

ONTZAG VOOR ONTSLAG

*Kwaliteit van zorg met betrekking
tot het patiëntenontslag*

Afstudeerscriptie

Geertrude Bogerd
Willeke de Kruijf
Petra Roza

Juni 2011

Ontzag voor ontslag

Kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag

Geertrude Bogerd

Willeke de Kruijf

Petra Roza

Christelijke Hogeschool Ede

Ede

C.W. Schimmel

St. Antonius Ziekenhuis

Nieuwegein

Afdeling Gynaecologie

M. Roozen

Februari - Juni 2011

Woord vooraf

Deze scriptie is geschreven ter afsluiting van de opleiding Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede te Ede.

Met het voltooien van deze scriptie is een einde gekomen aan het afstudeeronderzoek dat wij de afgelopen twintig weken deden op de afdeling Gynaecologie van het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein. Ons afstudeeronderzoek richtte zich op het ontslag van patiënten van de afdeling Gynaecologie. Er is breed onderzocht wanneer er sprake is van kwaliteit van zorg bij het patiëntenontslag en uiteindelijk zijn aan de afdeling Gynaecologie aanbevelingen gedaan om de kwaliteit van zorg met betrekking tot het patiëntenontslag te kunnen verbeteren. Wij hopen dat deze aanbevelingen nog een goede uitwerking zullen hebben op de afdeling.

Het schrijven van deze scriptie hebben wij als een leerzame tijd ervaren. Soms was het lastig om de breedte van het onderzoek toe te spitsen op de zaken die er echt toe doen, maar uiteindelijk zijn wij trots op het resultaat dat voor u ligt. Wij hopen dan ook dat u deze met plezier zult lezen.

Graag willen wij van deze gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken.

Ten eerste gaan woorden van dank uit naar onze begeleider van de Hogeschool, Kees Schimmel. Hij heeft ons geholpen de juiste structuur aan te brengen in onze scriptie en heeft ons door kritische vragen te stellen gestimuleerd op een hoger niveau naar ons afstudeeronderzoek te kijken. Ook kijken wij positief terug op de tussentijdse gesprekken die we samen hebben gehad, deze gesprekken hebben ons geholpen de juiste weg te vervolgen of op deze weg terug te keren.

Ten tweede willen wij de opdrachtgever bedanken, Marja Roozen, teamleidster van de afdeling Gynaecologie van het St. Antonius Ziekenhuis. Op de gesprekken die tijdens het onderzoek hebben plaats gevonden, met en zonder begeleider van school, kijken wij positief

terug. In haar drukke baan heeft zij de nodige tijd vrijgemaakt om ons in ons onderzoek te volgen en bij te staan. Tenslotte heeft zij een grote bijdrage geleverd bij het uitnodigen van mensen voor onze eindpresentatie, wat wij zeer op prijs stellen.

Een dank gaat uit naar alle afdelingsverpleegkundigen en patiënten van de afdeling Gynaecologie die beide een onderzoekspopulatie in ons onderzoek vertegenwoordigden. Zonder hen was ons onderzoek niet mogelijk geweest.

Tot slot willen wij iedereen die ons ook maar op enige wijze heeft bijgestaan bij het doen van ons onderzoek en schrijven van onze scriptie heel hartelijk bedanken.

Geertrude Bogerd

Willeke de Kruijf

Petra Roza

2011

Samenvatting

Verpleegkundigen van de afdeling Gynaecologie van het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein geven aan problemen te ervaren met betrekking tot het patiëntenontslag. Er is geen duidelijkheid over de inhoud van het ontslag. Daarnaast blijkt ook uit telefoontjes van patiënten naar de poli of afdeling dat voor de ontslagen patiënten niet alles duidelijk is. Uit patiënttevredenheidsonderzoek blijkt ook dat *'Vertrek en nazorg'* onder de norm scoort.

Bovengenoemde redenen vormen de aanleiding tot het uitvoeren van dit onderzoek. Door middel van dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de vraag: *'Hoe kan de kwaliteit van zorg met betrekking tot het patiëntenontslag verbeterd worden?'* Kwaliteit van zorg wordt in dit onderzoek belicht vanuit drie perspectieven: de literatuur, de patiënt en de verpleegkundige. De literatuur is gebruikt als verbreding van de kennis van de onderzoekers, als onderbouwing van het verslag en voor het opstellen van de topiclist. Aan de hand van deze topiclist zijn 51 telefonische interviews gehouden met patiënten. Er is gevraagd naar de ervaring en behoeften van patiënten. Er heeft een gesprek plaatsgevonden met afdelingsverpleegkundigen waarin ook de behoeften van hen geïnterviewd zijn.

Uit de resultaten blijkt dat het ontslag een proces is waarin informatievoorziening een grote rol speelt. Wanneer patiënten zich voldoende geïnformeerd voelen, bevordert dit het herstel. Tevens blijkt dat patiënten het belangrijk vinden om naast voldoende informatie persoonlijke aandacht te krijgen. Zowel patiënten als verpleegkundigen hebben behoefte aan structuur binnen het ontslagproces. Om kwaliteit van zorg te blijven leveren is het belangrijk dat verpleegkundigen de zorg evalueren met de patiënt en zo nodig hun zorg hierop aan te passen.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	2
Samenvatting	4
Inhoudsopgave	5
1. Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Probleemstelling	9
1.2.1 Doelstelling	9
1.2.2 Vraagstelling	10
1.2.3 Definitie	10
1.3 Indeling verslag	11
2. Methode	12
2.1 Inleiding	12
2.2 Onderzoeksmethode	12
2.2.1 Kwalitatief onderzoek	12
2.2.2 Dataverzamelingstechniek	13
2.2.2.1 Literatuurstudie	13
2.2.2.2 Patiënten	14
2.2.2.3 Afdelingsverpleegkundigen	16
2.3 Meetinstrumenten	18
2.3.1 Topiclist	18
2.4 Analyse methoden	18
2.4.1 Kwalitatieve analyse	18
2.4.2 Evaluatie	20
2.5 Betrouwbaarheid en validiteit	20
2.5.1 Kwalitatief onderzoek	20
2.5.2 Triangulatie	21
2.5.2.1 Literatuur	21
2.5.2.2 Patiënten	22
2.5.2.3 Verpleegkundigen	23
3.1 Inleiding	24
3.2 Deelvraag 1: Welke kennis is in de literatuur beschikbaar over kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag?	24
3.2.1 Inleiding	24
3.2.2 Kwaliteit van zorg	24
3.2.3 Patiëntenontslag	25

3.2.3.1 Behoeften	28
3.2.3.2 Randvoorwaarden en criteria	30
3.2.3.3 Problemen bij ontslag	31
3.3 Deelvraag 2: Wat zijn behoeften van de patiënt met betrekking tot het ontslag?	32
3.3.1 Inleiding	32
3.3.2 Ontslagervaring	32
3.3.2.1 Algemene ontslagervaring	32
3.3.2.2 Dag van ontslag	33
3.3.2.3 Wat patiënten prettig vinden bij ontslag	34
3.3.2.4 Gemist bij ontslag	35
3.3.3 Ontslaggesprek	35
3.3.3.1 Ontslaggesprek	35
3.3.3.2 Privacy	36
3.3.3.3 Evaluatie	36
3.3.4 Betrokken disciplines	36
3.3.4.1 Verpleegkundige	36
3.3.4.2 Arts	38
3.3.4.3 Bekkenbodempfysiotherapeut	39
3.3.5 Informatievoorziening	40
3.3.6 Informatiebehoefte	41
3.3.6.1 Ziektebeeld	41
3.3.6.2 Leefregels	41
3.3.6.3 Afscheiding en bloedverlies	43
3.3.6.4 Wond	43
3.3.6.5 Pijn en medicatie	44
3.3.6.6 Contact	44
3.3.6.7 Telefonische follow-up	45
3.3.6.8 Thuiszorg	45
3.4 Deelvraag 3: Wat zijn behoeften van de verpleegkundige met betrekking tot het ontslag?	46
3.4.1 Inleiding	46
3.4.2 Bespreking met de afdelingsverpleegkundigen	46
3.5 Deelvraag 4: Hoe kunnen deze drie perspectieven samengevoegd worden tot een eenduidige beschrijving van kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag?	53
3.5.1 Inleiding	53
3.5.2 Proces	53
3.5.3 Gestructureerd ontslag	54
3.5.4 Ontslaggesprek	55
3.5.5 Disciplines	56
3.5.6 Informatie	57
3.5.7 Persoonlijke aandacht	59
4. Conclusie en discussie	60
4.1 Inleiding	60
4.2 Conclusie	60
4.2.1 Inleiding	60
4.2.2 Binnenkomst en vertrek	60
4.2.3 Informatie	61
4.2.4 Structuur en coördinatie bij het ontslag	61

4.2.5 Ontslaggesprek	61
4.2.6 Evaluatie van de zorg	62
4.2.7 Rol van de arts	62
4.2.8 Rol van de verpleegkundige	62
4.2.9 Onderlinge communicatie	63
4.3 Deelvraag 5: Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan binnen dit onderzoek om kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag te verbeteren?	64
4.3.1 Aanbevelingen	64
4.4 Deelvraag 6: Wat kan binnen de duur van dit onderzoek aangereikt worden aan afdelingsverpleegkundigen om de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag te verbeteren?	66
4.4.1 Checklist	67
4.4.2 Zakkaartje	69
4.5 Discussie	70
4.5.1 Inleiding	70
4.5.2 Beantwoording van de hoofdvraag	70
4.5.3 Voordelen en beperkingen van de gebruikte methode	70
4.5.4 Nieuw opgekomen onderzoeksvragen	72
Literatuurlijst	73
Bijlagen	76
Bijlage 1 Projectplan	77
Bijlage 2 Literatuurstudie	92
Patiëntenontslag & Kwaliteit van zorg	92
1.1 Inleiding	92
1.2 De literatuur en het patiëntenontslag	92
1.2.1 Het ontslag van patiënten uit het ziekenhuis	92
1.2.2 Behoeften van patiënten en verpleegkundigen bij het ontslag	94
1.2.3 Randvoorwaarden en criteria voor een goed ontslag	96
1.2.4 Problemen bij het ontslag	97
1.2.5 Belang van een goed ontslag uit het ziekenhuis	109
1.2.6 De rol van de verpleegkundige bij het ontslag	110
1.3 De literatuur en kwaliteit van zorg	110
1.3.1 Begrip kwaliteit	110
1.3.2 Begrip kwaliteit van zorg (kwaliteitszorg)	112
1.3.3 Hoe kwaliteit van zorg mogelijk is in de beroepsuitoefening	114
1.3.4 Gevolgen van kwaliteit van zorg	115
Bijlage 3 Topiclist	120
Bijlage 4 Formulier aan de patiënt	125
Bijlage 5 Vragenlijst voor verpleegkundigen	126
Bijlage 6 Uitnodiging eindpresentatie	127
Bijlage 7 Zakkaartje verpleegkundigen	128
Bijlage 8 Verpleegkundige relevantie	129
Bijlage 9 Maatschappelijke relevantie	131

<i>Bijlage 10 Procesverslag</i>	<i>132</i>
<i>Bijlage 11 Leerrendement verslagen</i>	<i>144</i>
Persoonlijk leerrendement Geertrude Bogerd.....	144
Persoonlijk leerrendement Willeke de Kruijf	148
Persoonlijk leerrendement Petra Roza.....	154

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Verpleegkundigen op afdeling Gynaecologie van het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein ervaren problemen met betrekking tot het ontslag van patiënten. Dit komt voort uit telefoongesprekken met inmiddels uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Ontslagen patiënten bellen met vragen naar de afdeling of de polikliniek. De vragen hebben met name te maken met onduidelijkheid over leefregels na het ontslag uit het ziekenhuis. Hieruit blijkt dat patiënten informatie missen die essentieel is in het tegemoet komen aan hun zorgbehoeften na ontslag uit het ziekenhuis.

Schoot e.a. beschrijven dat de gezondheid en het welzijn van patiënten een primair resultaat zijn van kwaliteitszorg (Schoot, Danen, Van Der Ham, Jonkers, Koetsenruijter & Van Swieten, 2006). Omdat blijkt dat er niet voldoende tegemoet gekomen wordt aan de zorgbehoeften van de ontslagen patiënten, is de vraag van de afdeling Gynaecologie hoe de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag verbeterd kan worden.

Verpleegkundigen van de afdeling vragen zich af wat de oorzaak is van het missen van informatie bij ontslagen patiënten. Uit gesprekken onder afdelingsverpleegkundigen blijkt dat er voor hen geen duidelijke richtlijn bestaat over de inhoud van en wijzen van voorbereiden op het ontslag van een patiënt. Voor de verpleegkundigen is hierdoor onduidelijk wat van hen verwacht wordt. Dit maakt dat een ieder op zijn of haar eigen manier invulling geeft aan het ontslag van een patiënt.

Daarnaast laat ook het patiënttevredenheidsonderzoek (Prieto Lestegas, 2010) zien dat afdeling Gynaecologie onder de norm scoort op vragen die betrekking hebben op Vertrek en Nazorg.

De afdeling Gynaecologie heeft door deze verschillende aspecten een gebaseerde aanleiding tot de vraag hoe de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag verbeterd kan worden. Voldoende aanleiding om studenten van de Christelijke Hogeschool Ede te vragen een onderzoek te starten naar de kwaliteit van het patiëntenontslag op de afdeling.

1.2 Probleemstelling

1.2.1 Doelstelling

De kwaliteit van zorg met betrekking tot ontslag wordt beschreven vanuit het perspectief van verpleegkundigen, patiënten en literatuur. Aan de hand hiervan worden binnen dit

onderzoek aanbevelingen gedaan. In overleg met de projectleider zal een van deze aanbevelingen worden uitgewerkt.

De aanbevelingen zullen de eenduidigheid onder afdelingsverpleegkundigen bevorderen en tegemoet komen aan de behoeften van de patiënt. Het streven is dat op lange termijn de patiënttevredenheid verbeterd blijkt, wat te zien zal zijn in de uitslag van het patiënttevredenheidsonderzoek.

1.2.2 Vraagstelling

Hoofdvraag

Hoe kan de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag verbeterd worden?

Deelvragen

1. Welke kennis is in de literatuur beschikbaar over kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag?
2. Wat zijn de behoeften van de patiënt met betrekking tot het ontslag?
3. Wat zijn de behoeften van de verpleegkundigen met betrekking tot het ontslag?
4. Hoe kunnen deze drie perspectieven samengevoegd worden tot een eenduidige beschrijving van kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag?
5. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan binnen dit onderzoek om de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag te verbeteren?
6. Wat kan binnen de duur van dit onderzoek aangereikt worden aan afdelingsverpleegkundigen om de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag te verbeteren?

1.2.3 Definitie

Patiëntenontslag / ontslagproces

Die momenten in de zorg waarop de patiënt voorbereid wordt op het verlaten van het ziekenhuis, waarbij ingegaan wordt op de behoeften van de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis om continuïteit in de zorgverlening te waarborgen (Klaren, Courtens & Hollands, 2000). Het voornaamste doel van het ontslagproces is het bevorderen van het herstel van de patiënt.

Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg is het leveren van verantwoorde zorg die tegemoet komt aan de behoeften van patiënten en wordt gevormd door het bevredigend en efficiënt werken als verpleegkundige. Om kwaliteit van zorg te leveren is het belangrijk de zorg tegemoet komt aan de behoeften van zowel patiënt als verpleegkundige.

1.3 Indeling verslag

Omdat het onderzoeksverslag een groot aantal pagina's bevat wordt in deze paragraaf kort toegelicht waar de onderwerpen beschreven staan.

In deze inleiding heeft u de aanleiding en de probleemstelling van dit onderzoek gelezen. De vragen die in de probleemstelling aan de orde komen zullen in het gehele verdere verslag terug te vinden zijn. De definities die in de probleemstelling worden beschreven zullen in het gehele verdere verslag gehandhaafd worden.

In het tweede hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode beschreven die gebruikt is. Het type onderzoek, de onderzoekspopulaties, dataverzamelingstechnieken en betrouwbaarheid en validiteit zijn onderwerpen die aan de orde komen.

Hoofdstuk drie beschrijft de resultaten van het onderzoek, de resultaten worden beschreven aan de hand van de antwoorden op de eerste vier deelvragen. De behoeften van patiënten en afdelingsverpleegkundigen zullen hierin overheersen. Deelvraag vier geeft uiteindelijk een beschrijving van kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag.

De conclusie in hoofdstuk vier wordt beschreven aan de hand van de vijfde en zesde deelvraag. Onder andere zullen hierin de aanbevelingen voor de afdeling aan de orde komen. De aanbevelingen zijn gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag.

In de zesde deelvraag zal een van de aanbevelingen uitgewerkt worden om deze aan de afdeling te kunnen overhandigen.

Een discussie, een literatuurlijst en de bijlagen sluiten het verslag af.

De interviews die met patiënten zijn gehouden, zijn niet als bijlage bij dit verslag opgenomen. De uitgewerkte interviews zijn op te vragen bij de onderzoekers. Tevens zijn de labels die gemaakt zijn bij het analyseren van de data op te vragen bij de onderzoekers.

Contactgegevens bij het opvragen van de interviews en/of labels:

P. Roza : petraroza@live.nl

2. Methode

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk over de methode worden de stappen die in het onderzoek zijn genomen zijn omschreven. Door deze omschrijving kan indien gewenst het onderzoek op dezelfde wijze opnieuw gedaan worden.

Allereerst wordt in de tweede paragraaf de onderzoeksmethode beschreven. Er is sprake van een kwalitatief onderzoek omdat het gaat om kwaliteit en niet speciaal om kwantiteit. In deze tweede paragraaf wordt tevens de manier waarop informatie is verzameld beschreven: de dataverzamelingstechniek. In dit onderzoek is er sprake van informatieverzameling vanuit drie aspecten: de literatuur, de patiënten en de afdelingsverpleegkundigen. De patiënten en de afdelingsverpleegkundigen vormen ieder een eigen onderzoekspopulatie, deze populaties worden bij de dataverzamelingstechniek beschreven.

