

Vermijdbare heropnames na een laparoscopische cholecystectomie



Naam: Nelleke van Gils

Studentnummer: 1652542

Mail: nelleke.vangils@student.hu.nl

Opleiding: Master Physician Assistant, Hogeschool Utrecht

Cohort: 2013

Instelling: IJssellandziekenhuis Capelle aan den IJssel

Afdeling: Heelkunde

Opleider: Dr. I. Dawson

Begeleider: Drs. P. Adhien

Datum: Januari 2016

Woorden: 2947

Samenvatting

Achtergrond

Jaarlijks wordt er in het IJssellandziekenhuis gemiddeld 300 keer een laparoscopische cholecystectomie uitgevoerd en wekelijks worden er patiënten heropgenomen. Een recente studie toont aan dat heropnames vermijdbaar kunnen zijn. Tevens is in 2016 het percentage heropnames een kwaliteitsindicator voor het beoordelen van ziekenhuizen in het Nederlandse programma van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Vraagstelling

Het doel van het huidige onderzoek is om, doormiddel van retrospectief dossieronderzoek in het IJssellandziekenhuis en literatuuronderzoek, een inschatting te maken van de risicofactoren die een rol spelen bij heropnames om vervolgens interventies toe te passen, leidend tot een afname van heropnames na een ongecompliceerde laparoscopische cholecystectomie.

Methode

Dit toetsende onderzoek includeerde 100 patiënten na een ongecompliceerde laparoscopische cholecystectomie; 50 patiënten in de controle groep van 1 september tot 1 december 2013 en 50 patiënten in de interventiegroep van 1 september tot 1 december 2015. Bij beide groepen zijn de volgende variabelen gescoord: leeftijd, geslacht, diagnose, ASA-score, duur indexopname, tijd tussen ontslag en heropname en heropname-reden. Bij de interventiegroep zijn de volgende interventies toegepast: gestructureerd ontslaggesprek en een belafsprak op de derde dag na ontslag. Verschillen in patiëntkarakteristieken en heropnames is berekend doormiddel van de t-test en de Chi-square test. P-waarde < 0.05 is beschouwd als significant.

Resultaten

De gemiddelde leeftijd was 54,2 jaar en 71% was vrouw. Drieëndertig procent van de patiënten werd gediagnosticeerd met een cholecystitis en 67% met cholecystolythiasis. De patiëntkarakteristieken verschillen niet significant tussen beiden groepen. Van de controlegroep is 28% (N=14) heropgenomen tegenover geen heropnames in de interventiegroep ($p < 0.001$).

Conclusie

Indien er goede informatieverstrekking is aan de patiënt in een gestroomlijnde ontslagprocedure na een ongecompliceerde laparoscopische cholecystectomie, leidt dit tot een significante afname van het aantal heropnames.

Inhoud

1. Inleiding	4
1.1. Probleemstelling en achtergrond	4
1.2. Doelstelling en relevantie	5
2. Methode	6
2.1. Onderzoek ontwerp:	6
2.2. Karakteristieken van de patiëntengroepen	6
2.2.1. Inclusiecriteria	7
2.2.2. Exclusiecriteria	7
2.3. Subgroepen binnen de patiëntengroepen	7
2.4. Interventies	8
2.5. Meetinstrumenten	8
2.6. Uitkomstmaten	9
2.7. METC toelichting	9
3. Resultaten	10
4. Discussie	13
5. Conclusies en aanbevelingen	15
5.1. Conclusies	15
5.2. Aanbevelingen	15
6. Literatuurlijst	16
7. Bijlagen	17
Bijlage 1: interviews interventiegroep	17
Bijlage 2: Variabelen	18
Bijlage 3: Informed Consent	19
Bijlage 4: Spreiding en verdeling van de resultaten	20
Bijlage 5: Resultatenweergaven in tabellen	21
Bijlage 6: Concept ontslaginstructies en informatie na een laparoscopische cholecystectomie	26

1. Inleiding

1.1. Probleemstelling en achtergrond

Dit onderzoek richt zich op de vermijdbare heropnames na een laparoscopische cholecystectomie in het IJssellandziekenhuis (YZH) te Capelle aan den IJssel en is gedaan in het kader van de opleiding tot Master Physician Assistant (PA) voor de heelkunde aan de Hogeschool Utrecht. De PA heelkunde is medeverantwoordelijk voor de medische zorg peri -en postoperatief bij patiënten die een laparoscopische cholecystectomie ondergaan. In Nederland wordt per jaar 21.000 keer een laparoscopische cholecystectomie uitgevoerd¹ en in het YZH jaarlijks gemiddeld 300 keer². Een laparoscopische cholecystectomie is een operatie waarbij de galblaas laparoscopisch wordt verwijderd vanwege cholecystolythiasis (galstenen in de galblaas) of een cholecystitis (ontsteking van de galblaas)¹. Wekelijks worden patiënten heropgenomen (klinische opname binnen 30 dagen na ontslag uit het ziekenhuis) op de SEH of verpleegafdeling, echter concrete cijfers over de aantallen heropname ontbreken. Een recente studie toont aan dat heropnames potentieel vermijdbaar kunnen zijn wanneer er meer aandacht is voor goede informatieverstrekking en structuur³. Het verblijf in het ziekenhuis na een laparoscopische cholecystectomie is gemiddeld één nacht en informatievoorziening moet dus in korte tijd gebeuren. Dat was de aanleiding om retrospectief dossieronderzoek te doen in het YZH om een inschatting te maken van de risicofactoren die een rol spelen bij heropnames om vervolgens interventies toe te passen, leidend tot een afname van heropnames na een ongecompliceerde laparoscopische cholecystectomie. De literatuur geeft uitsluitsel over risicofactoren die een rol spelen bij een heropname. Dit onderzoek is gericht op één van de risicofactoren die Bolkenstein en van Olden (2015) in hun onderzoek bij een heropname hebben vastgesteld: Lage behandelingsgetrouwheid van patiënten door slechte informatievoorziening. Uit kwalitatief onderzoek van Hesselink et al. (2013), blijkt dat de kwaliteit van het ontslagproces werd beïnvloed door de mate waarin zorgverleners rekening willen en kunnen houden met patiënt specifieke wensen en behoeften. Daarmee samenhangend de kans op onnodige, kostbare heropnames. Ook blijkt uit dat onderzoek dat een standaard ontslaggesprek ervoor zorgen dat patiënten beter voorbereid ontslagen worden uit het ziekenhuis. Van Berendsen stelt in haar commentaar over studies in het kader van ontslag uit het ziekenhuis (2013), ook dat een ontslaggesprek met goede informatie, het nemen van voldoende tijd en vooral het in gesprek gaan met de patiënt van belang is. Tevens beschrijft zij dat er veel folders zijn over ziekten en voorbereiding op onderzoek zijn, terwijl folders over ontslag ontbreken. In het YZH krijgen patiënten algemene informatie mee naar huis die niet specifiek gericht is op de laparoscopische cholecystectomie.

