

Informatiebehoefte van de Medium Care patiënt

Algemene informatie:

Auteurs:	Esmee van Beek (529501) & Lisette Raijmann (534341)
Opleiding:	HBO – Verpleegkunde
Projectcode:	1617_1VERPL_54
Opdrachtgever:	Mw. E van der Mee, seniorverpleegkundige MC te Radboudumc
Docentbegeleider:	Mw. drs. J. Caris
Examinator:	Dhr. E. Granilo
Inleverdatum	16 januari 2017

Colofon

Projectcode	1617_1VERPL_54
Opdrachtgever	Mw. E van der Mee <i>Seniorverpleegkundige op de afdeling Medium Care (CMC) in het Radboudumc</i> Geert Grooteplein 10 (Route 713) 6525 GA Nijmegen
Docentbegeleider	Mw. drs. J. Caris <i>Docent Instituut Verpleegkundige Studies Hogeschool van Arnhem en Nijmegen</i>
Examinator	Dhr. E. Granilo <i>Docent instituut Verpleegkundige Studies Hogeschool van Arnhem en Nijmegen</i>
Studentonderzoekers	Lisette Raijmann (534341) LHG.Raijmann@student.han.nl Esmée van Beek (529501) E.vanBeek1@student.han.nl
Onderwijsinstelling	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Kapittelweg 33 6525 EN Nijmegen
Opleiding	HBO-Verpleegkunde
Studiejaar	2016-2017
Inleverdatum	16-01-2017
Trefwoorden	<i>Medium care Informatiebehoefte MC-patiënt Informatievoorzieningen Radboudumc Behandelproces Gezamenlijke besluitvorming Medium Care patients, Medium Care Unit, Informational needs, Shared Decision Making</i>

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag 'Informatiebehoeften van de Medium Care patiënt in het Radboudumc.' Dit onderzoeksverslag is opgesteld door L. Raijmann en E. van Beek, vierdejaarsstudenten van de opleiding Verpleegkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Dit onderzoeksverslag is opgesteld tijdens de onderwijseenheid Kwaliteit en Innovatie 2&3 in opdracht van de Hogeschool Arnhem Nijmegen en het Radboudumc.

Wij vonden het zeer leerzaam en uitdagend om dit onderzoeksverslag op te stellen en zijn blij dat we met dit onderzoeksverslag een steentje bij hebben kunnen dragen aan de kwaliteit op de Medium Care afdeling in het Radboudumc.

Via deze weg willen wij ten eerste onze docentbegeleider Mw. drs. J. Caris bedanken voor haar begeleiding, betrokkenheid en expertise gedurende dit onderzoek. Wij hebben haar begeleiding en gesprekken als zeer waardevol ervaren en zij is van grote waarde geweest tijdens het opstellen van dit onderzoeksverslag. Daarnaast willen wij de opdrachtgever Mw. E. van der Mee bedanken voor haar begeleiding gedurende het opstellen van dit onderzoeksverslag. We hebben zeer prettig met haar samen gewerkt en zij heeft ons met dit mooie project gemotiveerd om een goed onderzoeksverslag neer te zetten. Tot slot gaat onze dank uit naar alle patiënten die gedurende de onderzoeksperiode mee wilden werken aan dit onderzoek, want mede dankzij hen heeft dit onderzoeksverslag tot stand kunnen komen.

Door de goede begeleiding en steun van bovengenoemde mensen kunnen wij met veel trots terugkijken op de afgelopen periode en zijn wij zeer tevreden met het eindresultaat.

Wij wensen u veel leesplezier!

Lisette Raijmann & Esmee van Beek
Nijmegen, 16 januari 2016

Inhoudsopgave

Samenvatting	6
Hoofdstuk 1: Inleiding	7
1.1 Probleemanalyse.....	8
1.2 Vraag- en doelstelling.....	8
1.3 Leeswijzer	9
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	10
2.1 Zoekstrategie.....	10
2.2 Setting	10
2.3 Medium care.....	10
2.3.1 Patiëntencategorie	11
2.3.2 Verschil IC - MC	11
2.4 Communicatie & informatievoorzieningen.....	11
2.5 Informatiebehoefte patiënten en hun naasten.....	12
2.5.2 Informatiebehoefte bij overplaatsing naar de MC	13
2.6 Gezamenlijke besluitvorming	14
2.7 Beroepsrelevantie	14
Hoofdstuk 3: Methode voor onderzoek	16
3.1 Design	16
3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef	16
3.3 Dataverzameling	17
3.3.1 Meetinstrument	17
3.4 Dataverwerking en –analyse	18
3.4.1 Dataverwerking	18
3.4.2 Data-analyse.....	18
3.5 Zorgvuldigheidseisen.....	19
3.5.1 Geldigheid.....	19
3.5.2 Betrouwbaarheid.....	20
3.6 Ethische verantwoording	20
Hoofdstuk 4: Resultaten	21
4.1 Inleiding.....	21
4.2 Informatiebehoeften.....	22
4.2.1 Mondelinge behoeften.....	22
4.2.2 Schriftelijke informatiebehoeften	23

4.2.3 Voorkeur mondelinge of schriftelijke informatie	24
4.3 Mondelinge informatievoorzieningen	24
4.4 Schriftelijke informatiebehoeften.....	27
4.5 Gezamenlijke besluitvorming	29
Hoofdstuk 5: Discussie	31
5.1 Interpretatie van de resultaten	31
5.2 Relevantie van de resultaten	32
5.2.1 Relevantie voor de praktijk.....	32
5.2.2 Relevantie voor het onderwijs	33
5.2.3 Relevantie voor het onderzoek.....	33
5.3 Beperkingen van het onderzoek	33
Hoofdstuk 6: Conclusie	35
6.1 Hoofdvraag.....	35
2.1 Deelvragen.....	35
2.1.1 Deelvraag 1	35
2.1.2 Deelvraag 2	36
2.1.3 Deelvraag 3	36
2.1.4 Deelvraag 4:	36
Hoofdstuk 7: Aanbevelingen	37
7.1 Aanbevelingen voor praktijk.....	37
7.2 Aanbevelingen voor onderwijs.....	38
7.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	38
Bronvermelding	39
Bijlage 1: Zoekstrategie	42
Bijlage 2: Evidence Tabel	54
Bijlage 3: Informatiebrief patiënten	57
Bijlage 4: Toestemmingsverklaring	59
Bijlage 5: Informatiebrief MC-verpleegkundigen	60
Bijlage 6: Topiclijst	62
Bijlage 7: Uitwerking hoofd- en subcategorieën	65
Bijlage 8: Geheimhoudingsverklaring	68
Bijlage 9: Respondentkarakteristieken	69

Samenvatting

Achtergrond: Voorafgaand aan dit onderzoek is er door een andere student onderzoek gedaan naar wat patiënten belangrijk vonden op de Medium Care (MC) afdeling in het Radboudumc. Dat onderzoek toonde aan dat 40% van de MC-patiënten aangaven niet te weten wat de reden van verblijf op de MC-afdeling was. De reden van deze onduidelijkheid is toen echter niet onderzocht. Er was dus meer onderzoek nodig naar de informatiebehoeften van de MC-patiënt, de ervaringen van de MC-patiënt met de huidige informatievoorzieningen en of deze informatievoorzieningen de MC-patiënt in staat stelden om mee te kunnen beslissen in het behandelproces. Hieruit volgend ontstond dit onderzoek.

Doel: Het doel van dit onderzoek was om te onderzoeken wat de ervaringen van patiënten op de MC-afdeling in het Radboudumc waren met de huidige mondelinge en schriftelijke informatievoorzieningen, wat hun informatiebehoefte was met deze informatievoorzieningen en of de informatievoorzieningen de patiënt in staat stelden om mee te beslissen in het behandelproces.

Methode: Binnen dit kwalitatieve onderzoek zijn de data verzameld door middel van twaalf face-to-face, semi-gestructureerde, diepte interviews. De interviews zijn in de vorm van een semi-gestructureerde vragenlijst afgenomen bij MC-patiënten op de MC-afdeling in het Radboudumc. De interviews zijn met behulp van audio-opnames opgenomen en vonden in een tijdsperiode van drie weken plaats. De audio-opnames werden getranscribeerd en er werd geanalyseerd door middel van categoriaal coderen.

Resultaten: Over het algemeen waren de patiënten erg tevreden over de mondelinge en schriftelijke informatievoorzieningen en de bejegening op de afdeling. Voorafgaand aan de MC-opname ontvingen patiënten zowel mondelinge als schriftelijke informatie, vooral over het ziektebeeld, de ingreep en de afdeling waar zij zouden verblijven. Tijdens het verblijf op de MC-afdeling kregen patiënten voornamelijk mondelinge informatie over hun behandelproces en wat er door de dag heen ging gebeuren. Informatie specifiek over de afdeling werd vaak mondeling ontvangen en vaak pas op de afdeling zelf. Naast kregen wel vaak schriftelijke informatie mee. Informatie over het ziektebeeld en het behandelproces werd vaak als belangrijk ervaren. Patiënten hadden minder behoeften aan informatie over de MC-afdeling, maar vonden het wel belangrijk dat naast informatie kregen. De hoeveelheid mondelinge en schriftelijke informatie was voldoende, al was de informatie soms veel om te ontvangen. Over het algemeen vonden patiënten het belangrijk om mee te beslissen in hun behandelproces. Grote medische beslissingen waren moeilijk om te nemen. Kleine beslissingen waren makkelijker en waren ook belangrijker om zelf over mee te beslissen.

Conclusie: Geconcludeerd kan worden dat zowel de huidige mondelinge als de schriftelijke informatievoorzieningen over het algemeen goed aansluiten bij de informatiebehoeften van de patiënt. De informatie moet vooral beknopt, eerlijk en duidelijk zijn. Informatie over ziekte- en behandelproces worden als meest belangrijk ervaren. Schriftelijke informatie dient zo veel mogelijk voorafgaand aan de opname te worden gegeven en tijdens de opname wordt het liefst mondelinge informatie ontvangen. Patiënten worden gestimuleerd en in staat gesteld om mee te beslissen in de behandeling, al wordt dit wel als lastig ervaren.

Keywords: Medium Care patients, Medium Care Unit, Patients [Mesh], Informational needs, Decision Making [Mesh], Medium care, informatiebehoefte MC-patiënt, informatievoorzieningen, Radboudumc, behandelproces, gezamenlijke besluitvorming

Hoofdstuk 1: Inleiding

“In the absence of information, we jump to the worst conclusions” (Kassim, 2015).

Per jaar vinden bijna twee miljoen klinische opnames en 2,3 miljoen dag opnames in het ziekenhuis plaats (Centraal bureau voor statistiek, 2014). Daarvan belandt een deel van de patiënten op een Medium Care afdeling (MC). In Nederland beschikt een kwart van de algemene ziekenhuizen en de helft van de academische ziekenhuizen over een MC-afdeling (Gelderse Vallei, 2009). Deze gelden vooral als tussenstation tussen de Intensive Care (IC) en de verpleegafdeling. Per ziekenhuis worden jaarlijks ongeveer 800 patiënten opgenomen op een MC (Steen, Lelyveld-Haas, & Tjan, 2008). Op deze afdeling liggen ernstig zieke patiënten met enkel orgaan falen, die bewaakt moeten worden aan de monitor. Er liggen patiënten vanaf achttien jaar vanuit alle specialismen die grote operaties hebben ondergaan en interne en/of infectieuze problemen hebben. Veel voorkomende patiëntencategorieën op de MC zijn de cardio-thoracale patiënt, de neurochirurgische patiënt, patiënten vanuit de Spoed Eisende Hulp (SEH), patiënten vanuit de IC en tot slot patiënten vanuit een gewone verpleegafdeling.

Voor veel patiënten is een MC opname een ingrijpende gebeurtenis en het zorgt in sommige gevallen voor zowel lichamelijke als psychische problemen. Angst en onzekerheid zijn veelgenoemde problemen van opgenomen patiënten, maar ook bij ontslag kunnen deze problemen blijven bestaan (Radboudumc, 2016). Zoals het bovengenoemde citaat al aangaf trekt men, zonder informatie, de ergste conclusies (Kassim, 2015). Al-Mutair, Plummer, O'Brien en Clerehan (2013) tonen in hun review aan dat de patiënt en zijn naasten de behoefte aan zekerheid en informatie de meest belangrijke behoeften vonden tijdens de IC opname. Ook Pardavila-Belio en Vivar (2012) tonen aan dat het ontvangen van informatie één van de hoofdbehoeften is van patiënten en hun naasten. Het ontvangen van informatie is voor MC-patiënten dus van essentieel belang. Er is echter aangetoond dat zorgverleners wisten dat informatieverstrekking van groot belang was, maar dat de gegeven informatie vaak niet aansloot bij de informatie die de patiënten eigenlijk nodig hadden (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006). De patiënt en zijn naasten moeten beschikking krijgen over informatie met betrekking tot zijn aandoening, behandelmethoden, preventie en leefstijl (Gerards, 2010). Wachters-Kaufmann, Schuling, The en Meyboom-Jong (2005) tonen in hun review aan dat het belangrijk is om patiënten op de juiste manier informatie te geven, waarbij er rekening wordt gehouden met de behoeften van de patiënt. Wanneer de informatie volledig wordt gegeven en aansluit bij de behoeften van de patiënt, kan hij zijn hulpvraag beter verwoorden. Pas wanneer de patiënt hiertoe in staat is, kan hij een goede partner zijn in het behandelteam om gezamenlijk tot de juiste beslissing te komen. Op deze manier wordt er niet meer alleen voor de patiënt gewerkt, maar juist mét de patiënt (Engelen, 2012).

Om de informatie aan te laten sluiten bij de behoefte van de patiënt is het belangrijk om rekening te houden met verschillende aspecten van communicatie. Ten eerste moet er rekening worden gehouden met de mate waarin de patiënt informatie onthoudt. Er is gebleken dat patiënten slechts 20% van wat ze horen en 10% van wat ze lezen onthouden. Wordt dit gecombineerd dan wordt 50% onthouden (Studiekring, 2011). Tevens tonen Wachters-Kaufmann et al. (2005) in hun onderzoek aan dat patiënten naast mondelinge informatie, behoefte hebben aan schriftelijke informatie om zo de mondelinge informatie te ondersteunen. Daarnaast is communicatie situatie-gebonden. Plaats, tijd, aanwezigheid van andere(n), oorzaak en wijze van communicatie spelen een belangrijke rol bij het duidelijk

overbrengen van informatie. Dit staat omschreven in het communicatieproces van Oomkes die in het theoretisch kader verder zal worden toegelicht (Oomkes, 2013). In de communicatie kunnen veel belemmerende factoren aanwezig zijn, dit wordt ook wel ruis genoemd. Voorbeelden hiervan zijn vaktaal, lichamelijke barrières, omgevingsinvloeden, vooroordelen en stereotiepe opvattingen. Ruis kan er dus voor zorgen dat de boodschap van de zender niet goed of volledig binnen komt bij de patiënt, waardoor mogelijk niet aan de informatiebehoefte van de patiënt wordt voldaan. Bij het geven van informatie is het goed hier rekening mee te houden (Molen, Hommes, & Kluijtmans, 2011).

In het Radboudumc wordt veel aandacht besteed aan het geven van informatie en de communicatie tussen patiënten, hun naasten en professionals zoals verpleegkundigen en artsen. Daarnaast wordt er steeds meer gestreefd om de patiënt lid te maken van het behandelteam en daarvoor is het van essentieel belang dat de patiënt volledig en duidelijk geïnformeerd wordt. Zo wordt er op de MC-afdeling van het Radboudumc veel gewerkt met informatiefolders. Op deze manier probeert het Radboudumc de 1300 MC-patiënten die jaarlijks op de MC worden opgenomen goed te informeren (Radboudumc, 2015). Het is echter de vraag óf deze folders daadwerkelijk worden verstrekt, in hoeverre deze informatiefolders aansluiten op de informatiebehoefte van de patiënten op de MC en in hoeverre de folders de patiënten de gelegenheid geven om mee te beslissen in hun behandelproces.

1.1 Probleemanalyse

Tijdens eerder onderzoek onder vijftien MC-patiënten op de MC-afdeling in het Radboud, is onderzocht wat de MC-patiënt belangrijk vond op het moment dat hij of zij op de MC verbleef en of de gegeven zorg ervaren werd als de wenselijke zorg. Het onderzoek heeft aangetoond dat voor 40% van de patiënten de reden van het verblijf op de MC onduidelijk was, maar er is niet onderzocht wat de reden hiervan was. Het is de vraag of dit lag aan onduidelijke of zelfs foutieve informatie, of aan het feit dat er juist een gebrek aan voorlichting was (Kuzee, 2016). Er was meer onderzoek nodig naar de informatiebehoefte van de MC-patiënt in het Radboudumc en of de MC-patiënt door middel van de huidige informatievoorzieningen in staat werd gesteld om mee te kunnen beslissen in het behandelproces. Dit was dan ook de reden om nader onderzoek te doen.

1.2 Vraag- en doelstelling

Naar aanleiding van de probleemstelling was de volgende vraagstelling leidend voor dit kwaliteitsproject:

In hoeverre sluiten de huidige informatievoorzieningen (I) aan bij de informatiebehoefte (O) van de Medium Care patiënt in het Radboudumc (P) en in hoeverre stellen deze informatievoorzieningen (I) de patiënt (P) in staat om mee te kunnen beslissen in het behandelproces (O)?

Hieruit zijn de volgende vier deelvragen voortgekomen:

1. *Wat is de informatiebehoefte van de Medium Care patiënt in het Radboudumc?*
2. *Hoe ervaart de Medium Care patiënt in het Radboudumc de huidige mondelinge informatievoorzieningen?*
3. *Hoe ervaart de Medium Care patiënt in het Radboudumc de huidige schriftelijke informatievoorzieningen?*
4. *In hoeverre stellen de huidige informatievoorzieningen de MC-patiënt in staat om mee te beslissen in het behandelproces?*

Kijkend naar de bovenstaande probleem- en vraagstelling is er voor de volgende doelstelling gekozen:

Medio januari 2017 is er een projectverslag geleverd waarbij er meer inzicht is verkregen in hoe tevreden de Medium Care patiënten zijn over de huidige informatievoorziening, welke informatiebehoefte de Medium Care patiënt heeft om mee te kunnen beslissen in hun behandelproces en zijn er aanbevelingen gedaan.

1.3 Leeswijzer

Dit projectverslag is opgebouwd aan de hand van de criteria opgesteld door de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. De opbouw van dit projectplan bestaat uit zeven hoofdstukken. In hoofdstuk 2 is het theoretisch kader beschreven. Hierin zijn de meest belangrijke begrippen uitgewerkt. Hoofdstuk 3 gaat over de methode van het onderzoek en hier is het onderzoeksdesign beschreven en onderbouwd. Vervolgens zijn in hoofdstuk 4 de resultaten weergegeven en in hoofdstuk 5 is de discussie terug te vinden. Hier is een vergelijking gemaakt met de literatuur en zijn de resultaten ter discussie gesteld. In hoofdstuk 6 is de conclusie beschreven en hoofdstuk 7 sluit dit onderzoek af met de aanbevelingen die zijn gedaan. Ten slotte volgen de literatuurlijst en alle relevante bijlagen.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

2.1 Zoekstrategie

Om relevante literatuur te zoeken met betrekking tot de onderzoeksvraag, is er gezocht in twee verschillende wetenschappelijke databases, namelijk: PubMed en Cinahl. Met behulp van een PICO is er op een systematische manier gezocht. De PICO zag er als volgt uit: *In hoeverre sluiten de huidige informatievoorzieningen (I) aan bij de informatiebehoefte (O) van de Medium Care patiënt in het Radboudumc (P) en in hoeverre stellen deze informatievoorzieningen (I) de patiënt (P) in staat om mee te kunnen beslissen in het behandelproces (O)?* Vanuit de PICO zijn synoniemen geraadpleegd, welke terug te vinden zijn in bijlage 1. Bij het opstellen van de zoekstring is er gebruik gemaakt van zowel vrije termen als MeSH-termen. Daarnaast is er gebruik gemaakt van de booleaanse operatoren AND en OR. Tussen de verschillende concepten (P+I+O) is AND geplaatst en tussen de verschillende synoniemen is OR geplaatst. Bij de PubMed zoekstrategieën zijn de filters 'Review' en 'Randomized Controlled Trial (RCT)' gebruikt. Bij de zoekstrategie van Cinahl is gebruik gemaakt van de filters 'Review', 'RCT', 'Clinical trial', 'Systematic Review', 'Meta Analysis' en vanaf het jaar 2000. In totaal zijn vijf artikelen gevonden met behulp van de zoekstrategieën. De volledige zoekstrategieën zijn terug te vinden in bijlage 1. In bijlage 2 is tevens de mate van bewijskracht (level of evidence) van de gevonden artikelen weergegeven.

Naast het gebruik van de wetenschappelijke databases, is er gebruik gemaakt van de Sneeuwbalmethode. In reeds gevonden onderzoeken stonden citaten en verwijzingen naar andere bronnen. Deze hebben geleid naar andere documenten, die vervolgens weer andere verwijzingen hebben opgeleverd. Op deze manier ontstond het sneeuwbal effect. Dit is net zo lang doorgegaan tot er voldoende literatuur was gevonden (Fischer & Julsing, 2014). Via de databases PubMed en Cinahl zijn nog drie artikelen gevonden via similar articles.

2.2 Setting

Dit onderzoek vond plaats op de MC-afdeling in het Radboudumc te Nijmegen. Het Radboudumc is één van de acht academische ziekenhuizen van Nederland die zowel topreferente als topklinische zorg biedt. Topklinisch wil zeggen dat een ziekenhuis beschikt over geavanceerde apparatuur, speciale voorzieningen en over specifieke deskundigheid. Bij topreferente zorg gaat het vooral om het diagnosticeren en behandelen van zeldzame of zeer complexe aandoeningen (Burgt, Mechelen, & Lintel Hekkert, 2012). Het Radboudumc onderscheid drie kerntaken: patiëntenzorg, opleiding en onderzoek. Het Radboudumc heeft een belangrijke maatschappelijke taak in het vergroten van kennis en kunde en wil een actieve bijdrage leveren aan innovatieve, duurzame en betaalbare gezondheidszorg. De missie van het Radboudumc is dan ook: *"To have a significant impact on healthcare."* In het Radboudumc wordt de patiënt steeds meer gezien als lid van het behandelteam. De patiënt wordt betrokken bij het behandelproces en krijgt zo de kans om mee te beslissen over zijn ziekte en zelf de regie in handen te houden over zijn zorgproces (Engelen, 2012).

