daarnaastervaarden zij belemmeringen betreft de communicatie en gelimiteerde informatiemiddelen. Zo bleek gesproken taal een belangrijke factor te zijn, aangezien verpleegkundigen veelal mondelinge informatie aanbieden (Lee & Lee, 2013). Wanneer er een verschil in taal aanwezig was, bleek dus dat het aanbieden van preoperatieve informatie gehinderd werd (Tse & So, 2008). Tot slot bleken verwachtingen van de verpleegkundige zelf en de onduidelijkheid over de rol die zij vervullen, factoren te zijn. Zo namen verpleegkundigen vaak aan dat patiënten al informatie hadden gekregen van bijvoorbeeld artsen of chirurgen (Lee & Lee, 2013). Ook hadden verpleegkundigen vaak de perceptie dat het de arts of chirurg zijn privilege is om preoperatieve informatie te geven, waardoor de verpleegkundige zich belemmert voelt in het geven van verdere informatie over de operatie en anesthesie. Deze problemen leiden tot onzekerheid bij de verpleegkundigen en verminderen de kwaliteit van preoperatieve informatie gegeven door verpleegkundigen (Lee & Lee, 2013). Verder toont onderzoek van Langbecker, Janda en Yates (2013) aan dat een zorgprofessional zijn communicatieve vaardigheden, stijl en houding invloed heeft op het type informatie en de hoeveelheid informatie die gegeven word. Daarnaast bleek uit hun onderzoek dat zorgprofessionals vaak moeilijke situaties meemaken, zoals wanneer patiënten cognitieve- en/of gedragsveranderingen vertonen, waar het moeilijk is om informatie te geven. Ook bleek het moeilijk om informatie te geven wanneer deze informatie ging over potentiële negatieve gevolgen. Tot slot toonden Langbecker et al. (2013) aan dat slechte

communicatie tussen verschillende groepen van zorgprofessionals ook de informatievoorziening verslechtert.

1.5 eHealth en informatievoorziening

Er is veel onderzoek gedaan naar interventies en de effecten ervan bij patiënten.

Tegenwoordig zijn er verscheidene computer en internet gebaseerde eHealth interventies voor patiënten met kanker. Deze interventies bieden informatie over kanker en de behandeling, ondersteuning in het maken van keuzes, zelfmanagement, fysieke en emotionele problemen en zelfmanagement en *peer-support*. Zo blijkt dat eHealth interventies kankerpatiënten ondersteunt aangezien het een positief effect heeft op de patiënt zijn kennis en informatiebekwaamheid (Slev et al., 2016). Zo bleek de kennis van patiënten en de vaardigheid om informatie te verkrijgen vergroot (Gysels & Higginson; Hong, Peña & Ory; Ryhänen, Siekkinen, Sirkku & Rankinen et al.; Salonen, Ryhänen & Leino-Kilpi, in Slev et al., 2016). eHealth wordt op verschillende manieren gedefinieerd, zonder dat er wetenschappelijk bewijs geleverd wordt. eHealth wordt daarom beschreven als het gebruik van informatie en communicatie technologieën, internet technologie in het specifiek, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of verbeteren, zonder beperkingen voor specifieke groepen of specifieke ziektes (van Gemert-Pijnen, Peters & Ossebaard, 2013). eHealth kan ondersteuning bieden bij zelfmanagement door online informatie, educatie, diagnose, ondersteuning in behandelingskeuzes en het monitoren van ziekte aan te bieden (van Gemert-Pijnen et al., 2013). Het kan een belangrijke rol spelen in ziektemanagement door oplossingen te bieden die de kwaliteit van leven verbeteren. Daarnaast kan het ook voor efficiëntie zorgen in de gezondheidszorg, want dezelfde of betere uitkomsten kunnen verkregen worden met minder middelen (van Gemert-Pijnen et al., 2013).

Het Medisch Spectrum Twente wil dan ook een eHealth interventie gaan ontwikkelen voor darmkankerpatiënten in de vorm van een informatiefilmpje. Dit informatiefilmpje wordt ontwikkeld door een extern bedrijf en is bedoeld om de darmkankerpatiënten beter voor te bereiden op de chirurgische ingreep door informatie te verstrekken over onder andere de afdeling waar patiënten terecht komen en de ingreep zelf. Een preoperatief informatiefilmpje heeft verschillende positieve gevolgen. Zo zorgt een informatiefilmpje ervoor dat alle patiënten dezelfde informatie ontvangen en kan het een oplossing bieden bij het verstrekken van consistente informatie om patiënten te ondersteunen bij het maken van keuzes (Agre, Kurtz & Krauss, 1993). Een filmpje kan meerdere keren worden afgespeeld, kan worden

gepauzeerd en kan worden gedeeld met de sociale omgeving van de patiënt. Daarnaast geeft het patiënten de mogelijkheid goed voorbereid een consultatie van de arts in te gaan, aangezien zij al belangrijke informatie hebben ontvangen via het filmpje. Hierdoor kunnen belangrijke punten voor de patiënt beter besproken worden tijdens de consultatie (Agre et al., 1993). Een filmpje kan er dus voor zorgen dat patiënten een algemeen beeld krijgen van belangrijke feiten en kan het nuttig blijken in een opvolgend gesprek tussen arts en patiënt.

1.6 Samenvatting en onderzoeksvraag

Door de positieve gevolgen van preoperatieve informatie, is het belangrijk het proces van preoperatieve informatievoorziening optimaal te laten verlopen. Door de belangrijke rol van zorgprofessionals in dit proces is het belangrijk om ervaringen en behoeftes te identificeren van deze specifieke doelgroep. Wanneer deze ervaringen en behoeftes bekend zijn, kunnen hier aanpassingen naar gemaakt worden om de gehele preoperatieve informatievoorziening te optimaliseren. Dit huidig onderzoek zal zich richten op ervaringen en behoeftes van zorgprofessionals ten opzichte van de preoperatieve informatievoorziening bij darmkanker patiënten in het Medisch Spectrum Twente (MST) in Enschede. Zorgprofessionals zijn in dit geval: MDL-artsen, chirurgen, fysiotherapeuten, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en casemanagers. De eerste onderzoeksvraag luidt:

“Welke ervaringen en verbeterpunten hebben zorgprofessionals ten aanzien van het aanbieden van preoperatieve informatie aan patiënten met darmkanker in het zorgtraject voor een colon- of rectumcarcinoom?”