1.2. Doelstelling en relevantie

Om de vermijdbaarheid van een heropname aan te tonen werden er interventies opgesteld voor een goede informatievoorziening in een gestroomlijnde ontslagprocedure om te onderzoeken of daarmee een heropname voorkomen kan worden na een laparoscopische cholecystectomie. Een heropname is een actueel onderwerp want één van de kwaliteitsindicatoren voor het beoordelen van ziekenhuizen in het Nederlandse programma van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van 2016 is het percentage heropnames en zullen daarom in 2016 een punt van aandacht worden op de nationale zorgagenda⁶. In de literatuur is er geen eenduidig en gericht beleid om heropnames in ziekenhuizen te voorkomen en heropnames worden internationaal beschouwd als een complicatie van een ziekenhuisopname. In Nederland is er onderzoek gedaan naar risicofactoren die een rol spelen bij een heropname, maar er is niets bekend over de effectiviteit van het uitsluiten van risico's op vermijdbare heropnames. De economische crisis en zorgkosten die alleen maar stijgen, zorgen ervoor dat de druk om de zorg in Nederland zo efficiënt mogelijk te maken steeds groter wordt waardoor er de laatste jaren veel vooruitgang geboekt werd omtrent ligduurverkorting³. Verschillende studies tonen echter aan dat de keerzijde hiervan is dat de zorg snel geregeld moet worden en er weinig tijd is voor het ontslaggesprek, wat de kans op een heropname kan vergroten^{3,4,5}. Een heropname betekent meer ligdagen waardoor meer kosten. Naast de nadelige gevolgen van een heropname voor de patiënt zelf, is het ook van belang voor artsen, verpleegkundigen, zorgverzekeraars en de maatschappij als geheel³.

1.3. Vraagstelling

'Leidt het toepassen van de interventies tot een afname van het aantal potentieel vermijdbare heropnames op de SEH en/of verpleegafdeling binnen 30 dagen postoperatief na een ongecompliceerde laparoscopische cholecystectomie, in vergelijking met de controlegroep zonder toegepaste interventies?'

2. Methode

2.1. Onderzoek ontwerp:

De aard van het onderzoek is een toetsend, kwalitatief onderzoek en de indeling is longitudinaal omdat de periode van dataverzameling meerdere meetmomenten kent; de proefpersonen worden gevolgd. Het onderzoek wordt prospectief uitgevoerd naar aanleiding van een eerder uitgevoerd retrospectief onderzoek. Er werden voor dit onderzoek twee groepen van 50 patiënten geselecteerd waarbij een ongecompliceerde laparoscopische cholecystectomie werd verricht. Daarbij werd gekeken naar de uitkomsten en de verschillen binnen twee groepen. De samenstelling van de groepen werden gevormd op basis van de in- en exclusiecriteria en het onderzoeksdesign is Quasi-experimenteel.

2.2. Karakteristieken van de patiëntengroepen

Ondanks de tijdspanning van het onderzoek was het haalbaar een relevante onderzoekspopulatie te verkrijgen omdat deze operatie wekelijks gemiddeld vijf keer plaatsvindt. Om de populatie af te bakenen werden er inclusie en exclusiecriteria opgesteld, waarbij patiënten werden geïncludeerd na een ongecompliceerde laparoscopische cholecystectomie, volgens protocol⁷. Tevens werd de criteria gebruikt uit het onderzoek van Bolkenstein³. Dat is de groep die potentieel vermijdbaar is want er wordt niet verwacht dat er een complicatie op zal treden. Wanneer de operatie geconverteerd of gecompliceerd (postoperatief) verliep (niet volgens protocol) werden de exclusiecriteria gehandhaafd. Deze waren gebaseerd op wetenschappelijke en ethische redenen. Factoren als bijvoorbeeld een complicatie, werden hiermee uitgesloten want deze zouden mogelijk van invloed kunnen zijn op de resultaten van het onderzoek. Om twee vergelijkbare groepen te verkrijgen werd er gebruik gemaakt van het ziekenhuisinformatiesysteem (SAP) en het digitale complicatieregistratiesysteem. Hierin is het aantal codes teruggebracht tot de meest relevante heelkundige complicaties en worden bij een heropname ingevoerd in SAP. Wanneer patiënten worden heropgenomen, wordt de complicatie "heropname" en de diagnose bij heropname (bijvoorbeeld wondinfectie) geregistreerd. Patiënten waarbij in de periode van 1 september tot 1 december 2013 een ongecompliceerde laparoscopische cholecystectomie was verricht, werden retrospectief geraadpleegd. Bij al deze dossiers werd nagegaan of de complicatie "heropname" was gedocumenteerd. Van alle geselecteerde heropnames werd bepaald hoeveel heropnames ten opzichte van het aantal verrichte operaties waren geweest en of deze potentieel vermijdbaar waren aan de hand van een lijst van criteria uit de literatuur³. De medische dossiers van alle potentieel vermijdbare heropnames werden nader onderzocht op de volgende patiëntenkarakteristieken:

leeftijd, geslacht, diagnose, opnameduur en ASA-score. Tevens werd de data verkregen van indexopname (opname voorafgaand aan de heropname), de tijd tussen ontslag en heropname (O-H tijd) en het verschil in heropname op de SEH of verpleegafdeling. Om een vergelijkbare controlegroep te realiseren werd er gekeken naar een interventiegroep van patiënten die in de periode van 1 september tot 1 december 2015 een ongecompliceerde laparoscopische cholecystectomie ondergingen en waarbij er sprake zou moeten zijn van een vermijdbare heropname op basis van eerder genoemde criteria. De vermijdbaarheid werd met de gekozen meetinstrumenten bij opname bepaald met het digitale opnameformulier waarin de patiëntengegevens, de operatietechniek en de eventueel verwachte complicaties worden geregistreerd. De vermijdbaarheid werd nogmaals bepaald na de operatie (is de operatie verlopen volgens protocol en is er niet geconverteerd) en bij ontslag (verloopt opname volgens protocol, zonder complicaties). Bij de interventiegroep werden dezelfde patiëntenkarakteristieken en data verkregen als bij de controlegroep. Het verschil tussen de twee groepen was dat er op basis van de genoemde literatuur interventies werden gemaakt en prospectief toegepast bij de interventiegroep (2.4).

2.2.1. Inclusiecriteria:

- Niet gecompliceerde laparoscopische cholecystectomie.
- Potentieel vermijdbare heropname.

2.2.2. Exclusiecriteria:

- Geconverteerde laparoscopische cholecystectomie.
- Gecompliceerde operatie dus niet volgens protocol.

