‘U bent ontslagen!’

*Sturen op ontslag op de afdeling interne geneeskunde/longziekte in het*

*Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden*

|  |
| --- |
| Judith de Jong, Marije Visser | 10-06-2011 |



|  |  |
| --- | --- |
| Christelijke Hogeschool Ede | Afstudeeronderzoek  |



#

**Meesterproef**

**Juni 2011**

**Titel:**

‘U bent ontslagen!’

*Sturen op ontslag op de afdeling interne geneeskunde/longziekte in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden*

**Studenten:**

Judith de Jong 070423

Marije Visser 060113

**Instelling:**

Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden

Polanerbaan 2

3447 GN Woerden

**Hogeschool:**

Christelijke Hogeschool Ede

Oude Kerkweg 100

6717 JS Ede

**Begeleiding:**

Annemary Graveland

*Manager zorgeenheid beschouwend*

Jelle Woudsma

*Docent Verpleegkunde CHE*

**Illustratie voorpagina:**

Jorinde Visser-van Immerzeel

© 2011 Christelijke Hogeschool Ede

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere manier dan ook, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van de auteurs.

# Samenvatting

Dit onderzoek gaat over het vroegtijdig sturen op ontslag door verpleegkundigen. Dit onderzoek is een afstudeerproject gedaan door Judith de Jong en Marije Visser, studenten Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede. Er wordt onderzocht hoe verpleegkundigen van de afdeling interne geneeskunde/longziekte in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden bezig zijn met het vroegtijdig sturen op ontslag en hoe zij dit kunnen verbeteren. In het ziekenhuis wil men de gemiddelde ligduur van patiënten korter maken. Het vroegtijdig sturen op ontslag is nodig om dit doel te behalen. De onderzoekers hebben een literatuurstudie gedaan naar onder andere cultuur, ligduur en verpleegkundige taken. Door middel van een vragenlijst is geprobeerd duidelijkheid te krijgen over de bestaande problemen op de afdeling met betrekking tot sturen op ontslag. De respons op deze vragenlijst was laag. Vervolgens heeft er een participerende observatie plaatsgevonden gedurende vier dagen. Daarnaast is er twee keer een MultiDisciplinair Overleg bijgewoond. Hierna is de volgende hypothese opgesteld: ‘Er wordt door verpleegkundigen beperkt op ontslag gestuurd omdat in de eerste plaats verpleegkundigen het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens visites en MDO’s en omdat in de tweede plaats anamneses niet volledig ingevuld zijn, kan er niet voldoende informatie aan de arts worden verstrekt waardoor het ontslag vertraging oploopt’.

 Tijdens de interviews is deze hypothese getoetst. De hypothese wordt ondersteund door 96% van de geïnterviewde verpleegkundigen, dit komt neer op 35% van de afdeling. De reden die verpleegkundige hierbij aangeven is dat ze zich belemmerd voelen om vragen te stellen tijdens het MultiDisciplinair Overleg en het vragen naar het ontslagmoment van de patient zit niet in hun routine. Ook vertellen verpleegkundigen dat veel anamneses niet volledig ingevuld worden doordat er een hoge werkdruk heerst, zij kiezen dan voor de directe zorg in plaats van het invullen van de anamnese. De onderzoekers hebben de volgende vier aanbevelingen gedaan richting de afdeling interne geneeskunde/longziekte: een zakkaartje, het organiseren van minstens één intervisiebijeenkomst, het inzetten van een extra verpleegkundige tussen 15.00 uur en 18.00 uur en het ontwikkelen van een ontslagchecklist.

# Inhoudsopgave

[Samenvatting 4](#_Toc295393779)

[Inhoudsopgave 5](#_Toc295393780)

[1. Voorwoord 8](#_Toc295393781)

[2. Inleiding 9](#_Toc295393782)

[2.1. Aanleiding 9](#_Toc295393785)

[3. Inhoudelijke oriëntatie 10](#_Toc295393786)

[3.1. Relatie cultuur en sturen op ontslag 10](#_Toc295393788)

[3.2. Taken van de verpleegkundige met betrekking tot het sturen op ontslag 11](#_Toc295393789)

[3.3. Het belang van een zo kort mogelijke ligduur 12](#_Toc295393790)

[4. Vraagstelling 14](#_Toc295393791)

[4.1. Definiëring van centrale begrippen 14](#_Toc295393793)

[4.2. Vraagstelling en onderzoeksvragen 14](#_Toc295393794)

[4.2.1. Doelstelling 15](#_Toc295393795)

[4.2.2. Vraagstelling 15](#_Toc295393796)

[4.2.3. Deelvragen 15](#_Toc295393797)

[5. Opzet en uitvoering van het onderzoek 16](#_Toc295393798)

[5.1. Methodische karakterisering van het onderzoek 16](#_Toc295393800)

[5.2. Populatie/steekproef 16](#_Toc295393801)

[5.2.1. Vragenlijst 16](#_Toc295393802)

[5.2.2. Participerende observatie 16](#_Toc295393803)

[5.2.3. Interviews 17](#_Toc295393804)

[5.2.4. Mate van representativiteit van de steekproef 17](#_Toc295393805)

[5.3. Beschrijving en verantwoording van het onderzoeksinstrument 18](#_Toc295393806)

[5.4. Materiaalverzameling 18](#_Toc295393807)

[5.5. Verwerking en preparatie van de gegevens 19](#_Toc295393808)

[6. Observatie van de onderzoekers 20](#_Toc295393809)

[6.1. Vragenlijsten 20](#_Toc295393811)

[6.2. Participerende observatie 20](#_Toc295393812)

[6.2.1. Communicatie met arts 21](#_Toc295393813)

[6.2.2. Omgang binnen het team, werkklimaat en werkdruk 24](#_Toc295393814)

[6.2.3. Contact met de patiënt, familie en mantelzorger 25](#_Toc295393815)

[6.2.4. Bureau ZorgBemiddeling 25](#_Toc295393816)

[7. Hypothese 27](#_Toc295393817)

[8. De visie van de verpleegkundigen 29](#_Toc295393819)

[8.1. Hoe verpleegkundigen bezig zijn met sturen op ontslag 29](#_Toc295393821)

[8.2. Reactie op het eerste deel van de hypothese 32](#_Toc295393822)

[8.3. Reactie op het tweede deel van de hypothese 33](#_Toc295393823)

[8.4. Conclusie 34](#_Toc295393824)

[9. Aanbevelingen 35](#_Toc295393825)

[9.1. Aanbeveling 1: Zakkaartje 36](#_Toc295393827)

[9.1.1. Werkwijze 36](#_Toc295393828)

[9.1.2. Weerstand 37](#_Toc295393829)

[9.1.3. Evaluatie 37](#_Toc295393830)

[9.2. Aanbeveling 2: Intervisie 37](#_Toc295393831)

[9.2.1. Openstaan 38](#_Toc295393832)

[9.2.2. Begrijpen 38](#_Toc295393833)

[9.2.3. Willen 39](#_Toc295393834)

[9.2.4. Kunnen 39](#_Toc295393835)

[9.2.5. Doen 39](#_Toc295393836)

[9.2.6. Volhouden 39](#_Toc295393837)

[9.2.7. Advies 40](#_Toc295393838)

[9.3. Aanbeveling 3: Extra verpleegkundigen inzetten 40](#_Toc295393839)

[9.3.1. Werkwijze 41](#_Toc295393840)

[9.3.2. Weerstand 41](#_Toc295393841)

[9.3.3. Evaluatie 41](#_Toc295393842)

[9.3.4. Voorwaarde 42](#_Toc295393843)

[9.4. Aanbeveling 4: Ontslagchecklist 43](#_Toc295393844)

[9.4.1. Werkwijze 44](#_Toc295393845)

[9.4.2. Weerstand 44](#_Toc295393846)

[9.4.3. Evaluatie 44](#_Toc295393847)

[9.5. Tijdsplanning aanbevelingen 45](#_Toc295393848)

[9.6. Advies voor de verpleegkundigen 46](#_Toc295393849)

[10. Conclusie 47](#_Toc295393850)

[11. Discussie 48](#_Toc295393851)

[12. Literatuurlijst 50](#_Toc295393852)

[13. Bijlagen 52](#_Toc295393853)

[I. Bijlage 1: Toelichting vragenlijst 52](#_Toc295393854)

[II. Bijlage 2: Ingevulde vragenlijsten 54](#_Toc295393855)

[III. Bijlage 3: Participerende observatie 58](#_Toc295393856)

[IV. Bijlage 4: Toelichting interview 60](#_Toc295393857)

[V. Bijlage 5: Schema bij interviewvraag drie 63](#_Toc295393858)

[VI. Bijlage 6: Ontslagchecklist 64](#_Toc295393859)

[VII. Bijlage 7: Zakkaartje MDO 66](#_Toc295393860)

[VIII. Bijlage 8: Interviews 67](#_Toc295393861)

[IX. Bijlage 9: Fragmenten 154](#_Toc295393862)

# Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het eindresultaat van het onderzoek naar het sturen op ontslag op de afdeling interne geneeskunde/longziekte in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden. Dit verslag is het afstudeerproject voor de opleiding Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede. Er is onderzocht hoe verpleegkundigen met sturen op ontslag bezig zijn en hoe dat verbeterd kan worden. Dit onderzoek vond plaats in de periode van februari tot en met juni 2011.

Een bijzonder woord van dank gaat uit naar:

* Mw. A. Graveland, onze opdrachtgever en begeleider. Door haar kritische blik en gedrevenheid in haar vak hebben we dit onderzoek met enthousiasme kunnen doen.
* Dhr. J. Woudsma, onze begeleider vanuit de Christelijke Hogeschool Ede. Zijn betrokkenheid en uitdaging tot kritisch denken hebben we als prettig ervaren.
* De verpleegkundigen en de artsen die werkzaam zijn op de afdeling interne geneeskunde/longziekte. Dit onderzoek had niet tot stand kunnen komen zonder hun medewerking.

Judith de Jong & Marije Visser

Ede, juni 2011

# Inleiding

Dit verslag is een uiteenzetting van het onderzoek dat gedaan is in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden. Het onderwerp van het onderzoek is het over het sturen op ontslag door verpleegkundigen. Er is onderzocht welke aspecten invloed hebben op het wel of niet sturen op ontslag en hoe dit verbeterd kan worden.

1.
2.

##  Aanleiding

In 2009 was de gemiddelde ligduur van de patiënten in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden 4,7 dagen. De gemiddelde ligduur op interne geneeskunde/longziekte was zeven dagen. In dit ziekenhuis is men bezig met het verkorten van de ligduur van patiënten. Men streeft in 2011 naar een gemiddelde ligduur van 4,2 dagen. De ligduur wordt onder andere gebruikt als indicator om de doelmatigheid van de zorg te toetsen. Hoe korter de ligduur, hoe doelmatiger er wordt gewerkt. Een gevolg hiervan is dat de kwaliteit van zorg wordt verhoogd en kosten bespaard worden. Als het gaat over de kwaliteit is dit zowel merkbaar voor de patiënt als voor de aanbieder van zorg. Voor de patiënt betekent het dat de zorg efficiënt en effectief verloopt. Ook is de patiënt hierdoor op de hoogte van wanneer en hoe het ontslag zal plaatsvinden. Wat betreft de kostenbesparing zijn de voordelen van een kortere ligduur voor de aanbieder van zorg dat er meer bedden beschikbaar zijn. Hierdoor kunnen er meer patiënten worden opgenomen. Dit verhoogt de effectiviteit van het ziekenhuis: door vroegtijdig ontslag te bespreken wordt er meer inzicht gecreëerd in het plannen van nieuwe opnames. Kostenbesparing is hierbij een belangrijk resultaat.

Het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden heeft de afgelopen jaren al een aantal stappen ondernomen om de ligduur te verkorten. Men is al bezig om het sturen op ontslag en het belang hiervan onder de aandacht van verpleegkundigen en specialisten te brengen. In het ziekenhuis gaat men ervan uit dat de cultuur onder de verpleegkundigen een belangrijk aspect is als het gaat om het wel of niet het sturen op ontslag van patiënten. Om erachter te komen welke invloed de cultuur heeft en wat mogelijk verbeterd kan worden is dit onderzoek essentieel.

# Inhoudelijke oriëntatie

Er is een literatuurstudie gedaan over soorten cultuur, verpleegkundige taken met betrekking tot ontslag en het belang van een korte ligduur. Deze literatuurstudie is gedaan met als doel om achtergrondinformatie te verzamelen om duidelijkheid te scheppen in het onderzoek. De bovenstaande onderwerpen zijn in de volgende paragrafen weergegeven.

1.

##  Relatie cultuur en sturen op ontslag

*In deze paragraaf worden verschillende culturen toegelicht en wordt het begrip cultuur onderverdeeld in zes belangrijke elementen.*

Volgens Van Dale (2010) is cultuur het geheel van geestelijke verworvenheden van een land, volk enzovoort. Dit wil zeggen dat er veel verschillende culturen bestaan. Ook iedere organisatie heeft een eigen cultuur, deze zijn te verdelen in verschillende soorten culturen. Cameron en Quinn (2002) beschrijven en onderzoeken organisatieculturen. Zij stellen dat er vier culturele hoofdvormen zijn: de familiecultuur, adhocratiecultuur, hiërarchische cultuur en marktcultuur. Deze worden gekenmerkt door verschillende kwadranten: flexibiliteit en vrijheid van handelen, interne gerichtheid en integratie, externe gerichtheid en differentiatie en stabiliteit en beheersbaarheid. In figuur 1 is weergegeven wat het verband is tussen de hoofdvormen en de kwadranten.

Figuur 1: Het model van de concurrerende waarden (Cameron, 2002, pag. 58)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Flexibiliteit en vrijheid van handelen |  |
| Interne gerichtheid en integratie | Familie | Adhocratie | Externe gerichtheid en differentiatie |
| Hiërarchie | Markt |
|  | Stabiliteit en beheersbaarheid |  |

De familiecultuur wordt gekenmerkt door het karakter van een familie. Dit wil zeggen: teamwerk, weinig managementniveaus en het naleven van verplichtingen tegenover medewerkers. Ook zijn er gemeenschappelijke waarden en doelstellingen, participatieve instelling, onderlinge samenhang en een wij-gevoel. Belangrijke aspecten bij een adhocratiecultuur zijn: creativiteit, een goed uitgedachte toekomstvisie, vernieuwing en experimenteren. Deze cultuur komt veel voor bij een snel veranderende omgeving. De hiërarchische cultuur bestaat uit de zeven kenmerken van een bureaucratie: regels, specialisatie, meritocratie, hiërarchie, gescheiden eigendom, onpersoonlijkheid en verantwoordelijkheid. De marktcultuur richt zich op de externe omgeving en niet op wat er in de organisatie zelf gebeurt. Doelstellingen hierbij zijn: winstgevendheid, cijfers en een vast klantenbestand. Dit is een resultaatgerichte werkomgeving.

Er is onderzoek gedaan naar de huidige en gewenste cultuur in ziekenhuizen door de Kikker Groep (2007, pp. 64), zij ontwikkelen organisatie- en teamculturen en doen hier tevens onderzoek naar. Dit onderzoek is gedaan aan de hand van de Organizational Culture Assessment Instrument, OCAI (Quinn & Cameron, 2002, pp. 39). Hieruit is gebleken dat de familiecultuur met 30% en hiërarchische cultuur met 27% de boventoon voeren, de adhocratiecultuur 22% en de marktcultuur scoorde lager met 21%. Ook is hierdoor zichtbaar geworden dat ziekenhuispersoneel vindt dat de familiecultuur nog meer mag toenemen.

Bij OCAI worden zes elementen gemeten die belangrijk zijn voor cultuur. Dit zijn de volgende elementen: dominante kenmerken, de leiding van de organisatie, personeelsmanagement, het bindmiddel van de organisatie, strategische accenten en de succescriteria. Het sturen op ontslag valt onder het specifieke onderwerp strategische accenten. Bij de strategische accenten staat de vraag namelijk centraal wat er in de organisatie de prioriteit krijgt. In het onderzoek van de Kikker Groep scoorde bij het element strategische accenten de hiërarchische cultuur hoog (32%), gevolgd door de familiecultuur (28%). Dit betekent dat prioriteiten in de eerste plaats gesteld worden door leidinggevenden.

##  Taken van de verpleegkundige met betrekking tot het sturen op ontslag

*Hieronder zijn de taken van de verpleegkundige weergegeven met betrekking tot het sturen op ontslag. Om te kunnen bepalen of verpleegkundigen hun taken wel of niet doen als het gaat om het sturen op ontslag, is het van belang om duidelijk te hebben wat de haar taken zijn met betrekking tot het sturen op ontslag. De informatie is overgenomen uit het beroepsprofiel van de verpleegkundige door Leistra (1999).*

|  |  |
| --- | --- |
| A2 | Competenties voor het verzamelen van gegevens |
| A2.1 | De verpleegkundige is in staat een anamnese af te nemen. Ze kan gericht observaties uitvoeren bij een individu of een groep. Dit bestaat uit het verzamelen, selecteren, interpreteren en controleren van de gegevens bij de zorgvrager en/of naasten (heteroanamnese) |
| A2.2 | De verpleegkundige kan het verzamelen van gegevens aanpassen aan de omstandigheden van de zorgvrager, het doel van de zorgverlening en de aard van de problematiek. |

|  |  |
| --- | --- |
| C7 | Competenties voor coördineren |
| C7.1 | De verpleegkundige kan het verpleegproces coördineren. Dit loopt uiteen van het coördineren van het eigen tot het totale zorgproces. Het coördineren kan variëren van het deelnemen aan besprekingen met andere disciplines, de collega’s of met het sociale netwerk van de zorgvrager tot het samenwerken in multidisciplinaire netwerken. |
| C7.2 | De verpleegkundige kan samenwerken en afstemming zoeken van de zorg met de zorgvrager en andere zorgverleners. |
| C7.3 | De verpleegkundige kan zorgdragen voor continuïteit in de verpleegkundige zorgverlening. |
| C7.4 | De verpleegkundige kan een werkplanning maken en hierbij prioriteiten stellen. |

##  Het belang van een zo kort mogelijke ligduur

*De laatste jaren is de ligduur steeds gedaald. In dit hoofdstuk wordt kort uitgelegd wat het belang is van een zo kort mogelijk ligduur, voor het ziekenhuis en voor de patiënten.*

Sinds 2006 krijgen ziekenhuizen een vergoeding per behandeling en niet meer per opnamedag. Door deze marktwerking worden ziekenhuizen gestimuleerd de ligduur zo kort mogelijk te houden. De gemiddelde ligduur is steeds korter geworden. In figuur 2 is te zien dat de ligduur in 1995 nog 9,5 dagen was en ieder jaar is gedaald tot 4,87 dagen in 2010.

 De gemiddelde ligduur van patiënten in ziekenhuizen is een indicator van doelmatigheid. Hoe korter patiënten in het ziekenhuis verblijven, hoe doelmatiger de zorg. Hoe korter de ligduur, hoe meer nieuwe patiënten opgenomen kunnen worden en dat levert geld op voor het ziekenhuis en voor de artsen.

 Als patiënt in een ziekenhuis ben je het grootste deel van de dag aan het wachten. Dat is vervelend voor de patiënten. Ook is het risico groter om op een verkeerde afdeling terecht te komen wanneer de patiënt lang moet wachten. Iedere dag dat de patiënt langer in het ziekenhuis is heeft de patiënt meer kans op complicaties zoals infecties en decubitus.

# Vraagstelling

In dit hoofdstuk worden begrippen beschreven die in dit verslag voorkomen. Ook zijn de onderzoeksvraag en de deelvragen beschreven.

1.

##  Definiëring van centrale begrippen

**Anamnese**: Als er in dit verslag gesproken wordt over de anamnese, wordt daar de verpleegkundige anamnese mee bedoeld. De verpleegkundige anamnese is een vragenlijst die bij opname van een patiënt wordt afgenomen, deze komen voort uit de elf gezondheidspatronen die beschreven zijn door Marjory Gordon. Er wordt onder andere gevraagd naar ziektegeschiedenis, thuissituatie en slaap- en rustpatroon.

**Artsenvisite of visite**: Het dagelijkse overleg tussen de verpleegkundige en de (zaal)arts om verder beleid te bespreken.

**Bureau ZorgBemiddeling (BZB)**: Bureau binnen het ziekenhuis die de nazorg voor de patiënt regelt, bijvoorbeeld verpleeghuis, thuiszorg of revalidatiecentrum.

**Bureau ZorgBemiddeling-aanvraag (BZB-aanvraag)**: Verpleegkundigen schakelen Bureau ZorgBemiddeling in door middel van dit formulier.

**Multidisciplinair overleg (MDO)**: Wekelijks overleg tussen disciplines die betrokken zijn bij de zorg op de afdeling.

**Verpleegkundigen**: Als er wordt gesproken over verpleegkundigen gaat het om de verpleegkundigen die werkzaam zijn op de afdeling interne geneeskunde/longziekte in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden. In dit verslag zullen verpleegkundigen aangeduid worden met ‘zij’ en ‘haar’ hiermee kunnen zowel vrouwen als mannen bedoeld worden.

**Vroegtijdig sturen op ontslag**: Zo snel mogelijk de ontslagprocedure in gang zetten, zodat de patiënt naar huis kan zodra deze medisch gezien naar huis mag.

##  Vraagstelling en onderzoeksvragen

Hieronder staat beschreven wat de doelstelling en de vraagstelling is bij dit onderzoek. Ook worden hier de deelvragen die leiden tot beantwoording van de vraagstelling beschreven.

### Doelstelling

Begin juni is ten eerste duidelijk hoe de cultuur van invloed is op het stellen van prioriteiten bij het sturen op ontslag op de afdeling interne geneeskunde/longziekte in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden en is er ten tweede een advies uitgebracht wat kan aanzetten tot gedragsverandering bij verpleegkundigen.

###  Vraagstelling

Wat is de invloed van de cultuur onder de verpleegkundigen op de afdeling interne geneeskunde/longziekte in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden op het stellen van prioriteiten bij het sturen op ontslag en op welke manier kunnen verpleegkundigen indien nodig worden aangezet tot gedragsverandering?

###  Deelvragen

*Alle deelvragen hebben betrekking op de verpleegkundigen van de afdeling interne geneeskunde/longziekte van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden.*

Hieronder de deelvragen:

1: Waardoor wordt de cultuur met betrekking tot het sturen op ontslag bepaald?

2: a. Welke hypothese kan er opgesteld worden naar aanleiding van deelvraag 1?

1. Wat is de visie van de verpleegkundigen op de gestelde hypothese?
2. Wat zijn de belangrijkste problemen en oorzaken op cultureel gebied met betrekking tot het sturen op ontslag?

3: Welke acties met betrekking tot cultuur kunnen ondernomen worden waardoor verpleegkundigen aandacht hebben voor het sturen op ontslag?

# Opzet en uitvoering van het onderzoek

De methode en de verantwoording van deze methode van dit onderzoek wordt in dit hoofdstuk beschreven. In dit hoofdstuk is te lezen op welke manier de onderzoekers informatie hebben verzameld en waarom zij bepaalde keuzes hebben gemaakt.

1.

##  Methodische karakterisering van het onderzoek

Dit onderzoek is een etnografisch en dus kwantitatief onderzoek. Bij dit soort onderzoek wordt de cultuur onderzocht door deze van binnenuit te observeren. Door etnografisch onderzoek kan men een beschrijving geven van een specifieke groep mensen of een bepaald type gedrag. De groep mensen waar dit onderzoek op gericht is zijn de 45 verpleegkundigen van de afdeling interne geneeskunde/longziekte van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden. Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van vragenlijsten, participerende observatie en interviews. In paragraaf 5.2 wordt hier meer informatie over gegeven.

##  Populatie/steekproef

Tijdens dit onderzoek is er gekozen om data steekproefsgewijs te verzamelen.

### Vragenlijst

In het beginstadium van dit onderzoek is er een vragenlijst uitgezet op de afdeling. De vragenlijst was met name bedoeld om een globaal beeld te krijgen van de afdeling. De vragenlijst was gericht aan alle verpleegkundigen die op de afdeling werkzaam zijn. Zij zijn hierover geïnformeerd door middel van een kennismakingsbrief en uitleg over de vragenlijst in hun postvak. Deze manier verzekerde de onderzoekers dat de verpleegkundigen het zouden lezen. De respons op de vragenlijst was laag, ondanks de aanmoedigingen. Een mogelijke oorzaak hiervan was dat de onderzoekers onbekend waren voor de verpleegkundigen en dat ze er daarom geen tijd en moeite in wilden steken. Meer informatie over de vragenlijsten is te vinden in bijlage 1 en bijlage 2.

### Participerende observatie

Er is door de onderzoekers een participerende observatie gedaan. Vier achtereenvolgende dagen, van woensdag tot en met zaterdag, hebben de onderzoekers meegelopen op de afdeling met verschillende verpleegkundigen. Verpleegkundigen stelden zichzelf open voor de onderzoekers, beantwoordden vragen, lieten zien wat ze deden en namen de onderzoekers mee in wat ze deden. Om een beeld te krijgen van de gang van zaken binnen de MDO’s is er drie keer meegekeken bij de gehele MDO’s. Hierbij zijn verschillende verpleegkundigen geobserveerd. De regels voor de participerende observatie staan in bijlage 3.

### Interviews

In eerste instantie was de bedoeling om onwillekeurig verpleegkundigen te benaderen om te interviewen. Op deze manier hebben de verpleegkundigen geen invloed op welke verpleegkundige wordt geïnterviewd. Helaas was de respons laag, waardoor de onderzoekers genoodzaakt waren om de verpleegkundigen die zich spontaan beschikbaar stelden te interviewen. Redenen voor de lage respons waren dat verpleegkundigen het vaak te druk hadden om tijd te maken voor een interview. Zij vertelden niet van de afdeling af te kunnen omdat er nog te veel te doen was. Ze hadden wel de aankondiging van het interview gezien, maar hielden hier geen rekening mee. Op het moment dat de onderzoekers de verpleegkundigen vroegen of ze even tijd hadden voor een kort interview waren er meer verpleegkundigen die hun medewerking toonden zonder dat zij hier eerder voor benaderd waren. Alle documenten met betrekking tot de interviews zijn opgenomen in bijlage 4, 5, 8 en 9.

### Mate van representativiteit van de steekproef

Belangrijk om te weten is of de steekproef representatief is voor de populatie van het onderzoek. Bij de participerende observatie hebben de onderzoekers geprobeerd om de observatie zo neutraal mogelijk te doen en alleen feiten te noteren. Toch is er niemand die objectief is. Dit is dan ook de reden dat er besloten is dat beide onderzoekers op dezelfde afdeling zijn gaan observeren. Op deze manier wordt het doen en laten van verpleegkundigen op verschillende manieren belicht.

 Bij 36% van verpleegkundigen is een interview afgenomen. Onder dit percentage vallen de verpleegkundigen die fulltime of parttime werken. Ook zijn er stagiaires en oproepkrachten geïnterviewd. Deze variatie in geïnterviewde verpleegkundigen zorgt ervoor dat er een breed beeld van de gang van zaken op de afdeling gevormd wordt. Ondanks de verschillende posities van de geïnterviewde verpleegkundigen gaven zij antwoorden die vergelijkbaar zijn met elkaar. Dit beïnvloedt de betrouwbaarheid van dit onderzoek want hoe meer verpleegkundigen eenduidige antwoorden geven, hoe betrouwbaarder het is.

##  Beschrijving en verantwoording van het onderzoeksinstrument

Zoals beschreven in paragraaf 5.1 hebben de onderzoekers gebruik gemaakt van een vragenlijst, participerende observatie en interviews. Het doel van de vragenlijst was dat de onderzoekers een globaal beeld kregen van de afdeling met betrekking tot het sturen op ontslag. Het doel van de participerende observatie was dat de onderzoekers weten hoe verpleegkundigen bezig zijn met het sturen op ontslag en waar de mogelijke struikelblokken zijn, zodat er een hypothese opgesteld kon worden. Het doel van de interviews was het toetsen van de hypothese bij verpleegkundigen. De verantwoording voor de inhoud van deze onderzoeksinstrumenten is te lezen in bijlage één tot en met vier.

##  Materiaalverzameling

*In deze paragraaf wordt ingegaan op de specifieke omstandigheden tijdens de verschillende manieren van dataverzameling.*

Omdat de vragenlijsten in de postvakken van de verpleegkundigen gelegd waren konden de verpleegkundigen zelf beslissen waar en wanneer zij de vragenlijst invulden. De map waarin de vragenlijsten verzameld werden was duidelijk herkenbaar en lag op een zichtbare plaats in de teampost van de afdeling.

Tijdens de participerende observatie hadden beide onderzoekers een notitieboek bij zich om hierin belangrijke informatie te noteren. Hierbij was het van belang dat dit buiten het zicht van de verpleegkundigen gebeurde omdat de verpleegkundigen zich hierdoor mogelijk anders zouden gaan gedragen.

De interviews hebben plaatsgevonden in de familiekamer naast de afdeling. Dit is een afgesloten ruimte waar ontspannen kan worden gezeten. Het interview werd opgenomen met een voicerecorder. De onderzoekers hebben hiervoor gekozen omdat op deze manier de informatie het best en meest betrouwbaar kan worden verwerkt. Tijdens het interview stelde steeds één onderzoeker de vragen.

##  Verwerking en preparatie van de gegevens

*Zodra de informatie is verzameld is het van belang dat het op een efficiënte en effectieve manier wordt verwerkt. In deze paragraaf is beschreven hoe de onderzoekers dit gedaan hebben.*

De antwoorden van de vragenlijsten zijn bij elkaar gevoegd in een document, dit zorgde voor de onderzoekers voor een overzicht om de informatie te kunnen analyseren. De belangrijkste punten hieruit zijn opgeschreven in het notitieboek voor tijdens de participerende observatie. De opgeschreven notities tijdens de observatie zijn zo snel mogelijk na de observatie uitgewerkt in paragraaf 6.2.

 De interviews zijn opgenomen met een voicerecorder, vervolgens zijn deze woordelijk uitgetypt. Alle irrelevante informatie is uit de verbatims geschrapt. Hierna zijn alle vragen en antwoorden in tabellen gezet, dit hoort bij de fase fragmenteren. Ook kreeg ieder fragment een nummer. Om overzicht te krijgen over de verkregen informatie hebben alle fragmenten een label gekregen. Deze fragmenten zijn geordend waardoor een duidelijk schema ontstond en conclusies uitgetrokken kon worden. Deze fragmenten staan in bijlage 9.

# Observatie van de onderzoekers

In dit hoofdstuk zal de eerste deelvraag worden beantwoord. Deze deelvraag luidt: *Waardoor wordt de cultuur met betrekking tot het sturen op ontslag bepaald op de afdeling interne geneeskunde/longziekte?* Aan de hand van de literatuurstudie in hoofdstuk vier is de cultuur van de afdeling interne geneeskunde/longziekte beschreven, dit gespecificeerd op het sturen op ontslag. Dit is bewerkstelligd aan de hand van verschillende onderzoeksmethoden. De vragenlijsten zijn beschreven in paragraaf 6.1 en vanaf paragraaf 6.2 zijn de resultaten voortkomend uit de participerende observatie beschreven.

1.

##  Vragenlijsten

Om een globaal beeld te krijgen van de cultuur zijn er vragenlijsten uitgezet onder de verpleegkundigen van de afdeling intern/long. Deze vragenlijsten zijn uitgezet om te peilen hoe verpleegkundigen omgaan met vroegtijdig sturen op ontslag, het belang hiervan en mogelijke verbeteringen. In paragraaf 3.1 staat beschreven welke culturen bestaan, door de lage respons (14%) konden de onderzoekers niet bepalen van welke cultuur er sprake was. Deze vragenlijsten waren voor de beeldvorming van de onderzoekers zodat er tijdens de participerende observatie concreet geobserveerd kon worden. Hierom was een hoge respons wel wenselijk maar niet noodzakelijk. De conclusie die getrokken kon worden naar aanleiding van de vragenlijsten is dat voornamelijk de anamnese en de visite als belangrijk middel wordt gezien om vroegtijdig te sturen op ontslag. Er wordt door de verpleegkundige aangegeven dat de aanvraag voor Bureau ZorgBemiddeling een belemmerende factor is. Bureau ZorgBemiddeling kan vaak pas dingen regelen zodra de ontslagdatum definitief is en er duidelijkheid is over wat er precies geregeld moet worden. Wel gaven alle verpleegkundigen aan het vroegtijdig sturen op ontslag erg belangrijk te vinden. Wegens de lage respons kunnen deze zaken niet als betrouwbaar worden aangenomen voor het hele team, maar weten de onderzoekers wel waar de mogelijke struikelblokken zitten.

##  Participerende observatie

Voorafgaande de participerende observatie is er een lijst gemaakt van punten waar specifiek op werd gelet, namelijk: communicatie met arts, omgang binnen het team, werkklimaat en werkdruk, contact met de patiënt, familie en mantelzorger en Bureau ZorgBemiddeling. In de volgende paragraaf is weergegeven waarom er specifiek op deze punten is gelet en zijn de belangrijkste observaties weergegeven, tevens wordt er een link gelegd met het vroegtijdig sturen op ontslag. Gedurende vier dagdiensten hebben de twee onderzoekers geobserveerd op de afdeling. Hierbij is zowel een MDO van de het intern als het long specialisme bijgewoond, ook waren zij aanwezig bij de dagelijkse artsenvisites. Na de participerende observatie zijn er door de onderzoekers nog twee MDO’s bijgewoond, van ieder specialisme één.

### Communicatie met arts

*Artsen en verpleegkundigen moeten samenwerken om tot het besluit te komen om de patiënt met ontslag te laten gaan. Hierbij is een open communicatie belangrijk en er moet een veilige sfeer zijn. Uit de vragenlijsten blijkt dat dit een grote invloed heeft op het ontslag. Zoals eerder genoemd halen de meeste verpleegkundigen de visite aan als belangrijk aspect bij ontslag. Tijdens de visite wordt er namelijk een streefdatum voor het ontslag gepland. Aan de hand van de streefdatum kunnen aanvullende dingen geregeld worden voor het ontslag. Hieronder zijn de observaties beschreven.*

Zowel van de specialismen intern en long zijn er tijdens de participerende observatie een MDO bijgewoond door de onderzoekers. Deze MDO’s waren erg verschillend. Allereerst zal het MDO van de long besproken worden. Tijdens het MDO van de long was de ontspannen sfeer zeer opvallend, er werd gekletst over alledaagse dingen. Bij één MDO kwam het voor dat er meerdere gesprekken tegelijk gaande waren. Doordat het niet altijd duidelijk was welk gesprek relevant was om te volgen ontstonden er onoverzichtelijke momenten. Bij het nemen van belangrijke beslissingen was het gesprek niet altijd centraal waardoor de mogelijkheid bestaat dat er informatie gemist wordt. Echter, de onderzoekers kunnen niet stellen dat deze sfeer er ieder MDO is omdat tijdens het tweede MDO gesprekken wel centraal plaatsvonden. In beide MDO’s werd er ruime tijd genomen om de patiënten rustig en uitgebreid te bespreken. Tijdens het MDO heeft de arts in de meeste gevallen het ontslag ter sprake gebracht, het ging dan met name om de zaalarts. In dit geval was het zeven keer door de arts en drie keer door de verpleegkundigen. Opvallend was dat wanneer de arts het onderwerp ontslag ter sprake bracht een aantal verpleegkundigen hier geen vragen over stelde. De verpleegkundigen werden door de artsen in het MDO betrokken, er werden vragen gesteld aan de verpleegkundige. Ook was er voor de verpleegkundigen de gelegenheid om hun vragen te stellen. De sfeer was samenwerkend. De onderzoekers kunnen concluderen dat er tijdens dit MDO voornamelijk sprake is van een familiecultuur (zie paragraaf 3.1).

Gedurende het MDO heeft de zaalarts het ontslag vaak ter sprake gebracht. Ook was de zaalarts op de hoogte van verpleegkundige informatie, informatie over de patiënt waar verpleegkundigen van op de hoogte horen te zijn. Bijvoorbeeld de controles en het voeding/stofwisselingspatroon. Na afloop van het MDO hebben de onderzoekers gesproken met de zaalarts over deze observatie. De zaalarts gaf aan deze informatie te geven doordat ze vond dat de verpleegkundige informatie niet vermeldde tijdens het MDO. De oorzaken die de zaalarts hieraan verbindt zijn dat de overdrachten en rapportage van verpleegkundigen niet volledig zijn, bepaalde verpleegkundigen niet met hun hart werken of niet over het juiste niveau beschikken om mee te kunnen denken met de artsen.

 Het MDO van de interne gaf een andere indruk. De sfeer was hiërarchischer dan bij het MDO van de long. Het was duidelijk dat de arts de leiding had. De arts vond het belangrijk dat gesprekken centraal plaatsvonden, hij wees anderen hier namelijk herhaaldelijk op. Dit zorgde ervoor dat het MDO gestructureerd verliep, op deze manier ontstond er een gespannen sfeer waar verschillend mee omgegaan werd door verpleegkundigen. Voor enkele verpleegkundigen leek het een drempel te zijn om vragen te stellen en klapten hierdoor dicht. Het verschil tussen de houding van de verpleegkundigen zorgde ook voor een andere houding van de arts naar de verpleegkundige toe. Hieruit blijkt dat de verpleegkundige pas inspraak heeft zodra zij besluit inspraak te hebben. Opmerkelijk was dat als de verpleegkundige niets vertelde over haar patiënten de arts er dan ook niet naar vroeg. Zonder input van de verpleegkundige maken de artsen ook beslissingen. Twee keer werd er begonnen met het bespreken van de patiënt voordat de verantwoordelijk verpleegkundige aanwezig was. Wanneer de verpleegkundige wel haar vragen stelde werd dit op prijs gesteld door de artsen. Er werd op de vragen van de verpleegkundige ingegaan en de verpleegkundige werd in het MDO betrokken door middel van vragen van de arts aan de verpleegkundige. Alle patiënten werden goed, uitgebreid en centraal besproken zodat er concrete acties ondernomen konden worden. Tijdens het eerste bijgewoonde MDO van de interne afdeling zijn er in totaal twintig patiënten besproken. Het ontslag van de patiënten kwam een aantal keer ter sprake. Zes keer werd het ontslag door één van de artsen genoemd en één keer door een verpleegkundige. Het ontslag is dus bij 35% van de patiënten genoemd, maar dit wil niet zeggen dat er ook een streefdatum is afgesproken. Tijdens het tweede MDO zijn er in totaal zestien patiënten besproken, voor twee patiënten was ontslag al geregeld, zij gingen naar huis. De arts bracht ontslag zes keer ter sprake, de verpleegkundige twee keer. Gedurende het MDO kwamen er steeds meer artsen binnen om mee te denken bij dit MDO. Hoe meer artsen er waren, hoe minder het ontslag besproken werd en hoe minder overzichtelijk het MDO verliep. Op dat moment werden er minder concrete afspraken gemaakt als aan het begin van het MDO toen er minder artsen aanwezig waren. Ook verminderde de inbreng van de verpleegkundigen toen er meer artsen waren. Er werden minder vragen aan verpleegkundigen gesteld en verpleegkundigen moesten moeite doen om inbreng te hebben doordat artsen niet luisterden en verpleegkundigen niet uit lieten praten.

Zonder input van de verpleegkundige maken de artsen ook beslissingen.

Op de dagen dat er geen MDO is, wordt er visite gelopen door een arts-assistent of zaalarts. Zowel de long als de interne visite was ontspannen. De visite van de long begon pas om half tien. Hierdoor moeten veel acties laat op de dag nog geregeld worden door de verpleegkundigen. Het eventueel regelen van ontslag van patiënten kan dan ook pas laat in gang gezet worden. Tijdens de longvisite werd de verpleegkundige betrokken bij de te nemen beslissingen en stond vragen vrij. De familiecultuur stond opnieuw centraal.

De interne visite duurde lang, voor twee patiënten werd een half uur de tijd genomen. Dit kwam mede doordat de arts-assistent tijdens de visite een aantal acties direct regelde (bijvoorbeeld het plannen van een CT-scan) en regelmatig gestoord werd door de telefoon. Het gevolg van de lange visites was dat de verpleegkundige die het laatst aan de beurt is laat visite kan lopen, soms zelfs na de lunchpauze. Net als bij de longvisite kunnen acties hierdoor laat in gang gezet worden. Er was ruimte voor de verpleegkundige om vragen te stellen en er werden ook vragen gesteld aan de verpleegkundige. Ook bij de visite van de interne heerste er een familiecultuur. Afgezien van de ontspannen sfeer en de gelegenheid voor het stellen van vragen in beide visites, waren er slechts enkele verpleegkundigen die het ontslag ter sprake brachten.

 Er lagen op deze afdeling ook patiënten van een ander specialisme dan intern of long. Er kwam bijvoorbeeld een chirurg visite lopen voor zijn patiënten. De chirurg zei dat de patiënt zo snel mogelijk weer naar het verpleeghuis terug moest. De verpleegkundige vroeg niet door, zij wist hierdoor niet te vertellen wat concrete acties waren en wanneer de patiënt het ziekenhuis mocht verlaten. Er kon geen ontslagprocedure gestart worden. De verpleegkundige legde de verantwoordelijkheid bij de arts neer door te zeggen dat de arts verder geen details had gegeven over het ontslag.

### Omgang binnen het team, werkklimaat en werkdruk

*Voor het sturen op ontslag is ook de omgang binnen het team van belang. Volgens drs. J.H.J. de Jong, voorzitter van Verpleegkundig Perspectief, wordt de wisselwerking tussen mensen bepaald door de cultuur (2003, pp. 202).* De observaties zijn hieronder weergegeven.

Er heerste een gezellige sfeer op de afdeling, de verpleegkundigen gingen ontspannen met elkaar om, er werd gelachen en op elkaar gewacht bij pauzes. De onderzoekers voelden zich hierdoor welkom op de afdeling. Door deze houding kan het sturen op ontslag beïnvloed worden. Bij problemen of vragen over patiënten en hun ontslag kunnen verpleegkundigen bij elkaar terecht. Ook feedback zorgt voor een optimale samenwerking omdat men hierdoor een open relatie met elkaar heeft. Onderling werd er feedback gegeven, dit gebeurde gevraagd en ongevraagd.

 Door de onderzoekers is er ook specifiek gelet op de werkdruk op de afdeling. Werkdruk kan het sturen op ontslag beïnvloeden. Verpleegkundigen moeten in hun werk altijd prioriteiten stellen en keuzes maken. Als de werkdruk hoog is zullen verpleegkundigen keuzes moeten maken welke werkzaamheden ze uitvoeren en welke niet. Verschillende keren is aan de onderzoekers verteld dat er een hoge werkdruk is op de afdeling. Dit komt onder andere doordat er ieder moment een patiënt opgenomen kan worden of een acute situatie kan ontstaan. Hier hebben verpleegkundigen weinig invloed op. De onderzoekers zagen dat het tijdstip waarop de pauzes gehouden worden werkdruk verhogend kan zijn. De pauzes worden laat gehouden waardoor ze dicht op elkaar vallen. Ook worden de pauzes gehouden op momenten dat er veel geregeld zou kunnen worden in plaats van voor de patiënten rustige momenten, zoals tijdens de lunch.

### Contact met de patiënt, familie en mantelzorger

*Als een patiënt met ontslag gaat is het van belang dat de patiënt hier tijdig van op de hoogte is. De patiënt en de familie kunnen dan zelf de nodige zaken regelen. Om ervoor te zorgen dat de verpleegkundige ook kan regelen wat ze moet regelen is het van belang dat zij de juiste informatie heeft van de patiënt. Deze informatie hoort in de anamnese te worden vermeld. In deze paragraaf worden de observaties met betrekking tot het contact met de patiënt, diens familie en de mantelzorger weergegeven.*

Het eerste contact met een nieuw opgenomen patiënt hoort het afnemen van de anamnese te zijn. Hierdoor weet de verpleegkundige namelijk wie de patiënt is, wat de klachten zijn en wat de thuissituatie is. De onderzoekers hebben gezien dat de anamnese in veel gevallen niet ingevuld is. Bij de opname van patiënten lijkt het invullen van de anamnese niet prioriteit nummer één te zijn. Op het moment dat de verpleegkundige van de dagdienst de anamnese niet afneemt, is de eerste mogelijkheid hiervoor de volgende dag omdat de avonddienst en nachtdienst dit niet zullen doen. Wanneer er tijdens de visite gevraagd wordt waar de patiënt vandaan komt, om ontslag in gang te zetten, kan het zijn dat de verpleegkundige hier geen antwoord op heeft. Omdat de verpleegkundige dit eerst aan de patiënt moet vragen kan het ontslag niet meteen in gang gezet worden. Dit kan tot gevolg hebben dat de patiënt een dag later naar huis gaat dan dat de arts nodig vindt.

Onvolledig ingevulde anamneses vertragen het ontslagproces.

Als de anamnese niet is ingevuld en de verpleegkundige wil wel informatie wordt dit door enkele verpleegkundige gevraagd tijdens de verzorging. Het lijkt erop dat zij goed op de hoogte willen zijn tijdens de visite en geen genoegen nemen met een onvolledig ingevulde anamnese.

### Bureau ZorgBemiddeling

*Uit de vragenlijsten werd duidelijk dat de verpleegkundigen moeite hebben met het invullen van de formulieren van Bureau ZorgBemiddeling (BZB). Daarom hebben de onderzoekers hier specifiek op gelet gedurende de observatie, hieronder het resultaat.*

Het invullen van de formulieren van BZB gaat via de computer. Dit formulier bestaat uit een aantal heel specifieke vragen waardoor het voor de verpleegkundige lastig is om volledig in te vullen. Er wordt van de verpleegkundige verwacht dat zij veel informatie heeft over de thuissituatie van de patiënt. De verpleegkundige heeft informatie van de arts nodig omdat de arts onder andere aan de hand van de verpleegkundige informatie bepaalt waar de patiënt na het ontslag naartoe zal gaan. Het is dus van belang dat de verpleegkundige hier tijdens de visite om vraagt zodat het formulier tijdig ingevuld kan worden.

 Van maandag tot vrijdag komt er iedere dag om half twaalf een medewerker van BZB om te inventariseren wat zij kan doen. Zij houdt gesprekken met verpleegkundigen zodat zij duidelijkheid heeft van wat ze kan gaan regelen voor de patiënten. Het is dus van belang dat de verpleegkundige voor half twaalf weet of een patiënt met ontslag gaat en wat hiervoor geregeld moet worden. Doordat de artsenvisite laat is afgelopen en de anamneses vaak onvolledig zijn ingevuld (zie paragraaf 6.2.3), kan het zijn dat de verpleegkundige hier nog geen zicht op heeft. Dit kan tot gevolg hebben dat de medewerker van BZB nog niet aan de slag kan.

# Hypothese

*Dit hoofdstuk richt zich op de belangrijkste struikelblokken die op de afdeling interne geneeskunde/longziekte bestaan op het gebied van het sturen op ontslag van patiënten. Om tot deze belangrijkste oorzaken van deze struikelblokken te komen is er in dit hoofdstuk een hypothese opgesteld naar aanleiding van de participerende observatie. In hoofdstuk 8 is de hypothese getoetst door middel van gesprekken met verpleegkundigen.*

1.

Voordat er een hypothese kan worden opgesteld moet er een theorie zijn. De theorie bestaat uit verschillende proposities, van hieruit wordt de hypothese opgesteld die de kern vormt van de theorie. Deze theorie kent een logische samenhang, er moet minstens één hypothese uit af te leiden zijn en er moet een verklaring van de hypothese in staan (Baarda en De Goede, 2001).

Baarda en De Goede (2001) stellen dat een hypothese een voorlopig antwoord is op de vraag die in één van de onderzoeksvragen wordt gesteld. Deze hypothese bevat een oorzaak en een gevolg en is meetbaar. Belangrijk is dat er aan de hand van feiten de hypothese juist of onjuist kan worden bevonden. Het is van belang dat de hypothese voor het toetsen al falsificeerbaar is. Van te voren moeten er dus al argumenten bekend zijn die de hypothese enerzijds onjuist en anderzijds juist verklaren.

Zoals te lezen in paragraaf 6.2 zijn er gedurende de participerende observatie opvallende observaties gedaan met bijbehorende theorieën die het vroegtijdig sturen op ontslag beïnvloeden. Vanuit hier worden verschillenden proposities gesteld. De oorzaken van deze proposities zijn nog niet bekend, deze oorzaken zullen door middel van de interviews duidelijk worden. De volgende proposities kunnen worden opgesteld:

1. Tijdens de visite en het MDO wordt er niet voor iedere patiënt een streefdatum voor het ontslag afgesproken.
2. Er heerst een hiërarchische sfeer in het multidisciplinaire overleg van het intern specialisme.
3. Zodra het ontslag besproken wordt, worden niet alle vragen gesteld door verpleegkundigen die nodig zijn om de ontslagprocedure in gang te zetten.
4. Er is specifieke informatie van de arts nodig zodat verpleegkundigen een BZB-aanvraag kan doen.
5. De werkdruk wordt als hoog ervaren door verpleegkundigen.
6. Anamneses invullen heeft geen hoge prioriteit.

Vanuit deze proposities kan de volgende hypothese worden opgesteld:

‘Er wordt door verpleegkundigen beperkt op ontslag gestuurd:

1. omdat in de eerste plaats verpleegkundigen het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens visites en MDO’s
2. en omdat in de tweede plaats anamneses niet volledig ingevuld zijn, kan er niet voldoende informatie aan de arts worden verstrekt waardoor het ontslag vertraging oploopt’.

# De visie van de verpleegkundigen

In dit hoofdstuk is te lezen hoe verpleegkundigen denken over de hypothese. De onderzoekers hebben zestien verpleegkundigen geïnterviewd die werkzaam zijn op de afdeling interne geneeskunde/longziekte. Dit bedraagt 36% van de afdeling. De verpleegkundigen gaan in op acties die zij wel en niet ondernemen met betrekking tot ontslag en hun beweegredenen hiervoor, zij geven aan wie verantwoordelijk is voor het ontslag en er wordt een reactie gegeven op de hypothese. Hieronder zijn de resultaten beschreven.

1.

##  Hoe verpleegkundigen bezig zijn met sturen op ontslag

Tijdens het interview begonnen de onderzoekers met de vraag hoe belangrijk verpleegkundigen het vroegtijdig sturen op ontslag vinden. Twaalf verpleegkundigen gaven aan dit als belangrijk te zien met als reden dat vroegtijdig sturen op ontslag belangrijk is voor zowel de patiënten als de verpleegkundigen, artsen en het ziekenhuis zelf. Voor de patiënt is dit prettig omdat de patiënt duidelijkheid heeft over de opnameduur en minder kans heeft op functieverlies en infectie. De verpleegkundige heeft door middel van het vroegtijdig sturen op ontslag inzicht in welke acties zij moet ondernemen voor het ontslag, dit maakt haar werk helder en overzichtelijk. De artsen kunnen hun productie behalen en voor het ziekenhuis zijn de gevolgen merkbaar in de financiën.

Vier verpleegkundigen verwarden vroegtijdig sturen op ontslag met het overhaast ontslaan van patiënten. Een voorbeeld dat hierbij gegeven werd is dat de arts vertelde dat de patiënt naar huis mocht, maar dat hier eerder niet over was gesproken en er dus geen zorg was geregeld (bijlage 9, fragment 16.3.1). Dit moet dan binnen een paar uur geregeld worden. Het hals over kop ontslaan van patiënten is in feite het tegenovergestelde van vroegtijdig sturen op ontslag. Bij plotseling ontslag moet alles per direct geregeld worden, dit kost tijd en verhoogd de werkdruk. Bij vroegtijdig sturen op ontslag wordt er eerder gekeken naar de nodig nodige zorg na ontslag. Er zijn drie verpleegkundigen die niet duidelijk kunnen kiezen of zij het belangrijk vinden of niet, met als reden dat het ontslag vaak te gehaast plaatsvindt. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat deze verpleegkundigen vroegtijdig sturen op ontslag juist belangrijk vinden omdat er bij vroegtijdig sturen op ontslag geen sprake is van haast. Dat deze verpleegkundigen het vroegtijdig sturen op ontslag belangrijk vinden bleek ook uit de acties die zij aangaven te doen. Alle geïnterviewde verpleegkundigen gaven aan acties te ondernemen met betrekking op informatie verzamelen wat nodig is voor het vroegtijdig sturen op ontslag. Zij inventariseren de thuissituatie door middel van de anamnese, observeren de patiënt gedurende de opname en hebben gesprekken met patiënt en familie. Deze informatie kunnen verpleegkundigen bespreken met de arts tijdens de visite zodat er een streefdatum ontslag besproken kan worden. Ook door te werken met verpleegkundige zorgpaden kan er tijdig een streefdatum ontslag worden afgesproken. Deze datum kan worden vermeldt op het werkbriefje zodat de collega’s op de hoogte zijn. Verpleegkundigen geven ook aan Bureau ZorgBemiddeling in te schakelen en zo nodig andere disciplines in consult te vragen.

Alle verpleegkundigen geven aan acties te ondernemen met betrekking tot ontslag.

Het lijkt dat de verpleegkundigen er alles aan doen om vroegtijdig op ontslag te sturen. Opvallend genoeg geven dezelfde verpleegkundigen dezelfde acties aan als acties die ze niet ondernemen. Ze vertellen de verantwoordelijkheid bij de arts te leggen en dat ze daarbij een afwachtende houding hebben.