Ook is het belangrijk om eventuele barrières die zorgprofessionals ervaren te identificeren, zodat zorgprofessionals zo min mogelijk belemmeringen ervaren in het geven van preoperatieve informatie. Een deelvraag bij de eerste onderzoeksvraag is: *“Welke barrières ervaren zorgprofessionals ten aanzien van het aanbieden van preoperatieve informatie aan patiënten met darmkanker in het zorgtraject voor een colon- of rectumcarcinoom?”*

Daarnaast wil het Medisch Spectrum Twente patiënten beter voorbereiden op chirurgische buikoperaties, doormiddel van een informatiefilmpje. Een tweede doel van dit onderzoek is om te onderzoeken wat de meningen en vereisten zijn voor dit filmpje volgens verschillende

disciplines die betrokken zijn in het standaard zorgpad voor een colon- en/of rectumcarcinoom. Hieruit volgt de tweede onderzoeksvraag:

“Aan welke aspecten moet het preoperatieve informatiefilmpje volgens de zorgprofessionals vanuit de verschillende disciplines in het zorgtraject voor een colon- of rectumcarcinoom voldoen, om patiënten voor te bereiden op een chirurgische buikoperatie?”

Met de verschillende disciplines worden bedoeld: verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, casemanagers, fysiotherapeuten, MDL-artsen en chirurgen die betrokken zijn in het standaard zorgpad voor een colon- en/of rectumcarcinoom.

2. Methode

2.1 Design

Kwalitatief onderzoek is gedaan doormiddel van semigestructureerde interviews met zorgprofessionals die een rol spelen in het standaard zorgpad voor een colon- en/of rectumcarcinoom. Het doel was om ervaringen, behoeftes en barrières vast te leggen voor deze doelgroep en om te onderzoeken waar een preoperatief informatiefilmpje volgens hen aan moest voldoen.

2.2 Participanten

Deelnemers in dit onderzoek waren zorgprofessionals betrokken in het standaard zorgpad voor een colon- en/of rectumcarcinoom. Om de huidige informatievoorziening in het Medisch Spectrum Twente vast te stellen, waren ervaringen, behoeftes en barrières van huidige zorgprofessionals erg belangrijk om het proces van informatievoorziening op een zo goed mogelijke wijze te laten verlopen. Inclusie en exclusiecriteria waren: de zorgprofessionals zijn betrokken in het zorgpad voor een colon- en/of rectumcarcinoom, de zorgprofessionals dienen de Nederlandse taal goed te beheersen en de zorgprofessionals hebben een informed consent ondertekend en ingeleverd bij de onderzoekers.

De zorgprofessionals zijn benaderd via e-mail of telefoon met de vraag of zij deel wouden nemen aan het onderzoek. Hier werd het onderzoek zelf, het doel en de onderwerpen van het interview verbaal of digitaal uitgelegd. Daarnaast kregen zij uitleg over hun rechten als participant. In totaal zijn er acht respondenten geïnterviewd door middel van semigestructureerde interviews. De respondenten bestonden uit: een MDL-arts, een casemanager, een chirurg, een fysiotherapeut, een verpleegkundig specialist, een oncologieverpleegkundige en twee stomaverpleegkundigen.

2.3 Procedure

Op de afgesproken datum werden participanten geïnterviewd. De interviews vonden plaats in een stille ruimte waar geen afleiding plaats kon vinden. Voordat het interview begon werden respondenten geïnformeerd over het doel van de studie en werd ze verteld dat zij mochten stoppen wanneer zij dat wouden. Er werd daarnaast uitgelegd dat informatie die uit het interview naar voren kwam, alleen gebruikt werd voor het onderzoek en dat namen en/of gegevens veranderd werden zodat het niet traceerbaar zou zijn. Nadat het informed consent (Bijlage 1) getekend was, begon het interview. Bij elk interview is er een opname gemaakt

van de audio. De interviews duurden gemiddeld dertig minuten. Tijdens het interview is er gebruik gemaakt van een interviewschema (Bijlage 2). Het interview bestond voornamelijk uit open vragen, waarna de interviewer vaak om meer informatie vroeg.

2.4 Materiaal

Er was sprake van semigestructureerde interviews gebaseerd op een interviewschema (Bijlage 2). Het interview bestond uit vragen gericht op preoperatieve informatievoorziening, postoperatieve informatievoorziening en vragen rondom mening en inhoud ten aanzien van het informatiefilmpje dat het MST extern laat ontwikkelen. De vragen over de preoperatieve informatievoorziening betroffen de ervaringen en behoeftes van hulpverleners ten aanzien van de huidige preoperatieve informatievoorziening, welke barrières zij wellicht ervaren bij het geven van informatie, welke informatie zij gaven en het doel ervan, op welke wijze de zorgprofessionals voor individuele afstemming zorgden van behoeftes en voorlichting en tot slot de mening van de zorgprofessionals ten aanzien van het preoperatieve informatiefilmpje en waar dit informatiefilmpje volgens hen aan moest voldoen.

2.5 Data analyse

De opgenomen audio bestanden van de interviews zijn getranscribeerd door dezelfde persoon die de interviews afnam, kort na het interview zelf. Alle transcripties zijn vervolgens gecodeerd via AtlasTI. Elke relevante quote is gekoppeld aan een variabele, waarna door middel van inductieve analyse categorieën en thema's werden onderzocht, totdat er geen nieuwe codes gevonden werden (Baarda, 2012). Daarnaast is er deductief en inductief gecodeerd bij de inhoud van het informatiefilmpje volgens de zorgprofessionals (tabel 5). Bij de inhoud van het informatiefilmpje zijn de aspecten procedurele informatie, sensorische informatie en gedragsregels van informatievoorziening gebruikt van Leventhal en Johnson (in Van Vliet et al., 2004). Alle transcripties zijn achteraf nog een keer gelezen om er zeker van te zijn dat er geen belangrijke informatie mistte, daarnaast werd er ook bekeken of de thema's een goed beeld gaven van de quotes gegeven door de zorgprofessionals.

3. Resultaten

3.1 Beschrijving participanten

In totaal zijn er acht zorgprofessionals geïnterviewd die betrokken waren in de patiëntenvoorlichting voor darmkankerpatiënten (zie tabel 1). De functies van de acht verschillende zorgprofessionals bestonden uit: een MDL-arts, een verpleegkundig specialist, een fysiotherapeut, een casemanager, een chirurg, een oncologieverpleegkundige en twee stomaverpleegkundigen. Alle zorgprofessionals ($n=8$) waren van Nederlandse nationaliteit en waren betrokken bij de preoperatieve en/of postoperatieve patiëntenvoorlichting voor patiënten die zich in het standaard zorgpad voor een colon- en/of rectumcarcinoom bevinden. De respondenten zijn verdeeld over de groepen specialisten en zorgprofessionals.

