UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in systeem- en procesinnovatie in de gezondheidszorg

Masterthesis

Het proces naar een duurzame implementatie van een prehabilitatieproject voor personen met blaaskanker die een radicale cystectomie zullen ondergaan

Maxine Vos

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in systeem- en procesinnovatie in de gezondheidszorg

PROMOTOR :

Prof. dr. Jochen BERGS

2024
2025

UHASSELT
KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be
Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in systeem- en procesinnovatie in de gezondheidszorg

Masterthesis

Het proces naar een duurzame implementatie van een prehabilitatieproject voor personen met blaaskanker die een radicale cystectomie zullen ondergaan

Maxine Vos

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in systeem- en procesinnovatie in de gezondheidszorg

PROMOTOR :

Prof. dr. Jochen BERGS

MASTERTHESIS: HET PROCES NAAR EEN DUURZAME IMPLEMENTATIE VAN EEN PREHABILITATIETRAJECT VOOR PERSONEN MET BLAASKANKER DIE EEN RADICALE CYSTECTOMIE ZULLEN ONDERGAAN.

Inhoudsopgave

Abstract 1

Introductie 3

Probleembeschrijving 3

Huidige evidentie 3

Rationale 4

Methode 5

Context 5

Benadering 5

Dataverzameling en analyse 6

"AS-IS" procesontdekking 6

Analyse van het proces en zijn barrières 6

Suggesties voor optimalisatie en herontwerp 6

Ethische overwegingen 6

Resultaten 7

Huidige procesbeschrijving 7

Analyse: identificeren van uitdagingen 7

Aanbod 8

Inschatting van noden 8

Herontwerp: strategieën tot optimalisatie 8

Doorverwijzing en interdisciplinaire samenwerking 8

Educatie van zorgverleners, eerste lijn en mantelzorgers 9

Discussie 11

Sterktes en limitaties van de studie 11

Aanbevelingen 12

Conclusie 13

Dankwoord 15

Referenties 17

Bijlagen 19

Procesmap 19

Semigestructureerd interview 25

Facilitatorgids workshop 26

Woord Vooraf

Deze studie werd uitgevoerd in het kader van de masterproef van de richting "systeem en procesinnovatie in de gezondheidszorg" van Universiteit Hasselt in samenwerking met het Jessaziekenhuis, dienst urologie.

De dienst urologie streeft naar het optimaliseren van zorg en het reduceren van complicaties bij patienten die een radicale cystectomie ondergingen. Zij geloven reeds in het belang van prehabilitatie en trachten een multimodaal prehabilitatietraject te verwerken in hun zorgpad. Vooral voor het implementeren van de fysieke pijler binnen de multimodale prehabilitatie voorziet uitdagingen. Met deze masterproef wordt getracht een steentje bij te dragen aan het benoemen en begrijpen van deze uitdagingen om vervolgens tot toepasbare oplossingen te werken voor de klinische praktijk om zo een succesvolle implementatie te ondersteunen. Met deze studie tracht ik een klinische vertaling te creeren binnen het domein van de implementatiewetenschappen, wat mij als auteur ook representeert: Het hart van een kinesitherapeut dat zich verder heeft kunnen verdiepen in de implementatiewetenschappen binnen de opleiding systeem- en procesinnovatie in de gezondheidszorg.

MASTERTHESIS: HET PROCES NAAR EEN DUURZAME IMPLEMENTATIE VAN EEN PREHABILITATIETRAJECT VOOR PERSONEN MET BLAASKANKER DIE EEN RADICALE CYSTECTOMIE ZULLEN ONDERGAAN.

Maxine Vos[1], Alexandra Cloostermans[1,2], Mariet Lenaers[3], Jochen Bergs[1,2]

1 Hasselt Universiteit, Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen, Diepenbeek, België

2 THINK3 Simulation & Innovation Lab, Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen, Universiteit Hasselt, Diepenbeek, België

3 Jessa Ziekenhuis, Hasselt, België

Abstract

Introductie: Patiënten die een radicale cystectomie (RC) ondergaan hebben een hoog risico op postoperatieve complicaties, ondanks het gebruik van ERAS-protocol. Multimodale prehabilitatieprogramma's kunnen de postoperatieve weerbaarheid verhogen. Binnen het Jessa Ziekenhuis werd prehabilitatie al opgenomen, maar de fysieke component kent uitdagingen in zijn implementatie.

Doel: Deze studie onderzoekt de barrières en mogelijkheden voor de implementatie van fysieke prehabilitatie als onderdeel van een multimodaal traject bij patiënten met niet-gemetastaseerde spierinvasieve blaaskanker die een RC zullen ondergaan.

Methode: Via semigestructureerde interviews werd het proces verkend en gemodelleerd in BPMN. Deze werd voorgelegd in een co-creatieve workshop met betrokken zorgverleners. Barrières werden geïdentificeerd en geanalyseerd met de '5 Why'-methode, en oplossingsstrategieën werden gegenereerd via brainstorming.

Resultaten: Vier hoofdbarrières werden geïdentificeerd: gebrek aan aanbod, inschatting, informatie en motivatie. Met name het barrières omtrent aanbod werden weerhouden en grondig verdiept. Aanbevelingen omvatten onder meer vroege doorverwijzing, vervroegde consultaties, standaard evaluatie door fysische geneeskunde/revalidatie, opleiding van zorgverleners en het betrekken van de eerste lijn en mantelzorgers.

Discussie: In zowel het behandeltraject waarbij primair de RC wordt uitgevoerd als het traject met neo-adjuvante chemotherapie lijkt het nuttig en haalbaar om de doorverwijzing en daarmee ook het aanbod van prehabilitatie te vervroegen. De effectiviteit voor beiden werd ook al onderbouwd in de literatuur. Wel moeten we in acht nemen dat dit in de co-creatieve sessie geen patiëntenperspectieven werden meegenomen, en dat ook niet alle betrokken stakeholders van het gehele proces aanwezig waren.

Conclusie: Een vroege doorverwijzing naar fysische geneeskunde/revalidatie is een haalbare en direct toepasbare oplossing om het aanbod van prehabilitatie te verbeteren. De inhoud van de fysieke interventie dient afgesteld te worden op de biopsychosociale noden van de patiënt. Het includeren van patiëntenperspectieven in een volgende fase is mede daardoor sterk aangeraden.

Introductie

Probleembeschrijving

Voor niet-gemetastaseerde spierinvasieve blaaskanker is radicale cystectomie (RC) de standaardbehandeling [1]. Tijdens de ingreep wordt de blaas verwijderd waarna een stoma geplaatst wordt, een andere, nog complexere optie is de vorming van een neoblaas. Deze invasieve ingreep brengt een hoog complicatierisico met zich mee en daarbij kent de aandoening en zijn behandeling een hoge mortaliteit [2-4]. Om complicaties bij majeure inwendige ingrepen te reduceren en zorgkwaliteit te optimaliseren wordt er al gebruik gemaakt van het ERAS-protocol (Enhanced Recovery After Surgery) [5]. Toch blijft het risico op complicaties na de ingreep hoog [6, 7], ook niet onopgemerkt bij de dienst urologie van het Jessaziekenhuis. Om de weerbaarheid en de herstelcapaciteit van de patient te verhogen voor een majeure ingreep kent prehabilitatie zijn opmars. Eerder werden de effecten ervan al aangetoond binnen de orthopedie, maar ook al bij vb colorectale chirurgie [8]. Meer recent wordt ook de rol van prehabilitatie bij urologie, meer specifiek voor radicale cystectomie bestudeerd. Bij de dienst urologie van het jessa ziekenhuis werd een multimodaal prehabilitatieprogramma al geintegreerd in het zorgpad, dit wordt gecoördineerd door de verpleegkundig specialist (VS). Zo wordt er voorafgaand aan de chirurgie gescreend en gecorrigeerd voor anemie, de patiënt krijgt toxicologische educatie -alcohol, roken, drugs-, ook wordt er voedigsbegeleiding opgestart en indien nodig krijgt de patiënt ook oncopsychologische bijstand (Figuur 1). Ook wordt er gestreefd naar gericht beweegadvies en interventie voor een optimale fysieke capaciteit. Om deze laatste pijler te integreren worden enkele uitdagingen ervaren; 1) ruimte/organisatie in het proces, 2) inhoud en opvolging van de interventie.

Huidige evidentie

Zoals hierboven vermeld kent prehabilitatie de laatste jaren een opmars binnen de urologie en specifiek voor RC. Principes werden overgenomen vanuit abdominale heelkunde, en daarvoor orthopedie waar prehabilitatie al een langere tijd wordt beschreven en onderzocht [8].

In de laatste tien jaar werden verschillende studies gepubliceerd die prehabilitatie onderzochten bij radicale cystectomie. Opvallend is de variatie in methodiek die gebruikt werd in de verschillende studies. Zo werd het effect van een louter fysieke interventie onderzocht, maar voornamelijk ook het effect van een multimodaal prehabilitatieprogramma. Controlegroepen varieerden tussen een standaard protocol met en zonder ERAS. Zennami et al. (2024) maakte een onderscheid in de effecten in een "fraile" en "non fraile" groep. Verder werd er geen onderscheid gemaakt in de populatie [9]. Interventies betroffen zowel thuisprogramma's als programma's uitgevoerd onder supervisie. Ook uitkomstmaten verschilden van directe psychische, fysiologische en functionele uitkomsten tot complicatiedata.

Post-operatieve ileus (POI) is een belangrijke en veel voorkomende complicatie na RC. Het risico voor het ontwikkelen van POI werd ook hoger bevonden met patiënten met "frailty" of een lage G8 score. De studie van Knowlton et al. (2024) rapporteerde een reductie in POI, urineweginfecties, malnutritie, wondproblemen en diepe veneuze tromboses na het toevoegen van een op maat gemaakt thuisprogramma door een kinesitherapeut aan het zorgpad inclusief ERAS en voedingsadvies [10]. Toch waren deze bevindingen niet significant verschillend. Een significante reductie van POI werd aangetoond met het toevoegen van een interventie met krachttraining gecombineerd met uithouding aan de standaardzorg specifiek voor de populatie met een lage G8 score. In dezelfde studie werd een correlatie gevonden tussen een hoge score op de 'American Society of Anesthesiologists score' en het ontwikkelen van POI in de volledige populatie [9].

