

Informatieoverdracht na een Acuut Coronair Syndroom

*Afstudeeronderzoek naar begeleidingsgesprekken
gevoerd door verpleegkundigen*



Auteurs	Dhr. J.L. van Haaften	(120064)
	Mw. A.M. van Herk	(120367)
	Mw. I.C. Kadijk	(120352)
	Dhr. M. van Woudenberg	(120787)
Opleiding	HBO-Verpleegkunde	
Opdrachtgever	Afdeling cardiologie, Groene Hart Ziekenhuis	
Begeleider Beoordelaar	Mw. A. Slagboom	
	Dhr. M. Vismans	
	Mw. T.T.D. Schouten MSc	
Datum	Dhr. G.P. Madern MScN	
	Februari 2016	

Colofon

Afstudeeronderzoek naar begeleidingsgesprekken bij patiënten na een acuut coronair syndroom.

Christelijke Hogeschool Ede

Februari 2016

Auteurs	Dhr. J.L. van Haaften
	Mw. I.C. Kadijk
	Mw. A.M. van Herk
	Dhr. M. van Woudenberg
Opdrachtgever	Afdeling cardiologie, Groene Hart Ziekenhuis
Begeleider	Mw. T.T.D. Schouten Msc
Beoordelaar	Dhr. G.P. Madern MScN

Copyright © 2016

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de uitdrukkelijk bij wet bepaalde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder de uitdrukkelijke, voorafgaande en schriftelijke toestemming van de auteurs.

All rights reserved. Except in those cases expressly determined by law, no part of this publication may be multiplied, saved in an automated data file or made public in any way whatsoever without the express prior written consent of the publishers.

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoek naar begeleidingsgesprekken bij patiënten na een acuut coronair syndroom. Dit onderzoek is uitgevoerd ten behoeve van het afstuderen van de opleiding verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede. In de periode van februari tot en met juni 2016 is hier door de auteurs met plezier en toewijding aan gewerkt.

In dit onderzoek wordt de volgende hoofdvraag beantwoord: *Hoe doeltreffend is de informatieoverdracht van de begeleidingsgesprekken met patiënten na een acuut coronair syndroom tijdens een klinische opname volgens zorgprofessionals op de afdeling cardiologie van het Groene Hart Ziekenhuis?*

De auteurs hopen u, als lezer, mee te nemen in dit onderzoek door allereerst een literatuurstudie naar informatieverwerking en informatieoverdracht weer te geven. De daarop volgende deelvragen geven de mening van verschillende respondenten weer. Voorgaande heeft geresulteerd in het vormen van een conclusie met daarbij behorende aanbevelingen.

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de afdeling cardiologie van het Groene Hart Ziekenhuis en de conclusie met bijbehorende aanbevelingen is dan ook aan hen gericht. Onze dank gaat uit naar de begeleiders vanuit het Groene Hart Ziekenhuis, dhr. M. Vismans en mw. A. Slagboom die ons met hun tijd en raad hebben bijgestaan tijdens het onderzoek. Ook gaat onze dank uit naar de respondenten in het Groene Hart Ziekenhuis, de cardiologieverpleegkundigen, informatieconsulenten en fysiotherapeuten van de hartrevalidatie. Naast het Groene Hart Ziekenhuis gaat onze dank uit naar de verschillende ziekenhuizen die schriftelijk bijgedragen hebben aan het onderzoek. Zonder hun input had het onderzoek veel aan diepgang gemist.

Voor de taalkundige input zowel op Nederlandstalig als ook op Engelstalig gebied, danken wij mw. A. van den Berg en mw. M.H. Kreft. Daarnaast gaat onze dank uit naar mw. T.T.D. Schouten, die ons namens de Christelijke Hogeschool Ede heeft begeleid. Haar kennis en kunde hebben er toe bijgedragen dat wij gekomen zijn tot dit eindproduct. Daarnaast danken wij dhr. G.P. Madern voor de beoordeling tijdens het afstuderen. Verder willen wij een ieder, die op welke wijze dan ook bijgedragen heeft, vanaf deze plaats danken.

Samenvatting

De afdeling cardiologie van het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda verzorgt onder andere patiënten die een acuut coronair syndroom (ACS) hebben doorgemaakt. Bij deze patiënten wordt normaliter een begeleidingsgesprek gevoerd waarin de situatie voor opname, de opname zelf en het natraject worden besproken. De onderzoekers zijn door de seniorverpleegkundigen van de afdeling cardiologie gevraagd om de doeltreffendheid van deze gesprekken te onderzoeken, dit in verband met een vermoeden van ineffectieve informatieoverdracht.

Het doel van het onderzoek is het beantwoorden van de volgende vraagstelling: *Hoe doeltreffend is de informatieoverdracht van de begeleidingsgesprekken met patiënten na een acuut coronair syndroom tijdens een klinische opname volgens zorgprofessionals op de afdeling cardiologie van het Groene Hart Ziekenhuis?*

Om een antwoord te kunnen geven op de bovengenoemde onderzoeksvraag hebben de onderzoekers interviews afgenomen bij cardiologieverpleegkundigen, informatieconsulenten en fysiotherapeuten van de hartrevalidatie. De cardiologieverpleegkundigen voeren het begeleidingsgesprek met de patiënt tijdens opname. De informatieconsulenten en de fysiotherapeuten komen met de patiënten in contact na het ontslag. Hierdoor hebben deze betrokken disciplines zicht op de informatieverwerking van de patiënten. Naast de interviews hebben de onderzoekers contact opgenomen met verschillende ziekenhuizen in Nederland om te informeren naar de wijze waarop zij omgaan met de begeleiding van patiënten na een ACS.

Dit onderzoek laat zien dat de huidige invulling van de begeleidingsgesprekken onvoldoende doeltreffend is. De hectiek van de opname en de hoeveelheid informatie die de patiënt tijdens opname tot zich krijgt, blijkt teveel te zijn. Respondenten geven aan dat het daadwerkelijke besef van het doorgemaakte hartinfarct pas thuis plaatsvindt. De verwerking van het ACS komt pas later op gang waardoor de huidige invulling van de begeleidingsgesprekken niet aansluit bij de patiënt. De begeleidingsgesprekken lijken dus niet op het juiste moment plaats te vinden.

Vanuit de literatuur komt naar voren dat het doormaken van een ACS als een traumatische gebeurtenis kan worden gezien, waardoor de informatieverwerking na een ACS afwijkt van een normaal verwerkingspatroon. Daarom moet de benadering en begeleiding aangepast worden aan de situatie van de patiënt. Men kan hierbij denken aan een extramurale wijze van patiëntenvoorlichting, een geleidelijke opbouw en herhaling van de informatieverstrekking.

Concluderend kan worden gezegd dat de hectiek en de hoeveelheid informatie die de patiënt tijdens opname tot zich krijgt teveel blijkt te zijn. Alle disciplines zijn het er over eens dat het daadwerkelijke besef van het doorgemaakte hartinfarct pas thuis plaatsvindt. De huidige invulling van de begeleidingsgesprekken blijkt daardoor niet op het juiste moment plaats te vinden.

(Summary in English, see enclosure 9.1)

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
1. Achtergrond van het project	6
1.1 Aanleiding.....	6
1.2 Probleemomschrijving.....	7
1.2.1 Vraagstelling	7
1.2.2 Doelstelling	7
2. Methode	8
2.1 Onderzoeksmethode en werkwijze.....	8
2.2 Literatuuronderzoek.....	8
2.3 Interviews	9
2.4 Data-analyse	9
2.5 Populatie.....	10
2.6 Validiteit en betrouwbaarheid	10
2.7 Randvoorwaarden	11
3. Literatuurstudie.....	12
3.1 Informatieverwerking na ACS.....	12
3.1.1 ACS als trauma.....	12
3.1.2 Informatieverwerking in de hersenen.....	12
3.1.3 Verschillen in informatieverwerking	13
3.1.4 Informatieverwerking in combinatie met informatieoverdracht.....	14
3.2 Informatieoverdracht na ACS.....	15
3.2.1 Informatieoverdracht zonder trauma	15
3.2.2 Informatieoverdracht na ACS.....	15
3.2.3 Traumaverwerking bij informatieoverdracht	16
3.2.4 Waarborgen van de informatieoverdracht bij ACS	16
4. Resultaten.....	18
4.1 Zorgprofessionals	18
4.1.1 Verpleegkundigen	18
4.1.2 Informatieconsulenten.....	23
4.1.3 Fysiotherapeuten	26
4.2 Ziekenhuizen.....	30
5. Conclusie	31
6. Aanbevelingen.....	32
6.1 Poliklinische begeleidingsgesprekken	32

6.2 Verbetering multidisciplinaire communicatie	32
6.3 Hulpmiddelen ontwikkelen	32
7. Discussie	33
7.1 Evaluatie van methode.....	33
7.2 Resultaten en literatuuronderzoek	33
7.3 Bruikbaarheid van de aanbevelingen	34
7.4 Validiteit en betrouwbaarheid	34
8. Referentielijst	35
9. Bijlagen	38
9.1 Samenvatting in het Engels	38
9.2 Woordenlijst	39
9.3 Uitwerking acuut coronair syndroom	43
9.4 Werkinstructie	45
9.5 Meetinstrumenten	47
9.5.1 Interviewvragen verpleegkundigen.....	47
9.5.2 Interviewvragen informatieconsulenten.....	47
9.5.3 Interviewvragen fysiotherapeuten.....	48
9.5.4 Mail ziekenhuizen.....	48
9.6 Voorbeeld labelen en coderen	49
9.7 Checklist myocardinfarct St. Antonius Ziekenhuis	55

1. Achtergrond van het project

Het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda is een algemeen ziekenhuis voor de inwoners uit midden Nederland. De patiënt staat centraal in de zorgverlening, aan elke patiënt wordt zorg op maat verleend. In het Groene Hart Ziekenhuis staat kwaliteit van zorg en een veilige omgeving voorop (Groene Hart Ziekenhuis, 2015). Continue zorgverbetering vindt plaats via 'Patiënt als Partner', ofwel de Clinical Microsystem Thinking Method, een methode om de zorg van binnenuit te verbeteren (Groene Hart Ziekenhuis, 2016). De zorgprofessionals kijken per afdeling hoe de kwaliteit van zorg voor de patiënt verbeterd kan worden. Vaak kan de patiënt vertellen waar verbetering mogelijk is, daardoor wordt hij als partner gezien (Cromwijk, 2013). Op de afdeling cardiologie hebben de seniorverpleegkundigen (zie bijlage 9.2 voor woordenlijst) verbeteringsmogelijkheden gezien rondom de begeleidingsgesprekken bij patiënten die een ACS doorgemaakt hebben.

1.1 Aanleiding

De verpleegkundige is verantwoordelijk voor begeleiding aan de patiënt, naasten en diens mantelzorgers, zoals beschreven in het Beroepsprofiel Verpleegkundigen:

“De verpleegkundige handelt vanuit haar eigen deskundigheid en werkt op basis van gelijkwaardigheid samen met de patiënt en zijn naasten. Zij deelt kennis en informatie, is gericht op samenwerking en overdacht in de keten. Dit betekent dat de verpleegkundige de patiënten, hun naasten en mantelzorgers steunen en hen waar nodig verwijzen” (V&VN, 2012, p. 24).

Daarnaast zegt competentie twee, zoals vermeld in de Onderwijs en Examenregeling van de Christelijke Hogeschool Ede, hierover het volgende:

“Om een gezonde leefstijl bij zorgvragers en hun familieleden te bevorderen geeft de hbo-verpleegkundige op basis van een programmatische aanpak informatie, voorlichting en advies aan individuen en groepen, zodat het individu en zijn familie beter in staat zijn een gezonde leefstijl te onderhouden, en bovendien een gezonde leefstijl bij de bevolking in het algemeen wordt bevorderd” (Academie gezondheidszorg, 2015, p. 12).

Verpleegkundigen moeten dus in staat zijn om aan de patiënt de benodigde voorlichting en het benodigde advies te geven. Op de afdeling cardiologie vindt deze voorlichting en advisering plaats middels begeleidingsgesprekken tijdens een klinische opname bij patiënten na een ACS. In deze gesprekken, van ongeveer drie kwartier tot een uur, worden de ervaringen van de patiënt en zijn naasten besproken. Daarnaast krijgt de patiënt voorlichting over het ziektebeeld en de hartrevalidatie. Waar de patiënt voorheen gemiddeld tien dagen opgenomen werd, bestaat de opnameduur tegenwoordig uit gemiddeld drie dagen. De opnameduur van de patiënten met een ACS is bijvoorbeeld verkort door de technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Deze technologie zoals het ECG, de hartdefibrillator, hartkatheterisatie en dotterbehandeling dragen er toe bij dat de patiënt sneller gescreend en behandeld kan worden (Hartstichting, 2016).

Na ontslag uit het ziekenhuis wordt de patiënt binnen twee weken gebeld door een cardiologie verpleegkundige in de rol van informatieconsulent. Tijdens dit telefonisch consult heeft de patiënt de gelegenheid om vragen te stellen. De seniorverpleegkundigen hebben aangegeven dat er regelmatig een terugkoppeling plaats vindt met de informatieconsulenten, de fysiotherapeuten van de hartrevalidatie en de cardiologen. Daaruit blijkt dat de patiënten veel vragen hebben over onderwerpen die in het begeleidingsgesprek zijn besproken. Dit wordt de laatste jaren in toenemende mate gesignaleerd door de genoemde disciplines. De seniorverpleegkundigen verwachten onder andere dat dit te maken heeft met de verbeterde behandel mogelijkheden en verkorte opnameduur, met inadequate informatieverwerking als gevolg. De seniorverpleegkundigen gaven aan dat hiermee

het contrast tussen het trauma en de traumaverwerking steeds groter geworden is. Volgens de seniorverpleegkundigen staat de eerste week van de patiënt namelijk vooral in het teken van de traumaverwerking van het ACS.

Naast bovenstaande aanleiding zijn er ook de bezuinigingen in de personeelsbezetting en de ervaren verhoogde werkdruk door de verpleegkundigen op de afdeling cardiologie. Door dit alles was het wenselijk om de effectiviteit van de begeleidingsgesprekken tijdens opname te bestuderen. Eerder onderzoek hieromtrent heeft op de afdeling Cardiologie niet plaatsgevonden. Soortgelijk onderzoek is wel gedaan door het Universitair Medisch Centrum Groningen. Deze richtte zich vooral op de toegevoegde waarde van een nurse practitioner in de begeleiding van patiënten met hartfalen. Hieruit is gebleken dat deze discipline een belangrijke rol kan spelen in de gezondheidsvoorlichting en begeleiding aan een patiënt (Hoeve & Roodbol, 2007).

1.2 Probleemomschrijving

Door de technologische ontwikkelingen en de verkorte ligduur op de cardiologie afdeling bestond er een discussie over de effectiviteit van de begeleidingsgesprekken tijdens een klinische opname. Dit uit zich in signalen vanuit verschillende zorgprofessionals. Het nut van de begeleidingsgesprekken werd door de afdeling volledig erkend. Er werd echter getwijfeld aan het moment waarop het begeleidingsgesprek plaats zou vinden.

Het probleem, zoals in de aanleiding beschreven, speelde zich op microniveau af tussen de verpleegkundige en de patiënt bij het voeren van een effectief begeleidingsgesprek. De geuite zorgen rondom de verhoogde werkdruk van de cardiologieverpleegkundigen door de begeleidingsgesprekken vonden op afdelingsniveau, oftewel op mesoniveau, plaats (Gastmans & Castrelé, 2014).

1.2.1 Vraagstelling

Hoe doeltreffend is de informatieoverdracht van de begeleidingsgesprekken met patiënten na een acuut coronair syndroom tijdens een klinische opname volgens zorgprofessionals op de afdeling cardiologie van het Groene Hart Ziekenhuis?

Een antwoord op de centrale vraag werd gezocht met behulp van de volgende deelvragen:

1. *Hoe verloopt de informatieverwerking na een begeleidingsgesprek bij een patiënt na een acuut coronair syndroom?*
2. *Wat is een effectieve wijze om informatieoverdracht bij een patiënt na een acuut coronair syndroom te bewerkstelligen?*
3. *Hoe effectief zijn de begeleidingsgesprekken na een acuut coronair syndroom tijdens een klinische opname volgens cardiologieverpleegkundigen, informatieconsulenten en fysiotherapeuten?*
4. *Op welke wijze geven Nederlandse ziekenhuizen invulling aan de informatieoverdracht bij patiënten na een acuut coronair syndroom?*

1.2.2 Doelstelling

Medio juni 2016 heeft de afdeling cardiologie van het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda inzicht gekregen in de doeltreffendheid van de informatieoverdracht in relatie tot de begeleidingsgesprekken tijdens een klinische opname bij patiënten na een acuut coronair syndroom volgens evidence based practice. Dat betekent dat zij kennis heeft gekregen van de informatieverwerking bij de patiënt na een cardiologisch trauma en zij weet wat nodig is voor de borging van deze informatie uit de begeleidingsgesprekken. De onderzoekers geven dit weer middels dit onderzoeksrapport en een presentatie op de afdeling cardiologie.

2. Methode

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek is opgezet en uitgevoerd. Als eerste wordt de gekozen onderzoeksmethodiek verantwoord. Vervolgens beschrijven de onderzoekers het literatuuronderzoek en hoe zij het praktijkonderzoek vorm gegeven hebben. Daarna wordt de onderzoekspopulatie besproken en ten slotte beschrijven de onderzoekers hoe zij de validiteit en betrouwbaarheid gewaarborgd hebben in dit onderzoek.

2.1 Onderzoeksmethode en werkwijze

Dit onderzoek is uitgevoerd volgens een kwalitatieve methode. Een motivatie van de onderzoekers voor kwalitatief onderzoek was de aansluiting bij het team die gewaarborgd werd door met hen in gesprek te gaan en van waaruit passende aanbevelingen geformuleerd konden worden.

Uit de deelvragen blijkt namelijk ook dat de onderzoekers, naast een literatuuronderzoek, in gesprek gegaan zijn met verschillende disciplines door middel van interviews. Dit houdt in dat dit onderzoek niet gebonden was aan het verzamelen van cijfermatige gegevens. Door middel van doorvragen werd het verhaal achter het antwoord van de respondent ontdekt en kon mogelijke weerstand vanuit hen verder uitgediept worden, wat niet mogelijk was geweest in kwantitatief onderzoek (Verhoeven, 2014).

Literatuuronderzoek gaf invulling aan de beantwoording van deelvraag één en twee. De beantwoording van deelvraag drie werd uitgevoerd op afdelingsniveau, oftewel mesoniveau. Hierbij werd de mening van verschillende disciplines actief betrokken. Daarnaast vond het onderzoek op macroniveau plaats, hierbij werd de werkwijze van verschillende ziekenhuizen betrokken in het beantwoorden van deelvraag vier (Gastmans & Castrelé, 2014). De onderzoekers benaderden hiervoor vijftien ziekenhuizen uit verschillende regio's en categorieën. Er zijn zowel streekziekenhuizen als academische ziekenhuizen en medische centra benaderd. Dit om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van hoe een gemiddeld Nederlandse ziekenhuis invulling geeft aan de informatieoverdracht en begeleiding bij patiënten na een ACS. Er is door de onderzoekers gekozen voor een groot aantal ziekenhuizen omdat zij rekening wilden houden met een mogelijk lagere respons. Uiteindelijk hebben zes ziekenhuizen, namelijk het Academisch Medisch Centrum, Ikazia Ziekenhuis, Noordwest Ziekenhuisgroep, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, RadboudUMC en Sint Antonius Ziekenhuis geparticipeerd in dit onderzoek.

2.2 Literatuuronderzoek

Het doel van het literatuuronderzoek was het beantwoorden van deelvraag één en twee. Op basis van deze informatie werden gespreksvragen als onderzoeksinstrument opgesteld (zie bijlage 9.5). Deze gespreksvragen werden gebruikt in het praktijkonderzoek middels interviews.

Bij het zoeken naar literatuur werd gebruik gemaakt van de volgende databanken:

- Google Books;
- Google Scholar;
- HBO-Voorsprong;
- PubMed;
- Springer.

Naast deze digitale databanken is er ook gebruik gemaakt van literatuur in de vorm van boeken.

Tijdens deze literatuurstudie zijn de volgende zoektermen gebruikt:

Acceptatie van ziekte;	Influence on information processing;
Acute coronary syndrome;	Informatieoverdracht;
Acute coronary syndrome and counselling;	Informatieoverdracht patiënt;
Acuut coronair syndroom;	Informatieverwerking;
Acuut coronair syndroom	Information processing;
informatieverwerking;	Information processing trauma;

Acut coronair syndroom nazorg;
 Begeleiding na acut coronair syndroom;
 Benodigheden om informatie te verwerken;
 Cardiologic trauma;
 Consequences acute coronair syndrome;
 Coping na acut coronair syndroom;
 Effectieve voorlichting na acs;
 Effect trauma op geheugen;
 Gevolgen acut coronair syndroom;
 Gevolgen trauma;
 Impact trauma;
 Impact trauma memory;

Invloed op informatieverwerking;
 Length of time information processing;
 Role environment trauma;
 Rol omgeving trauma;
 Supplies to process information;
 Tijdsduur informatieverwerking;
 Trauma;
 Trauma informatieverwerking;
 Trauma processing;
 Traumaverwerking;
 Wat is een cardiologisch trauma.

2.3 Interviews

Nadat het literatuuronderzoek was uitgewerkt, zijn de onderzoekers in gesprek gegaan met de zorgprofessionals door middel van een individueel en semigestructureerd interview. Dit betekent dat de onderzoekers het gesprek gestuurd hebben aan de hand van gespreksvragen met daarin ruimte voor open gespreksvoering. Hierdoor stond de beleving van de respondenten centraal en was er ruimte voor hun mening en gedachtegoed (Verhoeven, 2014). Een aantal aspecten kwamen herhaaldelijk terug bij alle interviews, zoals informatieverwerking na een ACS, traumaverwerking na een ACS, doeltreffendheid van de begeleidingsgesprekken tijdens een klinische opname, belemmerende en bevorderende factoren bij een begeleidingsgesprek. De overige tijd in het interview was bedoeld om verdiepende vragen te stellen en ruimte te geven voor de mening van de respondent. De interviews werden in tweetallen afgenomen met behulp van een voice-recorder, vervolgens uitgewerkt in transcript en gecontroleerd door middel van peer-review door de andere onderzoeker van het tweetal (Baarda, et al., 2013). De samenwerking in het tweetal had een duidelijke verdeling. Eén onderzoeker was de gespreksleider en de ander was notulist, dit had te maken met een eenduidige aanpak als het gaat om benadering van de respondenten op basis van de gespreksvragen. De keuze voor het vormen van twee tweetallen had vooral te maken met tijdmanagement. De keuze voor deze samenstelling is in de praktijk effectief gebleken omdat op deze manier iedereen zicht had op de resultaten uit dit onderzoek.