Tabel 1

Kenmerken zorgprofessionals Medisch Spectrum Twente ($n=8$)

	Specialisten	Zorgprofessionals
Functies	MDL-arts, chirurg en verpleegkundig specialist	Oncologieverpleegkundige, stomaverpleegkundige, fysiotherapeut en casemanager
Opleidingsniveau	WO en HBO	In-service opleiding, HBO en MBO
Gemiddelde werkervaring in jaren (<i>sd</i>)	15,7 (12,7)	14,2 (13,6)

3.2 Ervaringen en verbeterpunten van zorgprofessionals met de preoperatieve informatievoorziening.

De verschillende disciplines hadden variërende ervaringen met de preoperatieve informatievoorziening (zie tabel 2). Belangrijke thema's die zorgprofessionals als positief ervaarden waren: een volledige informatievoorziening ($n=3$), voldoende tijd om voor te lichten ($n=3$), een goede samenwerking tussen verschillende disciplines ($n=2$), de patiënt is tevreden ($n=2$) en de gegeven informatie sluit aan bij het kennisniveau van de patiënt ($n=1$).

Tabel 2

Positieve aspecten en ervaringen ten aanzien van de preoperatieve informatievoorziening volgens de zorgprofessionals uit de verschillende disciplines (n=8)

Sub thema's	N	Voorbeeldquote (type respondent)
De informatievoorziening is volledig	3	En dat ik zelf verder vind dat alle aspecten aan bod komen zowel stukje voeding als een stukje pijnbestrijding [...] ik heb een uur de tijd dus het is wel heel uitgebreid (zorgprofessional).
Er is voldoende tijd voor de patiëntenvoorlichting	3	Ik vind dat wij het supergoed geregeld hebben. Ja, we hebben alle ruimte uhm... gesprekjes verdeeld in tweeën. We zien mensen twee keer voor de operatie. We hebben daar anderhalf uur de tijd om mensen voor te bereiden (zorgprofessional).
Er is een goede samenwerking tussen verschillende disciplines	2	Ik heb het gevoel, dat is ook wel sinds een aantal jaar, dat de behandeling steeds meer een samenwerking wordt [...] en volgens mij is dat voor patiënt te merken dat je onderling afstemt over niet alleen de behandeling maar ook andere dingen die belangrijk zijn voor die patiënt (zorgprofessional).
De patiënt is tevreden met de informatie	2	Ik heb het idee dat niet veel patiënten denken van: 'had u mij maar beter voorgelicht' (specialist)
De informatie sluit aan bij het kennisniveau van de patiënt	1	In het algemeen. Volgens mij gaat dat wel goed. Ik heb vaak dat mensen zeggen van: 'oh ja daar heb ik iets over gelezen' (zorgprofessional)

Daarnaast gaven de zorgprofessionals ook aan verschillende verbeterpunten te hebben ten aanzien van de preoperatieve informatievoorziening (zie tabel 3). Deze verbeterpunten zijn opgedeeld in twee verschillende thema's, namelijk: verbeterpunten op patiëntniveau en verbeterpunten op organisatorisch niveau. De zorgprofessionals hadden verschillende verbeterpunten op patiëntniveau. Belangrijke thema's hierbij waren: information overload bij patiënten (n=4), meer digitale informatie beschikbaar maken voor patiënten (n=3), timing van informatie niet afgestemd op de emotionele toestand van de patiënt (n=2), informatie over vermoeidheid mist in de preoperatieve informatievoorziening (n=2) en de patiënt zijn verwachtingen zijn niet duidelijk (n=1). Information overload wordt door Gunderman (2006) gedefinieerd als een staat waarin een persoon met zoveel informatie geconfronteerd wordt dat zijn cognitie traag wordt en mentale uitputting optreedt. Hierdoor kan een patiënt informatie niet bewust opnemen. Daarnaast werden er door de zorgprofessionals enkele verbeterpunten aangegeven op organisatorisch niveau. Belangrijke thema's waren: Niet optimale interdisciplinaire communicatie (n=2) en onduidelijkheid rondom de overdracht van 1^e naar 2^e lijnszorg (n=1).

Tabel 3

Verbeterpunten ten aanzien van de preoperatieve informatievoorziening volgens de zorgprofessionals uit de verschillende disciplines (n=8)

Sub thema's	N	Voorbeeldquote (type respondent)
Patiënt niveau		
Er is information overload bij patiënten	4	Wat ik denk is dat de patiënt [...] dat ze bij de oncologieverpleegkundige en de stomaverpleegkundige en bij de chirurg en anesthesist komen [...] dat ik mij soms wel afvraag wat iemand daadwerkelijk opslaat (zorgprofessional).
Meer digitale informatie beschikbaar maken voor patiënt	3	Ik denk wel dat we er aan de slag mee kunnen gaan, niet alleen gericht op colonkanker, maar dat we voorhand meer informatie op de website zetten (specialist).
Timing van informatie niet afgestemd op emotionele toestand van patiënt	2	Soms is het ook dat ze net bij de chirurg zijn geweest en dan nog hier komen, dat ze vol emoties zitten. En dan merk je ook dat het gewoon, het is heel veel over het algemeen (zorgprofessional).
Informatie over vermoeidheid mist in de preoperatieve informatievoorziening	2	Nou als ik patiënten op de afdeling zie is dat... stukje vermoeidheid dat ze dat wel is missen. Of dat het altijd heel erg tegenvalt [...] dat dat misschien wel een stukje is dat minder verteld wordt (zorgprofessional)
De patiënt zijn verwachtingen zijn onduidelijk	1	Daar hebben mensen minder kennis als ze op de afdeling komen over wat ze kunnen verwachten en wat we eigenlijk ook een beetje van hun verwachten (specialist)
Organisatorisch niveau		
Interdisciplinaire communicatie niet optimaal	2	Ik weet niet wat de chirurg allemaal aan voorlichting geeft [...] De rest van de voorlichting vindt allemaal plaats bij de chirurg en daar zijn wij dus niet bij (zorgprofessional).
Overdracht van 1e naar 2e lijnszorg onduidelijk	1	Ik vraag me af wat het stukje is als mensen via de huisarts naar het ziekenhuis gaan. Dat stukje mis ik [...] de overdracht (zorgprofessional).