2.3 Medium care

Steeds vaker worden in de Nederlandse ziekenhuizen MC-afdelingen ingericht, omdat er een toenemende behoefte lijkt te bestaan aan bedden met extra zorg, bewaking en behandelingen die zij op een gewone afdeling niet zouden kunnen krijgen. De MC valt onder de IC en vormt op deze manier een schakel tussen de IC en de verpleegafdeling. In het

algemeen worden er twee typen MC's onderscheiden: de gespecialiseerde (en/of decentrale) en de centrale MC. Gespecialiseerde MC's zijn afdelingen met monitoring, waar ook meer intensieve zorg mogelijk is en die onder de supervisie van de bestaande hoofdbehandelaars vallen. De Centrale MC's behandelen patiënten van meerdere insturend specialismen, leveren meestal hoog-complexe zorg en veel zorg-intensieve taken, vaak onder verantwoordelijkheid van een intensivist die het hoofdbehandelaarschap dan meestal overneemt (Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, 2016).

2.3.1 Patiëntencategorie

Op de MC liggen patiënten met een grote variatie aan ziektebeelden en vaak is er een grote mate van comorbiditeit aanwezig. De patiënten kunnen worden onderverdeeld in twee categorieën, de step-down patiënten en de step up patiënten. Step-down patiënten zijn patiënten die vanuit een IC naar een MC gaan, terwijl step up patiënten juist van een Spoed Eisende Hulp (SEH), verpleegafdeling of een operatiekamer naar de MC gaan (Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, 2016). Beide patiëntengroepen werden betrokken bij dit onderzoek. De MC-patiënt wordt gekenmerkt door een hoog complexe zorgvraag, onder andere door de grote verscheidenheid in gezondheidsproblematiek en snelle wisseling van de gezondheidstoestand. Meestal is er sprake van een dreigende of aanwezige stoornis van één of meerdere vitale lichaamsfuncties, waardoor de patiënt nauwkeurig en intensief moet worden bewaakt en indien nodig vitale lichaamsfuncties moeten worden ondersteund (Radboudumc, 2015).

2.3.2 Verschil IC - MC

Patiënten op de MC in het Radboudumc komen regelmatig vanaf de IC (step-down). Het verschil tussen de MC-patiënt en de IC-patiënt zit niet alleen in de ernst van de ziekte en de mate waarin de patiënt bewaakt en ondersteund moet worden, maar vooral in het feit dat de MC patiënt vaak een wakkere en meer wilsbekwame patiënt is. Bij de IC-patiënt ligt vaak de nadruk op de overname van meerdere lichaamsfuncties en hier vindt vaak invasieve beademing¹ plaats. Daar waar de IC een goed afgebakend zorgdomein is met al bestaande opname- en ontslagcriteria en een duidelijke organisatorische indeling, is de MC minder goed omschreven waarbij zowel nationaal als internationaal grote onderlinge verschillen bestaan op het gebied van patiëntenpopulatie, organisatie, werkwijze en voorzieningen (Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, 2016).

Uit onderzoek van Smith et al. (1999) blijkt dat patiënten die van een IC naar de verpleegafdeling werden ontslagen, een hogere mortaliteit hadden wanneer de zorgzwaarte eigenlijk te hoog was voor de verpleegafdeling. Ontslag naar een MC gaf een significant lagere mortaliteit aan. In een analyse naar de doodsoorzaak van patiënten na ontslag van een IC wordt gesuggereerd dat onnodig overlijden op de verpleegafdeling kan worden voorkomen door opname op een MC-afdeling (Wallis, Davies, & Shearer, 1997). Uit deze onderzoeken blijkt dus dat een MC veel voordelen biedt en van groot belang is binnen ziekenhuizen.

2.4 Communicatie & informatievoorzieningen

Communiceren is iets wat ieder mens elke seconde van de dag doet. Communicatie zorgt ervoor dat informatie van de een naar de ander gaat. Het kan worden onderverdeeld in verbale- en non-verbale communicatie. Verbale communicatie is de informatie die met woorden wordt overgedragen en non-verbale communicatie is de informatie die zonder

¹ Invasieve beademing: beademing via een buisje in de hals en de luchtpijp.

woorden wordt overgedragen. Onder non-verbale communicatie worden onder andere de stemklank, gebaren, mimiek en kleding verstaan (Wiel, Wouda, & Versteegen, 2005).

Wanneer er gesproken wordt over communicatie spreken we over het contact dat minimaal twee personen met elkaar hebben, het communicatieproces. Het model van Oomkes geeft weer hoe het communicatieproces normaal verloopt. Het model toont aan dat er voortdurend interactie is. Persoon A en persoon B zijn voortdurend zender en ontvanger van informatie. Dit betekent dat wanneer persoon A informatie geeft aan persoon B, persoon B informatie ontvangt en hier een reactie op geeft. Deze reactie wordt weer door persoon A ontvangen, waardoor er constant feedback is. Communicatie is een ingewikkeld proces waarbij veel misverstanden kunnen ontstaan. Tussen de zender en ontvanger is er soms sprake van ruis, wat wil zeggen dat de informatie soms niet helemaal overkomt zoals bedoeld was. Hierdoor is er kans op miscommunicatie, waardoor de kans bestaat dat er niet goed aan de informatiebehoefte van de patiënt zou kunnen worden voldaan (Oomkes, 2013). Dit model zorgde er dus voor dat de studentonderzoekers op de hoogte waren van misverstanden die in de communicatie kunnen optreden door ruis en zorgde ervoor dat er nog breder naar de informatiebehoefte kon worden gekeken.

Iedere patiënt heeft recht op volledige en aansluitende informatie. Sinds 1995 is de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomsten (WGBO) opgericht. Hierin wordt het patiënten recht beschreven. Eén onderdeel van de WGBO is het recht op informatie. Alle zorgvragers hebben recht op informatie over hun gezondheid, inhoud, doel en risico's van besproken onderzoeken, behandelingen en alternatieve behandelmogelijkheden. Daarnaast moet informatie op begripsniveau van patiënten worden gegeven, moet er op relevante punten worden ingegaan en moet de informatie schriftelijk worden verstrekt indien de patiënt hier behoeften aan heeft (Mijnvakbond, z.d.).

In het verpleegkundig beroep is de communicatie met andere mensen dus zeer belangrijk. (MC-) verpleegkundige zijn de hele dag door bezig met het communiceren met en informeren van anderen, zoals met patiënten, artsen en collega's. Bij het informeren van patiënten wordt gebruik gemaakt van verschillende informatievoorzieningen. Informatievoorzieningen zijn alle middelen die gebruikt worden om een patiënt goed te informeren. Denk hierbij aan folders, video's, websites maar ook aan lotgenotencontact (Wiel et al., 2005). Het Radboud beschikt over een algemene website waar ook informatie over de MC te vinden is en de MC heeft zelf ook veel informatiefolders die ingezet kunnen worden. In een gesprek met de opdrachtgever kwam naar voren dat mondelinge informatie onder andere wordt gegeven tijdens de zorg, de artsenvisite en tijdens een artsengesprek. De schriftelijke informatievoorzieningen, waaronder de informatiefolders, liggen op de afdeling en horen bij de opname aan de patiënten en naasten te worden verstrekt. Welke informatievoorzieningen worden ingezet hangt onder andere af van de informatiebehoefte van de patiënt.

2.5 Informatiebehoefte patiënten en hun naasten

Ieder mens heeft behoefte aan informatie. De hoeveelheid informatie die een patiënt nodig heeft is echter individueel bepaald en de ene patiënt zal dus meer behoefte hebben aan informatie dan de andere patiënt. Als een patiënt op een IC/MC terecht komt, is dat vaak een hele nieuwe ervaring, waarbij de patiënt aan veel stressoren wordt blootgesteld. Een onzekere prognose, een onbekende omgeving en de onvervulde informationele en emotionele behoeften zijn voorbeelden van stressoren. Uit het onderzoek van Wesson (1997) blijkt dat een ernstige ziekte wordt gezien als een catastrofale gebeurtenis wat een

aanzienlijke mate van stress en angst voor zowel patiënt als naasten oplevert. Angst bij de patiënt en hun naasten kon significant worden verminderd door de naasten continu en consistent van informatie te voorzien. Dit voorkwam dat er maar een deel van de informatie werd gegeven en heeft een deel van bovengenoemde stressoren weg kunnen nemen.

Uit de review van Al-Mutair et al. (2013) blijkt ook dat de verpleegkundigen, de patiënt en zijn naasten vaak verschillend dachten over hoe belangrijk zij sommige behoeften vonden. Waar familieleden en patiënten zekerheid en behoefte aan informatie bovenaan zetten, dachten andere zorgverleners juist dat er behoefte was aan steun. Daarnaast werd er niet altijd aan de informatiebehoefte van de patiënt voldaan, door onder andere een tekort aan tijd, inadequate kennis, of door een beginnende verpleegkundige voor wie de IC en de emoties van de patiënt overweldigend kan zijn. Het is belangrijk om hier rekening mee te houden om goed aan de informatiebehoefte van de patiënt en zijn naasten te kunnen voldoen (Wesson, 1997).

Naasten konden zelfs meer stress ervaren dan de patiënt. Een review gaf aan dat naasten in de voorlichting vaak werden vergeten en slecht geïnformeerd werden. Toch benadrukte dit onderzoek dat het belangrijk was om de behoeften van de familie te vervullen om stress te verminderen (Khalaila, 2014). Naasten wilden daarnaast het gevoel houden dat er hoop was, wilden goed geïnformeerd blijven over het behandelproces en dicht bij de patiënt kunnen blijven. Er is gebleken dat de naasten een grote invloed hadden op de loop van het ziekteproces en als er niet naar de behoeften van de naasten werd gekeken, konden ze het herstel van de patiënt in de weg zitten (Wallis et al., 1997). Op de MC was het contact met naasten ook erg belangrijk. Echter hebben de studentonderzoekers zich, na overleg met de opdrachtgever, tijdens dit onderzoek vooral bezig gehouden met de behoeften van de patiënt en de naasten dus niet binnen dit onderzoek betrokken.

2.5.2 Informatiebehoefte bij overplaatsing naar de MC

Wanneer een patiënt voldoende is opgeknapt wordt de patiënt overgeplaatst naar een MC of een verpleegafdeling. De MC-afdeling in het Radboudumc ziet dan ook veel patiënten vanuit de IC komen. Paul, Hendry en Cabrelli (2004) tonen in hun onderzoek aan dat patiënten en hun naasten de overplaatsing als traumatisch en stressvol ervaren. Het was voor de patiënten heel moeilijk te begrijpen en te accepteren dat de aandacht niet meer volledig op hen gericht was, maar verdeeld moest worden over meerdere patiënten. Zorg van één op één op de IC naar één op zes op een andere afdeling. Veel patiënten voelden zich één van de vele patiënten (Paul et al., 2004). Ook in het Radboudumc verschuift de zorg van één op één op de IC naar één op twee op de MC. De opdrachtgever gaf eerder al aan dat patiënten op de MC het ook moeilijk vonden dat de aandacht dan verdeeld moest worden. Uit het onderzoek bleek verder dat naasten vaak zowel opgelucht waren dat hun naaste beter werd, maar tegelijkertijd ook angstig waren, omdat hun naaste uit de beschermde omgeving van de IC werd gehaald. Patiënten en naasten ervaren de communicatie op de afdelingen in vergelijking met de informatie op de IC vaak als moeilijk te begrijpen en als incompleet. Dit leidde bij veel patiënten tot angst, frustratie en boosheid door het gevoel dat ze niet serieus genomen werden (Paul et al., 2004). Tevens toonden Cullinane en Plowright (2013) in hun review aan dat patiënten die van een IC afkwamen niet voldoende informatie kregen. Door de patiënt volledige en duidelijke informatie te geven kon je de vaak genoemde angst en onwetendheid uit een toch al stressvolle gebeurtenis deels wegnemen. Ook hieruit bleek dat het geven van informatie van essentieel belang is om goed aan de informatiebehoefte van

de patiënt en zijn naasten te kunnen voldoen. Daarnaast werd de patiënt hierdoor in staat gesteld mee te kunnen beslissen in het behandelproces (Cullinane & Plowright, 2013).

2.6 Gezamenlijke besluitvorming

Al in de vierde eeuw voor Christus maakte de Griekse arts Hippocrates gebruik van een behandelproces: klinisch onderzoek, prognose en therapie. In de moderne literatuur wordt er echter vaker gesproken over het geneeskundig proces of het ‘zes stappenmodel’, dan over het behandelproces. Het ‘zes stappenmodel’ bestaat uit de volgende stappen: evalueer de problemen, identificeer het doel, bepaal behandel mogelijkheden, selecteer de geschikte behandeling voor deze patiënt, stel de definitieve behandeling vast en plan controlemogelijkheden (Kaasenbrood & Tiemens, 2010). Op de MC in het Radboud wordt echter gesproken van een behandelproces, dus deze term werd gedurende dit onderzoek gebruikt. Het behandelproces omschrijft eigenlijk het hele proces van het eerste contact tot en met het ontslag, waarbij de verwachtingen van en de interactie met de patiënt een zeer belangrijke rol spelen (Grundmeijer, Reenders, & Rutten, 2004).

Gezamenlijke besluitvorming of in het Engels gezegd “Shared decision making”, wordt gebruikt om de samenwerking tussen meerdere personen te beschrijven (Elwyn et al., 2004). In het behandelproces is het ook belangrijk dat professionals, waaronder artsen en verpleegkundigen, gezamenlijk met de patiënten tot een besluitvorming komen over de patiënt zijn behandelproces. Elwyn et al. (2004) beschreven in hun onderzoek dat gezamenlijke besluitvorming gaat over de professionals die dilemma's duidelijk en eerlijk moeten bespreken met de patiënten, zodat zij over de opties na kunnen denken en de voor hun juiste beslissing kunnen maken. In het onderzoek werd ook beschreven dat wanneer een besluit genomen wordt zonder de patiënt, bijvoorbeeld tijdens een operatie, de betreffende arts toch de waarden van de patiënt in acht moet houden.

Uit de review van Wesson (1997) blijkt tevens dat patiënten die gestimuleerd werden om hun eigen beslissingen te nemen met betrekking tot het behandelproces, beter functioneerden en beter omgingen met moeilijkheden dan wanneer zij van anderen advies kregen. Om beslissingen te kunnen maken heeft de patiënt voldoende kennis nodig. Krijgt de patiënt dit niet, dan zal hij niet optimaal bij het behandelproces kunnen worden betrokken.

2.7 Beroepsrelevantie

De gezondheidszorg in Nederland blijft zich steeds verder ontwikkelen en het besef dat kwalitatief goede zorg niet alleen het beste is voor de patiënt, maar ook nog eens het goedkoopst is, dringt steeds meer door (Zorginstituut Nederland, z.d.). Zorgprofessionals, zorginstellingen en patiënten nemen dan ook steeds meer initiatieven om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Ook in de verpleegkundige beroepspraktijk is het waarborgen en het verbeteren van de kwaliteit van zorg een belangrijk onderdeel (Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland (V&VN), 2012). Om de kwaliteit van zorg te waarborgen staan de competenties van de verpleegkunde en verzorgende beroepsgroep vastgelegd in het beroepsprofiel BN2020. Dit beroepsprofiel omschrijft belangrijke waarden en normen van de beroepsgroep en geeft zo uitgangswaarden voor het handelen. Het nieuwe beroepsprofiel BN2020 geeft aan dat informatievoorziening een belangrijk onderdeel is van verplegen. Een van die uitgangswaarden in de rol van ‘de zorgverlener’ die goed aansluit bij onze onderzoeksvraag is: *‘De verpleegkundige houdt in haar handelen rekening met de wensen, behoeften en privacy van patiënten en diens naasten’* (V&VN, 2012). In dit onderzoek draaide het vooral om de behoeften en wensen van de patiënt rondom de

informatievoorziening en doordat uit dit onderzoek is gebleken wat de informatiebehoeften van de MC patiënt zijn, kan de verpleegkundige beter rekening houden met die behoeften en wensen tijdens de informatieverstrekking. Tevens wordt er binnen de rol van de communicator verwacht dat de verpleegkundige een goed inschattingsvermogen heeft van de informatiebehoefte die de patiënt heeft en doordat de verpleegkundigen door dit onderzoek handvatten krijgen met betrekking tot de informatiebehoefte om die inschatting te kunnen maken, kan er beter aan de informatiebehoeften van de patiënten worden voldaan. Dit geldt echter voornamelijk voor verpleegkundigen en patiënten op de MC, omdat het onderzoek daar specifiek op is gericht.

Tijdens dit onderzoek is er vastgesteld wat de informatiebehoefte van MC-patiënt is en of de informatievoorzieningen de patiënt in staat stelt om mee te beslissen in het behandelproces. Eventuele knelpunten zijn tijdens dit onderzoek naar boven gekomen en vanuit daar is er gekeken hoe de informatievoorziening verbeterd kan worden. Na dit onderzoek kan dan mogelijk beter aan de informatiebehoefte van de MC-patiënten worden voldaan en kan hij mogelijk beter meebeslissen in het behandelproces, omdat hij beter geïnformeerd kan worden. Dit onderzoek is dus ook zeker van belang voor de MC-patiënt.

Naast het voordeel dat dit onderzoek kan opleveren voor de patiënt, levert het MC-verpleegkundigen dus veel inzicht en handvatten op over zowel de informatiebehoefte van MC-patiënten, als de informatievoorzieningen op de MC in het Radboudumc. Na het onderzoek is duidelijker geworden op welk vlak de informatievoorziening goed gaat wat er nog beter kan.

Hoofdstuk 3: Methode voor onderzoek

3.1 Design

Voor dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign, omdat er bij deze vorm van onderzoek gekeken wordt naar achterliggende meningen en behoeften van een doelgroep (Bours, Eliens, Achterberg, & Goossens, 2015). Binnen dit onderzoek houdt dit dus in dat er gekeken is naar de informatiebehoeften van de MC patiënt en naar hun meningen over de informatievoorzieningen.

Binnen het kwalitatieve onderzoeksdesign is er gekozen voor een beschrijvende kwalitatieve survey. Hier is voor gekozen, omdat er bij deze vorm van onderzoek gebruik kan worden gemaakt van interviews en er op deze manier een beschrijving kan worden gegeven van de belevingen en ervaringen van de MC patiënt (Doorewaard, Kil, & Ven, 2015).

3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

Voor dit onderzoek werden patiënten op de MC-afdeling van het Radboudumc geïnccludeerd. Om een zo divers mogelijk beeld te krijgen van de MC patiënten zijn de patiënten uit de onderzoekspopulatie onderverdeeld in vier groepen, 1) de postoperatieve patiënt, 2) de step-down patiënt vanuit de IC, 3) de patiënt vanuit de verpleegafdeling (step up) en tot slot 4) de patiënt vanuit de SEH (step up). In de onderzoekspopulatie bevonden zich zowel geplande als ongeplande opnames. De ongeplande patiënten waren de patiënten die onverwacht op de MC-afdeling zijn opgenomen, zoals patiënten die vanaf de spoedeisende hulp (SEH) waren opgenomen, patiënten die onverwacht waren overgekomen vanuit de IC-afdeling (step-down, denk aan patiënten die hierna naar de verpleegafdeling zouden gaan, maar toch een extra dag naar de MC toe moeten) of patiënten die vanuit verpleegafdelingen (step up) waren overgekomen. De geplande patiënten waren de patiënten die bijvoorbeeld na een operatie op de MC komen of vooraf te horen hadden gekregen dat zij één of meerdere nachten op de IC zouden moeten verblijven en vervolgens één of meerdere dagen naar de MC toe moesten.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van exclusiecriteria, om zo te kijken welke patiënten buiten de onderzoekspopulatie vielen. Een patiënt viel buiten de onderzoekspopulatie wanneer hij één of meerdere exclusiecriteria bezat: 1) patiënten onder de achttien jaar; 2) patiënten die niet voldoende beheersing hadden van de Nederlandse en/of Engelse taal; 3) patiënten die gesedeerd waren; 4) patiënten die een delier² ondergingen; en 5) patiënten met spraakproblemen (bijvoorbeeld ten gevolge van een canule). De patiënten die geïnccludeerd werden in het onderzoek zullen in het verdere verslag respondenten worden genoemd.

De steekproef voor dit onderzoek was een selecte steekproeftrekking, waarbij gekozen is voor een doelgerichte steekproef. Hier is voor gekozen omdat het bij deze steekproef mogelijk was respondenten doelgericht uit te kiezen op basis van bepaalde kenmerken. Tijdens dit onderzoek is dan ook telkens gezocht naar respondenten binnen de vier specifieke patiëntencategorieën en wanneer er genoeg data waren verzameld over één patiëntencategorie, zijn de studentonderzoekers op zoek gegaan naar andere respondenten. In paragraaf 3 'Dataverzameling' zal de werkwijze nader worden toegelicht. De steekproef bestond uiteindelijk uit twaalf respondenten, waarvan vier postoperatieve respondenten, drie SEH respondenten, twee respondenten vanuit de verpleegafdeling en drie respondenten

² Acute verwardheid

vanuit de IC. Hierbij werd saturatie nagestreefd, wat inhoudt dat er net zo lang door is gegaan met gegevens verzamelen tot er verzadiging optrad, wat betekende dat er geen nieuwe informatie meer naar voren kwam (Baarda, 2014).

3.3 Dataverzameling

In dit onderzoek is ervoor gekozen om de data te verzamelen door middel van face-to-face, diepte-interviews met respondenten op de MC-afdeling in het Radboudumc. Hier is voor gekozen, omdat de belevingen van de respondent zo goed in kaart konden worden gebracht en er goed doorgevraagd kon worden. Tevens kregen respondenten op deze manier de gelegenheid om vragen te stellen en het zorgde ervoor dat de respondenten meer sturing konden geven aan het beantwoordingsproces (Baarda, 2014). Tot slot was deze vorm van onderzoek voor de patiënt minder belastend, aangezien de patiënt niet behoefde te lezen of te schrijven en zelf aan kon geven wanneer hij te veel belast werd. In verband met de gezondheidstoestand werden de interviews individueel afgenomen op de kamer van de respondent zelf. Om eventuele beïnvloeding zoveel mogelijk te voorkomen is er zo veel mogelijk geprobeerd om te vermijden dat twee respondenten op dezelfde kamer lagen. Dit is tijdens dit onderzoek dan ook niet voorgekomen, elke respondent had een eigen kamer.

De interviews waren semi-gestructureerd van vorm, omdat het gesprek op deze manier toch gestructureerder verliep dan een ongestructureerd interview, maar het de patiënt wel de ruimte gaf om zelf informatie in te brengen. Vanuit de topics is een semi-gestructureerde vragenlijst opgesteld die in paragraaf 3.3.1 'Meetinstrument' verder zal worden toegelicht. Tijdens de interviews is geprobeerd zo veel mogelijk door te vragen bij de antwoorden van de respondent. De gegevens zijn cross-sectioneel verzameld, wat wil zeggen dat de gegevens éénmalig, op één bepaald moment zijn verzameld.

Tijdens dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een 'iteratief proces'. Dit betekent dat na elke twee tot vier interviews een analyse is gemaakt van de afgenomen interviews (Baarda, 2014). Na elke analyse werd gekeken welke respondenten nog variatie konden bieden, zodat een zo representatief mogelijk beeld kon ontstaan van de populatie op de MC.

