



2014-
2015

LITERATUURSTUDIE: INFORMATIEVERSTREKKING AAN CABG-PATIËNTEN

Naam Student:	Julie Thijssen
Studentnummer:	1018639
Onderwijsinstelling:	Zuyd Hogeschool Heerlen
Faculteit:	Gezondheid en Zorg
Opleiding:	HBO-Verpleegkunde
Klas:	VO 404
Stageplek:	Laurentius Ziekenhuis Roermond afdeling A1: Cardiologie
Uitstroomprofiel:	Algemene GezondheidsZorg (AGZ)
Kwalificatiegebied:	Primair proces
Docentbegeleider:	René Douma
Praktijk coördinator:	Anique de Leeuw
Werkbegeleiders:	Anke Lamkin en Liesbeth van Lierop
Versie:	22-9-2014

Voorwoord

Voor u ligt de literatuurstudie die is uitgevoerd in het kader van differentiatie 3 van het verdiepingsjaar van de opleiding hbo-verpleegkunde aan Zuyd Hogeschool te Heerlen. Gedurende het verdiepingsjaar staat het implementatietraject centraal, waarin de kwaliteit van zorg rondom een zelfgekozen onderwerp zal worden verbeterd.

Deze literatuurstudie dient uitgevoerd te worden om de wenselijke situatie ten aanzien van dit implementatietraject in kaart te kunnen brengen. Tijdens het verdiepingsjaar zal ik stage lopen op de verpleegafdeling Cardiologie van het Laurentius Ziekenhuis te Roermond. Mijn implementatietraject heeft betrekking op het verbeteren van de informatieverstrekking door verpleegkundigen ten aanzien van patiënten die een Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) dienen te ondergaan.

Ik wil werkbegeleider Anke Lamkin en praktijk coördinator Anique de Leeuw bedanken voor het meedenken over de invulling van deze literatuurstudie en het beoordelen ervan. Verder wil ik de docentbegeleider, René Douma, en mijn peer-assessor en klasgenoten bedanken voor het beoordelen en het meedenken over de opzet en inhoud van deze literatuurstudie. Deze personen hebben mij de juiste handvaten gegeven om het eindproduct zo duidelijk en correct mogelijk op te kunnen stellen.

Samenvatting

Informatieverstrekking is een belangrijke taak van verpleegkundigen. Het verstrekken van informatie is van invloed op zelfmanagement en therapietrouw van patiënten. Echter blijkt dat patiënten niet geheel tevreden zijn over de informatieverstrekking op cardiologische afdelingen binnen Nederland.

In deze literatuurstudie is een antwoord geformuleerd op de hoofdvraag: 'Wat is de meest effectieve vorm en inhoud om patiënten voor te bereiden op een 'Coronary Artery Bypass Grafting' (CABG) om op die manier de therapietrouw en het zelfmanagement te bevorderen, waardoor complicaties kunnen worden voorkomen en het postoperatief herstel wordt bevorderd?' Deze hoofdvraag zal beantwoord worden aan de hand van de deelvragen: 'Hoe verloopt informatieverwerking?' 'Wat zijn soorten informatie?' 'Wat zijn voordelen van schriftelijke en/of mondelinge informatieverstrekking, op welke wijze wordt een patiënt het effectiefst geïnformeerd voorafgaand aan een CABG?' 'Wat is het effect van kwalitatief goede informatieverstrekking op latere revalidatie, therapietrouw en zelfmanagement, bij patiënten met ernstige levensbedreigende coronaire vernauwingen?' 'Welke informatie dient er, volgens de evidence based literatuur, verstrekt te worden bij een CABG, pre- en/of postoperatief?' Er werd gebruik gemaakt van conceptuele en wetenschappelijke literatuur. De databanken die zijn geraadpleegd zijn: PubMed, Cochrane, SpringerLink en Google Scholar. Verder werd er gebruik gemaakt van twee richtlijnen, die werden geraadpleegd via Google. Tenslotte is er ook conceptuele literatuur gebruikt, namelijk de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) en de Nursing Intervention Classification (NIC).

Complete informatieverstrekking heeft een positieve invloed op de therapietrouw en het zelfmanagement van patiënten. Verpleegkundigen dienen aandacht te hebben voor recall van informatie. De verpleegkundige dient zowel de patiënt als de mantelzorger of naaste(n) preoperatief te informeren over oorzaken en risicofactoren van vernauwde coronair arteriën, wat er tijdens een CABG gebeurt, risico's en complicaties van de operatie dienen te worden vermeld evenals voorlichting ten aanzien van het lichamelijke, psychische en sociale aspect. Tenslotte wordt er, aan de hand van het schema van de 5 A's of met het model van Prochaska en DiClemente, voorlichting met betrekking tot risicogedrag gegeven.

Aan de praktijk wordt aanbevolen dat de zorgverlener de voorlichting afstemt op het referentiekader van de patiënt, aandacht heeft voor het relationele aspect, rekening houdt met 'recall' van informatie, gewenste omgevingsfactoren door de patiënt zelf laat bepalen en bovendien de mantelzorger betreft bij de informatieverstrekking.

Summary

Spreading information is an important task of a nurse. The distribution of information has influence on the self-management and therapy adherence of patients. However it seems that patients are not fully satisfied about the distribution of information in cardiology-departments in Dutch hospitals.

In this literature study an answer is formulated based on the main question: "What is the most effective form to prepare patients for a Coronary Artery Bypass Grafting, and in that way to improve self-management and therapy adherence, thus preventing complications and improving the post-surgery process?" This main question can be answered by the following sub-questions: "Is the distribution of information successful?"; "What kind of information is spreaded?"; "What are the advantages of written information and/or oral distribution of information, in which way does a patient get the most efficient information about CABG?"; "What's the effect of a high quality information distribution during revalidation, self-management and therapy adherence, on patients with a life threatening coronary diseases?"; "What information, based on evidence literature, is needed at a CABG, pre and/or post-surgery?"

Conceptual and scientific literature was used. The following databases were used: Pubmed, Cochrane, SpringerLink and Google Scholar. With the help of Google two kinds of guidelines were used. Eventually conventional literature was also used, like the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) and the Nursing Intervention Classification (NIC).

Complete distribution of information has a positive influence on the faith of therapy and the self-management of patients. Nurses have to spend attention to the recall of information. A nurse has to inform the patient and their relatives before surgery about the causes and risks of a constricted coronary artery, what happens during a CABG, risks and complications of a surgery has to be told just like awareness about physical, psychological and the social aspect. Based on the scheme of 5 A's or the model of Prochaska and DiClemente, eventually information about risk behavior is distributed.

In practice it is recommended that the nurses make sure the information distribution is coupled to the references of the patient, pays attention to the relational aspect, makes sure the recall of information won't occur and makes sure the patient may decide their own desires during the distribution of information.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	1
Samenvatting	2
Summary.....	3
Inleiding.....	6
Hoofdstuk 1: Het belang van complete informatieverstrekking.....	8
1.1 Methode.....	8
1.2 De invloed van complete informatieverstrekking op de therapietrouw van patiënten. ...	8
1.3 De invloed van complete informatieverstrekking op het zelfmanagement van patiënten.	9
1.4 Conclusie.....	10
Hoofdstuk 2: Voorwaarden voor- en principes ten aanzien van effectieve voorlichting	11
2.1 Methode.....	11
2.2 Voorwaarden voor effectieve voorlichting.....	11
2.2.1 Afstemming voorlichting op referentiekader	11
2.2.2 Afstemming voorlichting tussen de disciplines	13
2.2.3 Aandacht voor het relationele aspect.....	13
2.3 Onthouden van informatie.....	13
2.4 Soorten informatie.....	14
2.4.1 Praktische informatie	14
2.4.2 Medisch technische of verpleegtechnische informatie	14
2.4.3 Belevingsinformatie	14
2.5 Omgevingsfactoren.....	14
2.6 Conclusie	15
Hoofdstuk 3: Inhoud van informatieverstrekking	16
3.1 Methode.....	16
3.2 Preoperatieve voorlichting.....	16
3.3 Oorzaken en risicofactoren van vernauwde coronair arteriën.....	17
3.4 Wat is een Coronary Artery Bypass Grafting?.....	18
3.5 Eventuele risico's en complicaties.....	19

3.6 Voorlichting met betrekking tot het lichamelijke, psychische en sociale herstel	19
3.6.1 Het lichamelijke aspect	20
3.7 Voorlichting met betrekking tot risicogedrag	22
3.7.1 Stoppen met roken	23
3.7.2 Lichamelijke activiteit	23
3.7.3 Alcoholgebruik	24
3.7.4 Voedingsgewoonten	24
3.7.5 Gewichtsreductie	25
3.7.5 Medicatietrouw	25
3.8 Conclusie	26
Hoofdstuk 4: Nabeschuiving	28
4.1 Conclusie	28
4.2 Discussie	28
4.3 Aanbevelingen	29
Literatuurlijst	30
Bijlage	34
1. Zoekstrategie	34
2. Reflectie a.d.h.v. START-methode	41
3. Voorstel literatuurstudie	45
4. Figuren	48
5. Feedback peer-assessor	49
6. Feedback werkbegeleiders / praktijk coördinator	49
7. Feedback docentbegeleider	49

Inleiding

In 2012 vonden er 374.724 ziekenhuisopnamen plaats wegens hart- en vaatziekten. In totaal hebben in 2012 in Nederland 17.293 openhartoperaties plaatsgevonden (Vaartjes, Koopman, van Dis, Visseren & Bots, 2013). Van alle openhartoperaties betrof 65% een Coronary Artery Bypass Grafting (CABG). Informatieverstrekking is een belangrijke taak van verpleegkundigen. Uit de managementsamenvatting CQI ziekenhuisopname 2014 in Nederland blijkt dat patiënten niet geheel tevreden zijn over de informatieverstrekking op cardiologische verpleegafdelingen binnen Nederland (Batterink & Nijhof, 2014). Bij het specialisme cardiologie wordt de uitleg bij behandeling en de communicatie rond medicatie slechter ervaren dan gemiddeld bij andere specialismen (Batterink & Nijhof, 2014). Zelfmanagement en therapietrouw spelen een grote rol bij de secundaire preventie van hart- en vaatziekten. Een recent literatuuronderzoek laat zien dat patiënten van een goed communicerende zorgverlener een 19% lager risico hebben om therapieontrouw te worden (van Dulmen, van Weert & Jansen, 2011).

Bovenstaande probleemstelling heeft geleid tot de hoofdvraag: 'Wat is de meest effectieve vorm en inhoud om patiënten voor te bereiden op een 'Coronary Artery Bypass Grafting' (CABG) om op die manier de therapietrouw en het zelfmanagement te bevorderen, waardoor complicaties kunnen worden voorkomen en het postoperatief herstel wordt bevorderd?' Deze hoofdvraag zal beantwoord worden aan de hand van de deelvragen: 'Hoe verloopt informatieverwerking?' 'Wat zijn soorten informatie?' 'Wat zijn voordelen van schriftelijke en/of mondelinge informatieverstrekking, op welke wijze wordt een patiënt het effectiefst geïnformeerd voorafgaand aan een CABG?' 'Wat is het effect van kwalitatief goede informatieverstrekking op latere revalidatie, therapietrouw en zelfmanagement, bij patiënten met ernstige levensbedreigende coronaire vernauwingen?' 'Welke informatie dient er, volgens de evidence based literatuur, verstrekt te worden bij een CABG, pre- en/of postoperatief?'

Deze literatuurstudie is opgesteld aan de hand van conceptuele en wetenschappelijke literatuur. De databanken die zijn geraadpleegd zijn: PubMed, Cochrane, SpringerLink en Google Scholar. Verder werd er gebruik gemaakt van twee richtlijnen, die werden geraadpleegd via Google. Tenslotte is ook conceptuele literatuur gebruikt, namelijk de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) en de Nursing Intervention Classification (NIC).

In hoofdstuk één zal het belang van complete informatieverstrekking worden uitgewerkt.

Vervolgens wordt er in hoofdstuk twee aandacht besteed aan voorwaarden voor- en principes ten aanzien van effectieve voorlichting. Hoofdstuk drie staat in het teken van de inhoud van informatieverstrekking. Tenslotte is in hoofdstuk vier de nabeschouwing te vinden, inclusief conclusie, discussie en aanbevelingen.

Hoofdstuk 1: Het belang van complete informatieverstrekking

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het belang van complete informatieverstrekking. Door middel van het schrijven van dit hoofdstuk, wordt antwoord gegeven op de deelvraag: 'Wat is het belang van complete informatieverstrekking?'. In paragraaf 1.1 wordt ingegaan op het effect op de therapietrouw van patiënten. In paragraaf 1.2 wordt ingegaan op het effect op het zelfmanagement van patiënten. Uiteindelijk wordt er een conclusie geformuleerd.

1.1 Methode

Dit hoofdstuk werd aan de hand van wetenschappelijke en conceptuele literatuur vorm gegeven. Bij het zoeken naar wetenschappelijke literatuur in de databanken PubMed, Cochrane en Google Scholar werden de volgende zoektermen gebruikt: 'nurse', 'therapy adherence', 'medication adherence', 'patiënt teaching/education', 'self management', 'shared decision making' en 'patiënt centered care'. Hierbij werden de volgende inclusiecriteria gebruikt: < 10 years en humans. De volgende Nederlandse zoektermen werden gebruikt bij het zoeken naar wetenschappelijke bronnen in SpringerLink: 'verpleegkundige', 'therapietrouw', 'medicatietrouw', 'patiëntenvoorlichting', 'zelfmanagement', 'gezamenlijke besluitvorming' en 'patiëntgerichte communicatie'. Ten aanzien van de conceptuele literatuur werd gebruik gemaakt van de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) en de Nursing Intervention Classification (NIC).