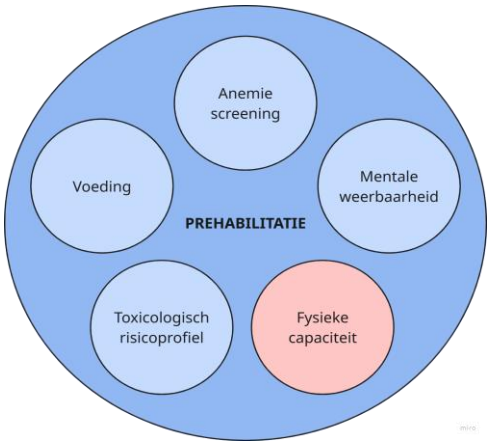
Hoewel de evidentie van prehabilitatie op het reduceren van POI of andere complicaties nog eerder beperkt zijn werd er wel aangetoond dat een interventie binnen het beperkte tijdsframe van diagnose tot RC effecten kan bekomen op het vlak van directe psychische, fysiologische en functionele uitkomsten. Jensen en Jensen (2023) kon een significant hogere krachtoutput besluiten vlak voor de operatie, en op vier en twaalf maanden post-operatief. De interventie bestond uit een thuisprogramma met krachttraining aangevuld met een aerobe activiteit (2weken, 2x/dag). De controlegroep ontving enkel het standaard beweegadvies. Ook Minnella et al. (2019) focust op een aerobe training in combinatie met krachttraining (4weken, 3x/week). De 6MWT verbeterde significant vlak na de interventie en op vier en acht weken na de RC. Een gelijkaardige interventie

werd onderzocht door Kaye et al. (2020) ook hier verbeterden de functionele uitkomsten (6MWT, TUG, UGS, VO2) significant na de interventie, samen met de mentale gezondheid (SF-36). Banerjee et al. (2017) onderzocht de effecten van een individuele fysieke interventie die uit een aerobe interval bestond (3-6weken, 2x/week). Laaggradige complicaties reduceren met een prevalentie van 36% naar 15% en hooggradige complicaties van 14% naar 10% in de interventiegroep. Zowel het thuisprogramma van Minnella et al. (2019) , als het gesuperviseerd programma door Kaye et al. (2020)een goede therapietrouwheid [7, 11]. Daarnaast werden er geen neveneffecten van de interventie gerapporteerd. Deze groeiende evidentie is alvast hoopgevend voor de effecten van prehabilitatie. Echter hangen de uiteindelijke resultaten mede af van de mate van een succesvolle implementatie, waar deze studie ook in tracht bij te dragen [12].

Rationale

Binnen het huidige prehabilitatieprogramma blijkt de fysieke component (Figuur 1), dat zich richt op het verbeteren van de fysieke fitheid, weerbaarheid en herstelcapaciteit van de patiënt vóór de ingreep, de grootste implementatie-uitdaging met zich mee te brengen. Via een combinatie van procesverkenning en analyse, verdiept met interviews en een co-creatieve workshop, worden de barrières voor prehabilitatie binnen het specifiek zorgproces voor patiënten die een RC zullen ondergaan in kaart gebracht. Daarbij worden oplossingsgerichte strategieën gevormd die de implementatie haalbaar en duurzaam moeten maken voor het betrokken zorgteam van het Jessa Ziekenhuis.

Binnen deze studie wordt gebruik gemaakt van fundamenten uit de implementatiewetenschappen om de complexe uitdaging van het implementeren van een innovatief zorgprogramma beter te begrijpen en gestructureerd aan te pakken. Door systematisch te kijken naar de determinanten; de kenmerken van de innovatie, het huidige proces, de context waarin deze geïmplementeerd wordt en zijn betrokken actoren, helpt dit vakgebied om barrières te identificeren, te begrijpen en op te lossen [13, 14]. Deze studie zal vertrekken vanuit het verkennen van het huidige proces, waarbij ook de inzichten van Dumas et al. (2018) van toepassing zijn [15].



Figuur 1 De 5 pijlers van prehabilitatie voor RC binnen het Jessaziekenhuis

Methode

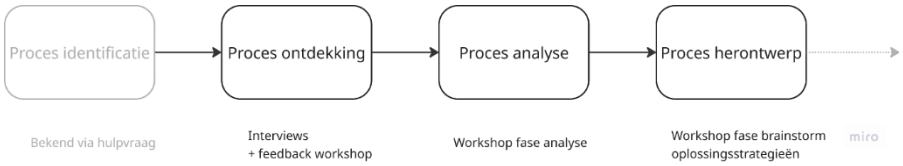
Deze kwalitatieve studie is gericht op het onderzoeken van de mogelijkheden voor een duurzame implementatie van multimodaal prehabilitatie traject (met name de fysieke interventie) voor patiënten die een radicale cystectomie (RC) zullen ondergaan binnen het Jessa Ziekenhuis. De rapportage gebeurde volgens de richtlijnen van het SQUIRE 2.0-raamwerk (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence)[16].

Context

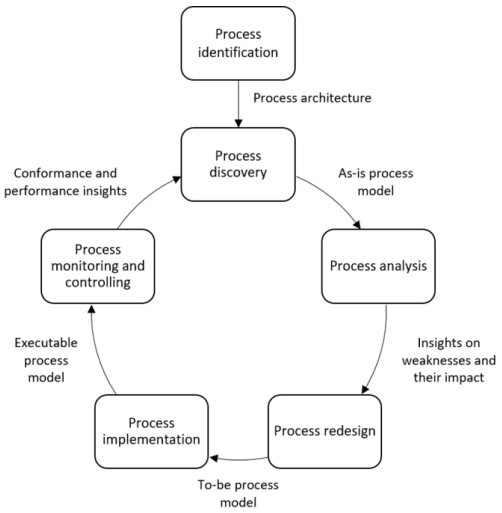
De hulpvraag ontstond vanuit een verpleegkundig specialist van de dienst urologie in het Jessa Ziekenhuis die het zorgpad voor patiënten die een RC tracht te optimaliseren met een multimodale prehabilitatie voor een betere post-operatieve uitkomst. Elementen van ERAS zijn reeds ingebed. Ook vier van de vijf pijlers van het prehabilitatie (voeding, screening voor anemie, mentale weerbaarheid, toxicologisch risicoprofiel) werden recent geïntegreerd. Barrières voor succesvolle implementatie werden vooral ondervonden voor de "fysieke pijler" van dit multimodaal programma. Om dit multimodaal prehabilitatieprogramma tot een succesvolle implementatie te leiden werd er beroep gedaan op THINK3 simulation & innovation lab van Universiteit Hasselt, de begeleiding achter deze masterproef.

Benadering

Deze studie bevat de elementen van procesontdekking, proces-analyse en procesherontwerp (Figuur 2), ook voorkomend in de volledige "Business Process Management Lifecycle", een iteratief voorgesteld proces dat structuur biedt voor de continue verbetering van een proces (Figuur 3) [15]. Door focus te leggen op het perspectief van betrokken zorgverleners binnen de institutionele en organisatorische context van het Jessa Ziekenhuis in rekening te brengen, wordt gestreefd naar realistische, gedragen en toepasbare oplossingen. Zo ontstaat een voorbode van een methodologisch kader dat niet alleen focust op theoretische effectiviteit, maar ook op praktische toepasbaarheid binnen de dagelijkse realiteit van het zorgpad. Deze combinatie draagt bij aan het opstellen van een duurzame implementatiestrategie voor fysieke prehabilitatie van personen die een RC zullen ondergaan binnen de context van het Jessa Ziekenhuis.



Figuur 2 De fases, doorlopen in deze studie



Figuur 3 De volledige Business Process Management Lifecycle, beschreven door Dumas et al. (2018) p23

Dataverzameling en analyse

"AS-IS" procesontdekking

De eerste fase bestaat uit een procesontdekking waarbij het bestaande zorgpad - van diagnose tot de uitvoering van de RC - in kaart wordt gebracht. Voor de ontwikkeling van deze procesmap werd er gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews met sleutelfiguren binnen het zorgpad, waaronder de VS en de urologisch chirurg. De verkregen inzichten worden samengebracht in een visuele representatie van het huidige proces (AS IS-model) volgens de standaarden van BPMN (Business Process Model and Notation), via BPMN.io [17]. Dit model vormt een vertrekpunt voor de analyse van het proces, dat via een co-creatieve workshop zal plaatsvinden met betrokken actoren van het zorgpad.

Analyse van het proces en zijn barrières

Op 29 april 2025 vindt een co-creatieve workshop plaats waarin diverse betrokken stakeholders (zoals verpleegkundigen, artsen en therapeuten) samenkomen. Onder begeleiding van de facilitator wordt het AS IS-model gepresenteerd en vervolgens grondig geanalyseerd. Feedback voor het "AS IS" procesmodel wordt hierbij meegenomen alvorens over te gaan tot identificatie van barrières van een succesvolle implementatie. Het doel van deze analyse behoudt naast het identificeren van de barrières ook het begrijpen en achterhalen van de "rootcauses" van deze barrières, wat van sterk belang is om tot gepaste oplossingen te werken voor een succesvolle implementatie.

Volgend op het collectief identificeren van de barrières in het proces worden deze in subgroepen verder verdiept via de "5 why" tool van "the design thinking toolbox" [18]. Deze analyse helpt om onderliggende oorzaken van de barrières te identificeren, de zogenaamde achterhaling van de "rootcause". Vervolgens werden de resultaten van deze groepsopdracht plenair voorgesteld en aangevuld indien nodig.

