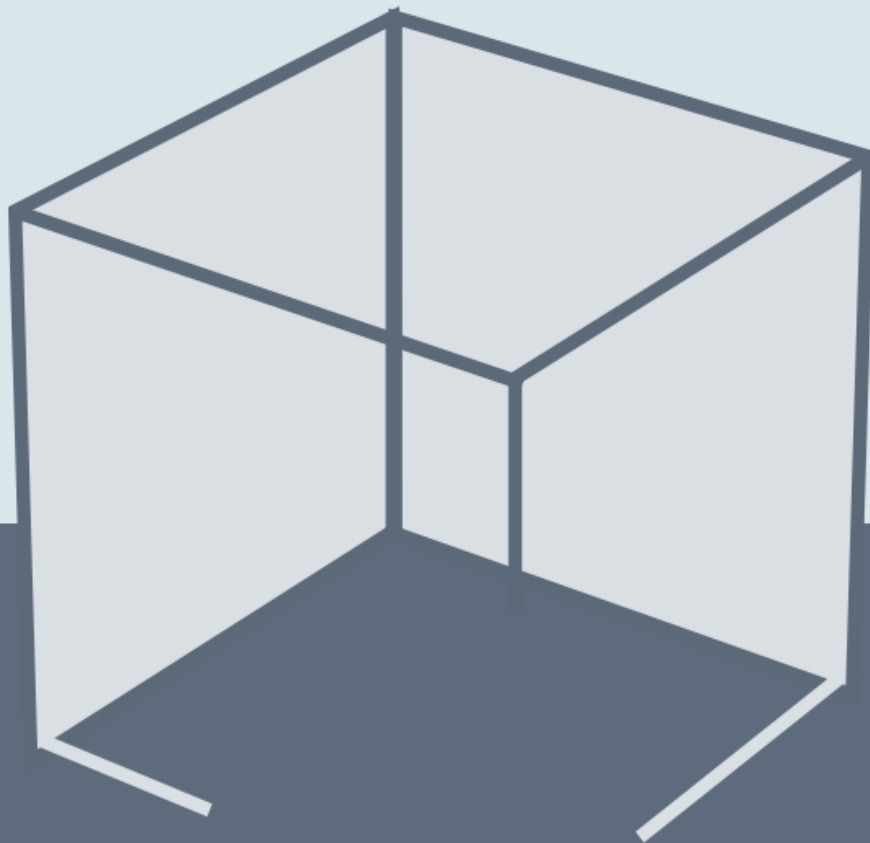


# Heeft u daar geen Filmpje bij?



Een kwalitatief onderzoek naar  
patiëntervaringen bij holografische voorlichting

R.C. VAN DAM 131107

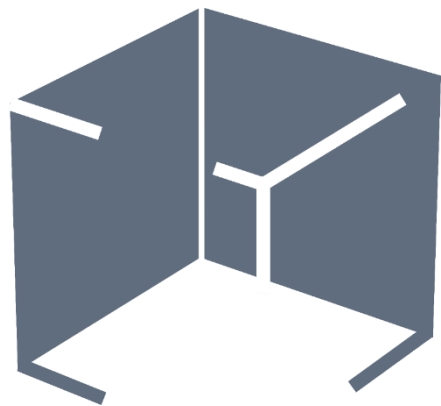
N.M. BLUMINK 130738

C.D. STOUTJESDIJK 130676

M. BAKKER 130084

# Colofon

Opdrachtgever	Universitair Medisch Centrum Utrecht, Cancer Center
Contactgegevens	Carlo Schippers, Verpleegkundig specialist T: +31 88 75 569 01 <a href="mailto:c.c.g.schippers@umcutrecht.nl">c.c.g.schippers@umcutrecht.nl</a>
Onderwijsinstelling	Christelijke Hogeschool Ede
Begeleider	H.J. van Noort, RN MSc <a href="mailto:hjvnoort@che.nl">hjvnoort@che.nl</a>
Beoordelaar	Dr. Y. van der Veen <a href="mailto:yvdveen@che.nl">yvdveen@che.nl</a>
Datum & plaats	02-06-2017, Ede
Opleiding	Bachelor verpleegkunde



© 2017

*Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, door middel van druk, fotokopieën, geautomatiseerde gegevensbestanden of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Cancer Center, UMCU.*



## Voorwoord

Voor u ligt ons afstudeerverslag, waarin een onderzoek naar voorlichting middels de Holoboxx is beschreven. De Holoboxx is geïntroduceerd door verpleegkundig specialist Carlo Schippers uit het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU). Hij heeft een paar jaar geleden kennis gemaakt met een prototype Holoboxx waarmee een video op holografische wijze gepresenteerd kan worden. Hij zag hiermee de kans om de voorlichting binnen het behandeltraject van oesophaguscarcinoom te verbeteren en uit de spreekkamer te halen. Dhr. Schippers beoogde een efficiëntere voorlichting binnen het behandeltraject, wat beter aan zou sluiten bij de missie en visie van de afdeling waar hij werkzaam is, namelijk het Cancer Center binnen het UMCU. Het prototype is inmiddels vervangen door een professionele Holoboxx, die gebruikt is binnen dit onderzoek. Dit onderzoek focust zich op de mening en ervaring van de patiënten die al een behandeling voor oesophaguscarcinoom ontvingen en zij die hier nog mee zullen starten. De opdrachtgever geeft duidelijk aan dat voorlichting middels de Holoboxx nog in de kinderschoenen staat. Het is uiteindelijk de bedoeling dat dit een grotere rol gaat spelen binnen de gehele instelling.

Dit onderzoeksverslag, met daarin de resultaten van het gebruik van de Holoboxx binnen de voorlichting, is geschreven voor de specialisten werkzaam binnen het Cancer Center en zij die gemotiveerd en enthousiast zijn over het gebruik van dit middel en hiermee zouden willen werken.

Onze dank voor de begeleiding, het vertrouwen in ons kunnen en het enthousiasme gaat uit naar Carlo Schippers, die ons 'zijn kindje' heeft toevertrouwd. Dank voor al de inzet die je hebt getoond in de afgelopen periode. Daarnaast willen wij onze docent en begeleider Harm van Noort van de Christelijke Hogeschool Ede bedanken voor zijn vertrouwen, geduld en vele hulp die we van hem hebben gekregen. Dank voor de begeleiding en crisisinterventies waar je zelfs op andere dagen dan je werkdagen tijd voor wilde vrijmaken. Je hebt ons uitgedaagd om het beste uit onszelf en uit de afstudeerfase te halen en dat hebben we zeer gewaardeerd. Tot slot willen wij Ytje van der Veen bedanken voor haar bruikbare feedback en duidelijke beoordeling op ons plan van aanpak.

Wij kijken terug op een leerzame periode, waarin we met veel plezier aan dit onderzoek hebben gewerkt. Wij hopen dan ook dat dit onderzoek een bijdrage levert aan de verbetering van de voorlichting en daarmee aan een verbetering van de kwaliteit van zorg!

(v.l.n.r.)

Kees Stoutjesdijk  
Tilly Bakker  
Naomi Blumink  
Rosalie van Dam

Studenten van de Christelijke Hogeschool Ede  
Ede, 6 juni 2017





## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	1
Inhoudsopgave.....	2
Samenvatting .....	4
Hoofdstuk 1 Inleiding .....	5
Hoofdstuk 2 Methode .....	7
2.1 Verantwoording keuze onderzoeksmethodiek .....	7
2.2 Literatuuronderzoek .....	7
Zoekstrategie .....	7
Dataverzameling en –analyse .....	8
2.3 Praktijkonderzoek.....	8
Onderzoekspopulatie & steekproef.....	8
Dataverzameling.....	9
2.4 Betrouwbaarheid en validiteit.....	10
Betrouwbaarheid .....	10
Validiteit.....	11
2.5 Ethische aspecten .....	11
Hoofdstuk 3 Resultaten literatuuronderzoek.....	13
3.1 Resultaten .....	13
3.2 Informatie over gebruikte artikelen .....	13
3.3 Patiënttevredenheid .....	14
3.4 Stress .....	15
3.5 Angst .....	15
3.6 Informatie begrijpen.....	15
3.7 Positieve ervaringen met de voorlichting.....	16
Hoofdstuk 4 Resultaten praktijkonderzoek .....	17
4.1 Resultaten deelvraag twee .....	17
Ervaring van de preoperatieve patiënt.....	17
Ervaring van de postoperatieve patiënten.....	17
4.2 Resultaten deelvraag vier .....	20
Plaats in behandeltraject .....	20
Oude voorlichting .....	21
Hoofdstuk 5 Conclusie.....	22



Hoofdstuk 6 Aanbevelingen.....	23
6.1 Aanbevelingen voor de organisatie.....	23
Voorlichtingsvideo .....	23
Nieuw te ontwikkelen video's.....	23
Omgevingsfactoren.....	23
Aanwezigheid van derden.....	23
Plaats in behandeltraject .....	24
6.2 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.....	24
Preoperatieve patiënt .....	24
Beschikbaar stellen .....	24
Kennis.....	24
Hoofdstuk 7 Discussie.....	25
7.1 Evaluatie doelstelling.....	25
7.2 Evaluatie methode.....	25
7.3 Validiteit en betrouwbaarheid .....	25
Validiteit literatuuronderzoek.....	25
Betrouwbaarheid literatuuronderzoek .....	26
Validiteit praktijkonderzoek .....	26
Betrouwbaarheid praktijkonderzoek.....	27
7.4 Interpretatie resultaten .....	27
7.5 Bruikbaarheid aanbevelingen.....	28
Bijlage I: DDO-elementen.....	33
Bijlage II: Bepaling level of evidence .....	34
Bijlage III: CRAAP-test .....	35
Bijlage IV: Topiclijsten interview.....	37
Topiclijst om preoperatieve patiënten te interviewen .....	39
Topiclijst om postoperatieve patiënten te interviewen .....	40
Bijlage V: Codeboom.....	41
Bijlage VI: Toestemmingsverklaring patiënten.....	42
Bijlage VII: Verantwoordelijkheidsverklaring .....	43
Bijlage VIII: Literatuurtabel .....	44
Bijlage IX: Codeertabel*.....	54
Bijlage X: Contract projectonderwijs .....	56



## Samenvatting

**Aanleiding:** Dit onderzoek is uitgevoerd in het Universitair Medisch Centrum in Utrecht (UMCU). De aanleiding voor dit onderzoek is de wens van het Cancer Center, als onderdeel van het UMCU, om de voorlichting aan patiënten met oesophaguscarcinoom te verbeteren. Deze patiëntengroep gaat een intensief behandeltraject in met chemo- in combinatie met radiotherapie en een oesophaguscardiaresectie, waarbij voorlichting een belangrijke rol speelt. Uit literatuur blijkt dat een groot deel van de patiëntengroep behoefte heeft aan gedetailleerde informatie en dat deze behoefte vaak onvoldoende vervuld wordt. Als interventie is de Holoboxx geïntroduceerd als nieuw middel voor voorlichting. Een Holoboxx geeft beeldmateriaal holografisch weer. Het is echter onduidelijk hoe patiënten deze manier van voorlichting ervaren in hun behandeltraject.

**Doelstelling:** Dit onderzoek heeft als doel om in juni 2017 voor het Cancer Center duidelijk te hebben hoe patiënten met oesophaguscarcinoom de voorlichting middels de Holoboxx met betrekking tot de operatie ervaren. Zo kunnen aanbevelingen gedaan worden om de patiëntenvoorlichting in het UMCU te verbeteren.

**Methode:** Aan de hand van kwalitatief onderzoek is antwoord gezocht op de hoofdvraag. De data is verzameld middels literatuur- en praktijkonderzoek. Voor de literatuurstudie zijn zoektermen opgesteld en is gezocht in Science Direct, Cinahl, Pubmed en Google Scholar. In het praktijkonderzoek zijn door middel van een beoordelingssteekproef één pre- en zeventien postoperatieve patiënten geïnterviewd. De semigestructureerde interviews zijn opgesteld en uitgevoerd aan de hand van topiclijsten. De interviews zijn opgenomen, letterlijk getranscribeerd en open gecodeerd.

**Resultaten:** In de literatuur is gezocht naar patiëntervaringen met een voorlichtingsvideo in een behandeltraject. In totaal zijn achttien artikelen geïnccludeerd. De resultaten zijn onderverdeeld in vijf categorieën: patiënttevredenheid, spanning, angst, informatie begrijpen en positieve ervaringen met de voorlichting. In het praktijkonderzoek zijn de resultaten beschreven aan de hand van volgende coderingen: Holoboxx als voorlichtingsmiddel, concentratie, ontwerp voorlichtingsvideo interpersoonlijke factoren, plaats in behandeltraject en oude voorlichting.

**Conclusie en aanbevelingen:** Uit de literatuurstudie blijkt dat het tonen van een voorlichtingsvideo zorgt voor een positieve ervaring onder patiënten. Uit de resultaten van het praktijkonderzoek komt naar voren dat respondenten de voorlichtingsvideo een goede aanvulling vinden op het behandeltraject. Wel vinden de respondenten dat nog veel verbeterd kan worden aan de voorlichtingsvideo. De meningen zijn verdeeld over het moment van tonen in het behandeltraject. Aanbevelingen zijn gedaan om de voorlichtingsvideo te verbeteren op het gebied van inhoud en vormgeving. Verder worden adviezen gegeven met betrekking tot de aanwezigheid van naasten en de plaats in het behandeltraject. Tot slot zijn aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek.

**Discussie:** Enkele kritische kanttekeningen zijn bij dit onderzoek geplaatst. Zo kregen de onderzoekers een andere onderzoekspopulatie dan gewenst was. De populatie die beschreven is in het plan van aanpak (preoperatieve patiënten) was onvoldoende beschikbaar ten tijde van het praktijkonderzoek. Dit resulteerde in het toevoegen van postoperatieve patiënten aan de populatie. De postoperatieve patiënten hebben de operatie al ondergaan wat een bias kan zijn op het resultaat. Zij kennen mogelijk al bepaalde termen die in de video worden genoemd, wat hun ervaringen positief kan beïnvloeden. Door de vertraging en verandering van populatie is onvoldoende ruimte geweest voor de onderzoekers om het literatuuronderzoek voorafgaand aan het praktijkonderzoek uit te voeren. Deze is nu gelijktijdig gedaan met als gevolg dat de uitkomsten van beide methoden elkaar niet direct versterken, maar enkel aanvullen. Desondanks is het uiteindelijke doel van het onderzoek behaald doordat duidelijk in kaart is gebracht hoe patiënten de voorlichting middels de Holoboxx ervaren.



## Hoofdstuk 1 Inleiding

*“Heeft u daar geen filmpje van?” vraagt meneer Janssen aan zijn chirurg wanneer deze hem probeert uit te leggen hoe een oesophaguscardiaresectie verloopt. De chirurg schudt zijn hoofd en opent Google om zijn uitleg met visueel materiaal te ondersteunen. De komende dertig minuten worden besteed aan een ingewikkelde uitleg over deze chirurgische ingreep. Meneer Janssen wordt stiller en stiller. Hij begrijpt niet alles van wat gaat gebeuren en zijn gezicht spreekt boekdelen. Zijn chirurg merkt dit en vraagt zich af hoe dhr. Janssen dit voorlichtingsgesprek ervaart.”* Dhr. Jansen maakt deel uit van een stijgend aantal patiënten met oesophaguscarcinoom. In 2014 zijn 2155 nieuwe gevallen van oesophaguscarcinoom gediagnosticeerd, in 2015 was de incidentie 2393 (Integraal kankercentrum Nederland, 2017).

Het overheidsbeleid in Nederland is erop gericht dat de volksgezondheid stand houdt en wordt verbeterd. De wortels van dit gezondheidsbeleid liggen bij de World Health Organization<sup>1</sup>, die al in 1999 sleutels ontwikkelde die bij zouden dragen aan succesvolle gezondheidsbevordering (Sassen, 2010). In dit onderzoek staat de ervaring met voorlichting centraal, waarbij de volgende definitie van gezondheidsvoorlichting wordt gehanteerd:

Gezondheidsvoorlichting is een vakterm voor alle activiteiten die kunnen worden ondernomen om te stimuleren dat mensen zich op vrijwillige basis ‘gezonder’ willen en kunnen gedragen. Het is een verzamelterm voor een breed scala aan interventies ter bevordering van gezond gedrag (Burg, Assema, & Lechner, 2012).

Gezondheidsvoorlichting vergroot de kennis en vaardigheden van de patiënt die nodig zijn om met een gezondheidsprobleem om te gaan (Burg, Terra, & Mechelen-Gevers, 2015). Dito (2008) stelt dat goede voorlichting het genezingsproces bevordert, omdat de patiënt zich beter aan de leefstijladviezen houdt. Dit maakt dat de patiënt zich meer verantwoordelijk voelt binnen het behandeltraject (Dito, 2008). Voorlichting is dus een essentieel onderdeel van de gezondheidszorg.

Specifiek onderzoek bij de oncologische patiënt toont het belang van het ontvangen van voorlichting aan. Hierdoor voelt hij zich beter voorbereid en is hij minder angstig voor de behandeling (Dawdy, et al., 2016). Uit onderzoek van Puts, Papoutsis, Springall en Tourangeau (2012) blijkt dat de oudere oncologiepatiënt verschillende onvervulde behoeften heeft. Een van de meest voorkomende is de behoefte aan informatie (Puts et al., 2012). Ook in Nederland blijkt de voorlichting aan de oncologische patiënt tekort te schieten. De inspectie voor de gezondheidszorg (Van der Wal, 2009) constateerde dat de voorlichting gefragmenteerd en door verschillende zorgverleners gegeven wordt. Hierdoor mist de patiënt later in het behandeltraject informatie over belangrijke onderdelen in zijn behandeling (Van der Wal, 2009).

McNair, Brookes, Kinnersley en Blazeby (2013) concluderen dat de meeste patiënten met oesophaguscarcinoom behoefte hebben aan gedetailleerde informatie, met name over de prognose en de kwaliteit van leven (McNair et al., 2013). De behoeftes van deze patiëntengroep lijken niet vervuld te worden. Zo onderzochten Acosta-van de Griendt, van Hagen, Visser & Wijnhoven (2013) in het Erasmus Medisch Centrum de tevredenheid van patiënten met oesophaguscarcinoom met betrekking tot de informatieverstrekking voorafgaand aan hun operatie. Uit dit onderzoek blijkt dat zij ontevreden zijn over de voorlichting (Acosta, Hagen, Visser, & Wijnhoven, 2013).

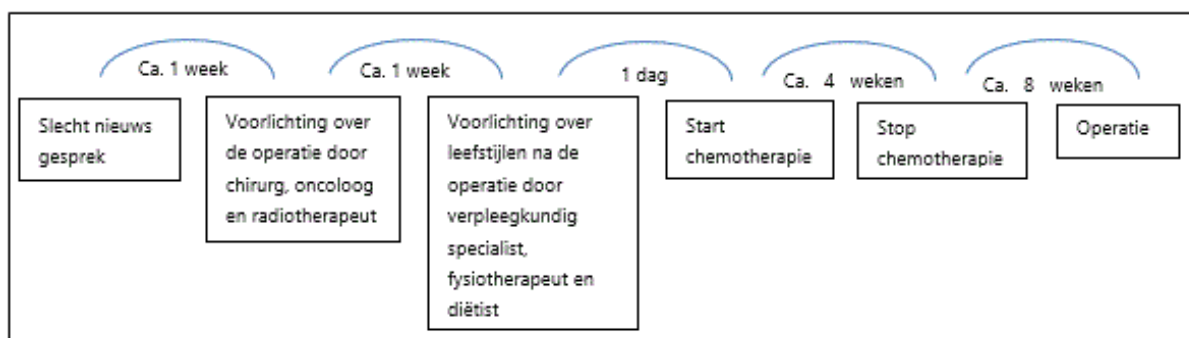
De patiënt met oesophaguscarcinoom is veelal 65 jaar of ouder. De leeftijd blijkt een belangrijke factor te zijn in het ontvangen van voorlichting. Brugmans, Jolles en Uylings (2010) stellen dat ouderen over het algemeen te maken hebben met cognitieve achteruitgang. Dit is vaak merkbaar doordat de aandacht- en waarnemingsfuncties verminderen (Brugmans, Jolles, & Uylings, 2010). Blencowe, et al. (2015) deden onderzoek naar het voorlichten middels schriftelijk materiaal. Dit onderzoek toont aan dat

---

<sup>1</sup>WHO: World Health Organization, deze organisatie leidt en coördineert de internationale gezondheidszorg (WHO, 1999).

patiënten die een oesophaguscardiaresectie moeten ondergaan niet voldoende worden geïnformeerd wanneer enkel schriftelijke informatie wordt gegeven (Blencowe, et al., 2015).

Het Cancer Center is het onderdeel van het UMCU dat de zorg aan oncologische patiënten verleent. Alles wat in het UMCU gedaan wordt heeft als doel de patiënt gezond te maken en te houden en waar mogelijk ziekte te voorkomen (UMCU, n.d.). Voorlichting kan bijdragen aan het verwezenlijken van dit doel. In het UMCU volgen de patiënten die behandeld worden voor oesophaguscarcinoom een voorlichtingstraject (zie Figuur 1). De voorlichting wordt door middel van een gesprek aan de patiënt en hun naasten gegeven. De patiënten krijgen een folder mee, waarin informatie over hun behandeling staat beschreven.