1.2 De invloed van complete informatieverstrekking op de therapietrouw van patiënten.

'Therapietrouw is de mate waarin het gebruik van geneesmiddelen, gedragsmatige interventies en het opvolgen van leefregels overeenkomt met wat de behandelaar, in samenspraak met de patiënt, heeft aanbevolen. Wanneer de patiënt zodanig afwijkt van deze aanbevelingen dat dit het beoogde therapeutische resultaat negatief beïnvloedt, is er sprake van therapieontrouw (RIVM, 2013).'

Bulechek, Butcher & McCloskey (2010) omschrijft het begrip therapieontrouw als: 'Gedrag van een betrokken cliënt of verzorger dat niet overeenstemt met een van de tevoren in overleg met individu/familie/gemeenschap opgesteld behandelplan. De betrokkene kan zich partieel of niet helemaal gedragen volgens het plan, waardoor dit klinisch ineffectief of partieel ineffectief kan zijn.'

Aan de kant van de patiënt zijn een aantal factoren gevonden die de mate van therapietrouw in positieve zin beïnvloeden (van Dulmen et al., 2011). Bevorderlijk voor goede therapietrouw zijn: de mate waarin een patiënt gemotiveerd is zijn gedrag te veranderen, het belang dat de patiënt hecht aan het innemen van de medicatie en positieve verwachtingen over de werking ervan (van Dulmen et al., 2011).

Een recent literatuuronderzoek laat zien dat patiënten van een goed communicerende zorgverlener een 19% lager risico hebben om therapieontrouw te worden. Het gemiddeld percentage therapieontrouwe chronische patiënten is 25-50% (van Dulmen et al., 2011). Volgens van Staveren (2014) is het van belang dat er patiëntgerichte communicatie wordt toegepast om medicatietrouw te bevorderen. Patiëntgericht houdt in dat men het perspectief van de patiënt probeert te achterhalen, aandacht heeft voor diens opvattingen over ziekte en behandeling, en de macht en verantwoordelijkheid met de patiënt deelt- als de patiënt dit wil (van Staveren, 2014). De kans dat de patiënt het medicatieadvies opvolgt, wordt groter als er aandacht wordt besteed aan mogelijke misvattingen, expliciet rekening wordt gehouden met de omstandigheden en voorkeuren van de patiënt, relevante en begrijpelijke informatie wordt gegeven, zelf een positieve houding wordt aangenomen tegenover medicatie, en de patiënt actief bij de besluitvorming wordt betrokken (van Staveren, 2014).

De mate waarin patiënten therapietrouw zijn, kan bevorderd worden door middel van het stimuleren van hun eigen verantwoordelijkheid. Dit kan de zorgverlener bereiken door na te gaan of de patiënt over voldoende informatie beschikt. Tevens kan de zorgverlener de therapietrouw van patiënten bevorderen door middel van het geven van voorlichting over het ziekteproces, de medicatie, de voorgeschreven activiteiten of de te ondergane procedure en behandeling. Daarnaast wordt vermeld dat de zorgverlener gezondheidsvoorlichting kan geven (Bulechek et al., 2010). Zarani, Besharat, Sadeghian, & Sarami (2010) laten in de randomized controlled trial blijken dat patiënten die geïnformeerd, gemotiveerd en gezondheidsvoorlichting hebben gehad, significant meer therapietrouw zijn. Wel zijn er duidelijke verschillen zichtbaar wanneer er wordt gekeken naar sociale, economische en demografische factoren (Khanderia et al., 2008). Bovendien blijkt dat wanneer patiënten individueel, in combinatie met mediavorlichting, en er meerdere malen voorlichting wordt gegeven, de therapietrouw significant toeneemt (Fredericks, Ibrahim, & Puri, 2009).

1.3 De invloed van complete informatieverstrekking op het zelfmanagement van patiënten.

Bulechek et al. (2010) en Carpenito en Brinksma (2010) beschrijven zelfmanagement als het reguleren en integreren van een programma in het dagelijks leven ter behandeling van de ziekte en de gevolgen daarvan dat toereikend is voor de gestelde gezondheidsdoelen. Ineffectief zelfmanagement wordt onder andere veroorzaakt door kennistekort, conflicterende overtuigingen ten aanzien van de eigen gezondheid, mispercepties ten aanzien van de ernst van de aandoening en twijfels ten aanzien van het beleid (Carpenito & Brinksma, 2010). Sassen (2014) beschrijft zelfmanagement als de individuele capaciteit van de patiënt om met zijn gezondheidsprobleem, de symptomen en de lichamelijke en psychosociale consequenties van zijn gezondheidsprobleem, om te gaan en zich leefstijlveranderingen

eigen te maken die inherent zijn aan het hebben van het gezondheidsprobleem. Het zelfmanagement van patiënten kan bevorderd worden middels het geven van voorlichting (Lamkin, 2014). Deze voorlichting kan betrekking hebben op het ziekteproces, de voorgeschreven medicatie of de te ondergane procedure en behandeling (Lamkin, 2014). Daarnaast wordt beschreven dat de zorgverlener de patiënt kan ondersteunen bij het proces van zelfverandering door middel van het beoordelen van de kennis en vaardigheden van de patiënt in het licht van de gewenste verandering (Lamkin, 2014). Tevens kan de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt ten aanzien van zijn ziekteproces bevorderd worden door na te gaan of de patiënt over voldoende en correcte informatie beschikt over zijn aandoening. Indien hiaten aanwezig zijn in deze kennis, dient de zorgverlener informatie te verstrekken aan de patiënt (Lamkin, 2014). Daarnaast kan de zorgverlener de patiënt ondersteunen bij de besluitvorming ten aanzien van het beleid. Hiertoe kan zij informatie verstrekken over de mogelijke behandelopties en ten aanzien van standpunten en oplossingen voor de vraagstukken van de patiënt (Bulechek et al., 2010). Doordat de patiënt op deze wijze goed geïnformeerd wordt over zijn situatie en de implicaties hiervan, kan hij participeren in de besluitvorming ten aanzien van het te voeren beleid. Deze gezamenlijke besluitvorming wordt ook wel shared decision making genoemd. Shared decision making leidt tot een hogere mate van zelfmanagement en tevredenheid van de patiënt (Krones et al., 2008).

Uit de randomized controlled trial van McGillion et al. (2008) komt naar voren dat psycho-educatie bij patiënten met angineuze pijnklachten leidt tot significante verbeteringen ten aanzien van het fysiek functioneren, de algehele gezondheid, de frequentie van het optreden van angineuze pijnklachten en de mate van zelfmanagement ten opzichte van patiënten die deze zorg niet ontvangen (Lamkin, 2014).

1.4 Conclusie

Een complete informatieverstrekking heeft een positieve invloed op zowel de therapietrouw als het zelfmanagement van patiënten. De mate waarin patiënten therapietrouw zijn, kan bevorderd worden door middel van het stimuleren van hun eigen verantwoordelijkheid. Dit kan de zorgverlener bereiken door na te gaan of de patiënt over voldoende informatie beschikt. Tevens kan de zorgverlener de therapietrouw van patiënten bevorderen door middel van het geven van voorlichting over het ziekteproces, de medicatie, de voorgeschreven activiteiten of de te ondergane procedure en behandeling. De verpleegkundige speelt een grote rol in het geven van voorlichting, echter dient deze patiëntgerichte voorlichting op een gepaste wijze te verlopen. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de verschillende vormen waarin deze informatieverstrekking kan plaatsvinden.

Hoofdstuk 2: Voorwaarden voor- en principes ten aanzien van effectieve voorlichting

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op voorwaarden voor- en principes ten aanzien van effectieve informatieverstrekking. In paragraaf 2.1 wordt ingegaan op voorwaarden voor effectieve informatie voorlichting. In paragraaf 2.2 wordt het begrip 'onthouden van informatie' uitgewerkt. In paragraaf 2.3 worden verschillende soorten informatie nader uitgewerkt en in paragraaf 2.4 wordt er verder ingegaan op verschillende omgevingsfactoren die een rol spelen bij het geven van voorlichting. Uiteindelijk wordt er een conclusie geformuleerd.

2.1 Methode

Dit hoofdstuk werd aan de hand van wetenschappelijke en conceptuele literatuur opgesteld. Bij het zoeken naar wetenschappelijke literatuur in de databanken PubMed en Cochrane werden de volgende zoektermen gebruikt: 'recall', 'coronary disease', 'elderly' en 'nurse'. Hierbij werden de volgende inclusiecriteria gebruikt: < 10 years en humans. Verder werd er in dit hoofdstuk grotendeels gebruik gemaakt van conceptuele literatuur met betrekking tot 'effectieve voorlichting', 'recall van informatie', 'soorten informatie' en 'omgevingsfactoren'. Bovendien werd in dit hoofdstuk de Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie gebruikt, omdat hier passende informatie in werd vermeld met betrekking tot mantelzorgers en het effect op therapietrouw van patiënten.

2.2 Voorwaarden voor effectieve voorlichting

Er zijn verschillende voorwaarden waaraan effectieve voorlichting dienen te voldoen. Dit zijn afstemming voorlichting op individuele behoeften van de patiënt, afstemming voorlichting tussen disciplines en aandacht voor het rationele aspect.

2.2.1 Afstemming voorlichting op referentiekader

Over het algemeen is het belangrijk dat de communicatie aansluit bij de individuele behoeften van de patiënt en zijn of haar situatie, behoeften, wensen en emoties (van Dulmen et al., 2011). Persoonlijk gemaakte informatie, ofwel getailorde informatie, wordt cognitief beter verwerkt dan algemene informatie

Wil de voorlichting effectief zijn, dan moet deze aansluiten bij het referentiekader van de patiënt. Daarbij spelen twee zaken een belangrijke rol. Namelijk: wat is de copingstrategie van de patiënt? En: Hoe wordt de informatie verwerkt? (ten Have, 2011)

Copingstrategieën

Er zijn twee soorten strategieën te onderscheiden wat betreft omgaan van patiënten met voorlichting: de avoiders en de sensitizers (ten Have, 2011). Van Dulmen et al. (2011) gebruikt de synonieme termen blunters en monitors.

Avoiders (ten Have, 2011) of Blunters/ informatievermijders (van Dulmen et al., 2011):

Dit zijn patiënten die als ze met in hun beleving dreigende situaties worden geconfronteerd, proberen te vermijden om hieraan te denken. Deze patiënten willen/moeten wel geïnformeerd worden, maar gedoseerd of kort van tevoren. Deze patiënten willen lang niet alles zien of horen (ten Have, 2011; van Dulmen et al., 2011).

Sensitizers (ten Have, 2011) of Monitors/ informatiezoekers (van Dulmen et al., 2011):

Dit zijn patiënten die juist zoveel mogelijk informatie willen, om zich zo goed mogelijk op een nieuwe (bedreigende) situatie voor te bereiden. Deze stellen juist veel vragen en luisteren ook zeer goed naar de antwoorden die gegeven worden. Het vraaggedrag van sensitizers wordt vaak ten onrechte geïnterpreteerd als angstgedrag (ten Have, 2011; van Dulmen et al., 2011).

Opnemen van informatie

Iedere patiënt heeft zijn eigen specifieke voorkeur waarop de aangeboden informatie het best verwerkt wordt. Dit kan op drie manieren, namelijk: via het zien, via het gehoor en via het ervaren (ten Have, 2011). Omdat verpleegkundigen niet weten hoe de individuele patiënt de informatie verwerkt, is het belangrijk om bij voorlichting de verschillende zintuigen aan te spreken. Dit wil zeggen dat er niet alleen met schriftelijk materiaal gewerkt dient te worden, maar dat dit ook mondeling toegelicht dient te worden. Bovendien kan in het schriftelijk materiaal datgene wat specifiek van toepassing is op de patiënt, worden onderstreept in de folder (ten Have, 2011; van Dulmen et al., 2011).

Verder is het belangrijk bij het geven van informatie selectief te zijn en prioriteiten te stellen, alert te zijn op sensorische problemen, te voorkomen dat patiënten worden afgeleid door prikkels uit de omgeving, langzaam en duidelijk te praten en medisch taalgebruik te vermijden (van Dulmen et al., 2011; Silverman, Kurtz, & Draper, 2006). Zeker voor oudere of allochtone patiënten is het belangrijk het gesprek in een rustige ruimte te voeren, om informatie te structureren en te groeperen, om 'bruggetjes' te slaan tussen de verschillende onderwerpen en de belangrijkste informatie samen te vatten en te herhalen (van Dulmen et al., 2011).

Om in te kunnen schatten of patiënten de informatie hebben begrepen, kan er als verpleegkundige de volgende vraag worden gesteld: "Kunt u het nog eens in uw eigen woorden vertellen zodat ik weet of ik het duidelijk heb uitgelegd?" (ten Have, 2011, p. 133)

Zo kan de patiënt de verkregen, relevante informatie in zijn eigen woorden samenvatten (van Dulmen et al., 2011).