Suggesties voor optimalisatie en herontwerp

Met de bekomen "rootcauses" werd een brainstorm moment geopend. Iedere deelnemer kreeg een korte periode van enkele minuten om zijn mogelijke oplossingen te noteren op post-its. Op deze manier werd ieders inbreng gehoord. De post-its werden vervolgens overlopen en toelicht en geclassificeerd binnen verschillende thema's van mogelijke oplossingsinterventies om de implementatie te faciliteren.

Om af te sluiten werd de bekomen consensus rond de identificatie van barrières, de achterliggende "rootcauses" en de mogelijke oplossingen overlopen. Om de overdracht naar de praktijk te faciliteren kon er ook een onderscheid gemaakt worden naar de oplossingen die direct doorgevoerd konden worden in de praktijk en de 'goede maar ambitieuze' ideeën die verdere uitwerking vereisen.

Ethische overwegingen

Voor deze studie was er geen nood aan goedkeuring van het medisch ethisch comité. De studie maakte deel uit van een kwaliteitsverbeterproject en bevatte geen interventie of verzameling van persoonsgegevens van patiënten. De interviews en workshop werden uitsluitend uitgevoerd met professionele zorgverleners en betroffen de analyse en optimalisatie van een zorgproces waarbij geen gevoelige informatie verzameld werd. Alle deelnemers van de interviews en workshops werden op voorhand geïnformeerd van het doel van de studie.

Resultaten

Huidige procesbeschrijving

Op 14 maart 2025 vond het eerste semigestructureerd interview plaats met de VS. Daaropvolgend werd op 25 maart 2025 een (semi)gestructureerd interview afgenomen met één van de drie uro-oncologisch chirurgen. Met deze informatie werd het proces verder verdiept en afgetoetst ten opzichte van elkaar.

De opgestelde procesmap is terug te vinden in bijlage "procesmap" (Figuur 4-12) Hierin wordt het traject, doorlopen door de patiënt, visueel voorgesteld vanaf aanmelding tot en met het uitvoeren van de chirurgie. Het eerste deel van de procesmap bevat het diagnostisch proces en de bepaling van de behandeling op het MOC. De scope van deze thesis richt zich op de periode vanaf dat de patiënt zijn status kent (zie consultatie 2, blauw) tot de start van de chirurgie.

Vanuit de procesmap kan vastgesteld worden dat er twee behandeltrajecten mogelijk zijn. 1) directe overgang tot RC na vier tot maximaal zes weken. 2) Een neo-adjuvant traject met chemotherapie van acht tot twaalf weken voordat de RC ingepland wordt, opnieuw vier tot zes weken na de chemotherapie.

In beide gevallen worden er na het plannen van de RC ook de onderzoeken en consultaties ter voorbereiding op de ingreep gepland. Bij de geriatrische/fraile patiëntengroep zal dit gebeuren via het geriatrisch dagziekenhuis waar er getracht wordt ook frailty verder te beoordelen samen met een "fit for surgery[1]" onderzoek. Ook comorbiditeiten worden hier verder onderzocht en behandeld indien nodig.

Iedere patiënt zal voorafgaand ook een consultatie doorlopen bij de anesthesist, de stomaverpleegkundige en de verpleegkundig specialist. In het huidige zorgpad komt ook de diëtist al standaard aan bod voor een voedingsconsultatie. De oncopsycholoog is ook goed geïntegreerd in het huidige zorgtraject. De screening voor anemie en de toxicologische educatie komen aan bod tijdens de consultatie bij de verpleegkundig specialist. Ook komt hier het belang van fitheid en bewegen aan bod, verdere ondersteuning in fysieke prehabilitatie is afwezig of beperkt. Alle voorbereidende consultaties en onderzoeken worden zoveel mogelijk gegroepeerd, indien er geen dagziekenhuis gepland werd, om zo de reisbelasting voor de patiënt te reduceren.

Maximaal twee weken na deze reeks van consultaties en vooronderzoeken moet de RC plaatsvinden. Deze tijdspanne is van belang door de aantekeningen op de huid voor de plaatsbepaling van de blaasstoma, die gemaakt werden door de stomaverpleegkundige.

Tijdens de workshop op 29 april 2025 kwam tot uiting dat de agendaplanning van het diagnostisch proces als "ambitieus" werd gerapporteerd. Deze timings werden vervolgens verruimd in de rapportage. Ook kon men stellen dat de geriatrische/fraile patiënt, die via het dagziekenhuis voorbereid wordt op de RC, ook de patiëntengroep is die niet in aanmerking komt voor neo-adjuvante chemotherapie. Omgekeerd geldt hetzelfde; de patiënten die wel in aanmerking komen voor neo-adjuvante chemotherapie zullen de vooronderzoeken en consultaties via de reguliere raadplegingen doorlopen. Ook deze aanpassing werd in de finale versie gerapporteerd.

Analyse: identificeren van uitdagingen

Tijdens de co-creatieve workshop werd er als eerste benadrukt dat het traject reeds zeer druk is voor een korte periode van zes weken, waarin de patiënt ook het slechte nieuws krijgt meegedeeld, met een behandeling met een hoog risico dat relatief kort op de consultatie volgt. Deze impact op de patiënt mag niet onderschat worden wanneer men een fysieke interventie zou opstarten. Onmiddellijke consensus in de groep werd bekomen dat een fysiek prehabilitatieprogramma nuttig is, maar dat het ook de taak van de zorgverlener is om dit enkel aan te bieden binnen de 'mental space' van de patiënt en mantelzorger(s). Anderzijds viel er op dat er nergens eerder in het traject

[1] 6MWT, Handknijpkracht, 5x Chair Stand test

al een doorverwijzing werd gedaan om fysiek te prehabiliteren, zonder dat hierin de stomaverpleegkundige werd benoemd.

Na verdere verdieping met de groep werden er vier hoofdthema's bevonden die als barrière gezien worden voor de implementatie van fysieke prehabilitatie; gebrek aan **aanbod,** gebrek aan objectieve bepaling en **inschatting** van individuele noden, gebrek aan **informatie** bij zowel stafleden als patiënten en mantelzorgers, gebrek aan **motivatie** om te bewegen. Uit deze vier thema's bleek dat 'informatie' en 'motivatie' een gevolg zijn van het gebrek aan aanbod en inschatting. Ook aanbod en inschatting blijken nauw verweven te zijn. Beiden werden verdiept met 5x why methode.

Aanbod

Het zorgpad, inclusief prehabilitatie, is eerder nieuw en verspreid over verschillende afdelingen. De korte duur van het preoperatieve traject, gecombineerd met de veelvuldige interdisciplinaire componenten, verhoogt de complexiteit van dit traject en vereist sterke samenwerking. Momenteel zijn zorgverleners en medewerkers mogelijks niet voldoende op geïnformeerd over het traject waardoor doorverwijzingen onvoldoende vlot verlopen. Volgens het huidige proces wordt de patiënt ook pas ten vroegste twee weken voor de RC doorverwezen naar fysische geneeskunde voor het evalueren en eventueel opstarten van de fysieke interventie. Dit blijkt het gevolg van de groepering van de raadplegingen samen met de stomaverpleegkundige. Ook een vermelding van prehabilitatie met een doorverwijzing van de arts tijdens de tweede consultatie (= dag 0, diagnose en behandelplan) is er niet. De introductie van prehabilitatie kent geen plaats in deze consultatie doordat de patiënt tijdens deze consultatie geïnformeerd wordt over zijn zware diagnose de vooropgestelde behandeling met bijhorende risico's. Daarnaast is er ook een gebrek aan kennis (bij de uroloog) van mogelijk aanbod voor fysieke interventie en de effecten ervan (= vakgebied fysische geneeskunde, revalidatiewetenschappen).

Wanneer patiënten in aanmerking komen voor neo-adjuvante chemotherapie zullen zij voorafgaand aan de chirurgie behandeld worden met 4-6 cycli MVAC[2] [19], waarbij de patiënten twee dagen opgenomen worden op oncologie voor toediening en daarna tien dagen thuis herstelt. Ook bij deze groep is er geen eerdere opstart van prehabilitatie (in dit geval een adjuvante oncologische revalidatie). Bij deze groep bestaat ook de kans dat de chemotherapie onvoldoende resultaat oplevert of dat de therapie niet getolereerd wordt door de patiënt. In dat geval zal de RC zo snel mogelijk gepland worden. Bijgevolg zullen alle voorbereidende onderzoeken en consultaties nog korter op de operatie worden gepland.

Inschatting van noden

Het inschatten van de noden gebeurt momenteel op de afdeling urologie, vooral door de verpleegkundig specialist. Door gebrek aan kennis en vaardigheden van meetinstrumenten om de fitheid en andere biopsychosociale factoren in kaart te brengen wordt dit als barrière in het huidige traject ervaren. Zoals ook al hierboven beschreven bestaat er op deze manier een grote overlap met de discipline van fysische geneeskunde en revalidatiewetenschappen. Deze afdeling beschikt over de nodige kennis en vaardigheden om een gepaste evaluatie en zo nodig een fysieke interventie op te starten. Dit verklaart de verweving met het thema 'aanbod' waar de planning en doorverwijzing reeds werd toegelicht.

Herontwerp: strategieën tot optimalisatie

Na het analyseren van het traject en begrijpen van de barrières werden verbetersuggesties besproken tijdens een brainstormsessie. Ook de suggesties tot optimalisaties kunnen onderverdeeld worden in enkele thema's; Doorverwijzing, samenwerking en educatie.

Doorverwijzing en interdisciplinaire samenwerking

De dienst fysische geneeskunde heeft capaciteit om iedere patiënt die een radicale cystectomie moet ondergaan te screenen en eventueel een interventie op te starten. Het gaat hier echter slechts over 40-50 patiënten op jaarbasis, wat als haalbaar wordt geacht door de fysisch geneesheer en

[2] methotrexate, vinblastine, doxorubicin, en cisplatin

kinesitherapeut. Een belangrijk voorstel was dan ook het **ontwikkelen van een standaard doorverwijzing protocol,** waarbij de uroloog bij de consultatie een voorschrift klaarzet of een automatische verwijsactie onderneemt richting fysische geneeskunde of de kinesitherapeut. Een uitzondering kan gemaakt worden voor de patiënten die de RC zullen ondergaan voor palliatieve zorg.