De data zijn verzameld in een tijdsperiode van drie weken, namelijk week 46, 47 en 48 in 2016. De studentonderzoekers waren elke dinsdag- en donderdagochtend op de afdeling om respondenten te werven. De studentonderzoekers hebben vooraf met de opdrachtgever gekeken welke respondenten aan de inclusiecriteria voldeden en hebben daarna gekeken bij welke respondenten de studentonderzoekers langs konden gaan. De respondenten kregen een informatiebrief (zie bijlage 3) en het toestemmingsformulier (zie bijlage 4), waardoor de patiënten op de hoogte werden gebracht van het doel en de rechten van de patiënt binnen het onderzoek. De verpleegkundigen zijn voorafgaand aan de onderzoeksperiode per mail geïnformeerd, door middel van een informatiebrief (zie bijlage 5). Wanneer respondenten aangaven mee te willen doen, werden de interviews afgenomen. De interviewer leidde het gesprek, terwijl de observator bijhield of de interviewer vragen vergeten was te stellen en in de gaten hield of ergens nog meer door had kunnen worden gevraagd. Ook maakte de observator aantekeningen tijdens de interviews van punten die de observator opvielen en bewaakte zij de tijd. Deze rollen werden elk interview omgewisseld.

3.3.1 Meetinstrument

Om de interviews zo goed mogelijk af te kunnen nemen is er gebruik gemaakt van een semi-gestructureerde vragenlijst opgesteld vanuit de topics, deze worden verder hoofdcategorieën genoemd (zie bijlage 6). Dit houdt in dat vooraf al hoofdcategorieën zijn opgesteld waar de

studentonderzoekers het in ieder geval over wilden hebben en sloten tevens aan bij de deelvragen. Binnen die categorieën zijn voornamelijk open vragen en een aantal doorvraag mogelijkheden opgesteld. Vooral de open vragen zorgden ervoor dat de kans op vertekening verminderd werd, omdat de studentonderzoekers dan minder invloed hadden op beantwoording en er bij open vragen minder gestuurd kon worden naar een bepaald antwoord (Verhoeven, 2014). De volgorde van de vragen kon in beperkte mate worden aangepast indien dit beter in de loop van het gesprek paste (Baarda, Goede, & Teunissen, 2009).

Vooraf is met de opdrachtgever overlegd hoe die vragenlijst er uit moest komen te zien en wat er in ieder geval in terug moest komen. Met behulp van de literatuur uit Baarda (2014) is er rekening gehouden met de eisen van het opstellen van goede vragen. De literatuur is doorgenomen en er is een samenvatting gemaakt van 'eisen' aan goede interviewvragen waar vervolgens rekening mee is gehouden tijdens het opstellen van de vragen. Toen de vragenlijst eenmaal opgesteld was, zijn zowel de hoofdcategorieën als de vragen voorgelegd aan de opdrachtgever en de docentbegeleider. Na goedkeuring zijn de volgende hoofdcategorieën opgesteld: 1) informatiebehoefte, 2) mondelinge informatievoorzieningen, 3) schriftelijke informatievoorzieningen, 4) betrokkenheid behandelproces. De semi-gestructureerde vragenlijst is opgezet met als doel om de respondent zelf na te laten denken en een betekenis te geven aan een onderwerp dat door een onderzoeker aan hem of haar werd gegeven (Verhoeven, 2014).

3.4 Dataverwerking en -analyse

Nadat de interviews waren afgenomen, werden de data verwerkt en vond de analyse plaats.

3.4.1 Dataverwerking

De verzamelde data werden verwerkt door alle afgenomen interviews te transcriberen. Dit hield in dat de geluidsopname letterlijk werd uitgetypt met een tekstverwerkingsprogramma (Baarda et al., 2009). Voor dit onderzoek werd 'Word 2010' gebruikt, omdat de studentonderzoekers daar de meeste ervaring mee hadden. Daarnaast werd er gebruik gemaakt van het programma: 'Listen 'n Write'. Dit programma zorgde ervoor dat audiobestanden langzamer afgespeeld kon worden en er geen informatie kon worden overgeslagen of gemist. Hierdoor konden de interviews nauwkeuriger worden getranscribeerd. Persoonlijke gegevens van de respondenten werden vervangen door codes, in de vorm van nummers, zodat de anonimiteit van de respondenten gewaarborgd bleef. Deze worden aangegeven met een P, gevolgd door het volgnummer van het interview. Er is voor gekozen om de interviews binnen één dag na het betreffende interview te transcriberen. Dit verhoogde de nauwkeurigheid en zorgvuldigheid, omdat eventuele vertekening (bias) kon worden tegengegaan en er op deze manier ook beter bepaald kon worden welke patiënten variatie konden bieden aan het onderzoek. Tevens werd nieuw gehoorde informatie gecontroleerd in een volgend interview (Baarda, 2014). Bij het transcriberen werden de zinnen die gesproken waren door de interviewer, aangeduid met een [I], zinnen door de observator met een [O] en zinnen door de patiënt met een [P]. Een reactie van een naaste is aangeduid met een [M].

3.4.2 Data-analyse

Nadat de data zijn getranscribeerd, is de volgende stap het analyseren van de data. Er is gekozen voor categoriaal coderen, omdat de interviews meer gestructureerd werden dan vooraf gedacht, voornamelijk doordat respondenten erg ziek waren en er weinig informatie

vanuit hun zelf kwam op de open vragen. Vaak gaven respondenten aan het eigenlijk niet te weten. Hierdoor moest af en toe meer doorgevraagd worden met gesloten vragen en voorbeelden en werd de vragenlijst na enkele interviews gestructureerder. Doordat de vragen nu meer gestructureerd waren dan van tevoren werd gedacht, stonden de data al meer geordend, waardoor er al snel categorieën zichtbaar werden. Er is daarom voor gekozen om die categorieën te blijven gebruiken en categoriaal te coderen.

Allereerst is alle informatie onderverdeeld onder de juiste categorieën. De hoofdcategorieën zijn ontstaan aan de hand van de deelvragen en waren tevens de hoofdcategorieën die gebruikt zijn in de interviews. Er is voor die hoofdcategorieën gekozen, omdat die categorieën de data het beste omvingen. Binnen deze hoofdcategorieën is het transcript onderverdeeld in fragmenten. Dit waren tekstgedeelten die op logische gronden een geheel vormden (Doorewaard et al., 2015). Vervolgens zijn alle fragmenten beoordeeld op relevantie. Om geen data te missen zijn in eerste instantie alleen fragmenten die helemaal niets met het onderzoeksonderwerp te maken hadden geëxcludeerd (Baarda et al., 2009). Niet relevante data zijn dan doorgestreept. Alle bij elkaar horende tekstfragmenten kregen een eigen kleur en hieraan werd een label verbonden in de vorm van een subcategorie (Donk & Lanen, 2011). Wanneer alle informatie bijvoorbeeld ging over gekregen informatie tijdens de opname, is daar de subcategorie ‘verkrege informatie’ aan verbonden. De volledige uitwerking, met onderbouwing van elke subcategorie, is te vinden in bijlage 7. De volledige uitwerking van de data-analyse is op te vragen bij de studentonderzoekers.

3.5 Zorgvuldigheidseisen

Objectiviteit is een belangrijke kwaliteitseis binnen het kwalitatieve onderzoek. Het onderzoek moet transparant zijn, wat wil zeggen dat het voor de lezer duidelijk moet zijn hoe de onderzoeker aan zijn conclusies komt. Tijdens dit onderzoek zijn meerdere zorgvuldigheidseisen toegepast en deze zullen hieronder nader worden toegelicht.

3.5.1 Geldigheid

Geldigheid geeft aan of er een juiste afspiegeling wordt gegeven over de verzamelde gegevens en de bestaande werkelijkheid. Geldigheid heeft dus te maken met de kwaliteit van de gegevens en vooral met de mate waarin deze een geldige weergave zijn van het te bestuderen fenomeen in de praktijk (Baarda, 2014). Om de geldigheid te verhogen werd ten eerste gebruik gemaakt van een audit trial, het logboek. Het onderzoeksproces werd hierin precies bijgehouden en bijzonderheden werden erin vermeld. Deze maatregel zorgt ervoor dat het onderzoek transparanter wordt. De lezer krijgt zo inzicht in de werkwijze gedurende dit onderzoek (Baarda et al., 2009). Het logboek kan opgevraagd worden bij de studentonderzoekers. Een tweede kwaliteit verhogende maatregel was het gebruik van ‘Peer debriefing’. Twee experts (opdrachtgever en docentbegeleider) werden gevraagd om de bevindingen uit dit onderzoek in te zien en te controleren op eventuele vertekening door de studentonderzoekers. Tevens werd gevraagd of de vragenlijst voor de interviews compleet was, zodat deze lijst bij de start van de gegevensverzameling ook een compleet beeld kon schetsen over de bestaande werkelijkheid. Vóór de gegevensverzameling werd er kritisch gekeken naar eigen meningen, opvattingen en vooroordelen van de studentonderzoekers, met als doel de objectiviteit en geldigheid te waarborgen. Door bewust te worden van eventuele vooroordelen en eigen meningen werden deze niet mee genomen bij het uitvoeren en analyseren van de interviews, waardoor er objectiever kon worden gekeken. Ten slotte werden de data binnen twee tot vier dagen geanalyseerd, om eventuele vertekening te voorkomen (Baarda et al., 2009).

3.5.2 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid is de mate waarin de resultaten onafhankelijk zijn van toeval. Dit wil zeggen dat de gegevens niet, of vrijwel niet, afhangen van toevallige factoren (Doorewaard et al., 2015). Het moest duidelijk zijn waar de conclusies van dit onderzoek op waren gebaseerd; het moest controleerbaar en transparant zijn. Er is een semi-gestructureerde vragenlijst opgesteld, waardoor er een eenduidig interviewbeleid voor de ontstond

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te bevorderen, hebben de studentonderzoekers afzonderlijk van elkaar de analyses uitgevoerd (Baarda, 2014). Op basis van de transcribaties zijn de data individueel verdeeld over de categorieën en er is vervolgens samen naar de categorieën gekeken. Bij een aantal tekstfragmenten ontstond er enige discussie, maar na overleg zijn alle tekstfragmenten onderverdeeld. Hierbij ontstonden verder geen problemen. Daarnaast zijn de interviews ook afzonderlijk geanalyseerd voor de intersubjectiviteit. Dit houdt in dat er na werd gegaan in hoeverre de onderzoeksresultaten gekleurd waren door de onderzoeker. Gedurende dit onderzoek werden korte reflecties gemaakt, waarbij bijgehouden werd hoe interviews verliepen en wat de bijzonderheden waren. Tevens werden memo's geschreven met betrekking tot het profiel van de verschillende respondenten en de verschillende codes. Dit verbetert de transparantie van dit onderzoek. Ten slotte wordt de betrouwbaarheid verhoogd door de audio-opnames en de transcripten te bewaren op een beveiligde USB stick, zodat men ter controle de oorspronkelijke data kan inzien (Baarda et al., 2009).

3.6 Ethische verantwoording

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een aantal medische gegevens van de respondenten, dit in verband met het later groeperen van de respondenten. Respondenten werden gekoppeld aan een nummer, zodat de verkregen informatie later geordend kon worden zonder dat de privacy van de respondent geschaad werd. De studentonderzoekers hebben een geheimhoudingsverklaring getekend (zie bijlage 7), waarin werd beschreven dat zij geen respondentinformatie met derden mochten delen en dat de geheimhoudingsplicht ook van kracht blijft na het onderzoek.

De studentonderzoekers uit dit onderzoek hebben zich tijdens dit onderzoek gehouden aan de vijf regels van "Gedragcode praktijkgericht onderzoek". In de vijf regels van de gedragscode wordt het gedrag van studentonderzoekers beschreven.

Studentenonderzoekers moesten zich onder andere richten op relevante professionele en maatschappelijke praktijkproblemen, respectvol, zorgvuldig en integer waren en hun keuzes verantwoorden in het onderzoek (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters, & Peij, 2010).

De wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) geeft aan dat voorafgaand aan de uitvoering van wetenschappelijke onderzoeken, deze onderzoeken eerst moeten worden voorgelegd aan een erkende medisch-ethische toetsingscommissie (METC) of de centrale commissie mens gebonden onderzoek (CCMO) (Centrale commissie mens gebonden onderzoek (CCMO), 2016). Vanuit het Radboudumc is aangegeven dat dit onderzoek een kwaliteitsverbetering was en geen wetenschappelijk onderzoek, hierdoor was deze wet niet van toepassing (Radboudumc, 2015b). Ook was dit onderzoek niet WMO plichtig aangezien respondenten niet werden onderworpen aan handelingen (CCMO, 2016). De interviews werden op vrijwillige basis afgenomen en patiënten werden voorgelicht over hun rechten en plichten tijdens het onderzoek.

Hoofdstuk 4: Resultaten

4.1 Inleiding

Tijdens de onderzoeksperiode gaven twaalf MC-patiënten aan mee te willen doen aan dit onderzoek en er zijn dan ook twaalf patiënten daadwerkelijk geïnterviewd. De patiënten, in het vervolg 'respondenten' genoemd, hadden uiteenlopende ziektebeelden en zijn dus onderverdeeld in de vier patiëntencategorieën. Er waren drie respondenten vanuit de IC, drie respondenten vanuit de SEH, vier postoperatieve respondenten en twee respondenten vanuit de verpleegafdeling. Hierbij zijn acht respondenten van het mannelijk geslacht en vier respondenten van het vrouwelijk geslacht. De gemiddelde leeftijd van de respondenten samen was 66 jaar, waarbij de leeftijden varieerden tussen de 52 en 80 jaar. De volledige respondentkarakteristieken zijn terug te vinden in bijlage 9.

De resultaten zullen worden beschreven aan de hand van de hoofdcategorieën en de subcategorieën die zijn gebruikt bij de data-analyse. De resultaten zullen worden weergegeven in de volgorde van de in tabel 4.1 weergegeven hoofd- en subcategorieën en zullen in de tekst dikgedrukt worden aangegeven.

Tabel 4.1 Hoofd- en subcategorieën

Hoofdcategorie	Subcategorie
Informatiebehoeften	
	1. Mondelinge behoeften
	2. Schriftelijke behoeften
	3. Voorkeur mondelinge of schriftelijke informatie
Mondelinge informatie	
	1. Verkregen informatie
	2. Voorbereiding op MC
	3. Hoeveelheid informatie
	4. Omstandigheden bij informatieverstrekking
	5. Tevredenheid met betrekking tot informatieverstrekking
	6. Informatievoorziening andere afdelingen/ziekenhuizen
	7. Cijfer mondelinge informatie
Schriftelijke informatie	
	1. Schriftelijke informatie over de behandeling
	2. Geïnformeerd met schriftelijke informatie over MC
	3. Hoeveelheid informatie
	4. Aansluiten schriftelijke en mondelinge informatie
	5. Verbeterpunten
	6. Cijfer schriftelijke informatie
Gezamenlijke besluitvorming	
	1. Ervaring met betrekking tot gezamenlijke besluitvorming
	2. In staat worden gesteld mee te beslissen
	3. In staat worden gesteld door mondelinge informatie
	4. In staat worden gesteld door schriftelijke informatie
	5. Stimulatie meebeslissen
	6. Beter meebeslissen

Tijdens de beschrijving van de resultaten zal veelvuldig gebruik worden gemaakt van geciteerde reacties van de respondenten. Achter elke citaat staat een code, waarmee het citaat opgevraagd kan worden. De citaatcodes zijn terug te vinden in bijlage 7.

4.2 Informatiebehoeften

4.2.1 Mondelinge behoeften

Uit de interviews is gebleken dat zeven van de twaalf respondenten niet voorbereid waren op de MC-opname. Zes van de zeven respondenten gaven aan géén behoefte te hebben aan deze voorbereidende informatie over de MC en drie respondenten gaven daarbij aan in grote lijnen wel ongeveer te weten wat de MC voor een afdeling was.

“Nee, ja geen algemene informatie, maar goed je weet zelf natuurlijk wel ongeveer wat zo iets is” [1.1.1]

“I: Had u er behoefte aan gehad om voorbereid te worden op de MC opname?”

P: Ja, eigenlijk niet bewust, nee. Want ja je moet daar toch komen en het is maar afwachten wat ze dan met je gaan doen. Als ze mij van tevoren gaan vertellen wat ze gaan doen dan kan ik er goed van slag van raken. Omdat je de informatie dan niet goed kan plaatsen.” [1.1.8]

Hoewel zes respondenten geen behoefte hadden aan informatie over de MC, vonden respondenten het wél belangrijk dat familieleden van deze informatie op de hoogte werden gebracht en gaven dan ook aan het prettig te vinden als hun familielid informatie van de verpleegkundige ontvangt. Eén respondent gaf hierbij expliciet aan dat de informatie over de MC beter tegen haar partner kon worden verteld, zodat haar partner de informatie kon geven wanneer zij hier zelf behoefte aan had.

“M: Ik kan dat makkelijker opnemen natuurlijk en het later weer verwoorden naar haar toe. P: Ja als hij het maar weet is het genoeg” [1.1.7]

Vijf respondenten en/of hun naasten hebben informatie over de MC verstrekt gekregen door middel van een opnamegesprek. Tevens zijn zeven respondenten gevraagd naar het belang van zo’n opnamegesprek en hierbij gaven vijf respondenten aan weinig behoefte te hebben aan een opnamegesprek, omdat hun hoofd er niet naar stond en ze de informatie niet relevant vonden. De respondenten vonden het vooral belangrijk dat de verpleegkundigen kennis met hen maakten en de belangrijkste dingen over de afdeling aan de naasten doorgaven. Belangrijke informatie die tijdens een opnamegesprek dan aan de naasten verteld zou moeten worden is informatie over bezoektijden, de reden van opname op de MC en de bewaking. In twee gesprekken waar een naaste aanwezig was bleek ook dat zij wel informatie over de afdeling hadden gehad en hier ook behoefte aan hadden.

“Niet een officieel gesprek in ieder geval. Ik maakte kennis met de verpleegkundigen en dat vond ik het belangrijkste. Ik kreeg een goede indruk van ze en dan voel je je veilig” [1.1.1]

“Nee daar staat je hoofd op dat moment niet naar, je bent al blij dat je in goede handen bent en dat alles loopt zoals het loopt” [1.1.2]

Respondenten gaven aan verschillende behoeften te hebben met betrekking tot de mondelinge informatievoorziening. Alle respondenten vonden informatie omtrent het ziektebeeld en het behandelproces het meest belangrijk om te horen.

“Je wilt gewoon weten hoe het afloopt en zo en over de ziekte, maar over de afdeling moet ik geen informatie hebben.” [1.1.3]

Van de verpleegkundige wilden respondenten onder andere graag willen horen wat ze bij de patiënt gaan doen en wat alle ‘slangetjes’ zijn (Drains, sonde, infuus, etc.). Daarnaast is er

de behoefte aan eerlijke en duidelijke informatie op het moment dat er zich ontwikkelingen voor doen. Wel werd genoemd dat dit op de MC zeker het geval is.

“Als het relevante informatie is moet je het meteen krijgen. Dat is de kracht van informatie, niet iets opsparen tot jij geschikt wordt geacht om de informatie te geven. Maar als er zich ontwikkelingen voordoen, moet je gelijk op de hoogte gebracht worden. Dat doen ze hier ook wel hoor.” [1.1.5]

Vier respondenten gaven aan dat veel informatie nogal overweldigend kan zijn en er werd dan ook aangegeven dat informatie beknopt moet zijn. Een respondent gaf aan dat wanneer hij erg ziek is en zich slecht voelt, zijn behoefte aan informatie kleiner is dan wanneer hij zich al wat beter voelde.

“Ik had eigenlijk geen behoefte aan informatie. Ik was gewoon te ziek denk ik. [1.1.3]

Tevens gaf één respondent aan dat het afhankelijk is van de persoon die de informatie verstrekt. Wanneer hij/zij enthousiast was, was er meer behoefte aan informatie dan wanneer er geen klik was.

“P: Als ik zie dat er een bepaald enthousiasme is dan vind ik het al beter.. Dus het hangt ook af van de verpleegkundige die uitleg geeft. De vriendelijkheid, de aardigheid. I: En als ze aardig zijn wilt u meer weten dan dat iemand niet vriendelijk is? P: Ja dan heb ik meer behoefte dan dat iemand loopt te snauwen” [1.1.11]

Vijf respondenten gaven aan niet goed te kunnen benoemen wat hun behoeften precies zijn en dat zij eigenlijk niet meer wensen dan al wordt gegeven aan informatie.

“Ik word zo perfect in de watten gelegd met van alles en nog wat. Ik heb verder niets te wensen” [1.1.10]

4.2.3 Schriftelijke informatiebehoeften

Acht respondenten zijn met behulp van schriftelijke informatie geïnformeerd, waarbij zeven respondenten aangaven behoefte te hebben aan schriftelijke informatie als ziektebeeld, ingreep en de afdeling. Wel werd deze informatie het liefst voorafgaand aan de opname gekregen en niet tijdens de opname zelf. Van de vier respondenten die géén schriftelijke informatie hebben gehad gaven drie respondenten aan ook geen behoefte te hebben.

“Nee, helemaal niet. Ik vertrouw het allemaal wel. Ik laat het op me afkomen” [1.2.1]

“Nee ik heb in de koffiekamer allemaal dingen op papier gezien en toen dacht ik wel dat komt nog wel. Ik weet niet of ik er gisteren nog behoefte aan had gehad om het te lezen, maar dat was misschien wel handig geweest” [1.2.2]

Toen er gevraagd werd naar voorbeelden van schriftelijk verstrekte informatie, werden de informatieboekjes over de MC in eerste instantie niet genoemd. Echter bleek nadat er doorgevraagd werd, dat zeven respondenten wel degelijk schriftelijke informatie over de MC afdeling verstrekt hebben gekregen en daar ook behoeften aan hebben gehad. De vijf respondenten die geen schriftelijke informatie verstrekt hebben gekregen, gaven allemaal aan hier ook geen behoeften aan te hebben gehad. Daarentegen gaven drie van de vijf respondenten wel aan dat zij het belangrijk vonden dat hun naasten wel op de hoogte waren van de informatieboekjes over de MC.

“I: Zou u die in het vervolg dan wel of niet schriftelijke informatie over de MC afdeling ontvangen? P: Ja dat zou ik wel fijn vinden. Dan weet je een beetje hoe of wat. Maar je kunt ze geloof ik ook zelf pakken hè” [1.2.11]

“Ja standaard daar kijk je alleen in als iets niet goed gaat. Net als de gebruiksaanwijzing van de wasmachine, als deze kapot is dan komt het boekje uit de kast” [1.2.12]

Drie chirurgische respondenten kregen een informatieklapper waarin veel informatie vermeld stond. Het informatieboekje over de MC was daar echter niet in te vinden is, terwijl hier wel behoefte aan was.

