

L'Informazione essenziale e irrinunciabile alla dimissione dal reparto per acuti dopo sindrome coronarica Parte 1: I fattori che influenzano la comunicazione

The bare minimum of information at discharge after acute coronary syndrome. Part 1: factors that affect communication

Elisabetta Angelino¹, Francesco Fattirolli²

ABSTRACT: *The bare minimum of information at discharge after acute coronary syndrome. Part 1: factors that affect communication. E. Angelino, F. Fattirolli.*

Hospital discharge after an Acute Coronary Syndrome represents a potential pitfall for patients. Strict adherence to discharge instructions is sometimes essential for recovery and prevention of complications and patients' knowledge of diagnosis and treatment plan is an integral component of patient education. Discharge communication is an integral part of high-quality, patient-centered care but patients lea-

ving hospital often fail to understand important elements of their discharge and home care plan. This paper describes the existing literature on patient understanding and implementation of discharge instructions, discusses previous interventions aimed at improving the discharge process, and recommends best practices.

Keywords: *physician-patient communication, patient education, hospital discharge.*

Monaldi Arch Chest Dis 2012; 78: 79-84.

¹ Servizio di Psicologia, Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Torino.

² Dipartimento Area Critica Università di Firenze; Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, SOD Riabilitazione Cardiologica.

Corresponding author: Prof. Francesco Fattirolli; Dept. Critical Care Medicine, Cardiac Rehabilitation Unit, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Via delle Oblate 4, 50141 Firenze, Italy; Fax +390557949137; E-mail address: francesco.fattirolli@unifi.it

Introduzione

Le Linee Guida cardiologiche sottolineano l'importanza della prevenzione delle malattie cardiovascolari ed indicano l'educazione del paziente come uno strumento fondamentale per raggiungere gli obiettivi terapeutici prefissati. Una adeguata comunicazione influenza in modo rilevante la coincidenza tra i comportamenti del paziente e le prescrizioni del medico, favorendo la comprensione e il ricordo delle informazioni ricevute, l'aderenza alle terapie prescritte e lo sviluppo di un rapporto di collaborazione con gli operatori sanitari.

Nella pratica clinica, tuttavia, ancora poche risorse vengono dedicate a valutare la qualità delle informazioni che il paziente riceve sulle caratteristiche della sua malattia, sui comportamenti da adottare nelle attività quotidiane, sui motivi per i quali i farmaci prescritti vengono utilizzati e sui possibili problemi che possono insorgere nell'assumere irregolarmente la terapia o nel sospenderla autonomamente [1-2].

Le modalità di comunicazione tra medico e paziente

Alcuni studi mostrano come lo stile comunicativo del paziente influenzi il medico e gli altri ope-

ratori che, durante il ricovero, vengono a contatto con lui e che finiscono per mettersi in relazione più facilmente con chi sa comunicare meglio. Poiché non tutti i pazienti sono spontaneamente capaci di dare e chiedere tutte le informazioni necessarie, è fondamentale cercare di potenziare le competenze comunicative del medico in quanto la peculiarità propria della relazione clinica lo rende in grado, se adotta modalità adeguate, di sollecitare in ogni paziente una maggiore capacità di riconoscere ed esprimere i propri bisogni informativi [3].

Se le dinamiche relazionali sono determinanti ai fini di una buona pratica clinica lungo l'intero percorso di cura, vi sono però alcuni snodi in cui, a prescindere dalle caratteristiche del paziente, il personale sanitario ha la responsabilità piena di come si comunica perché questo impatta significativamente sulla qualità dell'assistenza e pertanto richiede una attenzione particolare. Uno dei momenti più critici è alla dimissione dall'ospedale.

La conoscenza della diagnosi e del piano di trattamento sono componenti integrali dell'educazione del paziente ma, come si evince dalla letteratura disponibile, alla dimissione, frequentemente, tali elementi si rivelano confusi, con il risultato che da

parte del paziente può non essere stato pienamente compreso cosa è avvenuto durante il ricovero, cosa è stato fatto in termini di esami o trattamenti e quali saranno le attività più utili per recuperare o mantenere il migliore stato di salute possibile.