Verpleegkundigen geven zelf aan dat zij het ontslag niet altijd ter sprake brengen tijdens het MDO, hier wordt later in deze paragraaf op in gegaan. Het invullen van de anamnese en het inschakelen van Bureau ZorgBemiddeling blijkt vaak te laat te gebeuren. Ook is de overdracht en de rapportage niet altijd duidelijk, waardoor er informatie ontbreekt om het ontslag te regelen. De extra kolom op het werkbriefje waar de streefdatum ontslag ingevuld behoort te worden is regelmatig niet actueel of niet ingevuld. Zo wordt er vaak ‘niet bekend’ ingevuld, terwijl het ontslag wel besproken is. Bij de onderzoekers rees de vraag wat de beweegredenen voor verpleegkundigen zijn om deze acties niet te ondernemen terwijl zij het vroegtijdig sturen op ontslag wel belangrijk vinden. Hier zijn verschillende oorzaken voor genoemd tijdens de interviews. Hieronder staan een aantal oorzaken weergegeven:

* Verpleegkundigen kennen hun patiënten niet altijd goed waardoor het lastig is om de zorgvraag in de thuissituatie in te schatten.
* Ook is het is moeilijk om te sturen op ontslag als er meerdere disciplines betrokken zijn, hierdoor is er minder overzicht en moet er met veel disciplines overlegd worden. Zoals in de literatuurstudie (paragraaf 3.2) wordt beschreven is het de taak van de verpleegkundige om de regie op zich te nemen, uit de interviews blijkt dat een aantal verpleegkundigen dit moeilijk vinden.
* Bij een aantal patiënten kunnen complicaties ontstaan waardoor er van ontslag nog niet direct sprake is.
* Bovendien komt het voor dat de familie het niet eens is met het ontslag.
* Een aantal verpleegkundigen vertellen dat het bespreken van een streefdatum ontslag makkelijk wordt doorgeschoven door de artsen.

De meest genoemde reden voor het beperkt sturen op ontslag van verpleegkundigen is de werkdruk. Veel opnames zijn spoedopnames waardoor het druk kan zijn op de afdeling met als gevolg dat de verpleegkundige keuzes moet maken. Zij kiest dan voor de directe zorg aan bed en het administratieve werk blijft dan liggen, het wordt doorgeschoven naar de volgende dienst of dag. Wanneer er de volgende dag geen tijd voor is wordt het weer doorgeschoven. Tijdsgebrek is dus een oorzaak van dit uitstelgedrag. Eén verpleegkundige gaf aan dat de werkdruk vooral veroorzaakt wordt door tijdsgebrek en personeelsgebrek, maar vond dat dit makkelijk verholpen kon worden: ‘Je kunt natuurlijk wel een hoge werkdruk hebben, maar als je het personeel daarop inzet is er natuurlijk nog niks aan de hand’ (bijlage 9, fragment 8.6.2).

Vijf verpleegkundigen gaven ook aan dat er de laatste tijd meer aandacht wordt besteed aan het sturen op ontslag van bovenaf. Er zijn maatregelen genomen om de ligduur te verkorten. Een voorbeeld van een dergelijke maatregel is de al eerder in het verslag genoemde kolom op het werkbriefje. Deze kolom dient als geheugensteuntje voor de verpleegkundigen om op ontslag te sturen. Ook wordt het belang van een goede samenwerking tussen de arts-assistenten en verpleegkundigen benadrukt. Daarnaast wordt er sinds een paar maanden met verpleegkundigen dossieranalyse gedaan. Op deze manier wordt er inzicht verkregen in het opnameproces en worden de verpleegkundigen zich bewust van de noodzaak van duidelijke en volledige rapportage.

Op de vraag wie er verantwoordelijk zijn voor het ontslag zijn de verpleegkundigen het grotendeels met elkaar eens. Artsen en verpleegkundigen zijn beiden verantwoordelijk voor het sturen op ontslag. Ook kunnen zij beiden meer verantwoording op zich nemen om vroegtijdig te sturen op ontslag. De verpleegkundigen moeten al verder denken als het gaat om het ontslag, zodat zij vragen van de arts kan beantwoorden en het ontslag hierdoor geen vertraging oploopt. Wel is de arts de eindverantwoordelijke. Er zijn verpleegkundigen die vinden dat sturen op het ontslag meer de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige hoort te zijn dan de verantwoordelijkheid van een arts.

##  Reactie op het eerste deel van de hypothese

Tijdens de interviews is de hypothese aan zestien verpleegkundigen voorgelegd. Het eerste deel van de hypothese wordt in deze paragraaf besproken: ‘Er wordt door verpleegkundigen beperkt op ontslag gestuurd omdat verpleegkundigen in de eerste plaats het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens de visites en MDO’s’. Vijftien van de zestien verpleegkundigen waren het eens met deze hypothese. Zij vertelden dat het ontslag ter sprake brengen niet bij iedere verpleegkundige een standaard vraag is tijdens het MDO. Het zit dus nog niet in de routine van de verpleegkundigen om hiernaar te vragen. Daarbij geven verpleegkundigen aan dat zij ervoor moeten vechten om inbreng te hebben tijdens een MDO omdat er niet altijd naar hen geluisterd wordt of vragen niet worden beantwoord. Wanneer de verpleegkundige inspraak wil hebben in het MDO moet zij hier zelf initiatief in nemen. Het MDO van het longspecialisme gaat verpleegkundigen makkelijker af dan het MDO van het interne specialisme en verpleegkundigen ervaren meer ruimte om vragen te stellen tijdens het MDO van het longspecialisme. Verpleegkundigen geven aan dat ze tijdens de MDO’s het gevoel hebben een secretaresse te zijn, omdat zij veel dingen op moeten schijven maar weinig inbreng hebben. Ook hebben zij het idee dat het MDO meer een overleg van de artsen onderling is, het vraagt kennis van de verpleegkundige om hierin te kunnen participeren. Hierdoor wordt er tijdens de MDO’s niet altijd gevraagd naar de streefdatum voor het ontslag. Een aantal verpleegkundigen geven aan hier wel naar te vragen, maar er zijn ook verpleegkundigen die dit moeilijk vinden. Naar aanleiding van het MDO hebben de onderzoekers een stelling gemaakt. Deze luidt: ‘Een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra zij besluit inspraak te hebben’. Met deze stelling waren vijftien verpleegkundigen het eens. Zij zeggen dat de verpleegkundige tijdens de visite wel alle inspraak heeft omdat ze dan één op één zit met een arts-assistent, maar tijdens het MDO wordt aangegeven dat inspraak hebben moeilijker is. Maar wanneer verpleegkundigen wel inbreng hebben merken ze dat de artsen dit waarderen. Hierdoor wordt de samenwerking tussen arts en verpleegkundige verbeterd.

Er zijn dus twee redenen waardoor er beperkt wordt gestuurd op ontslag door de verpleegkundige tijdens de MDO’s/visites: het zit nog niet in de routine van de verpleegkundige waardoor het wordt vergeten en verpleegkundigen voelen zich belemmerd om vragen te stellen tijdens het MDO.

##  Reactie op het tweede deel van de hypothese

Het tweede deel van de hypothese gaat over het invullen van de anamnese. Deze worden niet volledig ingevuld waardoor er vertraging kan ontstaan bij het ontslag (zie hoofdstuk 7). Verpleegkundigen hebben aangegeven dat zij anamneses een belangrijk middel vinden om te sturen op ontslag. Wanneer de thuissituatie bekend is dan weet men ook welk traject gevolgd kan worden. Door verschillende verpleegkundigen wordt de anamnese gezien als een investering: het kost maar een paar minuten tijd en je wint er heel veel tijd mee. Toch zegt iedere verpleegkundige die geïnterviewd is dat anamneses vaak niet of niet volledig worden ingevuld. Ook geven zij aan dat dit invloed heeft op het sturen op ontslag. Het is opmerkelijk dat alle geïnterviewde verpleegkundigen aangeven dat het invullen van de anamnese belangrijk is, maar dat zij ook allemaal aangeven dat het invullen van de anamneses er soms bij inschiet en op deze manier het invullen doorgeschoven wordt. Verpleegkundigen gaven aan dat het voorkomt dat anamneses na een aantal dagen na opname nog niet ingevuld zijn. De reden die verpleegkundigen hiervoor geven is dat de werkdruk hoog is en dat de directe zorg aan bed vaak voor gaat. Het invullen van een anamnese heeft niet de hoogste prioriteit. ‘Is het dan geen tijd of geen prioriteit?’ vraagt een verpleegkundige zich af tijdens het interview (bijlage 9, fragment 11.8.1) Eén van de verpleegkundigen geeft aan dat gemakzucht ook een rol speelt. Als er veel opnames zijn dan zijn verpleegkundigen geneigd om alleen de bijzonderheden van de patiënt te noteren, kennelijk wordt de thuissituatie niet belangrijk genoeg gevonden om direct te vragen.

‘Is het dan geen tijd of geen prioriteit?’

##  Conclusie

Er kan gesteld worden dat de hypothese ‘er wordt door verpleegkundigen beperkt op ontslag gestuurd omdat in de eerste plaats verpleegkundigen het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens visites en MDO’s en omdat in de tweede plaats de anamneses niet volledig ingevuld zijn, kan er niet voldoende informatie aan de arts worden verstrekt waardoor het ontslag vertraging oploopt’ kloppend is omdat het ondersteund wordt door het 96% van de geïnterviewde verpleegkundigen, dit komt neer op 35% van de afdeling.

Samengevat zijn dit de twee grootste problemen met betrekking op het sturen op ontslag dat 1) het ontslag wordt te weinig ter sprake gebracht tijdens MDO’s en visites doordat het niet in de routine van de verpleegkundigen zit om naar ontslag te vragen en doordat verpleegkundigen zich belemmerd voelen om vragen te stellen tijdens het MDO en 2) anamneses worden niet volledig ingevuld, doordat er een hoge werkdruk heerst moeten verpleegkundigen keuzes maken, zij kiezen dan voor de directe zorg in plaats van het invullen van de anamnese. Hierdoor lopen de verpleegkundigen steeds achter de feiten aan en kost het juist extra tijd.

# Aanbevelingen

In dit hoofdstuk is beschreven wat de aanbevelingen zijn die de onderzoekers doen richting de afdeling interne geneeskunde/longziekte. Deze aanbevelingen zijn een gevolg van de resultaten van het onderzoek. Een aantal van de aanbevelingen zijn genoemd door de verpleegkundigen tijdens de interviews. De fragmenten waarnaar verwezen wordt staan in bijlage 9. De volgende oplossingen zijn door de verpleegkundigen aangedragen voor de visites en MDO’s: beter inwerken van nieuwe verpleegkundigen en leerlingen (fragment 8.7.2) en een zakkaartje met daarop de punten die in de visites of MDO’s besproken moeten worden (fragment 14.6.2). De onderzoekers kunnen geen aanbevelingen geven om verpleegkundigen beter in te werken omdat zij niet weten hoe dit nu in zijn werk gaat. Het zal een goed initiatief zijn voor de afdeling om de inwerkprocedure onder de loep te nemen. Het zakkaartje wordt besproken in paragraaf 9.1.

Voor het invullen van de anamneses kwamen de volgende oplossingen naar voren: strakkere afspraken maken met verpleegkundigen over het invullen van de anamnese (fragment 3.7.2), de anamnese makkelijker maken (fragment 2.7.4), een uitgebreidere anamnese (fragment 2.7.4) en onderweg van de spoedafdeling naar verpleegafdeling met de patiënt praten over onder andere de thuissituatie (fragment 16.8). Een aanbeveling om ervoor te zorgen dat de anamnese beter wordt ingevuld staat beschreven in paragraaf 9.2.

 Naast deze eerder genoemde oplossingen hebben verpleegkundigen meer ideeën hoe zij het sturen op ontslag meer onder de aandacht kunnen brengen. De volgende ideeën zijn geuit tijdens de interviews: een checklist of formulier maken waarop de acties staan voor het ontslag (fragment 5.7.3 en fragment 7.3.3) en het eerder inleveren van de BZB-aanvraag (fragment 15.3.2). In paragraaf 9.3 is een aanbeveling voor een ontslagchecklist geformuleerd.

 In paragraaf 9.4 is een aanbeveling gevormd om gedragsverandering binnen het MDO te realiseren. Om ervoor te zorgen dat de aanbevelingen succesvol geïmplementeerd kunnen worden is er in paragraaf 9.5 een mogelijke tijdsplanning opgesteld. Ten slotte bestaat paragraaf 9.6 uit een advies voor verpleegkundigen.

1.

##  Aanbeveling 1: Zakkaartje

*Het eerste deel van de hypothese is dat verpleegkundigen het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens de artsenvisites en de MDO’s. Dit probleem speelt vooral tijdens de MDO’s, dus deze aanbeveling richt zich op de MDO’s en niet op de visites. Zoals eerder beschreven zijn er twee oorzaken gevonden. Enerzijds ‘vergeten’ verpleegkundigen te vragen naar het ontslag en anderzijds voelen ze zich tijdens de MDO’s belemmerd om vragen te stellen over het ontslag. De aanbevelingen moeten dus aansluiten op deze twee oorzaken. Het zakkaartje zorgt ervoor dat verpleegkundigen niet vergeten naar het ontslag te vragen, dit zakkaartje wordt besproken in deze paragraaf. In paragraaf 9.2 is een aanbeveling opgesteld voor verpleegkundigen die zich belemmerd voelen om vragen te stellen tijdens het MDO.*

De verpleegkundigen hebben tijdens de interviews aangegeven dat zij het ontslag niet altijd bespreken tijdens het MDO. Zoals te lezen in paragraaf 8.2.2 zijn de oorzaken hiervoor dat het niet in de routine van verpleegkundigen zit om naar ontslag te vragen en dat verpleegkundigen zich belemmerd voelen om vragen te stellen tijdens het MDO. Eén verpleegkundige gaf aan dat het handig zou zijn om een kaartje te ontwikkelen met daarop punten die besproken moeten worden, dit zal dienen als geheugensteun voor de verpleegkundigen. Door het gebruik van dit zakkaartje zal de verpleegkundige wel naar het ontslag vragen, ook al zit het niet in haar routine. Te verwachten is dat de verpleegkundigen na verloop van tijd hier vanzelf naar gaan vragen.

 Het zakkaartje heeft een klein formaat, zodat de verpleegkundige het makkelijk mee kan nemen. Op dit kaartje staan alle punten die mogelijk bespoken moeten worden in het MDO. Een voorbeeld van dit zakkaartje is te vinden in bijlage 7.

### Werkwijze

Iedere verpleegkundige heeft een zakkaartje en het zakkaartje ligt ook op de kar met de dossiers. Het zakkaartje gebruikt zij tijdens het MDO. Het MDO zal niet verlopen aan de hand van het zakkaartje, maar de verpleegkundige kan bij het bespreken van iedere patiënt controleren of alle punten zijn benoemd die van toepassing zijn. Eindverantwoordelijk voor het zakkaartje is de teamcoördinator. Haar taak is om ervoor te zorgen dat er een verpleegkundige mee aan de slag gaat, dat verpleegkundigen het zakkaartje gebruiken en dat het zakkaartje geëvalueerd wordt.

### Weerstand

Het gebruik van het zakkaartje kan weerstand oproepen bij verpleegkundigen. De weerstand is met name te verwachten bij verpleegkundigen die al langere tijd op de afdeling werken en wel vragen naar het ontslag. Zij zouden het vervelend kunnen vinden als ze een geheugensteun moeten gebruiken dat voor hen niet van toegevoegde waarde is. Het is belangrijk om bij de verpleegkundigen te benadrukken dat het niet verplicht is, maar dat het een aan te raden hulpmiddel is. Verpleegkundigen moeten veel onthouden, het is daarom handig om iets bij de hand te hebben om te controleren of alles aan de orde is geweest. Bij de jongere verpleegkundigen is minder weerstand te verwachten omdat het hen meer zekerheid zal geven als het gaat om de volledigheid in het MDO.

### Evaluatie

Tijdens een werkoverleg zal het zakkaartje ter sprake worden gebracht. Omdat verpleegkundigen zelf beslissen of zij wel of niet gebruik maken van het zakkaartje, wordt tijdens deze evaluatie voornamelijk het inhoudelijke gedeelte besproken. Vragen hierbij zijn:

1. Is het zakkaartje compleet?
2. Helpt het zakkaartje om volledigheid te hebben tijdens MDO?

Als het zakkaartje niet compleet is wordt er een verpleegkundige aangesteld door de teamcoördinator die verantwoordelijk is voor de volledigheid van het zakkaartje.

##  Aanbeveling 2: Intervisie

*Zoals in de vorige paragraaf is beschreven voelen verpleegkundigen zich belemmerd om vragen te stellen tijdens het MDO. Om verpleegkundigen hierin te helpen hebben de onderzoekers een aanbeveling geformuleerd die in deze paragraaf uitgelegd wordt.*

Tijdens de observatie en interviews hebben de onderzoekers gemerkt dat verpleegkundigen het moeilijk vinden om inbreng te hebben tijdens de MDO’s. Maar wanneer verpleegkundigen wel inbreng hebben laten de artsen merken dat zij dit waarderen en geven de verpleegkundige ruimte voor meer inbreng. De onderzoekers hadden een stelling gemaakt: ‘een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra zij besluit inspraak te hebben’. Tijdens de interviews vertelden een aantal verpleegkundigen dat zij het inderdaad lastig vinden om inbreng te hebben tijdens de MDO’s. Om wel inbreng te hebben tijdens MDO’s is het nodig dat er gedragsverandering plaatsvindt. Het veranderen van gedrag is een proces. M.F.K. Balm (2005) heeft een model ontwikkeld om de gedragsverandering in kaart te brengen. Hij gebruikt hiervoor zes stappen: openstaan, begrijpen, willen, kunnen, doen en volhouden. Hieronder is beschreven hoe dit model toegepast kan worden voor de verpleegkundigen die weinig tot geen inbreng hebben bij het MDO.

### Openstaan

‘Een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra zij besluit inspraak te hebben’

Allereerst is het belangrijk dat de verpleegkundigen openstaan om hun gedrag te veranderen. De verpleegkundigen moeten zich bewust zijn van hun rol in het MDO. Om gedragsverandering plaats te laten vinden is het van belang dat de verpleegkundigen informatie krijgen over hoe het nu gaat in het MDO en over hoe de optimale situatie zou zijn. De informatie zou gegeven kunnen worden door middel van een scholing, een cursus of intervisie. De meest ideale situatie zou zijn dat veel verpleegkundigen tegelijk hier informatie over zouden krijgen zodat zij elkaar het hele traject van gedragsverandering kunnen ondersteunen.

### Begrijpen

Zodra de verpleegkundigen openstaan voor de informatie is het belangrijk dat deze duidelijk wordt overgebracht. Ze moeten weten wat er gaat veranderen, waarom en wie erbij betrokken zal zijn. De verpleegkundigen kunnen pas veranderen als zij begrijpen wat er moet veranderen en op welke manier. De informatie die gegeven wordt bij deze fase staat hieronder.

1. Door middel van verpleegkundige inbreng tijdens het MDO kan er een compleet beeld gevormd worden van de patiënt en kan er een specifiek beleid afgesproken worden.
2. In de huidige situatie heeft niet iedere verpleegkundige inbreng in het MDO, daardoor is er geen sprake van samenwerking. De verpleegkundige voert de opdrachten van de arts uit, zonder gebruik te hebben gemaakt van haar inspraak door middel van inbreng. Door samen te werken kan er van elkaar geleerd worden en wordt er een groepsgevoel gecreëerd.
3. Voor de verpleegkundigen wordt het werk uitdagender als zij mee kan denken in het beleid. Zij is dan geen secretaresse van de arts, zoals dat nu wel voelt voor de verpleegkundige, maar zij kan actief meedenken.

### Willen

Zonder motivatie is gedragsverandering bijna onmogelijk, de verpleegkundigen moeten dus gemotiveerd zijn om hun gedrag te veranderen. Het begrijpen van het belang van de verandering is dus essentieel. Verpleegkundigen moeten de beslissing kunnen maken wat de voordelen en wat de nadelen zijn van de eventuele gedragsverandering. Als zij hiervoor zichzelf een afweging van hebben gemaakt kunnen zij besluiten of zij wel of niet willen veranderen. Dit is een heel belangrijk punt in de gedragsverandering want dit bepaalt hun motivatie.

### Kunnen

Het ligt niet in de aard van iedere verpleegkundige om te zeggen wat ze denkt over een bepaalde situatie tijdens het MDO. Maar om ervoor te zorgen dat deze gedragsverandering binnen bereik is voor iedere verpleegkundige kunnen er een aantal handvaten worden aangereikt. Tijdens de interviews vertelden een aantal verpleegkundigen hoe zij zorgen dat ze inbreng hebben tijdens het MDO. Deze tips kunnen overgebracht worden naar verpleegkundigen die moeite hebben met inbreng hebben tijdens het MDO. Intervisie is hier een goede methode voor.

### Doen

Het doel van deze gedragsverandering is dat verpleegkundigen daadwerkelijk inbreng gaan hebben tijdens het MDO. Tijdens de fase ‘doen’ kunnen er zich problemen voordoen die vooraf niet voorzien waren. In dit geval is het van belang dat er iemand, bijvoorbeeld een teamcoördinator, is die regelmatig met verpleegkundigen in gesprek gaat en hun aanmoedigt door te zetten. Ook door middel van intervisie is dit mogelijk.

### Volhouden

Zodra de verpleegkundigen zien dat hun nieuwe gedrag positief resultaat heeft willen zij dit waarschijnlijk volhouden en wordt het steeds makkelijker om dit gedrag te vertonen. Aanmoediging is in deze fase nog steeds essentieel.

### Advies

Organiseer minstens één intervisiemoment waarin wordt ingegaan op deze gedragsverandering. Dit kan door middel van een rollenspel, gesprekken of informatievoorziening. De ideale grootte van een intervisiegroep is vijf tot zeven verpleegkundigen (Schippers, 2011).

##  Aanbeveling 3: Extra verpleegkundigen inzetten

*Het tweede probleem is dat anamneses niet of niet volledig worden ingevuld door verpleegkundigen. De oorzaak hiervan is dat het invullen van de anamnese makkelijk doorgeschoven wordt vanwege de werkdruk. In deze paragraaf is een aanbeveling gedaan voor het invullen van de anamneses.*

Tijdens de interviews hebben verpleegkundigen verteld over de hoge werkdruk op de afdeling. Deze wordt voornamelijk veroorzaakt doordat bijna alle opnames spoedopnames zijn, zie fragment 5.6.2. Uit de praktijk blijkt dat patiënten vaak lange tijd op de spoedeisende hulp verblijven voordat zij op de afdeling mogen komen. De meeste patiënten zijn dan tussen 15.00 uur en 16.00 uur op de afdeling. Voor verpleegkundigen is dit een drukke tijd. Zij zijn bezig met de afsluitende taken van hun dagdienst, zoals de overdracht. Wanneer er op dit moment patiënten opgenomen worden hebben de verpleegkundigen hier minder tijd voor dan op een ander moment van de dag en dit verhoogd de werkdruk. Verpleegkundigen moeten dan keuzes maken welke werkzaamheden zij gaan doen. Op deze manier komen zij niet toe aan de anamnese en wordt dit doorgeschoven naar een ander moment. Tijdens de avonddienst is hier geen gelegenheid voor omdat de afdeling dan gerund wordt door weinig verpleegkundigen. In sommige gevallen moet een verpleegkundige tijdens haar dagdienst veel anamneses invullen. Deze kan zij niet allemaal invullen, en zeker niet voordat de artsenvisite of het MDO begint. Zo ontstaat er al direct een vertraging bij het vroegtijdig sturen op ontslag. Wanneer er een extra verpleegkundige wordt ingezet wordt de werkdruk verlaagd, alle opnames verlopen compleet en de anamnese wordt dus ingevuld. Tevens zullen de verpleegkundigen zich gehoord voelen wanneer er een extra verpleegkundigen ingezet wordt. Zij zouden hierdoor bereid zijn de hoge werkdruk van de rest van de dag te accepteren omdat ze merken dat er begrip getoond wordt vanuit het management en niet alleen staan.

### Werkwijze

Er wordt dagelijks een verpleegkundige ingezet tussen 15.00 uur en 18.00 uur. Uitgezonderd de weekenden omdat het ontslag voornamelijk door de weeks wordt geregeld en er in de meeste gevallen in de weekenden meer tijd is voor de verpleegkundigen om anamneses af te nemen. Ook is het een kostenbesparing wanneer de extra verpleegkundige niet in de weekenden werkt.

De extra verpleegkundige richt zich voornamelijk op spoedopnames. Wanneer er geen spoedopnames zijn vult de extra verpleegkundige anamneses in van eerdere opnames of helpt zij de andere twee verpleegkundigen van de late dienst waar zij kan.

Specifieke taken:

* patiënten opnemen;
* anamneses invullen;
* contact met familie van patiënten;
* eventueel een BZB-aanvraag doen.

### Weerstand

De weerstand kan vooral verwacht worden op het niveau van management. Extra verpleegkundigen inzetten kost geld en mogelijk zijn er intern te weinig verpleegkundigen om iedere dag drie uur een extra verpleegkundigen in te zetten. Aan de andere kant levert een kortere ligduur geld op, het kan dus gezien worden als een investering. Er zal een kosten baten analyse gemaakt moeten worden, zodat duidelijk is wat het oplevert en kost.

### Evaluatie

De onderzoekers adviseren deze aanbeveling te starten met een pilot van een maand. Voor een optimaal resultaat van de aanbeveling kan er het beste een maand na de implementatie van de ontslagchecklist (beschreven in paragraaf 9.4) mee gestart worden. De reden hiervoor is dat verpleegkundigen op deze manier tijd krijgen om te wennen aan het werken met de ontslagchecklist. Ook is het rustiger voor de afdeling wanneer de aanbevelingen niet

gelijkertijd starten, dit verlaagd de weerstand. Tevens kan op deze manier het resultaat van deze beter worden getoetst omdat het niet gelijk loopt met een andere implementatie met een soortgelijk doel.

 Als de pilot is afgelopen wordt deze geëvalueerd. Aanwezigen bij deze evaluatie zijn: manager, zorgcoördinatoren en verpleegkundigen. Punten die bij deze evaluatie aan de orde komen zijn:

1. Wat zijn de resultaten?
2. Wat zijn de ervaringen van de verpleegkundigen (zowel de extra verpleegkundige als de andere verpleegkundigen)?
3. Wat zijn de voordelen van een extra verpleegkundige?
4. Wat zijn de nadelen van een extra verpleegkundige?
5. Zijn er voldoende verpleegkundigen beschikbaar tussen 15.00 uur en 18.00 uur?
6. Zijn de taken van de extra verpleegkundige duidelijk? Mogelijk worden deze bijgesteld.

Om te bepalen of er voldoende resultaat te zien is van de extra verpleegkundige kan er een steekproef gedaan worden. De bedoeling hiervan is dat een maand voordat de pilot begint iedere week tien onwillekeurige dossiers worden bekeken om te controleren hoeveel anamneses er zijn ingevuld. Vervolgens gebeurt dit ook als de pilot extra verpleegkundigen loopt. De steekproef geeft informatie over het aantal extra ingevulde anamneses. Ook kan er gekeken worden of de ligduur van de patiënten korter is geworden. Mogelijk is er meer tijd nodig om resultaat te behalen. Verpleegkundigen moeten ook wennen aan de nieuwe dienst met de bijbehorende taken.

### Voorwaarde

Door een extra verpleegkundige in te zetten zullen er meer anamneses ingevuld worden. Dit is een stap in de goede richting. Het niet invullen van de anamnese is niet de enige oorzaak waardoor er beperkt wordt gestuurd op ontslag. Deze aanbeveling zal waarschijnlijk beter tot zijn recht komen in combinatie met een andere aanbeveling zoals de ontslagchecklist. Ook kunnen de taken van de verpleegkundige uitgebreid of gewijzigd worden.

 Een mogelijk nadeel van de extra verpleegkundige kan zijn dat verpleegkundigen van de dagdienst het invullen van de anamneses makkelijk overdragen aan de extra verpleegkundige. Het blijft de taak van de verpleegkundigen om anamneses in te vullen, binnen 24 uur zoals de afspraak is op de afdeling. De extra verpleegkundige is er alleen voor het werk waar de verpleegkundigen van de late dienst niet aan toekomen vanwege spoedopnames.

 Een ander mogelijk nadeel is dat de extra verpleegkundige andere taken overneemt van de late dienst waardoor zij niet aan haar eigenlijke taken toekomt. Gevolg hiervan is dat de werkdruk omlaag gaat, maar dat de anamneses niet worden ingevuld. In dit geval heeft de aanbeveling geen invloed op de ligduur.

##  Aanbeveling 4: Ontslagchecklist

*In deze paragraaf is een aanbeveling gedaan om het ontslag inzichtelijk te maken.*

In paragraaf 8.3 is te lezen dat de grootste belemmering van de verpleegkundigen om te sturen op ontslag de hoge werkdruk is. Wanneer verpleegkundigen acties voor het ontslag moeten ondernemen, moeten zij hiervoor een gesprek aangaan met de patiënt. Dit gesprek is essentieel voor het ontslagproces. Het kan zijn dat deze actie al is ondernomen door een collega, maar er is geen plaats in het dossier waar staat wat al gedaan is en wat nog gedaan moet worden. Het gevolg is dat de verpleegkundige moet zoeken in het dossier. Dit kost dus dubbel zoveel tijd. Om de verpleegkundigen hierin tegemoet te komen wordt er een ontslagchecklist ontwikkeld met vragen die beantwoord kunnen worden met: ja, nee of niet van toepassing. Op deze eenvoudige manier van invullen kost het niet veel tijd van de verpleegkundigen. Een voorbeeld van dit formulier zit in bijlage 6. Doordat verpleegkundigen in één oogopslag kunnen zien wat er gedaan moet worden en wat er gedaan is met betrekking tot ontslag ontstaat er overzicht. Dit maakt het sturen op ontslag makkelijker. Ook helpt dit formulier verpleegkundigen zodat er geen acties vergeten worden.

Verpleegkundigen kunnen in één oogopslag zien wat er nog geregeld moet worden

NB: Deze ontslagchecklist is geen vervanging van de anamnese. Het is ook geen oplossing voor het onvolledig invullen van de anamnese. Deze aanbeveling richt zich op de nadelige gevolgen van dit probleem. Wanneer er geen anamnese is ingevuld is er geen overzicht wat er gedaan moet worden. Voor het invullen van de ontslagchecklist is er onder andere dus informatie nodig uit de anamnese. De verpleegkundigen worden dus verwezen naar die anamnese. De ontslagchecklist zorgt er dus voor dat de belangrijkste acties voor ontslag op een rijtje staan. Het is geen hulp om de informatie te krijgen, het is een hulp die ervoor zorgt dat de nodige informatie aanwezig is.

### Werkwijze

De ontslagchecklist wordt op een zichtbare vaste plaats in het dossier toegevoegd. Verpleegkundigen mogen naar eigen inzicht bepalen wat deze vaste plaats is. Iedere dag controleert de dagdienst na de visite of de checklist nog klopt en vult deze zo nodig aan. Eindverantwoordelijk voor dit formulier is een teamcoördinator. Haar taak is om ervoor te zorgen dat één of twee verpleegkundigen deze checklist gaan ontwikkelen of aanpassen. Ook is het haar verantwoordelijkheid dat verpleegkundigen de checklist gebruiken en dat deze geëvalueerd wordt tijdens de vergaderingen en eventueel bijgesteld wordt.

 Zeker voor stagiaires en nieuw personeel is de checklist handig omdat zij op die manier op de hoogte zijn van de acties rondom ontslag.

### Weerstand

Bij verpleegkundigen zou weerstand kunnen ontstaan wanneer zij horen dat er nog een formulier bij komt in het dossier. Verpleegkundigen hebben aangegeven dat ze veel papierwerk moeten doen en dit vervelend vinden. Het is belangrijk om bij de verpleegkundigen te benadrukken dat dit formulier weinig tijd kost en juist inzicht geeft. Ook gaat het om een pilot van een maand. Tijdens een afdelingsvergadering wordt het formulier besproken zodat de verpleegkundigen de gelegenheid hebben om hun mening te geven.

### Evaluatie

Zoals eerder genoemd is de ontslagchecklist een pilot. Deze pilot zal minimaal één maand duren voor de eerste evaluatie. De tweede evaluatie zal een maand na de eerste evaluatie plaatsvinden. In totaal duurt de pilot dus twee maanden. Na deze pilot wordt besloten of de ontslagchecklist in het dossier blijft. Om de evaluaties van de ontslagchecklist effectief te laten zijn, zijn er een aantal vragen opgesteld.

1. Wat is de meerwaarde van de checklist?
2. Wat is het nadeel van het werken met de checklist?
3. Wordt de checklist voldoende ingevuld?
4. Ontbreken er acties op de checklist?
5. Wegen de voordelen op tegen de nadelen?
6. Indien vraag vijf beantwoord wordt met ‘nee’:

Wat is er nodig om de checklist werkbaar te maken?

1. Komt de ontslagchecklist definitief in het dossier?

##  Tijdsplanning aanbevelingen

*In deze paragraaf is een tijdsplanning ontworpen. Deze tijdsplanning zal ervoor zorgen dat de aanbevelingen goed op elkaar aansluiten zodat optimaal resultaat behaald kan worden. Deze tijdsplanning is slechts een aanbeveling, naar eigen inzicht kan dit aangepast en gestart worden.*

De volgende vier aanbevelingen zijn opgesteld:

* Zakkaartje MDO
* Intervisie (deze is niet opgenomen in de tijdsplanning)
* Extra verpleegkundige tussen 15.00 uur en 18.00 uur
* Ontslagchecklist

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Maand** | **Activiteit**  | **Waar** |
| **Maand 1** | Gebruik zakkaartje MDO | Afdeling |
| Ontslagchecklist | Afdeling |
| **Maand 2** | Evaluatie zakkaartje  | Werkoverleg |
| Vier keer een steekproef: invullen anamnese | Afdeling |
| Tussentijdse evaluatie ontslagchecklist  | Afdelingsvergadering |
| **Maand 3** | Start inzetten extra verpleegkundige | Afdeling |
| Vier keer een steekproef: invullen anamnese | Afdeling |
| Evaluatie ontslagchecklist: beslissing stoppen of doorgaan | Afdelingsvergadering |
| **Maand 4** | Evaluatie extra verpleegkundige: beslissen stoppen of doorgaan | Vergadering |
| **Maand 5 en verder** | Eventueel gebruik zakkaartje | Afdeling |
| Eventueel gebruik ontslagchecklist | Afdeling |
| Eventueel extra verpleegkundige  | Afdeling |
| **Maand 6/7/8** | Evaluaties gebruikte aanbevelingen  | Afdelingsvergadering |

##  Advies voor de verpleegkundigen

*Vanuit de participerende observatie en de interviews hebben de onderzoekers als laatste aanbeveling een tip voor de verpleegkundigen om te sturen op ontslag. Dit advies heeft betrekking op de anamneses.*

In paragraaf 9.3 is er een aanbeveling gedaan zodat anamneses sneller ingevuld worden. De extra verpleegkundige tussen 15.00 uur en 18.00 uur kan helpen deze gegevens sneller te krijgen. De anamnese correct invullen is een onderdeel van het werk van de verpleegkundige en zal tijdens de opname en het regelen van nazorg veel stagnaties voorkomen. Naast deze extra verpleegkundige is het dus van belang dat de verpleegkundigen de anamnese tot prioriteit maken. Dit kunnen verpleegkundigen onder andere doen door bespreekbaar te maken met collega’s of er nog anamneses ingevuld moeten worden. Zo kunnen verpleegkundigen elkaar de ruimte geven hun werk goed te doen. Ook kunnen verpleegkundigen elkaar erop aanspreken wanneer de anamnese niet ingevuld is, en de regel in stand houden dat van iedere patiënt de anamnese binnen 24 uur ingevuld is.

# Conclusie

*Aan het begin van dit onderzoeksverslag zijn de onderzoeksvraag en de deelvragen weergegeven. Het beantwoorden van de deelvragen heeft geleidt tot de beantwoording van de onderzoeksvraag. Daarom is in deze conclusie alleen de onderzoeksvraag beantwoord.*

*De onderzoeksvraag luidt: ‘Wat is de invloed van de cultuur onder de verpleegkundigen op de afdeling interne geneeskunde/longziekte in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden op het stellen van prioriteiten bij het sturen op ontslag en op welke manier kunnen verpleegkundigen indien nodig worden aangezet tot gedragsverandering?’*

De cultuur onder verpleegkundigen met betrekking tot het sturen op ontslag wordt door verschillende aspecten beïnvloed. Deze aspecten worden benoemd in de door de onderzoekers opgestelde hypothese: ‘Er wordt door verpleegkundigen beperkt op ontslag gestuurd omdat in de eerste plaats verpleegkundigen het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens visites en MDO’s en omdat in de tweede plaats anamneses niet volledig ingevuld zijn, kan er niet voldoende informatie aan de arts worden verstrekt waardoor het ontslag vertraging oploopt’. De hypothese wordt ondersteund door 96% van de geïnterviewde verpleegkundigen, dit komt neer op 35% van de afdeling. Verpleegkundigen geven aan dat het ontslag ter sprake brengen van het ontslag tijdens het MDO niet in hun routine zit en dat ze zich belemmerd voelen om vragen te stellen tijdens het MDO. Ook vertellen zij dat anamneses niet volledig ingevuld worden doordat er een hoge werkdruk heerst, zij kiezen dan voor de directe zorg in plaats van het invullen van de anamnese. De onderzoekers hebben vier aanbevelingen opgesteld om op deze manier het vroegtijdig sturen op ontslag te bevorderen, namelijk:

* het zakkaartje als geheugensteun voor verpleegkundigen tijdens het MDO;
* het organiseren van minstens één intervisiebijeenkomst, om gedragsverandering betreffende de verpleegkundige inbreng in het MDO teweeg te brengen;
* een extra verpleegkundige inzetten tussen 15.00 uur en 18.00, deze verpleegkundige richt zich voornamelijk op de spoedopnames en de anamneses;
* het ontwikkelen van een ontslagchecklist, dit is een overzicht van acties die gedaan moeten worden bij het regelen van een ontslag.

Door deze aanbevelingen in de praktijk te brengen zal er meer worden gestuurd op ontslag.

# Discussie

*Tijdens dit onderzoek hebben de onderzoekers aandacht besteed aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. Toch zijn er een aantal punten waarbij de betrouwbaarheid van het onderzoek ter discussie kan staan. Deze punten komen in dit hoofdstuk aan de orde.*

Het eerste discussiepunt is de participerende observatie. De onderzoekers hebben vier dagdiensten geobserveerd, zij liepen mee met een aantal verpleegkundigen om te zien hoe alles in zijn werk gaat. De verpleegkundigen waren op de hoogte van het onderzoek en de aanwezigheid van de onderzoekers kan de verpleegkundigen mogelijk beïnvloed hebben. Of de verpleegkundigen beïnvloed worden door de onderzoekers kunnen de onderzoekers niet zelf vaststellen. Toch zijn de observaties van de onderzoekers wel bevestigd door andere verpleegkundigen tijdens de interviews.

 Zoals is vermeld observeerden de onderzoekers vier achtereenvolgende dagen. Hierdoor hebben de onderzoekers een beeld gekregen van de afdeling. De onderzoekers vragen zich af of vier diensten voldoende zijn om een betrouwbaar beeld van de afdeling te krijgen als het gaat over het ontslag? Tevens zijn er vier MDO’s bijgewoond. Hierbij kan dezelfde vraag worden gesteld als hierboven namelijk: zijn dit genoeg MDO’s om een betrouwbaar beeld te krijgen van het MDO? Ook op dit punt hebben de verpleegkundigen tijdens de interviews bevestiging gegeven.

 Voor de interviews is gepoogd verpleegkundige onwillekeurig te selecteren. Deze verpleegkundigen zijn benaderd door middel van e-mail, een brief in hun postvak en een persoonlijk herinneringsbriefje op het prikbord. Ondanks deze uitnodigingen was de respons laag. Hierdoor waren de onderzoekers genoodzaakt om andere verpleegkundigen te interviewen die niet vooraf benaderd waren. De interviews vonden dus niet aselect plaats. De geïnterviewde verpleegkundigen zouden verpleegkundigen kunnen zijn die het sturen op ontslag belangrijk vinden omdat ze mee willen werken met onderzoek hiernaar. De verpleegkundigen die het onbelangrijk vinden zouden misschien geen tijd vrijmaken voor het interview. Dit zijn slechts enkele veronderstellingen.

Opvallend was dat verpleegkundigen tijdens de interviews positief waren wat betreft hun acties met vroegtijdig sturen op ontslag. Maar zodra de hypothese verteld werd leek het alsof ze op een andere manier naar de afdeling gingen kijken, op een kritische manier. Zijn verpleegkundigen niet open geweest naar de onderzoekers toe aan het begin van de interviews, schamen ze zich voor de gang van zaken of hebben ze niet genoeg zelfinzicht?

Het interview werd opgenomen met een voicerecorder. Dit heeft mogelijk invloed gehad op de vrijheid van spreken van de verpleegkundigen. De onderzoekers hebben hiervoor gekozen omdat op deze manier de informatie het best en meest betrouwbaar kan worden verwerkt. Om ervoor te zorgen dat de verpleegkundige die geïnterviewd werd niet belemmerd werd om te zeggen wat ze wilde, hebben de onderzoekers uitgelegd wat de reden was dat het werd opgenomen en dat de verpleegkundigen anoniem blijven. Tijdens het interview stelde steeds één onderzoeker de vragen om verwarring bij de verpleegkundige te voorkomen.

# Literatuurlijst

**Boeken**

Aronson, E. (2007). *Sociale psychologie*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Baarda, D.B. & Goede, M.P.M. De (2001). *Basisboek methoden en technieken, Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese. 3e herziene druk.

Balm, M.F.K. (2005). *Arbeid en Gezondheid*. Houten: [Bohn Stafleu van Loghum](http://www.managementboek.nl/zoeken?fq=uitgever:%22Bohn+Stafleu+van+Loghum%22).

Berkers, W. (1998). *Praktijkgericht onderzoek & methodiekontwikkeling*. Houten/Dregen: Bohn Stafleu van Loghum. 2e druk.

 Jong, J.H.J. De & Kersten, J.A.M & Vermeulen, M.M. (2003). *Handboek verpleegkunde*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Quinn, R. & Cameron, K. (1999). *Onderzoeken en veranderen van organisatiecultuur*. Schoonhoven: Academic Service.

Leistra, E. (1999), *Beroepsprofiel van de verpleegkundige.* Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

**Internet**

Dale uitgevers Van (2010). Geraadpleegd op 23 februari 2011. Van: http://www.vandale.nl/vandale/zoekService.do?selectedDictionary=nn&selectedDictionaryName=Nederlands&searchQuery=cultuur.

Dorresteijn, M. van (2010). *Top 10 Flevoziekenhuis gemiddeld kortste ligduur.* Geraadpleegd op 18 mei 2011. Van: http://www.zorgvisie.nl/Nieuws/Artikel/Top10-Flevoziekenhuis-gemiddeld-kortste-ligduur.htm.

Kikkergroep (2011). *Nationaal Onderzoek Zorgcultuur.* Geraadpleegd op 28 februari 2011. Van: www.kikkergroep.nl.

Paalvast, A (1997). *Enkele criteria bij het beoordelen van scripties*. Geraadpleegd op 20 mei 2011. Van: http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:1zFKV6zcUi0J:www.arnoldpaalvast.nl/downloads/scriptiebeoordeling.pdf+goede+aanbevelingen+in+scripties+zijn+dus+vooral&hl=nl&gl=nl&pid=bl&srcid=ADGEESjnhmfKoYe4Xco\_R0RtrIPxMBV1IPC7pJ4ypUzzCSAHoW584ajilDYHSTe51wcZ4wDAilqHZ- 3i9813aAnCn05P2WLTluTm31RxoyQp7CflbnFQZrJPME1ECqF6LpgR\_ BtH 1&sig=AHIEtbTOz0tSlBkj4bpDBD1ejmy50vQMhg.

Schippers, R. (2011). *Coaching en training.* Geraadpleegd op 25 mei 2011. Van: www.intervisie.nl

# Bijlagen

#### Bijlage 1: Toelichting vragenlijst

Het doel van de vragenlijst is om te kunnen coderen zodat de onderzoekers bij de participerende observatie weten waar zij specifiek op kunnen/moeten observeren. De vragenlijst zal de onderzoekers een beeld geven van de afdeling intern/long. Omdat de verpleegkundigen op de afdeling de onderzoekers nauwelijks kennen en niet weten waar het onderzoek over gaat zal er bij de vragenlijst een voorstelbriefje worden geschreven. Hierop zal ook staan hoe de verpleegkundigen de onderzoekers kunnen bereiken (meesterproef2011@gmail.com).

Om ervoor te zorgen dat er respons is op de vragenlijst zullen de onderzoekers na een week op de afdeling gaan kijken of er vragenlijsten zijn ingevuld en de verpleegkundigen stimuleren om de vragenlijst in te vullen door een doos chocolaatjes met een motiverend briefje in de teampost te zetten.

Hieronder de vragen met de toelichting:

1. Stelling: ‘Patiënten liggen te lang op de afdeling’

Eens 1 2 3 4 5 6 Oneens

Met deze stelling willen de onderzoekers erachter komen of de verpleegkundigen vinden of de ligduur verkort kan worden of dat zij vinden dat de ligduur niet korter kan. Er is gekozen voor zes keuze mogelijkheden omdat er dan geen ‘gemiddeld’ gekozen kan worden en verpleegkundigen dan een kant moeten kiezen. Ook wordt er bij deze vraag om een motivatie gevraagd omdat de onderzoekers willen weten waar de verpleegkundigen hun mening op baseren.

1. Hoe belangrijk vind jij het vroegtijdig sturen op ontslag?

Uiterst belangrijk 1 2 3 4 5 6 Uiterst onbelangrijk

De onderzoekers willen weten of verpleegkundigen het belang van vroegtijdig sturen op ontslag zien. Dit is nodig om erachter te komen of de verpleegkundigen voldoende informatie hebben over de gevolgen van een te lange ligduur. Dit is belangrijke informatie om in een later stadium de mogelijke gedragsverandering plaats te laten vinden. Wederom is er gekozen voor zes keuzemogelijkheden zodat de verpleegkundigen moeten kiezen en op deze manier geen neutraal antwoord kunnen geven.

1. Wordt er volgens jou genoeg aandacht besteed aan het vroegtijdig sturen op ontslag op de afdeling? Ja/nee, omdat:

De antwoorden van deze vraag zullen als richtlijn dienen bij het coderen voor de participerende observatie. Tijdens de participerende observatie zal worden gekeken in hoeverre het klopt wat er aangegeven is in de vragenlijst.

1. Welke acties onderneem jij omtrent het ontslag voordat de ontslagdatum bekend is?

Deze vraag is het verlengde van de vorige vraag. Deze vraag is persoonlijker en is meer gericht op de acties die al gedaan worden door de verpleegkundige die deze vragenlijst invult.

1. Wanneer jij een patiënt opneemt, breng jij dan het ontslag ter sprake? Motiveer je antwoord.

Met deze vraag wordt er gepeild wanneer verpleegkundigen beginnen over ontslag. Tijdens één van de eerste gesprekken met de opdrachtgever werd er verteld dat verpleegkundigen het niet gastvrij vinden om bij opname direct over ontslag te beginnen. Door middel van deze vraag wordt dit onderzocht. Tevens wordt hiermee onderzocht of verpleegkundigen dit als prioriteit zien.

1. Hoe kan volgens jou de ligduur verkort worden?

De verpleegkundigen zullen hier de missende acties beschrijven. Door verpleegkundigen hierin mee te laten denken kan weerstand om hiermee aan de slag te gaan worden verlaagd. Doordat verpleegkundigen zelf op de werkvloer staan, weten zij waar verbetering het beste plaats kan vinden. Mogelijk hebben verpleegkundigen goede ideeën, maar niet de tijd en energie om er daadwerkelijk mee aan de slag te gaan.

#### Bijlage 2: Ingevulde vragenlijsten

1. **Stelling: ‘Patiënten liggen te lang op de afdeling’ + motivatie**

Eens 1 **2** 3 4 5 6 Oneens

Vpk 1: *Het komt regelmatig voor dat een pt. toch moet wachten op uitslagen of niet goed geregelde zorg.*

Eens 1 2 **3** 4 5 6 Oneens

Vpk 2: *Met name opnames met sociale indicatie!*

Eens 1 2 **3** 4 5 6 Oneens

Vpk 3: *Veel wel, sommigen gaan ineens op stel en sprong weg terwijl niet alles geregeld is.*

Eens 1 2 3 **4** 5 6 Oneens

Vpk 4: *Vaak wel ja, soms kan een patiënt nou eenmaal niet eerder weg (i.v.m. regelen zorg e.d.)*

Eens 1 **2** 3 4 5 6 Oneens

Vpk 5: *Sociale indicatie opnames, zorgproblemen van ‘thuis’ hier naar toe.*

Eens 1 2 3 **4** 5 6 Oneens

Vpk 6: *Met name bij patiënten die niet zelfstandig zijn en zorg moeten krijgen kan de ligduur mijns inziens verkort worden.*

Eens 1 **2** 3 4 5 6 Oneens

Vpk 7: *Geen motivatie*

1. **Hoe belangrijk vind jij het vroegtijdig sturen op ontslag?**

Uiterst belangrijk **1** 2 3 4 5 6 Uiterst onbelangrijk

Uiterst belangrijk **1** 2 3 4 5 6 Uiterst onbelangrijk

Uiterst belangrijk **1** 2 3 4 5 6 Uiterst onbelangrijk

Uiterst belangrijk 1 2 **3** 4 5 6 Uiterst onbelangrijk

Uiterst belangrijk 1 2 **3** 4 5 6 Uiterst onbelangrijk

Uiterst belangrijk 1 2 3 4 **5** 6 Uiterst onbelangrijk

Uiterst belangrijk **1** 2 3 4 5 6 Uiterst onbelangrijk

1. **Wordt er volgens jou genoeg aandacht besteed aan het vroegtijdig sturen op ontslag op de afdeling?**

Ja/nee, omdat:

Vpk 1: *Ja/nee, omdat: beide, de ene vpk doet het meer dan de andere. Arts-ass denken er soms ook meer aan. Anamnese wordt slecht ingevuld.*

Vpk 2: *Nee, omdat: wordt regelmatig niet gevraagd. Ook is het vaak onduidelijk omdat er veel onderzoeken moeten plaatsvinden waarvan tijd/dag niet bekend zijn.*

Vpk 3: *Nee****,*** *omdat: de pilot ontslagbord heeft nog geen week gewerkt, streefdatum noteren in het dossier is ongeveer een maand goed gegaan.*

Vpk 4: J*a, omdat: vpk het vaak tijdens visite vragen aan arts. Vaak is het naderende ontslag pas laat in beeld (bij arts).*

Vpk 5: N*ee, omdat er wordt niet altijd aan gedacht om dit op tijd te gaan regelen.*

Vpk 6: *Ja, omdat momenteel onder de aandacht gebracht door onder andere een presentatie over ligduur op het werk/teamoverleg. Met daarbij een aanpassing op het overzicht van patiëntenbriefje waar streefdatum ontslag wordt genoemd.*

Vpk 7: *Ja/nee, wordt vaak vergeten mee te nemen in visite met arts.*

1. **Welke acties onderneem jij omtrent het ontslag voordat de ontslagdatum bekend is?**

Vpk 1: *Breng het in tijdens de visite.*

Vpk 2: *Probeer dit te vragen tijdens visite lopen.*

Vpk 3: *Anamnese invullen, thuissituatie inventariseren, tijdens de visite bespreken*

Vpk 4: *Laten inplannen van poli afspraken, vpk overdracht vast maken, vragen om overdrachten van disciplines (fysio/diëtist).*

Vpk 5: *Goed anamnese (IA) over zorg thuis (wie doet wat), op tijd BZB aanvraag doen, patiënt en/of familie inlichten.*

Vpk 6: *Tijdens opname bezig zijn met natraject. Situatie vragen voor opname en eventueel peilen wat gewenste zorg is na ontslag.*

Vpk 7: *Sturen op ontslag datum, bespreekbaar maken met arts en zo nodig BZB.*

1. **Wanneer jij een patiënt opneemt, breng jij dan het ontslag ter sprake?**

Motiveer je antwoord.

Vpk 1: *Ja, vraag altijd hoe lang de pt. denkt te moeten blijven, hoe zorg thuis geregeld is.*

Vpk 2: *Bij opname niet.*

Vpk 3: *Nee, tenzij er al uitzicht op is.*

Vpk 4: *Niet bij opname! Niet haalbaar/nuttig op deze afdeling aangezien vaak eerst het ziektebeeld moet worden gevonden d.m.v. onderzoeken.*

Vpk 5: *Nee, heel weinig. Kan alleen als patiënt een voorafgesproken zorgtraject krijgt (b.v. OK). Hier meestal onderzoeken en diagnostiek.*

Vpk 6: *Nee, vaak niet, aangezien patiënten er dan totaal niet mee bezig zijn. M.i. is na ongeveer 24 uur dit pas een onderwerp om bij de patiënt zelf neer te leggen. Eerste dag komt er al veel op ze af. En als je dan ook nog eens over het ontslag begint…*

Vpk 7: *Ligt aan de omstandigheden. Verwacht ik problemen bij ontslag, dan zeker. Is patiënt bij opname erg ziek, dan wat meer terughoudend.*

1. **Zijn er voor jou belemmerende factoren als het gaat om het sturen op ontslag? Zo ja, welke en waardoor worden deze volgens jou veroorzaakt?**

Vpk 1: *Ik vind het lastig om de BZB aanvraag te doen, zij kunnen meestal pas dingen regelen als de ontslagdatum definitief is.*

Vpk 2: *Niet specifiek!*

Vpk 3: *Als een patiënt nazorg moet krijgen, vaak onduidelijk wat en wanneer dit geregeld kan worden.*

Vpk 4: *Vaak zijn wij een ‘opvangplaats’ omdat het thuis niet meer ging, en moet bij ons verdere zorg geregeld worden waar flinke wachtrijen voor zijn. Tijdens het ‘wachten’ in het ziekenhuis treden vaak complicaties op.*

Vpk 5: *Patiënten weten nog niet wat ze hebben/ziekte, oudere patiënten (sneller verward/delier) begrijpen dit niet, ‘in kleine stukjes’ plannen werkt dan beter.*

Vpk 6: *Streefdatum onduidelijk, zorg na ontslag nog onduidelijk zodat je BZB niet kunt inschakelen.*

Vpk 7: *Zie*

1. **Hoe kan volgens jou de ligduur verkort worden?**

Vpk 1: *Door de anamnese beter in te vullen en het dagelijks te bespreken.*

Vpk 2: *Adequaat en efficiënt taken en opdrachten uitvoeren.*

Vpk 3: *Op tijd bespreken en acties inzetten (anamnese, BZB).*

Vpk 4: *Een ‘schakelafdeling’ oprichten waar mensen ook revalidatie krijgen en hier vandaag naar verpleeghuis kunnen (zie st. Antonius ZH Nieuwegein).*

Vpk 5: *Dagelijks in visite (papieren) ontslagdatum bespreken, anamnese afnemen bij opname (thuissituatie/SOCkaart), op tijd hulp gaan vragen voor thuis (BZB).*

Vpk 6: *Nog alerter op ontslag zijn. Tijdig zorg aanvragen met name als verwacht wordt dat patiënt naar verpleeghuis, revalidatieplek of logeerplek moet.*

Vpk 7: *Alert zijn. Onderdeel van je verpleegkundige vaardigheden en observaties.*

#### Bijlage 3: Participerende observatie

Er wordt gebruik gemaakt van open participatie. Dit zal intensief zijn, wat inhoudt dat er meegedaan wordt met relevante gebeurtenissen tot waar mogelijk. Hierbij is het belangrijk dat de betrokkenheid binnen het team niet in die mate is dat dit het onderzoek negatief beïnvloed (going native). Wel moet de betrokkenheid groot genoeg zijn om het werkelijke gedrag te kunnen observeren.