De onderzoekers streefden er naar om in ieder geval tien tot een maximum van twintig interviews af te nemen bij de cardiologieverpleegkundigen, informatieconsulenten en fysiotherapeuten van de hartrevalidatie. Het maximum was gesteld in verband met de beschikbare tijd en middelen van de onderzoekers en de onderzoeksgroep (Lucassen & Olde Hartman, 2007). Na het interviewen van twaalf respondenten werd er door de onderzoekers geen nieuwe informatie verkregen, er werd datasaturatie bereikt.

2.4 Data-analyse

Door middel van de interviews werd gezocht naar een antwoord op deelvraag drie. De in transcript uitgewerkte interviews werden uitgewerkt in tekstfragmenten. Deze tekstfragmenten werden gecategoriseerd in labels die geordend werden tot concepten (zie bijlage 9.6).

Deze concepten waren de basis voor het schrijven van de resultaten van het onderzoek (Baarda, et al., 2013; Verhoeven, 2014).

De onderzoekers gebruikten bij de data-analyse een inductieve benadering, dat wil zeggen dat de theorie ontstaat uit het proces van data verzamelen en analyseren (Saunders, Lewis & Thornhill, 2015). Alle vier de onderzoekers hebben meegewerkt aan dit proces. Het uitwerken in tekstfragmenten en categoriseren werd gedaan in tweetallen. Hierbij is gekozen voor dezelfde tweetallen als tijdens de interviews. Dit omdat dit tweetal het beste zicht had op de interpretatie van informatie van de eigen respondenten. Om te komen tot het formuleren van eenduidige concepten is er een interview met de

gehele onderzoeksgroep uitgewerkt. Hierna is de onderzoeksgroep opgesplitst in tweetallen om de eigen interviews af te ronden. Dit geheel aan concepten is uiteindelijk in de gehele onderzoeksgroep besproken en definitief gesteld.

2.5 Populatie

Om tot een representatieve afspiegeling van het team te komen, kozen de onderzoekers voor een aselechte of willekeurige steekproef. Deze aselechte steekproef werd bepaald via een toevalsgenerator, de onderzoekers hebben gebruik gemaakt van de random number generator van Psychic science (Psychic Science, 2008). Twee onderzoekers kenden de respondenten en zouden op deze manier 'gekleurd' het onderzoek in kunnen gaan. Om dit te voorkomen werd de bovenstaande toevalsgenerator gebruikt. Bovendien wordt vanuit de literatuur aangegeven dat het raadzaam is om een willekeurige steekproef te doen, zo heeft iedere respondent een gelijke kans om mee te doen aan het onderzoek (Verhoeven, 2014; Harinck, 2010).

Door middel van de interviews werd er naar de mening gevraagd van een select aantal respondenten. Sommige respondenten verwezen expliciet naar collega's die 'een andere mening hadden' over de huidige invulling van de begeleidingsgesprekken. Op basis van de verkregen informatie zijn de onderzoekers in gesprek gegaan met desbetreffende collega's. Deze methode wordt ook wel omschreven als 'de sneeuwbalmethode': het vinden van nieuwe respondenten via de huidige respondenten om zo de onderzoekspopulatie compleet te krijgen en daarmee datasaturatie te verkrijgen (Verhoeven, 2014).

Wat betreft de inclusiecriteria voor verpleegkundigen stond de voorwaarde dat zij betrokken waren bij de begeleidingsgesprekken na een ACS. Verdere criteria, zoals opleidingsniveau en geslacht, werden niet meegenomen aangezien de diversiteit van het team niet groot is en daardoor verdere keuze voor bepaalde criteria niet mogelijk was. Voor de informatieconsulenten en fysiotherapeuten stond de inclusiecriteria dat zij kennis hebben van de informatieverwerking van de patiënt die zij opdoen door het poliklinische contact.

Op de afdeling waren op het moment van schrijven 23 vaste cardiologieverpleegkundigen werkzaam, daarnaast waren er nog twee cardiologieverpleegkundigen in de arbeidspool werkzaam. Van alle cardiologieverpleegkundigen hebben de onderzoekers zeven personen geïnterviewd.

Van de cardiologieverpleegkundigen zijn er vier ook werkzaam als informatieconsulent op de afdeling. Van deze informatieconsulenten hebben de onderzoekers twee personen geïnterviewd.

Bij de hartrevalidatie zijn zes fysiotherapeuten werkzaam. Van de fysiotherapeuten van de hartrevalidatie hebben de onderzoekers drie personen geïnterviewd.

2.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Bij de informatieverwerking is door de onderzoekers triangulatie toegepast. Dat wil zeggen dat verschillende informatiebronnen zijn aangesproken, zoals literatuur, interviews in verschillende onderzoeksgroepen en schriftelijk contact met verscheidene ziekenhuizen. Deze verschillende bronnen werden gebruikt om de resultaten en aanbevelingen in het onderzoeksverslag te verwerken (Baarda & De Goede, 2009; Verhoeven, 2014).

Na het opstellen van de gespreksvragen hebben de onderzoekers een pilot uitgevoerd. Dit hield een proefinterview in, waarbij een andere onderzoeksgroep vanuit de Christelijke Hogeschool Ede feedback heeft gegeven op de gespreksvragen. Daar waar de gespreksvragen niet concreet genoeg bleken, zijn deze aangepast. Met deze aangepaste gespreksvragen wilden de onderzoekers datasaturatie bereiken.

Om de betrouwbaarheid van het transcript te waarborgen werd er peer-review toegepast. Hiermee controleerden de onderzoekers of de geluidsopname letterlijk was weergegeven in transcript.

De onderzoekers kozen ervoor om twee vaste interviewers aan te stellen om zo veel als mogelijk overeenstemming te bereiken in het stellen van de vragen. De eerste vaste interviewer interviewde de verpleegkundige groep, de tweede vaste interviewer interviewde de overige respondenten. De

keuze om vaste interviewers aan te stellen had te maken met de vraag of verschillende onderzoekers verschillende informatie zouden verkrijgen. Dit risico werd door deze keuze verkleind (Saunders, Lewis & Thornhill, 2015).

Bij het uitvoeren van het onderzoek speelden verschillende ethische aspecten mee waar de onderzoekers aandacht aan hebben besteed. Twee van de onderzoekers zijn voorafgaand aan het onderzoek werkzaam geweest op de afdeling cardiologie wat kon zorgen voor een subjectieve blik. Om de objectiviteit van het onderzoek te waarborgen zijn de interviews door twee onderzoekers gevoerd, die niet bekend waren op de afdeling. Daarnaast hebben de onderzoekers tijdens de interviews rekening gehouden met het mogelijk ontstaan van weerstand bij de respondenten. Dit hebben zij gedaan door de vragen objectief te formuleren en in te gaan op gevoelens van de respondenten ten aanzien van de huidige of toekomstige invulling van de begeleidingsgesprekken.

De onderzoekers vroegen voorafgaand aan het interview, via mailcontact, toestemming aan de respondenten om een geluidsopname te maken van het gesprek. Alleen op basis van het informed consent principe vond het interview plaats (Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2016). De opgenomen geluidsfragmenten worden na afronding van het onderzoek verwijderd.

Bij deze interviews waarborgden de onderzoekers een veilige omgeving voor de respondenten door te benoemen dat de gegevens strikt anoniem verwerkt werden. Dit hebben de onderzoekers gedaan door de respondenten te nummeren.

De onderzoekers garandeerden een ruimte waar de respondenten vrijuit konden spreken, waarbij andere betrokkenen van de afdeling niet aanwezig konden zijn. Dit hing samen met het afnemen van een individueel interview waarbij de respondent minder snel beïnvloed werd tot een sociaal wenselijk antwoord (van Male, 2011).

2.7 Randvoorwaarden

Tijdens het onderzoek hebben verschillende randvoorwaarden een rol gespeeld, zoals de medewerking en tijd van de respondenten. Ook was het van belang dat de respondenten bereid waren om de vragen tijdens het interview te beantwoorden, zodat de onderzoekers de resultaten konden verzamelen.

Tijdens het introductiegesprek werd daarnaast aangegeven dat er mogelijk weerstand kon zijn vanuit verschillende cardiologieverpleegkundigen. Het was tijdens het onderzoek van belang dat er ruimte werd gegeven voor weerstand. Handvatten die de onderzoekers daarin meekregen waren regelmatige terugkoppeling en een objectieve houding van de onderzoekers ten opzichte van de begeleidingsgesprekken.

Vanuit de onderzoekers was het van belang dat zij een goede samenwerking lieten zien door zowel afspraken onderling als met de instelling na te komen, om zo vertraging in het onderzoek te voorkomen en een prettige werksfeer te waarborgen.

Ten slotte was betrokkenheid van de begeleider en beoordelaar vanuit school met de onderzoekers van belang. Deze betrokkenheid zorgde voor duidelijke afspraken en bruikbare feedback.

3. Literatuurstudie

3.1 Informatieverwerking na ACS

“Hoe verloopt de informatieverwerking na een begeleidingsgesprek bij een patiënt na een acuut coronair syndroom?”

Coronaire hartziekten, zoals het Acuut Coronair Syndroom (ACS), zijn ziekten van het hart die het gevolg zijn van atherosclerose, een proces van vetafzetting aan de slagaders. Door de vernauwing of blokkade van het bloedvat, die daarvan het gevolg is, ontstaat zuurstoftekort (ischemie) in de hartspier (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2014).

Het ACS (zie bijlage 9.3) omvat hierin het acute myocardinfarct en instabiele angina pectoris met klachten in rust (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012). De prognose van patiënten met coronaire hartziekten is afhankelijk van meerdere factoren, zoals de ernst van de atherosclerotische afwijkingen van het hart, eventuele andere aangedane organen, de resterende functie van het hart en de aanwezigheid en het niveau van de bekende risicofactoren voor atherosclerose. Een doorgemaakt hartinfarct kan verschillende gevolgen hebben, waaronder hartfalen wat zich uit in een tekortschietende pompfunctie van het hart. Aanhoudende klachten kunnen tot gevolg hebben dat de patiënten nog maar beperkte lichamelijke inspanning kunnen verrichten en om deze reden uit het arbeidsproces moeten stappen. Jongvolwassenen en personen van middelbare leeftijd ervaren hun gezondheid als sterk verminderd en geven aan relatief veel pijn te ondervinden. Oudere patiënten kunnen daarnaast ook last hebben van geestelijke problemen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2014). Op langere termijn beïnvloedt ACS ook de kwaliteit van leven van de patiënt, onder andere door de emotionele en psychische gevolgen (Bhattacharyya, Perkins-Porras, Wikman & Steptoe, 2010).

3.1.1 ACS als trauma

Het krijgen van een ACS is voor de meeste mensen een schokkende gebeurtenis, een trauma, dat vaak gepaard gaat met blijvend verlies en beperkingen. Een trauma wordt omschreven als een gevolg van gebeurtenissen die plotseling levensbedreigend en overweldigend zijn (Smit, 2014). Hierdoor kunnen voor hart- en vaatpatiënten en hun naasten problemen tussen draagkracht en draaglast ontstaan. Wanneer dit evenwicht voor de ziekte al verstoord of wankel is, of wanneer er onvoldoende sociale hulpbronnen aanwezig zijn, is de kans groter dat deze balans verder wordt verstoord.

Een trauma kan verschillende gevoelens en emoties oproepen, zoals verdriet, angst, machteloosheid, onbegrip en boosheid (Medisch Centrum Haaglanden, 2012). Het zelfvertrouwen van de patiënt kan worden aangetast doordat zij te maken kunnen hebben met sterk negatieve emotionele gevoelens en een verminderde controle over het eigen lichaam (Antens, 2013; Wikman, Molloy, Randall & Steptoe, 2011).

3.1.2 Informatieverwerking in de hersenen

Het hersennetwerk dat verantwoordelijk is voor emotionele informatieverwerking bestaat uit de amygdala, de hippocampus en de prefrontale cortex. De amygdala is een deel van de hersenen dat verantwoordelijk is voor de reactie op gevaar, stress en in principe alles wat een emotionele lading heeft. De hippocampus is een hersengebied dat ons helpt om allerlei gebeurtenissen te herinneren en is vooral betrokken bij het opslaan van nieuwe informatie. De prefrontale cortex is een hersengebied dat een belangrijke rol speelt bij de inhibitie of remming van allerlei prikkels. Het is het hersengebied dat helpt bij planning en regulering van alle emotionele prikkels die via de amygdala binnenkomen. Al deze structuren spelen een rol bij angstconditionering en –uitdoving, maar ook bij sensitisatie, dat is het steeds maar gevoeliger worden (Vermette, 2014; Smit, 2014). De amygdala is een centrum voor angstregulatie en modulatie bij diverse geheugenprocessen elders in het brein.

Dat emotie een rol speelt bij het proces van informatieverwerking, lijkt vanzelfsprekend. Emotie kan aangrijpen op verschillende plaatsen in de keten: van de eerste waarneming van een stimulus tot het uiteindelijk weer ophalen van informatie uit het geheugen. De amygdala en hippocampus hebben een nauwe relatie bij het verwerken van emotionele informatie en bij de opslag in het geheugen. De hippocampus is essentieel voor het encoderen (opslaan) van nieuwe informatie, waarbij de amygdala de emotionele kleuring van de informatie verzorgt. De amygdala-activatie hangt vooral samen met de langetermijneffecten op het geheugen (Douglas Bremne, 2006; Smit, 2014).

Sensorische informatieverwerking is het proces waarbij informatie uit het lichaam en prikkels vanuit de buitenwereld waargenomen en op elkaar afgestemd worden (Nederlandse Stichting voor Sensorische Informatieverwerking, 2015). Recente modellen gaan uit van informatieverwerking als een parallel en interactief verlopend proces. Tegelijkertijd kunnen verschillende processen plaatsvinden (parallel verlopen) die elkaar onderling kunnen beïnvloeden (interactief). Het verwerken van informatie op het ene niveau kan invloed uitoefenen op de verwerking op een ander niveau. Het verwerken van informatie wordt gezien als het activeren van geheugencodes die met ingevoerde informatie corresponderen. Omdat deze codes onderling verbonden zijn, kunnen zij ook elkaar activeren. De structurele beperking van menselijke informatieverwerking is niet een gevolg van beperking in ruimte van een bepaald geheugen, maar van de aard van de verwerking die plaatsvindt. Er wordt in modernere modellen dan ook uitgegaan van het gegeven dat er een werkgeheugen is (ook wel actief geheugen genoemd), waarin de bewerking en verwerking van informatie plaatsvindt. Informatie kan gedurende korte tijd (30 seconden) behouden blijven in het korte termijn geheugen. Een deel van deze informatie uit het korte termijn geheugen kan vervolgens doorvloeien naar het lange termijn geheugen. Of dit gebeurt of niet is vooral afhankelijk van processen die in het korte termijn geheugen plaatsvinden, bijvoorbeeld door de informatie te herhalen. Door associaties of verbanden te leggen tussen reeds opgeslagen kennis en nieuwe informatie, wordt deze kennis bewust verwerkt en in het lange termijn geheugen verankerd (Boekaerts & Simons, 2003).

3.1.3 Verschillen in informatieverwerking

Selectieve aandacht verwijst naar het vermogen om voorrang te geven aan belangrijke informatie en onbelangrijke informatie te negeren. Deze selectie vindt plaats in een vroeg stadium van informatieverwerking en bepaalt aldus welke informatie in aanmerking komt voor verdere verwerking (interpretatie en geheugen). De meeste studies naar selectieve aandacht en psychopathologie zijn verricht in het kader van angst. Uit deze studies blijkt dat selectieve aandacht een kwetsbaarheidsfactor is in stressvolle situaties (Bögels & Oppen, 2011).

Sociaalwetenschappelijk onderzoek heeft uitgewezen dat de informatieverwerking bij ieder mens anders verloopt. Een zelfde boodschap kan hierdoor bij verschillende mensen anders verwerkt worden, waardoor het effect van deze boodschap per individu kan verschillen. Om te voorkomen dat er teveel informatie tegelijkertijd binnenkomt, maken de hersenen de eerste selectie door niet alle informatie bewust op te nemen en te verwerken. De tweede selectie vindt plaats op basis van individuele criteria, die gebaseerd zijn op de wijze waarop een persoon de wereld ervaart, zijn/haar gemoedstoestand en sekse. De waarneming van informatie wordt gekleurd door persoonlijke indrukken, ervaringen en verwachtingen, leeftijd en intelligentieniveau en de sociale, maatschappelijke en culturele context waarin een persoon leeft. De verwerking van de informatie wordt in hoge mate bepaald door de emoties die een persoon ervaart op dat moment (Moedersheim, 2006). In dit onderzoek, waar het gaat om patiënten met ACS, is geen duidelijke lijn te trekken in de mate van informatieverwerking bij deze patiënten. Het basisidee van informatieverwerking is dat emotionele of traumatische informatie de amygdala zeer sterk prikkelt, waardoor deze informatie 'met voorrang' wordt opgeslagen in de hippocampus en later in andere delen van de hersenschors. De prefrontale cortex zorgt voor inhibitie, remming en regulering van de arousal, zodat er een natuurlijke uitdoving plaatsvindt en informatie naar de achtergrond verdwijnt (Smit, 2014).

3.1.4 Informatieverwerking in combinatie met informatieoverdracht

Voor patiënten is duidelijke en betrouwbare informatie een belangrijk houvast in een periode van grote onzekerheid, zoals in dit geval bij patiënten met ACS. Dat betekent dat er hoge eisen gesteld mogen worden aan de informatie die men aan patiënten geeft. Dat de inhoud van deze informatie correct moet zijn, is vanzelfsprekend. Ook de wijze waarop de informatie wordt gepresenteerd moet aan bepaalde eisen voldoen om te bereiken dat de patiënt de informatie verwerkt.

Om informatie te ontvangen moet de patiënt allereerst hiertoe in staat en bereid zijn. Belangrijke voorwaarden daarvoor zijn dat de informatie verstaanbaar en begrijpelijk wordt gepresenteerd. De selectieve aandacht is een tweede mechanisme dat de informatie al dan niet toelaat bij de patiënt. De aandacht van de patiënt mag niet worden afgeleid door sterke prikkels van buiten of door eigen gedachten en gevoelens. Bovendien moet de patiënt het belang inzien van de informatie. Anders gezegd: de patiënt moet gemotiveerd worden en blijven om te luisteren. De selectieve interpretatie heeft te maken met de wijze waarop de patiënt de informatie plaatst binnen het geheel van zijn reeds aanwezige kennis en ervaringen (referentiekader). In dit beoordelingsproces krijgt de informatie zijn volledige betekenis voor de patiënt. Niet alleen moet de informatie daarom aansluiten bij het referentiekader van de patiënt, maar bij deze betekenisgeving spelen de wijze van presentatie en de relatie tussen professional en patiënt een voorname rol. Vooral daardoor verkrijgt de informatie zijn overtuigingskracht (Wiel, Wouda & Versteegen, 2005).

Of iemand aandacht heeft voor een voorlichtingsboodschap is afhankelijk van de mate waarin hij of zij zich betrokken voelt bij het onderwerp van de voorlichting. Mensen die betrokken zijn bij een bepaald onderwerp, zullen actief op zoek gaan naar informatie en gemotiveerd zijn om deze informatie zorgvuldig tot zich te nemen en erover na te denken (actieve informatieverwerking). Zijn mensen echter niet betrokken, dan zullen zij de informatie meer globaal tot zich nemen (passieve informatieverwerking). Beide manieren van informatieverwerking kunnen attitude- en gedragsveranderingen tot gevolg hebben, maar over het algemeen leidt een actieve informatieverwerking tot de meest stabiele en langdurende veranderingen (Burg, Assema & Lechner, 2012).

3.2 Informatieoverdracht na ACS

“Wat is een effectieve wijze om informatieoverdracht bij een patiënt na een acuut coronair syndroom te bewerkstelligen?”

In het vorige hoofdstuk is beschreven hoe de informatieverwerking na het doormaken van ACS eruitziet. In dit hoofdstuk wordt gekeken naar een effectieve informatieoverdracht bij dezelfde patiëntencategorie. Dit wordt gedaan door allereerst de ‘normale’ informatieoverdracht te onderzoeken. Met ‘normaal’ wordt bedoeld hoe de informatieoverdracht er uit ziet wanneer er geen sprake is van ACS. Vervolgens wordt gekeken wat er bij de informatieoverdracht na ACS anders is ten opzichte van de persoon zonder ACS. Na deze vergelijking wordt beschreven hoe men om gaat met de traumaverwerking in combinatie met informatieoverdracht. Als laatste wordt beschreven wat er nodig is om goede informatieoverdracht bij ACS te waarborgen.

3.2.1 Informatieoverdracht zonder trauma

Uitwisselen van informatie wordt omschreven als communicatie. Deze communicatie is effectief wanneer de uitwisseling relevant is en de boodschap gehoord en begrepen wordt (Kaptein, Prins, Collette & Hulsman, 2010). Informatieoverdracht wordt onderverdeeld in zes stappen. Als eerste gaat het om de stap ‘openstaan’, de bereidheid om naar oplossingen te zoeken. Na het openstaan volgt het ‘begrijpen’, het opnemen en onthouden van informatie. Wanneer openstaan aan bod is geweest komt het ‘willen’ van de patiënt. Het gaat hier om de bereidheid van de patiënt om zijn probleem aan te pakken. Als vierde komt het ‘kunnen’ aan bod. Bij deze stap gaat het om de vaardigheden en barrières die voorkomen bij de voorlichting. Wanneer voorgaande bij de patiënt aanwezig is komt het aan op het ‘doen’. Alles wat in de voorlichting besproken is moet door de patiënt uitgevoerd worden. De laatste stap, het ‘blijven doen’, slaat terug op stap vijf. Het is namelijk de kunst om de informatie die aangehoord is te blijven verwerken, oftewel te blijven doen (Terra, van Mechelen-Gevers & van der Burgt, 2010).