2.2.2 Afstemming voorlichting tussen de disciplines

Om effectieve voorlichting tot stand te kunnen brengen, is het van belang dat de verschillende disciplines, die bij de zorg van de patiënt betrokken zijn, hun voorlichting op elkaar af hebben gestemd. Verpleegkundigen zijn door hun functie veelvuldig in contact met patiënten en kunnen daardoor als geen ander onduidelijkheden, tegenstrijdigheden en hiaten in de voorlichting aan patiënten signaleren en, indien mogelijk, ook oplossen. (ten Have, 2011)

2.2.3 Aandacht voor het relationele aspect

Ten slotte geldt dat als de verpleegkundige voorlichting geeft aan de patiënt, zij niet alleen bezig is met wat (het inhoudsniveau) zij zegt, maar ook aandacht heeft voor de relationele aspecten tussen haar en de patiënt (ten Have, 2011). Dat wil zeggen dat de verpleegkundige in staat is een vertrouwensrelatie met de patiënt op te bouwen en te onderhouden (ten Have, 2011). Deze vertrouwensrelatie is essentieel.

2.3 Onthouden van informatie

Informatie geven is pas zinvol als de patiënt zoveel mogelijk informatie begrijpt, onthoudt en kan reproduceren (recall) (van Dulmen et al., 2011). Als patiënten adviezen niet begrijpen of herinneren dan is de kans immers klein dat ze deze adviezen ook daadwerkelijk zullen opvolgen. "Recall van informatie is dan ook een voorwaarde voor therapietrouw en daardoor indirect van invloed op zelfmanagement en herstel" (van Dulmen et al., 2011, p. 57). Veel ouderen hebben tekorten in het geheugen voor taken die cognitieve inspanning vereisen, zo dus ook recall (van Dulmen et al., 2011). Verder toont de multicenter study van Rushford et al., (2007) aan dat vrouwen meer moeite hebben met recall van informatie dan mannen. De gemiddelde leeftijd van patiënten die een operatie aan de coronairen ondergingen, is over de periode 1995-2010 toegenomen van 66,9 jaar naar 69,8 jaar voor vrouwen en van 62,4 jaar naar 65,7 jaar voor mannen (Vaartjes et al., 2013). Een andere factor om bij het verstrekken van informatie rekening mee te houden is dat er een limiet lijkt te zijn aan het aantal verschillende onderwerpen dat iemand kan onthouden (van Dulmen et al., 2011). Gemiddeld genomen ligt dit aantal tussen de vijf en de negen onderwerpen (van Dulmen, 2011). Er zijn verschillende manieren om ervoor te zorgen dat de informatie die er wordt gegeven ook daadwerkelijk wordt onthouden. Zo kan men zich zoveel mogelijk beperken tot óf de informatie die het meest belangrijk is om te vertellen, óf de informatie die de patiënt zelf het meest belangrijk vindt om te onthouden. Daarnaast kan er rekening mee worden gehouden dat de patiënt wat als eerste of als laatste wordt verteld, het beste onthoudt. Dit wordt

aangeduid met het primacy (het eerste) respectievelijk het recency (het laatste) effect (van Dulmen et al., 2011).

2.4 Soorten informatie

Er zijn verschillende soorten informatie, namelijk: praktische- , medisch technische- of verpleegtechnische- en belevingsinformatie. Deze zullen nader worden toegelicht.

2.4.1 Praktische informatie

Hierin wordt informatie vermeld over bijvoorbeeld plaats van onderzoek, waar men zich moet melden, wat mee te nemen bij een opname, etc (Maertens & Maris, 2000).

2.4.2 Medisch technische of verpleegtechnische informatie

Hierin wordt informatie vermeld over bijvoorbeeld het verloop van het onderzoek, ziektebeeld of wondverzorging. Voor medisch technische informatie is het vaak onduidelijk voor welk deel de arts en voor welk deel de verpleegkundigen verantwoordelijk zijn. Deze situatie is voor alle partijen vaak frustrerend en het komt de voorlichting aan de patiënt zeker niet ten goede. Daarom is het belangrijk dat hierover duidelijke afspraken worden gemaakt (Maertens & Maris, 2000).

2.4.3 Belevingsinformatie

Belevingsinformatie gaat over datgene wat de patiënt zintuiglijk kan ervaren tijdens en vlak na het onderzoek of een behandeling/ingreep (Maertens & Maris, 2000). Het betreft informatie over pijn, misselijkheid of bijvoorbeeld de onderzoeksruijnte. Er zijn vaak discussies betreffende deze belevingsinformatie, daar patiënten angstig zouden worden door teveel belevingsinformatie. Echter patiënten voelen zich door goede voorinformatie minder afhankelijk, wat ervoor zorgt dat patiënten het gevoel krijgen dat de situatie onder controle is.

Voor de inhoud van al deze soorten informatie geldt dat deze moet aansluiten bij de reeds aanwezige kennis, ervaringen en belevingswereld van de desbetreffende patiënt.

Voorbeelden om bepaalde zaken te verduidelijken moeten voor de persoon herkenbaar en vertrouwd zijn, dan pas spreekt deze informatie aan. Adviezen en richtlijnen moeten concreet, duidelijk en voor de patiënt uitvoerbaar zijn (Maertens & Maris, 2000).

2.5 Omgevingsfactoren

De ruimte waarin een gesprek plaatsvindt, kan de communicatie beïnvloeden. Gebrek aan privacy door de aanwezigheid van anderen of doordat het gesprek voor anderen hoorbaar is, maakt het moeilijk om vrijuit te praten. Ook drukte en geluid zijn belemmerend. De aanwezigheid van een familielid of een vriend kan juist wel of niet helpend zijn. Alleen de patiënt kan dat bepalen (Terra, Mechelen-Gevers, & Burgt, 2010).

Uit een recente systematische review blijkt dat er bij hart- en vaatziekten relatief weinig kwantitatief onderzoek is gedaan naar de rol van mantelzorger, meestal de partner (Molloy, Johnston, & Witham, 2005). Bij 20% van de mantelzorgers van patiënten met hartfalen blijken psychische klachten (waaronder depressieve en angstklachten). Angst, depressie en een gebrek aan ervaren controle bij de partner, met name door een gebrek aan informatie, dragen bij aan spanningen in de relatie, en secundair aan een slechtere kwaliteit van leven voor de patiënt. Bovendien kan gebrek aan informatie ervoor zorgen dat een patiënt minder affiniteit met leefstijlverandering heeft en een lagere therapietrouw vertoont (NVVC/NHS et al., 2011).

Er is uit kwalitatief onderzoek veel bekend over de ervaringen van mantelzorgers van hartpatiënten. Kort na het cardiale incident overheersen angst en onzekerheid (McLean & Timmins, 2007). Daarnaast is er vaak, ondanks informatie van zorgverleners, een gevoel van gebrek aan erkenning door zorgverleners en gebrek aan praktische informatie over hoe om te gaan met de beperkingen van de patiënt (McLean & Timmins, 2007). Negatieve gevolgen die gerapporteerd worden door de partner zijn slaapproblemen, angst en sociaal isolement (McLean & Timmins, 2007 ; NVVC/NHS et al., 2011).

2.6 Conclusie

In dit hoofdstuk werden voorwaarden voor effectieve voorlichting besproken, namelijk: de afstemming van de voorlichting op het referentiekader van de patiënt, het afstemmen van de voorlichting op de disciplines en de aandacht voor het relationele aspect. Informatie geven is pas zinvol als de patiënt zoveel mogelijk informatie begrijpt, onthoudt en kan reproduceren (recall). Veel ouderen en vrouwen hebben moeite met recall van informatie. Verder werd er ingegaan op verschillende soorten informatie, namelijk: praktische -, medisch technische/verpleegtechnische - en belevingsinformatie.

Bovendien kan de ruimte waarin een gesprek plaatsvindt de communicatie beïnvloeden. Ook blijkt dat er weinig kwantitatief onderzoek is gedaan naar de rol van de mantelzorger. Mantelzorgers krijgen te maken met angst en onzekerheid. Daarnaast is er vaak, ondanks informatie van zorgverleners, een gevoel van gebrek aan erkenning door zorgverleners en gebrek aan praktische informatie over hoe om te gaan met de beperkingen van de patiënt. Negatieve gevolgen die gerapporteerd worden door de partner zijn slaapproblemen, angst en sociaal isolement.

In het volgende hoofdstuk komt de inhoud van informatieverstrekking aan bod.

Hoofdstuk 3: Inhoud van informatieverstrekking

Ten aanzien van informatieverstrekking met betrekking tot het CABG geeft de literatuur aan dat er een aantal onderwerpen dienen te worden besproken tijdens de patiëntenvoorlichting. Deze onderwerpen worden achtereenvolgens besproken, namelijk: 3.2 preoperatieve voorlichting, 3.3 oorzaken en risicofactoren van vernauwde coronair arteriën, 3.4 wat is een CABG, 3.5 eventuele risico's en complicaties, 3.6 voorlichting met betrekking tot het lichamelijke, psychische en sociale herstel en 3.7 voorlichting met betrekking tot risicogedrag. De randomized controlled trial van Fredericks (2009) laat zien dat er geen significante verschillen zichtbaar zijn in de resultaten wanneer patiënten pre- of postoperatief voorlichting krijgen.

3.1 Methode

Dit hoofdstuk werd aan de hand van wetenschappelijke en conceptuele literatuur opgesteld. Bij het zoeken naar wetenschappelijke literatuur in de databanken PubMed en Cochrane werden de volgende zoektermen gebruikt: 'patiënt needs', 'hospital', 'nurse', 'preoperative teaching', 'CABG', 'psycho-education', 'coronary disease', 'health education', 'risk behaviour', 'nurse', 'uncertainty', 'coronary artery bypass', 'mental stress', 'patient' en 'communication'. Hierbij werden de volgende inclusiecriteria gebruikt: < 10 years en humans. Verder werd er in hoofdstuk drie gebruik gemaakt van twee richtlijnen, omdat richtlijnen een hoge mate van evidence bevatten. Ook werd de literatuurlijst van deze twee richtlijnen onder de loep genomen om tot meerdere passende bronnen te komen, die de betrouwbaarheid van de literatuurstudie vergroten. Ook werd ervoor gekozen om gebruik te maken van de Nursing Intervention Classification (NIC), omdat deze conceptuele literatuur passende informatie bevatte met betrekking tot preoperatieve voorlichting. Tenslotte werden brochures van de hartstichting gebruikt ter aanvulling op de wetenschappelijke en overige conceptuele literatuur.

3.2 Preoperatieve voorlichting

Uit wetenschappelijk onderzoek van Rosenfeldt et al. (2011) komt naar voren dat preoperatieve angst een voorspelbare factor is van een slecht herstel na cardiale operaties. Toch geven de meeste ondervraagde patiënten aan vrees en angst te kennen voorafgaand aan deze cardiale operatie evenals onzekerheid over de toekomst (Rosenfeldt et al., 2011). Ook is aangetoond dat de functionele en psychologische status van patiënten achteruit gaat wanneer zij lang dienen te wachten op het CABG (Rosenfeldt et al., 2011). Volgens Bulechek et al. (2010) is het van groot belang om preoperatieve voorlichting te geven ter vermindering van o.a. angstgevoelens en ter verbetering van o.a. de coping. Deze voorlichting ziet er als volgt uit:

- deel de patiënt en eventueel de naaste(n) de geplande datum, het tijdstip en de plaats van de operatie mee;
- bespreek met de patiënt dat de operatie 3 á 4 uur gaat duren (Hartstichting, 2013);
- ga na of de patiënt ooit eerder is geopereerd en hoeveel hij/zij reeds weet van de geplande operatie;
- beoordeel in hoeverre de patiënt zich angstig voelt;
- geef de patiënt de gelegenheid vragen te stellen en zijn/haar zorgen te bespreken;
- beschrijf de preoperatieve maatregelen;
- bespreek welke premedicatie de patiënt krijgt, waarom deze wordt toegediend en wat het effect ervan is;
- bespreek mogelijke methoden van pijnbestrijding;
- beschrijf de postoperatieve maatregelen en daarbij gebruikte instrumenten en apparatuur en leg uit wat het doel daarvan is;
- geef de patiënt instructies over de juiste manier om uit bed te komen en laat hem/haar dit zo nodig voordoen;
- geef de patiënt instructies over de juiste techniek om de operatiewond te beschermen, diep in te ademen en te hoesten en laat dit hem/haar zo nodig voordoen;
- bespreek met de patiënt hoe hij/zij zelf kan meewerken in zijn/haar herstel;
- neem al eerder verstrekte informatie, eventueel door andere disciplines, nogmaals met de patiënt door;
- ga na wat de patiënt van de operatie verwacht;
- betrek de familie/significante anderen bij de voorlichting (Bulechek et al., 2010).

Een aantal bovenstaande interventies zullen in de volgende paragrafen nader worden uitgewerkt of benoemd. Onderwerpen ten aanzien van premedicatie en voorlichting ten aanzien van de directe postoperatieve verwachtingen worden niet besproken, daar deze voorlichting aan bod komt in het ziekenhuis waar de patiënt de operatie zal ondergaan. Deze onderwerpen vallen om die reden buiten het bestek van deze literatuurstudie.

3.3 Oorzaken en risicofactoren van vernauwde coronair arteriën

Zoals in bovenstaande interventies van Bulechek et al. (2010) vermeld wordt, dient de verpleegkundige na te gaan hoeveel de patiënt al weet van de geplande operatie en verder is het belangrijk, door het vermelden van de benodigde informatie omtrent anatomie, fysiologie en pathologie, vragen van de patiënt en/of familie te kunnen beantwoorden. Dit geldt ook voor paragraaf 3.4 en 3.5.

