

Vertrouwen in zelfmanagement en zelfzorg bij cardiothoracale chirurgische patiënt

Onderzoek naar effect van geïllustreerde ontslagkaart

In de eerste weken na ontslag uit het ziekenhuis ondervindt een deel van de cardiothoracale chirurgische patiënten problemen. In het Sint Antoniusziekenhuis te Nieuwegein is daarom onderzocht welk effect een geïllustreerde ontslagkaart heeft op het vertrouwen in zelfmanagement en de overgang naar zelfzorg van de patiënt na ontslag.

— Anneloes Munnik, verpleegkundig specialist cardiothoracale chirurgie, St. Antonius ziekenhuis, Nieuwegein

— E-mail: a.munnik@antoniusziekenhuis.nl

In Nederland vinden jaarlijks ruim 16.000 cardiothoracale operaties plaats.¹ Het blijkt dat angst, onzekerheid en somberheid na cardiothoracale chirurgie vaak voorkomen en vooral optreden in de eerste weken na chirurgie.²⁻⁵ Ontslag uit een ziekenhuis is voor patiënten een periode van kwetsbaarheid.⁶ Op dat moment start immers de overgang naar zelfzorg en komt het aan op zelfmanagement. Dit zelfmanagement houdt in dat een persoon goed om moet kunnen gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlaanpassingen bij een chronische aandoening.¹⁴ Vertrouwen in zelfmanagement na thoraxchirurgie is belangrijk, maar blijkt in de praktijk niet altijd gemakkelijk. Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd naar zelfmanagement, waaronder ook de ontwikkeling van een zelfmanagementmeetinstrument.¹⁵⁻¹⁸

Patiënten die het ziekenhuis na een opname verlaten, begrijpen de belangrijke informatie van hun ontslag en zorgplan vaak niet.⁶ Er zijn studies die aantonen dat 40-80% van de gegeven informatie direct vergeten wordt.⁷ Daarnaast is bekend dat een groot deel van de cardiothoracale chirurgische patiënten cognitieve disfunctie ervaart.⁸⁻¹² Oudere leeftijd is hierbij een risicofactor.¹¹⁻¹²

Informatiemethoden

Voor ontslag willen patiënten gesproken, geschreven, geïllustreerde of opgenomen informatie krijgen die hen helpt deel te nemen aan hun eigen 'nazorg' en helpt om de beste gezondheidskeuzes te maken. Ontslaginformatie kan schriftelijk (geprint,

handgeschreven, getypt, pictogrammen/illustraties), mondeling (gesprekken, telefoongesprek, huisbezoek) of technologisch (computer, internet, audiovisuele opname, video) worden gegeven.¹⁹ Het combineren van informatiemethoden kan begripsvermogen verbeteren.¹⁹ Schriftelijke informatie lijkt patiënten meer vertrouwen te geven in het beheren van de eigen zorg, verkorting van hersteltijd en vermindering van angst en stress.¹³ Instructies worden beter begrepen wanneer mensen een combinatie van tekstuele en visuele hulpmiddelen ontvangen zoals pictogrammen en illustraties. Bij ouderen blijken visuele hulpmiddelen de reproductie van ontslaginstructies te verbeteren, waardoor therapietrouw, vertrouwen in zelfmanagement en overgang naar zelfzorg verbeteren.^{6,7,20}

Huidige praktijk

Alle patiënten die na een cardiothoracale chirurgische ingreep vanuit het St. Antonius ziekenhuis Nieuwegein (AZN) ontslagen worden, kunnen met vragen en/of problemen contact opnemen met de cardiothoracale chirurgie (CTC). Patiënten uit een verwijzend centrum die tijdens opname worden teruggeplaatst, blijven onder behandeling bij hun eigen cardioloog. Voor het ontslag voert de verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA) of arts-assistent een ontslaggesprek. Dit gesprek wordt door iedere zorgprofessional anders uitgevoerd, al dan niet met de informatiefolder als leidraad en zonder vaste tijdsduur. Daarnaast ontvangen patiënten voor ontslag een informatiefolder en voorlopige ontslagbrief. Desondanks

bellen er dagelijks patiënten met vragen en/of problemen naar de CTC; het vaakst gaat het over pijnklachten, medicatie, de wond(en), het gewicht en een malaisegevoel. Een deel van deze vragen hoort bij een normaal genezingsproces of het gaat om problemen waarvoor de CTC niet verantwoordelijk is. Patiënten kunnen dus onnodig extra bezorgd zijn en voor de zorgverleners zijn deze extra contactmomenten een belasting.