Er wordt rekening gehouden een veranderde situatie door de aanwezigheid van de onderzoekers (observation bias). Ook hierbij is de balans in betrokkenheid van groot belang.

Enkele richtlijnen voor de veldcontacten:

* Hou je aan de gebruikelijke omgangsvormen;
* Hou je aan de afdelingsregels;
* Kom je afspraken na;
* Gedraag je als gast;
* Werk samen met de contacten;
* Pas je uiterlijk en taalgebruik aan.

De signalen van normaal gedrag zijn:

* Betrokkenen spreken de onderzoekers aan en behandelen de onderzoekers hetzelfde als anderen;
* De gegevens zijn consistent;
* Men toont openlijk dat er dingen misgaan;
* De onderzoeker wordt betrokken bij informele gebeurtenissen;
* De onderzoeker is op de hoogte van de inside-information.

Voor het maken van notities:

* Notitieboek met een harde kaft;
* Het is met name belangrijk dat de onderzoekers het kunnen lezen;
* Eigen steno;
* Zo kort en bondig mogelijk zodat:
	+ Niet te opvallend
	+ Je kan blijven waarnemen
	+ Je kan snel en complex het verloop vastleggen;
* Identificatiecodes
	+ Plaats, datum, situatie, tijdstip;
* Goed trainen.

Veldnotities zijn opgesplitst in:

* Observatienotities (feiten, zo nodig een plattegrond);
* Theoretische notities (interpretaties);
* Methodische notities (beargumentatie keuzes);
* Reflectieve notities (betrekking op het gevoel/verwachtingen).

De onderzoekers zullen zich kleden zoals de verpleegkundigen. Ze zullen zich gedragen als nieuwe stagiaire. Dit wil zeggen: ze kijken voornamelijk mee, maar steken ook een helpende hand uit. Observeren is echter hun belangrijkste taak.

Er is gekozen voor participerende observatie omdat dit de grootste bron van informatie is bij een etnografisch onderzoek. De onderzoeker onderzoekt dan de cultuur van binnenuit. Het voordeel van participerende observatie is dat de kans op verandering van de situatie het kleinst is. Dit zorgt ervoor dat de verkregen informatie betrouwbaar is. Een ander aspect wat meewerkt aan de betrouwbaarheid van de informatie is het interbeoordeelaarsbetrouwbaarheid. Dit houdt in dat twee of meer mensen onafhankelijk van elkaar observeren. Hierbij komen de onderzoekers onafhankelijk van elkaar tot conclusies wat ertoe leidt dat deze als meer betrouwbaar kunnen worden beschouwd. (E. Aronson, 2007)

#### Bijlage 4: Toelichting interview

Het doel van dit interview is het toetsen van de door de onderzoekers opgestelde hypothese naar aanleiding van de participerende observatie. Het interview zal plaatsvinden tussen 14.00 en 15.00 uur omdat het op deze tijd in het algemeen het rustigst is in het ziekenhuis. In dit uur zullen er drie verpleegkundigen geïnterviewd worden. In totaal zullen dit dus ongeveer vijftien verpleegkundigen zijn. Er is voor dit aantal gekozen omdat de onderzoekers het belangrijk achten dat de hypothese door veel verpleegkundigen gedragen wordt. Het aantal verpleegkundige werkzaam op de afdeling intern/long bedraagt vijftig, maar er zijn een aantal die net een paar dagen begonnen zijn of die heel binnenkort weggaan. Deze zullen niet geïnterviewd worden. Er is gekozen voor vijftien interviews omdat als er een week lang geïnterviewd wordt, er niet meer dan vijftien verschillende verpleegkundigen werkzaam zijn.

Het interview duurt ongeveer een kwartier tot twintig minuten. Hier is voor gekozen omdat de onderzoekers verwachten dat verpleegkundigen wel voor korte tijd even van de afdeling kunnen. Het interview zal opgenomen worden met een Voicerecorder, hierdoor kan het interview naderhand worden teruggeluisterd en op papier gezet worden. De informatie wordt vertrouwelijk behandeld, er zullen geen namen genoemd worden in het verslag. Op deze manier worden verpleegkundigen gestimuleerd om eerlijk te zijn.

Iedere vraag die gesteld wordt aan de verpleegkundige zal worden ingeleid. Dit zal gebeuren met de informatie uit de participerende observatie. Ook wordt er bij iedere vraag doorgevraagd om op deze manier de maximale informatie in te winnen.

De volgende vragen zullen worden gesteld:

1. Hoe belangrijk vind jij het vroegtijdig sturen op ontslag?

Deze vraag is ook in de vragenlijst gesteld. Veel verpleegkundigen gaven in de vragenlijst aan dat zij dit als uiterst belangrijk zagen. Deze vraag heeft als doel om erachter te komen waar de verpleegkundige staat als het gaat om het sturen op ontslag. Met de volgende vraag zal er doorgevraagd worden op vraag 1.

1. Hoe uit zich dit?

Door middel van deze vraag willen de onderzoekers erachter komen hoe de verpleegkundigen er in de praktijk mee bezig zijn. De onderzoekers zullen zich bij deze vraag dan ook richten op de acties die op dit moment ondernomen worden door de verpleegkundige en niet op hoe dat zou moeten.

1. Wie is er verantwoordelijk voor het sturen op ontslag?

Bij deze vraag hoort een schema (zie bijlage 5) waarin kan worden aangegeven wie er verantwoordelijk is, en welke verantwoordelijkheid gewenst is. Door te weten wie verpleegkundigen verantwoordelijk zien kunnen er specifieke aanbevelingen worden gedaan.

1. Vind je dat er voldoende wordt gestuurd op ontslag? Zo nee, wat is de oorzaak?

De onderzoekers willen met deze vraag peilen wat volgens de verpleegkundigen de oorzaak is van het te weinig sturen op ontslag. Hier kan alleen achter gekomen worden als de verpleegkundige de gedachte deelt dat er te weinig op ontslag wordt gestuurd. De onderzoekers willen weten of verpleegkundigen zichzelf als oorzaak zien, of dat ze wijzen naar externe factoren.

1. *Het eerste deel van de door de onderzoekers gestelde hypothese wordt genoemd.* Herken jij jezelf hierin?

Dit eerste gedeelte van de hypothese gaat over de visites en de MuliDisciplinaire Overleggen. Door middel van deze vraag wordt het eerste deel van de hypothese getoetst. Er zal doorgevraagd worden om duidelijk te krijgen wat de mening is van de verpleegkundige. Enkele vragen die bij deze vraag gesteld zullen worden zijn: ‘Vind je het de taak van de verpleegkundige om het ontslag aan te halen tijdens de visite/MDO?’ en ‘Heb jij het gevoel dat je gehoord wordt tijdens het MDO?’. Vanuit deze vragen willen we ook de volgende stelling aan de orde stellen.

1. *Het tweede deel van de door de onderzoekers gestelde hypothese wordt genoemd.* Hoe zie jij dit? Vind je dit punt belangrijk als het gaat om het ontslag?

Het tweede gedeelte van de hypothese gaat over het invullen van de anamneses. Omdat gezien is door de onderzoekers dat de anamneses vaak niet zijn ingevuld, is het van belang te weten welke prioriteit het invullen van de anamneses heeft en waarom zij dit vinden. Ook is het van belang te weten of de verpleegkundige dit als belangrijk ziet bij het sturen op ontslag.

1. Stelling: ‘Een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra zij besluit inspraak te hebben’.

Deze stelling is voortgekomen uit de observatie van het MDO van het intern specialisme. Hier leek het erop dat de verpleegkundige zelf haar inbreng bepaalde. Van verpleegkundigen met weinig inbreng werd ook niet verwacht van de andere disciplines dat zij iets zouden inbrengen. Voor de onderzoeker een reden om hierover in gesprek te gaan met de verpleegkundigen.

Slotopmerking: door het stellen van deze vragen wordt duidelijk of verpleegkundigen de hypothese als juist ervaren. Als dit zo is kan de volgende stap worden ondernomen. Tijdens deze stap zullen er aanbevelingen worden geformuleerd om gedragsverandering rondom het sturen op ontslag te bewerkstelligen.

#### Bijlage 5: Schema bij interviewvraag drie

**Huidig**

 Arts

Niet verantwoordelijk 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verantwoordelijk

Verpleegkundige

Niet verantwoordelijk 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verantwoordelijk

**Gewenst**

 Arts

Niet verantwoordelijk 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verantwoordelijk

Verpleegkundige

Niet verantwoordelijk 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verantwoordelijk

#### Bijlage 6: Ontslagchecklist

Wat te regelen voor ONTSLAG

|  |
| --- |
| Ruimte voor gegevens patiënt |

Streefdatum ontslag ……………………………………………………………………………………

Contactpersoon: ……………………………………………………………………………………

Telefoonnummer contactpersoon: ……………………………………………………………………………………

Waar komt de patiënt vandaan? ……………………………………………………………………………………

Waar gaat de patiënt naartoe? ……………………………………………………………………………………

Adres: ……………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………

 Ja Nee N.v.t. Opmerking

Thuiszorg nodig 0 0 0 ………………………………

BZB-aanvraag gedaan 0 0 0 ………………………………

Vervoer geregeld 0 0 0 ………………………………

Zorgakkoord rond 0 0 0 ………………………………

Verpleegkundige overdracht 0 0 0 ………………………………

Overdracht fysiotherapeut 0 0 0 ………………………………

Overdracht diëtiste 0 0 0 ………………………………

Formulieren arts 0 0 0 ………………………………

Medicijnlijst 0 0 0 ………………………………

Materialen apotheek besteld 0 0 0 ………………………………

Ontslaggesprek gevoerd 0 0 0 ………………………………

Leefregels besproken 0 0 0 ………………………………

Datum vervolgafspraak: ……………………………………………………………………………………

Bij wie? ……………………………………………………………………………………

#### Bijlage 7: Zakkaartje MDO

**Zakkaartje MDO**

1. Algemeen beeld patiënt
2. Controles
3. Input
4. Output
5. Wond
6. Medicijnen
7. Psychosociaal
8. Mobiliseren/ ADL
9. (streefdatum) ontslag
10. Uitslagen

#### Bijlage 8: Interviews

*Cursief: interviewer*

Recht: verpleegkundige

**Interview 1**

*Wij doen zoals je waarschijnlijk wel weet een onderzoek naar het sturen op ontslag hier op de afdeling en wij hebben een paar weken geleden een paar daagjes meegelopen. Nou hebben we in het bijzonder op sturen op ontslag gelet en hebben we een hypothese opgesteld, die zullen we je strakjes laten horen, het is een voorlopige hypothese. We gaan deze week ook nog met MDO’s meekijken om de hypothese nog wat betrouwbaarder te maken, maar we willen graag van jou horen strakjes wat je ervan vindt. Maar eerst hebben we nog wat andere vragen.*

Is goed.

*We nemen het interview op dat is zodat wij het gewoon netjes kunnen uittypen ja volgens de regels.*

Ja.

*Verder duurt dit ongeveer een kwartiertje. Ja, dus dat was hem. Onze eerste vraag: hoe belangrijk vind jij het vroegtijdig sturen op ontslag?*

Uhm, ja, opzicht wel belangrijk natuurlijk, je werkt wel ergens naar een doel toe. Je kunt wel je maatregelen of dingen in gang gaan zetten, je maatregelen nemen natuurlijk. Als je vroegtijdig aanstuur op ontslag kan je eerder gaan kijken naar de thuissituatie van mensen. Kijken wat er aan zorg is, wat er nog nodig is. Dus in die zin is het denk ik wel handig als je dat op tijd in gang zet want veel dingen kan je van te voren natuurlijk wel uitzoeken.

*En hoe ben jij er dan zelf mee bezig? Want je noemt nu een aantal dingen, maar...*

Nou toch wel dat je, uhm, het toch wel in de anamnese wel een beetje kijkt hoe de thuissituatie is en of mensen al hulp hebben thuis en wat ze voor man ook. En ja, dat kan je natuurlijk bij opname ook, dat kan je dan natuurlijk allemaal al doen. Ja.

*Dus jij bent er eigenlijk, je bent er vanaf het begin al bezig met het ontslag? Kan ik dat zo zeggen?*

Nou, als je dat bij het ontslag vindt horen, ja dat is wel een stukje naar het ontslag toe werken ja. Dan ben je er vanaf de opname al mee bezig. Ja, het kan nog wel eens wat beter hier hoor, denk ik ja? Ja dat wat eerder ook bij de arts. Je zit soms zoveel tussenstationnetjes tussen heb ik het idee. Dat gaat niet altijd even efficiënt.

*Hmhm. Wat is dan bijvoorbeeld een tussenstationnetje?*

Nou gaat soms best wel eens te over schrijven. Hier een mailtje sturen en daar. Ja, Je moet soms best wel veel instanties, Bureau Zorgbemiddeling moet je inschakelen, formulieren invullen, ja het is ook allemaal best een hoop werk wel weer. Hmhm om iemand weer naar huis te laten gaan zeg maar.

*Ja, ja. En gaan mensen dan daardoor ook weleens later naar huis, of niet?*

Uhm. Mensen gaan wel eens later naar huis omdat er ergens geen, of geen plekje is of ik denk ook wel eens omdat dingen niet op tijd ingevuld zijn of niet volledig ingevuld zijn. Ik ben zelf oproepkracht dus ik ken vaak de patiënten, ja, ik ken ze ook niet goed dus als je dan een aanvraag moet doen, dan is dat ook wel lastig als je iemand de voorgaande dage niet gezien hebt. Dus ja, dan is het ook een beetje lastig inschatten, wat kan iemand zelf en waar zou de hulpvraag uit bestaan. Ja ja.

*Hm, vind je dan wel dat er op de hele afdeling wel voldoende wordt gestuurd op ontslag? Of heb je wel eens het gevoel dat het blijft liggen?*

Gaat een beetje met peristal... op de laatste tijd gaat het wel weer meer op u aan gestuurd, wel dat je streeft naar een ontslagdatum en daar wel naartoe probeert te werken.

*Oké*

Dus het valt me wel op dat daar de laatste tijd wel wat meer aandacht voor is.

*En weet je ook hoe dat komt?*

Ja, ik denk ook dat de ligduur wordt steeds korter ook natuurlijk, dus het zal ook wel een beetje het financiële plaatje zijn, mensen moeten steeds korter liggen hier in huis.

*Ja, dat is waar.*

Cijfers!

*Maar je merkt dus wel dat de verpleegkundigen daar ook mee bezig zijn?*

Ja, de een iets meer dan de ander denk ik, de ene vraagt heel actief naar de artsen tijdens de visite van uhm wanneer naar huis. Of wanneer denk je naar huis? Nou ja goed, en de ander zou dat misschien niet zo snel vragen, nou daar zit wel wat verschil in uhm.

*Hmhm, leuk dat je dat zegt. We vroegen ons af wie er volgens jou verantwoordelijk is voor het ontslag, of dat de arts is of de verpleegkundige? En we hebben daar een papiertje bij gemaakt om het een beetje uh, om het wat concreter te maken ook. Dit is dan van de arts.*

Dat is de situatie hoe het nu zou zijn.

*Ja, dit is hoe die nu is, hoe verantwoordelijk de arts is en de verpleegkundige en dit is hoe je het zou willen. Begrijp je het?*

Ja, ik snap het wel, ik zit even na te denken, ja het is natuurlijk altijd een samenspel die artsen willen iemand ik denk wat eerder naar huis hebben dan. De verpleegkundigen zien denk ik wat meer het totale plaatje wat iemand ook qua zorg ook nodig heb, of dat iets wel of niet gaat, ja, dat daar overleg je ook wel samen. Voordat iemand met ontslag gaat hoeveel zorg iemand nodig heeft. Ja, dat is soms levert dat natuurlijk wat discussie op.

*Ja.*

Maar goed, ja of ik vind of, ik denk dat ze allebei verantwoordelijkheid in hebben.

*Uhm, en dan allebei evenveel, of de arts meer dan de verpleegkundige, of de verpleegkundige meer dan de arts?*

Ja, ik vind dat ze allebei evenveel verantwoordelijkheid hebben, maar ik denk dat de arts zou wat eerder aansturen op ontslag. Ik denk, ja hoewel, verpleegkundige ook wel weer, het is gewoon lastig (lacht).

*Haha.*

Dat hangt van de ernst van de situatie af. Soms dan hebben echt die artsen van nou, die moet morgen met ontslag maar ja dan moet er thuis nog wel een het een en ander geregeld worden want ander dan gaat het niet goed komen natuurlijk. En je hebt ook wel eens in je achterhoofd van nou, soms gaan mensen wel eens te vroeg naar huis.

*O ja.*

En dan zie je ze weer vlot terug komen.

*Hm.*

Uhm, ja ik denk niet, ik denk dat je allebei wel even verantwoordelijk bent. Dat vind ik eigenlijk wel.

*Nou dat kan.*

Je moet er allebei nog wel over nadenken.

*En vind je ook dat verpleegkundigen zich ook zo gedragen? Dat ze even verantwoordelijk zijn, nu op dit moment?*

Nou, mag nog wel wat meer denk ik.

*Hmhm.*Ik denk dat ze, ja ik weet niet of iedereen zo met zoon arts zo in discussie durft te gaan of er tegenin, die kant vinden natuurlijk. Als bij ons, nou ja, als jullie straks het MDO gaan zien dan nou ja, dat ons aandeel daarin niet altijd even groot is, dat soms meer een praatje tussen de artsen onderling is dan dat wij daar nou zo zeer een hele erge stem in hebben maar uhm. Dat verandert waarschijnlijk nog wel een keer. Dus ja.

*Oké, nou wij hebben wel al één MDO meegemaakt en daar hebben we ook een deel van onze hypothese mee gevormd. Dat is namelijk: er wordt door verpleegkundigen beperkt op ontslag gestuurd doordat in de eerste plaats de verpleegkundige het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens de visites en de MDO’s. Is dat iets waar jij je in herkent of dat je...*

Nou, ik denk wel over het algemeen genomen wel. Ja. Toevallig heb ik daar de afgelopen dagen weer gehad bij visites, daar zat ik dan op de achtergrond bij, die het inderdaad dan wel aansturen zo van wanneer mag die patiënt, wanneer zou die met ontslag mogen. Maar ik denk dat we het over het algemeen we het een beetje teveel van de artsen af laten hangen.

*Oké, nog oké.*

Daar zouden ze nog actiever in kunnen zijn. In het aansturen daarop.

*En als je naar jezelf kijkt?*

Ja, dat gaat voor mijzelf ook op dan denk ik. Maar goed dat is voor mij een beetje lastig te beantwoorden omdat ik oproepkracht ben en af en toe een dag kom. Dus ik maak ook niet het hele traject mee.

*Hmhm.*

Ik val er af en toe met een dagje...

*Ja, ja, ja, dat kan ik me voorstellen. Heb je enig idee waar het aan zou kunnen liggen bij de verpleegkundige?*

Ja, dat is een goeie... ja, ik zou het eigenlijk niet weten. Het is er misschien van oudsher een beetje ingeslopen. Vroeger lagen mensen ook gewoon veel langer natuurlijk.

*Hmhm.*

En dan waren ze eigenlijk al redelijk zelfstandig en dan, ja, dat merk... ik ben er zelf een aantal jaren uitgeweest en dat is gewoon steeds eigenlijk wel naar mijn idee een beetje meer productie draaien. De ligduur wordt gewoon steeds korter waar mensen vroeger langzamerhand een beetje opknappen en dan gingen ze naar huis en dan waren ze wel weer redelijk zelfstandig. Ja, tegenwoordig worden mensen eerder naar huis gestuurd en dan hebben ze wel meer zorg nodig.

*Ja.*

Dus ja, het ja, je zou in die zin zouden we eigenlijk wat meer daarin mee moeten met daar bewust van zijn dat de ligduur korter moet. Dat mensen ook eerder naar huis laten gaan.

*Want, dat de ligduur korter is, klopt het dat de arts daar dan vooral mee bezig is?*

Ja, dat denk ik wel, ja dat zal wel weer zo’n financieel plaatje zijn, ja die ligduur moet steeds korter, hoor je. En het is niet meer zo dat je iemand een week laat, twee weken laat liggen tot ze opgeknapt zijn. Ze gaan eerder de deur uit.

*Maar dan zou de verpleegkundige het ook wel zeggen, toch?*

Ja, ja, ja, ja. Haha.

*Zeg, we hadden nog een tweede deel van onze hypothese. Dat is dat we: het viel ons op dat anamneses vaak niet volledig ingevuld zijn en dat er daardoor ook niet genoeg informatie aan de arts gegeven kan worden waardoor het risico gelopen wordt dat het ontslag vertraagd wordt.*

Ja, dat klopt wel.

*Ja?*

Ja, de ene *hazestraat(?)* natuurlijk ook vaak, die moeten nog ingevuld worden. Ja, dat zie je nou wel, die moeten opeens voor vieren lopen er een heleboel opnames binnen, dus die moeten allemaal nog hup die bedden in zien te krijgen. Die opname, die anamnese die gaat gewoon heel summier, je noteert even de belangrijkste dingen en dan denk je: dat deel dat komt later wel. Maar degene na jou dienst die moet dat wel op gaan pikken. Ja, dat gebeurt dan niet altijd even goed.

*Nee.*

Het kan iemand zijn die er al dagen ligt en dan is dat tweede deel van de anamnese gewoon nog nooit ingevuld en daar staat inderdaad een hele hoop informatie over wat mensen ADL nog kunnen of hulp nodig hebben, thuissituatie.

*Hmhm, ja dat is voor jou dan weer onduidelijk.*

Ja ja, wel in het aanvragen van zorg of inderdaad het visite lopen met de arts in ja, hoe woont de mevrouw thuis, ja dan weet je het antwoord niet, dat staat niet ingevuld. Dus dat loopt dan wel vertraging op ja.

*Ben je het ermee eens dat dit een belangrijk aspect is in het sturen op ontslag, dat de anamneses worden ingevuld?*

Ik denk dat het wel heel belangrijk is dat je weet hoe de thuissituatie in elkaar steekt. Of je nou alleen de zorg moet herstarten of je nou helemaal iets nieuws in gang moet zetten, ja, daar zit natuurlijk ook wel een verschil in. Het herstarten van zorg komt allemaal wel voor elkaar maar ja, het zou best wel wat sneller kunnen.

*Oké, dan heb ik als laatste nog een stelling. Hij komt misschien een beetje uit de lucht vallen, maar hij komt bij ons doordat we mee hebben gekeken bij dat MDO. Hadden wij bedacht dat een verpleegkundige pas inspraak heeft zodra zij besluit inspraak te hebben.*

Ja, ik denk dat het voor een deel waar is. Ik heb het hier nooit echt een MDO gevonden. Het is leuk dat MDO, maar vraag een fysiotherapeut, maar die vindt waarschijnlijk het zelfde wat ik vind. Het is meer een praatje onderling van de artsen, dat is het altijd al geweest. Ik heb al eens andere MDO´s, maar dan zitten echt alle disciplines aan de tafel en dan mag iedereen omstebeurt zijn zegje doen. Het is gewoon een praatje van de artsen onderling, dan overleggen ze en bepalen ze het beleid en dan zit ik er meer als secretaresse bij om alles op te schrijven, dus ja als je dingen wil vragen heb je kans dat je drie keer je best moet doen voordat je ergens eens antwoord op krijgt.

*Belemmert dit je om dingen te vragen?*

Over het algemeen om dingen te vragen? Nee, op zich niet als ik dingen wil weten dan vraag ik het wel. Maar dat is ja, dat is weleens vervelend. Je kan meer uit zo’n multidisciplinair overleg, je kan er meer uithalen. Ik heb soms wel het idee dat artsen een overdracht voor hun, naar het weekend toe.

*O ja, ja, ja.*

Of wij daar nou zo’n hele erge rol in hebben, dat heb ik altijd wel betwijfeld.

*Hier specifiek?*

Ja hier op de afdeling eigenlijk altijd al. Hier op de afdeling ja.

*En bij allebei de MDO’s?*

Ja, van de longartsen ken ik niet, op die dag werk ik nooit, dat is natuurlijk wel wat kleiner. Ja goed, er zitten in ieder geval twee of soms drie internisten en een zaalarts, ja het gaat als… ja de fysiotherapie zit ook altijd aan tafel en die hebben ook niet zo heel veel in te brengen. Die doen dat ook pas als ze echt wat kwijt willen. Dus op zich is dat wel…

*Ja, als je niks hebt te zeggen…*

Dingen veranderen hier niet altijd even gemakkelijk.

*Nee, dat geloof ik.*

Dat zou je weleens willen, maar het duurt erg lang voordat je dingen voor elkaar hebt.

*Dat is waar, maar je moet het eerst gaan zien of het nodig is, als het nodig is.*

Als ik kijk, we hebben nu de temp lijsten voorin de map zitten bij onze rapportage. Maar als je kijkt hoeveel jaren het geduurd heeft voordat die erin zat. Dat is een hele strijd geweest en het gaat maar om een temp lijst.

*Implementeren is niet makkelijk.*

Nee, nee, nee, helemaal als die artsen het er niet mee eens zijn, dan krijg je het haast niet voor elkaar. Dus uhm.

*Oké*

Ik hoop dat de informatie duidelijk was want af en toe denk ik: ik kan het er wel tegenaan zetten, maar ik werk maar af en toe een dagje maar hoe het afloopt dat maak ik dan weer niet mee.

*Maar we interviewen best veel mensen hoor, dus dat geeft niks. Juist voor het hele plaatje is het goed dat je je zegje hebt gedaan. In ieder geval bedankt en je hoort van ons wat eruit is gekomen.*

Is goed!

**Interview 2**

*Het kost ongeveer een kwartier de tijd. Het zijn zeven vragen. Het onderwerp is, weet je dat* *nog?*

Ja, dat is sturen op ontslag.

*Ja, dat klopt.* *Hoe belangrijk vind je het sturen op ontslag, vroegtijdig?*

Je bedoelt: sneller ontslag?

*Uhm, ik bedoel dat je dan voordat de patiënt met ontslag mag al gaat bedenken wanneer zou die met ontslag mogen en allemaal dingen gaat regelen?*

Ja, dat is wel belangrijk. Dat je het wel weet, goh, wat is er voor zorg, is er nog meer zorg nodig? Dus dat je dat eigenlijk van te voren al weet, dat je het kan inzetten op de tijd dat het nodig is.

*Oké, dus dat vind je wel belangrijk? En hoe uit zich dat dan bij jou?*

Door te vragen, zeg maar, ook. Van goh, luister eens, stel dat iemand toch thuis is en die heeft maar 2 keer er week hulp of zo, met douchen of zo, maar ik zie gewoon dat niks wordt, dan bel ik de echtgenote bij wijze van spreken of niet. Kijk je denkt van, goh hij heeft eigenlijk toch wel meer zorg nodig dat je dat dan met familie kan bespreken, of dat je zegt van goh, ik denk toch dat het voor de komende tijd belangrijk is om voor zeven dagen te douchen of wassen. Ja…

*O ja, dus dan ga je al van tevoren bedenken hoeveel er hulp nodig is.*

Ja.

*Vind je dat er hier op de afdeling voldoende wordt gestuurd op ontslag?*

Het is wel eens moeilijk, hè. Kijk het is natuurlijk ook wel eens… Kijk ik heb er nu ook eentje liggen die zou dan eigenlijk weg mogen, hè, maar eigenlijk zit ik nog op de wip. Die gaat dan naar Wellestein, hè, maar goed, die heeft vannacht een insult gehad, goed. Maar daar moet onderzoek naar gedaan worden. Van joh, luister eens, hè, dus dan eigenlijk, zeg maar, als het donderdag dan niet lukt, zeg maar, dat onderzoek of wat dan ook of hij krijgt er nog een keer eentje overheen, dan gaat het helemaal niet door. Dus dan duurt het nog weer zo lang, weet je? Daar zit je wel eens mee. Omdat het toch ouderen mensen zijn. Ja.

*Dus dan komt het doordat er dan nog iets gebeurt.*

Complicaties, ja. Dat het toch fout gaat, ja. Dat is wel eens moeilijk sturen. Ja.

*Vraag: Wie is volgens jou verantwoordelijk voor het ontslag? Daar heb ik een leuk formuliertje bij gemaakt: dit is de arts en dit is de verpleegkundige en dit is hoe het is en dit is hoe je het zou willen, wie er verantwoordelijk is.*

Wie er verantwoordelijk is voor ontslag?

*Ja.*

Even kijken, de arts moet natuurlijk zeggen van goh, hij mag met ontslag en dan moet de verpleegkundige zeg maar, al eerder in het begin zeg maar, weten van goh, luister eens, dat is zoveel zorg, dat is dit, dat is dat. He, dat je dat gelijk kan inzetten. Dus als de arts hier zegt van goh, hij kan hier (wijst naar 4) met ontslag of kan hier (wijst naar 5), zeg maar, ja, dan moet de verpleegkundige natuurlijk eigenlijk al hier zitten (wijst naar 9), vind ik.

*Oké, ook je doet het in tijd.*

Ja, dat is in tijd, ja ik weet niet of het in tijd is.

*Ja, we hadden zo, deze is niet verantwoordelijk, en deze is verantwoordelijk. Maar wat je bedoelt is dat de verpleegkundige eigenlijk een stukje vooruit moet lopen.*

Ja, en die moet eigenlijk vooruit lopen want als die zeg maar hier (wijst naar 4) al heeft gevraagd van goh, hè, wat is er voor zorg, wat heb hij voor extra hulp nodig, hè dat we dat weten. Zodat de artsen, als die hier (wijst naar 8) zeggen van goh, meneer mag hier met ontslag, of zo, hè, in de loop van de tijd. Dat jij al zo ver bent, want dan kun je het gelijk inzetten.

*Oké, vind je dat dat ook gebeurt op de afdeling?*

Nee, niet echt nee.

*Weet je waar dat aan ligt?*

Ja, ook door complicaties en ook door verschillende personeelsleden toch wel denk ik. Weet je wel, je hebt nooit echt je eigen kamer in principe. Ik heb in een ander ziekenhuis gewerkt en daar was je integrerend verpleegkundige. Dus je nam die op, maar hij ging dan ook bij jou met ontslag, zeg maar, jij was verantwoordelijk.

*En hier ben je dan niet verantwoordelijk?*

Hier ben je wel verantwoordelijk voor die kamer, maar het kan makkelijk zijn dat je morgen in de nachtdienst zit en dan sta je achter. Snap je?

*Ja, ik snap het.*

Dus dan is de verantwoordelijkheid weg.

*Dus dan is iemand anders verantwoordelijk?*

Ja. Het is heel zelden dat het echt, tenminste in mijn geval. Nu werk ik ook maar een dag. Kom ik het weekend weer. Snap je?

*Ja, ik snap het. Als je meer achter elkaar zou werken dan zou je…*

Dan zou je zeg maar, bijvoorbeeld als je vijf dagen achter elkaar werkt, dan ben ik zegmaar, dan heb je meer continuïteit, zeg maar. En dan zou je het zeg maar beter kunnen regelen. Nu moet een ander het weer van je overpakken. Maar gebeurt dat dan ook?

*Dat is een goede vraag. We hebben zelf ook gekeken toen we aan het observeren waren hoe het beter zou kunnen het ontslag en we hebben een voorlopige hypothese opgesteld. Het bestaat uit twee delen en in het eerste deel staat: er wordt door de verpleegkundige beperkt op ontslag gestuurd doordat in de eerste plaats verpleegkundigen het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens visites en MDO’s. Hoe zie je dat?*

Uhm, dat je het zegt van goh, wanneer mag die met ontslag?

*Ja.*

Uhm, ja ik doe dat zelf altijd wel. Maar goed, wat een ander doet dat weet ik dan eigenlijk niet zo zeer.

*Nee, maar je doet het zelf dan wel.*

Ja, ik doe het zelf wel van goh, zou die deze keer weg kunnen?

*En hoe wordt daar dan op gereageerd?*

O ja, dat zou dan wel eens kunnen. Ja.

*Je wordt niet gek aangekeken of zo?*

Nee.

*Het tweede deel van de stelling dat is dat de anamneses niet volledig ingevuld zijn. Dat er daardoor niet altijd voldoende informatie aan de arts kan worden gegeven. Dan kan ook het ontslag vertraging oplopen.*

Ja. Nou ja, dat is net als ik eigenlijk ook zei, hè.

*Ja.*

Ik zei, dan eigenlijk moet de verpleegkundige al verder zijn als de arts, zal ik maar zeggen.

Dus in het begin gewoon inventariseren. En kijken wat hebben we hier nodig of met familie bespreken. En wat ook wel eens tegenhoudt bij het ontslag op zich is dat de familie het soms ook helemaal niet wil, hoor. Die krabbelen ook wel eens terug. We hebben hier hele hilariteiten gehad, hoor. We hebben de patiënt wel eens op de taxi gezet.

*Omdat ze niet.*

Omdat de familie niet wil binnen laten.

*Dan sturen jullie de patiënten weg?*

Ja, dat gaat dan via de directie.

*Maar zie je ook wel dat de anamneses niet goed ingevuld worden? Je zei wel dat het heel belangrijk was?*

Ja, ja, ja, kijk en het gaat met name over de mensen die dan hulp nodig hebben. Voor de ouderen vind ik het wel belangrijk. En het wordt wel eens niet gedaan. Ja.

*Weet je ook waarom dat niet gedaan wordt?*

Het is natuurlijk best wel tijdrovend, hè? En het zijn ook geen makkelijke vragen. En kijk, is het altijd voldoende, hè? Ik weet het niet. Ik denk wel eens dat je ze makkelijker kan maken. Als je naar andere ziekenhuizen kijkt, daar is het veel makkelijker en duidelijker.

*Dus al je een duidelijkere en kortere anamneses hebt, zou dat dan wel ingevuld worden?*

Ja, dat denk ik wel, ja. Nu worden er een heleboel vragen over geslagen. He. Dus eigenlijk onvolledig ingevuld. Of snap er helemaal niks van of, uhm, maar beperkt. He, en terwijl je veel verder kan gaan in je zorgvraag. Dus veel uitgebreider zou het mogen. Van daar heb je last van of kost u dat moeite of hè, dat je dat. Dat zou makkelijker zijn. Dan kun je het ook makkelijker zien. Ja. Nou want dan is het van ik heb twee keer per dag thuiszorg bij wijze van spreken maar goed, hebt u bijvoorbeeld moeite met bijvoorbeeld pillen, kijk dat komt hier nu niet in voor. He? Dus daar denkt zo’n patiënt dan ook helemaal niet aan.

*Nee.*

He, of dan komt dat later pas. En dan moet dat nog op de valreep geregeld worden. Maar als je dat uit zou bouwen.

*Wat specifieker dan.*

Dus hè, van goh, ik heb daar moeite mee. Dus dat zouden we moeten proberen om daar op voort te kunnen krijgen, via de apotheek of.

*Het is wel goede ideeën.*

Ja, wat je zegt.

*Ja. We hadden ook nog een stelling, het is een beetje naar aanleiding van het MDO: de verpleegkundige heeft pas inspraak zodra ze besluit inspraak te hebben.*

In de grote visite bedoel je?

*Ja.*

Ja, je moet gewoon inbreken. Je moet gewoon zeggen wat jij vindt. Ja, ik ben daar niet zo moeilijk in.

*Nee, dat is wel goed.*

Ik zeg het gewoon, ik begin al bij de patiënt. Ik zeg wat ik ervan vind en dan kunnen hun verder.

*Oké, dus jij ziet wel dat je gewoon inspraak hebt als dat wilt hebben.*

Ja ik wel. Ja, absoluut. En anders dan zeg ik van goh, luister eens effetjes, ik heb ook nog wat te zeggen. Maar dat durft niet iedereen.

*Nee, o, dat zie je ook wel.*

Dat is het probleem. Daar heb ik geen last van.

*Waar komt dat dan door, weet je dat?*

Omdat het best wel bromberen zijn, zeg maar, dat ze eigenlijk een beetje met zichzelf bezig zijn. Maar kijk, het MDO is eigenlijk wel hun overleg, maar uiteindelijk moet jij degene zijn die het stuurt. He, want het is jou patiënt, jij hebt jou patiënt gezien. Dus jij kunt zeggen wat je van die patiënt vindt. Of hoe die is.

*Ja.*

En dan kunnen we behalve dat lezen, maar dan zijn we er nog niet. Ik moet zeggen wat ik, dus ik begin daar altijd mee, met de heer is dit of dat, heeft die en die controles of het is daar en daar niet goed gegaan. Dan kunnen ze verder.

*Oké, dat waren de vragen. Heel erg bedankt voor je tijd en informatie.*

Oké.

*En dan zul je nog verder horen wat we ermee gaan doen. Bedankt.*

**Interview 3**

*Je weet wel waar we mee bezig zijn, met het sturen op ontslag. Daarom willen we ook nu interviewen, we hebben ook een paar dagen meegelopen. En we hebben erover nagedacht en we hebben een hypothese opgesteld van wat wij dachten waar misschien iets aan gedaan kan worden. Maar omdat we dat niet zomaar willen opleggen willen we graag jullie spreken om te kijken of jullie het ermee eens zijn.*

Oké.

*Dus vandaar dit gesprek een beetje. Ik heb zeven vragen voor je en zoals ik al zei duurt het ongeveer een kwartiertje. De eerste vraag is hoe belangrijk vind jij het vroegtijdig sturen op ontslag?*

Als iemand met ontslag kan is dat goed maar soms merk je weleens dat het wat te gehaast gaat dat ze echt willen van hè het ontslag, verkortte ligduur. Kijk ik ook wel eens die indruk.

*En dan ze: zijn de artsen?*

Ja.

*Oké.*

Ja.

*Maar vind je dat heel vervelend of…*

Nou, ik vind het wel goed want er is natuurlijk wel de regel van verkorte ligduur. Uhm, ik weet niet of het altijd wel goed is omdat je soms ook wel ziet dat iemand na een week weer terug komt. En dan weet ik niet natuurlijk of het daaraan ligt, maar het moet natuurlijk wel allemaal geregeld zijn, soms moet je heel gehaast de zorg gaan regelen. Dat is én voor de verpleegkundige niet fijn én voor de familie en de patiënt niet fijn. Dus ja…

*Maar, als ik het over vroegtijdig heb betekend het niet dat mensen te vroeg naar huis gaan maar dat als er bijvoorbeeld nog geen sprake is van dat de mensen naar huis gaan dat al op ontslag wordt gestuurd, dus dat er al wordt geïnventariseerd, dat soort dingen.*

Dat vind ik wel goed. Dat vind ik wel goed. Want anders is het soms te laat. Dan krijg je ook weer problemen omdat je al die informatie niet hebt.

*En is het ook iets waar jij mee bezig bent?*

Ja, maar daar worden we heel vaak op aangestuurd hoor. Maar het is heel belangrijk als je op tijd die anamnese hebt, bijvoorbeeld je weet de thuissituatie en je weet of ze zorg nodig hebben of niet. Dan heb je eigenlijk heel veel al gedaan.

*Mmm, ja. Door wie wordt er dan op aangestuurd, want dat zei je net.*

Door de artsen, eigenlijk vaak wel door de artsen dat ze zeggen, hè wil je die thuissituatie even inventariseren en wat zullen we in principe op ontslagdatum zetten. Dat we een indicatie hebben van hè die meneer kan over drie dagen misschien met ontslag. Dat we wel vast weten van hoe is zijn thuissituatie. Zoals ik net al zie als je dat bij opname gelijk al regelt dan heb je al veel informatie.

*Ja, ja, maar als ik je nu zo hoor praten, is het dan dat de arts hier vaak mee komt?*

Uhmmmmmm, als wij het niet hebben gedaan komen ze er wel mee, daar zijn ze wel mee bezig.

*Ja, oké en wordt er volgens jou voldoende gestuurd op ontslag. Dan bedoel ik niet alleen de artsen maar vooral de verpleegkundigen?*

Ja, de laatste tijd wel, ja.

*Want, hoe zie je dat dan?*

(lange stilte) hoe zie ik dat dan? Even nadenken hoor….Hoe ik zie dat alle verpleegkundigen, want nu vooral verpleegkundigen hè.

*Ja, het liefste de verpleegkundigen.*

Hoe zie ik dat dan? Ja, ik zit niet bij alle visites natuurlijk maar dan kom je weleens langs en dat verpleegkundigen dan ook degelijk zeggen, hè mag die met ontslag of niet. Net had ik het over artsen, maar soms is het ook echt wel andersom. Ja

*En dat gebeurt nu meer dan eerder?*

Ja, dat vind ik wel, ja hoe het komt, ik weet niet hoe dat erin is gekomen maar omdat het nogal slecht verliep is er wel een aandachtspunt. Net als bij die SNACK score, of iets ehm, is het wel een aandachtspunt geworden dat patiënten niet te lang hier onnodig liggen.

*Ja, en daardoor is het dus wel verbeterd?*

Ja, vind ik wel

*Nou dat is wel mooi. Als je kijkt naar de verantwoordelijkheid van artsen en verpleegkundigen wie is er dan verantwoordelijk voor ontslag? Ik heb er trouwens een formuliertje van, het is wat ingewikkeld, maar het is niet zo ingewikkeld als het lijkt. Gewoon, we hebben de arts die kan je een cijfer geven of die niet verantwoordelijk is en de verpleegkundige, of ze wel of niet en welk cijfer ze dan heeft.*

Oké.

*Wie is er voor welk cijfer verantwoordelijk?*

Ja, hoe het nu is. Ehm, vind ik dat we allebei verantwoordelijk zijn, en de ene keer is het soms meer de arts en soms meer de verpleegkundige, dat is heel erg wisselend. Ehm, en gewenst (lange stilte), pfff, uhm, vind ik ook eigenlijk wel dat het allebei moet. Maar eigenlijk, de arts is eindverantwoordelijk, die kan zeggen dat, de patiënt die mag medisch met ontslag. Die kan het lab uitslag echt bepalen en foto’s of iets dergelijks. Maar ik vind dat de verpleegkundige wel goed moet aan blijven sturen ook.

*Hmhm.*

Maar eindverantwoordelijk vind ik echt de arts, dat kan verpleegkundige wel aansturen maar uiteindelijk niet

bepalen.

*Nee.*

Ik kan niet een foto van de long bepalen en of die beter is geworden of niet.

*Maar je vind niet persé, als je nu de situatie kijkt dat het moet veranderen in de toekomst?*

(lange stilte) Poeh ik wil bijna zeggen soms mag het weleens wat vlotter maar dat is zo verschillend per arts assistent. En per arts, kijk de arts assistent hier, vooral die van de long is er goed mee bezig en sommige weer wat minder. Maar wat ik vooral zie is dat die van de long er goed mee bezig is, die zegt van hup dan ontslag en, ja, maar als je gewoon wel eens andere artsen spreekt, maar die spreek je hier weinig omdat je arts assistenten hebt, maar dan merk je weleens dat het dan weleens wat lang duurt.

*Oké.*

En dan moet de arts er meer verantwoordelijkheid voor tonen. En wat eerder optreden, met een in principe datum voor ontslag. Ja.

*Ja, zodat je er naartoe kan werken.*

Ja.

*Ik lees je eventjes het eerste deel van de hypothese voor, dat is dat er door verpleegkundigen door… Dit hebben wij na aanleiding van de MDO, dat we hebben meegelopen gevormd, door verpleegkundigen beperkt op ontslag wordt gestuurd doordat er in de eerste plaats de verpleegkundigen het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens de MDO’s en visites. Wat vind je ervan?*

Ja, en nee, want wat ik net al zei, soms zeggen artsen het en soms verpleegkundigen maar ik denk dat verpleegkundigen wel vaker aangesproken moeten worden dat zei daar op aan moeten sturen. En ik denk dat als dat gewoon goed in hun koppie wordt gestampt dat dat dan wel goed moet gaan.

*En je vind ook dat het voldoende dus gebeurt wel door de verpleegkundige?*

Ik kan er niet heel erg goed een oordeel over geven, maar ik denk vast wel dat het beter kan. Maar ook dat isheel erg wisselend. Ja, ik heb duidelijke antwoorden vandaag hè?

*Als het maar jouw antwoorden zijn!*

Ja, precies. Ja, het komt omdat ik weet van mezelf, de ene keer gebeurt het wel en de andere keer gebeurt het niet en dat is maar net hoe goed je de patiënt ook kent. Als je soms maar 1 dagje bij iemand staat is dat een heel verschil als dat je drie dagen bij hem staat.

*Hmhm.*

En je hem gewoon veel beter kent of niet, uhm, maar ja als dat jullie hypothese is dan ja… (lacht)

*Maar ja, het is aan jou om erop te reageren. Wij kunnen zeggen dat hij niet klopt naar aanleiding van de interviews.*

Ja, dat is zo. Nee, mijn antwoord is wisselend.

*Dat mag. We hebben ook nog een tweede deel. Het viel ons op dat heel vaak de anamneses niet ingevuld waren bij patiënten en daarbij hebben we dus bedacht, doordat de anamneses niet volledig ingevuld zijn kan er niet voldoende informatie aan de arts gegeven worden waardoor het ontslag vertraging oploopt.*

Ja, klopt.

*Ja, dat is wat jij ziet ook?*

Ja, die moet gewoon gelijk gedaan worden bij de opname. Kijk je hebt niet altijd in de avonddienst of zo, als je een opname krijgt of ’s nachts, je hebt niet altijd de tijd om hem in te vullen. Maar ik denk als je in je hoofd de belangrijkste vragen kunt stellen of gewoon even in gesprek, en je het later evenmin die anamnese schrijft, wat is dan de moeite daar van, denk ik dan. Want dat scheelt echt heel erg veel. Als je gelijk weet van die meneer woont in een verpleeghuis en die woont in een eigen kamertje dus hup, als hij klaar is kan hij daar weer heen, dan scheelt dat een hele hoop en dat kun je dan gelijk in het gesprek met de arts gewoon vertellen. We hadden toevallig van de week nog twee anamneses die waren ook niet volledig ingevuld. Als je dan even naar die patiënt gaat kan hij het je zo vertellen. He, maar, ja het duurt dan ook langer, dat klopt.

*Ja? Dat is ook wat je ziet?*

Ja. Dat klopt.

*Dan heb ik als laatste nog een stelling die we ook vanuit een MDO hebben opgesteld, dat si een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra ze besluit inspraak te hebben. Binnen het MDO gaat het dan over.*

Ja. Bij neurologie gaat een MDO heel anders, dan wordt je echt hup, eerst de arts, dan de fysio dan de verpleegkundige. Trouwens daar begon e verpleegkundige zelfs. Dat ze zeg maar kijken van wat heb jij en hier moet je echt zelf erin komen of helemaal niet.

*Hmhm, vind je dat wel eens lastig? Of…*

Ik vind dat eigenlijk niet goed, ik vind dat de verpleegkundige heeft wel degelijk. Die heeft gewoon gezorgd voor diegene. Dus die moet juist ook wel wat zeggen en dat als ze aan de beurt is en ze heeft niet te zeggen, gewoon geen bijzonderheden, maar dan heeft ze dat wel gezegd. En ik vind het zelf niet lastig maar ik kan wel geloven dat er verpleegkundige collega’s zijn die dat lastig vinden en dan niks zeggen.

Oké.

*Over die anamnese, hoe dat komt dat hij niet goed wordt ingevuld?*

Ik denk dat daar strakkere afspraken voor gemaakt moeten worden. Dat als iemand al komt bij opname, wat ik al zei, dat de belangrijkste vragen worden gesteld en misschien is dat dan weer per persoon anders. Ik vind een belangrijkste vraag van waar woont iemand, is iemand afgevallen, contactpersoon gegevens en die dingen. En slaappatroon en dergelijke dat komt later wel als we geen tijd hebben, dat geloof ik tenminste wel. Maar even gewoon de belangrijkste vragen, dat kan een hele hoop schelen. Vooral of iemand zorg krijgt of niet.

*Ja.*

En waar dat dan aan ligt dat is gewoon niet duidelijk afgesproken. Maar ik denk dat prioriteiten misschien ook.

*Ja.*

Ja?

*Dank je voor je tijd!*

**Interview 4**

*Een paar weken geleden hebben we meegelopen hier op de afdeling. We hebben geobserveerd want we doen een afstudeerproject over het sturen op ontslag. We hebben ook een voorlopige hypothese opgesteld naar aanleiding observatie. En die willen we dan toetsen door middel van interviews of verpleegkundigen het er ook mee eens zijn.*

Oké

*Ja, het is ongeveer 10 minuten en we hebben 7 vragen. Hoe belangrijk vind je het vroegtijdig sturen op ontslag?*

Uhm, ja aan de ene kant vind ik het heel belangrijk vooral mensen die, waar BZB bij moest komen. Die soms moeten wachten op een logeerplekje of een revalidatieplek. Maar aan de andere kant vind ik bij oudere mensen die zijn vaak toch wel zo van o jee, ik moet opgenomen worden. En als je het dan meteen al over ontslag gaat hebben dan denken ze van huh, wat gebeurt er nu allemaal, ik ben nog maar net binnen, ik moet eerst even acclimatiseren, zal ik maar zeggen.

*O ja, even rustig aan doen.*

Ja, precies. Je kan het natuurlijk wel in de papieren visite bespreken. Dat is geen probleem natuurlijk. Dat je het als het zover is met de patiënt bespreekt. Maar jongere vitale patiënten die hoeven allemaal niet zo… die kun je meteen al zeggen en die vinden het vaak ook prettig je moet bijvoorbeeld een week blijven of zo, weet je, dat je die afspraak al hebt om... dat vinden ze vaak ook wel prettig.

*En dat doe je dan ook?*

Uhm, ja, nee ja, ik kan het soms niet altijd aangeven van nou, dit gaat een week duren of vijf dagen of drie dagen. Want de artsen hebben zelf vaak een ander idee hierover. Dus ik kan als verpleegkundige niet zomaar zeggen bij opname van nou, u bent hier vijf dagen. Sommige dingen wel, want daar is een zorgpad van, dan kun je dat al afbakenen, maar als er tijdens zo’n zorgpad weer complicaties optreden kan het ook weer langer duren. Ik vind altijd dat de zorg wel goed afgerond moet zijn voor iemand met ontslag gaat. Dat iemand niet naderhand nog allemaal vragen heeft of thuis met allemaal problemen te maken krijgt.

*Dat alles goed afgehandeld is.*

Ja, dat vind ik wel prettig, ja.

*En hoe ben jij dan bezig met het vroegtijdig sturen op ontslag?*

Ja, het is altijd met de papieren visite het sowieso benoemen met de dokter en dan vragen als de dokter het zelf niet benoemd. Dan vraag ik het zelf. En als ik als verpleegkundige denk van nou, die patiënt is aardig de behandeling aan het afronden en ik zie er van komen dat BZB erbij komt, dan ga ik dat ook altijd meteen al benoemen in de visite van kunnen we BZB al inschakelen? En ja, en je ziet al bij opname vaak, vooral bij oudere patiënten die moeten meer zorg bij komen of deze moet naar revalidatieplek of logeerplek. Dat kun je bij opname vaak al goed inschatten.

*Vind je dat er hier op de afdeling voldoende wordt gestuurd op ontslag?*

Ik vind door de verpleegkundige wel, vaak wel. Maar ik vind bij de artsen laten daar open stukken in liggen. Met name ook als de patiënten opgenomen worden met een zorgprobleem waarvan tijdens opname blijkt, iemand kan niet meer terug naar de oude situatie maar een nieuwe situatie hebben we ook nog niet direct voor handen. Dat iemand gewoon een verblijfplaats moet gaan krijgen. Een verpleeghuis of een woon... en ja, ik vind dat artsen daar veel meer in kunnen sturen als ze dat willen, met familie. En het niet zomaar af hoeven te laten wachten van ja maar, er is plek of er is geen plek. Een verpleeghuis of een verzorgingshuis. Ik denk ja, ik vind dat ze dan wel op hun strepen moeten kunnen staan en zeggen van nou iemand gaat maar terug naar de situatie waar die vandaan komt, desnoods met wat meer zorg. En gaat vandaar uit een andere plek geven. Een vastere, een andere woonadres of verpleeghuis of verzorgingshuis.

*Dus dan zijn het vooral de artsen die meer mogen sturen op ontslag.*

Ja, nou ja, verpleegkundigen dat is vaak vind ik meer van dagen weet je wel, dat je denkt van nou, je vind van je collega dat die de dag ervoor al een BZB-aanvraag had kunnen doen, maar dat die dat niet gedaan heeft. Ik denk ja, dan heb je een dag verlies zeg maar in je ontslagprocedure. Zo noem ik het. En ja, dat is geen weken zeg maar, dat verpleegkundigen het laten liggen.

*O, dus dat is dan het verschil als verpleegkundigen het laten liggen is het een dag en bij artsen is dat een langere tijd.*

Ja, vind ik wel. Nou ja, ook wel eens dagen, maar ook wel eens dat je denkt van nou, dat had wel eerder uhm... zorg dat op tijd, als de artsen geregeld zijn, ontslagpapieren, en dat mensen daar niet op hoeven te wachten. Of bloedonderzoeken, doe dat een dag van te voren zodat dat de volgende dag bekend is. Daar kunnen ze best wel wat tijd in winnen. De artsen, zaalartsen.