Aantal patiënten:

Op basis van de totaal verrichte laparoscopische cholecystectomie in de periode van 1 september tot 1 december 2013, werden er 100 patiënten geïnccludeerd; 50 patiënten in de controle groep en 50 patiënten in de interventiegroep.

2.3. Subgroepen binnen de patiëntengroepen

Bij een heropname binnen beide groepen, werd de reden voor heropname gedocumenteerd in verschillende groepen; pijnklachten, wondinfectie, obstipatie/ileus en onzekerheid/ angst.

2.4. Interventies

Op basis van de literatuur^{3,4,5} en het retrospectieve onderzoek bij de controlegroep zoals eerder omschreven werden interventies gemaakt en toegepast bij de interventiegroep. Het gaat daarbij om de volgende interventies:

Onderzoeker, arts of verpleegkundige voeren ontslaggesprek bij iedere patiënt uit de interventiegroep volgens protocol⁸ en besteden daarbij extra aandacht aan:

- 1) Pijnklachten: uitleg over pijnklachten die horen bij het postoperatieve beloop en uitleg inname standaard 4x daags 1 gram Paracetamol gedurende 1 week volgens protocol⁸ met instructie van afbouwen volgens protocol⁸.
- 2) Uitleg alarmsignalen (roodheid, koorts, ziek voelen, vocht/pus uit de operatiewond, ongerust).
- 3) Uitleg laxantia (movicolon) zo nodig 1x daags, tot de eerste defecatielozing volgens protocol⁸. Uitleg dat de patiënt het daarna zo nodig nog 1x daags kan continueren wanneer defecatie een aantal dagen uitblijft en niet spontaan komt⁸. Daarna dient het gestopt te worden, tenzij patiënt het voor de operatie al gebruikte⁸. De patiënt krijgt een recept mee bij ontslag volgens protocol⁸. Uitleg over het postoperatieve defecatiepatroon na een laparoscopische cholecystectomie¹.
- 4) Uitleg over leefregels, werkhervatting, contactinformatie⁸ en belafspraken.

Iedere patiënt uit de interventiegroep krijgt een belafpraak mee met de onderzoeker op de derde dag na ontslag, naast de in het protocol opgenomen belafpraak 3 weken postoperatief met PA uitslag. Dit telefonische interview is een extra interventie aan de hand van de vragenlijst⁹. De betrouwbaarheid van de vragenlijst werd 4 weken na de start van het onderzoek onderzocht met behulp van de test-hertestbetrouwbaarheid methode en dat leverde dezelfde scoren op als de eerste keer.

2.5. Meetinstrumenten

Voor dit onderzoek werden patiëntendossiers, SAP, interviews met patiënten aan de hand van vragenlijsten, ontslaggesprek volgens protocol, observaties en digitaal medicatiesysteem gebruikt als meetinstrument. Om het verschil in het aantal heropnames per groep vast te stellen en andere resultaten te verkrijgen werd een nominaal meetniveau toegepast. Voor de leeftijd, indexopname en O-H tijd werd een continue meetniveau toegepast¹⁰.

2.6. Uitkomstmaten

De patiëntenkarakteristieken en onderzochte variabelen en interventies werden vastgelegd in verschillende groepen in Exel. Nadat de onderzoeksgegevens en data verzameld waren, werd er een statistische analyse gedaan met behulp van SPSS. Hiervoor werd de data gecodeerd. Daarna werd er gecontroleerd of er geen invoer of codeerfouten waren. Tevens werd het meetniveau van de variabelen ingevoerd en de spreiding en verdeling van de resultaten bekeken¹³. Verschillen in patiëntkarakteristieken, de uitkomsten van de interviews en het aantal heropname tussen de controlegroep en de interventiegroep werd berekent doormiddel van de t-test en de Chi-square test. P-waarde<0.05 werd beschouwd als significant. Literatuurstudie^{3,4,5} geeft aanwijzingen tot een positief verschil wanneer de genoemde interventies worden toegepast en dat zou voor de uitkomst van dit onderzoek betekenen dat er een significante daling is in het aantal heropnames op de SEH en/of verpleegafdeling tussen de controlegroep en de interventiegroep. Omdat er een enorm effect verwacht werd op de uitkomst en de spreiding klein is, zijn deze groepen groot genoeg om het effect op te merken ten opzichte van elkaar. Er werd een relevante klinische verbetering verwacht, die ook postoperatief ingezet zou kunnen worden bij andere gestandaardiseerde operaties. Tevens zou de uitkomst kunnen zijn om een zorgpad op te zetten voor de groep patiënten die een laparoscopische cholecystectomie moeten ondergaan. Dit is een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader¹¹.

2.7. METC toelichting

De studie valt niet onder de WMO en dient daarom niet door de METC te worden getoetst. Wel werd er met de geselecteerde interventiegroep patiënten een 'informed-consent' aangeaan¹².

3. Resultaten

In het totaal werden 100 patiënten geïnccludeerd. De gemiddelde leeftijd was 54,2 jaar (sd=16,5), 71% was vrouw. De diagnose was bij 33% een cholecystitis en bij 67% cholecystolythiasis. De ASA score was bij 45% ASA 1, bij 44% ASA 2 en bij 11% van de patiënten ASA 3.

In beide groepen werden 50 patiënten geïnccludeerd. De gemiddelde leeftijd van de controlegroep was 53,1 jaar (sd=15,8) versus 55,2 jaar (sd=17,3) in de interventiegroep. Zesenzestig procent van de controlegroep was vrouw versus 76% in de interventiegroep ($p=0,271$). De diagnose in de controlegroep was bij 42% een cholecystitis en bij 58% cholecystolythiasis tegenover 24% een cholecystitis en 76% cholecystolythiasis in de interventiegroep ($p=0,056$). De ASA score in de controlegroep was bij 42% ASA 1, bij 44% ASA 2 en bij 14% van de patiënten ASA 3. De ASA score in de interventiegroep was bij 48% ASA 1, bij 44% ASA 2 en bij 8% van de patiënten ASA 3. De ASA-score verschillen niet significant tussen beide groepen ($p=0,601$). Zie tabel 3.4.

Achtentwintig procent uit de controlegroep (N=14) werd heropgenomen versus geen heropname van patiënten uit de interventiegroep ($p<0.001$). De reden van heropname was bij 4% (N=2) obstipatieklachten, bij 10% (N=5) pijnklachten, bij 10% (N=5) onzekerheid/angst en bij 4% (N=2) vanwege een postoperatieve wondinfectie. De gemiddelde duur van de indexopname van de controlegroep was 2,4 dagen (sd=1,0) en de gemiddelde O-H tijd was 4,2 dagen (sd=2,2). De gemiddelde duur van de indexopname bij de interventiegroep was 2,2 dagen (sd=0,7). Zie tabel 3.5.