Onderzoek

Tegen deze achtergrond is een onderzoek uitgevoerd naar het gebruik van een geïllustreerde ontslagkaart met adviezen en leefregels na ontslag, naast het huidige ontslaggesprek, de ontslagbrief en informatiefolder. Er is onderzocht wat het effect van zo'n ontslagkaart is op het vertrouwen in zelfmanagement en op de overgang naar zelfzorg van de cardiothoracale chirurgische patiënt in de eerste vijftien dagen na ontslag. Dit in vergelijking met de huidige geleverde zorg. Ook is gekeken of het aantal geïnitieerde telefooncontacten van patiënten afnam.

Methode

Het betreft een prospectief, kwantitatief, quasi-experimenteel pilotonderzoek via een post-test met historische controlegroep. Er is gekozen voor een kwantitatieve onderzoeksmethode, omdat het onderzoek zich richt op het directe effect van een interventie – de ontslagkaart – op het vertrouwen in zelfmanagement en de overgang naar zelfzorg. Er is niet gekeken naar wat volgens patiënten hierop van invloed is.

Het onderzoek is uitgevoerd in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein en vond plaats van week drie tot en met week vijftien van 2018. Het omvatte alle patiënten die na een cardiothoracale chirurgische ingreep door middel van sternotomie ontslagen werden uit het AZN. De controlegroep werd samengesteld van week drie tot en met negen en de experimentele groep van week elf tot en met vijftien. In week tien werd de ontslagkaart als interventie geïmplementeerd.

Interventie

De controlegroep ontving de huidige zorg, zoals eerder is beschreven: een ontslaggesprek, ontslagbrief en de informatiefolder 'leefregels en adviezen voor thuis na uw hartoperatie'.

De experimentele groep ontving naast de huidige zorg de geïllustreerde ontslagkaart als interventie (afbeelding 1). De kaart bevat leefregels, zaken die de patiënt dagelijks moet controleren, uitleg over waarschuwingssignalen en met wie contact opgenomen moet worden bij bepaalde problemen. Deze informatie staat ook als tekst in de al bestaande informatiefolder en ontslagbrief.²¹ De ontslagkaart is tijdens het ontslaggesprek gebruikt en daarna aan de patiënt meegegeven. De VS, PA en arts-assistent kregen instructies hoe het ontslaggesprek gevoerd moest worden en er is gestreefd naar een gemiddelde tijdsduur van vijftien tot twintig minuten.²² De vormgeving van de illustratiekaart is gebaseerd op bestaande informatiekaarten van de Patiëntfederatie Nederland.²³

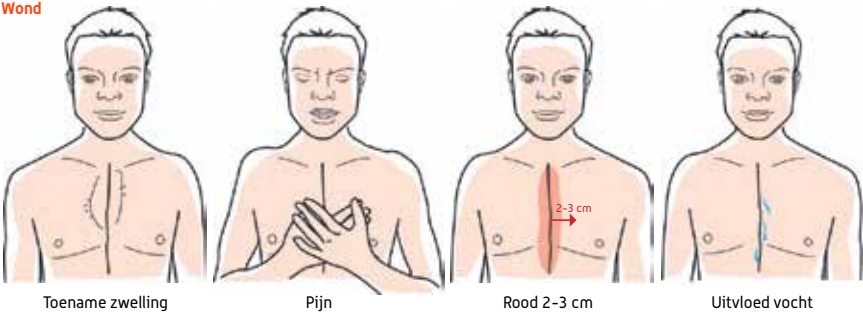
Onderzoekspopulatie en steekproef

De doelpopulatie omvat alle patiënten na cardiothoracale chirurgie via sternotomie in Nederland. De onderzoekspopulatie omvat alle patiënten na cardiothoracale chirurgie via sternotomie die opgenomen zijn op de CTC en vanuit het AZN ontslagen werden. Voor het samenstellen van de onderzoekspopulatie zijn in- en exclusiecriteria gehanteerd (tabel 1).