I ricoveri brevi e l'autogestione del paziente

Negli ultimi anni la pressione economica ha sollecitato il sistema sanitario a dimissioni “quicker and sicker”, che hanno reso la dimissione sempre più un momento di cambiamento precoce e cruciale nella storia di malattia. Il paziente, improvvisamente, si trova ad essere responsabile della gestione di farmaci per lui nuovi e a dover autonomamente monitorare una sintomatologia o del tutto sconosciuta come nel caso del primo evento di malattia, o non necessariamente ben nota anche se preceduta da altri episodi di ricovero, per evidenziarne, in modo tempestivo, un eventuale peggioramento [4]. (Tabella 1).

Tabella 1. - Responsabilità affidate al paziente alla dimissione

Gestione della terapia farmacologica

Riconoscimento dei sintomi

Monitoraggio della condizione clinica

Modifiche dello stile di vita

Ripresa delle attività quotidiane

In tal senso, la dimissione dall'ospedale può costituire per il paziente una potenziale ma significativa condizione di vulnerabilità. Alla dimissione, uno scambio di informazioni efficace con il paziente richiede che il medico presti attenzione alla comprensibilità dei termini utilizzati, alla praticabilità delle prescrizioni e che abbia dedicato una quota di tempo sufficiente a verificare che le istruzioni date siano state comprese davvero.

Il rischio di una scarsa comprensione delle informazioni

Spesso una incompleta comprensione delle informazioni espone il paziente a errori nel gestire la terapia farmacologica, nel riprendere o modificare il proprio stile di vita e in generale nell'atteggiamento da tenere rispetto alla malattia e ai luoghi di cura, con conseguenti, successive re-ospedalizzazioni.

La letteratura disponibile sottolinea come in genere meno del 50% dei pazienti sia in grado di ripetere la diagnosi che gli è stata comunicata, di elencare il nome dei farmaci prescritti, i loro effetti terapeutici e i loro effetti collaterali [5].

Non c'è tuttavia una categoria di pazienti immediatamente identificabile come a rischio di cattiva comprensione. Soggetti giovani, senza storia di malattia, dimessi a distanza di 3-4 giorni da un ricovero per sindrome coronarica acuta trattata con angioplastica primaria, che vengono immediatamente rassicurati sulla completa risoluzione dell'evento malattia, possono lasciare l'ospedale senza avere compreso

adeguatamente neppure la diagnosi e quanto la prevenzione sarà fondamentale per il mantenimento di una buona condizione di salute. Analogamente, anche pazienti anziani, con basso livello culturale e gravati da comorbilità, facilmente rischiano di rientrare al proprio domicilio senza aver compreso una serie di istruzioni fornite alla dimissione. Le ragioni che sottendono la possibile “insufficiente comprensione” sono quindi molteplici, ma hanno in comune la qualità della comunicazione al termine del ricovero.

Il nostro lavoro è strutturato in due sezioni: questa prima parte si propone di passare in rassegna le principali criticità insite nella comunicazione alla dimissione, offrendo ogni qualvolta sia possibile spunti per approfondimenti successivi anche da un punto di vista pratico.

La seconda sarà centrata sull'informazione alla dimissione dopo sindrome coronarica acuta (SCA) con la proposta di modalità operative che possano essere la base per la costruzione di una guida condivisa per gli operatori delle degenze cardiologiche per acuti. La ragione per cui abbiamo scelto di focalizzare sulla SCA è stata determinata da vari fattori. Oltre che per la rilevanza epidemiologica e le rapide modificazioni negli ultimi anni sulle modalità di cura in fase acuta, in questa condizione di malattia, più che in altri casi, la durata del ricovero è divenuta estremamente breve e pertanto rappresenta forse l'esempio più appropriato ed incisivo del problema della comunicazione che precede ed accompagna la dimissione.