Informatieoverdracht kan naast bovenstaande zes stappen ook verdeeld worden in strategieën. Ten Have (2006) beschrijft twee soorten strategieën hoe patiënten met voorlichting omgaan. Zij noemt als eerste ‘avoiders’, die worden omschreven als patiënten die proberen te vermijden wanneer ze met informatie geconfronteerd worden die in hun beleving bedreigend is. Daartegenover staan ‘sensitizers’, die willen juist wel zo veel mogelijk informatie om zich daardoor zo goed mogelijk op een nieuwe situatie voor te bereiden. Los van deze strategieën is er nog de afhankelijkheid van de vorm waarin de informatie aangedragen wordt. Tien procent van wat gelezen wordt, wordt onthouden, twintig procent van wat wordt verteld en 35% van wat wordt gezien. Wanneer luisteren en kijken met elkaar gecombineerd worden, wordt 55% van de informatie herinnerd. Deze 55% wordt 80% wanneer de patiënt de informatie voor zichzelf herhaalt. Informatie blijft het beste hangen wanneer de patiënt de informatie in eigen woorden herhaalt en het geleerde daarbij demonstreert. In dit geval wordt 90% van de informatie onthouden (Strijbis, Empowerment en ondersteunen zelfmanagement, 2015).

3.2.2 Informatieoverdracht na ACS

In het vorige hoofdstuk is beschreven hoe de informatieverwerking na ACS eruitziet. Wat betreft de gebruikelijke informatieoverdracht, zoals hierboven beschreven, is er een verschil wanneer de patiënt ACS doorgemaakt heeft. Er is bij de patiënt namelijk sprake van een beïnvloeding van het geheugen. Dit kan bijvoorbeeld veroorzaakt worden door emoties bij de informatieoverdracht. Deze emoties kunnen zorgen voor verbeterd opnemen, maar ook van verminderd opnemen van de informatie. Het kan zelfs zo zijn dat de emoties een dermate bedreiging zijn bij de patiënt dat bewust of onbewust de informatie ontkend en verdraaid wordt (Kaptein, Prins, Collette & Hulsman, 2010). Dat emoties een rol spelen wordt ook genoemd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zij geeft aan dat het opnemen van een gesprek de patiënt kan helpen om zijn of haar gedachten op een rij te zetten.

Wanneer het om een emotioneel beladen gesprek gaat is de kans namelijk groot dat de patiënt niet alles onthoudt wat tussen hem en de professional is uitgewisseld (Schippers, 2016).

Interventies die door de professional ingezet kunnen worden om met de emoties om te gaan zijn doorvragen, samenvatten en reflecteren (Kaptein, Prins, Collette, & Hulsman, 2010). Voor de professional is het belangrijk om rekening te houden met het aanpassingsproces na ACS: acuut, revalidatie en chronisch. Het is belangrijk om informatie op schrift mee te geven. Dit is bevorderlijk voor het effect van de voorlichting. Wat ook belangrijk wordt gevonden in de communicatie is het tweerichtingsverkeer, daarbij is naast de informatieoverdracht ook het vragen stellen aan de patiënt van belang (Strijbis, 2015).

3.2.3 Traumaverwerking bij informatieoverdracht

Elke patiënt gaat op zijn eigen manier om met zijn ziekte en klachten. Een ziekenhuisopname in verband met een gezondheidsbedreiging kan verschillende reacties oproepen, zoals angst. Terugkomende lichamelijke klachten zijn mogelijk een uiting van angst. Deze klachten, zoals pijn op de borst of hartkloppingen, zijn moeilijk te onderscheiden van een recidief-ACS (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012).

Angst kan ontstaan door onduidelijkheid en missen van controle over de situatie (ten Have, 2006). Het gevoel de situatie niet aan te kunnen heeft volgens Sassen (2010) een duidelijk verband met de kwaliteit van informatieverstrekking door zorgverleners. Zij beschrijft dat er onvoldoende besef is van de invloed van angst. Deze emotie maakt het onmogelijk om informatie, tijdens een informatieoverdracht, op te nemen en dit vervolgens te verwerken tot handelen. Emoties kunnen het openstaan voor informatie belemmeren. De houding en de wijze van de verpleegkundige kunnen invloed hebben op het openstaan van de patiënt. Voorwaarden voor vertrouwen van de patiënt hierbij zijn een respectvolle benadering, oprechte belangstelling en empathie. Dit nodigt de patiënt uit tot een actieve deelname en bereidheid om problemen te bespreken (Terra, Mechelen-Gevers & Burgt, 2010).

Voor een verpleegkundige is het van belang de gevoelens van de patiënt te signaleren en te laten blijken dat de gevoelens zijn opgemerkt en begrepen. Dit kan bijvoorbeeld door het gedrag van de patiënt te observeren en te vragen naar de angst van de patiënt (ten Have, 2006).

Het is de kunst om in het gesprek in te spelen op verwerkingswijze van de patiënt. Verschillende aspecten spelen hierin mee, zoals de voorkeur en wensen van de patiënt, de fase van verwerking en aanpassing, de motivatie en het vermogen tot zelfmanagement. Om de patiënt hierbij tegemoet te komen in zijn behoeften is het toepassen van twee vormen van communicatie helpend. Als eerste cognitieve communicatie, waarbij kennis wordt verstrekt aan de patiënt door middel van uitleg en informatie over de aandoening met de mogelijke behandeling. Hierbij wordt ingespeeld op de behoefte van de patiënt om informatie te weten en te begrijpen. Daarnaast kan empathische communicatie helpend zijn, waarbij een vertaalslag gemaakt wordt naar de leefwereld van de patiënt. Door aandacht te geven aan de emotionele gevolgen wordt tegemoetgekomen aan de behoefte van de patiënt om zich gekend en begrepen te voelen (Encyclo, 2016).

3.2.4 Waarborgen van de informatieoverdracht bij ACS

Volgens het VMS zorgprogramma bestaat de behoefte aan een specifieke nabehandeling bij patiënten met een ACS (Spaan, 2010). Vaak hebben zij angst voor het opnieuw optreden van een hartinfarct en daarbij vragen over wat wel en niet kan en mag. Dit is een reden om de nabehandeling al tijdens de ziekenhuisopname te starten en een taak voor een multidisciplinair team, bestaande uit cardiologen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en diëtisten. De nabehandeling bestaat uit instructie en informatie, risicopreventie en hartrevalidatie. De verschillende onderwerpen worden uitgevoerd door verschillende disciplines (Spaan, 2010). Sassen (2010) beschrijft dat de verschuiving van de patiëntenvoorlichting naar een extramurale setting noodzakelijk is. Een steeds kortere verblijfsduur in het ziekenhuis wordt als reden genoemd, waardoor de patiëntenvoorlichting gegeven moet worden in een steeds kortere tijd.

De wijze waarop de patiënt het beste ondersteund kan worden hangt af van de regionale mogelijkheden en de behoeften van de patiënt. Effectiviteit kan bereikt worden door middel van eenmalige leefstijladvisering. De effectiviteit van de interventies neemt toe wanneer deze intensiever zijn, meerdere contacten bevatten of langer duren (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2011).

4. Resultaten

4.1 Zorgprofessionals

Hoe effectief zijn de begeleidingsgesprekken na een acuut coronair syndroom tijdens een klinische opname volgens cardiologieverpleegkundigen, informatieconsulenten en fysiotherapeuten?

4.1.1 Verpleegkundigen

In deze paragraaf bevinden zich de resultaten vanuit de interviews met de verpleegkundigen van de afdeling cardiologie. Hierin wordt de inhoud van het begeleidingsgesprek, de waardering van de verpleegkundigen, de traumaverwerking van de patiënt, de belemmerende en bevorderende factoren en het toekomstbeeld van het begeleidingsgesprek beschreven.

4.1.1.1 Huidig begeleidingsgesprek

Vorbereiding

Een begeleidingsgesprek wordt gegeven bij patiënten die een hartinfarct hebben doorgemaakt. Enkele verpleegkundigen nemen ter voorbereiding op het begeleidingsgesprek het dossier van de patiënt door. Daarbij lezen zij de rapportage en kijken zij of de uitslag van de echo van het hart bekend is. Andere verpleegkundigen geven ter voorbereiding op het gesprek voorlichtingsboekjes en controleren of deze zijn gelezen door de patiënt. De hierboven genoemde punten worden niet door alle verpleegkundigen uitgevoerd. Wel bereiden alle verpleegkundigen het begeleidingsgesprek voor door een gesprek te plannen in overleg met de patiënt en zijn familie, ook wordt het doel van het begeleidingsgesprek vermeld. Ten slotte wordt ter voorbereiding de medicatie gecontroleerd, zodat de verpleegkundige weet welke medicijn groepen zij kan uitleggen.

Het is volgens de verpleegkundigen belangrijk om de naasten van de patiënt te betrekken bij het begeleidingsgesprek: *“Je merkt ook dat er bij de familie echt wel behoefte is voor een begeleidingsgesprek, vooral omdat het ook voor de omgeving schrikken is geweest en dat hun vragen hebben.”* Daarbij tasten de verpleegkundigen af wat de behoefte is van familie en naasten. *“Want zij willen weten: Als hij nog een keertje klachten krijgt, wat moet ik dan doen of heb ik wel goed gehandeld?”* De verpleegkundigen geven tijdens het gesprek de familie handvaten hoe hier mee om te gaan. Het begeleidingsgesprek neemt tussen de twintig minuten en één uur tijd in beslag, afhankelijk van de tijd van de verpleegkundige, werkdruk op de afdeling en de vragen van de patiënt. De verpleegkundigen besteden aandacht aan een veilig klimaat tijdens het begeleidingsgesprek. Zij houden rekening met een aparte en rustige ruimte, waar zij niet gestoord kunnen worden.

Invulling

Tijdens het begeleidingsgesprek wordt er volgens de verpleegkundigen gebruik gemaakt van de werkinstructie (zie bijlage 9.4). Deze werkinstructie wordt niet door iedereen voorafgaand aan het gesprek geraadpleegd. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van een voorlichtingsboek met duidelijke afbeeldingen van het hart. Ook maken de verpleegkundigen gebruik van een hartmodel en geven zij aan de patiënt voorlichtingsfolders van de Hartstichting.

De verpleegkundigen voeren een interactief begeleidingsgesprek waarbij het verloop van de opname centraal staat. Dit doen zij door de patiënt zelf zijn verhaal te laten vertellen. Vervolgens haken de verpleegkundigen hierop in door uitleg te geven over het ziektebeeld. Hierbij passen alle verpleegkundigen de inhoud van het gesprek specifiek aan naar de behoefte van de patiënt. De informatie wordt patiëntgericht verstrekt: *“Het doel is helemaal afhankelijk van wat de patiënt wil weten.”* Een enkele verpleegkundige kiest er bewust voor de leefstijl niet in het begeleidingsgesprek te behandelen, omdat de fysiotherapeut dit behandelt. Ook worden risicofactoren besproken, zoals stress, alcoholgebruik en familiäre belasting. De verpleegkundigen zien het begeleidingsgesprek als een mogelijkheid om in te gaan op emoties zoals angst en onzekerheid van de patiënt. Daarbij besteden zij ook aandacht aan en bieden zij ruimte voor het verhaal van de naasten van de patiënt. De

verpleegkundigen proberen de bewustwording van het belang van de medicatie bij de patiënt te vergroten. Als hier geen ruimte of tijd voor is tijdens het begeleidingsgesprek, wordt dit doorgeschoven naar het ontslaggesprek. De verpleegkundigen zijn bang dat wanneer deze informatie niet wordt gegeven, de patiënt stopt met het gebruik van zijn medicatie. Tot slot benoemen zij de inhoud van het hartrevalidatietraject en evalueren de verpleegkundigen of er nog andere disciplines ingeschakeld moeten worden. Vragen die tijdens het gesprek gesteld worden, probeert de verpleegkundige naar haar kennis en vermogen te beantwoorden. Veel terugkerende vragen gaan over de werking en bijwerking van de medicatie. Ook hebben de patiënten veel vragen over welke activiteiten zij thuis wel of niet mogen verrichten. Hierbij verwijzen de verpleegkundigen naar de richtlijn 'Verder na een hartinfarct' (Groene Hart Ziekenhuis, 2014).

Enkele verpleegkundigen vermelden in het patiëntendossier hoe het begeleidingsgesprek verlopen is. Wanneer het begeleidingsgesprek geweigerd wordt, wordt dit vermeld in het multidisciplinair communicatie systeem, waardoor de informatieconsulent op de hoogte wordt gesteld en zij de patiënt thuis op kan bellen.

4.1.1.2 Verwerking na trauma

De verpleegkundigen geven aan dat het effect van het begeleidingsgesprek op langere termijn onbekend is en dat zij niet weten wat de patiënt onthoudt van het begeleidingsgesprek. *“Het effect ligt helemaal aan welke patiënt je voor je hebt eigenlijk.”* Een enkele verpleegkundige noemt dat er bij de modules van de cardioloog tijdens de hartrevalidatie wel herkenning is: *“Oh ja, daar heeft de verpleegkundige wat over verteld.”* Het herhalen van de informatie wordt door sommige verpleegkundigen als belangrijk gezien. Een andere verpleegkundige daarentegen vraagt zich af of ze geen dubbel werk verricht omdat de informatie uitgebreid wordt uitgelegd bij de hartrevalidatie. Meerdere verpleegkundigen benoemen dat het effect afhankelijk is van de motivatie van de patiënt. Volgens de verpleegkundigen wordt het begeleidingsgesprek door patiënten gewaardeerd als een fijn moment waar ze hun verhaal kwijt kunnen. De patiënt is tijdens opname onzeker over zijn lichaam en is daardoor angstig om naar huis te gaan. Het begeleidingsgesprek zorgt, volgens alle verpleegkundigen, ervoor dat de patiënt en zijn naasten zekerder en geïnformeerd met ontslag gaan. Meerdere verpleegkundigen benoemen dat door het begeleidingsgesprek de patiënt en zijn naasten zich meer bewust zijn van de oorzaak van het hartinfarct. Alle verpleegkundigen merken tijdens het gesprek aan de manier van vragen van de patiënt of hij de informatie begrijpt. Vervolgens spelen zij in op de informatiebehoefte van de patiënt. Zij merken bijvoorbeeld dat patiënten vaak geïnteresseerd zijn in het bespreken van wat er gebeurd is met het lichaam. Daarna is het soms teveel voor de patiënt om de leefstijl te bespreken. De patiënt lijkt de informatie dan niet meer op te nemen. De verpleegkundigen merken dat het ziektebesef van de patiënt soms nog niet aanwezig is, mede doordat de lichamelijke gevolgen van het hartinfarct minder groot kunnen zijn door de vernieuwde behandelingsmogelijkheden. Volgens de verpleegkundigen ontstaan het besef en vragen over het ziektebeeld vaak thuis. Daarom wordt patiënten de mogelijkheid gegeven thuis de informatieconsulent te bellen voor hun vragen. Een respondent verwoordde dit als volgt:

“Pas drie weken later gaan ze opeens psychosociaal beseffen van, o ja, maar ik heb wel op het randje van de dood gelegen ofzo, hè. Pas op het moment dat mensen thuis vragen gaan krijgen van familie of van vrienden die ze niet in het ziekenhuis hebben gezien; oh ja ja ik heb inderdaad een infarct gehad.”

De verpleegkundigen verwachten dat de patiënt niet alle informatie onthoudt. Zij horen van de informatieconsulenten regelmatig vragen over onderwerpen die in een begeleidingsgesprek besproken worden.

Bijna alle verpleegkundigen benoemen dat de verkorte opnameduur invloed heeft op de traumaverwerking en de informatieverwerking van de patiënt. Vaak gaat de patiënt op de derde dag na opname met ontslag. De verpleegkundigen vinden dat de patiënt amper de tijd krijgt om het ACS

te verwerken. *“Hier is het nog van, help, wat is er gebeurd en zijn ze echt een beetje in roes zeg maar. En dan komen thuis pas echt de vragen en emoties los.”*

Een verpleegkundige benoemt dat de patiënt vroeger eerst lichamelijk moest herstellen van het hartinfarct en was het toewerken naar ontslag verspreid over meerdere dagen.

De verpleegkundigen benoemen dat de traumaverwerking afhankelijk is van de grootte van het hartinfarct. Enkele verpleegkundigen nemen meer tijd voor het begeleidingsgesprek wanneer de patiënt een groot hartinfarct heeft doorgemaakt. Wanneer de patiënt emotioneel is, laten zij sommige informatie achterwege omdat de informatie op dat moment niet van toepassing is. Volgens alle verpleegkundigen is het belangrijk om eerst het trauma te verwerken voordat de patiënt de informatie op kan nemen. *“Zo lang ze nog echt helemaal in dat trauma zitten dan, ja, nog een black-out, van wat is mij nou overkomen, dan landt die informatie ook niet echt.”* Daarentegen benoemde één verpleegkundige dat het geven van informatie de traumaverwerking bevordert. Het besef van wat er gebeurd is en wat de oorzaak daarvan is, komt volgens enkele verpleegkundigen pas thuis. Tijdens de opname zitten de patiënt vaak nog in de ontkennende fase. Eén van de verpleegkundigen vraagt zich af of er genoeg aandacht is voor bewustwording bij de patiënten. Volgens deze verpleegkundige bagatelliseren de patiënten het hartinfarct. Zij realiseren zich de oorzaak van het hartinfarct minder wanneer zij minder lichamelijke gevolgen ervaren.

4.1.1.3 Beïnvloedende factoren

Belemmerende factoren

De verpleegkundige hebben in de afgelopen jaren gemerkt dat de patiëntencategorie aan het veranderen is. Dit komt met name doordat de patiënten veel op internet surfen en daar hun vragen en informatie opdoen. Volgens een verpleegkundige zorgt dit ervoor dat de jongere patiënten niet snel accepteren wat er door een verpleegkundige wordt gezegd. Enkele verpleegkundigen vertelden tijdens de interviews dat het lastig is om een begeleidingsgesprek te voeren met een patiënt die niet gemotiveerd is om zijn leefstijl aan te passen. Dit maakt dat de verpleegkundigen deze patiënt alleen informatie geven waar de patiënt op dat moment behoefte aan heeft. Dit zorgt ervoor dat de patiënt alsnog met veel vragen naar huis gaat.

Een verminderd opnemend vermogen bij de patiënt kan belemmerend werken als het gaat om het voeren van een begeleidingsgesprek. Daarnaast kunnen de verpleegkundigen bij deze patiënten slecht meten of de informatie die zij hebben verteld is blijven hangen.

Verder vertelden enkele verpleegkundigen dat er in het weekend geen begeleidingsgesprekken plaatsvinden. Dit vinden zij een gemiste kans, omdat er dan veel familie aanwezig kan zijn.

Daarnaast vertelde een verpleegkundige dat het voor de parttime medewerkers extra moeilijk is om een begeleidingsgesprek te voeren. Door de verkorte ligduur van de patiënten voert deze verpleegkundige een begeleidingsgesprek met een patiënt die zij nog nooit gezien heeft. Ook vertellen enkele verpleegkundigen het lastig te vinden om een begeleidingsgesprek te voeren omdat ze tijdens het begeleidingsgesprek de zorg voor andere patiënten bij zich dragen. Dit zorgt mede voor negatieve gedachten over het begeleidingsgesprek onder de verpleegkundigen. Verder geven enkele verpleegkundigen aan dat ze zich opgejaagd voelen tijdens het begeleidingsgesprek, omdat ze weten dat de andere verpleegkundigen op de afdeling het heel druk hebben. Dit maakt dat de verpleegkundigen het begeleidingsgesprek zo mogelijk inkorten. Deze gevoelens worden tevens bij de verpleegkundigen opgeroepen omdat ze het gevoel hebben dat er *“beknibbeld”* wordt aan de personeelsbezetting. De verpleegkundigen vinden de gesprekken te lang duren waardoor enkele begrijpen waarom sommige begeleidingsgesprekken niet gevoerd worden. Een verpleegkundige zegt daarover het volgende:

“Jaha, bij degene die achterblijven, als je vijf man overdag hebt en er is er dus eentje een uur weg en die andere is met twee leerlingen bijvoorbeeld, ja, dan rust de verantwoordelijkheid wel bij die ene persoon. Dat wordt niet als prettig

ervaren, dus sommige mensen gaan daar ook over klagen en ik denk dat dat terecht is.”

De verpleegkundigen vertellen dat zij veel samenwerken met poolers en leerlingen. Veel verpleegkundigen geven aan dat zij dan de verantwoordelijkheid hebben over het werkgedeelte van een collega. De verpleegkundigen vertellen dat ze door deze omstandigheden werkzaamheden moeten overlaten aan minder ervaren verpleegkundigen. Dit maakt dat de verpleegkundigen het moeilijk vinden om de keuze te maken of een begeleidingsgesprek door moet gaan of een keer niet gedaan moet worden. Daarnaast vinden de verpleegkundigen dat de kwaliteit van hun eigen specialisme sterk verminderd is.

Volgens een verpleegkundige plannen veel van de poolers geen begeleidingsgesprekken in en worden sommige patiënten niet goed geïnformeerd. De verpleegkundige verwacht dat dit te maken heeft met een kennistekort over de begeleidingsgesprekken. Hierdoor weten de patiënten soms niet dat ze een begeleidingsgesprek horen te krijgen.

De verpleegkundigen geven aan dat het moeilijk is om een ruimte te verkrijgen voor het voeren van een begeleidingsgesprek. Ook vinden ze dat de beschikbare ruimtes niet geschikt zijn voor een begeleidingsgesprek. Daarbij geven de verpleegkundigen aan zich bezwaard te voelen om regelmatig patiënten weg te moeten sturen uit bepaalde ruimtes, zodat de verpleegkundige een begeleidingsgesprek kan voeren.

Bevorderende factoren

Tijdens het interview delen de verpleegkundigen op de afdeling enige ideeën die bevorderend zouden werken om de patiënt van informatie te voorzien. Zij noemen dat kennis over de anatomie van groot belang is tijdens het uitvoeren van een begeleidingsgesprek. Ook vinden verschillende verpleegkundigen het zeer belangrijk dat een band opgebouwd wordt met de patiënt, zodat de verpleegkundige beter problemen kan signaleren en daar met de patiënt een oplossing voor kan zoeken. Dit maakt dat verpleegkundigen het belangrijk vinden dat één verpleegkundige op zaal werkzaam is gedurende het verblijf van de patiënten die een hartinfarct doorgemaakt hebben. Verder vertellen enkele verpleegkundigen dat de cognitie van de patiënt van groot belang is bij de informatieverwerking tijdens het begeleidingsgesprek.

De verpleegkundigen vertellen dat het belangrijk is dat er altijd familie aanwezig is tijdens het begeleidingsgesprek. Het geschatte aantal familieleden dat aanwezig mag zijn, moet rond de twee tot vijf personen zijn.