De steekproef is gebaseerd op eerder onderzoek naar zelfmanagement van Ngooi.¹⁵ De standaarddeviatie (SD) uit dat onderzoek is gebruikt en afgerond naar 10. Ngooi gebruikte in het onderzoek een

Adviezen


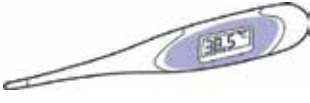
Controle
Wond



Toename zwelling Pijn Rood 2-3 cm Uitvoerd vocht

Metten [2 weken]


Gewicht **Temperatuur**

Elke ochtend bij opstaan Elke ochtend en avond


Overig

Kortademig **Duizelig** **Hartkloppingen**



Bellen bij:

- Zwelling, toename pijn, roodheid van meer dan 2-3 cm en/of vocht uit de wond
- Gewichtstoename meer dan 1 kg in 2 dagen
- Temperatuur bij meer dan 2 metingen van 38,5 of hoger
- Niet zakkend of toename kortademigheid, aanhoudend duizelig of hartkloppingen
- Algeheel ziek zijn



Werkdagen 08.00 - 17.00 uur: 088 - 320 11 23 vragen naar arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant
Avond, nacht en weekend: 088 - 320 30 00 vragen naar arts-assistent hartchirurgie

Afbeelding 1. Voorkant van geïllustreerde ontslagkaart.

Inclusie	<p>Telefonisch bereikbaar</p> <p>Beheersing Nederlandse taal (zonder beheersing geen mogelijkheid tot het lezen van de folder en afnemen van de vragenlijsten)</p> <p>Ontslag naar huis of zorghotel</p>
Exclusie	<p>Overplaatsing naar ziekenhuis/verpleeghuis/revalidatiecentrum (er is nog sprake van medische en/of verpleegkundige zorg en de patiënt is nog niet op zichzelf aangewezen)</p> <p>Mediastinitis of andere wondinfectie (er gelden andere poliklinische afspraken/extra controle)</p> <p>Slechtziend (geen gezichtsvermogen of geen mogelijkheid om met hulpmiddelen te lezen)</p> <p>Sleighthorend (geen vermogen om vragenlijst telefonisch af te nemen)</p>

Tabel 1. Inclusie- en exclusiecriteria

zelfmanagementmeetinstrument, ontwikkeld door Insignia Health.²⁴ Er is vastgesteld dat een interventie effectief is als de totaalscore, gemeten met het zelfmanagementmeetinstrument, met drie punten steeg ten opzichte van een eerdere meting (effectgrootte).²⁴ Met een SD van 10 en een effectgrootte van 3 zou een steekproef van 350 patiënten nodig zijn. Gezien de korte onderzoeksperiode was het onmogelijk om dit aantal te halen. Wekelijks worden gemiddeld 10 patiënten vanuit het AZN ontslagen. Om deze reden is er gekozen voor een pilotstudie van 85 patiënten.

Selectie- en wervingsprocedure

Alle patiënten na cardiothoracale chirurgie via sternotomie die ontslagen werden uit het AZN zijn op de dag voor of de dag van ontslag mondeling benaderd voor het onderzoek door de verpleegkundig specialist in opleiding (VioS) of door een collega VS, PA of arts-assistent. De patiënten werden uitgenodigd om de patiënteninformatiebrief te lezen. Zowel patiënten die akkoord gingen met het onderzoek als de informatieverstrekker ondertekenden het informed consent. De patiënt kreeg een kopie mee. De werving stopte toen voldoende patiënten geïnccludeerd waren. Er is aan 85 patiënten gevraagd deel te nemen aan dit onderzoek.

Dataverzameling

De patiënten werden tussen dag tien en vijftien na ontslag telefonisch benaderd door de VioS. Tijdens dit telefoongesprek werden twee vragenlijsten afgenomen: één vragenlijst meet het vertrouwen in zelfmanagement en de tweede vragenlijst meet de ervaring

van overgang naar zelfzorg. De vragenlijsten waren vooraf niet naar de patiënt toegezonden; hij hoorde die pas tijdens het telefoongesprek. De gemiddelde tijdsduur van het gesprek bedroeg vijftien minuten.

Het vertrouwen in het zelfmanagement is onderzocht via de patient activation measure (PAM-13).¹⁶ Dit is een vragenlijst van dertien vragen die kennis, vaardigheden en het vertrouwen meet in het kunnen managen van de eigen gezondheid of ziekte. De PAM is bedoeld om meer inzicht te krijgen hoe en in welke mate de patiënt zelf van mening is dat hij in staat is om zijn gezondheid te verbeteren.¹⁶⁻¹⁸ Door middel van een 4-punts

transition measure (CTM-15).²⁵⁻²⁶ Deze vragenlijst bestaat uit vijftien vragen die inzicht geven of de patiënt voldoende geïnformeerd is bij ontslag uit het ziekenhuis. Door middel van een 4-punts Likertschaal zijn de vragen beantwoord en aan de antwoorden zijn punten toegekend (1-4). Alle punten zijn bij elkaar opgeteld. De uitkomsten zijn berekend voor elke patiënt en geconverteerd naar een somscore met een lineaire transformatie (0-100 schaal). Laagst mogelijke score is 0 en hoogst mogelijke score is 100. Hoe hoger de score, hoe beter de kwaliteit van zorgovergang. In Nederland is de vragenlijst niet gevalideerd. Daarom is de vragenlijst tweemaal vertaald uit het Engels naar