Uit de interviews afgenomen onder de interventiegroep blijkt dat 66% (N=33) geen vragen of onduidelijkheden hadden, 2% (N=1) had een vraag omtrent eet-leefregels, 2% (N=1) omtrent werkhervatting, 2% (N=1) omtrent sporten, 4% (N=2) omtrent wondzorg en 20% (N=10) hadden 2 of meer vragen over bovengenoemde. Vier procent (N=2) vond de informatie of communicatie onvoldoende. Op de vraag over de pijnscore blijkt 24% (N=12) VAS 0 te hebben, 12% (N=6) VAS 1, 30% (N=15) VAS 2, 16% (N=8) VAS 3, 6% (N=3) VAS 4, 8% (N=4) VAS 5 en 4% (N=2) VAS 7. Zesenvijftig procent (N=28) had paracetamol volgens voorschrift ingenomen. Zesentachtig procent (N=43) had een probleemloze defecatielozing postoperatief, waarvan 12% (N=6) doormiddel van laxantia. Van de 14% (N=7) die geen spontane defecatielozing hadden, had iedereen laxantia gebruikt. Tien procent (N=5) had last van matige roodheid en vocht rondom en uit de wond en 90% (N=45) niet. Niemand van de controlegroep blijkt koorts of behoefte aan een extra belafpraak te hebben en iedereen blijkt het contact te weten bij problemen. Zie tabel 3.6.

Tabel 3.1 Patiënten karakteristieken

	Totaal (N=100)	Controlegroep (N=50)	Interventiegroep (N=50)	P-waarde
Leeftijd	54,2 (sd=16,5)	53,1 (sd=15,8)	55,2 (sd=17,3)	0,750
Geslacht				0,271
M	29 (29%)	17 (34%)	12 (24%)	
V	71 (71%)	33 (66%)	38 (76%)	
Diagnose				0,056
Cholecystitis	33 (33%)	21 (42%)	12 (24%)	
Cholecystolithiasis	67 (67%)	29 (58%)	38 (76%)	
ASA-score				0,601
ASA 1	45 (45%)	21 (42%)	24 (48%)	
ASA 2	44 (44%)	22 (44%)	22 (44%)	
ASA 3	11 (11%)	7 (14%)	4 (8%)	

Tabel 3.2 Variabelen

	Totaal (N=100)	Controlegroep (N=50)	Interventiegroep (N=50)	P-waarde
Heropname				<0.001
SEH	5 (5%)	5 (10%)	0	
VPA	9 (9%)	9 (18%)	0	
Nee	86 (86%)	36 (72%)	50	
Redenheropname				
Obstipatie	2 (2%)	2 (4%)		
Pijn	5 (5%)	5 (10%)		
Onzekerheid/angst	5 (5%)	5 (10%)		
POWI	2 (2%)	2 (4%)		
Gemiddelde indexopname	2,3 (sd=0,9)	2,4 (sd=1,0)	2,2 (sd=0,7)	
Gemiddelde O-H tijd	4,29 (sd=2,2)	4,29 (sd=2,2)		

Tabel 3.3 interviews interventiegroep

	Totaal (N=50)
<u>Vragen/onduidelijkheden</u>	
Nee	33 (66%)
Leefregels eten	1 (2%)
Werkhervatting	1 (2%)
Sporten	1 (2%)
Wondzorg	2 (4%)
Twee of meer vragen van deze	10 (20%)
Slechte info of communicatie	2 (4%)
VAS	
VAS 0	12 (24%)
VAS 1	6 (12%)
VAS 2	15 (30%)
VAS 3	8 (16%)
VAS 4	3 (6%)
VAS 5	4 (8%)
VAS 7	2 (4%)
Paracetamol inname	
JA	28 (56%)
NEE	22 (44%)
Defecatielozing	
JA	43 (86%) waarvan 6 (12%) met laxantia
NEE	7 (14%) ondanks laxantia bij 14%
Laxantia	
JA	13 (26%)
NEE	37 (74%)
Last van wond	
JA	5 (10%)
NEE	45 (90%)
Koorts	
JA	0
NEE	50 (100%)
Telefoonnummer	
JA	50 (100%)
bekend	
NEE	0
Extra belafspreek?	
JA	0
NEE	50 (100%)

4. Discussie

De belangrijkste bevinding van dit onderzoek is dat heropnames na een ongecompliceerde laparoscopische cholecystectomie vermijdbaar zijn wanneer er goede informatieverstrekking is aan de patiënt. De literatuur^{3,4,5} geeft uitsluitsel over de risicofactoren die een rol spelen bij een heropname. Slechte therapietrouw door een gebrekkige informatievoorziening is één van die risicofactoren die Bolkenstein en van Olden (2015) aantoonde en dat komt overeen met dit onderzoek want door de toegepaste interventies werd dit risico uitgesloten en een significante daling van het aantal heropnames vastgesteld. Een voorbeeld hiervan dat zorgverleners weten dat pijn en wondvocht passen bij het postoperatieve herstel maar een patiënt kan daar angstig van worden. Gebrekkige informatie kan er dan toe leiden dat patiënten terugkeren naar het ziekenhuis. Dat is in overeenstemming met dit onderzoek. Door adequate informatievoorziening werd dit risico uitgesloten en zo een significante daling van het aantal heropnames vastgesteld.

Uit een kwalitatief onderzoek van Hesselink et al. (2013), blijkt dat de kwaliteit van het ontslagproces werd beïnvloed door mate waarin zorgverleners rekening willen en kunnen houden met patiënt specifieke wensen en behoeften. Daarmee samenhangend de kans op onnodige, kostbare heropnames. Ook blijkt uit dat onderzoek dat een standaard ontslaggesprek ervoor zorgen dat patiënten beter voorbereid ontslagen worden uit het ziekenhuis. Dit onderzoek toont aan dat een gestructureerd ontslaggesprek ertoe leidt dat niemand werd heropgenomen.

Van Berendsen stelt in haar commentaar over studies in het kader van ontslag uit het ziekenhuis (2013), ook dat een ontslaggesprek met goede informatie, het nemen van voldoende tijd en vooral het in gesprek gaan met de patiënt, van belang is. Tevens beschrijft zij dat er veel folders zijn over ziekten en voorbereiding op onderzoek, terwijl folders over ontslag ontbreken. In het YZH krijgen patiënten algemene informatie mee naar huis in een summier ontslaggesprek, die niet specifiek gericht is op de laparoscopische cholecystectomie.