“Ik had het wel fijn gevonden als er een boekje over de MC in stond, want dan had je het van tevoren geweten.” [1.2.5]

4.2.3 Voorkeur mondelinge of schriftelijke informatie

Drie van de twaalf respondenten zijn specifiek bevraagd naar hun voorkeur voor schriftelijke of mondelinge informatie. Alle drie de respondenten gaven aan op de afdeling zelf geen behoeften meer te hebben aan schriftelijke informatie en dus liever mondelinge informatie te ontvangen. De overige negen respondenten hebben tussendoor zelf hun voorkeur aangegeven en gaven allemaal aan op de afdeling liever mondelinge informatie te ontvangen. De respondenten die behoefte hadden aan schriftelijke informatie, ontvangen dit ook liever vooraf. Als reden werd hier voor gegeven dat de respondent op het moment dat hij op de MC komt te ziek is om allemaal folders door te lezen en vandaar dat hij dan ook liever mondelinge informatie ontvangt.

“Schriftelijke informatie hoef ik niet meer op de afdeling. Ik ontvang het liever van jullie dan dat ik het zelf moet lezen” [1.3.11]

4.3 Mondelinge informatievoorzieningen

Uit de interviews is gebleken dat alle respondenten veelvuldig mondelinge **informatie verstrekt** hebben gekregen. De informatie die door alle respondenten benoemd werd, is informatie over het ziektebeeld, het behandelproces, de stand van zaken en uitleg over verpleegkundige handelingen.

“Nou ik noem maar wat, zoals het bord. Wie vandaag je verpleegkundigen zijn. Wie vanavond je verpleegkundigen zijn, hoe de diensten verlopen, hoe het schema van zo’n dag verloopt, en natuurlijk wat er verder nog op je af komt” [2.1.5]

“Wat er allemaal gaat gebeuren, allemaal goede en belangrijke dingen over het ziektebeeld en wat ik wel en niet mag. Hoe het allemaal gaat verlopen” [2.1.7]

“Ja de verpleegkundige geeft dan informatie over het doorspoelen en er zijn controles van die apparaten. En er zijn zaalartsen geweest en die vertellen hoe het ging. En of het geestelijk ook goed gaat. En dat was wel fijn ja” [2.1.8]

Hoewel informatie over de MC in eerste instantie niet direct genoemd werd bij ‘gekregen mondelinge informatie’, kwam dit wel terug wanneer hier specifiek naar werd gevraagd. Vijf van de twaalf respondenten gaven aan goed **voorbereid te zijn op de MC** en hierdoor te weten wat de MC precies inhoudt. Drie respondenten gaven uitdrukkelijk aan geen informatie te hebben gehad, waarschijnlijk doordat zij heel onverwachts op de MC-afdeling zijn gekomen.

“Nee, ik heb geen informatie gehad, want ja als je geopereerd wordt dan kunnen ze pas zien of de MC nodig is.” [2.2.8]

De overige vier respondenten gaven aan niet of nauwelijks te zijn voorbereid op de MC opname en dan ook geen informatie te hebben gehad. Echter gaven drie van de respondenten die geen informatie hebben ontvangen aan in grote lijnen wel ongeveer te weten wat de MC voor een afdeling was en één respondent heeft online informatie over de MC opgezocht.

“Nee, ja geen algemene informatie, maar goed je weet zelf natuurlijk wel ongeveer wat zoiets is” [2.2.1]

“Nee, helemaal niets. Maar goed er staat veel op de site dus ik heb gewoon even gekeken op de tablet en je weet het” [2.2.5]

Respondenten krijgen van verschillende disciplines en verschillende zorgverleners veel informatie te verwerken. Daarom is gevraagd naar de ervaring van de respondenten met de **hoeveelheid mondelinge informatie**. Zeven respondenten gaven hier antwoord op, waarbij iedereen aangaf dat er over het algemeen genoeg informatie werd verstrekt, maar er wel opgepast moet worden dat het niet té veel wordt. Vier respondenten gaven aan dat er soms wel veel informatie op je af komt en dat het vaker te veel is dan te weinig.

“Ja... In sommige opzichten word ik overweldigd met dubbele informatie. Dingen die ik al 25x gehoord heb worden steeds maar weer verteld” [2.3.1]

“De informatie is genoeg, terwijl er soms wel veel informatie op je af komt” [2.3.11]

Zes van de twaalf respondenten zijn bevraagd over de **omstandigheden** waarin de mondelinge informatie werd verstrekt. Alle zes de respondenten ervoeren dit als prettig. Het is rustig op de afdeling wanneer informatie werd gegeven en er werd de tijd voor de patiënt genomen.

“Ze nemen allemaal de tijd om met je te praten, te horen wat echt het probleem is. De verpleegkundige is eigenlijk de verbinding tussen jou en de arts en dat merk je in alles. En je merkt daar wel verschil in. Ik heb een paar zeer ervaren gehad, maar ook een paar onervaren gehad. En daar zie je het verschil wel tussen. Kijk, de onervaren doen ook absoluut hun best, maar de ervaren gaan meer over de wezenlijke dingen van de verpleging praten. Meer praten over wat beweegt je nou om die vraag te stellen. Waarom wil je dat weten?” [2.4.5]

Respondenten zijn over het algemeen **tevreden** met betrekking tot de informatievoorziening. Zeven van de twaalf respondenten gaven hierop antwoord, zes respondenten waren zeer tevreden en één respondent was redelijk tevreden. Als positief punt werd onder andere de snelheid van informatieverstrekking genoemd. Informatie werd direct gegeven wanneer het bekend was. Informatie was helder en duidelijk en alles werd goed uitgelegd. Vooraf werd door de verpleegkundigen verteld wat er bij de patiënt gedaan moest worden en hoe ze dit gingen doen. Eén respondent gaf aan dat de artsen nog wel eens kortaf kunnen zijn, maar dat de verpleegkundigen het daarin tegen het echt prima doen.

“Ik ben heel tevreden, het is gewoon netjes, ze vertellen allemaal van tevoren wat ze gaan doen, hoe en waarom ze het gaan doen en dan met name de verpleegkundigen. De artsen zijn nog weleens kortaf, die leven in een andere wereld, vooral de specialisten. Die vinden zichzelf vooral heel belangrijk” [2.5.5].

Respondenten gaven aan dat ze over de bejegening van het personeel op de MC naar de respondenten toe erg tevreden te zijn over zowel de artsen als de verpleegkundigen. Acht van de twaalf respondenten die hier antwoord op gaven, gaven allemaal aan dat zij over het

algemeen tevreden zijn over de zorg en ervaren dat verpleegkundigen altijd voor hen klaar stonden en er aandacht aan de patiënt werd besteed. De respondenten gaven als voorbeelden dat de verpleegkundigen genoeg tijd vrij maakten om informatie aan de respondenten uit te leggen en respondenten niks te kort kwamen op de afdeling.

“Oh ja, ik moet zeggen het is fantastisch personeel hier! Je komt er niks te kort, je krijgt wat je vraagt dus dat is meer dan dat. Het is uh, ze proberen je allemaal zo goed mogelijk te begeleiden. Ja, ik ben goed ontvangen door de verpleegkundige die mij die dag bediende. Die heeft kort vertelt hoe het hier aan toe gaat” [2.5.5]

“Maar over de behandeling naar mij toe die kan toch niet beter. De tanden worden geпоetst, gisteren kwamen ze mijn nagels verzorgen. Nooit gedaan in mijn leven. En.. Die had er schijnbaar tijd voor en zo. En met je gebit en zo en met het wassen. Dat kan ik nooit beter gekregen hebben” [2.5.11]

Naast een aantal positieve aspecten zijn er tijdens dit interview ook **verbeterpunten** aangegeven. Eén respondent gaf aan dat de artsen teveel vakjargon gebruikten. De respondent wilde graag op de hoogte worden gehouden van hoe de medische stand van zaken is, maar gaf aan dit soms moeilijk te kunnen begrijpen doordat artsen een jargon gebruikten.

“Artsen schijnen een grote behoefte te hebben om zich af te schermen met eigen taal, ze durven niet te praten zoals wij en ik kan dan niet volgen waar ze het over hebben. Als men daar wat meer op zou letten, ben ik verder tevreden.” [2.5.1]

Wanneer dit verbeterd zou worden zou de respondent verder tevreden zijn over de mondelinge communicatie vanuit de arts. Tevens gaf één respondent aan dat er af en toe een betere afstemming mag zijn tussen verschillende specialismen, wat het best geïllustreerd kan worden aan de hand van onderstaand citaat:

“Dat heb ik hier wel gemerkt en dan zie je het verschil tussen de specialismen. Kijk deze afdeling wordt gerund door een interne geneeskundige en ik ben onder behandeling van de cardioloog natuurlijk. Dan zegt de cardioloog, als het hartritme binnen 6 dagen niet terug is, moeten we daar een definitieve oplossing voor maken, een pacemaker, en toen kwam ik hier en toen zei de interne geneeskundige 14 dagen.” [2.5.5]

Verder gaven acht respondenten aan dat er geen verbeterpunten waren en dat de mondelinge informatievoorziening vooral zo moet blijven zoals hij nu is.

Doordat de respondenten veelal op andere afdelingen zijn geweest, hadden zij ook ervaringen met de mondelinge **informatievoorziening op andere afdelingen en in andere ziekenhuizen**. Vijf respondenten gaven aan geen verschil te zien tussen de mondelinge informatievoorziening op de MC en afdelingen als de SEH, IC en de gewone verpleegafdelingen. Vijf respondenten hebben hier geen antwoord op gegeven en twee respondenten vonden de informatievoorziening op de MC beter. Eén respondent heeft op de IC gelegen en gaf aan de MC een veel vriendelijkere afdeling te vinden. De andere respondent kwam vanuit een ander ziekenhuis en gaf aan dat mensen hier op de MC net een beetje meer zorg krijgen dan in het andere ziekenhuis.

“De hele bejegening en het programma hier en daar, merk ik eigenlijk weinig verschil.” [2.6.1]

"MC is een veel vriendelijkere afdeling. De IC is echt fabriekswerk. Hier ben je gewoon een mens." [2.6.5]

"Hier is het net mensen een beetje meer zorg geven." [2.6.12]

Tot slot gaven de respondenten een **cijfer** op een schaal van nul tot tien voor de mondelinge informatievoorzieningen. Eén respondent gaf een zeven als cijfer, zes respondenten gaven een acht en de overige vijf respondenten gaven een cijfer tussen de 8,5 en de 9,5.

"Een 7 denk ik. Eigenlijk om wat ik straks zei en dus vooral over het vakjargon." [2.7.1]

"Een 9. Ik word zo perfect behandeld, wat wil ik nog meer" [2.7.10]

4.4 Schriftelijke informatievoorzieningen

Uit de interviews is gebleken dat acht respondenten **schriftelijk zijn geïnformeerd over de behandeling**, voornamelijk over het ziektebeeld, de ingreep en de afdeling waar de respondent voornamelijk zou verblijven.

"Over het ziektebeeld, foto's, uitleg, perfect. We wisten precies wat er ging gebeuren. Zelfs met foto's met wat en waar het ging gebeuren. Hoe lang het zou gaan duren. Beter kan gewoon niet" [3.1.7]

Tijdens de interviews gaven de respondenten in eerste instantie niet aan dat zij door middel van **schriftelijke informatie waren geïnformeerd over de MC afdeling**. Echter bleek nadat er doorgevraagd werd, dat zeven respondenten wel schriftelijke informatie over de MC afdeling verstrekt hebben gekregen. Daarbij vonden vier respondenten het ook belangrijk dat hun naasten wel op de hoogte waren van de informatieboekjes over de MC.

"Geef het maar aan hem, als hij het maar weet is het genoeg." [3.2.7]

De drie chirurgische respondenten hebben voorafgaand aan de opname een grote klapper gekregen met informatie over het ziektebeeld, de ingreep, het herstelproces en de verschillende afdelingen. Hoewel er verschillende afdelingen in de klapper te vinden zijn, gaf een aantal respondenten aan dat het informatieboekje over de MC daar niet in te vinden is. De meningen over deze klapper waren verdeeld. Twee respondenten gaven aan dat de klapper, ondanks dat alles duidelijk is beschreven, veel te veel informatie bevat en één respondent gaf aan dat de klapper perfect is.

"Achter in de klapper zitten weer allemaal kleine boekjes als aanhechting, ja dat is echt perfect. Kijk daar bezuinigen ze niet op en ja dat vind ik echt goed. want ook mensen in mijn directe omgeving, mijn vader, heeft dat drie keer doorgelezen. Dus die weet precies wat er gaat gebeuren. Ja dat vind ik echt goed" [3.2.4]

"En mijn vrouw heeft het ook helemaal uitgelezen. En ja dat was wel duidelijk" [3.2.9]

Alle respondenten gaven aan dat **de hoeveelheid** schriftelijke informatie voldoende was. Zoals eerder al vermeld is gaven twee chirurgische respondenten aan dat de schriftelijke informatie die zij gekregen hadden veel te veel was, de overige zes van de acht respondenten vonden de schriftelijke informatievoorzieningen voldoende.

"Er komt wel veel op je af, maar het is allemaal in begrijpelijke taal opgesteld, niet te technisch of wat dan ook. Het was voor ons goed te begrijpen" [3.3.7]

"Het was wel veel. Voor mij mag het wel iets compacter. Maar dat ligt aan mij" [3.3.9]

Drie respondenten gaven expliciet aan dat de **mondelinge en schriftelijke informatievoorzieningen op elkaar aansloten**. Gekregen informatieboekjes werden goed toegelicht en sloten ook aan op de mondelinge informatie die bijvoorbeeld bij een informatiebijeenkomst werd gegeven. Twee respondenten gaven wel aan dat de mondelinge en schriftelijke informatie soms dubbel werd verteld, maar vonden dit niet erg en konden wel begrijpen waarom het dubbel gegeven werd.

“Ja ik krijg natuurlijk wel eens iets op schrift, dat ik denk dat heb ik al mondeling gehoord, maar dan denk ik ach die mensen moeten wel allemaal op tijd en het moet wel duidelijk zijn. Er komen best wel veel mensen en sommige spreken de taal ook niet, dus het moet wel duidelijk zijn. Ook staan er soms ook plaatjes bij wat er gaat gebeuren en dat hoeft voor mij niet. Maar wel voor sommige mensen” [3.4.6]

Respondenten gaven aan niet goed te weten wat er **verbeterd** zou kunnen worden aan de schriftelijke informatievoorzieningen. Twee respondenten gaven wel een verbeterpunt aan. Eén respondent gaf aan dat er in de informatieboekjes een ‘vast’ behandelproces wordt doorlopen, maar hij gaf aan dat ieder behandelproces anders is en anders kan verlopen. Daardoor werden de informatieboekjes over de behandeling en het ziektebeeld minder relevant voor de respondent. Hij gaf aan meerdere opties te noemen, zodat patiënten bijvoorbeeld ook op de hoogte zijn als het afwijkt van ‘normaal’ en de patiënt bijvoorbeeld op een MC terecht zou komen. Hij gaf aan dat dit bijvoorbeeld in veel boekjes niet beschreven staat als mogelijke optie.

“Nou weet je achter afgezien had ik graag informatie over de MC gehad, omdat het proces anders is gelopen dan dat we vooraf hadden gedacht.” [3.5.5]

Dezelfde respondent gaf aan dat er nooit genoeg schriftelijke informatie gegeven kan worden, maar dat het wel belangrijk is om de informatieboekjes relevant en overzichtelijk te houden om de vele informatie op deze manier toegankelijker te maken.

“Nou weet je, je kunt eigenlijk nooit genoeg krijgen. Maar het is altijd de kunst om het doorbladerbaar te maken. Hoe kun je nou snel de wegen er door heen zoeken. Kijk je kunt wel 40 pagina’s sturen, maar als hij niet goed toegankelijk is dan heb je er niets aan. Dan moet je alles gaan lezen en je kunt beter de hoofdstukindeling hebben en dan de belangrijkste hoofdstukken lezen. En dan kijken naar wat voor jou belang is. Veel minder op papier en meer digitaal, want je moet je eens afvragen hoeveel mensen een laptop hebben tegenwoordig. Een laptop of een iPad” [3.5.5]

Tot slot gaven de respondenten een **cijfer** op een schaal van nul tot tien voor de schriftelijke informatievoorzieningen. Vier respondenten gaven geen cijfer, omdat zij geen schriftelijke informatie hebben ontvangen. De cijfers zes, zeven, negen en tien kwamen allemaal één keer voor en vier respondenten gaven een acht als cijfer.

“Een 7. Nou ja weet je het was leuk geweest als ik het gehad had, maar dat komt eigenlijk doordat je ons erop geattendeerd hebt. Nu denk ik dat was leuk geweest maar als je niets had gezegd dan had ik er niet over na gedacht” [3.6.2]

“Ja mijn dochter is er zeer tevreden over, dus dan toch wel een 8” [3.6.11]

“Een 10. Dat heb ik op de site ook aangegeven. Meeste dingen een 9 maar dit sprak mij gewoon aan en worden de emoties aangeraakt en dan krijg je van mij een 10” [3.6.3]

4.5 Gezamenlijke besluitvorming

Tien respondenten gaven hun **ervaring** aan met betrekking tot gezamenlijke besluitvorming. Uit de interviews is gebleken dat elke respondent het belangrijk vindt om zelf mee te kunnen beslissen in het behandelproces. Respondenten gaven vaak zelf al voorbeelden aan van grote medische beslissingen als wel of niet opereren. Hierbij werd aangegeven dat je moeilijk kunt zeggen dat je niet geopereerd wilt worden en ze veelal vertrouwen hadden in de arts.

“Nou ik heb eigenlijk niet de behoeften om mee te beslissen in de behandeling, tenzij zij mij twee duidelijke dilemma’s geven waar ze zelf ook niet uitkomen, maar dat komt weinig voor. Ik ga natuurlijk niet zeggen dat ik bijvoorbeeld niet geopereerd wil worden, dat is eigenlijk hetzelfde als wilt u blijven leven of wilt u dood.” [4.1.1]

Bij doorvragen naar het mee beslissen in “kleinere” beslissingen, bleken ze het echter wel belangrijk te vinden en werd er ook aangegeven dat het hun eigen lichaam is en het belangrijk is om hierin zelf mee te kunnen beslissen. Bij kleine beslissingen kan er gedacht worden aan het wel of niet uit bed komen, het meebeslissen bij de inname van bepaalde medicijnen (denk aan pijnmedicatie) en het al dan niet starten van fysiotherapie.

“Nou daar word je heel vrij in gelaten hè. Ergens is dat ook logisch, want het is je eigen lichaam.” [4.1.8]

Wel geeft merendeel aan dat de beslissing uiteindelijk toch bij de arts of de verpleegkundige moet liggen, maar dat het als prettig wordt ervaren om daarin toch een stem te hebben.

“Heel belangrijk, overal in. Behalve als ze zeggen niet doen, dan doen we het niet hè” [4.1.3]

Alle respondenten gaven hierbij aan het erg wel moeilijk te vinden om zelf mee te beslissen, vooral als het om grotere, belangrijkere beslissingen gaat.

“Dat is het moeilijkste dat je kunt doen. Over je eigen lichaam beslissen, wat moet erin als het moet. Ook van als je gereanimeerd wilt worden als dat nodig is” [4.1.9]

Negen van de tien gevraagde respondenten gaven aan geheel of gedeeltelijk **in staat te worden gesteld om mee te beslissen**.

“Nou bijvoorbeeld zoals vanmorgen heel mooi over fysiotherapie. Nou ja kijk ik ben voor de rest mobiel en ik heb weer gevoel met lopen en toen vroegen ze wilt u zelf weer lopen? Dat was een goed idee van de neuroloog. Dat soort dingen die je dan zelf kunt aangegeven. Dat hebben we eigenlijk vanmorgen besproken. Besproken en gelijk gedaan.” [4.2.2]

Vier respondenten gaven dan ook aan dat zij vooral goede informatie nodig hebben bij het helpen nemen van een beslissingen rondom het behandelproces. De reactie zou daarna vanzelf moeten komen. Eén respondent gaf hierbij aan dat het vooral de kunst is om in dit proces goed te communiceren.

“Informatievoorziening is één, maar het gaat om de communicatie, dat die op de goede manier plaats vindt, het is tweerichtingsverkeer.” [4.2.5]

Momenteel gaf één respondent aan onvoldoende **mondelinge informatie** te hebben gekregen, terwijl vijf respondenten uitdrukkelijk aangaven voldoende mondelinge informatie te hebben gekregen om daadwerkelijk mee te kunnen beslissen in het behandelproces. De overige zes respondenten gaven hier geen duidelijk antwoord op.

Eén chirurgische respondent gaf duidelijk aan minder goed mee te kunnen beslissen doordat hij té veel **schriftelijke informatie** heeft gekregen. Hij gaf aan dat de schriftelijke informatie niet overeenkwam met zijn behandelplan en daardoor niet in staat werd gesteld om door middel van de schriftelijke informatievoorzieningen mee te beslissen.

“Het is te veel informatie. Kijk er wordt dan een groep van 4 mensen die geopereerd moeten worden uitgenodigd, maar die hebben alle 4 een ander behandelplan. Dan praat je niet meer met dezelfde mensen.” [4.4.5]

Zeven van de elf respondenten gaven aan **gestimuleerd** te worden door de artsen en de verpleegkundigen. Vier respondenten gaven aan dit niet te weten of niet (geheel) gestimuleerd te worden. Daarbij gaf één respondent aan dat hij door verpleegkundigen zeker gestimuleerd werd, maar dat dit bij artsen niet altijd het geval was.

“Die verpleegkundige voelde heel fijn aan waar mijn probleem zat en die begon op mij in te praten. Wat wil je nou eigenlijk? Hè, waarom wil je dit nou? Waarom maak je je daar zo druk om, waarom eh.. en ja die heeft me echt een spiegel voorgehouden. Dat is perfect! Daar ben ik heel blij om en toen heb ik ook die beslissing kunnen maken.” [4.5.5]

Aan zeven respondenten is gevraagd hoe zij nog **beter mee zouden kunnen beslissen** in hun behandelproces. Twee respondenten gaven aan dit niet te weten, terwijl de overige vijf respondenten voornamelijk aangaven dat zij behoefte hadden aan informatie. Hoewel zij aangaven voldoende informatie te hebben gekregen om mee te kunnen beslissen, gaven zij aan dat dit dan ook het belangrijkste is om goed mee te kunnen beslissen. Daarbij werd aangegeven dat de informatie het liefst mondeling moet worden gegeven. Er werd aangegeven dat er best een discussie plaats mag vinden wanneer de zorgverlener of de patiënt er anders over denkt, maar je moet er wel samen uit kunnen komen. Eén respondent gaf aan dat er nog meer openheid mag zijn met betrekking tot de informatieverstrekking.