Waardering team

Aan de verpleegkundigen is gevraagd hoeveel waarde zij hechten aan het begeleidingsgesprek, in de vorm van een cijfer. Bijna alle verpleegkundigen hechten veel waarde aan het huidige begeleidingsgesprek. Zij geven cijfers tussen de zeven en de acht, waarmee zij aangeven dat het begeleidingsgesprek heel belangrijk voor hen is en meerwaarde aan het verpleegkundige beroep geeft. Dit komt vooral doordat de patiënt tijdens het begeleidingsgesprek aandacht en ruimte krijgt om zijn ervaringen te delen en de verpleegkundige informatie verstrekt aan de patiënt.

Eén verpleegkundige waardeert de begeleidingsgesprekken met het cijfer vier. Zij vraagt zich af of de huidige vorm passend is op de cardiologieafdeling, daarbij benoemt ze wel dat de inhoud van de begeleidingsgesprekken belangrijk is. Deze verpleegkundige is van mening dat er andere mogelijkheden zijn om de informatie aan de patiënt te verstrekken. Een voorbeeld is de begeleiding van de familie tijdens het bezoeken waarbij er gelegenheid is tot het stellen van vragen. Het eventueel stoppen van de begeleidingsgesprekken vinden de verpleegkundigen een verarming van het beroep.

Enkele verpleegkundigen zien de begeleidingsgesprekken als onderdeel van de zorg na een hartinfarct, daarnaast wordt het gezien als een middel om heropnames te voorkomen. Meerdere verpleegkundigen vinden het voeren van een begeleidingsgesprek een meerwaarde van de kwaliteit van zorg. *“Ja, dat is juist onze kwaliteit, daar staan we ook bekend om.”* Een enkele verpleegkundige benoemt dat de kwaliteit van zorg beter wordt wanneer de begeleidingsgesprekken plaatsvinden in een andere vorm. Een groot deel van het team staat hier open voor.

Volgens een verpleegkundige komt het verschil in denkwijze doordat elke verpleegkundige op een eigen manier uitdaging zoekt in het werken op de afdeling cardiologie. Alle verpleegkundigen benoemen dat het team het geven van informatie en begeleiding belangrijk vindt. Tijd en ruimte worden als belangrijke beïnvloedende factoren genoemd. Een respondent zegt:

“Ik beseft dat ze nodig zijn, maar ik krijg er niet altijd de ruimte en de tijd voor om het te doen op de manier zoals ik het zou willen of zelfs zoals het team het zou willen en dan vraag ik me af, hoe zinvol ben je dan nog bezig?”

De verpleegkundigen geven aan dat de begeleidingsgesprekken zorgen voor irritatie in het team. Dit ontstaat volgens hen door tijdgebrek waarin er geen ruimte is om een begeleidingsgesprek te voeren. Bij het voeren van een begeleidingsgesprek wordt de werkdruk van de collega's op de afdeling vergroot. *“Dat je een uur weg bent, en dat met een kleiner wordend team, dat heeft steeds meer effect.”* Enkele verpleegkundigen geven aan dat door de veranderde personeelsbezetting en verkorte opnameduur het begeleidingsgesprek een onderdeel is wat als eerste wordt weggelaten.

4.1.1.4 Toekomstbeeld

De verpleegkundigen van de afdeling cardiologie noemen verschillende ideeën rondom de toekomst van het begeleidingsgesprek. Eén verpleegkundige vindt dat er meer duidelijkheid moet komen rondom het inplannen van de begeleidingsgesprekken. Zij vindt dat het een opdracht moet worden, zodat het de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige is om deze taak uit te voeren. Daarbij is zij van mening dat de verpleegkundige die het begeleidingsgesprek voert, zich aan kan passen aan de benaderingswijze van de patiënt. Verpleegkundigen vinden het belangrijk dat er geschoolde verpleegkundigen op de afdeling werken. Tevens vertellen verschillende verpleegkundige dat er vanuit Hot-Flo, ofwel capaciteitsmanagement (Encyclo, 2016), rekening gehouden moet worden met de verdeling van cardiologieverpleegkundigen op de afdeling. Dit moet voor de verpleegkundigen zorgen dat er meer tijd wordt vrijgemaakt om begeleidingsgesprekken te voeren. Sommige verpleegkundigen hopen dat er meer tijd en aandacht wordt besteed aan de begeleidingsgesprekken. Zij denken dat voor een kwalitatief goed gesprek zorgt.

Daarnaast benoemt een verpleegkundige dat de informatie van het begeleidingsgesprek opgesplitst kan worden. Zo kan er bij het ontslaggesprek nog het een en ander besproken en uitgelegd worden. Dit is een verschuiving die volgens de verpleegkundigen plaatsvindt. Dit wordt door sommige verpleegkundigen niet altijd positief ontvangen. Zij vinden de inhoud van het uitgebreid ontslaggesprek op dit moment te kort en minder van waarde dan het begeleidingsgesprek. Daarnaast zijn meerdere verpleegkundigen van mening dat een patiënt minder informatie opslaat bij een uitgebreid ontslaggesprek, omdat de patiënt dan met zijn gedachten al thuis is.

Ook heeft een verpleegkundige het idee geopperd een naslagwerk te ontwikkelen waarin klachten en risicofactoren rondom het ACS zijn opgenomen. Dit naslagwerk kan bij het ontslag naast de folder meegegeven worden aan de patiënt.

Een YouTube-filmpje zou na ontslag als informatiebron kunnen dienen voor de patiënt, deze zal nog ontwikkeld moeten worden.

Vervolgens wordt er door de verpleegkundigen gedacht aan een uitbreiding van de functie van de informatieconsulenten. Als deze meer tijd zouden krijgen, kunnen deze standaard alle patiënten die een hartinfarct hebben doorgemaakt na één week nabellen of een gesprek aan gaan met de patiënt en zijn familie door middel van een verpleegkundig spreekuur. Enkele verpleegkundigen vertellen dat het verpleegkundig spreekuur het beste gepland kan worden twee weken na ontslag, zodat er gericht antwoord gegeven kan worden op vragen van de patiënt. Dit ook ter overbrugging van de periode tussen het ontslag en de start van de hartrevalidatie.

Een aantal verpleegkundigen geeft aan dat een vorm van begeleiding moet blijven en dat ze het verstrekken van informatie als een taak van de verpleegkundige zien. Het maakt hen niet uit in welke vorm dit plaatsvindt, zolang de patiënt informatie en begeleiding ontvangt.

4.1.2 Informatieconsulenten

4.1.2.1 Inleiding

Het team van afdeling cardiologie bestaat onder andere uit vier informatieconsulenten. Deze informatieconsulenten bieden begeleiding aan patiënten door middel van het voeren van telefonische gesprekken, nadat deze met ontslag gegaan zijn. In hun rol als informatieconsulent zijn zij nauw betrokken bij patiënten die een ACS doorgemaakt hebben. Vanwege deze onderlinge vertrouwensband met patiënten kunnen zij een goed beeld geven van hoe de patiënt bepaalde dingen heeft ervaren en wat hun mening is over de begeleidingsgesprekken.

4.1.2.2 Telefonisch consult

Patiënten die opgenomen zijn op de afdeling cardiologie kunnen in drie groepen gesplitst worden als het gaat om het telefonisch consult na ontslag. Er is een groep patiënten die aangeeft dat zij gebeld willen worden, een groep patiënten die aangeeft niet gebeld te willen worden en een groep patiënten waarbij het wel of niet gevraagd is, maar niet gedocumenteerd staat in het patiëntendossier. Deze laatste groep kan nog gebeld worden als hier tijd voor is bij de informatieconsulenten.

Patiënten worden normaliter binnen een week na ontslag gebeld door de informatieconsulent. Dit consult zit tussen het ontslag van de afdeling en de start van de hartrevalidatie in.

De informatieconsulenten bereiden zich voor op het consult door onder andere de medische voorgeschiedenis, het verpleegkundig dossier en de multidisciplinaire rapportage door te nemen en er wordt gekeken naar de risicofactoren van een patiënt. De informatieconsulent start het gesprek door een open vraag te stellen, zoals 'Hoe gaat het met u?' en 'Zijn er nog vragen of opmerkingen over uw opname?' Het is heel wisselend hoe patiënten op deze vraag reageren of hoe complex bepaalde situaties zijn. Dit zorgt voor enige variatie in de tijdsduur van een telefonisch consult. Er blijkt in de praktijk geen verband te zijn tussen de opnamereden en de tijdsduur van een telefonisch consult. De tijdsduur lijkt veel meer samen te hangen met de vragen vanuit de patiënt.

Om een globale beeldvorming van de patiënt te krijgen wordt er gevraagd naar de eventuele aanwezigheid van klachten. Daarnaast wordt er gevraagd naar de medicatie, zoals het gebruik ervan, de eventuele bijwerkingen en of de juiste medicatie aanwezig is. Er wordt in het telefonisch consult gesproken over de risicofactoren en wat de visie van bepaalde disciplines daarin zijn, bijvoorbeeld de visie van de diëtiste over voeding. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan de hartrevalidatie. Bijvoorbeeld wat mensen thuis doen aan beweging en wat er van hen wordt verwacht tijdens de hartrevalidatie. De vorm van de revalidatie varieert per patiënt en hangt samen met het verwerkingsproces van ziekte en opname. Respondent 1 illustreerde dit met het volgende voorbeeld: *"Er zijn patiënten die heel fanatiek zijn en over hun grenzen heengaan en er zijn er ook die doen gewoon niks omdat ze geschrokken zijn."* Tijdens het gesprek worden handvaten aan deze patiënten gegeven hoe zij hier mee om kunnen gaan.

Wanneer bepaalde dingen voor de patiënt onduidelijk zijn, bestaat de kans dat leefregels niet of niet voldoende opgevolgd worden. Hetzelfde risico bestaat als de patiënt zich goed voelt en geen klachten heeft. Hiermee illustreren de informatieconsulenten het belang van het telefonisch consult als extra kans om informatie te geven en te herhalen voor de patiënt. De informatieconsulenten checken wat er besproken is tijdens het begeleidingsgesprek en wat daarvan bij de patiënt is blijven hangen. Het blijkt in de praktijk dat er ook patiënten zijn die geen begeleidingsgesprek gehad hebben. In dat geval wordt de informatie nagestuurd. Het niet voeren van een begeleidingsgesprek leidt tot meer vragen en telefoongesprekken met de informatieconsulenten.

In principe worden patiënten na het ontslag één keer gebeld door de informatieconsulent, tenzij de informatieconsulent twijfelt over de toestand van de patiënt. Dit kan zijn als de patiënt bijvoorbeeld onzeker overkomt. Dan is er de mogelijkheid voor de patiënt om zelf nog een keer terug te bellen. Hier wordt incidenteel gebruik van gemaakt en meestal wordt een doorverwijzing naar de huisarts geadviseerd.

4.1.2.3 Huidig begeleidingsgesprek

Het doel van het huidige begeleidingsgesprek is volgens de informatieconsulenten dat de patiënt zo goed als mogelijk inzicht heeft in het ziektebeeld ACS. Samen met de patiënt worden de opgestelde richtlijnen na een hartinfarct met bijbehorende leefregels besproken. Er wordt aandacht gegeven aan bestaande en toekomstige risicofactoren met daarin actiedoelen voor de patiënt. Patiënten willen namelijk ten allen tijde een herhaling voorkomen.

Een tweede doel van het begeleidingsgesprek moet zijn dat patiënten weten wat er gebeurd is en wat ze moeten doen wanneer ze klachten zouden ervaren. Patiënten krijgen tijdens een begeleidingsgesprek ook de gelegenheid om hun angsten en onzekerheden te ventileren en de daarbij behorende vragen te stellen, met als doel dat patiënten vertrouwen krijgen in hun eigen lichaam. Ter ondersteuning krijgen patiënten het telefoonnummer van onder andere de informatieconsulenten. Met bovenstaande informatie, het aanreiken van handvaten en het geven van telefoonnummers wordt getracht de periode tussen het ontslag uit het ziekenhuis en de start van de hartrevalidatie te overbruggen.

Er wordt door de informatieconsulenten aangegeven dat de gesprekken die gevoerd worden niet toegespitst zijn op de patiënt en dat het min of meer een algemeen gesprek is. Daarnaast blijkt dat er geen eenduidige aanpak is wat betreft de begeleidingsgesprekken. Zo zijn er bijvoorbeeld verpleegkundigen die een extra dimensie toevoegen aan het gesprek door aandacht te besteden aan de huiselijke omstandigheden van een patiënt. Het komt ook voor dat de begeleidingsgesprekken niet gevoerd worden door de verpleegkundigen. Bijvoorbeeld omdat in het weekend de personeelsbezetting te krap is om tijd vrij te maken voor een begeleidingsgesprek. Deze informatie wordt dan tijdens een ontslaggesprek behandeld, waarin patiënten mogelijk voor het eerst de informatie horen. De trend dat het begeleidingsgesprek verschuift naar een uitgebreid ontslaggesprek wordt steeds meer waargenomen door de informatieconsulenten op de afdeling cardiologie. Als voordeel hiervan wordt genoemd dat er altijd een naaste aanwezig is tijdens het ontslaggesprek omdat de patiënt opgehaald moet worden voor ontslag.

Niet alleen de invulling van de verpleegkundigen zorgt voor wisselende gesprekken maar ook het publiek waar de gesprekken mee gevoerd worden. De aanwezigen tijdens een begeleidingsgesprek varieert van *“een jong gezin met opgroeiende pubers”* tot *“een ouder echtpaar”*. Deze diversiteit van personen draagt ook bij aan de diversiteit van begeleidingsgesprekken. Daarnaast is er nog de rol van het team te noemen dat rondom de verpleegkundige die het gesprek voert, werkzaam is op de afdeling. De hectiek op de afdeling zorgt voor wisselende reacties van de verpleegkundigen. Van *“Zo, wat duurde dat lang zeg!”* tot reacties als *“Heb je een goed gesprek gehad?”*

4.1.2.4 Verwerking na trauma

Patiënten ervaren een ACS als een schokkende gebeurtenis. Dat is niet alleen wetenschappelijk bewezen, deze bewering wordt ook ondersteund door de informatieconsulenten. Patiënten die weinig klachten voorafgaand aan een ACS hebben ervaren, verkeren volgens de informatieconsulenten vooral in een ontkenningfase. Daarbij is in de loop van de jaren de hectiek van een opname in een stroomversnelling gekomen. Voordat patiënten beseffen wat er gaande is, worden ze behandeld in het ziekenhuis en zijn ze na drie dagen weer thuis. Een opnameduur van drie tot vier dagen, waarin de hoeveelheid aan informatie en verschillende disciplines nagenoeg onveranderd gebleven is.

Het moment van ziektebesef is cruciaal om informatie op te nemen. Het moment waarop dit besef komt, verschilt per patiënt en komt bij sommige patiënten pas als zij thuis zijn. Op het moment dat een patiënt verkeert in een ontkenningfase, is het opnemend vermogen volgens de informatieconsulenten beperkt en is de patiënt nog niet toe aan het ontvangen van informatie. Dit is volgens de genoemde discipline iets wat in de praktijk heel veel voorkomt. Het moment waarop informatie doordringt, verschilt per patiënt en hangt samen met de ervaringen die een patiënt heeft opgedaan, bijvoorbeeld door familiale belasting op het gebied van cardiologie. Een opnameduur van drie tot vier dagen blijkt in de praktijk volgens de informatieconsulenten te kort voor het volledig opnemen van de gegeven informatie en leidt daardoor tot hiaten. *“Ik heb het me helemaal niet*

gerealiseerd”, *“Het gaat nu pas landen”* of *“Het is zoveel... het is me allemaal overkomen”*. Soortgelijke opmerkingen worden regelmatig geuit naar de informatieconsulenten.

Als een patiënt na ontslag uit het ziekenhuis naar huis gaat, gaat de informatie vaak pas echt landen. Dan komt er ook ruimte voor het ontstaan van vragen vanuit de patiënt. Tijdens een telefonisch consult wordt dan ook gemerkt dat de patiënt over dingen nagedacht heeft en aan de slag wil met bepaalde doelen, bijvoorbeeld het stoppen met roken. Tijdens het begeleidingsgesprek was hierin vanuit de patiënt geen ruimte, omdat deze zich op dat moment hier niet mee bezig hield. Door het selectief opnemen van informatie kan er ruis ontstaan over de interpretatie van bepaalde informatie. Zo kan het zijn dat straffe rokers het onderwerp over stoppen met roken gemist hebben. Hoe patiënten omgaan met de gevolgen van een ACS hangt samen met verschillende factoren, zoals de persoonlijkheid van de patiënt. Er zijn patiënten die gelijk starten met de actiedoelen en er zijn patiënten die hier vanwege de emotionele gevolgen nog niet toe in staat zijn.

4.1.2.5 Beïnvloedende factoren

Belemmerende factoren

Rondom de begeleidingsgesprekken worden door de informatieconsulenten verschillende belemmerende factoren ervaren. Als eerste wordt door hen genoemd dat de opnameduur van de patiënten steeds korter wordt. Door deze verkorte opnameduur is de turn over op de afdeling ook verhoogd. De handelingssnelheid op de afdeling ligt daardoor logischerwijs hoger waardoor er minder tijd is voor de begeleidingsgesprekken. De informatie tijdens het begeleidingsgesprek wordt door de patiënt dan ook snel als teveel ervaren. Een gesprek uitstellen omdat de patiënt er nog niet aan toe is, is moeilijk omdat de patiënt dan al naar huis gaat. Het is daarom niet meer de vraag of de patiënt toe is aan het gesprek, maar of het haalbaar is om het gesprek voor ontslag te voeren. Een informatieconsulent verwoordt dit als volgt: *“Want ja, je bent al blij als jij het kan geven, laat staan dat je nog gaat checken of iemand het op dat moment al wel aankan. Je bent al blij dat je tijd hebt.”*

Er wordt door de informatieconsulenten aangegeven dat de cardiologieverpleegkundigen minder worden ingewerkt en de cardiologiecursus aan kwaliteit heeft ingeleverd. De flexmedewerkers worden meer ingezet, maar hebben minder cardiologische kennis. Ook lopen de cardiologen minder vaak mee met de visite zodat deze kennisoverdracht vermindert. Bovenstaande is samen te vatten in een verminderde continuïteit in personeel. Dit uit zich bijvoorbeeld ook in de diversiteit van de gespreksvoering. Daarbij is de verslaglegging onvolledig, waardoor het voor de informatieconsulenten moeilijk is om inzicht te krijgen in wat de patiënt gehoord heeft, welke schriftelijke informatie is aangereikt en welke vragen van de patiënt zijn beantwoord.

De informatieconsulenten geven aan dat er van de patiënten veel vragen komen rondom medicatie. Het is daarbij omslachtig om een actuele medicatielijst op te vragen. Dit wordt door de informatieconsulenten verweten aan het werken op ‘eilandjes’ van de cardioloog, apotheek en huisarts. De communicatie tussen hen zou verbeterd kunnen worden. Wat ook veel gehoord wordt, is de onzekerheid van de patiënten. Dit zorgt ervoor dat de patiënt zijn vragen niet durft te stellen. Het is aan de cardiologieverpleegkundigen deze onzekerheid te onderkennen. Als laatste wordt als belemmerende factor aangegeven dat er veel verschillende richtlijnen beschikbaar zijn rondom de behandeling van ACS, het is daarom moeilijk een eenduidige aanpak te bewerkstelligen.

Bevorderende factoren

Naast bovengenoemde belemmerende factoren zijn er vanuit de informatieconsulenten ook bevorderende factoren te noemen rondom het begeleidingsgesprek.

Als bestaande factor is er de betrokkenheid van familie bij de begeleidingsgesprekken te noemen, naast de patiënt wordt ook de naaste geïnformeerd en gehoord. Ook bevorderend vanuit de informatieconsulenten is het telefonisch consult, waarin de informatie vanuit het begeleidingsgesprek nog herhaald wordt. Dit zorgt bijvoorbeeld voor een verbeterde therapietrouw rondom de medicatie. Door de informatieconsulenten wordt het als fijn ervaren dat patiënten bij ontslag een telefoonnummer van de informatieconsulent en de afspraak van de hartrevalidatie meekrijgen. Zo

weten patiënten waar zij aan toe zijn en waar ze met hun vragen terecht kunnen. Het verwerken van de informatie van het begeleidingsgesprek wordt zo verbeterd.

Vanuit de artsen kan het bevorderend werken als zij completer zijn in hun informatieverstrekking aan de patiënt, wat erg belangrijk is in het verloop van de opname en ontslag. De laatste bevorderende factor, die al deels aanwezig is, is het uitgebreid lezen van de informatieboekjes door patiënten. Dit zorgt voor een betere voorbereiding op het begeleidingsgesprek en het stellen van meer gerichte vragen.

Het specialisme cardiologie bestaat voor een belangrijk deel uit het voeren van begeleidingsgesprekken, zo vindt een informatieconsulent. Dit gegeven wordt ook bevestigd door het waardeoordeel van patiënten. Zij waarderen dit stukje persoonlijke aandacht enorm.

4.1.2.6 Toekomstbeeld

De informatieconsulenten geven verschillende zaken aan als het gaat over de toekomst van het begeleidingsgesprek. Als eerste zijn zij van mening dat het gesprek in de loop van de tijd gaat verdwijnen, en dit als een verarming van het beroep te zien.

Als alternatief voor het huidige begeleidingsgesprek wordt een poliafspraak een week na ontslag geopperd. Deze poliafspraak is dan voorafgaand aan de hartrevalidatie en heeft een vergelijkbare inhoud als het begeleidingsgesprek. Tijdens opname wordt er dan wel een uitgebreid ontslaggesprek toegepast, zodat de patiënt wél met de benodigde informatie naar huis gaat. Het voordeel van deze poliafspraak is dat de patiënt al thuis is geweest en alle zaken zelf heeft kunnen ordenen met zijn of haar naasten. Belangrijk is om bij dit alternatief rekening te houden met de oudere patiënten, patiënten met taalbarrière en dergelijke. Dit zijn volgens de informatieconsulenten doelgroepen die snel ‘tussen wal en schip’ vallen.

Als tweede wordt een checklist in het patiëntendossier genoemd, waarin zichtbaar is welke informatiefolders overhandigd zijn.

Als derde punt wordt een patiëntgerichte benadering genoemd, waarin de patiënt bepaalt waar het gesprek over gaat. Met als doel dat *“aan het einde van de hartrevalidatie het plaatje rond is”*. De patiënt stelt zijn vragen, vertelt zijn problemen en daar wordt over gepraat in plaats van de te bespreken punten vanuit de werkinstructie. Deze manier van gespreksvoering vraagt wel een grotere kennis en kunde van de cardiologieverpleegkundigen omdat de voorspelbaarheid van de gesprekken verminderd is.