In de derde paragraaf is te lezen over het meetinstrument dat gebruikt is in dit onderzoek. Hier wordt de topiclist genoemd die gebruikt is om de patiëntenpopulatie te benaderen.

In de vierde paragraaf wordt geschreven over methoden die gebruikt zijn om de gegevens te analyseren en op die manier tot een conclusie te kunnen komen.

Tenslotte wordt dit hoofdstuk afgesloten met een vijfde paragraaf over betrouwbaarheid en validiteit.

2.2 Onderzoeksmethode

2.2.1 Kwalitatief onderzoek

Omdat er sprake is van een kwalitatief onderzoek is er logischerwijs gedurende dit onderzoek gebruikgemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. Het gaat bij dit onderzoek namelijk niet om het in kaart brengen van cijfers, maar om het verkennen en inzichtelijk maken van een thema of vraagstuk. Het gaat in dit onderzoek om de beschrijving van kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag op de afdeling Gynaecologie. Uiteindelijk is beschreven hoe deze kwaliteit van zorg verhoogd kan worden. Binnen dit onderzoek staan de beschrijving en interpretatie van de problemen in de onderzoekssituatie voorop. Toch zullen bij de resultaten wel enkele grafiekjes geplaatst worden om bepaalde resultaten voor het oog helderder te maken.

Binnen dit onderzoek gaat het vooral om het exploreren van de situatie rondom het ontslag. *Wat is de oorzaak dat verpleegkundigen problemen ervaren met het verslag? Hoe hebben*

patiënten het ontslag uit het ziekenhuis ervaren? Deze verschijnselen zijn in het onderzoek beschreven. Het analyseren van deze verschijnselen heeft duidelijkheid gegeven over de aard van de verschijnselen. *Waarom doen deze verschijnselen zich nu voor?* Door patiënten en verpleegkundigen daarnaast ook te vragen naar hun behoeften tijdens het ontslag, konden uiteindelijk aanbevelingen worden gedaan om de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag te verbeteren. De bewuste motivaties, meningen, wensen en behoeften van de doelgroep zijn op deze manier bij het onderzoek betrokken. Hierdoor is het mogelijk gemaakt dat de doelgroep ook zelf mee kon denken over de invulling van de mogelijke kwaliteitsverhoging met betrekking tot het ontslag (Right Marktonderzoek Zwolle, 2011).

2.2.2 Dataverzamelingstechniek

Er wordt in kwalitatief onderzoek voornamelijk met tekst gewerkt. Dit komt omdat kwalitatief onderzoek zich richt op de aard van het probleem, en niet zozeer op de mate waarin het probleem voorkomt. In dit onderzoek betekent dit dat gezocht is naar tekst die gerelateerd is aan het onderzoeksprobleem: een tekort aan kwaliteit van zorg bij patiëntenontslag. Om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden, is daarom allereerst op verschillende niveaus naar tekstinformatie gezocht: de literatuurstudie.

2.2.2.1 Literatuurstudie

Dit onderzoek is gestart met een literatuurstudie. Er is breed gezocht naar informatie over alle dingen rondom het patiëntenontslag en kwaliteit van zorg. *Hoe ervaren patiënten het ontslag over het algemeen? Wat vinden patiënten bij het ontslag belangrijk? Wat wordt gezegd over 'problemen die patiënten kunnen ervaren bij ontslag? Wat is te zien in eerder uitgevoerde onderzoeken?* Daarna is gekeken welke literatuur relevant en bruikbaar was voor dit onderzoek. Er is gebruik gemaakt van verschillende zoekmachines en databases in het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein en op de Christelijke Hogeschool Ede.

De zoekwoorden die bij de brede literatuurstudie zijn gebruikt zijn bijvoorbeeld: *Patiëntenontslag, ontslag, vertrek uit ziekenhuis, ontslagproces, ontslagprocedure, hospital discharge, telefonische follow-up, kwaliteit van zorg, kwaliteitszorg, kwaliteit en quality care.* Vervolgens is zoals genoemd gekeken welke literatuur bruikbaar was voor het onderzoek, een grote afbakening heeft plaatsgevonden. Specifiek is er geselecteerd op definities van ontslag, definities van kwaliteit van zorg, informatie over het ontslagproces en op eerdere onderzoeken naar ervaring van patiënten bij het ontslag. Daarbij zijn aspecten zoals uitgebreide informatie over transferverpleegkundigen, ontslagmanagement en bijvoorbeeld de kosten die het ziekenhuis heeft bij een niet goed lopend ontslag achterwege gelaten. De informatie is verwerkt in een literatuurstudie. Ter beantwoording van de eerste deelvraag is een samenvatting van de belangrijkste aspecten uit deze literatuurstudie gemaakt. De beantwoording van de eerste deelvraag is te vinden in het hoofdstuk van de resultaten,

paragraaf twee. De volledige literatuurstudie is toegevoegd als bijlage. Op basis van de geselecteerde literatuurgegevens is een topiclist ontwikkeld die vervolgens gebruikt is bij de telefonische interviews met patiënten. Meer over deze topiclist is te lezen in een volgende paragraaf, de meetinstrumenten.

2.2.2.2 Patiënten

Na de literatuurstudie voor de eerste deelvraag vroeg de tweede deelvraag om een beschrijving van de behoeften van de patiënten van afdeling Gynaecologie. In dit gedeelte wordt de eerste onderzoekspopulatie van dit onderzoek beschreven: de patiënten. Vervolgens wordt beschreven hoe deze onderzoekspopulatie benaderd is en bij heeft gedragen aan de dataverzameling.

Inclusie onderzoekspopulatie

Om kwaliteit van zorg te omschrijven met betrekking tot het ontslag zijn de behoeften van patiënten zeker van belang. Om binnen de tijd van dit onderzoek een zo groot mogelijke populatie van patiënten te benaderen, werd ervoor gekozen om alle patiënten die van 1 – 30 april ontslagen worden te betrekken bij dit onderzoek.

De benadering van patiënten bestond uit telefonisch contact ongeveer een week na ontslag. Voor de periode van 1 – 30 april is gekozen omdat dit een gunstige periode is binnen de tijd van het onderzoek. Omdat het belangrijk is een representatief aantal respondenten te hebben, is gekozen voor een maand. Minder dan een maand had wellicht niet veel respondenten opgeleverd. Omdat het onderzoek binnen een bepaalde tijd afgerond moet zijn is het niet haalbaar langer dan een maand bezig te zijn met het interviewen van patiënten. Op deze manier is de keuze gemaakt om de onderzoekspopulatie te beperken tot alle patiënten die binnen deze tijd ontslagen worden van de afdeling Gynaecologie in het Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein. In principe vallen alle ontslagen patiënten daarbinnen (Hunink et al., 2000).

De patiënten werden middels een formulier, wat voor ontslag door verpleegkundigen overhandigd werd, om toestemming gevraagd voor het bellen. Op dit formulier stond ook korte informatie over het onderzoek. Het was de bedoeling de respons te verhogen door patiënten inzicht te verschaffen over het doel van het project. Omdat patiënten voorafgaand aan het bellen toestemming hebben gegeven, kon op een goede medewerking aan het onderzoek gerekend worden.

In dit onderzoek is de beschrijving van de behoeften van patiënten uiteindelijk beschreven op basis van 51 patiënten interviews.

Exclusie onderzoekspopulatie

Alleen patiënten die geen Nederlands spraken, of patiënten die geen toestemming verleenden voor het onderzoek, zouden niet deelnemen aan de interviews.

Maar omdat afdelingsverpleegkundigen soms geen formulier gaven aan de patiënten, was het voor de onderzoekers niet altijd bekend of deze ontslagen patiënten mee wilden werken. Omdat alle ontslagen patiënten gebeld zouden worden, zijn in eerste instantie ook deze patiënten gebeld. Maar uiteindelijk zijn in verband met tijdsgebrek niet meer alle patiënten benaderd, maar alleen de patiënten die tussen 1-30 april ontslagen zijn en middels een formulier toestemming hadden gegeven voor het bellen.

Methode bij deze onderzoekspopulatie

Het afnemen van interviews is een van de meest voorkomende dataverzamelingstechnieken. Hierbij krijgen de informanten de ruimte om hun verhaal te vertellen. Van deze techniek is ook in dit onderzoek gebruik gemaakt. Patiënten zijn met behulp van de topiclist geïnterviewd over hun ontslag van de afdeling Gynaecologie.

Er is gekozen om interviews te houden omdat op deze manier direct contact mogelijk is 'met de werkelijkheid van de betrokkenen'. Op deze manier worden immers de meeste en snelste resultaten verkregen (De Jong et al., 2000). Door patiënten persoonlijk te spreken komt aan de orde wat de patiënten persoonlijk hebben ervaren. Er is geen sprake van uitgebreide literatuurstudie over ervaring van patiënten, maar er is regelrecht in de praktijk gevraagd naar hun ervaring rondom het ontslag.

De literatuur beschrijft verschillende vormen van interviews en in dit onderzoek is gebruikt gemaakt van het *semi-gestructureerde interview*. De structuur van het gesprek ligt niet vast en de onderzoeker heeft meer dan één beginvraag bij zich (de zogeheten 'topiclist'). Bij ieder interview is een topiclist gebruikt. Deze topiclist is opgesteld na een uitgebreide literatuurstudie. Met behulp van de topiclist zijn aan de patiënten gerichte vragen gesteld. Daarnaast is er ook ruimte geweest voor de eigen thema's van de patiënten (Verhoeven, 2008). Naast de beschrijving in de volgende paragraaf is de topiclist ook als bijlage toegevoegd.

Omdat een goede voorbereiding noodzakelijk is voor een goed verloop van een interview is voorafgaand aan het afnemen van de interviews de topiclist met de opdrachtgever en begeleider van school doorgesproken. Tevens is het van belang om na te gaan of het taalgebruik van de onderzoeker aangepast is aan de taal van de informant/patiënt. Dit betekent vooral dat in de gesprekken vakjargon vermeden is. Dit heeft zeker invloed gehad op het vergroten van een open en vertrouwelijke sfeer. Om de patiënt zijn of haar verhaal te kunnen laten doen, moet deze het gevoel krijgen dat hij alle tijd heeft. Tijdens de telefoongesprekken is alle tijd genomen voor de patiënten. Wanneer de patiënt immers zal merken dat de onderzoeker haast heeft, zal dit de bereidheid en de antwoorden van de

patiënt beïnvloeden, wat niet ten goede komt aan het onderzoek. Wanneer de patiënt het gevoel krijgt dat hij een waardevolle bijdrage levert aan het onderzoek, verhoogt dit de kwaliteit van de inhoud van het interview (De Jong et al., 2000). Zowel aan het begin als aan het einde van het interview zijn de patiënten hierop attent gemaakt. Iedere bijdrage is meegenomen in ons onderzoek en is gezien als waardevol.

Om patiënten bereidwillig te maken mee te werken aan het onderzoek en hen het gevoel te geven dat zij een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan dit onderzoek, is voor hen een informatiebrief opgesteld. Deze conceptbrief is in overleg met afdelingsverpleegkundigen definitief gemaakt. Patiënten ontvingen de brief van de verpleegkundigen bij hun ontslag. Door middel van deze brief is de patiënt alvast voorbereid op het interview dat ongeveer een week na het ontslag van de patiënt zal plaatsvinden.

In overleg met afdelingsverpleegkundigen is besproken wat te doen wanneer patiënten medische vragen stellen. Waarschijnlijk kon namelijk niet altijd antwoord gegeven worden omdat die kennis ontbreekt. Daarnaast was dit natuurlijk ook niet het doel van dit gesprek. In de informatiebrief is aangegeven dat het doel van het gesprek is inzicht te krijgen in de behoeften en ervaringen van patiënten. Wanneer patiënten tijdens het gesprek toch medische vragen hadden, kregen zij de mogelijkheid teruggebeld te worden door een afdelingsverpleegkundige. Uiteindelijk heeft dit zich niet voorgedaan. De kennis om vragen die patiënten hadden te beantwoorden was meer dan verwacht aanwezig, en soms is het advies gegeven zelf de afdeling of polikliniek te bellen voor vragen. Voor het afnemen van de telefonische interviews waren een aantal faciliteiten nodig. Allereerst contactgegevens van de patiënten die toestemming gaven voor het bellen en natuurlijk een rustige ruimte met een telefoon voor de gesprekken met de patiënten.

2.2.2.3 Afdelingsverpleegkundigen

De afdelingsverpleegkundigen speelden een grote rol in dit onderzoek, zij waren immers de tweede onderzoekspopulatie in dit onderzoek. De hoofdvraag vraagt om een beschrijving van kwaliteit van zorg en zoals uit de literatuurstudie is gebleken heeft kwaliteit van zorg alles te maken met een bevredigende werkwijze voor patiënten maar zeker ook voor verpleegkundigen.

Ook in dit gedeelte eerst een omschrijving van de onderzoekspopulatie, vervolgens wordt beschreven hoe deze onderzoekspopulatie benaderd is en bij heeft gedragen aan de dataverzameling.

Inclusie onderzoekspopulatie

De afdeling telt veertien verpleegkundigen en twee stagiaires. Om de populatie van de verpleegkundigen zo groot mogelijk te maken, zijn al deze verpleegkundigen bij het onderzoek betrokken. Om de verpleegkundigen bij het onderzoek te betrekken is aan het

begin van het onderzoek op de afdeling een introductie geweest. Door deze introductie is de aandacht van de verpleegkundigen gewekt. In de introductie is onder andere de aanleiding en het doel van het onderzoek verteld. Daarnaast is onder andere in de nieuwsbrief van de zorgseenheid Vrouw & Kind aandacht besteed aan het onderzoek.

Tijdens het onderzoek zijn de verpleegkundigen regelmatig op de hoogte gehouden van de stand van zaken. Op deze manier bleven zij betrokken bij het onderzoek, wat het resultaat van het onderzoek vanuit het perspectief van de verpleegkundigen positief zou beïnvloeden. Dit is voornamelijk gebeurd via de mail. In de loop van het onderzoek heeft een bespreking plaatsgevonden met de verpleegkundigen over enkele resultaten die op dat moment te noemen waren, maar vooral zijn bij deze bespreking de behoeften van de verpleegkundigen ter sprake geweest. De behoeften van de verpleegkundigen waren immers van belang voor de beantwoording van de hoofdvraag. Meer over deze bespreking en de behoeften van de verpleegkundigen is onder andere in de beantwoording van deelvraag twee te lezen.

Exclusie onderzoekspopulatie

Bij de bespreking waren niet alle, maar een vijftal afdelingsverpleegkundigen aanwezig. Bij nader inzien bleek de aanwezigheid van meer verpleegkundigen niet mogelijk door werkdruk op de afdeling en vakantiedagen. Daarbij is de populatie van de verpleegkundigen tijdens de bespreking van minder grote omvang geworden. Wel is door G. Bogerd tijdens informele momenten op de werkvloer nagegaan of de niet aanwezige verpleegkundigen zich konden vinden in de mening van aanwezige verpleegkundigen.

Methode bij deze onderzoekspopulatie

De afdelingsverpleegkundigen zijn actief bij het onderzoek betrokken. Tijdens het onderzoek vond naast wat informeel contact en mailcontact ook een geplande bespreking plaats met enkele afdelingsverpleegkundigen. Tijdens deze bespreking zijn de behoeften van de verpleegkundigen naar voren gekomen. Omdat de bespreking na het bellen van de patiënten plaatsvond, waren op dat moment al enkele resultaten door analyse van de interviews naar voren gekomen. Tijdens de bespreking kwamen een aantal opvallende resultaten aan de orde. Het grootste doel van de bespreking was het peilen van de behoeften van de verpleegkundigen, uiteindelijk ter beantwoording van de hoofdvraag. De verpleegkundigen hebben tijdens de bespreking individueel een aantal vragen ingevuld. Op deze manier zijn per verpleegkundige behoeften naar voren gekomen. Enkele vragen gingen over het ontslaggesprek, andere over de rol van arts, de vragen zijn terug te vinden in het hoofdstuk van de resultaten, paragraaf drie, waar een antwoord wordt gegeven op de vraag naar de behoeften van verpleegkundigen. Na een plenaire nabespreking zijn veel van deze behoeften door verschillende verpleegkundigen bevestigd. Door eerst individueel de vragenlijst in te laten vullen, hebben verpleegkundigen hun persoonlijke opmerkingen kunnen

opschrijven, zonder beïnvloed te worden door anderen. Door het plenair nabespreken van deze vragen zijn ze op de hoogte gekomen van elkaars behoeften en door tenslotte overleg over deze behoeften is de inbreng in de bespreking maximaal geweest. Deze inbreng heeft de data verzameld voor deze onderzoekspopulatie.

2.3 Meetinstrumenten

2.3.1 Topiclist

Tijdens dit onderzoek is zoals eerder te lezen een topiclist opgesteld om gericht informatie te kunnen verzamelen. In de topiclist bevat open vragen waarbij de patiënt ruimte heeft om aan te geven hoe hij het ontslag ervaren heeft, waar hij tevreden over is en wat de patiënt gemist heeft. Omdat er open vragen werden gesteld, had de patiënt voldoende mogelijkheid om zijn ervaringen en behoeften uit te spreken. De gesloten vragen die in de topiclist voorkwamen betroffen voornamelijk de informatiebehoeften van de patiënten.

Het opstellen van de onderwerpen voor de topiclist is ten eerste gedaan aan de hand van de relevante literatuur.

Om de topiclist specifiek te richten op de onderzoekspopulatie van de patiënten, zijn de informatiefolders van de afdeling Gynaecologie gescreend op onderwerpen voor de topiclist. Deze onderwerpen zijn ten tweede gebruikt voor het opstellen van de topiclist.