Figuur 1: Schematische weergave behandel- en voorlichtingstraject

De opdrachtgever, C.C.G. Schippers, geeft aan dat deze huidige vorm van patiëntenvoorlichting niet aansluit bij de visie van het Cancer Center (pers. communicatie, 14-02-2017). Om de voorlichting te verbeteren heeft hij een Holoboxx geïntroduceerd. De Holoboxx is een constructie waarbij visueel materiaal omgezet wordt in holografische beelden. Door middel van holografie kunnen afbeeldingen of video's driedimensionaal worden weergegeven. Het gebruik van holografie als vorm van voorlichting is in opkomst. Onderzoek wijst uit dat nieuwe vormen van technologie in de zorg bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van zorg (Smith & Foley, 2016). In dit onderzoek is de Holoboxx ingezet als aanvulling op de huidige voorlichting. Via de Holoboxx is een voorlichtingsvideo getoond aan pre- en postoperatieve patiënten over de oesophaguscardiaresectie die ze hebben of moeten ondergaan.

De *probleemstelling* luidt als volgt: De voorlichting die patiënten met oesophaguscarcinoom voorafgaand aan hun operatie ontvangen is niet optimaal, daarom is de Holoboxx ingezet. Het is onduidelijk hoe de patiënten de nieuwe manier van voorlichten middels de Holoboxx ervaren.

Om deze probleemstelling te onderzoeken is de volgende *hoofdvraag* opgesteld: Hoe ervaren pre- en postoperatieve patiënten voorlichting middels de Holoboxx over de oesophaguscardiaresectie binnen het behandeltraject in het UMCU?

De *deelvragen* hierbij zijn:

1. Wat zegt de literatuur over de ervaring van patiënten bij het gebruik van een voorlichtingsvideo binnen het (oncologische) behandeltraject?
2. Hoe ervaren pre- en postoperatieve patiënten het gebruik van een voorlichtingsvideo middels de Holoboxx in een behandeltraject?
3. Wat is volgens de literatuur het juiste moment om patiënten voorafgaand aan hun (chirurgische) behandeling voor te lichten?
4. Op welk moment hebben pre- en postoperatieve patiënten binnen het behandeltraject van oesophaguscarcinoom het meest behoefte aan voorlichting middels de Holoboxx?

Dit onderzoek heeft als *doel* om in juni 2017 voor het Cancer Center duidelijk te hebben hoe patiënten met oesophaguscarcinoom de voorlichting middels de Holoboxx met betrekking tot de operatie ervaren. Zo kunnen aanbevelingen gedaan worden om de patiëntenvoorlichting binnen het UMCU te verbeteren.





## Hoofdstuk 2 Methode

### 2.1 Verantwoording keuze onderzoeksmethodiek

In de periode van april tot juni 2017 is onderzoek gedaan. Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van een kwalitatieve dataverzamelmethode, omdat in het onderzoek de ervaring van de patiënt centraal staat. Verhoeven (2014) benoemt dat deze benadering ook de vrijheid geeft om de onderzoeksresultaten op een open en flexibele manier te genereren. Kwalitatief onderzoek legt daarnaast de achterliggende argumenten en motieven van de respondenten bloot. De data is verzameld door literatuur- en praktijkonderzoek.

### 2.2 Literatuuronderzoek

Bij twee deelvragen is voor literatuuronderzoek gekozen om de volgende redenen. Volgens Baarda et al. (2013) draagt een literatuurstudie bij aan een theoretische basis van het onderzoek. Als tweede reden levert een literatuurstudie achtergrond- en vergelijkingsmateriaal op (Schreuder Peters, 2012). De literatuurstudie heeft plaatsgevonden tijdens de onderzoeksfase. Door de resultaten van de literatuurstudie met de uitkomsten van de interviews te vergelijken, kunnen relevante conclusies worden getrokken om de hoofdvraag te beantwoorden. In de literatuurstudie wordt antwoord gezocht op deelvraag één en drie.

### Zoekstrategie

In de literatuur is gezocht met specifieke zoektermen, welke gevormd zijn middels DDO<sup>2</sup>-elementen. Per onderzoeksvraag is een DDO opgesteld, dit maakt het eenvoudiger om tot goede zoektermen te komen. Bij het zoeken van literatuur wordt in het UMCU ook veelal gebruik gemaakt van een DDO (Berg, 2015). Het DDO-schema van deelvraag één en drie kunt u inzien in Bijlage I. De onderstaande tabel (zie Tabel 1) geeft weer welke zoektermen zijn gebruikt in de literatuurstudie voor beide deelvragen.

Zoekterm PubMed	Hits	Exclusie op basis van titel	Exclusie op basis van abstract	Exclusie op basis van fulltext	Definitief inclusie
("patient education handout"[Publication Type] OR "patient education as topic"[MeSH Terms] OR "patient education"[All Fields]) AND ("videotape recording"[MeSH Terms] OR ("videotape"[All Fields] AND "recording"[All Fields]) OR "videotape recording"[All Fields] OR "video"[All Fields]) AND ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "oncology"[All Fields])	n= 224	n= 209	n= 7	n= 4	n= 4
("patient education handout"[Publication Type] OR "patient education as topic"[MeSH Terms] OR "patient education"[All Fields]) AND ("videotape recording"[MeSH Terms] OR ("videotape"[All Fields] AND "recording"[All Fields]) OR "videotape recording"[All Fields] OR "video"[All Fields]) AND ("personal satisfaction"[MeSH Terms] OR ("personal"[All Fields] AND "satisfaction"[All Fields]) OR "personal satisfaction"[All Fields] OR "satisfaction"[All Fields])	n= 65	n= 59	n= 2	n= 2	n= 2
((("patient education handout"[Publication Type] OR "patient education as topic"[MeSH Terms] OR "patient education"[All Fields]) AND ("videotape recording"[MeSH Terms] OR ("videotape"[All Fields] AND "recording"[All Fields]) OR "videotape recording"[All Fields] OR "video"[All Fields]) AND ("personal satisfaction"[MeSH Terms] OR ("personal"[All Fields] AND "satisfaction"[All Fields]) OR "personal satisfaction"[All Fields] OR "satisfaction"[All Fields])) AND ("2012/05/01"[PDat] : "2017/04/29"[PDat])	n= 67	n= 60	n= 3	n= 0	n= 4
Sneeuwbalmethode					n= 8
Totaal	n= 356	n= 328	n= 12	n= 6	n=18

Tabel 1: Zoektermen Pubmed

<sup>2</sup> DDO: domein, determinant en outcome



## Dataverzameling en –analyse

In Science Direct, Cinahl, PubMed en Google Scholar is gezocht naar bruikbare literatuur. Relevante literatuur is enkel gevonden in Pubmed en in referentielijsten van onderzoeken (sneeuwbalmethode). Voor de gevonden bronnen gelden de onderstaande inclusiecriteria:

- Het onderzoek gaat over het gebruik van een voorlichtingsvideo in een behandeltraject, waarbij uitspraken worden gedaan over de ervaring van de patiënt of over het beste moment van het tonen van deze video.
- Bronnen zijn niet ouder dan tien jaar.
- Artikelen zijn geschreven in Engelse of Nederlandse taal.

De gevonden literatuur is beoordeeld op het level of evidence met behulp van de tabel van Kalf en de Beer (2011) (zie Bijlage II). Aan de hand hiervan is in de literatuurstudie bepaald welke artikelen het meest betrouwbaar en krachtig in argumentatie werden bevonden om antwoord te geven op de deelvraag. De literatuur die binnen de inclusiecriteria viel is vervolgens beoordeeld middels de CRAAP<sup>3</sup>-test (Meriam Library - California State University, 2016) (zie Bijlage III). De CRAAP-test is door de onderzoekers gebruikt om bronnen te beoordelen op actualiteit, relevantie, autoriteit, nauwkeurigheid en doel. Dit betekent dat elke gebruikte bron naast de criteria van de CRAAP-test is gelegd om de bron te beoordelen. Wanneer een artikel binnen de inclusiecriteria viel en door de CRAAP-test werd goedgekeurd is deze opgenomen in de literatuurstudie.

## 2.3 Praktijkonderzoek

Het antwoord op deelvraag twee en vier is gezocht door middel van interviews met pre- en postoperatieve patiënten.

### Onderzoekspopulatie & steekproef

Om een antwoord te geven op de deelvragen is de populatie in twee groepen verdeeld.

#### *Preoperatieve patiënten*

Binnen dit onderzoek bestaat een deel van de onderzoekspopulatie uit patiënten met oesophaguscarcinoom binnen het UMCU in de periode van twintig april tot en met zeventien mei 2017. Alle patiënten die in deze periode werden aangemeld voor de operatie oesophaguscardiaresectie kwamen in aanmerking voor de voorlichting middels de Holoboxx. De gehele onderzoekspopulatie (binnen de inclusie- en buiten de exclusiecriteria) is meegenomen in het onderzoek. Hierdoor is de werkelijkheid zoveel mogelijk intact gelaten om de resultaten inhoudelijk te kunnen generaliseren (Verhoeven, 2014).

#### *Postoperatieve patiënten*

Binnen dit onderzoek bestaat een deel van de onderzoekspopulatie uit patiënten die in het verleden de oesophaguscardiaresectie hebben ondergaan. Alle patiënten die in de periode van twintig april tot en met zeventien mei 2017 een afspraak op de polikliniek in het UMCU hadden, zijn benaderd om mee te werken aan dit onderzoek. Alle patiënten die bereid waren mee te werken zijn opgenomen in de onderzoekspopulatie.

---

<sup>3</sup> CRAAP: Currency, Relevance, Authority, Accuracy and Purpose



### *Inclusiecriteria*

- Patiënten hebben de operatie oesophaguscardiaresectie ondergaan en hebben een afspraak gepland in het UMCU in de periode van twintig april tot zeventien mei 2017 (postoperatief).
- Patiënten moeten tussen twintig april en zeventien mei 2017 de voorlichting ontvangen en gepland staan voor de operatie oesophaguscardiaresectie (preoperatief).

### *Exclusiecriteria*

- Patiënten die geen toestemming geven om mee te doen aan het onderzoek.
- Patiënten die de Nederlandse taal niet beheersen/begrijpen.
- Patiënten met gediagnosticeerde geheugenproblematiek.
- Patiënten die te zwak zijn om mee te doen aan het onderzoek (beoordeling door verpleegkundig specialist).

### *Steekproef*

In dit onderzoek is gekozen voor een selecte steekproef, omdat een willekeurige steekproef niet mogelijk was door het ontbreken van een volledig databestand van alle postoperatieve patiënten die binnen de inclusiecriteria vielen. In overleg met de opdrachtgever is besloten om een beoordelingssteekproef (judgement sampling) toe te passen. Bij judgement sampling geeft een informant die ervaren is binnen het onderwerp aan welke respondenten een grote bijdrage kunnen leveren aan het onderzoek (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2004). De informant in dit onderzoek was Carlo Schippers, verpleegkundig specialist. Hij heeft respondenten geselecteerd die vervolgens zijn benaderd met de uitnodiging om mee te doen aan het onderzoek.

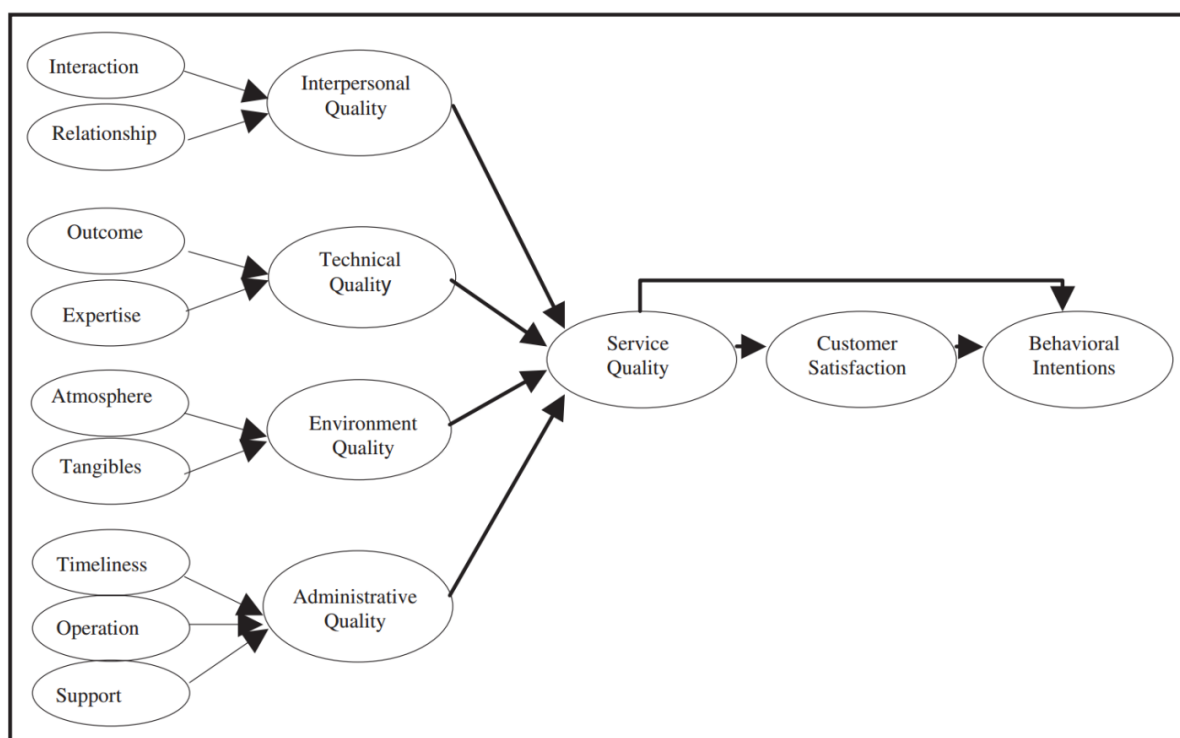
### *Dataverzameling*

De dataverzameling van het praktijkonderzoek vond plaats door middel van semigestructureerde interviews met open (voorbeeld)vragen (zie Bijlage IV). Deze interviews zijn direct na het zien van de voorlichtingsvideo afgenomen, zodat niets de ervaring kon beïnvloeden. Om voor beide populaties een semigestructureerd interview te ontwikkelen is een topiclijst opgesteld (zie Bijlage IV). Deze topiclijst is ontwikkeld op basis van het 'Service Quality Model'. Dit model is ontwikkeld door Dagger, Sweeney en Johnson (2007) in klinieken waar oncologische zorg geboden wordt. Dit model meet de kwaliteit van de geboden service vanuit het perspectief van de patiënt (Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007). Dit splitst het begrip service kwaliteit grondig tot verschillende variabelen (zie Figuur 2). Service kwaliteit is één van de belangrijkste factoren die de patiënttevredenheid beïnvloedt. Het model is een gedegen onderbouwd model, dat tot één van de betere kwaliteitsmodellen in de gezondheidszorg hoort (Leys, 2009). De relevante dimensies hieruit zijn interactie, relatie, kennis, resultaat, atmosfeer en behoefte. Deze dimensies zijn gebruikt om topics te vormen voor het interview. Daarnaast zijn de topics gevormd aan de hand van de wensen van de opdrachtgever en aan de hand van operationalisatie van de meetbare begrippen door de onderzoekers. De topics vormen de basis voor de vragen uit het semigestructureerde interview.

### *Data-analyse*

De gehouden interviews zijn letterlijk getranscribeerd. Vervolgens zijn deze grondig doorgelezen door een onderzoeker waarna kleine fragmenten met relevante informatie uit het interview zijn gelabeld. Daarna zijn open coderingen gebruikt om de labels een term toe te kennen (Verhoeven, 2014). De gebruikte codes zijn gegroepeerd en gezocht is naar verbanden tussen deze verschillende codes. De

codes zijn geplaatst onder hoofd- en subgroepen, welke zijn weergegeven in een codeboom (zie Bijlage V). Uiteindelijk fungeert de codeboom als leidraad voor de paragrafen waaronder de resultaten beschreven zijn.



Figuur 2: *Service Quality Model* Reprinted from Dagger, T., Sweeney, J., & Johnson, L. (2007). A Hierarchical Model of Health Service Quality. *Journal of Service Research*, 123-142.

## 2.4 Betrouwbaarheid en validiteit

### Betrouwbaarheid

Dit onderzoek kan op een ander tijdstip, door andere onderzoekers, met andere proefpersonen en onder andere omstandigheden herhaald worden. Anders gezegd is het onderzoek herhaalbaar, wat een strikte eis is binnen het doen van onderzoek. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten zijn de volgende maatregelen getroffen (Verhoeven, 2014):

- Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid: Het interviewen van respondenten is door twee onderzoekers gedaan, één onderzoeker fungeerde als interviewer, de ander als observator. De interviews zijn door een onafhankelijke onderzoeker letterlijk getranscribeerd. Hierbij ontstond de mogelijkheid onderling feedback te geven op onder andere het gebruik van gesprekstechnieken.
- Proefinterview: Het eerste interview werd gezien als proefinterview. Na afname van het eerste interview hebben de onderzoekers en de opdrachtgever met elkaar besloten enkele aanpassingen door te voeren in de topiclijst.
- Standaardisering: Door het ontwikkelen van een standaard vragenlijst is de betrouwbaarheid vergroot.
- Rapportage en verantwoording: Elke dag is een verantwoording van keuzes omschreven in het logboek. Dit vergroot de kans dat bij een herhaling van het onderzoek fouten vermeden worden, waardoor de betrouwbaarheid van de resultaten verder verhoogd wordt.
- Interviews zijn opgenomen met opnameapparatuur om de betrouwbaarheid te waarborgen.



## Validiteit

Interne validiteit wordt beïnvloed door verschillende factoren:

- Sociaal wenselijkheid: Wanneer de respondenten bevroegd werden op hun ervaring was het mogelijk dat zij een sociaal wenselijk antwoord gaven. Door een goede uitleg te geven over de neutraliteit van de onderzoeker is geprobeerd dit te voorkomen. Daarnaast is binnen het interview doorgevraagd om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen.
- Maturation: Om te voorkomen dat de ervaring van de respondenten beïnvloed werd door maturation, zijn de respondenten direct na het tonen van de voorlichtingsvideo geïnterviewd. Wanneer dit later plaatsgevonden had, kon een bias optreden door verschillende factoren, zoals een gesprek met de arts of door het terugzien van de voorlichtingsvideo op het internet.
- Standaardisering: Binnen het onderzoek is voor elke respondent eenzelfde vragenlijst gebruikt als meetinstrument om de validiteit te waarborgen.

Na de borging van de interne validiteit is gekeken naar de borging van de externe validiteit. De generaliseerbaarheid en dus reikwijdte van het onderzoek staat niet ter discussie omdat de reikwijdte voldoet aan de vraag, namelijk dat de opdrachtgever in dit geval wilde weten hoe de ervaring van de patiënt is met de Holoboxx in het UMCU.

Constructvaliditeit is gewaarborgd door de te onderzoeken begrippen, in dit geval 'ervaring', te operationaliseren en te onderzoeken in de literatuur. Aan de hand van de uitkomsten zijn de gevonden aspecten afzonderlijk gemeten, om zo de validiteit te waarborgen (Verhoeven, 2014).

## 2.5 Ethische aspecten

Aangezien onderzoek is gedaan onder patiënten, is vooraf gekeken of het onderzoek ethisch verantwoord was. Een medisch onderzoek moet eerst voorgelegd worden aan een medisch ethische commissie voor goedkeuring (Baarda & Bakker, 2014). In het gesprek met de opdrachtgever, tevens lid van de medisch ethische commissie, is voorafgaand aan het onderzoek duidelijk geworden dat geen sprake is van ethische onjuistheid. Dit komt pas ter sprake wanneer verschil wordt gemaakt in behandeling van patiënten, een zogenoemde controlegroep. Desondanks kon het voor patiënten belastend zijn om mee te doen aan het onderzoek. Sommige patiënten volgen of hebben een intensief behandeltraject gevolgd. Deelname aan dit onderzoek kon ervoor zorgen dat zij extra energie verloren. De opdrachtgever was verantwoordelijk voor het inlichten van de respondenten over het onderzoek. Hierin heeft hij de respondenten meegedeeld wat onderzocht zou worden, wat het doel van het onderzoek was, hoe de informatie verzameld zou worden en wat met de informatie zou gebeuren (zie Bijlage VI). Doordat patiënten op deze manier voldoende geïnformeerd waren, konden zij een goede afweging maken om deel te nemen aan het onderzoek. De opdrachtgever heeft deze toestemming als aantekening in het patiëntendossier gezet, wat fungeerde als officiële verklaring voor toestemming om deel te nemen aan het onderzoek. Patiënten kunnen thuis hun eigen dossier inzien, waarin staat dat zij toestemming hebben gegeven. Tijdens het verzamelen van de gegevens is door de onderzoekers nogmaals gevraagd of de respondenten toestemming hebben verleend om mee te doen en of ze voldoende informatie hebben ontvangen. Gezien de keuze om het onderzoeksvoorstel niet in te dienen bij de medisch ethische commissie is de verantwoordelijkheid rondom de ethische procedures vastgelegd in een verantwoordelijkheidsverklaring, welke ondertekend is door de opdrachtgever dhr. C.C.G. Schippers (zie Bijlage VII).