Bolkenstein en van Olden (2015) stellen vast dat niet de korte opname het probleem is, maar de voorlichting en planning bij ontslag. Dat komt overeen met dit onderzoek. In het YZH krijgen patiënten een ontslagfolder waarin staat dat er bij pijn zo nodig 4 maal daags 1000 milligram paracetamol mag worden gebruikt. In dit onderzoek is patiënten geadviseerd om gedurende 1 week standaard 4 maal daags 1000 milligram paracetamol op vaste tijden te nemen, ook als de patiënt geen pijn heeft. Daarmee werd risico van slechte therapietrouw door gebrekkige informatievoorziening, uitgesloten. Ondanks een gestructureerd ontslaggesprek, had 20% tijdens het interview toch nog 2 of meer vragen over leefregels en instructies.

In het onderzoek van H.E. Bolkenstein et al. wordt ook gesteld dat de meest voorkomende diagnoses bij vermijdbare heropnames wondinfectie en pijnklachten zijn. Dat komt gedeeltelijk overeen met dit onderzoek, waarvan de meeste werden heropgenomen vanwege pijnklachten en onzekerheid/angst. In dit onderzoek zijn geslacht en ASA score niet significant verschillend in de controlegroep en de interventiegroep. Dat is positief voor de betrouwbaarheid van de uitkomst omtrent heropname omdat het de gelijkheid in beide groepen aantoont. De diagnose tussen beide groepen waren ook niet significant, maar er is wel een trend te zien omdat er in de controlegroep meer geopereerd is op basis van een cholecystitis dan op basis van galsteenlijden: 42% (N=21) versus 24% (N=12). Het is zeer aannemelijk dat dit van invloed is geweest op het aantal heropnames in de controlegroep vanwege een wondinfectie.

In het kader van de slechte therapietrouw bij patiënten door gebrekkige informatie voorziening, zijn bij dit onderzoek interviews afgenomen bij 50 patiënten uit de interventiegroep. Op basis van deze gesprekken is een helder beeld te schetsen van de mate waarin patiënten het toepassen van de interventies waarderen. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met eerdere onderzoeken waarin gesteld wordt dat niet de korte opname het probleem is, maar de voorlichting en planning omtrent het ontslag^{3,4,5}. De literatuur geeft aan dat goede informatieverstrekking belemmerd wordt door factoren als onderbezetting, onbegrip van patiënten wanneer de afdeling hectisch is en wisselende informatiebehoeften van patiënten^{3,4,5}.

In de literatuur³ is geen eenduidig en gericht beleid te vinden hoe heropnames in ziekenhuizen in Nederland te voorkomen zijn. Hoewel onverwachte heropnames internationaal worden beschouwd als een complicatie van een ziekenhuisopname en het percentage heropnames één van de kwaliteitsindicatoren voor het beoordelen van ziekenhuizen in het Nederlandse programma van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van 2016 is, zijn er geen onderzoeken die zich richten op het effect van een interventieprogramma ter voorkoming van heropname, zoals dat in dit onderzoek wel is gedaan.

Hoewel de omvang van de studiepopulatie klein is, moet deze studie gezien worden als een aanzet om het gunstige effect van het interventieprogramma op heropnames te bepalen in prospectief gerandomiseerde studie want dit onderzoek toont aan hoe heropnames na een laparoscopische cholecystectomie kunnen worden voorkomen, waardoor onnodige kosten worden vermeden, de patiënttevredenheid toeneemt en de kwaliteit van zorg wordt verbeterd. Dat is niet alleen van belang voor patiënten, maar ook voor artsen, verpleegkundigen, ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

5. Conclusies en aanbevelingen

5.1. Conclusies

Goede informatieverstrekking in een gestroomlijnde ontslagprocedure na een ongecompliceerde laparoscopische cholecystectomie, leidt tot een significante daling van het aantal heropname op de SEH en verpleegafdeling.

5.2. Aanbevelingen

- 1) Verpleegkundigen van de chirurgische afdeling dienen als onderdeel van een gestroomlijnde ontslagprocedure geschoold te worden in een standaard-ontslaggesprek, dat specifiek gericht is op de laparoscopische cholecystectomie. In dat ontslaggesprek krijgt de patiënt uitleg over pijn en pijnstilling, leefregels, wondzorg en het laxantiabeleid. Een aanzet is hiervoor al gemaakt¹⁵.
- 2) Ter voorkoming van vermijdbare heropnames na een laparoscopische cholecystectomie dient een zorgpad te worden opgezet waarin de informatievoorziening aan de patiënt een prominente plaats inneemt.
- 3) Bij een goede borging van de twee bovenstaande aanbevelingen, het realiseren van de laparoscopische cholecystectomie in dagbehandeling.

6. Literatuurlijst

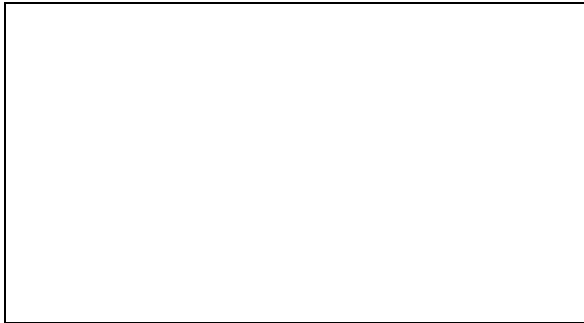
- 1) Richtlijn galsteen (2007), ontwikkeld door NVvH. Internetsite Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Beschikbaar via http://heelkunde.nl/sites/heelkunde.nl/files/richtlijnen-definitief/richtlijn_galsteen.pdf.
Geraadpleegd 2015 februari 12.
- 2) Intranet IJssellandziekenhuis. SAP systeem en complicatieregistratie. Beschikbaar via <http://www.ijssellandziekenhuis.nl>
Geraadpleegd 2015 december 30.
- 3) Bolkenstein HE, Olden GDJ van. Potentieel vermijdbare heropnames bij chirurgische patiënten. Nederlands Tijdschrift voor Heelkunde. 2015; 24: 25-29.
- 4) Hesselink G, Flink M, Olsson M, et al. Are patients discharged with care. A qualitative study of perceptions and experiences of patients, relatives and care providers. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde. 2013; 157: A6394.
- 5) Berendsen AJ, de Jong GM, Meyboom-de Jong B, Dekker JH, Schuling J. Transition of care: experiences and preferences of patients across the primary / secondary interface - a qualitative study. BMC Health Serv Res.2009; 9: 62.5 Nederlands Tijdschrift Geneeskunde. 2013; 157: A6097.
- 6) Nationale Zorggids. Zorgagenda 2016. Beschikbaar via <http://www.nationalezorggids.nl/zorgagenda>
Geraadpleegd 2015 februari 12.
- 7) Intranet IJssellandziekenhuis. Medisch protocol Laparoscopische cholecystectomie. Beschikbaar via <http://www.ijssellandziekenhuis.nl>
Geraadpleegd 2015 april 9.
- 8) Intranet IJssellandziekenhuis. Protocol ontslagprocedure. Beschikbaar via <http://www.ijssellandziekenhuis.nl>
Geraadpleegd 2015 april 9.
- 9) Bijlage 1: Interviews patiënten.
- 10) Bijlage 2: Variabelen.
- 11) Het kleine zorgpaden handboek. Wat is een zorgpad. Beschikbaar via <http://hetkleinezorgpadenhandboek.nl/wat-is-een-zorgpad-2>
Geraadpleegd 2015 mei 14.
- 12) Bijlage 3: Informed consent.
- 13) Bijlage 4: Spreiding en verdeling van de resultaten.
- 14) Bijlage 5: Resultatenweergaven in tabellen.