De polikliniek Gynaecologie blijkt regelmatig gebeld te worden door ontslagen patiënten. Er is nagegaan waarvoor patiënten bellen. Ten derde zijn deze gegevens gebruikt voor het opstellen van de topiclist. *Stellen patiënten vragen waar de folder geen antwoord op geeft? Stellen patiënten vragen over zaken die zij eigenlijk van verpleegkundigen hadden moeten horen bij ontslag? Gaan de vragen van patiënten over dezelfde zaken?*

Alle onderwerpen van de topiclist zijn in ieder patiënten interview aan de orde geweest. De topiclist is te vinden in de bijlagen van dit onderzoeksverslag.

2.4 Analyse methoden

2.4.1 Kwalitatieve analyse

Bij een kwalitatief onderzoek is de data-analyse een cyclisch proces. Hierbij worden de data constant geanalyseerd (Nieswiadomy, 2009).

Dit heeft voor dit onderzoek de betekenis gehad dat, indien zich nieuwe situaties voordeden in bijvoorbeeld de bespreking met de verpleegkundigen, met deze data is teruggedaan naar het eerder geanalyseerde materiaal, de interviews met de patiënten. In dit onderzoek ging het om de analyse van eerdere onderzoeken, literatuur, interviews en het gesprek met verpleegkundigen.

Om de gegevens van de interviews het beste te kunnen analyseren, is allereerst het gesprek bij toestemming van de patiënt opgenomen. Zo kon achteraf het interview worden uitgetypt en werd na uittypen van alle interviews, de gegevens van alle patiënten duidelijk met elkaar vergeleken. Het grootste gedeelte van de patiënten vond het opnemen van het gesprek geen probleem. De antwoorden van de patiënten die geen toestemming gaven om het gesprek op te nemen, zijn enkel bijgehouden op de topiclist. Bij de analyse van deze antwoorden was er sprake van minder onderbouwing, omdat niet alles genoteerd was. Toch is analyse van deze antwoorden goed mogelijk geweest, wat later ook te lezen is.

Na het uittypen van de opgenomen interviews is gescreend op het aantal keer dat bepaalde zaken naar voren kwamen. En ook zijn er de volgende vragen gesteld: *Zijn patiënten tevreden over dezelfde dingen? Wat zijn verschillen in wat patiënten aangegeven?* Bij de open vragen van de topiclist waren veel verschillende antwoorden gegeven. Dit maakte het analyseren van de informatie wel lastiger.

Alle gegevens uit de interviews zijn gelabeld onder een aantal kernlabels. De analyse van de data van de patiënten interviews heeft namelijk volgens de volgende stappen plaatsgevonden: Eerst is de informatie in de interviews geselecteerd op relevantie. De relevante informatie is geselecteerd op basis van de hoofdvraag in dit onderzoek, waarin het specifiek gaat over kwaliteit van zorg en behoeften rondom het patiëntenontslag. De relevante tekst is vervolgens opgedeeld in fragmenten, zodat elk fragment slechts informatie geeft over één onderwerp. Ieder fragment is voorzien van één of meerdere labels waarmee de inhoud van het fragment zo goed mogelijk wordt weergegeven. In een volgende stap zijn de verschillende labels geclusterd rond een bepaald thema. De verschillende labels zijn daarna gecontroleerd op volledigheid. Alle informatie moet immers onder te brengen zijn in de labels. Op deze manier zijn de zogenoemde kernlabels benoemd, en is aan iedere label een definitie gegeven.

Er is sprake geweest van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid: Iedere onderzoeker heeft individueel een vijftal interviews op deze manier gelabeld, vervolgens is dit met elkaar vergeleken. Om de betrouwbaarheid te verhogen zijn op deze manier dus alle labels gecontroleerd op juistheid door iemand anders de tekstfragmenten opnieuw in te laten delen. Op deze manier kon aangetoond worden of een andere onderzoeker tot dezelfde labeling gekomen zou zijn. Na het labelen van de vijf eerste patiënten interviews zijn de overige interviews in samenwerking met alle onderzoekers verder gelabeld, om niet de kans te lopen iets over het hoofd te zien. Opvallend was dat bijna geen nieuwe labels toegevoegd hoefde te worden aan de labels die uit de eerste vijf interviews afkomstig waren. De antwoorden van de patiënten die geen toestemming gaven tot opname, zijn tevens gelabeld. Omdat deze antwoorden nauwkeurig bijgehouden zijn op de topiclist was

dit mogelijk. De topiclist omvatte immers niet minder onderwerpen dan de uiteindelijk gekozen labels, omdat de interviews gebaseerd waren op deze topiclist.

Na voltooiing van het labelen is teruggegaan naar de probleemstelling. Op deze manier is een antwoord gegeven op de vragen binnen dit onderzoek. Ook is nagegaan of alle kernlabels even belangrijk zijn in het kader van de probleemstelling of dat een zekere hiërarchie aan kon worden gebracht (Hunink et al., 2000). De labels die uiteindelijk niet specifiek te maken hadden met het geven van een antwoord op de vragen binnen het onderzoek zijn verwaarloosd.

Er is een logboek bijgehouden wat als hulpmiddel diende bij het weergeven van de resultaten van de analyse. Daarin zijn de aantekeningen van de analyses bijgehouden, en er is bijgehouden welke keuzes werden gemaakt met bijbehorende argumenten. Hierin is ook weergegeven waarom voor bepaalde zaken niet is gekozen (Verhoeven, 2008). Dit logboek heeft in dit verslag de titel: *Procesverslag*, en is als bijlage te vinden bij dit onderzoeksverslag.

2.4.2 Evaluatie

Door de beperkte tijd die beschikbaar was voor dit onderzoek is het niet mogelijk geweest om eventuele uitgewerkte aanbeveling te toetsen of de toetsen of de tevredenheid van patiënten en verpleegkundigen, de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag op de afdeling Gynaecologie, na het onderzoek verhoogd is. In die zin is evaluatie van het onderzoek in de praktijk niet mogelijk geweest.

2.5 Betrouwbaarheid en validiteit

2.5.1 Kwalitatief onderzoek

Kwalitatief onderzoek heeft altijd veel kritiek gekregen als het gaat om de betrouwbaarheid, de geldigheid van de resultaten. Volgens de critici zou kwalitatief onderzoek niet betrouwbaar zijn en niet valide zijn (Verhoeven, 2008). Betrouwbaarheid hangt samen met de herhaalbaarheid van kwalitatief onderzoek. De herhaalbaarheid van kwalitatief onderzoek staat volgens de critici onder druk, omdat er bij kwalitatief onderzoek voor een open benadering wordt gekozen. Herhaling van onderzoek zal daarom niet altijd dezelfde resultaten geven.

Validiteit betreft zowel de generaliseerbaarheid als de begripsvaliditeit van kwalitatief onderzoek. Volgens de critici wordt er bij een steekproef te veel gegeneraliseerd, omdat het vaak een kleine groep personen betreft. Begripsvaliditeit zou niet betrouwbaar zijn omdat de beleving van een persoon centraal staat en niet een meetbaar begrip (Verhoeven, 2008).

Toch wordt in kwalitatief onderzoek wel degelijk met betrouwbaarheid- en validiteitscriteria rekening gehouden. Om dit onderzoek zo betrouwbaar, valide en kwalitatief mogelijk te

maken is er onder andere gebruik gemaakt van een zo uitgebreid mogelijke beargumentering van het uitgangspunt van het onderzoek, beschreven in de aanleiding en probleemstelling. Door deze beargumentering heeft het onderzoek een goede onderbouwing. Ook is tijdens het onderzoek een goede registratie van alle methoden bijgehouden in een logboek. Daarnaast wordt tijdens het onderzoek van verschillende partijen feedback ontvangen (opdrachtgever, begeleiding school en onderling). De feedback is serieus genomen, overdacht en zo nodig verwerkt. Op deze manier is de betrouwbaarheid van het onderzoek op peil gebleven. Er is tijdens het onderzoek nauw contact met de opdrachtgever geweest, het Antonius Ziekenhuis, via één contactpersoon, de opdrachtgever.

2.5.2 Triangulatie

Een belangrijk betrouwbaarheids criterium in dit onderzoek is het gebruik van triangulatie. Triangulatie is het verzamelen van gegevens op verschillende manieren, bijvoorbeeld door interviews, observaties, video-opnames of foto's, gedurende een langere periode via verschillende en gevarieerde bronnen en door verschillende onderzoekers (Cox, de Louw, Verhoef, Kuiper, 2008). Triangulatie is een manier om ervoor te zorgen dat de resultaten van het onderzoek niet gebaseerd zijn op de verwachtingen van de onderzoeker. Triangulatie maakt een onderzoek betrouwbaarder omdat de onderzoeksvraag vanuit meer dan één perspectief wordt bekeken. De betrouwbaarheid wordt verhoogd omdat als het ware gecontroleerd wordt of het verkregen resultaat klopt als gebruik gemaakt wordt van een andere methode (Verhoeven, 2008). Hieronder volgt kort vanuit welke perspectieven dit onderzoek bekeken is en wat deze perspectieven betrouwbaar en valide maakt.

2.5.2.1 Literatuur

Literatuurstudie is een groot perspectief in dit onderzoek. Veel bronnen zijn gebruikt, daarbij ook eerdere onderzoeken. Allereerst is breed naar literatuur rondom het onderwerp patiëntenontslag gezocht, daarna is specifiek afgebakend naar de behoeften van patiënten en verpleegkundigen bij ontslag. Wanneer immers de behoeften van patiënt en verpleegkundige duidelijk zijn, kan bekeken worden hoe de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden. Door de literatuur hebben de onderzoekers een brede kijk gekregen op onder andere het patiëntenontslag. Die brede kijk heeft geholpen om zo objectief mogelijk het onderzoek te vervolgen. Wanneer een onderzoeker objectief is, zal het onderzoek immers niet gebaseerd zijn op de verwachtingen van de onderzoeker (Cox et al., 2008). Hierdoor is de betrouwbaarheid van het onderzoek zeker gestegen.

2.5.2.2 Patiënten

Tijdens het onderzoek zijn patiënten benaderd, een erg belangrijk perspectief in dit onderzoek. Het onderwerp patiëntenontslag betreft immers vooral de patiënt. De (on)tevredenheid en behoeften van patiënten speelden in dit onderzoek een grote rol. Daarom is hiernaar gevraagd aan de patiënt zelf om de betrouwbaarheid te verhogen. Ongeveer een week na een ziekenhuisontslag vanaf de afdeling Gynaecologie zijn patiënten thuis opgebeld. Uit literatuur blijkt immers dat patiënten eenmaal een aantal dagen thuis, een reëlere mening kunnen geven over hun ontslag uit het ziekenhuis (Klaren, Leussink, Courtens en Hollands, 2000). Een reëlere mening van patiënten is natuurlijk van belang geweest voor de betrouwbaarheid van dit onderzoek. Tijdens de gesprekken met patiënten is gebruik gemaakt van een topiclijst. Om betrouwbaarheid in een interview te waarborgen, is het van belang dat de geïnterviewde van te voren van het interview en de bedoeling afweet, zodat de kwaliteit en de hoeveelheid informatie aan het doel van het onderzoek voldoet (Scheepers, Renckstorf, Wester, 2006). Aan patiënten is bij ontslag een formulier overhandigd met daarin informatie over dit onderzoek. Het doel van het onderzoek is genoemd. Ook is beschreven wat van patiënten gevraagd wordt, namelijk mee te werken door middel van een telefonisch interview. Dit heeft de betrouwbaarheid van het onderzoek bevorderd, omdat de patiënten zich op het gesprek konden voorbereiden. Wanneer patiënten weten welke bijdrage zij kunnen leveren aan het onderzoek, is immers een reële medewerking voor de hand liggend.

De onderwerpen van de topiclijst zijn gebaseerd op literatuur, informatiefolders van afdeling Gynaecologie en tevens op een lijst met redenen waarvoor patiënten de polikliniek na ontslag hebben gebeld. Tijdens ieder gesprek zijn alle onderwerpen van de topiclijst aan de orde geweest. Dit heeft de kans verminderd iets te vergeten, wat de betrouwbaarheid heeft bevorderd. De groep patiënten die is benaderd betreft patiënten die tussen 1-30 april ontslagen zijn. Uiteindelijk zijn niet alle patiënten die tussen 1-30 april ontslagen zijn benaderd, maar alleen de patiënten die toestemming hadden gegeven op het formulier. De reden dat negen patiënten geen toestemming hebben gegeven is voor de onderzoekers onduidelijk, dit heeft geen invloed op de resultaten maar zal bij herhaling van het onderzoek wel een aspect zijn waar aandacht aan geschonken moet worden.

Uiteindelijk is de populatie van de patiënten een vrij grote groep van 51 patiënten geworden en hoe groter de groep is, hoe nauwkeuriger een uitspraak gedaan kan worden (Verhoeven, 2008). Om de betrouwbaarheid nog meer te bevorderen, is bij de gesprekken, bij toestemming van de patiënt, gebruik gemaakt van geluidsopnameapparatuur. Dit kan als bewijs gebruikt worden. Bij geen toestemming tot geluidsopname zijn de antwoorden en belangrijke opmerkingen tijdens het interview genoteerd op de topiclijst.

2.5.2.3 Verpleegkundigen

Het derde perspectief in dit onderzoek is dat van de afdelingsverpleegkundigen. Uiteindelijk zijn in dit onderzoek aanbevelingen geschreven voor de afdelingsverpleegkundigen, onder andere daarom vormden zij een belangrijk perspectief. Naar de behoeften van verpleegkundigen is gevraagd in een bespreking. Door te kiezen voor open vragen in een korte enquête tijdens deze bespreking konden de verpleegkundigen hun mening en behoeften zelf omschrijven. Zij hebben dit onafhankelijk van elkaar gedaan, dit heeft de betrouwbaarheid bevorderd. Omdat tijdens de bespreking niet iedere afdelingsverpleegkundige aanwezig was, is om de betrouwbaarheid te verhogen door G. Bogerd tijdens informele momenten op de werkvloer, nagegaan of de niet aanwezige verpleegkundigen zich konden vinden in de mening van aanwezige verpleegkundigen.

3. Resultaten

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. De resultaten van het onderzoek bestaan uit de beantwoording van de deelvragen één tot en met vier. Deelvraag een richt zich op de literatuur, deelvraag twee op de behoeften van patiënten en deelvraag drie op de behoeften van verpleegkundigen. Deelvraag vier tenslotte is de beschrijving van kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag vanuit de drie genoemde perspectieven.

3.2 Deelvraag 1: Welke kennis is in de literatuur beschikbaar over kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag?

3.2.1 Inleiding

Om een antwoord te kunnen geven op bovenstaande deelvraag, wordt eerst beschreven wat kwaliteit van zorg inhoudt. Kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag zal onder andere te maken hebben met de behoeften van zowel patiënten als verpleegkundigen en bevordering van de gezondheid. De beschrijving van kwaliteit van zorg wordt afgesloten met een samenvattende visie en definitie. Vervolgens wordt deze visie gekoppeld aan het patiëntenontslag om een antwoord op de deelvraag te kunnen geven. Daarbij wordt er een samenvattende visie en definitie gegeven over het patiëntenontslag.

Tot slot worden enkele problemen genoemd die kunnen voorkomen bij het ontslag, gerelateerd aan het opstellen van de topiclist in dit onderzoek. Oplossingen voor deze problemen zijn in dit onderzoek wel uitgebreid bestudeerd in de literatuur. Er is gekozen deze oplossingen niet te plaatsen in de beantwoording van deze deelvraag. Wanneer bekend is welke problemen spelen op de afdeling Gynaecologie, waar dit onderzoek plaatsvindt, zal worden nagedacht over mogelijke oplossingen.

3.2.2 Kwaliteit van zorg

In de Kwaliteitswet wordt verantwoorde zorg als een belangrijke eis gezien om kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Verantwoorde zorg wordt in de Kwaliteitswet als volgt omschreven: 'Zorg van een goed niveau en in ieder geval doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt' (Inspectie voor de

Gezondheidszorg, 2011). De definitie van Hollands blijkt gebaseerd op de Kwaliteitswet. Hollands en anderen definiëren kwaliteit van zorg als: 'Verantwoorde zorg die tegemoet komt aan de reële wensen en behoeften van de patiënt en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend' (Hollands et al., 2007).

Daarbij stelt Hollands dat kwaliteit van zorg bijdraagt aan het leveren van goede zorg aan patiënten en het effectief werken als beroepsbeoefenaar. Kwaliteit van zorg wordt gevormd door een bevredigende en efficiënte werkwijze in de dagelijkse praktijk (Hollands et al., 2007). Ook de definitie van Donabedian wordt vaak gebruikt: 'Kwaliteit is de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg)' (Donabedian, 1982). Daarmee zegt Donabedian dat kwaliteit onder andere mogelijk gemaakt wordt door een evaluatieproces of een bewustwordingsproces (Hollands et al., 2007). Door te evalueren worden verpleegkundigen zich bewust van de werkelijke praktijk, en kunnen zij die vergelijken met de criteria. Met deze informatie kunnen zij aan de slag om kwaliteit te verbeteren. Wanneer de praktijk van de zorg aan de wenselijke zorg voldoet, is er sprake van kwaliteit.

Samenvattend zegt Hollands allereerst dat kwaliteit van zorg tegemoet komt aan de wensen en behoeften van de patiënt. Daarnaast wordt een bevredigende en efficiënte werkwijze van de beroepsbeoefenaar genoemd om kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Donabedian geeft aan de praktijk van de zorg overeen moet komen met de wenselijke zorg om van kwaliteit te kunnen spreken. In dit onderzoeksverslag wordt hieruit opgevat dat het van belang is aandacht te schenken aan zowel de behoeften van de patiënt als beroepsbeoefenaar, omdat de praktijk van de zorg bestaat uit patiënten en beroepsbeoefenaren.