*De volgende vraag gaat ook een beetje over artsen. Wie is er volgens jou verantwoordelijk voor het ontslag? De arts of de verpleegkundige? Daar hebben we een formuliertje bij. Je kan dan een cijfer geven. Wie niet verantwoordelijk is: 1 en verantwoordelijk: 10. Dit is dan de arts en de verpleegkundige.*

Uhm, even denken hoor. Nou de arts heeft er wel een hele verantwoordelijke taak in want die bepaald uiteindelijk of de patiënt met ontslag mag en moet uiteindelijk de ontslagpapieren met recepten regelen. Maar een verpleegkundige heeft daar wel een aansturende rol in omdat... maar vind ik niet daar uiteindelijk niet verantwoordelijk voor. Dus ik zou de arts hier op een 8 zetten en de verpleegkundige ik denk op een 6.

*Is dat hoe het hier gaat? Of is dat hoe je dat zou willen?*

Nee, zo gaat het wel. Ik denk dat het overal zo gaat. Want een arts bepaalt uiteindelijk of iemand met ontslag mag of niet. Die weet of de behandeling afgerond is of niet. Als verpleegkundige kun je dat niet altijd helemaal inschatten, of alle consulten afgerond zijn.

*Oké. Ik zei al dat we een hypothese hadden gemaakt. Het eerste deel dat gaat over de visites en de MDO’s. En dat luidt: er wordt door verpleegkundige beperkt op ontslag gestuurd omdat in de eerste plaats verpleegkundige het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens visites en MDO’s. Je zei net al dat je het zelf wel inbrengt? Maar herken je wel iets van deze hypothese?*

Ja, eigenlijk moet het een standaard vraag zijn zeg maar in de visite. En ik moet eerlijk bekennen dat ik het zelf ook niet altijd vraag. En wat de reden daarvoor is, ja, er komen misschien allemaal andere dingen tussen. Iemand moeten misschien nog allerlei andere onderzoeken of andere consulten of er worden allerlei opdrachten afgesproken en dan schiet je vraag er misschien wel eens bij in. Van wat denk je over een ontslag? Dus er zit wel een kern van waarheid in.

*Oké. We hadden ook nog een tweede deel en dat gaat over dat de anamneses die zijn vaak niet volledig ingevuld en daardoor kan het ontslag ook vertraging oplopen omdat er niet de informatie aan de arts gegeven kan worden. Zie je dat ook?*

Ja, omdat je niet weet hoe, wat voor zorg iemand thuis kreeg of iemand zorg had en wat voor zorg. Of hoe iemand woont, dat wordt niet gevraagd in de anamnese. Dat klopt, ja. En dan moet je dat nog weer apart weer opnieuw gaan aanvragen, of bij de patiënt, of bij de familie, waardoor het allemaal weer langer duurt.

*Hoe denk je dat dat komt, dat dat niet ingevuld wordt?*

Uhm, ja, soms wat tijdsgebrek. Maar soms ook gemakzucht denk ik zo. Ja, ik weet het niet.

Ja, ik ben er wel eerlijk in.

*Nou, dat is mooi. We hadden ook nog een stelling. Die slaat eigenlijk ook op het MDO en de visite: de verpleegkundige heeft pas inspraak zodra ze besluit inspraak te hebben. Wat vind je daarvan?*

Daar ben ik het niet mee eens. Een verpleegkundige heeft altijd inspraak. Ook in het MDO. Als je een MDO doet zonder verpleegkundige te horen, dan doe je iets niet goed als arts. En ik zou dan zeker als verpleegkundige gewoon zeggen van nou, ik wil ook even dit of dat vertellen over een patiënt. Of ik gooi me gewoon zelf er ook tussen met vragen of opmerkingen. Ja, maar goed, ik ben natuurlijk ook geen net beginnend leerlingetje meer. Dat scheelt misschien wel.

*Ja, jij stelt de vragen gewoon als je die hebt.*

Ja, precies.

*Dit waren de vragen al.*

Oké.

*Heel erg bedankt voor je tijd.*

Graag gedaan. Goeie vragen.

**Interview 5**

*Nou, je weet dat wij een onderzoek doen natuurlijk, over het sturen op ontslag. Het interview duurt ongeveer tien minuten, een kwartiertje op z’n hoogst. En ik heb zeven vragen voor je. Wij hebben een paar weken geleden natuurlijk vier dagen meegelopen op de afdeling en naar aanleiding van wat wij toen hebben gezien hebben we een hypothese opgesteld en die zullen we je strakjes ook even voorlezen. Maar allereerst vraag ik me af hoe belangrijk jij het vroegtijdig sturen op ontslag vindt.*

In de enquête heb ik al aangegeven dat ik dat heel belangrijk vind, hè, het sturen op ontslag. Sowieso omdat het voor de patiënt niet goed is om heel lang in het ziekenhuis te blijven, zeker de oudere patiënt. Waar vaak het grootste gedeelte van onze populatie wel uit bestaat, hè? Vaak ook functieverlies door zo’n langdurige opname. En vaak verward, gedesoriënteerd, dus dat heeft allemaal geen zin. Bovendien ook het economisch belang natuurlijk van het ziekenhuis, maar ook landelijk gezien een economisch belang. De kosten van de gezondheidszorg niet de pan uit laten rijzen.

*Ja, ja.*

Maar het moet wel verantwoord zijn, dat vind ik wel een voorwaarde. Ik vind het ook een voorwaarde dat de zorg die we leveren ook netjes afgerond kan worden. Dus het hals over de kop met ontslag sturen in de middag of in het begin van de avond vind ik geen goed initiatief.

*Omdat het risico dan hoger is dat er dingen misgaan?*

De verpleegkundige is er niet op ingericht, die is eigenlijk nog met andere dingen bezig. Al zouden ze er wel op ingericht zijn, want dat kan natuurlijk altijd tussendoor, maar je hebt niet de tijd om netjes je ontslag af te ronden, een ontslag gesprekje te doen. De secretaresse moet hals over kop allerlei dingen doen, papieren worden en vergeten. Vaak hebben we dan, als dit soort dingen voorkomen hebben we de volgende dag er heel veel werk aan om het allemaal weer recht te zetten. En dat is de praktijk die we leren. Of we moeten daar een of andere modus voor vinden dat dit soort dingen goed te regelen is. Of zoals de afspraak nu is, er gaan geen patiënten na tweeën met ontslag, mits daar een hele dringende noodzaak voor is, want er zijn altijd uitzonderingen. Mensen die een slechtnieuws-gesprek gehad hebben bijvoorbeeld. En die zeggen van: ik wil nu naar huis, natuurlijk kunnen die a la minute naar huis.

*Ja, zeg jij noemt een paar dingen, je noemt dat het beter is voor de patiënt om vroeg naar huis te gaan, het financiële plaatje. Hoe ben jij zelf bezig met het sturen op ontslag?*

Het tijdens de visite signaleren van wat de ontslagdatum is, is die nog niet in zicht, wat moet er dan nog gebeuren voordat je dat ontslag kunt gaan plannen? Vroegtijdig ook de familie erbij betrekken. Dat is belangrijk omdat als je de ene dag komt van, u mag uw moeder morgenochtend op komen halen, familie begint te roepen van we hebben nog geen gesprek gehad met de dokter, dat willen we graag en dit kan ik hier en dit moet zorg geregeld worden, enzovoort. Nou, daar moet je ook tijdig op inspringen.

*Ja, en dat doe je ook?*

Ja. Nou moet ik er heel eerlijk bij zeggen dat ik maar één dag per week in de zorg sta, maar goed, ook die dag dat ik in de zorg sta, die ene dag moet ik daarvoor zorgen natuurlijk.

*Oké. Vind je dat er hier op de afdeling over het algemeen voldoende op ontslag wordt gestuurd?*

Ze zitten er de laatste tijd veel meer bovenop, veel meer als vroeger het geval was. Dat is samenwerking eigenlijk met de arts-assistenten ook, met de artsen. Om het voor onszelf makkelijker te maken als geheugensteuntje, hebben we het pas in de afdelingsvergadering ook met elkaar het besluit genomen om ook in de verpleegkundige overdracht die we hebben een kolommetje toe te voegen waarop de verwachte ontslagdatum staat. Dat is eigenlijk je geheugensteuntje om te kijken van: oké, klopt het allemaal nog wel, is het haalbaar? Moet het bijgesteld worden?

*Oké, dus op zich zijn ze er wel bewust mee bezig?*

Ja. Heel bewust. Vind ik.

*En heb je het idee dat het extra kolommetje helpt?*

We hebben het geëvalueerd in de laatste afdelingsvergadering. En het is zeker een geheugensteuntje. En we zien inderdaad dat nu het cijfer van de ligduur weer naar beneden gaat. Maar ik vind het wel een beetje een vertekend beeld want we hebben een piek gehad in februari, maar dat kwam ook door het NORO-virus dat toen op de afdeling was.

*Ja.*

Maar het heeft ons wel, jullie zijn nu met dit onderzoek bezig, vanuit het ziekenhuis is natuurlijk ook een kwaliteitsproject, er wordt wel veel bewuster mee omgegaan. Dat is waar. Het is heel goed onder de aandacht gebracht voor iedereen.

*Oké, dat is mooi. Ik vroeg me af wie er volgens jou verantwoordelijk is voor het ontslag. Daar hebben we een heel schema bij. Het ziet er ingewikkelder uit dan het is. Het gaat erom wie er verantwoordelijk is. Dan mag je een cijfer geven van hoe verantwoordelijk jij de arts vindt en hoe verantwoordelijk je de verpleegkundige vindt. Dat is nu dus.*

Ik vind de arts verantwoordelijk wel met een 9. Ja, die is uiteindelijk degene die bepaalt of de patiënt wel of niet naar huis kan. En de verpleegkundige die is wel eens waar minder verantwoordelijk in de zin van aansprakelijk zijn om iemand met ontslag te laten gaan, maar wel verantwoordelijk in de zin van dat je daar samen mee bezig bent om te kijken wanneer kan de patiënt met ontslag. En of het ontslag dan ook goed geregeld is. In die zin vind ik de verpleegkundige weer heel erg verantwoordelijk. Dat die alert er op is, dat die thuissituatie geïnventariseerd wordt, BZB op tijd ingeschakeld wordt. De familie op tijd op de hoogte gebracht wordt, patiënt erbij betrokken wordt. Dus in die zin vind ik de verpleegkundige ook heel erg verantwoordelijk.

*Ja, en vind je dat ze zich nu verantwoordelijk genoeg gedraagt? Als ik dat zo kan zeggen? Zou dat beter kunnen?*

De verpleegkundige, ja, we zijn zeker op de goede weg. Dan zou ik bij het huidige beeld de verpleegkundige een 8 geven en dan zou het bij het gewenste misschien ook een 9 moeten worden. Net als die arts.

*Dus dat zij er net zoveel op gericht zijn eigenlijk, net als de arts.*

Wel in een andere hoedanigheid, maar zeker even belangrijk.

*Oké. Ik wil je onze hypothese voorlezen, het eerste gedeelte. Dat is: er wordt door verpleegkundige beperkt op ontslag gestuurd doordat in de eerst plaats verpleegkundige het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens visites en MDO’s. Wat vind je hiervan als ik dit zeg?*

Nou, als ik dat twee jaar geleden had gehoord dan had ik gezegd van ja, dat is zeker waar. Als je het nu zegt, dan denk ik: van o ze zijn er veel alerter op. En veel meer mee bezig. Dus in die zin, op dit moment, niet eens.

*Oké, nou leuk dat je dat zegt. We hebben ook nog een tweede plaats. Dat is dat de anamneses vaak niet volledig zijn ingevuld dat daardoor niet genoeg informatie aan de arts kan worden verstrekt waardoor het ontslag vertraging oploopt.*

Mee eens.

*Daar ben je het wel mee eens.*

Ja, en ik kan wel een reden op gaan noemen van hoe dat komt, hè? Maar heel veel, ik kan haast wel zeggen 98% van onze patiënten zijn geen geplande opnames, allemaal spoedopnames. Die komen verspreid over de dag, je kunt het nooit plannen. Dus ook voor verpleegkundigen moeilijk te plannen. De praktijk leert dat ze verblijven meestal wel een uur of 5, 6 op de spoedeisende hulp en dan tegen half vier dan krijgen wij de telefoontjes van: laat ze maar boven komen. Nou, dan begint de avonddienst en in de avonddienst heb je geen tijd om die uitgebreide anamneses te doen dus die blijven liggen voor de volgende dag. En ik weet uit ervaring dat ik ook wel eens dagen tegenkom, dan moet ik van vijf patiënten moet ik anamneses gaan zitten invullen. Dat red je niet op een dag, dan ben je allang blij dat je er drie kan doen op een dag. Dat is al een hele tour, om dat goed te doen. In een aantal gevallen kun je ook de patiënt zelf natuurlijk aan het werk zetten, maar je moet er te allen tijde met de patiënt zelf die anamnese weer doorspitten. Heb ik de informatie die ik wil hebben? Want ik zie heel vaak dat ze dan juist dingen die heel belangrijk zijn, risico op delier en ondervoeding, die slaan ze dan over. Dat ze die juist helemaal niet heel belangrijk vinden. Dat is voor ons juist hele belangrijke informatie.

*Oké. Ik heb als laatste nog een stelling. Dat is, die hebben we gemaakt naar aanleiding van de MDO’s waar we bij hebben gezeten: een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra zij besluit inspraak te hebben.*

Dat is wel een leuke! En dan bedoel je dat ze zelf het initiatief nemen?

*Ja, en dat ze dat ook moet doen.*

Ja. Dat is de huidige praktijk. Want je moet best wel goed gebekt zijn om in het MDO aan bod te komen. Andersom vind ik het ook de taak van degene die het MDO leidt zeker de verpleegkundige vraagt naar observaties, dat doen ze tegenwoordig al veel meer. Het MDO is ook aangepast. Er is ook iemand die nu, van de artsen, die de patiënten inleidt en ook er veel meer bewust mee bezig is. Er wordt altijd gevraagd naar de controles van de patiënt. Vroeger waren die nog niet eens gedaan, dat kwam later op de dag. Dus we hebben het nooit in het MDO meegenomen, dat wisten we niet. Dus. Dat is wel, maar goed, het kan nog steeds, het kan nog altijd beter natuurlijk. Er zijn ook afdelingen, dat is op zich wel heel leuk, daar hebben ze een checklistje en dan moeten de verpleegkundigen ’s morgens, voordat ze dat MDO ingaat, dus met het lezen ook, kijken van oké, heb ik die en die informatie bij die patiënt?

*Dan heeft ze wel een compleet beeld van de patiënt.*

Nou, daar zijn we nog over aan het denken of we dat voor onze afdelingen ook in gaan voeren. Gewoon een kort checklistje met de punten die aan bod moeten komen eigenlijk. En dat is veel meer dan dat want dan heb je bijvoorbeeld ook het voorkomen van functionele beperkingen en…

*Voor op het checklistje?*

Dus dan moet je wel veel meer gaan doen. En het betekent ook veel meer lijstjes in gaan vullen hè, en dat is nu, dat is best nog wel een groot bezwaar. Weet je, je hebt denk ik ook wel ons verpleegkundig dossier gezien, een hartstikke mooi dossier, hartstikke compleet, en het wordt steeds mooier, steeds completer. Wil je het allemaal goed doen, vergt het wel even tijd en discipline ook. En dan zitten we ook eigenlijk met smart te wachten op dat elektronische dossier want dan moet je gewoon een aantal items invullen want anders kan je niet door.

*O ja.*

Dus dan moet je gewoon ook acties inzetten. En dan gaat het ook wat makkelijker om een diëtiste in te schakelen en de fysio op de hoogte te brengen. De scores in te voeren.

*Ja, want dat kan iedereen gewoon openen dan. Nou, ik denk dat wij wel een hoop informatie hebben. Dank je wel.*

Veel plezier nog met de rest.

**Interview 6**

*We doen ons afstudeerproject over het sturen op ontslag en we hebben ook een paar weken geleden hier op de afdeling meegekeken. We hebben ook een hypothese gemaakt, een voorlopige en nu willen we in het interview kijken wat jij ervan vindt. Het duurt ongeveer tien minuten en we hebben zeven vragen.*

*Hoe belangrijk vind je het vroegtijdig sturen op ontslag?*

Nou, ik vind het zelf altijd wel belangrijk om een idee te hebben van wanneer je mensen weer naar huis mogen. Tenminste wat het streven in ieder geval is. Maar dat is wel een beetje per situatie verschillend. Kijk je hebt hele ziekte patiënten en je hebt wat minder zieke patiënten. En als ik naar mijzelf kijk in ieder geval, als je echt nu wat minder zieke patiënten hebt die wat sneller op de been zijn, dan heb ik altijd wel zo iets van die kunnen wel lekker naar huis, dus dan ben je daar wel wat meer op gehamerd. Maar mensen die echt ziek zijn, dan heb ik zelf altijd wel zo iets van je wilt gewoon goed altijd alles uit zoeken en zeker weten dat iemand het ook wel redt om naar huis te gaan, dus dan ben je daar wel wat voorzichtiger in. Maar goed, ik probeer er in ieder geval wel in visites er bijvoorbeeld naar te vragen of zo.

*Oké, dus op die manier ben je er wel mee bezig door het in de visites te vragen.*

Ja, door het in de visites te vragen. Ja. En sowieso de thuissituatie inventariseren van de patiënten. Dus weten als ze nou met ontslag zouden mogen waar ze dan heen gaan. Weetje, dat is ook wel belangrijk. En, dus de anamneses bij opname en tijdens de visites ontslag bespreken. Ja.

*Oké. En vind je dat voldoende gestuurd wordt op ontslag?*

Niet altijd. Nee. Ook mezelf, maar ik vind ook dat soms artsen wel daar wat makkelijk mee omgaan. Je krijgt het antwoord van nou dat komt morgen wel. Of nou ja, eerst even het onderzoek afwachten, en dan... daar is op zich wel wat voor te zeggen natuurlijk, maar ik denk niet dat we met z’n allen daar genoeg mee bezig zijn.

*Weet je ook hoe dat komt?*

Ja… Nee, het is misschien een beetje flauw om te zeggen, maar ik denk misschien ook wel een stukje werkdruk op de afdeling, dat je daardoor minder mee bezig bent met het ontslag, maar meer met wat er allemaal voor die dag afgesproken moet worden en geregeld moet worden en gedaan moet worden. Dus dat zou een reden kunnen zijn. En het moet denk ik ook wel op een gegeven moment in je ritueel, of hoe noem je dat?

*Routine?*

Routine zitten! Weet je, je moet een beetje routine. Om gewoon te denken van nou, hè, zoals dat als je iemand opneemt, dan vraag je naar het gewicht, zo moet je eigenlijk ook gewoon iets standaards maken van het ontslag en ik denk dat dat nog niet helemaal er in zit. Maar ook wel dat ze er wel mee bezig zijn op de afdeling, maar ik denk dat dat ook wel mee speelt. Je moet het ook gewoon een beetje je eigen maken om dat mee te nemen ook, als vraag, denk ik.

*Nou, wel interessant. We hebben ook nog een vraag: wie volgens jou verantwoordelijk is voor het sturen op ontslag? We hebbeen er een formuliertje bij: dit is van de arts, als die niet verantwoordelijk is, is hij 1 en als hij verantwoordelijk is, is hij 10 en dit is de verpleegkundige. Hoe zie jij dat op de afdeling? Wie verantwoordelijk is?*

Op dit moment, hoe het is?

*Ja.*

Lastig… Uhm… Ik denk dat op dit moment… Ja, o lastig… Een zesje van de arts, van dat de arts verantwoordelijk is. Ik denk dat wij daar veel meer naar kunnen vragen dus dat dat bij ons op een vijf ligt. En ik denk dat het goed zou zijn als je gewoon daar samen als artsen en verpleegkundigen mee in gesprek gaat. Dat je gewoon samen een goed eindresultaat hebt en ik denk dat het dan gewoon een goede combi moet zijn. Dus dat een arts vanuit medisch oogpunt. Ja, ik kan niet zo goed een cijfertje eraan geven. Maar dat een arts vanuit medisch oogpunt gewoon bepaald van nou, hè, als we dit en dit gedaan hebben dan kan die vrijdag met ontslag. En dat wij gewoon zeggen van nou ja, de verpleegkundige zien dat hij kan mobiliseren, geen klachten meer, weet je wel, zo. Dat je dat ook gewoon inbrengt en dat je zegt van hij woont thuis, maar hij zou wat extra hulp nodig hebben, dus zal ik de aanvraag gaan doen voor extra thuiszorg en dan kan hij naar huis. Weetje, dat je gewoon met z'n tweeën, de arts en de verpleegkundige, dat gewoon bespreekt en dan zal hij gewoon op een zeven zitten. Je bent allebei wel verantwoordelijk, met elkaar voor het ontslag van de patiënten.

*Dus dan doe je het vooral samen?*

Ja. Het een staat ook niet los van de ander. Kijk een arts kan zonder de verpleegkundige ook niet bepalen of iemand het redt thuis. Die is niet bij het wassen en bij andere dagelijkse dingen.

*Nee, die heeft ook die informatie niet.*

Nee, dus ik denk wel sowieso samen.

*Oké, en je zou ze dan wel verantwoordelijke willen zien dan nu?*

Ja. Ja. Ja. Dat sowieso. Het initiatief komt wel van ons uit. Wij moeten wel altijd de vraag stellen van goh, wanneer is het ontslag. Als wij niet de vraag stellen dan komen zij ook niet vaak, laat ik het zo zeggen, met een mooie datum.

*Bij visites…*

Ja.

*Even denken. Ik zei net al dat we een hypothese gemaakt hebben en die bestaat uit twee delen. Ik zal je het eerste deel voorlezen: er wordt door verpleegkundigen beperkt op ontslag gestuurd doordat in de eerste plaats verpleegkundige het ontslag te weinig ter sprake brengen bij visites en MDO’s.*

Hm. Daar ben ik het wel mee eens. Ik denk ook dat, wat ik al zei, ik denk dat het te weinig gebeurt en ik denk dat het nog een routine moet worden. Een paar teamvergaderingen geleden hebben ze op een gegeven moment bedacht dat ze op ons overdrachtbriefje een kolommetje erbij met de ontslagdatum. Dus dan heb je het visueel voor je, weet je wel. Als je je briefje voor je hebt liggen zie je dat erbij staan. Dus dan wordt je er wat meer op gewezen. Maar dan nog moet het wel iets van jezelf worden, wat je gewoon automatisch erin gooit, of erin brengt. En ik denk dat dat een van de dingen is waardoor wij als verpleegkundigen nog te weinig aandacht daaraan geven. Snap je?

*Ja. Ik denk het wel. Het helpt dus al wel dat het op het briefje staat?*

Ja, dat vind ik wel. Want, tenminste bij mij hoor, ik zie het dus ik vraag het vaak. Ook lang niet altijd, maar ik probeer het wel. Ja.

*Dat hadden we natuurlijk gisteren ook gezien in de visite. En het tweede deel van de hypothese gaat over de anamneses. We hebben gezien dat die niet altijd volledig worden ingevuld en daardoor kan er niet altijd goede informatie aan de arts gegeven worden. Dan kan het ontslag ook vertraging oplopen. Herken je dat ook?*

Uhm… nou, sowieso wel dat de anamneses niet goed worden ingevuld. Soms liggen mensen echt bijvoorbeeld vier dagen al hier en dan is er gewoon nog helemaal niks ingevuld. Uhm… ja, als… Voor mijzelf probeer ik meestal gewoon een praatje te maken met de patiënt ’s ochtends, helemaal bij nieuwe mensen. Zodat ik een beetje een idee hebt van joh, woont u nog thuis of heeft u thuiszorg? Weetje, dat je dat al een beetje weet. Met dat in je achterhoofd kun je natuurlijk al veel meer informatie geven als het gaat over het ontslag. Maar ik moet wel zeggen als je daar dus even iets minder tijd voor hebt om dat soort dingen te vragen tijdens de ochtendzorg en je zit in een keer in de visite en je hebt een zere halve anamnese die gewoon niet goed is ingevuld dan sta je wel een beetje met je mond vol tanden en dan kan je dus inderdaad niet goed inschatten wat het traject zou kunnen worden voor de patiënt. En dat ontbreekt wel dan.

*Ja. Hoe komt dat dan dat dat ontbreekt?*

Ik denk het zelfde verhaal. Ik geloof, ik denk ook echt wel, als ik naar mijzelf kijk, heel vaak dan de anamnese afnemen heeft niet echt een hele hoge prioriteit. Als je, tenminste, het zou wel prioriteit moeten hebben. Maar het is hier soms zo chaotisch druk op de afdeling dat je ja eigenlijk geen tijd om even een kwartiertje bij het bed kan gaan zitten om even een anamnese af te nemen. Ik heb toevallig vandaag drie nieuwe patiënten en twee daarvan heb ik de anamnese gegeven dus die gaan hem zelf invullen en vervolgens heb ik het met hun even nagekeken en aangevuld. Maar ik heb nu nog een patiënt, een nieuwe patiënt en die moet ingevuld worden. Maar ik heb daar eigenlijk geen tijd meer voor om die vandaag nog te doen, met alle dingen die ik nog moet doen. Dus wat gebeurt er? Dat wordt vooruit geschoven en morgen hebben we een MDO, een superdrukke dag meestal, vrijdag. Je kunt er donder op zeggen dat dat natuurlijk morgen ook niet gaat gebeuren. Maar weet je, het is ook je schuift het allemaal vooruit doordat er gewoon denk ik te weinig tijd is. Want als je wel tijd hebt, zoals vanmorgen had ik tijd, dan doe ik wel de anamneses. Maar als je geen tijd hebt, dan is dat het eerste wat je…

*Wat je dan doorschuift.*

Ja, omdat de patiënt zelf, denken we dan in ieder geval, de patiënt zelf is dan op dat moment belangrijker of zo. Snap je?

*Ja, dat is hoe het nu is.*

Ja, dat is hoe het nu is.

*Dan heb ik als laatste nog een stelling, die hadden we gemaakt naar aanleiding van de MDO’s en de visites die we gezien hadden: een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra zij besluit inspraak te hebben.*

Dat vind ik nou een hele mooie! (lacht) Nee, ik denk wel dat dat zo is. En op het moment, ik heb zelf heel erg toen ik op een gegeven moment, ik was afgestudeerd en ik vond het heel eng om bijvoorbeeld een MDO te doen. Weet je om dat al de artsen bij elkaar en ook nog eens de fysiotherapeut en alles erop en eraan. Dus wat doe je, ik was altijd heel erg antwoord aan het geven op vragen, maar zelf durfde ik niet echt de vragen te stellen, weet je wel? Dat je dacht van oh, ik ben dom of ze hebben er helemaal geen tijd voor of ze gaan veel te snel en laat maar, weet je, dat idee. Maar daar groei je een beetje in en op een gegeven moment zei ook mijn teamcoördinator van joh, stel gewoon je vragen en breng ook wat in. Want het is, artsen gaan het ook heel erg waarderen op het moment dat jij dingen inbrengt. Nu gaat het natuurlijk niet om de waardering van de artsen, maar de samenwerking wordt daar wel beter door. En toen dacht ik van ja, weet je, waarom ook niet? Je kunt maar beter een hele bijdehante verpleegkundige zijn, als een verpleegkundige die niets zegt, laat maar zeggen. Dus ik denk dat het ook echt wel klopt op het moment dat je zelf inbreng geeft. Dan wordt dat van alle kanten gewaardeerd plus nu komen er veel meer dingen uit denk ik uiteindelijk als dat je niks zegt en een beetje antwoord geeft alleen maar. Dat is niet altijd makkelijk hoor. Het is wel belangrijk. Ik vind het wel een hele goede.

*Wel leuk dat je het zelf zo hebt meegemaakt. Dat waren de vragen al.*

Nou, goed.

*Dank je wel voor de leuke informatie en je tijd!*

Ja, graag gedaan.

**Interview 7**

*Nou, zoals je weet zijn we bezig met ons afstudeerproject sturen op ontslag en we hebben natuurlijk een paar dagen meegelopen en naar aanleiding van die dagen hebben wij een hypothese gemaakt en die zal ik je straks voorlezen. Dit duurt ongeveer tien minuutjes en we hebben zeven vragen voor je. Hoe belangrijk vind jij het vroegtijdig sturen op ontslag?*

Ik vind wel, heel belangrijk. Ik denk als je dat aan het begin al wel voor ogen hebt dat je veel dingen sneller gedaan krijgt, omdat je weet wat je nog moet doen en je hebt dan denk ik meteen al vanaf begin af aan het overstijgende beeld van dit is het proces van de patiënt, we zijn nu hier en we moeten daar komen en wat moeten we doen om daar uiteindelijk te eindigen en ik denk als je dat weet dat je dan beter dingen kan plannen en dat je dan kan zien wanneer dingen gedaan moeten worden. Bijvoorbeeld onderzoeken en dergelijke. Maar niet zo belangrijk dat ik helemaal ga pushen van dan is het streefdatum dus dan moet diegene echt weg zijn. Ik vind niet dat het het belangrijkste is, maar ik denk wel als je dat hebt dat je beter de totale zorg aan de patiënt kan geven. Daarnaast is het natuurlijk beter, de patiënt ligt hier niet langer dan nodig en dat is ook weer goed voor het ziekenhuis dan kunnen er weer andere mensen komen. En dan begin je weer van begin af aan. Ik vind het in die zin wel belangrijk, maar niet het belangrijkste.

*Oké. Het heeft niet jouw hoogste prioriteit. Zeg, hoe lukt het jou om dat overstijgende beeld te krijgen.*

Nou, ja, ik probeer wel in de eerste dagen bij patiënten te vragen wat de streefdatum is. Dat doe ik niet altijd, het schiet er ook weleens bij in. Maar verder probeer ik zelf ook wel een beetje een beeld te krijgen van wat heeft iemand en wat moet er gebeuren en wat denk ik zelf wat handig is bij een patiënt om het in gang te zetten en dat ga ik dan overleggen en elke ochtend met de arts. Op die manier probeer ik wel een beeld te krijgen van wat de patiënt nodig moet hebben. En natuurlijk ook het kijken wat verpleegkundigen voor interventies kan starten. En hoe het overstijgende beeld krijg. Ja, door al die dingen wel samen te vatten en daarboven te kijken van dit loopt nu en dat loopt nu en dan krijg ik uiteindelijk een beeld van die zorg moet diegene krijgen en dan kom ik ook ergens.

*Mmm.*

Ik weet niet of dat een duidelijk antwoord is.

*Jawel, maar lukt het jou ook goed om daarmee bezig te zijn?*

Uhm, de ene keer meer dan de andere keer. Dat, soms, wat ik wel eens merk als een patiënt al langer op de afdeling ligt dat ik gewoon mee ga in de zorg. Dat is al zover besproken en ik zie dat dat al besproken is, dat je dan minder er boven op zit van nou wat gaan we nu doen. Wat willen we nog doen bij die patiënt. Waarom moet die hier nog zijn en wanneer kan hij naar huis? Dat doe, dat merk ik dan wel dat ik het dan moeilijker vind, als er zoveel mensen bij zijn geweest en erna hebben gekeken. Wat was je vraag ook alweer?

*Of het jou lukt om…*

O ja, dan lukt het soms niet. Of als er heel veel verschillende disciplines bijkomen dan denk ik ook dat het soms wat ingewikkelder wordt. Dus dat…. Zeg me niet meteen dat het dan niet lukt maar dat het dan wat moeilijker wordt. Ik bedoel, verschillende punten die dan worden gedaan, verschillende disciplines. De een zegt het mag morgen terwijl de andere het daar helemaal niet mee eens is. Dan is het wel belangrijk als je die dingen allemaal stroomlijnt dat je dan uiteindelijk wel tot een punt komt dan. Een streefdatum bijvoorbeeld.

*Is het jou taak om dat te stroomlijnen?*

Uhm… Kijk er is natuurlijk wel een hoofdbehandelaar maar ik denk dat wij wel een groot aandeel hebben ja. Uiteindelijk ben ik niet degene die zegt iemand gaat dan naar huis, dat niet. Maar ik denk wel dat het als verpleegkundige belangrijk is om helderheid te houden. Als jij dat voor je patiënt wil ophelderen, jij bent degene die voor je patiënt staat. Als het ware er een beetje voor praat, dus dan vind ik wel dat je daarin een aandeel hebt, maar uiteindelijk bepaalt natuurlijk de arts wanneer iemand echt naar het ontslag kan.

*Ja. Zeg vind je dat er hier op de afdeling voldoende wordt gestuurd op het ontslag?*

Uhm, niet genoeg denk ik. Als ik het vergelijk met andere ervaringen van andere ziekenhuizen dan gingen we daar heel anders mee om. En daar hadden we een bepaald programma, het was dan wel één of andere pilot, maar daar waren we er meer op gebrand van hé wanneer gaat iemand naar huis en wat moet je ervoor doen. Ik denk dat hier gewoon het soms te vaak afwachten dat de arts het zegt van morgen met ontslag. Ik denk dat je meteen moet zeggen van hé wanneer, waar ga je naartoe werken. Ik denk dat dat anders is dan dat je hoort morgen. En dan moet je nog alles regelen. Maar als hij dan zegt overmorgen gaan we ervoor. Dan ga je niet wachten tot overmorgen dan ga je dan vast dingen regelen. Als je denkt hé overmorgen kan diegene naar huis klopt dat nog, ja dat klopt nog, dan kan ik nu dus ook wel dingen gaan regelen, ja dat kan inderdaad. Want een arts hoeft er niet over te denken van of iemand naar huis kan. Dat is jou taak om te zien hè, moet de zorg herstarten of ik moet juist iets gaan aanvragen. Dus ik denk wel dat het beter kan.

*Maar hoe denk je dat er niet gelijk acties ondernomen worden als dat mogelijk zou zijn?*

Ik denk dat het begin al een beetje is, dat niet iedereen vraagt wat het streefontslag is en ik denk ook wel dat er misschien, er hoeft niet een nieuw formulier te komen ofzo, maar dat je wel op zes een gedeelte hebt van wat moet je allemaal met het ontslag nog regelen. Dus dat je het wel ergens noteert. En dat ook elke volgende dienst weet van oké, de recepten zijn al getekend, de huisarts is er al maar de overdracht mis nog, of de overdracht van fysio is er nog niet. Nou ja dan kan je dat gewoon afvinken en dan weet je het ligt gewoon klaar en als het dan een keer langer duurt dan heb je de papieren wel en dan, ja ik denk dat het daardoor wel meer helder wordt en overzichtelijker.

*Daar is dus nu ook geen formulier voor?*

Nee, of ik werk hier al heel lang en ik weet niet dat het er is. Nee, er is geen officieel, ja, misschien ergens, maar daar werken we verder niet mee.

*Oké. Nou, dat wisten wij volgens mij ook niet.*

O, dat hadden jullie ook nog niet…

*Nee, dat was ons nog niet opgevallen.*

O, daar heb je nog niet naar gezocht?

*Nee. Het is ook grappig want jij bent de eerste die het erover heeft.*

He, weet je wat je vaak ziet bij verpleegkundigen: o, een nieuw formulier. Moeten we weer iets aankruisen, afvinken en dan krijg je toch meteen al dat onze nekharen overeind gaan staan. En ik word er ook moe van want het is gewoon heel veel papier, maar dat hoeft niet eens. Je kan ook gewoon bij zes, je hebt, bijvoorbeeld, je hebt een aantal bladzijden, daar heb je dat witte folietje waar je dat ding in kan doen, die pagina daar achter, daar zet je gewoon ontslagdatum, streefdatum, die zet je onder de dingen die gedaan moeten worden. Zo makkelijk. En iedereen ziet het. En ik denk dat het niet eens zoveel extra werk hoeft te zijn.

*Voor de verpleegkundige zelf?*

Ja. Niet extra papierwerk, nee hoor.

*Dus dat lijkt jou, denk je dat daardoor...*

Ik doe het nu niet omdat niemand het doet en dat is niet zoals het hoort. Eigenlijk moet ik daar ook een beetje, hoe zeg ik dat netjes, dat ik dat gewoon wel doe. Ja. Ik denk dat er heel veel praktische, makkelijke oplossingen kunnen zijn. Dat zou voor mij helpen. Of dat dan ook allemaal gedaan wordt is het tweede natuurlijk. Maar er zijn wel dingen waar van ik denk, dat kan wel beter. En er zijn wel dingen die blijven liggen die kunnen worden opgepakt.

*Wij vinden het heel goed als je zelf met de ideeën komt, want jij zit in de praktijk en jij weet wat je mist. Wie is er volgens jou verantwoordelijk voor het ontslag? De arts of de verpleegkundige? We hebben er een formuliertje bij. Het is eigenlijk gewoon allemaal hetzelfde. Dit is hoe het nu is, de arts, die kun je een cijfer geven of die niet of wel verantwoordelijk is en de verpleegkundige ook. Kun je een cijfer geven van hoe dat nu is?*

Nou ja, eigenlijk ik vind gewoon dat de arts verantwoordelijk is, dus ik vind dan dat hij, kijk wij kunnen wel haar mening veranderen en wij hebben ook onze observaties waardoor het kan veranderen dus het is niet helemaal een 10, dus ik zou zeggen bijvoorbeeld een 8 en voor verpleegkundige vind ik het toch wel een 5 want ik denk wel dat wij toch soms misschien wel meer kunnen dan dat we doen. En dat kan bijvoorbeeld zijn, iemand eerder naar huis brengen of juist dat iemand nog een dagje langer blijft. Dat maakt niet uit. Maar ik denk dat wij soms misschien nog best wel meer uit ons kunnen halen en kunnen dan zien van hé, jongens ik vind dit en dit en ik zie dit met mijn observaties.

*Hoe zou het dan moeten zijn denk je bij de verpleegkundige?*

Nou ja, uiteindelijk, ik denk wel dat de arts een puntje hoger moeten hebben, dus dan zou ik de arts een 9 doen en de verpleegkundige een 8 of zo. Ja.

*Dus je vindt wel dat de verpleegkundige een hoge verantwoordelijkheid heeft dan, in het sturen er op dan.*

Ja. Ja, het moet wel voldoende zijn. Ik vind een 8 wel voldoende. Het is niet dat wij eindverantwoordelijke zijn, maar we zijn er wel verantwoordelijk voor met z’n allen. Eindverantwoordelijke is sowieso altijd de arts, dat wel. Maar ik denk dat wij wel in heel veel dingen het kunnen sturen.

*Ja.*

Ja, dat denk ik eigenlijk wel ja.

*Wij hebben een hypothese, zoals ik als zei en die bestaat uit twee delen. Het eerste deel is: dat er door een verpleegkundige beperkt wordt gestuurd op ontslag doordat er in de eerste plaats verpleegkundige het ontslag weinig of te weinig ter sprake brengen in visites of tijdens het MDO. Wat vind je hiervan?*

Ja, dat heb ik al een beetje gezegd, dat ik dat vind. Heb ik al wel benoemd. Dat vind ik terecht, ja dat is zo.

*Oké. Het tweede deel is dat de anamneses niet volledig ingevuld zijn. En dat daardoor informatie niet of onvoldoende informatie aan de arts gegeven kan worden en dat daardoor het ontslag vertraging oploopt.*

Nou dat… in complexe situaties natuurlijk wel, hè, de mensen die extra zorg moeten hebben of dat al hadden en dat we er dan later pas achter komen dat iemand zorg moet krijgen. Maar ik denk niet dat je dat met de anamnese alleen ondervangt. Het kan ook zijn dat iemand hier zo verslechterd is en dan moet je ook weer dingen starten. Dus ik denk niet dat dat hiervan afhankelijk is. Dat dat een van de grote oorzaken is dat dat zorgt voor vertraging bij het ontslag. Snap je wat ik bedoel?

*Ja, nee ik snap wel wat je bedoelt…*

Ik denk dat, het heeft wel invloed natuurlijk hè, want als jij niet weet wat iemand moet hebben of dat dat allemaal weer tijd kost om dat te achterhalen terwijl als j het in een oogopslag ziet in een anamnese dan kun je dat meteen aan de arts doorgeven. Dat weet je ook meteen wat je in dat traject hebt waar we het over hadden. Dat we het verder in kunnen plannen van dit starten en dat starten. Dat klopt. Maar ja, je hebt wel meerdere factoren denk ik die veel invloed kunnen hebben. Dus ook heb je een anamnese goed ingevuld dan betekent het niet dat iemand geen zorg nodig zou hebben na het ontslag.

*Ja.*

Ik denk, je hebt daar wel gelijk in. Ik denk ook wel dat het dat misschien soms is, al hoewel dat wel verbetert al is, dan in het begin. Ja, dus het kan, of jullie denken nu: huh, dan was het wel heel slecht eerst! Dat kan! Dat kan, want het is gewoon soms, ik merk ook wel dat het bij mij niet altijd mijn hoogste prioriteit heeft. Een anamnese doen. En dat is gewoon wel moeilijk en je weet uiteindelijk van alle dingen die je doet, doe je wel met een reden, maar je hebt wel je lijstje die je van bovenaf naar beneden afwerkt. Ja, en de anamnese staat bij mij toch wel een beetje aan de onderkant. En ja, een infuus starten of anamnese doen natuurlijk. Maar ik denk wel dat dat invloed kan hebben, maar dat er meerdere dingen zijn.

*Maar wat is dan volgens jou de grootste oorzaak waardoor ontslag soms te laat plaatsvindt? Of later dan eigenlijk nodig zou zijn?*

Nou, ik denk dat, net als bij de eerste, ik weet niet hoe die eerste ook al weer ging?

*Ja, over dat het niet ter sprake wordt gebracht.*

Ja, als je het al niet ter sprake brengt in een gesprek dan ben je er dus ook niet al mee bezig in je hoofd. Kijk, ondanks dat ik geen anamnese bijvoorbeeld doe, of dat die er niet is zegt niet dat ik er niet al mee bezig ben en dat je het wel plant dat je het op een gegeven moment wel een moet gaan vragen want dan komt de datum eraan en dan wil ik het klaar hebben. Dus ik denk dat dat, als het daar niet al begint en de anamnese is een hulpmiddel daar bij, maar als het daar al niet begint, dan loopt het gewoon vast, op een gegeven moment. Dan loopt het vast en dan kan het wel weer verder, maar dan loop je dus wanneer het vastloopt vertraging op, wanneer dat niet nodig zou moeten zijn. Is dat duidelijk?

*Ja, ik denk het wel. He, ik heb als laatste nog een stelling. Die hebben we ook naar aanleiding van het MDO opgesteld: dat is een verpleegkundige…*

Long of intern?

*Uhm, allebei, ja intern heb ik er helemaal bijgezeten en long zat ik ook bij een verpleegkundige. Een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra zij besluit inspraak te hebben. Daar mag je op reageren.*

Als zij besluit inspraak te hebben… ja, ik denk het wel. Niet dat… ja… er worden soms ook wel dingen, de arts vraag soms wel eens dingen, maar sommige zitten er ook voortdurend voor spek en bonen bij.

*Dus je bent het er eigenlijk wel mee eens?*

Ja, ik denk wel dat je gewoon moet starten met je verhaal en zeggen wat jou observaties zijn als verpleegkundige en dat moet je gewoon meteen benoemen. Anders doe je niet echt mee aan het MDO. Maar soms wordt het ook wel gevraagd hoor, niet altijd. En waar staat hij ook alweer? ‘een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra zij besluit inspraak te hebben’… ja, ik snap hem, ik weet wel welk punt je bedoelt. Maar het gaat natuurlijk niet altijd op.

*Nee, het gaat niet altijd op?*

Als artsen vragen: hoe gaat het met de intake of hoe ziet dat been er nou uit? Weet je we, dat wel. Maar inderdaad, we zitten heel vaak erbij en ons verhaal brengen we niet in. Terwijl ik denk van ja, bijvoorbeeld nou merk ik dat het long MDO gaat mij makkelijker af dan de interne. Maar bij long start ik gewoon met mijn verhaal, met mijn observaties, weet je dus als je dat niet doet, dan heb je misschien, dan kan je misschien geen inbreng hebben. Dat kan. Absoluut.

*Maar jij doet dat dus wel?*

Ja, ik probeer dat wel, intern gaat moeilijker.

*Want…*

Het gaat heel snel, het zit er overvol, je begint je verhaal gewoon maar de helft luistert niet, het is meer niet gehoord worden daar dat ik denk ja jongens, dat ik het wat vervelender vind, soms ook moeilijker en dan wordt er meteen snel doorgegaan als je met je verhaal bezig bent. Dan voel je ook niet echt in je waarde gelaten als verpleegkundigen. Ik denk dat het daar wel een beetje mee te maken heeft. Maar long, ja, misschien dat ze mij daar ook een beetje kennen ondertussen nu. Maar ik geef gewoon mijn verhaal en daar zijn ze dan wel geïnteresseerd naar. Ik weet gewoon wat ik moet zeggen en dat is ook een waarde voor hun.

*Is dat bij interne, laat je daar ook wel eens informatie achterwege?*

Nee dat niet. Nee, ik heb wel, dat heb ik wel meerdere keren gehad. Dat iedereen dan klaar was en dat ik dan zei ja die persoon heeft al wel twee dagen geen ontlasting meer gehad. Wat Jullie ermee doen weet ik niet maar dan heb ik het in ieder geval gezegd. Dat doe ik dan zo, want ik wil er dan tussen komen maar dat lukt dan niet. Maar ik wil het dan nog wel benoemen en of het dan wel belangrijk is met die x-thorax en dat onderzoek en dat onderzoek, labwaarden en alle belangrijke verhalen maar ik wil dan wel m’n ding kwijt want ik kan dan geen visite meer daarna lopen. Dus als ik nu niks meer kan bespreken dat betekent dat het het weekend overgaat dus dat probeer ik dan niet. Maar dat is niet altijd even gemakkelijk hoor. En hoe dat komt, ik denk dat het toch wel komt omdat…. (kijkt naar de videorecorder)

*Je naam komt nergens hè?!*

Nee, maar bepaalde internisten kunnen heel snel doorgaan maar ook het gevoel geven dat jij niet belangrijk bent of dat soort dingen, of dat je niet eh… dat je als je niet sterk in je schoenen staat dat je daar dan heel erg onzeker van wordt. Dat had ik de vorige keer ook dat ik eruit ging en dat ik toen echt een rotgevoel had. MDO’s zijn de dingen die ik heel leuk vind omdat ik dan ook veel kan leren weer, maar dan krijg je er echt op deze manier een rotgevoel van. Als ik het goed wil opschrijven en ik vraag het dan na dat ze zeggen, nee we zijn nu al bij de volgende patiënt, we gaan het er niet meer over hebben. Dan denk ik ja jongens, als we het allemaal goed willen blijven doen dan moeten jullie me ook de kans geven om het goed op te schrijven anders gaat het nu al fout. Dus, ja dat, dus als je net afgestudeerd bent dan is dat wel…

*Spannend?*

Ja, haha. Nou ben ik natuurlijk al weer een tijdje afgestudeerd...

*Maar dat merk je dan ook wel hoe je zit in de visite?*

Ja, een hele verandering wel. Dat moet je ook leren hè? Je kan op school alles leren maar echt het klinisch redeneren, dingen bekijken en weten wat je moet zeggen wanneer je echt goed moet opletten dat leer je allemaal tijdens je werk.

*Ja. Ik denk dat we wel het meeste hebben. In ieder geval bedankt.*

**Interview 8**

*Dit is voor ons afstudeeronderzoek over sturen op ontslag. Waarvoor we de vorige keer meegelopen hadden. We hebben zeven vragen en we proberen het in 10 minuten.*

Kom maar op.

*We nemen het op, maar dat is alleen maar om het voor onszelf uit te typen. Je naam wordt niet…*

Geen moeite mee, je mag het ook wel voor publiciteiten gebruiken, dat maakt echt niet uit, als ik er maar wel geld voor krijg. Een cent per minuut of zo.

*Nou, dan noemen we je naam niet. (lacht) Hoe belangrijk vind je het vroegtijdig sturen op ontslag?*

Uhm, ik denk niet dat ik daar een belangrijkheid aan kan verbinden. Omdat het soms in sommige situaties gewoon heel erg lastig is. We hebben natuurlijk voor het grotere deel de oudere patiënt waar gewoon heel veel problematiek in meespelen en niet alleen maar de opname reden. Want wat we natuurlijk heel vaak zien is dat we de opnamereden wel behandeld hebben en dat de patiënt daarom medisch uitbehandeld is, maar dan blijkt het opeens dat ze toch nog zelfstandig thuis wonen, totaal nog geen zorg krijgen, familie eigenlijk niet echt inzichtelijk is of niet echt behulpzaam is om te helpen of eigenlijk gaan eisen dat ze naar een verzorg- of verpleeghuis moeten. Dus ja dan kun je wel zeggen, ik vind het heel belangrijk dat ze op tijd gaan insturen op het ontslag, maar soms kan dat ook gewoon niet omdat je dan het plaatje nog niet inzichtelijk hebt. Omdat je dan ook familie pas twee dagen later spreekt. En ook natuurlijk ook dat de artsen soms, dan hebben wij dat van te voren als verpleegkundigen natuurlijk wel nagevraagd, van hoe is dat thuis en hoe gaat dat dan en heeft u nog hulp nodig, dat probeer je natuurlijk wel zo snel mogelijk inzichtelijk te krijgen en dat een arts natuurlijk in eerste instantie heel hart is, van nou dat probleem is opgelost, dat is een bestaand probleem voor de huisarts maar oplossen, totdat de familie natuurlijk op hun nek zit te hijgen en dan gaan ze daar toch maar in mee. Met andere woorden kunnen wij natuurlijk alles weer als verpleegkundigen gaan organiseren dat dat plekje geregeld is. Dus dan wordt het allemaal weer uitgesteld. Dus wat we heel veel zien is dat we wel een ontslag in zicht hebben of een datum daaraan of een streefdatum daar aanvast hebben gezet, maar dat dat heel vaak gewoon niet haalbaar is. Toevallig heb ik nu ook al weer een casuïstiek van een patiënt die ineens een insult heeft krijgt terwijl hij nog nooit geen neurologische afwijkingen heeft gehad. Dus voordat dat plaatje weer helemaal goed geanalyseerd is hebben we nu al drie keer de ontslagdatum moeten verplaatsen. Dus ja, ik kan daar niet echt wat… Kijk de vraag: belangrijkheid aan verbinden. Ik vind het gewoon belangrijk dat je het totale plaatje netjes afsluit en afrond voordat je een patiënt met ontslag stuurt. Dat vind ik belangrijk.

*En hoe uit zich dat dan?*

Ja, dat je dus wel het totale plaatje inzichtelijk houdt en niet alleen maar naar die opnamereden kijkt maar naar je totale patiënt kijkt, en vooral dat het de ouder wordende patiënt is heb je niet alleen maar bijvoorbeeld een urinewegprobleem. Heel vaak ook een longprobleem, heb je ook heel vaak een geestelijk probleem. Dus vooral nu dat we d geriater heel veel in kunnen zetten hebben we daar natuurlijk wel wat meer ja, wat meer effect in dat dat sneller georganiseerd wordt zeg maar, dat dat plaatje helemaal compleet duidelijk is.

*Vind je dat er op de afdeling voldoende wordt gestuurd op ontslag?*

Nee, maar dat is eigenlijk weer om terug te komen, de tunnelvisie van de artsen. Dat is het probleem, dat gaan we oplossen. En niet wat voor patiënt heb ik en wat is het totale plaatje, en hoe kunnen we zorgen dat het totale plaatje zo snel mogelijk in kaart te brengen en dus ook zo snel mogelijk af te kunnen sluiten.

*Dus dan gaat het erom dat de patiënt zo snel mogelijk naar huis gaat?*

Nou ja, wat je zegt, als de arts natuurlijk alleen maar hetgeen waarvoor een patiënt binnenkomt en dat behandelen en niet naar de rest kijkt, kan je daar natuurlijk ook geen goed ontslagbeleid op zetten.

*Nee.*

Omdat je vanaf het begin af aan eigenlijk al verkeerd begint.

*En verpleegkundigen? Hoe zijn die er mee bezig?*

Ik denk dat het eigenlijk altijd wel bij ons vandaan komt. Omdat wij de patiënt natuurlijk en meer spreken, meer zien, meer kunnen observeren en natuurlijk ook meer gesprekken met familie hebben. Dus het komt eigenlijk altijd wel bij ons vandaan en nooit van een arts. En een arts kan natuurlijk wel zeggen ik wil dat de patiënt over drie dagen naar huis gaat, maar die heeft dan nog niet natuurlijk, zoals wij dat bijvoorbeeld, een gesprek met de familie gehad of het thuis ook ja, de ja of de nee, of dat er andere dingen geregeld moeten worden, ja of de nee, en die gesprekken hebben wij natuurlijk met de patiënten en familieleden. En de arts natuurlijk niet.

*En denk je dat die gesprekken er altijd zijn?*

Nee, dat is maar net afhankelijk welke verpleegkundige er werkt. En hoe je in je werk staat.

*Ja, dat verschilt wel.*

Ja.

*Ik heb ook nog een formuliertje gemaakt over de verantwoordelijkheid. Dit is dat van de arts. Hoe verantwoordelijk vind je die nu bij het sturen op ontslag en hoe verantwoordelijk vind je de verpleegkundige? Je zei net al dat er een verschil in zat.*

Ik denk dat verantwoordelijkheid vind ik altijd bij de artsen vandaan komen want die moeten het beleid bepalen en het beleid is natuurlijk ook de ontslagdatum in gang zetten en niet de verpleegkundige. De verpleegkundige is natuurlijk degene die het moet uitvoeren en niet moet bepalen. Dus als je nu verantwoordelijkheid of ze dat nemen of niet, bedoel je dus nu?