Zoals bij de belemmerende factoren beschreven, zorgt meer continuïteit voor betere zorgverlening. Meer continuïteit kan er in de toekomst voor zorgen dat er beter zicht is op de verwerkingsfase van de patiënt. Hier kan tijdens het begeleidingsgesprek of een alternatief hiervan op ingespeeld worden.

Als laatste noemen de informatieconsulenten een patiëntendossier dat de huisarts, cardioloog, verpleegkundige en fysiotherapeut in kan zien. Dit zorgt voor kortere lijntjes en betere zorg voor de patiënt na een ACS.

4.1.3 Fysiotherapeuten

4.1.3.1 Inleiding

Patiënten die een ACS doorgemaakt hebben, komen normaliter ongeveer twee à drie weken na ontslag bij de hartrevalidatie. Tijdens deze hartrevalidatie wordt gewerkt aan verder herstel en vertrouwen van de patiënt in het lichaam. De fysiotherapeuten van de hartrevalidatie geven zelf of via verschillende modules informatie aan de patiënt. Uit de vragen en de bestaande kennis van de patiënten maken de fysiotherapeuten het effect van de begeleidingsgesprekken die klinisch gevoerd worden op. Dit is de reden dat de onderzoekers in gesprek zijn gegaan met de fysiotherapeuten.

4.1.3.2 Hartrevalidatie

Tijdens de poliklinische hartrevalidatie wordt het klinische traject van de opname voortgezet. De hartrevalidatie start met een intakegesprek en een fietstest. Het intakegesprek vindt één tot twee weken na het doormaken van een ACS plaats. De fysiotherapeuten maken gebruik van een

gestandaardiseerd intakeformulier. Dit formulier bevat onder andere vragen over de aanwezigheid van klachten, de risicofactoren, welke stappen hierin al ondernomen zijn, hoe iemand functioneerde voor het ACS, hoe iemand nu functioneert en wat het doel wordt voor de revalidatie. Daarnaast wordt tijdens het intakegesprek de huiselijke omstandigheden van de patiënt in kaart gebracht. Bijbehorende doelen moeten er voor zorgen dat de patiënt zoveel als mogelijk optimaal kan functioneren in de thuissituatie, bijvoorbeeld wel of niet traplopen.

Tijdens het intakegesprek wordt bepaald of patiënten wel of niet gaan deelnemen aan de hartrevalidatie. Bij patiënten die niet deelnemen, om welke reden dan ook, wordt het traject afgesloten met een eindrapportage die zowel naar de cardioloog als naar de huisarts gaat. Dit zijn bijvoorbeeld patiënten voor wie geen revalidatiedoelen zijn volgens de richtlijnen of bij wie het vervoer naar het ziekenhuis te belastend is. Deze patiënten krijgen wel een controleafspraak bij de cardioloog. Voor de patiënten die wel deelnemen aan de hartrevalidatie geeft het intakegesprek een globale indicatie van hoe het traject gaat verlopen. Er worden in de hartrevalidatie drie groepen patiënten onderscheiden als het gaat om de belastbaarheid van deze patiënt. Zo zijn er hoog-, midden-, en laag belastbare patiënten. Deze groepen hebben allen hun eigen doelstelling en bijbehorend traject.

Na het intakegesprek wordt er binnen twee weken gestart met de hartrevalidatie. Gemiddeld heeft een fysiotherapeut van de hartrevalidatie twaalf contactmoment van vijf kwartier met een patiënt.

De hartrevalidatie bevat verschillende programma's. Naast het bewegingsprogramma zijn er ook verschillende voorlichtingsmodules. Het is aan de patiënt met welke programma's hij of zij zich bezig wil houden. Het geven van voorlichting is een belangrijk onderdeel in de hartrevalidatie. Er worden verschillende soorten adviezen meegegeven aan de patiënt, zowel op fysiek gebied als op het gebied van leefregels et cetera. Volgens meerdere fysiotherapeuten is het voor de patiënt vooral van belang dat hij of zij beweegt en ervaart dat dit weer mogelijk is. Dit alles werkt mee in het bevorderen van vertrouwen in het eigen lichaam. De patiënt kan altijd terugvallen op zijn of haar contactpersoon, mocht dit nodig zijn.

4.1.3.3 Huidig begeleidingsgesprek

Volgens de fysiotherapeuten is het doel van een begeleidingsgesprek dat de patiënt met zo min mogelijk vragen naar huis toe gaat. Het is belangrijk dat patiënten weten wat hen overkomen is, dat zij weten hoe het revalidatietraject gaat verlopen en dat zij kennis hebben over de in te nemen medicatie. Die kennis neemt volgens de fysiotherapeuten veel onzekerheid bij de patiënt weg.

Daarnaast is het voor de verpleegkundige belangrijk om te kijken naar wat deze patiënt nodig heeft in de fase na ontslag en wat er nog van belang is voor de hartrevalidatie. De fysiotherapeuten zijn het er allemaal over eens dat een begeleidingsgesprek het langste contactmoment met een verpleegkundige tijdens de opname is. Dit begeleidingsgesprek is van toegevoegde waarde, in welke vorm dan ook. Een van de fysiotherapeuten geeft echter het volgende echter wel aan: *"Er kan meer meerwaarde bereikt worden"*.

Volgens de fysiotherapeuten blijkt er onder patiënten veel onzekerheid te zijn over het medicatiegebruik. Dit is onder andere te wijten aan het feit dat patiënten niet alle informatie opnemen zoals deze verteld is door de verpleegkundige. Zo is er bijvoorbeeld een standaard termijn waarin patiënten niet mogen autorijden. In de praktijk blijkt dat sommige patiënten zich hier niet aan houden. Dit is te wijten aan het feit dat dit niet duidelijk genoeg verteld is, dat het niet opgeslagen is bij de patiënt of dat er een eigen interpretatie aan deze informatie gegeven is. Samenvattend zei een fysiotherapeut hierover *"Als het niet verteld wordt, dan is het opnemend vermogen minder en gaat het af en toe een eigen leven leiden"*.

De fysiotherapeuten geven aan dat de kwaliteit van de begeleidingsgesprekken verminderd is. De fysiotherapeuten merken dat de begeleidingsgesprekken niet altijd gevoerd worden. Dit leidt tot hiaten in de informatievoorziening en dit gemis wordt volgens de fysiotherapeuten ook ervaren door de patiënt zelf.

Het blijkt ook dat fysiotherapeuten niet altijd inzicht hebben in wat er in een begeleidingsgesprek aan bod komt en wat de afspraken hierover zijn. Soms wordt er door de verpleegkundige informatie vanuit het gesprek teruggekoppeld aan de fysiotherapeut. Maar dit is eerder uitzondering dan regel.

Fysiotherapeuten zien dezelfde trend als de informatieconsulenten, namelijk een verschuiving van het begeleidingsgesprek naar het uitgebreid ontslaggesprek.

4.1.3.4 Verwerking na trauma

De patiëntencategorie met een ACS is door de tijd heen veranderd in een jongere doelgroep waarin veel van hen zelfstandig ondernemer zijn. Deze patiëntencategorie vraagt een andere insteek met andere revalidatiedoelen. Patiënten zijn mondiger geworden, gebruiken internet als informatiebron en hebben daarnaast andere levensactiviteiten dan de patiënten van bijvoorbeeld tien jaar geleden. Dit geldt ook voor de opnameduur, waar patiënten toen een langere herstelperiode tijdens opname hadden, komt het besef van ziekte nu pas als mensen thuis zijn. Fysiotherapeuten kregen vroeger meer vragen over de functie van het hart en het technische verhaal hierbij. De patiëntenpopulatie van nu blijkt hier tijdens opname niet aan toe te zijn. *“Patiënten verkeren in een overlevingsstand en komen vaak met hele praktische vragen”*. Patiënten verkeren na een ACS in een ‘shock fase’ en daardoor is het opnemend vermogen voor informatie beperkt. Er gebeurt veel in een korte periode. Met de patiënt hierbij stilstaan kan helpen om het gebeurde een plek te geven. Fysiotherapeuten geven wel aan dat de mondelinge informatie in die fase van verwerking vaak niet wordt opgeslagen en verwerkt. Ook wordt soms gesignaleerd informatie wel besproken is en dat dit door herhaling weer terugkomt in het geheugen van de patiënt. Deze informatie was eerder niet doorgedrongen tot de patiënt of het bleek teveel informatie te zijn voor dat moment. Het herhalen van informatie blijft, volgens de fysiotherapeuten, ten allen tijde belangrijk om informatie te verwerken na een trauma. Fysiotherapeuten stellen zichzelf de volgende vraag als het gaat om de invulling van begeleidingsgesprekken: *“Moet de informatie wel of niet gegeven worden aan patiënten omdat in de praktijk blijkt dat een deel van deze informatie niet tot hen doorgedrongen is?”*

4.1.3.5 Beïnvloedende factoren

Belemmerende factoren

De fysiotherapeuten geven aan de belemmerende factoren rondom het begeleidingsgesprek niet volledig inzichtelijk te hebben. Wel wordt aangegeven dat de rapportage rondom het begeleidingsgesprek verbeterd kan worden. Voor de fysiotherapeuten is het namelijk niet altijd duidelijk wat er in het gesprek wel en niet is verteld, vooral doordat elk gesprek anders ingevuld wordt door de verschillende verpleegkundigen. Ook is het volgens de fysiotherapeuten voor de verpleegkundigen moeilijk om in de steeds kortere tijd van opname een band op te bouwen met de patiënt. Dit maakt het voor de verpleegkundigen moeilijker om een goed begeleidingsgesprek met de patiënt te voeren. De patiënt zelf heeft in de korte tijd van opname ook niet de tijd om alles te plaatsen of staat niet open voor de informatie. Als derde is er de tijdsdruk die zorgt dat de begeleidingsgesprekken anders ingevuld worden dan een aantal jaar geleden. De patiënten koppelen aan de fysiotherapeuten terug dat het gesprek soms gehaast wordt gevoerd, het geaccepteerd wordt dat er geen familie bij aanwezig is en dat niet alle vragen gesteld kunnen worden.

Bevorderende factoren

Het grote voordeel van het begeleidingsgesprek volgens de fysiotherapeuten is dat het gesprek klinisch gevoerd wordt. Er is dan nog tijd om op basis van het gesprek actie te ondernemen, bijvoorbeeld wanneer een patiënt nazorg nodig heeft. Wanneer het gesprek verplaatst wordt naar een uitgebreid ontslaggesprek is deze mogelijkheid er niet meer. Ook is het begeleidingsgesprek een goede gelegenheid om binnen de bestaande hectiek op de afdeling de patiënt persoonlijke aandacht te geven en hem te helpen de situatie weer onder controle te krijgen. Daarnaast is het begeleidingsgesprek een schakel in de informatievoorziening aan de patiënt. Het begeleidingsgesprek zorgt voor extra herhaling en daardoor voor een verbeterde informatieverwerking.

De fysiotherapeuten hebben een signalerende rol in de begeleidingsgesprekken. Wanneer zij bepaalde zaken bij de patiënt opmerken, kan dit worden doorgegeven aan de verpleegkundige. Deze kan het dan in het begeleidingsgesprek aan bod laten komen. Andersom vindt er soms na het

begeleidingsgesprek een terugkoppeling van de verpleegkundige aan de fysiotherapeut plaats. Deze informatie kan worden meegenomen in de hartrevalidatie.

4.1.3.6 Toekomstbeeld

Rondom de begeleidingsgesprekken hebben de fysiotherapeuten verschillende zaken genoemd die in de toekomst veranderd of verbeterd kunnen worden. Zo wordt genoemd dat de patiënt beter voorbereid kan worden op het gesprek. Dit kan worden gedaan door de patiënt vooraf zijn vragen op te laten schrijven en het gesprek vervolgens vooral voeren over wat de patiënt wil horen. Ter aanvulling daarop zou er een lijst moeten komen met zaken die noodzakelijkerwijs klinisch aan bod moeten komen. Hierdoor weten de fysiotherapeuten dat bepaalde informatie écht besproken is. Wanneer patiënten deze informatie niet paraat hebben, ligt het niet aan het niet verstrekken van de informatie, maar aan de informatieverwerking van de patiënt. Om te garanderen dat de noodzakelijke onderwerpen aan bod zijn gekomen, moet er een invulformulier beschikbaar gesteld worden waarop bijgehouden wordt wat besproken is. Hiermee wordt de volledigheid van de noodzakelijke gespreksonderwerpen gegarandeerd.

Om te bepalen of de informatie die tijdens het begeleidingsgesprek aan bod is geweest bij de patiënt duidelijk is, zou er een 'toetsingsmoment' plaats kunnen vinden. Tijdens dat moment wordt besproken of alle informatie begrepen is en of er nog vragen over zijn.

Wat veel geopperd wordt, is het uitgebreid ontslaggesprek als vervanger van het begeleidingsgesprek. De fysiotherapeuten hebben niet helder hoe hier mee om te gaan. Wel geven zij aan dat er ook van de verpleegkundige een bepaald aanpassingsvermogen gevraagd wordt. De fysiotherapeuten hebben bijvoorbeeld door de verkorte opnameduur het mobilisatieschema aangepast.

Wat nog verbeterd kan worden is de terugkoppeling betreffende de begeleidingsgesprekken aan de fysiotherapeuten. Dit is bij bevorderende factoren genoemd. De fysiotherapeuten verwachten dat er essentiële informatie voor de hartrevalidatie uit de gesprekken kan komen.

Als laatste wordt genoemd dat de voorlichting bij de hartrevalidatie in groepsverband uitgevoerd wordt. De fysiotherapeuten denken dat wanneer de informatievoorziening door de verpleegkundigen ook in groepsverband uitgevoerd wordt, dit de informatieverwerking ten goede komt. De fysiotherapeuten zien dat de patiënten dan met elkaar in gesprek gaan en 'lotgenotencontact' voelen.

4.2 Ziekenhuizen

Op welke wijze geven Nederlandse ziekenhuizen invulling aan de informatieoverdracht bij patiënten na een acuut coronair syndroom?

In het onderzoek zijn verschillende ziekenhuizen in Nederland benaderd met de vraag op welke manier zij patiënten begeleiden die een acuut coronair syndroom hebben doorgemaakt. In het Ikazia ziekenhuis te Rotterdam vertelt normaliter de cardioloog de diagnose aan een patiënt, waarbij het ziektebeeld wordt uitgelegd. De verpleegkundigen in dit ziekenhuis herhalen vervolgens met regelmaat de informatie die de cardioloog verteld heeft.

Alle ziekenhuizen verstrekken foldermateriaal aan de patiënt betreffende de vraag hoe om te gaan met een ACS. Drie ziekenhuizen maken gebruik van een dossier waarin de informatie die betrekking heeft op de patiënt wordt verzameld. De patiënt heeft toegang tot dit dossier en heeft daardoor alle informatie met betrekking tot de voorlichting en ziektebeelden in eigen beheer. Zowel in het ziekenhuis als thuis. Per ziekenhuis is het wisselend of het dossier op papier of digitaal wordt uitgegeven. Het Radboudumc gebruikt hiervoor een patiëntinformatiemap (PIM) (Radboudumc, 2016). Het Noord-West Ziekenhuis (NWZ) gebruikt hiervoor een medisch paspoort (NVVCconnect, 2016).

In het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis vindt er op de afdeling cardiologie dagelijks begeleiding plaats door een cardiologieverpleegkundige. Deze geeft iedere dag een korte uitleg aan de patiënt over wat er is gebeurd, over de leefregels en geeft informatie over de medicatie. Het St. Antonius hanteert een checklist die per fase beschrijft welke voorlichting er gegeven moet worden aan de patiënt (zie bijlage 9.7).

Verder vindt er in geen van de ziekenhuizen een specifiek begeleidingsgesprek plaats op de afdeling door de cardiologieverpleegkundigen. Wel kan de familie van de patiënt vragen om een gesprek met de cardioloog en de verpleegkundige.

Alle ziekenhuizen vertellen de patiënt tijdens het ontslaggesprek hoe het vervolgtraject eruit gaan zien. Ook komt de medicatie aan bod tijdens dit gesprek.

Vier ziekenhuizen nodigen de patiënt uit om twee weken na ontslag op de poli te komen bij een verpleegkundig specialist. Deze verpleegkundig specialist heeft training gehad in leefstijlveranderingen, gespreksvaardigheden en medicatie. Deze training werd gegeven door een Clinical Nurse Educator van inVentiv Health (inVentivHealth, 2016). Tijdens dit spreekuur wordt er met de patiënt gekeken naar de diagnose, medicatie en leefregels. Deze ziekenhuizen hebben gekozen voor informatieoverdracht via een poli in verband met de verkorte opname bij een patiënt met ACS. *“Daarnaast is gebleken dat veel voorlichting geven klinisch niet zinvol is, want door de acute stress van de opname nemen patiënten deze informatie niet op”,* aldus het St. Antonius Ziekenhuis. Tijdens de poliklinische afspraak vindt een uitgebreid voorlichtingsgesprek en inventarisatie van de risicofactoren plaats. In het Cordiaal wordt de keuze voor een hartinfarctpoli door het St. Antonius Ziekenhuis onderbouwd met het volgende artikel: ‘Van klinische naar ambulante voorlichting, de hartinfarctpoli’ (Stouten & Wolf, 2009).

5. Conclusie

In het onderstaande tekstgedeelte wordt antwoord gegeven op de volgende vraagstelling:

Hoe doeltreffend is de informatieoverdracht van de begeleidingsgesprekken met patiënten na een acuut coronair syndroom tijdens een klinische opname volgens zorgprofessionals op de afdeling cardiologie van het Groene Hart Ziekenhuis?

De dataverzameling is verkregen op basis van interviews met de verpleegkundigen, informatieconsulenten en fysiotherapeuten. De participatie van andere ziekenhuizen heeft er onder andere toe bijgedragen dat de onderzoekers invulling konden geven aan de aanbevelingen.

Allereerst is het goed om te noemen dat alle betrokkenen waarde hechten aan het huidige begeleidingsgesprek. Daar komt ook bij dat de patiënt en zijn of haar naasten behoefte hebben aan informatieverstrekking. De meeste professionals zijn bekend met de vooropgestelde werkinstructie. Deze wordt echter niet bij de begeleidingsgesprekken gebruikt, omdat de professionals hier naar eigen zeggen volledig mee bekend zijn. Dit leidt tot meerduidigheid in het voeren van begeleidingsgesprekken door de verpleegkundigen. Informatieconsulenten en fysiotherapeuten herkennen deze wisselende gespreksvoering door de verpleegkundigen. Verpleegkundigen geven aan het begeleidingsgesprek volledig aan te passen aan wat de patiënt wil weten op dat moment. De overige disciplines spreken dit tegen en zien hier in de praktijk weinig van terug. De kanttekening hierbij is dat deze professionals niet aanwezig zijn bij deze begeleidingsgesprekken en hier dus minder zicht op hebben.

Als het gaat om de samenwerking geven alle disciplines aan niet volledig inzicht te hebben in de rol van de andere disciplines in de begeleiding bij patiënten na ACS. Dit leidt onder de verpleegkundigen tot het geven van informatie die ook gegeven wordt door de informatieconsulenten, fysiotherapeuten en andersom.

De informatieconsulenten en fysiotherapeuten zien een vermindering van de kwaliteit van de begeleidingsgesprekken. Dit uit zich in meer vragen vanuit de patiënt, zoals vragen over medicatie en leefstijl. Dat deze informatie niet onthouden wordt, is niet alleen te wijten aan de opnamecapaciteit van de patiënt, maar ook aan het karakter, de motivatie en ervaringen van de patiënt. Ook de grootte van een hartinfarct heeft invloed op de manier van verwerken van de informatie door de patiënten. Daarnaast zijn er ook beïnvloedende factoren vanuit de verpleegkundigen te noemen, onder andere een gehaaste manier van gespreksvoering waardoor de informatie niet duidelijk genoeg overgebracht wordt aan de patiënt. Volgens de informatieconsulenten en de fysiotherapeuten worden de bovenstaande factoren ook herkend door de patiënt.

Geen van de doelgroepen heeft zicht op de effectiviteit van het huidige begeleidingsgesprek. Door de wisselende invulling van de begeleidingsgesprekken blijkt dit in de praktijk moeilijk te toetsen.

Uit de beantwoording van alle deelvragen blijkt dat het doormaken van een ACS te vergelijken is met een trauma. Het verwerken van dit trauma is cruciaal voor het opnemen van de informatie tijdens een begeleidingsgesprek. Patiënten verkeren tijdens een opname vooral in een shock- of ontkenningfase. De hectiek en de hoeveelheid informatie tijdens een opname kunnen niet altijd verwerkt worden binnen een opnameduur van drie tot vier dagen. Alle disciplines zijn het erover eens dat het besef van ziekte vaak pas thuis aanwezig is, mede door de verkorte opnameduur.

Als er rekening wordt gehouden met het moment van ziektebesef en daaropvolgend het kunnen opnemen van informatie, blijken de huidige begeleidingsgesprekken met de huidige invulling niet op het juiste moment plaats te vinden.

6. Aanbevelingen

De aanbevelingen zijn gebaseerd op het eerder in het verslag te vinden literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek. De aanbevelingen hebben als doel de informatie over de huidige begeleidingsgesprekken te borgen voor de toekomst.

6.1 Poliklinische begeleidingsgesprekken

Vanuit de literatuur, informatieconsulenten, verpleegkundigen en fysiotherapeuten is gebleken dat een ACS na ontslag verwerkt wordt. Een poliklinisch begeleidingsgesprek sluit daarom beter aan op de verwerkingsfase van de patiënt. De poliklinische begeleidingsgesprekken zouden bijvoorbeeld ingevuld kunnen worden door de informatieconsulenten. Uiteraard blijft het belangrijk om klinisch aandacht te geven aan de traumaverwerking van de patiënt. Het blijkt namelijk ook dat intensieve en afwisselende informatieoverdracht zorgt voor een effectievere informatieverwerking. Het is belangrijk dat de patiënt naar huis gaat met de noodzakelijke informatie. Hiermee wordt bedoeld dat de patiënt op de hoogte is van de medicatie en kennis heeft van wat wel en niet mag na een hartinfarct.

6.2 Verbetering multidisciplinaire communicatie

Vanuit de informatieconsulenten en de fysiotherapeuten wordt aangegeven dat men niet goed terug kan vinden hoe de informatieoverdracht tussen verpleegkundige en patiënt heeft plaatsgevonden. Een verbeterde verslaglegging in het multidisciplinair communicatieblad van het elektronisch patiëntendossier voorkomt het ontbreken van informatie bij de betrokken disciplines. Wanneer elke discipline consequent is in het rapporteren van zijn of haar bijzonderheden, zijn de andere betrokken disciplines hiervan altijd op de hoogte. Daarbij is het van belang dat iedere betrokken discipline toegang heeft tot dit multidisciplinaire communicatieblad.