Een aantal factoren verhoogt de kans op vernauwing van de coronair arteriën. Deze risicofactoren zijn: hypertensie (systolische bloeddruk (SBD) > 140 mmHg),

hypercholesterolemie (Totaal Cholesterol (TC) > 6,5 mmol/l), diabetes mellitus, reumatoïde artritis (RA), patiënten die al eens hart- en vaatziekten (HVZ) hebben gehad (van Abeelen, 2013), familiale atherosclerose (gedefinieerd als 'een vader, moeder, broer of zus die voor het 65e levensjaar een hartvaatziekte heeft' (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2011, p. 21)), patiënten die 50 jaar of ouder zijn en die roken (van Abeelen, 2013), gebrek aan lichaamsbeweging, te veel verzadigde vetten in de voeding, overgewicht, gebruik van antihypertensiva- of statinegebruik (Hartstichting, 2013). In bijlage 4. Figuren is een figuur 1 een risicotabel te vinden die het 10-jaars risico op ziekte en sterfte door HVZ voor patiënten zonder HVZ laat zien (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2011).

3.4 Wat is een Coronary Artery Bypass Grafting?

In totaal hebben in 2012 in Nederland 17.293 openhartoperaties plaatsgevonden (Vaartjes et al., 2013). Van alle openhartoperaties betrof 65% een CABG. In 2012 vond 78% van deze operaties bij mannen plaats, zij waren gemiddeld 67 jaar oud. De gemiddelde leeftijd bij vrouwen bedroeg 71 jaar (Vaartjes et al., 2013).

Het principe van een bypass- of omleidingsoperatie is wat het woord zegt: er wordt een stukje ader om de vernauwing heen geleid, een sluiproute of overbrugging. Aan de coronair arteriën heet de ingreep een 'coronaire bypass' oftewel een 'Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)'.



Figuur 2. Bypass (Hartstichting, 2013)

Om een bypass aan te leggen, is het meestal nodig om het borstbeen te openen. Soms is de ingreep mogelijk via een kleine opening tussen de ribben (Wassink-Cornelisse, 2003 ; Hartstichting, 2013).

Vaak wordt de slagader die langs de linkerkant van de borstwand loopt gebruikt, de Linker Arteria Mammaria Interna (LIMA). Deze slagader loopt heel dicht bij het hart. Soms wordt de Rechter Arteria Mammaria Interna (RIMA) gebruikt. De borstslagader wordt losgekoppeld en het uiteinde hiervan wordt vastgehecht aan de coronair arterie, vlak na de vernauwing (Hartstichting 2013).

Soms worden gewone aders uit de benen gebruikt. De ader wordt in zijn geheel losgesneden uit het been. Vervolgens wordt deze ader aan de ene kant op de aorta en aan de andere kant op de coronair arterie gehecht. Bij meerdere vernauwingen worden er zowel borstslagaders als aders uit de benen gebruikt. De totale operatie duurt ongeveer 3 tot 4 uur (Hartstichting 2013).

3.5 Eventuele risico's en complicaties

Het CABG is een relatief veilige en succesvolle operatief. 97% van de patiënten heeft na de ingreep een totaal nieuw leven voor zich (Hartstichting, 2013).

Mogelijke complicaties zijn:

- Hartritmestoornissen;
- Hartstilstand;
- Bloeding;
- Nierfunctiestoornissen;
- Longontsteking;
- Maagdarmproblemen;
- Het kan worden genoodzaakt de bloedsomloop of ademhaling tijdelijk te ondersteunen;
- Koorts;
- Borstbeen groeit niet goed vast, dit kan als 'eng' worden ervaren tijdens de ademhaling (Wassink-Cornelisse, 2003);
- Pijnlijke wond waar ader is verwijderd (Hartstichting, 2013).

Complicerende factoren zijn: diabetes mellitus, long- of nierziekten en oudere patiënten.

3.6 Voorlichting met betrekking tot het lichamelijke, psychische en sociale herstel

Uit het wetenschappelijk onderzoek van Koivunen, Isola, & Lukkarinen (2007) blijkt dat patiënten na het CABG behoefte hebben aan effectieve voorlichting ten aanzien van lichamelijke, psychische en sociale revalidatie. Vrouwen hebben meer behoefte aan voorlichting ten opzichte van mannen, omdat vrouwen tijdens het revalidatieproces vaker te maken krijgen met problemen rondom deze aspecten (Koivunen et al., 2007). Hierin wordt eenzaamheid, onveiligheid, onzekerheid, vrees, depressie en angsten geïncorporeerd (Koivunen et al., 2007). Het wetenschappelijk onderzoek van Lie, Bunch, Smeby, Arnesen & Hamilton (2012) laat zien dat patiënten in de twee weken na het CABG onzeker waren en zich druk maakten over wat te verwachten en wat normaal was ten aanzien van postoperatieve pijn, beoordeling en gevoel van het geopereerde gebied, verschillende ervaringen met lichamelijke activiteiten/oefeningen, onzekerheid over medicatie, onzekerheid om weer te gaan werken en ontoereikende informatie tijdens het ontslag uit het ziekenhuis. Na deze twee weken namen deze onzekerheden af en gingen patiënten weer een normaal leven leiden. In deze periode kwamen andere zorgen naar voren, zoals de beslissing om weer auto te gaan rijden en impotentie (Lie et al., 2012).

3.6.1 Het lichamelijke aspect

- De wonden: in principe zijn de operatiewonden allemaal dicht als de patiënt wordt ontslagen uit het ziekenhuis. Wanneer de wond nog wat wondvocht produceert, kan de patiënt dit zelf verzorgen met een steriel gaasje. De patiënt dient geen poeder of zalf te gebruiken (Hartstichting, 2013). Hechtingen worden in de meeste gevallen door de huisarts verwijderd.
- Pijn aan het borstbeen: het borstbeen kan geruime tijd gevoelig blijven. Het kan helpen als patiënten een kussen stevig tegen de borst aan drukken wanneer zij moeten hoesten (Hartstichting, 2013 ; NVVC/NHS et al., 2011).
- Zwelling en koorts: wanneer er een pijnlijke, rode zwelling op de borst zichtbaar is en de patiënt koorts heeft, dient de patiënt direct contact op te nemen met het ziekenhuis (Hartstichting, 2013).
- Pijn in nek, rug, schouders of borst: tijdens de operatie zijn spieren en pezen ontwricht, die normaal worden gebruikt tijdens de dagelijkse bewegingen. Daarom dienen patiënten geen zware dingen te tillen en niet te veel kracht te zetten (Hartstichting, 2013). Patiënten die een CABG hebben ondergaan, krijgen het advies om de eerste 6-8 weken geen maximale krachttraining uit te voeren voor de bovenste extremiteiten, vanwege de consolidatie van het sternum. Wel is men van mening dat bewegingen binnen de pijngrens binnen 6 weken postoperatief gestart kunnen worden (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2011).
- Oedemateuze benen: deze ontstaan, omdat er mogelijk aders uit het been zijn weggenomen en de bloedsomloop er nog aan moet wennen dat bepaalde aders een doodlopende weg zijn. Steunkousen helpen de benen om daaraan te wennen (Hartstichting, 2013).
- Hogere lichaamstemperatuur: een lichte verhoging van de lichaamstemperatuur is normaal, maar wanneer deze boven de 38,5 °C is, dient de patiënt direct contact op te nemen met het ziekenhuis (Hartstichting, 2013).
- Hartritmestoornissen en pijn op de borst: wanneer de hartslag onregelmatig wordt, wanneer het hart ongekend snel klopt of wanneer er een ongekend heftige pijn of druk op de borst optreedt, kan de patiënt drie maal nitroglycerine sublinguaal nemen, maar wanneer de pijn of druk niet afneemt dient de patiënt direct contact op te nemen met het ziekenhuis (Hartstichting, 2013 ; Bulechek et al., 2010).
- Herstel door activiteit: patiënten dienen in het begin de dingen te dienen waarbij zij geen problemen ondervinden. Geleidelijk kan de zwaarte van de inspanningen worden opgevoerd. De patiënt dient zijn grenzen iedere dag af te tasten, maar deze niet te overschrijden (Hartstichting, 2013).

Patiënten die een CABG hebben gehad dienen doorverwezen te worden voor hartrevalidatie. Naar de effecten van hartrevalidatie is veel onderzoek verricht bij patiënten met coronair lijden (NVVC/NHS et al., 2011). In 30 van de 35 randomized controlled trials trad een significante verbetering van het inspanningsvermogen op na fysieke training (NVVC/NHS et al., 2011). In verschillende randomized controlled trials is bovendien aangetoond dat hartrevalidatieprogramma's met fysieke training resulteren in een lagere totale sterfte en een lagere sterfte ten gevolge van cardiovasculaire ziekten (NVVC/NHS et al., 2011).

De hartrevalidatie is gericht op een aantal lichamelijke doelen, namelijk: het leren kennen van eigen fysieke grenzen, het leren omgaan met fysieke beperkingen, optimalisering van het inspanningsvermogen en de overwinning van de angst voor inspanning. Verder wordt er tijdens de hartrevalidatie aandacht besteed aan ontspanningstherapie (NVVC/NHS et al., 2011). Het effect van ontspanningsinstructie op de hartslag is onderzocht in 8 studies. In zeven studies daalde de hartslag. De daling kon berekend worden met de gegevens van 5 studies en bedroeg 3 à 4 slagen per minuut (NVVC/NHS et al., 2011).

3.6.2 Het psychische aspect

Het doormaken van een cardiaal incident is een ingrijpende levensgebeurtenis waardoor de patiënt zich op fysiek en mentaal vlak moet aanpassen aan een nieuwe situatie. Patiënten krijgen te maken met een verwerkingsproces. Dit kan in drie fasen verdeeld worden (van Erp, Hinnen, & Sanderman, 2006):

- Streven naar herstel en minimaliseren van gevolgen;
- Herkennen en erkennen van blijvende gevolgen;
- Aanpassen aan blijvende gevolgen.

Aanpassingen aan de nieuwe situatie gaan vaak gepaard met psychische problemen (NVVC/NHS et al., 2011). Uit een grote interventiestudie is gebleken dat over één jaar tijd gemeten 72% van de patiënten last heeft van psychische problemen. Wanneer patiënten dit zelf merken, kunnen zij contact opnemen met de huisarts, een maatschappelijk werker of een psycholoog, maar zorgprofessionals dienen hoe dan ook aandacht te hebben voor symptomen ten aanzien van een verstoord emotioneel evenwicht (NVVC/NHS et al., 2011 ; Hartstichting, 2013). Het grootste deel (20-70% van de patiënten die in aanmerking komen voor hartrevalidatie) heeft last van een lichte mate van psychische symptomen, ofwel verstoord emotioneel evenwicht. Bij een kleinere groep is er sprake van een ernstigere mate van psychische symptomen, hierbij gaat het om symptomen van depressie en/of angst (NVVC/NHS et al., 2011).

Voor cardiale patiënten met depressieve symptomen is er een slechtere therapietrouw voor medicatie, adviezen van zorgprofessionals en hartrevalidatie aangetoond in vergelijking met

patiënten zonder depressieve symptomen. Een recente meta-analyse van Roest, Martens, Denollet, & de Jonge (2010) laat zien dat angst na een hartinfarct leidt tot zowel een verhoogde algehele mortaliteit, als cardiale mortaliteit (NVVC/NHS et al., 2011).

3.6.3 Het sociale aspect

Hartziekten en andere chronische aandoeningen hebben niet alleen gevolgen voor de patiënt, maar ook voor de betrokkenen die binnen relatie, gezin en/of sociale omgeving en werk met de gevolgen van de aandoening voor de patiënt te maken krijgen. Dit houdt ook in dat de patiënt en het sociale netwerk van de patiënt zich moet aanpassen aan een andere rolverdeling met betrekking tot taken en verantwoordelijkheden. Voor de patiënt gaat het hierbij vaak om een grotere afhankelijkheid en voor het sociale netwerk om meer verantwoordelijkheden (NVVC/NHS et al., 2011). Weinig sociale steun verlaagt de therapietrouw, verhoogt de kans op depressie en verlaagt de kwaliteit van leven (Luttik, Jaarsma, Veeger, & van Veldhuisen, 2006). Ook verhoogt weinig sociale steun de cardiale morbiditeit en mortaliteit (NVVC/NHS et al., 2011). Het effect op mantelzorgers van de patiënt werd reeds besproken in paragraaf 2.4.

In de brochure van de Hartstichting (2013) wordt verder aandacht besteed aan seksualiteit. Patiënten en hun naasten krijgen vaak te maken met gevoelens rondom seksualiteit, namelijk angst, schaamte, verdriet en boosheid. Deze gevoelens kunnen beter niet onderdrukt worden. Problemen rondom seksualiteit kunnen veroorzaakt worden door medicatie. Bètablokkers kunnen bij mannen namelijk erectieproblemen veroorzaken en bij vrouwen kunnen zij ervoor zorgen dat de vagina droog wordt (Hartstichting, 2013).

In het latere revalidatieproces besteedt de hartrevalidatie ook aandacht aan arbeidsre-integratie. Uit buitenlands onderzoek blijkt dat patiënten na een CABG gemiddeld twee maanden verzuimen (NVVC/NHS et al., 2011).