Ondanks dat de patiënt mogelijk toch enige belasting heeft ervaren, levert dit onderzoek wel een bijdrage aan kwaliteitsverbetering op het gebied van voorlichting. De resultaten uit dit onderzoek



zorgen voor een onderbouwing van het gebruik van de Holoboxx. Als de ervaring van de pre- en postoperatieve patiënten niet onderzocht zou worden, was geen gefundeerde motivatie gevonden en hadden geen aanbevelingen over de inzet van de Holoboxx binnen het behandeltraject van oesophaguscarcinoom opgesteld kunnen worden. Dan was voor het Cancer Center onduidelijk geweest of en hoe de Holoboxx ingezet kan worden.

Baarda (2014) omschrijft verschillende eisen die gesteld moeten worden aan het onderzoek, zowel voor de respondent als de onderzoeker. Om de ethiek te waarborgen zijn binnen het onderzoek verschillende maatregelen getroffen:

- De respondent is niet met naam en toenaam vermeld in het onderzoeksverslag maar enkel met een respondentnummer. Hierdoor zijn de gegevens van de respondent anoniem.
- De voorlichtingsvideo is toegevoegd aan de huidige methode van voorlichting, waardoor de patiënt evenveel tijd met de arts heeft behouden.

De eisen die aan de onderzoekers gesteld werden staan in relatie tot het uitvoeren van een eerlijk en wetenschappelijk onderzoek. De opdrachtgever is niet aanwezig geweest bij het verzamelen van de data, waardoor hij geen kans heeft gehad om op de uitkomsten invloed uit te oefenen (Baarda & Bakker, 2014).

Tijdens het vertonen van de voorlichting was het mogelijk dat patiënten emotioneel zouden reageren. De onderzoekers zijn hier op professionele wijze mee omgegaan door gesprekstechnieken te gebruiken. Concreet betekent dit dat de emoties die patiënten lieten zien, werden teruggegeven door deze te benoemen zodat de desbetreffende onderzoeker aan de respondenten kon laten zien dat de emoties herkend en erkend werden (Have, 2016). Wat de patiënten uitten na het geven van de gevoelsreflectie, werd samengevat wanneer dit nodig was. Ten Have (2016) stelt dat het belangrijk is om in de communicatie zoveel mogelijk de eigen woorden van de patiënten te gebruiken (Have, 2016). Door dit te doen werd empathisch, maar neutraal gereageerd.

Wanneer patiënten inhoudelijk vragen hadden over de behandeling, voorlichting of het verdere traject is verwezen naar het consult met de (verpleegkundig) specialist. De onderzoekers zijn op de hoogte gesteld van de inhoud van de voorlichtingsvideo, maar hebben geen inhoudelijk vragen beantwoord. Zij hebben enkel de vragen over het onderzoek beantwoord.

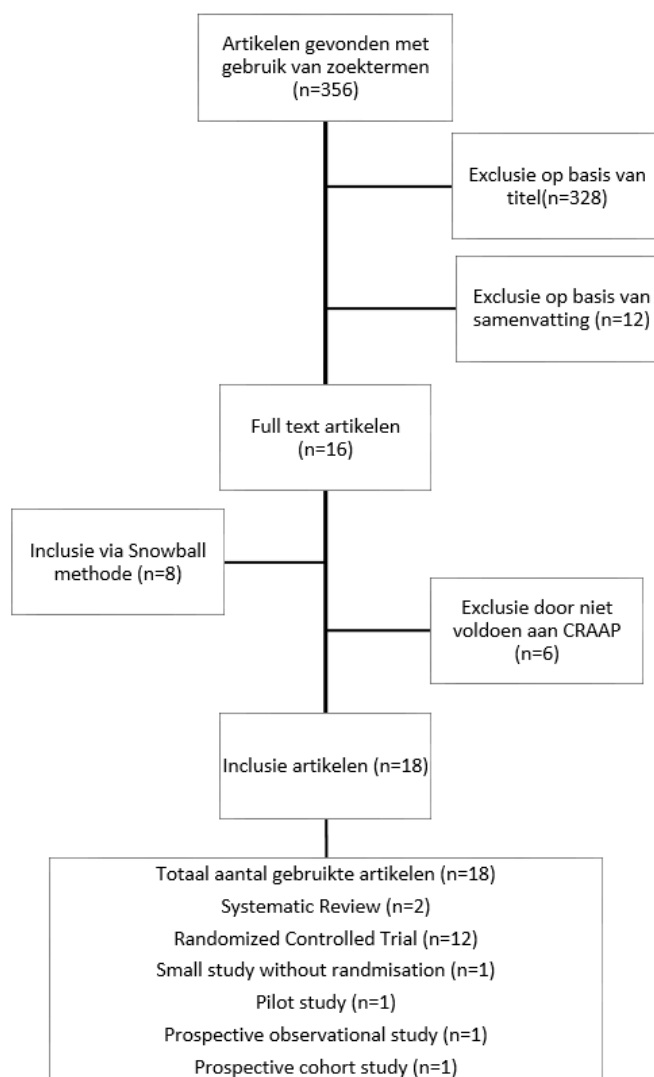
## Hoofdstuk 3 Resultaten literatuuronderzoek

### 3.1 Resultaten

De literatuurstudie met de gebruikte zoektermen (zie Tabel 1) leverde 356 artikelen op. Van deze artikelen werden 340 uitgesloten op basis van titel en samenvatting. Via de sneeuwbal methode werden acht artikelen toegevoegd. Zes van deze acht artikelen werden niet opgenomen omdat deze niet voldeden aan de CRAAP. Uiteindelijk zijn 18 artikelen opgenomen in de literatuurstudie (zie Bijlage VIII).

In de literatuurstudie is gezocht naar de antwoorden op deelvraag één en drie. De resultaten van deelvraag één uit de literatuurstudie zijn onderverdeeld in vijf categorieën: patiënttevredenheid, spanning, angst, informatie begrijpen en positieve ervaringen met de voorlichting.

Deelvraag 3: In de gevonden artikelen wordt niet gesproken over het beste moment van videovorlichting in een behandeltraject. Vele onderzoeken zijn beoordeeld op abstract en fulltext, op de deelvraag is echter geen antwoord gevonden. Tal van onderzoeken beschrijven welke voorlichtingsbehoeften patiënten hebben en of deze al dan niet



Figuur 3: *Flowchart literatuurstudie*

vervuld worden. In deze onderzoeken staan oncologische dan wel chirurgische patiënten centraal. Sommige onderzoeken beschrijven gedetailleerd welke informatie patiënten nodig hebben. Door de onderzoekers zijn echter geen bronnen gevonden die beschrijven op welk moment de voorlichting het beste gegeven kan worden. Derhalve kan geen evidence based antwoord gegeven worden op deelvraag drie.

### 3.2 Informatie over gebruikte artikelen

In de literatuurstudie zijn achttien artikelen gebruikt, zoals Figuur 3 laat zien. Dit zijn voornamelijk Randomized Controlled Trials (RCT). Daarnaast zijn twee Systematic Reviews (SR) meegenomen in de literatuurstudie. Deze methoden van onderzoek hebben het hoogste level of evidence en vormen het grootste deel van deze literatuurstudie. Volgens Aartman & van Loveren (2007) hebben RCT's en SR's een hoge interne validiteit. Als deze onderzoeken goed worden uitgevoerd is geen sprake van confounders, wat het mogelijk maakt causale verbanden te ontdekken. De onderzoeken met een hoog



level of evidence zijn controleerbaar en geven objectieve informatie. Door bronnen te gebruiken met een hoog level of evidence, zoals beschreven in de CRAAP-test (zie Bijlage III), kan in deze literatuurstudie een sterk en betrouwbaar antwoord gegeven worden op de deelvraag (Aartman & Loveren, 2007).

In de geïncludeerde onderzoeken binnen deze literatuurstudie kregen alle respondenten een vorm van audiovisuele voorlichting. De patiënten in het UMCU zijn chirurgische oncologie patiënten die voorgelicht worden door een driedimensionale video. In de literatuurstudie is getracht gebruik te maken van onderzoeken die zich richten op deze patiëntencategorie en voorlichtingsvorm. Dit bleek niet altijd mogelijk, omdat de patiëntencategorie en voorlichtingsvorm die centraal staat in dit onderzoek erg specifiek is. In Tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de patiëntencategorieën en voorlichtingsvormen die in de onderzoeken voorkomen en in welke frequentie.

<i>Patiëntencategorieën</i>	<i>Aantal onderzoeken</i>
Chirurgische patiënten	7
Oncologische patiënten	9
Overige patiënten/niet-patiënten	2
<i>Voorlichtingsvormen</i>	<i>Aantal onderzoeken</i>
3D-video voorlichting	2
Video voorlichting	14
Virtual Reality	1
Gecombineerde voorlichting	1

Tabel 1: *Patiëntencategorieën en voorlichtingsvormen*

### 3.3 Patiënttevredenheid

In verschillende onderzoeken wordt de tevredenheid van de patiënten gemeten na het tonen van een voorlichtingsvideo binnen een behandeltraject.

In drie RCT's wordt geen significant verschil gevonden in de ervaring van tevredenheid onder de patiënten (Love, Manalo, Chen, Chen, & Stoff, 2016; Agbai, Davari, Johnson, Armstrong, & Fazel, 2016; Hoppe, Denkers, Hoppe, & Wong, 2014). Zo onderzochten Love et al. (2016) of het tonen van een voorlichtingsvideo effect had op de tevredenheid en de kennis van patiënten met recent gediagnosticeerde huidkanker. Ze constateerden dat geen significant verschil gevonden was in de mate van tevredenheid tussen beide groepen patiënten. Wel concluderen zij dat de patiënten door de voorlichtingsvideo meer kennis opdoen, zodat meer tijd beschikbaar is om het gesprek met de behandelaar aan te gaan (Love, Manalo, Chen, Chen, & Stoff, 2016).

In meer dan de helft van de onderzoeken wordt een hogere tevredenheid gemeten bij het tonen van een voorlichtingsvideo (Lin, Huang, Huang, Wang, & Shi, 2016; Serpico, et al., 2016; Peltier, et al., 2015; Sulé-Suso, et al., 2015; Crabtree, et al., 2012; Armstrong, et al., 2010; Kinnane, Stuart, Thompson, Evans, & Schneider-Kolksky, 2008). In een RCT constateren Lin et al. (2016) dat de tevredenheid stijgt wanneer preoperatief een voorlichtingsvideo wordt getoond over anesthesie, mits ook een gesprek plaatsvindt met een zorgverlener. Ook Crabtree et al. (2012) zagen de tevredenheid stijgen in hun prospectieve cohortstudie wanneer preoperatief een voorlichtingsvideo werd getoond aan patiënten.

Omdat het level of evidence van beide uitkomsten even zwaar weegt kan niet gesteld worden dat patiënten meer tevreden zijn na het zien van een voorlichtingsvideo. In geen geval wordt de tevredenheid van een patiënt negatief beïnvloed bij het implementeren van een voorlichtingsvideo in het behandeltraject.





### 3.4 Stress

Van de gevonden literatuur worden in vier onderzoeken uitspraken gedaan over stress onder patiënten na het tonen van een voorlichtingsvideo. In al deze onderzoeken wordt geconcludeerd dat het tonen van een voorlichtingsvideo stress bij patiënten verlaagt (Jiminez, et al., 2017; Peltier, et al., 2015; Serpico, et al., 2016; Orringer, et al., 2005)

Scerpio et al. (2016) onderzochten in een prospectief observerend onderzoek de effecten van het tonen van een voorlichtingsvideo aan patiënten met borstkanker. Dertig procent van de patiënten gaven aan minder stress te ervaren na het zien van de video. In een RCT onderzochten Orringer et al. (2005) welk effect een voorlichtingsvideo had op stress en angst bij patiënten met recent gediagnosticeerde melanoom. Zij concluderen dat de stress onder patiënten daalt, mits de video wordt getoond in een klinische setting. Dit werd bevestigd door Peltier et al. die in 2015 in een RCT een verminderde stress waarnamen onder patiënten die een voorlichtingsvideo in hun behandeltraject getoond kregen.

De RCT's geven kracht aan de bewering dat patiënten minder stress ervaren wanneer een voorlichtingsvideo in hun behandeltraject wordt toegevoegd.

### 3.5 Angst

In zes onderzoeken (een pilot study, een prospectief cohort onderzoek en vier RCT's) wordt gesproken over het effect van een voorlichtingsvideo op het ervaren van angst binnen een behandeltraject. In alle onderzoeken wordt geconcludeerd dat het tonen van een voorlichtingsvideo angst onder patiënten reduceert (Lin, Huang, Huang, Wang, & Shi, 2016; Sulé-Suso, et al., 2015; Jjala, French, Foxall, Hardman, & Bedford, 2014; Crabtree, et al., 2012; Ruffinengo, Versino, & Renga, 2009; Orringer, et al., 2005)

Dit werd bijvoorbeeld in een prospectieve cohortstudie door Crabtree et al. (2012) onderzocht onder patiënten die een longresectie moesten ondergaan. De interventiegroep kreeg een voorlichtingsvideo te zien, waarna een significant verschil in angst gemeten werd vergeleken met de controlegroep, die geen video te zien kreeg. Verschillende RCT's bevestigen deze bevindingen. Ook Jjala, et al. (2014) kwamen tot deze conclusie in een RCT, waarbij een controlegroep verbale voorlichting ontving en een interventiegroep videovoortlichting. De patiënten in de interventiegroep ondervonden minder angst dan de patiënten in de controlegroep. Tot slot raden Ruffinengo, Versino & Renga (2009) naar aanleiding van hun RCT aan een voorlichtingsvideo als instrument te gebruiken op de cardiologieafdeling, omdat deze de kans op gemiddelde tot serieuze angst met veertig procent verlaagt.

Samenvattend kan gesteld worden dat patiënten na het zien van een voorlichtingsvideo in hun behandeltraject minder angst ervaren en dat dit dus de algehele ervaring positief beïnvloedt.

### 3.6 Informatie begrijpen

Tijdens het behandeltraject wordt veel informatie aan de patiënt verstrekt, waarbij het belangrijk is dat de patiënt deze ook begrijpt. In drie onderzoeken worden resultaten over het begrijpen van informatie beschreven.

Patiënten zijn beter in staat om informatie te begrijpen door het ontvangen van visuele voorlichting (Winter, et al., 2016; Sulé-Suso, et al., 2015; Crabtree, et al., 2012). De pilotstudie van Sulé-Suso et al. (2015) toont aan dat virtuele beelden ervoor zorgen dat patiënten die curatieve radiotherapie ondergaan beter begrijpen hoe de radiotherapie vorm krijgt. Deze pilotstudie heeft een relatief laag level of evidence. De conclusie uit deze pilotstudie is daarom onderbouwd met gelijke conclusies uit onderzoeken met een hoog level of evidence, zoals de RCT van Winter et al. (2016), waarin de patiënten zowel audiovisuele voorlichting als schriftelijke voorlichting kregen. Nadat ze een vorm van voorlichting



hadden ontvangen werd gevraagd naar kennis. Ook in dit onderzoek bleek dat videovorlichting het begrip van de patiënten vergroot, vergeleken met verbale voorlichting.

Samenvattend kan gesteld worden dat visuele voorlichting ervoor zorgt dat patiënten informatie beter begrijpen, wat leidt tot een positievere ervaring van voorlichting (Winter et al., 2016).

### 3.7 Positieve ervaringen met de voorlichting

In zes onderzoeken worden positieve ervaringen van patiënten met de voorlichting beschreven.

In de cohort studie van Crabtree et al. (2012) kwam bijvoorbeeld naar voren dat patiënten met een longresectie minder pijn ervoeren als zij werden voorgelicht met een video dan wanneer zij voorlichting zonder video ontvingen. Ook in de RCT van Peltier et al. (2015) hadden de respondenten positieve ervaringen. In deze studie werd onderzocht hoe driedimensionale animaties de relatie tussen de patiënt met prostaatkanker en hun zorgverlener beïnvloedde. De groep patiënten die een driedimensionale video te zien kreeg, beoordeelde het consult met hun zorgverlener positiever dan de groep patiënten waarbij geen video werd ingezet. De kwaliteit van het gesprek tussen patiënt en zorgverlener werd volgens de patiënten ook hoger. Kinnane, Stuart, Thompson, Evans en Schneider-Kolsky (2008) concludeerden daarnaast in hun RCT dat het welzijn van patiënt en diens familie stijgt tijdens chemotherapie als verschillende vormen van voorlichting (verbaal, schriftelijk, video) gecombineerd worden. Tot slot kwam ook in de SR van Ong, Miller, Appleby, Allegretto en Gawlinski (2009) naar voren dat het tonen van visuele voorlichting de zelfverzekerdheid en het empowerment van de patiënten bevordert.

In één onderzoek (Love, Manalo, Chen, Chen, & Stoff, 2016) werd de respondenten gevraagd of zij de video zouden aanbevelen aan een vriend/vriendin. In deze RCT werden zestien patiënten voorgelicht door middel van een gesprek, de andere zestien kregen naast het gesprek een video te zien. Het grootste deel van de patiënten die de video te zien kreeg zou deze een vriend/vriendin aanraden.

Idriss, Alikhan en Armstrong (2009) onderzochten onder andere de voorkeuren van respondenten met betrekking tot het ontvangen van voorlichting. Eén groep ontving schriftelijke voorlichting over melanoom, de andere groep ontving deze voorlichting door middel van een video. 62% van de respondenten die deel uit maakte van de groep die schriftelijke voorlichting kreeg, zou liever videovorlichting ontvangen. Van de respondenten in de videogroep zou 85% liever een video zien dan schriftelijk voorgelicht worden.

De conclusie van deze bovenstaande uitkomsten is dat patiënten op vele gebieden positieve ervaringen hebben met het ontvangen van videovorlichting.



## Hoofdstuk 4 Resultaten praktijkonderzoek

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de achttien interviews gehouden met pre- en postoperatieve patiënten. Deze interviews zijn gelabeld en gecodeerd, de codeertabel is te vinden in Bijlage IX.

Vanwege een tekort aan preoperatieve patiënten in de periode van twintig april tot zeventien mei 2017 is één preoperatieve patiënt geïnterviewd. Hierdoor is geen datasaturatie behaald en de resultaten uit het interview met de preoperatieve patiënt zullen om deze reden niet gebruikt worden in de conclusie.

De overige interviews (zeventien in totaal) zijn gehouden met *postoperatieve patiënten* [nadruk toegevoegd]. Deze patiënten kregen de voorlichtingsvideo te zien en hebben daarna in een interview hun ervaringen gedeeld.

### 4.1 Resultaten deelvraag twee

#### Ervaring van de preoperatieve patiënt

De preoperatieve patiënt gaf aan de voorlichtingsvideo heftig te vinden, mede doordat hij nog nooit een andere operatie heeft ondergaan: "Ja, de eerste reactie is, het is nogal heftig natuurlijk" (int8). Het geanimeerde gedeelte van de video vond de patiënt helder, hij gaf aan dat dit samen met de informatie een volledig beeld gaf. Volgens de patiënt wordt in de video geen vakjargon gebruikt: "Het is wel redelijk zo Jip en Janneke taal." De patiënt gaf aan de gehele video geconcentreerd te kunnen blijven kijken. De patiënt was te spreken over de toepassing van de Holoboxx binnen het geven van voorlichting: "Ik denk wel dat mensen dit meer aanspreekt op deze manier."

Hieruit komt naar voren dat de voorlichtingsvideo middels de Holoboxx een positieve reactie veroorzaakt bij deze preoperatieve patiënt.

#### Ervaring van de postoperatieve patiënten

##### *Eerste reactie*

De voorlichtingsvideo wordt positief ervaren, alle eerste reacties waren positief. "Ik vind het gewoon een mooi initiatief (...) Goed. Duidelijk. Mooi" (Int2). De video lijkt overeen te komen met de werkelijkheid:

Ik heb het beleefd zoals zij het hebben uitgelegd, dus honderd procent is dat zo. Nou ik, ik ben 27 februari geopereerd en ik heb die zaken allemaal zo helder als ze het hebben uitgelegd, zo is het voor mijn gevoel ook verlopen. (Int9)

De eerste reactie op het algemene product (de video middels de Holoboxx) is positief. Wat betekent dat dit initiatief aansluit bij de patiëntengroep en een goed middel is om in te zetten binnen de zorg in het Cancer Center.

##### *De Holoboxx als middel voor voorlichting*

De Holoboxx is voor alle respondenten nieuw, daarom is in de interviews gevraagd wat de respondenten vinden van de Holoboxx. Het overgrote deel gaf aan positief te zijn over de toepassing van de Holoboxx. Zij vonden het driedimensionale beeld een meerwaarde, zo werd gezegd:

Ik vind de Holoboxx een extra dimensie geven aan het geheel. Want de artsen die je al tegengekomen bent, waarmee je al gesproken hebt, die zie je nu eigenlijk een beetje in levende lijve meevoelen met je. Door dat drie dimensionale. (Int7)

De meeste respondenten vonden het verassend omdat de Holoboxx iets anders is dan een televisiescherm: "Ja, niet toepasselijk maar het woord 'amusement' komt me voor de geest. Want het is



nieuw, in plaats dat je naar een pc met een videotje zit te kijken" (Int11). Ook werd de Holoboxx spectaculair gevonden: "Ja ik vind het wel spectaculair" (Int18).