I fattori che influenzano la comunicazione alla dimissione

A determinare il successo o il fallimento del trasferimento di informazioni alla dimissione, contribuiscono vari fattori, riassunti nella Tabella 2.

Tabella 2. - Fattori che influenzano la trasmissione efficace delle informazioni alla dimissione

Competenze comunicative del medico e degli operatori sanitari

Caratteristiche del paziente

Caratteristiche dell'ambiente

Un recente studio qualitativo [6] basato sull'analisi di 844 audio-registrazioni delle informazioni date alla dimissione dalla terapia intensiva, ha evidenziato come nel 73% dei casi venivano erogate informazioni piuttosto generiche sulla malattia con altrettanto generiche istruzioni circa la terapia e la necessità di controlli periodici. Ai pazienti veniva data quasi sempre la possibilità di fare domande (91% dei casi) ma queste si rivelavano vaghe e poco pertinenti e, comunque, solo il 50% dei medici rispondeva dando informazioni personalizzate su quello che sarebbe stato il decorso della malattia, e solo nel 22% dei casi si provvedeva a una verifica dell'avvenuta comprensione.

Soddisfare criteri di completezza e accuratezza di informazione significa, per esempio, che non solo

si prospetta al paziente la necessità di sottoporsi a controlli successivi, ma anche che, contestualmente, si comunica la data di tali controlli.

Dare ai pazienti la possibilità di fare domande è offrire una preziosa opportunità di chiarimento che forse però è più apparente che reale, in quanto, in genere, i pazienti non sono consapevoli delle loro carenze di comprensione circa le informazioni ricevute e finiscono per formulare quesiti vaghi che per questo motivo producono risposte che si rivelano in seguito poco utili.

Un semplice follow-up telefonico il giorno successivo alla dimissione può essere una modalità molto efficace nell'evidenziare la necessità di ulteriori chiarimenti sia sulla malattia che sulla terapia. "Mi dice come sta oggi?" era una delle due domande aperte di un follow-up condotto su pazienti dimessi il giorno precedente: la risposta del 31% dei soggetti rivelava una scarsa comprensione delle istruzioni ricevute alla dimissione oltre che della diagnosi stessa [7].

La soddisfazione del paziente e l'efficacia della comunicazione

Va sottolineato che la soddisfazione del paziente per la comunicazione alla dimissione, non implica che ci sia stata da parte sua anche una piena comprensione delle istruzioni ricevute. La soddisfazione dei pazienti è una misura inadeguata per valutare la qualità dell'assistenza e non bisogna dimenticare che c'è una fondamentale differenza tra soddisfazione del paziente e assistenza centrata sul paziente [8].

La finalità dovrebbe essere quella di coniugare insieme la comprensione e la soddisfazione in quanto unica possibilità per gettare le basi di una futura alleanza terapeutica. Idealmente la soddisfazione del paziente dovrebbe essere raggiunta proprio a seguito del suo aver compreso l'intero percorso di cura, quanto gli è accaduto, le informazioni che gli sono state date e le decisioni che sono state prese. Un paziente solo soddisfatto, ma che non ha compreso, è un paziente che non si è riusciti a coinvolgere pienamente, che è rimasto poco consapevole e che rischia di trovarsi sprovvisto di strumenti utili con cui affrontare i suoi problemi di salute.

In diversi momenti del percorso di cura è necessario sforzarsi di acquisire una visione prospettica, all'interno della quale la comunicazione con il paziente non è limitata alla relazione che il singolo medico ha con lui, ma è inserita nel contesto più ampio dei rapporti che quel paziente ha e avrà con il sistema sanitario. Questo è particolarmente rilevante nella comunicazione alla dimissione dove l'avvenuta comprensione e la praticabilità da parte del paziente di quanto gli viene detto, rappresenta spesso un punto di partenza per un suo coinvolgimento reale nel sistema di cura. Non è dunque un indicatore di efficacia il fatto che il paziente vada a casa contento e che ringrazi gli operatori per quanto hanno fatto per lui.