In dit onderzoeksverslag wordt de volgende definitie geformuleerd: 'Kwaliteit van zorg is het leveren van verantwoorde zorg die tegemoet komt aan de behoeften van patiënten en wordt gevormd door het bevredigend en efficiënt werken als verpleegkundige. Om kwaliteit van zorg te leveren is het belangrijk dat de zorg tegemoet komt aan de behoeften van zowel patiënt als verpleegkundige.'

3.2.3 Patiëntenontslag

Wat houdt het ontslag van patiënten uit het ziekenhuis nu precies in? In de literatuur worden diverse definities van het ontslagproces gegeven. Klaren beschrijft het ontslagproces als: 'Die fase in de zorg, waarin, in samenspraak met de patiënt en/of informele zorgverleners, de patiënt en/of informele zorgverleners voorbereid worden op het verlaten van het ziekenhuis, waarbij ingegaan wordt op de individuele zorgbehoeften van de patiënt en waarbij een inschatting gemaakt wordt van de zorgbehoeften thuis om continuïteit in de zorgverlening te waarborgen' (Klaren, et al., 2000). Nog enkele definities luiden:

'Een gepland programma dat de continuïteit van zorg waarborgt en dat voorziet in de zorgbehoeften van de patiënt na het ontslag uit het ziekenhuis' (Van Engelshoven & Rensen, 2005).

Een vroege en gecoördineerde beoordeling van de zorgbehoeften van de patiënt en zijn thuissituatie is een belangrijk element van het ontslagproces. Bij het afnemen van de verpleegkundige anamnese bij opname in het ziekenhuis kan de zorgbehoefte van de patiënt en zijn thuissituatie al beoordeeld worden (Grummels & Veldman, 2003). Op deze manier kunnen eventuele benodigdheden voor toekomstige zorg vroeg gepland worden. En naast een vroege beoordeling en coördinatie van de zorgbehoefte zijn een multidisciplinaire aanpak en een effectieve communicatie belangrijke elementen van het ontslagproces (Grummels & Veldman, 2003).

Op basis van bovengenoemde definities kan gesteld worden dat het ontslag een *proces* is. Ontslag draait niet alleen om het daadwerkelijke moment van het ziekenhuis verlaten door de patiënt. Het is meer, gezegd kan worden dat het ontslagproces al bij opname in het ziekenhuis begint. Tevens wordt een patiënt gedurende de ziekenhuisopname voorbereid om binnen (on)bepaalde tijd het ziekenhuis te verlaten. Deze voorbereiding bestaat voor een groot gedeelte uit het verstrekken van informatie aan de patiënt.

Het is het van belang dat deze informatieverstrekking aansluit bij het referentiekader van de patiënt en dat de verschillende disciplines de informatie op elkaar afgestemd hebben. Ook is het belangrijk dat er aandacht is voor relationele aspecten in het contact tussen verpleegkundige en patiënt. Als aan de voorwaarden niet is voldaan, komt de voorlichting niet over en zal daardoor juist meer verwarring en onzekerheid bij de patiënt ontstaan (Ten Have, 2006).

Het is ten eerste belangrijk dat verpleegkundigen weten dat iedere patiënt de aangeboden informatie op een eigen manier verwerkt. Deze verwerking kan via het zicht of via het gehoor zijn. Patiënten die informatie via het zicht verwerken, nemen informatie het beste op als ze het 'voor zich zien'. Mondelinge informatie roept bij deze patiënten al snel verveling en afwending op. Wel hebben deze patiënten veel baat bij schriftelijk voorlichtingsmateriaal, waar alles zwart op wit staat, zodat patiënten de informatie nog eens kunnen nalezen. Informatiefolders kunnen een goed hulpmiddel zijn voor de patiënten (Van Engelshoven et al., 2007). Patiënten die via het gehoor informatie verwerken, kunnen vaak weinig met enkel schriftelijk voorlichtingsmateriaal. Geschreven informatie is voor hen al snel abstract, waardoor ze het nauwelijks lezen. Bovendien hebben ze moeite om datgene wat in de folder staat toe te passen op hun situatie. Mondelinge aanwijzingen of informatie worden juist heel goed onthouden (Ten Have, 2006).

Aangezien verpleegkundigen niet van te voren weten hoe een individuele patiënt informatie verwerkt en patiënten dit zelf vaak ook niet weten, is het belangrijk om bij voorlichting de verschillende manieren te gebruiken.

Om ten tweede een goede afstemming te hebben tussen verschillende disciplines die bij de zorg van de patiënt betrokken zijn, hebben verpleegkundigen door hun veelvuldig contact met patiënten de mogelijkheid om onduidelijkheden en tegenstrijdigheden te signaleren en zo mogelijk op te lossen. Wanneer iedere discipline afzonderlijk de patiënt voorlicht, leidt dat immers gemakkelijk tot tegenstrijdige adviezen, waardoor verwarring en onzekerheid bij de patiënt kan ontstaan.

Ten derde zal aandacht voor het relationele aspect in het contact tussen verpleegkundige en patiënt bijdragen aan een goede informatieverstrekking. Volgens ten Have is een vertrouwensrelatie tussen verpleegkundige en patiënt essentieel omdat deze een sfeer schept waarin de patiënt durft aan te geven of hij de informatie wel of niet begrijpt (Ten Have, 2006).

Informatie moet belangrijk, bruikbaar en begrijpelijk zijn. Om belangrijke, bruikbare en begrijpelijke informatie te geven hebben verpleegkundigen kennis nodig. Tenslotte is het ook de taak van de verpleegkundige om na te gaan of de patiënt de informatie goed begrepen heeft (Van De Walle & Kruijswijk, 2003).

De vraag kan gesteld worden wie het moment van ontslag bepaalt. De beslissing over het ontslag van de patiënt is niet medisch of verpleegkundig, maar zowel medisch als verpleegkundig. Dit wil zeggen dat de beslissing zich af speelt binnen het deskundigheidsgebied van zowel arts als verpleegkundige. Er behoort overleg te zijn tussen disciplines over de datum van ontslag waarbij vakinhoudelijke argumenten ter tafel moeten worden gebracht (Simons & Moortel, 2004).

Wanneer wordt beschreven wat het ontslagproces inhoudt, heeft dit tot doel om een antwoord te geven op de vraag wat het belang is van een goed verlopend ontslagproces. Het is van groot belang dat het ontslag uit het ziekenhuis goed verloopt. Wanneer het ontslag goed verloopt en tegemoet komt aan de behoeften van patiënten en verpleegkundigen is zowel de patiënt als de verpleegkundige tevreden. Een goed voorbereid ontslag verhoogt immers de continuïteit van zorg, biedt veiligheid aan de patiënt en diens omgeving en voorkomt onnodige heropnames (Klaren et al., 2000).

Enkele gevolgen van een goed ontslagproces:

- Er treedt vermindering van angst en onzekerheid bij de patiënt en diens naaste(n) op;
- De kwaliteit van verpleegkundige zorg zal verbeteren (Klaren et al., 2000);

- Mentaliteitsverandering: de hulpverleners verstrekken informatie vanuit de behoeften van de patiënt en zijn naaste(n) in plaats van vanuit de interpretatie die hulpverleners aan de informatieverstrekking geven (Moons, 1999).

Het voornaamste doel van het ontslagproces is het bevorderen van het herstel van de patiënt. Dat is ook waar het uiteindelijk om draait wanneer er gesproken wordt over kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag: de gezondheid van de patiënt.

Op basis van eerder beschreven definities en beschrijvingen van het ontslagproces of patiëntenontslag, wordt in dit onderzoeksverslag de volgende definitie voor het ontslagproces gehanteerd: 'Die momenten in de zorg waarop de patiënt voorbereid wordt op het verlaten van het ziekenhuis, waarbij ingegaan wordt op de behoeften van de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis om continuïteit in de zorgverlening te waarborgen (Klaren et al., 2000). Het voornaamste doel van het ontslagproces is het bevorderen van het herstel van de patiënt.'

3.2.3.1 Behoeften

Omdat het in deze deelvraag draait om kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag wordt een gedeelte van de definitie van kwaliteit van zorg hier herhaald: 'Om kwaliteit van zorg te leveren is het belangrijk de zorg tegemoet komt aan de behoeften van zowel patiënt als verpleegkundige.' Kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag betreft dus een patiëntenontslag dat tegemoet komt aan zowel de behoeften van patiënten als die van verpleegkundigen, wanneer het ontslag goed verloopt is zowel patiënt als verpleegkundige tevreden. In de literatuur zijn verschillende behoeften van patiënten en verpleegkundigen beschreven betreffende het ontslag uit het ziekenhuis. Eerst worden enkele behoeften van patiënten beschreven, vervolgens behoeften van verpleegkundigen rondom het ontslag.

Behoeften van patiënten

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de behoeften van patiënten met betrekking tot het ontslag. Uit onderzoek van Klaren blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan informatievoorziening. Dit betreft dan met name de informatievoorziening over de ziekte, de behandeling, het verloop van de ziekten, bij welke verschijnselen een arts gewaarschuwd moet worden en tenslotte de mate van erfelijkheid van de ziekte (Klaren et al., 2000).

Ook schrijft Mistiaen dat patiënten informatie over ziekte, behandeling, medicatie, voorschriften, financiële aspecten, huishoudelijke taken, thuishulp, moeheid en pijn belangrijk vinden. Door goede informatieverstrekking wordt onzekerheid, bezorgdheid en angst bij de patiënt verminderd. Eenmaal thuis beseffen patiënten vaak dat de gegeven informatie niet goed is overgekomen of dat deze niet volledig is geweest (Mistiaen, Duijnhouwer & Dukkens, 2001). Hieruit blijkt dat de informatie die in het ziekenhuis wordt gegeven niet altijd compleet

is. Ook Klaren schrijft hierover: 'Eenmaal thuis geven patiënten vaak aan dat zij in het ziekenhuis meer duidelijkheid hadden willen krijgen over functionele beperkingen ten aanzien van huishoudelijke activiteiten, mobiliteit en hoe om te gaan met vermoeidheid' (Klaren et al., 2000).

In de literatuur blijkt dat patiënten ook behoefte hebben aan een gestructureerd ontslag. Uit onder andere het onderzoek van Klaren blijkt immers dat patiënten de overgang van het ziekenhuis naar huis soms te abrupt vinden (Klaren et al., 2000). Patiënten hebben behoefte om het moment van ontslag te weten. Klaren schrijft dat patiënten het eenmaal thuis belangrijker vinden dan in het ziekenhuis om van tevoren de ontslagdatum en het tijdstip van het ontslaggesprek te weten. Thuis zijn deze patiënten dan ook minder tevreden over het van tevoren op de hoogte zijn van het tijdstip van ontslag (Klaren et al, 2000).

Wanneer het ontslag uit het ziekenhuis met meer structuur verloopt, zullen bovenstaande behoeften niet over het hoofd gezien worden.

Behoeften van verpleegkundigen

Behoeften van verpleegkundigen zijn onder meer (Van Engelshoven et al., 2007):

- Beter zicht krijgen op het ontslagproces van de patiënt (continuïteit). Wanneer afdelingsverpleegkundigen op dezelfde manier het ontslagproces volgen zal er sprake zijn van continuïteit. Bij het zicht krijgen op het ontslagproces worden verpleegkundigen zich bewust van het ontslagproces zoals die nu verloopt en op hoe het proces behoort te verlopen. Verpleegkundigen kunnen met deze bewustwording aan de slag en werken aan continuïteit.
- Het ontslagproces gecoördineerd en gestructureerd laten plaatsvinden;
- Aan het eind van de opname een ontslaggesprek houden met iedere patiënt;
- Een telefonisch nazorgsprekuur houden om zo nodig de patiënt aanvullend te informeren en/of zijn vragen te beantwoorden en de zorg te evalueren. Met de hieruit verkregen informatie het ontslagproces nog verder aanscherpen en problemen voorkomen. Een goed ontslagproces en het voorkomen van problemen zijn behoeften van verpleegkundigen.

Een nadeel van deze behoefte is de tijd die het telefonisch nazorgsprekuur in beslag zal nemen.

Bovengenoemde verpleegkundige behoeften zijn niet algemeen geldend voor iedere verpleegkundige. Niet alle verpleegkundigen hebben dezelfde behoeften. Sommige verpleegkundigen zijn zich ook te weinig bewust van de problemen die kunnen voorkomen bij het ontslag en missen daarom behoeften om dit te verbeteren.

3.2.3.2 Randvoorwaarden en criteria

In de literatuur zijn verschillende randvoorwaarden en criteria te vinden die gelden voor het ontslag uit het ziekenhuis. De belangrijkste items zijn hieronder te lezen:

Randvoorwaarden voor een goed ontslagproces (Van Engelshoven & Rensen, 2005; Van Engelshoven et al., 2007):

- De verpleegafdeling dient een schriftelijk vastgelegd en in protocollen en werkafspraken vertaald beleid te hebben voor het ontslagproces;
- De samenwerking en coördinatie van alle bij het ontslagproces betrokken professionele hulpverleners behoren inzichtelijk en afgestemd te zijn, bijvoorbeeld via multidisciplinair overleg;
- Op de verpleegafdeling dient up-to-date kennis voorhanden te zijn van beschikbare zorgvoorzieningen van thuiszorg en mantelzorg.

Criteria voor een goed ontslagproces (Van Engelshoven & Rensen, 2005):

- Het ontslagproces heeft betrekking op het totale welbevinden van de patiënt (lichamelijk, psychisch, sociaal);
- Het ontslagproces start bij opname met inschatting van de benodigde zorg na ontslag en een inventarisatie van de mogelijkheden van mantelzorg. Dit kan eventueel ook vóór de opname gebeuren, bijvoorbeeld tijdens een preoperatief spreekuur;
- De lichamelijke en psychosociale hulpbehoeften van de patiënt na ontslag worden met de patiënt en de familie/mantelzorg vóór ontslag geïnventariseerd en doorgesproken. Belangrijke items zijn: woonsituatie, psychosociale steun, huishoudelijke steun, mobiliteit, ontslaginformatie. De patiënt wordt bij ontslag mondeling en schriftelijk voorgelicht over onder andere medicatie, dieet, mobilisatieschema, informatievoorzieningen (wie inschakelen bij vragen), leefregels en psychosociale steun;
- Aan het eind van de opname houdt de verpleegkundige een ontslaggesprek met de patiënt. Dit gesprek verloopt gestructureerd aan de hand van een checklist. In het gesprek wordt de zorg geëvalueerd en wordt aan de hand van de checklist nagegaan of de patiënt zich voldoende geïnformeerd en voorgelicht voelt om naar huis te kunnen. De verpleegkundige past hier het gesprek op aan, probeert eventueel nog ontbrekende informatie aan te vullen en verricht zo nodig nog interventies;
- Als de patiënt hulpmiddelen nodig heeft, zijn deze aanwezig bij thuiskomst, zoals verbandmateriaal of medicijnen, krukken, poststoel ect.

3.2.3.3 Problemen bij ontslag

Wanneer niet aan de beschreven criteria en behoeften wordt voldaan, kunnen problemen ontstaan.

In de literatuur zijn veel problemen beschreven die door een goede ontslagprocedure voorkomen kunnen worden. Ook wordt hier kort aandacht besteedt aan problemen die de literatuur beschrijft. Dit wordt gedaan omdat mede op basis van deze beschrijvingen, de topiclist wordt opgesteld. Deze topiclist vormt de leidraad van de telefonische patiënten interviews.

Vaak wordt gezien dat de ontslagprocedure van een patiënt uit het ziekenhuis niet helder en eenduidig omschreven en gestructureerd is. Hierdoor is vaak voor zowel verpleegkundige als patiënt niet duidelijk wie welke verantwoordelijkheden heeft. Het is voor de patiënt en de betrokkenen ook niet altijd helder wat de taken zijn van de verschillende betrokken disciplines. De onderlinge samenwerking en communicatie van beroepsbeoefenaren is van groot belang en kan verbeterd worden (Van Engelshoven & Rensen, 2005).

Andere veelvoorkomende problemen zijn: het ontbreken van het ontslaggesprek en de situatie dat patiënten vaak onvoldoende geïnformeerd zijn over hun ziekte of behandeling en daardoor bezorgd en angstig worden. De informatieverstrekking schiet niet alleen mondeling tekort, maar ook wordt te weinig schriftelijk materiaal aangeboden (Van Engelshoven & Rensen, 2005). Patiënten die thuiskomen uit het ziekenhuis en onvoldoende informatie hebben gekregen kunnen onzeker of angstig worden. Soms weten zij ook niet waar hulp te zoeken en krijgen daardoor onvoldoende hulp. Informatie over de periode na ontslag wordt pas begrepen wanneer patiënten zich in het ziekenhuis al realiseren wat de gevolgen zijn van hun ziekte in de thuissituatie, en juist dat is lastig (Ten Have, 2006).

Verdere beschrijvingen van voorkomende problemen in het ontslag zijn te vinden in de bijlage. Ook is de opgestelde topiclist te vinden in de bijlage. De vragen 1.1 – 1.6, 5, 6 en de lijst met onderwerpen die wordt langs gelopen met de patiënt, zijn gebaseerd op de literatuur.

3.3 Deelvraag 2: Wat zijn behoeften van de patiënt met betrekking tot het ontslag?

3.3.1 Inleiding

In deelvraag één is beschreven wat volgens de literatuur kwaliteit van zorg met betrekking tot het patiëntenontslag is. In deelvraag twee zal nu beschreven worden wat de behoefte van de patiënt zijn bij het ontslag uit het ziekenhuis. Samen met deelvraag drie, de behoeften van de verpleegkundigen bij het ontslag, zullen deze drie perspectieven in deelvraag vier worden samengevoegd om te beschrijven wat de gewenste kwaliteit van zorg is met betrekking tot het patiëntenontslag op afdeling Gynaecologie.