*Ja.*

Dan vind ik de artsen dus nu een beetje middelmatig, een beetje 4, 5 zitten. En wij als verpleegkundige meer richting 7, 8 omdat we het wel elke keer aangeven, joh, dit klopt nog niet, of dat moet nog gebeuren of dit moet nog gedaan worden. Maar het hoort officieel andersom te zijn, dat een arts dat eigenlijk al in eerste instantie al sneller voor zichzelf inzichtelijk maakt en organiseert en ons daar de uitvoerende rol in geven. Van joh, dit en dit moet geregeld worden of dat en dat moet geregeld worden en dan en dan mag de patiënt naar huis. Dus wij nemen nu meer de verantwoording, terwijl de arts, vind ik, die verantwoording meer zouden moeten hebben. Snap je?

*Ja, ik snap hem. De arts moet zelf verantwoordelijk zijn?*

Nou, dat vind ik eigenlijk wel. Want het is gewoon een medisch, het hoort bij het medisch behandelplan. Een ontslagdatum in gang zetten, of vastzetten.

*Ja, het hoort bij het werk.*

Nou, het hoort bij de medische taken, niet bij de verpleegkundige. Wij kunnen natuurlijk niet gaan zeggen de patiënt moet over twee dagen naar huis. Of ik vind dat de patiënt over drie dagen naar huis gaat. Dat vind ik een artsenactie.

*Ja, dat die dat moet bepalen.*

Ja, en hij moet ons daar de uitvoerende rol in geven hoe wij dat moeten gaan organiseren.

*Ja. Oké. Ik zei al dat we een hypothese gemaakt hadden. We hebben ook gekeken wat verpleegkundigen kunnen verbeteren. De hypothese bestaat uit twee delen, het eerste deel zal ik even voorlezen: er wordt door verpleegkundigen beperkt op ontslag gestuurd doordat in de eerste plaats verpleegkundigen het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens visites en MDO’s.*

Kun je hem nog een keer herhalen?

*Er wordt door verpleegkundigen beperkt op ontslag gestuurd doordat in de eerste plaats verpleegkundigen het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens visites en MDO’s.*

Dus dan wordt de verantwoordelijkheid bij de verpleegkundige neergelegd in jullie hypothese. Is dat correct?

*We hebben gekeken wat de verpleegkundige erin kan veranderen inderdaad.*

Ja. En wat wil je daarmee vragen? Wat ik vind van de hypothese?

*Ja, wat je daarvan vindt.*

Ja, kan ik natuurlijk terugkomen op hetgeen wat ik net zei. Ik vind dat het plaatje hoort bij de medische behandeling en de arts is verantwoordelijk voor de medische behandeling en niet de verpleegkundigen. Dus ik vind, natuurlijk moeten wij daar wel in mee kunnen denken en mee kunnen sturen. Net zoals wij dat ook in een medische behandeling meesturen en meedenken en ook tips aangeven, van joh, is het niet slim om de medicatie daar en daarin aan te passen of om het infuus te verlagen of te verhogen omdat ik zie dat iemand te weinig of teveel plast. Natuurlijk hebben wij daar een sturende rol in en moeten wij ook die informatie natuurlijk verschaffen aan de arts. Maar de arts blijft gewoon eindverantwoordelijke voor het medische totaalplaatje. En daar hoort het ontslag ook bij.

*Dus het is dan ook niet de taak van de verpleegkundige om…*

Om op een ontslag te sturen?

*Om te zeggen of te vragen of een patiënt naar huis kan bijvoorbeeld?*

O, jawel hoor, natuurlijk, dat mag wel. Die sturende rol mogen we absoluut wel op ons nemen. En misschien mogen we dat ook nog wel meer op ons nemen. Maar het definitieve bevestigende rol is voor de arts. Die verantwoordelijkheid.

*Dan hebben we ook nog een deel twee en dat gaat over de anamneses. We hebben gezien dat die niet altijd niet volledig ingevuld worden en dat er daardoor soms niet de informatie aan de arts gegeven kan worden. Dat heeft dan ook weer de kans dat het ontslag vertraging oploopt. Herken je dit?*

Absoluut. Daar vind ik niks meer op te antwoorden dan alleen maar absoluut.

*En weet je ook hoe het komt dat die niet wordt ingevuld?*

Tijdgebrek en personeelsgebrek. Het liefst wil je zo snel mogelijk en zo veel mogelijk zorgvuldig je werk af kunnen ronden, maar dat lukt gewoon niet. Je hebt gewoon de tijd er niet voor om rustig voor zes patiënten het totale plaatje netjes per dienst allemaal af te sluiten. En daarom is het aan de ene kant ook maar goed dat je natuurlijk een 24-uurs functie hebt. Dat je overgedragen kan worden en dat collega’s dat over moeten kunnen nemen, maar dan is onze afdelingen nog steeds te hectische n te druk om dat te doen. En dan de administratie komt dan altijd op de lange baan. Want aan het bed wordt, dat gaat gewoon voor. Dat krijgt altijd de prioriteit. De patiënt belt wel, de familie vraagt wel en je papierwerk blijft altijd liggen. Dat zal ook altijd blijven liggen.

*Dus het is vooral door de werkdruk.*

Ja, en personeelsgebrek, je kunt natuurlijk wel een hoge werkdruk hebben, maar als je het personeel daarop inzet is er natuurlijk ook nog niks aan de hand. Dus een hoge werkdruk is niet er. Als je maar genoeg personeel hebt. En ook kwalitatief goed personeel hebt, dat is natuurlijk ook nog een probleem.

*Ja. Dat heb je ook nodig. Als laatste hebben we nog een stelling en die hebben we gemaakt naar aanleiding van de MDO’s. Een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra ze besluit inspraak te hebben. Wat vind je daarvan?*

Even op me in laten werken hoor. Een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra zij besluit daar inspraak in te hebben.

*Ja, zodra ze besluit inspraak te hebben.*

Nee, een verpleegkundige heeft altijd inspraak. Natuurlijk moet het wel vanuit jezelf komen want anders komt er natuurlijk ook geen woord uit je mond. Maar dat is wel je verantwoordelijkheid als verpleegkundige zijnde. Anders moet je bij de Albert Heijn gaan werken. Dus het is niet zo van ik heb vandaag een goede dag dus ik vind van mijzelf dat ik vandaag die inspraak heb, dus dan kan ik dat doen, maar de dag daarna heb ik een slechte dag dus dan ben ik van mening dat ik het niet doe, dus dan doe ik het maar niet. Toch? Zo bedoelen jullie het toch? Of niet? Die stelling?

*Nou, we hadden hem vooral naar aanleiding van het MDO dat we zagen als verpleegkundigen minder zeiden dat ze ook geen vragen werden gesteld. En als de verpleegkundige wel die inbreng had, dan had ze dat dus wel.*

Ja. Ja, dat is natuurlijk ook wel echt. Ja, ik weet natuurlijk ook een beetje wel waar je o doelt natuurlijk. Dat dat ook echt wel afhankelijk is van de verpleegkundige. De ene verpleegkundige staat meer op haar strepen of die geeft meer dingen aan van joh, dit moet gewoon gestopt of dat moet gewoon aangepast worden want… en de andere verpleegkundige luistert gewoon heel lief en die voert de opdrachten van de arts uit en geeft voor de rest zelf niks aan. Ja, de ene verpleegkundige denkt veel meer mee in het beleid en ook natuurlijk uitgestippeld naar de aankomende periode toe en een andere verpleegkundige die heeft de tunnelvisie van vandaag heb ik dit probleem dat moet opgelost worden en morgen zien we wel weer. En die denkt ook niet mee in het beleid. En dat verschil zal je denk ik ook wel altijd blijven houden. Want de een heeft gewoon meer kennis en ervaring dan de ander. Maar dat kan absoluut wel verbeterd worden.

*Hoe denk je dat dat verbeterd zou kunnen worden?*

Beter inwerken en ik denk ook de hiërarchie tussen artsen en verpleegkundigen proberen te minimaliseren. Want er zijn toch nog zat verpleegkundigen die denken van dat is de dokter, die staat boven mij, en daar kan ik niet zomaar iets tegen zeggen, want dat is de dokter. En er zijn natuurlijk ook verpleegkundigen die daar waarschijnlijk gewoon een beetje maling aan hebben als ik mezelf mag benoemen en die gewoon de opdracht eigenlijk tegen de arts aangeeft. Natuurlijk wel onderbouwt, maar dan laat je wel zien dat je die kennis hebt en dan weet je, dan gaan ze er ook meestal wel mee akkoord. Maar ja, als jij je kennis niet laat weten of niet je ervaring daarin laat meespelen, dan zal een arts daar natuurlijk ook geen sjoegel van kunnen vin.. weetje, die weet dat dan ook natuurlijk niet. Die vraagt dan alleen maar de standaardvragen van: hoe gaat het? Hoe gaat het met eten, hoe gaat het met drinken, ontlasting, blabla. Dan geef je daar gewoon netjes je antwoord op. Maar als je bijvoorbeeld niet aangeeft van joh, weet ik veel verzin maar wat leuks.

*Iets wat buiten die vragen ligt.*

Ja, maar dat je wel het totale plaatje van die patiënt wel inzichtelijk maakt zodat de behandeling natuurlijk wel aangepast kan worden en sneller verscherpt, sneller verandert kan worden waardoor een ontslag natuurlijk ook sneller in gang gezet kan worden.

*Dus dat zie je dan wel dat die stelling…*

Ja, er zou absoluut nog wel wat verbetering in kunnen plaatsvinden natuurlijk. Hoe verpleegkundigen daarin staan.

*Dit waren de vragen. Bedankt!*

Dat was zeker snel.

**Interview 9**

*We nemen het op, maar dat is vooral voor ons, zodat wij het kunnen uittypen. Zoals je weet doen wij een onderzoek naar sturen op ontslag. Wij hebben twee weken geleden een paar dagen meegelopen op de afdeling en naar aanleiding daarvan hebben we een hypothese opgesteld en die zal ik je strakjes ook even voorleggen. Dit duurt ongeveer 10 minuutjes, een kwartiertje op z’n hoogst en ik heb zeven vragen voor je. Allereerst vraag ik me af hoe belangrijk jij het vroegtijdig sturen op ontslag vindt.*

Dat is op zich wel lastig. Als het maar niet te vroeg gebeurt. Dat is mijn angst soms een beetje. We willen wel naar een snel ontslag toe, maar gaat het dan niet te snel? Ik vind het gewoon heel belangrijk dat mensen gewoon goed behandeld zijn en als het kan dan zo snel mogelijk het ontslag.

*Ja. Maar vroegtijdig is natuurlijk niet hals over kop met ontslag, maar meer dat je er vroeg mee begint, zeg maar, met het regelen bijvoorbeeld.*

Ja, je moet op dag een al kijken naar de dingen die we moeten doen bij patiënten en daar op tijd mee starten.

*En doe je dat zelf ook?*

Niet in alle gevallen. Ik probeer er wel heel erg aan te denken maar soms dan schiet het er wel bij in.

*Oké, en hoe komt dat dan?*

Meestal bij de patiënt waarvan ik denk van, nou die liggen hier toch wel een tijdje, als je gewoon weet dat het

Een langdurig proces gaat worden, dan wacht je wel wat meer. Onbewust.

*Oké, en hoe ben je verder nog bezig met ontslag? Ben je verder nog bezig met ontslag?*

Ja, met name tijdens de visites dat ik zeg van hé, wat moet er nog gebeuren bij die patiënt en naar welke streefdatum kunnen we toe gaan?

*Dat durf je wel te vragen?*

Ja hoor.

*Vind je dat er gewoon op de afdeling voldoende wordt gestuurd op ontslag?*

Niet altijd, het ligt er ook een beetje aan wie er werken, de een is er wat meer op gefocust dan de ander, in elk geval artsen. De ene dag zijn ze er heel druk mee bezig en de andere dag wat minder, maar over het algemeen wordt er wel naar gekeken.

*Er wordt wel naar gekeken. Ook wel voldoende vind je?*

Ja, dat kan altijd beter.

*En weet je hoe het beter zou kunnen?*

Blijf benoemen. Ik denk dat dat de beste manier is. Het gewoon uitspreken van oké, waar staan we nu en wat is het streven.

*Oké. Zeg, wij hebben een schemaatje gemaakt en we vroegen ons af wie het meest verantwoordelijk is of wie verantwoordelijk is voor het ontslag en hoe verantwoordelijk? Dit is de arts en die mag je een cijfer geven tussen de een en de tien en de tien is hoe verantwoordelijk hij is. Begrijp je wat ik bedoel? En dat mag je ook voor de verpleegkundige doen.*

Ja, ik denk allebei even verantwoordelijk. Je gaat allemaal over de patiënt. Kijk als verpleegkundige zie je de patiënt het meest, die de informatie aan de arts geeft. Ik denk wel dat we even verantwoordelijk zijn.

*Oké, leuk dat je dat zegt. En is dat ook zo nu? Of vind je dat het zo zou moeten zijn?*

Nou, dat komt ook wel aardig overeen. Dat komt wel van beide kanten af.

*Wij hadden een hypothese zoals ik al zei. Die wil ik je even voorlezen. Hij komt voort uit de MDO’s waar wij bij hebben gezeten. Het is: er wordt door verpleegkundigen beperkt op ontslag gestuurd doordat in de eerste plaats de verpleegkundigen het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens de visites en MDO’s. Wat vind je ervan als ik dat zeg?*

Ik kan me er wel in vinden, ja. Ook wel wat ik daar straks zei, vaak ook patiënten waarvan je denkt dat het wel een tijdje gaat duren dan benoem je het niet vaak genoeg. Terwijl misschien als je het wel zou benoemen dat je dan toch, al zou er maar een dag af kunnen, dat scheelt toch.

*En vind je dat dan vooral voor je zelf of heb je het dan over de hele afdeling?*

Nee, in z’n algemeenheid.

*En hoe vind je dat dan voor jezelf? Vind je zelf dat je het voldoende doet?*

Het kan ook altijd nog wel wat meer. Ik zou het vaker kunnen doen.

*Maar het meeste wat jou belemmerd is dat het dan gewoon nog niet aan de orde is?*

Gewoon dat het nog niet aan de orde is en je krijgt ook niet echt altijd de respons van de arts.

*En hoe bedoel je dat dan?*

Nou dat ze zeggen van: daar zijn we nog niet aan toe. Aan het ontslag, dus laat ook maar even.

*Oké, dus ook geen streefdatum dan?*

Nee, en als je een beetje door blijf vragen, uiteindelijk krijg je dat wel hoor, maar dat moet je wel durven.

*Is dat spannend?*

Soms wel, soms dan voel je jezelf een zeikerd.

*Ik heb ook nog een tweede deel van de hypothese. Dat is dat de anamneses vaak niet volledig ingevuld zijn en dat er daardoor niet voldoende informatie aan de arts kan worden gegeven waardoor het ontslag mogelijk vertraging oploopt. Herken je dit?*

Ja, klopt. Anamneses moeten binnen 24 uur worden ingevuld en het gebeurt dat er twee, drie dagen later er nog niets staat. En zeker dat stukje thuiszorg wat dan eigenlijk voor het ontslag het meest belangrijk is.

*En weet je waardoor het komt dat het niet gebeurt?*

Ik denk dat het niet prioriteit heeft eigenlijk. Het zou wel moeten, want dat kan je gewoon ontslagdagen schelen. Dat ze zoiets hebben van eerst gewoon de patiënt en dan de zorg, de directe zorg en dan komt dat wel. Terwijl het net zo makkelijk tijdens de zorg te vragen is. Dan hoeft het geen extra tijd te kosten.

*Ik heb nog een stelling, als laatste. Dat is: een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra zij besluit inspraak te hebben. En dan heb ik het over het MDO of de visites, maar eigenlijk met name het MDO.*

Nou, tijdens de visites dan heb je alle inspraak, dan zit je gewoon een op een. Tijdens het MDO moet je soms wel echt je best doen om ertussen te komen. Zeker als je vragen hebt die niet op het lijstje van de arts staan, want ze hebben natuurlijk hun eigen beeld van de patiënt en de dingen die zij willen weten, maar je hebt natuurlijk ook de dingen die je zelf wilt weten. En daar moet je dan wel voor vechten ook, je moet wel je mond open durven doen.

*Ja, doe jij dat?*

Ja.

*Het is niet dat je dingen achterwege laat?*

Nee, ik zeg dan even tussendoor: ik heb ook nog een vraag.

*Oké, dit was het dan. Heel erg bedankt voor je tijd.*

Graag gedaan, geen probleem.

**Verbatim 10**

*Dit interview nemen we even op zodat we het dan makkelijk terug kunnen luisteren en uit kunnen typen, maar we nomen verder geen namen of iets dergelijks. We doen een afstudeeronderzoek naar het sturen op ontslag en daarvoor hebben we ook een paar weken geleden meegelopen. We hebben toen geobserveerd. We hebben zeven vragen voor je en het duurt ongeveer tien minuutjes. En de eerste vraag is hoe belangrijk vind j ij het vroegtijdig sturen op ontslag?*

Vroegtijdig sturen op ontslag is belangrijk, maar soms is het voor een patiënt te snel. Weet je, soms is de patiënt niet echt zeker dat het thuis gebeurt. Dan is het voor de patiënt zelf een beetje snel, vind ik hoor. Maar als de patiënt de gelegenheid krijgt om het op te knappen en dan naar huis te gaan, dan vinden ze het zeker… want het gaat meer om de economie, hè, het gaat om geld, mensen moeten snel naar huis gaan, nieuwe patiënten aannemen enzo. Dus dan, daar draait het meer om, denk ik hoor.

*Dus het is vooral het financiële…*

Het financiële, voor de artsen, voor het ziekenhuis. Want vroeger had je dat niet hè, dat mensen zo snel naar huis gingen. En nu is het anders natuurlijk. Sommige patiënten vinden het ook fijn om zo vlug naar huis te gaan. Dan zeggen ze altijd van oost west, thuis best, hè? Dus het heeft twee kanten, de financiële kant, en de andere kant voor de patiënt zelf. Hoe die het vindt. Het is wisselend wel, hoor.

*Je ziet ook wel voordeel voor de patiënt.*

Ja wel, ja, ja, ja. Sommige mensen willen echt niet in het ziekenhuis opgenomen worden. Maar ja, als het moet dan moet het hè, dan willen ze zo snel mogelijk weer naar huis gaan. Als ze nog thuis kunnen opknappen op een redelijke manier. Dat is voor de patiënt, ik vind er moet altijd gekeken worden van wat vindt de mevrouw of de meneer, de patiënt. En daarna naar huis sturen.

*Dus patiëntgericht?*

Ja, het moet wel patiëntgericht zijn.

*En hoe ben jij daar dan mee bezig, met het sturen op ontslag?*

Nou, vanaf de opname al dan zie je welke ziektebeeld iemand heeft. En dan begin je de arts te vragen van hoe lang gaat het duren, het herstel. En dan vraag je de arts om alvast te gaan plannen de vermoedelijke ontslagdatum. Vandaar dat dat de laatste weken dat veel gedaan wordt en we worden ook gestimuleerd erin, om zo snel mogelijk een ontslagdatum te weten.

*En door wie wordt je daar dan in gestimuleerd?*

Nou, de leiding. En ja, de leiding, het komt meer van bovenaf. Om het op tijd te weten. Dus eigenlijk ontslag begint al bij de opname.

*Al meteen.*

Ja.

*Vind je dat er genoeg gestuurd wordt op het ontslag?*

Jawel, ja, ja, ja, ja. Tijdens werkbespreking en de vergadering, daar wordt er wel aandacht aan gegeven. Als het niet goed gaat dan wordt het gezegd en als het goed gaat dan zeggen ze van ja, het gaat wel goed. Dat geldt ook voor het ontslag.

*We hebben ook een vraag over de verantwoordelijkheid van het ontslag. Wie is daar verantwoordelijk voor volgens jou? De arts of de verpleegkundige?*

Ik denk beide zijn verantwoordelijk, hoor. Want de patiënt is eigenlijk voor de arts hè, want die neemt hem op om eigenlijk te behandelen en de verpleegkundigen die dragen ook verantwoordelijkheid om mee te werken aan de behandeling, hoe het verloopt. Als ik deze moet invullen, even kijken hoor, nou ik denk een 9.

*En de verpleegkundige?*

Ja, een 7.

*En is dat ook hoe je het zou willen zien?*

Uhm... nou, ik, ja, hoe ik het zou willen zien? Uhm... dat moet eigenlijk op gelijke voet zijn. Het moet 9 worden. 9, 9, zijn verre van hoor, want ja, jij doet de zorg en ze spreken de behandeling af.

*Dus de verpleegkundige mag dan nog wel wat meer verantwoordelijkheid nemen?*

Ja, dat denk ik ook wel, maar dan moet ze altijd ook toestemmen. Als een verpleegkundige iets aandraagt en dan moet de arts het bekijken van is het wel goed? Ja, medewerken. Ja, eigenlijk het is moeilijk om een rechte lijn te trekken van deze is meer verantwoordelijk dan deze, ja, dat is best wel moeilijk.

*Omdat dat ook het samenwerken is?*

Ja, van, door de samenwerking, er moet een goede samenwerking zijn. Maar ja, je voelt je toch wel verantwoordelijk hoor, want de behandelend arts die geeft zijn behandeling en jij probeert ook daaraan mee te werken. En dat de patiënt goed herstelt, dat als de arts iets afspreekt dat je het dan ook uitvoert. Dat de opname niet langer duurt dan het nodig is.

*Toen wij hier aan het observeren waren hebben we ook bekeken wat verpleegkundigen kunnen verbeteren. We hebben een hypothese opgesteld en die bestaat uit twee delen. Ik zal even het eerste deel voorlezen: er wordt door verpleegkundigen beperkt op ontslag gestuurd doordat in de eerste plaats verpleegkundigen het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens visites en MDO’s. Wat vind je daarvan?*

Ja, dat kan. (lacht) ik herken het soms wel, want vaak is de arts toch gefixeerd op het afspreken van onderzoeken en voordat je de uitslag van een onderzoek krijgt en zo, weet je wel. Dan is de arts daar denk ik meer op gefixeerd. Een oplettende verpleegkundigen die vragen daar gelijk natuurlijk naar: ja wanneer is de uitslag bekend, zodat de mevrouw kan weten, zodat ze naar huis kan gaan, weet je wel. Wij moeten dat inderdaad steeds herinneren aan de arts. En als een niet-oplettende verpleegkundige, die herinnert er niet aan. Dan zal het langer duren, ja, dat is wel zo.

*Dat zie jij dan ook. Het tweede deel van de hypothese, dat gaat over de anamneses. We hebben gezien dat die vaak niet volledig zijn ingevuld en daardoor kan er geen volledige informatie aan de arts gegeven worden en kan het ontslag ook vertraging op lopen. Wat vind je daarvan?*

Dat is inderdaad zo ja. Bij opnames, ja weet je, het heeft ook wel met werkdruk te maken, hoor. Als er soms veel opnames komen ’s avonds dan, soms krijg je wel 4, 5 opnames op een avond, dan heb je de neiging om alleen de bijzonderheden van de patiënt te vragen en dan hoop je dat de volgende ochtend, de dagdienst, dan tijd zal maken om verder de anamnese af te nemen. En als de dagdienst het ook druk heeft, dan wordt het een dag later.

*Ja, dan komt het weer bij jou in de avonddienst.*

Precies. Sommige anamneses kun je niet met de patiënt opnemen, maar met de familie. Dus dan doe je het soms in de avond als de familie aanwezig is. Of dan moet je bellen. Dus, ja, het kan gebeuren.

*Dat de anamneses niet altijd ingevuld worden dat heeft dus vooral te maken met de werkdruk?*

Ja, dat vind ik hoor, persoonlijk. Ja, werkdruk. Maar het moet eigenlijk wel, je moet niet altijd hameren op de werkdrukte, maar je moet het toch doen. En de wil is aanwezig, maar ja, soms zijn de middelen beperkt.

*Mooie zin. Als laatste hebben we nog een stelling, dat gaat over de MDO’s. Een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra ze besluit inspraak te hebben.*

Uhm, even kijken. Als, ja, ben ik mee eens omdat de arts dan tijdens MDO, dan geven ze wat voor ziektebeeld en overleggen ze hoe iemand verder behandeld moet worden en zo, en als de verpleegkundige niet veel inbrengt, dan gaat de MDO, dan doet de arts bijna alleen dat hele MDO. Maar als verpleegkundige moet je dan wat jij ziet bij de patiënt en wat jij vindt, moet je dan tussendoor aangeven, want anders dan gaat de arts door. Jij moet eigenlijk ook een beetje stoppen om te zeggen, ja, jij hebt ook wat te zeggen.

*En vind je dat dan moeilijk?*

Hier op deze afdeling? Nou ik ben pas hier op deze afdeling en ik moet nog wennen aan die artsen hoe ze dingen doen. Daar moet ik nog aan wennen. Bij het vorige ziekenhuis waar ik was, was er een hele leuke arts en ja, je hebt zo’n goed contact met hem, als een gelijke spraken wij met elkaar. En dan durfde je meer toch wel, om je inbreng te hebben. Ja, en je stelt een vraag en hij legde heel veel dingen uit en dan kan je op die manier ertussen komen. Maar, ik weet ook niet… ja, ik heb wel een paar MDO’s meegemaakt. Soms praten ze zo, ja, een beetje met elkaar en dan kom je er soms niet tussen. En dat vind ik dan best wel nog een beetje moeilijk om er ineens tussen te komen, weet je wel? Als ik een patiënt heel goed ken en ik vind dat de arts geen aandacht geeft aan bepaalde dingen, dan geef ik het wel aan. Een wens van de patiënt bijvoorbeeld, dan geef ik het wel aan. En als de arts echt vraagt van: wat vind jij? Dan is het voor mij een open weg om mijn mening te geven.

*Ja.*

Ja, dat is dan makkelijker.

*Ja, en als hij dat niet vraagt dan is dat natuurlijk moeilijker.*

Ja, dat is wel moeilijk.

*Zie je dan nog verschil bij het specialisme van de long of de interne, bij de MDO’s?*

Nee, niet echt. Het gaat op dezelfde manier. De arts-assistenten zijn hartstikke leuk en je kan alles vragen aan ze, ze worden nooit moe. O ja, moet je dit weer vragen, nee, ze zijn leuk. Je kan goed moet ze omgaan, je bent niet bang om dingen te vragen, dat is wel leuk.

*Dat waren de vragen al.*

Was het duidelijk? Bevredigend?

*Ja, het waren duidelijke antwoorden, daar kunnen we wat mee. Heel erg bedankt.*

**Interview 11**

*We hebben zeven vragen en het duurt zo ongeveer tien minuten, kwartiertje. Je zei al dat het belangrijk was voor de patiënt ook. Het vroegtijdig sturen op ontslag. Hoe belangrijk vind je het verder?*

Voor de patiënt of?

*In het algemeen.*

Heel belangrijk. Ja. Zeker nu ik zie dat ik nu weer verpleegkundige alleen aan het bed ben. Ook dat je ziet van hé, wat speelt er nog meer mee? He, die mensen moeten gewoon duidelijkheid hebben en het is een behandelinstituut, een ziekenhuis. En het is geen verblijfsinstituut dus zodra de behandeling ook elders gedaan kan worden moet je daar ook gewoon voor kiezen. En hoe je dat kan bewerkstelligen is toch binnen 24 uur die anamnese goed rond hebben en ook gewoon duidelijk rapporteren van dit is de opnamediagnose, dat is het beleid wat er ingezet wordt. Iedere dag zitten we goed met het beleid en zitten we nog op die streefdatum van vrijdag met ontslag, of moeten we dat gaan bijstellen.

*Dus zo is dat dan hoe dat zich uit bij jou?*

Ja. En dat je gewoon zelf als verpleegkundige in de regie ben, hè. Jij moet zeggen van ik vind dat die nog niet met ontslag kan daar en daar en daarom. En als de dokter zegt van nou, hij kan met ontslag, dat je ook weet van waarom dat wel of niet zou kunnen. He, dus kijk ja, heel vaak hoor je mensen heel nog verrast zijn van oh, ik mag naar huis en verraste verpleegkundigen ook, van oh. Waarom mag die patiënt al naar huis? Maar de patiënt zelf ook verrast erover. Dan denk ik wat is hier aan vooraf gegaan? Informatieverstrekking naar de patiënt toe, duidelijke rapportage van de verpleegkundige in de overdracht naar de volgende dienst. Maar het is wel een cultuurverandering die er moet komen. He, want we weten wel door te geven dat de patiënt koorts heeft, of dat het infuus dit en dat, maar… gewoon een stapje erbij.

*Een stukje ook rapporteren over ontslag.*

Ja, we hebben natuurlijk ook zo’n kolom erbij. Dat is al enige, ja, houvast voor de verpleegkundige om dat inderdaad ter sprake te brengen. Ik heb gehoord van het bureau dat hier bezig is in het ziekenhuis dat als het hier beter geregeld wordt allemaal dat we veel meer vrije bedden hebben. Productiecapaciteit sturen.

*Vind je dan dat er voldoende wordt gestuurd?*

Nee, nog niet voldoende. Nee. Daarvoor hebben we ook die dossieranalyse om te kijken van hé, wat is nu de reden dat deze patiënt… en het grappige is dat je er dan achter komt van nou, er is een reden of er is geen reden. Maar je ziet ook heel veel andere dingen. Ook van hoe is er gerapporteerd door de verpleegkundigen in de gewone rapportage, maar ook bij nummer zes, waar we het beleid neerzetten. Waarom zetten we neer: antibiotica van dit merk a naar merk b en zetten we er niet bij vanwege resistentie of omdat de patiënt CRP opliep of koorts kreeg of weet je wel. Probeer het altijd zo te… en daar hebben we nog een hele slag in te maken vind ik.

*Gewoon de uitleg erbij.*

Ja, maar door met elkaar die dossieranalyses te doen, wat we nu echt… in eerste instantie deed ik het alleen met iemand van beneden, Esther Dijs, en nu zijn we begonnen dat in het team te doen, stukje bewustwording ook, mensen zelf laten nadenken erover. Hé, waarom is de diëtiste er niet bijgehaald? Terwijl je wel ziet dat die SNACK niet goed is op dag één en op dag vijf gaan denken: o, de diëtiste moet erbij. Weet je wel, dus het signaleren maar ook de vervolgstappen inzetten.

*En merk je daar dan ook nog verandering bij? Nu je dat ook doet met meer verpleegkundigen?*

Ja, maar dat is vandaag bedacht, morgen uitgevoerd, dat is in deze niet. Dat is echt herhalen, herhalen, herhalen. Echt een stukje bewustwording. En dat is het moeilijkste wat er is geloof ik. Cultuurverandering binnen ziekenhuis.

*Ja, dat is erg lastig ja.*

Echt hoor, mensen zitten zo vast in bepaalde patronen en… en ik begeleid hier ook de traineeverpleegkundigen en ieder gesprek ook van kijk nou eens goed naar een patiënt, weet je wel. Hoe kan ik nou de goede observaties doorgeven. Kijk dan eens naar de patiënt. Dan hoef je nog niet eens een rapport gelezen te hebben of zo, maar kijk nou eens gewoon naar de patiënt. Zie je zuurstof, zie je een infuus, je ziet een zakje met een rode sticker erop, nou wat zit daarin, weet je wel? En probeer dan te bedenken, gewoon dat is ook een test voor jezelf: eerst bedenken en dan kijk je op je briefje van: hé, klopt! Of kijk alleen eens naar medicijnlijsten en bedenk dan eens waarom de patiënt hier gekomen is en wat voor voorgeschiedenis die heeft gehad. Dat is natuurlijk ook iets wat je moet ontwikkelen als verpleegkundige.

*Om daar dan mee te oefenen?*

Ja, en dat maakt je werk gewoon veel en veel leuker. He, want ik bedoel, we zijn een spin in het web en de dokter roept en we gaan wel weer. En de fysiotherapeut zegt van ja, maar ik heb nu tijd om die mevrouw uit bed te halen, dus je moet even helpen. Dan denk ik van ja, als je gewoon zelf voor je eigen vak staat, dan kunnen wij ook mensen naar ons toetrekken en ook laten doen wat wij willen dat gedaan moet worden.

*Ja…*

Het is gewoon het leukste beroep wat er is. Veel leuker als de arts zijn.

*De volgende vraag gaat ook over de verantwoordelijkheid. We hebben er een formuliertje bij gemaakt. We vroegen ons af wie er volgens jou verantwoordelijk is voor het ontslag. Dit gaat over de arts en een is dan helemaal niet verantwoordelijk en tien is het meest verantwoordelijk. En dit gaat over de verpleegkundigen.*

Hoe het nu is.

*Ja, en hoe je het zou willen zien.*

Ja, ik denk dat in de huidige situatie ook, niet verantwoordelijk voelen naar verantwoordelijkheid dat een arts wel op een zeven zit, maar dat verpleegkundigen lager scoren nog (wijst vier aan). En weet je waarom ik dat denk? Verpleegkundige is in loondienst en de arts is onderdeel van een maatschap en die moet zijn productie halen. Dus die wil wel meer patiënten ontslaan.

*Omdat hij dan extra geld krijgt.*

Dan komt er weer een bed vrij en dan kan je weer mensen opnemen. Dus die wil wel mensen met ontslag laten gaan. Je ziet dat beide assistenten, die zitten er ook heel erg bovenop. Dat wel, maar dat bij de verpleegkundigen nog een punt ligt van dat het beter kan en bij beide is gewenst dat er nog meer verantwoordelijkheid in genomen wordt. Maar ik vind het heel makkelijk om, tenminste ik, het is heel makkelijk om te zeggen van de dokter moet er tegenaan. Dat is ook wat de laatste, een na laatste vergadering geroepen werd, toen Esther Dijs een presentatie gaf, ja dat is aan de dokter. Nou dat vind ik dus niet. Ik bedoel, wij zijn ook daar gewoon… we hebben onze eigen rol daarin. En dan denk ik je kunt wel roepen van de dokter moet het zeggen, maar ik denk van wij kunnen toch ook als verpleegkundigen beter informatie geven, beter inspelen op behoeften van de patiënten, ook richting thuis van… het is heel eenvoudig om te zeggen tegen een patiënt op woensdag van u bent op zondagavond opgenomen, het is nu woensdag, knapt u al op voor uw gevoel of blijft het op een bepaald punt hangen? En als u nou overmorgen met ontslag zou moeten, hè, dat kun je gerust zo stellen, waar liggen dan wat u betreft de bezwaren nog, of ziet u het wel zitten? En ik denk dat als je dat dan met de patiënt besproken hebt, dan ga je hup terug de visite in, dan kun je je bevindingen vertellen en dan schrijven dat ontslag. He, en dan moet je als verpleegkundige ook zeggen, het is hier geen hotel, we houden hier geen gasten. Als mensen opgeknapt zijn gaan ze weg. Want u loopt ook iedere dag dat u hier langer bent meer risico op. En dan kun je het hele riedeltje afstemmen. Dan denk ik van ja, dan hoef je niet te roepen het is de verantwoording van de dokter dat die mensen hier zo kort mogelijk liggen. Nee, het is ook van de verpleegkundige. Net als dat wij verpleegkundigen moeten zeggen wat het belang is van het mobiliseren van de patiënt. Het is niet dat wij nou zo nodig van die bitches zijn die zeggen van o, u bent zo ziek maar u gaat er toch maar even uit en u gaat die gang maar even op en neer lopen.

*Ja, dus die verantwoordelijkheid die neem je dan samen.*

Ja. Maar dan denk ik van iedereen heeft inderdaad z’n eigen verantwoording. De dokter die voelt het geld natuurlijk. Als die niet z’n productie haalt moet hij bij Annemary komen. Waarom die zijn productie niet haalt. Roepen die dokters vervolgens weer tegen mij, ja jij gaat allemaal van die bedden zitten sluiten want je hebt geen personeel, maar dan ik mijn productie niet halen.

*Ja, dat is dan ook duur een beddensluiting.*

Ja.

*Leuk dat je al wat zegt over de visites en MDO’s. Want wij hebben meegekeken bij het MDO. En we hebben een hypothese gemaakt hoe verpleegkundige het zouden kunnen verbeteren, het sturen op ontslag. Ik zal de hypothese even voorlezen: er wordt door verpleegkundigen beperkt gestuurd op ontslag doordat zij in de eerste plaats het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens visites en MDO’s. Wat vind je daarvan?*

Daar ben ik het wel mee eens. Het is ook wel wat ik bij mij merkte, wat ik met name van trainee verpleegkundige terughoor. Wat hun aandeel weinig is in het MDO, of dat je het nou over de lichamelijke toestand van de patiënt gaat of over het ontslag dat hun aandeel daarin weinig is. Ja, en dan probeer ik hun daarin op te leiden dat wat jij belangrijk vindt dat je dat benoemd. He, en als het dan een chaos is van zoveel dokters die denken haantjes gedrag wij moeten hier ook wat over zeggen over die patiënt. Dat kan je laten gebeuren maar ik denk waar sta jij dan als verpleegkundige? He, dus benoem wat jij op dat moment belangrijk vindt. Als jij vindt dat een patiënt al zes dagen antibiotica heeft en dat is grote onzin en de dokter heeft daar niks over vermeldt of wat dan ook dan benoem jij zelf van deze patiënt heeft al zes dagen antibiotica i.v. kan dat niet naar oraal, of wat als vandaag het infuus sneuvelt, mag het dan uitblijven? He, ik heb gezien dat deze mevrouw al zes dagen er is. Zou ze morgen met ontslag kunnen en dan moet je je realiseren dat je ook dat verhaal van hun meeneemt want als ze net tegen jou hebben gezegd van de nierfuncties hollen achteruit en het CRP loopt op dan moet je niet vragen van mag deze mevrouw morgen met ontslag? Maar dat vraagt wel heel veel aan kennis bij jezelf ook als verpleegkundigen. Maar ik denk ook daarin heb jij een rol. En wat ik dan gewoon zelf wel eens doen van als er van alles geroepen wordt roep ik gewoon terug hetgeen ik me er het beste in kan vinden. Dan zeg ik dus we doen, en dan noem ik die dingen op. En dan hoor ik nee, of ja dat is goed.

*En dan weet je wat je op moet schrijven*

Ja, dan weet je waar je aan toe bent hè en dat is ook in de dagelijkse visite zo. Als het je te dol wordt dan kan je aan het eind zeggen van even resumé. Heb ik het goed begrepen dat… en dan kan je zeggen van ja dan kom ik misschien onzeker over of wat dan ook dan denk ik schijt, jij hebt die vrouw liggen dus als het voor jou duidelijk is om te zeggen even evalueren, even kort. Gaan we een infuus met twee liter geven, gaan antibiotica i.v. geven, morgen prikken we het lab nog eens. Dan kun je door naar de volgende patiënt. We hebben een tijd gehad dan gingen we de map opschrijven, terug naar de dokter, ging zij kijken, paraaf van de arts weet je wel. Dan werden er heel veel dingen werden er niet uitgewerkt, dan heb ik ook tegen de arts-assistent gezegd, gaat die map terug naar jullie. Weet je zeker dat je die opdracht gegeven hebt, heb je die opdracht gelezen, heb je hem geparafeerd. Je kunt wel zeggen dat je dat gezegd hebt tegen de verpleegkundige maar als jij ook niks gezien heb, schriftelijk van die opdracht die je gegeven hebt van ehh, je dan is het om het even wie ik moet geloven natuurlijk.

*Ja.*

Maar goed dat gaat dan een tijdje weer goed zoals heel veel dingen in de zorg en dan keldert het weer totdat het weer een beetje fout gaat en ja weet je… het grappige van dit vak is dat er toch heel veel mensen enthousiast aan beginnen en dan wil ik echt niet een doemscenario hoor of zo, maar in de loop van de jaren zijn er toch wel verpleegkundigen die enigszins opgebrand raken en dan noemen we dat hypotheekzusters, die werken voor het geld. En de betrokkenheid neemt af. En het zal mijn tijd wel uitduren. Ik heb een keer met betrekking tot de ligduur wel gezegd in een kleiner groepje. Even heel streng even te zeggen. Als wij hier mensen langer laten liggen dan nodig is betekend het dat er minder nieuwe patiënten binnen komen, dat de productie afneemt. Minder geld dat binnen komt kan er ook minder uitgegeven worden aan de verpleegkundige. Dan zou het zomaar kunnen dat ik van al die collega’s die onder mijn hoede vallen moet zeggen, er moeten er twee uit want er is geen geld om hun salaris te betalen. Dan wil je ook niet dat je zegt dat ben jij en dat ben jij. Dan hou ik ook de mensen waarvan ik vind dat ze ook het beste het beleid uitvoeren wat je ziekenhuisbreed in wil zetten. Huppakee er boven op met al die aandachtsvelden, van decubitus en voeding en delier en ligduur. En dan roepen ze wel in zo’n vaart zal dat wel niet weten. En dan denk ik het is maar goed dat je niet weet wat er op hoger niveau allemaal beslist wordt.

*Want daar weet jij dan wel weer wat van*

Ja, ik spreek natuurlijk Annemary, beleidsoverleg ook. Ja, en dan hoor je gewoon heel veel. En weet je het is gewoon zoveel. Weet je als wij niet voldoende van het een of het ander presteren dan draaien ze in Den Haag de kraan dicht. Dan zeggen ze dan mag dat niet meer. Dat gaat naar Utrecht of dat gaat naar Rotterdam. Of ehh naar Leiden.

*Ja als die ligduur veel korter is daar.*

Zo is het! Dan moet je wel zorgen dat je als ziekenhuis in de markt wil blijven dat je ook gewoon je prestatie-indicatoren hup aanmeldt wat je cijfers zijn en wat je ermee doet. He, en dan kunnen mensen zeggen van ik heb het wel niet gescoord maar die mevrouw heeft echt geen pijn hoor. Ja, laat maar zien dat wij hier geen patiënten hebben met een pijnscore van zeven. Maar landelijk gezien zijn er nog heel veel mensen met een pijnscore van zeven op een verpleegafdeling. En ook oncologiepatiënten. Dat wil je niet dat het jouw vader of moeder is. Die zo veel pijn heeft. En dan kan je wel zeggen mijn patiënt heeft geen pijn, denk ik ja laat het zien. Mijn patiënt ligt niet langer als dat nodig is, ja laat maar zien in die grafieken dat de ligduur inderdaad naar beneden gaat en dat we onder die zeven blijven, en het liefst onder de vijf. En als ik roep, die patiënt kan naar huis en de dokter die roept op de PU (Palliatieve Unit), die mag gerust nog wel even blijven hoor, we moeten de volgende kuur hier toch nog. En dan zit je met zo’n dossier van iemand met een ligduur van 55 dagen. En dan roept Esther o, dat is die mevrouw die en die. O, we hoeven dat dossier niet open te doen want ik weet het al waarom dat die langer ligt dan dat we willen. Omdat ook die dokter zijn verantwoordelijkheid niet neemt. Die denkt van ik zit de patiënt te pamperen en ik zeg dat die wel hier mag blijven. Dan denk ik ja, is dat op dat moment het beste wat die patiënt te bieden hebben of is dat gewoon gemak kiezen en dan gaat de patiënt niet klagen of de familie gaat niet klagen. Dus het is heel heel interessant hier.

*We hadden ook nog een tweede reden gezien. Het is het tweede deel van de hypothese. Dat gaat over het invullen van de anamneses, we hebben gezien dat dat vaak niet of niet volledig in is gevuld. Daardoor kan er ook niet informatie aan de arts gegeven worden en kan het ontslag vertraging oplopen. Dat zie je ook?*

Ja, dat zie ik ook ja. Dat is echt dat stukje, inderdaad, ook gewoon verantwoording nemen voor je vak en voor dat stukje wat bij de verpleegkundige hoort en ja, als je niet de patiënt in zijn totaliteit in beeld hebt, dan weet je ook niet wat je in moet zetten. He, als jij denkt van, ik heb nu geen tijd om die patiënt te wegen als je hem opneemt, kijk en natuurlijk als iemand heel ziek en beroerd in bed ligt, dan denk ik meestal binnen 24 uur na opname zijn die mensen wel zover. En dan kan je ze nog binnen 24 uur wegen. En is dat dan geen tijd of is dat geen prioriteit?

*Ja, dat vroegen wij ons ook wel af.*

Dat kan je je dus altijd afvragen met alles, hè? Want waarom heeft verpleegkundige A wel altijd overal tijd voor en is die op tijd naar huis en kan die wel zo tjak, tjak, tjak, tjak, weet je wel, alles wat je binnen 24 uur moet doen. Er zijn verpleegkundigen die kunnen dat feilloos. Of er nou zeven opnames komen of er komt mar een opname. Maar er zijn er ook die tegen mij zeggen: sorry hoor, dat lukt mij echt niet hoor, dat kan ik niet! Dan zeg ik waar ben je dan wel druk mee geweest? Ja, en dan krijg ik van familie een klacht terug. Verpleging loopt teveel over de gang, is druk met van alles en nog wat maar niet met de zorg voor mijn vader en niet met de zorg voor mijn moeder. En dan zit je met familie om de tafel en dan denk ik van ehh… dus er is een hoop te verbeteren. Maar ik denk echt wel, ik werk nu, even kijken, hier twintig jaar hier op de afdeling. We zijn wel het laatste jaar met een hoop dingen toch echt in de versnelling gegaan hoor. Echt veel meer toch dat besef, we zijn er nog lang niet maar dat er toch wel bij het merendeel het besef is van het is niet meer zoals vroeger dat aai over de bol en blijf nog maar liggen en het loopt zo’n vaart niet en ook gewoon veel duidelijker hier visites ingaan. Met dat SIT-kaartje. Hebben jullie dat ook gezien? Dat is een kaartje voor het Spoed Interventie Team, welke observaties je door kan geven als je een arts belt. Omdat je vindt dat het niet goed gaat met die patiënt. He, een van de internisten roept altijd van als ze mij dan bellen en zeggen de patiënt is niet lekker dan zeg ik heb je een hapje genomen? Waarom bel je dan een arts? Omdat je een uur geleden de controles hebt gedaan en die waren goed en je doet ze nu want je vindt de patiënt niet aanspreekbaar in bed en je vindt dat de controles niet goed zijn. Daarom bel je een arts, want niet lekker… de patiënt heeft koorts, ja hoeveel dan, ja, weet ik niet. Ja, de patiënt plast niet meer, sinds wanneer niet, hoe was het daarvoor? Weet je wel, het is wel wat natuurlijk heel veel verantwoording bij de verpleegkundigen ligt hè, maar dan denk ik ja, dat maakt het juist zo leuk. Want achter de kassa zitten bij de HEMA dat kan iedereen. Maar dit kunnen wij alleen maar.

*Als laatste hebben we nog een stellig, die hebben we gemaakt naar aanleiding van het MDO. Een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra zij besluit inspraak te hebben.*

Ja, daar ben ik het mee eens. Ja. Want op het moment dat je weet van ik weet waar ik over praat, maar dat is soms de angst hè, van ik roep wat, maar hoe wordt erop gereageerd? En het is toch een beetje ook dat hiërarchiegevoel van o de dokter die weet het allemaal en die blaft en… dan zeg ik altijd maar waarom schrik je daarvan, maar waarom word je daar boos om dat de dokter zo reageert? Kan het zijn dat het terecht is? Dat die jou een terecht verwijt maakt van je hebt niet voldoende informatie? Zoals afgelopen vrijdag als er dan een patiënt ligt met nierinsufficiëntie die heeft een vierliter infuus en dat infuus is gesneuveld. Uren later gaat dat infuus er pas in, ja, dan word ik boos en de dokter wordt ook heel boos en dan gaat er een huilen omdat ze boos doen. Ja, dan ben ik ook een harde en dan zeg ik ja, jij had dat eerder moeten bedenken. Want iemand met een nierinsufficiëntie met vier liter infuus die kan geen uren zonder infuus! He, dus dan kan je wel zeggen van ik word er verdrietig van omdat er iemand boos tegen mij doet, maar dan denk ik van dek jezelf in! En dat is met de visite ook zo, van ik durf niks te zeggen want iedereen die roept maar, ja schijt… Jij hebt toch ook je werk goed te doen. Kijk en natuurlijk moet je dat ook wel leren, dan is dat ook wel een beetje cultuur hè, er zijn dokters die blaten over… En dan denk ik van ik heb ook een zus die arts is en maakt het uit? Hun kunnen niet zonder ons en dat besef moet je ook hebben hè, die artsen kunnen niks zonder ons, echt niet. En dan kun je wachten tot de dokter naar jouw informatie vraagt, maar je kunt ook denken van ik heb hele belangrijke informatie voor die dokter en die ga ik nu vertellen want dan kan ik daarna mijn patiënt weer beter informeren.

*Maar gebeurt dat dan ook hier op de afdeling? Doen verpleegkundigen dat ook?*

Nou, dat probeer ik ze wel ehh… ik ga dan voornamelijk over de net gediplomeerden hè, de echte nieuwe mensen die hier komen. Die proberen dat wel hoor. En ik probeer ze er ook handvaten voor aan te reiken van pak het nou eens zus aan of pak het zo aan. He, ook dat je gewoon goed je informatie bij de patiënt vandaan haalt. Natuurlijk is het leuk bij een patiënt die je aan het wassen bent te praten over een boek wat je de laatste tijd hebt gelezen omdat je een boek op zijn nachtkastje ziet liggen. Hartstikke leuk en dan zou de mevrouw zeggen, zo’n aardige zuster! Die zit te praten over dat boek dat ik gelezen heb! Ja, boeiend, denk ik dan. Jij moet met die mensen, met de patiënten over dingen praten zodat je informatie te weten komt die je met de dokter kunt bespreken om het beleid af te spreken. He, en dan zeggen ze soms ook ik heb geen tijd voor die 1a, maar als je een patiënt op de spoedeisende hulp gaat halen en je loopt dat hele eind door het ziekenhuis heen en je staat in de lift… dan kan je over oh, wat is het druk in het ziekenhuis, oh, wat heb ik lang moeten wachten op de spoedeisende hulp, of je vraagt van goh, is dat de eerste keer dat u hier opgenomen bent? Nee hoor, zuster, dit is de derde keer. Oho, waar waren de vorige keren voor dan? He, in je achterhoofd die vragen van 1a hebbend en je ziet er een dochter bij: bent u ook de eerste contactpersoon of is er nog iemand? Woont u in de buurt van uw moeder? Doet u wel eens wat voor haar? Of heeft ze professionele hulp? Weet je wel dus je moet gebruik maken van de tijd die je ook gegeven wordt.

*Dan is het ook een kleine moeite.*

Dan is het een kleine moeite en dan is het echt niet zo veel werk. Maar als je steeds denkt van ik moet die 1a nog gaan doen en dan gaat er een bel. En dat heb ik ook in de laatste vergadering ook gezegd. Als je ’s ochtends begint ga dan met elkaar hè, zet wat lijnen uit van wie heeft er extra hulp nodig en wie redt zich alleen. Zeg ook tegen elkaar van ik heb gisterenavond vier spoedopnames gehad op mijn kamer en alle 1a’s moeten nog ingevuld worden en dat wil ik eigenlijk wel vandaag doen. Maar gun het dan ook aan een ander dat die dat doet. Want als jij mensen hebt liggen die al wat langer liggen waar alles al voor geregeld is dan moet je ook zeggen van nou, joh, kan ik wat voor jou doen zodat jij die 1a’s in kan vullen. Want als je alleen wilt werken dan moet je gewoon in de wijk gaan werken of zo. Als je in teamverband wilt werken, dat is hier dus, dan moet je daar elkaar ook de ruimte voor geven.

*Ja, dan moet je samenwerken.*

Volgende week op de dag van de zorg, 12 mei, dan mag ik ook een praatje houden over samenwerking. En gastvrijheid en dan ga ik het ook hebben over samenwerking, willen we het beste uit onszelf halen als verpleegkundige, maar willen we ook het beste uit onze collega’s halen. Weet je wel, dus dat je samen goede zorg levert. Dat je alleen voor jezelf, ja dan moet je echt maar in de wijk of weet ik veel wat gaan doen. Maar dat kan je alleen maar bereiken door over een weer en door goede communicatie. Communicatie is gewoon een heel moeilijk punt. Dat blijft gewoon zo. Plus dat moet een softe wereld zijn dat je elkaar kan aanspreken, hè, het zakenleven is daar veel harder in. Daar wordt je veel meer afgerekend op de prestaties die je neerzet en hier is het toch vaak vergoeilijkend van ja, natuurlijk, ik begrijp het wel, ja volgende keer doe ik het beter. Ja.

*Makkelijk als je dat ook steeds kunt zeggen.*

Ja, op een gegeven moment kom je daar natuurlijk ook niet meer mee weg. Dan kom je dat ook wel in je jaargesprek tegen, of in je POP-gesprek als je laat zien hoe je je ontwikkeld als verpleegkundige. He, want de tijd dat je hier om half acht binnen komt en je gaat om vier uur hier weer fluitend weg. Want de tijd dat je geen verantwoording af hoeft te leggen, die is er gewoon niet meer.

*Nee, dat is ook niet leuk.*

Nee, dat is ook niet leuk. Nee, en dat is ook gewoon wat ik zou willen uitdragen hè, het is gewoon een hartstikke leuk vak met heel veel mogelijkheden, maar je moet er wel zelf aan beginnen. Zoals je laatste hypothese was.

*Dat waren de vragen.*

Voldoende zo voor jullie?

*Ja, leuke informatie, bedankt!*

**Interview 12**

*We nemen dit interview op, dat is zodat wij het kunnen uittypen. Het interview is verder helemaal anoniem, je naam wordt nergens genoemd. Het is voor ons onderzoek naar sturen op ontslag zoals je al gehoord heb. Onze eerste vraag is: hoe belangrijk vind jij het vroegtijdig sturen op ontslag?*

Voor mij niet zo heel belangrijk voor de patiënt wel belangrijk dat hij weet wanneer hij naar huis kan. En je weet ja, voor ons is het fijn dat we weten hoeveel hulp we moeten inschakelen. Of dat iemand gewoon weer zo naar huis kan of dat er hulp moet komen. Op zich maakt het mij niet uit of iemand hier twee of drie weken ligt. Het is makkelijk voor het inschakelen van je hulp.

*Oké, en voor de patiënt*

En voor de patiënt zodat die ook weet waar die aan toe is.