7. Bijlagen

Bijlage 1: interviews interventiegroep

Datum operatie:

Patientensticker:



- 1) Hoe gaat het met u?
- 2) Hoe gaat het met de pijn? Wat is de VAS-score (0-10)?
- 3) Gebruikt u nog paracetamol volgens voorschrift?
- 4) Heeft u al ontlasting gehad? Met/zonder gebruik laxantia?
- 5) Hoe gaat het met de operatiewondjes? Heeft u klachten als roodheid, vocht/pus uit de operatiewond?
- 6) Heeft u klachten van koorts, ziek voelen?
- 7) Heeft u zelf vragen of zijn er onduidelijkheden?
- 8) Weet u waar u heen kunt bellen met vragen?
- 9) Is het volgende contactmoment bekend?
- 10) Heeft u na dit gesprek voldoende vertrouwen tot het volgende contactmoment of wilt u een extra belafspraak?

Bijlage 2: Variabelen

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
1	Patient	Numeric	8	2		{1,00, 2013}...	None	8	Right	Nominal	Input
2	Leeftijd	Numeric	8	0		None	None	8	Right	Scale	Input
3	Geslacht	Numeric	8	0		{1, man}...	None	8	Right	Nominal	Input
4	Diagnose	Numeric	8	0		{1, cholecys}...	None	8	Right	Nominal	Input
5	Behandeling	Numeric	8	0		{1, Lapchol}...	None	8	Right	Nominal	Input
6	ASA	Numeric	8	0		{1, ASA 1}...	None	8	Right	Nominal	Input
7	Heropname	Numeric	8	0		{1, SEH}...	None	8	Right	Nominal	Input
8	RedenHeropname	Numeric	8	0		{0, Geen he...	None	27	Right	Nominal	Input
9	Indexopname	Numeric	8	0	Duur reguliere o...	None	None	8	Right	Scale	Input
10	OHTijd	Numeric	8	0	Tijd tussen ont...	None	None	8	Right	Scale	Input
11	Interventie	Numeric	8	0		{1, Ja}...	None	8	Right	Nominal	Input
12	VragenOnduidelijkheden	Numeric	8	0		{1, nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
13	VASthuis	Numeric	8	0		{0, VAS 0}...	None	8	Right	Nominal	Input
14	PCMinname	Numeric	8	0		{1, Ja}...	None	8	Right	Nominal	Input
15	Ontlasting	Numeric	8	0		{1, Ja}...	None	8	Right	Nominal	Input
16	Laxantia	Numeric	8	0		{1, Ja}...	None	8	Right	Nominal	Input
17	Wondinfectie	Numeric	8	0		{1, Ja}...	None	8	Right	Nominal	Input
18	Koorts	Numeric	8	0		{1, Ja}...	None	8	Right	Nominal	Input
19	TelBekend	Numeric	8	0		{1, Ja}...	None	8	Right	Nominal	Input
20	ExtraBelafpraak	Numeric	8	0		{1, Ja}...	None	8	Right	Nominal	Input
21	filter_\$	Numeric	1	0	Patient=1 (FILT...	{0, Not Sele...	None	10	Right	Nominal	Input
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											

Bijlage 3: Informed Consent

INFORMED-CONSENTFORMULIER

Toestemmingsverklaring voor het onderzoek naar het voorkomen van een heropname na een laparoscopische cholecystectomie.

Hierbij verklaart

Naam:

Adres:

Plaats:

Telefoonnummer:

Vrijwillig mee te willen werken aan het onderzoek naar de hulpverlening aan patiënten na een laparoscopische cholecystectomie.

Ondergetekende is schriftelijk voldoende op de hoogte gesteld van de doelstelling en de inhoud van het onderzoek en weet wat deelname voor hem/haar inhoudt. Hij/zij is in de gelegenheid gesteld om telefonisch vragen te stellen. Ondergetekende kan op ieder moment de medewerking aan het onderzoek intrekken.

Ondergetekende gaat ermee akkoord dat, ten behoeve van dit onderzoek gegevens van hem/haar worden verstrekt. De gegevens die worden verzameld in dit onderzoek zullen vertrouwelijk worden behandeld.

Ondergetekende geeft tevens toestemming tot eventueel publicatie van de uit dit onderzoek voortkomende resultaten (geen individuele gegevens). Bij publicatie van de resultaten wordt anonimiteit gewaarborgd. Na afloop van het onderzoek wordt u van de resultaten op de hoogte gesteld.

Plaats:

Plaats:

Datum:

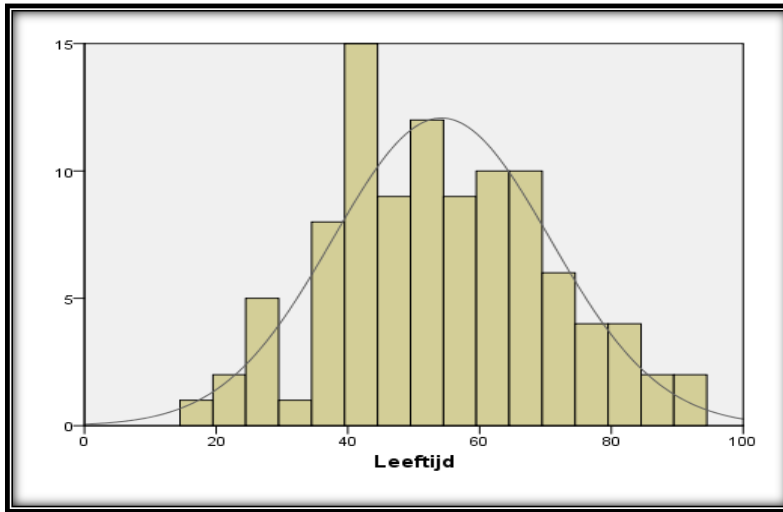
Datum:

Handtekening patiënt:

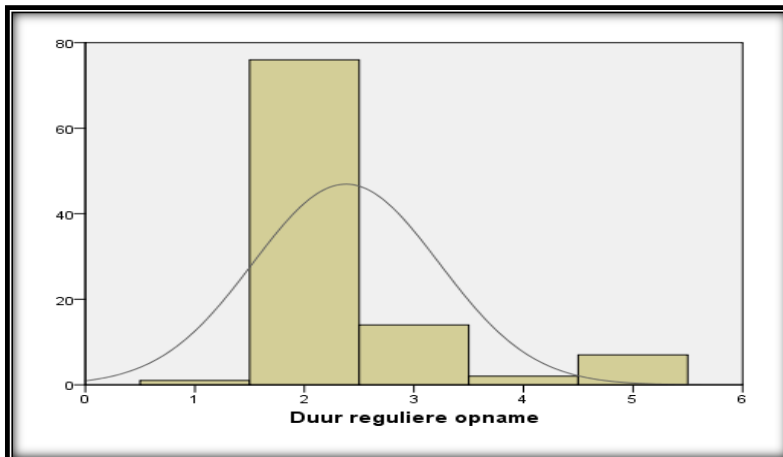
Handtekening onderzoeker:

Bijlage 4: Spreiding en verdeling van de resultaten

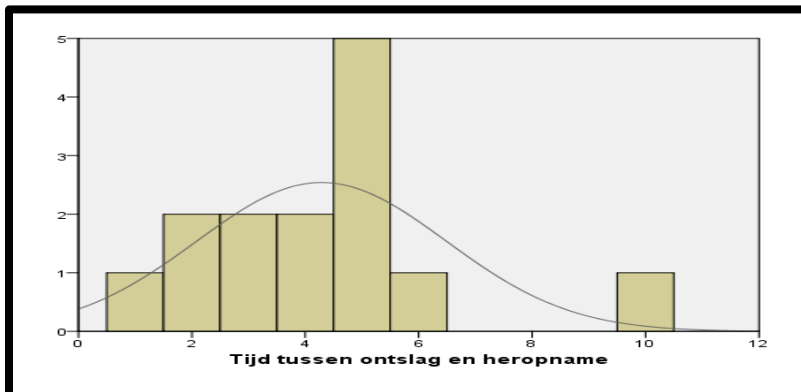
Figuur 3.1 Leeftijd is normale verdeling in de variabele "leeftijd"



Figuur 3.2 rechtsverschuiving in de variabele "indexopname"



Figuur 3.3 linksverschuiving in de variabele "H-O tijd"



Bijlage 5: Resultatenweergaven in tabellen

Tabel 5.1 de gemiddelde leeftijd, duur opname (index) en tijd tussen ontslag en heropname (O-H tijd) totaal

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Leeftijd	100	17	91	54,20	16,514
Duur reguliere opname	100	1	5	2,38	,850
Tijd tussen ontslag en heropname	14	1	10	4,29	2,199
Valid N (listwise)	14				

Tabel 5.1.1 de gemiddelde leeftijd, duur opname (index) en tijd tussen ontslag en heropname (O-H tijd) controlegroep

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Leeftijd	50	17	85	53,12	15,767
Duur reguliere opname	50	1	5	2,48	,974
Tijd tussen ontslag en heropname	14	1	10	4,29	2,199
Valid N (listwise)	14				

Tabel 5.1.2 de gemiddelde leeftijd, duur opname (index) en tijd tussen ontslag en heropname (O-H tijd) interventiegroep

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Leeftijd	50	21	91	55,28	17,321
Duur reguliere opname	50	2	5	2,28	,701
Tijd tussen ontslag en heropname	0				
Valid N (listwise)	0				

Tabel 5.2 variabele geslacht totaal

Geslacht				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid man	29	29,0	29,0	29,0
vrouw	71	71,0	71,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Tabel 5.2.1 variabele geslacht controlegroep

		Geslacht			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	man	17	34,0	34,0	34,0
	vrouw	33	66,0	66,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabel 5.2.2 variabele geslacht interventiegroep

		Geslacht			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	man	12	24,0	24,0	24,0
	vrouw	38	76,0	76,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabel 5.3 variabele diagnose totaal

		Diagnose			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	cholecystitis	33	33,0	33,0	33,0
	symptomatisch	67	67,0	67,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Tabel 5.3.1 variabele diagnose controlegroep

		Diagnose			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	cholecystitis	21	42,0	42,0	42,0
	symptomatisch	29	58,0	58,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabel 5.3.2 variabele diagnose interventiegroep

		Diagnose			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	cholecystitis	12	24,0	24,0	24,0
	symptomatisch	38	76,0	76,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabel 5.4 variabele ASA totaal

		ASA			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ASA 1	45	45,0	45,0	45,0
	ASA 2	44	44,0	44,0	89,0
	ASA 3	11	11,0	11,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Tabel 5.4.1 variabele ASA controlegroep

		ASA			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ASA 1	21	42,0	42,0	42,0
	ASA 2	22	44,0	44,0	86,0
	ASA 3	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabel 5.4.2 variabele ASA interventiegroep

		ASA			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ASA 1	24	48,0	48,0	48,0
	ASA 2	22	44,0	44,0	92,0
	ASA 3	4	8,0	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabel 5.5 variabele Heropname totaal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SEH	5	5,0	5,0	5,0
	VPA	9	9,0	9,0	14,0
	nee	86	86,0	86,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Tabel 5.5.1 variabele Heropname controlegroep

		Heropname			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SEH	5	10,0	10,0	10,0
	VPA	9	18,0	18,0	28,0
	nee	36	72,0	72,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabel 5.5.2 variabele Heropname interventiegroep

		Heropname			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	50	100,0	100,0	100,0

Tabel 5.6 variabele Reden heropname controlegroep

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Geen heropname	36	72,0	72,0	72,0
	Obstipatie	2	4,0	4,0	76,0
	Pijn	5	10,0	10,0	86,0
	Onzekerheid/angst	5	10,0	10,0	96,0
	POWI	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabel 5.7 variabele interventie Paracetamol inname

		PCM inname			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	28	56,0	56,0	56,0
	Nee	22	44,0	44,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabel 5.8 variabele interventie VAS

		VAS thuis			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	VAS 0	12	24,0	24,0	24,0
	VAS 1	6	12,0	12,0	36,0
	VAS 2	15	30,0	30,0	66,0
	VAS 3	8	16,0	16,0	82,0
	VAS 4	3	6,0	6,0	88,0
	VAS 5	4	8,0	8,0	96,0
	VAS 7	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabel 5.9 variabele interventie Defecatiepatroon

		Ontlasting			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	43	86,0	86,0	86,0
	Nee	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabel 5.10 variabele interventie laxantia gebruikt.