Voor sommigen had de Holoboxx géén meerwaarde: "Voor mij had het ook een beeld aan de muur kunnen zijn, of een televisie (...) Het is niet storend die kast maar het had voor mij ook op een televisiescherm gemogen" (Int6). Deze respondenten vonden het idee van de Holoboxx niet per definitie negatief: "Ja, dat daar nu perse een kast moet is oké, dat neem ik er maar gewoon bij. Maar verder heb ik geen aanmerkingen op die kast (...) Je kan moeilijker afdwalen, het focust wel" (Int2).

De Holoboxx roept geen negatieve reacties op bij patiënten. Gesteld kan worden dat de Holoboxx een juist middel is om mee voor te lichten. Het inspireert de patiënten over het algemeen, omdat het een nieuw medium is.

### *Concentratie*

Elke respondent gaf aan tijdens de video geconcentreerd te kunnen blijven kijken. Volgens de meeste respondenten kwam dit doordat de video hen boeide: "Ja eh het boeide me van het begin tot het einde" (Int11). Anderen gaven aan dat het te maken had met de Holoboxx en het driedimensionale beeld: "Het is aardig dat het zich in zo'n box afspeelt, dat is nieuw. Dat biologeert mensen sowieso al denk ik" (Int1).

Wel benoemden de respondenten dat zij de operatie al ondergaan hadden en dus zonder stress de video bekeken: "Ik zit hier onbevangen en niet in stress" (Int2). Dit kan verschil maken: "Dus ik weet niet hoe dat is als je volop in stress bent, als je net de diagnose hebt gehad. Want dan komt er sowieso minder in, minder informatie binnen." (int2).

Om een goede concentratie te behouden is het belangrijk dat de video niet te lang wordt gevonden en de omgeving de respondenten niet afleidt van de video. Deze punten worden hieronder verder uitgewerkt.

### *Tijdsduur*

Geen van de respondenten gaf aan dat de video te lang was. Wel gaven vier respondenten aan dat ze het niet erg zouden vinden als de video langer zou zijn geweest, dat is te lezen in dit citaat: "Dus ik denk voor mij zou het geen bezwaar zijn als die iets langer duurt, nu gaat het eigenlijk heel flits flits flits voorbij" (Int12). Van de overige respondenten benoemden enkelen dat de video niet langer had moeten zijn, het volgende citaat licht dit toe: "Om de boodschap goed over te brengen, ja dan moet het echt niet langer zijn (...) Want anders dan ben je ook weer bang dat de aandacht van mensen verloren gaat." (Int11).

### *Omgevingsfactoren*

De voorlichtingsvideo wordt getoond in een vernieuwde ruimte. De respondenten gaven aan dat zij de ruimte mooi en prettig vonden. "Ik vind het een hele prettige ruimte" (Int2). De respondenten vonden de keuze van de ruimte juist, mede doordat de voorlichtingsvideo op een rustige manier bekeken kon worden: "Het is gewoon leuk aangekleed en het doet huiselijk aan. Ja, alsof je televisie zit te kijken alleen kijk je nou in dat ding" (Int16).

Het tonen van de voorlichtingsvideo in de huidige ruimte wordt als positief ervaren door de aankleding van de kamer.

### *Interpersoonlijke factoren*

#### *Aanwezigheid van naasten*

Uit de interviews kwam een aantal keer naar voren dat de respondenten het belangrijk vinden om naasten bij zich te hebben bij het kijken van de voorlichtingsvideo: "Ik denk dat het belangrijk is dat patiënt en naasten dat samen bekijken" (Int1). De respondenten geven twee redenen waarom het van



belang is dat een naaste aanwezig is. Ten eerste dat de informatie door twee personen gezien en gehoord wordt: "Daardoor is het ook fijn dat er iemand met je mee gaat en dingen opneemt zodat je het later nog een keer kan horen weet je wel" (Int7). Ten tweede geven de respondenten aan dat het voor de naasten zelf ook goed is om te zien wat de patiënt te wachten staat: "Ja, ja, dit moet wel gezien worden door de mensen of de omgeving die het aangaat" (Int2).

#### Aanwezigheid van specialist

Zonder dat de interviewers hiernaar vroegen, gaven enkele respondenten aan het belangrijk te vinden dat tijdens of na het zien van de video een specialist aanwezig is. De respondenten gaven aan dat de video eventueel vragen kan oproepen die beantwoord moeten worden: "Dus ik vind als je dit gaat doen, laat er wel iemand bij zitten die kan beantwoorden de vragen (Int6)".

#### *Ontwerp voorlichtingsvideo*

##### Animatie

Zoals hierboven beschreven zijn de eerste reacties van de respondenten over de video positief, zo ook over de animatie die te zien was. "Ik vond hem informatief" (int11) en "En ik vond het wel mooi dat beeld dat je dan echt die lange buis ziet dat is een groot verschil met het plaatje voor en na. Dit was vooral duidelijk" (int13). Meer dan de helft van de respondenten geeft verschillende suggesties om de voorlichtingsvideo te verbeteren, zoals in het volgende citaat: "Nee eh, het licht eromheen en ik vond het een beetje rommelig voor iemand die geen anatomische kennis heeft, dan weet ik niet of je alles eruit haalt" (int14).

Verskillende respondenten geven aan dat verbetering nodig is. In interview vijftien wordt verteld dat de animatie van het lichaam te complex is afgebeeld:

Eh in het begin schrok ik wel even van de hoeveelheid organen die getoond werden om de hele slokdarm heen. Dat vond ik ja eh eerder wat te veel aan informatie dan dat het nuttige informatie was. Dat gevoel kreeg ik van jéétje je wordt ontzettend overstelpt ineens, je ziet die hele slokdarm niet eens door al die organen eromheen. (int15)

In interview twaalf wordt een suggestie gegeven om dit duidelijker af te beelden: "Want weet je wat je kan, je kan de slokdarm als je dat even oplicht, of de longen dat het even oplicht, dat je even ziet waar dat je het over hebt" (int12). Ook geeft ongeveer de helft van de respondenten aan dat de animatie te donker of onscherp is afgebeeld. "Ik vind hem te donker (...) Ja ik kan het moeilijk zien" (int2).

In sommige interviews kwam naar voren dat de animatie van de video te snel ging, waardoor het moeilijk te volgen was.

Maar ik vond hem zeker in het begin heel snel gaan (...) Heel snel, je bent niet gewend om naar organen te kijken en het eh verdwijnt heel snel. Dus je bent je nog aan het concentreren wat zie ik allemaal eigenlijk wat gebeurt er en dan is het al weer eh. (int12)

Over het algemeen volgt een positieve reactie op de animatie, deze wordt duidelijker bevonden dan de eerder gegeven voorlichting zonder een video. Wel kan de animatie op verschillende onderdelen nog verbeterd worden, met name op contrast en duidelijkheid.

#### Taalgebruik

Over het algemeen zijn de respondenten tevreden over het taalgebruik van de specialisten. Meer dan de helft vindt dat geen moeilijke taal gebruikt wordt in het verhaal. "Maar ik denk dat [naam] en [naam] daar heel duidelijk in gewone mensentaal eh, ja dat ze het in gewone mensentaal brengen" (int7). Drie respondenten geven aan dat een aantal termen voorbij komt die niet iedereen zal begrijpen. "Nou er kwamen natuurlijk heel veel medische termen voorbij. Wat de patholoog anatoom gaat doen. Die eh



microscopisch onderzoek ofzo (...) Maar dat gaat natuurlijk half Nederland niet volgen" (int4). Drie respondenten vonden de uitleg te snel gaan.

Nou dat was wel moeilijk, omdat het zo snel ging. Dat was voor mij ook moeilijk, bovendien ben ik wat ouder. En dan kun je alle teksten die snel uitgesproken worden wat minder snel volgen. En er zijn toch vaak oudere mensen die dit soort dingen krijgen (Int16) en "Verder het tempo waarin dit is denk ik voor ouderen belachelijk hoog" (int4).

In de voorlichtingsvideo wordt op verschillende momenten nog gebruik gemaakt van vakjargon. Over het algemeen is de gegeven informatie goed te volgen en te begrijpen.

### *Informatiebehoefte*

In elf interviews kwam naar voren dat een deel in de voorlichtingsvideo gemist wordt. Een aantal vindt dat de video een positieve noot mist, dit blijkt uit het volgende citaat: "Ja zo'n boodschap moet je positief brengen. Je moet op een gegeven moment benadrukken de kans op succes (...) Ja dat kan je dan met eenvoudige woorden zeggen. Met deze operatie overleef je" (int1).

Veel van hen missen het deel over de chemoradiatie en het deel van de verpleegkundige, fysiotherapeut en diëtiste. "Ik zou nog wel willen dat ze dan nog even uitleggen van wat nou die oefeningen voor die longen zijn" (int3). De respondenten geven aan dat het behandeltraject als één geheel gezien moet worden. "Ik zou er ook eentje maken voor de radiochemo behandeling. Ja, want dat is één traject he, één geheel" (int1). Een andere respondent geeft aan dat het onderwerp van de operatie meerdere video's waard zou zijn: "En dat het ook veel te veel in één keer is. Dit thema is denk ik al een aantal filmpjes waard" (int4).

Hieruit komt naar voren dat de respondenten de gegeven informatie in deze video te summier vinden. De verschillende thema's die aan bod komen mogen uitgebreider toegelicht worden, dan wel in dezelfde video, dan wel in een aparte nieuwe voorlichtingsvideo.

## 4.2 Resultaten deelvraag vier

### Plaats in behandeltraject

De respondenten geven verschillende suggesties als beste moment voor het tonen van de voorlichtingsvideo aan de preoperatieve patiënt. Veertien van de achttien respondenten hebben hier een mening over. De helft geeft aan dat de video getoond moet worden na het traject van de chemoradiatie, tijdens de voorbereiding op de operatie. Een aantal respondenten denkt dat de patiënt nog niet toe zal zijn aan uitgebreide informatie over het proces van opereren, wanneer dit nog een aantal weken zal duren. "Ja en sommigen zullen van A tot Z geïnteresseerd zijn eh om het meteen te weten en andere denken nou we zien wel weer wat we morgen gaan doen" (int4). Zo sprak een respondent uit eigen ervaring:

Ja, eh, ik heb het voor mij echt stukje voor stukje gedaan. Ik wilde toen ik net de diagnose had gehad wist ik wel dat er op het einde een operatie zou volgen, maar toen wilde ik nog niks over de operatie weten omdat ik wist ja ik moest eerst de chemoradiatie periode moest ik door dus. Ja ik noem het eigenlijk een beetje het afhappen van een hamburger, mijn eerste hap is gewoon de chemoradiatie en daar wilde ik alles over weten. (int3)

De andere helft geeft aan dat de preoperatieve patiënt de video direct na de diagnose moet zien, onder andere omdat dit kan bijdragen aan het gesprek wat daarna met de arts plaatsvindt: "Jawel alleen bedoel ik als je dit filmpje gezien hebt, kan je je beslissingen nemen" (int5) en "Ja dat lijkt mij, maar dat is heel persoonlijk dan hè, dan weet je tenminste meteen waar je aan toe ben en wat er gaat gebeuren" (int17). Over het algemeen kan gesteld worden dat het in beide gevallen een goed moment zou kunnen zijn.



Zes van de veertien mensen geeft aan dat het ook belangrijk is om de patiënt zelf te vragen of zij de voorlichtingsvideo willen zien. De volgende citaten geven dat duidelijk weer: "Ja gewoon de patiënt laten kiezen wat hij wil" (int5) en "Als mensen daar behoefte aan hebben" (int15).

### Oude voorlichting

Een ruime meerderheid van de respondenten vergeleek de door hun ontvangen voorlichting met de nieuwe vorm van voorlichting. Deze nieuwe vorm wordt over het algemeen duidelijker gevonden dan de mondelinge en schriftelijke voorlichting. "Ik denk het wel, maar dit is duidelijker als je het ziet, vind ik" (Int13). Over de eerder gekregen voorlichting zei men: "Dat was zoiets abstracts, dat ik dacht van ja ik neem het maar ter kennisgeving aan, maar ik snap er helemaal niks van. Dus dit is wel helderder" (Int2) en "Ja met een tekeningetje en dat tekeningetje, ik heb het geloof ik nog steeds thuis dat eh is wel heel simpel" (Int11).

Gesteld kan worden dat de Holoboxx een goed initiatief is van het Cancer Center en dat dit het begin is naar verbetering van het voorlichtingstraject.



## Hoofdstuk 5 Conclusie

In deze conclusie wordt de hoofdvraag beantwoord: Hoe ervaren pre- en postoperatieve patiënten voorlichting middels de Holoboxx over de oesophaguscardiaresectie binnen het behandeltraject in het UMCU?

Aangezien geen datasaturatie is opgetreden in de dataverzameling bij de preoperatieve patiënt kunnen geen inhoudelijke conclusies getrokken worden voor deze patiëntengroep.

Alle postoperatieve respondenten ervaren de voorlichting middels de Holoboxx positief. Deze positieve ervaring was ook terug te vinden in de onderzochte literatuur, waarin naar voren kwam dat een voorlichtingsvideo onder andere bijdraagt aan het verlagen van spanning, het verminderen van angst en het begrijpen van de verstrekte informatie. De patiënttevredenheid wordt niet negatief beïnvloed door het tonen van een voorlichtingsvideo. Elke respondent kon geconcentreerd blijven kijken tijdens de video, de video is niet te lang. Het tonen van de voorlichtingsvideo bewerkstelligt dus een positieve ervaring. Door sommige aspecten wordt de patiëntervaring echter nog wel negatief beïnvloed tijdens het tonen van de voorlichtingsvideo, niet alle respondenten zien bijvoorbeeld direct de meerwaarde van de Holoboxx in. Een groot deel van de respondenten geeft aan dat de animatie nog verbeterd kan worden, de animatie wordt snel afgespeeld en is te donker afgebeeld. Sommige respondenten vinden het taalgebruik van de video niet voor iedereen begrijpelijk. Door de respondenten wordt soms uitleg gemist, zoals over chemoradiatie. Verder kwam naar voren dat sommige respondenten het belangrijk vinden dat naasten of een arts aanwezig zijn tijdens het zien van de video. Het is dus van belang dat per patiënt beoordeeld wordt of een arts aanwezig moet zijn bij de voorlichting. Al met al kan geconcludeerd worden dat de huidige video nog verbeterd moet worden om een positievere ervaring te bewerkstelligen bij de patiënt.

De mening van de postoperatieve respondenten is tweeledig wat betreft de plaats van de voorlichtingsvideo in het behandeltraject. De helft adviseert deze te laten zien na het krijgen van de diagnose, de andere helft net voor de operatie. Sommige respondenten geven aan dat het belangrijk is om de keuze voor te leggen aan de patiënt. Hieruit blijkt dat geen eenduidig antwoord gegeven kan worden op de vraag wanneer de voorlichtingsvideo preoperatief getoond moet worden. Ook vanuit de literatuur is deze vraag niet beantwoord gezien onvoldoende evidence based literatuur gevonden is. Voorlichting middels de Holoboxx is duidelijker dan voorlichting middels een gesprek of tekening van de arts. De vorm van voorlichting middels de Holoboxx is een vooruitgang binnen het voorlichtingstraject aan patiënten met oesophaguscarcinoom in het UMCU.





## Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

### 6.1 Aanbevelingen voor de organisatie

#### Voorlichtingsvideo

De voorlichtingsvideo middels de Holoboxx is een goed initiatief van het Cancer Center en moet deel gaan uitmaken van de standaardzorg aan preoperatieve patiënten met oesophaguscarcinoom. Het moet een aanvulling zijn op de voorlichtingsgesprekken met de arts. Daarbij is het van belang dat de gebruikte voorlichtingsvideo verder wordt ontwikkeld. Uit dit onderzoek is duidelijk geworden welke concrete onderdelen van de video aangepast moeten worden om de patiëntervaringen te verbeteren.

#### **Aanbevelingen:**

- De lengte van de voorlichtingsvideo is goed, hier hoeft niet van afgeweken te worden;
- Geadviseerd wordt de animatie te verbeteren in kwaliteit van kleur en helderheid (lichter maken en bepaalde organen laten oplichten als ze behandeld worden);
- Aanbevolen wordt om de animatie langzamer af te spelen;
- Geadviseerd wordt het taalgebruik te laten beoordelen door een taalkundige, eventuele vakjargon moet vermeden worden.

#### Nieuw te ontwikkelen video's

Omdat de respondenten de voorlichtingsvideo een positief initiatief vinden is het goed als dit verder in het behandeltraject gebruikt wordt bij meerdere onderwerpen. Daarnaast geven de respondenten aan dat zij een aantal onderwerpen misten in de voorlichtingsvideo, zoals chemoradiatie en conditietraining.

#### **Aanbevelingen:**

- Aanbevolen wordt meerdere video's te ontwerpen van verschillende fases van het behandeltraject (over chemoradiatie);
- Geadviseerd wordt om meer aandacht te geven aan de conditie, dan wel in de huidige video of in een nieuwe voorlichtingsvideo (er mag meer nadruk gelegd worden op het feit dat een goede conditie belangrijk is).

#### Omgevingsfactoren

De ruimte waarin de Holoboxx staat wordt door de respondenten als positief ervaren, daarom hoeft deze ruimte niet veranderd te worden.

#### **Aanbeveling:**

- Geadviseerd wordt de ruimte waarin de Holoboxx staat niet te veranderen.

#### Aanwezigheid van derden

Het is belangrijk om de naasten de voorlichting bij te laten wonen. Daarbij wordt de aanwezigheid van een specialist tijdens het kijken van de video ook op prijs gesteld, zodat na afloop ruimte is voor een gesprek tussen zorgverlener en patiënt. Als deze aanbeveling opgevolgd wordt, dan ontstaat ruimte voor de patiënt en hun naasten om vragen te stellen over de behandeling en wordt op deze manier patiëntenparticipatie bevorderd.

#### **Aanbevelingen:**

- Aanbevolen wordt de naasten van patiënten de voorlichtingsvideo te tonen;
- Geadviseerd wordt om patiënten ruimte te geven om tijdens of direct na het zien van de voorlichtingsvideo vragen te stellen aan een specialist.



### Plaats in behandeltraject

De voorlichtingsvideo moet dienen als vervanging van de uitleg door de specialist over de oesophaguscardiaresectie. De afspraak met de specialist kan dan gebruikt worden om vragen die zijn ontstaan naar aanleiding van de video te beantwoorden. Er is geen eenduidige mening over welke plaats de voorlichtingsvideo in het behandeltraject moet krijgen. Naar voren komt dat iedere patiënt andere behoeftes heeft als het gaat om het zien van de voorlichtingsvideo over deze operatie. De patiënt zal om deze reden ruimte moeten krijgen om zelf te beslissen op welk moment hij de voorlichtingsvideo wil zien. Om zo open te staan voor de informatie die gegeven wordt in de voorlichtingsvideo.

#### **Aanbevelingen:**

- Geadviseerd wordt om de voorlichtingsvideo toe te voegen als standaardzorg in het behandeltraject van oesophaguscarcinoom;
- Aanbevolen wordt om iedere preoperatieve patiënt de mogelijkheid te geven de voorlichtingsvideo direct ná de diagnose te zien en net vóór de operatie.

## 6.2 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

### Preoperatieve patiënt

In dit onderzoek konden onvoldoende preoperatieve patiënten worden geïnterviewd. Omdat deze patiënten de voorlichtingsvideo anders zouden kunnen ervaren is het van belang dat nog onderzoek gedaan wordt naar de ervaring van deze patiëntengroep met de video. Aanbevolen wordt in toekomstig onderzoek de ervaring van *preoperatieve patiënten* [nadruk toegevoegd] met de Holoboxx te onderzoeken.

### Beschikbaar stellen

Verder onderzoek kan gedaan worden naar het beschikbaar stellen van het videomateriaal op verschillende plekken. Op dit moment wordt de video enkel getoond in klinische setting. Door patiënten te vragen op welke plekken en wanneer ze deze video zouden willen zien kan de behoefte van de patiënt in acht genomen worden.

### Kennis

Daarnaast wordt aangeraden om onderzoek te doen naar het toenemen van kennis wanneer een voorlichtingsvideo wordt getoond aan de patiënt. Dit onderzoek richt zich op de ervaring van de patiënt, terwijl het ook relevant is om te weten in hoeverre de patiënt de informatie onthoudt.



## Hoofdstuk 7 Discussie

In dit hoofdstuk wordt kritisch gekeken naar de methode van onderzoek, dit wordt vervolgens vergeleken met de literatuur.

In dit onderzoek is onderzocht hoe patiënten met oesophaguscarcinoom de voorlichtingsvideo door middel van de Holoboxx met betrekking tot hun operatie ervaren. In de eerste fase van het onderzoek zijn verschillende gesprekken gevoerd om tot een overeenstemming tussen de wensen van de opdrachtgever en mogelijkheden van de onderzoekers te komen. Na enkele gesprekken konden een probleem-, vraag- en doelstelling worden opgesteld. Deze zijn gedurende de eerste fase van het onderzoek verschillende keren aangepast op basis van eigen inzicht en feedback van de opdrachtgever of docenten. Door voldoende tijd en aandacht te besteden aan het plan van aanpak is een gedegen basis voor het onderzoek gelegd, dit versterkte het gehele onderzoeksproces.