3.3 Ervaren barrières zorgprofessionals preoperatieve informatievoorziening

Zes zorgprofessionals (n=6) gaven aan geen barrières te ervaren bij het verstrekken van preoperatieve informatie aan de patiënt. Toch ervaren zorgprofessionals verschillende barrières in relatie tot het verstrekken van preoperatieve informatie (zie tabel 4). Belangrijke thema's waren: organisatorische barrières rondom planning en tijdsdruk (n=2) en onvoldoende vaardigheden in het omgaan met agressief gedrag bij de zorgprofessional (n=1).

Tabel 4

Ervaren barrières van zorgprofessionals in de preoperatieve informatievoorziening (n=8)

Sub thema's	N	Voorbeeldquote (type respondent)
Organisatorisch: Planning en tijdsdruk	2	Nou het is wel soms dat er uhm [...] in de planning er te kort is, dat we ineens alles in één moeten doen (zorgprofessional)
Onvoldoende vaardigheden omgaan met agressief gedrag	1	Ik vind het lastig als mensen, voor mij persoonlijk, als mensen heel boos of aanvallend zijn. Ik heb niks verkeerd gedaan (specialist).

3.4 Mening en belangrijke aspecten van het preoperatieve informatiefilmpje

Uit de interviews bleek dat de zorgprofessionals over het algemeen positief waren over een informatiefilmpje als voorbereiding op een chirurgische buikoperatie. Zeven zorgprofessionals (n=7) hadden een positieve mening ten aanzien van een informatiefilmpje om patiënten voor te bereiden op een chirurgische buikoperatie, terwijl één zorgprofessional (n=1) een negatieve mening had. Ook is onderzocht welke aspecten belangrijk waren om te includeren in een informatiefilmpje ter voorbereiding op de chirurgische buikoperatie volgens de zorgprofessionals uit de verschillende disciplines (zie tabel 5). Belangrijke thema's die aan bod kwamen waren: inhoudelijke informatie, procedurele informatie, sensorische informatie en gedragsinstructies. Inhoudelijke informatie werd opgedeeld in: chirurgische informatie (n=3), informatie over eventuele complicaties (n=3) en het scheppen van duidelijke verwachtingen bij patiënten (n=3). Procedurele informatie kan opgedeeld worden in: informatie over procedure tot aan ontslag (n=5) en informatie over de tijdsduur van de opname (n=2). Een belangrijk thema bij sensorische informatie was informatie over pijn (n=1). Tot slot waren belangrijke thema's bij gedragsinstructies: informatie over leefregels (n=3) en informatie over het mobiliseren (n=2).

Tabel 5

Wensen ten aanzien van de inhoud waar het preoperatieve informatiefilmpje aan moet voldoen volgens de zorgprofessionals uit de verschillende disciplines (n=8)

Sub thema's	N	Voorbeeldquote (type respondent)
Inhoudelijke informatie		
Chirurgische informatie	3	Dat je ongeveer aangeeft waar de snede gemaakt worden en dergelijke en hoe dan zo'n darm weer aan elkaar gezet wordt bijvoorbeeld (zorgprofessional)
Informatie over eventuele complicaties	3	Complicaties en de mogelijkheid dat de persoon kan overlijden moet je ook benoemen (specialist).
Het filmpje moet duidelijke verwachtingen scheppen bij de patiënt	3	En het moet gewoon kort maar krachtig een beeld geven van wat ze kunnen verwachten (specialist)
Procedurele informatie		
Informatie over de procedure tot aan ontslag	5	Waar ze zich melden en de afdeling waar ze komen [...] dat omkleden die spullen, [...] die manier zou wel goed zijn (zorgprofessional)
Informatie over de tijdsduur van de opname	2	Hoe lang je globaal in het ziekenhuis moet liggen (zorgprofessional).
Sensorische informatie		
Informatie over pijn	1	Dat niemand pijn hoeft te lijden [...] en als mensen er zich dus bewust van zijn dat we daar wat mee willen dan kan er ook wat mee gebeuren (zorgprofessional).
Gedragsinstructies		
Informatie over leefregels	3	Nou laat dat zien [...] ook nadien wat de leefregels zijn (zorgprofessional)
Informatie over mobiliseren	2	Ja, ik denk dat het mobiliseren steeds benadrukt moet worden [...] echt het belang ervan ook (zorgprofessional).

4. Discussie

Het doel van dit onderzoek was om ervaringen, behoeftes en barrières ten aanzien van de preoperatieve informatievoorziening te onderzoeken bij zorgprofessionals die betrokken waren in het zorgpad voor een colon- en/of rectumcarcinoom. Daarnaast zijn meningen en wensen ten aanzien van de inhoud van een preoperatief informatiefilmpje om patiënten met een colon- en/of rectumcarcinoom voor te bereiden op een chirurgische buikoperatie onderzocht.

Resultaten toonden aan dat de zorgprofessionals verschillende aspecten van de preoperatieve informatievoorziening positief vonden. Zo vonden zij de informatievoorziening volledig en was er voldoende tijd voor de patiëntenvoorlichting. Ook gaven zorgprofessionals aan verschillende verbeterpunten op patiënt- en organisatorisch niveau te hebben. Een belangrijk thema op patiëntniveau was het vermoeden van enkele zorgprofessionals dat er een information overload was bij de patiënten, waardoor patiënten informatie niet bewust opnemen doordat zij teveel informatie krijgen. Ook vonden verschillende zorgprofessionals dat er meer digitale informatie beschikbaar moest worden gesteld voor de patiënten, zodat patiënten thuis informatie konden nalezen. Op organisatorisch niveau bleek dat de interdisciplinaire communicatie niet optimaal verliep, vanwege onduidelijkheid bij verschillende disciplines over wat de afdeling chirurgie van informatie verstrekt. Daarnaast bleek dat de zorgprofessionals het belangrijk vonden dat het preoperatieve informatiefilmpje een duidelijk beeld moest scheppen bij de patiënten over de situatie waar zij in terecht gaan komen. Het preoperatieve informatiefilmpje moest veelal inhoudelijke informatie over chirurgische aspecten en complicaties, procedurele informatie met informatie van de procedure tot aan het ontslag en sensorische informatie over pijn en pijnstilling bevatten volgens de zorgprofessionals.