Patiënten die het ziekenhuis na een opname verlaten, begrijpen de informatie van hun ontslag en zorgplan vaak niet

Likertschaal zijn de vragen beantwoord en aan de antwoorden zijn punten toegekend (1-4). Alle punten zijn bij elkaar opgeteld. De uitkomsten zijn berekend voor elke patiënt en geconverteerd naar een somscore met een vooropgestelde vaste formule van Insignia Health (0-100 schaal). De somscore correspondeert met een van de vier PAM-niveaus. Hoe hoger het niveau, hoe meer kennis, kunde en vertrouwen in zelfmanagement. De vragenlijst is gevalideerd in twintig landen, waaronder Nederland.

De ervaring van de overgang naar zelfzorg is onderzocht met een vertaalde versie van de Engelse vragenlijst care

het Nederlands, door de onderzoeker zelf en door een Engelstalige collega. Vervolgens heeft een tekstschrijver die eenmaal terugvertaald naar het Engels. De uiteindelijke vragenlijst is getest onder twee patiënten. Aan de vertaalde CTM-15 zijn nog zes vragen toegevoegd (tabel 2).

Resultaten

In totaal waren van de 85 gevraagde patiënten 76 patiënten informed consent; die zijn geïnccludeerd (controlegroep n=38, experimentele groep n=38). In de controlegroep is bij 32 patiënten de vragenlijst afgenomen en in de experimentele groep bij 31 patiënten.

Er is geen significant verschil gevonden tussen de groepen ten aanzien van het vertrouwen in zelfmanagement (p=0,52) en overgang naar zelfzorg (p=0,34). In de controlegroep namen vijftien patiënten binnen vijftien dagen contact op met de afdeling en in de experimentele groep waren dit achttien patiënten (p=0,52). Van het totaal aantal vragen/problemen waren negen vragen niet voor de CTC-afdeling bestemd. De ontslagkaart is in de experimentele groep gemiddeld 4-5 keer ingekeken en is beoordeeld met een gemiddelde van 8,6. Er is geen

Overige vragen informatiemateriaal

- Welk cijfer geeft u op een schaal van 1-10 voor de informatiefolder? (0 is zeer slecht, 10 is uitmuntend)
- Welk cijfer geeft u op een schaal van 1-10 voor de pictogrammenkaart? (0 is zeer slecht, 10 is uitmuntend)
- Hoe vaak heeft u de informatiefolder ingekeken? Aantal keer
- Hoe vaak heeft u de pictogrammenkaart bekeken? Aantal keer
- Heeft u na het ontslag nog contact opgenomen met het ziekenhuis?
- Zou u nog iets willen toevoegen?

Tabel 2. Extra vragen toegevoegd aan CTM-15

significant verschil gevonden tussen de controle- en experimentele groep wat betreft het aantal keer inzien van de informatiefolder ($p=0,16$) en het gemiddelde cijfer ($p=0,67$).

Discussie

Een oorzaak voor het ontbreken van een significant verschil tussen beide groepen kan zijn dat dit onderzoek een pilotonderzoek is, waardoor de steekproef beduidend kleiner was dan de berekende steekproefgrootte. Het aantal telefoonoproepen neemt niet af met de invoering van de ontslagkaart. Er zullen ondanks een ontslagkaart, informatiefolder of andere informatiemiddelen patiënten blijven bellen. Patiënten geven een hoog gebruiksgemak van de kaart aan. Het is overzichtelijk en de belangrijkste zaken zijn duidelijk. De kaart wordt gemiddeld als goed beoordeeld en beide groepen beoordelen de mate van informatie en zorgovergang gemiddeld ook als goed. Er is geen significant verschil in het aantal keer dat de folder is ingekeken. Een illustratiekaart dekt niet dezelfde lading als een uitgebreide informatiefolder. Patiënten gebruiken dus ondanks de kaart de informatiefolder even vaak.