Om de behoeften van de patiënt te kunnen omschrijven zijn 51 patiënten telefonisch geïnterviewd. Alle patiënten die van een tot en met dertig april ontslagen zijn, hebben een formulier gehad met daarop uitleg over dit onderzoek en daarbij de vraag of patiënten bereidt waren om mee te werken door middel van een interview. Uiteindelijk hebben 51 patiënten hun ervaringen, wensen en behoeften gedeeld door middel van een interview.

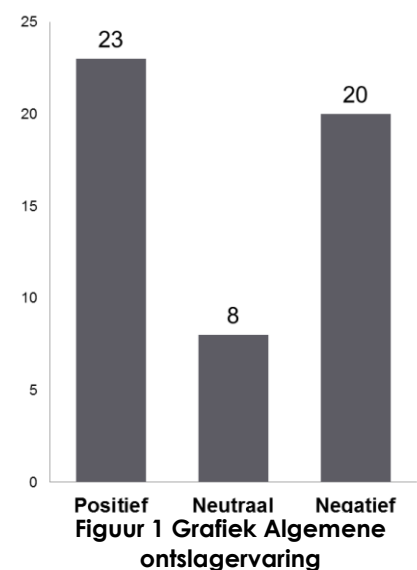
De interviews zijn gehouden aan de hand van een topiclist. Deze is in dit verslag opgenomen als bijlage. Voor iedere interview is de topiclist ingevuld. Daarnaast is ook het gesprek opgenomen, als patiënten daar toestemming voor gaven. Alle interviews die opgenomen zijn, zijn ook letterlijk uitgetypt. Deze uitwerkingen zijn op te vragen bij de onderzoekers. Om de resultaten inzichtelijk te kunnen maken en te kunnen beschrijven, zijn de resultaten gelabeld. Ook deze labels zijn op te vragen bij de onderzoekers. Uiteindelijk is de informatie die door de interviews tot stand is gekomen, onder verdeeld in vijf hoofdlabels: ontslagervaring, ontslaggesprek, betrokken disciplines, informatievoorziening en informatiebehoefte. Per label zullen de resultaten hieronder worden weergegeven.

3.3.2 Ontslagervaring

3.3.2.1 Algemene ontslagervaring

In de interviews is aan patiënten gevraagd hoe zij het ontslag ervaren hebben. Hierbij is allereerst gevraagd wat zij in het algemeen van het ontslag vonden, hoe ze de dag van ontslag ervaren hebben, wat ze als prettig ervaren hebben bij het ontslag, wat ze gemist hebben en wat ze anders hadden willen zien.

Het ontslag in het algemeen is door 23 patiënten als positief ervaren, acht patiënten waren neutraal en 20 patiënten gaven als eerste reactie dat ze het ontslag negatief ervaren



hebben. Deze aantallen zijn te zien in de grafiek.

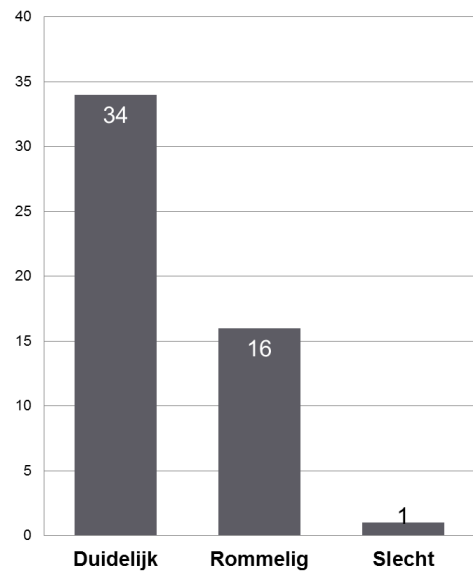
Dit betekent dat positief en negatief bijna aan elkaar gelijk zijn. De patiënten die ontevreden waren over het ontslag gaven hiervoor de volgende redenen: acht patiënten vonden het ontslag te snel, negen patiënten vonden dat het ontslag in het algemeen rommelig verliep en drie patiënten waren ontevreden over de manier waarop ze behandeld werden. De patiënten die het ontslag te snel vonden gaan hebben het gevoel dat ze te zwak waren om naar huis te gaan. Er waren patiënten die dit in het ziekenhuis al vonden er waren ook patiënten die het achteraf gezien te snel vonden. In ieder geval drie patiënten gaven letterlijk aan dat ze van de arts aangenomen hebben dat ze naar huis mochten, zonder hier hun eigen mening over te geven. Achteraf gezien zeggen zij dat ze dit beter wel hadden kunnen doen. Op het moment zelf dachten ze dat de arts zou weten wat goed voor hen was. De patiënten die het ontslag rommelig hebben ervaren wisten niet precies wanneer ze mochten vertrekken of konden geen afscheid nemen van de verpleegkundige die hen die dag verzorgd had. De drie patiënten die aangaven ontevreden te zijn, waren dit omdat er voor hen gevoel niet naar hen geluisterd werd, hierdoor is er tegen hun zin in gehandeld. Twee van hen waren ontevreden over de houding van de arts (-assistent).

Natuurlijk moeten de 23 patiënten die positief waren over de algemene ontslagervaring niet over het hoofd worden gezien. Bij de positieve ervaringen komen een aantal aspecten duidelijk naar voren. Elf patiënten vonden het feit dat zij naar huis mochten het meest positief aan het ontslag. Zeven van deze elf patiënten ervoeren door deze reden het gehele ontslag algemeen positief. Ook waren er patiënten tevreden over de informatie die zij meekregen naar huis, meer over de ervaringen rondom informatievoorziening komt later aan de orde. Er waren tenslotte positieve opmerkingen over de kritische houding van verpleegkundigen. Deze patiënten gaven aan dat zij kundigheid en verantwoordelijkheid bij de verpleegkundigen terugzagen. Verpleegkundigen gaven hen daardoor vertrouwen en dit vertrouwen kwam volgens hen voort uit de kritische houding van verpleegkundigen.

3.3.2.2 Dag van ontslag

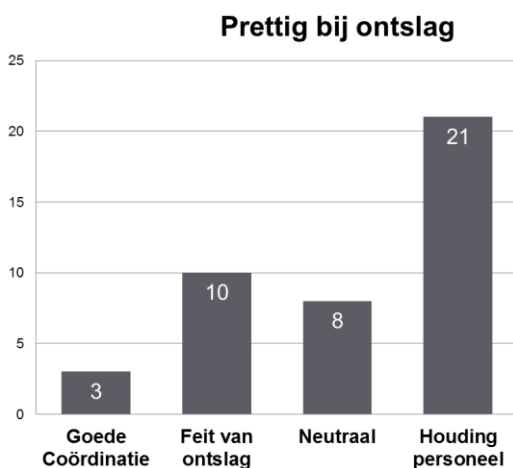
Over de dag van ontslag geven 34 patiënten aan dat het voor hen duidelijk was waar ze op moesten wachten of wanneer ze mochten vertrekken. Ook zijn 36 patiënten die positief waren over de houding van de verpleegkundigen. Er is meerdere malen gezegd dat het personeel erg relaxt was, waardoor patiënten een goed gevoel kregen over de dag van ontslag. Blijkbaar vinden patiënten het fijn om rustig, op hun eigen tempo naar huis te kunnen gaan. Zestien patiënten vonden de dag van ontslag rommelig en één patiënt gaf aan dat de dag van ontslag slecht was. Deze ene patiënt behoort tot de patiënten die ontevreden was over het ontslag. Zij was het niet eens met de manier waarop zij door de arts behandeld

werd. Patiënten die aangeven de dag van ontslag als rommelig te ervaren weten vaak niet goed waar ze aan toe zijn. Ze weten niet waar ze op moeten wachten of ze weten het wel, maar het wachten duurt erg lang. Negen patiënten geven duidelijk aan niet geweten te hebben waar zij op wachtten, of moesten (tevergeefs) erg lang wachten. Patiënten waarderen het als ze op de hoogte gehouden worden van de reden van het lange wachten. Gebeurt dit niet dan voelen zij zich verlaten. Patiënten vinden het belangrijk om duidelijk te weten wanneer ze mogen vertrekken.



Figuur 2 Grafiek Dag van ontslag

3.3.2.3 Wat patiënten prettig vinden bij ontslag



Figuur 3 Grafiek Prettig bij ontslag

Aan alle patiënten is de vraag gesteld wat zij prettig vonden bij het ontslag. De antwoorden op deze vraag konden opgedeeld worden in vier categorieën. Acht patiënten reageren neutraal op deze vraag. Zij vinden het ontslag goed, maar kunnen niet echt iets noemen wat ze prettig vinden. Drie patiënten vinden dat het ontslag goed gecoördineerd is. Alles was goed geregeld en dat vinden zij prettig.

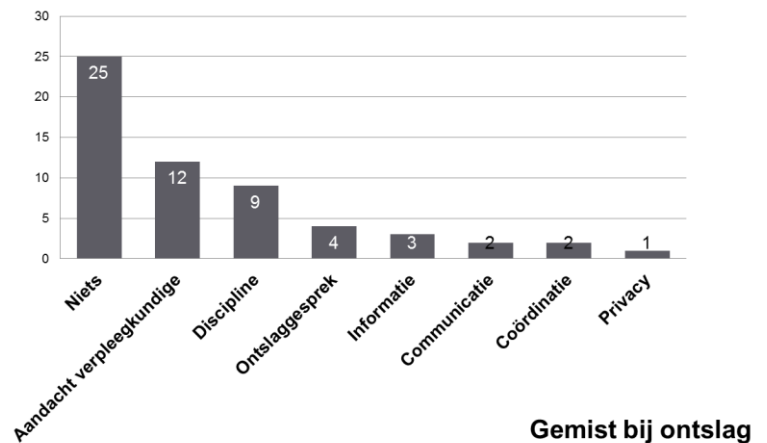
21 patiënten waren tevreden over de houding van het personeel. Regelmatig gaven patiënten aan dat ze het fijn vinden als de verpleegkundige

een hand komt geven. Dit geeft hen het gevoel dat ze persoonlijke aandacht krijgen, negen keer is de fijne ervaring door het gevoel van aandacht letterlijk genoemd, bijvoorbeeld door het geven van een hand. Omgekeerd voelen patiënten zich verlaten wanneer dit niet gebeurt, elf maal is aangegeven dat deze aandacht gemist werd. Wat betreft de houding van het personeel vinden patiënten het fijn als de verpleging hen de tijd gunt om rustig te douchen, spullen in te pakken en op vervoer naar huis te wachten.

Elf patiënten gaven aan dat het feit dat ze naar huis mochten het prettigst was aan het ontslag. De gedachte hieraan overheerste voor hen.

3.3.2.4 Gemist bij ontslag

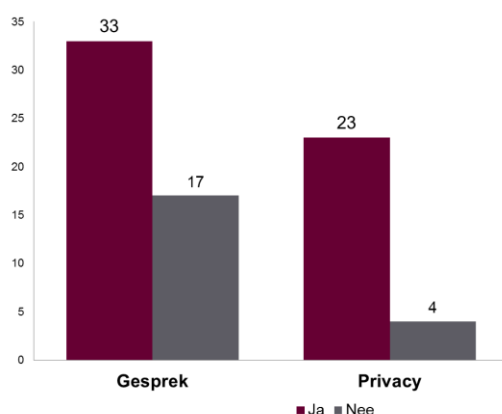
Tijdens het interview is ook aan patiënten gevraagd of zij iets gemist hebben bij het ontslag of dat ze iets anders willen zien. 25 patiënten geven aan dat ze niets gemist hebben bij het ontslag. Twaalf patiënten gaven aan dat ze graag wat meer aandacht van de verpleegkundige hadden gehad tijdens het ontslag. Er zijn patiënten die graag de verpleegkundige nog een hand hadden willen geven voor ontslag. Ook werd verschillende keren aangegeven dat de verpleegkundigen zo druk waren dat patiënten het gevoel kregen vergeten te worden, of dat dit patiënten belemmerde om verpleegkundige aan te spreken. Acht patiënten lieten merken nog



Figuur 5 Grafiek Gemist bij ontslag

graag een arts te zien voor ontslag en een patiënte wilde nog graag

een keer de bekkenbodempfysiotherapeut zien voor ontslag. Vier patiënten hebben een ontslaggesprek gemist. Ook was er een patiënte die wel een gesprek heeft gehad, maar niet al haar vragen durfde te stellen bij gebrek aan privacy. Drie patiënten wilden graag meer informatie. Twee patiënten gaven aan het vervelend te vinden dat er geen goede communicatie was tussen de arts(-assistent) en de verpleegkundige. Twee patiënten hadden meer behoefte aan coördinatie. Zij vonden dat het ontslag erg rommelig verliep en wilden graag dat de verpleegkundigen hier meer structuur in aan zouden brengen, al was het maar door het aangeven van een tijdstip waarop zij weg mochten.



Figuur 4 Grafiek Ontslaggesprek

ontslaggesprek niet aan de orde geweest tijdens het interview. Van de 33 patiënten die een gesprek gehad hebben, was dit bij tien patiënten met de arts, bij zestien patiënten met de verpleegkundige en bij zeven patiënten met zowel de arts als de verpleegkundige.

3.3.3 Ontslaggesprek

3.3.3.1 Ontslaggesprek

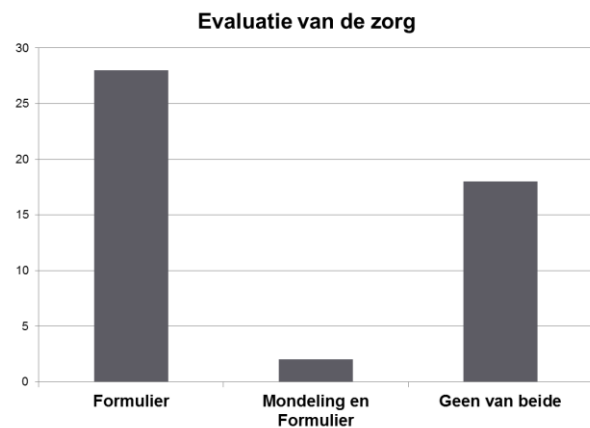
In de interviews is ook aan patiënten gevraagd of zij een ontslaggesprek gehad hebben. 33 patiënten gaven aan een gesprek gehad te hebben, zeventien patiënten hebben geen gesprek gehad. Bij één patiënt is het onderwerp

3.3.3.2 Privacy

Zes patiënten hebben aangegeven graag privacy te hebben tijdens het ontslaggesprek. 21 vonden dat de zaal voldoende was. Patiënten willen graag persoonlijke aandacht. Het lijkt voor het grootste gedeelte dan niet uit te maken of het gesprek wel of niet op zaal is. Wel gaven verschillende patiënten aan dat ze zich voor kunnen stellen dat te weinig privacy kan belemmeren om bepaalde vragen te stellen.

3.3.3.3 Evaluatie van de zorg

Zoals in de literatuurstudie beschreven is, hoort ook tijdens het ontslaggesprek de zorg geëvalueerd te worden. Vandaar in dit kopje ook aandacht wordt besteedt aan de evaluatie van de zorg. 28 patiënten gaven aan dat de zorg met hen was geëvalueerd



Figuur 6 Evaluatie van de zorg

door middel van een evaluatieformulier. Bij achttien patiënten is de zorg niet geëvalueerd en bij twee patiënten is de zorg zowel mondeling als schriftelijk geëvalueerd. Van de achttien patiënten met wie de zorg niet geëvalueerd is, gaf de helft aan hier wel behoefte aan te hebben. In het algemeen geven elf patiënten aan het niet noodzakelijk te vinden dat de zorg geëvalueerd wordt. Dit is ongeveer 22% van de patiënten. Het overgrote gedeelte van de patiënten heeft dus behoefte om de zorg te evalueren.

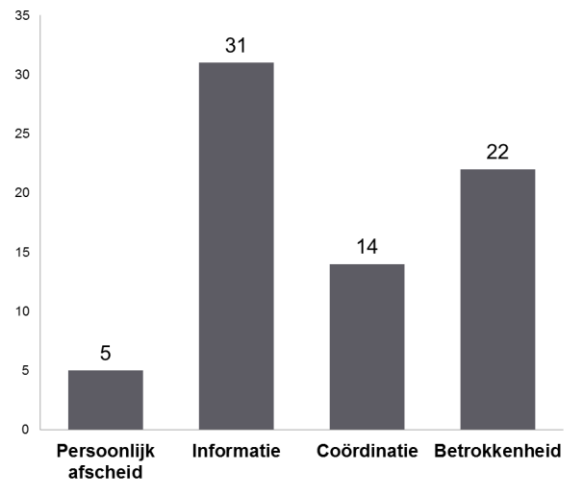
3.3.4 Betrokken disciplines

Tijdens de interviews is ook aan patiënten gevraagd wat ze van de rol van de verschillende disciplines vonden die betrokken waren bij het ontslag. In de meeste gevallen gaat dit over de rol die de arts en de verpleegkundige gespeeld hebben. Sommige patiënten noemen ook de bekkenbodempfysiotherapeut.

3.3.4.1 Verpleegkundige

Tijdens de interviews is ook aan patiënten gevraagd wat zij kunnen zeggen over de rol van de verpleegkundige. Wat patiënten aangeven over de rol van de verpleegkundigen kan onderverdeeld worden in de volgende vier zaken: informatie, coördinatie, betrokkenheid en persoonlijk afscheid. 31 Patiënten hebben aangegeven informatie gehad te hebben van de verpleegkundige. Op de informatievoorziening en -behoefte wordt verderop in dit hoofdstuk nog terug gekomen.