*En hoe uit zich dat dan dat je dat belangrijk vindt voor de patiënt.*

Als je aan mensen vraagt bij de anamnese bijvoorbeeld wat zijn uw verwachtingen: zo snel mogelijk weer naar huis. Zeggen alle mensen bijna, zo snel mogelijk weer naar huis. Dus als ze er een beetje rekening mee kunnen houden van ik moet hier nog drie weken antibiotica krijgen of ik mag na een week weer naar huis.

*Dus dan ga je van te voren al vragen wat de verwachting is, op die manier ben jij dan bezig met vroegtijdig sturen op ontslag.*

Ja.

*Vind je dat er op de afdeling voldoende wordt gestuurd op ontslag?*

Ja, ik denk het wel. Ik denk dat de artsen wel voldoende bezig zijn met de ligduur zo kort mogelijk moeten houden. Ik denk wel dat ze wel aardig bezig zijn, soms wel iets te snel. Ze zijn zeker wel heel erg bezig met ontslag.

*Oké. Wie is volgens jou verantwoordelijk voor het ontslag/ daar hebben we een formuliertje bij. Dit gaat over de artsen, en deze over de verpleegkundige. Een 1 is niet verantwoordelijk en een 10 wel.*

Ik denk dat een arts gewoon helemaal verantwoordelijk is of hij iemand met ontslag kan sturen of niet dus dat is eigenlijk gewoon een 10. En wij zijn natuurlijk ook verantwoordelijk, zeker wel met een 8 om daar onze mening over te geven of dat verantwoord is of niet en of de zorg rond is of niet. Dus daar zijn wij ook verantwoordelijk voor. Ik denk toch zeker wel een 8. En de arts is helemaal verantwoordelijk, die moet gewoon klaar zijn met behandelen.

*En hoe dat dan hier gaat, is dat ook hoe je het zou willen zien?*

Uhm, het kan natuurlijk altijd beter en dan zou ik zeggen van, ja, eens even kijken hoor… waar dat stukje ligt wat beter kan vind ik moeilijk, artsen zeggen vaak van: kan morgen naar huis, terwijl wij of vinden dat patiënten nog niet zo ver zijn of dat we de zorg niet rond hebben. Misschien had de arts het eerder aan kunnen geven, dan had je wat meer tijd gehad om de zorg rond te krijgen. Het kan beter, maar hoe durf ik niet te zeggen.

*Maar is het dan de arts die het beter zou kunnen doen?*

Ik denk dat we het allebei wel beter kunnen doen, ik denk het wel.

*We hebben ook gekeken, toen we hier aan het observeren waren hier op de afdeling wat er beter zou kunnen. E hebben toen een hypothese gemaakt, die bestaat uit twee delen. Ik zal het eerste deel voorlezen: er wordt door verpleegkundigen beperkt op ontslag gestuurd doordat in de eerste plaats het ontslag te weinig ter sprake wordt gebracht tijdens de visites en MDO’s. Wat vind je daarvan?*

Uhm, ja, ik weet… ik kan het moeilijk beoordelen. Ik weet ook niet wat… als jij iemand nog heel ziek in zijn bed ziet liggen denk ik niet dat jij het zou gauw over ontslag gaat hebben. Als een patiënt weer aardig opgeknapt is ga je praten over ontslag. Als iemand echt heel ziek is komt het in mijn hoofd nog niet op om te vragen wanneer iemand met ontslag mag. Dat zie ik dan nog niet zo, dus misschien dat daar ja, ik denk dat dat de reden zou kunnen zijn. Dat je eerst gaat kijken in hoeverre iemand al richting ontslag kan gaan en daar het dan ook pas aangeeft als je denkt van nou, de patiënt zou morgen of overmorgen wel met ontslag kunnen. Misschien zou je het eerder moeten doen, maar dat je dan denkt dat de patiënt nog helemaal niet zo ver is.

*Als daar nog geen sprake van is?*

Ja, dan praat je daar niet over.

*En als de patiënt wel beter is, wordt er dan voldoende op gestuurd?*

Ik weet het niet, ik weet niet wat andere mensen allemaal uitspoken. Ik weet het niet.

*Maar zelf vraag je het bijvoorbeeld wel tijdens het MDO?*

Nou, ik zal het zelf niet altijd vragen hoor, ik zal het ook wel eens vergeten.

*Ja, dat kan natuurlijk. En we hadden ook nog een tweede deel van de hypothese, dat gaat over de anamneses, we hebben gezien dat die vaak niet volledig ingevuld zijn, daardoor kan er geen informatie gegeven worden aan de arts en dan kan het ontslag ook vertraging oplopen. Is dat wat je ook ziet?*

Zie ik ook. Ik zit toevallig ook in de werkgroep de kwetsbare ouderen waarbij die anamnese niet volledig is ingevuld en waarbij ik ook steeds mensen erop moet wijzen. We worden constant met ons neus op de feiten gedrukt, want we moeten meten als het is ingevuld en ik baal er dan van als dat niet is gedaan. En zeker als je iemand inwerkt dan probeer je te zeggen: vul die anamnese in. En zeker in de avonddienst zie je ook als dan mensen opgenomen worden wordt die anamnese niet ingevuld. Ook als de avonddienst ook wel eens rustig, en dan wordt hij toch niet ingevuld. Degene die dan de volgende dag werkt moet dat dan overnemen. Ook de volgende dag niet en dan zie je dat dat blijft liggen. Dat is jammer, die 1A is gewoon heel erg belangrijk.

*Hoe komt het dan dat het in de avonddienst nooit wordt ingevuld?*

Ik denk: je bent maar met z’n tweeën, er is dus denk ik gewoon te weinig tijd. Het sluipt er misschien ook een beetje in bij de avonddienst dat er weinig tijd is dus doe je het niet, ook al zou je wel eens tijd voor hebben. Mensen doen het niet.

*Oké, dus het is vooral dat anamneses niet ingevuld worden door tijdgebrek.*

Ja, absoluut.

*Als laatste hadden we nog een stelling, die hadden we gemaakt naar aanleiding van het MDO dat we meegekeken hadden: een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra ze besluit inspraak te hebben.*

Ja, dat denk ik wel. Als jij inspraak wilt hebben, dan krijg je dat ook wel. Je zou er wel voor moeten vechten, je moet wel voor jezelf opkomen. Als je niks zegt, gebeurt er ook niks. Dus ja, daar ben ik het mee eens. Wil je daar nog meer over weten? Nee? Duidelijke stelling.

*Nou, bedankt voor het interview en je tijd!*

**Interview 13**

*Zoals ik je al vertelde doen wij dus een onderzoek over het sturen op ontslag hier op de afdeling. Dit interview duurt ongeveer tien minuutjes en ik heb zeven vragen voor je. Als eerste vroeg ik me af hoe belangrijk jij het sturen op ontslag vindt.*

Ik vind het wel belangrijk want als mensen langer blijven is het sowieso voor hun gezondheid ook slecht en het kost ook meer geld. Dus ik vind het wel belangrijk dat als iemand naar huis kan dat het dan ook geregeld wordt.

*Oké, en hoe ben jij daar dan mee bezig?*

Vragen tijdens MDO’s en artsenvisites van wanneer zou deze patiënt eventueel naar huis kunnen. Dat je al eigenlijk al gelijk toewerkt naar het ontslag en ook nadenkt als iemand met ontslag zou mogen wat moet er dan allemaal geregeld worden? Dus dat je het eigenlijk al gelijk bij binnenkomst het plaatje helemaal bekijkt van wat moet er allemaal geregeld worden.

*Oké, dus je bent daar dus eigenlijk tijdens heel de opname mee bezig, met het ontslag?*

Ja, daar ben je constant mee aan het werk.

*Oké. Vind je dat hier op de afdeling voldoende wordt gestuurd op ontslag?*

Ja, dat is moeilijk omdat het, ja, bepalen van andere mensen maar ik denk dat sommige mensen wel wat meer daar naar toe kunnen werken dat denk ik wel. Er wordt wel naar gewerkt omdat natuurlijk het ontslag. Maar de een is daar wel mee bezig dan de ander. Maar ik denk dat dat komt doordat je soms met andere dingen wat meer bezig bent die dan prioriteit eventjes heeft van de dag. Dat het gewoon even links komt te liggen, dat denk ik wel.

*En denk je dat het nodig is om daar wat aan te doen of vind je het wel acceptabel?*

Nou er wordt meestal al besproken in overleg enzo van ontslag dat we er wel naartoe moeten werken weer. Dus door het bespreekbaar te maken ga je er weer wat meer over nadenken van o ja, we moeten daar wel naar streven. Dus ik denk wel dat daar voldoende aan gedaan moet worden. Maar je moet er zelf ook wel wat aan doen. Dat je daar toch wel mee bezig moet houden.

*Ik heb hier een mooi schemaatje. Wie is er verantwoordelijk voor het sturen op ontslag? Is dat de arts of de verpleegkundige en in hoeverre zijn ze verantwoordelijk daarvoor? Een 1 voor niet en een 10 voor wel verantwoordelijk.*

O jee. Nou een arts bepaald natuurlijk of iemand met ontslag gaat. Dus ik denk dat de arts sowieso een 8 of een 9 is. Een verpleegkundige die geeft natuurlijk aan van ik denk dat die naar ontslag zou kunnen werken. Maar een verpleegkundige die zit natuurlijk onder de arts dus dat zou dan een 7 zijn. Een 7 of een 8.

*Dat is zoals het nu is?*

Ja.

*En is dat ook hoe je het zou willen zien?*

Uhm… Ja ik ben zelf wel tevreden. Soms kan de prioriteit wel wat meer naar ontslag gelegd worden maar ik ben nu wel tevreden hoe er nu gewerkt wordt.

*Oké. Wij hebben een aantal dagen meegelopen op de afdeling meegelopen en hebben MDO’s meegekeken en daar hebben we een hypothese voor opgesteld. En die hypothese bestaat uit twee delen. Ik zal het eerste deel voorlezen: er wordt door verpleegkundigen beperkt op ontslag gestuurd doordat in de eerste plaats het ontslag te weinig ter sprake wordt gebracht tijdens de visites en MDO’s. Wat vind je daarvan?*

Ja. Absoluut er zijn verpleegkundigen die het gelijk benoemen maar anderen die zeggen het gaat meer om medicijnen afbouwen en niet vragen wanneer iemand eventueel met ontslag zou kunnen. Dus het zou wel meer ter sprake kunnen komen met de visites. En meer gevraagd moeten worden naar de arts.

*Denk je dat daardoor ook de ligduur korter kan worden?*

Voor bepaalde patiënten zeker, ja.

*Oké, dan heb ik ook nog een tweede deel. Dat gaat over de anamneses die zijn niet altijd volledig ingevuld. En we dachten dat daardoor waarschijnlijk niet de goede informatie kan worden verstrekt aan de arts…*

Absoluut! Ja, daar ben ik het mee eens. En dan moet je nog allemaal inventariseren van ja hoe zit het nou eigenlijk met de thuissituatie en dat moet je dan weer, als iemand thuiszorg heeft en je weet het niet moet je het navragen en dat kost tijd. En het kan dat mensen dan langer liggen. Dus dat is heel belangrijk dat het goed ingevuld moet worden. Daar zitten ze wel achteraan maar we zien nog niet echt verbetering.

*O ja. Op welke manier zitten ze erachter aan?*

Dat het iedere keer benoemd wordt van vul die anamnese in en zorg ervoor dat die informatie duidelijk is. Maar je de een doet het wel en de ander doet het niet. Maar je hebt soms wel een dienst dat je er echt geen tijd voor hebt. Maar ja het is eigenlijk geen excuus natuurlijk. Niet altijd. Maar goed soms kan je, wat er nu we meer gebeurt, is dat de anamnese aan de patiënt gegeven wordt. Als de patiënt goed in staat is om hem te lezen en in te vullen. Dat scheelt ook al tijd. Dan hoef je hem alleen maar even door te nemen. Dat wordt nu meer gedaan en dat vind ik wel een voorruitgang.

*Oké. En ook wel een oplossing voor het tijdsgebrek?*

Uhm. Nou niet echt een oplossing denk ik. Er moet wel tijd voor de patiënt vrijgemaakt worden. En ja, hoe zal ik dat zeggen. Het is wel een uhm…

*Een noodoplossing?*

Ja, een noodoplossing is het meer ja. Een uiteindelijke oplossing is het niet.

*Nee, hoe denk je dat verpleegkundigen er meer op geattendeerd kunnen worden dat ze het meer doen?*

Uhm. Geen idee eigenlijk. Het wordt al bespreekbaar gemaakt in overleg en eigenlijk al teruggekoppeld van dit moet nog ingevuld worden dus ik denk dat dat een goed punt is om op te letten. Ik zou niet weten eigenlijk hoe je elkaar nog meer zou kunnen ondersteunen om het te verbeteren.

*Vooral het stukje bewustwording?*

Ja, ik denk dat dat noodzakelijk is. Dat het al benoemd is dat het heel belangrijk is anders loop je gewoon ook op een gegeven moment vast omdat je niet weet wat je moet regelen.

*Als laatste heb ik nog een stelling. Die hebben we ook gemaakt nar aanleiding van het MDO. Het is: een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra zij besluit inspraak te hebben.*

Ja, dat is een goede. Ik denk dat het niet altijd overeen komt. Maar wel, ja ik twijfel een beetje. Het ligt natuurlijk soms wel bij de verpleegkundigen als die besluit om wat te vragen dan is het wel van… Mag ik hem nog eens lezen?

*Hier staat hij, bij 6.*

Nou heb ik dat ook wel gevraagd aan de arts zelf hoor. Van denk je dat deze patiënt goed genoeg is om naar huis te gaan? Dus het is niet altijd dat de inspraak van de verpleegkundige komt als de verpleegkundige zelf zijn mond open doen. Dus hij gaat niet altijd op.

*Nee, nee. Is het wel dat de arts wel duidelijk ruimte geeft aan de verpleegkundigen?*

Jawel, en hij komt er ook zeker op terug. Maar ik denk wel dat het een samenwerken is.

Dus de verpleegkundige moet zeker ook inspraak geven. Maar de arts die vraagt er dus ook wel vaak om.

 *Is het lastig om informatie te geven tijdens een MDO?*

Uhm. Ja, af en toe zeker wel, het gaat heel snel. Ik weet niet bij welk MDO jullie bijgezeten hebben, van de interne of de long want dat verschilt wel.

*Allebei, ja*

De long gaat naar mijn idee een stuk relaxter dan heb je meer de tijd om informatie te geven en daarover te praten. En bij interne gaat het soms zo snel dat het soms ook wel zeker de reden zou kunnen zijn dat je bij de volgende patiënt denkt, o dat had ik nog moeten vragen van het ontslag. En ik denk dat dat ook wel meespeelt.

*Ja. Oké. Ik denk dat we wel aardig wat informatie van je hebben. Bedankt voor je tijd!*

**Interview 14**

*Wij doen een onderzoek naar het sturen op ontslag. Het interview duurt ongeveer tien minuten. We nemen het op maar dat is alleen zodat we het kunnen uittypen, het is helemaal anoniem. Ik heb zeven vragen voor je. De eerste vraag is hoe belangrijk vind jij het vroegtijdig sturen op ontslag?*

Naar de patiënten toe? Dat je aan de patiënten vertelt in principe is het ontslag na het weekend. Bedoel je dat?

*Ja.*

Ja, dat vind ik wel belangrijk. Het is in een ziekenhuis opgenomen zijn is niet leuk en wat ik heel erg merk na 11 weken hebben rondgelopen dat het wel een houvast is voor patiënten ook dat ze weten wanneer ze ongeveer weer naar huis mogen. Aan de andere kant is er ook een soort van tegenstrijdigheid want als het dan niet lukt omdat de behandeling niet aansluit of er komt iets bij dat het dan wel een teleurstelling is. Dus het heeft twee kanten. Maar persoonlijk vind ik het wel belangrijk om te melden zodra iemand eventueel met ontslag zou kunnen. Ja.

*En je zegt dat je dat belangrijk vind. Hoe uit zich dat dan verder, je gaat het melden?*

Ik vraag altijd bij de artsenvisite of er eventueel al iets over bekend is. En ik hou het ook zelf ook in de gaten. Ik meld het ook aan de patiënt. Als ik het zelf denk dan zal ik het wel minder snel melden dan dat het een zekerheid is.

*Maar dan heb je het al wel gevraagd in de visite?*

Ja, in ieder geval dat probeer ik wel altijd.

*Vind je dat er hier op de afdeling voldoende wordt gestuurd op ontslag?*

Nou, daar hebben we sinds kort een heel mooi hokje op ons lijstje en daar staat ontslag. En dan zou je dat heel mooi ingevuld moet worden. Maar dat wordt niet altijd gedaan. Dus ik denk dat er te weinig met data wordt gewerkt. Ik denk dat soms als iemand opgenomen wordt met iets bijvoorbeeld COPD, een zorgpad dus in principe kan je dan zelf al een beetje kunnen tellen van zoveel dagen houdt het zorgpad in, ik noem maar wat. Dus in principe zou je dan zelf al kunnen tellen als verpleegkundige zijnde van wanneer is het ontslag. In principe ontslag staat nooit vast. Behalve als je het met de arts bespreekt dan.

*Het staat dus wel op het briefje maar wordt…*

Ja, het staat op het briefje maar het wordt soms wel en soms niet ingevuld. Er staat of niet bekend, dat is dan wel dat je ermee bezig bent. Soms staat er in principe maar veel hokjes zijn in ieder geval niet ingevuld dus dat zou dan nog wel meer mogen.

*Weet je waar dat dan aan ligt dat dat dan niet ingevuld is?*

Omdat het denk ik net nieuw is. En ja weet je het is. Ik denk dat het nog meer een stukje vastigheid moet worden in een artsenvisite ofzo het ontslag. Dat het sowieso de eerste dagen niet alleen naar de behandeling gekeken moet worden maar dat er ook gekeken moet worden wanneer de behandeling af is. Dus daar dan een beetje vastigheid in de dagelijkse visite bij de verpleegkundige denk ik.

*We hebben een schemaatje gemaakt. Het gaat over de verantwoordelijkheid. Wie vind je verantwoordelijk voor ontslag, de arts of de verpleegkundige. Een 1 is niet verantwoordelijk en een 10 wel.*

Oké. Hoe het nu gaat op de afdeling? Ik vind de arts wel verantwoordelijk voor het ontslag. Dus dan zou ik sowieso een 7 of een 8 geven. En ik vind een verpleegkundige net zo verantwoordelijk dus ik zou beide tussen een 7 en de 8 wel houden. Ik vind het wel de verantwoordelijkheid van beide. Want een arts kan niet zonder de verpleegkundige maar de verpleegkundige kan ook niet zonder een arts.

*Ja, het is echt samenwerken.*

Ja, denk ik wel ja.

*En is dat ook hoe je het zou willen zien die verantwoordelijkheid?*

Ja, maar ik denk dat als ik nu op de afdeling kijk is dat het verpleegkundigen irriteert dat de papieren niet in orde zijn. Wat dat betreft zou de arts nog wel meer verantwoordelijkheid mogen nemen. Als je dan kijkt tussen 10 en 11 is de ontslagtijd en die wordt dan netjes opgehaald dan moet de patiënt nog drie kwartier of een uur wachten op de papieren, ja dat kan natuurlijk niet, dat schiet niet op.

*En dat ligt dan aan de arts?*

Ja. Vaak zijn verpleegkundige overdrachten netjes klaar. En de artsenpapieren laten dan nog op zich wachten. En dat is heel vervelend. Wat dat betreft zou de verantwoordelijkheid bij de arts vind ik persoonlijk een stukje hoger moeten eigenlijk.

*Wij hadden tijdens de observatie ook gekeken wat er verbeterd zou kunnen worden, specifiek gericht op verpleegkundigen. We hebben een hypothese opgesteld en we zijn benieuwd naar wat jij ervan vindt. En die hypothese bestaat uit twee delen. Ik zal het eerste deel voorlezen: er wordt door verpleegkundigen beperkt op ontslag gestuurd doordat in de eerste plaats het ontslag te weinig ter sprake wordt gebracht tijdens de visites en MDO’s.*

Ja. Ik denk dat dat wel zo is ja. Het is ook wel wat stukje, dat klinkt heel stom t is gewoon een stukje, dat klinkt heel stom maar als er iets van een checklist is dat hoorde ik laatst van iemand van de maag, dat is dan heel slim om dat soort dingen gewoon standaard op je lijstje te hebben. Maar het is voor verpleegkundigen ook lastig om aan te geven het ontslag want dan krijg je, denk ik, vaak een snauw van wet ik veel, van een arts dat kan je ook krijgen, dat ligt eraan welke arts. Maar ja ik denk dat wat jullie noemen dat dat inderdaad dat dat wel waar is. Zoals jullie dat… jullie hebben dat goed gezien.

*En een checklist die zou daarbij helpen?*

Nou, misschien een klein checklistje voor verpleegkundigen, ook voor nieuwe ofzo. Een klein lijstje, een zakkaartje desnoods, weet ik veel zoiets doms. Ja, niet dom, maar het is wel handig. Dat je dan bijvoorbeeld tien punten hebt voor medicijnen, eventueel ontslag noem je er dan ook in, behandeling, familiegesprek: dat wordt ook weleens vergeten, misschien wil de familie dat wel, of de arts. Wat kan je nog meer opnoemen? Nou ja zo’n soort checklist, met punten dat je dan als verpleegkundigen erbij hebt. Dat lijst mij wel handig.

*Dan kan je kijken of je alles besproken hebt.*

Ja, dat legt je dan bij de papieren erbij bij de visite en dan kan je met een schuin oog kijken of je alles wel genoemd hebt. Het is best een goed idee!

*Het is misschien een hele makkelijke oplossing.*

Ja!

*We hadden ook nog een tweede deel van de hypotheses. Dat gaat over de anamneses. Die zijn vaak niet of niet volledig ingevuld. Daardoor kan er geen informatie aan de arts gegeven worden en kan het ontslag vertraging oplopen.*

Ja, dat klopt.

*Dat zie je ook*

Ik heb er zelf ook over nagedacht. Het is een uitwerking van mijn stage. Ik heb zelf verzonnen dat er gewoon een regel moet komen op de afdeling dat als het niet op dag 1 gedaan kan worden, moet het op dag twee gedaan worden. En een dagoudste dienst die ik vandaag dan draai kan dat echt wel. Kijk het koeten er geen tien zijn, maar zo’n her en der een 1 Atje dat moet te doen zijn en anders moet er familie gebeld worden als de patiënt niet in staat is om informatie te geven. Inderdaad het wordt echt, maar ook gewoon in die anamneses staan echt belangrijke dingen, val, delier en dat is vaak niet ingevuld. Dus inderdaad dat moet beter.

*Hoe denk je dat het komt dat het niet wordt ingevuld?*

Nou ook heel vaak omdat wij ouderen patiënten hier hebben die of verward zijn of zelf niet veel informatie kunnen geven omdat ze de vraag niet snappen. Dat klinkt heel gek. Maar dan moet je maar net in de dienst dat jij er bent, dus ’s avonds wordt het al lastiger, maar dan moet je ook maar hopen dat er een familielid komt en geen kennis want die weet niet zo heel veel, ja het kan wel maar minder. Ik denk dat het daaraan ligt. En het is soms wel heel erg druk om het te doen. In een avonddienst loop je met z’n 2en hier en als je dan een hele zieke patiënt hebt dan staat een anamnese onderaan je prioriteitenlijstje. En dat is op zich dan wel logisch, maar dan zou ik dan wel vinden dat het dan de dag erna gedaan moet worden. Bv door een dagoudste dienst. Maar soms heeft een dagoudste ook geen tijd hoor, dan is het zo druk. Maar als het kan dan moet het wel gedaan worden door een dagoudste dienst.

*Als laatste hebben we nog een stelling. Die hebben we gemaakt naar aanleiding van het MDO. Die luidt: een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra zij besluit inspraak te hebben.*

Even goed denken. Zo dat is een goede Ja! Nou ik denk het wel ja. Nou dat is ook mijn drempel, iedere verpleegkundige heeft een drempel, en als je bepaalde artsen hier kent, die zijn niet zo makkelijk of juist heel makkelijk. En ik denk dat dat ook heel erg meespeelt. En je moet ook durven want ik moet ook MDO’s hier doen en dan denk ik o, sowieso de structuur van het MDO moet je aan wennen als nieuw verpleegkundige, soms praten ze door elkaar en dan denk je waar hebben ze het over. Maar dan moet je wel de durf hebben en dat moet je ook kunnen, maar ook echt leren. En dat merk ik aan de oudere verpleegkundigen die vragen gewoon die zijn daar makkelijker in. Ik denk dat je dat ook moet leren om inspraak te hebben bij een MDO. Maar, het is wel een goede stelling, maar een lastige.

*Oké dankjewel, dit waren alle vragen al. Bedankt voor je tijd en je informatie.*

**Interview 15**

*Zoals je waarschijnlijk wel weet zijn we bezig met een onderzoek naar cultuur onder ontslag. We hebben een aantal dagen meegelopen hier en we zijn bij een aantal MDO’s geweest om te kijken hoed dingen hier gaan. Naar aanleiding van dat hebben we een hypothese opgesteld, die zullen we je straks vertellen. Ik heb zeven vragen voor je en het duurt ongeveer tien minuutjes. Hoe belangrijk vind jij het vroegtijdig sturen op ontslag?*

Ik vind dat heel belangrijk omdat je dan al van te voren weet of je iets aan moet vragen, of je thuiszorg moeten regelen of verpleeghuis of revalidatieplekje. Zoadat je al een beetje een indicatie hebt van nou weet je dat je niet aan het eind hoeft te wachten als mensen met ontslag gaan naar huis of ergens anders.

*En hoe ben jij daar zelf mee bezig?*

Nou ik probeer sowieso ’s morgens als ik begin met de zorg, met de pillen geven eventueel insuline enzo altijd te kijken kunnen ze het zelf of niet? En kijk, als mensen heel ziek zijn dan ga ik niet naar de arts om te vragen of iemand met ontslag mag. Maar het is wel zo dat als ik zoiets heb van dat gaat niet meer een week duren of een paar dagen dan moet er vast naar gekeken worden van joh moet ik wat gaan regelen of niet, dus ehm…

*Oké. Vind je dat hier op de afdeling voldoende wordt gestuurd op ontslag?*

Nee. Nee. Het is, we hebben nu wel zo;’n kopje op het briefje erbij met streefdatum ontslag en dat werd aan het begin heel goed ingevuld maar nu staat er overals NB, niet bekend. Ik heb bv een meneer die gaat morgen met ontslag en die stond tot en met vandaag nog op niet bekend. Dus ik vind het kan veel beter. Dus als je het even weer aangeeft van we moeten er met z’n allen op letten dat wordt er weer een paar dagen op gelet, maar daarna zakt het weer weg en dan liggen mensen hier weer te wachten op thuiszorg. Dus dat vind ik wel eens, dat ik denk het kan beter, zeker,

*Hoe zou je denk je kunnen voorkomen dat het wegzakt?*

Ja, het moet meer leven denk ik. Ik denk dat het nog actueler gemaakt zou moeten worden op een of andere manier. Terwijl het best wel actueel is nu. Kijk artsen doen het nu wel beter, die hadden aan het begin zou iets van ja hallo we zijn nog volop aan het behandelen. Maar nu geven ze van te voren aan van het gaat nog drie vier dagen duren. Maar ik denk dat het van ons als verpleegkundigen meer bij ons riedeltje moet horen bij de visite, het streefontslag. Dat je dat dan hebt. En gewoon eerder een aanvraag weg doen. Bij BZB melden van joh streefdatum is nog niet 100% zeker, maar wel dat ze er mee aan het werk kunnen.

*Oké, dat ze ook vroegtijdig bezig kunnen.*

Ja, ja, ja. Kijk en meetsla is het zo als je nu een aanvraag weg moet dopen voor morgen dan moet je nog achter de geboortedatum aan van de partner, nog de voorletter en dat soort dingen. Dat kost tijd en als je dat van te voren doet denk ik dat het allemaal wat soepeler kan worden.

*He, ik heb een vraag over de verantwoordelijkheid, daar hoort een schemaatje bij. Wie is volgens jou verantwoordelijk voor het ontslag? De verpleegkundige of de arts? En in hoeverre? Een 1 voor niet verantwoordelijk en een 10 wel. Hoe het nu is volgens jou.*

Hoe het nu op dit moment is?

*Ja*

Ehm. Nou de arts is er wel verantwoordelijk voor maar die voelt zich, ja je moet er wel altijd op aandringen dus ik zou een drietje geven want hij is meer tegen, hij neemt niet de verantwoording. Het is niet altijd duidelijk hoe lang de patiënt hier nog is als je er niet naar vraagt. En de verpleegkundige moet meer verantwoording nemen, maar dat doen ze ook niet altijd. Dat schiet er bij mij ook weleens bij in hoor. Maar die neemt wel meer de verantwoording dus die zou ik een zesje geven, een mager zesje.

*En welk cijfer zou je ze geven als je kijkt naar hoe het je zou willen zien?*

Ja, eigenlijk zijn we er allebei verantwoordelijk voor. Zowel de arts, want die weet wat er gebeuren moet. Maar wij zijn er ook verantwoordelijk voor om in te schatten of mensen bijvoorbeeld zorg moeten krijgen daarna. Dus zal ik, allebei een 8, dat is wenselijk.

*Allebei gelijk?*

Ja, ik vind dat we er allebei oog voor moeten hebben.

*Ik wil je een deel van onze hypothese voorlezen. Het eerste deel is dat er door verpleegkundigen beperkt op ontslag wordt gestuurd doordat verpleegkundigen het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens visites en MDO’s. Wat vind je ervan als ik dat zeg?*

Ja, dat klopt. Wij, we doen het niet altijd en dat moet wel. Kijk nu heb ik een meneer die is gister opgenomen dus dan ga ik niet naar ontslag vragen. Maar bijvoorbeeld een meneer die hier echt wel twee drie weken lag, dat ik dacht huh ligt hij hier nog steeds. Die mag dan eigenlijk vandaag of morgen met ontslag. Maar daar wordt ook dan niet echt achteraan gezeten. Dus dan. hoe zei je dat ook alweer?

*Dat er door verpleegkundigen beperkt op ontslag wordt gestuurd doordat verpleegkundigen het ontslag te weinig ter sprake brengen…*

Ja, het is te weinig ter sprake, het moet actueler, meer echt een punt worden bij de visite.

*Hoe denk je dat dat komt dat het nu nog niet echt een punt is?*

Ik denk dat het soms een beetje laksheid is hoor, dat het vergeten wordt. als je het net zoals... toen jullie er net waren was het wel actueel toen jullie op de afdeling waren... toen hadden we ook net een presentatie gehad op de afdeling. Toen waren we er wel bewust van, de artsen, de arts-assistenten en wij. En nu zie je dat het wel weer weg ebt. Dat het niet, het was even een hot item maar dat het nu weer wegzakt.

*Oké. Ik heb nog een ander deel. Dat is dat de anamneses niet altijd volledig worden ingevuld. En daardoor kan er niet altijd informatie gegeven worden aan de arts. Dan kan ontslag vertraging oplopen. Je zit al te knikken.*

Nou weet je dat wat grappig is? Ik kom vorige week op de afdeling, ik was drie dagen vrij geweest. En van mijn zes patiënten waren vier 1A’s niet ingevuld van mensen die er al een paar dagen lagen. Dus ik ben ook heel erg va de A1 hoor, of de 1A. Daar ben ik echt wel een voorstander van. Omdat het gewoon belangrijk is om te weten hoe mensen wonen, of ze zorg krijgen, of starten, of ze nog een partner hebben ofzo. Dus ik ben altijd wel van de 1A. Dus wat ik dan doe is dat ik met wassen ze helemaal ga ondervragen dat je een beetje weet van hoe of wat. Maar door de tijdsdruk en de werkdruk wordt dat heel vaak… Kijk met avonddiensten snap ik het dat het niet gebeurd, maar het gebeurt ook heel vaak overdag niet. En eigenlijk kost het maar een paar minuten tijd en heb je, win je er uiteindelijk heel veel tijd mee. Maar het klopt, het gebeurt heel vaak niet. Dat is wel een feit. Kijk en er wordt nu ook heel erg op aangestuurd, meer die 1A’s, meer wegen, meer achter het sociale gebeuren aan van hoe wonen mensen enzo, maar het gebeurt niet.

*Maar je zegt het hoeft niet zoveel tijd te kosten?*

Nee, je moet er wel tijd voor maken maar een 1A invullen kost maar vijf minuten en dan kan je tijdens het wassen, dan maak je toch een praatje met de patiënt dus dan kan je net zo goed vragen, hoe woont u? heeft u nog kinderen? En kijk het liefst ga ik er bijzitten en helemaal netjes doen. Maar je kan al veel te weten komen door en gesprek aan te gaan met de patiënt. en als je alles goed hebt ingevuld hoef je niet tijdens de BZB aan vraag tien keer naar de patiënt te lopen van joh hoe zit dit en hoe zit dan. En tegen de arts hoef je dan ook niet te zeggen dat hoor je nog van me. Dus die vijf minuten investeer je wel.

*Oké, ik heb als laatste nog een stelling. Die hebben we gemaakt naar aanleiding van de MDO’s die we hebben gezien. Dat is een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra zij besluit inspraak te hebben.*

Ja, je moet wel voor jezelf opkomen ja. Als jij je visite ingaat en je laat hun praten dan zit je erbij en dan… Dus als je. Ja, ik vind het een goede stelling. Je moet zorgen dat je inspraak hebt anders krijg je geen inspraak. Je moet tussendoor komen met je opmerkingen. Dus dat ehm. Ja, die vind ik wel leuk eigenlijk, origineel. Ja, nee het klopt echt. Kijk aan het begin toen ik hier net kwam werken dan ken je alle artsen niet en dan voel je je als je wat zegt, denk je van o, maar ze zijn, ze willen heel graag dat je inspraak hebt. Maar die ruimte willen ze wel geven, maar die geven ze niet.

*Die geven ze niet?*

Ja, nee als je wat zegt dan geven ze het. Als jij je stil houdt dan hebben zij waarschijnlijk naar mijn idee zoiets van die zit er gezellig bij en die schrijft het allemaal op en dat komt wel goed. Snap je dus, kijk ze vragen wel hoe is het met die of die patiënt. Maar bijvoorbeeld met betrekking tot ontslagdatum en er is niet over gesproken en je wil het met ze bespreken dan moet je daar echt jezelf je duidelijk laten horen anders….

*Maar er is dan dus wel ruimte voor vanuit de arts?*

Ja, er is wel ruimte voor maar je moet wel als verpleegkundige durven om er tussen te komen. Maar de artsen hebben er wel respect voor volgens mij. Die houden daarvan volgens mij als je je stem laat horen af en toe.

*Dus het is niet zo dat je heel veel durf moet hebben je te laten horen?*

Nee. En je mag het ook wel zeggen maar voor sommige snap ik het dat die drempel heel hoog kan zijn. Dat had ik ook in het begin./

*Nu niet meer?*

Nee.

*Oké, mooi. Nou dit waren de vragen al. Bedankt voor je tijd en je informatie.*

**Verbatim 16**

*Zoals je misschien wel weet doen wij een onderzoek naar cultuur en ontslag. Wij hebben een aantal dagen meegelopen hier op de afdeling en we hebben een aantal MDO’s meegekeken en naar aanleiding van dat hebben we een hypothese gemaakt. En om deze te toetsen willen we een aantal verpleegkundigen spreken, we willen graag weten wat jullie ervan vinden.*

*Hoe belangrijk vind jij het sturen op ontslag vroegtijdig?*

Je bedoelt het mensen met ontslag sturen en zo, hè?

*Ja.*

Uhm, voor sommige mensen is het beter als ze inderdaad vroeg naar huis gaan. Alleen soms betwijfel ik het of de patiënten wel goed genoeg zijn zeg maar om naar huis te gaan. Maar op zich het is vaak wel hoe eerder patiënten met ontslag gaan hoe beter, omdat je, zeg maar, hoe langer patiënten hier blijven, hoe meer kans op andere infecties krijgen. Weet je, het is in principe nodig voor wat nodig is zeg maar, maar ook eigenlijk niet langer.

*Nee, maar als je het natuurlijk hebt over vroegtijdig sturen op ontslag, dan is het niet dat je ze te vroeg naar huis bent, maar dat je er op tijd mee bezig bent.*

O, oké, dat vind ik alleen maar goed want dan kun je zeg maar goede voorbereiding doen. Dan kun je op tijd zorg inventariseren, op tijd alles regelen, op tijd…

*En hoe ben jij daar dan zelf mee bezig?*

Uhm, nou ja, als een patiënt opgenomen wordt dan doe je vaak een anamnese, dat hoeft niet perse gelijk die dag maar, daar kijk je ook dan ga je de zorg inventariseren, van hoe doe je dat, dan vraag je aan de patiënt hè, wat heeft u nu voor zorg, denk je dat je straks meer zorg nodig hebt en waar denk je dan meer zorg nodig te hebben. Op die manier ben je daar dan mee bezig, en tijdens de opname kijk je van nou, wat kan een patiënt zelf en als je weet van de patiënt gaat bijna naar huis, dan is het ook dat je die dag probeert het met je werk te regelen als er extra zorg nodig is dat dat ook geregeld wordt.

*Oké, dus je bent er wel vrij intensief mee bezig. Denk je ook dat er hier op de afdeling voldoende wordt gestuurd op ontslag?*

Uhm, meestal wel, alleen soms heb je echt pas heel laat zeg maar dat, kwam door drukte, maar bijvoorbeeld de BZB-aanvraag doen, dat dat gewoon te laat gedaan wordt. Dat gewoon de patiënt met ontslag gaat de volgende morgen en het moet vandaag nog geregeld worden. En soms wordt het ook gewoon wordt niet alles ingevuld zeg maar, en dan is het ook heel lastig om te kijken wat voor zorg iemand precies nodig heeft.

*Ja, en komt het dan door te weinig informatie van de patiënt of door werkdruk of iets dergelijks?*

Ik denk de aanvragen komen mede door de werkdruk, niet zo zeer door te weinig informatie van de patiënt want die heb je al. Maar het is gewoon meer van dat je het gewoon te druk hebt en het schiet er vaak bij in.

*Ik heb een vraag over de verantwoordelijkheid, wie denk je dat er het meest verantwoordelijk is, of wie er verantwoordelijk is voor het sturen op ontslag, is dat de arts, de verpleegkundige? In hoeverre zijn ze verantwoordelijk voor het sturen op ontslag op dit moment?*

Ja, ik denk dat de verpleegkundige de grootste verantwoordelijkheid daarin heeft omdat zij het meest met de patiënt te maken heeft en zij ook het meeste ziet van nou ja, goed, dat heeft de patiënt nodig. En je weet op zich dat de arts daar eigenlijk niet zo’n hele grote rol daarin speelt.

*Niet zo’n hele grote rol…?*

In principe, de arts inventariseert vaak geen zorg, de arts is er echt voor de medische dingen en de verpleegkundige is ook meer voor alle zorg rondom de patiënt en daarbij hoort ook, vind ik, het inventariseren van zorg, wat heeft de patiënt nodig. Kijk een arts kan daar de verpleegkundige wel in bijstaan, maar in principe valt dat volgens mij niet binnen het taakgebied van de arts.

*Oké, en vind je dat verpleegkundigen zich nu genoeg verantwoordelijk gedragen, of zou dat beter kunnen?*

Uhm, ik denk dat de meeste verpleegkundigen zich daarin wel, dat dat heel goed gaat. Dat die daar wel verantwoordelijk in zijn, ik denk eigenlijk iedereen wel. Maar wat ik net ook zei, door de werkdruk lukt dat soms gewoon niet. Dan schiet het er bij in. En dan is het wel heel vervelend als dat gewoon ook niet wordt overgedragen. Dat is wel heel belangrijk als het wel gedaan moet worden dat het dan overgedragen wordt en dat ze dat dan ook niet altijd doen.

*Ja, en dat gebeurt ook wel?*

Meestal wel, niet altijd (lacht).

*Zoals ik al zei hebben we een hypothese opgesteld van wat wij hebben gezien: er wordt door verpleegkundigen beperkt op ontslag gestuurd doordat verpleegkundigen het ontslag te weinig ter sprake brengen tijdens MDO’s en visites. Wat vind je hiervan?*

Dat klopt wel denk ik. Vaak breng je zelf, nou ja, soms zie je bij patiënten, dan zie je echt van volgens mij wordt het tijd dat die patiënt naar huis gaat of volgens mij is het goed dat die patiënt het weekend naar huis gaat en dan maak je het wel bespreekbaar. Maar meestal zijn patiënten vaak toch nog dat je denkt van: nou, naar huis, ik weet niet. Kijk, je brengt het wel eens ter sprake bij een arts maar vaak gaat het wel vanuit een arts dus in die zin ben ik het er wel mee eens.

*Je zei: vaak komt het wel vanuit de arts?*

Ja, vaak is het wel dat de arts zegt van: die patiënt kan wel naar huis.

*En is het dan ook zo dat de verpleegkundige daar dan mee instemt? Dus dat ze eigenlijk…*

Meestal wel, natuurlijk zijn er ook wel patiënten waarvan je denkt van die patiënt kan nu echt op deze manier niet naar huis. Dus het is wel zo dat je ook wel reëel bent en dat je ook zelf moet kijken van kan die patiënt naar huis. Kijk een arts kan zeggen dat het klinisch goed gaat met een patiënt maar verder niet. Dus het is dan wel zo dat je dan moet aangeven van dat kan of dat kan niet.

*We hebben ook nog een tweede reden: dat is dat de anamneses vaak niet volledig zijn ingevuld en dat daardoor niet voldoende informatie aan artsen kan worden verstrekt waardoor het ontslag vertraging oploopt.*

Vaak wel, het is heel belangrijk om een anamnese te doen, maar als een patiënt ’s avonds wordt opgenomen, het is vaak druk. ’s Avonds sta je met z’n tweeën op nou, volgens mij heb je 36 bedden, dan sta je op de helft en dan kun je die patiënt niet heel uitgebreid een anamnese afnemen en dat wordt dan ook soms niet de volgende dag gedaan. Dus dan blijft het wel eens een paar dagen liggen voordat het gedaan wordt. Welk was het ook al weer? Ja, nee, het is echt waar. Daarom weet de arts, kijk. De artsen vragen er ook naar hoe is de thuissituatie van de patiënt. En ik zeg: ja, dat weet ik niet, dat staat nergens beschreven. Dat vind ik voor mezelf gewoon heel vervelend dus in die zin is het wel belangrijk om voldoende informatie te kunnen verzamelen en ook door te geven aan de arts.

*Ja, maar je vindt wel of niet dat dat voldoende gebeurt?*

Het kan beter.

*En weet je ook hoe het beter zou kunnen?*

Uhm, ja, dat is wel vanuit de verpleegkundige dan eigenlijk dan gelijk bij opname vragen. Als je een patiënt ophaalt van bijvoorbeeld de spoed, dan kun je gerust aan de patiënt vragen van hoe gaat het nou thuis. Weet je wel, die dingen. Niet dat de patiënt z’n hoofd ernaar staat, maar dan heb je die informatie in ieder geval. Je staat toch bij dat bed dus dan kun je het net zo goed vragen.

*Ja, dus dat je het gewoon tussendoor doet?*

Ja, of dat je het de volgende ochtend tijdens de zorg doet. Dat maakt niet zo heel veel uit, als het maar wel gedaan wordt voor de visite. Dat het eigenlijk voor de volgende dag gedaan wordt. Beter is de arts er ook van op de hoogte en dan kun je des te sneller volgens mij en beter de zorg… als je dat zou doen.

*Oké, dan heb ik als laatste nog een stelling, die hebben we gemaakt naar aanleiding van de MDO´s waar wij bij zijn geweest. Het is: een verpleegkundige heeft pas inspraak zodra zij besluit inspraak te hebben.*

Ja, daar ben ik het mee eens. Uhm, daar moet ik even over nadenken, hoor. Uhm, ja, als ik denk van nou, of tenminste, nu moet ik wat zeggen over een patiënt of weet je… we hebben het over benauwdheid, dan zijn ze bezig over benauwdheid, die patiënt is nog al benauwd en bwubwubwu… dan beantwoord je die vragen wel maar als je zegt, nou… dan gaan ze nog een tijdje door en dan zeg je op een gegeven moment van dan en dan is de patiënt bijvoorbeeld… kijk, informatie die er toe doet, die de arts verder kan brengen, dan besluit je wel, zeg maar, van nu breng ik wat in, zeg maar. Dus ik weet niet, als het nodig is dan… en soms is het ook wel heel handig om mee te denken met een arts. Als een arts dan zegt van nou, hè, dit zus en zo, dat kun je ook wel zo… dan denk ik wel als verpleegkundige: heb je daar en daar ook aan gedacht?

*Oké, daar is ook wel ruimte voor?*

Ja, ik denk het wel.

*Je hebt niet dat je als verpleegkundige informatie achterlaat?*

Nee, dat heb ik niet.

*Oké, dan hebben we alle vragen gehad, bedankt voor je tijd.*

#### Bijlage 9: Fragmenten

Uitleg afkortingen:

* V: verpleegkundige
* A: afdeling
* S: artsen/specialisten
* P: patiënt
* Z: ziekenhuis
* +: positief
* -: negatief
* +/-: zowel positief als negatief

Namen labels:

* Belang
* Acties
* Belemmering
* Verantwoordelijkheid
* MDO/visite
* Te vroeg
* Cultuur
* Ligduur
* Financiën
* Anamnese
* Werkdruk
* Zorg na ontslag
* Stelling
* Verbetering
* Aansturing

**Belang**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Label** | **Fragment** | **Fragment****nummer** |
| +V:Belang | Het sturen op ontslag is op zich wel belangrijk natuurlijk, je werkt wel ergens naar een doel toe. Je kunt wel je maatregelen in gang gaan zetten. Als je vroegtijdig aanstuurt op ontslag kan je eerder gaan kijken naar de thuissituatie van mensen. Kijken wat er aan zorg is, wat er nog nodig is. Dus het is wel handig als je dat op tijd in gang zet want veel dingen kan je van te voren natuurlijk wel uitzoeken. | 1.1 |
| Ja, vroegtijdig sturen op ontslag is wel belangrijk.  | 2.1.1 |
| Dat vind ik wel goed dat er op tijd begonnen wordt met inventariseren en dergelijke, want anders is het soms te laat. Dan krijg je ook weer problemen omdat je al die informatie niet hebt. | 3.1.3 |
| In de enquête heb ik al aangegeven dat ik dat heel belangrijk vind, het sturen op ontslag. Omdat het voor de patiënt niet goed is om heel lang in het ziekenhuis te blijven, zeker de oudere patiënt. Waar het grootste gedeelte van onze populatie wel uit bestaat. Ouderen krijgen vaak ook functieverlies door zo’n langdurige opname. En ze zijn vaak verward, gedesoriënteerd, dus een lange ligduur heeft geen zin.  | 5.1.1 |
| Hoe belangrijk ik vroegtijdig sturen op ontslag vind? Ik vind het zelf belangrijk om een idee te hebben van wanneer je mensen weer naar huis mogen. Tenminste wat het streven is. Maar dat is wel een beetje per situatie verschillend. Je hebt hele ziekte patiënten en je hebt wat minder zieke patiënten. En als ik naar mijzelf kijk, als je wat minder zieke patiënten hebt die wat sneller op de been zijn, dan kunnen zij wel naar huis, dus dan ben je daar wel wat meer op gehamerd. Maar bij mensen die echt ziek zijn, wil je goed alles uit zoeken en zeker weten dat iemand het ook wel redt om naar huis te gaan, dus dan ben je daar wel wat voorzichtiger in.  | 6.1.1 |
| Vroegtijdig sturen op ontslag is belangrijk, als de patiënt de gelegenheid krijgt om het op te knappen en dan naar huis te gaan, dan vinden ze het zeker een goede zaak want het gaat meer om de economie, mensen moeten snel naar huis gaan, nieuwe patiënten aannemen.  | 10.1.1 |
| Ik vind het vroegtijdig sturen op ontslag heel belangrijk. Zeker nu ik zie dat ik nu weer verpleegkundige alleen aan het bed ben. Patiënten moeten gewoon duidelijkheid hebben. Het is geen verblijfsinstituut dus zodra de behandeling ook elders gedaan kan worden moet je daar ook voor kiezen. | 11.1 |
| En voor ons is het vroegtijdig sturen op ontslag fijn dat we weten hoeveel hulp we moeten inschakelen. Het is makkelijk voor het inschakelen van je hulp. | 12.1.2 |
| Ik vind sturen op ontslag het wel belangrijk want als mensen langer blijven is het voor hun gezondheid ook slecht en het kost ook meer geld. Dus ik vind het wel belangrijk dat als iemand naar huis kan dat het dan ook geregeld wordt. | 13.1 |
| Ja, ik vind vroegtijdig sturen op ontslag wel belangrijk. Het is in een ziekenhuis opgenomen zijn is niet leuk en wat ik heel erg merk is dat het wel een houvast is voor patiënten dat ze weten wanneer ze ongeveer weer naar huis mogen.  | 14.1.1 |
| Ik vind vroegtijdig sturen op ontslag heel belangrijk omdat je dan al van te voren weet of je iets aan moet vragen, of je thuiszorg moeten regelen of verpleeghuis of revalidatieplekje. Zodat je al een beetje een indicatie hebt en dat je niet aan het eind hoeft te wachten als mensen met ontslag gaan naar huis of ergens anders. | 15.1 |
| Vroegtijdig sturen op ontslag vind ik alleen maar goed want dan kun je goede voorbereiding doen. Dan kun je op tijd zorg inventariseren, op tijd alles regelen. Voor sommige mensen is het beter als ze inderdaad vroeg naar huis gaan. Alleen soms betwijfel ik het of de patiënten wel goed genoeg zijn zeg maar om naar huis te gaan. Maar vaak is wel hoe eerder patiënten met ontslag gaan hoe beter, omdat je hoe langer patiënten hier blijven, hoe meer kans op andere infecties ze hebben. | 16.1 |
| - V: Belang  | Aan de andere kant is er ook een soort van tegenstrijdigheid want als het dan niet lukt omdat de behandeling niet aansluit of er komt iets bij dat het dan wel een teleurstelling is. Dus het heeft twee kanten. Maar ik vind het wel belangrijk om te melden zodra iemand eventueel met ontslag zou kunnen. | 14.1.2 |
| +/-: Belang | Wat ik vind van vroegtijdig sturen op ontslag? Als iemand met ontslag kan is dat goed maar soms merk je weleens dat het wat te gehaast gaat, dat de artsen het ontslag echt willen, verkorte ligduur. Dan krijg ik wel eens die indruk. Ik vind het wel goed dat de artsen dat doen, want er is wel de regel van verkorte ligduur.  | 3.1.1 |
| Aan de ene kant vind ik vroegtijdig sturen op ontslag heel belangrijk vooral mensen waar BZB bij moest komen. Soms moeten die wachten op een logeerplekje of een revalidatieplek. Maar aan de andere kant vind ik dat oudere mensen die opgenomen worden eerst even moeten acclimatiseren. Dan ga ik niet meteen over ontslag beginnen. | 4.1.1 |
| Ik vind vroegtijdig sturen op ontslag heel belangrijk. Als je dat aan het begin al wel voor ogen hebt dat je veel dingen sneller gedaan krijgt, omdat je weet wat je nog moet doen. Je hebt dan meteen al het overstijgende beeld van dit is het proces van de patiënt. Maar niet zo belangrijk dat ik helemaal ga pushen van dan is de streefdatum dus dan moet die patiënt echt weg zijn. Ik vind niet dat het het belangrijkste is, maar als je dat hebt dat je beter de totale zorg aan de patiënt kan geven. Daarnaast is het natuurlijk beter, de patiënt ligt hier niet langer dan nodig en dat is ook weer goed voor het ziekenhuis, dan kunnen er weer andere mensen komen. En dan begin je weer van begin af aan. Ik vind het in die zin wel belangrijk, maar niet het belangrijkste. | 7.1 |
| Ik denk niet dat ik aan sturen op ontslag een belangrijkheid aan kan verbinden. Omdat het soms in sommige situaties heel erg lastig is. Als ik kijk naar de vraag om er belangrijkheid aan te verbinden: ik vind het gewoon belangrijk dat je het totale plaatje netjes afsluit en afrond voordat je een patiënt met ontslag stuurt. Dat vind ik belangrijk. | 8.1.1 |
| Hoe belangrijk ik het vroegtijdig sturen op ontslag vind? Dat is op zich wel lastig.  | 9.1.1 |
| + P: Belang | Voor mij is het vroegtijdig sturen op ontslag niet zo heel belangrijk voor de patiënt wel belangrijk dat hij weet wanneer hij naar huis kan.  | 12.1.1 |