6.3 Hulpmiddelen ontwikkelen

Door de verpleegkundigen en fysiotherapeuten wordt aangegeven dat men bepaalde hulpmiddelen mist in de begeleiding van de patiënt met ACS. Er wordt hier gedoeld op twee hulpmiddelen. Allereerst een naslagwerk voor de patiënten waarin de klachten, risicofactoren en de medicatie rondom ACS beschreven staan. Als tweede kan een checklist voor verpleegkundigen een hulpmiddel zijn waarbij gecontroleerd wordt of alle informatie tijdens het ontslaggesprek verteld is en het foldermateriaal verstrekt is aan de patiënt. Middels een multidisciplinaire werkgroep kan er invulling gegeven worden aan de ontwikkeling van deze hulpmiddelen.

Daarnaast geven meerdere ziekenhuizen aan gebruik te maken van een informatiedossier voor de patiënt, waarin hij op papier of digitaal alle informatie rondom zijn ziekte/ACS kan verzamelen. De onderzoekers zijn van mening dat een informatiedossier, in welke vorm dan ook, bij kan dragen aan de informatieverwerking van de patiënt zowel klinisch als poliklinisch.

7. Discussie

Op basis van dit onderzoeksrapport en de presentatie op vijftien juni 2016 wordt er antwoordt gegeven op de eerder genoemde doelstelling. Zo heeft de afdeling cardiologie van het Groene Hart Ziekenhuis inzichtelijk wat de effectiviteit is ten aanzien van de informatieoverdracht in relatie tot de huidige begeleidingsgesprekken.

7.1 Evaluatie van methode

In het onderstaande tekstgedeelte worden de keuzes in dit onderzoek toegelicht en wordt er nader ingegaan op punten waarin de onderzoekers afgeweken zijn van de vooraf opgestelde methode.

De onderzoekers hebben er in dit onderzoek bewust voor gekozen om de patiënten buiten beschouwing te laten. De beweegreden voor deze keuze was om de privacy van de reeds ontslagen patiënten in acht te nemen. Dit was tevens een verzoek van de opdrachtgever. Daarbij kwam dat het voor de onderzoekers vanwege de beschikbare tijd niet mogelijk was om hier invulling aan te geven. De toetsbaarheid van een effectieve informatieoverdracht is gemeten bij de informatieconsulenten en fysiotherapeuten die in nauw contact staan met deze patiënten. Een volgend onderzoek zou invulling kunnen geven aan de mening van de patiënt door middel van bijvoorbeeld een enquête.

De onderzoekers hebben er ook over nagedacht om voorafgaand aan het schrijven van de aanbevelingen in gesprek te gaan met het management. Deze keuze hebben de onderzoekers verworpen vanwege de beperkingen die van invloed konden zijn op de op dat moment nog te schrijven aanbevelingen. De onderzoekers hebben wel het management uitgenodigd om aanwezig te zijn bij de presentatie.

Zoals beschreven in de methode garandeerden de onderzoekers een ruimte waarin de respondenten vrijuit zijn of haar mening konden uiten. De onderzoekers dachten in eerste instantie aan een ruimte buiten de afdeling. Het initiatief ging in de meeste gevallen uit van de verpleegkundigen om in een afgesloten ruimte op de afdeling af te spreken. De verpleegkundigen vonden het een prettig idee als zij wanneer nodig hun collega's hulp konden bieden. In de overige gevallen waren de ruimtes buiten de afdeling niet beschikbaar. De keuze voor een ruimte lijkt dit onderzoek niet te hebben beïnvloed, omdat de respondenten tijdens alle interviews zich op hun gemak leken te voelen en hun mening konden uiten.

De onderzoekers kunnen drie wijzigingen noemen vanuit het plan van aanpak betreffende de onderzoekspopulatie. Tijdens de interviews werd er namelijk regelmatig door de respondenten verwezen naar collega's die een andere mening zouden hebben over de huidige invulling van de begeleidingsgesprekken. Na het interviewen van alle vooraf gekozen respondenten bleek deze andere mening nog niet teruggekomen te zijn in dit onderzoek. Vanwege een goede afspiegeling van het gehele team wilden de onderzoekers deze respondenten bij de interviews betrekken. Naar aanleiding daarvan hebben de onderzoekers gekozen voor een uitbreiding van het respondentenaantal.

Als tweede punt is gebleken dat de verschillende groepen respondenten niet geheel noodzakelijk waren om de vraagstelling te kunnen beantwoorden. Niet alle disciplines hadden evenveel inzicht in de huidige invulling van de begeleidingsgesprekken. Dit heeft ertoe geleid dat de groepen geen gelijkwaardige bijdrage hebben geleverd aan het resultaat.

Als laatste punt willen de onderzoekers nog noemen dat de groepen respondenten niet met elkaar vergeleken kunnen worden als het gaat om het effect van het huidige begeleidingsgesprek. De reden hiervan is dat hoe langer de patiënt thuis is, hoe meer informatie er naar de achtergrond kan raken en dit de effectmeting bemoeilijkt.

7.2 Resultaten en literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek en de informatie vanuit de respondenten vertonen zowel overeenkomsten als verschillen. In beide dataverzamelmethode wordt een ACS gezien als een schokkende gebeurtenis, ofwel een trauma. Dit trauma is van invloed op de informatieverwerking bij de patiënt.

Het besef van ziekte is cruciaal voor het kunnen verwerken van deze informatie. In de literatuur wordt er geen duidelijke tijdsaanduiding gegeven wanneer dit besef van ziekte ontstaat. De respondenten geven aan dat dit ziektebesef vaak ontstaat in de thuissituatie en niet tijdens opname.

Zowel de literatuur als de respondentengroepen geven aan dat herhaling van informatie van groot belang is voor de informatieverwerking bij patiënten. De literatuur geeft daarentegen geen handvaten over het soort en de hoeveelheid informatie die op een dergelijk moment aangeboden kan worden. Het aansluiten bij de patiënt en zijn of haar opnemend vermogen is volgens beide dataverzamelmethode van groot belang.

7.3 Bruikbaarheid van de aanbevelingen

Door de onderzoekers zijn drie aanbevelingen geformuleerd. Als eerste zijn de poliklinische begeleidingsgesprekken te noemen. De onderzoekers zijn zich er van bewust dat deze aanbeveling een behoorlijke financiële en organisatorische impact heeft. Desondanks denken zij dat deze aanbeveling van groot belang is, aangezien deze aanbeveling bij alle onderzoeksgroepen naar voren komt. Daarbij is te noemen dat in verschillende ziekenhuizen al gewerkt wordt met de poliklinische begeleidingsgesprekken. Dit wordt door de patiënten positief beoordeeld (Stouten & Wolf, 2009). De onderzoekers denken dat de al bestaande informatieconsulenten een sleutelrol kunnen vervullen in de uitvoering van deze poliklinische begeleidingsgesprekken.

Als tweede is een verbetering van de multidisciplinaire communicatie te noemen. Deze aanbeveling is uitvoerbaar door het vastleggen van de verschillende afspraken. De onderzoekers zijn van mening dat na het vastleggen van deze afspraken, en uiteraard het opvolgen daarvan, deze aanbeveling uitgevoerd kan worden. De impact op financieel en organisatorisch gebied zal minimaal zijn.

Als derde en laatste aanbeveling noemen de onderzoekers het ontwikkelen van hulpmiddelen. Om invulling te geven aan deze aanbeveling lijkt het de onderzoekers goed een werkgroep samen te stellen. Deze werkgroep zal de genoemde hulpmiddelen kunnen ontwikkelen. Het opzetten en werken in de werkgroep zal organisatorisch minimaal belastend zijn. Bij personeel zal er, denken de onderzoekers, zeker interesse zijn in deze werkgroep. Vooral omdat door de verpleegkundigen het gemis van hulpmiddelen is genoemd.

7.4 Validiteit en betrouwbaarheid

De onderzoekers zijn erin geslaagd de punten vanuit de methode met betrekking tot de validiteit en betrouwbaarheid te waarborgen.

Twee van de onderzoekers zijn werkzaam op de afdeling waar het onderzoek plaatsvond. Om ervoor te zorgen dat deze onderzoekers zich zouden laten leiden door objectiviteit zijn vooraf duidelijke afspraken gemaakt. Zo is er bijvoorbeeld gekozen om de respondentengroepen via een aselechte steekproef samen te stellen. Ook hadden de andere twee onderzoekers de leiding tijdens de interviews.

Om de objectiviteit tijdens het interview te waarborgen zijn er vooraf gespreksvragen opgesteld. Deze gespreksvragen zijn aan het begin van dit onderzoek voorzien van feedback middels een pilot interview. Beide interviewers hadden op deze manier een eenduidige aanpak.

De gegevens verkregen door de respondenten zijn volledig anoniem verwerkt in dit onderzoeksverslag. De geluidsopnames die tijdens deze interviews gemaakt zijn, worden na afronding van dit onderzoek verwijderd.

8. Referentielijst

- Academie gezondheidszorg. (2015). *Onderwijs- en examenregeling Christelijke Hogeschool Ede academie gezondheidszorg 2015-2016*. Ede: Christelijke Hogeschool Ede.
- Antens, N. (2013). *Onderzoek naar empowerment bij hart- en vaatpatiënten*. Opgehaald van [www.zelfmanagement.com](http://www.zelfmanagement.com/downloads/702/empowerment1-2-.pdf):
<http://www.zelfmanagement.com/downloads/702/empowerment1-2-.pdf>.
- Baarda, B., Bakker, E., Visser, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, T. van der & Goede, M. de (2013). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bhattacharyya, M., Perkins-Porras, L., Wilkman, A. & Steptoe, A. (2010). *The long-term effects of acute triggers of acute coronary syndromes on adaptation and quality of life*. Opgehaald van [www.ncbi.nlm](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18793809): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18793809>.
- Betekenisdefinitie. (2013). *Ischemie*. Opgehaald van www.betekenisdefinitie.nl:
<http://www.betekenis-definitie.nl/ischemie>.
- Boekaerts, M. & Simons, P. (2003). *Leren en instructie*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Bögels, S. & Oppen, P. (2011). *Cognitieve therapie: Theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Burg, J., Assema, P. & Lechner, L. (2012). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Centrum voor Ethiek en Gezondheid. (2016). *Informed consent*. Opgehaald van www.ceg.nl:
<https://www.ceg.nl/themas/bekijk/informed-consent>.
- Cromwijk, A. (2013). *Werkplek Klinische Interne Geneeskunde*. Gouda.
- Dale van. (2015). *Online woordenboek*. Opgehaald van www.vandale.nl:
<http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=stimuleren&lang=nn#.vttvsshtmkp>.
- Digischool. (2015). *Begrippenlijst 'kaart'*. Opgehaald van www.digischool.nl:
http://static.digischool.nl/ak/onderbouw-vmbo/materiaal/begrip/b_kaart.htm.
- Douglas Bremne, J. (2006). *Traumatic stress: effect on the brain*. Opgehaald van www.ncbi.nlm.nih.gov: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3181836/>.
- Encyclo. (2016). *Definities*. Opgehaald van www.encyclo.nl: www.encyclo.nl.
- Erasmus MC. (2016). *Interventie Verpleegkundige Cardiologie*. Opgehaald van www.erasmusmc.nl:
<http://www.erasmusmc.nl/zorgacademie/organisatie/opleidingen/verpl-vervolg/interventie-cardio/>.
- Gastmans, C., & Castrelé, D. B. de (2014). *Verpleegkundige excellentie*. Maarssen: Elsevier.
- Groene Hart Ziekenhuis. (2014). *Algemene richtlijnen na een infarct*. Gouda: Marketing & Communicatie.
- Groene Hart Ziekenhuis. (2015). *Jaarverslag en jaarrekening 2014*. Opgehaald van www.ghz.nl:
https://www.ghz.nl/media/2309960/directieverslag_2014.pdf.
- Groene Hart Ziekenhuis. (2016). *Over GHZ*. Opgehaald van www.ghz.nl:
<https://www.ghz.nl/over-ghz/>.
- Harinck, F. (2010). *Basisprincipes praktijkonderzoek*. Apeldoorn: Garant.
- Hartstichting. (2016). *Hart en vaten*. Opgehaald van www.hartstichting.nl:
<https://www.hartstichting.nl/hart-vaten>.
- Have, E. ten (2006). *Communicatieve vaardigheden voor verpleegkundigen*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Hersenstichting. (2016). *Amygdala*. Opgehaald van www.hersenstichting.nl:
<https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/de-hersenen/anatomie/amygdala>.
- Hoeve, Y. ten, & Roodbol, P. F. (2007). *Praktijkervaring met taakherschikking*. Opgehaald van www.platformzorgmasters.nl:
<http://www.platformzorgmasters.nl/cms/wp-content/uploads/2007/07/taakherschikking-bij-de-cardiologie.pdf>.

- Infonu. (2014). *Keuzes in het opzetten van een onderzoek*. Opgehaald van [www.infonu.nl: http://wetenschap.infonu.nl/onderzoek/95184-keuzes-in-het-opzetten-van-onderzoek.html](http://wetenschap.infonu.nl/onderzoek/95184-keuzes-in-het-opzetten-van-onderzoek.html).
- inVentivHealth. (2016). *Training programs*. Opgehaald van [www.inventivhealth.com: http://www.inventivhealthclinical.com/careers-training-programs.htm](http://www.inventivhealthclinical.com/careers-training-programs.htm).
- Jochems, A. & Joosten, F. (2006). *Zakwoordenboek der geneeskunde*. Doetinchem: Elsevier Gezondheidszorg.
- Kaptein, A., Prins, J., Collette, E. & Hulsman, R. (2010). *Medische psychologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kennisbasis Statistiek. (2014). *Inductief*. Opgehaald van www.wynneconsult.com: http://www.wynneconsult.com/root/HomePageKB012.htm#l.
- Lucassen, P., & Olde Hartman, T. (2007). *Kwalitatief onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Male, J. van (2011). *Methoden en technieken in kwalitatief onderzoek. Kwalon, 2.*
- Marqit. (2016). *Data analyse*. Opgehaald van www.marqit.nl: http://www.marqit.nl/data-analyse.
- Martini, F. & Bartholomew, E. (2012). *Anatomie en fysiologie, een inleiding*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Medisch Centrum Haaglanden. (2012). *Omgaan met de gevolgen van een schokkende gebeurtenis*. Opgehaald van www.mchaaglanden.nl: https://www.mchaaglanden.nl/files/1/8/5/6/1/omgaan_%20met_de_gevolgen_van_een_sc_hokkende_gebeurtenis.pdf.
- Meijboom, K. (2011). *Een onderzoek naar de loopbanen van verpleegkundigen*. Haren: Zorgplein Noord.
- Moederscheim, S. (2006). *Communicatie als strategisch managementinstrument*. Opgehaald van www.thesis.eur.nl: https://www.thesis.eur.nl/pub/3969/moederscheims.pdf.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2016). *Herziene ABCDE-kaart voor huisartsen: onderbouwing en implementatie*. Opgehaald van www.nhg.org: https://www.nhg.org/themas/publicaties/herziene-abcde-kaart-voor-huisartsen-onderbouwing-en-implementatie.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2011). *Cardiovasculair risicomanagement*. Opgehaald van www.nhg.org: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/cardiovasculair-risicomanagement.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2012). *NHG-standaard Acuut coronair syndroom (eerste herziening)*. Opgehaald van www.nhg.org: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-acuut-coronair-syndroom-eerste-herziening.
- Nederlandse Stichting voor Sensorische Informatieverwerking. (2015). *Sensorische informatieverwerking*. Opgehaald van www.nssi.nl: http://www.nssi.nl/index.php/2013-12-01-12-49-19.
- Nederlandse vereniging voor cardiologen. (2015). *Hartinfarct*. Opgehaald van www.hartwijzer.nl: http://www.hartwijzer.nl/Hartinfarct.php.
- Nederlandse vereniging voor cardiologie. (2016). *Bypassoperatie*. Opgehaald van www.hartwijzer.nl: http://www.hartwijzer.nl/Bypassoperatie.php.
- NVVCconnect. (2016). *Uitvoering postinfarct polikliniek*. Opgehaald van www.nvvconnect.nl: http://www.nvvconnect.nl/acs/blauwdruk-postinfarct-traject/uitvoering-postinfarct-polikliniek.
- Olobot. (2014). *Ritmestoornissen*. Opgehaald van o.elobot.eu: http://o.elobot.eu/categorie/hart-het-bloed-en-bloedsomloop/aritmieen.
- Psychic Science. (2008). *Random number generator & checker*. Opgehaald van <http://www.psychicscience.org/: http://www.psychicscience.org/random.aspx>.
- Radboudumc. (2016, maart). *Acute hartklachten afdeling cardiologie*. Opgehaald van www.radboudumc.nl: https://www.radboudumc.nl/Informatiefolders/7313-Acute_hartklachten-i.pdf.

- Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu. (2014). *Aneurysma van de buikaorta (AAA)*. Opgehaald van www.nationaalkompas.nl: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/aneurysma-van-de-buikaorta/>.
- Sassen, B. (2010). *Gezondheidsbevordering en preventie voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- Saunders, Lewis & Thornhill. (2015). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Pearson Education.
- Schippers, E.I. (2016). *Geluidsofname kan nuttig zijn voor patiënt*. Opgehaald van www.rijksoverheid.nl: <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/03/10/schippers-geluidsofname-kan-nuttig-zijn-voor-patiënt>.
- Smit, L. (2014). *Trauma en veerkracht*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Spaan, A. (2010). *Optimale zorg bij acute coronaire syndromen*. Opgehaald van www.vmszorg.nl: http://www.vmszorg.nl/_library/5547/web_2010.0113_praktijkids_acs.pdf.
- Stouten, W. & Wolf, E. (2009). De Hartinfarct poli. *Cordiaal*, 30 (4) 124-126.
- Straalen, D. M. (2015). *Interventies*. Opgehaald van www.ensie.nl: <https://www.ensie.nl/redactie-ensie/interventie>.
- Strijbis, A. (2015). *Empowerment en ondersteunen zelfmanagement*. Utrecht: De Hart & Vaatgroep.
- Strijbis, A. (2015). *Uitgebreide versie van bijlage 4 bij de "Blauwdruk voor het postinfarct traject"*. Utrecht: De Hart & Vaatgroep.
- Terra, B., van Mechelen-Gevers, E. & van der Burgt, M. (2010). *Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.
- V&VN. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Opgehaald van www.venvn.nl: http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf.
- V&VN. (2004). *Afdelingen*. Opgehaald van www.venvn.nl: http://www.venvn.nl/portals/1/afdelingen/bdp_nurse_practitioner.pdf.
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Vermette, E. (2014). *Geheugen en trauma*. Opgehaald van www.researchgate.net: https://www.researchgate.net/publication/46693099_geheugen_en_trauma.
- VMS. (2013). *Ontslagmedicatie ('gouden vijf')*. Opgehaald van www.vmszorg.nl: http://www.vmszorg.nl/_library/5553/20109500_Ontslagmedicatie_ACS.pdf.
- Wiel, B., Wouda, J. & Versteegen, G. (2005). *Voorlichting en begeleiding*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Wikman, K., Molloy, G., Randall, G. & Steptoe, A. (2011). *Cognitive predictors of posttraumatic stress symptoms six months following acute coronary syndrome*. Opgehaald van www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21500103.
- Zelfmanagement. (2016). *Wat is zelfmanagement?* Opgehaald van www.zelfmanagement.com: <http://www.zelfmanagement.com/patienten>.
- Zelman, M. & Tomparry, E. (2010). *Pathologie*. Amsterdam: Pearson Education.

9. Bijlagen

9.1 Samenvatting in het Engels

The cardiology ward in the Groene Hart Hospital in Gouda takes care of patients who, for instance, have undergone an Acute Coronary Syndrome (ACS). Usually, a guidance interview is held with the patients in which the situation before the hospitalisation, the hospitalisation itself and the after-process are discussed. The senior nurses of the cardiology ward have asked the researchers to research the efficacy of these interviews, with reference to the changed patient category. The change has been caused by the developments in the treatment possibilities, causing a reduction in the duration of a hospitalisation.

The purpose of the research is to answer the following inquiry: *“How effective is the information transfer in relation to the guidance interviews, with patients with an acute coronary syndrome during a clinical hospitalisation, according to the care professionals at the cardiology ward?”*

To answer the aforementioned inquiry, the researchers have taken interviews with the cardiology nurses, the information counsellor, and the cardio-rehabilitation physiotherapists. The cardiology nurses take the guidance interview with the patient during the hospitalisation. The information counsellors and the physiotherapists get in touch with the patient after the discharge. In so doing, the involved disciplines have an eye on the patients' information- and trauma processing. Besides taking interviews, the researchers have contacted several hospitals in the Netherlands, to inquire the way in which they manage the patients' guidance after an ACS.

The literature study brings forward that an ACS could be seen as a trauma. Hence, it follows that the information processing after an ACS deviates from a situation without trauma. Therefore, the approach and the guidance need to be adapted to the patient's situation. One can then think of an extramural way of patient instruction, a gradual set-up and repetition of the information supply.

The interviews bring forward that giving a helping hand concerning medication and lifestyle with regard to ACS is the purpose of the guidance interviews. Furthermore, the providing of instruction with regard to the ACS syndrome is of great importance. The nurses attempt to keep this purpose in mind during the interviews, although they indicate that they partly give their own realisation to the purpose. This is confirmed by the information counsellors and the physiotherapists who do not recognise unambiguity, which is expressed in the several questions asked by patients after a guidance interview. All respondents indicate that they attach value to the information transfer delivered to the patient. In addition to this, it is noted that the processing time during a clinical hospitalisation is too short for a patient. Because of this, a large part of the respondents see the importance of a different realisation of the information transfer and the patient's guidance.

A large number of hospitals which the researchers have contacted, indicate that they make use of outpatient guidance interviews. In addition, they make use of an information file, in which the patient is able to manage the information concerning an ACS online and on paper.

In conclusion, it can be said that the hectic and the amount of information which the patient receives during hospitalisation, is shown to be too much. All disciplines agree that the actual awareness of the undergone cardiac arrest only takes place at home. The current realisation of the guidance interviews is shown not to be taking place at the right moment.

9.2 Woordenlijst

ABCDE systematiek

Een werkwijze waarbij hulp wordt verleend volgens het principe 'treat first what kills first'. Met andere woorden: eerst de primaire (levensbedreigende) en vervolgens de secundaire c.q. tertiaire (niet-direct dan wel niet-levensbedreigende) letsels en stoornissen (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2016).