Het onderzoek toont aan dat enkele zorgprofessionals zich zorgen maakten over een mogelijke information overload bij de patiënten. De zorgprofessionals hadden het vermoeden dat de patiënt overladen werd met informatie, waardoor het teveel werd en zij deze informatie niet meer bewust en goed opnamen. Information overload blijkt een veel onderzocht fenomeen en wordt door Gunderman (2006) gedefinieerd als een staat waarin een persoon met zoveel informatie geconfronteerd wordt dat zijn cognitie traag wordt en mentale uitputting optreedt. Patiënten kunnen dus bedolven worden met informatie waardoor belangrijke informatie niet bewust wordt opgenomen. Suboptimale keuzes met betrekking tot de behandeling kunnen hier het resultaat van zijn. Zo claimt Gunderman (2006) dat meer

informatie niet meteen betere informatie betekent. De zorgprofessionals hadden het vermoeden dat de patiënten erg veel informatie ontvingen waardoor zij dit niet meer bewust opnamen. Wellicht heeft dit ook te maken met een ander verbeterpunt die de zorgprofessionals aangaven, namelijk dat de interdisciplinaire communicatie niet optimaal verloopt. Verschillende zorgprofessionals gaven aan dat zij geen kennis hadden over wat de chirurg allemaal aan informatie verstrekt aan de patiënt. Dit kan verschillende implicaties hebben. Zo zou dezelfde informatie meerdere keren verteld kunnen worden door verschillende disciplines, waardoor patiënten dus informatie meerdere keren krijgen vanuit verschillende zorgspecialisaties. De informatie kan hierdoor overweldigend zijn voor patiënten, waardoor information overload ook weer sneller zou kunnen optreden. Onderzoek van Rowlands & Callen (2013) toont aan dat niet optimale interdisciplinaire communicatie beïnvloedt wordt door de rollen die de verschillende disciplines vervullen. Communicatie vindt vaker plaats tussen zorgprofessionals uit hetzelfde discipline vanwege een gedeelde identiteit, dezelfde opleiding en training en een vergelijkbare ideologie en houding (Rowlands & Callen, 2013). Communicatie tussen chirurgen en zorgprofessionals uit andere disciplines zou daarom minder vaak voor kunnen komen waardoor er dus onduidelijkheden ontstaan over welk type informatie en hoeveel informatie er verstrekt wordt door de verschillende disciplines. Volgens Rowlands & Callen (2013) staat deze manier van communicatie ook in tegenstelling tot een effectief team waar rollen van de verschillende disciplines bekend en gerespecteerd zijn. Helderheid rondom rollen die de verschillende disciplines vervullen zijn daarom belangrijk om fouten in de informatievoorziening te verminderen of te voorkomen.

Resultaten lieten ook zien dat zorgprofessionals vonden dat er meer digitale informatie beschikbaar moest worden gesteld voor patiënten met informatie over de ziekte en procedures. Volgens de zorgprofessionals zouden patiënten hierdoor thuis informatie kunnen nalezen waardoor zij beter voorbereid zijn of waardoor zij informatie vaker kunnen lezen. Dit voordeel van digitale informatie vonden Andersson et al., (2015) ook in hun onderzoek. Ook blijkt uit onderzoek van Dahl, Peltier en Milne (2018) dat wanneer patiënten toegang hebben tot digitale informatie, dit hen in staat stelt veranderingen in gewoontes en gedrag te realiseren, doordat digitale informatie de benodigde patiënteducatie faciliteert. Daarnaast kan digitale informatie gelezen worden wanneer het de patiënt uitkomt, kan het als hulpmiddel dienen wat resulteert in meer participatie, dient het als geheugensteun en bespaart het tijd en geld (Andersson et al., 2015). Het beschikbaar stellen van meer digitale informatie kan dus belangrijk zijn om patiënten goed te informeren, waardoor verwachtingen gesteld worden bij patiënten en zij zich goed kunnen voorbereiden op een opname in het ziekenhuis.

Verder gaven de zorgprofessionals aan dat het belangrijk was dat het preoperatieve informatiefilmpje voor een chirurgische buikoperatie duidelijke verwachtingen moest scheppen bij de patiënten, waardoor patiënten zich dus een goed beeld kunnen vormen van de te verwachten situatie. Onderzoek toont dan ook aan dat wanneer een patiënt duidelijke verwachtingen heeft over de chirurgische ingreep, zijn cognitieve controle wordt vergroot over de aanstaande dreigende gebeurtenis (Van Vliet et al., 2004). Hierdoor worden nadelige psychologische effecten van de chirurgische ingreep verminderd. Daarnaast vonden zorgprofessionals het belangrijk dat het informatiefilmpje inhoudelijke en procedurele informatie moest bevatten. Zo zou de inhoudelijke informatie de patiënten informatie moeten geven over de chirurgische ingreep en eventuele complicaties. Onderzoek van Ivarsson, Larsson, Lühns en Sjöberg (2005) toonde aan dat veel patiënten informatie willen ontvangen over het risico van complicaties bij een chirurgische ingreep. Deze gedetailleerde informatie over complicaties zorgde namelijk voor vruchtbare gesprekken tussen zorgprofessionals en patiënten. Daarnaast moest de procedurele informatie volgens de zorgprofessionals bestaan uit informatie voor de patiënt over de procedure van binnenkomst tot aan het ontslag uit het ziekenhuis. Eén zorgprofessional gaf aan dat sensorische informatie belangrijk was, in de vorm van informatie over pijn en pijnstilling. Alhoewel sensorische informatie maar door één zorgprofessional genoemd is, blijkt het wel een belangrijk aspect van informatievoorziening. Van Vliet et al. (2004) tonen in hun onderzoek aan dat een combinatie van procedurele en sensorische informatie het meest effectief blijkt om patiënten te informeren over de chirurgische ingreep, aangezien dit hen in staat stelt de ingreep en procedures te visualiseren. Daarnaast blijkt sensorische informatie ook erg belangrijk voor angstreductie onder patiënten (Van Vliet et al., 2004). Inhoudelijke, procedurele en sensorische informatie kunnen dus belangrijk zijn om te includeren in het preoperatieve voorlichtingsfilmpje waardoor patiënten zich de ingreep en procedures kunnen visualiseren, het voor angstreductie kan zorgen, het nadelige psychologische effecten van een ingreep verminderd en het een basis kan zijn voor vruchtbare gesprekken tussen de zorgprofessional en patiënt.