**Acties**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Label** | **Fragment** | **Fragment****Nummer** |
| +V: Acties | Hoe ik bezig ben met sturen op ontslag is dat je toch wel in de anamnese kijkt hoe de thuissituatie is en of mensen al hulp hebben thuis, of ze een man hebben. En dat kan je bij opname al allemaal doen. Ik ben er vanaf de opname al mee bezig.  | 1.2.1 |
| Hoe ik met ontslag bezig ben is door te vragen: stel dat iemand toch thuis is en die heeft maar twee keer er week hulp met douchen, maar ik zie dat niks wordt, dan bel ik de echtgenote. Kijk je denkt hij heeft eigenlijk toch wel meer zorg nodig, dat je dat dan met familie kan bespreken. | 2.2 |
| Ook is het heel belangrijk als je op tijd die anamnese hebt. Dan heb je eigenlijk heel veel al gedaan. | 3.2.2 |
| Net had ik het over artsen die sturen op ontslag, maar soms is het ook echt wel andersom, dat de verpleegkundigen het vragen. En het gebeurt nu meer dan eerder, hoe het komt, ik weet niet hoe dat erin is gekomen, maar omdat het nogal slecht verliep is er wel een aandachtspunt.  | 3.4.2 |
| Je kan het natuurlijk wel in de papieren visite bespreken. Dat is geen probleem. Als het zover is kan je het met de patiënt bespreken. Maar jongere vitale patiënten die kun je meteen al zeggen hoelang ze moeten blijven, die vinden het vaak ook prettig. Maar ik kan het soms niet altijd aangeven hoelang het duurt want de artsen hebben zelf vaak een ander idee hierover. Dus ik kan als verpleegkundige niet zomaar zeggen bij opname, u bent hier vijf dagen. Sommige dingen wel, want daar is een zorgpad van, dan kun je dat al afbakenen. Maar als er tijdens zo’n zorgpad weer complicaties optreden kan het ook weer langer duren. Ik vind altijd dat de zorg wel goed afgerond moet zijn voor iemand met ontslag gaat. Dat iemand niet naderhand nog allemaal vragen heeft of thuis met allemaal problemen te maken krijgt. | 4.1.2 |
| Ik ben bezig met het sturen op ontslag door het met de papieren visite te benoemen met de dokter, het vragen als de dokter het zelf niet benoemt. Als verpleegkundige denk ik die patiënt is aardig de behandeling aan het afronden en ik zie er van komen dat BZB erbij komt, dan ga ik dat ook altijd meteen al benoemen in de visite, van kunnen we BZB al inschakelen? | 4.2 |
| Ik ben zelf bezig met het sturen op ontslag door het tijdens de visite signaleren van de ontslagdatum, is die nog niet in zicht, wat moet er dan nog gebeuren voordat je dat ontslag kunt gaan plannen? Vroegtijdig ook de familie erbij betrekken. Nou moet ik er heel eerlijk bij zeggen dat ik maar één dag per week in de zorg sta, maar ook die dag dat ik in de zorg sta moet ik daarvoor zorgen natuurlijk. | 5.2 |
| Maar ik probeer er bijvoorbeeld in visites naar het ontslag te vragen. En de thuissituatie inventariseren van de patiënten. Dus weten als ze nou met ontslag zouden mogen waar ze dan heen gaan. En dus de anamneses bij opname afnemen en tijdens de visites ontslag bespreken. | 6.1.2 |
| Voor mijzelf probeer ik meestal een praatje te maken met de patiënt ’s ochtends, helemaal bij nieuwe mensen. Zodat ik een beetje een idee heb woont u nog hoe de thuissituatie van de patiënten is. Met dat in je achterhoofd kun je natuurlijk al veel meer informatie geven als het gaat over het ontslag. | 6.5.2 |
| Uiteindelijk ben ik niet degene die zegt dat iemand naar huis gaat. Maar ik denk wel dat het als verpleegkundige belangrijk is om helderheid te houden. Als jij dat voor je patiënt wil ophelderen, jij bent degene die voor je patiënt staat. Er als het ware er voor praat, dus dan vind ik wel dat je daarin een aandeel hebt, maar uiteindelijk bepaalt natuurlijk de arts wanneer iemand echt naar het ontslag kan. | 7.2.3 |
| Ondanks dat ik geen anamnese doe, of dat die er niet is, zegt niet dat ik er niet al mee bezig ben en dat je het wel plant. Als het daar niet al begint, dan loopt het gewoon vast, op een gegeven moment en de anamnese is een hulpmiddel daar bij. Dan loop je dus wanneer het vastloopt vertraging op, wanneer dat niet nodig zou moeten zijn. | 7.6.3 |
| Ik uit dat door het totale plaatje inzichtelijk houdt en niet alleen maar naar die opnamereden kijkt maar naar je totale patiënt. En vooral dat het de ouder wordende patiënt is heb je niet alleen maar bijvoorbeeld een urinewegprobleem. Heel vaak ook een longprobleem en een geestelijk probleem. Dus vooral nu dat we de geriater heel veel in kunnen zetten hebben we daar natuurlijk wel wat meer effect in dat dat sneller georganiseerd wordt en dat dat plaatje helemaal compleet duidelijk is. | 8.2 |
| Het initiatief om het ontslag te overleggen komt eigenlijk altijd wel bij verpleegkundigen vandaan. Omdat wij de patiënt meer spreken, meer zien, meer kunnen observeren en ook meer gesprekken met familie hebben. Dus het komt eigenlijk altijd wel bij ons vandaan en nooit van een arts. | 8.3.2 |
| Met name tijdens de visites ben ik met ontslag bezig, dat ik vraag wat moet er nog gebeuren en naar welke streefdatum kunnen we toe gaan? Dat durf ik wel te vragen. | 9.2 |
| Vanaf de opname ben ik al bezig met sturen op ontslag want dan zie je welke ziektebeeld iemand heeft. En dan begin je de arts te vragen van hoe lang het herstel gaat duren. En dan vraag je de arts om alvast de vermoedelijke ontslagdatum te gaan plannen. Vandaar dat dat de laatste weken dat veel gedaan wordt. | 10.2.1 |
| Hoe ik bezig ben met sturen op ontslag? Toch binnen 24 uur die anamnese goed rond hebben en ook duidelijk rapporteren wat de opnamediagnose is, welk beleid er ingezet wordt. Dat je iedere dag kijkt of we goed met het beleid zitten, zitten we nog op die streefdatum, of moeten we dat gaan bijstellen.Op deze manier ben ik er zelf mee bezig. Dat je zelf als verpleegkundige de regie hebt. Jij moet zeggen van je vindt dat die patiënt nog niet met ontslag kan en waarom. En als de dokter zegt dat de patiënt met ontslag kan, dat je ook weet waarom dat wel of niet zou kunnen. Heel vaak hoor je mensen heel nog verrast zijn dat ze naar huis mogen en ook dat de verpleegkundigen verrast zijn en zich afvragen: waarom mag die patiënt al naar huis? Dan denk ik wat is hier aan vooraf gegaan? Informatieverstrekking naar de patiënt toe, duidelijke rapportage van de verpleegkundigen in de overdracht naar de volgende dienst.  | 11.2.1 |
| Wat ik doe aan sturen op ontslag? Bij de anamnese vragen aan de patiënt wat hun verwachting is hoelang ze moeten blijven. Dus als ze er een beetje rekening mee kunnen houden hoelang ze moeten blijven. | 12.2 |
| Ik vraag tijdens MDO’s en artsenvisites van wanneer zou deze patiënt eventueel naar huis kunnen. Dat je al gelijk toewerkt naar het ontslag en ook nadenkt als iemand met ontslag zou mogen wat moet er geregeld moet worden? Dus dat je het eigenlijk al gelijk bij binnenkomst alles helemaal bekijkt wat moet er geregeld moet worden. | 13.2 |
| Zelf probeer ik voor het vroegtijdig sturen op ontslag ‘s morgens als ik begin met de zorg, met de pillen geven en dergelijke, altijd te kijken of patiënten het zelf kunnen of niet? En als mensen heel ziek zijn dan ga ik niet naar de arts om te vragen of iemand met ontslag mag. Maar het is wel zo dat als ik zoiets heb van dat gaat niet meer een week duren of een paar dagen dan moet er vast naar gekeken worden. Dan vraag ik of ik wat moet gaan regelen. | 15.2 |
| Dus wat ik dan doe is dat ik met wassen ze ga ondervragen zodat je een beetje weet van hoe of wat.  | 15.7.3 |
| Ik ben zelf bezig met het sturen op ontslag door als een patiënt opgenomen wordt dan doe je vaak een anamnese, dat hoeft niet persé gelijk die dag. Dan ga je de zorg inventariseren, dan vraag je aan de patiënt van hoe doe je dat, wat heeft u nu voor zorg, denk je dat je straks meer zorg nodig hebt en waar denk je dan meer zorg nodig te hebben. Op die manier ben je daar dan mee bezig, en tijdens de opname kijk je wat een patiënt zelf kan en als je weet dat de patiënt bijna naar huis gaat, dan is het ook dat je die dag probeert het met je werk te regelen als er extra zorg nodig is dat dat ook geregeld wordt. | 16.2 |
| -V: Acties | Maar ik denk dat we het ontslag over het algemeen we het een beetje teveel van de artsen af laten hangen. Daar zouden verpleegkundige nog actiever in kunnen zijn in het aansturen daarop. En dat gaat voor mijzelf ook op. Ik zou niet weten hoe dat komt.  | 1.6.2 |
| Maar als je dus even iets minder tijd voor hebt om ’s ochtends een praatje te maken met je patiënten om dat soort dingen te vragen tijdens de ochtendzorg en je zit in de visite en je hebt een anamnese die niet goed is ingevuld dan sta je wel met je mond vol tanden. Dan kan je dus inderdaad niet goed inschatten wat het traject zou kunnen worden voor de patiënt.  | 6.5.3 |
| Je moet op dag één al kijken naar de dingen die we moeten doen bij patiënten en daar op tijd mee starten. Ik probeer daar wel aan te denken maar soms dan schiet het er wel bij in. Meestal bij de patiënt die liggen hier toch wel een tijdje liggen en als je weet dat het een langdurig proces gaat worden, dan wacht ik wel wat meer. Onbewust. | 9.1.3 |
| +/-V: Acties | Hoe het mij lukt om het overstijgende beeld te krijgen? Ik probeer wel in de eerste dagen bij patiënten te vragen wat de streefdatum is. Dat doe ik niet altijd, het schiet er ook weleens bij in. Verder probeer ik zelf ook wel een beeld te krijgen van wat iemand heeft en wat er moet gebeuren, wat denk ik zelf wat handig is bij een patiënt. Dat ga ik dan overleggen met de arts. Op die manier probeer ik een beeld te krijgen van wat de patiënt nodig moet hebben. En natuurlijk ook het kijken wat verpleegkundigen voor interventies kan starten. Door al die dingen samen te vatten en daarboven te kijken hoe alles loopt, dan krijg ik uiteindelijk een beeld van die zorg moet diegene krijgen en dan kom ik ook ergens. Zo krijg ik het overstijgende beeld. De ene keer ben ik daar meer mee bezig dan de andere keer.  | 7.2.1 |
| +A: Acties | De ene verpleegkundige is meer bezig met het sturen op ontslag dan de andere verpleegkundige. De ene vraagt heel actief aan de artsen tijdens de visite wanneer patiënten naar huis mogen. | 1.4.1 |
| Ja, de laatste tijd wordt er wel voldoende gestuurd op ontslag op de afdeling. Ik zit niet bij alle visites natuurlijk maar dan kom je weleens langs en dat verpleegkundigen dan ook vragen of een patiënt met ontslag mag of niet.  | 3.4.1 |
| Een paar teamvergaderingen geleden hebben ze op een gegeven moment bedacht dat ze op ons overdrachtbriefje een kolommetje erbij met de ontslagdatum. Dus dan heb je het visueel voor je. Als je je briefje voor je hebt liggen zie je dat erbij staan. Dus dan wordt je er wat meer op gewezen.  | 6.4.2 |
| Jawel, ik vind dat er voldoende wordt gestuurd op ontslag tijdens werkbespreking en de vergadering, daar wordt er aandacht aan gegeven. Als het niet goed gaat dan wordt het gezegd en als het goed gaat dan zeggen ze het ook. Dat geldt ook voor het ontslag. | 10.3 |
| Als het je te dol wordt dan kan je aan het eind zeggen van even resumé. Heb ik het goed begrepen? | 11.6.2 |
| Daarvoor hebben we ook de dossieranalyse om te kijken van wat nu redenen zijn dat patiënten blijven liggen. Het grappige is dat je er dan achter komt van dat er wel of geen reden is. Door met elkaar die dossieranalyses te doen zorgt voor een stukje bewustwording. | 11.3.2 |
| Jij moet met de patiënten over dingen praten zodat je informatie te weten komt die je met de dokter kunt bespreken om het beleid af te spreken. Dat kan door middel van de anamnese, maar ook tijdens het wassen of op weg naar de afdeling vanaf de spoedeisende hulp. Dan is het een kleine moeite en dan is het echt niet zo veel werk. Als je ’s ochtends begint ga dan met elkaar uitzetten van wie heeft er extra hulp nodig en wie redt zich alleen. Als een collega nog vier anamneses moet invullen, gun het dan ook aan een ander dat die dat doet. Als je in teamverband wilt werken, dat is hier dus, dan moet je daar elkaar ook de ruimte voor geven.Waarom heeft verpleegkundige A wel altijd overal tijd voor en verpleegkundige B niet? | 11.8.2 |
| Ik ben met het vroegtijdig sturen op ontslag bezig doordat ik altijd vraag bij de artsenvisite of er eventueel al iets over bekend is. En ik hou het ook zelf ook in de gaten. Ik meld het ook aan de patiënt. Als ik het zelf denk dan zal ik het wel minder snel melden dan dat het een zekerheid is. Ik probeer het in ieder geval in de artsenvisite te vragen. | 14.2 |
| -A: Acties | Het sturen op ontslagkan nog wel beter hier. Het gaat niet altijd even efficiënt want je moet soms best wel veel instanties inschakelen en formulieren invullen en het is ook allemaal best een hoop werk. Mensen gaan wel eens later naar huis omdat dingen niet op tijd of niet volledig ingevuld zijn of omdat er geen plekje is. | 1.2.2 |
| En de andere verpleegkundige zou dat misschien niet zo snel vragen, nou daar zit wel wat verschil in. | 1.4.2 |
| Maar ik denk dat we het ontslag over het algemeen we het een beetje teveel van de artsen af laten hangen. Daar zouden verpleegkundige nog actiever in kunnen zijn in het aansturen daarop. En dat gaat voor mijzelf ook op. Ik zou niet weten hoe dat komt.  | 1.6.2 |
| En het sturen op ontslag moet denk ik ook wel op een gegeven moment in je routine zitten. Zoals dat als je iemand opneemt, dan vraag je naar het gewicht, zo moet je eigenlijk ook gewoon iets standaards maken van het ontslag en ik denk dat dat nog niet helemaal er in zit. Maar ook wel dat ze er wel mee bezig zijn op de afdeling, maar ik denk dat dat ook wel mee speelt. Je moet het ook gewoon een beetje je eigen maken om dat mee te nemen als vraag. | 6.2.3 |
| Maar dan nog moet het wel iets van jezelf worden, wat je automatisch inbrengt. En dat dat één van de dingen is waardoor wij als verpleegkundigen nog te weinig aandacht daaraan geven. | 6.4.3 |
| Er wordt hier op de afdeling niet genoeg gestuurd op ontslag. Ik denk dat verpleegkundigen hier gewoon het soms te vaak afwachten totdat de arts zegt van morgen met ontslag. Je moet meteen zeggen wanneer met ontslag. Dat is anders dan dat je hoort morgen mag de patiënt met ontslag. En dan moet je nog alles regelen. Maar als hij dan zegt overmorgen gaan we ervoor. Dan ga je niet wachten tot overmorgen dan ga je vandaag vast dingen regelen. Als je denkt dat iemand overmorgen naar huis kan moet je vragen of dat nog klopt. Dan kan je nu dingen gaan regelen.  | 7.3.1 |
| Maar er zijn wel dingen waar van ik denk, dat kan wel beter. En er zijn wel dingen die blijven liggen die kunnen worden opgepakt. | 7.3.4 |
| Ik vind dat er niet altijd genoeg wordt gestuurd op ontslag op deze afdeling, het ligt er ook een beetje aan wie er werken. De één is er meer op gefocust dan de ander, in elk geval de artsen. De ene dag zijn ze er heel druk mee bezig en de andere dag wat minder, maar over het algemeen wordt er wel naar gekeken. Maar dat kan altijd beter door te blijven benoemen. Ik denk dat dat de beste manier is. Het gewoon uitspreken waar we nu staan en wat het streven is. | 9.3 |
| Er wordt nog niet voldoende gestuurd op ontslag hier op de afdeling.  | 11.3.1 |
| Ja, dat is moeilijk te bepalen of er voldoende wordt gestuurd op ontslag omdat ik niet kan bepalen wat andere mensen doen. Maar ik denk dat sommige mensen wel wat meer daar naar toe kunnen werken. De één is daar wel mee bezig dan de ander. Maar ik denk dat dat komt doordat je soms met andere dingen wat meer bezig bent die dan prioriteit even heeft van de dag. Dat het gewoon even links komt te liggen. | 13.3 |
| Ik vind niet dat er voldoende wordt gestuurd op ontslag hier op de afdeling. We hebben daar sinds kort een heel mooi hokje op ons lijstje en daar staat ontslag. En dan zou dat heel mooi ingevuld moet worden, maar dat wordt niet altijd gedaan. Dus ik denk dat er te weinig met data wordt gewerkt. Ik denk dat soms als iemand opgenomen wordt met iets bijvoorbeeld COPD, een zorgpad dus in principe kan je dan zelf al een beetje kunnen tellen van zoveel dagen houdt het zorgpad in, ik noem maar wat. Dus in principe zou je dan zelf al kunnen tellen als verpleegkundige zijnde van wanneer is het ontslag. In principe ontslag staat nooit vast. Behalve als je het met de arts bespreekt dan. Het staat op het briefje maar het wordt soms wel en soms niet ingevuld. Of er staat: niet bekend, dat is dan wel dat je ermee bezig bent. Soms staat er in principe maar veel hokjes zijn in ieder geval niet ingevuld dus dat zou dan nog wel meer mogen. Dat het niet ingevuld is komt doordat het nieuw is. Ik denk dat het nog meer een stukje vastigheid moet worden in een artsenvisite, het ontslag. Dat het sowieso de eerste dagen niet alleen naar de behandeling gekeken moet worden maar dat er ook gekeken moet worden wanneer de behandeling af is. Dus daar dan een beetje vastigheid in de dagelijkse visite bij de verpleegkundige denk ik.  | 14.3 |
| Nee, ik vind dat er hier op de afdeling niet voldoende wordt gestuurd op ontslag. We hebben nu wel zo’n kopje op het briefje erbij met streefdatum ontslag en dat werd aan het begin heel goed ingevuld maar nu staat er overals NB: niet bekend. Ik heb bijvoorbeeld een meneer die gaat morgen met ontslag en die stond tot en met vandaag nog op niet bekend. Dus ik vind dat het veel beter kan. Dus als je het even weer aangeeft van we moeten er met z’n allen op letten dat wordt er weer een paar dagen op gelet, maar daarna zakt het weer weg en dan liggen mensen hier weer te wachten op thuiszorg. Het moet meer leven denk ik. Dus ik vind dat het beter kan, zeker. Ik denk dat het nog actueler gemaakt zou moeten worden op een of andere manier. Terwijl het best wel actueel is nu. De artsen doen het nu wel beter, ze geven nu van te voren aan of het nog drie of vier dagen gaat duren. Maar ik denk dat het streefontslag bij ons als verpleegkundigen meer bij ons riedeltje moet horen bij de visite.  | 15.3.1 |
| Meestal wordt er wel voldoende gestuurd op ontslag, maar bijvoorbeeld de BZB-aanvraag doen, dat wordt gewoon te laat gedaan. Dat gewoon de patiënt die met ontslag gaat de volgende morgen en het moet vandaag nog geregeld worden. En soms wordt het ook gewoon niet helemaal ingevuld, en dan is het ook heel lastig om te kijken wat voor zorg iemand precies nodig heeft.  | 16.3.1 |
| +/-A: Acties | Ik vind dat er door de verpleegkundige wel voldoende wordt gestuurd op ontslag. Maar de artsen laten daar open stukken in liggen. Met name ook als de patiënten opgenomen worden met een zorgprobleem waarvan tijdens opname blijkt dat iemand niet meer terug kan naar de oude situatie, maar een nieuwe situatie hebben we ook nog niet direct voor handen. Dat iemand gewoon een verblijfplaats moet gaan krijgen. Artsen moeten daar veel meer in kunnen sturen als ze dat willen, met familie. Ik vind dat ze dan wel op hun strepen moeten kunnen staan en zeggen van iemand gaat maar terug naar de situatie waar die vandaan komt, desnoods met wat meer zorg. En gaat vandaar uit een andere plek geven. Een vastere, een andere woonadres of verpleeghuis of verzorgingshuis. Als verpleegkundigen het laten liggen is het een dag en bij artsen is dat een langere tijd. Je vind wel eens van je collega dat die de dag ervoor al een BZB-aanvraag had kunnen doen, maar dat die dat niet gedaan heeft. Dan heb je een dag verlies zeg maar in je ontslagprocedure. En geen weken zoals bij de artsen. | 4.3 |
| +S: Acties | Als verpleegkundigen het niet hebben gedaan komen de artsen er wel mee, daar zijn ze wel mee bezig. | 3.3 |
| Ja, de artsen zijn wel voldoende bezig met de ligduur zo kort mogelijk houden. Ik denk wel dat ze wel aardig bezig zijn, soms wel iets te snel. Ze zijn zeker wel heel erg bezig met ontslag. | 12.3 |
| -S: Acties | Ik vind dat er door de verpleegkundige wel voldoende wordt gestuurd op ontslag. Maar de artsen laten daar open stukken in liggen. Met name ook als de patiënten opgenomen worden met een zorgprobleem waarvan tijdens opname blijkt dat iemand niet meer terug kan naar de oude situatie, maar een nieuwe situatie hebben we ook nog niet direct voor handen. Dat iemand gewoon een verblijfplaats moet gaan krijgen. Artsen moeten daar veel meer in kunnen sturen als ze dat willen, met familie. Ik vind dat ze dan wel op hun strepen moeten kunnen staan en zeggen van iemand gaat maar terug naar de situatie waar die vandaan komt, desnoods met wat meer zorg. En gaat vandaar uit een andere plek geven. Een vastere, een andere woonadres of verpleeghuis of verzorgingshuis. Als verpleegkundigen het laten liggen is het een dag en bij artsen is dat een langere tijd. Je vind wel eens van je collega dat die de dag ervoor al een BZB-aanvraag had kunnen doen, maar dat die dat niet gedaan heeft. Dan heb je een dag verlies zeg maar in je ontslagprocedure. En geen weken zoals bij de artsen. | 4.3 |
| Er wordt hier op de afdeling onvoldoende gestuurd op ontslag. Maar dat is de tunnelvisie van de artsen: dat is het probleem, dat gaan we oplossen. En niet wat voor patiënt heb ik en wat is het totale plaatje, en hoe kunnen we zorgen dat het totale plaatje zo snel mogelijk in kaart te brengen en dus ook zo snel mogelijk af te kunnen sluiten. Als de arts alleen maar dat behandelen waar de patiënt voor binnenkomt en niet naar de rest kijkt, kun je daar ook geen goed ontslagbeleid op zetten. Omdat je vanaf het begin af aan eigenlijk al verkeerd begint. En een arts kan natuurlijk wel zeggen dat hij wilt dat de patiënt over drie dagen naar huis gaat, maar die heeft dan nog niet een gesprek met de familie gehad of er thuis ook andere dingen geregeld moeten worden en die gesprekken hebben wij met de patiënten en familieleden. En de arts niet. | 8.3.1 |
| Als je dan kijkt bijvoorbeeld tussen tien en elf uur is de ontslagtijd en de patiënt wordt dan netjes opgehaald dan moet de patiënt nog drie kwartier of een uur wachten op de papieren, dat kan natuurlijk niet, dat schiet niet op. En dat ligt dan aan de arts. Vaak zijn verpleegkundige overdrachten netjes klaar. En de artsenpapieren laten dan nog op zich wachten. En dat is heel vervelend. Wat dat betreft zou de verantwoordelijkheid bij de arts vind ik persoonlijk een stukje hoger moeten eigenlijk. | 14.5.2 |

**Belemmering**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Label** | **Fragment** | **Fragment****nummer** |
| V: Belemmering | Ik ben zelf oproepkracht dus ik ken vaak de patiënten niet goed. Als je dan een aanvraag moet doen is dat ook wel lastig als je iemand de voorgaande dagen niet gezien hebt. Dus dan is het ook een beetje lastig inschatten wat iemand zelf kan en waar de hulpvraag uit bestaat. | 1.2.3 |
| Wat ik wel eens merk is dat als een patiënt al langer op de afdeling ligt ik gewoon mee ga in de zorg. Veel is dan al besproken. Dan merk ik dat ik het dan moeilijker vind, als er zoveel mensen bij zijn geweest en er naar hebben gekeken. Of als er heel veel verschillende disciplines bijkomen dan denk ik ook dat het soms wat ingewikkelder wordt. Zeg me niet meteen dat het dan niet lukt maar dat het dan wat moeilijker wordt. De één zegt het mag morgen terwijl de andere het daar helemaal niet mee eens is. Dan is het wel belangrijk als je het allemaal stroomlijnt en uiteindelijk wel tot een punt komt dan. Een streefdatum bijvoorbeeld.  | 7.2.2 |
| A: Belemmering | Het is wel eens moeilijk om te sturen op ontslag hier op de afdeling. Kijk ik heb er nu ook eentje liggen die zou dan eigenlijk weg mogen, maar eigenlijk zit ik nog op de wip. Die gaat dan naar Wellestein, maar die heeft vannacht een insult gehad. Maar daar moet onderzoek naar gedaan worden. Als het donderdag dan niet lukt, dat onderzoek of wat dan ook of hij krijgt er nog een keer eentje overheen, dan gaat het helemaal niet door. Dus dan duurt het nog weer zo lang. Daar zit je wel eens mee. Omdat het toch ouderen mensen zijn. Ja.Complicaties, dat het toch fout gaat. Dat is wel eens moeilijk sturen. | 2.3 |
| Wat ook wel eens tegenhoudt bij het ontslag is dat de familie het soms ook helemaal niet wil. Die krabbelen ook wel eens terug.  | 2.7.2 |
| Ik kan haast wel zeggen 98% van onze patiënten zijn geen geplande opnames, allemaal spoedopnames. Die komen verspreid over de dag, je kunt het nooit plannen. Dus het is ook voor verpleegkundigen moeilijk te plannen. De praktijk leert dat ze meestal wel een uur of vijf, zes op de spoedeisende hulp verblijven en dan tegen half vier krijgen wij de telefoontjes van: laat ze maar boven komen. Dan begint de avonddienst en in de avonddienst heb je geen tijd om die uitgebreide anamneses te doen dus die blijven liggen voor de volgende dag. En ik weet uit ervaring dat ik ook wel eens dagen tegenkom, dan moet ik van vijf patiënten anamneses gaan zitten invullen. Dat red je niet op een dag, dan ben je allang blij dat je er drie kan doen op een dag. Dat is al een hele tour, om dat goed te doen. In een aantal gevallen kun je ook de patiënt zelf natuurlijk aan het werk zetten, maar je moet er te allen tijde met de patiënt zelf die anamnese weer doorspitten. Want ik zie heel vaak dat patiënten juist dingen die heel belangrijk zijn, risico op delier en ondervoeding, overslaan. Dat ze die helemaal niet heel belangrijk vinden. Dat is voor ons juist hele belangrijke informatie. | 5.6.2 |
| Ik vind dat er niet altijd voldoende wordt gestuurd op ontslag. Door mezelf, maar ik vind ook dat soms artsen wel daar wat makkelijk mee omgaan. Je krijgt het antwoord van dat komt morgen wel. Of eerst even het onderzoek afwachten, en dan... daar is op zich wel wat voor te zeggen natuurlijk, maar ik denk niet dat we met z’n allen daar genoeg mee bezig zijn. | 6.2.1 |
| We hebben voor het grotere deel de oudere patiënt waar heel veel problematiek in meespeelt en niet alleen maar de opname reden. Want wat we heel vaak zien is dat we de opnamereden wel behandeld hebben en dat de patiënt daarom medisch uitbehandeld is, maar dan blijkt opeens dat ze toch nog zelfstandig thuis wonen, totaal nog geen zorg krijgen, familie eigenlijk niet inzichtelijk is of niet echt behulpzaam is om te helpen of gaan eisen dat ze naar een verzorg- of verpleeghuis moeten. Dan kun je wel zeggen, ik vind het heel belangrijk dat ze op tijd gaan insturen op het ontslag, maar soms kan dat ook gewoon niet omdat je dan het plaatje nog niet inzichtelijk hebt. Omdat je dan ook bijvoorbeeld familie pas twee dagen later spreekt. Als verpleegkundigen hebben wij dat van te voren natuurlijk wel nagevraagd, dat probeer je natuurlijk wel zo snel mogelijk inzichtelijk te krijgen. Een arts is in eerste instantie heel hard, van nou dat probleem is opgelost, dat is een bestaand probleem, dat moet de huisarts maar oplossen, totdat de familie daar niet mee akkoord gaat en dan gaan ze daar toch maar in mee. Met andere woorden kunnen wij als verpleegkundigen alles weer gaan organiseren dat dat plekje geregeld is. Dus dan wordt het allemaal weer uitgesteld. Dus wat we heel veel zien is dat we wel een ontslag in zicht hebben of een streefdatum daar aanvast hebben gezet, maar dat dat heel vaak niet haalbaar is. | 8.1.2 |

**Werkdruk**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Label** | **Fragment** | **Fragment****nummer** |
| V: Werkdruk | Het niet invullen van de anamnese. Omdat je niet weet wat voor zorg iemand thuis kreeg, of iemand zorg had en wat voor zorg. Hoe iemand woont, dat wordt niet gevraagd in de anamnese. En dan moet je dat nog weer apart weer opnieuw gaan aanvragen, of bij de patiënt, of bij de familie, waardoor het allemaal weer langer duurt. Dit komt door tijdsgebrek. Maar soms ook gemakzucht denk ik zo. Ja, ik ben er wel eerlijk in. | 4.6 |
| Het heeft ook wel met werkdruk te maken. Als er soms veel opnames komen ’s avonds, dan heb je de neiging om alleen de bijzonderheden van de patiënt te vragen en dan hoop je dat de volgende ochtend, de dagdienst, dan tijd zal maken om verder de anamnese af te nemen. En als de dagdienst het ook druk heeft, dan wordt het een dag later. Dat de anamneses niet altijd ingevuld worden heeft dus vooral te maken met de werkdruk. Maar je moet niet altijd hameren op de werkdrukte, maar je moet het toch doen. En de wil is aanwezig, maar soms zijn de middelen beperkt. | 10.6.2 |
| Ik denk dat het laat doen van de aanvragen mede komt door de werkdruk, niet zo zeer door te weinig informatie van de patiënt want die heb je al. Maar het is gewoon meer van dat je het gewoon te druk hebt en het schiet er vaak bij in. | 16.3.2 |
| A: Werkdruk | Voor vieren lopen er een heleboel opnames binnen, dus die moeten verpleegkundigen allemaal nog die bedden in zien te krijgen. Die anamnese gaat heel summier, je noteert even de belangrijkste dingen en dan denk je: dat deel dat komt later wel. Maar degene na jou dienst die moet dat wel op gaan pikken. Dat gebeurt dan niet altijd even goed. Het kan iemand zijn die er al dagen ligt en dan is dat tweede deel van de anamnese gewoon nog nooit ingevuld en daar staat inderdaad een hele hoop informatie over de thuissituatie. | 1.7.2 |
| En hoe dat komt dat er onvoldoende gestuurd wordt op ontslag, het is misschien een beetje flauw om te zeggen, maar misschien ook wel een stukje werkdruk op de afdeling. Dat je door de werkdruk minder mee bezig bent met het ontslag, maar meer met wat er allemaal voor die dag afgesproken moet worden en geregeld moet worden en gedaan moet worden. Dus dat zou een reden kunnen zijn. | 6.2.2 |
| Maar het is hier soms zo chaotisch druk op de afdeling dat je geen tijd om even een kwartiertje bij het bed kan gaan zitten om een anamnese af te nemen. Ik heb vandaag drie nieuwe patiënten en twee daarvan heb ik de anamnese gegeven. Maar ik heb nu nog een patiënt en die anamnese moet nog ingevuld worden. Maar ik heb daar geen tijd meer voor vandaag met alle dingen die ik nog moet doen. Dus wat gebeurt er? Dat wordt vooruit geschoven en morgen hebben we een MDO, een superdrukke dag meestal, vrijdag. Je kunt er donder op zeggen dat dat natuurlijk morgen ook niet gaat gebeuren. Je schuift het allemaal vooruit doordat er te weinig tijd is. Want als ik wel tijd hebt, dan doe ik wel de anamneses. Maar als je geen tijd hebt, dan is dat het eerste wat je doorschuift omdat de patiënt zelf, dan op dat moment belangrijker is. | 6.5.5 |
| En het komt door tijdgebrek en personeelsgebrek. Het liefst wil je zo snel en zo veel mogelijk zorgvuldig je werk af kunnen ronden, maar dat lukt gewoon niet. Je hebt gewoon de tijd er niet voor om rustig voor zes patiënten het totale plaatje netjes per dienst allemaal af te sluiten. En daarom is het aan de ene kant ook maar goed dat je natuurlijk een 24-uurs functie hebt. Dat je overgedragen kan worden en dat collega’s dat over moeten kunnen nemen, maar dan is onze afdeling nog steeds te hectische en te druk om dat te doen. En de administratie komt dan altijd op de lange baan. Want de zorg aan het bed gaat voor. Dat krijgt altijd de prioriteit. De patiënt belt wel, de familie vraagt wel en je papierwerk blijft altijd liggen. Dat zal ook altijd blijven liggen. Het is dus vooral de werkdruk en het personeelsgebrek, je kunt natuurlijk wel een hoge werkdruk hebben, maar als je het personeel daarop inzet is er natuurlijk ook nog niks aan de hand. | 8.6.2 |
| Het sluipt er misschien ook in bij de avonddienst dat er weinig tijd is dus doe je het niet, ook al zou je wel eens tijd voor hebben. Degene die dan de volgende dag werkt moet dat dan overnemen. Ook de volgende dag niet en dan zie je dat dat blijft liggen. Dat is jammer, die anamnese is gewoon heel erg belangrijk, maar het wordt vaak niet ingevuld door tijdsgebrek.  | 12.7.2 |
| Maar door de tijdsdruk en de werkdruk wordt dat heel vaak niet gedaan. Kijk met avonddiensten snap ik het dat het niet gebeurt, maar het gebeurt ook heel vaak overdag niet. En eigenlijk kost het maar een paar minuten tijd en heb je, win je er uiteindelijk heel veel tijd mee. Maar het klopt, het gebeurt heel vaak niet. Dat is wel een feit. Kijk en er wordt nu ook heel erg op aangestuurd, meer die 1A’s, meer wegen, meer achter het sociale gebeuren aan van hoe wonen mensen, maar het gebeurt niet. | 15.7.4 |
| Maar door de werkdruk lukt het nemen van je verantwoordelijkheid soms gewoon niet. Dan schiet het er bij in. En dan is het wel heel vervelend als dat ook niet wordt overgedragen. Dat is wel heel belangrijk als het wel gedaan moet worden dat het dan overgedragen wordt en dat ze dat dan ook niet altijd doen. Maar meestal gebeurt het wel, maar niet altijd. | 16.5.2 |

**Aansturing**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Label** | **Fragment** | **Fragment****nummer** |
| A: Aansturing | De laatste tijd wordt er wel weer meer op sturen op ontslag aangestuurd, wel dat je streeft naar een ontslagdatum en daar wel naartoe probeert te werken. Dus het valt me wel op dat daar de laatste tijd wel wat meer aandacht voor is. De ligduur wordt steeds korter dus het zal ook het financiële plaatje zijn, mensen moeten steeds korter liggen hier in huis. | 1.3 |
| Ik ben ook bezig met het sturen op ontslag maar daar worden we heel vaak op aangestuurd. We worden door de artsen aangestuurd om op tijd bezig te zijn met ontslag, eigenlijk vaak wel door de artsen dat ze zeggen wil je die thuissituatie even inventariseren en wat zullen we in principe op ontslagdatum zetten. Dat we een indicatie hebben van die meneer kan over drie dagen misschien met ontslag. Zodat we vast weten van hoe is zijn thuissituatie.  | 3.2.1 |
| Net als bij die SNACK score is sturen op ontslag wel een aandachtspunt geworden dat patiënten niet te lang hier onnodig liggen. En daardoor is het wel verbeterd. | 3.4.3 |
| Of er hier op de afdeling voldoende op ontslag wordt gestuurd? Ze zitten er de laatste tijd veel meer bovenop, veel meer als vroeger het geval was. Dat is samenwerking met de arts-assistenten en met de artsen. Om het voor verpleegkundigen makkelijker te maken hebben we pas in de afdelingsvergadering met elkaar het besluit genomen om in de verpleegkundige overdracht een kolommetje toe te voegen waarop de verwachte ontslagdatum staat. Dat is je geheugensteuntje om te kijken of het ontslag nog klopt. We hebben het geëvalueerd in de laatste afdelingsvergadering. En het is zeker een geheugensteuntje. En we zien inderdaad dat nu het cijfer van de ligduur weer naar beneden gaat. Maar ik vind het wel een beetje een vertekent beeld want we hebben een piek gehad in februari, maar dat kwam ook door het NORO-virus dat toen op de afdeling was. Maar het is heel goed onder de aandacht gebracht voor iedereen. | 5.3 |
| En we worden ook gestimuleerd erin door de leiding, om zo snel mogelijk een ontslagdatum te weten. | 10.2.2 |
| Of ik denk dat het ik het nodig vind of daar wat aan gedaan moet worden of dat ik dat acceptabel vind? Er wordt meestal al besproken in overleg, van ontslag dat we er wel naar toe moeten werken. Dus door het bespreekbaar te maken ga je er weer wat meer over nadenken. Dus ik denk wel dat daar voldoende aan gedaan moet worden. Maar je moet er zelf ook wel wat aan doen. | 13.4 |
| Iedere keer wordt benoemd van vul die anamnese in en zorg ervoor dat die informatie duidelijk is. Maar de één doet het wel en de ander doet het niet. Maar je hebt soms wel een dienst dat je er echt geen tijd voor hebt. Het is eigenlijk geen excuus natuurlijk.  | 13.8.2 |
| Anamneses invullen wordt al bespreekbaar gemaakt in overleg en eigenlijk al teruggekoppeld van dit moet nog ingevuld worden dus ik denk dat dat een goed punt is om op te letten. Ik zou niet weten eigenlijk hoe je elkaar nog meer zou kunnen ondersteunen om het te verbeteren. Vooral bewustwording is noodzakelijk. Dat het al benoemd is dat het heel belangrijk is anders loop je gewoon ook op een gegeven moment vast omdat je niet weet wat je moet regelen. | 13.9 |

**MDO/visite**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Label** | **Fragment** | **Fragment****nummer** |
| V: MDO/visite | Tijdens het MDO moet je soms wel echt je best doen om ertussen te komen. Zeker als je vragen hebt die niet op het lijstje van de arts staan, want ze hebben natuurlijk hun eigen beeld van de patiënt en de dingen die zij willen weten. Maar je hebt natuurlijk ook de dingen die je zelf wilt weten. En daar moet je dan wel voor vechten ook, je moet wel je mond open durven doen. Dan zeg ik dan even tussendoor: ik heb ook nog een vraag. | 9.6.2 |
| + V: MDO/visite | Ja, ik doe dat zelf altijd wel, ontslag ter sprake brengen tijdens het MDO. | 2.6.1 |
| Als je een MDO doet zonder verpleegkundige te horen, dan doe je iets niet goed als arts. En ik zou dan zeker als verpleegkundige gewoon zeggen: ik wil dit of dat vertellen over een patiënt. Of ik gooi me gewoon zelf er ook tussen met vragen of opmerkingen. Ja, maar goed, ik ben natuurlijk ook geen net beginnend leerlingetje meer. Dat scheelt misschien wel. | 4.7.2 |
| Of ik het eens ben met jullie hypothese deel één? Nou, als ik dat twee jaar geleden had gehoord dan had ik gezegd dat is zeker waar. Maar nu zijn ze er veel alerter op. En veel meer mee bezig. Dus in die zin, op dit moment, niet eens. | 5.5 |
| Ik merk dat het long MDO mij makkelijker afgaat dan de interne. Maar bij long start ik gewoon met mijn observaties, als je dat niet doet dan kan je misschien geen inbreng hebben. Bij het MDO van de long kennen ze mij ondertussen, ik geef gewoon mijn verhaal en daar zijn ze dan wel geïnteresseerd in. Ik weet gewoon wat ik moet zeggen en dat is ook een waarde voor hen. | 7.7.3 |
| De long gaat naar mijn idee een stuk relaxter dan heb je meer de tijd om informatie te geven en daarover te praten. En bij interne gaat het soms zo snel dat het soms ook wel zeker de reden zou kunnen zijn dat je bij de volgende patiënt denkt, dat had ik nog moeten vragen van het ontslag. En dat speelt ook mee. | 13.10.2 |
| - V: MDO/visite  | Over het algemeen genomen herken ik me wel in jullie eerste deel van de hypothese, toevallig heb ik dat de afgelopen dagen gehad bij visites, daar zat ik dan op de achtergrond bij, die het inderdaad dan wel aansturen zo van wanneer mag die patiënt met ontslag.  | 1.6.1 |
| Ik heb het hier nooit echt een MDO gevonden. Het is leuk dat MDO, maar vraag het aan een fysiotherapeut, die vindt waarschijnlijk het zelfde wat ik vind. Het is meer een praatje onderling van de artsen, dat is het altijd al geweest. Ik heb al eens andere MDO´s meegemaakt, maar dan zitten echt alle disciplines aan de tafel en dan mag iedereen omstebeurt zijn zegje doen. Het is gewoon een praatje van de artsen onderling, dan overleggen ze en bepalen ze het beleid. Ik zit er meer als secretaresse bij om alles op te schrijven. Als je dingen wil vragen heb je kans dat je drie keer je best moet doen voordat je ergens eens antwoord op krijgt. Maar als ik dingen wil weten dan vraag ik het wel maar dat is weleens vervelend. Je kan meer uit zo’n multidisciplinair overleg, je kan er meer uithalen. Ik heb soms wel het idee dat artsen een overdracht voor hun naar het weekend toe doen. Of verpleegkundigen daar nou zo’n hele erge rol in hebben, dat heb ik altijd betwijfeld. Dat is bij het interne MDO. Het MDO van de long ken ik niet want op die dag werk ik nooit. Ik zou wel willen dat er iets verandert bij het MDO maar dingen veranderen hier niet altijd even gemakkelijk. Het duurt erg lang voordat je dingen voor elkaar hebt. Helemaal als die artsen het er niet mee eens zijn, dan krijg je het haast niet voor elkaar. | 1.8 |
| Ja, met die stelling ben ik het eens. Bij neurologie gaat een MDO heel anders, dan vertelde eerst de arts, dan de fysio dan de verpleegkundige. Trouwens daar begon de verpleegkundige zelfs. Dat ze kijken van wat heb jij en hier moet je echt zelf erin komen of helemaal niet. Ik vind dat eigenlijk niet goed, ik vind dat de verpleegkundige wel degelijk relevante inbreng heeft. Die heeft gezorgd voor de patiënt. Dus die moet juist ook wel wat zeggen en dat als ze aan de beurt is en ze heeft niets te zeggen, dat ze zegt dat er geen bijzonderheden zijn, maar dan heeft ze dat wel gezegd. En ik vind het zelf niet lastig maar ik kan wel geloven dat er verpleegkundige collega’s zijn die dat lastig vinden en dan niks zeggen. | 3.8 |
| Het ontslag ter sprake brengen tijdens de MDO’s. Eigenlijk moet het een standaard vraag zijn zeg maar in de visite. En ik moet eerlijk bekennen dat ik het zelf ook niet altijd vraag. En wat de reden daarvoor is dat er allemaal andere dingen tussen komen. Iemand moet misschien nog allerlei andere onderzoeken of andere consulten of er worden allerlei opdrachten afgesproken en dan schiet je vraag er misschien wel eens bij in. Dus er zit wel een kern van waarheid in. | 4.5 |
| Met die hypothese deel 1 ben ik het wel mee eens. Het gebeurt te weinig en ik denk dat het nog een routine moet worden.  | 6.4.1 |
| Ik vond het heel eng om bijvoorbeeld een MDO te doen toen ik net afgestudeerd was. Weet je omdat al de artsen bij elkaar en ook nog eens de fysiotherapeut en alles erop en eraan. Dus, ik was altijd antwoord aan het geven op vragen, maar zelf durfde ik niet echt de vragen te stellen. Dat je dacht ik ben dom of ze hebben er helemaal geen tijd voor of ze gaan veel te snel en laat maar. Maar daar groei je een beetje in en op een gegeven moment zei ook mijn teamcoördinator dat ik mijn vragen gewoon moest stellen en inbreng moest hebben. Want het is, artsen gaan het ook heel erg waarderen op het moment dat jij dingen inbrengt. Nu gaat het natuurlijk niet om de waardering van de artsen, maar de samenwerking wordt daar wel beter door. En toen dacht ik waarom ook niet? Je kunt maar beter een hele bijdehante verpleegkundige zijn, als een verpleegkundige die niets zegt. Dus ik denk dat het ook echt wel klopt op het moment dat je zelf inbreng geeft. Dan wordt dat van alle kanten gewaardeerd, plus nu komen er veel meer dingen uit uiteindelijk als dat je niks zegt en alleen maar antwoord geeft. Het is niet altijd makkelijk, maar het is wel belangrijk. | 6.6.2 |
| Het eerste deel van jullie hypothese. Ja, ik heb al gezegd dat ik dat vind. Dat vind ik terecht. | 7.5 |
| Het niet ter sprake brengen tijdens de visite is een grotere oorzaak waardoor ontslag soms te laat plaatsvindt. Als je het al niet ter sprake brengt in een gesprek dan ben je er dus ook niet al mee bezig in je hoofd.  | 7.6.2 |
| Maar het MDO van intern gaat moeilijker. Het gaat heel snel, het zit er overvol, je begint je verhaal gewoon maar de helft luistert niet. Je wordt niet gehoord en soms dan wordt er meteen snel doorgegaan als je met je verhaal bezig bent. Dan voel je ook niet echt in je waarde gelaten als verpleegkundige. Ik denk dat het daar wel mee te maken heeft. Het is niet zo dat ik informatie achterwege laat bij het MDO van intern maar ik heb wel meerdere keren gehad dat ik informatie geef van een patiënt als iedereen klaar is. Wat jullie ermee doen weet ik niet maar dan heb ik het in ieder geval gezegd. Dat doe ik dan zo want ertussen komen lukt niet. Maar ik wil het dan nog wel benoemen en of het dan wel belangrijk is dat weet ik niet maar ik wil dan wel m’n ding kwijt want ik kan dan geen visite meer lopen daarna. Dus als ik nu niks meer kan bespreken dat betekent dat het het weekend overgaat dus dat probeer ik dan niet. Maar dat is niet altijd even gemakkelijk hoor. En ik denk dat het toch wel komt omdat bepaalde internisten heel snel kunnen doorgaan maar ook het gevoel geven dat jij als verpleegkundige niet belangrijk bent en als je als je niet sterk in je schoenen staat word je daar heel erg onzeker van. Dat had ik de vorige keer ook dat ik het MDO uit ging en dat ik echt een rotgevoel had. MDO’s zijn de dingen die ik heel leuk vind omdat ik dan ook veel kan leren weer, maar dan krijg je er echt op deze manier een rotgevoel van. Als ik het goed wil opschrijven en ik vraag het dan na dat de artsen dan zeggen: we zijn nu al bij de volgende patiënt, we gaan het er niet meer over hebben. Maar als we het allemaal goed willen blijven doen dan moeten de artsen verpleegkundigen ook de kans geven om het goed op te schrijven anders gaat het nu al fout. En als je net bent afgestudeerd bent dan is dat wel spannend. Je kunt op school alles leren maar echt het klinisch redeneren en weten wat je moet zeggen dat leer je allemaal tijdens je werk. | 7.7.4 |
| Ik kan me wel in het eerste deel van jullie hypothese vinden. Ook wel wat ik daar straks zei, vaak ook patiënten waarvan je denkt dat het wel een tijdje gaat duren dan benoem ik het niet vaak genoeg. Terwijl als je het misschien wel zou benoemen dat er een dag af kan, dat scheelt toch. Voor de hele afdeling. Het kan ook altijd nog wel wat meer. Ik zou het vaker kunnen doen. Het is gewoon nog niet aan de orde en je krijgt ook niet echt altijd de respons van de arts. Die zeggen: aan het ontslag zijn we nog niet toe, dus laat ook maar even. Als je een beetje door blijf vragen, krijg je uiteindelijk dat wel een datum hoor, maar dat moet je wel durven. Soms dan voel je jezelf een zeikerd.  | 9.5 |
| Ja, dat eerste deel van de hypothese kan. Ik herken het soms wel, want vaak is de arts toch gefixeerd op het afspreken van onderzoeken en voordat je de uitslag van een onderzoek krijgt. Dan is de arts daar meer op gefixeerd. Oplettende verpleegkundigen die vragen daar gelijk naar. Wij moeten dat inderdaad steeds herinneren aan de arts. En een niet-oplettende verpleegkundige, die herinnert er niet aan. Dan zal het langer duren. | 10.5 |
| Ja, dat klopt, ik ben het eens met jullie hypothese over het MDO. We doen het niet altijd en dat moet wel. Kijk nu heb ik een meneer die is gister opgenomen dus dan ga ik niet naar ontslag vragen. Maar bijvoorbeeld een meneer die hier echt wel twee, drie weken lag, dat ik dacht ligt hij hier nog steeds. Die mag dan eigenlijk vandaag of morgen met ontslag. Maar daar wordt ook dan niet echt achteraan gezeten. Het is te weinig ter sprake, het moet actueler, meer echt een punt worden bij de visite. Ik denk dat het soms een beetje laksheid is, dat het vergeten wordt. Toen jullie op de afdeling waren was het wel actueel. Toen hadden we ook net een presentatie gehad op de afdeling. Toen waren we er wel bewust van, de artsen, de arts-assistenten en wij. En nu zie je dat het wel weer weg ebt. Het was even een hot item maar dat het nu weer wegzakt. | 15.6 |
| Het gedeelte van de hypothese over het MDO dat klopt wel. Vaak zie je echt van volgens mij wordt het tijd dat die patiënt naar huis gaat of volgens mij is het goed dat die patiënt het weekend naar huis gaat en dan maak je het wel bespreekbaar. Maar meestal weet je niet zeker op een patiënt wel naar huis kan.  | 16.6.1 |
| +/- V: MDO/visite | Wat ik vind van jullie hypothese deel 1? Ja, en nee soms zeggen artsen het en soms verpleegkundigen maar ik denk dat verpleegkundigen wel vaker aangesproken moeten worden dat zij daar op aan moeten sturen. En dat als dat gewoon goed in hun hoofd wordt gestampt dat dat dan wel goed moet gaan. En of de verpleegkundige het ontslag voldoende ter sprake brengt, daar kan ik niet heel erg goed een oordeel over geven, maar ik denk vast wel dat het beter kan. Maar ook dat is heel erg wisselend. | 3.6 |
| Het eerste deel van jullie hypothese. Ik kan het moeilijk beoordelen. Als een patiënt weer aardig opgeknapt is ga je praten over ontslag. Als iemand echt heel ziek is komt het in mijn hoofd nog niet op om te vragen wanneer iemand met ontslag mag. Dat zie ik dan nog niet zo ik denk dat dat de reden zou kunnen zijn. Misschien zou je het eerder moeten doen, maar dat je dan denkt dat de patiënt nog helemaal niet zo ver is. Ik weet niet wat andere mensen allemaal uitspoken. Ik zal het zelf niet altijd vragen hoor, ik zal het ook wel eens vergeten. | 12.6 |
| A: MDO/visite | Maar wat een ander doet tijdens MDO’s dat weet ik niet. | 2.6.2 |
| Niet iedereen durft wat te zeggen tijdens het MDO, dat komt doordat de artsen best wel bromberen zijn, dat ze een beetje met zichzelf bezig zijn. Maar het MDO is wel hun overleg, maar uiteindelijk moet jij degene zijn die het stuurt. Want het is jou patiënt, jij hebt jou patiënt gezien. Dus jij kunt zeggen wat je van die patiënt vindt of hoe die is. En dan kunnen we behalve dat lezen, maar dan zijn we er nog niet. Ik moet zeggen wat ik vind, dus ik begin daar altijd mee, met de heer is dit of dat, heeft die en die controles of het is daar en daar niet goed gegaan. Dan kunnen ze verder. | 2.8.2 |
| En er zijn natuurlijk ook verpleegkundigen die waarschijnlijk gewoon een beetje maling aan hebben aan de hiërarchie en die gewoon de opdracht eigenlijk aan de arts aangeeft. Natuurlijk wel onderbouwt, maar dan laat je wel zien dat je die kennis hebt. Maar als jij je kennis niet laat weten of niet je ervaring daarin laat meespelen, dan weet de arts het natuurlijk ook niet. Die vraagt dan alleen maar de standaardvragen. Dan geef je daar gewoon netjes je antwoord op. Je moet zorgen dat je wel het totale plaatje van die patiënt inzichtelijk maakt zodat de behandeling wel aangepast kan worden en sneller verscherpt, sneller verandert kan worden waardoor een ontslag natuurlijk ook sneller in gang gezet kan worden. Er zou absoluut nog wel wat verbetering in kunnen plaatsvinden natuurlijk. Hoe verpleegkundigen daarin staan. | 8.7.3 |
| De artsen zeggen tijdens een overleg vooral hun eigen dingen en als de verpleegkundige dan niet veel inbrengt, dan doet de arts bijna alleen dat hele MDO. Maar als verpleegkundige moet je dan aangeven wat jij ziet bij de patiënt en wat jij vindt, want anders dan gaat de arts door. Ik ben pas hier op deze afdeling en ik moet nog wennen aan die artsen en hoe ze dingen doen. Ja, ik heb wel een paar MDO’s meegemaakt. Soms praten ze met elkaar en dan kom je er niet tussen. En dat vind ik dan best wel nog moeilijk om ertussen te komen. Als ik een patiënt heel goed ken en ik vind dat de arts geen aandacht geeft aan bepaalde dingen, dan geef ik het wel aan. En als de arts echt vraagt van: wat vind jij? Dan is het voor mij een open weg om mijn mening te geven. Dat is dan makkelijker. Ik zie niet echt verschil bij de MDO’s van de verschillende specialismen, long of intern.  | 10.7.2 |
| + A: MDO/visite | Met het eerste deel van de hypothese ben ik het wel mee eens. Het is ook wel wat ik bij mij merkte, wat ik met name van trainee verpleegkundige terughoor. Dat hun aandeel weinig is in het MDO. Als het dan een chaos is van zoveel dokters met haantjes gedrag, wij moeten hier ook wat over zeggen over die patiënt. Dat kan je laten gebeuren maar ik denk waar sta jij dan als verpleegkundige? Benoem wat jij op dat moment belangrijk vindt. Maar dat vraagt wel heel veel aan kennis bij jezelf ook als verpleegkundigen.  | 11.6.1 |
| - A: MDO/visite | Verpleegkundigen mogen zich wel verantwoordelijker gedragen want ik weet niet of iedereen zo met zo’n arts in discussie durft te gaan of er tegenin. Ons aandeel in het MDO is niet altijd even groot. Het is soms meer een praatje tussen de artsen onderling dan dat verpleegkundigen daar een hele erge stem in hebben. Dat verandert waarschijnlijk nog wel een keer. | 1.5.3 |
| Je moet best wel goed gebekt zijn om in het MDO aan bod te komen. Andersom vind ik het ook de taak van degene die het MDO leidt zeker de verpleegkundige vraagt naar observaties, dat doen ze tegenwoordig al veel meer. Het MDO is ook aangepast. Er is ook iemand van de artsen die nu de patiënten inleidt. Er wordt altijd gevraagd naar de controles van de patiënt. Vroeger waren die nog niet eens gedaan, dat kwam later op de dag. Dus verpleegkundigen hebben het nooit in het MDO meegenomen. Het kan nog altijd beter natuurlijk. | 5.7.2 |
| De arts vraag soms wel eens dingen, maar sommige verpleegkundigen zitten er ook voortdurend voor spek en bonen bij. Je moet gewoon starten met je verhaal en zeggen wat jouw observaties zijn als verpleegkundige. Anders doe je niet echt mee aan het MDO. Soms wordt het ook wel gevraagd hoor, niet altijd. Maar de stelling gaat natuurlijk niet altijd op. Want soms stellen artsen vragen. Maar inderdaad, we zitten heel vaak erbij en ons verhaal brengen we niet in.  | 7.7.2 |
| Natuurlijk moeten verpleegkundigen daar wel in mee kunnen denken en mee kunnen sturen. Net zoals wij dat ook in een medische behandeling meesturen en meedenken en ook tips aangeven. Natuurlijk hebben wij daar een sturende rol in en moeten wij ook die informatie verschaffen aan de arts. De verpleegkundige mag wel de sturende rol van het op ontslag sturen op zich nemen. En misschien mogen we dat ook nog wel meer op ons nemen. Maar het definitieve bevestigende rol is voor de arts. | 8.5.2 |
| Sommige mensen durven niks te zeggen in de visite, want iedereen die roept maar jij hebt toch ook je werk goed te doen. Kijk en natuurlijk moet je dat ook wel leren. Artsen kunnen niet zonder ons en dat besef moet je ook hebben. En dan kun je wachten tot de dokter naar jouw informatie vraagt, maar je kunt ook denken van ik heb hele belangrijke informatie voor die dokter en die ga ik nu vertellen want dan kan ik daarna mijn patiënt weer beter informeren. | 11.9.2 |
| Absoluut, jullie hypothese over MDO’s visite klopt. Er zijn verpleegkundigen die het gelijk benoemen maar anderen die zeggen het gaat meer om medicijnen afbouwen en niet vragen wanneer iemand eventueel met ontslag zou kunnen. Dus het zou wel meer ter sprake kunnen komen met de visites. En meer gevraagd moeten worden naar de arts. | 13.7 |
| Wat de hypothese over het MDO betreft, daar ben ik het wel mee eens. Ja. Ik denk dat dat wel zo is.  | 14.6.1 |
| En je moet ook durven want ik moet ook MDO’s hier doen, sowieso moet je aan de structuur van het MDO wennen als nieuwe verpleegkundige, soms praten ze door elkaar en dan weet je niet waar ze het over hebben. Maar dan moet je wel de durf hebben en dat moet je ook kunnen, maar ook echt leren. En dat merk ik aan de oudere verpleegkundigen die vragen gewoon die zijn daar makkelijker in. Ik denk dat je dat ook moet leren om inspraak te hebben bij een MDO. | 14.8.2 |
| Als jij je visite ingaat en je laat hun praten dan zit je erbij. Je moet zorgen dat je inspraak hebt anders krijg je geen inspraak. Je moet tussendoor komen met je opmerkingen. Ja, die vind ik wel leuk eigenlijk, origineel. Ja, het klopt echt. Kijk aan het begin toen ik hier net kwam werken dan ken je alle artsen niet en dan voel je je wat onzeker. Maar ze willen heel graag dat je inspraak hebt. Maar die ruimte willen ze wel geven, maar die geven ze niet. Als je wat zegt dan geven ze het. Als jij je stil houdt dan hebben zij waarschijnlijk zoiets van die zit er gezellig bij en die schrijft het allemaal op en dat komt wel goed. Ze vragen wel hoe is het met die of die patiënt. Maar bijvoorbeeld met betrekking tot ontslagdatum en er is niet over gesproken en je wilt het met ze bespreken dan moet je daar echt jezelf je duidelijk laten horen. Er is wel ruimte voor maar je moet wel als verpleegkundige durven om er tussen te komen. Maar de artsen hebben er wel respect voor volgens mij. Die houden daarvan volgens mij als je je stem laat horen af en toe. Maar voor sommige verpleegkundigen snap ik het dat die drempel heel hoog kan zijn. Dat had ik ook in het begin. | 15.8.2 |
| S: MDO/visite | Niet iedereen durft wat te zeggen tijdens het MDO, dat komt doordat de artsen best wel bromberen zijn, dat ze een beetje met zichzelf bezig zijn. Maar het MDO is wel hun overleg, maar uiteindelijk moet jij degene zijn die het stuurt. Want het is jou patiënt, jij hebt jou patiënt gezien. Dus jij kunt zeggen wat je van die patiënt vindt of hoe die is. En dan kunnen we behalve dat lezen, maar dan zijn we er nog niet. Ik moet zeggen wat ik vind, dus ik begin daar altijd mee, met de heer is dit of dat, heeft die en die controles of het is daar en daar niet goed gegaan. Dan kunnen ze verder. | 2.8.2 |
| Inderdaad als de arts met het visite lopen vraagt: hoe woont de mevrouw, dan weet je het antwoord niet want dat staat niet ingevuld. Dus dat loopt dan wel vertraging op. | 1.7.3 |
| + S: MDO/visite | De arts-assistenten zijn hartstikke leuk en je kan alles vragen aan ze, ze worden nooit moe. | 10.7.3 |
| Je brengt het wel eens ter sprake bij een arts maar vaak gaat het wel vanuit een arts dus in die zin ben ik het er wel mee eens. En meestal stemt de verpleegkundige er dan ook wem mee in. Natuurlijk zijn er ook wel patiënten waarvan je denkt die patiënt kan nu echt op deze manier niet naar huis. Dus het is wel zo dat je ook wel reëel bent en dat je ook zelf moet kijken van kan die patiënt naar huis. Kijk een arts kan zeggen dat het klinisch goed gaat met een patiënt maar verder niet. Dus het is dan wel zo dat je dan moet aangeven van dat kan of dat kan niet. | 16.6.2 |