3.7 Voorlichting met betrekking tot risicogedrag

In de Europese richtlijn wordt het schema van de 5 A's aanbevolen, waarmee een patiënt kan worden ondersteund bij het streven naar een gezonde leefstijl, bijvoorbeeld stoppen met roken (Graham et al., 2007) :

- Ask: Vraag regelmatig en systematisch naar het huidige gedrag.
- Assess: Bepaal de mate van 'verslaving' en de bereidheid om tot gedragsverandering te komen.
- Advise: Adviseer krachtig om tot gedragsverandering te komen.
- Assist: Assisteer waar mogelijk door middel van verwijzingen, ondersteunende therapie of medicamenteuze interventie.
- Arrange: Tref voorwaarden voor terugvalpreventie en maak follow-up afspraken.

Een ander, nog steeds veelgebruikt, model is het model van Prochaska en DiClemente (1983). In dit proces zijn vijf fasen te onderscheiden: een precontemplatiefase (nog geen neiging om te veranderen), een contemplatiefase (nadenken over eventuele verandering), een voorbereidingsfase (actief een verandering voorbereiden), een actiefase (waarin veranderingen worden doorgevoerd) en een gedragsbehoudsfase (waarin het veranderde gedrag blijvend volgehouden wordt).

3.7.1 Stoppen met roken

Een Nederlands onderzoek liet zien dat 26% van de patiënten met een coronaire hartziekte rookt. In Nederland is 35,7% blijven roken na hun eerste event (Nederlands Huisartsen Genootschap et al., 2011). Afhankelijk van het geslacht en het type hart en vaatziekten lopen rokers een 2 tot 4 keer zo hoog risico als niet-rokers. In sommige onderzoeken wordt gesuggereerd dat het ongeveer 5 tot 10 jaar duurt voordat het risico op hart- en vaatziekten op hetzelfde niveau ligt als bij personen die nooit hebben gerookt (Nederlands Huisartsen Genootschap et al., 2011). In een meta-analyse naar stoppen met roken bij patiënten met hart- en vaatziekten werd een reductie gezien in mortaliteit die onafhankelijk was van leeftijd, geslacht en type hart- en vaatziekten (Critchley & Capewell, 2004). Er bestaan verschillende interventies gericht op stoppen met roken, namelijk: het advies van een arts, de minimale interventiestrategie (het benoemen van de vijf A's) en intensieve interventies (NVVC/NHS et al., 2011).

3.7.2 Lichamelijke activiteit

Regelmatige lichamelijke activiteit beïnvloedt het risico op hart- en vaatziekten niet alleen rechtstreeks, maar ook door bloeddrukdaling, cholesterolverlaging (LDL) en verhoging van het HDL-gehalte (Nederlands Huisartsen Genootschap et al., 2011). Hierdoor vertraagd de ontwikkeling van plaques en wordt het risico op trombose verminderd. Anderzijds is ook een rol weggelegd voor directe effecten, zoals een intensievere doorbloeding van de coronaria, een verbeterde metabole capaciteit en een verlaagde kans op ventrikelfibrilleren (NVVC/NHS et al., 2011). Naast het risico van hart- en vaatziekten verlaagt meer lichaamsbeweging ook de kans op andere chronische ziekten zoals diabetes, obesitas, osteoporose en sommige vormen van kanker (NVVC/NHS et al., 2011). Het gezondheidsbevorderende effect van bewegen kan al worden behaald door ten minste 200 kilocalorieën per dag te verbruiken met middelzware lichamelijke activiteit. Dit wordt bereikt door bijvoorbeeld 30 minuten te fietsen (16 km/ uur), stevig te wandelen (5 km/uur) of te tuinieren (Graham et al., 2007 ; Nederlands Huisartsen Genootschap et al., 2011). De in 1998 opgestelde Nederlandse norm voor gezond bewegen is iets specifiek en adviseert om minimaal 5 dagen per week 30 minuten per dag matig intensief te bewegen. Activiteiten

die gemakkelijk ingebouwd kunnen worden in het dagelijks leven hebben de grootste kans om tot blijvende toename van lichamelijke activiteit te leiden (Nederlands Huisartsen Genootschap et al., 2011).

Het gezondheidsbevorderende effect van regelmatige lichamelijke activiteit is het grootst bij patiënten met een hoog risico, zoals patiënten met doorgemaakte hart- en vaatziekten. Patiënten met hart- en vaatziekten die weinig lichamelijk actief zijn, hebben echter een licht verhoogd risico op een hartinfarct of plotselinge sterfte wanneer ze intensief gaan bewegen (Nederlands Huisartsen Genootschap et al., 2011).

Patiënten en partners kunnen tevens gewezen worden op plaatselijke verenigingen voor hartpatiënten, zoals Hart-in-Beweging en Federatie Hartzorg (NVVC/NHS et al., 2011).

3.7.3 Alcoholgebruik

Matig alcoholgebruik kan het HDL-gehalte verhogen en bovendien heeft het een gunstig effect op de stollingsfactoren (NVVC/NHS et al., 2011), waardoor het risico op hart- en vaatziekten wordt verlaagd. Echter, meer dan 2 dan wel 3 consumpties per dag voor vrouwen respectievelijk mannen is schadelijk en verhoogt onder andere het risico op een verhoogde bloeddruk (Nederlands Huisartsen Genootschap et al., 2011). Voor vrouwen wordt maximaal één glas alcoholische drank per dag aanbevolen en voor mannen maximaal twee glazen per dag (Gezondheidsraad, 2006).

3.7.4 Voedingsgewoonten

Voeding beïnvloedt het risico van hart- en vaatziekten via meerdere factoren, zoals de hoogte van de verschillende vetgehalten in het bloed, overgewicht, insulineresistentie, de oxidatie van het LDL-cholesterol, de bloeddruk, de homocysteïnespiegel en de bloedstolling. Daarom is het belangrijk een aantal voedingsrichtlijnen voor patiënten aan te houden (NVVC/NHS et al., 2011).

- Zorg voor evenwicht tussen energie-inname en energieverbruik.
- Gebruik minder dan 10 energieprocenten verzadigd vet en minder dan één energieprocent transvet. Transvetten verhogen het LDL-cholesterol en verlagen het HDL-cholesterol);
- Een minstens één tot twee maal per week (vette) vis. Een recente meta-analyse schatte dat interventies met n-3 vetzuren (de vetzuren in vette vis) het percentage niet-fatale myocardinfarcten kan verminderen met 20%, de cardiale sterfte met 30% en de acute hartsterfte met 30%;
- Eet per dag minstens 200 gram groente en twee porties fruit. Groenten en fruit hebben een beschermend effect op cardiovasculaire ziekte en sterfte. Dit effect kan

mogelijk verklaard worden door bekende voedingsstoffen uit groente en fruit, zoals kalium, antioxidanten, foliumzuur en vezels;

- Beperk het zoutgebruik. Er bestaat namelijk een sterk verband tussen bloeddruk en cardiovasculair risico. Verschillende meta-analyses tonen aan dat het mogelijk is om door zoutbeperking de bloeddruk te laten dalen (NVVC/NHS et al., 2011).

De belangrijkste redenen voor mensen om ondanks de voordelen voor de gezondheid het voedingsgedrag niet te veranderen, zijn:

- de vrees dat het nieuwe voedingsgedrag minder bevalt;
- de misvatting dat ze al volgens de aanbevelingen eten;
- de verwarring die veroorzaakt wordt door tegenstrijdige voedingsadviezen (NVVC/NHS et al., 2011).

3.7.5 Gewichtsreductie

Gewichtsreductie heeft effect op diverse risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Zo toonde een meta-analyse aan dat het HDL-cholesterol toeneemt bij afname in lichaamsgewicht (Nederlands Huisartsen Genootschap et al., 2011). Daarnaast toonde een review aan dat gewichtsverlies leidt tot bloeddrukdaling (Nederlands Huisartsen Genootschap et al., 2011). Ondanks de hoge prevalentie van overgewicht (79%) en obesitas (28%) onder patiënten met manifeste hart- en vaatziekten krijgt slechts 36% van deze patiënten het advies om af te vallen. Er zijn bij de bestrijding van overgewicht en obesitas drie simpele aandachtspunten voor de betrokken hulpverleners te onderscheiden (NVVC/NHS et al., 2011):

- Het voorkomen van gewichtstoename bij patiënten met een normaal gewicht.
- Het nadrukkelijk adviseren van gewichtsvermindering aan alle patiënten met een Body Mass Index (BMI) tussen de 25 en 30 kg/m², of aan alle mannelijke patiënten met een middelomtrek tussen de 94 en 102 cm en alle vrouwelijke patiënten met een middelomtrek tussen de 80 en 88 cm.
- Het in behandeling nemen of doorverwijzen van alle patiënten met een BMI groter dan 30 kg/m², of alle mannelijke patiënten met een middelomtrek van meer dan 102 cm en alle vrouwelijke patiënten met een middelomtrek van meer dan 88 cm.

3.7.5 Medicatietrouw

Uit het wetenschappelijk onderzoek van Krannich et al. (2009) komt naar voren dat patiënten na het CABG het liefst informatie ontvangen over het correct gebruik van medicatie. Uit het wetenschappelijk onderzoek van Lie et al. (2012) komt ook naar voren dat patiënten vlak na de operatie onzeker zijn over de voorgeschreven ontslagmedicatie en hier graag meer gedetailleerde informatie over zouden ontvangen (Krannich et al., 2009; Lie et al., 2012).

Het is moeilijk om betrouwbare en exacte cijfers te krijgen over therapietrouw. Bij het gebruik van antihypertensiva en cholesterolverlagers ligt de therapietrouw respectievelijk rond de 60 en 80% (NVVC/NHS et al., 2011). In het eerste jaar van behandeling staken tussen de 16 en 50% van de patiënten hun behandeling. Het niet trouw innemen van bètablokkers verviervoudigt de relatieve kans op chronische hartziekten (NVVC/NHS et al., 2011).

Korte medicatie-informatie voor patiënten:

Bètablokkers vertragen de hartslag en zorgen voor bloeddrukdaling. Daardoor heeft het hart minder zuurstof nodig en treedt pijn op de borst minder vaak op. Enkele voorbeelden zijn: propranolol, metoprolol en atenolol (Hartstichting, 2013).

Nitraten maken de coronair arteriën wijder zodat er meer zuurstof bij het hart kan komen. Tabletjes voor onder de tong en de mondspray (nitroglycerine) werken zeer snel. Binnen één minuut is de pijn op de borst verdwenen. Een eventuele bijwerking is hoofdpijn. Enkele voorbeelden zijn: isosorbidemononitrat, isosorbidenitrat en nitroglycerine spray (Hartstichting, 2013).

Calciumantagonisten maken de coronair arteriën ook wijder, zodat er meer zuurstof bij de hartspier kan komen. Een bijwerking is oedemateuze enkels. Enkele voorbeelden zijn: nifedipine, verapamil en diltiazem (Hartstichting, 2013).

Plaatjesremmers en antistollingsmiddelen voorkomen dat er trombussen ontstaan. Een voorbeeld van een plaatjesremmer is acetylsalicylzuur. Bij gebruik van antistollingsmiddelen staat de patiënt onder controle van de trombosedienst. De patiënt krijgt steeds een nieuw schema voor inname van de antistollingsmiddelen. Wanneer een patiënt wordt geregistreerd bij de trombosedienst, krijgt de patiënt een folder aangereikt, met alle informatie die hij/zij nodig heeft (Hartstichting, 2013).

Cholesterolverlagende medicijnen verlagen het LDL-cholesterol (slechte cholesterol) en verhogen het HDL-cholesterol (goede cholesterol). Enkele voorbeelden zijn: simvastatine, fluvastatine en pravastatine (Hartstichting, 2013).

3.8 Conclusie

De Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie (NVVC/NHS et al., 2011) en de Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (Nederlands Huisartsen Genootschap et al., 2011) omschrijven hoe de informatieverstrekking er inhoudelijk uit dient te zien.

Informatieverstrekking naar patiënten die een CABG dienen te ondergaan, dient een aantal zaken te bevatten, namelijk informatie rondom:

- preoperatieve voorlichting;
- oorzaken en risicofactoren van vernauwde coronair arteriën;

- het CABG;
- risico's en complicaties;
- het lichamelijke, psychische en sociale aspect;
- risicogedrag, zoals: stoppen met roken, lichamelijke activiteit, alcoholgebruik, voedingsgewoonten, gewichtsreductie en medicatietrouw.

Hoofdstuk 4: Nabeschouwing

In de conclusie zal een antwoord geformuleerd worden op de hoofdvraag: “Wat is de meest effectieve vorm en inhoud om patiënten voor te bereiden op een ‘Coronary Artery Bypass Grafting’ (CABG) om op die manier de therapietrouw en het zelfmanagement te bevorderen, waardoor complicaties kunnen worden voorkomen en het postoperatief herstel wordt bevorderd?” In de discussie zal de geraadpleegde literatuur vervolgens bediscussieerd worden. Als laatste zullen er aanbevelingen geformuleerd worden.

4.1 Conclusie

Betreffende de vorm van informatieverstrekking dienen verpleegkundigen kennis te hebben ten aanzien van het positieve effect van complete informatieverstrekking op de therapietrouw en het zelfmanagement van patiënten. Verder is het van belang dat er rekening wordt gehouden met het referentiekader van de patiënt. De informatie dient verder afgestemd te worden tussen de verschillende disciplines die bij de behandeling van de desbetreffende patiënt betrokken zijn en ook dient er aandacht te zijn voor het relationele aspect en het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen de verpleegkundige en de patiënt.