Patiënten gaven ook aan dat de verpleegkundige een coördinerende rol heeft. Hiermee bedoelen zij dat de verpleegkundige duidelijkheid geeft over de dingen die de patiënt kan verwachten. *Moeten ze nog een gesprek krijgen en wanneer? Krijgen ze nog iets mee naar huis, bijvoorbeeld een poliafspraak of een recept? Moeten ze nog op de arts wachten? Wanneer mogen ze precies vertrekken?* Allemaal zaken die de patiënt graag van de verpleegkundige te horen krijgt. Ook vinden patiënten het belangrijk dat naar hen gecommuniceerd wordt als er gewijzigd wordt in



Figuur 7 Prettig bij de rol van de verpleegkundige

de planning. Ze horen het graag van de verpleegkundige als ze bijvoorbeeld langer moeten wachten of iets dergelijks. Patiënten vinden het vaak niet erg als zaken niet zo lopen als gepland, als maar duidelijk aan ze uitgelegd wordt waarom.

Patiënten verwachten dat de verpleegkundigen bij hen betrokken zijn. Er zijn drie patiënten die aangegeven hebben dat ze moesten wachten met naar huis gaan, totdat ze ontlasting hebben gehad. Ze vinden het vervelend als de verpleegkundige hier dan niet naar vraagt. Ze verwachten in dit geval meer betrokkenheid van de verpleegkundige. Daarnaast vinden patiënten het ook belangrijk dat de verpleegkundige hen steunt bij bepaalde emoties of wanneer ze zich belabberd voelen. Er zijn patiënten die aangeven dit gemist te hebben. Ook was er een patiënte die opgenomen was voor een curettage. Zij vond dat er goed voor haar gezorgd werd. Ze vond het echter vervelend dat steeds gevraagd werd hoe het met haar zelf ging, terwijl er niet meer gesproken is over het kindje wat mevrouw moest verliezen. Ook was er een mevrouw die zich zorgen maakte over haar wond. Ze was bang dat dit een infectie zou zijn en ze was erg ongerust omdat ze dit een keer eerder had gehad, wat ze als heel heftig heeft ervaren. Toen mevrouw dit aan de verpleegkundige te kennen gaf, bleef deze zich keer op keer verontschuldigen dat ze maar geen arts te pakken kon krijgen voor mevrouw. Mevrouw is heel verdrietig geworden dat niet ingegaan werd op haar angsten. Later was mevrouw erg aan het huilen toen kwam er een andere verpleegkundige die met mevrouw gepraat heeft, ingegaan is op het gevoel van mevrouw en mevrouw uiteindelijk gerust wist te stellen. Dit heeft mevrouw erg gewaardeerd. Het blijkt belangrijk te zijn dat de gevoelens van patiënten erkend worden. Patiënten hebben in de interviews aangegeven dat zij het erg waarderen wanneer zij de betrokkenheid van de verpleegkundige voelen. Ze vinden het fijn wanneer de verpleegkundige voor hen op komt, bijvoorbeeld door aan te geven aan de arts dat ze nog te zwak zijn. Ook vinden patiënten het prettig als de verpleegkundige uit

zichzelf informatie geeft. Een patiënt zei: 'Je hebt zo'n beetje alles nodig om jezelf bij elkaar te houden. Om dan ook nog vooruit te denken over hoe je dingen aan moet pakken of wat er gebeurd is. Dat is lastig te overzien.' Hieruit blijkt ook dat het in de eerste plaats te veel is voor een patiënt om zelf nog logisch na te denken terwijl ze zich belabberd voelen. Daarnaast blijkt het voor de patiënt moeilijk om in dit stadium al te kunnen overzien waarmee ze rekening dient te houden. Het is echter wel van essentieel belang want informatie over de periode na ontslag wordt pas begrepen wanneer patiënten zich in het ziekenhuis al realiseren wat de gevolgen zijn van hun ziekte in de thuissituatie (Ten Have, 2006).

3.3.4.2 Arts

Van de 51 patiënten geven 44 patiënten aan behoefte te hebben aan de rol van de arts. Eén patiënt vindt het niet noodzakelijk om de arts te zien voor ontslag. Van de overige zes patiënten is niet bekend of zij behoefte hebben aan de rol van de arts. Patiënten geven aan het alleen al prettig te vinden als er een arts langs komt. Dit gaat dan nog niet eens om de rol die de arts speelt. Daarnaast verwachten patiënten nog twee andere dingen van de arts. 38 patiënten willen graag bepaalde informatie van de arts krijgen. Daarnaast willen patiënten graag de operateur zien voor ontslag. Het spreken van de operateur naast een eventuele andere arts vinden patiënten belangrijk omdat de operateur volgens patiënten het beste kunnen vertellen wat er tijdens de operatie is gezien en gebeurd. De cijfers hierover zijn niet helemaal duidelijk omdat hier niet expliciet naar gevraagd is. achttien patiënten gaven dit echter uit zich zelf aan.

Patiënten vinden het, zoals al beschreven, belangrijk dat de arts informatie kan geven. Patiënten willen graag al hun vragen kunnen stellen, hoewel ze soms zelf ook aangeven dat sommige vragen uitgesteld kunnen worden tot de policonrole. Tijdens de ziekenhuisopname zijn ze met name benieuwd naar hetgeen de arts gezien heeft tijdens de operatie. Ook vinden ze het belangrijk om te weten hoe de operatie gegaan is en wat de arts gezien heeft. Ook vinden patiënten het fijn als artsen uit zichzelf bepaalde dingen vertellen over leefregels na de operatie. Verpleegkundigen weten dit vaak ook wel te vertellen, toch vinden patiënten het fijn als de arts dit ook verteld of bevestigd. Daarnaast willen patiënten graag andere medische vragen kunnen stellen aan de arts. Acht patiënten gaven uit zichzelf aan dat ze hun vragen niet gesteld hebben aan de zaalarts omdat ze het gevoel hadden dat de zaalarts te weinig kennis had. Sommige patiënten hadden het idee dat de zaalarts niet wist welke patiënt ze waren. Dit belemmerde hen om hun vragen te stellen omdat ze redeneren als men niet weet wie ik ben, dan weten ze vast ook niet precies wat voor mij van toepassing is. Patiënten ervaren dit als onpersoonlijk. Drie patiënten gaven aan

dat ze zich letterlijk een protocol voelden. Dit vinden patiënten erg vervelend want ze willen graag informatie die op hen persoonlijk van toepassing is.

Het gebeurt weleens dat de patiënt zowel van de operator als van de zaalarts informatie krijgt. In twaalf gevallen was informatie tegenstrijdig. In dit geval ging het met name over de leefregels na de operatie. De operator had dit voor hun gevoel heel persoonlijk verteld, terwijl de patiënten bij de zaalarts het gevoel hadden alsof er een protocol op hen losgelaten werd. Negen patiënten hebben aangegeven dat ze graag zouden willen dat de zaalarts hen meer persoonlijke aandacht geeft. Daarnaast vonden zeven patiënten de arts oppervlakkig. Zoals al eerder beschreven willen patiënten graag informatie van de arts. In de gevallen dat patiënten aangeven dat de arts oppervlakkig was hadden de patiënten het gevoel dat arts alleen even kwam vragen hoe het ging. Het stukje informatie missen zij op die manier. Ook waren er patiënten die aangaven dat ze het gevoel hadden dat de arts niet precies wist waarvoor ze opgenomen waren. Dit vonden zij erg vervelend. Ook is het gebeurd dat meerdere patiënten op een kamer lagen voor dezelfde ingreep. Bij een patiënt is verteld welke leefregels belangrijk zijn voor de patiënt. Bij de buurvrouw is toen gezegd: 'Voor u geldt hetzelfde.' Deze mevrouw heeft niet uit zichzelf aangegeven dat ze niet meegeluisterd heeft. Dit gaf mevrouw achteraf het gevoel niet persoonlijk en duidelijk genoeg geïnformeerd te zijn door de arts.

In een enkel geval gaven patiënten aan het vervelend te vinden dat zij steeds door een andere arts werden gezien. Er was een patiënt die vier verschillende artsen heeft gezien en uiteindelijk niet de operator. Mevrouw zei: 'Dit gaf mij een zwevend gevoel.' In het algemeen willen patiënten graag de operator zien tijdens de opname, als dit niet mogelijk is dan graag bij de policonrole. Er zijn ook patiënten die aangegeven hebben de arts kort na de operatie gesproken te hebben. Op die momenten blijkt de informatie helaas niet goed te blijven hangen. Deze patiënten wisten namelijk nog wel dat de operator geweest was, maar ze weten zich niet veel meer te herinneren van wat verteld is. Deze patiënten zouden het fijn vinden, wanneer de operator later in de opname nog eens langs komt.

3.3.4.3 Bekkenbodemfysiotherapeut

Gynaecologie patiënten krijgen regelmatig te maken met de bekkenbodemfysiotherapeut. Van de elf patiënten die tijdens de opname te maken hebben gekregen met de bekkenbodemfysiotherapeut geven negen patiënten aan tevreden te zijn over deze discipline. Waar patiënten met name tevreden over zijn, is het feit dat de therapeut hen heel praktische tips meegeeft. Meerdere patiënten gaven het voorbeeld dat de therapeut hen handige informatie meegaf over hoe zij het beste hun bed op kunnen maken bijvoorbeeld.

Of welke houding het meest handig is op het toilet. Deze informatie vonden zij erg prettig, omdat het om heel praktische en dagelijkse dingen gaat.

Patiënten geven aan dat het prettig zou zijn als de bekkenbodempfysiotherapeut nog eens langs zou komen. Nu kwam de therapeut vrij snel na de operatie langs, dit vond de patiënt de snel. Hierdoor nam zij niet alles op wat de therapeut zei en een aantal dagen later had ze nog wat vragen die ze graag met de therapeut had willen bespreken. Zij had het heel prettig gevonden om de therapeut nog een keer voor ontslag te zien, dus op twee momenten.

3.3.5 Informatievoorziening

Een belangrijk onderdeel van het ontslagproces is de informatievoorziening. 39 Patiënten zijn over het algemeen tevreden over de gekregen informatie. Wanneer patiënten goed geïnformeerd zijn bevordert dit het herstel na opname (De Bruin, De Kruijf, Roza & Suijker, 2009). Uit de gesprekken met de patiënten blijkt dat patiënten behoefte hebben om informatie zowel mondeling als schriftelijk te krijgen. Het voordeel van schriftelijke informatie is dat patiënten het later nog eens na kunnen lezen. Patiënten geven daarnaast aan informatie ook graag mondeling te horen. Patiënten willen graag bevestigd hebben wat ze gelezen hebben. Daarnaast kunnen patiënten meteen hun vragen stellen, wanneer ze mondeling informatie krijgen. Niet alle patiënten nemen schriftelijke informatie goed op en niet alle patiënten nemen mondelinge informatie goed op. Daarom is het goed om deze combinatie te maken. Daarnaast biedt het geven van mondelinge informatie aan verpleegkundige de mogelijkheid om te checken of patiënten de informatie goed begrijpen. Zoals al eerder beschreven is, vinden patiënten het fijn om de informatie van zowel de arts als de verpleegkundige te krijgen. Patiënten waarderen het wanneer de informatie die zij mondeling krijgen, persoonlijk wordt toegepast. Ze willen graag horen wat in hun geval van toepassing is.

Van de 45 patiënten die een folder hebben gehad, vinden 35 patiënten de folder over het algemeen duidelijk. Patiënten vinden het belangrijk dat ze de juiste folder krijgen. Er zijn patiënten die een relatief kleine ingreep gehad hebben en dan de folder 'Herstel na operatie' krijgen. Patiënten gaven aan hier erg van te schrikken omdat hierin bijvoorbeeld geschreven staat dat ze zes weken niet mogen autorijden. Dit is in hun geval dan niet van toepassing, terwijl ze het heel ernstig vinden klinken.

Patiënten vinden het fijn om al bij de intake de informatiefolder te krijgen. Ze kunnen deze dan goed doorlezen en dan kunnen ze alvast bedenken welke vragen ze nog willen stellen. Een voorbeeld van vragen die patiënten kunnen hebben is het volgende. In de folder over baarmoederverwijdering staan verschillende manieren beschreven waarop de baarmoeder verwijderd kan worden. Zolang patiënten dit niet weten, levert dit geen problemen op. Nadat ze de folder gelezen hebben ze vaak vragen over de baarmoederhals en over het

bloedverlies dat ze kunnen hebben als de baarmoederhals blijft staan. Wanneer patiënten deze folder al gelezen hebben, weten ze welke vragen ze kunnen stellen.

3.3.6 Informatiebehoefte

3.3.6.1 Ziektebeeld

36 Patiënten geven aan behoefte te hebben aan informatie over het ziektebeeld/ de ingreep en 32 van dezelfde groep heeft ook behoefte aan informatie over het verloop van het ziektebeeld. Hierin zit een verschil van vier, wat verklaard kan worden uit het feit dat twee patiënten geen informatie nodig hadden over het verloop omdat zij ervaringskennis hebben opgedaan.

In totaal geven twee patiënten aan geen behoefte te hebben aan informatie over de ingreep en het verloop, door ervaringskennis. Bij de overige patiënten zijn deze onderwerpen niet aan bod gekomen in het gesprek.

Negen patiënten hadden geen duidelijkheid over de ingreep en hadden daar wel behoefte aan.

Meerdere patiënten geven aan dat zij niet precies weten of hun baarmoederhals is verwijderd. Dit geeft onduidelijk, ook weten patiënten dan niet precies hoe het zit met eventuele uitstrijkjes. Een patiënt gaf aan het 'toevallig' van de arts te horen bij de buurvrouw, zodoende wist zij ervan af en heeft er daarom zelf naar gevraagd. Anders, zo gaf zij aan, had zij er niet eens aan gedacht.

Sommige patiënten geven aan dat vooraf nog niet precies gezegd kon worden door de arts welke ingreep precies gedaan zou worden. In zulke gevallen kon dat pas tijdens de operatie bekeken en besloten worden. Patiënten blijken dat niet zozeer vervelend te vinden, alleen willen zij daarna wel graag weten wat uiteindelijk heeft plaats gevonden. Zo vertelde een patiënt dat voor de operatie nog niet bekend was wat ging gebeuren, 'maar naderhand is het door een gynaecoloog ook niet meer precies uitgelegd wat gebeurd is'. Deze patiënt heeft naderhand de operateur niet meer gesproken. Zij heeft geen duidelijkheid gekregen waarom de arts gekozen heeft om niet twee maar één eierstok te verwijderen. Hier heeft zij wel behoefte aan.

3.3.6.2 Leefregels

Als het gaat om leefregels, zijn de volgende onderwerpen besproken met patiënten: bad en douche, autorijden en fietsen, huishoudelijk werk, buitenhuis werken, bukken en tillen en gemeenschap.

Patiënten zijn over het algemeen tevreden over de informatie die zij daarover hebben gekregen. Zij hebben voldoende informatie verkregen, zowel mondeling als schriftelijk. Toch zijn er enkele zaken te noemen die nog aandacht verdienen.

Twaalf patiënten hebben onduidelijkheid wat betreft *autorijden*. Patiënten weten niet altijd hoelang zij geen auto mogen rijden, met welke reden zij geen auto mogen rijden of zij hebben tegenstrijdige informatie gekregen. Meerdere patiënten gaven aan dat de mondelinge informatie die zij hierover kregen niet altijd overeen kwam met hetgeen in de folder staat. Zo is aan een patiënt verteld vier weken geen auto te mogen rijden, terwijl de folder zes weken aangeeft. Patiënten geven aan ook behoefte te hebben aan duidelijkheid over dit onderwerp, en ook over de reden waarom zij geen auto mogen rijden. Daar wordt ook tegenstrijdige informatie over verstrekt: er wordt gezegd dat het niet mag i.v.m. de narcose, maar patiënten weten dan niet waarom het dan zes weken niet mag. En wanneer iemand een ruggenprik gehad heeft, of dan hetzelfde van toepassing is. Ook wordt gezegd dat autorijden niet mag i.v.m. de wond.

Gemeenschap is over het algemeen genomen een wat lastiger te bespreken onderwerp. In de meeste gevallen blijkt dat patiënten daar wel voldoende duidelijkheid over hebben gekregen, door middel van mondelinge en/of schriftelijke informatie. Met acht patiënten is het onderwerp niet ter sprake gekomen of niet duidelijk genoeg. Van deze acht geven drie patiënten aan dat ze er wel behoefte aan hebben en er meer over hadden willen horen en/of lezen. Vijf patiënten gaan op hun eigen gevoel af met betrekking tot dit onderwerp, zij hebben voldoende aan de informatie uit de folder en geen behoefte dat het nog eens besproken wordt.

Als gekeken wordt naar de behoefte aan informatie over *gemeenschap*, kan gezegd worden dat het merendeel van de patiënten er behoefte aan heeft. Twintig patiënten geven aan behoefte te hebben aan het bespreken van dit onderwerp, zes patiënten geven aan geen behoefte te hebben aan deze bespreking. Bij de overige patiënten was (de bespreking van) *gemeenschap* niet van toepassing of is niet duidelijk naar de behoefte gevraagd. Er valt nog onderscheid te maken op welke wijze patiënten informatie over *gemeenschap* wensen te krijgen. Sommigen hebben genoeg aan de folder, ook zijn er patiënten die het naast het lezen van de folder ook besproken hadden willen hebben. Een patiënt gaf aan dat zij het bespreken belangrijk vond voor zichzelf en ook voor haar partner. *'Dat het beter is van niet in verband met infecties. Het is wel fijn dat je partner daar dan bij staat. Niet dat hij dan zo nodig moet, maar je weet wel allebei waar je aan toe bent.'*

Wat betreft duidelijkheid over leefregels, gaven een aantal patiënten aan de opbouw onduidelijk te vinden. Hiermee bedoelden zij niet goed te weten wanneer zij bepaalde dingen weer op mogen gaan pakken. Als wordt gezegd of in de folder staat dat de patiënt aan het begin niet meer dan twee kilo mag tillen, is voor hen niet duidelijk of dit na zes weken ineens veel meer mag zijn. Of ze dat op gevoel mogen opbouwen, of dat ze van de een of de andere dag weer alles mogen. Het blijkt dat patiënten het lastig vinden om leefregels

concreet maken en in de praktijk te brengen. Een patiënt vroeg zich af of zij na zes weken haar kleinkind van vijf kilo weer op mag tillen. Of: *'het is toch niet zo dat je zes weken lang alles heel voorzichtig moet doen en dan zes weken en een dag kun je ineens weer verder?'* Deze patiënt hadden behoefte aan meer duidelijkheid over de opbouw met betrekking tot bepaalde leefregels.