### 7.1 Evaluatie doelstelling

Het doel van het onderzoek is behaald doordat in kaart gebracht is hoe de patiënten met oesophaguscarcinoom de voorlichtingsvideo middels de Holoboxx met betrekking tot hun operatie ervaren. De aanbevelingen die naar aanleiding van dit onderzoek aan het Cancer Center van het UMCU zijn gedaan, zijn van toepassing om verder beleid omtrent voorlichting binnen het behandeltraject van oesophaguscarcinoom te ontwikkelen.

### 7.2 Evaluatie methode

In de ontwerpfase van dit onderzoek zijn verschillende onderzoeksmethoden met elkaar vergeleken. De intentie was het toepassen van mixed methods. Daarnaast zou gebruik gemaakt worden van observaties, wat een methodetriangulatie zou bewerkstelligen en de kwaliteit van de onderzoeksresultaten zou verhogen (Verhoeven, 2014). Uiteindelijk is gekozen om de data van het praktijkonderzoek te verzamelen door te interviewen. Door alleen kwalitatief onderzoek te doen, is dit onderzoek versterkt. Kwalitatief onderzoek leent zich namelijk uitermate voor het meten van (patiënt)ervaringen (Verhoeven, 2014). De uiteindelijk resultaten sluiten nu beter aan bij de hoofdvraag en doelstelling, dan wanneer verschillende vormen van onderzoek gecombineerd zouden zijn.

### 7.3 Validiteit en betrouwbaarheid

#### Validiteit literatuuronderzoek

Na het inleveren van het plan van aanpak zijn de onderzoekers gestart met literatuuronderzoek. De literatuurstudie is sterk doordat op een gestructureerde wijze is gezocht naar kwalitatief hoogstaande bronnen. Daarnaast is de validiteit van de literatuurstudie vergroot door het opstellen van zoektermen, het systematisch zoeken in verschillende databanken en het includeren van artikelen via de sneeuwbal methode. Hierdoor is de begripsvaliditeit bevorderd. Alle stappen in de literatuurstudie zijn gedocumenteerd in het verslag en opgenomen in het een persoonlijk logboek. Doordat alle bronnen zijn beoordeeld op relevantie door twee onderzoekers is de validiteit nogmaals gewaarborgd.

De bronnen zijn door twee onderzoekers beoordeeld op relevantie en het is niet gelukt om een goed antwoord te vinden op de derde deelvraag. De onderzoekers hebben middels een DDO zoektermen opgesteld om literatuur te vinden voor deze deelvraag, echter zonder succes. De mogelijkheid bestaat dat de zoektermen niet aansloten bij de deelvraag, waardoor de validiteit van het literatuuronderzoek is verlaagd. Door een gebrek aan tijd en middelen is door de onderzoekers besloten om de literatuurstudie met betrekking tot deze deelvraag niet te continueren. De onderzoekers geloven dat dit het juiste besluit is geweest met het oog op prioriteiten, maar dat niet alle mogelijkheden benut zijn om de literatuurstudie toch te continueren.



## Betrouwbaarheid literatuuronderzoek

Bepaalde factoren hebben de betrouwbaarheid van de literatuuronderzoek verlaagd. Zo zijn tijdens de literatuurstudie veel bronnen beoordeeld. De onderzoekers realiseren zich echter dat nooit alle bestaande bronnen meegenomen zijn in het onderzoek. Relevante bronnen zijn blijven liggen, omdat deze niet gevonden zijn met de gebruikte zoektechnieken, niet voorkomen in de bekende databases of anderstalig zijn. Toch zijn de onderzoekers van mening dat voldoende bronnen van goede kwaliteit gebruikt zijn, zodat onderbouwde conclusies getrokken zijn. De onderzoekers hebben een aantal keuzes gemaakt die de betrouwbaarheid hebben beïnvloed.

Zo is gekozen om in de literatuurstudie bronnen ouder dan tien jaar te excluseren. De bron van Orringer et al. (2005) is echter wel meegenomen in dit onderzoek. In deze bron staan specifiek de ervaringen van oncologische patiënten met videovorlichting centraal. Daarnaast heeft deze bron een hoog level of evidence. Met deze reden is besloten de bron toch te gebruiken. De onderzoekers zijn van mening dat deze keuze de betrouwbaarheid van de literatuurstudie niet heeft verlaagd.

De betrouwbaarheid van de literatuurstudie is verhoogd doordat verschillende Engelstalige internationale bronnen gebruikt zijn, waardoor het mogelijk was om kwalitatief goede onderzoeken te gebruiken in de literatuurstudie. Ondanks dat de onderzoekers de Engelse taal op goed niveau beheersen is het echter ook mogelijk dat details uit de bronnen anders of foutief geïnterpreteerd zijn. De mogelijkheid bestaat daarom dat de resultaten in mindere mate beïnvloed zijn.

Een ander sterk punt is de onderbouwing die in dit onderzoek is toegepast, door zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande methodieken. Concreet betekent dit dat de CRAAP-test is gebruikt in het literatuuronderzoek en het Service Quality model in het praktijkonderzoek. Dit verhoogt zowel de validiteit als de betrouwbaarheid (Verhoeven, 2014).

## Validiteit praktijkonderzoek

Binnen het onderzoek is vertraging opgelopen doordat de voorlichtingsvideo later klaar was dan gepland. Het was daarom niet mogelijk om conform het plan van aanpak op vijf april te starten met het verzamelen van data. De video was essentieel binnen het praktijkonderzoek dus is besloten om te wachten tot de video ontwikkeld was. Twee weken na de streefdatum (twintig april) is gestart met de dataverzameling middels interviewen.

In eerste instantie is besloten enkel preoperatieve patiënten te includeren in het praktijkonderzoek. In de onderzoeksperiode was echter geen aanbod van respondenten voor het onderzoek. Daarom is in overleg met de opdrachtgever en docent besloten om postoperatieve patiënten toe te voegen aan de onderzoekspopulatie. Door deze patiëntengroep te includeren werd het toch mogelijk een beeld te krijgen hoe patiënten met oesophaguscarcinoom de voorlichtingsvideo ervaren. Daarnaast is dit besloten om toch de doelstelling van het onderzoek te kunnen behalen. Achteraf zien de onderzoekers in dat het meer gepast was geweest om al in het plan van aanpak deze groep te includeren. Het is gebleken dat het interviewen van preoperatieve patiënten toch als belasting werd ervaren. Tijdens de onderzoeksperiode kwamen vier preoperatieve respondenten in aanmerking om voorgelicht en geïnterviewd te worden. In overleg met de opdrachtgever is bij drie van deze patiënten besloten de voorlichtingsvideo niet te tonen en de patiënt niet te interviewen, omdat ze te zwak bevonden werden. De onderzoekers zijn daarom van mening dat het toevoegen van de postoperatieve patiënt een juiste keuze is geweest, omdat dit het onderzoek heeft versterkt en het ethisch meer verantwoordelijk was.

Daarbij stelt Verhoeven (2014) dat het aantal patiënten in kwalitatief onderzoek zelden groot is, het is belangrijker dat datasaturatie bereikt wordt (Verhoeven, 2014), wat het geval is bij de postoperatieve patiëntengroep. Dit is echter niet het geval bij de preoperatieve patiënten, om deze reden zijn geen inhoudelijk conclusies getrokken met betrekking tot deze patiënten.



Het includeren van de postoperatieve patiënt heeft de validiteit benadeeld. De postoperatieve patiënt heeft tijdens het kijken van de voorlichtingsvideo al voorkennis. Hij heeft namelijk het gehele traject al doorlopen in het verleden. Dit zorgde ervoor dat de patiënt de voorlichtingsvideo op een andere manier zou kunnen benaderen. Tijdens de interviews werd door deze patiënten dan ook de nadruk gelegd op het verschil tussen deze vorm van voorlichting en de oude vorm van voorlichting. Hoewel dit nuttige informatie opleverde, gaf dit ook informatie welke niet van toepassing was op de hoofd- en deelvragen. Hierdoor kan de begripsvaliditeit negatief beïnvloed zijn, ondanks dat dit door het gebruik van gesprekstechnieken, met name het doorvragen en peer-feedback, is geprobeerd te ondervangen (Verhoeven, 2014) en (Baarda, et al., 2013).

Het toevoegen van de postoperatieve patiënt heeft dus mogelijk een bias in de resultaten veroorzaakt. Zo gaven veel patiënten aan dat de voorlichting duidelijker was dan de voorlichting die zij indertijd kregen. Bij de onderzoekers is echter de vraag gerezen of dit een resultaat was van de voorkennis of van de voorlichtingsvideo.

Verhoeven (2014) stelt dat het trekken van je steekproef gericht moet zijn op je doel. In dit onderzoek is dat gedaan door een deskundige (verpleegkundig specialist), wat de validiteit van het onderzoek heeft verhoogd.

### Betrouwbaarheid praktijkonderzoek

De interviews zijn opgenomen met opnameapparatuur, dit kan leiden tot minder openheid en meer sociaal wenselijke antwoorden van de respondenten. Dit kon niet worden voorkomen omdat geluidsopname nodig is voor het transcriberen van de interviews, daarom is altijd benadrukt dat patiënten vrij waren om hun mening te geven en dat dit anoniem verwerkt zou worden. Een voordeel van het opnemen van interviews is dat de betrouwbaarheid van het onderzoek stijgt (Verhoeven, 2014).

Verder is tijdens het onderzoek nauw contact onderhouden met de opdrachtgever over de opzet en de uitvoering van het onderzoek, wat volgens Verhoeven (2014) de betrouwbaarheid heeft verhoogd.

De onderzoekers hebben hun uiterste best gedaan om zo gedegen en verantwoord mogelijk te werk te gaan gedurende de interviews. Het feit dat zij beginnende onderzoekers zijn, maakt echter dat naar alle waarschijnlijkheid informatie is blijven liggen, wat het onderzoek in zekere mate heeft verzwakt.

## 7.4 Interpretatie resultaten

Als de resultaten uit het praktijkonderzoek worden vergeleken met de resultaten uit het literatuuronderzoek dan valt op dat de resultaten van deze beide dataverzamelingmethoden niet direct naast elkaar gelegd kunnen worden. Deze methoden zijn tegelijkertijd uitgevoerd, waardoor de topics voor de interviews niet aangepast konden worden aan het literatuuronderzoek. Dit heeft tot gevolg dat de uitkomsten van de beide methoden elkaar niet direct versterken, maar elkaar aanvullen.

De verwachting die uitgesproken is voordat het onderzoek van start ging, was dat patiënten positief zouden zijn over de inzet van de Holoboxx. Uit het praktijkonderzoek kwam vervolgens ook daadwerkelijk naar voren dat veel patiënten de voorlichting met de Holoboxx positief ervoeren. Er zijn ook andere overeenkomsten te vinden tussen literatuur- en praktijkonderzoek. In het literatuuronderzoek komt bijvoorbeeld naar voren dat spanning afneemt. De patiënten in het praktijkonderzoek waren allen positief over de voorlichtingsvideo en benoemden dat zij zonder stress te ervaren de video zouden kunnen bekijken.

In de literatuurstudie komt ook naar voren dat patiënten de voorlichting beter begrijpen wanneer deze middels een video wordt gebracht. De voorlichtingsvideo en animatie die daarin gebruikt werd is voor de patiënten verduidelijkend en helder. In het praktijkonderzoek kwam naar voren dat patiënten meer behoefte hadden aan informatie over het verbeteren van hun conditie. In de literatuur komt naar voren dat patiënten zich zelfverzekerder voelen na het zien van een voorlichtingsvideo. Als conditietraining beter naar voren komt in de video, zullen patiënten zich zekerder voelen hierover.



Tot slot komt in de literatuur naar voren dat het tonen van een voorlichtingsvideo in een klinische setting moet plaatsvinden. De voorlichtingsvideo mag niet in plaats van de gewone bezoeken aan het ziekenhuis ingezet worden. Verschillende respondenten in het praktijkonderzoek benadrukten het belang van de aanwezigheid van een specialist tijdens de voorlichting. De resultaten van de literatuur- en praktijkonderzoek spreken elkaar dus niet tegen. Zij vullen elkaar aan en versterken elkaar in alle opzichten. Dit zet de onderzoeksresultaten kracht bij.

In het UMCU kan het inzetten van de Holoboxx verder worden ontwikkeld. Door de aanbevelingen kan de holografische voorlichtingsvideo worden verbeterd en kan deze in het behandeltraject worden geïmplementeerd. Het inzetten van holografische voorlichting kan ook landelijk worden geïmplementeerd. De vraag is echter: hoe? Op dit moment is de spreekkamer de plek waar patiënt en zorgverlener elkaar tegenkomen. Verschillende ontwikkelingen staan hier op gespannen voet met elkaar. Enerzijds wordt de nadruk gelegd op evidence based handelen, wat ervoor zorgt dat de zorgverlener een drang voelt om de patiënt te sturen en in te grijpen waar nodig. Anderzijds is bekend dat patiënten baat hebben bij zelfmanagement, empowerment en shared decision making (Ouwens, van den Burg, Faber, & van der Weijden, 2012). Beide ontwikkelingen zijn belangrijk, wat het een uitdaging maakt om de tijd in de spreekkamer zo optimaal mogelijk te benutten (NIVEL, 2014). Dit onderzoek laat zien dat zorgtechnologie in de vorm van holografische voorlichting beide ontwikkelingen ondersteunt. Zo concludeerden Scerpio et al. (2016) dat een patiënt met recent gediagnosticeerde carcinoom beter in staat is een meer weloverwogen beslissing te maken omtrent de behandeling na het zien van voorlichtingsvideo's. Ze stellen dat de kennis van de patiënt stijgt waardoor deze vooraf beter rekening kan houden met verschillende behandelopties. Het betrekken van de patiënt in de behandeling wordt 'shared decision making' genoemd. Zachariae, Pedersen, Jensen, Ennrooth en von der Maase (2003) concluderen dat het betrekken van de patiënt stress reduceert en leidt tot meer tevredenheid. Door het tonen van holografische voorlichting aan de patiënt wordt shared decision making bevorderd. De voorlichting wordt uit te spreekkamer gehaald, waardoor patiënt en zorgverlener meer tijd hebben om in gesprek tot een weloverwogen beslissing te komen.

De zorg wordt beïnvloedt door tal van ontwikkelingen, met name zorgtechnologie speelt een grote rol (NIVEL, 2014). Dit pragmatische onderzoek is slechts een klein onderdeel van deze ontwikkelingen. Naar aanleiding van dit onderzoek kan de vraag gesteld worden welke rol holografie gaat hebben in de gezondheidszorg. Eén ding is duidelijk: de mogelijkheden zijn eindeloos. Holografie is geen fictie meer, het ontwikkelt zich op een hoog tempo. Op negentien mei 2017 is het dunste hologram van de wereld gepresenteerd, waardoor het afspelen van een hologram op een smartphone binnen handbereik ligt (NU.nl, 2017). In dit onderzoek is holografie ingezet in een klinische setting, maar in het vooruitzicht zal het ook mogelijk zijn om thuis op de bank holografische beelden te zien. Het is voor ons onmogelijk om in de toekomst te kijken, maar we weten wel dat holografie een grote rol gaat spelen in de gezondheidszorg. Of dit ten goede is of niet, dat zal blijken. Wij, als onderzoekers, verwachten een hogere kwaliteit van zorg wanneer holografie zijn plaats gaat vinden in de gezondheidszorg.

## 7.5 Bruikbaarheid aanbevelingen

De aanbevelingen die zijn gedaan zijn concreet en helder omschreven. Elke aanbeveling kent zijn eigen onderbouwing, waardoor geen twijfel kan ontstaan over het uiteindelijke doel. De aanbevelingen zijn onderverdeeld in verschillende kopjes, wat het werkbaar maakt. Overigens kan dit ook zorgen voor onoverzichtelijkheid, omdat hierdoor veel verschillende aanbevelingen zijn ontworpen. Omdat de aanbevelingen zo concreet mogelijk per onderdeel zijn omschreven, is het voor de opdrachtgever zeer toegankelijk dit uit te voeren. De aanbevelingen zijn specifiek gericht op onderdelen van de nieuwe vorm van voorlichten, waardoor met kleine aanpassingen al veel verbeterd kan gaan worden.



## Bibliografie

- Aartman, I., & Loveren, C. v. (2007). Onderzoeksontwerpen en de ladder van evidence. *Nederlands Tijdschrift Tandheelkunde*, 161-165.
- Acosta, C. v., Hagen, P. v., Visser, A., & Wijnhoven, B. (2013, Maart). Informatieverstrekking aan patiënten met een oesofaguscarcinoom. *Nederlands tijdschrift voor oncologie*, pp. p. 54-60. Opgehaald van [www.aries.nl](http://www.aries.nl).
- Agbai, O. N., Davari, P., Johnson, J., Armstrong, A., & Fazel, N. (2016). Effect of a Pre-Treatment Educational Video in Improving Patient Satisfaction with 5-Fluorouracil Treatment for Actinic Keratoses: A Randomized Controlled Trial. *Dermatol Therapy*, 75-81.
- Armstrong, A. W., Cheng, L., Cheng, L. S., Schupp, C., Kurlinkus, C., & Eisen, D. B. (2010). Portable video media for presenting informed consent and wound care instructions for skin biopsies: a randomized controlled trial. *British Journal of Dermatology*, 1014-1019 .
- Baarda, B., & Bakker, E. (2014). *Methoden en Technieken*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, T. v., & Goede, M. d. (2013). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Berg, I. v. (2015). *DDU en PICO UMCU 2015*. Opgeroepen op april 4, 2017, van [artsvanstraks.nl](http://artsvanstraks.nl): <http://www.artsvanstraks.nl/Portals/0/Uploads/DDU%20en%20PICO%20UMCU%202015.docx>
- Blencowe, N., Strong, S., McNair, A., Howes, N., Elliot, J., & Avery, K. (2015). *Assessing the quality of written information provision for surgical procedures: a case study in oesophagectomy*. Opgehaald van <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/10/e008536.full.pdf>
- Brugmans, S., Jolles, J., & Uylings, H. (2010). Cognitieve veroudering en veranderingen in structuur en functie van de hersenen: een nieuw perspectief. *Neuropraxis*, 59.
- Burg, J., Assema, P. v., & Lechner, L. (2012). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Burgt, M. v., Terra, B., & Mechelen-Gevers, E. v. (2015). *Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen*. Amsterdam: Reed Business.
- Crabtree, T. D., Puri, V., Bell, J. M., Bontumasi, N., Patterson, G. A., Kreisel, D., . . . Meyers, B. F. (2012). Outcomes and perception of lung surgery with implementation of a patient video education module: a prospective cohort study. *Journal of the American College of surgeons*, 816-821.
- Dagger, T., Sweeney, J., & Johnson, L. (2007). A Hierarchical Model of Health Service Quality. *Journal of Service Research*, 123-142.
- Dawdy, K., Bonin, K., Russell, S., Ryzynski, A., Harth, T., Townsend, C., . . . Szumacher, E. (2016). Developing and Evaluating Multimedia Patient Education Tools to Better Prepare Prostate-Cancer Patients for Radiotherapy Treatment (Randomized Study). *Journal of Cancer Education*, 1-6.