La verifica della comprensione delle informazioni

La verifica dell'avvenuta comprensione, oltre a essere poco presente nella comunicazione alla dimissione, quando è presente viene spesso risolta con formule insufficienti come: "è tutto chiaro?". Il pa-

ziente difficilmente ad una simile domanda risponderà che non ha capito molto, un po' perché non ne è consapevole, un po' perché non osa farlo. È di maggiore utilità esporre i concetti uno alla volta e ogni tanto fermarsi e verificare che il paziente stia ancora ascoltando ed eventualmente ripetere con lui quanto già detto.

Una strategia comunicativa "read-back, teach-back" in cui dopo ogni concetto espresso viene valutata la capacità che il paziente ha di richiamarlo, avendolo compreso, consente di chiarire subito i dubbi e si è mostrata associata ad outcome migliori sia in cure primarie che in ambito chirurgico [9].

I vantaggi e i limiti delle informazioni scritte

Al momento della dimissione, l'aspetto verbale della comunicazione è senz'altro prioritario perché particolarmente rispondente alle aspettative e ai bisogni del paziente; esso tuttavia andrebbe integrato con una sorta di elenco scritto (index card) delle istruzioni date, messo a punto in precedenza e funzionale al livello culturale del singolo paziente. Sarebbe importante che su tale elenco e dunque in forma scritta, fossero riportati il nome del medico di riferimento e quello di altri componenti dello staff e che tali operatori fossero tutti coinvolti nel momento della dimissione, in quanto, le interazioni "allargate" tra paziente e le diverse figure del team si mostrano associate ad una migliore comprensione [10]. Anche disporre di materiale illustrato è di grande utilità, soprattutto nei casi di pazienti con limitazioni culturali come difficoltà linguistiche o un basso livello di health literacy. Il materiale educativo illustrato risulta di immediata comprensione e, per esempio, l'utilizzo di un codice colore si è rivelato efficace per rinforzare determinati messaggi [11]. Il materiale cartaceo, per quanto dettagliato ed esaustivo, deve sempre essere considerato una sorta di traccia, di promemoria che possa facilitare il paziente a fare proprie le informazioni ricevute durante il colloquio con il medico per utilizzarle, in maniera corretta, nel tempo. Per questo il personale sanitario commette un grave errore se delega i messaggi ad opuscoli informativi e si sente così autorizzato a non spendere troppo tempo nel colloquio con il paziente (Tabella 3).

Tabella 3. - Caratteristiche ed utilizzo delle informazioni scritte

Integrazione delle informazioni con un elenco scritto riassuntivo
Materiale illustrato per soggetti di basso livello culturale o difficoltà linguistiche
Promemoria per i programmi di follow-up
Schemi facilitativi per la gestione dei farmaci
Integrazione e non sostituzione della comunicazione verbale

I pazienti a rischio di cattiva comprensione

Le criticità insite nella comunicazione alla dimissione possono essere amplificate da alcune caratteristiche proprie di gruppi di pazienti particolar-

mente fragili e per i quali molto elevato è il rischio di incomprensioni e quindi di rottura di una possibile forma di continuità assistenziale. I pazienti con un basso livello culturale e le donne, soprattutto se anziane, richiedono un approccio particolarmente attento e competente rispetto a bisogni comunicativi che tendono ad essere maggiori e più complessi oltre che spesso trascurati.

È cruciale identificare, fin dal momento del ricovero, il paziente culturalmente debole in modo da tarare lo stile comunicativo dello staff sui suoi bisogni e lungo tutte le fasi del percorso di cura. Con questi pazienti è imperativo verificare "step by step" la avvenuta comprensione, dalla formulazione della diagnosi alla prescrizione delle terapie, e, predisporre materiale educativo illustrato specie rispetto alla terapia farmacologica.

Per quanto riguarda l'aderenza ai farmaci l'argomento verrà ulteriormente affrontato nella seconda parte. Ci limitiamo in questa sede a ricordare che vi sono numerose proposte di strategie comunicative, da usare con i pazienti, per facilitare una modalità di assunzione corretta dei farmaci, una volta rientrati al proprio domicilio.