Verpleegkundigen dienen er rekening mee te houden dat ouderen, en vooral vrouwelijke patiënten meer moeite hebben met ‘recall’ van informatie. Bovendien kan de patiënt zelf het beste aangeven met welke omgevingsfactoren de informatieverstrekking het effectiefst plaats kan vinden. Ten aanzien van de mantelzorgers is het van groot belang deze te betrekken bij de informatieverstrekking en aandacht te hebben voor praktische informatie. Betreffende de inhoud van informatieverstrekking dienen een aantal punten te worden behandeld. De verpleegkundige dient zowel de patiënt als de mantelzorger of naaste(n) preoperatief te informeren. Verder is het van belang dat er aandacht wordt besteed aan oorzaken en risicofactoren van vernauwde coronair arteriën, wat er tijdens een CABG gebeurt, risico's en complicaties van de operatie dienen te worden vermeld evenals voorlichting ten aanzien van het lichamelijke, psychische en sociale aspect. Als laatste, maar tevens het meest belangrijke in de informatieverstrekking, betreft voorlichting met betrekking tot risicogedrag. Deze voorlichting kan het effectiefst worden gegeven aan de hand van een model, bijvoorbeeld het schema van de 5 A's (Ask, Assess, Advice, Assist en Arrange) of het model van Prochaska en DiClemente. Voorlichting met betrekking tot risicogedrag is gericht op: stoppen met roken, lichamelijke activiteit, alcoholgebruik, voedingsgewoonten, gewichtsreductie en medicatietrouw.

4.2 Discussie

Bij de zoekstrategie naar relevante wetenschappelijke artikelen werd gebruik gemaakt van de databanken PubMed, Cochrane, Springerlink en Google Scholar. Door gebruik te maken

van verschillende databanken werd getracht zoveel mogelijk verschillende literatuur te verzamelen, wat de betrouwbaarheid van de zoekstrategie vergroot. Bij het zoeken op PubMed werd regelmatig de lijst met related citations geraadpleegd. Verder werden de literatuurlijsten van wetenschappelijke artikelen bekeken om zoveel mogelijk verschillende, passende literatuur te kunnen verzamelen. Het kwam voor dat bruikbare literatuur niet volledig leesbaar beschikbaar was, toch werden deze onderzoeksartikelen gebruikt, omdat ze bruikbare informatie bevatten om deze literatuurstudie vorm te kunnen geven.

In deze literatuurstudie werd veelvuldig gebruik gemaakt van reviews en meta-analyses. Ook werden de resultaten van randomized controlled trials gebruikt om de benodigde informatie te kunnen verzamelen.

Bij de zoekstrategie werd gebruik gemaakt van recente artikelen. Echter werd er wel één artikel gebruikt uit 1983. Dit betrof literatuur over een model van gezondheidsbevordering. In de literatuur werd aangegeven dat dit nog steeds een veelgebruikt model is.

In deze literatuurstudie werd een goede verhouding verkregen tussen conceptuele- en onderzoeksliteratuur, doordat de resultaten uit de conceptuele literatuur werden onderbouwd met wetenschappelijke gegevens.

4.3 Aanbevelingen

Om de kwaliteit van de informatieverstrekking aan patiënten die een CABG dienen te ondergaan te verbeteren, worden er een aantal aanbevelingen gedaan aan de praktijk.

- Verpleegkundigen dienen de voorlichting af te stemmen op het referentiekader van de patiënt. Hierbij worden de coping strategieën van de patiënt opgenomen.
- Verpleegkundigen dienen aandacht te hebben voor het relationele aspect. Dat wil zeggen dat de verpleegkundige in staat is een vertrouwensrelatie met de patiënt op te bouwen en te onderhouden en niet alleen gericht is op 'wat' er verteld wordt.
- Verpleegkundigen dienen in acht te nemen dat oudere, en vooral vrouwelijke patiënten meer moeite hebben met 'recall' van informatie.
- Verpleegkundigen dienen er rekening mee te houden dat alleen de patiënt zelf aan kan geven bij welke omgevingsfactoren gesprekken plaats kunnen vinden.
- Verpleegkundigen dienen de informatieverstrekking niet alleen aan de patiënt te geven, maar vooral ook de mantelzorger(s) hierbij te betrekken.

Literatuurlijst

van Abeelen, M. C. A. P. J. (2013). Hart- en vaataandoeningen. *Eigen spreekuur en chronische ziekten* (pp. 21-68). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Batterink, M. & Nijhof, E. (2014). *Managementsamenvatting en analyserapport CQI*. Barneveld: Stichting Miletus.

Bulechek, G.M., Butcher, H.K. & McCloskey, J. (2010). *Verpleegkundige interventies* (3e herz. ed.). Amsterdam: Reed Business.

Carpenito, L. J., & Brinksma, A. (2012). *Zakboek verpleegkundige diagnosen*. Groningen: Noordhoff.

Critchley, J., & Capewell, S. (2004). Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*(1), Cd003041. doi: 10.1002/14651858.CD003041.pub2

van Dulmen, S., Weert, J. van, & Jansen, J. (2011). *Communiceren in de zorg*. Groningen: Noordhoff.

Fredericks, S., Ibrahim, S., & Puri, R. (2009). Coronary artery bypass graft surgery patient education: a systematic review. *Prog Cardiovasc Nurs*, 24(4), 162-168. doi: 10.1111/j.1751-7117.2009.00055.x

Fredericks, S. (2009). Timing for delivering individualized patient education intervention to Coronary Artery Bypass Graft patients: An RCT. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 8(2), 144-150. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2008.10.007

Gezondheidsraad. (2006). *Richtlijnen goede voeding*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., Burell, G., Cifkova, R. & Zampelas, A. (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 14 Suppl 2, S1-113. doi: 10.1097/01.hjr.0000277983.23934.c9

Hartstichting. (2013). *Bypass- of omleidingsoperatie van de kransslagaders*. Den Haag: Hartstichting.

ten Have, E. C. M. (2011). *Communicatieve vaardigheden voor verpleegkundigen: De patiënt centraal*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Khanderia, U., Townsend, K. A., Erickson, S. R., Vlasnik, J., Prager, R. L., & Eagle, K. A. (2008). Medication adherence following coronary artery bypass graft surgery: assessment of beliefs and attitudes. *Ann Pharmacother*, 42(2), 192-199. doi: 10.1345/aph.1K497

Koivunen, K., Isola, A., & Lukkarinen, H. (2007). Rehabilitation and guidance as reported by women and men who had undergone coronary bypass surgery. *J Clin Nurs*, 16(4), 688-697. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01516.x

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. (2011). *KNGF-richtlijn Hartrevalidatie*. Houten: Tertius.

Krannich, J. H., Herzog, M., Weyers, P., Lueger, S., Faller, H., Bohrer, T. & Leyh, R. (2009). Patients' needs during hospitalization in a cardiac surgery unit before and after coronary artery bypass graft surgery. *Thorac Cardiovasc Surg*, 57(1), 22-24. doi: 10.1055/s-2008-1038725

Lamkin, A. (2014). Literatuurstudie informatieverstrekking aan patiënten met een levensbedreigende aandoening. Geraadpleegd op 15-10-2014 op <http://blackboard.hszuyd.nl/>

Lie, I., Bunch, E. H., Smeby, N. A., Arnesen, H., & Hamilton, G. (2012). Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 11(1), 14-24. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.09.004

Luttik, M. L., Jaarsma, T., Veeger, N. & van Veldhuisen, D. J. (2006). Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure. *Heart Lung*, 35(1), 3-8. doi: 10.1016/j.hrtlng.2005.08.001

McGillion, M.H., Watt-Watson, J., Stevens, B., Lefort, S.M., Coyte, P., & Graham, A. (2008). Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36, 126-140. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.09.015

McLean, S. & Timmins, F. (2007). An exploration of the information needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology. *Nurs Crit Care*, 12(3), 141-150. doi: 10.1111/j.1478-5153.2007.00215.x

Maertens, N., & Maris, N. (2000). *Patiëntgericht voorlichten: leerboek voor verpleegkundigen*. Amsterdam: SWP.

Molloy, G. J., Johnston, D. W., & Witham, M. D. (2005). Family caregiving and congestive heart failure. Review and analysis. *Eur J Heart Fail*, 7(4), 592-603. doi: 10.1016/j.ejheart.2004.07.008

Nederlands Huisartsen Genootschap. (2011). *Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement*. Utrecht: CBO en NHG.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*, 51(3), 390-395.

Revalidatiecommissie NVVC/NHS & projectgroep PAAHR. (2011). *Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie*. Utrecht: Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie.

Rushford, N., Murphy, B. M., Worcester, M. U., Goble, A. J., Higgins, R. O., Le Grande, M. R. & Elliott, P. C. (2007). Recall of information received in hospital by female cardiac patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 14(3), 463-469. doi: 10.1097/HJR.0b013e3280ac1507

Roest, A. M., Martens, E. J., Denollet, J. & de Jonge, P. (2010). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. *Psychosom Med*, 72(6), 563-569. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181dbff97

Rosenfeldt, F., Braun, L., Spitzer, O., Bradley, S., Shepherd, J., Bailey, M. & Esmore, D. (2011). Physical conditioning and mental stress reduction--a randomised trial in patients undergoing cardiac surgery. *BMC Complement Altern Med*, 11, 20. doi: 10.1186/1472-6882-11-20

Sassen, B. (2014). *Gezondheidsbevordering en zelfmanagement door verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten*. Doetinchem: Reed Business Education

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2006). *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg: een evidence- based benadering* (2e herz. ed.). Den-Haag: Lemma.

van Staveren, R. (2014). Medicatietrouw door patiëntgerichte communicatie. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 9(1), 20-24. doi: 10.1007/s12503-014-0013-4

Terra, B., Mechelen-Gevers, E. & Burgt, M. (2010). *Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen: De stappen naar zelfmanagement*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.

Thombs, B. D., Bass, E. B., Ford, D. E., Stewart, K. J., Tsilidis, K. K., Patel, U. & Ziegelstein, R. C. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med*, 21(1), 30-38. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.00269.x

Vaartjes, I., Koopman, C., van Dis, I., Visseren, F.L.J. & Bots, M.L. (2013). *Hart- en vaatziekten in Nederland 2013: cijfers over leefstijl, risicofactoren, ziekte en sterfte*. Den Haag: Hartstichting.

Van Erp, J., Hinnen, C. en Sanderman, R. (2006). *Psychosociale zorg bij hart- en vaatziekten*. Den Haag: Hartstichting.

Wassink-Cornelisse, J., Meer, M., Dongstra, M., & Bekkers-Hop, M. (2003). *Thoraxchirurgie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

Zarani, F., Besharat, M. A., Sadeghian, S., & Sarami, G. (2010). The effectiveness of the information-motivation-behavioral skills model in promoting adherence in CABG patients. *J Health Psychol*, 15(6), 828-837. doi: 10.1177/1359105309357092

Bijlage

1. Zoekstrategie

Zoekterm	Hits	Bronnen
<u>SpringerLink:</u> CABG AND cardiovasculair risicomanagement (limit: Dutch)	20	van Abeelen, M. C. A. P. J. (2013). Hart- en vaataandoeningen. <i>Eigen spreekuur en chronische ziekten</i> (pp. 21-68). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
<u>Verkregen via de</u> <u>kwaliteitsfunctionaris van</u> <u>Laurentius Ziekenhuis</u> <u>Roermond</u>	-	Batterink, M. & Nijhof, E. (2014). <i>Managementsamenvatting en analyserapport CQI</i> . Barneveld: Stichting Miletus.
<u>Boek in eigen beheer</u>	-	Bulechek, G.M., Butcher, H.K. & McCloskey, J. (2010). <i>Verpleegkundige interventies</i> (3e herz. ed.). Amsterdam: Reed Business.
<u>Boek in eigen beheer</u>	-	Carpenito, L. J., & Brinksma, A. (2012). <i>Zakboek verpleegkundige diagnosen</i> . Groningen: Noordhoff.
<u>Cochrane:</u> Secondary prevention AND coronary heart disease (limit: review)	9	Critchley, J., & Capewell, S. (2004). Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> (1), Cd003041. doi: 10.1002/14651858.CD003041.pub2
<u>Zuyd Bibliotheek:</u> Communiceren AND zorg (Woorden uit titel)	4	Van Dulmen, S., Weert, J. van, & Jansen, J. (2011). <i>Communiceren in de zorg</i> . Groningen: Noordhoff.
<u>PubMed:</u> CABG AND self management AND patiënt teaching (limit < 10 years)	20	Fredericks, S., Ibrahim, S., & Puri, R. (2009). Coronary artery bypass graft surgery patient education: a systematic review. <i>Prog Cardiovasc Nurs</i> , 24(4), 162-168. doi: 10.1111/j.1751-7117.2009.00055.x