Daarnaast zijn zowel de urologische verpleegkundigen als de diëtiste bereid om zich flexibel op te stellen en vroeger in het traject aan bod te komen. Dit betekent wel dat de raadpleging dus niet meer gegroepeerd zal worden met de raadpleging van de stomaverpleegkundige.

Het rechtstreekse traject tot chirurgie, vaak voor de geriatrische/fraile patiënt, is steeds een kort traject van maximaal zes weken. Indien vroege planning van prehabilitatie in het traject niet mogelijk is, werd er gesuggereerd om in bepaalde gevallen de **operatie met één a twee weken uit te stellen**, mits medisch verantwoord, om een minimale prehabilitatie periode mogelijk te maken. Men benadrukt een minimale interventietijd van 3 weken, exclusief de screenings om een effect van prehabilitatie te bekomen.

Voor het traject met neo-adjuvante chemotherapie wordt er gesuggereerd om de patiënten al **tijdens de therapie te begeleiden** en op te volgen op vlak van fysieke fitheid. Om de patiënt niet te overladen met informatie werd geopperd dit vanaf de 2^{e} cyclus op te starten. De voorbereidende consultaties zouden hier ook al kunnen gepland worden vanaf dat de laatste cyclus van de chemotherapie bekend is.

Educatie van zorgverleners, eerste lijn en mantelzorgers

Een belangrijk aandachtspunt betrof kennis van belang en de effecten van prehabilitatie, maar ook de kennis van het specifieke traject voor de patiënten die een RC zullen ondergaan, bij de betrokken zorgverleners en medewerkers van de betrokken afdelingen. **Periodieke bijscholingen** rond de inhoud van specifieke trajecten maar ook algemeen prehabilitatie werden gesuggereerd ter bevordering van doorverwijzing door enerzijds de arts/zorgverleners maar ook de vlotte/prioritaire planning door het medische secretariaat. Ook specifieke bijscholingen rond motivationele gespreksvoering, richtlijnen voor screening, en het gebruik van objectieve meetinstrumenten kwamen aan bod.

Daarnaast werd gesuggereerd om **mantelzorgers actief te betrekken** via infosessies, en gebruik te maken van **visuele en toegankelijke informatie** voor patiënten om zo therapietrouwheid te verbeteren. Ook **digitale toepassingen zoals apps** of teleconsultaties werden aangehaald tijdens de brainstormsessie voor opvolging en ondersteuning tijdens het traject. Visuele informatie werd ook als nuttig geacht voor het educeren en opfrissen van informatie bij de betrokken zorgverleners en medewerkers.

Naast het opleiden en educeren van de interne betrokken zorgverleners uit het ziekenhuis werd er ook de betrokkenheid van **de eerste lijn besproken.** Momenteel bestaat er veel onduidelijkheid over de betrokkenheid van de eerste lijn. Kan de patiënt terecht voor de vooropgestelde behandeling? Neemt de patiënt initiatief tot het aanmelden bij een eerstelijns kinesitherapeut. Beschikt de kinesitherapeut over voldoende kennis voor de prehabilitatie van deze specifieke patiëntengroep, kan de evaluatie en screening ook overgelaten worden aan de eerste lijn?

Door de eerstelijns kinesitherapeuten (en huisartsen) mee uit te nodigen in bijscholingen kan er een betere overdracht en voldoening aan de noden van deze patiëntengroep bekomen worden. Zo kan het traject als een quasi gestandaardiseerd protocol aangeboden worden in zowel de eerste als tweede lijn, wat logistieke en praktische uitdagingen voor de patiënt mogelijks mee kan oplossen. Een geïnformeerde eerste lijn met een goede communicatie/terugkoppeling biedt tevens ook mogelijkheden voor rechtstreekse doorverwijzing vanuit de dienst urologie.

Discussie

De analyse van het huidige zorgtraject bracht verschillende barrières aan het licht die een succesvolle implementatie van fysieke prehabilitatie bij patiënten die een RC ondergaan hinderen. Tijdens de analyse in de co-creatieve sessie werd duidelijk dat hindernissen enkele algemene thema's omvatten die verschillende fases in het traject kunnen beïnvloeden. Dit verhoogt de complexiteit van de implementatie sterk. Ook het vinden van een evenwicht tussen voldoende prehabiliteren en toch rekening houden met de impact van het intense traject draagt bij aan de complexiteit van de implementatie van dit traject. Tegelijkertijd tonen de resultaten aan dat er binnen het multidisciplinaire team een duidelijke bereidheid en draagvlak bestaat om het traject te optimaliseren, mits rekening wordt gehouden met de contextuele en patiëntgebonden factoren. Tijdens de brainstormsessie werden mogelijke oplossingen besproken die nagenoeg direct toegepast kunnen worden in het traject. Ook werd er verder creatief nagedacht over verdere, gedetailleerde optimalisaties die nog verdere uitwerking vereisen.

De hoge complexiteit voor implementatie van een fysieke prehabilitatie in het huidige zorgpad wordt ook bevestigd in de beschikbare literatuur voor prehabilitatie voor personen die een RC zullen ondergaan[6, 20, 21]. De uitdaging zit daarbij niet enkel in het organisatorisch inpassen van de specifieke zorginterventies, maar ook in het vinden van een balans tussen fysieke voorbereiding en het emotioneel belastende karakter van het behandeltraject, wat in de literatuur vaak onvoldoende wordt belicht, maar in deze workshop sterk naar voren kwam.

De literatuur benadrukt dat prehabilitatie zelden wordt geïmplementeerd als louter fysieke interventie. De meeste programma's zijn multimodaal en combineren fysieke training met voeding, psychologische ondersteuning en educatie [6, 7, 9, 10, 20]. Een goede afstemming tussen een beweeginterventie en het opgestelde dieet is cruciaal voor de optimalisatie van de effecten van prehabilitatie op het vlak van kracht en vetvrije massa [6, 22]. Tijdens de workshop werd ook bereidheid getoond door de diëtiste om voedingsconsultatie onafhankelijk van de groepering van de huidige consultaties uit te voeren, hierbij ontstaat de mogelijkheid voor een herontwerp van de diëtist die aansluit bij de fysieke prehabilitatie.

De geriatrische, 'fraile' patiëntengroep werd benoemd als prioritaire doelgroep. Dit is in lijn met de bevindingen van Zennami et al. (2024), waar fysieke prehabilitatie vooral gunstige effecten toonde bij patiënten met frailty (OR 0.21 voor reductie van postoperatieve ileus). Voor niet-fraile patiënten leverde ERAS zonder extra interventie al voldoende voordeel op, wat impliceert dat prehabilitatie bij uitstek waardevol is voor de kwetsbare groep [9]. Dit suggereert dat een objectieve screening (zoals de G8 of fysieke testen) essentieel is om een specifieke en individuele interventie te bepalen.

Opportuniteiten van de revalidatie tijdens neo-adjuvante chemotherapie, in deze context prehabilitatie voor RC, werden ook benoemd tijdens de workshop. Onderzoek toonden ook de fysieke en psychologische voordelen aan van krachttraining en uithoudingstraining vóór, tijdens en na chemotherapie[23-26]. Praktische toepassingen om ook om te gaan met gerelateerde neveneffecten aan kanker (zoals, sarcopenie, vermoeidheid, dyspnoe) en de behandeling ervan werden gepubliceerd [23]. Hoewel een zorgvuldig, individueel opgesteld programma als effectief en veilig werd bevonden kon men besluiten dat er slechts een adherance aan fysieke interventie bestond van 30-47%[27]. Dit gebrek aan adherance bestond vooral door gebrek aan interesse of prioritiet voor de therapie, maar ook de ervaren kankergerelateerde symptomen/neveneffecten. Onderzoekers roepen op om fysieke training voor, tijdens en na chemotherapie meer te integreren door zorgverleners, en patiënten te informeren met de effecten en mogelijkheden van zorgvuldig opgestelde en gepaste training. Hiermee worden de bevindingen vanuit de workshop bevestigd en ondersteund met praktische toepassingen vanuit de huidige evidentie.

Sterktes en limitaties van de studie

Deze studie kent verschillende sterktes die bijdragen aan de relevantie en bruikbaarheid van de bevindingen, maar ook enkele beperkingen die in acht genomen moeten worden bij de interpretatie van de resultaten.

Een belangrijke sterkte is het contextspecifieke karakter van de analyse. Door in te zoomen op het zorgpad voor radicale cystectomie binnen één specifieke instelling sluit de studie nauw aan bij de realiteit van het klinische werkveld. Dit verhoogt de praktische toepasbaarheid binnen de specifieke context**,** wat bijdraagt aan een succesvolle implementatie. Tegelijkertijd beperkt deze contextgebondenheid de overdraagbaarheid van de resultaten naar andere instellingen met verschillende organisatiestructuren of patiëntpopulaties [14].

Deze contextspecifieke aard werd bekomen door de gebruikte methodieken voor data verzameling en analyse. Procesontdekking gebeurde aan de hand van interviews met verschillende domeinexperten, wat sterke inzichten genereert specifieke binnen de context van het zorgpad binnen het Jessa Ziekenhuis. Volgens Dumas et al.(2018) worden de bekomen perspectieven gevalideerd of anderzijds genuanceerd wanneer interviews met meerdere experten, ook van dezelfde discipline worden uitgevoerd. In deze studie werden twee domein experten geïnterviewd maar werden de opinies en perspectieven vanuit de workshop ook verwerkt in het uiteindelijke procesmodel. Het gebruik van een co-creatieve workshop voor de analyse en herontwerpvoorstellen vergroot ook de betrokkenheid van betrokken stakeholders en domeinexperten en bijgevolg ook de adoptie van de vooropgestelde oplossingsstrategieën. Een limitatie in deze studie is het niet aanwezig zijn van alle betrokken stakeholders, zoals bijvoorbeeld een oncoloog en een stomaverpleegkundige, waardoor deze perspectieven onderbelicht bleven in deze studie. Ook patiëntenperspectieven kwamen niet aan bod in deze studie. Hierdoor worden perspectieven omtrent haalbaarheid van de patiënt onderbelicht in deze studie wat een effect kan hebben op uiteindelijke therapietrouwheid. Wel werd er in de workshop direct de hoge mentale en emotionele load van de diagnose en daaropvolgend behandeltraject belicht dewelke ook meegenomen werden in het ontwikkelen van oplossingsstrategieën.