Wellicht kan een eHealth interventie in de vorm van een online portal een optie zijn om verschillende verbeterpunten te realiseren. Volgens van Gemert-Pijnen et al. (2013) heeft eHealth, in het algemeen, verschillende voordelen. Zo zou eHealth zorgen voor een betere toegang tot zorg, efficiëntie, innovatie, patiëntgerichte zorg en verbeterde kwaliteit en effectiviteit van zorg. Zo stellen van Gemert-Pijnen et al. (2013) dat de kwaliteit van zorg verbeterd wanneer medische richtlijnen en kwaliteitsstandaarden beschikbaar zijn voor zorgprofessionals via een eHealth technologie. Nieuwe informatiesystemen kunnen

management van data, over bijvoorbeeld patiëntgegevens, ondersteunen waardoor medische fouten verminderd kunnen worden (Van Gemert-Pijnen et al., 2013). Een nieuw informatiesysteem, in de vorm van een online portal, zou een optie kunnen zijn om medische richtlijnen, kwaliteitsstandaarden en datamanagement aan te bieden aan zorgprofessionals. Daarnaast kan het verschillende verbeterpunten van zorgprofessionals realiseren. Zo kan een online portal teamwork stimuleren door de zorgprofessionals uit de verschillende disciplines inzicht te geven in de rollen die zij elk vervullen in het zorgpad voor een colon- en/of rectumcarcinoom (Wiecha & Pollard, 2004). Kennis over het type informatie dat gegeven wordt door welke zorgprofessionals kan zorgen voor helderheid onderling en kan resulteren in 'integrated care' (Lyngsø, Godtfredsen & Frølich, 2016). Bij 'integrated' care zijn zorgprofessionals uit verschillende disciplines niet alleen gefocust op hun eigen discipline zijn taken en middelen, maar hebben zorgprofessionals zicht op het hele systeem (Lyngsø et al., 2016). Het zou op deze manier de interdisciplinaire communicatie kunnen verbeteren omdat de zorgprofessionals gemakkelijk inzicht kunnen krijgen in de verschillende disciplines en de rol die zij vervullen in de preoperatieve informatievoorziening via dit online portal. Hierdoor kan er een duidelijk overzicht van verstrekte informatie ontstaan, waardoor informatie bijvoorbeeld niet twee keer gegeven wordt aan dezelfde patiënt. Dit kan op deze manier ook bijdragen aan een mogelijke information overload bij de patiënt. Ook zouden patiëntgegevens geïntegreerd kunnen worden in dit online portal, waardoor zorgprofessionals kunnen zien waar de patiënt zich bevindt in het zorgpad en welke informatie de patiënt dus al heeft gekregen of nog moet krijgen. Hierdoor zou de zorgprofessional gemakkelijk inzicht kunnen krijgen in de patiënt en waar diegene zich bevindt in het proces van informatievoorziening. Een online portal zou op deze manier kunnen zorgen voor verbeterde datamanagement.

eHealth interventies, zoals een online portal, zouden ontwikkeld kunnen worden aan de hand van de CeHRes Roadmap die gebruikt wordt om nieuwe eHealth technologieën te ontwikkelen of te verbeteren (van Gemert-Pijnen et al., 2013). De CeHRes Roadmap hanteert een holistische benadering en houdt zich bezig met de afstemming tussen de belangrijkste gebruikers, de eHealth technologie en context waarin deze interventie gebruikt gaat worden (Van Gemert-Pijnen et al., 2013). Hierdoor worden eHealth interventies toegankelijk, toepasbaar, handelbaar en realistisch (Van Gemert-Pijnen et al., 2013). Dit onderzoek kan worden gezien als een eerste stap in dit framework waar behoeftes en problemen van zorgprofessionals in kaart zijn gebracht met betrekking tot de preoperatieve informatievoorziening.

Een beperking van dit onderzoek is dat alleen het perspectief van de zorgprofessionals is onderzocht. Hierdoor zijn resultaten eenzijdig en worden ervaringen en behoeftes van patiënten achterwege gelaten. In eerste instantie was het wel een doel van het onderzoek om ook patiënten te includeren in de steekproef, maar door belemmeringen vanuit het MST bleek dit niet meer mogelijk. Om een volledig beeld te krijgen van de ervaringen en verbeterpunten rondom de preoperatieve informatievoorziening is het belangrijk om het perspectief van patiënten mee te nemen in toekomstig onderzoek vanwege hun cruciale rol als ontvanger van informatie in het proces van informatievoorziening (Kelley et al., 2016).

Daarnaast is het mogelijk dat er tijdens de interviews niet genoeg is doorgevraagd op de antwoorden die de respondenten gaven. Werkelijke bedoelingen of verwachtingen van de zorgprofessionals kunnen hierdoor onduidelijk blijven, waar verkeerde conclusies een resultaat van kunnen zijn. Er is waarschijnlijk ook geen sprake van verzadiging omdat er sprake was van een heterogene steekproef. Het is dan ook een beperking van dit onderzoek dat er voor alle disciplines, met als uitzondering de verpleegkundigen, maar één zorgprofessional geïnterviewd werd van het desbetreffende discipline. Meerdere respondenten per discipline hadden dus kunnen zorgen voor een grotere kans op verzadiging, aangezien elk afgenomen interview in dit huidige onderzoek tot nieuwe inzichten heeft geleid. Fusch en Ness (2015) vermelden in hun onderzoek dat wanneer er geen verzadiging optreedt, dit een impact heeft op de kwaliteit van het onderzoek en het de content validiteit hindert. Alhoewel er sprake is van een heterogene steekproef, zijn de verschillende disciplines wel allen betrokken in het standaard zorgpad voor een colon- en/of rectumcarcinoom waar de verschillende disciplines toch een gezamenlijk doel hebben en hier een eigen bijdrage aan leveren. Hierdoor zijn belangrijke thema's wel naar voren gekomen in de interviews, maar dit aantal thema's is waarschijnlijk nog niet compleet. Ook was er tijdens één interview een erg luid achtergrondgeluid aanwezig, wat de respondent en interviewers erg stoorde. Het interview is desalniettemin afgemaakt, getranscribeerd en heeft tot nieuwe inzichten geleid.

Toekomstig onderzoek zal zich moeten gaan richten op het ondersteunen van zorgprofessionals bij hun behoeftes en verbeterpunten. Dit is cruciaal vanwege de belangrijke rol die zij spelen in de informatievoorziening voor patiënten (Aasa et al., 2013). Onderzoek naar de rol van eHealth, in de vorm van een online portal, om zorgprofessionals te ondersteunen kan interessant zijn om het verstrekken van informatie aan patiënten te verbeteren. Het perspectief van patiënten is daarnaast ook erg belangrijk als er verbeteringen behaald moeten worden bij de informatievoorziening, aangezien zij de doelgroep zijn waar interventies en verbeteringen veelal voor ontwikkeld worden (Kelley et al., 2016). Zo kan het

belangrijk zijn om vast te stellen of er wel degelijk een information overload aanwezig is bij de patiënten. Toekomstig onderzoek zal dan ook verschillende ervaringen, behoeftes en rollen van patiënten in de informatievoorziening moeten gaan identificeren, om informatie zo adequaat mogelijk aan te gaan bieden aan deze doelgroep.