Fondamentale è anche che il medico sia consapevole, nel momento in cui mette a punto articolati piani terapeutici, dei costi e dei benefici degli stessi, in quanto ogni nuovo farmaco aggiunto, contribuisce a diminuire la comprensione del paziente e ad innalzare la possibilità di un errore nell'assunzione [12].

Le donne anziane rappresentano una popolazione con bisogni di presa in carico complessi anche se tuttora poco studiati nello specifico dell'ambito sanitario. In genere lo status sociale e anche socio-sanitario di queste donne differisce in peggio da quello degli uomini ed esse tendono a manifestare una minore soddisfazione della loro esperienza di cure ricevute [13]. I pochi dati disponibili sottolineano come la minore soddisfazione delle donne possa essere attribuita sia a loro maggiori aspettative sia ad un diverso atteggiamento e stile comportamentale dello staff medico e degli operatori, rispetto a quello mostrato con gli uomini. L'ambito dove le differenze tra i generi appaiono maggiori è proprio quello relativo alla comunicazione alla dimissione. Alcuni studi evidenziano come le donne tendono ad avere bisogno alla dimissione di molte più informazioni degli uomini e come tale loro aspettativa vada spesso delusa [14].

È necessario ricordare che in una percentuale superiore al 60%, le donne anziane con una moderata o severa disabilità, vivono da sole, sono spesso vedove (più frequentemente degli uomini), hanno in genere svolto attività lavorative meno tutelate e retribuite di quelle maschili. Le informazioni su come comportarsi dopo la dimissione devono essere date, a questo particolare gruppo di pazienti, con estrema attenzione soprattutto alla sostenibilità del piano di cure (terapie e controlli ma anche cambiamenti nello stile di vita) che si propongono [15].

La comunicazione con il familiare

La comunicazione alla dimissione non è solo con il paziente ma, quando presente, deve compren-

dere anche colui che si prenderà cura del paziente una volta a casa.

Per quanto riguarda gli aspetti problematici di cui tener conto nell'informare il familiare al momento delle dimissioni, vale quanto detto finora per il paziente. Tuttavia, il familiare (o il caregiver) non va solo informato, ma va spesso anche sostenuto con un intervento comunicativo che sappia tenere conto dei suoi specifici bisogni. Colui che dovrà prendersi cura del paziente può non sentirsi all'altezza del suo ruolo, per esempio se dovrà farsi carico di particolari compiti terapeutici magari anche gravosi sul piano emotivo e non solo fisico. Sarebbe importante che tali difficoltà emergessero prima, magari durante una sorta di training compiuto in ospedale, ma è comunque fondamentale verificarlo sempre anche al momento della dimissione. Un altro aspetto cruciale in vista del rientro a casa, è inerente alla congruenza della percezione di salute/malattia tra familiare/caregiver e paziente. Bisogna indagarla e verificarla perché spesso non coincide e, sia in caso di sottostima che di sovrastima, questo comporterà ripercussioni significative sull'aderenza alle prescrizioni e sulla qualità delle future relazioni tra paziente e mondo sanitario [16].

Le criticità ambientali

È opportuno infine allargare la prospettiva a quelle che sono le caratteristiche del contesto organizzativo ovvero dell'ambiente in cui avviene questo delicatissimo scambio comunicativo della dimissione.

Gli studi condotti per valutare l'impatto dell'organizzazione ospedaliera sulla qualità della comunicazione tra medico e paziente sottolineano come, per il paziente, la percezione del supporto erogato dal medico venga influenzata dalle caratteristiche organizzative dell'ambiente [17]. Uno studio osservazionale condotto sulle modalità con cui si dimettevano, al mattino, i pazienti da diversi reparti ospedalieri, ha evidenziato come le dimissioni si effettuassero in stanze piccole e rumorose, affollate da operatori diversi che facevano cose diverse. Le porte erano spesso aperte e poiché non c'era un orario prestabilito per la dimissione il tempo da dedicare ad essa risultava di volta in volta condizionato dalle altre urgenze e priorità [18].