3.3.6.3 Afscheiding en bloedverlies

Wat betreft afscheiding en bloedverlies geven 34 patiënten aan informatie te willen over hoeveelheid, de kleur en hoelang het kan duren. Van deze 34 patiënten geven zestien patiënten aan dat over deze zaken niets is verteld, waar zij wel behoefte aan hadden. Het onderwerp was hun niet onbekend, maar na doorvragen bleek dat patiënten over hoeveelheid, kleur en hoelang het kan duren, niets weten. Wat opvalt is dat patiënten in eerste instantie aangeven dat het onderwerp 'afscheiding en bloedverlies' wel ter sprake is geweest, maar dat zij over eerder genoemde drie zaken niets weten. Deze patiënten hebben alleen algemene informatie gekregen over het feit dat afscheiding en bloedverlies nog mogelijk is de eerste tijd. Toch hebben de patiënten behoefte aan meer gedetailleerder informatie en vragen zij zich soms af of het normaal is wat zij hebben. Wanneer de informatie niet wordt verstrekt, is het voor de patiënt lastig te bepalen of hun situatie als normaal kan worden gezien.

Menstruatie en tampongebruik blijkt een onderwerp dat voor patiënten vaak niet van toepassing is, i.v.m. leeftijd van de patiënt en/of omdat bij de patiënt de baarmoeder is verwijderd. Van de patiënten waarbij menstruatie en tampongebruik wel van toepassing is geeft één patiënt aan geen behoefte aan de informatie te hebben wat betreft tampongebruik. Verder vindt vrijwel iedereen het een belangrijk onderwerp om wat over te weten. Het blijkt ook een onderwerp waar patiënten zelf niet altijd aan denken wanneer zij nog in het ziekenhuis zijn. Een patiënt gaf aan toevallig op het probleem van tampongebruik te stuiten. *'Omdat het zodanig heftig was, dat ik eigenlijk niet zonder tampon naar m'n werk durfde en vervolgens een tampon heb ingebracht. Maar er ook maar weer heb uitgehaald, dat voelde gewoon niet goed.'* Dit praktijkvoorbeeld geeft aan dat de patiënt niet weet of ze een tampon mag inbrengen en ook niet waarom het niet mag.

3.3.6.4 Wond

Informatie over de wond is voor elf patiënten niet van toepassing, aangezien zij geen operatiewond hebben. Toch bleek dat sommigen van hen wel graag hadden willen horen of er bij hen sprake was van een (inwendige) wond. Van de overige patiënten geeft één patiënt aan geen behoefte te hebben om te weten of er hechtingen zijn geplaatst of over eventuele wondzorg. Verder heeft iedere patiënt behoefte aan deze informatie.

Van alle patiënten geven er 36 aan behoefte te hebben aan informatie over hechtingen en eventuele wondverzorging.

Elf patiënten geven aan niets te weten over de wond, deze groep komt niet overeen met de eerder genoemde elf patiënten waarbij een wond niet van toepassing is. Eén patiënt uit deze groep gaf aan geen behoefte aan informatie te hebben. Twee patiënten uit deze groep ontdekten thuis pas dat zij hechtingen hadden.

Zestien patiënten hebben geen duidelijkheid gekregen of zij wel of geen hechtingen hebben, dit hadden zij wel graag willen weten.

3.3.6.5 Pijn en medicatie

Over de pijnmedicatie heeft het merendeel van de patiënten (37) duidelijkheid gekregen, zij weten wat zij mogen gebruiken om eventuele pijn te onderdrukken. 32 patiënten gaven aan hier ook behoefte aan te hebben, zij vinden dit prettig om te weten. Na doorvragen blijkt het vaak minder duidelijk op welke wijze patiënten medicatie af moeten bouwen, zeventien patiënten geven aan dat hier niets over is verteld. Van deze zeventien geven dertien patiënten aan dit wel te willen weten. Van de overige vier geven drie patiënten aan dat zij afbouwen op eigen gevoel, één patiënt weet het afbouwschema nog uit ervaring.

Dat patiënten geen duidelijkheid hebben over afbouwen, blijkt ook uit de zaken die patiënten noemen. Een patiënt geeft aan dat ze niet weet wat ze in mag nemen, dus neemt ze helemaal geen pijnmedicatie in. Een ander geeft aan niet precies te weten waarvoor zij Fraxiparine en Magnesium krijgt, dit had zij wel graag geweten. Hetzelfde geval geldt voor een patiënt die niet wist waarvoor zij Synapauze kreeg.

Patiënten hebben er behoefte aan om te weten wat zij mogen gebruiken. Ook blijkt dat patiënten het soms nodig hebben dat dit wordt verteld, ook al weten zij het in principe wel. Want een patiënt gaf aan dat zij het prettig vond dat de verpleegkundige extra benadrukte dat ze toch pijnstilling moet innemen, omdat de verpleegkundige merkte dat de patiënt dacht de pijnstilling niet nodig te hebben omdat de patiënt 'toch maar drie kleine littekens heeft'. Deze patiënt onderschatte zelf het hebben van een inwendige wond, terwijl er onbewust wel informatie over gemist werd.

3.3.6.6 Contact

Voor 21 patiënten is het niet duidelijk bij welke mogelijke complicaties zij contact moeten opnemen. Negen patiënten geven aan dat zij dit wel zouden doen op hun eigen gevoel en hebben het niet echt gemist, zes patiënten geven aan dit wel gemist te hebben. Zij hadden wat meer willen over wanneer ze contact op moeten nemen.

Op de vraag of patiënten weten waar ze naartoe moeten bellen, geeft het merendeel aan dat ze dit wel weten. Toch weten patiënten niet altijd te vertellen dat het de bedoeling is om tot twee weken na ontslag overdag de poli te bellen en 's avonds de afdeling. Na deze twee

weken is het de bedoeling dat patiënten de huisarts gaan bellen. Dit blijkt toch niet helder voor alle patiënten die wel aangeven te weten waar zij naartoe kunnen bellen. Patiënten zijn daar redelijk makkelijk in, en 'zoeken wel op waar ze naartoe bellen'. Ze kunnen vast wel iemand bereiken, of de afdeling, of de poli of de huisarts. Dus in principe zijn de nummers wel duidelijk, maar niet precies wanneer zij welk nummer dienen te gebruiken.

3.3.6.7 Telefonische follow-up

Op de vraag hoe patiënten het zouden vinden als zij nog eens teruggebeld zouden worden door een verpleegkundige nadat zij met ontslag zijn gegaan, gaven acht patiënten aan dit niet nodig te vinden.

Zes patiënten gaven aan dit persoonlijk niet nodig te vinden, maar vonden het idee wel goed. Patiënten die behoefte hebben aan een telefonische follow-up gaven hier verschillende redenen voor. Patiënten zouden het een prettige manier vinden om vragen te kunnen stellen, het zou de drempel verlagen om dit te doen. Sommige patiënten gaven aan dan wel vragen te stellen, waar ze vanuit zichzelf niet voor zouden gaan bellen. Ook het controlegevoel speelt een rol, patiënten zouden het prettig vinden wanneer een verpleegkundige belt en informeert hoe de patiënt het maakt en of er problemen zijn. Wanneer de patiënt dan twijfelt over bepaalde zaken of vragen heeft, kan de verpleegkundige hierop ingaan, wat de patiënt gerust zou stellen. Over het tijdstip van terugbellen zijn veel verschillende antwoorden gegeven. Een week na ontslag is vaak genoemd, zodat patiënten dan ervaren hebben hoe het is om thuis te zijn en alles hebben kunnen laten bezinken. In die dagen weten patiënten ook waar ze eventueel tegen aan lopen of welke problemen zij ervaren wat zij tijdens de opname zich nog niet konden realiseren.

3.3.6.8 Thuiszorg

Bij ongeveer de helft van de patiënten is gesproken over thuiszorg. Patiënten vinden het wel fijn als er kort uitleg wordt gegeven over thuiszorg. Vaak weten ze wel dat ze niet in aanmerking komen voor thuiszorg. Toch vinden ze het fijn dat ze dan weten waar ze aan toe zijn. Daarnaast vinden ze het ook prettig om te bespreken of er dan oplossingen zijn of mogelijkheden waaraan zij moeten denken. Voor sommige patiënten kan het namelijk best een probleem zijn wanneer ze niet in aanmerking komen voor thuiszorg. Het is dan fijn voor hen als er met ze mee gedacht wordt.

3.4 Deelvraag 3: Wat zijn behoeften van de verpleegkundige met betrekking tot het ontslag?

3.4.1 Inleiding

Binnen dit onderzoek wordt kwaliteit van zorg met betrekking tot het patiëntenontslag omschreven vanuit drie perspectieven: de literatuur, de patiënt en de verpleegkundige.

In deelvraag één is de literatuur beschreven, in deelvraag twee zijn de ervaringen en behoeften van de patiënten aan bod gekomen. In deelvraag drie wordt antwoord gegeven op de vraag: *Wat zijn de wensen van de verpleegkundigen met betrekking tot het ontslag?*

3.4.2 Bespreking met de afdelingsverpleegkundigen

Om een antwoord op deze vraag te krijgen is er een gesprek gepland met de afdelingsverpleegkundigen. De afdeling telt veertien verpleegkundigen en twee stagiaires.

Bij het gesprek waren vier verpleegkundigen aanwezig en het afdelingshoofd. Het doel van het gesprek was tweeledig. In eerste instantie was het de bedoeling om de wensen van de verpleegkundigen met betrekking tot het ontslag duidelijk te krijgen. Daarnaast is het wenselijk dat verpleegkundigen actief betrokken zijn bij de ontwikkelingen die spelen op afdelingsniveau. Omdat uit patiënttevredenheidsonderzoek blijkt dat de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag verbeterd kan worden is het goed om de verpleegkundigen bij het proces te betrekken (Prieto Lestegas, 2010). Dit kan positieve invloed hebben op de bewustwording en aanpak van het probleem (ZonMw, 2011).

Tijdens het gesprek is naar de mening en behoeften van de verpleegkundigen gevraagd. De aanwezige verpleegkundigen hebben, ieder afzonderlijk, schriftelijk antwoord gegeven op vijf vragen. De vragen zijn daarna plenair besproken. Op die manier is het mogelijk om meningen en behoeften van de verpleegkundigen te peilen.

Hieronder volgen de vragen die de verpleegkundigen hebben gehad samen met de antwoorden die zij hebben gegeven.

1. Vind je een ontslaggesprek belangrijk? Waarom?

"Ja. Ook al vertel je tijdens de opname al veel, vaak blijft het niet hangen. Puntsgewijs doornemen wat belangrijk is wat ze moeten voor thuis."

"Ja het is belangrijk voor de patiënte zich te kunnen uiten hoe ze de periode tijdens haar ziekte in het ziekenhuis heeft ervaren. Tips geven voor thuis en richtlijnen met betrekking tot het ziekteproces. Aandacht besteden aan emoties."

"Ja, om mensen een veilig gevoel te geven, de onzekerheid weg te nemen en het herstel goed te laten verlopen."

"Ja, mensen gaan met een goed gevoel en compleet verhaal naar huis. Zij weten waar ze aan toe zijn en wat ze kunnen verwachten."

"Ja, informatie voor de patiënte en de mogelijkheid om vragen beantwoordt te krijgen."

2. Welke onderwerpen laat jij standaard naar voren komen in je ontslaggesprek?

"Pijnstilling, wat patiënten wel/niet mogen, wanneer en naar wie ze moeten bellen en met welke klachten, seksualiteit."

"Ervaring/verzorging/ richtlijnen na operatie, medicatie voor thuis, vervolgspraken."

"Leefregels, tillen, hechtingen, bloedverlies, wondverzorging, seksualiteit, poli-afpraak."

"Vloeien, leefregels, gemeenschap, fietsen, autorijden, rusten, moeheid, pijn, pijnstilling."

3. Moet de arts- (assistent) een rol spelen in het ontslag? Zo ja, welke?

"Ja, deze moet het medische gedeelte doorspreken en duidelijkheid geven over de uitgevoerde operatie."

"Ja, want de hoofdbehandelaar is voor de patiënte de deskundige. Het is ook fijn voor haar om advies te krijgen van de medische specialist."

"Ja, hij is als behandelaar deskundig op het operatiegebied."

"Ja om medische vragen te beantwoorden. Patiënten willen gewoon een arts zien, dat is toch anders dan een verpleegkundige."

"Ja duidelijk wel. Bepaalde dingen bespreken patiënten liever met een arts."

4. Waar denk je dat patiënten behoefte aan hebben bij ontslag?
<i>"Wat ze wel en niet mogen thuis, wanneer en naar wie ze moeten bellen als er iets is."</i>
<i>"De afspraken, hoe verder na operatie, informatie over werken."</i>
<i>"Praktische zaken als tillen, wanneer weer werken en nazorg."</i>
<i>"Aan een gesprek met de arts. Ze willen graag duidelijkheid, een helder verhaal."</i>
<i>"Informatie over leefregels."</i>

5. Kun je minimaal 2 zaken noemen die volgens jou beter kunnen bij het ontslag?
<i>"Seksualiteit."</i>
<i>"Rust voor een gesprek, in een aparte ruimte. De arts-assistent neemt de tijd voor de patiënten. Patiënten krijgen de gelegenheid zich te uiten, openheid."</i>
<i>"Bespreken seksualiteit. Duidelijkheid over leefregels, bijv. autorijden."</i>
<i>"Een eenduidig beleid/verhaal. Een vast tijdstip bijv. de dag van ontslag."</i>
<i>"Ingaan op de gelezen ontslagfolder. Duidelijk de tijd nemen voor het gesprek."</i>

Nadat de verpleegkundigen de vragen afzonderlijk hadden ingevuld, zijn deze plenair besproken.

Vraag één hebben de verpleegkundigen allen beantwoord met ja. Dit betekent dat alle aanwezige verpleegkundigen van mening zijn dat er een ontslaggesprek moet plaatsvinden. Tijdens de plenaire bespreking bleek dat verpleegkundigen het belangrijk vinden dat patiënten de mogelijkheid krijgen zich te uiten over de opname.

Daarnaast is het een goede mogelijkheid om patiënten tips en richtlijnen te geven voor het herstel thuis.

In de antwoorden op vraag twee worden verschillende onderwerpen genoemd. Er zijn een aantal onderwerpen die door iedere verpleegkundige genoemd worden, zoals de leefregels na het ontslag. Toch blijkt dat niet iedereen exact hetzelfde antwoord geeft. Dit betekent dat niet iedere verpleegkundige dezelfde onderwerpen aan bod laat komen tijdens het ontslaggesprek. Dit is te verklaren door het feit dat er geen eenduidige richtlijn bestaat over de onderwerpen die aan bod behoren te komen tijdens het ontslaggesprek. Tijdens de plenaire bespreking bleek dat alle verpleegkundigen de genoemde onderwerpen belangrijk vinden om te bespreken tijdens het ontslaggesprek. De verpleegkundigen zijn het erover eens dat de volgende onderwerpen aan bod moeten komen tijdens het ontslaggesprek:

- Alle onderwerpen die in het boekje 'herstel na operatie' genoemd worden, horen aan bod te komen. Het is handig om patiënten eerst het boekje te laten lezen en er later op terug te komen en het door te spreken. In het boekje worden verschillende *leefregels*

genoemd. Onder andere bukken, *tillen*, *huishoudelijk werk*, *sporten* en de onderwerpen die hieronder beschreven staan. De pijnstilling en vervolgspraak komen niet in het boekje voor. De verpleegkundigen gaven ook aan dat ze de indruk hebben dat patiënten het boekje niet altijd even goed lezen. Patiënten krijgen de informatieboekjes al voordat ze opgenomen worden, tijdens het opnamegesprek op de polikliniek. Verpleegkundige hebben de indruk dat sommige patiënten alleen de informatie lezen die van toepassing is vóór de opname. Wat er geschreven is over ná de opname weten ze in dat geval dan niet.

- Wat patiënten na de ingreep kunnen verwachten: dat ze last kunnen hebben van *moeheid*. Dat het belangrijk is om dan echt *rust* nemen.
- Dat er tijdens de operatie een (inwendige) wond gemaakt is, wat dit voor hen betekent. Het woord 'wond' staat tussen aanhalingstekens. De wond is namelijk niet bij alle patiënten even zichtbaar. Bij een ingreep via de vagina of bij een laparoscopische ingreep kan het soms lijken of er weinig gebeurt is terwijl dit zeker wel het geval is.
- Patiënten kunnen *bloedverlies* of *afscheiding* hebben. Het is belangrijk dat de patiënt weet in hoeverre dit normaal is. Ook is het goed om te weten dat patiënten geen *tampon* mogen gebruiken, maar *maandverband*.
- Patiënten moeten weten of ze al dan niet gebruik mogen maken van *auto* of *fiets*. Zo niet, hoelang dit niet mag. Ook is het belangrijk dat patiënten weten waarom het in dit geval niet mag.
- Welke *pijnstilling* patiënten mogen gebruiken.
- Het is goed om het onderwerp *seksualiteit* te noemen. Verpleegkundigen zien dit graag als bespreekbaar onderwerp. Zij merken wel dat de ene patiënt er meer voor openstaat dan de ander. Bij dit onderwerp is privacy wenselijk. Verpleegkundigen merken ook op dat in de anamnese regelmatig niets ingevuld staat onder het kopje seksualiteit. Dit vinden zij erg jammer. Omdat zij het idee hebben dat bij de opname dit onderwerp niet duidelijk genoemd wordt, vinden zij het nog belangrijker om dit tijdens het ontslag te bespreken.
- Welke *complicaties* kunnen optreden en welk *telefoonnummer* patiënten dan moeten bellen. Verpleegkundigen vinden het belangrijk dat er duidelijk met patiënten afgesproken wordt wanneer zij mogen bellen en naar welk nummer. Momenteel bellen patiënten namelijk voor de meest uiteen lopende zaken. Dit gebeurt soms wel tot tien weken na de opname. Een oorzaak hiervan kan zijn dat verpleegkundigen regelmatig tegen patiënten zeggen: "als er iets is mag je altijd bellen". Tijdens het gesprek waren de aanwezige verpleegkundigen het er over eens dat patiënten tot twee weken na de opname mogen bellen naar het ziekenhuis. Als die twee weken voorbij zijn moeten patiënten bij vragen contact opnemen met de huisarts.