- Dito, J. S. (2008). *Basiszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Have, E. t. (2016). *De verpleegkundige als communicator*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hoppe, D. J., Denkers, M., Hoppe, F. M., & Wong, I. H. (2014). The use of video before arthroscopic shoulder surgery to enhance patient recall and satisfaction: a randomized-controlled study. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 134-139.
- Idriss, N. Z., Alikhan, A., & Armstrong, A. W. (2009). Online, video-based patient education improves melanoma awareness: a randomized controlled trial. *Telemedicine journal and e-Health*, 992-7.
- Integraal kankercentrum Nederland. (2017, februari 2). *Dataset 1*. Opgehaald van Cijfers over kanker: [http://www.cijfersoverkanker.nl/selecties/dataset\\_1/img591d516c5ab46?type=line](http://www.cijfersoverkanker.nl/selecties/dataset_1/img591d516c5ab46?type=line)
- Jiminez, Y. A., Wang, W., Stuart, K., Cumming, S., Thwaites, D., & Lewis, S. (2017). Breast Cancer Patients' Perceptions of a Virtual Learning. *Journal of Cancer Education* , 1-8.
- Jlala, H. A., French, J. L., Foxall, G. L., Hardman, J. G., & Bedforth, N. M. (2014). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 369-74.
- Kalf, h., & de Beer, J. (2011). *Evidence-based logopedie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kinnane, N., Stuart, E., Thompson, L., Evans, L., & Schneider-Kolksky, M. (2008). Evaluation of the addition of video-based education for patients receiving standard pre-chemotherapy education. *European Journal of Cancer Care*, 328-339.
- Leys, A. (2009). *Meten van patiënttevredenheid op een dienst medische beeldvorming: ontwikkeling van meetinstrument*. Opgeroepen op april 2017, van Universiteitsbibliotheek Gent: [http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/459/298/RUG01-001459298\\_2011\\_0001\\_AC.pdf](http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/459/298/RUG01-001459298_2011_0001_AC.pdf)
- Lin, S. Y., Huang, H. A., Huang, Y. T., Wang, K. Y., & Shi, H. Y. (2016). The effect of an anaesthetic patient information video on perioperative anxiety: A randomised study. *European Journal of Anaesthesiology*, 134-139.
- Love, E. M., Manalo, I. F., Chen, S. C., Chen, K., & Stoff, B. K. (2016). A video-based educational pilot for basal cell carcinoma (BCC) treatment: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 477-483.
- McNair, A., Brookes, S., Kinnersley, P., & Blazeby, J. (2013). What surgeons should tell patients with oesophago-gastric cancer: A cross sectional study of information needs. *the Journal of Cancer Surgery*, 1278-1286.
- Meriam Library - California State University. (2016, oktober). *The CRAAP test*. Opgehaald van ReSEARCH Station: <http://libguides.csuchico.edu/c.php?g=414367&p=2822842#s-lg-box-8649128>
- NIVEL. (2014). *Onderzoeksprogramma 2014-2017*. Opgehaald van Nivel: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/onderzoeksprogramma-2014-2017.pdf>





- NU.nl. (2017, mei 19). *Wetenschappers maken 's werelds dunste hologram*. Opgehaald van Nu.nl: <http://www.nu.nl/gadgets/4706067/wetenschappers-maken-s-werelds-dunste-hologram.html>
- Ong, J., Miller, P. S., Appleby, R., Allegretto, R., & Gawlinski, A. (2009). Effect of a Preoperative Instructional Digital Video Disc on Patient Knowledge and Preparedness for Engaging in Postoperative Care Activities. *Nursing Clinics of North America*, 103-115.
- Orringer, J. S., Fendrick, A. M., Trask, P. C., Bickakjian, C. K., Schwartz, J. L., Wang, T. S., . . . Johnson, T. M. (2005). The effects of a professionally produced videotape on education and anxiety/distress levels for patients with newly diagnosed melanoma: A randomized, prospective clinical trial. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 224-229.
- Ouwens, M., van den Burg, S., Faber, M., & van der Weijden, T. (2012, december 1). *Shared Decision making & Zelfmanagement*. Nijmegen: IQ scientific Institute for Quality of health Care. Opgehaald van [https://www.kanker.nl/uploads/file\\_element/content/6318/Achtergrondstudie\\_Shared\\_DecisionMaking\\_en\\_Zelfmanagement.pdf](https://www.kanker.nl/uploads/file_element/content/6318/Achtergrondstudie_Shared_DecisionMaking_en_Zelfmanagement.pdf)
- Peltier, A., Aoun, F., Ameye, F., Andrienne, R., de Meerleer, G., Denis, L., . . . van Velthoven, R. (2015). Does Multimedia Education with 3D Animation Impact Quality and Duration of Urologists' Interactions with their Prostate Cancer Patients? *Advances in Therapy*, 63-73.
- Puts, M., Papoutsis, A., Springall, E., & Tourangeau, A. (2012). A systematic review of unmet needs of newly diagnosed older cancer patients undergoign active cancer treatment. *Support Care Cancer*, 1377-1394.
- Ruffinengo, C., Versino, E., & Renga, G. (2009). Effectiveness of an informative video on reducing anxiety levels in patients undergoing elective coronarography: An RCT ☆. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 57-61.
- Sassen, B. (2010). *Gezondheidsbevordering en preventie voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten*. Amsterdam: Reed Business Education.
- Saunders, M., Lewis, M., & Thornhill, A. (2004). *Methoden en technieken van onderzoek*. New York: Pearson Education .
- Schreuder Peters, R. (2012). *Methoden & Technieken van Onderzoek*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Serpico, V., Liepert, A., Boucher, K., Fouts, D. L., Anderson, L., Pell, J., & Neumayer, L. (2016). The Effect of Previsit Education in Breast Cancer Patients: A Study of a Shared-decision-making Tool. *The American Surgeon*, 259-265.
- Smith, M. L., & Foley, M. R. (2016). Transforming Clinical Education in Obstetrics. *Obstetric Gynecol*, 1-5.
- Sulé-Suso, J., Finney, S., Bisson, J., Hammersley, S., Jassel, S., Knight, R., . . . Moloney, A. (2015). Pilot study on virtual imaging for patient information on radiotherapy. *Radiography*, 273-277.
- Thygesen, M. K., Nicolaisen, A., & Mogensen, O. (2015). Video-, Audio-, and Computer-Mediated Education of Patients and Relatives in Gynecologic Cancer Care: A Systematic Review. *Cancer Nursing*, 42-52.



UMCU. (n.d.). *Over ons*. Opgehaald van Universitair Medisch Centrum Utrecht:  
<http://www.umcutrecht.nl/nl/Over-Ons>

Van der Wal, G. (2009). *Zorgketen kankerpatiënten moet verbeteren*. Opgehaald van IGZ:  
[https://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Zorgketen\\_kankerpati%c3%abnten\\_moe\\_t\\_verbeteren.pdf](https://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Zorgketen_kankerpati%c3%abnten_moe_t_verbeteren.pdf)

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

WHO. (1999). *The World Health Report 1999: making a difference*. France: World Health Organization.

Winter, M., Kam, J., Navalenkata, S., Hardy, E., Handmer, M., Ainsowrth, H., . . . Loui-Johnsun, M. (2016). The use of portable video media vs standard verbal communication in the urological consent process: a multicentre, randomised controlled, crossover trial. *BJU International*, 823-828.

Zachariae, R., Pedersen, C. G., Jensen, A. B., Ehrnrooth, E., & von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, 658-665.



## Bijlage I: DDO-elementen

<b>Onderzoeksvraag</b> <i>Deelvraag</i>	Wat zegt de literatuur over de ervaring van patiënten bij het gebruik van een voorlichtingsvideo binnen een behandeltraject?
<b>Domein</b> <i>Aandachtsgebied</i>	Patiënten met oesophaguscarcinoom die de polikliniek heelkunde in het UMCU bezoeken
<b>Determinant</b> <i>De te onderzoeken factoren</i>	<u>Ervaring</u> Synoniemen Nederlands: beleving, ondervinding, experiëntie, gewaarwording, gevoel, emotie, impressie, indruk, prikkel. Synoniemen Engels: satisfaction, knowledge, experience, participation, understanding, impression, emotion, awareness. <u>Voorlichtingsvideo</u> Synoniemen Nederlands: voorlichtingsfilm, voorlichting, gezondheidsvoorlichting, instructie, informeren, scholing, training. Synoniemen Engels: health education, patient education, education program, education film, instruction, video-based education. <u>Behandeltraject:</u> Synoniemen Nederlands: behandeling, behandelplan, geneeswijze, therapie Synoniemen Engels: treatment, cure, therapy, medicine.
<b>Outcome</b>	De ervaringen van patiënten met een voorlichtingsvideo in hun behandeltraject.
<b>Onderzoeksvraag</b> <i>Deelvraag</i>	Wat is volgens de literatuur het juiste moment om patiënten voorafgaand aan hun behandeling voor te lichten?
<b>Domein</b> <i>Aandachtsgebied</i>	Patiënten met oesophaguscarcinoom die de polikliniek heelkunde in het UMCU bezoeken.
<b>Determinant</b> <i>De te onderzoeken factoren</i>	<u>Juiste moment</u> Synoniemen Nederlands: tijdstip, ogenblik, gelegenheid. Synoniemen Engels: occassion, point, time, stage. <u>Voorlichtingsvideo</u> Synoniemen Nederlands: voorlichtingsfilm, voorlichting, gezondheidsvoorlichting, instructie, informeren, scholing, training. Synoniemen Engels: health education, patient education, educationprogram, educationfilm, instruction, information, learning, schooling, training, tutoring.
<b>Outcome</b>	Het juiste moment om een voorlichtingsvideo te tonen.



## Bijlage II: Bepaling level of evidence

<b>Tabel 2.1 Mate van bewijskracht (levels of evidence).</b>			
	<b>interventie</b>	<b>diagnostisch accuratesse- onderzoek</b>	<b>schade, bijwerkingen, etiologie, prognose</b>
<b>A1</b>	systematisch review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
<b>A2</b>	gerandomiseerd dubbel-blind vergelijkend klinisch onderzoek van voldoende kwaliteit	onderzoek ten opzichte van een referentietest met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van de indextest en de referentietest, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor confounding en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten
<b>B</b>	vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (ook patiëntcontroleonderzoek, cohortonderzoek)	onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2	prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2, of retrospectief cohortonderzoek of patiëntcontroleonderzoek
<b>C</b>	niet-vergelijkend onderzoek		
<b>D</b>	mening van deskundigen		



## Bijlage III: CRAAP-test

<b>CRAAP-TEST</b>	<b>Inclusiecriteria voor dit onderzoek</b>
<b>Currency: The timeliness of the information.</b>	<b>Actualiteit</b>
When was the information published or posted?	Bronnen mogen in principe niet ouder dan 10 jaar zijn. Tenzij informatie relevant is voor het onderzoek en onderbouwd kan worden waarom de bron, ouder dan 10 jaar, wel gebruikt kan worden en er aanwijzend geen recente bronnen zijn die dezelfde inhoud bevatten.
Has the information been revised or updated?	-
Is the information current or out-of date for your topic?	Bronnen over onderwerpen die snel veranderen (E-Health) moeten actueler zijn dan bronnen over onderwerpen die minder snel veranderen (arts-patiëntrelatie)
Are the links functional? *	-
<b>Relevance: The importance of the information for your needs.</b>	<b>Relevantie</b>
Does the information relate to your topic or answer your question?	De onderzoeken zijn gericht op het voorlichten van patienten in een behandeltraject middens een video en meten daarbij ook de ervaring van de patiënt.
Who is the intended audience?	Alleen bronnen die geschreven zijn voor verpleegkundigen, artsen of paramedici worden meegenomen in dit onderzoek.
Is the information at an appropriate level (i.e. not too elementary or advanced for your needs)?	We streven naar het gebruik van bronnen met een level of evidence van A1, A2 of B niveau. Indien goed onderbouwd of erg van toepassing mogen ook bronnen van niveau C gebruikt worden.
Have you looked at a variety of sources before determining this is one you will use?	-
Would you be comfortable using this source for a research paper?	Onderzoeken die zijn uitgevoerd door studenten zullen zo min mogelijk gebruikt worden, omdat niet altijd duidelijk is welke beoordeling deze onderzoeken kregen.
<b>Authority: The source of the information.</b>	<b>Auteur</b>
Who is the author/publisher/source/sponsor?	In dit onderzoek worden alleen bronnen gebruikt die geschreven zijn door personen die eerder publiceerden.
Are the author's credentials or organizational affiliations given?	Bronnen waarbij belangenconflicten vermeld zijn of vermoed worden, worden niet meegenomen in dit onderzoek.
What are the author's credentials or organizational affiliations given?	-
What are the author's qualifications to write on the topic?	Bronnen die geschreven zijn door een auteur die eerder over dit onderwerp publiceerde zullen eerder meegenomen worden in dit onderzoek.
Is there contact information, such as a publisher or e-mail address?	-
Does the URL reveal anything about the author or source? examples: .com .edu .gov .org .net *	-



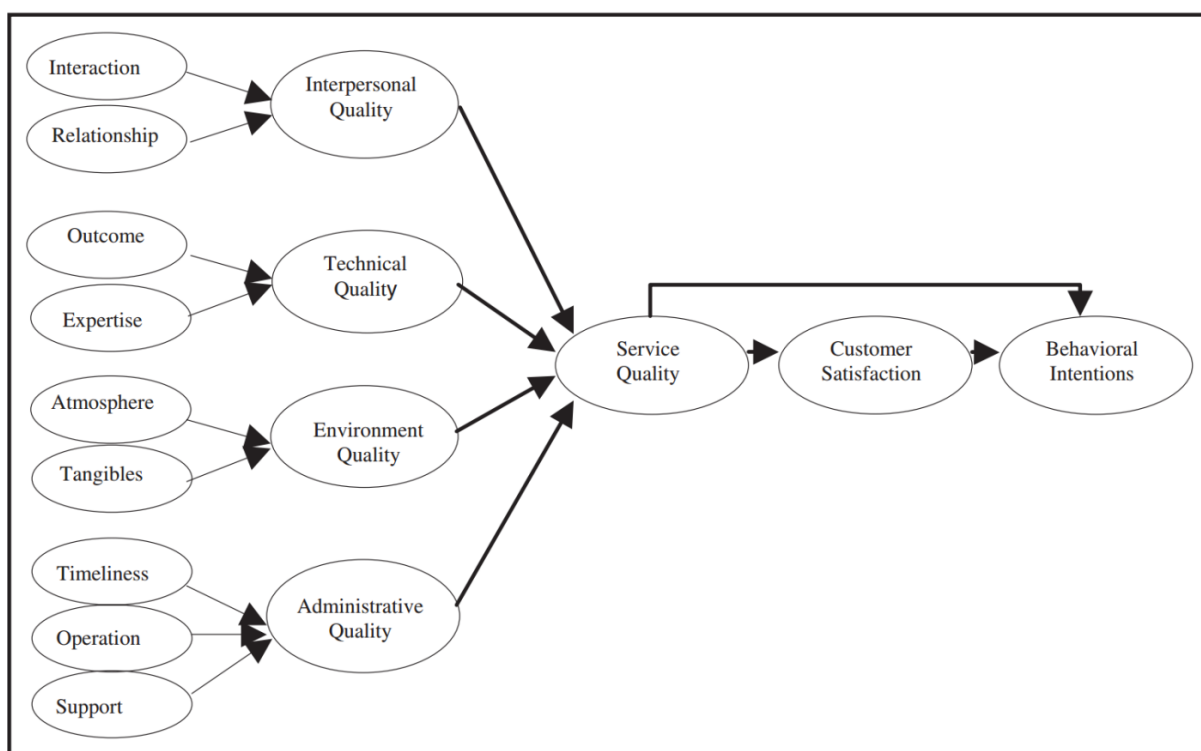
<b>Accuracy: The reliability, truthfulness, and correctness of the informational content.</b>	<b>Nauwkeurigheid</b>
Where does the information come from?	De beweringen die gedaan worden in de artikelen, moeten te herleiden zijn naar andere bronnen of moeten deel uitmaken van de onderzoeksresultaten.
Is the information supported by evidence?	-
Has the information been reviewed or refereed?	-
Can you verify any of the information in another source or from personal knowledge?	In de verschillende bronnen zal gezocht worden naar overeenstemming.
Does the language or tone seem biased and free of emotion?	-
Are there spelling, grammar, or other typographical errors?	Artikelen die geen professionele uitstraling hebben worden niet gebruikt.
<b>Purpose: The reason the information exists.</b>	<b>Doel</b>
What is the purpose of the information? to inform? teach? sell? entertain? persuade?	Alleen bronnen die geschreven zijn om te informeren en te onderwijzen zullen gebruikt worden.
Do the authors/sponsors make their intentions or purpose clear?	-
Is the information fact? opinion? propaganda? Does the point of view appear objective and impartial?	Alle bronnen waarin meningen centraal staan, worden niet meegenomen in dit literatuuronderzoek.
Are there political, ideological, cultural, religious, institutional, or personal biases?	-

## Bijlage IV: Topiclijsten interview

Dagger, Sweeney en Johnson (2007) ontwikkelden een model om service quality te meten. Het kan ingezet worden om de kwaliteit van een geboden service te meten en te verbeteren. Dit model is ontwikkeld in klinieken waar oncologische zorg geboden wordt en meet de kwaliteit van de geboden service vanuit het perspectief van de patiënt (Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007).

Het model van Dagger et al. (2007) splitst het begrip service kwaliteit grondig tot verschillende variabelen. Service kwaliteit is een van de belangrijkste factoren die de patiënttevredenheid beïnvloedt. Het model van Dagger et al. (2007) is een gedegen onderbouwt model, dat tot één van de betere kwaliteitsmodellen in de gezondheidszorg hoort (Leys, 2009)

Voor de topiclijst van het interview is gebruik gemaakt van onderstaand model. De relevante dimensies uit dit model vormen topics voor de interviews. Daarnaast zijn de topics gevormd aan de hand van de wensen van de opdrachtgever en aan de hand van operationalisatie van de meetbare begrippen door de onderzoekers.



Figuur 1: Service Quality model (Dagger et al., 2007)



<b>Containerbegrip: Ervaring</b>			
<b>Variabele</b>	<b>Indicator</b>	<b>Indiceringsmethode</b>	<b>Vraag</b>
<i>Interactie</i>	Eerste reactie	Zelfbeschrijving	Wat is uw eerste reactie op de video?
	Aanspreken	Zelfbeschrijving	Hoe sprak de voorlichtingsvideo u aan?
	Emoties	Zelfbeschrijving	Welke emoties traden op tijdens het kijken van de video?
<i>Relaties</i>	Relatie met zorgverlener	Zelfbeschrijving	Welke invloed heeft deze voorlichting op de relatie tussen u en uw zorgverlener?
<i>Kennis</i>	Aansluiten informatiebehoefte	Zelfbeschrijving	Heeft u voor het zien van de video al informatie opgezocht over uw chirurgische behandeling? In hoeverre gaf de video antwoorden op de vragen die u had?
	Duidelijkheid	Zelfbeschrijving	Hoe duidelijk/onduidelijk vond u de video?
	Begrijpelijkheid	Zelfbeschrijving	Hoe begrijpelijk/niet-begrijpelijk vond u de video?
<i>Resultaat</i>	Concentratie	Zelfbeschrijving	Was het voor u mogelijk om de hele video geconcentreerd te blijven?
	Beleving Holoboxx	Zelfbeschrijving	Wat vindt u van de toepassing van de Holoboxx?
	Persoonlijke voorkeuren	Zelfbeschrijving	Zou u de voorlichting op een andere manier willen ontvangen? Wat zou u graag anders willen in de voorlichting zoals u die net kreeg?
<i>(Atmo)-sfeer</i>	Omgevingsfactoren	Zelfbeschrijving	Wat vindt u van de ruimte waarin de voorlichtingsvideo getoond werd? Zijn er in deze omgeving factoren die u afleiden tijdens het kijken van de video? Wat miste u in deze ruimte?
<b>Containerbegrip: Behoefte</b>			
<b>Variabele</b>	<b>Indicator</b>	<b>Indiceringsmethode</b>	<b>Vraag</b>
<i>Behoefte</i>	Gebreken	Zelfbeschrijving	Op welke momenten heeft u gebrek aan een voorlichtingsvideo/wanneer verwacht u gebrek aan een voorlichtingsvideo te hebben?
	Verlangens	Zelfbeschrijving	In welke fase van de behandeling heeft u het grootste verlangen naar een voorlichtingsvideo?
	Herhaling	Zelfbeschrijving	Heeft u de behoefte om deze video nogmaals te zien? Wanneer deze video beschikbaar zou zijn op het internet, zou u dit bekijken





## Topiclijst om preoperatieve patiënten te interviewen

### **Interpersoonlijke kwaliteit van de voorlichtingsvideo**

#### Interactie

- Wat is uw eerste reactie op de video?
- Hoe sprak de voorlichtingsvideo u aan?
- Welke emoties traden op tijdens het kijken van de video?

#### Relaties

- Welke invloed heeft deze voorlichting op de relatie tussen u en uw zorgverlener?

### **Technische kwaliteit van de voorlichtingsvideo**

#### Kennis

- Heeft u voor het zien van de video al informatie opgezocht over uw chirurgische behandeling?
- In hoeverre gaf de video antwoorden op de vragen die u had?
- Hoe duidelijk/onduidelijk vond u de video?
- Hoe begrijpelijk/niet-begrijpelijk vond u de video?

#### Resultaat

- Was het voor u mogelijk om de hele video geconcentreerd te blijven?
- Wat vindt u van de toepassing van de Holoboxx?
- Zou u de voorlichting op een andere manier willen ontvangen?
- Wat zou u graag anders willen in de voorlichting zoals u die net kreeg?

### **Kwaliteit van de omgeving waarin de voorlichtingsvideo getoond wordt.**

#### (Atmo)sfeer

- Wat vindt u van de ruimte waarin de voorlichtingsvideo getoond werd?
- Zijn er in deze omgeving factoren die u afleiden tijdens het kijken van de video?
- Wat miste u in deze ruimte?

### **Behoeftte aan de voorlichtingsvideo**

- Op welke momenten heeft u gebrek aan een voorlichtingsvideo/wanneer verwacht u gebrek aan een voorlichtingsvideo te hebben?
- In welke fase van de behandeling heeft u het grootste verlangen naar een voorlichtingsvideo?
- Heeft u de behoefte om deze video nogmaals te zien?
- Wanneer deze video beschikbaar zou zijn op het internet, zou u dit bekijken?



## Topiclijst om postoperatieve patiënten te interviewen

### **Persoonlijke factoren**

- Wat is uw *eerste reactie* op de video?
- Hoe sprak de voorlichtingsvideo u aan?
- Welke *emoties* traden op tijdens het kijken van de video?