Una comunicazione frettolosa, tra persone che parlano e che si avvicinano, in un affollato studio medico o magari in un corridoio, non può funzionare, tanto più se tale comunicazione è già per sua natura fragile e, come abbiamo visto, gravata da una estrema complessità. La qualità della struttura sanitaria dal punto di vista architettonico, degli spazi disponibili e dei conseguenti aspetti funzionali è un elemento fondamentale nel favorire o ostacolare il sistema di relazioni tra operatori e paziente.

Dato che migliorare la qualità dell'assistenza significa anche fornire con modalità adeguate le informazioni indispensabili al momento della dimissione, garantire e verificare che ciò avvenga non è solo responsabilità dei singoli operatori ma anche dell'intera struttura organizzativa. In un certo qual modo se al singolo operatore sono richieste specifiche competenze comunicative, alla struttura sono richieste specifiche competenze organizzative (Tabella 4).

Tabella 4. - Gli aspetti organizzativi: criticità dell'ambiente di dimissione

Mancanza di tempi dedicati

Spazi affollati e rumorosi

Mancanza di riservatezza

Operatori frettolosi

Conclusioni

Quanto è stato fin qui esposto fotografa ciò che oggi frequentemente accade quando si dimette un paziente. Al tempo stesso è rivelatore di quanto lavoro occorra per definire un quadro diverso e più attento alle esigenze di tutte le persone coinvolte, pazienti, familiari, ma anche operatori stessi. La criticità del tema è oggetto di numerose osservazioni che però poi difficilmente vengono considerate aspetti centrali nella cura del paziente. L'organizzazione del ricovero nella fase acuta, la gestione dell'emergenza, l'utilizzo delle tecnologie più avanzate, il ricorso ai farmaci più innovativi, hanno impedito, fino ad oggi, di cogliere come la complessità del risultato di una cura non possa essere circoscritta soltanto al risultato immediato di un singolo trattamento.

Una indagine qualitativa [19] condotta intervistando il personale medico di diverse unità operative in sette diversi ospedali degli Stati Uniti, ha identificato i fattori che secondo gli stessi operatori sono di ostacolo a una buona dimissione del paziente: un inadeguato coordinamento all'interno del team multidisciplinare, priorità diverse al momento della dimissione, scarsa comunicazione con il paziente e il suo caregiver, mancanza di procedure standardizzate su come gestire la dimissione, mancanza di feedback dopo la dimissione e perdita di senso di responsabilità clinica rispetto al paziente una volta che questi è dimesso (Tabella 5).

Tabella 5. - Elementi di ostacolo ad una "buona" dimissione [19]

Inadeguato coordinamento tra gli operatori sanitari

Priorità differenziate per caratteristiche del paziente

Insufficiente comunicazione con paziente e caregiver

Assenza di procedure standardizzate

Assenza di verifiche dopo la dimissione

Perdita di responsabilità clinica

Oggi al momento della dimissione, anche se certamente non in tutte le realtà organizzative, a fronte di un paziente che lascia l'ospedale disorientato non essendo riuscito a capire bene cosa gli è stato detto e cosa è successo, ci sono operatori, a loro volta in difficoltà, che avvertono l'esigenza di procedure operative chiare e condivise che possano appianare qualche ostacolo nella comunicazione con il pa-

ziente, nel rapporto con gli altri operatori e con l'organizzazione di appartenenza.

Riassunto

La dimissione dall'ospedale dopo sindrome coronarica acuta è un momento cruciale nella storia di malattia del paziente, per il quale può costituire una potenziale condizione di vulnerabilità. Alla dimissione, fornire con modalità adeguate le informazioni indispensabili migliora la qualità dell'assistenza, attraverso, ad esempio, la conoscenza della diagnosi e del piano di trattamento, che sono componenti integrali dell'educazione del paziente. Tuttavia poche risorse sono dedicate a valutare la qualità delle informazioni che il paziente riceve e tuttora vi sono pazienti che lasciano l'ospedale senza avere compreso neppure la diagnosi. Vengono esaminati i dati di letteratura relativi alle modalità di comunicazione alla dimissione con una attenzione particolare ai fattori che ostacolano la comprensione da parte del paziente delle informazioni ricevute e si individuano le principali criticità relative alla insufficiente comunicazione ed agli aspetti connessi con una modalità di dimissione ospedaliera che espone il paziente al rischio di una inefficace gestione dei trattamenti terapeutici e delle strategie per mantenere in modo efficace il proprio stato di salute.