Mogelijk zijn de gebruikte meetinstrumenten niet geschikt. Bij het meetinstrument PAM-13¹⁶⁻¹⁸ blijkt een interventie werkzaam te zijn indien de totaalscore met drie punten stijgt bij dezelfde patiënten op twee verschillende meetmomenten (voor- en naming). In dit onderzoek is geen gebruik gemaakt van een voor- en naming bij dezelfde patiënten, waardoor er over de anderhalve punt stijging in dit onderzoek niets gezegd kan worden. De CTM-15²⁵⁻²⁶ is alleen gevalideerd in Amerika. Wellicht is dit meetinstrument minder geschikt voor de Nederlandse patiënt, omdat er grote verschillen zijn in het gezondheidszorgsysteem en tussen Nederlandse en Amerikaanse patiënten. Daarnaast

bevatten enkele vragen meerdere vragen in één, waar maar één antwoord op gegeven kon worden. Dit zou het meetinstrument minder geschikt kunnen maken. De vertaling van deze vragenlijst miste ook een aantal stappen, waardoor vragen misschien onvoldoende begrijpelijk waren voor patiënten. Al deze punten kunnen er aan bijgedragen hebben dat er een over- of onderschatting van de totaalscore is geweest.

In beide groepen waren een aantal patiënten niet informed consent en wilde een aantal niet meer deelnemen. Mogelijk zouden deze patiënten kritischer zijn geweest en is er wellicht sprake van selectiebias.

Het advies is wel om de ontslagkaart te blijven gebruiken, ondanks de niet significante verschillen. Zowel patiënten als zorgverleners vinden de kaart handig en overzichtelijk. Zorgverleners dienen het gesprek kort en krachtig te houden, gezien beperkte opname van informatie. Belangrijke informatie moet worden benoemd en voor overige informatie moet worden verwezen naar de informatiefolder.

Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat de geïllustreerde ontslagkaart als aanvulling op de huidige zorg geen verbetering oplevert van het vertrouwen in zelfmanagement en de ervaring van overgang naar zelfzorg. Het aantal telefoonoproepen neemt niet af en zal moeilijk terug te dringen of te voorkomen zijn, ongeacht welke informatiemethode gekozen wordt. Patiënten bellen immers merendeels met terechte vragen naar het ziekenhuis. Om te kunnen beoordelen of de kaart meer vertrouwen in het zelfmanagement geeft en de ervaring met de zorgovergang verbetert, zou overwogen kunnen worden om het onderzoek te verlengen met een grotere steekproef of andere vragenlijsten. 

Literatuur

1. NVT [internet]. NVT: Transparant over uitkomsten van hartchirurgie [2017; geraadpleegd op 8 juni 2018]. Beschikbaar via: www.nvt.net.nl.
2. Braun E., Baidusi A., Alroy G., Azzam Z.S. *Telephone follow-up improves patients satisfaction following hospital discharge.* European Journal of Internal Medicine. 2009;20(2):221-225.
3. Mast R.C. van der. Psychiatrische stoornissen na een hartoperatie. NtvG 1995;1729-1732.
4. Rovai D., Giannesi D., Andreassi M.G., Gentili C. *Mind injuries after cardiac surgery.* J. Cardivasc Med. 2014;00:1-9.
5. Tranmer J.E., Parry M.J. *Enhancing postoperative recovery of cardiac surgery patients: a randomized clinical trial of advance practice nursing intervention.* Western Journal of Nursing Research. 2005;26(5): 515-532.
6. Magaret E. Samuels-Kalow, Anne M. stack, Stephan C. Porter. *Effective discharge communication in the emergency department.* Annals of Emergency Medicine. 2012;60:152-159.
7. Izadora M.C. Barros, Thaciana S. Alcantara, Alessandra R. Mesquita, Anne Caroline O. Santos, Felipe P. Paixao, Divaldo P. Lyra. *The use of pictograms in the health care: a literature review.* Research in social and administrative pharmacy. 2013:1-16.
8. Smith WS., Mapstone M. *Does extracorporeal circulation harm the brain?* Neurology Oct 2005;65(7):978-979
9. Selnes OA., Gottesman RF. *Neuropsychological outcomes after coronary artery bypass grafting.* J Int Neuropsychol Soc. Mar 2010;16(2):221-226.
10. Charles W. Hogue, Christopher A Palin, Joseph E Arrowsmith. *Cardiopulmonary Bypass Management and Neurologic Outcomes: An Evidence-Based Appraisal of Current Practices.* International Anesthesia Research Society. Jul 2006;103(1):21-37.
11. Dijk D. van, Dieleman J.M., Hijman R., *Postoperatieve cognitieve disfunctie.* Nederlands Tijdschrift Geneeskunde. 2007;151:1163-1166.
12. Tsai T.L, Sands L.P., Leung J.M. *An update on postoperative cognitive dysfunction.* Advances in Anesthesia. 2010;28(1):269-284.