4.1 Conclusie

Door de cruciale rol die zorgprofessionals spelen in het verstrekken van informatie aan patiënten, zijn ervaringen en verbeterpunten van de zorgprofessionals ten aanzien van de informatievoorziening belangrijk. Resultaten van dit onderzoek laten zien dat er verschillende verbeterpunten zijn waar aan gewerkt kan worden om het proces van informatievoorziening, voor zowel zorgprofessional als patiënt, te verbeteren. In het bijzonder, het vermoeden van de zorgprofessionals dat er een information overload is, niet optimale interdisciplinaire communicatie en het beschikbaar stellen van digitale informatie voor patiënten. Tot slot zal een preoperatief informatiefilmpje een bijdrage kunnen leveren aan de preoperatieve informatievoorziening, wanneer dit filmpje duidelijke verwachtingen scheidt bij patiënten wat verschillende positieve aspecten als gevolg heeft.

5. Literatuurlijst

- Aasa, A., Hovbäck, M., & Berterö, C. M. (2013). The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1604-1612. doi:10.1111/jocn.12110
- Agarwal, A., Ranjan, R., Dhiraaj, S., Lakra, A., Kumar, M. & Singh, U. (2005) Acupressure for prevention of preoperative anxiety: a prospective, randomized, placebo controlled study, *Anaesthesia*, 60(10), 978-981. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2005.04332.x>
- Agre, P., Kurtz, R. C. & Krauss, B. J. (1993). A randomized trial using videotape to present consent information for colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 40(3), 271-276. [https://doi.org/10.1016/S0016-5107\(94\)70054-0](https://doi.org/10.1016/S0016-5107(94)70054-0)
- Andersson, V., Otterstrom-Rydberg, E., & Karlsson, A. K. (2015). The importance of written and verbal information on pain treatment for patients undergoing surgical interventions. *Pain Management Nursing*, 16(5), 634-641. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.12.003>
- Baarda, B. (2012). *Basisboek kwalitatief onderzoek*, Groningen: Noordhoff.
- Dahl, A.J., Peltier, J.W., Milne, G. R. (2018). Development of a value co-creation wellness model: the role of physicians and digital information seeking on health behaviors and health outcomes. *The Journal of Consumer Affairs*. <http://dx.doi.org.ezproxy2.utwente.nl/10.1111/joca.12176>
- Devine, E. C. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies. *Patient Education and Counseling*, 19(2), 129-142.
- Frazier, S., Moser, D. K., Daley, L.K., McKinley, S., Riegel, B., Garvin, B.J. & An, K. (2003). Critical care nurses' beliefs about and reported management of anxiety. *American Journal of Critical Care*, 12(1), 19-27.
- Fusch, P. I. & Ness, L. R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The Qualitative Report*, 20(9), 1408-1416.
- Gunderman, R. B. (2006). Information Overload. *American College of Radiology*, 3(7), 495-497. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2006.03.021>

- Ivarsson, B., Larsson, S., Lührs, C. & Sjöberg, T. (2005). Extended written pre-operative information about possible complications at cardiac surgery—do the patients want to know? *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 28(3), 407-414.
doi:10.1016/j.ejcts.2005.05.006
- Jelicic, M. & Bonke, B. (1991). Preoperative Anxiety and Motives for Surgery. *Psychological reports*, 68(3), 849-850. <https://doi.org/10.2466/pr0.1991.68.3.849>
- Johnson, J. E. (1999). Self-Regulation theory and coping with physical illness. *Research in Nursing & Health*, 22, 435-448.
- Karanci, A. N., & Dirik, G. (2003). Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(4), 363-369.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00631-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00631-1)
- Kastanias, P., Denny, K., Robinson, S., Sabo, K., & Snaith, K. (2009). What do adult surgical patients really want to know about pain and pain management? *Pain Management Nursing*, 10(1), 22–31.
- Kelley, M., James, C., Kraft, S. A., Korngiebel, D., Wijangco, I., Joffe, S. . . . Lee, S. S. (2016). The role of patient perspectives in clinical research ethics and policy: Response to open peer commentaries on “Patient Perspectives on the Learning Health System”. *The American Journal of Bioethics*, 16(2), 7-9.
doi:10.1080/15265161.2015.1125967
- Langbecker, D., Janda, M. & Yates, P. (2013). Health professionals’ perspectives on information provision for patients with brain tumours and their families. *European Journal of Cancer Care*, 22, 179-187. doi:10.1111/ecc.1201
- Lee, C.K. & Lee, I.F.K. (2013). Preoperative patient teaching: the practice and perceptions among surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2551-2561.
doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04345.x
- Lioupi, C., Syrmos, N., Lioupi, M. & Giannouli, V. (2018). Preoperative anxiety in children undergoing neurosurgical operations and proposed effective interventions. *Child’s Nervous System*, 34, 197-198. <https://doi.org/10.1007/s00381-017-3703-8>
- Lithner, M., & Zilling, T. (2000). Pre- and postoperative information needs. *Patient Education and Counseling*, 40(1), 29-37.

- Lyngsø, A.M., Godtfredsen, N. S. & Frølich, A. (2016). Interorganisation Integration: Healthcare professionals' perspectives on barriers and facilitators within the Danish healthcare system. *International Journal of Integrated Care*, 16(1), 1-10.
<https://doi.org/10.5334/ijic.2449>
- Maag Lever Darm Stichting (MLDS). (z.j.). Behandelingen bij darmkanker. Geraadpleegd op 28 februari 2018, van <https://www.mlds.nl/kanker/darmkanker/darmkanker-en-dan/>
- Mackenzie, J.W. (1989). Daycase anaesthesia and anxiety: a study of anxiety profiles amongst patients attending a Day Bed Unit. *Journal of the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland*, 44(5), 437-440.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.1989.tb11349.x>
- Maranets, I. & Kain, Z. N. (1999). Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesthesia and Analgesia*, 89, 1346-1351.
- Medisch Spectrum Twente (MST). (2017, 13 februari). Darm- en endeldarmkanker [Patiëntinformatie].
- Ramos, M., Cardoso, M.J., Vaz, F., Torres, M.D., Garcia, F., Blanco, G., & González, E.M. (2008). Influence of the grade of anxiety and level of cortisol on post-surgical recovery. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(3), 133-137.
- Rowlands, S. & Callen, J. (2013). A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team. *European Journal of Cancer Care*, 22, 20-31.
- Slev, V. N., Mistiaen, P., Pasman, H. R. W., Verdonck-de Leeuw, I. M., van Uden-Kraan, C. F. & Francke, A.L. (2016). Effects of eHealth for patients and informal caregivers confronted with cancer: A meta-review. *International Journal of Medical Informatics*, 87, 54-67. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.12.013>
- Tse, K. & So, W.K. (2008). Nurses' perceptions of preoperative teaching for ambulatory surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 619-625. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04744.x.
- Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C., Peters, O., Ossebaard, H.C. (2013). *Improving eHealth*, Den Haag: Eleven International Publishing.