Parole chiave: comunicazione medico-paziente, educazione del paziente, dimissioni ospedaliere.

Bibliografia

1. Arora VM, Manjarrez E, Dressler DD, Basaviah P, Halasyamani L, Kripalani S. Hospitalist handoffs: a systematic review and task force recommendations. *J Hosp Med*. 2009 Sep; 4(7): 433-40.
2. Villanueva T. Transitioning the patient with acute coronary syndrome from inpatient to primary care. *J Hosp Med*. 2010 Sep; 5 (Suppl 4): S8-14.
3. Arnold CI, Coran JJ, Hagen M. Revisiting patient communication training: an update needs assessment and the AGENDA model. *Pat Ed Couns* 2012; 88: 399-405.
4. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalist. *J Hosp Med*. 2007; 2: 314-23.
5. Makaryus A, Friedman E. Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Majo Clinic Proc*. 2005; 80(8): 991-94.
6. Vashi A, Rhodes KV. "Sign right here and you're good to go": a content analysis of audiotaped emergency department discharge instructions. *Ann Emerg Med* 2011; 57: 315-22.
7. Zavala S, Shaffer C. Do patients understand discharge instructions? *J Emerg Nurs*. 2011; 37: 138-40.
8. Kupfer JM, Bond EU. Patient satisfaction and patient-centered care: necessary ma not equal. *JAMA* 2012; 308:139-40.
9. Samuels-Kalow M, Stack AM, Porter S. Effective discharge communication in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* 2012 Aug; 6(2): 152-9.
10. Shoeb M, Merel SE, Jackson MB, Anawalt BD. "Can we just stop and talk?" patients value verbal communication about discharge care plans. *J Hosp Med* 2012; doi: 10.1002/jhm.1937.
11. Mohan AM, Riley BM, Boyington D, Kripalani S. Illustrated medication instructions as a strategy to improve medication management among Latinos: a qualitative analysis. *J Health Psychol* 2012; Mar 27.

12. Karliner LS, Auerbach A, Napoles A, *et al.* Language barriers and understanding hospital discharge instructions. *Med Care* 2012; 50: 283-89.
13. Efraimsson E, Sandman P, Hyden L, Rasmussen BH. How to get one's voice heard: the problems of the discharge planning conference. *J Adv Nurs* 2006; 22: 646-55.
14. Elliott M, Lehrman W, Beckett M, *et al.* Gender differences in patients' perspective of inpatient care. *Health Serv Res* 2012 Aug; 47(4): 1482-501.
15. Arber S, Cooper H. Gender differences in later life: the new paradox? *Soc Sci Med* 1999; 48:61-76.
16. Borthwick R, Newbronner L, Studdard L. "Out of hospital": a scoping study of services for carers of people being discharge from hospital. *Health Soc Care Community*. 2009; 17(4): 335-49.
17. Ansmann L, Kowalski C, Ernstmann N, *et al.* Patients' perceived support from physicians and the role of hospital characteristics. *Int J Qual Health Care* 2012 Aug; 3: PMID 22864106.
18. Burton MC, Kashiwagi DT, Kirkland LL, *et al.* Gaining efficiency and satisfaction in the handoff process. *J Hosp Med* 2010; 5(9): 547-52.
19. Greysen SR, Schiliro D, Horwitz LI, *et al.* "Out of sight, out of mind": Housestaff perceptions of quality-limiting factors in discharge care at teaching hospitals. *J Hosp Med* 2012; doi 10.1002/jhm.1928.