### **Kwaliteit en inhoud van de video/omgeving**

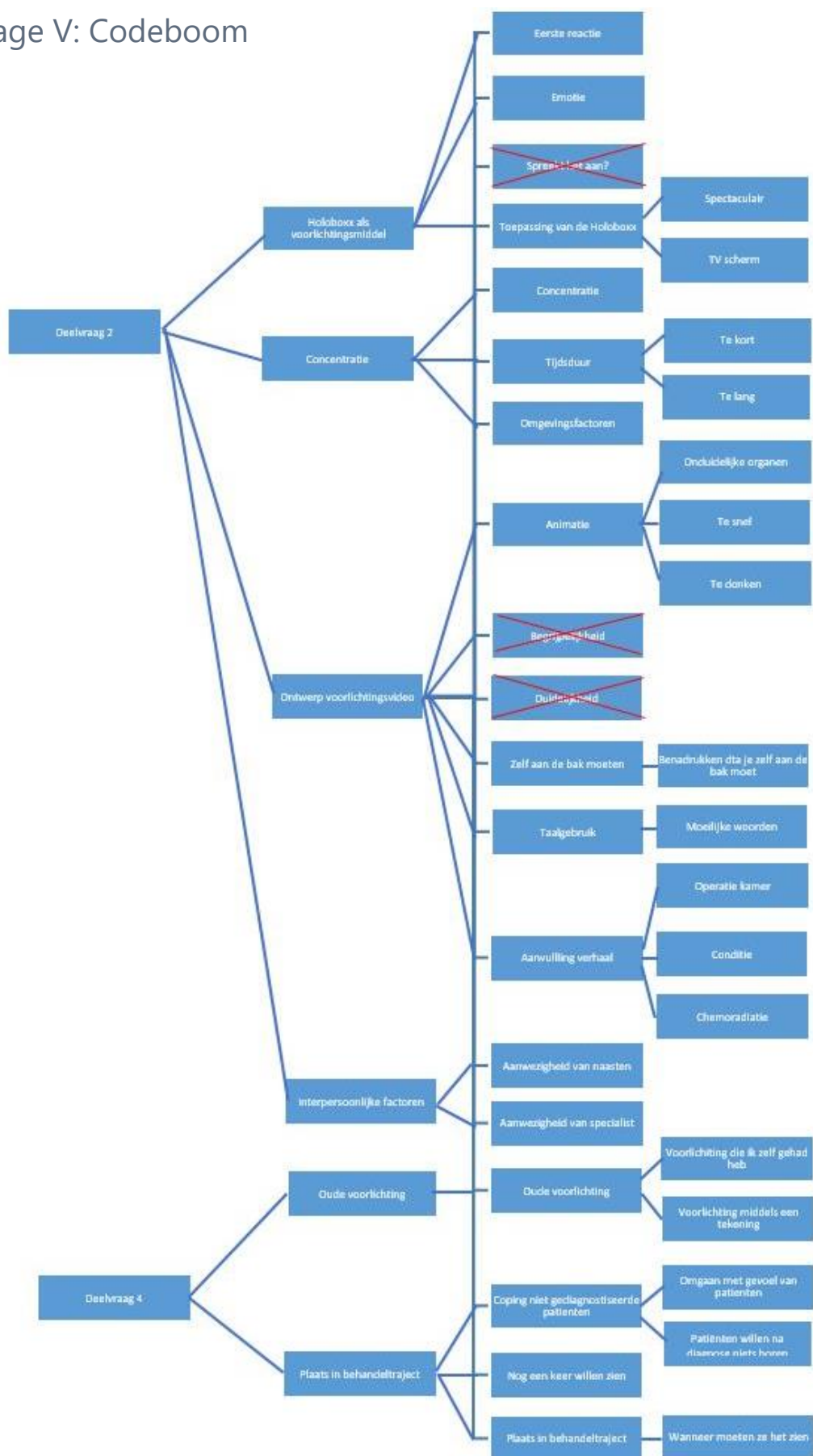
- Wat vond u van de *begrijpelijkheid* van de video? (duidelijk/onduidelijk)
- Was het voor u mogelijk om het hele video *geconcentreerd* te blijven?
- Wat zou u graag anders willen in de video zoals u die net gezien heeft?
- Wat vindt u van de *ruimte* waarin de voorlichtingsvideo getoond werd?
- Zijn er in deze *omgeving factoren* die u afleiden tijdens het kijken van de video?

### **Video in het behandeltraject**

- Wat vindt u van de toepassing van de Holoboxx?
- Had u de voorlichting op deze manier willen ontvangen?
- Hoe had u het gevonden als u deze video had gezien net na uw diagnose?
- Had u deze video vaker willen zien binnen uw behandeltraject?
- In welke fase van het behandeltraject zou u adviseren deze video te laten zien?



## Bijlage V: Codeboom





## Bijlage VI: Toestemmingsverklaring patiënten



### Informatiebrief aan patiënten

*Deze informatiebrief dient (door een verpleegkundig specialist) voorgelezen te worden aan de patiënten en hun naasten die informatie krijgen over het onderhavige onderzoek.*

**Uitleg over het onderzoek:** U krijgt een video te zien via de Holoboxx, dit is een standaard onderdeel van uw behandeling. Om informatie te verkrijgen over de ervaringen met deze video is er een onderzoek gestart. Wanneer u deelneemt aan dit onderzoek zullen tijdens het zien van de video twee onderzoekers met u mee kijken die u observeren, daarnaast zullen zij na afloop enkele vragen aan u stellen over uw ervaringen met de getoonde video. Om informatie uit de interviews op een goede manier te kunnen verwerken zullen de interviews opgenomen worden, zodat deze later door de onderzoeker uitgetypt worden.

**Doel onderzoek:** Doormiddel van dit onderzoek is voor het Cancer Center inzichtelijk hoe de patiënten en hun naasten de nieuwe vorm van voorlichting middels de Holoboxx ervaren. Door mee te doen aan dit onderzoek draagt u bij aan de kwaliteitsverbetering van voorlichting in het UMCU.

**Duur deelname:** Het te houden onderzoek zal maximaal 20 minuten van uw tijd vergen.

#### Voorwaarde voor deelname:

- Uw anonimiteit wordt gewaarborgd doordat u niet met naam en toenaam wordt genoemd in het onderzoek.
- U bevestigt dat u voldoende informatie over het onderzoek verkregen heeft.
- U bevestigt dat u voldoende gelegenheid gehad heeft om aanvullende vragen te stellen en dat deze in voldoende mate beantwoord zijn.
- U bent ervan op de hoogte dat uw deelname vrijwillig is en dat u uw toestemming hiervoor op ieder moment kan intrekken, zonder dat u daarvoor een reden hoeft te geven.
- U geeft toestemming om de gegevens te verwerken voor de doeleinden van dit onderzoek.

*De gegeven toestemming zal in uw elektronisch patiënten dossier genoteerd worden*



## Bijlage VII: Verantwoordelijkheidsverklaring

### Verklaring van verantwoordelijkheid

*Onderzoek over de Holoboxx in het UMCU*

Hierbij verklaar ik supervisor te zijn van het onderzoek dat wordt uitgevoerd door vier studenten van de Christelijke Hogeschool Ede in periode maart-juni 2017. Als opdrachtgever van dit onderzoek ga ik akkoord met de inhoud en uitvoering van dit onderzoek onder patiënten van het Universitair Medisch Centrum in Utrecht. Dit is beschreven in het plan van aanpak versie *2017\_PvA\_UMCU\_definitief*, in bezit van C.C.G. Schippers/CHE t.n.v. H.J. van Noort, RN MSc & Dr. Y. van der Veen. Ik heb rekening gehouden met de ethische aspecten die verbonden zijn aan dit onderzoek. Ik geef toestemming voor de uitvoering van het onderzoek en draag de verantwoordelijkheid rondom de ethische procedures.

Naam: *C. Schippers*

Handtekening:

Datum: *05/04/17*

---

## Bijlage VIII: Literatuurtabel

APA	Zoekwijze	Titel	Studie design	Patiëntenpopulatie + Methode	Conclusie / resultaten
(Jiminez, et al., 2017)	<u>Snowball</u> <i>Via artikel 'Breast Cancer Patients' Perceptions of a Virtual Learning Environment for Pretreatment Education'</i>	<b>Breast Cancer Patients' Perceptions of a Virtual Learning Environment for Pretreatment Education</b>	Small study without randomisation  Level of evidence: C	<b>Introductie:</b> Borstkankerpatiënten die bestraling krijgen in het Westmead hospital. <b>Populatie:</b> n=19 borstkanker patiënten hebben een vragenlijst ingevuld nadat ze virtuele voorlichting ontvingen. <b>Excl.:</b> <18 jaar, analfabeet, eerder bestraald, geheugenproblemen, psychiatrische problemen. <b>Methode:</b> Kwalitatieve onderzoek bevroagt op: structuur van sessie, inhoud, locatie en emotionele zorg.	Een minderheid (10.2%) van de patienten in deze studie gaven aan stress te ervaren bij het zien van de 3Dbeelden over het lichaam, de anatomie, bestralingsveld, CT-beelden en het behandelapparaat.
(Sulé-Suso, et al., 2015)	<u>Snowball</u> <i>Via artikel 'Breast Cancer Patients' Perceptions of a Virtual Learning Environment for Pretreatment Education'</i>	<b>Pilot study on virtual imaging for patient information on radiotherapy planning and delivery</b>	Pilot study  Level of evidence: C	<b>Introductie:</b> Patiënten met verschillende soorten kanker die curatieve radiotherapie ontvingen en via virtual reality te zien kregen hoe dit vorm werd gegeven. <b>Populatie:</b> (n=152) <b>Methode:</b> Likertschaal; vragenlijst 8 vragen, waarvan 1 open vraag. 7/8 vragen met betrekking tot visualisatie van tumor en radiotherapie planning. De laatste vraag was open en gaf patiënten de ruimte om opmerkingen te geven.	Dit onderzoek wijst uit dat virtuele beelden patienten helpt om radiotherapie beter te begrijpen. Daarnaast verlaagt het angst en verbetert het de tevredenheid van patienten en naasten.
(Serpico, et al., 2016)	<u>Pubmed</u>	<b>The Effect of Previsit Education in Breast Cancer Patients: A Study of a Shared-</b>	Prospective, observational study  Level of evidence: B	<b>Introductie:</b> Een onderzoek waarbij net gediagnosticeerde patienten met borstkanker voorgelicht worden middels een video. <b>Populatie:</b> Borstkanker patiënt, 18 jaar en ouder. <i>Groep 1:</i> online pre- en postvideo en een vragenlijst met het gebruik van een 5-punts Likertschaal (n=168). <i>Groep 2:</i> Vragenlijst werd in de kliniek afgenomen, ook met gebruik van 5-punts Likertschaal (n=87).	30% van de patienten gaf aan dat ze minder gestrest waren na het zien van de video. 6% gaf aan meer stress te ervaren na het zien van de video. 98% gaf aan dat de video een positief effect op hen had.



		decision-making Tool			
(Love, Manalo, Chen, Chen, & Stoff, 2016)	<u>Pubmed</u>	<b>A video-based educational pilot for basal cell carcinoma (BCC) treatment: A randomized controlled trial</b>	Randomized controlled trial  Level of evidence: A2	<p>Naast de vragenlijst werd beide groepen ook de kans te geven om opmerkingen aan te geven door een open vraag.</p> <p><b>Introductie:</b> Een onderzoek bij patiënten met gediagnosticeerde basaalcelcarnimoon een video getoond wordt, waarin drie standaard behandelingen worden uitgelegd.</p> <p><b>Populatie:</b> Gerandomiseerd (N=32) Video + gesprek (N=16) Enkel gesprek (N=16)</p> <p><b>Incl.:</b> &gt;18 jaar met onbehandelde, met biopsie aangetoonde primaire basaalcelcarcinoom, waarbij een specifieke operatie (Mohs micrografische) niet nodig is.</p> <p><b>Excl.:</b> Wanneer behandeling uit de video niet van toepassing is.</p> <p><b>Methode:</b> Resultaten werden gegenereerd middels: - Tevredenheidsonderzoek - Pre- en postvideo kennis assessment.</p>	<p>92% van de patiënten die de video gezien hebben zouden dit een vriend aanraden.</p> <p>In dit onderzoek is er geen significant verschil aangetoond in tevredenheid tussen de controlegroep en de videogroep.</p> <p>Doordat patiënten meer kennis hadden ze meer tijd om het gesprek aan te gaan me de zorgverlener. Dit resulteerde in hoge tevredenheid.</p>
(Orringer, et al., 2005)	<u>Snowball:</u> Via artikel A video-based educational pilot for basal cell carcinoma (BCC) treatment: A randomized controlled trial.	<b>The effects of professionally produced videotape on education and anxiety/distress levels for patients with newly diagnosed melanoma: A randomized, prospective clinical trial.</b>	Randomized, prospective clinical trial  Level of evidence: A2	<p><b>Introductie:</b> Een onderzoek waarbij een interventie groep en controlegroep voor en na het kijken van een voorlichtingsvideo worden getest op kennis, angst en stress. De controlegroep wordt op dezelfde wijze getest na een bezoek aan de kliniek, zonder het kijken van een video.</p> <p><b>Populatie:</b> Gerandomiseerd: 217 Controlegroep: (n=105) Videogroep: (n=112)</p> <p><b>Incl.:</b> Patiënten met recent gediagnosticeerde melanoom (stadium I, II, III)</p> <p><b>Excl.:</b> Patiënten met recent gediagnosticeerde melanoom in stadium 0 of IV, patiënten die binnen vier dagen een vervolfspraak hadden.</p>	<p>Uit dit onderzoek is gebleken dat een voorlichtingsvideo effectief is in het verlagen van angst en stress bij de patiënt, mits deze wordt getoond in een klinische setting. Wanneer de basis voorlichting aan patiënten wordt gedaan middels een video, blijft er meer tijd over om in gesprek te gaan met de arts. Het is daarnaast van belang dat een video een bezoek aan de kliniek niet kan vervangen.</p>



				<p><b>Methode:</b> Angst en stress werden gemeten door twee gevalideerde instrumenten: the StateTrait Anxiety Inventory (STAI) en de Distress Thermometer.</p>	
(Peltier, et al., 2015)	<a href="#">Pubmed</a>	<p><b>Does Multimedia Education with 3D Animation Impact Quality and Duration of Urologists' Interactions with their Prostate Cancer Patients?</b></p>	<p>Randomized controlled trial.</p> <p>Level of evidence: A2</p>	<p><b>Introductie:</b> Dit onderzoek kijkt wat voor impact het gebruiken van 3D animaties heeft op de relatie tussen de uroloog, verpleegkundige en radiotherapeut en hun patiënten met prostaatkanker.</p> <p><b>Populatie:</b> Afspraken van 905 patiënten zijn geëvalueerd. Gerandomiseerd: (n=905) Patiënten met video (n=458) Patiënten zonder video (n=447)</p> <p><b>Methode:</b> Na elke afspraak werd de zorgverlener gevraagd om 12 vragen te beantwoorden. Deze vragen zijn niet gevalideerd, maar ontwikkeld door de artsen die meewerkten aan het onderzoek. Daarnaast werd de kwaliteit van het gesprek beoordeeld door het gebruiken van de Visual Analogue Scale, ook ingevuld door de zorgverleners.</p>	<p>Verminderde spanning na afspraak: Met video: 52% Zonder video: 44%</p> <p>Betere tevredenheid over de uroloog: Met video: 52% Zonder video: 43%</p> <p>In dit onderzoek werd geconcludeerd dat er een significant verschil was wanneer beide groepen werden vergeleken. De groep patiënten die de video te zien kreeg beoordeelde de afspraak positiever dan de groep die de video niet gezien had. Dit werd met name bepaald doordat patiënten de informatie beter begrepen en dat de kwaliteit van het gesprek tussen de arts/verpleegkundige en de patiënt toenam.</p>
(Thygesen, Nicolaisen, & Mogensen, 2015)	<a href="#">Pubmed</a>	<p><b>Video-, Audio-, and Computer-Mediated Education of Patients and Relatives in Gynecologic Cancer Care: A Systematic Review</b></p>	<p>Systematic Review</p> <p>Level of evidence: A1</p>	<p><b>Methode:</b> Artikelen zijn gezocht in Pubmed, EMBASE, PsycINFO, Ovid, CINAHL via OBESCO en de Cochrane Libray. Periode: January 1997-2012.</p> <p><b>Incl.:</b> Alle studies met betrekking tot het trainen van patiënten &gt;18 jaar, verdacht van of gediagnostiseerd met gynaecologische kanker, of een van hun naasten, met gebruik van computer/audio/visuele voorlichting.</p> <p><b>Excl.:</b> Artikelen werden uitgesloten wanneer patiënten werden geïnformeerd met als doel ze te laten meedoen in het onderzoek of wanneer er geen intentie was om de patiënten te ondersteunen in het traject van kanker.</p>	<p>In dit onderzoek wordt geconcludeerd dat er een tekort is aan onderzoeken met een hoog level of evidence. Ondanks deze conclusie kunnen er toch uitspraken gedaan worden over de ervaringen van patiënten.</p> <p>Binnen het onderzoek kwam het voor dat vrouwen met eierstokkanker naarmate ze meer leerden over hun vorm van kanker, ze meer problemen ervoeren met</p>





				<p><b>Resultaten:</b> 4177 hits, waarvan 4150 irrelevant. Uiteindelijk bleven 3 onderzoeken over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Randomized controlled studies</li> <li>- 1 case-control studie</li> </ul>	<p>concentratie en het onthouden van informatie. Dit is ook gevonden bij patiënten met borstkanker, die ook passiever werden naarmate ze meer kennis opdeden. Dit wordt niet gevonden in systematische reviews die zich richten op alle vormen van kanker. In andere systematische reviews werd er bij het gebruik van een video geen negatief resultaat gevonden voor de patiënt.</p>
(Agbai, Davari, Johnson, Armstrong, & Fazel, 2016)	<u>Pubmed</u>	<b>Effect of a Pre-Treatment Educational Video in Improving Patient Satisfaction with 5-Fluorouracil Treatment for Actinic Keratoses: A Randomized Controlled Trial.</b>	<p>Randomized controlled trial</p> <p>Level of evidence: A2</p>	<p><b>Introductie:</b> Deze RCT onderzoekt of het zien van een voorlichtingsfilm effect heeft op het resultaat van een behandeling met Topical 5-fluorouracil (zalf om huidkanker te voorkomen en te behandelen) en of deze de patiënttevredenheid beïnvloedt.</p> <p><b>Populatie:</b> 44 respondenten zijn geselecteerd en gerandomiseerd in twee groepen. Gerandomiseerd: (n=44)  <i>Groep 1:</i> Interventiegroep met video, waarbij de arts afwezig is. (n=22)  <i>Groep 2:</i> controle groep met verbale instructie. (n=22)</p> <p><b>Methode:</b> Beide groepen kregen de opdracht de crème twee weken te gebruiken. Allen begonnen ze binnen drie weken met het gebruiken van deze medicatie-vorm. Binnen zes weken na het gebruik van de crème werd de patiënt telefonisch bevraagd. Deze 10 vragen richtten zich op de tevredenheid en therapietrouw van de respondent. De resultaten van deze vragenlijst werden middels de Mann-Whitney test geanalyseerd.</p>	<p>In dit onderzoek wordt geconcludeerd dat er geen significant verschil is gevonden in de tevredenheid van de respondenten.</p>



(Armstrong, et al., 2010)	<u>Pubmed</u>	<b>The use of portable video media vs standard verbal communication in the urological consent process: a multicentre, randomised controlled, crossover trial.</b>	Randomized controlled trial  Level of evidence: A2	<p><b>Introductie:</b> In deze RCT wordt onderzocht welk effect een voorlichtingsfilm heeft vergeleken met verbale instructie op wondzorg en tevredenheid.</p> <p><b>Populatie:</b> Participanten werden gerandomiseerd in twee groepen. Gerandomiseerd: (n=84) <i>Groep 1:</i> controle groep met verbale instructie (n= 42) <i>Groep 2:</i> Interventie groep met video voorlichting (n=42)</p> <p><b>Incl.:</b> Participanten zijn &gt;18 jaar oud en komen in aanmerking voor een huid biopsie na een gesprek met de dermatoloog. Participanten moeten Engels spreken. Van juli 2009 tot februari 2010.</p> <p><b>Methode:</b> Participanten vulden een vragenlijst in over kennisniveau en tevredenheid. De tevredenheid werd getest middels een Visual Analgue Scale.</p>	Onderzoekers waren bang voor een lagere tevredenheid in de videogroep doordat deze onpersoonlijker ervaren zou kunnen worden door de patiënten. Dit bleek echter niet het geval. In beide groepen was de tevredenheid hoog. In de videogroep gaf een groot deel aan deze video aan te raden in het behandeltraject.
(Kinnane, Stuart, Thompson, Evans, & Schneider-Kolksky, 2008)	<u>Snowball</u> <i>Via: The use of portable video media vs standard verbal communication in the urological consent process: a multicentre, randomised controlled, crossover trial.</i>	<b>Evaluation of the addition of video-based education for patients receiving standard pre-chemotherapy education</b>	Randomized controlled trial  Level of evidence: A2	<p><b>Introductie:</b> Deze RCT heeft als doel om de effectiviteit van een voorlichtingsvideo te evalueren. De video werd getoond aan patiënten die chemotherapie moesten ondergaan en ging over hoe ze hun welzijn tijdens deze kuren konden behouden. In september 2004- oktober 2005.</p> <p><b>Populatie:</b> Gerandomiseerd: (n=64) <i>Groep 1:</i> standaard voorlichting verbale en geschreven informatie (n=32) <i>Groep 2:</i> standaard voorlichting plus video. (n=32)</p> <p><b>Incl.:</b> Patiënten werden gerandomiseerd wanneer zij:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adjudant gepland stonden om chemotherapie te ontvangen in bij borstkanker en colonrectum kanker</li> <li>- Tussen de 18 en 75 waren</li> <li>- Engels spraken</li> </ul> <p><b>Excl.:</b> Patiënten warden uitgesloten wanneer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zijzelf of nabije familieleden eerder chemotherapie hadden ontvangen.</li> </ul>	Dit onderzoek laat zien dat het invoegen van een voorlichtingsfilm bij de behandeling met chemotherapie resulteert in het beter onthouden van de informatie over het managen van de bijwerkingen. Het gebruik van een gecombineerde vorm van voorlichting is van belang voor het welzijn van de patiënt en diens familie. 66.7% van de participanten was extreem tot heel erg tevreden over de video. De meerderheid (83.3%) gaf voorkeur aan meerdere vormen van voorlichting gecombineerd (Gesprek met de verpleegkundige, geschreven informatie en video).