Aanbevelingen

Bij de optimalisatiesuggesties konden zowel voorstellen weerhouden worden met toepasbaarheid op korte termijn, als suggesties die meer uitwerking vereisen alvorens deze toepasbaar zijn.

Op korte termijn kan er tijdens de consultatie met de uroloog (consultatie 2, Figuur 7) al een verwijzing gegeven worden naar fysische geneeskunde om een individuele fysieke interventie op te stellen. Ook de diëtist en de coördinerende urologische verpleegkundigen gaven de mogelijkheid aan om hun consultaties vroeger in het traject te plannen, los van de andere voorbereidende consultaties. ~~De~~ belangrijkheid van multimodaliteit kwam zowel tijdens de workshop als in de literatuur aan bod, wat met behulp van de deze twee bovenstaande interventies wordt gefaciliteerd binnen het zorgpad. Voor de vlotte doorverwijzing is het belangrijk dat de betrokken zorgverleners en administratieve medewerkers geïnformeerd zijn over het traject.

Het organiseren van infosessies en opleidingen werden besproken om zorgverleners op de hoogte te houden van het organisatorische en inhoudelijke aspect van het traject. Ook kan het gebruikt worden om vaardigheden zoals motivationele gespreksvoering uit te breiden. Daarbij de eerste lijn betrekken bij deze sessies verhoogt het aanbod voor prehabilitatie in de periferie.

Naast het informeren van zorgprofessionals kunnen infosessies voor mantelzorgers ook bijdragen aan prioritisering en motivatie van de patiënt via zijn omgeving om het traject te doorlopen en vol te houden.

Het ontwikkelen van visuals ter ondersteuning van de educatie en digitale toepassingen om informatie over te dragen en het traject op te volgen bieden optimalisatiemogelijkeheden, maar vereisen verdere uitwerking.

Bovenstaande suggesties kunnen verder verwerkt en geïmplementeerd worden in het zorgpad. Om vervolgens de implementatie te kunnen beoordelen dienen zowel de implementatie als de effecten van het innovatieve traject gemonitord worden. Gepaste indicatoren voor implementatieuitkomsten, maar ook indicatoren voor directe, fysiologische en psychologische, uitkomsten en de complicatiedata te monitoren moeten in een volgende fase bepaald worden om het uiteindelijke effect van de innovatie van het zorgpad te monitoren.

Conclusie

Om de uitkomsten van RC te verbeteren streeft men naast het opvolgen van het ERAS protocol naar het aanbieden van een multimodaal prehabilitatieprogramma in het zorgpad. Het aanbod van fysieke prehabilitatie is eerder beperkt en komt pas laat aan bod binnen het traject. Een vroege doorverwijzing en het eerder aanbod komen van consultaties van de diëtist en de coördinerend verpleegkundige van urologie lijken haalbaar. Bij de patiënt die ook chemotherapie toegediend krijgt kan de prehabilitatie al opgestart worden tijdens deze fase (vanaf de 2^{e} cyclus).

Daarnaast kunnen ook verschillende informatieve sessies uitgewerkt worden die zich richten op het informeren van zorgprofessionals van de betrokken afdelingen, patiënten en mantelzorgers, maar ook de eerste lijn zodat het specifieke aanbod ook buiten het ziekenhuis vergroot kan worden. Ook visuele informatie en digitale toepassingen kunnen een optimalisatie bieden op lange termijn.

Inhoudelijk is het belangrijk dat het multimodaal programma afgesteld is op de fysieke en psychologische noden van iedere patiënt, rekening houdend met de hoge emotionele demand van het traject. Patiënten perspectieven zouden kunnen leiden tot verdiepende info voor verdere optimalisatie.

Dankwoord

Graag bedank ik mijn promotor en co-promotor, Prof. Dr. Jochen Bergs en Drs. Alexandra Cloostermans voor de begeleiding en feedback gedurende het gehele proces van deze masterproef. Daarnaast wil ik ook Dr. Kevin Berben, medewerker van Think3, bedanken voor de ondersteuning voor en tijdens de co-creatieve workshop. In het bijzonder wil ik Mariet Lenaers van het Jessa Ziekenhuis bedanken voor haar inbreng en gedrevenheid rond dit topic. Deze gedrevenheid heeft gedurende heel dit thesisproject aanstekelijk gewerkt en zorgde voor een continue motivatie. Daarnaast kon ik ten alle tijden terecht voor informatie of inhoudelijke vragen. Ook de stafleden van de betrokken diensten wil ik graag bedanken voor hun inbreng tijdens de interviews en de co-creatieve workshop. Tot slot wil ik nog mijn persoonlijk omgeving, vrienden, familie, collega's, bedanken om me bij te staan gedurende deze opleiding en de masterthesis.

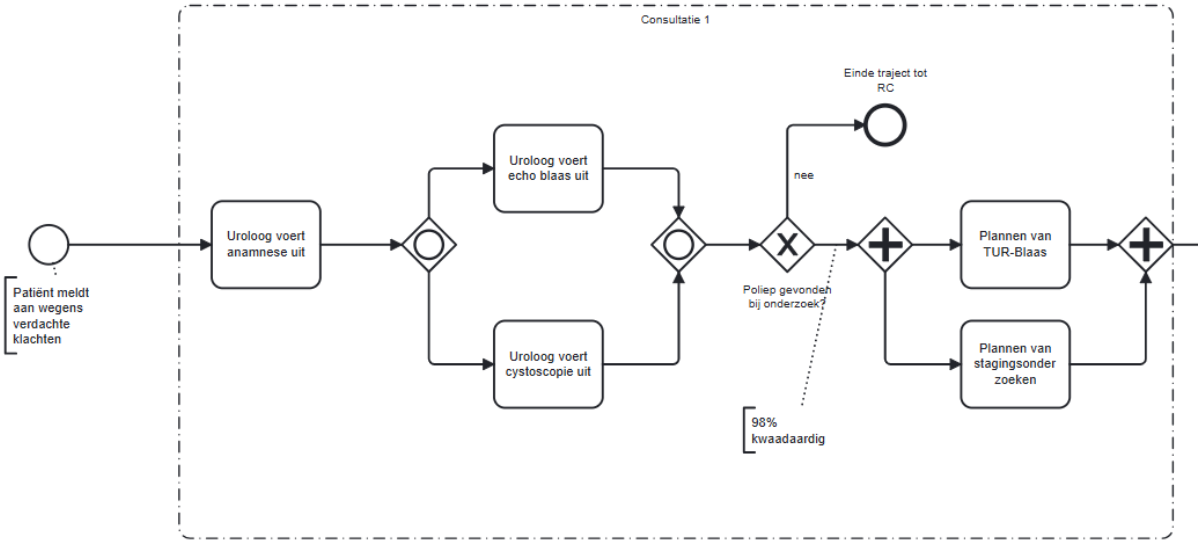
Referenties

1. Witjes, J.A., et al., *European Association of Urology Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer: Summary of the 2020 Guidelines.* Eur Urol, 2021. **79**(1): p. 82-104.
2. Gotte, M., et al., *Complications in the Early Recovery Period After Radical Cystectomy-Real Data From Impartial Inpatient Rehabilitation.* Clin Genitourin Cancer, 2022. **20**(5): p. e424-e431.
3. Maibom, S.L., et al., *Short-term morbidity and mortality following radical cystectomy: a systematic review.* BMJ Open, 2021. **11**(4): p. e043266.
4. Shabsigh, A., et al., *Defining early morbidity of radical cystectomy for patients with bladder cancer using a standardized reporting methodology.* Eur Urol, 2009. **55**(1): p. 164-74.
5. Ahmadi, H. and S. Daneshmand, *Association between use of ERAS protocols and complications after radical cystectomy.* World J Urol, 2022. **40**(6): p. 1311-1316.
6. B, T.J. and B.J. J, *One-Year Follow-Up after Multimodal Prehabilitation Interventions in Radical Cystectomy.* Cancers, 2023. **15**(24).
7. EM, M., et al., *Multimodal Prehabilitation to Enhance Functional Capacity Following Radical Cystectomy: A Randomized Controlled Trial.* European urology focus, 2021. **7**(1): p. 132-138.
8. BT, J., L. SV, and J. JB, *Prehabilitation for major abdominal urologic oncology surgery.* Current opinion in urology, 2018. **28**(3): p. 243-250.
9. K, Z., et al., *Impact of an enhanced recovery protocol in frail patients after intracorporeal urinary diversion.* BJU international, 2024. **134**(3): p. 426-433.
10. SE, K., et al., *Association of Prehabilitation in the Precystectomy Pathway in Patients With Bladder Cancer on Postoperative Outcomes.* Clinical genitourinary cancer, 2024. **23**(2): p. 102297.
11. DR, K., et al., *The Feasibility and Impact of a Presurgical Exercise Intervention Program (Prehabilitation) for Patients Undergoing Cystectomy for Bladder Cancer*. Vol. 145. 2020, United States. 106-112.
12. Donabedian, A., *The quality of care. How can it be assessed?* JAMA, 1988. **260**(12): p. 1743-8.
13. Damschroder, L.J., et al., *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science.* Implement Sci, 2009. **4**: p. 50.
14. Birken, P.N.a.S.A., *Handbook on Implementation Science*. 2020: Edwars Elgar publishing.
15. Marlon Dumas , M.L.R., Jan Mendling , Hajo A. Reijers, *Fundamentals of Business Process Management*. 2018: Springer.
16. Ogrinc, G., et al., *SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process.* BMJ Qual Saf, 2016. **25**(12): p. 986-992.
17. ; Available from: https://bpmn.io/.
18. Lewrick, M., Link, P., & Leifer, L., *The Design Thinking Toolbox: A Guide to Mastering the Most Popular and Valuable Innovation Methods.* 2020: John Wiley & Sons.
19. Choueiri, T.K., et al., *Neoadjuvant dose-dense methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin with pegfilgrastim support in muscle-invasive urothelial cancer: pathologic, radiologic, and biomarker correlates.* J Clin Oncol, 2014. **32**(18): p. 1889-94.
20. WW, S., et al., *Implementation of a comprehensive prehabilitation program for patients undergoing radical cystectomy.* Urologic oncology, 2023. **41**(2): p. 108.e19-108.e27.