“Gewoon goede informatie en dan komen de reacties vanzelf zou ik zeggen. En als ik daar niet mee eens ben dan zeg ik dat wel hoor. Maar of iedereen dat doet dat weet ik niet.” [4.6.10]

Hoofdstuk 5: Discussie

Deze kwalitatieve studie geeft weer wat de ervaringen van patiënten op de MC-afdeling in het Radboudumc zijn met de huidige mondelinge en schriftelijke informatievoorzieningen, wat hun informatiebehoefte is ten aanzien van deze informatievoorzieningen en of deze informatievoorzieningen de patiënten ook in staat stellen om mee te kunnen beslissen in hun behandelproces.

5.1 Interpretatie van de resultaten

Uit een gesprek met de opdrachtgever bleek dat informatiefolders op de afdeling liggen en bij opname verstrekt dienen te worden aan de patiënt of hun naasten. Een aantal respondenten en hun naasten bevestigden dat zij de folders bij opname hebben gekregen. Niet elke respondent kreeg een informatiefolder, maar wanneer deze niet werd ontvangen was hier veelal ook geen behoefte aan. Respondenten gaven aan dat naasten de informatiefolder veelal wel hebben ontvangen en hier dan ook wel behoefte aan te hebben. Tevens werd uit het gesprek met de opdrachtgever duidelijk dat mondelinge informatie veel gegeven werd tijdens de zorg, de artsenvisite en tijdens een artsengesprek. Dit komt overeen met de interviews. Uit de interviews blijkt namelijk dat respondenten tijdens die momenten voornamelijk behoefte hadden aan informatie over het ziektebeeld, het behandelproces en over de zorg die de verpleegkundige verleende.

Uit het onderzoek van Paul et al. (2004) is gebleken dat patiënten en naasten die van de IC naar andere afdelingen toe gaan, vaak ervaren dat de communicatie op de andere afdelingen moeilijk te begrijpen en incompleet is. Dit komt niet overeen met de resultaten uit de interviews. Merendeel van de respondenten geeft aan geen verschil te zien tussen de informatie verkregen op de MC en op de andere afdelingen als de SEH, IC en de gewone verpleegafdelingen. Een aantal respondenten vond de informatie op de MC zelfs beter. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de informatievoorziening op de MC beter aansluit op de informatiebehoefte van de patiënt. In het onderzoek van Paul et al. (2004) kan het zijn dat de informatievoorziening op de verschillende afdelingen mogelijk minder goed aansloot bij de patiënt, waardoor de resultaten mogelijk niet overeen komen.

In het onderzoek van Cullinane et al. (2013) kwam naar voren dat patiënten die van de IC afkwamen niet voldoende informatie kregen over de afdeling waar ze naar toe zouden gaan. Dit kwam gedeeltelijk overeen met de resultaten uit de interviews. Een aantal respondenten hadden wel informatie op de IC, SEH of verpleegafdeling gehad over de MC-afdeling, alvorens zij op deze afdeling terecht kwamen. Het merendeel echter niet. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat respondenten aangaven dat wanneer zij te horen kregen dat zij naar de MC gingen, dit vrij snel en onverwachts gebeurde. Daarnaast wordt het mogelijk ook door verpleegkundigen van de IC, SEH of verpleegafdelingen vergeten, doordat het een andere afdeling betreft.

Tevens kwam in het onderzoek van Cullinane et al. (2013) naar voren dat angst en onwetendheid bij overplaatsing naar een andere afdeling, vaak weg genomen kon worden door de patiënt volledige en duidelijke informatie te geven. Echter bleek uit resultaten van de interviews dat de respondenten die geen informatie over de afdeling hadden gehad voor de overplaatsing, daar op dat moment ook geen behoefte aan hadden gehad. De respondenten die daar wel behoefte aan hadden, hebben deze informatie opgezocht of hadden deze

informatie ook gekregen van hun naasten of van verpleegkundigen van de MC, IC, SEH of verpleegafdelingen.

Uit het onderzoek van Paul et al. (2004) kwam naar voren dat patiënten die van de IC afkwamen moeilijk konden begrijpen dat de aandacht niet volledig op hen was gericht, maar dat de zorg verdeeld moest worden over meerdere patiënten. Uit de resultaten van de interviews bleek echter dat respondenten juist zeer tevreden waren over de MC-afdeling en haar personeel. Respondenten vonden dat verpleegkundigen veel tijd voor hun vrij maakten om informatie te herhalen of uit te leggen, de verpleegkundigen kwamen vrijwel meteen wanneer er op de bel werd gedrukt en de respondenten kwamen niks te kort op de afdeling. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de MC-verpleegkundigen in het Radboudumc "slechts" zorg dragen voor één à twee patiënten, waardoor het verschil met de IC minder groot is dan bijvoorbeeld de zorg op een verpleegafdeling waar de verpleegkundigen zorg dragen 4 tot 6 patiënten. In het onderzoek van Paul et al. (2004) werd de zorg verdeeld over meer dan twee patiënten, waardoor patiënten mogelijk eerder het gevoel hadden dat de aandacht niet volledig op hen gericht was.

Uit het onderzoek van Wesson (1997) kwam naar voren dat patiënten voldoende kennis nodig hadden om mee te kunnen beslissen. Krijgt de patiënt dit niet, dan kan hij niet optimaal bij het behandelproces worden betrokken en minder goed meebeslissen. Uit de resultaten van de interviews bleek ook dat respondenten veel waarde hechten aan informatie en niet goed mee konden beslissen in hun behandelproces wanneer zij onvoldoende informatie kregen. Over het algemeen was de informatie die verstrekt werd op de MC voldoende.

Uit de interviews kwam ook naar voren dat het niet alleen belangrijk was om informatie te verstrekken, maar dat deze informatie ook op een goede manier gecommuniceerd moet worden. Zo werd er soms ook te veel informatie verstrekt, waardoor respondenten niet goed wisten welke informatie voor hun belangrijk was en daardoor niet goed mee konden beslissen in hun behandelproces. Respondenten vonden het belangrijk dat de verpleegkundigen en artsen de informatie transparant waren en alle informatie gaven die op dat moment bekend was. Dit bleek ook uit het onderzoek van Elwyn et al. (2004) waarbij naar voren kwam dat gezamenlijke besluitvorming alleen gedaan kon worden, wanneer de professionals open en duidelijk waren, zodat de patiënten de opties kon afwegen en een weloverwogen beslissing kon maken.

Uit hetzelfde onderzoek van Elwyn et al. (2004) bleek ook dat een professional alleen een goede beslissing kon maken, wanneer de wil van de patiënt meegenomen werd. Dit bleek ook uit de resultaten van de interviews. Hier gaven respondenten namelijk aan dat er best een discussie plaats mag vinden wanneer de zorgverlener of de patiënt er anders over denkt, maar dat het wel belangrijk is om er samen uit te komen. Tevens blijkt uit Oomkes (2013) dat er bij een goede communicatie tweerichtingsverkeer moet zijn en er veel interactie plaats moet vinden. Dit kwam uit de resultaten ook naar voren. Enkele respondenten gaven aan dat er tweerichtingsverkeer plaats moet vinden om goed te kunnen communiceren, waardoor er uiteindelijk ook beter mee beslist kan worden in het behandelproces.

5.2 Relevantie van de resultaten

5.2.1 Relevantie voor de praktijk

Dit onderzoek is relevant voor MC-verpleegkundigen van het Radboudumc, omdat de resultaten de informatiebehoeften van de MC-patiënten op de afdeling in kaart hebben gebracht. Hierdoor is duidelijker geworden waar MC-verpleegkundigen rekening mee moeten

houden in de informatievoorziening naar de MC-patiënt toe en kan er beter aan de informatiebehoefte worden voldaan. Ook is duidelijk geworden wat de ervaringen zijn met zowel de mondelinge als de schriftelijke informatievoorzieningen. Er zijn een aantal positieve- en verbeterpunten naar voren gekomen om de communicatie nog verder te kunnen verbeteren en zo nog beter aan te kunnen sluiten bij de informatiebehoefte. Tevens is er inzicht gekregen in hoeverre de patiënt in staat wordt gesteld om mee te beslissen in zijn behandeling. Er is naar voren gekomen wat hun ervaringen zijn met het meebeslissen en wat zij nodig hebben om goed mee te kunnen beslissen, waardoor MC-patiënten in de toekomst mogelijk nog beter mee kunnen beslissen.

5.2.2 Relevantie voor het onderwijs

Deze resultaten bieden een opening voor het ontwikkelen van een kleine scholing of presentatie in de informatievoorziening en de informatiebehoeften van de MC-patiënt. Dit is echter alleen geschikt voor MC-verpleegkundigen, doordat alleen zij op een MC-afdeling kunnen werken.

5.2.3 Relevantie voor het onderzoek

Dit onderzoek is relevant voor vervolgonderzoek, omdat er meerdere aspecten naar voren zijn gekomen waarin vervolgonderzoek kan worden gedaan. Zo kwam er onder andere naar voren dat respondenten het fijn vonden als hun naasten tijdens de opname ook informatie ontvingen en naasten vonden dit ook prettig. Daarom kan vervolgonderzoek zich richten op de informatiebehoeften en informatievoorziening van de naasten van de MC-patiënt.

5.3 Beperkingen van het onderzoek

Gedurende het onderzoek is er een aantal beperkingen opgetreden. Tijdens de eerste dag van de dataverzameling bleek dat de avonddienst geen informatiebrieven had uitgedeeld, waardoor de studentonderzoekers genooddaakt waren om zelf de informatiebrieven te verspreiden bij de MC-patiënten. Dit pakte echter gunstiger uit dan verwacht, want patiënten gaven direct aan dat ze mee wilden doen en de studentonderzoekers konden zo zelf beslissen wanneer ze naar welke patiënt toe gingen en of zij geschikt waren. Ook bleek dat de patiënten die 's avonds nog op de afdeling lagen, 's ochtends al vroeg weg konden zijn. Hierdoor kwam het op de eerste dag voor dat patiënten die in eerste instantie geïnterviewd zouden kunnen worden, uiteindelijk niet meer op de afdeling aanwezig bleken te zijn.

De interviews werden uitgevoerd door twee niet in interviews gespecialiseerde studentonderzoekers. Van te voren is wel geoefend aan de hand van twee proefinterviews met één ouder van de studentonderzoekers. Het interview sloot hierdoor niet volledig aan op de respondenten, maar er werd achteraf wel veel feedback gegeven door de ouder en de observator. De feedback is vervolgens verwerkt in de vragenlijst en is toegepast in een tweede proefinterview door de andere studentonderzoeker.

Na de eerste week dataverzameling kwamen de studentonderzoekers er achter dat vrijwel alle opnames op de MC-afdeling ongepland waren. Hierdoor is er na de eerste dataverzamelingsweek in overleg met de opdrachtgever besloten om de respondenten onder te verdelen in vier patiëntencategorieën. In eerste instantie wilden de studentonderzoekers binnen de resultaten een onderscheid maken in deze vier patiëntencategorieën. Tijdens het schrijven van de resultaten werd duidelijk dat dit niet goed mogelijk was, doordat het voor kwam dat er binnen een patiëntencategorie slechts één uitspraak was gedaan over een bepaalde vraag. Dit kwam doordat niet alle interviews hetzelfde zijn verlopen en niet alle vragen in elk interview aan bod zijn gekomen. Respondenten gaven verschillende

antwoorden en hier is tijdens de interviews op doorgevraagd, waardoor er bij sommige respondenten extra vragen aan bod kwamen die niet gesteld werden bij andere respondenten. Hierdoor konden er geen uitspraken worden gedaan over de patiëntencategorie en is er in overleg met de docentbegeleider en opdrachtgever voor gekozen om binnen de resultaten geen onderscheid te maken in de vier patiëntencategorieën. Er is dus besloten een uitspraak te doen over alle twaalf de respondenten als één grote groep, waarbij dus geen onderscheid wordt gemaakt in patiëntencategorieën.

Tijdens de dataverzameling is er een iteratief proces gehanteerd. Hierdoor kwam al snel naar voren dat respondenten veel gesloten antwoorden gaven op open vragen. Er is daarom voor gekozen om meer door te vragen en hierbij af en toe voorbeelden te benoemen. Dit zorgde voor uitgebreidere antwoorden, maar zorgde er ook voor dat de resultaten mogelijk wat vertekend zijn door toevallige factoren.

Tijdens het analyseren van de data is er gebruik gemaakt van het categoriaal coderen, in plaats van coderen via de grounded theory. Hier is in overleg met de opdrachtgever en docentbegeleider voor gekozen, omdat de vragenlijst gestructureerder was dan eerder gedacht. Uit de semi-gestructureerde vragenlijst kwamen duidelijke hoofdcategorieën naar voren. Categorieaal coderen gaf ons de mogelijkheid om deze hoofdcategorieën te gebruiken en subcategorieën op te stellen. Met behulp van bestaande hoofdcategorieën, konden de tekstfragmenten goed onder de subcategorieën worden verdeeld. Dit heeft echter geen gevolgen gehad voor het verwerken van de resultaten.

De resultaten van de onderzoekspopulatie kunnen slechts gedeeltelijk gegeneraliseerd worden naar de volwassen MC-patiënten in het Radboudumc. Dit komt doordat de respondenten die mee deden aan dit onderzoek vrij representatief zijn voor de populatie en de resultaten dus ook gedeeltelijk gegeneraliseerd kunnen worden voor de totale MC. Hierbij moet echter wel de opmerking worden gemaakt dat er binnen dit onderzoek patiëntencategorieën geëxcludeerd zijn (o.a. delirante patiënten en patiënten met spraakproblemen) en er bij de uitwerking van de resultaten geen onderscheid is gemaakt binnen de patiëntencategorieën, waardoor er mogelijk een ander beeld had ontstaan wanneer hier wel een onderscheid in was gemaakt. De resultaten zijn echter niet generaliseerbaar naar andere (academische) ziekenhuizen, omdat de populatie zelfs binnen de academische ziekenhuizen op elke MC verschillend is en dit de resultaten mogelijk beïnvloedt. Daarnaast staat elke ziekenhuis in een andere plaats en hierdoor kunnen cultuurverschillen een rol spelen (Baarda, 2014).

Hoofdstuk 6: Conclusie

6.1 Hoofdvraag

De vraagstelling binnen dit onderzoek luidde als volgt: *“In hoeverre sluiten de huidige informatievoorzieningen aan bij de informatiebehoefte van de Medium Care patiënt in het Radboudumc en in hoeverre stellen deze informatievoorzieningen de patiënt in staat om mee te kunnen beslissen in het behandelproces?”*

Zowel de huidige mondelinge als de schriftelijke informatievoorzieningen sluiten over het algemeen goed aan bij de informatiebehoefte van de respondent en de respondenten zijn hier dan ook tevreden over. Respondenten beoordeelden de voorzieningen gemiddeld met een acht. Informatie moet beknopt, eerlijk en duidelijk zijn. Schriftelijke informatie dient zo veel mogelijk voorafgaand aan de opname te worden gegeven, terwijl respondenten op de afdeling liever mondelinge informatie ontvangen. Informatie over de MC vinden respondenten zelf minder belangrijk, terwijl ze wel willen dat naasten op de hoogte worden gebracht van de reden van opname, de bewaking en bezoektijden.

Respondenten vonden het over het algemeen belangrijk om mee te beslissen in kleinere beslissingen binnen het behandelproces. Grotere beslissingen vonden respondenten echter moeilijker en daarom meer bij de arts liggen. Vrijwel iedereen werd dan ook in staat gesteld om mee te kunnen beslissen. Er was vooral (mondelinge) informatie nodig om goed mee te kunnen beslissen. Vooral de verpleegkundigen stimuleerden de respondenten om mee te beslissen en daardoor ervoeren respondenten ook dat zij instaat gesteld werden om mee te beslissen in hun behandelproces. Artsen stimuleerden de respondent minder, maar respondenten ervoeren ook bij hen in staat gesteld te worden om mee te beslissen.

2.1 Deelvragen

De hoofdvraagstelling zal verder worden toegelicht aan de hand van de hier onder uitgewerkte deelvragen.

2.1.1 Deelvraag 1: Informatiebehoefte

Deelvraag 1 luidde als volgt: *“Wat is de informatiebehoefte van de Medium Care patiënt in het Radboudumc?”*

De respondenten hadden weinig behoeften aan informatie over de MC en hadden dan ook geen behoefte aan een officieel opnamegesprek waarin de informatie over de MC werd gegeven. Er werd aangegeven dat hun hoofd daar niet naar stond en dat ze in grote lijnen wel wisten wat de MC voor een afdeling is. Respondenten vonden het echter wel prettig als hun naasten op de hoogte werden gebracht van de reden van opname, de bezoektijden en de bewaking. Voorafgaand aan de opname hadden de respondenten behoefte aan schriftelijke informatie over het ziektebeeld, de ingreep en de afdeling, terwijl ze hier geen behoefte meer aan hadden wanneer zij daadwerkelijk op de afdeling lagen opgenomen. Tijdens de opname was er vooral behoefte aan mondelinge informatie over het ziektebeeld, het behandelproces, de stand van zaken en uitleg over verpleegkundige handelingen. De informatie moet eerlijk, beknopt en duidelijk zijn, waarbij vakjargon moet worden vermeden. Daarbij kan geconcludeerd worden dat respondenten die zich erg ziek voelden minder behoeften hadden aan informatie dan respondenten die zich al wat beter voelden.

2.1.2 Deelvraag 2: Mondelinge informatievoorzieningen

Deelvraag 2 luidde als volgt: *“Hoe ervaart de Medium Care patiënt in het Radboudumc de huidige mondelinge informatievoorzieningen?”*

De respondenten zijn erg tevreden over de huidige mondelinge informatievoorzieningen en de respondenten beoordeelden de informatievoorziening gemiddeld met een acht of hoger. Ze zijn zowel tevreden over de artsen als de verpleegkundigen, waarbij voornamelijk de verpleegkundigen hoog gewaardeerd werden. Verpleegkundigen gaven duidelijk aan wat er gedaan moest worden, stonden altijd klaar en gaven aandacht aan de patiënt. De informatieoverdracht werd als helder en duidelijk ervaren en de respondenten wisten waar ze aan toe waren. Nieuwe informatie werd direct aan de respondenten overgebracht en zij ervoeren dit als zeer positief. Er werd genoeg informatie ontvangen, hoewel dit af en toe als overkill werd ervaren. Een verbeterpunt bij artsen is het vakjargon en daarbij gaf een enkele respondent aan dat er meer afstemming moet komen tussen verschillende specialismen, om tot een eenduidigere communicatie te komen.

2.1.3 Deelvraag 3: Schriftelijke informatievoorzieningen

Deelvraag 3 luidde als volgt: *“Hoe ervaart de Medium Care patiënt in het Radboudumc de huidige schriftelijke informatievoorzieningen?”*

Het merendeel van de respondenten is met behulp van schriftelijke informatie geïnformeerd over het ziektebeeld, de ingreep en de afdeling. Over het algemeen werden de schriftelijke informatievoorzieningen als positief ervaren en de respondenten beoordeelden de schriftelijke informatievoorzieningen gemiddeld met een acht. Hierbij werd de opmerking gemaakt dat vooral de informatieklaar voor chirurgische patiënten veel informatie bevat en de MC-folder hierin werd gemist. De informatie moet vooral relevant en overzichtelijk worden gehouden, om de vele informatie toegankelijk te maken. De schriftelijke informatie was duidelijk en sloot goed aan bij de mondelinge informatie. Respondenten ervoeren de schriftelijke informatie als waardevol vóórafgaand aan de opname, omdat ze zich op de afdeling te ziek voelden om de schriftelijke informatie te lezen. Respondenten willen echter wel dat de naasten op de afdeling schriftelijke informatie ontvangen.

2.1.4 Deelvraag 4:

Deelvraag 4 luidde als volgt: *“In hoeverre stellen de huidige informatievoorzieningen de MC-patiënt in staat om mee te beslissen in het behandelproces?”*

De MC-patiënt wordt momenteel goed in staat gesteld om mee te beslissen in de behandeling. De mondelinge informatievoorzieningen leverden hier zeker een bijdrage aan, doordat de respondenten goed geïnformeerd werden en zij mondelinge informatie het belangrijkste vonden om goed mee te kunnen beslissen. De schriftelijke informatievoorzieningen leverden een minder grote bijdrage, voornamelijk doordat er te veel informatie in stond. Vooral verpleegkundigen stimuleerden de respondenten om mee te beslissen, waardoor de respondenten beter in staat werden gesteld mee te beslissen. Bij artsen was dit niet altijd het geval. Vrijwel alle respondenten vonden het belangrijk om mee te kunnen beslissen in de behandeling en een stem te hebben, hoewel de beslissing uiteindelijk wel bij de arts of verpleegkundige moet liggen. Om nog beter mee te kunnen beslissen mag er nog meer openheid komen in de informatieverstrekking.

Hoofdstuk 7: Aanbevelingen

Op basis van de resultaten en de discussie zijn er aanbevelingen gedaan. Deze aanbevelingen zijn gericht op 1) de praktijk, 2) vervolgonderzoek en 3) onderwijs. Hieronder worden alle aanbevelingen verder uitgewerkt.

7.1 Aanbevelingen voor praktijk

Uit het onderzoek is een aantal behoeften naar voren gekomen, waardoor er een beeld is ontstaan van welke informatie de respondent het liefst wil ontvangen en hoe dit dan het best verstrekt kan worden. Op de MC wordt er veelal aan die behoeften voldaan, maar om verpleegkundigen bewust te laten worden van deze behoeften bevelen wij aan om bij de informatieverstrekking rekening houden met de volgende punten: 1) geef duidelijke, eerlijke informatie op het moment dat zich ontwikkelingen voor doen; 2) houdt de informatie beknopt; 3) geef informatie tijdens de opname bij voorkeur mondeling en 4) geef met name informatie over verpleegkundige handelingen en over eventuele drains, sondes en/of infusen.

Uit de resultaten is gebleken dat de respondent zelf geen behoefte had aan een opnamegesprek, maar dat de respondenten het wel prettig vinden als naasten op de hoogte gebracht werden over de afdeling. Daarom wordt aanbevolen om bij binnenkomst van de patiënt op de MC kennis te maken en te vragen of de patiënt en/of zijn naasten behoefte hebben aan een opnamegesprek. Uit de resultaten is gebleken dat er vooral behoefte is aan informatie over bezoektijden, de reden van opname op de MC en de mate van bewaking, maar dat een officieel gesprek niet nodig is. Daarom wordt aanbevolen om van het opnamegesprek géén officieel gesprek te maken, maar deze punten wel te benoemen. Wanneer een patiënt en/of naaste behoefte heeft aan meer informatie, kan er naar wens meer informatie gegeven worden. Tevens wordt aanbevolen om tijdens dit opnamegesprek het schriftelijke informatieboekje over de MC plus het visitekaartje aan de naasten te geven en na te vragen of de patiënt ook behoefte heeft aan deze informatie.