<u>PubMed:</u> CABG AND self management AND patiënt teaching (limit < 10 years)	20	Fredericks, S. (2009). Timing for delivering individualized patient education intervention to Coronary Artery Bypass Graft patients: An RCT. <i>Eur J Cardiovasc Nurs</i> , 8(2), 144-150. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2008.10.007
<u>Geraadpleegd vanuit literatuurlijst van NVVC/NHS et al. (2011)</u> Uiteindelijk via google bij juiste bron gekomen.	-	Gezondheidsraad. (2006). <i>Richtlijnen goede voeding</i> . Den Haag: Gezondheidsraad.
<u>Geraadpleegd vanuit literatuurlijst van NVVC/NHS et al. (2011)</u> Uiteindelijk via google scholar bij juiste bron gekomen.	-	Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., Burell, G., Cifkova, R. & Zampelas, A. (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). <i>Eur J Cardiovasc Prev Rehabil</i> , 14 Suppl 2, S1-113. doi: 10.1097/01.hjr.0000277983.23934.c9
<u>Vanuit stage-afdeling verkregen.</u>	-	Hartstichting. (2013). <i>Bypass- of omleidingsoperatie van de kransslagaders</i> . Den Haag: Hartstichting.
<u>Zuyd Bibliotheek:</u> Bij zoektocht naar van Dulmen et al. (2011) dit boek gevonden in het rek. Teruggezocht via	-	ten Have, E. C. M. (2011). <i>Communicatieve vaardigheden voor verpleegkundigen: De patiënt centraal</i> . Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

catalogus, boek blijkt niet vindbaar.		
<u>PubMed:</u> CABG AND treatment aderende AND self management (limit < 10 years)	2	Khanderia, U., Townsend, K. A., Erickson, S. R., Vlasnik, J., Prager, R. L., & Eagle, K. A. (2008). Medication adherence following coronary artery bypass graft surgery: assessment of beliefs and attitudes. <i>Ann Pharmacother</i> , 42(2), 192-199. doi: 10.1345/aph.1K497
<u>PubMed:</u> Related citations bij Khanderia et al. (2008)	73	Koivunen, K., Isola, A., & Lukkarinen, H. (2007). Rehabilitation and guidance as reported by women and men who had undergone coronary bypass surgery. <i>J Clin Nurs</i> , 16(4), 688-697. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01516.x
<u>Google:</u> Richtlijn hartrevalidatie	7060	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. (2011). <i>KNGF-richtlijn Hartrevalidatie</i> . Houten: Tertius.
<u>PubMed:</u> CABG AND postoperative information AND patiënt teaching (limit < 10 years)	10	Krannich, J. H., Herzog, M., Weyers, P., Lueger, S., Faller, H., Bohrer, T. & Leyh, R. (2009). Patients' needs during hospitalization in a cardiac surgery unit before and after coronary artery bypass graft surgery. <i>Thorac Cardiovasc Surg</i> , 57(1), 22-24. doi: 10.1055/s-2008-1038725
<u>Blackboard:</u> Bestandsuitwisseling	-	Lamkin, A. (2014). Literatuurstudie informatieverstrekking aan patiënten met een levensbedreigende aandoening. Geraadpleegd op 15-10-2014 op http://blackboard.hszuyd.nl/

<u>PubMed:</u> Related citations bij Khanderia et al. (2008)	73	Lie, I., Bunch, E. H., Smeby, N. A., Arnesen, H., & Hamilton, G. (2012). Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting. <i>Eur J Cardiovasc Nurs</i> , 11(1), 14-24. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.09.004
<u>Geraadpleegd vanuit literatuurlijst van NVVC/NHS et al. (2011)</u> Uiteindelijk via PubMed scholar bij juiste bron gekomen: Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure.	-	Luttik, M. L., Jaarsma, T., Veeger, N. & van Veldhuisen, D. J. (2006). Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure. <i>Heart Lung</i> , 35(1), 3-8. doi: 10.1016/j.hrtlng.2005.08.001
<u>PubMed:</u> Psychoeducation AND cardiac pain AND self management (limit < 10 years)	2	McGillion, M.H., Watt-Watson, J., Stevens, B., Lefort, S.M., Coyte, P., & Graham, A. (2008). Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 36, 126-140. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.09.015
<u>PubMed:</u> Information needs AND cardial AND partner (limit < 10 years)	9	McLean, S. & Timmins, F. (2007). An exploration of the information needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology. <i>Nurs Crit Care</i> , 12(3), 141-150. doi: 10.1111/j.1478-5153.2007.00215.x
<u>Zuyd Bibliotheek:</u> Voorlichten AND verpleegkundigen	2	Maertens, N., & Maris, N. (2000). <i>Patiëntgericht voorlichten: leerboek</i>

		voor verpleegkundigen. Amsterdam: SWP.
<u>Geraadpleegd vanuit literatuurlijst van NVVC/NHS et al. (2011)</u> Uiteindelijk via PubMed bij juiste bron gekomen: Family caregiving and congestive heart failure	-	Molloy, G. J., Johnston, D. W., & Witham, M. D. (2005). Family caregiving and congestive heart failure. Review and analysis. <i>Eur J Heart Fail</i> , 7(4), 592-603. doi: 10.1016/j.ejheart.2004.07.008
<u>Google:</u> Richtlijn cardiovasculair risicomanagement NHG	8220	Nederlands Huisartsen Genootschap. (2011). <i>Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement</i> . Utrecht: CBO en NHG.
<u>Geraadpleegd vanuit literatuurlijst van Nederlands Huisartsen Genootschap (2011).</u> Uiteindelijk via PubMed bij juiste bron gekomen: Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change	-	Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. <i>J Consult Clin Psychol</i> , 51(3), 390-395.
<u>Google:</u> Richtlijn hartrevalidatie	7120	Revalidatiecommissie NVVC/NHS & projectgroep PAAHR. (2011). <i>Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie</i> . Utrecht: Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie.
<u>PubMed:</u> Related citations bij Khanderia et al. (2008)	73	Rushford, N., Murphy, B. M., Worcester, M. U., Goble, A. J., Higgins, R. O., Le Grande, M. R. & Elliott, P. C. (2007). Recall of information received in hospital by female cardiac patients. <i>Eur J Cardiovasc Prev Rehabil</i> , 14(3), 463-

		469. doi: 10.1097/HJR.0b013e3280ac1507
<u>PubMed:</u> anxiety AND mortality AND cardiac → titles with your search terms	5	Roest, A. M., Martens, E. J., Denollet, J. & de Jonge, P. (2010). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. <i>Psychosom Med</i> , 72(6), 563-569. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181dbff97
<u>PubMed:</u> Patiënt AND mental stress AND coronary artery bypass (limits: < 10 years and humans)	86	Rosenfeldt, F., Braun, L., Spitzer, O., Bradley, S., Shepherd, J., Bailey, M. & Esmore, D. (2011). Physical conditioning and mental stress reduction--a randomised trial in patients undergoing cardiac surgery. <i>BMC Complement Altern Med</i> , 11, 20. doi: 10.1186/1472-6882-11-20
<u>Zuyd Bibliotheek:</u> GVO AND zelfmanagement	2	Sassen, B. (2014). <i>Gezondheidsbevordering en zelfmanagement door verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten</i> . Doetinchem: Reed Business Education
<u>Zuyd Bibliotheek:</u> Communic* AND gezondheidszorg	129	Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2006). <i>Vaardig communiceren in de gezondheidszorg: een evidence- based benadering</i> (2e herz. ed.). Den-Haag: Lemma.
<u>SpringerLink:</u> Communicatie AND medicatierouw (limit: Dutch)	17	van Staveren, R. (2014). Medicatierouw door patiëntgerichte communicatie. <i>Tijdschrift voor praktijkondersteuning</i> , 9(1), 20-24. doi: 10.1007/s12503-014-0013-4
<u>De Bibliotheek:</u>	16	Terra, B., Mechelen-Gevers, E. & Burgt, M. (2010).

Patiëntenvoorlichting verpleegkundigen		<i>Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen: De stappen naar zelfmanagement.</i> Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
<u>PubMed:</u> Prevalence depression myocardial infarction → titles with your search terms	4	Thombs, B. D., Bass, E. B., Ford, D. E., Stewart, K. J., Tsilidis, K. K., Patel, U. & Ziegelstein, R. C. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. <i>J Gen Intern Med</i> , 21(1), 30-38. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.00269.x
<u>Google:</u> Hart- en vaatziekten Nederland epidemiologie	33200	Vaartjes, I., Koopman, C., van Dis, I., Visseren, F.L.J. & Bots, M.L. (2013). <i>Hart- en vaatziekten in Nederland 2013: cijfers over leefstijl, risicofactoren, ziekte en sterfte.</i> Den Haag: Hartstichting.
<u>Gereedpleegd vanuit literatuurlijst van NVVC/NHS et al (2011).</u> Uiteindelijk gevonden via Google.	-	Van Erp. J., Hinnen, C. en Sanderman, R. (2006). <i>Psychosociale zorg bij hart- en vaatziekten.</i> Den Haag: Hartstichting.
<u>Zuyd Bibliotheek:</u> thoraxchirurgie	1	Wassink-Cornelisse, J., Meer, M., Dongstra, M., & Bekkers-Hop, M. (2003). <i>Thoraxchirurgie.</i> Maarssen: Elsevier gezondheidszorg
<u>PubMed:</u> CABG AND self management AND patiënt teaching (limit < 10 years)	20	Zarani, F., Besharat, M. A., Sadeghian, S., & Sarami, G. (2010). The effectiveness of the information-motivation-behavioral skills model in promoting adherence in CABG patients. <i>J Health Psychol</i> , 15(6), 828-837. doi: 10.1177/1359105309357092

2. Reflectie a.d.h.v. START-methode

Reflectie START-methode	Literatuurstudie
Julie Thijssen 1018639	

Situatie:

Vanuit differentiatie 3 kreeg ik de opdracht een literatuurstudie te maken om de wenselijke situatie ten aanzien van informatieverstrekking aan patiënten die een CABG dienen te ondergaan in kaart te brengen. Deze informatie kan ik later, tijdens het maken van de bachelorthesis, gebruiken om de wenselijke situatie te beschrijven. Uiteindelijk verwacht ik wel dat er nog wat informatie toegevoegd zal worden aan de bachelorthesis om de wenselijke compleet te maken. Tijdens het maken van de literatuurstudie is het namelijk belangrijk om te bepalen wat volgens de conceptuele en wetenschappelijke literatuur wenselijk is.

Anke Lamkin heeft mij in het grootste gedeelte van de literatuurstudie gestuurd om zo tot een degelijk resultaat te komen, hier ben ik haar zeer dankbaar voor. Zij heeft mij de juiste tips gegeven om tot een compleet eindresultaat te komen.

De literatuurstudie werd voor het grootste gedeelte thuis gemaakt, maar de literatuur (boeken) werd gevonden in de bibliotheek van Zuyd Hogeschool.

Taak:

De literatuurstudie is regelmatig besproken op school. In de OWG werd er besproken wie al eventueel een onderwerp wist voor de literatuurstudie. Ik heb meerdere gesprekken met collega's gehad over mogelijke onderwerpen, maar dit bleek een moeilijke klus. Uiteindelijk ben ik zelf een onderwerp tegengekomen en heb dit onderwerp meteen besproken met Anke en de team coördinator van de afdeling. Dit onderwerp werd goedgekeurd door de stageplek. Toen het onderwerp vaststond, ben ik begonnen met brainstormen. Aan de hand van deze brainstorm ben ik een voorstel voor de literatuurstudie op gaan stellen. Hierin worden het de aanleiding tot het onderwerp, het onderwerp zelf, de relatie tussen de literatuurstudie en de bachelorthesis, hoofd- en deelvragen en zoektermen beschreven. Nadat ik dit voorstel had opgesteld, heb ik dit geplaatst op blackboard, zodat dit door de docentbegeleider goedgekeurd kon worden. Nadat dit was goedgekeurd, ben ik aan de slag gegaan met het zoeken van geschikte conceptuele- en wetenschappelijke

literatuur met betrekking tot het onderwerp informatieverstrekking aan patiënten die een CABG dienen te ondergaan. Uiteindelijk was mijn doel om met de gevonden literatuur een compleet antwoord te kunnen geven op de hoofd- en deelvragen die ik in het voorstel voor de literatuurstudie had opgesteld.

Activiteiten:

Zoals in bovenstaande vermeld, heb ik conceptuele- en wetenschappelijke literatuur gezocht met betrekking tot mijn onderwerp voor de literatuurstudie. Ik heb voornamelijk literatuur gezocht op PubMed, dit vind ik persoonlijk een zeer duidelijke databank. Ik heb gezocht met verschillende zoektermen, o.a.: cabg AND treatment adherence AND selfmanagement. Ook heb ik naar aanleiding van het gevonden artikel met deze zoektermen, gezocht naar related citations m.b.t. dit artikel. Door deze stap heb ik nog vijf andere artikelen gevonden die nauw betrekking hadden op de geselecteerde zoektermen. Verder heb ik gezocht met de zoektermen cabg AND selfmanagement AND patiënt teaching, cabg AND postoperative information AND patiënt teaching. Op de databank SpringerLink heb ik gezocht met de zoekterm communicatie medicatietrouw. Hierdoor heb ik ook nog een aantal Nederlandse artikelen gevonden.

Nadat ik geschikte literatuur heb gevonden, ben ik gestart met het indelen van de hoofdstukken. Ik wilde namelijk niet letterlijk mijn deelvragen als hoofdstukken gebruiken, dit vind ik persoonlijk niet mooi.

Nadat ik de verschillende onderwerpen had onderverdeeld in hoofdstukken, ben ik gaan starten met het uitwerken van de gevonden literatuur. Dit was moeilijker dan het van tevoren leek, ik had namelijk vrij veel bronnen en het kwam af en toe voor dat er in meerdere bronnen nét iets anders werd vermeld, wat ik wel graag mee wilde nemen in de hoofdtekst. Elk hoofdstuk heb ik ingeleid en afgesloten met een conclusie. Allereerst heb ik hoofdstuk 2 en 3 geschreven. Tenslotte ben ik gaan kijken hoe ik hoofdstuk 4, inhoud van informatieverstrekking, het beste vorm kon gaan geven. Het heeft even geduurd voordat ik wist hoe ik dit aan ging pakken. Uiteindelijk heb ik ervoor gekozen om gebruik te maken van twee richtlijnen. 1: Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie en 2: Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement. Hierin stond de meeste informatie die ik nodig had beschreven. De rest heb ik aangevuld met wetenschappelijke artikelen en informatie van de hartstichting.