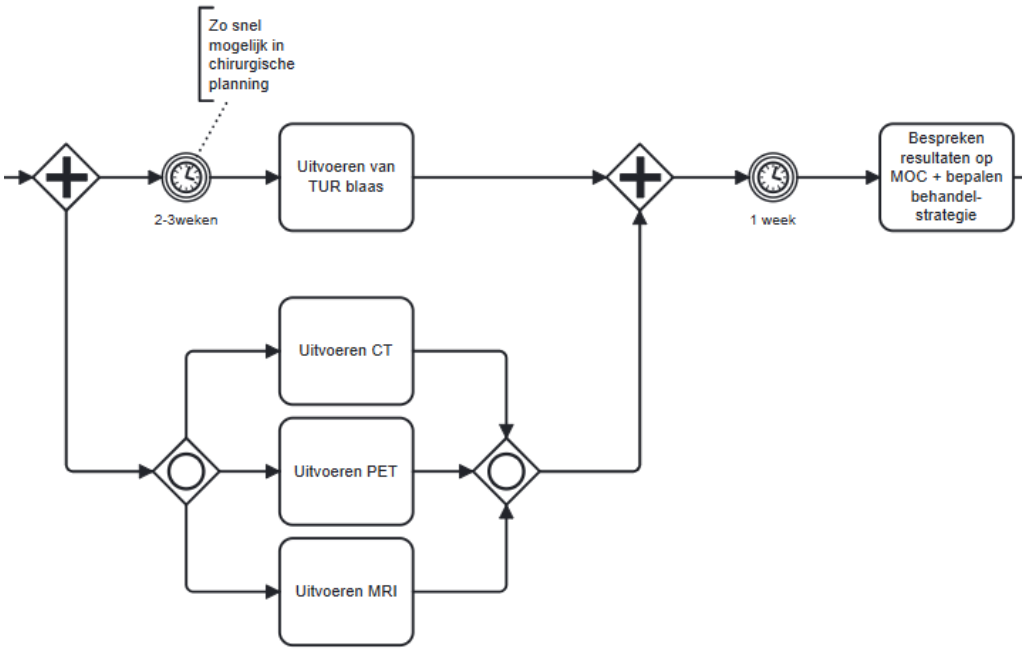
21. E, R., et al., *Development of a pre- and postoperative physical activity promotion program integrated in the electronic health system of patients with bladder cancer (The POPEYE study): An intervention mapping approach.* European journal of cancer care, 2021. **30**(2): p. e13363.
22. Gillis, C., et al., *Effects of Nutritional Prehabilitation, With and Without Exercise, on Outcomes of Patients Who Undergo Colorectal Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis.* Gastroenterology, 2018. **155**(2): p. 391-410 e4.
23. Bettariga, F., et al., *Time to consider the potential role of alternative resistance training methods in cancer management?* J Sport Health Sci, 2023. **12**(6): p. 715-725.
24. Schmitz, K.H., et al., *Exercise is medicine in oncology: Engaging clinicians to help patients move through cancer.* CA Cancer J Clin, 2019. **69**(6): p. 468-484.
25. Hayes, S.C., et al., *The Exercise and Sports Science Australia position statement: Exercise medicine in cancer management.* J Sci Med Sport, 2019. **22**(11): p. 1175-1199.
26. Campbell, K.L., et al., *Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable.* Med Sci Sports Exerc, 2019. **51**(11): p. 2375-2390.
27. Bettariga, F., *Benefits of exercise in patients with cancer* 2025: trustme education.

Bijlagen

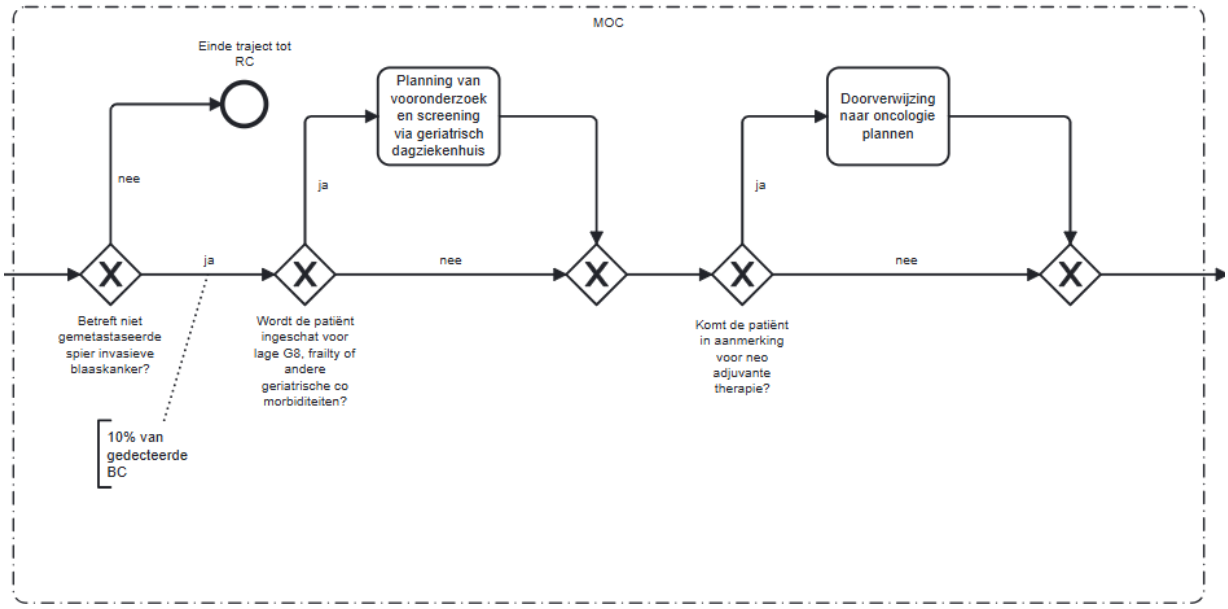
Procesmap



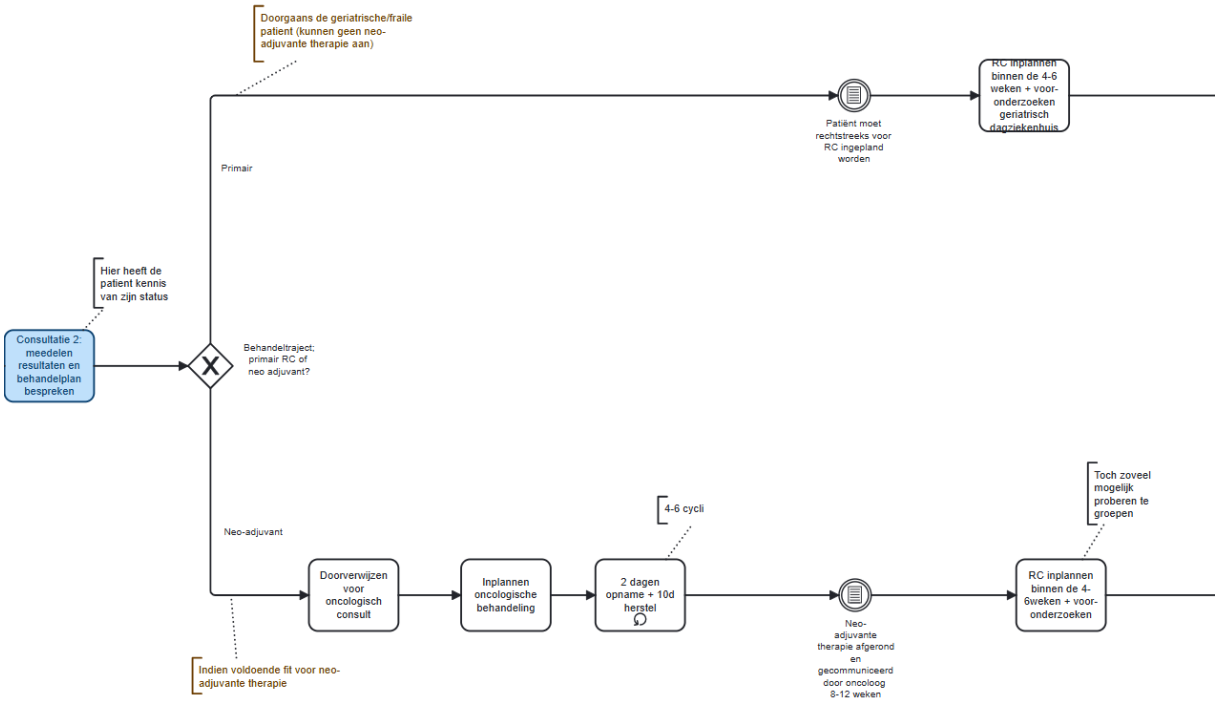
Figuur 4 procesmap diagnostisch proces, consultatie 1