Een enkele respondent gaf aan last te hebben van vakjargon, waardoor informatie minder duidelijk overkwam en er minder goed mee kon worden beslist in het behandelproces. Daarom wordt aanbevolen om bij gesprekken met artsen en andere disciplines altijd een verpleegkundige aanwezig te laten zijn. De verpleegkundige kan de patiënt dan helpen met het verduidelijken en begrijpen van informatie die wordt gegeven en op deze manier de patiënt ook stimuleren en helpen om mee te beslissen in het behandelproces. Tevens werd aangegeven dat er soms veel dezelfde informatie op de respondent afkwam, doordat er niet altijd afstemming was van de specialismen. Daarom bevelen wij aan om de informatie door één arts te laten verstrekken. Dit betekent dus dat de zaalarts alle informatie verzamelt en hij de enige is die dit verstrekt aan de patiënt. Zo voorkom je dat er veelal hetzelfde wordt verteld door verschillende specialismen en de patiënt heeft dan één aanspreekpunt.

Een aantal chirurgische respondenten heeft een informatieklaapper gekregen, waar informatie over de MC ontbrak. Daarom wordt aanbevolen om deze informatiefolder toe te voegen, zodat de patiënten weten dat de mogelijkheid bestaat dat ze naar de MC gaan.

Tot slot wordt aanbevolen om meer afstemming te krijgen met afdelingen waar MC patiënten vandaan komen. Er kan afgestemd worden welke informatie voorafgaand aan de opname wordt gegeven, zodat de patiënt weet waar hij naar toe gaat en wat de reden daar van is. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan uitleg over bewaking en meer zelfstandigheid.

7.2 Aanbevelingen voor onderwijs

‘Informatievoorziening is een belangrijk onderdeel in de verpleging en vindt gedurende de hele dag plaats’ (V&VN, 2012). Daarom wordt aanbevolen om de resultaten in de vorm van een presentatie aan MC-verpleegkundigen binnen het Radboudumc aan te bieden. Deze presentatie is zoals eerder vermeld alleen gericht op MC-verpleegkundigen. Het hoeft geen lange presentatie te zijn aangezien het over het algemeen goed gaat op de MC, maar door middel van een korte presentatie worden MC verpleegkundigen wel op de hoogte gebracht van wat er precies uit dit onderzoek is gekomen en wat belangrijke punten zijn om rekening mee te houden in de informatievoorziening. Er kan in worden gegaan op welke specifieke behoeften een MC patiënt heeft, wat de rol is van de verpleegkundige rondom de informatievoorziening en wat de juiste benadering is van de MC patiënt. Tevens kan worden ingegaan op de rol van de MC-verpleegkundige om patiënten mee te laten beslissen in het behandelproces.

7.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Om een nog breder beeld te geven van de informatiebehoeften van de MC-patiënt en in welke mate de patiënt mee kan beslissen in zijn behandelproces, wordt aanbevolen een grootschaliger onderzoek op te zetten. In dit vervolgonderzoek zou een grotere en meer representatieve steekproef moeten worden opgezet met dus een groter aantal respondenten en patiëntencategorieën. Ook zouden er meer MC-afdelingen en dus ook MC-afdelingen vanuit andere ziekenhuizen betrokken moeten worden, zodat er een meer representatief beeld ontstaat. De resultaten zullen dan meer generaliseerbaar zijn.

Ook is het interessant om te kijken naar factoren die mogelijk van invloed kunnen zijn op de informatiebehoefte en de wijze waarop MC-patiënten mee kunnen beslissen in hun behandeling. Hierbij kan gedacht worden aan de invloed van leeftijd, geslacht en het soort specialisme op de resultaten. Door hier een onderscheid in te maken en te kijken welke invloed deze factoren hebben, kan er een nog beter beeld ontstaan van wat de informatiebehoefte daadwerkelijk is, of de patiënt mee kan beslissen in de behandeling en of er bijvoorbeeld nog een verschil waarneembaar is in de behoefte wanneer de ene respondent 25 jaar is en de andere respondent 75 jaar is. Tevens kan er gekeken worden of de ziekteduur van invloed is op de informatiebehoefte van de respondent.

Vanuit dit onderzoek is een aantal specifieke onderwerpen naar voren gekomen voor een eventueel vervolgonderzoek. Tijdens dit onderzoek lag de focus voornamelijk op de MC patiënt, maar naasten spelen een belangrijke rol bij de informatievoorziening en bij het meebeslissen in de behandeling. Zij hebben zelf ook behoeften en daarom wordt aanbevolen om te kijken naar zowel de algemene- als de informatiebehoeften van de directe naaste van de patiënt (denk aan partners, mantelzorgers en eventuele kinderen). Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt in de eerder genoemde vier patiëntencategorieën. De informatiebehoefte van de naasten is mogelijk anders wanneer de patiënt van de IC naar de MC gaat, dan wanneer de patiënt vanuit de verpleegafdeling plotseling naar de MC toe moet.

Bij dit onderzoek is ook gekeken naar de wijze waarin de MC patiënt op de MC opname is voorbereid. Daarom is bij iedere respondent gevraagd of zij vanuit de afdeling waarvan zij naar de MC zijn gegaan (dus de IC, SEH of verpleegafdeling) zijn voorbereid op de MC opname. Mogelijk kan bij een grootschaliger vervolgonderzoek meegenomen worden hoe juist de MC-verpleegkundigen de MC-patiënten hebben voorbereid op een overplaatsing naar een IC of een verpleegafdeling.

Bronvermelding

- Al-Mutair, A.S., Plummer, V., O'Brien, A., & Clerehan, R. (2012). Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *Journal of clinical nursing*, 1805-1817.
- Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters, & Peij. (2010). *Publicaties*. Geraadpleegd op 11 oktober 2016, van Vereniging hogescholen:
<http://www.vereniginghogescholen.nl/vereniging-hogescholen/publicaties>
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff uitgevers.
- Baarda, B., Goede, M. de., & Teunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bours, G.J.J.W., Eliens, A.M., Achterberg, T.H. van, & Goossens, P.J. (2015). *Effectief verplegen 0*. Dwingeloo: Kavanah.
- Burgt, M. van den, Mechelen, E. van, & Lintel Hekkert, M. te. (2012). *Introductie in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg. (2007). *Evidence based richtlijnontwikkeling: handleiding voor werkgroepleden*. Geraadpleegd op 11 oktober 2016, van CBO:
http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/EBRO_handl_totaal.pdf
- Centraal bureau voor statistiek. (6 juni 2014). *Ziekenhuisopnamen; geslacht, leeftijd en diagnose-indeling VTV*. Geraadpleegd op 16 september 2016, van CBS:
<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71859ned&D1=0-7&D2=1-2&D3=0&D4=0,86&D5=0,9,14,19,24-31&VW=T>
- Centraal commissie mensgebonden onderzoek (CCMO). (2016). *Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek bij mensen*. Geraadpleegd op 10 oktober 2016, van CCMO: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0009408/2016-08-01>
- Cullinane, J.P., & Plowright, C.I. (2013). Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. *British Association of Critical Care Nurses*, 289 - 296.
- Donk, C. van der, & Lanen, B. van. (2011) *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho Uitgevers.
- Doorewaard, H., Kil, A., & Ven, A. van de. (2015). *Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Engelen, L. (2012). *De patient als partner*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Fischer, T., & Julsing, M. (2014). *Onderzoek doen!* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Gelderse Vallei. (1 februari 2009). *Nieuwe afdeling Medium care*. Geraadpleegd op 15 september 2016, van Ziekenhuis Gelderse Vallei:
<http://www.geldersevallei.nl/nieuws/667/nieuwe-afdeling-medium-care>

- Gerards, R.A.E. (2010). *Informatiebehoefte van de patiënt in relatie tot netwerken van patiënten*. Geraadpleegd op 15 september 2016, van Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS): https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie___Informatiebehoefte_van_de_patiënt_in_relatie_tot_netwerken_van_patiënten.pdf
- Grundmeijer, H.G.L.M., Reenders, K., & Rutten, G.H.E.M. (2004). *Het geneeskundig proces: klinisch redeneren van klacht naar therapie*. Maarssen: Elsevier.
- Kaasenbrood, B., & Tiemens, G. (2010). *Evidence Based Mental Health*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kassim, M. (2015). *Conclusion Quotes*. Geraadpleegd op 15 september 2016, van Quotes gram: <http://quotesgram.com/img/conclusion-quotes-t/5288839/>
- Khalaila, R. (2014). Meeting the needs of patients' family in intensive care units. *Nursing Standard*, 37-44.
- Kuzee, J. (2016). *Praktijkopdracht kwaliteitsbevordering: patient preference of care in a medium care unit*. Nijmegen: Radboudumc.
- Mijnvakbond. (z.d.). *Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO)* . Geraadpleegd op 29 september 2016, van mijn vakbond: [https://www.mijnvakbond.nl/Wet-op-de-geneeskundige-behandelovereenkomst-\(WGBO\)](https://www.mijnvakbond.nl/Wet-op-de-geneeskundige-behandelovereenkomst-(WGBO))
- Molen, H.T. van der, Hommes, M.A., & Kluijtmans, F. (2011). *Gespreksvoering: basisvaardigheden en gespreksmodellen*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. (juli 2016). *Kwaliteitsstandaard organisatie van intensive care*. Geraadpleegd op 28 september 2016, van Nederlandse Vereniging voor Intensive Care : <https://nvic.nl/sites/default/files/%3Cem%3ERichtlijnen%3C/em%3E%20Kwaliteitsstandaard%20Organisatie%20van%20Intensive%20Care%20%3Cem%3Ebewerken%3C/em%3E/Bijlagen%20Kwaliteitsstandaard%20Organisatie%20van%20Intensive%20Care%20Onderbouwingsdocument.pdf>
- Oomkes, F.R. (2013). *Communicatieleer*. Utrecht: Lemma Uitgevers.
- Pardavila Belio, M.I., & Vivar, C.G. (2012). Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature. *Enferm Intensiva*, 51-67.
- Paul, F., Hendry, C., & Cabrelli, L. (2004). Meeting patient and relatives' information needs upon transfer from an intensive care unit: the development and evaluation of an information booklet. *Journal of clinical nursing*, 396-405.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2013). *De participerende patiënt*. Den Haag. Geraadpleegd op 27 september 2016, van https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/De_participerende_patiënt.pdf
- Radboudumc. (januari 2015). *Afdeling Medium Care (MC)*. Geraadpleegd op 15 september 2016, van Radboudumc: [https://www.radboudumc.nl/Informatiefolders/7267-Afdeling_Medium_Care_\(MC-i.pdf](https://www.radboudumc.nl/Informatiefolders/7267-Afdeling_Medium_Care_(MC-i.pdf)
- Radboudumc. (2015b). *Rechten en plichten van het Radboudumc*. Nijmegen: Radboudumc.

- Radboudumc. (2016). *Na opname, wat nu?* Geraadpleegd op 15 september 2016, van Radboudumc: https://www.radboudumc.nl/Zorg/Afdelingen/IntensiveCare/Patient/Pages/Na_de_ic.aspx
- Smith, L., Orts, C.M., O'Neil, I. Batchelor, A.M., Gascoigne, A.D., & Baudouin, S.V. (1999). TISS and mortality after discharge from intensive care. *Intensive Care Medicine*, 1061-1065.
- Steen, M.S. van der, Lelyveld-Haas, L.E.M. van, & Tjan, D.H.T. (juni 2008). Inventarisatie van Medium Care in Nederland. *Netherlands journal of critical care*, 138-141.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: rounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage.
- Studiekring. (2011). *Onthouden*. Geraadpleegd op 15 september 2016, van Digischool: <http://wp.digischool.nl/studiebegeleiding/files/2011/12/Onthouden.pdf>.
- Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2006). adult surgical patients and the information provided to them by nurses: a literature review. *patient education and counseling*, 5-15.
- Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland., & NU'91. (2007). *Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Hilversum: Van der Weij Drukkerijen BV.
- Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundigen & verzorgenden 2020*. Geraadpleegd op 20 september 2015, van V&VN: http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf.
- Verckens, J. (2001). *Communicatievaardigheden*. Leuven-Apeldoorn: Garant Uitgevers.
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Wachters-Kaufmann, C., Schuling, J., The, H., & Meyboom-de Jong, B. (2005). Actual and desired information provision after a stroke. *Patient education and counseling*, 211-217.
- Wallis, C.B., Davies, H.T., & Shearer, A.J. (1997). Why do patients die on general wards after discharge from intensive care units? *Anaesthesia*, 9-14.
- Wesson, J. (1997). Review: meeting the informational, psychosocial and emotional needs of each ICU patient and family. *Intensive and critical care nursing*, 111-118.
- Wiel, H.B.M. van de, Wouda, J.G., & Versteegen, G. (2005). Voorlichting en begeleiding. Communicatieve vaardigheden voor verpleegkundigen. Assen: Van Gorcum.
- Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Zorginstituut Nederland*. Geraadpleegd op 20 september 2016, van Kwaliteit van zorg: <https://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/het+kwaliteitsinstituut/kwaliteit+van+zorg>

Bijlage 1: Zoekstrategie

In de wetenschappelijke database PubMed is er meerdere malen gezocht naar artikelen die betrekking hadden op de MC. De MC is echter een nieuwe, opkomende afdeling, waardoor er in de beschikbare databases geen artikelen waren gevonden die betrekking hadden op de vraagstelling. Er zijn wel onderzoeken gedaan die betrekking hadden op de informatiebehoeften van patiënten in de acute setting (met name op de IC). Er is daarom voor gekozen om verder te zoeken met termen uit de acute setting, omdat deze term het meest vergelijkend waren met de MC. Deze setting werd dan ook gebruikt worden in onze zoekstrings. Eerst volgt de tabel met gebruikte termen en daar onder staat de volledige zoekstrategie uitgewerkt.

Synoniemen en verbredende termen			
	P: Medium care patients	I: Information provision	O: - informational needs - Shared decision making
Gebruikte synoniemen en/of verbredingen	• Medium care • Medium care unit • Intensive care • Intensive care unit • ICU • Critical care • Critical care unit • Critical illness • Critical care nursing	• Information material • Patient education handout	• Geen andere synoniemen en/of verbredingen gebruikt.

ZOEKSTRATEGIE	RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE
Stap 1: Vraagstelling/onderwerp	Stap 1: In hoeverre sluiten de huidige informatievoorzieningen aan bij de informatiebehoefte van de Medium Care patiënt in het Radboudumc?
Stap 2: PICO formuleren	Stap 2: Vraag: In hoeverre sluiten de huidige informatievoorzieningen aan bij de informatiebehoefte van de Medium Care patiënt in het Radboudumc? P: Medium Care patiënten I: Informatievoorzieningen C: - O: Informatiebehoeften
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren op basis van de PICO: 2. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen 3. Beschrijf de zoektocht naar de MeSH termen search: allereerst MeSH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden	Stap 3.1 en 3.2: Gezocht in het van Dale Nederlands- Engels woordenboek. <u>PICO in Engelse begrippen</u> P: Medium Care patients I: Information provision/ information material C: - O: Informational needs

4. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren 5. Geef zo nodig limits aan 6. Bouw de search per zoekterm op	3.3: <u>Gevonden MeSH termen en definities</u> P: Medium Care patients • MeSH 'Medium Care patients' → 0 resultaten • MeSH 'Medium Care' → 0 resultaten • MeSH 'Medium Care Unit' → 0 resultaten • MeSH 'Patients' → 12 resultaten ○ Patients: Individuals participating in the health care system for the purpose of receiving therapeutic, diagnostic, or preventive procedures. I: Information provision/ information material • MeSH 'information provision' → 7 resultaten ○ Geen bruikbare resultaten • MeSH 'Information material' → 10 resultaten ○ Patient Education Handout [publication type]: works consisting of a handout or self-contained informative material used to explain a procedure or a condition or the contents of a specific article in a biomedical journal and written in non-technical language for the patient or consumer. C: - O: Informational needs • MeSH 'Informational need' → 0 resultaten <u>Gebruikte vrije termen</u> P: • Medium Care patients • Medium Care • Medium Care Unit I: • Information provision • Information material O: - C: • Informational need 3.4: <u>Aantal hits MeSH search</u> • "Patients" [MeSH]: aantal hits: 51900 • "Patients Education Handout" [publication Type]: aantal hits: 4519 <u>Aantal hits vrije termen search</u> • Medium Care patients: aantal hits: 18309 • Medium Care: aantal hits: 51585 • Medium Care Unit: aantal hits: 3716 • Information provision: aantal hits: 11604 • Information material: aantal hits: 26664 • Informational need: aantal hits: 1136
---	---

RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	SEARCH
Stap 4 A Search PubMed	4A: <u>Stappen in de zoekstrategie</u> P: • (“patients”[MeSH]) AND Medium Care Unit: aantal hits: 54 • (((“Patients”[MeSH]) AND Medium care unit)) OR medium care patients) OR medium care: aantal hits: 51585 I: • (“Patient Education Handout” [Publication Type] OR information material) OR information provision: aantal hits: 42494 C: - O: • informational need: aantal hits: 1136 <u>Aantal titels volledige search</u> (((((((“Patients”[Mesh]) AND Medium care unit)) OR medium care patients) OR medium care)) AND (((“Patient Education Handout” [Publication Type]) OR information provision) OR information material)) AND informational needs: aantal hits: 5
Stap 4B: In- en exclusiecriteria geschikte titels en/of abstracts	4B: Op basis van de titels en abstracts is er voor gekozen om de zoekstring uit te breiden door critical care en intensive care toe te voegen aan de zoekstring, aangezien er geen artikelen over medium care zijn gevonden. 4B.5: Aantal titels na eerste selectieronde: 2 P: • MeSH ‘Critical Illness’ → 2 resultaten ○ Critical Illness: a disease or state in which death is possible or imminent. • MeSH ‘Critical Care’ → 3 resultaten ○ Critical care: health care provided to a critically ill patient during a medical emergency or crisis. ○ Critical care nursing: a nursing specialty that deals specifically with the care of patients who are critically ill. • MeSH ‘Intensive care units’ → 3 resultaten ○ Intensive care units: Hospital units providing continuous surveillance and care to acutely ill patients. - “Critical illness” [MeSH]: aantal hits: 20583 - “Critical care” [MeSH]: aantal hits: 48363 - “Critical care nursing” [MeSH]: aantal hits: 771 - “Intensive care units” [MeSH]: aantal hits: 64828

	Nieuwe zoekstring: P: - o (((((((("Patients"[Mesh]) AND Medium care unit)) OR medium care patients) OR medium care) OR "Critical Illness"[Mesh]) OR "Critical Care"[Mesh]) OR "Critical Care Nursing"[Mesh]) OR "Intensive Care Units"[Mesh]: aantal hits: 165720 P+I+O • (((((((((((("Patients"[Mesh]) AND Medium care unit)) OR medium care patients) OR medium care) OR "Critical Illness"[Mesh]) OR "Critical Care"[Mesh]) OR "Critical Care Nursing"[Mesh]) OR "Intensive Care Units"[Mesh])) AND (((("Patient Education Handout" [Publication Type]) OR information provision) OR information material)) AND informational needs: aantal hits: 10 P+I+O+ Review+ RCT • (((((((((((("Patients"[Mesh]) AND Medium care unit)) OR medium care patients) OR medium care) OR "Critical Illness"[Mesh]) OR "Critical Care"[Mesh]) OR "Critical Care Nursing"[Mesh]) OR "Intensive Care Units"[Mesh])) AND (((("Patient Education Handout" [Publication Type]) OR information provision) OR information material)) AND informational needs Filters: Review; Randomized Controlled Trial: aantal hits: 4
Stap 4C: Aantal geschikte abstracts	4C: Aantal abstracts na tweede selectieronde met de volgende in- en exclusiecriteria: De titels en abstracts van de gevonden artikelen zijn bekeken en gelezen. Op basis van de titels en abstracts zijn er 3 artikelen overgebleven die geschikt lijken voor het onderzoek.
Stap 4D: Full-tekst	4D: Aantal artikelen na derde selectie ronde met de definitieve in- en exclusiecriteria: Na het lezen van de artikelen is 1 artikel bruikbaar voor het onderzoek.
Stap 4E: Gebruikte artikelen	Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN? Vermeld hier de keuze van je artikelen: • <u>Meeting the informational, psychosocial and emotional needs of each ICU patient and family:</u> Dit artikel is gekozen omdat het artikel gaat over de informatiebehoeften bij patiënten en naasten op de Intensive care. Het is een review die gedaan is in 1997. Ondanks dat het een wat ouder artikel is staat er veel bruikbare informatie in.