**Stelling**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Label** | **Fragment** | **Fragment****Nummer** |
| +V: Stelling | Ik denk dat jullie stelling voor een deel waar is. Ik heb het hier nooit echt een MDO gevonden. Het is leuk dat MDO, maar vraag het aan een fysiotherapeut, die vindt waarschijnlijk het zelfde wat ik vind. Het is meer een praatje onderling van de artsen, dat is het altijd al geweest. Ik heb al eens andere MDO´s meegemaakt, maar dan zitten echt alle disciplines aan de tafel en dan mag iedereen omstebeurt zijn zegje doen. Het is gewoon een praatje van de artsen onderling, dan overleggen ze en bepalen ze het beleid. Ik zit er meer als secretaresse bij om alles op te schrijven. Als je dingen wil vragen heb je kans dat je drie keer je best moet doen voordat je ergens eens antwoord op krijgt. Maar als ik dingen wil weten dan vraag ik het wel maar dat is weleens vervelend. Je kan meer uit zo’n multidisciplinair overleg, je kan er meer uithalen. Ik heb soms wel het idee dat artsen een overdracht voor hun naar het weekend toe doen. Of verpleegkundigen daar nou zo’n hele erge rol in hebben, dat heb ik altijd betwijfeld. Dat is bij het interne MDO. Het MDO van de long ken ik niet want op die dag werk ik nooit. Ik zou wel willen dat er iets verandert bij het MDO maar dingen veranderen hier niet altijd even gemakkelijk. Het duurt erg lang voordat je dingen voor elkaar hebt. Helemaal als die artsen het er niet mee eens zijn, dan krijg je het haast niet voor elkaar. | 1.8 |
| Wat ik van de stelling vind? Ja, je moet gewoon inbreken. Je moet gewoon zeggen wat jij vindt. Ik ben daar niet zo moeilijk in. Ik zeg het gewoon, ik begin al bij de patiënt. Ik zeg wat ik ervan vind en dan kunnen hun verder. Ik zie wel dat ik inspraak kan hebben als ik dat wil. En anders dan zeg ik: ik heb ook nog wat te zeggen. Maar dat durft niet iedereen. Dat is het probleem. Daar heb ik geen last van.  | 2.8.1 |
| Ja, met die stelling ben ik het eens. Bij neurologie gaat een MDO heel anders, dan vertelde eerst de arts, dan de fysio dan de verpleegkundige. Trouwens daar begon de verpleegkundige zelfs. Dat ze kijken van wat heb jij en hier moet je echt zelf erin komen of helemaal niet. Ik vind dat eigenlijk niet goed, ik vind dat de verpleegkundige wel degelijk relevante inbreng heeft. Die heeft gezorgd voor de patiënt. Dus die moet juist ook wel wat zeggen en dat als ze aan de beurt is en ze heeft niets te zeggen, dat ze zegt dat er geen bijzonderheden zijn, maar dan heeft ze dat wel gezegd. En ik vind het zelf niet lastig maar ik kan wel geloven dat er verpleegkundige collega’s zijn die dat lastig vinden en dan niks zeggen. | 3.8 |
| Dat is wel een leuke stelling! Dat is de huidige praktijk.  | 5.7.1 |
| Dat vind ik nou een hele mooie stelling! Ik denk wel dat dat zo is. Ik vind het wel een hele goede. | 6.6.1 |
| Ja, ik ben het eens met jullie stelling.  | 7.7.1 |
| Nou, tijdens de visites dan heb je alle inspraak, dan zit je gewoon één op één.  | 9.6.1 |
| Ja, met die stelling ben ik het mee eens.  | 10.7.1 |
| Met die stelling ben ik het mee eens.  | 11.9.1 |
| Ja, de stelling, dat denk ik wel. Als jij inspraak wilt hebben, dan krijg je dat ook wel. Je zou er wel voor moeten vechten, je moet wel voor jezelf opkomen. Als je niks zegt, gebeurt er ook niks. Dus ja, daar ben ik het mee eens. Duidelijke stelling. | 12.8 |
| Ja, dat is een goede stelling. | 13.10.1 |
| Dat is een goede stelling. Ja! Nou ik denk het wel. Nou dat is ook mijn drempel, iedere verpleegkundige heeft een drempel, en als je bepaalde artsen hier kent, weet je of ze wel of niet makkelijk zijn. En ik denk dat dat ook heel erg meespeelt.  | 14.8.1 |
| Ja, ik vind het een goede stelling. Je moet wel voor jezelf opkomen.  | 15.8.1 |
| Ja, ik ben het mee eens met de stelling. Je kan alleen vragen beantwoorden die aan je gesteld worden, maar je kan ook informatie inbrengen die er toe doet, die de arts verder helpt. Dan besluit je wel dat je wat inbrengt. En daar is wel ruimte voor. | 16.9 |
| -V: Stelling | Met jullie stelling ben ik het niet eens. Een verpleegkundige heeft altijd inspraak. Ook in het MDO.  | 4.7.1 |
| -A: Stelling | Nee, een verpleegkundige heeft altijd inspraak. Natuurlijk moet het wel vanuit jezelf komen, maar dat is wel je verantwoordelijkheid als verpleegkundige zijnde. De ene verpleegkundige staat meer op haar strepen of die geeft meer dingen aan en de andere verpleegkundige luistert heel lief en die voert de opdrachten van de arts uit en geeft voor de rest zelf niks aan. De ene verpleegkundige denkt veel meer mee in het beleid en ook natuurlijk uitgestippeld naar de aankomende periode toe en een andere verpleegkundige die heeft de tunnelvisie van vandaag heb ik dit probleem dat moet opgelost worden en morgen zien we wel weer. En die denkt ook niet mee in het beleid. En dat verschil zal je ook altijd blijven houden. Want de één heeft gewoon meer kennis en ervaring dan de ander. | 8.7.1 |

**Anamnese**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Label** | **Fragment** | **Fragment****nummer** |
| + V: Anamnese | Ook is het heel belangrijk als je op tijd die anamnese hebt. Dan heb je eigenlijk heel veel al gedaan. | 3.2.2 |
| Dus ik ben ook heel erg van de 1A. Daar ben ik echt wel een voorstander van. Omdat het gewoon belangrijk is om te weten hoe mensen wonen, of ze zorg krijgen, of dat zorg moet starten, of ze nog een partner hebben. Dus ik ben altijd wel van de 1A.  | 15.7.2 |
| Het hoeft niet veel tijd te kosten, maar je moet er wel tijd voor maken. Een 1A invullen kost maar vijf minuten en tijdens het wassen, dan maak je toch een praatje met de patiënt dus dan kan je net zo goed vragen, hoe woont u? Heeft u nog kinderen? En kijk het liefst ga ik er bijzitten en helemaal netjes doen. Maar je kan al veel te weten komen door en gesprek aan te gaan met de patiënt. En als je alles goed hebt ingevuld hoef je niet tijdens de BZB-aanvraag tien keer naar de patiënt te lopen om te vragen hoe dingen zitten. En tegen de arts hoef je dan ook niet te zeggen dat hoor je nog van me. Dus die vijf minuten investeer je wel. | 15.4.5 |
| - V: Anamnese  | Ja, dat tweede deel van jullie hypothese klopt wel.Voor vieren lopen er een heleboel opnames binnen, dus die moeten verpleegkundigen allemaal nog die bedden in zien te krijgen. Die anamnese gaat heel summier, je noteert even de belangrijkste dingen en dan denk je: dat deel dat komt later wel. Maar degene na jou dienst die moet dat wel op gaan pikken. Dat gebeurt dan niet altijd even goed. Het kan iemand zijn die er al dagen ligt en dan is dat tweede deel van de anamnese gewoon nog nooit ingevuld en daar staat inderdaad een hele hoop informatie over de thuissituatie. | 1.7.1 |
| Ja, dat tweede deel van de hypothese klopt. De anamnese moet gewoon gelijk gedaan worden bij de opname. Je hebt niet altijd om hem in te vullen in de bijvoorbeeld avonddienst als je een opname krijgt of ’s nachts. Maar ik denk als je uit je hoofd de belangrijkste vragen kunt stellen of gewoon even in gesprek, en je het later even in die anamnese schrijft, wat is dan de moeite daarvan. Want dat scheelt echt heel erg veel en dat kun je dan gelijk in het gesprek met de arts gewoon vertellen.  | 3.7.1 |
| Het niet invullen van de anamnese. Omdat je niet weet wat voor zorg iemand thuis kreeg, of iemand zorg had en wat voor zorg. Hoe iemand woont, dat wordt niet gevraagd in de anamnese. En dan moet je dat nog weer apart weer opnieuw gaan aanvragen, of bij de patiënt, of bij de familie, waardoor het allemaal weer langer duurt. Dit komt door tijdsgebrek. Maar soms ook gemakzucht denk ik zo. Ja, ik ben er wel eerlijk in. | 4.6 |
| Dat de anamneses niet worden ingevuld? Mee eens. | 5.6.1 |
| Het tweede deel van jullie hypothese. In complexe situaties natuurlijk wel bij de mensen die extra zorg moeten hebben of dat al hadden, dat we er dan later pas achter komen dat iemand zorg moet krijgen. Maar ik denk niet dat je dat met de anamnese alleen ondervangt. Het kan ook zijn dat iemand hier zo verslechterd is en dan moet je ook weer dingen starten. Dus ik denk niet sturen op ontslag van de anamnese afhankelijk is. Dat het niet invullen van de anamnese één van de grote oorzaken is dat dat zorgt voor vertraging bij het ontslag. Het heeft wel invloed, want als de verpleegkundige niet weet wat iemand moet hebben kost dat allemaal weer tijd om dat te achterhalen. Terwijl als je het in een oogopslag ziet in een anamnese dan kun je dat meteen aan de arts doorgeven. Dat weet je ook meteen wat je in dat traject hebt. Dat we het verder in kunnen plannen van dit starten en dat starten. Maar je hebt wel meerdere factoren die veel invloed kunnen hebben. Dus ook heb je een anamnese goed ingevuld dan betekent het niet dat iemand geen zorg nodig zou hebben na het ontslag. Het invullen van de anamnese is ook al verbeterd. Ik merk ook wel dat een anamnese doen bij mij niet altijd mijn hoogste prioriteit heeft. Je hebt wel je lijstje die je van bovenaf naar beneden afwerkt. En de anamnese staat bij mij toch wel een beetje aan de onderkant. Het is of een infuus starten of anamnese doen. Maar ik denk wel dat de anamnese invloed kan hebben, maar dat er meerdere dingen zijn.  | 7.6.1 |
| Of ik het eens ben met het tweede deel van de hypothese? Absoluut. Daar vind ik niks meer op te antwoorden dan alleen maar absoluut.  | 8.6.1 |
| Ja, het tweede gedeelte van jullie hypothese klopt. Anamneses moeten binnen 24 uur worden ingevuld en het gebeurt dat er twee, drie dagen later er nog niets staat. En zeker dat stukje thuiszorg wat dan eigenlijk voor het ontslag het meest belangrijk is. Ik denk dat het geen prioriteit heeft. Het zou wel moeten, want dat kan je gewoon ontslagdagen schelen. Dat ze zoiets hebben van eerst de patiënt en dan de zorg, de directe zorg en dan komt dat wel. Terwijl het net zo makkelijk tijdens de zorg te vragen is. Dan hoeft het geen extra tijd te kosten. | 9.6 |
| Dat tweede deel van de hypothese is inderdaad zo. Sommige anamneses kun je niet met de patiënt opnemen, maar met de familie. Dus dan doe je het soms in de avond als de familie aanwezig is. Of dan moet je bellen. Het heeft ook wel met werkdruk te maken. Als er soms veel opnames komen ’s avonds, dan heb je de neiging om alleen de bijzonderheden van de patiënt te vragen en dan hoop je dat de volgende ochtend, de dagdienst, dan tijd zal maken om verder de anamnese af te nemen. En als de dagdienst het ook druk heeft, dan wordt het een dag later. Dat de anamneses niet altijd ingevuld worden heeft dus vooral te maken met de werkdruk. Maar je moet niet altijd hameren op de werkdrukte, maar je moet het toch doen. En de wil is aanwezig, maar soms zijn de middelen beperkt. | 10.6.1 |
| + A: Anamnese | Maar wat er nu we meer gebeurt is dat de anamnese aan de patiënt gegeven wordt. Als de patiënt goed in staat is om hem te lezen en in te vullen. Dat scheelt ook al tijd. Dan hoef je hem alleen maar even door te nemen. Dat wordt nu meer gedaan en dat vind ik wel een voorruitgang. Het is geen oplossing, maar een noodoplossing Een uiteindelijke oplossing is het niet. | 13.8.3 |
| - A: Anamnese | Het niet invullen van de anamnese. Ja, dat is net als ik eigenlijk ook zei. Eigenlijk moet de verpleegkundige al verder zijn als de arts. Dus in het begin inventariseren.  | 2.7.1 |
| Ja, dat tweede deel van de hypothese klopt. De anamnese moet gewoon gelijk gedaan worden bij de opname. Je hebt niet altijd om hem in te vullen in de bijvoorbeeld avonddienst als je een opname krijgt of ’s nachts. Maar ik denk als je uit je hoofd de belangrijkste vragen kunt stellen of gewoon even in gesprek, en je het later even in die anamnese schrijft, wat is dan de moeite daarvan. Want dat scheelt echt heel erg veel en dat kun je dan gelijk in het gesprek met de arts gewoon vertellen.  | 3.7.1 |
| In ieder geval wel dat de anamneses niet goed worden ingevuld. Soms liggen mensen bijvoorbeeld vier dagen al op de afdeling en dan is er nog helemaal niets ingevuld.  | 6.5.1 |
| En de informatie ontbreekt dan. En dat komt heel vaak omdat het afnemen van de anamnese niet echt een hele hoge prioriteit heeft. Het zou wel prioriteit moeten hebben.  | 6.5.4 |
| Dat tweede deel van de hypothese zie ik ook. Dat is echt dat stukje verantwoording nemen voor je vak. Als je niet de patiënt in zijn totaliteit in beeld hebt, dan weet je ook niet wat je in moet zetten. En is dat dan geen tijd of is dat geen prioriteit?  | 11.8.1 |
| Het tweede deel van de hypothese. Zie ik ook. Ik zit toevallig ook in de werkgroep de kwetsbare ouderen waarbij die anamnese niet volledig is ingevuld en waarbij ik ook steeds mensen erop moet wijzen. We worden constant met ons neus op de feiten gedrukt, want we moeten meten als het is ingevuld en ik baal er dan van als dat niet is gedaan. En zeker in de avonddienst zie je ook als dan mensen opgenomen worden wordt die anamnese niet ingevuld. Ook als de avonddienst ook wel eens rustig, en dan wordt hij toch niet ingevuld.  | 12.7.1 |
| Absoluut! Ja, ik ben het eens met dat anamneses beperkt worden ingevuld en dat daardoor het ontslag vertraging op kan lopen. En dan moet je nog allemaal thuissituatie inventariseren en dat kost tijd. En het kan dat mensen dan langer liggen. Dus dat is heel belangrijk dat het goed ingevuld moet worden. Daar zitten ze wel achteraan maar we zien nog niet echt verbetering.  | 13.8.1 |
| Ik heb zelf ook nagedacht over hoe het invullen van de anamnese verbetert kan worden. Het is een uitwerking van mijn stage. Ik heb zelf verzonnen dat er gewoon een regel moet komen op de afdeling dat als het niet op dag één gedaan kan worden, moet het op dag twee gedaan worden. En een dagoudste dienst die ik vandaag dan draai kan dat echt wel. Kijk het moeten er geen tien zijn, maar een paar 1Atjes moet te doen zijn en anders moet er familie gebeld worden als de patiënt niet in staat is om informatie te geven. Maar in die anamneses staan echt belangrijke dingen, val, delier en dat is vaak niet ingevuld. Dus inderdaad dat moet beter. Dat het niet ingevuld wordt komt doordat wij ouderen patiënten hier hebben die of verward zijn of zelf niet veel informatie kunnen geven omdat ze de vraag niet snappen. Dat klinkt heel gek. Maar dan moet je maar net in de dienst dat jij er bent, dus ’s avonds wordt het al lastiger, maar dan moet je ook maar hopen dat er een familielid komt en geen kennis. Ik denk dat het daaraan ligt. En het is soms wel heel erg druk om het te doen. In een avonddienst loop je met z’n tweeën hier en als je dan een hele zieke patiënt hebt dan staat een anamnese onderaan je prioriteitenlijstje. En dat is op zich dan wel logisch, maar dan zou ik dan wel vinden dat het dan de dag erna gedaan moet worden. Bijvoorbeeld door een dagoudste dienst. Maar soms heeft een dagoudste ook geen tijd, dan is het zo druk. Maar als het kan dan moet het wel gedaan worden door een dagoudste dienst. | 14.7 |
| Nou weet je dat wat grappig is bij de anamneses? Ik kom vorige week op de afdeling, ik was drie dagen vrij geweest. En van mijn zes patiënten waren vier 1A’s niet ingevuld. Dit waren mensen die er al een paar dagen lagen.  | 15.7.1 |
| Maar door de tijdsdruk en de werkdruk wordt dat heel vaak niet gedaan. Kijk met avonddiensten snap ik het dat het niet gebeurd, maar het gebeurt ook heel vaak overdag niet. En eigenlijk kost het maar een paar minuten tijd en heb je, win je er uiteindelijk heel veel tijd mee. Maar het klopt, het gebeurt heel vaak niet. Dat is wel een feit. Kijk en er wordt nu ook heel erg op aangestuurd, meer die 1A’s, meer wegen, meer achter het sociale gebeuren aan van hoe wonen mensen, maar het gebeurt niet.  | 15.7.4 |
| Maar door de tijdsdruk en de werkdruk wordt dat heel vaak niet gedaan. Kijk met avonddiensten snap ik het dat het niet gebeurd, maar het gebeurt ook heel vaak overdag niet. En eigenlijk kost het maar een paar minuten tijd en heb je, win je er uiteindelijk heel veel tijd mee. Maar het klopt, het gebeurt heel vaak niet. Dat is wel een feit. Kijk en er wordt nu ook heel erg op aangestuurd, meer die 1A’s, meer wegen, meer achter het sociale gebeuren aan van hoe wonen mensen, maar het gebeurt niet. | 15.7.4 |
| Vaak is het wel dat anamneses niet voldoende worden afgenomen. Het is heel belangrijk om een anamnese te doen, maar als een patiënt ’s avonds wordt opgenomen is het vaak druk. ’s Avonds sta je met z’n tweeën op 36 bedden, dan sta je op de helft en dan kun je die patiënt niet heel uitgebreid een anamnese afnemen en dat wordt dan ook soms niet de volgende dag gedaan. Dus dan blijft het wel eens een paar dagen liggen voordat het gedaan wordt. Het is echt waar. De artsen vragen er ook naar hoe is de thuissituatie van de patiënt. Als ik dan zeg dat ik dat niet weet omdat het nergens staat beschreven, Dan vind ik dat voor mezelf heel vervelend dus in die zin is het wel belangrijk om voldoende informatie te kunnen verzamelen en ook door te geven aan de arts. En dan kan beter.  | 16.7 |

**Verantwoordelijk**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Label** | **Fragment** | **Fragment****Nummer** |
| Verantwoordelijk | Het is natuurlijk altijd een samenspel wie er verantwoordelijk is voor het ontslag, artsen willen iemand eerder naar huis hebben. De verpleegkundigen zien meer het totale plaatje: wat iemand qua zorg nodig heeft, of dat iets wel of niet gaat. Daar overleg je ook wel in samen, hoeveel zorg iemand nodig heeft. Dat levert soms natuurlijk wat discussie op. Ik vind dat ze allebei evenveel verantwoordelijkheid hebben, maar de arts zal wat eerder aansturen op ontslag. Hoewel, verpleegkundigen ook wel. Soms dan zeggen die artsen die moet morgen met ontslag maar dan moet er thuis nog wel één het en ander geregeld worden anders gaat het niet goed komen. Maar artsen en verpleegkundigen zijn even verantwoordelijk.  | 1.5.1 |
| Wie er verantwoordelijk is voor het ontslag? De arts moet natuurlijk zeggen hij mag met ontslag en dan moet de verpleegkundige, al eerder in het begin, weten van dat is zoveel zorg. Zodat je dat gelijk kan inzetten. Dus als de arts bij 4 of 5 zegt hij kan hier met ontslag dan moet de verpleegkundige al bij 9 zitten. De verpleegkundige moet vooruit lopen want als die bij 4 al heeft gevraagd wat er is voor zorg. Zodat de artsen, als die bij 8 zeggen van meneer mag hier met ontslag in de loop van de tijd, dat jij al zo ver bent, want dan kun je het gelijk inzetten. | 2.4 |
| Nee, ik vind niet dat de verantwoordelijkheden worden genomen hier op de afdeling, door complicaties en ook door verschillende personeelsleden. Je hebt nooit echt je eigen kamer. Ik heb in een ander ziekenhuis gewerkt en daar was je integrerend verpleegkundige. Dus je nam die op, maar hij ging dan ook bij jou met ontslag, jij was verantwoordelijk. Hier ben je wel verantwoordelijk voor die kamer, maar het kan makkelijk zijn dat je morgen in de nachtdienst zit en dan sta je achter. Dus dan is de verantwoordelijkheid weg. Als ik meer achter elkaar zou werken dan heb je meer continuïteit. En dan zou je het zeg maar beter kunnen regelen. Nu moet een ander het weer van je overpakken. | 2.5 |
| Wie er verantwoordelijk is voor ontslag? Hoe het nu is, ik vind dat we allebei verantwoordelijk zijn, en de ene keer is het soms meer de arts en soms meer de verpleegkundige, dat is heel erg wisselend. En gewenst vind ik ook wel dat het allebei moet. Maar de arts is eindverantwoordelijk, die kan zeggen dat de patiënt medisch met ontslag mag. Die kan het lab uitslag echt bepalen en foto’s. Maar ik vind dat de verpleegkundige wel goed moet aan blijven sturen. Maar eindverantwoordelijk vind ik echt de arts, dat kan verpleegkundige wel aansturen maar uiteindelijk niet bepalen. Als ik kijk naar de toekomst dan wil ik bijna zeggen dat sturen op ontslag soms weleens wat vlotter mag, maar dat is zo verschillend per arts-assistent. En per arts, kijk de arts-assistent hier, vooral die van de long is er goed mee bezig en sommige weer wat minder. Maar wat ik vooral zie is dat die van de long er goed mee bezig is, die zegt dan ontslag, maar als je wel eens andere arts spreekt, maar dan merk je weleens dat het dan weleens wat lang duurt. En dan moet de arts er meer verantwoordelijkheid voor tonen. En wat eerder optreden, met een in principe datum voor ontslag. | 3.5 |
| Wie er verantwoordelijk is voor het ontslag? De arts heeft er wel een hele verantwoordelijke taak in want die bepaald uiteindelijk of de patiënt met ontslag mag en moet uiteindelijk de ontslagpapieren met recepten regelen. Maar een verpleegkundige heeft daar wel een aansturende rol in maar is daar uiteindelijk niet verantwoordelijk voor. Dus ik zou de arts hier op een 8 zetten en de verpleegkundige op een 6. Ik denk dat het overal zo gaat. Want een arts bepaalt uiteindelijk of iemand met ontslag mag of niet. Die weet of de behandeling afgerond is of niet. Als verpleegkundige kun je dat niet altijd helemaal inschatten, of alle consulten afgerond zijn. | 4.4 |
| Wie er verantwoordelijk is voor het ontslag? Ik vind de arts verantwoordelijk wel met een 9. Ja, die is uiteindelijk degene die bepaalt of de patiënt wel of niet naar huis kan. En de verpleegkundige die is minder verantwoordelijk van aansprakelijk zijn om iemand met ontslag te laten gaan, maar wel verantwoordelijk van dat je daar samen mee bezig bent om te kijken wanneer de patiënt met ontslag kan. En of het ontslag dan ook goed geregeld is. In die zin vind ik de verpleegkundige weer heel erg verantwoordelijk. Dat de verpleegkundige er alert op is dat de thuissituatie geïnventariseerd wordt en BZB op tijd ingeschakeld wordt, de familie op tijd op de hoogte gebracht wordt en de patiënt erbij betrokken wordt. Dus in die zin vind ik de verpleegkundige ook heel erg verantwoordelijk. Ik zou bij het huidige beeld de verpleegkundige een 8 geven en dan zou het bij het gewenste misschien ook een 9 moeten worden. Net als die arts. Wel in een andere hoedanigheid, maar zeker even belangrijk. | 5.4 |
| Wie er verantwoordelijk is voor het ontslag? Op dit moment: een zesje voor de arts. Ook wij kunnen daar veel meer naar kunnen vragen, dus dat dat bij de verpleegkundigen op een vijf ligt. En ik denk dat het goed zou zijn als je gewoon daar samen als artsen en verpleegkundigen over in gesprek gaat. Dat je samen een goed eindresultaat hebt en ik denk dat het dan gewoon een goede combinatie moet zijn. Dat een arts vanuit medisch oogpunt bepaald dat de patiënt vrijdag met ontslag mag. En dat de verpleegkundigen zien dat hij kan mobiliseren, geen klachten meer heeft. Dat je dat ook inbrengt en dat je zegt dat hij thuis woont, maar hij zou wat extra hulp nodig hebben. Dus dat je dan vraagt of je de aanvraag kan gaan doen voor extra thuiszorg en dan kan hij naar huis. Dat je met z'n tweeën, de arts en de verpleegkundige, dat bespreekt en dan zal hij op een zeven zitten. Je bent allebei wel verantwoordelijk, met elkaar voor het ontslag van de patiënten. Het een staat ook niet los van de ander. Een arts kan zonder de verpleegkundige ook niet bepalen of iemand het redt thuis. Ik zou de artsen wel wat verantwoordelijker willen zien. Het initiatief komt wel van ons uit. Wij moeten wel altijd de vraag stellen wanneer het ontslag is. Anders komen zij niet vaak met een mooie datum. | 6.3 |
| Want een arts hoeft er niet over te denken of iemand naar huis kan. Dat is jou taak om te zien, moet de zorg herstarten of ik moet juist iets gaan aanvragen. Dus ik denk wel dat het beter kan. Maar niet iedereen vraagt wat de streefdatum van het ontslag is.  | 7.3.2 |
| Wie er verantwoordelijk is voor ontslag? Eigenlijk ik vind gewoon dat de arts verantwoordelijk is. Verpleegkundigen kunnen wel de mening van de arts veranderen dus het is niet helemaal een 10. Ik zou zeggen een 8 voor de arts en voor verpleegkundige een 5, want ik denk dat verpleegkundigen meer kunnen dan dat we doen. Ik denk dat verpleegkundigen soms meer uit zich kunnen halen en kunnen zeggen van: ik vind dit en dit en ik zie dit met mijn observaties. Ik denk wel dat de arts een puntje hoger moeten hebben, dus dan zou ik de arts een 9 doen en de verpleegkundige een 8. Het moet namelijk voldoende zijn. Ik vind een 8 wel voldoende. Het is niet dat wij eindverantwoordelijke zijn, maar we zijn er wel verantwoordelijk voor met z’n allen. Eindverantwoordelijke is altijd de arts. Maar ik denk dat verpleegkundigen wel het kunnen sturen. | 7.4 |
| De verantwoordelijkheid moet altijd bij de artsen vandaan komen want die moeten het beleid bepalen en het beleid is natuurlijk ook de ontslagdatum in gang zetten en niet bij de verpleegkundige. De verpleegkundige is natuurlijk degene die het moet uitvoeren en niet moet bepalen. De artsen zitten dus nu middelmatig: 4, 5. En wij als verpleegkundige meer richting 7, 8 omdat we het wel elke keer aangeven. Maar het hoort officieel andersom te zijn, dat een arts dat al in eerste instantie sneller voor zichzelf inzichtelijk maakt en ons daar de uitvoerende rol in geven. Dus wij nemen nu meer de verantwoording, terwijl de arts die verantwoording meer zouden moeten hebben. Want het hoort bij het medisch behandelplan. Een ontslagdatum in gang zetten of vastzetten. Het hoort bij de medische taken, niet bij de verpleegkundige. | 8.4 |
| Ik denk dat verpleegkundigen en artsen allebei even verantwoordelijk zijn. Je gaat allemaal over de patiënt. Kijk als verpleegkundige zie je de patiënt het meest, die informatie geeft je aan de arts. Ik denk wel dat we even verantwoordelijk zijn. Zo is het nu en zo moet het zijn, dat komt ook wel aardig overeen. Dat komt wel van beide kanten af. | 9.4 |
| Ik denk artsen en verpleegkundigen zijn beide verantwoordelijk. Want de patiënt is voor de arts, want die neemt hem op om te behandelen en de verpleegkundigen dragen ook verantwoordelijkheid om mee te werken aan de behandeling, hoe het verloopt. Als ik deze moet invullen geef ik de arts een 9. En de verpleegkundige een 7. En eigenlijk zou het op gelijke voet moeten zijn. Het moet 9 worden. Dus de verpleegkundige mag nog wel wat meer verantwoordelijkheid nemen. Als een verpleegkundige iets aandraagt en dan moet de arts het bekijken. Eigenlijk het is moeilijk om een rechte lijn te trekken van deze is meer verantwoordelijk dan deze, omdat het de samenwerking is. Maar je voelt je toch wel verantwoordelijk, want de behandelend arts die geeft zijn behandeling en jij probeert ook daaraan mee te werken. Dat de opname niet langer duurt dan het nodig is. | 10.4 |
| In de huidige situatie zit een arts wel op een zeven, maar verpleegkundigen lager scoren een vier. Een verpleegkundige is in loondienst en de arts is onderdeel van een maatschap en die moet zijn productie halen. Dus die wil wel meer patiënten ontslaan. Maar dan denk ik van iedereen heeft inderdaad z’n eigen verantwoording. De dokter die voelt het geld natuurlijk. Als die niet z’n productie haalt moet hij bij de manager komen. Waarom die zijn productie niet haalt. | 11.5 |
| Ik denk dat een arts helemaal verantwoordelijk is of hij iemand met ontslag kan sturen of niet dus dat is een 10. En wij zijn natuurlijk ook verantwoordelijk, zeker wel met een 8 om daar onze mening over te geven of dat verantwoord is of niet en of de zorg rond is of niet. Dus daar zijn wij ook verantwoordelijk voor. | 12.4 |
| De verantwoordelijkheid. Het kan beter, maar hoe durf ik niet te zeggen. Ik denk dat we het allebei wel beter kunnen doen.  | 12.5 |
| Over de verantwoordelijkheid gesproken: een arts bepaalt natuurlijk of iemand met ontslag gaat. Dus ik denk dat de arts sowieso een 8 of een 9 is. Een verpleegkundige die geeft natuurlijk aan of er naar ontslag gewekt kan worden. Maar een verpleegkundige die zit natuurlijk onder de arts dus dat zou dan een 7 zijn. | 13.5 |
| Ja, ik ben zelf wel tevreden met hoe het nu is gesteld met de verantwoordelijkheid die artsen en verpleegkundigen op zich nemen. Soms kan de prioriteit wel wat meer naar ontslag gelegd worden maar ik ben nu wel tevreden hoe er nu gewerkt wordt. | 13.6 |
| Als het gaat om de verantwoordelijkheid van de arts en de verpleegkundige, dan vind ik de arts wel verantwoordelijk voor het ontslag. Dus dan zou ik een 7 of een 8 geven. En ik vind een verpleegkundige net zo verantwoordelijk dus ik zou beide tussen een 7 en de 8 wel houden. Ik vind het wel de verantwoordelijkheid van beiden. Want een arts kan niet zonder de verpleegkundige maar de verpleegkundige kan ook niet zonder een arts. Het is echt samenwerken. | 14.4 |
| Ja, de verantwoordelijkheid is nu wel gedeeltelijk hoe ik het zou willen zien, maar ik denk dat als ik nu op de afdeling kijk is dat het verpleegkundigen irriteert dat de papieren niet in orde zijn. Wat dat betreft zou de arts nog wel meer verantwoordelijkheid mogen nemen.  | 14.5.1 |
| De arts is er wel verantwoordelijk voor maar je moet er wel altijd op aandringen dus ik zou een drie geven want hij is meer tegen, hij neemt niet de verantwoording. Het is niet altijd duidelijk hoe lang de patiënt hier nog is als je er niet naar vraagt. En de verpleegkundige moet meer verantwoording nemen, maar dat doen ze ook niet altijd. Dat schiet er bij mij ook weleens bij in. Maar die neemt wel meer de verantwoording dus die zou ik een zes geven, een mager zesje. | 15.4 |
| Een cijfer dat ik zou willen zien als het gaat om de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige en de arts. Eigenlijk zijn we er allebei verantwoordelijk voor. Zowel de arts, want die weet wat er gebeuren moet. Maar wij zijn er ook verantwoordelijk voor om in te schatten of mensen bijvoorbeeld zorg moeten krijgen daarna. Dus allebei en 8, dat is wenselijk. We moeten er allebei oog voor hebben. | 15.5 |
| Ja, ik denk dat de verpleegkundige de grootste verantwoordelijkheid daarin heeft omdat zij het meest met de patiënt te maken heeft en zij ook het meeste ziet wat de patiënt nodig heeft. En je weet op zich dat de arts daar eigenlijk niet zo’n hele grote rol daarin speelt. Een arts inventariseert vaak geen zorg, de arts is er echt voor de medische dingen en de verpleegkundige is ook meer voor alle zorg rondom de patiënt en daarbij hoort ook, het inventariseren van zorg, wat de patiënt nodig heeft. Kijk een arts kan daar de verpleegkundige wel in bijstaan, maar in principe valt dat niet binnen het taakgebied van de arts. | 16.4 |
| Ik denk dat het bij de meeste verpleegkundigen wel heel goed gaat met het nemen van hun verantwoordelijkheid. Dat die daar wel verantwoordelijk in zijn, eigenlijk iedereen wel.  | 16.5.1 |

**Verbetering**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Label** | **Fragment** | **Fragment****nummer** |
| V: VerbeteringA: Verbetering | Ik denk dat er voor het afnemen van de anamnese strakkere afspraken gemaakt moeten worden. Ik vind een belangrijkste vraag van waar woont iemand, is iemand afgevallen, contactpersoon gegevens en die dingen. En slaappatroon en dergelijke dat komt later wel als we geen tijd hebben. Maar even de belangrijkste vragen, dat kan een hele hoop schelen. Vooral of iemand zorg krijgt of niet. Ik denk dat het afnemen van de anamnese misschien ook niet de prioriteit heeft. | 3.7.2 |
| Er zijn ook afdelingen, dat is op zich wel heel leuk, daar hebben ze een checklistje en dan moeten de verpleegkundigen ’s morgens, voordat ze dat MDO ingaat kijken of je alle informatie hebt bij de patiënt? We zijn er nog over aan het denken of we dat voor onze afdelingen ook in gaan voeren. Een kort checklistje met de punten die aan bod moeten komen eigenlijk. En dat is veel meer dan dat want dan heb je bijvoorbeeld ook het voorkomen van functionele beperkingen. En het betekent ook veel meer lijstjes in gaan vullen dat is een groot bezwaar. Ons verpleegkundig dossier is een hartstikke mooi dossier, hartstikke compleet en het wordt steeds mooier en steeds completer. Wil je het allemaal goed doen dan vergt het wel even tijd en discipline ook. En we zitten ook eigenlijk met smart te wachten op dat elektronische dossier want dan moet je gewoon een aantal items invullen want anders kan je niet door. Dus dan moet je ook acties inzetten. En dan gaat het ook wat makkelijker om een diëtiste in te schakelen en de fysio op de hoogte te brengen. De scores in te voeren. | 5.7.3 |
| Er hoeft niet een nieuw formulier te komen maar dat je in het dossier een gedeelte hebt met alle acties die je met het ontslag nog moet regelen. Dat je het wel ergens noteert. En dat ook elke volgende dienst weet wat er gedaan is en nog gedaan moet worden. Dan kan je dat gewoon afvinken. Dan weet je dat het gewoon klaar ligt en als het dan een keer langer duurt dan heb je de papieren. Daardoor wordt het meer helder wordt en overzichtelijker. Er is nu geen formulier waar we mee werken. Maar wat je vaak ziet bij verpleegkundigen over een nieuw formulier dat ze denken: moeten we weer iets aankruisen, afvinken en dan krijg je toch meteen al dat onze nekharen overeind gaan staan. En ik word er ook moe van want het is gewoon heel veel papier, maar dat hoeft niet eens. Je kunt ook gewoon bij zes in het dossier een formulier stoppen, zo makkelijk. En iedereen ziet het. En ik denk dat het niet eens zoveel extra papierwerk hoeft te zijn. Ik doe het nu niet omdat niemand het doet en dat is niet zoals het hoort. Ik denk dat er heel veel praktische, makkelijke oplossingen kunnen zijn. Dat zou voor mij helpen. Of dat dan ook allemaal gedaan wordt is het tweede natuurlijk.  | 7.3.3 |
| Maar het inspraak hebben kan absoluut wel verbeterd worden door het beter inwerken van nieuwe verpleegkundigen en ook de hiërarchie tussen artsen en verpleegkundigen proberen te minimaliseren.  | 8.7.2 |
| Ik denk wel eens dat je de anamneses makkelijker kan maken. Als je naar andere ziekenhuizen kijkt, daar is het veel makkelijker en duidelijker. Nu worden er een heleboel vragen over geslagen. Dus eigenlijk onvolledig ingevuld. Terwijl je veel verder kan gaan in je zorgvraag. Dus veel uitgebreider zou het mogen. Dat zou makkelijker zijn. Dan kun je het ook makkelijker zien. Soms dan moet zorg nog op de valreep geregeld worden. Maar als je dat uit zou bouwen. Als patiënten zeggen van ik heb daar moeite mee. Dus dat zouden we moeten proberen om daar op voort te kunnen krijgen. | 2.7.4 |
| Maar als er iets van een checklist is, dat is dan heel slim om dat soort dingen gewoon standaard op je lijstje te hebben. Maar het is voor verpleegkundigen ook lastig om het ontslag aan te geven want dan krijg je vaak een snauw van arts, dat ligt eraan welke arts er is. Maar ja ik denk dat wat jullie noemen dat dat inderdaad dat dat wel waar is. Jullie hebben dat goed gezien. En misschien een klein checklistje voor verpleegkundigen zou helpen, ook voor nieuwe verpleegkundigen. Een klein lijstje, een zakkaartje desnoods. Dat je dan bijvoorbeeld tien punten hebt voor medicijnen, eventueel ontslag noem je er dan ook in, behandeling, familiegesprek: dat wordt ook weleens vergeten, misschien wil de familie dat wel, of de arts. Wat kan je nog meer opnoemen? Nou ja zo’n soort checklist, met punten dat je dan als verpleegkundigen erbij hebt. Dat lijkt mij wel handig. Dat leg je dan bij de papieren erbij bij de visite en dan kan je met een schuin oog kijken of je alles wel genoemd hebt. Het is best een goed idee! | 14.6.2 |
| En gewoon eerder een aanvraag weg doen. Bij BZB melden dat de streefdatum nog niet 100% zeker is, maar wel dat ze er mee aan het werk kunnen. Meestal is het zo als je nu een aanvraag weg moet doen voor morgen dat je dan nog achter de geboortedatum van de partner aan moet, nog de voorletter en dat soort dingen. Dat kost tijd en als je dat van te voren doet denk ik dat het allemaal wat soepeler kan worden. | 15.3.2 |
| Het invullen van de anamneses kan beter. Ja, dat je als verpleegkundige bij opname gelijk vragen stelt aan de patiënt. Als je bijvoorbeeld een patiënt ophaalt van de spoed, dan kun je gerust aan de patiënt vragen hoe het thuis gaat. Niet dat de patiënt z’n hoofd ernaar staat, maar dan heb je die informatie in ieder geval. Je staat toch bij dat bed dus dan kun je het net zo goed vragen. Of dat je het de volgende ochtend tijdens de zorg doet. Dat maakt niet zo heel veel uit, als het maar wel gedaan wordt voor de visite. Zodat het eigenlijk voor de volgende dag gedaan wordt. Beter is de arts er ook van op de hoogte. | 16.8 |

**Overig**

**Te vroeg**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Label** | **Fragment** | **Fragment****Nummer** |
| V: Te vroeg | Maar ik weet niet of vroegtijdig sturen op ontslag altijd wel goed is omdat je soms ook wel ziet dat iemand na een week weer terug komt. En dan weet ik niet of het daaraan ligt, maar het moet wel allemaal geregeld zijn, soms moet je heel gehaast de zorg gaan regelen. Dat is én voor de verpleegkundige niet fijn én voor de familie en de patiënt niet fijn.  | 3.2.1 |
| Als het maar niet te vroeg gebeurt. Dat is mijn angst soms een beetje. We willen wel naar een snel ontslag toe, maar gaat het dan niet te snel? Ik vind het gewoon heel belangrijk dat mensen gewoon goed behandeld zijn en als het kan dan zo snel mogelijk het ontslag.  | 9.1.2 |
| A: Te vroeg | Maar het moet wel verantwoord zijn, dat vind ik wel een voorwaarde voor ontslag. Dat de zorg die we leveren ook netjes afgerond kan worden. Dus het hals over de kop met ontslag sturen in de middag of in het begin van de avond vind ik geen goed initiatief. | 5.1.3 |
| P: Te vroeg | En je hebt ook wel eens in je achterhoofd dat mensen soms te vroeg naar huis gaan. En dan zie je ze weer vlot terug komen. | 1.5.2 |

**Ligduur**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Label** | **Fragment** | **Fragment****nummer** |
| P: Ligduur | Vroeger lagen mensen ook gewoon veel langer. En dan waren ze eigenlijk al redelijk zelfstandig. Ik ben een aantal jaren uit het werk geweest en het is hier steeds een beetje meer productie draaien. De ligduur wordt gewoon steeds korter: waar mensen vroeger langzamerhand een beetje opknapten en dan gingen ze redelijk zelfstandig naar huis. Tegenwoordig worden mensen eerder naar huis gestuurd en dan hebben ze meer zorg nodig. In die zin zouden we eigenlijk wat meer mee moeten met er bewust van zijn dat de ligduur korter moet. Dat mensen ook eerder naar huis laten gaan. De arts is vooral bezig met een kortere ligduur, dat zal wel weer zo’n financieel plaatje zijn. En het is niet meer zo dat je iemand een week laat, twee weken laat liggen tot ze opgeknapt zijn. Ze gaan eerder de deur uit. | 1.6.4 |
| Want vroeger had je niet dat mensen zo snel naar huis gingen. En nu is het anders. Sommige patiënten vinden het ook fijn om zo vlug naar huis te gaan. Dus het heeft twee kanten, de financiële kant, en de andere kant voor de patiënt zelf. Het is wisselend wel, hoor. Sommige mensen willen echt niet in het ziekenhuis opgenomen worden. Maar als het moet, dan willen ze zo snel mogelijk weer naar huis gaan. Als ze nog thuis kunnen opknappen op een redelijke manier. Er moet altijd gekeken worden van wat vindt de mevrouw of de meneer, de patiënt. En daarna naar huis sturen. Het moet wel patiëntgericht zijn. | 10.1.3 |

**Zorg na ontslag**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Label** | **Fragment** | **Fragment****nummer** |
| V: Zorg na ontslag | Dat je het wel weet wat er is voor zorg, is er nog meer zorg nodig? Dus dat je dat van te voren al weet, dat je het kan inzetten op de tijd dat het nodig is. | 2.1.2 |
| Wie er verantwoordelijk is voor het ontslag? Ik vind de arts verantwoordelijk wel met een 9. Ja, die is uiteindelijk degene die bepaalt of de patiënt wel of niet naar huis kan. En de verpleegkundige die is minder verantwoordelijk van aansprakelijk zijn om iemand met ontslag te laten gaan, maar wel verantwoordelijk van dat je daar samen mee bezig bent om te kijken wanneer de patiënt met ontslag kan. En of het ontslag dan ook goed geregeld is. In die zin vind ik de verpleegkundige weer heel erg verantwoordelijk. Dat de verpleegkundige er alert op is dat de thuissituatie geïnventariseerd wordt en BZB op tijd ingeschakeld wordt, de familie op tijd op de hoogte gebracht wordt en de patiënt erbij betrokken wordt. Dus in die zin vind ik de verpleegkundige ook heel erg verantwoordelijk. Ik zou bij het huidige beeld de verpleegkundige een 8 geven en dan zou het bij het gewenste misschien ook een 9 moeten worden. Net als die arts. Wel in een andere hoedanigheid, maar zeker even belangrijk. | 5.4 |
| A: Zorg na ontslag | Ik denk dat het wel heel belangrijk is dat je weet hoe de thuissituatie in elkaar steekt. Of je nou alleen de zorg moet herstarten of je nou helemaal iets nieuws in gang moet zetten, daar zit natuurlijk een verschil in. Het herstarten van zorg komt allemaal wel voor elkaar maar het zou best wel wat sneller kunnen. | 1.7.4 |

**Financiën**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Label** | **Fragment** | **Fragment****Nummer** |
| V: Financiën | Soms zeg ik even heel streng tegen bepaalde collega’s: als wij hier mensen langer laten liggen dan nodig is betekent het dat er minder nieuwe patiënten binnen komen, dat de productie afneemt. Minder geld dat binnen komt, kan er ook minder uitgegeven worden aan de verpleegkundige. Dan zou het zomaar kunnen dat ik van al die collega’s die onder mijn hoede vallen moet zeggen, er moeten er twee uit want er is geen geld om hun salaris te betalen. Dan wil je ook niet dat je zegt dat ben jij en dat ben jij. Dan hou ik ook de mensen waarvan ik vind dat ze ook het beste het beleid uitvoeren wat je ziekenhuisbreed in wil zetten. Als wij niet voldoende van het een of het ander presteren dan draaien ze in Den Haag de kraan dicht. Dan zeggen ze dan mag dat niet meer. Dat gaat naar een ander ziekenhuis.  | 11.7 |
| S: Financiën | De arts is vooral bezig met een kortere ligduur, dat zal wel weer zo’n financieel plaatje zijn. En het is niet meer zo dat je iemand een week laat, twee weken laat liggen tot ze opgeknapt zijn. Ze gaan eerder de deur uit. | 1.6.5 |
| Het financiële aspect van het ontslag, voor de artsen, voor het ziekenhuis.  | 10.2.1 |
| Z: Financiën | Bovendien is er ook het economisch belang natuurlijk bij sturen op ontslag, van het ziekenhuis, maar ook landelijk gezien. De kosten van de gezondheidszorg niet de pan uit laten rijzen.  | 5.1.2 |
| Het financiële aspect van het ontslag, voor de artsen, voor het ziekenhuis.  | 10.2.1 |

**Cultuur**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Label** | **Fragment** | **Fragment****nummer** |
| S,A: Cultuur | Het is er misschien van oudsher ingeslopen. (het af laten hangen van de artsen)  | 1.6.3 |
| A: Cultuur | Maar het is wel een cultuurverandering die er moet komen. Een stukje ook rapporteren over ontslag. We hebben ook zo’n kolom erbij. Dat is al enige houvast voor de verpleegkundige om dat inderdaad ter sprake te brengen. | 11.2.2 |
| Ik merk nog geen verandering bij dossieranalyse. Maar dat is niet vandaag bedacht, morgen uitgevoerd. Dat is echt herhalen. Echt een stukje bewustwording. En dat is het moeilijkste wat er is. Cultuurverandering binnen ziekenhuis. Mensen zitten zo vast in bepaalde patronen. | 11.4 |