Amygdala

Een amandelvormige structuur in de hersenen die betrokken is bij het aansturen en verwerken van verschillende emoties (Hersenstichting, 2016).

Anamnese

De ziektegeschiedenis, zoals die kan worden afgeleid uit mededelingen van de patiënt, of – als hij daartoe niet in staat is – uit mededelingen van anderen. De anamnese komt meestal tot stand door een vraaggesprek en behoort behalve vragen over de specifieke klachten ook vragen in te houden van meer algemene aard (Encyclo, 2016).

Antistollingsmiddelen

Medicijnen die de stolling van het bloed verminderen of vertragen (Hartstichting, 2016).

Aselect

Een keuze op basis van willekeurigheid (Encyclo, 2016).

Atherosclerose

Een proces van vetafzetting en lichaamscellen in de bloedvaatwand dat tot gevolg heeft dat dit bloedvat steeds nauwer wordt (Hartstichting, 2016).

Betrouwbaarheid

In hoeverre het onderzoek vrij is van toevallige of onvoorziene fouten (Verhoeven, 2014).

Capaciteitsmanagement

Management dat erop gericht is de vraag naar en het aanbod van de capaciteit op optimale wijze op elkaar af te stemmen (Encyclo, 2016).

Cardiologieverpleegkundige

Een verpleegkundige die werkzaam is op de afdeling cardiologie en die daarvoor een speciale aantekening / opleiding behaald heeft (Erasmus MC, 2016).

Chronisch

Voortdurend of aanhoudend (Encyclo, 2016).

Concepten

Een voorlopig ontwerp of plan van iets (Encyclo, 2016).

Data analyse

Een proces waarbij de data geïnspecteerd, opgeschoond, getransformeerd en gemodelleerd worden om vervolgens de meest waardevolle informatie uit deze data te halen (Marqit, 2016).

Databanken

Een plaats waar informatie over bepaalde onderwerpen in digitale vorm verzameld, opgeslagen en geconsulteerd kan worden (Encyclo, 2016).

Diuretica

Geneesmiddelen die door een werking in de nier de natrium- en wateruitscheiding verhogen. Ze worden onder andere toegepast bij een tekortschietende pompwerking van het hart (hartfalen) en bij hypertensie (hoge bloeddruk) (Encyclo, 2016).

Extramuraal

Een deel van de hulpverlening gebeurt bij de mensen thuis. Men noemt dit ook wel extramurale, buiten de muren van een ziekenhuis gelegen, hulpverlening. Dit in tegenstelling tot intramuraal (Encyclo, 2016).

Inclusiecriteria

Het inclusiecriterium is vaak de aanwezigheid van een bepaalde stoornis of aandoening waar het onderzoek over gaat (InfoNu, 2014).

Inductief

Methode van onderzoek waarbij, uitgaande van de feiten en verschijnselen, een verklarende theorie wordt ontwikkeld (Kennisbasis Statistiek, 2014).

Interventies

Een interventie is een doelbewuste ingreep om een bepaalde zaak te verbeteren. Het is op meerdere gebieden van toepassing en het hangt dan ook sterk af van de context waarin het wordt geplaatst (Straalen, 2015).

Ischemie

Bloedtekort door vernauwd of afgesloten bloedvat. Dat kan een gevolg zijn van een embolie, een trombose, een tumor of een andere afknelling van een bloedvat. Er kan dan geen zuurstof meer getransporteerd worden naar het achterliggend weefsel of orgaan. Wanneer ischemie voorkomt in de buurt van het hart of de hersenen, kan dit ernstige gevolgen hebben: een beroerte of een hartinfarct (Betekenisdefinitie.nl, 2013).

Macroniveau

Het niveau waarop men bezig is met het onderzoek naar of van de aarde. Bij macroniveau is men bezig met het onderzoek betreffende hele werelddelen. Andere niveaus van onderzoek zijn micro- en mesoniveau (Digischool, 2015).

Mesoniveau

Zorgverlening op het niveau van de organisatie van de zorg in instellingen (Encyclo, 2016).

Microniveau

Het niveau van het individu (of afdeling) in een organisatie, de relatie verpleegkundige-patiënt; zie ook macroniveau en mesoniveau (Encyclo, 2016).

Nurse practitioner

Een verpleegkundige die een hoog niveau van verpleegkundige beroepsuitoefening combineert met functioneren binnen een specifiek medisch deskundigheidsgebied. Ook wel gespecialiseerd verpleegkundige genoemd (V&VN, 2004).

Occlusie

Afsluiting (Jochems & Joosten, 2006).

Prikkel

Iets dat waargenomen wordt en waar je vervolgens op reageert (Encyclo, 2016).

Prognose

Voorspelling omtrent het verdere verloop van een ziekte (Jochems & Joosten, 2006).

Random number generator

Een instrument dat toevalsgetallen produceert. Dit is een willekeurig getal tussen twee grenzen waarbij ieder getal een even grote kans maakt om getrokken te worden (Encyclo, 2016).

Recidief

Het opnieuw optreden van de verschijnselen van een ziekte, nadat deze reeds leek genezen of het optreden van hetzelfde ziekteverschijnsel op een andere plaats (Jochems & Joosten, 2006).

Respectievelijk

Opeenvolgend; in de genoemde volgorde (Dale, 2015).

Selectieve aandacht

Aandacht voor een bepaalde stimulus waarbij aandacht voor andere stimuli wegvalt (Jochems & Joosten, 2006).

Seniorverpleegkundigen

Een algemeen verpleegkundige met een aantal extra coördinerende taken en meer verantwoordelijkheid dan andere verpleegkundigen (Meijboom, 2011).

Stagnatie

Stilstand, stremming (Dale, 2015).

Statines

Medicatie om aanmaak van cholesterol in de lever te remmen (Hartstichting, 2016).

Stenose

Vernauwing van een opening of kanaal, bijvoorbeeld bloedvaten (Jochems & Joosten, 2006).

Stent

Een zelf expanderende prothese ter mechanische ondersteuning van de wand van een buisvormig lichaamsdeel (bloedvat of darm) in het geval van een vernauwing of obstructie (Jochems & Joosten, 2006).

Stimulus

Prikkel of aansporing (Jochems & Joosten, 2006).

Telefonisch consult

De raad van een deskundige via de telefoon (Encyclo, 2016).

Topiclijst

Samenstelling van een lijst met onderwerpen, aan de hand van begripsafbakening, die als uitgangspunt dienen bij het gesprek (Verhoeven, 2014).

Trauma

Gewelddadige inwerking, een verwonding (ook in psychische zin) tot gevolg hebbend (Jochems & Joosten, 2006).

Triangulatie

Het combineren van verschillende kwalitatieve en kwantitatieve dataverzamelmethode(n) in één onderzoeksopzet (Verhoeven, 2014).

Validiteit

De geldigheid van het onderzoek, dat wil zeggen in hoeverre het onderzoek vrij is van systematische, dus terugkerende fouten (Verhoeven, 2014).

Ventriculaire aritmieën

Aritmie veroorzaakt door een abnormaal elektrisch brandpunt binnen de ventrikels waardoor abnormale geleiding van elektriciteit in de ventrikels plaatsvindt (Olobot, 2014).

Zelfmanagement

Zo met een ziekte of aandoening omgaan dat het leven geleid kan worden zoals gewenst (Zelfmanagement, 2016).

9.3 Uitwerking acuut coronair syndroom

Acuut coronair syndroom (ASC) bestaat uit instabiele angina pectoris (IAP) en het acute myocardinfarct (AMI) (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012). In de uitwerking van dit ziektebeeld zullen deze ziektebeelden bij elkaar gehouden worden of van elkaar worden scheiden, er zijn namelijk verschillen en overeenkomsten tussen de twee ziektebeelden.

Wat is het?

Zoals hierboven genoemd gaat het bij acuut coronair syndroom om twee ziektebeelden, namelijk instabiele angina pectoris en het acute myocardinfarct.

Instabiele angina pectoris

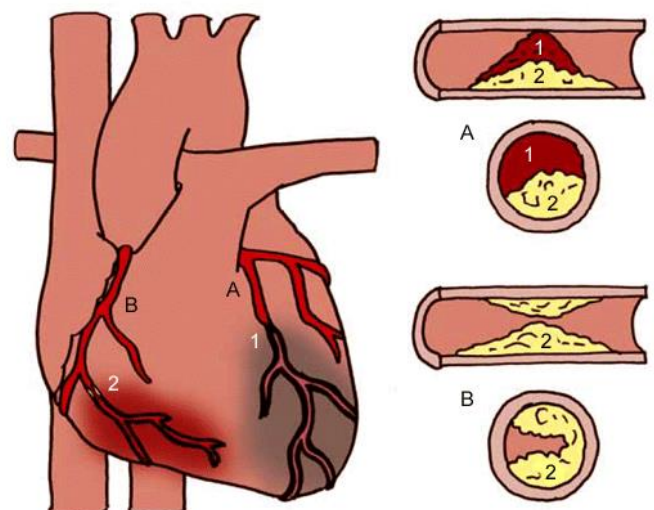
Het hart wordt voorzien van zuurstof doormiddel van de kransslagaderen (coronaire). Wanneer deze coronaire vernauwt zijn kan er een zuurstoftekort in het hart ontstaan wat zorgt voor pijn op de borst wat uit kan stralen naar de kaak, hals, schouderbladen, armen, rug of maagstreek (Hartstichting, 2016; Martini & Bartholomew, 2012).

Deze pijn op de borst door zuurstoftekort van het hart wordt angina pectoris genoemd. Angina pectoris is onder te verdelen in stabiele en instabiele angina pectoris. Bij instabiele angina pectoris gaat het om pijn op de borst klachten die ontstaan zonder directe aanleiding, daarbij gaat de aanval ook niet vanzelf over (Hartstichting, 2016). Hieronder valt ook angina pectoris in rust, angina pectoris korter dan twee maanden die ernstig of frequent is, angina pectoris waarbij de klachten duidelijk erger worden dan voorheen en angina pectoris die optreedt binnen twee weken na een acuut myocardinfarct of binnen twee weken na een percutane coronaire interventie (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012).

De normale of stabiele angina pectoris verschilt logischerwijs van de instabiele angina pectoris. Stabiele angina pectoris treedt namelijk op na inspanning en verdwijnt vrij snel in rust. Stabiele angina pectoris is ook goed te reguleren met medicatie (Hartstichting, 2016).

Acuut myocardinfarct

Waar bij angina pectoris er sprake was van een vernauwing van de coronaire, is er bij het acuut myocardinfarct sprake van een afsluiting van de coronaire. Deze afsluiting zorgt voor het blokkeren en afsterven van de hartspiercellen als gevolg van zuurstofgebrek (Martini & Bartholomew, 2012; Zelman & Tomparry, 2010).



Hartinfarct en angina pectoris

A. Linker kransslagader (LAD) die is afgesloten (1) door een bloedstolsel in een slagader die door een plaque al vernauwd was. De spiercellen stroomafwaarts krijgen geen zuurstofrijk bloed en sterven af. Het gevolg is een hartinfarct. B. Rechter kransslagader (RCA) die is vernauwd door plaque (2). De spiercellen stroomafwaarts krijgen bij inspanning te weinig zuurstof en presteren minder. Het gevolg is pijn op de borst.

(Nederlandse vereniging voor cardiologen, 2015)

Wat zijn de oorzaken?

Het acute myocardinfarct gaat verder dan instabiele angina pectoris. Er is namelijk sprake van respectievelijk een afsluiting en een vernauwing. De oorzaak van beide ziektebeelden is wel vergelijkbaar, de afsluiting of vernauwing komt namelijk door atherosclerose. Risicofactoren voor atherosclerose zijn: roken, hypertensie, hoog LDL-cholesterol, laag HDL-cholesterol, diabetes mellitus en metabool syndroom (hypertensie, DM, Hypercholesterolemie, obesitas) (Zelman & Tomparry, 2010).

De standaard vanuit het Nederlands huisartsen genootschap (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012) beschrijft dat acuut coronair syndroom meestal wordt veroorzaakt door een acute afname of

een blokkade van de doorbloeding in de coronaire. Dit komt meestal door een ruptuur van de atherosclerose of erosie van de wand van de arterie in combinatie met trombose. Dit zorgt voor een samenklontering van de bloedplaatjes.

Onderzoeken

Er zijn verschillende onderzoeken die uitgevoerd kunnen worden om ACS vast te stellen (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012). Als eerste is er de anamnese door de huisarts. Rondom de anamnese zijn er verschillende punten van belang. Als eerste de klachten die passen bij ACS: pijn langer dan 15 minuten in rust; vegetatieve verschijnselen (zweeten, misselijkheid etc.); dyspneu; duizeligheid; kortademigheid. Daarnaast is medicatiegebruik en comorbiditeit van belang in de anamnese.

Wanneer de huisarts actie op basis van de anamnese noodzakelijk acht, wordt de ambulance ingeschakeld. Wanneer er vervolgens hulpverlening bij de patiënt aanwezig is wordt lichamelijk onderzoek gestart, dit is afhankelijk van de klinische situatie van de patiënt. Hierbij wordt de ABCDE-systematiek afgehandeld met aandacht voor decompensatie.

Wanneer na deze eerste onderzoeken nog een vermoeden op ACS bestaat worden de vervolgonderzoeken ingezet. Zo wordt er bloed afgenomen en een ECG gemaakt om de elektrische activiteit van het hart weer te geven. Ook kan een CAG worden uitgevoerd die de coronaire in beeld brengen.

Behandeling

Vanuit de onderzoeken wordt zichtbaar of er sprake is van stenose of occlusie en waar deze zich bevindt. De behandeling is afhankelijk van de uitslag, zo kan er gekozen worden voor medicatie. Het gaat hierbij om bloeddrukverlagende medicatie, antistolling, diuretica, nitraten en statines. Een volgende behandeling is de PCI (percutane coronaire interventie), hierbij wordt de vernauwde of verstopte coronair met behulp van een ballonnetje verwijdt, deze procedure gaat, net als de CAG (hartkatherisatie) via de arteria femoralis (liesslagader) of arteria radialis (polsslagader). Tijdens deze ingreep kan ook een stent worden ingebracht om het lumen van de coronair goed open te houden (Zelman & Tomparry, 2010).

Een volgende behandeling is de CABG, wat staat voor coronair artery bypass graft (Nederlandse vereniging voor cardiologie, 2016). Hierbij wordt er een omleiding aangelegd tot voorbij de vernauwing of afsluiting, er wordt gebruik gemaakt van een slagader uit de borstkas of een ader uit het been.

De operatie neemt veel tijd in beslag en is erg intensief. Als eerste wordt het borstbeen geopend zodat het hart vrij komt te liggen, het hart wordt daarna geheel of gedeeltelijk 'stilgezet', door het afknellen van een coronair of het aansluiten van het hart op een hart-longmachine.

Prognose

De prognose is uiteraard afhankelijk van de ingezette behandeling, de leeftijd van de patiënt en comorbiditeit.

In de eerste uren na het begin van de klachten is de kans op plotseling overlijden het grootst, wanneer de behandeling eenmaal is ingezet is de acute fase voorbij en hangt de prognose vooral af van de overgebleven linkerventrikelfunctie en de aard van de ischemie en de aan- of afwezigheid van ventriculaire aritmieën (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012).

De patiënt gaat na ACS normaliter het ziekenhuis uit met medicamenteuze behandeling (Zelman & Tomparry, 2010). Hierbij wordt de 'golden five' aangehouden. Het gaat hierbij om acetylsalicylzuur, clopidogrel, statine, bètablokker en een ACE-remmer (VMS, 2013).

De patiënt wordt ook aangemeld voor hartrevalidatie, dit is voor iedereen die recent is behandeld voor het hart, hartrevalidatie helpt bij het herstel en geeft patiënten weer vertrouwen in het lichaam. De effecten van deze revalidatie zijn een verminderde kans op nieuwe hartproblemen en sterfte door hartproblemen (Hartstichting, 2016).

9.4 Werkinstructie

Auteur	Annelies Slagboom
Afdeling	Cardiologie
Autorisatie door	Annelies Slagboom
Bestemd voor	Medewerkers van de cardiologie
Status / Versie	3.0
Geldig tot	1-8-2016
Gerelateerde documenten / evt. wet- en regelgeving	nvt
Vindplaats bronbestand / Aantal en vindplaats hardcopies	nvt

Het begeleidingsgesprek bij patiënten na een myocard infarct:

Het optreden van een infarct is een traumatische ervaring zowel voor degene die het treft als voor degene die er bij aanwezig is. Daarom plannen we tijdens de opname van een patiënt met een infarct altijd een begeleidingsgesprek. De verpleegkundige moet met dit gegeven altijd rekening houden bij de begeleiding van de zorgvrager en zijn partner.

Er is op verschillende manieren contact tussen de zorgvrager en de hulpverleners in het ziekenhuis:

- Tijdens het Multi Disciplinair Overleg (MDO) bespreken de verschillende behandelaars de medische en verpleegkundige situatie toestand van de zorgvrager. Zo nodig wordt er afgesproken dat er contact opgenomen wordt met de zorgvrager en de familie.
- Tijdens de dagelijkse visite van de behandeld arts worden de vragen van de zorgvrager beantwoord.
- Tijdens de opname vindt er een begeleidingsgesprek plaats tussen verpleegkundige en de zorgvrager en eventuele partner. Deze werkinstructie gaat over dit gesprek.
- Wanneer de zorgvrager naar huis gaat, vindt er tussen de verpleegkundige en zorgvrager een ontslaggesprek plaats.

Het begeleidingsgesprek:

Tijdens het verblijf in het ziekenhuis vindt een begeleidingsgesprek plaats tussen verpleegkundige en de zorgvrager en eventuele partner, aan de hand van dit protocol..

De doelstelling van het begeleidingsgesprek:

De zorgvrager en zijn partner zijn goed geïnformeerd over de oorzaken, symptomen en risicofactoren van een myocard infarct. Door deze informatie kunnen de zorgvrager en zijn partner eventuele klachten na ontslag herkennen waardoor er minder angst gevoelens optreden. Door leefregels in acht te nemen kunnen zij maatregelen nemen om de risicofactoren te beïnvloeden waardoor de kans op herhaling kleiner wordt.

Vorbereiden van het gesprek:

- Maak een afspraak met de zorgvrager voor een begeleidingsgesprek en leg uit wat de doelstelling van het gesprek is. Vraag de zorgvrager of hij/zij wil dat er naasten bij het gesprek aanwezig zullen zijn.
- Ga na of de zorgvrager het boekje 'verder na een myocard infarct' heeft gehad. Geeft dit zo nodig nog.
- Zorg dat je voldoende tijd hebt om het gesprek te voeren.
- Zorg voor een geschikte ruimte waar je ongestoord met elkaar kunt spreken.

- Zorg dat je op de hoogte bent van de ziektegeschiedenis, door van te voren de dossier door te nemen. Wanneer het dossier niet volledig duidelijk is vraag dan verheldering aan arts of vraag hulp aan een andere verpleegkundige.
- Bedenk in elke fase van verwerking de patiënt zit en pas zonodig je informatie hier op aan.

Opbouw van het gesprek:

- Stel de deelnemers aan het gesprek op hun gemak. Stel jezelf voor en zeg wat je functie is. Biedt de deelnemers wat te drinken aan.
- Vertel hen hoe je het gesprek gaat opbouwen en hoelang het gesprek gaat duren.
- Gebruik duidelijke taal, zonder medisch jargon.
- Biedt de gelegenheid om vragen te stellen.
- Vat het gesprek samen, vraag of de informatie is begrepen, vraag aan de deelnemers wat voor hen de belangrijkste onderwerpen van het gesprek waren.
- Vraag hoe ze het gesprek hebben ervaren of de informatie duidelijk is geweest en neem afscheid.

Inhoud van het gesprek:

- Vraag aan de zorgvrager wat hij/zij weet van het myocard infarct, oorzaken, symptomen, risicofactoren en eventuele gevolgen.
- Geef de zorgvrager en zijn partner aanvullende informatie over myocard infarct en beantwoord vragen. Maak gebruik van het beschikbare informatie materiaal van de afdeling. Overtuig je ervan dat zij de informatie goed hebben begrepen. Bijvoorbeeld door hen te vragen om een korte samenvatting te geven van het gesprek.
- Vraag aan de zorgvrager hoe hij het optreden van het myocard infarct en de daarop ziekenhuisopname heeft ervaren. Besteed ook aandacht aan de CCU periode.
- Stel dezelfde vragen aan de partner.
- Vraag hoe de zorgvrager en zijn partner het vinden dat de zorgvrager binnenkort weer thuiskomt. Vraag door of de zorgvrager en partner daar tegen op zien.
- Informeer naar de thuissituatie, werksituatie en eventuele opvang thuis.
- Vraag aan zowel zorgvrager als partner of er angsten of onzekerheden zijn die op dit moment verholpen kunnen worden en of er nog aanvullende hulp of informatie nodig is. Verwijs hen eventueel door naar bijvoorbeeld maatschappelijk werk of huisarts.
- Informeer de zorgvrager wat te doen als er klachten thuis optreden.
- Informeer de zorgvrager over de poliklinische revalidatie en medicijngebruik.

9.5 Meetinstrumenten

9.5.1 Interviewvragen verpleegkundigen

1. Wat verstaat u onder het begeleidingsgesprek?
2. Hoe ziet uw invulling van de begeleidingsgesprekken eruit?
 - Tijdsduur
 - Werkinstructie
 - Omgeving
 - Aanwezig
3. Hoe wordt de patiënt voorbereidt op het gesprek?
4. Met welk doel gaat u een begeleidingsgesprek in en wat is volgens u het effect?
 - Effect meting?
 - Randvoorwaarden
5. Hoeveel waarde hecht u aan het begeleidingsgesprek in het algemeen?
 - Cijfer 0-10
6. Hoe wordt er omgegaan met de vragen van de patiënt tijdens het gesprek?
 - Non-verbale communicatie
 - Vragen na ontslag
7. Hoe kijkt u aan tegen de huidige invulling van de begeleidingsgesprekken?
8. Hoe ervaart u het verschil in informatieverwerking ten opzichte van de veranderde patiëntencategorie?
9. Hoe ervaart u het verschil in informatieverwerking ten opzichte van de traumaverwerking?
10. Wat zijn wat u betreft belemmerende- en bevorderende factoren voor een goed begeleidingsgesprek?
11. Hoe ziet u in de toekomst de begeleidingsgesprekken voor u?
 - Verbetermogelijkheden
12. Wat voor invloed heeft het voeren van de begeleidingsgesprekken op het team?
 - Werkdruk?
 - Verantwoordelijkheid?
 - Kwaliteit van zorg?
13. Hoe wordt er als team gedacht over de huidige invulling van de begeleidingsgesprekken?