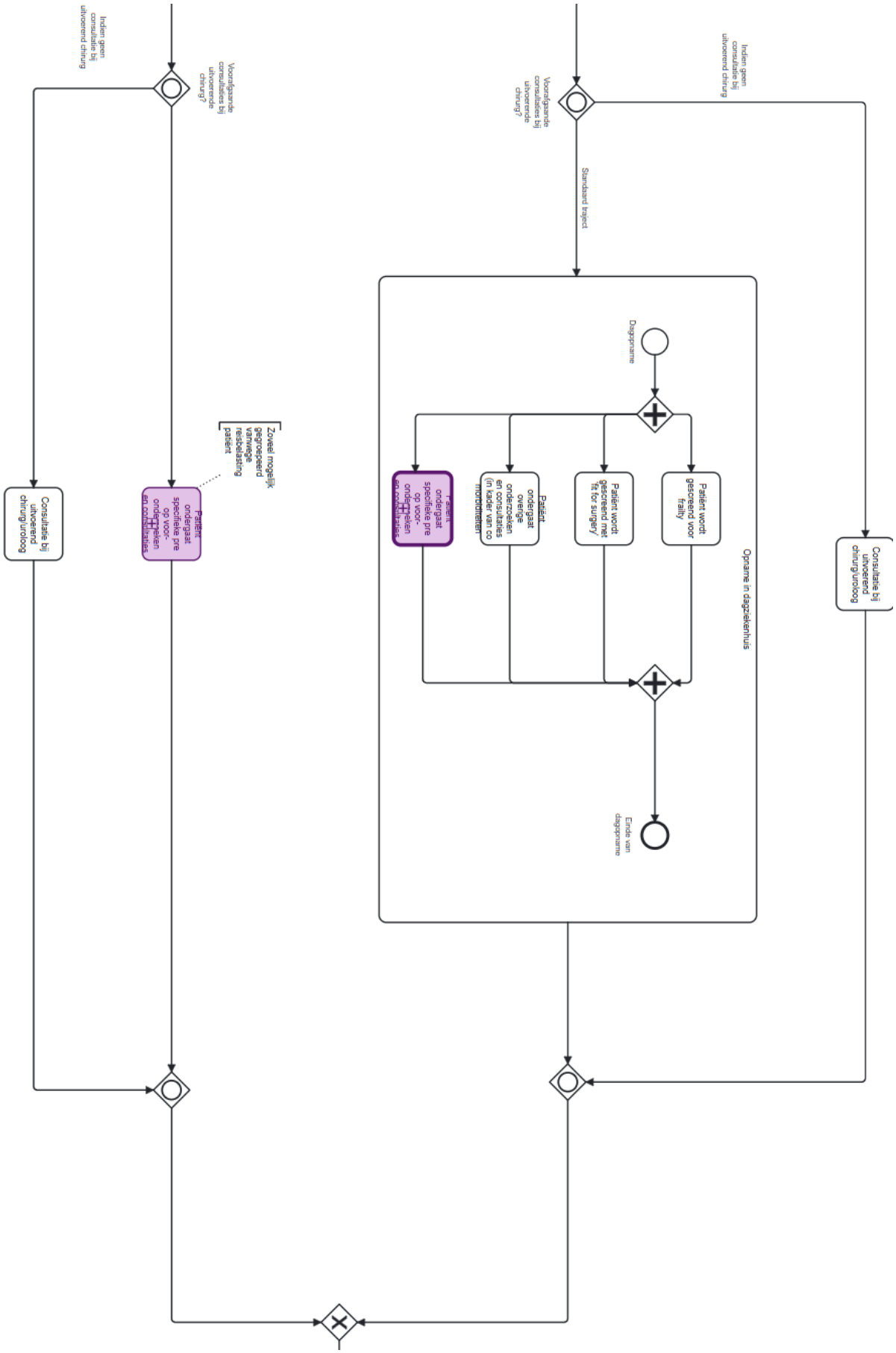
Figuur 5 procesmap diagnostisch proces, diagnostische onderzoeken



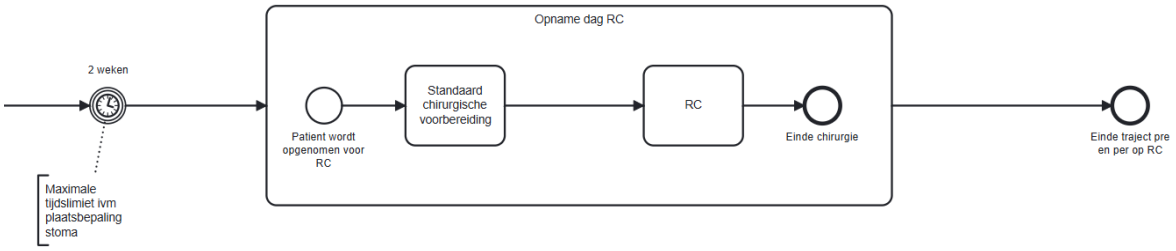
Figuur 6 procesmap MOC



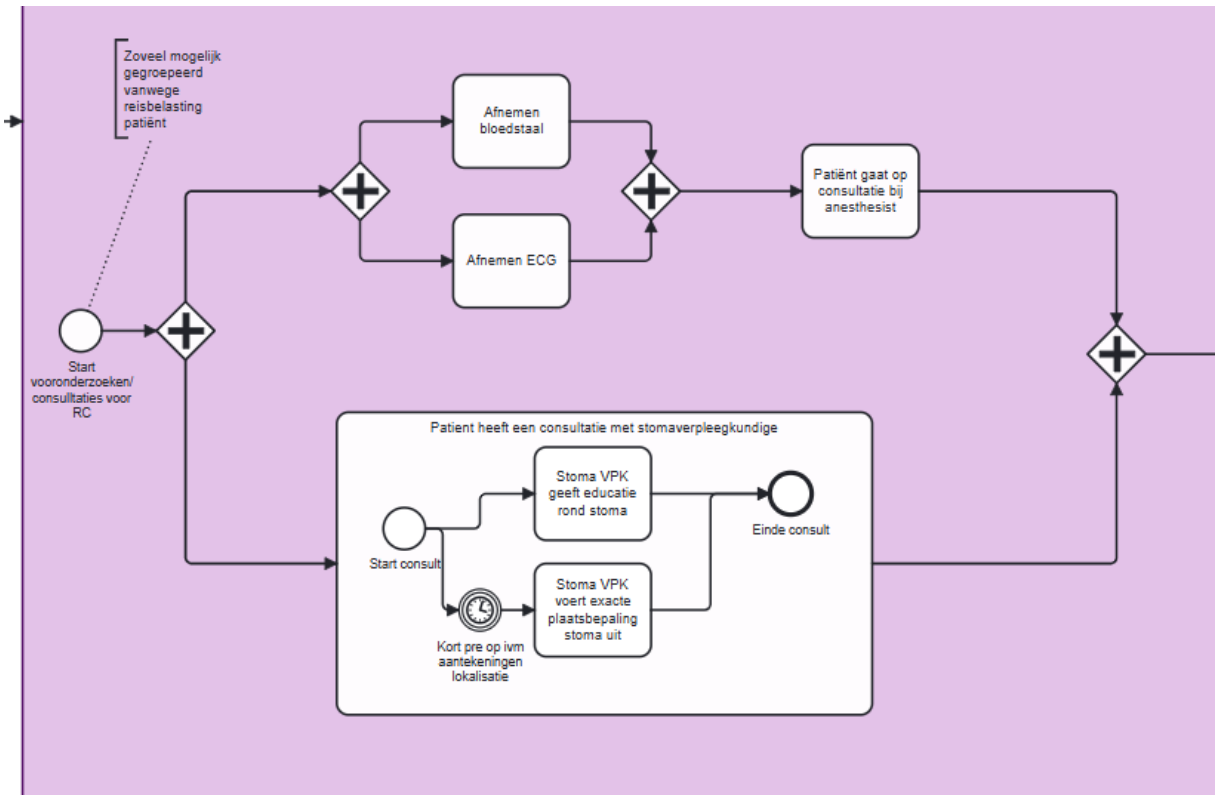
Figuur 7 Procesmap behandeltraject (primair & neo-adjuvante therapie) a



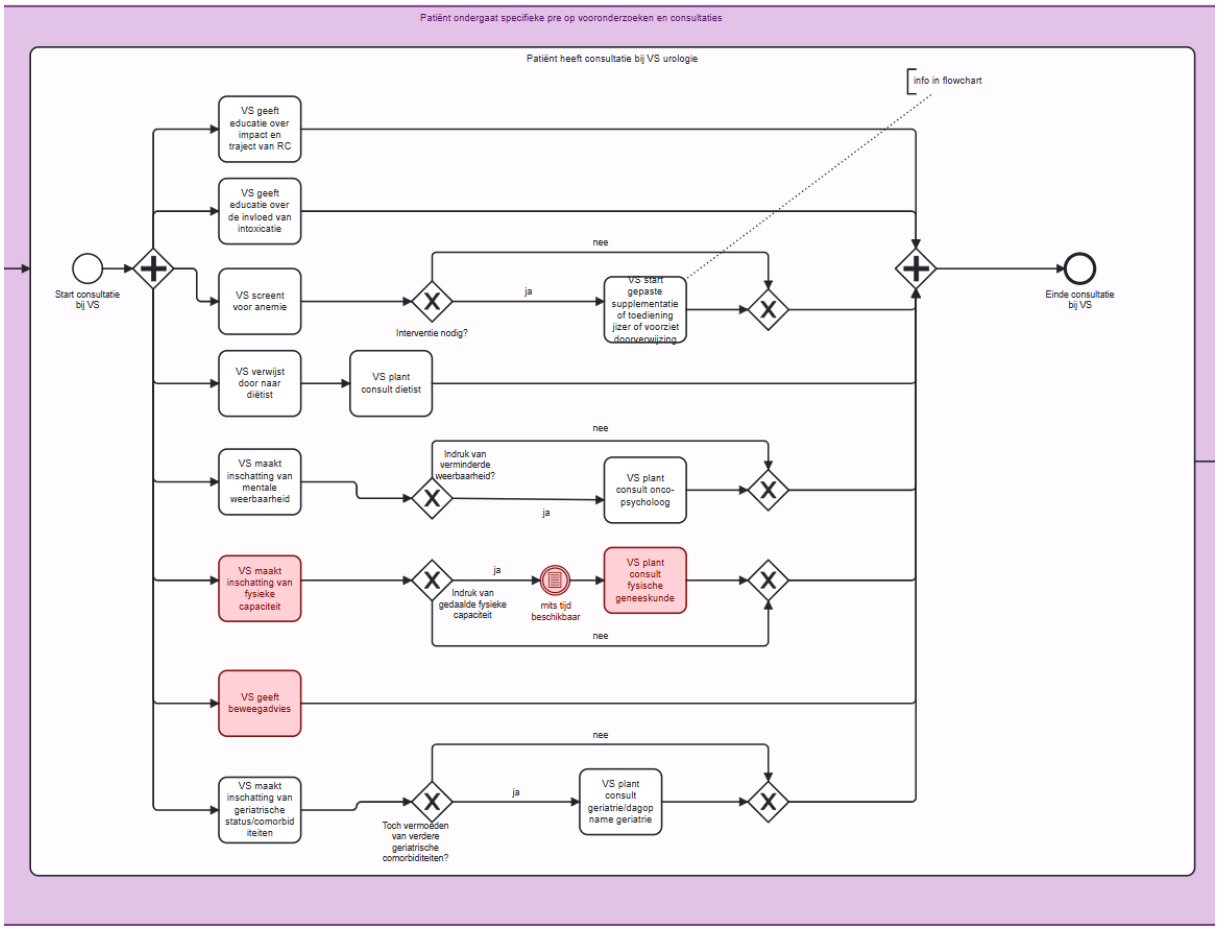
Figuur 8 Procesmap behandeltraject (primair & neo-adjuvante therapie) b