				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cognitief niet in staat zouden zijn toestemming te geven voor het onderzoek.</li> <li>- Zij doof waren of een visuele beperking hadden.</li> </ul> <p><b>Methode:</b> De video werd geëvalueerd middels de Visual Analogue Scale. Daarnaast werd kennis van de patiënt getest door een vragenlijst in te vullen op de tweede dag van de tweede cyclus.</p>	
(Ong, Miller, Appleby, Allegretto, & Gawlinski, 2009)	<u>Snowball</u> Via: <i>The use of portable video media vs standard verbal communication in the urological consent process: a multicentre, randomised controlled, crossover trial.</i>	<b>Effect of a Preoperative Instructional Digital Video Disc on Patient Knowledge and Preparedness for Engaging in Postoperative Care Activities</b>	Systematic review  Level of evidence: A1	<p><b>Introductie:</b> Artikelen zijn gezocht in Google Scholar. Deze systematic review is gedaan voor een postoperatieve thoracaal chirurgische afdeling om een gestandaardiseerd format voor de preoperatieve zorg te ontwikkelen. Het project heeft twee interventie-fases. Interventie 1: Het herontwerpen van de voorlichting en het ontwikkelen van een voorlichtingsvideo. Interventie 2: Het implementeren van de nieuwe vorm van voorlichten middels een voorlichtingsvideo. <b>Methode:</b> Systematic review is gedaan met 18 onderzoeken, waarvan het level of evidence minimaal V is.</p>	In dit onderzoek wordt geconcludeerd dat het laten zien van een DVD een effectieve en efficiënte methode is voor preoperatieve voorlichting. Dit heeft een positieve invloed op wat patiënten onthouden van de voorlichting. Patiënten voelen zich zelfverzekerder en empowered in hun eigen rol postoperatief.
(Ruffinengo, Versino, & Renga, 2009)	<u>Snowball</u> Via: <i>The use of portable video media vs standard verbal communication in the urological consent process: a</i>	<b>Effectiveness of an informative video on reducing anxiety levels in patients undergoing elective coronarography : An RCT</b>	Randomized controlled trial  Level of evidence: A2	<p><b>Introductie:</b> RCT met als doel om de effectiviteit van een voorlichtingsvideo te evalueren. Deze video is gemaakt voor patiënten die een coronarografie ondergaan. De studie evalueert op angst levels en op de tevredenheid van de patiënt. In april – augustus 2006 <b>Populatie:</b> Gerandomiseerd: (n= 93) <i>Groep 1:</i> standaard voorlichting (n=45) <i>Groep 2:</i> voorlichting met video (n=48) <b>Incl.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 18 &gt; jaar oud</li> <li>- Ondergaan van een coronarografie</li> </ul>	De kans op gemiddelde tot serieuze angst is 40% lager wanneer vooraf een voorlichtingsfilm wordt getoond.  Het laten zien van een voorlichtingsvideo op de cardiologie afdeling wordt aangeraden als instrument om de angst te verlagen en de tevredenheid te verhogen.



	<i>multicentre, randomised controlled, crossover trial.</i>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mogelijkheid tot lezen en verstaan van Italiaans</li> </ul> <p><b>Excl.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychologische problematiek, niet kunnen begrijpen van de video, niet kunnen lezen, geen vragenlijst kunnen invullen.</li> </ul> <p><b>Data-analyse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spiegelberger scale om de angst te meten (STAI)</li> <li>- Visual analogue scale om de tevredenheid te meten.</li> </ul>	
(Crabtree, et al., 2012)	<u>Pubmed</u>	<b>Outcomes and Perception of Lung Surgery with Implementation of a Patient Video Education Module: A Prospective Cohort Study</b>	Prospective cohort study Level of evidence: B	<p><b>Introductie:</b> Onderzoek over de inzet van educatieve video's bij patiënten die en geplande longresectie ondergaan.</p> <p><b>Populatie:</b> Gerandomiseerd: (n=300) <i>Groep 1:</i> Patiënten kregen de routine voorlichting voorafgaand aan hun operatie (n=150). <i>Groep 2:</i> Patiënten kregen als toevoegingen een voorlichtingsvideo over de operatie en het hele traject voor en na de operatie te zien.</p> <p><b>Excl.:</b> Spoedoperaties, operaties die het longvolume verminderen, verwijdering van empyeem, longtransplantaties, patiënten die chemo- of radiotherapie ontvingen.</p> <p><b>Methode:</b> De patiënten vulden een pijnvragenlijst in en een standaard enquête met betrekking tot patiënttevredenheid.</p>	Deze studie laat zien dat wanneer patiënten worden voorgelicht met video's, de tevredenheid verhoogt, de angst verlaagt, de voorbereiding verbetert en er minder pijn wordt ervaren.
(Hoppe, Denkers, Hoppe, & Wong, 2014)	<u>Pubmed</u>	<b>The use of video before arthroscopic shoulder surgery to enhance patient recall and satisfaction: a randomized-</b>	Randomised controlled trial Level of evidence: A2	<p><b>Introductie:</b> Patiënten ouder dan 18 jaar die een schouder arthroscopie moesten ondergaan en vragenlijsten konden invullen zonder Engelse vertaler.</p> <p><b>Populatie:</b> Gerandomiseerd: (n=40). <i>Groep 1:</i> De controle groep van 19 patiënten kregen alleen een preoperatief consult met een hun behandelaar. <i>Groep 2:</i> De interventiegroep van 15 patiënten kreeg een 10 minuten durende video te zien over de pre-, peri- en postoperatieve fase, na het voorlichtingsgesprek.</p> <p><b>Excl.:</b> Eerder ondergane arthroscopie, visuele of auditieve beperking.</p>	Beide groepen waren tevreden met hun chirurgische ervaring. Ze lieten geen significante verschillen zijn.



		<b>controlled study</b>		<b>Methode:</b> Na de interventie kregen de patiënten een vragenlijst voorgelegd die de tevredenheid en reproduceerbaarheid van de ontvangen informatie onderzocht. Bij een tweede bezoek (post-operatief) werd een tweede vragenlijst afgenomen, die de algehele tevredenheid met de voorlichting in kaart bracht.	
(Lin, Huang, Huang, Wang, & Shi, 2016)	Pubmed	<b>The effect of an anaesthetic patient information video on perioperative anxiety</b>	Randomised controlled trial Level of evidence: A2	<b>Introductie:</b> Patiënten van 18 jaar of ouder die een geplande operatie zouden ondergaan in het Pingtun Christian Hospital in Taiwan. Ze moesten in staat zijn om Chinese informatie te lezen en te begrijpen. <b>Populatie:</b> Gerandomiseerd: (n=100). <i>Groep 1:</i> 50 patiënten vormden de controle groep. Na het gesprek met de anesthesist, ontvingen zij een 8 minuten durende standaard, verbale voorlichting over de anesthesie. <i>Groep 2:</i> De interventiegroep van 50 patiënten kreeg een 8 minuten durende voorlichtingsvideo te zien over de preoperatieve fase, de verschillende soorten anesthesie, de nazorg en complicaties, na het voorlichtingsgesprek. <b>Excl.:</b> Uitstel van de geplande operatie. De angst van patiënten werd gemeten (Spielberger vragenlijst) voorafgaand aan een gesprek met de anesthesist, voorafgaand aan de operatie op de holding afdeling en tot slot op een derde moment drie dagen na de operatie. Op de derde dag na de operatie werd tevens een vragenlijst voorgelegd over de patiënttevredenheid van de gehele zorgverlening.	Perioperatieve angst werd significant verminderd en de algehele patiënttevredenheid verbeterde wanneer de patiënt een voorlichtingsvideo zag, gecombineerd met een standaard gesprek.
(Winter, et al., 2016)	<u>Pubmed</u>	<b>The use of portable video media vs standard verbal communication in the urological consent</b>	Randomised controlled crossover trial Level of evidence: A2	<b>Introductie:</b> Patiënten van 18 jaar of oudere die een acute cystoscopie moesten ondergaan voor een stentplaatsing in de ureter. De patiënten moesten in staat zijn om Engels te kunnen lezen en schrijven, toestemming te geven en een video te bekijken. <b>Populatie:</b> Gerandomiseerd: (n=88).	Deze studie demonstreert dat de voorkeur van patiënten uitgaat naar video's in de urologische setting van cystoscopie en uretrische stentplaatsing. Videovorlichting verbetert het begrip van de patiënt vergeleken met standaard verbale voorlichting.



		<b>process: a multicentre, randomised controlled, crossover trial</b>		<p>De patiënten kregen zowel een audiovisuele animatie te zien op een iPad (PVM), als ook schriftelijke voorlichting (SVC).  <i>Groep 1:</i> 45 patiënten kregen eerst SVC en daarna PVM  <i>Groep 2:</i> De overige 43 patiënten kregen eerst PVM en toen SVC.</p> <p><b>Excl.: ?</b>  <b>Methodie:</b> In dit onderzoek werd de patiënttevredenheid en kennis gemeten. De vragenlijsten werden ingevuld na de eerste interventie en na de crossover. Tot slot werd gevraagd of patiënten hun algehele voorkeur wilden geven over beide methoden.</p>	
(Idriss, Alikhan, & Armstrong, 2009)	<u>Snowball</u> Via: <i>The use of portable video media vs standard verbal communication in the urological consent process: a multicentre, randomised controlled, crossover trial.</i>	<b>Online, Video-Based Patient Education Improves Melanoma Awareness: A Randomized Controlled Trial</b>	Randomised controlled trial Level of evidence: A2	<p><b>Introductie:</b> Respondenten van 18 jaar of ouder, zij moesten Engels kunnen begrijpen, toegang tot computer met internet hebben, huiswerk kunnen voltooien en weloverwogen besluiten kunnen nemen.  <b>Populatie:</b> Gerandomiseerd: (n=78).  Alle respondenten kregen vooraf een vragenlijst. Toen hadden ze een maand de tijd om de voorlichting te lezen/bekijken.  <i>Groep 1:</i> 39 respondenten zagen de online video met voorlichting over de definitie van melanoom, risicofactoren en waarschuwingstekens.  <i>Groep 2:</i> 39 andere respondenten kregen dezelfde informatie, maar dan op een schriftelijk manier.  <b>Excl.: ?</b>  <b>Methodie:</b> Na een maand werd opnieuw dezelfde vragenlijst afgenomen. Daarnaast werden patiënten geïnterviewd. In de vragenlijsten werd onderzocht of de respondenten meer wisten over melanoom en of ze zich meer bewust waren van deze vorm van kanker. Daarnaast werd in interviews de patiënttevredenheid en aantrekkelijkheid van de video voorlichting onderzocht.</p>	Respondenten in de video groep gaven hogere cijfers aan het praktische element van het video, vergeleken met de groep die met geschreven materiaal werd voorgelicht. De meerderheid van beide groepen gaven een voorkeur aan de videovoorlichting. (62% in groep met geschreven materiaal, 85% in de videogroep)



(Jlala, French, Foxall, Hardman, & Bedford, 2014)	<u>Snowball</u> Via: <i>The use of portable video media vs standard verbal communication in the urological consent process: a multicentre, randomised controlled, crossover trial.</i>	<b>Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia</b>	Randomised controlled trial  Level of evidence: A2	<b>Introductie:</b> Patiënten tussen 18 en 80 jaar die een geplande operatie onder regionale verdoving aan de lagere of hogere ledematen ondergingen in het Queen's Medical Centre in Nottingham. <b>Populatie:</b> Gerandomiseerd: (n=110). <i>Groep 1:</i> Controle groep (n=55), had alleen een gesprek met de chirurg/verpleegkundige. <i>Groep 2:</i> Videogroep (n=55), deze patiënten zagen voor het gesprek een video over de anesthesie. <b>Excl.:</b> Niet kunnen lezen of begrijpen van Engels, verstoord zicht of gehoor, psychiatrische stoornis. <b>Methode:</b> Er werd gemeten hoe angstig patiënten waren (Spielberger vragenlijst).	Preoperatieve voorlichting middels een video vermindert de angst bij patiënten die voor operatie onder algehele narcose moeten gaan.
---	---	--	--	--	--



## Bijlage IX: Codeertabel\*

Nr.	Label	Int/Regel	Open codering	Axiale codering	Definitieve code
112	R: Het is een mooi filmpje.	Int5/15	Eerste reactie	Eerste reactie	Holoboxx als voorlichtingsmiddel
113	Zeg maar de uitleg, de visualisatie die is wel te mooi. Ik zou liever zien, wat meer schematisch.	Int5/16	Onduidelijke organen	Animatie	Ontwerp voorlichtingsvideo
114	R: Ja te mooi, te reëel. Hij gaf niet helemaal goed weer, wat de mensen willen zien.	Int5/18	Onduidelijke organen	Animatie	Ontwerp voorlichtingsvideo
115	R: Ja, ik denk dat het voor de naasten wel handig is, maar voor de patiënt zou het wat schematischer mogen naar mijn mening.	Int5/22	Aanwezigheid van naasten Onduidelijke organen Verbeterpunt: duidelijkheid Verbeterpunt: begrijpelijkheid	Aanwezigheid van naasten Animatie	Interpersoonlijke factoren Ontwerp voorlichtingsvideo
116	R: Nou omdat je teveel afgeleid wordt door alles wat er omheen zit.	Int5/25	Verbeterpunt: duidelijkheid Onduidelijke organen	Animatie	Ontwerp voorlichtingsvideo
117	R: Ja, het geeft wel aan van wat er gebeuren moeten, ik vraag mij wel af of de invloed, ja hoe moet ik dat zeggen, de ehh fysiotherapie en dergelijke wel voldoende uitgelegd wordt. Ze hadden het misschien wat meer over fysiotherapie mogen hebben en over, want is wel belangrijk.	Int5/29	Spreekt het aan? Conditie	Aanvulling verhaal	Ontwerp voorlichtingsvideo
118	R: Dat is wel belangrijk vind ik ja.	Int5/40	Conditie Benadrukken dat je zelf ook aan de bak moet	Aanvulling verhaal	Ontwerp voorlichtingsvideo





119	R: Ik weet niet, als ik anders geweten had, het helemaal niet is gedaan had.	Int5/50	Patiënten willen na de diagnose helemaal niets zien	Coping nieuw gediagnostiseerde patiënten	Plaats in behandeltraject
120	R: Nou niet echt perse wat.	Int5/51	Emotie	Emotie	Holoboxx als voorlichtingsmiddel
121	R: Nou ehh, ik ben al 17 jaar bezig, al 17 jaar bezig met operaties en ehh allemaal met kanker dus ik ben al een beetje gewend. Ehh ik, dit verhaal is mij dus uitgelegd inderdaad met zo'n papiertje en ehh ik denk dat dit wel beter is.	Int5/54	Voorlichting die ik zelf gehad heb Spreekt het aan?	Oude voorlichting	Plaats in behandeltraject
122	R: Ja maar ik kan dan alleen voor mezelf praten want ik kan me voorstellen als je dat hele circus hier al een keer of twee keer gehad hebt dat je dan wel geëmotioneerd bent.	Int5/59	Omgaan met gevoel van patiënten	Coping nieuw gediagnostiseerde patiënten	Plaats in behandeltraject
123	R: Ja denk het wel, want ik, ik vraag me ook af. Ik denk niet dat je het gelijk achter de diagnose aan moet doen. Je moet het even een paar dagen laten bezinken.	Int5/62	Wanneer moeten ze het zien	Plaats in behandeltraject	Plaats in behandeltraject
124	R: Ja gewoon de patiënt laten kiezen wat hij wil.	Int5/65	Wanneer moeten ze het zien	Plaats in behandeltraject	Plaats in behandeltraject
125	R: Ja hoor dat was goed.	Int5/69	Duidelijkheid/begrijpelijkheid	-	-
126	R: En dat is dan het voordeel van dit filmpje, je kan er van te voren over nadenken die er vertelt worden.	Int5/74	Wanneer moeten ze het zien	Plaats in behandeltraject	Plaats in behandeltraject

\* Volledige codeertabel is op te vragen bij de onderzoekers.



## Bijlage 6 Contract projectonderwijs

Christelijke Hogeschool Ede  
Bezoekadres: Oude Kerkweg 100, 6717 JS Ede  
Postadres: Postbus 80, 6710 BB, Ede  
Telefoon: 0318 - 696 300  
Telefax: 0318 - 696 396

### Projectopdracht Academie Gezondheidszorg / Verpleegkunde

#### A. Ondergetekenden,

##### 1. Student(en)

Naam: Tilly Becker  
Adres: Hoefweg 4  
Postcode / woonplaats: 6717 LD, Ede  
Telefoon:  
E-mail: mhacker@student.che.nl  
Naam: Rosalie van Dam  
Adres: Hoefweg 39  
Postcode / woonplaats: 6717 LD EDE  
Telefoon:  
E-mail: r.v.dam@student.che.nl  
Naam: Kees Stautjesdijk  
Adres: Grotestraat 120  
Postcode / woonplaats: 6711 AP, Ede  
Telefoon:  
E-mail: c.stautjesdijk@student.che.nl  
Naam: Naomi Blumink  
Adres: Herengrond 6  
Postcode / woonplaats: 6718 DH, Ede  
Telefoon: 0627404645  
E-mail: naomiblumink@student.che.nl

##### 2. Instelling

Naam: Universitair Medisch Centrum  
Adres: Heidelberglaan 100  
Postcode / woonplaats: 3584 CX Utrecht



Telefoon: 088 755 5555.....

E-mail: .....

**Begeleider instelling**

Naam: ..... C. Schippers .....

Telefoon: ..... 088 755 6901 .....

E-mail: ..... c.c.g.schippers@umcutrecht.nl .....

**3. Christelijke Hogeschool Ede**

Afstudeerbegeleider: ..... Harm van Noort .....

Telefoon: .....

E-mail: ..... h.v.noor@che.nl .....

komen overeen dat de studenten van de CHE een projectopdracht uitvoeren in de hiervoor genoemde instelling volgens de hierna genoemde projectbeschrijving en voorwaarden.

**B. Product-, onderzoek- of productiebeschrijving**

1. Onderwerp:	Voorlichtingsproject op het Cancer Center middels de Huisbox
2. Beoogd product:	Advies voor het gebruiken van de Huisbox als middel voor patiënten voorlichting in het UMCU bij het Cancer Center.
3. Werkwijze:	Middels een kwantitatief onderzoek met interviews.

**C. Begeleiding vanuit de CHE**

De Christelijke Hogeschool Ede geeft begeleiding aan de student(en) in de projectopdracht volgens het programmaboek.

**D. Begeleiding vanuit de instelling**

De instelling geeft minimaal 20 uur begeleiding aan de student(en).

**E Voorwaarden**

- Betrokkenen hebben kennisgenomen van het programmaboek projectstage of de afstudeernota en houden zich aan de instructie.
- De student(en) gaat/gaan professioneel (je bent in opleiding tot verpleegkundige) om met alles wat hem/haar ter kennis komt binnen de instelling. Informatie uit onderzoek en opbrengsten van onderzoek mogen niet zonder overleg met de coördinator op school en de opdrachtgever door de studenten naar buiten gebracht worden. Projecten maken vaak deel uit van grotere verbanden van innovaties in het werkveld.
- De studiebelasting voor de projectstage is 240 SBU (waarin opgenomen hoor- en werkcolleges en tutorbijeenkomsten)  
of  
De studiebelasting voor het afstuderen beslaat 840 SBU voltijd en 560 SBU deeltijd/duaal per student.

**F. Akkoordverklaring**

Plaats:	Utrecht	
Datum:	14/02/17	
	<b>Naam</b>	<b>Handtekening</b>
Begeleider instelling	Carlo Schnaars	
Begeleidend docent CHE/ Academie Gz	Harm van Noort	
studenten	Tilly Bakker	Bakker
	Kees Stoutjesdijk	Stoutjesdijk
	Roswije van Dam	
	Noomi Blumink	

Denk aan (digitale) kopieën voor studenten individueel, instellingsbegeleider en afstudeerbegeleider.