9.5.2 Interviewvragen informatieconsulenten

1. Hoe ziet een telefonisch consult eruit?
 - Informatie bespreking
 - Tijdsduur
 - Frequentie
2. Welke vragen komen er terug op basis van de klinische begeleidingsgesprekken?
 - Leefstijl, anatomie, behandeling en overige
3. Hoe wordt er omgegaan met de vragen van de patiënt na ontslag?
4. Hoe ervaart u het verschil in informatieverwerking ten opzichte van de veranderde patiëntencategorie?
 - Trauma verwerking
5. Hoe denkt u (de informatieconsulenten) over de huidige invulling van de begeleidingsgesprekken?
6. Hoeveel waarde hecht u aan het begeleidingsgesprek in het algemeen?
7. Wat is volgens u het effect van de klinische begeleidingsgesprekken?
8. Wat kunnen belemmerende- en bevorderende factoren zijn om een patiënt van informatie te voorzien?
9. Hoe ziet u in de toekomst de begeleidingsgesprekken voor u?
10. Zijn er wat u betreft verbetermogelijkheden rondom de begeleidingsgesprekken?

9.5.3 Interviewvragen fysiotherapeuten

1. Hoe ziet het contactmoment na een acuut coronair syndroom op de poliklinische hartrevalidatie eruit?
 - Informatie bespreking?
 - Tijdsduur
 - Frequentie
2. Welke vragen komen er terug op basis van de klinische begeleidingsgesprekken?
 - Leefstijl, anatomie, behandeling en overige
3. Hoe ervaart u het verschil in informatieverwerking ten opzichte van de veranderde patiëntencategorie?
 - Traumaverwerking
4. Hoe denkt u (de fysiotherapeuten) over de huidige invulling van de begeleidingsgesprekken tijdens klinische opname?
5. Hoeveel waarde hecht u aan het begeleidingsgesprek in het algemeen tijdens een klinische opname?
6. Wat is volgens u het effect van de klinische begeleidingsgesprekken?
7. Wat kunnen belemmerende- en bevorderende factoren zijn om een patiënt van informatie te voorzien?
8. Hoe ziet u in de toekomst de begeleidingsgesprekken voor u?
9. Zijn er wat u betreft verbetermogelijkheden rondom de begeleidingsgesprekken?

9.5.4 Mail ziekenhuizen

Geachte Meneer/Mevrouw,

Wij zijn met een afstudeeronderzoek bezig voor de opleiding verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede. Het afstudeeronderzoek betreft het onderzoeken van de effectiviteit van een begeleidingsgesprek tijdens een klinische opname bij een patiënt die kort geleden een acuut coronair syndroom heeft doorgemaakt.

Dit onderzoek vindt plaats op de afdeling cardiologie in het Groene Hart Ziekenhuis. Voor dit onderzoek willen wij informatie verzamelen uit andere ziekenhuizen die ons mogelijk kunnen helpen om de effectiviteit van de begeleidingsgesprekken op de afdeling cardiologie te garanderen. Nu zijn wij zeer geïnteresseerd of en hoe de begeleidingsgesprekken in uw ziekenhuis worden ingedeeld en in welk tijdsbestek de gesprekken plaats vinden nadat een patiënt is opgenomen met een acuut coronair syndroom. De informatie die wij van u hopen te ontvangen zullen wij betrekken in ons onderzoek.

In het kort is onze vraag: 'Zou u ons inzicht kunnen geven hoe in uw ziekenhuis de begeleidingsgesprekken plaats vinden bij een patiënt, die kort geleden een acuut coronair syndroom heeft doorgemaakt?'

Alvast hartelijk dank voor uw moeite en tijd.

In afwachting op uw antwoord,

Hartelijke groeten,

Ida Kadijk, Jelle van Haaften, Marinus van Woudenberg, Nadia van Herk

9.6 Voorbeeld labelen en coderen

Open codering	Int/regelnr.	Label	Concept
Ik versta onder een begeleidingsgesprek, ja, het woord zegt het al echt begeleiding, dus mensen begeleiding en handvaten geven na een infarct. En je ziet ook wel dat ze er echt veel behoefte aan hebben, merk ik. Vooral omdat je ook al ziet dat mensen op steeds jongere leeftijd een hartinfarct krijgen. En eh ook veel mensen toch ook wel een ongezonde levensstijl hebben en nu denken eh help. Wat nu, hoe kan ik mijn leven verbeteren, dat daar ook wel veel vraag aan is.	7/3-8	Doel gesprek	Inhoud gesprek
Ehm je hebt natuurlijk het begeleidingsgesprek en het uitgebreid ontslag gesprek. Maar het begeleidingsgesprek eh, ik kijk altijd wel vaak, van nou ja waar ligt de behoefte van de patiënt. De ene patiënt vindt het heel interessant als ik ga vertellen van hoe het hart er uit ziet en waar het infarct dan is geweest en eh een beetje medisch verklaren zeg maar. De ander heeft daar helemaal geen behoefte aan. Die heeft meer behoefte aan waar kan ik opletten ja, qua gezondheid dus dan. Ik vraag altijd wel van te voren, van joh wat zijn jullie vragen. Dan ik ga ik daar het meest op in en dan hou ik daarnaast het algemene praatje inderdaad van ja hoe ontstaat nu een infarct. Hoe kan je het voorkomen, welke medicijnen moet je gebruiken, wat is het na traject.	7/10-17	Invulling gesprek	Inhoud gesprek
Eh op de afdeling hebben wel eh, ook het boekje met foto's, maar ik maak vaak gebruik van de hartstichting, gewoon verder na een hartinfarct omdat dat ook het boekje is dat we mee meegeven, dus dan kun je vaak ook tijdens het gesprek schrijf ik hier en daar nog wat dingen bij of een uitroepteken bij wat we hebben besproken, zodat ze het gewoon mee kunnen nemen.	7/19-22	Invulling gesprek	Inhoud gesprek
Ja, we nodigen ook altijd wel de familie uit. Je merkt ook wel dat er ook bij de familie echt wel behoefte is voor een begeleidingsgesprek vooral omdat het ook ja, voor de omgeving schrikken is geweest en dat ook hun vragen hebben. Maar ook daar tast je een beetje af van wat voor behoefte ligt er.	7/23-26	Betrokkenen gesprek	Inhoud gesprek
Nee ik vind het echt wel belangrijk een aparte ruimte, ff apart zitten. Dat je ook wel op die manier aantoont van joh we nemen ff er de tijd voor. Dus nu is het moment dat je je vragen kan stellen. Dus we gaan eigenlijk altijd wel apart zitten.	7/28-30	Omgeving gesprek	Inhoud gesprek
Oh ehm, het wordt dus verteld, van eh gewoon tijdens je bezigheden op zaal, zeg maar, dat we dat doen een begeleidingsgesprek. Dus we kijken zeg maar eerst van joh, wanneer komt het ons uit, dat er genoeg personeel is zeg maar. En dan eh ja geven we dat aan bij de patiënt, en dan kun je dus van nou morgen middag tijdens het bezoek doen en nou ja kan er iemand van de	7/31-36	Voorbereiding gesprek	Inhoud gesprek

familie aanwezig zijn en heeft u daar behoefte aan. Een enkele keer heb je ook wel een patiënt die zegt van nou nee hoor van mij hoeft het allemaal niet, ik lees het wel en eh ik hoor het wel.			
Op zich is dat wel prima, we schrijven dat wel op, zodat als de patiënt naar huis gaat, dat we dan nog wel even extra goed zeggen waarop ze moeten letten. Ook vooral qua medicatie.	7/37-39	Verslaglegging gesprek	Inhoud gesprek
Mijn doel is altijd wel echt om de patiënt en de familie goed te informeren, van joh wat is er nu gebeurd en vooral handvaten te geven, van waar moet ik op gaan letten. Ja, om te kunnen voorkomen en waar moet ik ook opletten qua medicatie. Waarom is het belangrijk dat je je medicatie in neemt. Want als het niet verteld wordt dan hoor je gerust dat ze een paar weken later gestopt zijn bijvoorbeeld.	7/41-44	Doel gesprek	Inhoud gesprek
Ja, ik merk wel, voor ons is het heel gewoon dat je je medicijnen moet slikken, maar voor een patiënt is dat niet altijd zo en ze stoppen gerust als ze denken dat dat nodig is. Dus vooral hun ook ervan overtuigen van het nut van de medicatie, het nut van de richtlijnen die we meegeven.	7/44-47	Doel gesprek	Inhoud gesprek
Wat het effect is, eh, dat de patiënten zekerder naar huis gaan. Omdat eh, als je altijd gewoon redelijk of gewoon goed heb gevoeld en je maakt op eens een infarct mee, kijk sommigen die sukkelen al tijden met gezondheidsproblemen. Ehm, dan merk je dat ze hier echt onzeker zijn en eigenlijk niet goed weten, ook soms eng vinden om naar huis te gaan, want dan zijn ze en zonder begeleiding en zonder eh telemetriebewaking. Dus gewoon even wel, eh ja, dat ze wat vol vertrouwen naar huis gaan zeg maar. Dat is wel m'n doel, ja.	7/49-55	Effect gesprek	Verwerking
Ik eh geef zeker wel een acht – negen, ja. Omdat je ehm, je hebt natuurlijk ook informatie consulenten die ook teruggebeld worden en daar worden ook wel, dus ook wel een peiling van mensen die eigenlijk niet goed de begeleiding hebben gehad daar zijn ze toch ook wel heel onzeker thuis en hebben ze veel vragen en eh ook wel klachten en eh, ja dus op die manier voorkom je ook gewoon veel. En daarna ga je gewoon, het is en belangrijk, en daarna is het gewoon een stukje patiënt tevredenheid die je gewoon wel meer kan garanderen. Mensen krijgen toch echt het gevoel er is aandacht aanbesteed, ik weet wat ik moet doen en eh ja ik vind het wel echt belangrijk.	7/56-63	Waardering gesprek	Waardering
Ja de voorkoming van heel veel vragen en onzekerheden thuis, ja.	7/64-65	Effect gesprek	Verwerking
Dat eh, dat als er te weinig begeleiding is dat ze meer vragen hebben daar.	7/66-67	Effect gesprek	Verwerking

Eh, nou wij doen, na een infarct na een reanimatie dat soort, dat zijn een beetje de voorwaarden waarvoor we echt een begeleidingsgesprek plannen. Kijk elke patiënt heeft begeleiding nodig. Maar in zulke gevallen plan je echt een gesprek, zeg maar. Verder zijn er niet echt heel veel randvoorwaarden eigenlijk heeft iedereen wel begeleiding nodig, wat voor type patiënt het ook is.	7/67-71	Randvoorwaarden gesprek	Belemmerende factoren
Eh nou ja eh daar wordt antwoord opgegeven, dat is in ieder geval wel het doel. Eh, wat ik al eerder zei, het is gewoon wel, de een heb gewoon een vraag over eh, die wil gewoon elke bijwerking van zijn medicijn weten en de ander die zegt nou ja jullie zeggen dat ik het moet slikken, dan slik ik dat, dat vind ik prima maar wat kan ik zelf eh doen. Dus ik geef altijd wel echt antwoord op de vragen die er zijn.	7/73-77	Vragen tijdens gesprek	Inhoud gesprek
We geven altijd wel eh, het kaartje mee van de informatieconsument en die belt ze na. Ik zeg altijd wel van joh heb je vragen de komende tijd schrijf ze op, bel dan zelf als u niet gebeld wordt en dan kan u nog een keer u vragen stellen.	7/78-81	Vragen na ontslag	Verwerking
Ehm, ze worden nu wel een beetje onder druk gelegd door eh tijdsgebrek en personeelstekort. Dat daar een beetje geknibbeld wordt. Dus ik vind dat wel jammer, omdat je als je even tijd er investeert, want dat is wel mijn ervaring. Als je er even tijd in investeert in een goed begeleidingsgesprek, dan voorkom je daarna heel veel vragen en eh wat ook weer oponthoud geeft tijdens je werkzaamheden zeg maar.	7/82-86	Werkdruk	Belemmerende factoren
Moet ik zeggen dat ik nu echt wel in die korte tijd dat ik hier op de afdeling werk en dat is vier jaar, dat eh mij, het grootste verschil dat ik nu merk, dat en de patiëntencategorie nu jonger is geworden wat gevolgen heeft dat eh, eerder de patiënt gewoon aannam wat de dokter en de verpleegkundige zei. En dat het nu wel, dat voor dat je het begeleidingsgesprek in gaat de patiënt al een uur op google heeft gezocht. Dus hebben ze zelf al ideeën en vragen. I: Dus ze hebben zelf al meer eh onderzoek gedaan. R: Ja dat vind ik wel een verschil wat je merkt. I: Oké, en dat is omdat ze jonger zijn. R: Ja, omdat ze jonger zijn, ja. I: Maar je.. R: Ouderen patiënt accepteren toch vaak van wat er gezegd wordt, die hebben nog een beetje het idee van nou wat de dokter zegt dat is goed en jonger hebben dat minder. I: Die stellen meer vragen.	7/91-99	Veranderde patiëntencategorie	Belemmerende factoren
Je merkt wel, maar dat is meer wat ik dan als terugkoppeling heb gehoord van de informatieconsument, dat als patiënten hier korter liggen dat ze uiteindelijk gewoon eh thuis meer vragen hebben. Want hier is het nog van help wat is er gebeurd en zijn ze echt nog eh een beetje in roes zeg maar. En dan komen thuis pas eh echt de vragen en emoties los.	7/102-106	Verkorte ligduur en informatieverwerking	Belemmerende factoren

Zeker want eh de patiënten moeten eerst even accepteren zeg maar, dat er echt wel daadwerkelijk wat mis is gegaan in het lichaam. En dan pas staan ze echt open voor informatie, maar zo lang ze nog echt helemaal inderdaad in dat trauma zitten dan, ja echt nog helemaal black-out van wat is mij nou overkomen, dan land die informatie ook niet echt. I: Merk je dat ook hier? R: Ja dat merk je hier ook I: Bij de begeleidingsgesprekken ook? R: Ook bij de begeleidingsgesprekken, maar dan vooral bij de begeleiding die je op zaal geeft, als je bijvoorbeeld medicatie geeft en dan verteld wat je geeft. Dat ze dan luisteren maar niet echt opslaan. I: Oké, is dat hetzelfde tijdens zo'n begeleidingsgesprek of is dat dan minder? R: Als een begeleidingsgesprek echt wel snel is dan merk je dat ook wel eens, ja.	7/110-118	Traumaverwerking	Verwerking
Een belemmering is de tijd en de drukte op de afdeling maar niet echt voor het gesprek zelf, nee.	7/120-121	Tijd en drukte	Belemmerende factoren
Ja uiteindelijk heeft ook tijdsdruk invloed op de manier hoe je een gesprek voert. Als je weet dat er nog van alles moet gebeuren dan zit jezelf ook wel wat minder relaxed. Maar verder, nee, ik vind niet echt dat er echt eh belemmeringen ofzo zijn, nee.	7/122-124	Tijdsdruk	Belemmerende factoren
Ik eh hoop dat de begeleidingsgesprekken eigenlijk zelf eh, op deze eh manier eh gewoon dat dat gedaan blijft worden op dezelfde manier, alleen dat er ook bij collega's onderling ook gewoon meer tijd en aandacht aan wordt besteed. Want nu gebeurt het nog wel eens dat iemand naar huis gaat en dan wordt er gezegd oh is er eigenlijk wel een begeleidingsgesprek geweest? En dan denk ik van ja dat moet gewoon standaard in je systeem zitten, als een patiënt een infarct heeft gehad, gereanimeerd is of wat dan ook dat er dan gewoon een begeleidingsgesprek gebeurt. Dus meer gewoon, en dat daar ook echt tijd voor gemaakt moet worden als een hoge prioriteit.	7/125-132	Waardering en toekomst gesprek	Bevorderende factoren
Ja vooral eh het prioriteit geven, dat vind ik echt wel belangrijk	7/133-134	Prioriteit gesprek	Waardering
Ja je merkt wel vooral, in de laatste tijd best wel heel veel verandert bij ons op de afdeling qua ook met hoeveel personeel je werkt enzo. En dat toch wel sommige collega's zo inderdaad wel iets hebben van joh dan skippen we die begeleidingsgesprekken, en een ander vind het weer heel erg belangrijk en besteed bijvoorbeeld anderhalf uur er aan en een volgende zorgt ervoor dat het gewoon binnen een half uur is afgerond. Ook al heb, Daar heb je dan niet altijd zelf alle invloed op. Dus je merkt wel een beetje meningsverschil daar eh over in. Persoonlijk denk ik van joh iedereen moet weer even eh, het nut ervan in zien.	7/136-143	Invloed gesprek op team	Waardering

En dat ook wel een beetje de kracht is van de cardiologie.			
zeker, want ehm de begeleidingsgesprekken worden vaak in de middag gevoerd tijdens het bezoekuur. En dan ben je toch wel, één verpleegkundige weg van de afdeling en eh ja dat voelt de rest van het team natuurlijk.	7/146-148	Werkdruk	Belemmerende factoren
Eh ja, want vooral, nu merk je bijvoorbeeld dat er wat minder cardiologie verpleegkundigen staan dus dan moet je je werkzaamheden overlaten aan iemand die wat minder ervaring heeft. Dus op die manier, ja, is dat niet altijd even makkelijk.	7/149-151	Verantwoordelijkheid vpk	Belemmerende factoren
Negatief, ja. Dat is inderdaad wel zo, dan moet je jezelf wel afvragen van oké geef ik nu al mijn aandacht aan één patiënt ander half uur. Of moet ik het begeleidingsgesprek niet doen dan inderdaad nu gewoon op de afdeling zijn omdat daar van alles moet gebeuren.	7/153-155	Kwaliteit van zorg	Belemmerende factoren
Dus dan is het een keus als het begeleidingsgesprek niet door gaat. Dan heb je nog de mogelijkheid, het uitgebreide ontslaggesprek. Stel dat het daardoor, qua door drukte of iets, niet lukt dan schrijf ik altijd wel in ons multidisciplinair blad dat de informatieconsulenten echt wel goed nabellen en dus weten van er zijn geen goede begeleidingsgesprekken geweest, dus vraag nog even wat extra dingen.	7/155-159	Uitgebreid ontslaggesprek	Bevorderende factoren
Ehm, dat vind ik goed, alleen eh moet ook wel weer daaraan gekoppeld worden, een begeleidingsgesprek weet iedereen van nou het is een begeleidingsgesprek en dan ben je ongeveer een uur mee zoet. Maar bij een uitgebreid ontslag gesprek ehm, gebeurt dan toch vaak in de ochtend waar dan nog meer mensen naar huis moeten of opgenomen moeten worden. Dus dan komt, dat staat meer onder tijdsdruk.	7/162-166	Uitgebreid ontslaggesprek	Bevorderende factoren
Dat die eh korter is, minder.	7/167	Uitgebreid ontslaggesprek	Belemmerende factoren
Ik denk dat iedereen ook wel, en dat is ook het goede en het leuk van het team, dat iedereen eh een eigen uitdagingen ziet. Ik vind bijvoorbeeld echt de begeleiding echt een van de leukste dingen van mijn werk en een ander is het gewoon wat minder. Dus eh daardoor merk je ook dat de ene veel meer prioriteit aangeeft dan de ander. I: Ja R: Ja I: Die eigen eh motivatie heeft dus veel invloed op eh hoe belangrijk het gevonden word. R: ja	7/170-174	Mening team	Waardering
Ik vind een begeleidingsgesprek een betere invulling. Daarnaast is het ook wel weer zo, wat jezelf net ook al een keer zei dat de ligduur zo veel korter is. Kijk de eerste dag doe je geen begeleidingsgesprek, de tweede dag ook nog niet. Maar soms gaan ze de derde dag ook	7/181-185	Begeleidingsgesprek vs uitgebreid ontslaggesprek	Verbetermogelijkheden

wel weer naar huis en dan ontkom je er ook praktisch niet echt aan dat het een uitgebreid ontslaggesprek word.			
Maar het is wel het voordeel van een begeleidingsgesprek al doe je dat op dag twee, dan kunnen ze daar nog heel de dag over nadenken en op dag drie ook en dan gaan ze bijvoorbeeld dag vier naar huis dan hebben ze al weer wat vragen. I: Ja. R: Waar je dan nog antwoord op kan geven voordat iemand naar huis gaat.	7/186-189	Begeleidings gesprek vs uitgebreid ontslaggesprek	Bevorderende factoren

9.7 Checklist myocardinfarct St. Antonius Ziekenhuis



Ponsplaatje van de patiënt.

Verpleegkundige checklist Myocardinfarct

	Datum	Paraaf
Acute fase (eerste 24 uur): De verpleegkundige geeft voorlichting over: ○ Wat is een hartinfarct (kort benoemen) ○ Het melden van en omgaan met pijn op de borst uitleggen. ○ Uitleg geven over controles, bedrust en medicatie. De verpleegkundige gaat zo nodig in op angstgevoelens.	 	
Verblijfsfase: De verpleegkundige overhandigd het informatiepakket aan de patiënt. De verpleegkundige geeft aanvullende voorlichting over: ○ Wat is een hartinfarct. ○ Uitleg geven over verloop en duur van de opname. ○ Vervolgonderzoeken: - PCI/CAG. - Echo. - Ergometrie - Thalliumscan/SPECT. - MRI. ○ Zo nodig stoppen met roken protocol doornemen. De verpleegkundige regelt/plant: ○ Ontslagdatum bepalen. ○ Aanmelden bij fysiotherapie. ○ Zo nodig nazorg regelen. De verpleegkundige gaat zo nodig in op angstgevoelens van de patiënt.	 	

		
		
		
		
Ontslagfase:		
De verpleegkundige plant een ontslaggesprek met patiënt, familie en de arts.	....	....
De verpleegkundige geeft voorlichting over het nazorgtraject:		
○ Hartinfarctpoli.	....	....
○ Telefonisch spreekuur.	....	....
○ E-mail.	....	....
○ Controle bij de cardioloog.	....	....
De verpleegkundige regelt de ontslagpapieren:	....	....
○ Poliklinische controle cardioloog.		
○ Poliklinische controle verpleegkundige.		
○ Medicijnkaartje.		
○ Ontslagbrief voor huisarts.	....	....
○ Recepten voor apotheek.	....	....
○ Zo nodig trombosedienst.		
De verpleegkundige checkt of de hartrevalidatie is geregeld.	....	....
		
		
		
		
		

Datum: maart 2009.

Auteur: W. Stouten, afdeling E3, Autorisator: J. ten Berg, Cardioloog