- Van Vliet, M.J., Grypdonck, M., van Zuuren, F.J., Winnubst, J. & Kruitwagen, C. (2004). Preparing patients for gastrointestinal endoscopy: the influence of information in medical situations. *Patient Education and Counseling*, 52, 23-30. doi:10.1016/S0738-3991(02)00245-8
- Wiecha, J. & Pollard, T. (2004). The interdisciplinary eHealth Team: Chronic Care for the Future. *Journal of Medical Internet Research*, 6(3), e:22. doi:10.2196/jmir.6.3.e22
- Yilmaz, M., Sezer, H., Gürler, H. & Bekar, M. (2012). Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 956-964. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03799.x

6. Bijlage 1 – Informed Consent

Titel onderzoek: “Pre- en postoperatieve informatievoorziening bij patiënten met darmkanker: Perspectief van zorgprofessionals”.

Verantwoordelijke onderzoekers: Paulien Timmerije-Kip en Dr. L.M.A. Braakman-Jansen

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat film-, foto, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaft van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:
.....

Datum: Handtekening onderzoeker:

7. Bijlage 2 – Interviewschema

Algemeen

Goedemorgen/middag/avond. Hoe gaat het met u? Voordat wij willen beginnen aan het interview willen we u bedanken dat u mee wilt doen aan ons onderzoek! Wij willen nog kort even uitleggen waar het over gaat. Wij willen graag onderzoeken hoe de patiëntenvoorlichting verloopt rondom de operaties bij darmkanker. Met patiëntenvoorlichting bedoelen wij alle informatie die u verstrekt aan de patiënt zowel mondeling, schriftelijk als digitale informatie. Wij zullen eerst vragen stellen over het moment vóór de operatie en daarna vragen over ná de operatie. Hierbij zijn wij benieuwd naar uw meningen, ervaringen en behoeftes als ... beroep. U mag op elk moment stoppen met het interview. We zouden eerst graag een paar algemene dingen willen weten.

1. **Hoelang bent u werkzaam bij het MST?**
2. **Wat is uw opleidingsniveau?**
3. **Wat zijn uw taken in het zorgtraject van patiënten met darmkanker?**

Preoperatief

Dan zouden wij het nu graag hebben over patiëntenvoorlichting voordat de operatie plaatsvindt.

4. **Wat zijn uw ervaringen met de huidige preoperatieve informatievoorziening voor darmkankerpatiënten?**
 - a. Wat gaat er goed?
 - b. Wat gaat er minder goed?
 - i. Doorvragen
5. **Wat wilt u bereiken met de informatie die u geeft?**
 - a. Doorvragen
6. **Welke informatie geeft u darmkankerpatiënten vóór de operatie?**
 - a. Geeft u informatie over welke stappen de patiënt moet doorlopen? (*Procedureel*)
 - i. Doorvragen
 - b. Geeft u informatie over wat de patiënt bv. gaat voelen of zien? (*Sensorisch*)
 - i. Doorvragen
 - c. Geeft u informatie over welk gedrag aangeraden wordt om de gehele operatie zo goed mogelijk te laten verlopen? (*Gedragsinstructies*)
 - i. Doorvragen
 - d. Zijn er nog bepaalde dingen die u een patiënt vertelt die hier niet bij horen?
7. **Op welke wijze zorgt u voor individuele afstemming van behoeftes en voorlichting?**

- a. Wat gaat er goed en wat gaat er minder goed
 - b. Zijn er dingen die u belemmeren hierin?
 - i. Kennis, organisatorisch, materieel?
 - c. Wat zou u graag anders willen en hoe?
- 8. Wat vindt u ervan dat het MST een filmpje/video wil maken om patiënten te informeren die een chirurgische buikoperatie moeten ondergaan?**
- a. Hoe zou dit filmpje volgens u vormgegeven moeten worden?
 - b. Waar moet zo'n filmpje volgens u aan voldoen?
- 9. Wat is uw mening over de gehele preoperatieve patiëntenvoorlichting voor darmkanker patiënten?**

Postoperatief

Dan zouden wij het nu graag hebben over de patiëntenvoorlichting ná de operatie.

- 10. Welke rol speelt u zelf in het geven van informatie na de operatie?**
- a. Hebt u voor ontslag contact of een informatiegesprek met de patiënt?
 - b. Als nee, hebt u tijdens controle afspraken contact of informatiegesprekken met de patiënt?
- 11. Wat vindt u van de huidige postoperatieve patiëntenvoorlichting?**
- a. Wat gaat er goed en wat gaat er minder goed?
 - b. Wat kan er beter en waarom?
- 12. Wanneer geeft u na de operatie gewoonlijk de eerste keer informatie rondom het herstelproces?**
- a. Wat vindt u van het gekozen moment?
 - b. Hoeveel tijd hebt u na de operatie voor informatievoorziening qua patiënt?
 - c. Vindt u het tijdbestek voldoende?
- 13. Op welke manier biedt u de informatie aan na de operatie?**
- a. Wat vindt u daarvan?
 - b. Hebt u ideeën om dat te verbeteren?
- 14. Welke informatie geeft u nadat de patiënt is geopereerd?**
- a. Geeft u informatie omtrent het vervolgproces?
 - i. Als ja, welke informatie geeft u?
 - ii. Waarom geeft u deze informatie?
 - iii. Op welke manier biedt u de informatie aan na de operatie?
 - iv. Wanneer geeft u de informatie?
 - b. Geeft u na de operatie informatie omtrent gedrag om het herstelproces zo goed als mogelijk te laten verlopen?
 - i. Als ja, welke informatie geeft u?