Uiteindelijk heb ik een voorpagina, samenvatting, summary, voorwoord,

inhoudsopgave, inleiding, conclusie, discussie, aanbevelingen en literatuurlijst gemaakt. Daarna heb ik de bijlagen toegevoegd om de literatuurstudie compleet te maken. Ik merkte dat ik moeite had met zoeken naar juiste literatuur om de inleiding mooi en duidelijk vorm te geven. Ik was namelijk opzoek naar informatie over het percentage patiënten in Nederlandse ziekenhuizen die ontevreden waren over de communicatie met verpleegkundigen tijdens de opname, dit kon ik helaas niet vinden. Uiteindelijk heb ik besloten om de kwaliteitsfunctionaris binnen Laurentius te mailen om op die manier informatie te verkrijgen over tevredenheid over de communicatie binnen Nederlandse ziekenhuizen.

Resultaat:

Ik ben tevreden met het eindresultaat. Wel merk ik aan mezelf dat ik dit jaar hogere eisen aan mezelf stel. In differentiatie 2 keek ik niet zo nauw naar bronvermelding in de tekst. Hier probeer ik nu veel beter op te letten. Uiteindelijk dien ik in mijn bachelorthesis correct volgens de richtlijnen te werken, het helpt me dus alleen maar als ik daar nu al zoveel mogelijk mee aan de slag ga.

Ik heb antwoord kunnen geven op de gestelde hoofdvraag. Ook heb ik veel kennis opgedaan over de wenselijke situatie ten aanzien van informatieverstrekking naar patiënten die een CABG dienen te ondergaan. Over de inhoud van informatieverstrekking kon ik wel het een en ander vertellen, maar de vorm van informatieverstrekking was voor mij nog grotendeels onduidelijk.

Transfer:

Ik heb erg veel geleerd van het maken van deze literatuurstudie. Door middel van het uitvoeren van de literatuurstudie heb ik mijn competenties ten aanzien van de rol van zorgverlener, ontwerper en beroepsbeoefenaar verder ontwikkeld.

Ten aanzien van de rol van zorgverlener wilde ik leren hoe ik een goede zoekvraag dien op te stellen. Bij het zoeken naar de juiste literatuur heb ik me continu afgevraagd wat ik daadwerkelijk wilde weten, waarbij ik een PIO vraagstelling opstelde. Tevens wilde ik leren op welke wijze ik literatuur systematisch kon beoordelen. Om deze reden heb ik de evidentiepiramide opgezocht, aan de hand hiervan heb ik elk artikel beoordeeld. Verder heb ik in de rol van zorgverlener veel geleerd over de wijze waarop ik het beste informatie kan verstrekken en welke informatie ik dan het beste kan verstrekken.

Verder ben ik ook gegroeid in de rol van ontwerper. Ik heb bewust keuzes gemaakt uit verschillende principes die van belang zijn bij het verstrekken van informatie. Tevens heb ik hierbij kwaliteitscriteria opgesteld, welke gemeten kunnen worden met behulp van een meetinstrument. Een ander leerdoel voor mij was het kort en bondig samenvatten van de gevonden literatuur. Een struikelblok voor mij is dat ik vaak veel te uiteenlopende informatie opstel en de informatie niet duidelijk samenvat. Tenslotte heb ik geleerd dat het erg handig is om te werken met EndNote, omdat alle gebruikte bronnen hierin direct opgeslagen konden worden. Zodoende is het ook niet nodig om nogmaals de bron volgens APA te vermelden, dit doet EndNote als het ware al voor je.

3. Voorstel literatuurstudie

Student: Julie Thijssen

Studentnummer: 1018639

Docentbegeleider: René Douma

Werkbegeleider: Anke Lamkin en Liesbeth van Lierop

Praktijk coördinator: Anique de Leeuw

Onderwerp thesis met aanleiding vanuit de praktijk:

Op de afdeling cardiologie in het Laurentius Ziekenhuis Roermond (LZR) komt het regelmatig voor dat patiënten een Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) ondergaan in een ander ziekenhuis, namelijk het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+) of het Catharina Ziekenhuis Eindhoven (CZE). Aangezien dit een complexe ingreep is, is het belangrijk patiënten goed van tevoren te informeren, dit gebeurt echter niet altijd. Factoren die hier mogelijk een rol bij spelen, kunnen zijn: tijdsgebrek, kennistekort over belangrijke mondelinge informatie, gebrek aan checklist (welke informatie dient de patiënt te krijgen voor en na het CABG) Patiënten krijgen van tevoren wel genoeg informatiebrochures, maar deze informatie wordt niet tevens via een gesprek toegelicht of doorgenomen. Bepaalde patiënten kunnen niet goed (begrijpend) lezen en het komt voor dat patiënten ook niet om meer verduidelijking vragen betreffende het CABG, wanneer deze informatie hen niet wordt aangereikt.

Door deze factoren zijn patiënten voor het CABG niet goed geïnformeerd, wat een negatieve invloed kan hebben op de therapietrouw, het zelfmanagement en het herstel na het CABG.

Patiënten weten bijvoorbeeld niet goed wat ze na de operatie wel en niet mogen, hoelang ze ongeveer opgenomen zullen blijven, of ze vanuit Maastricht of Eindhoven naar huis gaan of dat ze retour komen naar Laurentius, waarom bepaalde medicatie voor de operatie wordt gestopt of gestart.

Verband tussen literatuurstudie en bachelorthesis:

In de literatuurstudie ga ik, door middel van conceptuele en wetenschappelijke literatuur, de wenselijke situatie onderzoeken ten aanzien van informatieverstrekking aan patiënten die, voorafgaand aan en in een ander ziekenhuis, een CABG ondergaan. Zodra deze wenselijke situatie uit de literatuurstudie duidelijk is, kan er begin worden gemaakt aan de bachelorthesis. Hierin zal de wenselijke situatie met de feitelijke situatie worden vergeleken, waarna er een conclusie wordt getrokken. Uiteindelijk ga ik in het implementatietraject een

checklist maken met betrekking tot de informatieverstrekking aan patiënten die een CABG ondergaan in het MUMC+ of het CZE.

Onderwerp literatuurstudie:

Informatieverstrekking aan patiënten die een CABG zullen ondergaan in het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+) of het Catharina Ziekenhuis Eindhoven (CZE). Verder ga ik onderzoeken elke voorbereiding effectief en nodig is bij patiënten die vóór een complexe operatie overgeplaatst worden naar een ander ziekenhuis.

Doelstelling literatuurstudie (SMART):

Gedurende de laatste 6 weken van differentiatie 3 ga ik me verdiepen in effectieve informatieverstrekking aan patiënten die een CABG zullen ondergaan in een ander ziekenhuis. Patiënten dienen goed voorbereid een CABG te ondergaan, waardoor bepaalde complicaties kunnen worden voorkomen en waardoor de kwaliteitszorg wordt bevorderd. De informatie die ik vindt naar aanleiding van mijn hoofd- en deelvragen van mijn literatuurstudie, ga ik gebruiken om de wenselijke situatie te beschrijven in mijn bachelorthesis. Aan het einde van differentiatie 3 wil ik een 'Go' krijgen om de bachelorthesis te gaan uitvoeren.

Hoofdvraag:

De hoofdvraag is de vraag die in het onderzoek beantwoord moet worden. De literatuurstudie werkt toe naar de beantwoording van de vraag en in de conclusie moet je de hoofdvraag dan ook expliciet beantwoorden.

Wat is de meest effectieve vorm en inhoud om patiënten voor te bereiden op een 'Coronary Artery Bypass Grafting' (CABG) om op die manier de therapietrouw en het zelfmanagement te bevorderen, waardoor complicaties kunnen worden voorkomen en het postoperatief herstel wordt bevorderd?

Deelvragen:

Deelvragen worden afgeleid van de centrale vraag en dienen allemaal een onderdeelje van de centrale vraag te behandelen. Als alle deelvragen beantwoord zijn, moet je ook een antwoord op de centrale vraag kunnen geven.

- Hoe verloopt informatieverwerking?
- Wat zijn soorten informatie?

- Wat zijn voordelen van schriftelijke en/of mondelinge informatieverstrekking, op welke wijze wordt een patiënt het effectiefst geïnformeerd voorafgaand aan een CABG?
- Wat is het effect van kwalitatief goede informatieverstrekking op latere revalidatie, therapietrouw en zelfmanagement, bij patiënten met ernstige levensbedreigende coronaire vernauwingen?
- Welke informatie dient er, volgens de evidence based literatuur, verstrekt te worden bij een CABG, pre- en/of postoperatief?

Zoektermen in Ned. En Eng liefst ook met combinaties (gebruik van Boleaanse operatoren AND, NOT OR)

Communication

Cardiology

Nurse / nursing

CABG

Distribution of information

Patiënt education / teaching / information

Health counseling

Preoperative GVO

Medication adherence

Cardiac

Cardiovascular disease

Companion

Patiënt centered communication

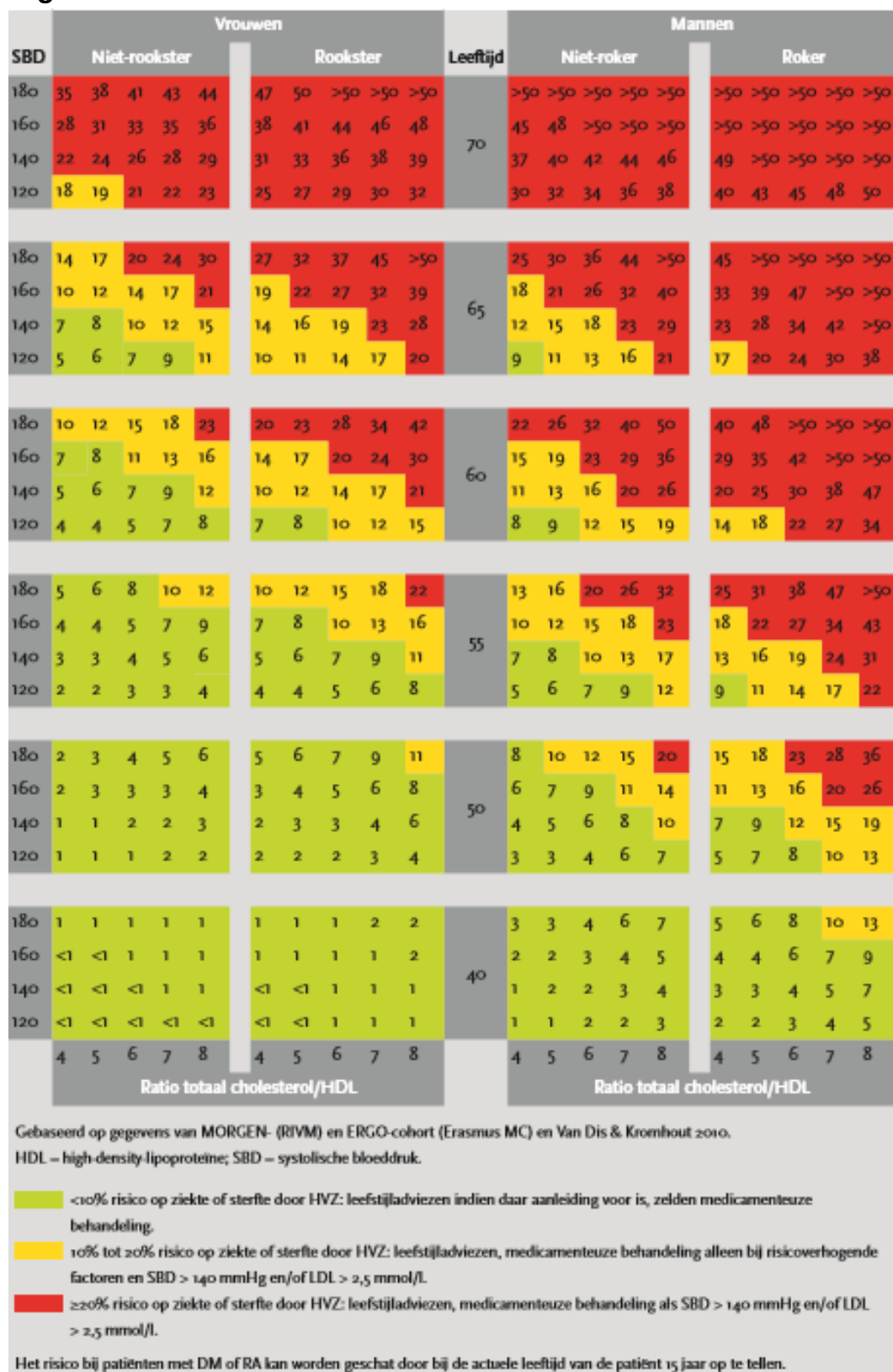
Tailored information

Patiënt compliance

Secondary prevention

Selfmanagement

4. Figuren



Figuur 1. Risicotabel: 10-jaars risico op ziekte en sterfte door HVZ voor patiënten zonder HVZ (bron: Nederlands Huisartsen Genootschap et al., 2011)

5. Feedback peer-assessor

6. Feedback werkbegeleiders / praktijk coördinator

7. Feedback docentbegeleider