Stap 4F: Sneeuwbal methode	Stap 4F: zijn er artikelen via similar articles bruikbaar voor het onderzoek? Het artikel "Meeting the informational, psychosocial and emotional needs of each ICU patient and family" sluit, ondanks dat het over de intensive care gaat, heel mooi aan bij het onderzoek. Hierdoor is ervoor gekozen om bij het kopje "similar articles" te kijken: aantal hits: 33 . Na het lezen van de titels en abstracts is er 1 artikel overgebleven die bruikbaar is voor het onderzoek: • <u>Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards:</u> Dit artikel gaat over de informatiebehoeften van patiënten en naasten die vanuit de intensive care naar andere afdelingen worden overgeplaatst. Het artikel is een literatuur review uit 2013.
---	--

ZOEKSTRATEGIE	RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE
Stap 1: Vraagstelling/onderwerp	Stap 1: <i>In hoeverre stellen deze informatievoorzieningen de patiënt in staat om mee te kunnen beslissen in het behandelproces?</i>
Stap 2: PICO formuleren	Stap 2: Vraag: <i>In hoeverre stellen deze informatievoorzieningen de patiënt in staat om mee te kunnen beslissen in het behandelproces?</i> P: Medium Care patiënten I: Informatievoorzieningen C: - O: Gezamenlijke besluitvorming
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren op basis van de PICO: 2. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen 3. Beschrijf de zoektocht naar de MeSH termen search: allereerst MeSH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden 4. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren 5. Geef zo nodig limits aan 6. Bouw de search per zoekterm op	Stap 3.1 en 3.2: Gezocht in het van Dale Nederlands- Engels woordenboek. <u>PICO in Engelse begrippen</u> P: Medium Care patients I: Information provision/ information material C: - O: Shared decision making 3.3: <u>Gevonden MeSH termen en definities</u> P: Medium Care patients • MeSH 'Medium Care patients' → 0 resultaten • MeSH 'Medium Care' → 0 resultaten • MeSH 'Medium Care Unit' → 0 resultaten • MeSH 'Patients' → 12 resultaten ○ <u>Patients:</u> Individuals participating in the health care system for the purpose of receiving therapeutic, diagnostic, or preventive procedures. I: Information provision/ information material • MeSH 'information provision' → 7 resultaten ○ Geen bruikbare resultaten • MeSH 'Information material' → 10 resultaten

	○ <u>Patient Education Handout [publication type]</u>: works consisting of a handout or self-contained informative material used to explain a procedure or a condition or the contents of a specific article in a biomedical journal and written in non-technical language for the patient or consumer. C: - O: Shared decision making • MeSH 'Shared decision making' → 1 resultaat ○ <u>Decision Making</u>: The process of making a selective intellectual judgment when presented with several complex alternatives consisting of several variables, and usually defining a course of action or an idea. <u>Gebruikte vrije termen</u> P: • Medium Care patients • Medium Care • Medium Care Unit I: • Information provision • Information material O: - C: • Shared decision making 3.4: <u>Aantal hits MeSH search</u> • "Patients" [MeSH]: aantal hits: 51900 • "Patients Education Handout" [publication Type]: aantal hits: 4519 • "Decision Making" [MeSH]: aantal hits: 160994 <u>Aantal hits vrije termen search</u> • Medium Care patients: aantal hits: 18309 • Medium Care: aantal hits: 51585 • Medium Care Unit: aantal hits: 3716 • Information provision: aantal hits: 11604 • Information material: aantal hits: 26664 • Shared decision making: aantal hits: 242821
RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	SEARCH
Stap 4 A Search PubMed	4A: <u>Stappen in de zoekstrategie</u> P: • ("patients"[MeSH]) AND Medium Care Unit: aantal hits: 54 • (((("Patients"[MeSH]) AND Medium care unit)) OR medium care patients) OR medium care: aantal hits: 51585 I:

	• (“Patient Education Handout” [Publication Type] OR information material) OR information provision: aantal hits: 42494 C: - O: • (“Decision Making”[Mesh]) OR shared decision making: aantal hits 242821 <u>Aantal titels volledige search</u> (((((((“Patients”[Mesh]) AND Medium care unit)) OR medium care patients) OR medium care)) AND (((“Patient Education Handout” [Publication Type]) OR information provision) OR information material)) AND (“Decision Making”[Mesh]) OR shared decision making): aantal hits: 60
Stap 4B: In- en exclusiecriteria geschikte titels en/of abstracts	4B: De resultaten zijn bekeken. Er is voor gekozen om de filters Review en Randomized Controlled Trail (RCT) te gebruiken: aantal hits: 4 Op basis van de titels en abstracts is er voor gekozen om de zoekstring uit te breiden door critical care en intensive care toe te voegen aan de zoekstring, aangezien er geen bruikbare artikelen zijn gevonden. Aantal titels na eerste selectieronde: 2 P: • MeSH ‘Critical Illness’ → 2 resultaten ○ <u>Critical Illness</u>: a disease or state in which death is possible or imminent. • MeSH ‘Critical Care’ → 3 resultaten ○ <u>Critical care</u>: health care provided to a critically ill patient during a medical emergency or crisis. ○ <u>Critical care nursing</u>: a nursing specialty that deals specifically with the care of patients who are critically ill. • MeSH ‘Intensive care units’ → 3 resultaten ○ <u>Intensive care units</u>: Hospital units providing continuous surveillance and care to acutely ill patients. - “Critical illness” [MeSH]: aantal hits: 20583 - “Critical care” [MeSH]: aantal hits: 48363 - “Critical care nursing” [MeSH]: aantal hits: 771 - “Intensive care units” [MeSH]: aantal hits: 64828 Nieuwe zoekstring: P: ○ ((((((((((“Patients”[Mesh]) AND Medium care unit)) OR medium care patients) OR medium care) OR “Critical Illness”[Mesh]) OR “Critical Care”[Mesh]) OR “Critical Care Nursing”[Mesh]) OR “Intensive

	Care Units"[Mesh]: aantal hits: 165720 P+I+O • (((((((("Patients"[Mesh]) AND Medium care unit) OR medium care patients) OR medium care) OR "Critical Illness"[Mesh]) OR "Critical Care"[Mesh]) OR "Critical Care Nursing"[Mesh]) OR "Intensive Care Units"[Mesh])) AND (((("Patient Education Handout" [Publication Type]) OR information provision) OR information material)) AND ((("Decision Making"[Mesh]) OR shared decision making): aantal hits: 99 P+I+O+ Review+ RCT • (((((((("Patients"[Mesh]) AND Medium care unit) OR medium care patients) OR medium care) OR "Critical Illness"[Mesh]) OR "Critical Care"[Mesh]) OR "Critical Care Nursing"[Mesh]) OR "Intensive Care Units"[Mesh])) AND (((("Patient Education Handout" [Publication Type]) OR information provision) OR information material)) AND ((("Decision Making"[Mesh]) OR shared decision making) Filters: Randomized Controlled Trial; Review: aantal hits: 21
Stap 4C: Aantal geschikte abstracts	4C: Aantal abstracts na tweede selectieronde met de volgende in- en exclusiecriteria: De titels en abstracts van de gevonden artikelen zijn bekeken en gelezen. Op basis van de titels en abstracts zijn er 3 artikelen overgebleven die geschikt lijken voor het onderzoek.
Stap 4D: Full-tekst	4D: Aantal artikelen na derde selectie ronde met de definitieve in- en exclusiecriteria: Na het lezen van de artikelen is 1 artikel bruikbaar voor het onderzoek.
Stap 4E: Gebruikte artikelen	Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN? Vermeld hier de keuze van je artikelen: • <u>Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice:</u> Dit artikel gaat over de effectiviteit van skills ontwikkelende scholingen voor gezamenlijke besluitvorming en hoe dit artsen kan helpen in behandelproces van patiënten. Dit artikel is een review uit 2004

Na de zoekstrategie in PubMed is er ook nog gezocht in de wetenschappelijke database Cinahl:

ZOEKSTRATEGIE	RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE
Stap 1: Vraagstelling/onderwerp	Stap 1: <i>In hoeverre sluiten de huidige informatievoorzieningen aan bij de informatiebehoefte van de Medium Care patiënt in het Radboudumc en in hoeverre stellen deze informatievoorzieningen de patiënt in staat om mee te kunnen beslissen in het behandelproces?</i>
Stap 2: PICO formuleren	Stap 2: Vraag <i>In hoeverre sluiten de huidige informatievoorzieningen aan bij de informatiebehoefte van de Medium Care patiënt in het Radboudumc?</i> P: Medium Care patiënten I: Informatievoorzieningen C: - O: Informatiebehoeften
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren op basis van de PICO: 2. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen 3. Beschrijf de zoektocht naar de MeSH termen search: allereerst MeSH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden 4. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren 5. Geef zo nodig limits aan 6. Bouw de search per zoekterm op 7. Voer per MeSH term de search op PubMed uit Rapporteer het aantal hits per MeSH term.	Stap 3.1 en 3.2: Gezocht in van Dale Nederlands- Engels woordenboek. Er is gekozen om via Cinahl juist artikelen op te zoeken die gaan over de informatiebehoefte van patiënten. Hier is voor gekozen omdat er in PubMed ook is gezocht naar de gezamenlijke besluitvorming en de informatiebehoefte op dit moment meer centraal staat. Daarom is er verder niet gezocht op het gezamenlijke besluitvorming. <u>PICO in Engelse begrippen</u> P: Medium Care patients I: Information provision/ information material C: - O: Informational needs 3.3: <u>Gebruikte termen:</u> De definities van de gebruikte termen kwamen in Cinahl niet naar voren. Daarom zijn alleen de gebruikte termen weergegeven. <u>P: Medium Care patients:</u> • 'Medium Care patients' • 'Patients' ○ <i>Patients: Individuals participating in the health care system for the purpose of receiving therapeutic, diagnostic, or preventive procedures.</i> • 'Medium Care Unit' • 'Intensive Care Unit' (of ICU) • 'Critical care' • 'Critical care unit' • 'Critical illness' <u>I: Information provision/ information material:</u> • 'Information provision' • 'Information material' <u>C: -</u> <u>O: Informational needs:</u>

	• 'Informational need' ◦ <i>Information required to solve a problem or to fill gaps in knowledge.</i> 3.4: <u>Aantal hits:</u> • "Patients": aantal hits: 1.192.158 • "Medium Care patients": aantal hits: 35 • "Medium Care unit": aantal hits: 26 • "Information provision": aantal hits: 1.852 • "Informational material": aantal hits: 64 • "Information needs": aantal hits: 15.059 • "Intensive Care": aantal hits: 58.925 • "ICU": aantal hits: 15.066 • "Critical care": aantal hits: 43.629 • "Critical care unit": aantal hits: 1.965 • "Critical illness": aantal: 9.515
RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	SEARCH
Stap 4 A Search PUBMED	4A.1: <u>Stappen in de zoekstrategie</u> P: ("Critical Care" OR "Intensive Care Unit" OR "ICU" OR "Critical Care Unit" OR "Critical Illness" OR "Medium Care unit" OR "medium care patients") → aantal hits: 87.174 I: ("Information provision" OR "informational material") → aantal hits: 1.916 C: - O: ("information needs") → aantal hits: 15.059 <u>Aantal titels volledige search</u> <i>(critical care OR intensive care unit OR icu OR critical care unit OR critical Illness OR medium care unit OR medium care patients) AND (information provision or informational material) AND (information needs)</i> → <u>deze zoekstring leverde 13 artikelen op.</u> Er is voor gekozen om "information provision" weg te laten, omdat de informatiebehoefte van MC patiënten centraal staat en de artikelen over "information provision" het aantal hits verminderd. Dit leidde tot de volgende zoekstring: <i>(critical care OR intensive care unit OR icu OR critical care unit OR critical Illness OR medium care unit OR medium care patients) AND information needs.</i> → <u>deze zoekstring leverde 285 artikelen op.</u>
Stap 4B: In- en exclusiecriteria geschikte titels en/of abstracts	4B Om nog specifieker te kunnen zoeken, is er gebruik gemaakt van meerdere filters. Alle artikelen vanaf het jaar 2000 zijn geïnccludeerd. Daarnaast worden alleen de volgende type publicaties geïnccludeerd: Clinical Trial, Meta Analysis, Randomized Controlled Trial, Review,

	Systematic Review. Door te filteren zijn er nog 38 artikelen overgebleven, waarvan de titels zullen worden gescand. Aantal titels na eerste selectieronde: 8
Stap 4C: Aantal geschikte abstracts	4C: Aantal abstracts na tweede selectieronde met de volgende in- en exclusiecriteria: 8. De abstracts van de 8 overgebleven artikelen zijn gelezen en van deze abstracts zijn 4 artikelen bruikbaar voor dit onderzoek.
Stap 4D: Full-tekst	4D: Aantal artikelen na derde selectie ronde met de definitieve in- en exclusiecriteria: De 4 bruikbare artikelen zijn volledig gelezen en hierna viel nog één artikel af, omdat deze toch niet bruikbaar bleek te zijn.
Stap 4E: Gebruikte artikelen	Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN? De volgende artikelen kunnen voor dit onderzoek gebruikt worden: - <i>Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review (2012).</i> - <i>Meeting the needs of patients' families in intensive care units (systematic review uit 2014).</i> - <i>Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature (2011).</i> Voor deze artikelen is gekozen, omdat de artikelen allemaal betrekking hebben op de informatiebehoefte van de patiënt, maar ook van de familie. Daarnaast zijn dit allemaal artikelen van hoge kwaliteit.
Stap 4F: Sneeuwbalmethode	Naast de gevonden artikelen zijn er met behulp van de sneeuwbal methode nog twee artikelen gevonden die zeer bruikbaar zijn voor dit onderzoek. Het gaat om het volgende artikelen: - <u><i>Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: a literature review (2005)</i></u> Dit artikel is bruikbaar, omdat er op de MC twee categorieën patiënten liggen, waarvan de chirurgische patiënt er één is. Door deze review kan een inzicht worden gegeven in hun informatiebehoeften. - <u><i>Meeting patient and relatives' information needs upon transfer from an intensive care unit: the development and evaluation of an information booklet (2003).</i></u> Dit artikel is bruikbaar, omdat dit heel goed de informatiebehoeften weergeeft bij een overplaatsing van de IC naar een andere afdeling. Op de MC liggen ook veel patiënten vanuit de IC, dus door dit onderzoek krijgen we een inzicht in hun behoeften.

Sneeuwbalmethode

In dit onderzoek is niet alleen gezocht naar literatuur via de online databases, maar is er ook gebruik gemaakt van de zogeheten sneeuwbalmethode. Bij de sneeuwbalmethode werd er in de referentielijst van relevante artikelen gezocht naar opgenomen artikelen die aansloten bij het onderzoek (Baarda et al., 2009). In de online databases is vervolgens specifiek gezocht op de titel van deze artikelen, door middel van deze methode konden nieuwe relevante artikelen worden gevonden. In dit onderzoek zijn, door middel van deze methode, de volgende relevante artikelen gevonden:

- Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2006). adult surgical patients and the information provided to them by nurses: a literature review. *patient education and counseling*, 5-15.
- Paul, F., Hendry, C., & Cabrelli, L. (2004). Meeting patient and relatives' information needs upon transfer from an intensive care unit: the development and evaluation of an information booklet. *Journal of clinical nursing*, 396-405.
- Cullinane, J.P., & Plowright, C. (2013). Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. *British association of Critical Care Nurses*, 289-296.

Bijlage 2: Evidence Tabel

Alle gebruikte artikelen uit dit onderzoek zijn beschreven in de evidence tabel. In de evidence tabel werd per artikel het jaar, design, populatie en de belangrijkste resultaten en conclusies van het artikel beschreven. In de evidence tabel werd ook per artikel aangegeven wat de mate van bewijs was, hierbij is gebruik gemaakt van de volgende indeling (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, 2007):

- A1** Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau
- A2** Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van voldoende kwaliteit
- B** Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2
- C** Niet-vergelijkend onderzoek
- D** Mening van deskundigen

Auteur; Land	Jaar	Design	Mate van bewijs	Populatie	Resultaten/ Conclusie
Al-Mutair, A.S., Plummer, V., O'Brien, A., & Clerhan, R.; Australië	2013	Literatuur-onderzoek	C	IC-afdelingen en andere acute afdelingen	Uit de onderzoeken is gebleken dat patiënten en hun naasten de informatiebehoefte en de zekerheid als meest belangrijk ervaren. Ook is er gebleken dat het voor de naasten belangrijk is om betrokken te zijn bij het behandelproces van de patiënten. Uit de onderzoeken is ook gebleken dat patiënten en naasten het belang van informatie anders ervaren dan zorgverleners, wat ervoor zorgt dat zorgverleners minder tijd krijgen om patiënten en naasten informatie te geven. Naasten moeten ook meer betrokken worden bij belangrijke gebeurtenissen, zoals het verwijderen van een beademingsbuis
Cullinana, J.P., & Plowright, C.I.; Verenigd Koninkrijk	2013	Literature-review	B	IC-patiënten die worden overgeplaatst naar andere afdelingen	Uit de onderzoeken bleek dat patiënten veel moeite hadden met het verschil van aandacht. Zo staat op de IC één verpleegkundige op één patiënt, terwijl op de gewone afdelingen één verpleegkundige op zes patiënten staat. Patiënten en naasten bleken ook andere verwachtingen te hebben van de afdelingen, aangezien de informatie over de afdelingen vaak niet overeenkwamen met de ervaringen uit de praktijk. Een aanbeveling is dan ook dat verpleegkundigen van verschillende afdelingen met elkaar communiceren, om zo een goed beeld van de afdelingen te kunnen schetsen voor de patiënten.
Elwyn, G. et al;	2004	Cluster Randomized	C	Gezamenlijke besluitvorming	In het onderzoek wordt beschreven dat gezamenlijke besluitvorming een

Verenigd Koninkrijk		Trial			proces is tussen een professional en een patiënt, waarbij de informatie duidelijk en eerlijk wordt besproken, zodat een patiënt een beslissing kan maken en dit met de professional kan delen. De professional dient rekening te houden met de waarden van de patiënt, wanneer de patiënt niet in staat is zelf een beslissing te maken.
Khalaila, R.; Israël	2014	Review	B	Patiënten op de IC-afdeling	Uit de verschillende onderzoeken is gebleken dat informatie die niet overeenkomt met de behoeften van de patiënten en hun naasten, kan leiden tot depressie, angst en het gevoel dat ze niet begrepen worden. De onderzoeken geven als aanbevelingen aan om verpleegkundigen te trainen in het geven van informatie die aansluit bij de patiënten en hun naasten. Het is belangrijk om patiënten en hun naasten regelmatig te vragen wat hun informatiebehoefte is. Ook is het belangrijk om naasten te betrekken bij de behandeling van de patiënten, zeker wanneer een patiënt komt te overlijden kan dit helpen bij de rouwverwerking.
Pardavila Belio, M.I., & Vivar, C.G.; Spanje	2011	Review	B	Patiënten op de IC-afdeling	Uit de onderzoeken is gebleken dat het belangrijk is dat verpleegkundigen de informatiebehoefte van de patiënten en hun naasten duidelijk krijgen. Dit is vooral belangrijk om patiënten en hun naasten te helpen met angst, onzekerheden en tijdens het proces van rouw. Ook is er gebleken dat wanneer verpleegkundigen voldoen aan de informatiebehoefte van patiënten en hun naasten er een betere professionele relatie kan bestaan en dit kan helpen in het gemoedelijker lopen van behandelingen. Ook zullen patiënten en hun naasten sneller en eerder toestemming geven voor een behandeling, wanneer de informatie goed aansluit op de behoeften
Paul, F., Hendry, C., & Cabrelli, L.; Verenigd Koninkrijk	2003	Explorerende kwalitatieve studie	C	IC-patiënten die worden overgeplaatst naar andere afdelingen	Uit de onderzoeken is gebleken dat veel patiënten en hun naast angst ervaren doordat de overplaatsing vaak onverwachts komt en er niet genoeg tijd is om de patiënten en hun naasten goed te informeren over de overplaatsing en de afdeling waar ze terecht komen. Een aanbeveling uit dit onderzoek is om na de overplaatsing samen te evalueren hoe dit is gegaan en of er nog vragen, angstgevoelens of

					onzekerheden zijn. Uit interviews is gebleken dat patiënten en hun naasten graag informatie kregen die ook aansluit op hun behoeften.
Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H.; Finland	2005	Literatuur-onderzoek	C	Geopereerde volwassen patiënten	De onderzoeken gaven aan dat het belangrijk is dat de informatie die wordt gegeven aansluit op de behoeften van de patiënten en wordt gegeven op de manier dat de patiënt de informatie wenst te krijgen. Uit de onderzoeken is bijvoorbeeld gebleken dat verpleegkundigen meer waarde leverden aan informatie die patiënten juist als niet belangrijk ervaarden
Wesson, J.S.; Verenigd Koninkrijk	1997	Review	B	Patiënten op de Cardiothoracale IC	Uit de onderzoeken is gebleken dat patiënten op een IC vaak verschillende psychische problemen ervaren, van angst en verwarring tot wanen en hallucinaties. Ook is gebleken dat patiënten op de IC veel stressfactoren hebben en dat naasten soms meer stress ervaren dat de patiënt zelf. De onderzoeken geven als advies aan om angstgevoelens en bezorgdheid bespreekbaar te maken. Hierdoor kan er gezocht worden naar persoonlijke informatie en informatie die aansluit bij de behoeften van de patiënt en zijn/haar naasten

Bijlage 3: Informatiebrief patiënten

Informatiebrief patiënten

Titel:

Informatiebehoeften van Medium care patiënten in het Radboudumc

Inleiding:

Geachte heer/mevrouw,

Wanneer u deze informatiebrief heeft ontvangen betekent dit dat u voldoet aan de toelatingseisen van het onderzoek. Wij vragen u vriendelijk om mee te doen aan een kwaliteitsonderzoek van het Radboudumc (zie titel). Vanuit de opleiding verpleegkunde van de Hogeschool Arnhem Nijmegen doen twee studentonderzoekers onderzoek voor het Radboudumc. U kunt zelf beslissen of u mee wilt doen aan het onderzoek. Voordat u beslist of u wel of niet mee wilt doen aan het onderzoek, is het belangrijk dat u meer te weten komt over het onderzoek. Wij vragen u daarom deze informatiebrief rustig door te lezen.

1. Wat is het doel van het onderzoek?

Het doel van het onderzoek is om te kijken wat de informatiebehoeften van patiënten op de Medium Care afdeling in het Radboudumc is. Met dit onderzoek hopen wij meer duidelijkheid te krijgen over de informatiebehoeften van de patiënten en worden er aanbevelingen gedaan om de informatievoorzieningen nog verder te verbeteren.

2. Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Het onderzoek zal worden uitgevoerd door het afnemen van interviews. Dit betekent dat twee onderzoekstudenten bij u komen om vragen aan u te stellen en uw mening te horen over uw informatiebehoeften en uw ervaringen met de informatievoorzieningen. Om uw mening goed te kunnen verwerken is het belangrijk om zo veel mogelijk van uw eigen woorden te gebruiken. Om dit te realiseren is ervoor gekozen om te werken met geluidsopnames. Hierdoor kunnen uw woorden letterlijk worden uitgeschreven. Het interview zal maximaal 15-20 minuten duren, om zo de belastbaarheid zo laag mogelijk te houden. Vooraf en tijdens het onderzoek is het belangrijk dat u uw grenzen aangeeft, deze zullen door de studentonderzoekers begrepen en gerespecteerd worden.

3. Wat gebeurt er met uw gegevens?

Tijdens het interview zullen geen persoonsgegevens gevraagd worden, maar zal uw interview gekoppeld worden aan een code. De onderzoeksdata zullen 15 jaar bewaard worden, aangezien dit wettelijk verplicht is. De gegevens die u achterlaat om resultaten en aanbevelingen van het onderzoek te ontvangen, zullen niet met derden gedeeld worden.

4. Wilt u verder nog iets weten?

Mocht u naar aanleiding van het lezen van deze informatiebrief nog vragen hebben dan kunt u deze per mail aan de studentonderzoekers stellen; Esmee.vanBeek@Radboudumc.nl. Mocht u vragen hebben die u niet wilt bespreken met de studentonderzoekers of vragen die niet kunnen wachten op de studentonderzoekers, dan kunnen die gesteld worden aan de

verpleegkundigen op de afdeling.

Met vriendelijke groeten van de studentonderzoekers,

Esmee van Beek & Lisette Raijmann

HBO-verpleegkunde studenten aan de HAN in Nijmegen

Esmee.vanBeek@Radboudumc.nl

Bijlage 4: Toestemmingsverklaring

TOESTEMMINGSVERKLARING

Radboudumc

Toestemmingsverklaring betreffende het onderzoek:

“Informatiebehoeften van de Medium Care Patiënt”

Bij deze verklaar ik dat ik voldoende ben geïnformeerd over het onderzoek met betrekking tot de informatiebehoeften van de Medium Care patiënt en verklaar ik dat mijn rechten en plichten gedurende dit onderzoek duidelijk zijn.

Ik stem geheel vrijwillig in met de deelname aan het onderzoek, waarbij ik gedurende het onderzoek het recht heb om deze instemming, zonder opgaaf van enige reden, weer terug te trekken. Ik mag op elk moment stoppen met het onderzoek en heb het recht om één of meerdere vragen niet te beantwoorden. Deelnemen aan dit onderzoek heeft geen enkele invloed op de verleende zorg tijdens de ziekenhuisopname.