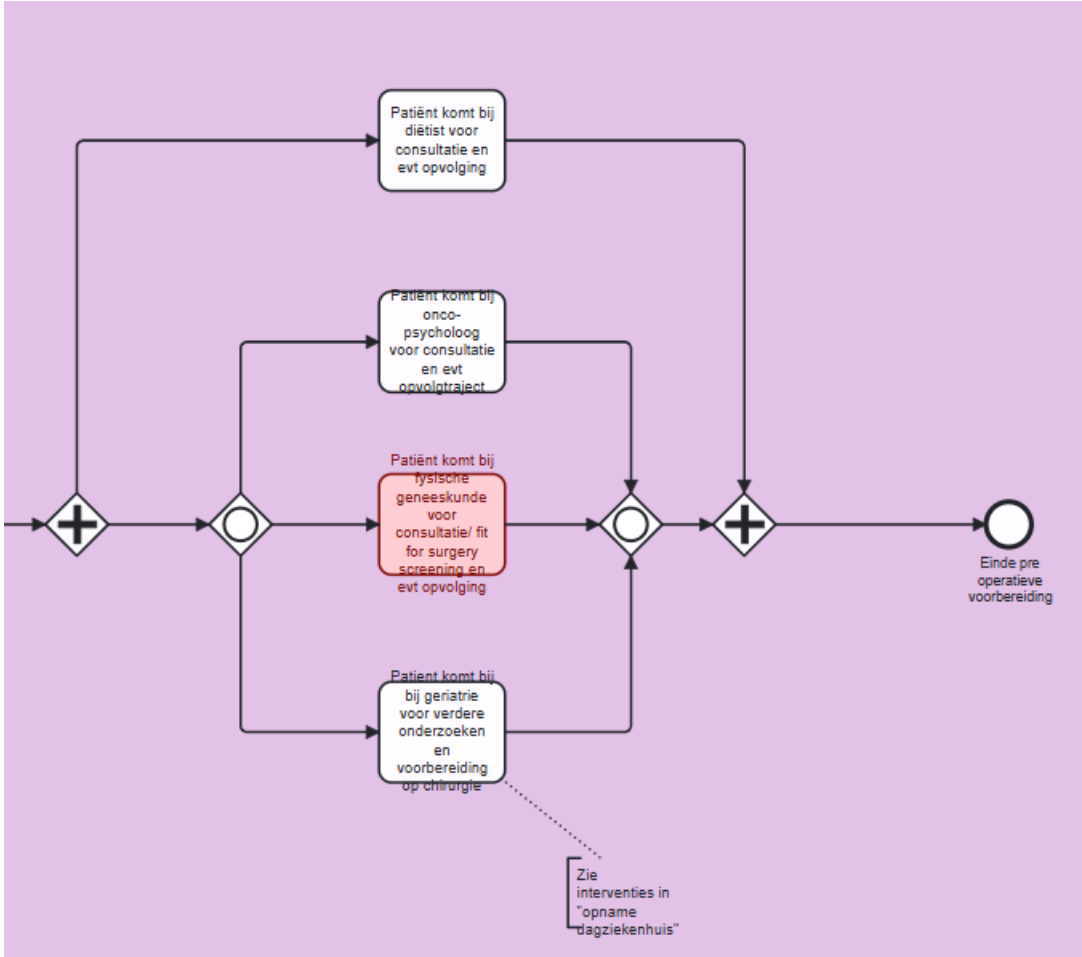
Figuur 9 procesmap behandeltraject, chirurgie



Figuur 10 procesmap, pre-operatieve vooronderzoeken en consultatie uitgeklapt, a



Figuur 11 procesmap, pre-operatieve vooronderzoeken en consultatie uitgeklapt, b



Figuur 12 procesmap, pre-operatieve vooronderzoeken en consultatie uitgeklapt, c

Semigestructureerd interview

De eerste aanmelding;

- Met welke resultaten/vooronderzoeken van de eerste lijn komt een patiënt tot bij jullie?
- Is er op het eerste consult al een vermoeden of zelfs bevestiging van blaaskanker?

Traject tot diagnose;

- Welk traject van onderzoeken en consultaties doorloopt de patiënt alvorens de diagnose effectief te stellen/bevestigen.
- Hoeveel tijd gaat er over dit proces heen?

Diagnose en bepaling van behandeling;

- Hoe wordt de behandeling bepaald, wanneer gebeurt dit in het traject en welke patiënten groep komt in aanmerking voor de cystectomie?
- Wordt er ook gebruik gemaakt van een adjuvante therapie. Zo ja, gebeurt dit voor of na de chirurgie?

Planning behandeling tot start behandeling;

- Hoe lang duurt het van bepaling behandeling/ diagnose tot de chirurgie? (eventueel een onderscheid maken tussen de verschillende groepen).
- Hoe verloopt het traject voor de patiënt in deze fase? (en hierna, vervolgens, …)
- Wordt er in de voorbereiding nog een screening, vragenlijst,… afgenomen?

Facilitatorgids workshop

Tijd	Sessie – Wat?	Onderwerp- Waarom?	Proces/notities – Hoe?
Stap 0: set up			
12u30	Set-up	De ruimtes inrichten op die manier dat de deelnemers hun noden goed ondersteund kunnen worden door de facilitator tijdens de workshop	Materiaal: - Tafels/stoelen; - Laptop - Procesmap per groepje - Pennen/ stiften - Whiteboard stiften/flip over papier+ stiften - Magneten/plakband - Horloge/ duidelijke tijd
13u00	Warm-up	Ijsbreker en enige voeling krijgen met visie over beweging	Eigen voorstelling mee integreren Movement barometer met VAS schaal - Hoe graag doe ik aan sport/fysieke activiteit? Score op 10 - Hoe graag kijk/volg ik sport - Hoe graag promoot ik sport/beweging voor gezondheidsvoordelen
Stap 1: Traject verkennen			
13u10	Kader scheppen/ Presentatie traject	Via ppt of geleid via afgedrukte procesmap	- Kadering/ Mariet haar vraag schetsen - Overgaan tot de prehabilitatie die al toegepast wordt - Overgaan tot het fysieke stukje - De deelnemers door het traject begeleiden met de ppt presentie en de procesmappen voor hun Vragen is het voor iedereen duidelijk+ overgaan naar analyse: Wat valt op
Stap 2: Analyseren			
13u30	Een eerste visie	Wat valt op?	Wat valt er jullie op? Vooral op vlak van fysieke prehabilitatie.
13u40	Het probleem begrijpen	**5x why**	We kennen het hoofdprobleem en er is consensus over; In groepjes van 3 (of 2) de 5xWhy oefening maken. Doel de achterliggende reden waarom iets wel en niet gebeurt begrijpen, wat uiteindelijk resulteert in de afwezigheid van eerdere integratie van prehabilitatie. Ter inspiratie kunnen ook de 5xW+H vragen gebruikt worden 12’ in groep 15-20’ overlopen *Indien we moeizaam tot diepgang komen met de oefeningen dan kunnen we de eerste lijn why noteren vooraan. We vragen dan post its te maken die beantwoorden aan*

			wat maakt dit een belemmering (vb geel) en wat zit erachter (vb blauw) ? (schakelen naar deze methodiek indien na 10' geen diepgang. Dit is dan ook ipv van overlopen) De How variatie is al een mooie translatie naar oplossingen. (indien nuttig kan deze ook wel timing innemen max 10' in de redesign)
Stap 3: Oplossen/ redesign			
14u15	Een gepaste oplossing voor het probleem	How might we questions (15-20min) Wat kan het faciliteren? Brainstormen hoe past het in het proces Wat zijn randvoorwaarden?	How might we questions genereren op post its. per groep 1 kleur (eventueel eens bij de andere groepjes gaan kijken) Post its plaatsen in het how might we form Collectieve brainstorm over geselecteerde questions + randvoorwaarden bepalen
Stap 4: Conclusie/consensus			
14u55	Cooldown	Afronden en kort herhalen wat er allemaal aangehaald is in de sessie	Cooldown: nog niet te veel betekenis geven en interpretaties maken. vooral benoemen