		Laxantia			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	13	26,0	26,0	26,0
	Def +	6	12,0	12,0	
	Def-	7	14,0	14,0	
	Nee	37	74,0	74,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabel 5.11 variabele interventie POWI

		Wondinfectie			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	5	10,0	10,0	10,0
	Nee	45	90,0	90,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabel 5.12 variabele interventie Koorts

		Koorts			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nee	50	100,0	100,0	100,0

Tabel 5.13 variabele interventie Bekend met het telefoonnummer

Tel Bekend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja	50	100,0	100,0	100,0

Tabel 5.14 variabele Extra belafspraak

Extra Belafspraak

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nee	50	100,0	100,0	100,0

Tabel 5.15 variabele Vragen of onduidelijkheden

Vragen Onduidelijkheden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nee	33	66,0	66,0	66,0
leefregels eten	1	2,0	2,0	68,0
werkhervatting	1	2,0	2,0	70,0
sporten	1	2,0	2,0	72,0
wondzorg	2	4,0	4,0	76,0
2 of meer vragen van deze	10	20,0	20,0	96,0
slechte info/ communicatie	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Tabel 5.16 Significantie heropname controlegroep versus interventiegroep

Patient * HeropnameTotaal Crosstabulation

			HeropnameTotaal		Total
			ja	nee	
Patient	2013	Count	14	36	50
		% within Patient	28,0%	72,0%	100,0%
2015	Count	0	50	50	
	% within Patient	0,0%	100,0%	100,0%	
Total	Count	14	86	100	
	% within Patient	14,0%	86,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	16,279 ^a	1	,000		

Tabel 5.17 Significantie geslacht controlegroep versus interventiegroep

Crosstab

			Geslacht		Total
			man	vrouw	
Patient	2013	Count	17	33	50
		% within Patient	34,0%	66,0%	100,0%
	2015	Count	12	38	50
		% within Patient	24,0%	76,0%	100,0%
Total	Count		29	71	100
	% within Patient		29,0%	71,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1,214 ^a	1	,271		

Tabel 5.18 Significantie diagnose controlegroep versus interventiegroep

Crosstab

			Diagnose		Total
			cholecystitis	symptomatisch	
Patient	2013	Count	21	29	50
		% within Patient	42,0%	58,0%	100,0%
	2015	Count	12	38	50
		% within Patient	24,0%	76,0%	100,0%

Vermijdbare heropnames na een laparoscopische cholecystectomie
 Nelleke van Gils, MPA Heelkunde, YZH, Cohort 2013

Total	Count	33	67	100
	% within Patient	33,0%	67,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,664 ^a	1	,056		

Tabel 5.19 Significantie ASA score controlegroep versus interventiegroep

			ASA			Total
			ASA 1	ASA 2	ASA 3	
Patient 2013	Count		21	22	7	50
	% within Patient		42,0%	44,0%	14,0%	100,0%
2015	Count		24	22	4	50
	% within Patient		48,0%	44,0%	8,0%	100,0%
Total	Count		45	44	11	100
	% within Patient		45,0%	44,0%	11,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,018 ^a	2	,601

U gaat met ontslag na het verwijderen van uw galblaas met de volgende instructies en leefregels:
(Concept; gemaakt door N. van Gils, februari 2016)

Pijnklachten en pijnstilling:

Bij de operatie wordt er lucht in uw buik geblazen. Daar kunt u pijnklachten van hebben, die naar uw schouder trekken. Dit is vervelend, maar niet gevaarlijk. U kunt hier 1 tot 2 weken last van hebben. Daarnaast kunt u wondpijn hebben. Wij adviseren u daarom 4 maal daags 1000 milligram paracetamol in te nemen op vaste tijden, gedurende 1 tot 2 weken. Neemt u ook de paracetamols in als u geen pijn heeft; zo voorkomt u pijnpieken. Op geleide van de pijn kunt u de paracetamol afbouwen, door steeds een tijd te laten vervallen.

Ontlastingspatroon na de operatie en gebruik laxantia:

Na de operatie kan het nog wel een aantal weken duren, voordat uw ontlastingspatroon weer is, zoals dat voor de operatie was. Het uitblijven van de eerste ontlasting na de operatie kan buikpijn geven, maar ook misselijkheidsklachten. Wij adviseren om de movicolon die u heeft meegekregen op recept, 1 maal daags in te nemen tot de eerste defecatielozing. Daarna dient het gestopt te worden, tenzij u het voor de operatie al gebruikte.

Misselijkheid:

Na de operatie kunt u ook misselijk zijn door de narcose. Dit moet men een aantal dagen over zijn.

Wond en wondverzorging:

De operatiewondjes kunnen nog een aantal dagen wondvocht lekken en het gebied rondom de wondjes kan iets rood zijn. Dit is normaal en gaat vanzelf over. Het navelwondje zal het meest lekken omdat hierdoor de galblaas naar buiten is gehaald. Spoel de wondjes dagelijks goed onder de douche (zonder verbandmateriaal). Als de wondjes niet meer lekken, is het niet nodig om ze nog te verbinden. De wondjes zijn onderhuids gehecht met oplosbare hechtingen.

Alarmsignalen en contact:

Indien u ziet dat het gebied rondom 1 van de wondjes vurig rood is of er komt pus uit de operatiewond, u voelt zich zieke of heeft koorts, neemt u dan contact met ons op. Ook wanneer u ongerust bent of u heeft nog andere vragen. **Telefoonnummer: 010-2585435.** Dit is het telefoonnummer van de verpleegafdeling waar u heeft gelegen en daar is altijd een verpleegkundige. Zij kan, indien nodig, overleggen met de arts.

Leefregels:

Er zijn geen specifieke leefregels. Het is de eerste week belangrijk dat u goed naar uw lichaam luistert. Neem voldoende rust, want u heeft een operatie ondergaan. Zorg daarnaast dat u voldoende drinkt en voldoende beweegt; dit is belangrijk voor u algehele herstel en het op gang komen van uw ontlastingspatroon. Daarnaast zijn gezond eten en niet roken zeer belangrijk voor de wondgenezing. Er zijn geen leefregels voor uw voeding. De meeste patiënten kunnen alles weer eten zonder klachten, maar een heel klein percentage heeft na het eten van bepaalde voeding, in lichte mate de pijnklachten van voor de operatie.

Werkhervatting en sporten:

Na de operatie adviseren wij u om de eerste week voldoende rust te nemen. Daarna kunt u (in overleg met uw werkgever) opbouwend beginnen met werken en sporten.

Belafspraak:

U wordt op-2016 gebeld om te vragen hoe het met u gaat. Het weefsel van uw galblaas wordt standaard door de patholoog onderzocht en tijdens dit telefoongesprek krijgt u hier de uitslag van. Verzamel zelf uw vragen op de achterzijde van deze kaart, zodat u die kunt stellen tijdens deze belafspraak.