Ik ben ervan op de hoogte dat er tijdens de interviews audio-opnamen worden gemaakt die alleen voor doeleinden met betrekking tot dit onderzoek gebruikt mogen worden. Alle (persoonlijke) gegevens zullen tijdens dit onderzoek geanonimiseerd worden. De persoonsgegevens zullen niet door derden worden ingezien zonder uw uitdrukkelijke toestemming!

In te vullen door patiënt:

Patiëntnummer: _____

Handtekening: _____

Datum: ____ / ____ / ____

Ik verklaar dat ik de patiënt op de juiste wijze heb geïnformeerd over het hierboven genoemde onderzoek. Mocht er informatie bekend worden die de toestemming van de patiënt zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik de patiënt daarvan tijdig op de hoogte.

In te vullen door onderzoeker:

Handtekening: _____

Datum: ____ / ____ / ____

Bijlage 5: Informatiebrief MC-verpleegkundigen

Informatiebrief verpleegkundigen

Titel van het onderzoek

Informatiebehoeften van Medium care patiënten in het Radboudumc

Inleiding

Geachte verpleegkundige,

Wij, Esmee van Beek en Lisette Raijmann, zijn twee hbo-verpleegkunde studenten van de HAN in Nijmegen. Voor ons afstudeeronderzoek doen wij een kwaliteitsonderzoek op de MC (zie titel). In week 46 t/m 48 (vanaf 15 november) zullen wij interviews afnemen met patiënten op de afdeling. In deze informatiebrief hopen wij u voldoende te informeren over het onderzoek. Wij vragen u deze informatiebrief rustig door te lezen. Mocht u na het lezen van de informatiebrief nog vragen hebben, dan kunt u deze altijd stellen!

1. Wat is het doel van het onderzoek?

Het doel van het onderzoek is om te kijken wat de informatiebehoefte van patiënten op de Medium Care afdeling in het Radboudumc is. Met dit onderzoek hopen wij meer duidelijkheid te krijgen over de informatiebehoeften van de patiënten en worden er aanbevelingen gedaan om de informatievoorzieningen verder te verbeteren.

2. Welke patiënten worden benaderd en welke patiënten niet?

In principe worden alle Medium Care patiënten benaderd voor dit onderzoek. Er zijn echter vier groepen patiënten die voor dit onderzoek niet geschikt zijn en dus niet meer kunnen doen, namelijk: 1) patiënten onder de achttien jaar; 2) patiënten die niet voldoende beheersing hebben van de Nederlandse en/of Engelse taal; 3) patiënten die gesedeerd zijn; 4) patiënten die een delier ondergaan en 5) patiënten met spraakproblemen (bijvoorbeeld vanwege een canule).

3. Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Het onderzoek zal worden uitgevoerd door het afnemen van interviews met de patiënt. Om de mening van de patiënten goed te kunnen verwerken is het belangrijk om zo veel mogelijk bij de woorden van patiënten te blijven. Er is dan ook voor gekozen om te werken met geluidsopnames, waardoor de interviews letterlijk kunnen worden uitgeschreven. In verband met de beperkte belastbaarheid van de patiënten, zullen de interviews maximaal 15-20 minuten duren. De data van het onderzoek zullen ten alle tijden anoniem blijven en er zullen geen persoonsgegevens met derden worden gedeeld.

4. Wat vragen wij van u als verpleegkundige?

De interviews worden op dinsdag en donderdag afgenomen. Om patiënten de tijd te geven om de informatie over het onderzoek door te lezen, willen wij aan de avonddienst op maandag en woensdag vragen om de informatiebrief en toestemmingsverklaring aan de patiënten te geven. De verpleegkundigen van de avonddienst zullen hierover via de mail nogmaals geïnformeerd worden. De studentonderzoekers zullen de toestemmingsverklaringen zelf ophalen, zodat zij eventueel nog vragen kunnen beantwoorden.

5. Wat gebeurt er als een patiënt niet mee wilt doen aan het onderzoek?

Voordat een patiënt mee kan doen aan het onderzoek moet er een toestemmingsverklaring ingevuld worden. Wanneer de patiënt (of zijn naasten) het toestemmingsverklaring niet ondertekent, geeft hij/zij geen toestemming om deel te nemen aan het onderzoek. Tijdens het interview kunnen patiënten op elk gewenst moment stoppen met het interview of geen toestemming geven voor een deel of voor het hele interview, dit zal altijd gerespecteerd worden.

6. Wat gebeurt er als het onderzoek is afgelopen?

Na afloop van het onderzoek zal het onderzoeksverslag in de teamkamer worden gelegd, zodat de resultaten ook door het verpleegkundig team kunnen worden ingezien. Daarnaast zal na afloop van het onderzoek, het onderzoeksverslag worden gepresenteerd. Datum van de presentatie zal later bekend worden gemaakt.

7. Wilt u verder nog iets weten?

Mocht u naar aanleiding van deze informatiebrief nog vragen hebben, dan kunt u deze altijd aan de studentonderzoekers stellen: Esmee.vanBeek@Radboudumc.nl. Mocht u vragen hebben die u niet met de studentonderzoekers wilt bespreken kunt u deze vragen aan Ellen van der Mee stellen: Ellen.vanderMee@Radboudumc.nl.

Wij hopen u hiermee voldoende op de hoogte te hebben gebracht over dit onderzoek en willen u bij voorbaat alvast bedanken voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten van de studentonderzoekers,

Esmee van Beek & Lisette Raijmann
Verpleegkunde studenten aan de HAN in Nijmegen
Esmee.vanBeek@Radboudumc.nl

Bijlage 6: Topiclijst

Inleiding:

1. Codering doorgeven P01-P02-ETC.
2. Introductie en informatiebrief
3. We zullen de belangrijkste informatie nog even kort met u doornemen:
 - a. Dit onderzoek zal vooral gaan over de schriftelijke en de mondelinge informatievoorzieningen.
 - b. Het behandelproces
 - c. En uw informatiebehoeften
 - d. Dit met als doel om inzicht te krijgen in uw ervaringen met de informatievoorzieningen op de MC en om te kijken of de informatievoorzieningen verbeterd kunnen worden
 - e. Wij willen u erop wijzen dat wij gebruik maken van audio opnames, maar dat uw gegevens ten alle tijden anoniem zullen blijven en niet met derden gedeeld zullen worden
 - f. Mocht u vragen niet willen beantwoorden kunt u dit aangegeven.
 - g. De interviews zullen ongeveer 20 minuten duren
4. We zouden graag wat achtergrond gegevens van u krijgen om de gekregen data straks beter te kunnen verwerken.
 - a. Leeftijd
 - b. Nationaliteit
 - c. Opname-indicatie en vorige afdeling
 - d. Opnameduur
5. Heeft u over deze vragen op- of aanmerkingen?

Informatiebehoeften:

We willen het nu graag met u hebben over uw informatiebehoeften tijdens deze opname. Dit houdt in dat wij willen weten welke informatie u heeft gekregen en waar u nou eigenlijk behoeften aan heeft.

- Welke informatie heeft u voorafgaand aan de MC-opname gekregen?
 - Hoe, wanneer en van wie heeft u dit gekregen? Was dit voldoende?
- Welke informatie heeft u tijdens deze opname op de MC gekregen?
 - Hoe, wanneer en van wie heeft u dit gekregen? Was dit voldoende?
- Aan welke informatie heeft u het meeste behoefte (gehad) tijdens uw verblijf op de MC?
- Wat vindt u van de huidige hoeveelheid informatie die u ontvangt op de MC?
 - Voldoet dit aan uw behoefte? Waarom wel/niet?
- Onder welke omstandigheden zou u de informatie het liefst willen krijgen?
- Welke behoeften heeft u ten aanzien van de opname op de MC?
 - Welke informatie vindt u bij een opnamegesprek belangrijk? Welke info heeft u gekregen?
- Heeft u verder nog op- of aanmerkingen?

Mondelinge informatievoorzieningen:

De volgende vragen gaan over de mondelinge informatievoorzieningen die u heeft gekregen

voorafgaand en tijdens uw opname op de MC afdeling. Met de mondelinge informatievoorzieningen wordt alle informatie bedoeld die mondeling aan uw is gegeven.

- Kunt u voorbeelden noemen van de mondelinge informatie die u heeft ontvangen?
- Wat zijn uw ervaringen met de mondelinge informatievoorzieningen?
 - Waar bent u tevreden over en waar minder tevreden over?
- Wat heeft u als prettig ervaren?
- Wat kan er volgens u nog verbeterd worden?
- Wat vindt u van de hoeveelheid mondelinge informatie?
 - In hoeverre sluit dit aan, aan uw behoefte?
- Hoe waren de omstandigheden waarin de informatie werd gegeven?
- Merkt u verschil tussen de mondelinge informatievoorzieningen op de verschillende afdelingen en zo ja, waar zit dat verschil in?
- Als u op een schaal van nul tot tien een cijfer mag geven aan de mondelinge informatievoorzieningen, welk cijfer geeft u de MC dan?
 - Nul = helemaal niet tevreden, tien = zeer tevreden
- Heeft u verder nog op- of aanmerkingen?

Schriftelijke informatievoorzieningen

De aankomende vragen zullen vooral gaan over de schriftelijke informatievoorzieningen. Hieronder vallen alle informatiefolders en overig ondersteund materiaal dat u op papier heeft gekregen of heeft kunnen inzien.

- Bent u geïnformeerd met behulp van schriftelijke informatievoorzieningen?
 - Indien nee: had u het prettig gevonden, welke informatie zou u prettig vinden, etc.
- Kunt u een voorbeeld noemen van de schriftelijke informatie die u heeft ontvangen?
- In hoeverre bent u tevreden over de schriftelijke informatievoorzieningen?
 - Wat heeft u als prettig ervaren?
 - Wat kan er volgens u nog verbeterd worden?
- In hoeverre heeft u het gevoel dat de schriftelijke informatie ondersteuning bieden voor de mondelinge informatie?
- Wat vindt u van de hoeveelheid schriftelijke informatievoorzieningen?
 - Sluit dit aan bij wat uw behoefte hierin is?
 - Kunt u aangeven of er schriftelijke informatievoorzieningen ontbreken en wat u dan eventueel mist?
- Merkt u verschil tussen de schriftelijke informatievoorzieningen op de verschillende afdelingen?
- Als u op een schaal van nul tot tien een cijfer mag geven aan de schriftelijke informatievoorzieningen, welk cijfer geeft u de MC dan?
 - Nul = helemaal niet tevreden, tien = zeer tevreden
- Heeft u verder nog op- of aanmerkingen?

Betrokkenheid behandelproces

De volgende vragen zullen gaan over het meebeslissen in uw eigen behandelproces. Wij zijn vooral benieuwd hoe belangrijk u het vindt om mee te beslissen in uw behandeling (denk aan

medisch of verpleegkundige beslissingen) en of u op dit moment in staat wordt gesteld om deze beslissingen te maken.

- Hoe belangrijk vindt u het om mee te beslissen in uw behandeling en waarom?
 - Kunt u een voorbeeld geven waarbij u het belangrijk vindt om mee te beslissen
- In hoeverre wordt u in staat gesteld om mee te beslissen in de behandeling?
- In hoeverre heeft u het gevoel dat de huidige mondelijke informatievoorzieningen u in staat stellen om mee te beslissen bij uw behandeling?
 - Kunt u een voorbeeld geven waarbij u in staat werd gesteld om mee te beslissen in het behandelproces
- In hoeverre heeft u het gevoel dat de huidige schriftelijke informatievoorzieningen u in staat stellen om mee te beslissen bij uw behandeling?
 - Kunt u een voorbeeld geven waarbij u in staat werd gesteld om mee te beslissen in het behandelproces
- Wordt u door het verpleegkundig en medisch team gestimuleerd om mee te denken in het behandelproces?
 - Hoe ervaart u dit?
- Wat heeft u nodig om nog beter mee te kunnen beslissen in uw behandeling?
- Heeft u verder nog op- of aanmerkingen?

Afsluiting:

Wij zijn op het einde van dit interview gekomen, wij willen u allereerst hartelijk bedanken voor uw deelname. Mocht u behoefte hebben om de resultaten van het onderzoek in te zien, dan kunt u uw email adres achterlaten en zullen wij u rond januari een bericht sturen. Mocht u nog dingen te binnen schieten die gebruikt in ons onderzoek, kunt u deze altijd naar ons toe mailen.

Bijlage 7: uitwerking hoofd- en subcategorieën

Categorie 1: Informatiebehoeften

Subcategorie 1: Mondelinge informatiebehoeften											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over de behoeften van de respondent ten aanzien van de mondelinge informatievoorzieningen.											
Transcriptie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
1.1.1	1.1.2	1.1.3	1.1.4	1.1.5	1.1.6	1.1.7	1.1.8	1.1.9	1.1.10	1.1.11	1.1.12

Subcategorie 2: Schriftelijke informatiebehoeften											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over de behoeften van de respondent ten aanzien van de schriftelijke informatievoorzieningen.											
Transcriptie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
1.2.1	1.2.2	1.2.3	1.2.4	1.2.5	1.2.6	1.2.7	1.2.8	1.2.9	1.2.10	1.2.11	1.2.12

Subcategorie 3: Voorkeur mondeling of schriftelijke informatie											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden onder die gaan over de voorkeuren van de respondent ten aanzien van mondeling en schriftelijke informatievoorzieningen.											
Transcriptie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
1.3.1	1.3.2	1.3.3	1.3.4	1.3.5	1.3.6	1.3.7	1.3.8	1.3.9	1.3.10	1.3.11	1.3.12

Categorie 2: Mondelinge informatievoorzieningen

Subcategorie 1: Verkregen informatie											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over voorbeelden die de respondent geeft over de verkregen mondelinge informatie.											
Transcriptie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
2.1.1	2.1.2	2.1.3	2.1.4	2.1.5	2.1.6	2.1.7	2.1.8	2.1.9	2.1.10	2.1.11	2.1.12

Subcategorie 2: Voorbereiding op MC											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over de verkregen mondelinge informatie die de respondent heeft gekregen ter voorbereiding op de opname op de MC afdeling.											
Transcriptie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
2.2.1	2.2.2	2.2.3	2.2.4	2.2.5	2.2.6	2.2.7	2.2.8	2.2.9	2.2.10	2.2.11	2.2.12

Subcategorie 3: Hoeveelheid informatie											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over wat de respondent vindt van de hoeveelheid gekregen mondelinge informatie.											
Transcriptie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
2.3.1	2.3.2	2.3.3	2.3.4	2.3.5	2.3.6	2.3.7	2.3.8	2.3.9	2.3.10	2.3.11	2.3.12

Subcategorie 4: Omstandigheden bij informatieverstrekking											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over de omstandigheden waarin de mondelinge informatie is gegeven en gekregen voorafgaand en tijdens de opname op de MC afdeling. De omstandigheden kunnen slaan op de drukte in de kamer, de methode waarop artsen en verpleegkundigen informatie over brengen, de toestand van de respondent, etc.											
Transcriptie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
2.4.1	2.4.2	2.4.3	2.4.4	2.4.5	2.4.6	2.4.7	2.4.8	2.4.9	2.4.10	2.4.11	2.4.12

Subcategorie 5: Tevredenheid m.b.t. informatieverstrekking											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over de tevredenheid van de respondent met betrekking tot de mondelinge informatieverstrekking.											
Transcriptatie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
2.5.1	2.5.2	2.5.3	2.5.4	2.5.5	2.5.6	2.5.7	2.5.8	2.5.9	2.5.10	2.5.11	2.5.12

Subcategorie 6: Informatievoorzieningen andere afdelingen/ziekenhuizen											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over de ervaringen van de respondent met de informatievoorzieningen van andere afdelingen en/of ziekenhuizen.											
Transcriptatie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
2.6.1	2.6.2	2.6.3	2.6.4	2.6.5	2.6.6	2.6.7	2.6.8	2.6.9	2.6.10	2.6.11	2.6.12

Subcategorie 7: Cijfer mondelinge informatievoorzieningen											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden over het cijfer dat de respondent geeft voor de mondelinge informatie en waarom dit cijfer gegeven wordt.											
Transcriptatie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
2.7.1	2.7.2	2.7.3	2.7.4	2.7.5	2.7.6	2.7.7	2.7.8	2.7.9	2.7.10	2.7.11	2.7.12

Categorie 3: Schriftelijke informatievoorzieningen

Subcategorie 1: Schriftelijke informatie over de behandeling											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over of de respondent geïnformeerd is over zijn/haar ziektebeeld, door middel van schriftelijke informatie.											
Transcriptatie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
3.1.1	3.1.2	3.1.3	3.1.4	3.1.5	3.1.6	3.1.7	3.1.8	3.1.9	3.1.10	3.1.11	3.1.12

Subcategorie 2: Geïnformeerd met schriftelijke informatie over de MC											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over of de respondent wel of niet geïnformeerd is over de MC afdeling via schriftelijke informatie.											
Transcriptatie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
3.2.1	3.2.2	3.2.3	3.2.4	3.2.5	3.2.6	3.2.7	3.2.8	3.2.9	3.2.10	3.2.11	3.2.12

Subcategorie 3: Hoeveelheid informatie											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over wat de respondent vindt van de hoeveelheid gekregen schriftelijke informatie.											
Transcriptatie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
3.3.1	3.3.2	3.3.3	3.3.4	3.3.5	3.3.6	3.3.7	3.3.8	3.3.9	3.3.10	3.3.11	3.3.12

Subcategorie 4: Aansluiten schriftelijke en mondelinge informatie											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over de ervaringen van de respondent met het aansluiten van mondelinge informatie en schriftelijke informatie.											
Transcriptatie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
3.4.1	3.4.2	3.4.3	3.4.4	3.4.5	3.4.6	3.4.7	3.4.8	3.4.9	3.4.10	3.4.11	3.4.12

Subcategorie 5: Verbeterpunten											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die de respondent heeft gegeven over verbeterpunten van de schriftelijke informatie.											
Transcriptie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
3.5.1	3.5.2	3.5.3	3.5.4	3.5.5	3.5.6	3.5.7	3.5.8	3.5.9	3.5.10	3.5.11	3.5.12

Subcategorie 6: Cijfer schriftelijke informatie											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden over het cijfer die de respondent geeft aan de schriftelijke informatie en waarom dit cijfer gegeven wordt.											
Transcriptie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
3.6.1	3.6.2	3.6.3	3.6.4	3.6.5	3.6.6	3.6.7	3.6.8	3.6.9	3.6.10	3.6.11	3.6.12

Categorie 4: Gezamenlijke besluitvorming

Subcategorie 1: Ervaringen m.b.t. gezamenlijke besluitvorming											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over hoe belangrijk de respondent het vindt om mee te kunnen beslissen in hun behandelproces.											
Transcriptie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
4.1.1	4.1.2	4.1.3	4.1.4	4.1.5	4.1.6	4.1.7	4.1.8	4.1.9	4.1.10	4.1.11	4.1.12

Subcategorie 2: In staat worden gesteld mee te beslissen											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over of de respondent wel of niet in staat wordt gesteld om mee te beslissen in hun behandelproces, door het medisch team.											
Transcriptie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
4.2.1	4.2.2	4.2.3	4.2.4	4.2.5	4.2.6	4.2.7	4.2.8	4.2.9	4.2.10	4.2.11	4.2.12

Subcategorie 3: In staat worden gesteld door mondelinge informatie											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over of de respondent wel of niet in staat wordt gesteld om mee te beslissen in het behandelproces, door middel van mondelinge informatie.											
Transcriptie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
4.3.1	4.3.2	4.3.3	4.3.4	4.3.5	4.3.6	4.3.7	4.3.8	4.3.9	4.3.10	4.3.11	4.3.12

Subcategorie 4: In staat worden gesteld door schriftelijke informatie											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over of de respondent wel of niet in staat wordt gesteld om mee te beslissen in het behandelproces, door middel van schriftelijke informatie.											
Transcriptie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
4.4.1	4.4.2	4.4.3	4.4.4	4.4.5	4.4.6	4.4.7	4.4.8	4.4.9	4.4.10	4.4.11	4.4.12

Subcategorie 5: Stimulatie meebeslissen											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over of en hoe de respondent gestimuleerd wordt om mee te beslissen in het behandelproces.											
Transcriptie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
4.5.1	4.5.2	4.5.3	4.5.4	4.5.5	4.5.6	4.5.7	4.5.8	4.5.9	4.5.10	4.5.11	4.5.12

Subcategorie 6: Beter meebeslissen											
Hieronder vallen alle vragen en antwoorden die gaan over wat de respondent nodig heeft om beter mee te kunnen beslissen in hun behandelproces.											
Transcriptie code met daaronder de citaatcode:											
P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
4.6.1	4.6.2	4.6.3	4.6.4	4.6.5	4.6.6	4.6.7	4.6.8	4.6.9	4.6.10	4.6.11	4.6.12

Bijlage 8: Geheimhoudingsverklaring



Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokken te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring

In te vullen door student 1:

Studentnummer	529501
Naam	Esmée van Beek
Opleiding	HBO-Verpleegkunde
Geboortedatum	04-01-1996
Geboorteplaats	Wageningen

In te vullen door student 2:

Studentnummer	534341
Naam	Lisette Rajmann
Opleiding	HBO-Verpleegkunde
Geboortedatum	25-09-1995
Geboorteplaats	Elst

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze gedragscode. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- Ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- Ik zorgvuldig en verantwoord om ga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers

In te vullen door student 1:

Datum	11-10-2016
Handtekening	Esmee van Beek

In te vullen door student 2:

Datum	11-10-2016
Handtekening	Lisette Rajmann

Bijlage 9: Respondentkarakteristieken

In onderstaande tabel zijn de respondentkarakteristieken terug te vinden van de respondenten die aan dit onderzoek deel hebben genomen.

Codering	Reden van opname	Geslacht	Leeftijd	Patiëntcategorie
P01	Slokdarmkanker	Man	73 jaar	Intensive Care
P02	Hersenstaminfarct	Man	61 jaar	Spoedeisende hulp
P03	Acute longontsteking	Vrouw	52 jaar	Spoedeisende hulp
P04	Aorta ruptuur	Man	56 jaar	Post-operatief
P05	Vervangen hartklep, aorta en plaatsen pacemaker	Man	65 jaar	Post-operatief
P06	Hersentumor en huidkanker	Vrouw	65 jaar	Post-operatief
P07	Alvleesklierkanker	Vrouw	72 jaar	Intensive Care
P08	Nabloeding	Man	65 jaar	Intensive Care
P09	Hartklep reparatie	Man	68 jaar	Post-operatief
P10	Longembolie	Man	58 jaar	Vanuit de afdeling
P11	Longontsteking	Man	78 jaar	Vanuit de afdeling
P12	Stentplaatsing slokdarm	Vrouw	80 jaar	Spoedeisende hulp