Ook gebeurt het wel dat patiënten dezelfde dag nog bellen met een vraag waarvan de verpleegkundige zeker weet dat ze dit verteld heeft. Hieruit concludeert de verpleegkundige dat de informatie niet goed is blijven hangen.

- Patiënten de gelegenheid geven om vragen te stellen en zich te uiten over de opname en wat het met hen heeft gedaan. Het kan voor patiënten prettig zijn om met verpleegkundigen open en eerlijk te kunnen praten over hun ervaringen. In de eerste plaats voor de patiënt zelf. Een ziekenhuisopname kan ingrijpend zijn en dan is het goed om erover te kunnen praten om het zo een plekje te kunnen geven. Daarnaast is het goed als de patiënt aangeeft hoe hij de opname en de zorg ervaren heeft. Dit als feedback naar de zorgverleners. Deze kunnen hier hun voordeel mee doen.
- Wanneer de *vervolgafspraak* is.

Op de vraag of de arts of de arts-assistent een rol moet spelen binnen het ontslag antwoordde ook iedereen met ja. De verpleegkundigen gaven aan dat het fijn is voor patiënten om met een arts te spreken. "Mensen willen gewoon graag een arts zien", zei een verpleegkundige. De andere verpleegkundigen gaven dit ook aan. Ze denken dat het fijn is voor patiënten om met de arts over medische zaken en dan met name het behandeling te kunnen praten. Patiënten vinden het, volgens hen, belangrijk om te weten hoe de operatie gegaan is, wat de arts gezien heeft en hoe het nu verder gaat.

Ook werd aangegeven dat verpleegkundige het wenselijk vinden dat de arts (diegene die bij de operatie was) voor ontslag nog eens langs komt. Nu is het vaak zo dat de arts kort na de operatie even met de patiënt praat. De informatie blijkt op dat moment vaak niet te landen omdat patiënten dan nog niet in staat lijken te zijn om de informatie goed op te nemen. Om die reden vinden verpleegkundige het beter als de arts later in de opname nog eens langskomt. In het algemeen valt het verpleegkundigen ook op dat patiënten meer waarde lijken te hechten aan mondelinge als schriftelijke informatie. Ook al is een operatie exact zo gegaan als beschreven was, willen patiënten dit graag horen. Ook voor verpleegkundigen geldt dat zij de informatie die in het boekje geschreven is nog eens mondeling moeten toelichten.

In vraag vier is gevraagd wat volgens verpleegkundigen belangrijk is voor patiënten tijdens het ontslag. Op deze vraag is ook niet eenduidig antwoord gegeven. Toch bleek tijdens de bespreking dat verpleegkundigen het met elkaar eens zijn over de behoeften die de patiënten hebben tijdens het ontslag. Er werd aangegeven dat patiënten het belangrijk vinden om praktische tips te krijgen met betrekking tot de leefregels zodat ze weten hoe ze zich moeten gedragen na de operatie. Ook willen patiënten, volgens hen, graag weten wanneer ze weer aan het werk mogen. Daarnaast vinden patiënten het, zoals al eerder

genoemd, belangrijk om de arts nog eens te zien voor ontslag. Ook de controleafspraak dient duidelijk te zijn voor patiënten.

Als laatste is verpleegkundigen gevraagd wat volgens hen beter kan tijdens het patiënten ontslag. Tijdens de plenaire bespreking kwam het volgende aan bod:

Het is voor patiënten en verpleegkundigen fijn om samen een *rustig moment* te hebben voor het ontslag. Een ontslaggesprek bijvoorbeeld. Verpleegkundigen vinden het wenselijk als ze op dit moment daadwerkelijk de rust en tijd kunnen hebben voor de patiënt. Momenteel zitten zij nog met het probleem dat ze weggeroepen kunnen worden van het gesprek, doordat de telefoon gaat of doordat een andere patiënt hen nodig heeft. Het leek de verpleegkundigen prettig als ze om de beurt *tijd hebben om rustig met hun patiënten te praten*. Ook werd de optie genoemd om één persoon de ontslagen te 'doen' op een dag. Dit zorgt voor eenduidigheid! Anderzijds is het voor zowel de patiënt als de verpleegkundige fijn om 'bekende gezichten' te zien. Ze vinden het beide fijn om het contact op een goede manier af te kunnen sluiten.

Daarnaast is ook de uitstraling naar de patiënt belangrijk. In die zin lijkt het de verpleegkundigen goed om bijvoorbeeld te gaan *zitten tijdens dit gesprek*. Dit laat zien dat ze echt de tijd nemen voor de patiënt. Daarom is het ook belangrijk het gesprek niet af te raffelen. Daarnaast is er op de afdeling weinig gelegenheid om patiënten privacy te bieden. In die zin zou het al fijn zijn, gaven verpleegkundigen aan, om even het gordijn dicht te trekken, zodat je wel het gevoel hebt samen te kunnen zitten en de patiënt persoonlijke aandacht kunt geven.

Ook verdient het de aandacht dat ook de artsen tactisch met patiënten omgaan. Verpleegkundigen zouden hen hierin wat kunnen begeleiden. Het gebeurt namelijk weleens dat artsen midden op zaal patiënten een boodschap geven. Wanneer dit slecht nieuws is, blijkt dat dit zowel belastend is voor de patiënt zelf, als voor de medepatiënten op die zaal. Verpleegkundigen gaven ook aan dat het goed is om mee te lopen met de arts-assistenten tijdens de visite. Verpleegkundigen hebben namelijk de indruk dat zij beter op de hoogte zijn van dingen/zaken die voor patiënten belangrijk zijn dan de arts-assistenten. Ze gaven aan dat niet iedere arts-assistent even goed weet wat er van hen verwacht wordt. Verpleegkundigen denken dat dit komt doordat de arts-assistenten maar heel kort voor de afdeling gynaecologie werken. Op die manier raken zij niet zo goed ingewerkt. Wanneer de verpleegkundigen samen met de arts-assistenten visite lopen, kunnen ze samen een goed antwoord geven op de vragen van de patiënt. Verpleegkundigen willen dit voor de patiënt, voor de arts-assistent, maar ook voor henzelf. Voor de verpleegkundige levert het meelopen op dat ze te horen krijgt wat de arts-assistent afsprekt met de patiënt. Nu gebeurt het

welijks dat ze niet weten dat een patiënt al met ontslag mag van de arts-assistent. De patiënt wil dan weg, terwijl de verpleegkundige op die manier niet meer de tijd krijgt om een duidelijk ontslaggesprek te voeren. Verpleegkundigen gaven aan dat het voor hen niet prettig voelt om nog een heel gesprek te gaan voeren met patiënten die op het punt staan om te vertrekken. Hoewel verpleegkundige een gesprek wel belangrijk vinden: "Als er geen gesprek is, lijkt het alsof je het niet af heb kunnen maken". Door mee te lopen tijdens de visite zou dit voorkomen kunnen worden. Daarnaast gaf de teamleidster van de afdeling aan dat men wil gaan werken met het begrip 'time-management'. Dit houdt in dat men patiënten al bij opname een indicatie zal geven van het tijdstip van ontslag. Als dit bekend is, kan ook afgesproken worden dat bijvoorbeeld de dag voor ontslag een ontslaggesprek zal plaatsvinden.

Door het gesprek met de verpleegkundigen zijn de verschillende behoeften in kaart gebracht. Ook hebben de verpleegkundigen een aantal voorstellen gedaan ter verbetering van het patiëntenontslag. In deelvraag vier zullen de verschillende perspectieven samengevoegd worden om zo kwaliteit van zorg met betrekking tot het patiëntenontslag voor de afdeling gynaecologie te kunnen omschrijven.

3.5 Deelvraag 4: Hoe kunnen deze drie perspectieven samengevoegd worden tot een eenduidige beschrijving van kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag?

3.5.1 Inleiding

De gewenste kwaliteit van zorg zal beschreven worden vanuit drie perspectieven: de literatuur, de patiënt en de verpleegkundige. De verschillende perspectieven zijn ieder afzonderlijk al beschreven in de deelvragen één, twee en drie. Deze deelvragen zullen nu samengevoegd worden om de gewenste kwaliteit van zorg weer te geven. In deelvraag één is de definitie van kwaliteit van zorg beschreven die in dit onderzoek gehanteerd wordt: 'Kwaliteit van zorg is het leveren van verantwoorde zorg die tegemoet komt aan de behoeften van patiënten en wordt gevormd door het bevredigend en efficiënt werken als verpleegkundige. Om kwaliteit van zorg te leveren is het belangrijk dat de zorg tegemoet komt aan de behoeften van zowel patiënt als verpleegkundige.' Uiteindelijk gaat het er dus om dat de gewenste kwaliteit van zorg tegemoet komt aan de behoeften van patiënten en verpleegkundigen.

Wanneer de gewenste kwaliteit van zorg beschreven is, is het mogelijk om in het volgende hoofdstuk conclusies te trekken en aanbevelingen te doen, om zo een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag van dit onderzoek.

Hieronder zal weergegeven worden welke aspecten aandacht verdienen gedurende het ontslagproces om de gewenste kwaliteit van zorg te leveren. *Welke aspecten zijn van belang om aan de behoeften van de patiënten en de verpleegkundigen te voldoen?*

3.5.2 Proces

In deelvraag één is beschreven dat binnen dit onderzoek de volgende definitie wordt gehanteerd voor het ontslagproces: 'Die momenten in de zorg waarop de patiënt voorbereid wordt op het verlaten van het ziekenhuis, waarbij ingegaan wordt op de behoeften van de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis om continuïteit in de zorgverlening te waarborgen (Klaren et al., 2000). Het voornaamste doel van het ontslagproces is het bevorderen van het herstel van de patiënt.'

Uit bovenstaande definitie blijkt dat het ontslag een proces is dat al bij de intake begint. Dit is bijvoorbeeld een goed moment om de thuissituatie te inventariseren. Zo kan - indien nodig - tijdig thuiszorg of hulpmiddelen voor thuis geregeld worden. Gedurende de ziekenhuisopname wordt een patiënt voorbereid om binnen (on)bepaalde tijd het ziekenhuis te verlaten. Gedurende het verblijf in het ziekenhuis wordt vaak tijdens zorgmomenten die de verpleegkundige en patiënt samen hebben al informatie verstrekt die van belang is voor de

patiënt. Uit het gesprek met verpleegkundigen bleek dat de verpleegkundige bijvoorbeeld tijdens het douchen aangeeft dat de patiënt wel mag douchen, maar voor bepaalde tijd niet in bad mag. Deze informatie heeft de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis nodig. Uit dit voorbeeld blijkt dat het ontslag zich niet beperkt tot een moment maar dat inderdaad sprake is van een proces. Uiteraard dienen binnen het ontslagproces ook zaken geregeld te worden als een poliafspraak of recepten voor thuismedicatie et cetera.

Samenvattend kan geschreven worden dat het ontslag een proces is dat al bij het eerste contact begint. Het ontslagproces omvat alle momenten waarin de patiënt wordt voorbereid om naar huis te gaan, en heeft als doel het herstel van de patiënt te bevorderen.

3.5.3 Gestructureerd ontslag

De literatuur beschrijft dat patiënten behoefte hebben aan een gestructureerd ontslag. Een onderzoek van Klaren toont aan dat patiënten de overgang van het ziekenhuis naar huis soms te abrupt vinden (Klaren et al., 2000). Patiënten hebben behoefte om het moment ontslag te weten en eenmaal thuis vinden patiënten het belangrijker dan in het ziekenhuis om van tevoren de ontslagdatum en het tijdstip van het ontslaggesprek te weten.

Ook verpleegkundigen hebben behoefte aan structuur. Zij zouden graag een *rustig moment* hebben voor het ontslag, om een ontslaggesprek te voeren o.a. Verpleegkundigen wensen daarbij daadwerkelijke rust en tijd voor de patiënt, waarbij ze niet gestoord kunnen worden door piepers e.d.

Om goed op de hoogte te zijn wat de arts (-assistent) afsprekt met de patiënt, zou de verpleegkundige de visite graag meelopen. Dit kan miscommunicatie voorkomen. Wanneer een arts (-assistent) met de patiënt bespreekt dat deze met ontslag mag, en de verpleegkundige is hiervan nog niet op de hoogte, kan dit wel eens voor onduidelijkheid zorgen. Het bezorgt zowel de verpleegkundige als de patiënt onduidelijkheid. Patiënten weten daardoor niet altijd waar ze nog op moeten wachten, wat de verpleegkundige nog voor hen moet regelen en wil/moet bespreken. Het komt voor dat de patiënt alle spullen al heeft ingepakt en klaar zit om te vertrekken, terwijl de verpleegkundige hier nog niet van op de hoogte is. Voor haar geeft dit onduidelijkheid, zij weet nog niet van de arts dat de patiënt met ontslag mag. De rust en de tijd voor een afsluitend gesprek is verdwenen, de patiënt wil graag naar huis en zit al klaar. Deze onduidelijkheid en onderlinge miscommunicatie verstoren een gestructureerd ontslag. Hier zal nog verder op ingegaan worden in het kopje 'disciplines'.

In deelvraag twee wordt beschreven welke behoefte de patiënt heeft met betrekking tot ontslag. Daarin staat beschreven dat een deel van de patiënten het ontslag als rommelig heeft ervaren. Dit werd met name veroorzaakt doordat patiënten niet precies wisten wanneer ze mochten vertrekken. Ook lang wachten (op bijvoorbeeld een arts die nog langs

moet komen) is een reden waardoor patiënten de dag van ontslag rommelig vinden. Zeker wanneer zij niet op de hoogte zijn waar zij precies op moeten wachten en/of het wachten lang duurt. Patiënten geven aan het te waarderen als zij op de hoogte gehouden worden waarop zij moeten wachten en waardoor het lang duurt. Dit geeft de patiënt wat meer duidelijkheid, en kan het gevoel voorkomen worden dat de patiënt zich verlaten voelt.

De patiënten die het ontslag en de dag van ontslag als positief hebben ervaren, gaven daarvoor de volgende redenen: zij wisten waarop zij moesten wachten voordat zij naar huis mochten en zij waren zeer tevreden over de houding van de verpleegkundige. Deze houding betreft een rustige houding wat de patiënt een gevoel van rust geeft. Patiënten waarderen deze rust, waardoor zij op hun eigen tempo naar huis kunnen gaan. Deze 'relaxte' houding van verpleegkundigen, droeg bij aan de positieve ervaringen van patiënten rondom (de dag van) ontslag.

Samenvattend kan gezegd worden dat zowel de verpleegkundige als de patiënt behoefte heeft aan een gestructureerd ontslag. De patiënt heeft graag duidelijkheid en wil graag een richtlijn hebben wanneer ze daadwerkelijk naar huis mag en waar nog op gewacht moet worden. De verpleegkundige heeft behoefte aan structuur om zo tegemoet te komen aan de behoefte van de patiënt en om zelf een gestructureerde werkhouding aan te kunnen nemen. Een gestructureerde werkhouding is prettig voor zowel verpleegkundige als patiënt.

3.5.4 Ontslaggesprek

Een van de criteria voor een goed ontslagproces is volgens van Engelshoven dat de verpleegkundige met de patiënt een ontslaggesprek houdt aan het einde van de opname. (Van Engelshoven & Renssen, 2005)

Verpleegkundigen vinden het ontslaggesprek zeker van belang. Er werd bijvoorbeeld aangegeven: 'Ook al vertel je tijdens de opname al veel, vaak blijft het niet hangen.' Een groot deel van het ontslaggesprek heeft inderdaad te maken met informatievoorziening. De verpleegkundige dient na te gaan of de patiënt zich voldoende geïnformeerd voelt en past het gesprek hierop aan (van de Walle & Kruijswijk, 2003). In principe kan de verpleegkundige het boekje 'Herstel na uw operatie' gebruiken als richtlijn voor alle onderwerpen die aan bod dienen te komen tijdens het gesprek. Het ontslaggesprek geeft aan de patiënt tevens de gelegenheid om vragen te stellen. Ook patiënten geven aan een ontslaggesprek belangrijk te vinden. Zij zeggen dit nodig te hebben om de opname goed af te sluiten en met voldoende informatie naar huis te gaan. Door goede informatievoorziening wordt onzekerheid, bezorgdheid en angst bij de patiënt verminderd (Mistiaen et al., 2001). Het is niet bevorderlijk voor het herstel van een patiënt als hij niet weet wat hem te wachten staat. Door onduidelijkheid kan een patiënt zich zorgen gaan maken en deze ongerustheid kan het herstel in de weg staan (De Bruin et al., 2009). Het is daarom van belang dat de

verpleegkundige bij het ontslaggesprek nagaat of de patiënt voldoende geïnformeerd. Meer over de informatievoorziening zal later in deze deelvraag volgen.

Patiënten geven aan dat zij in het ontslaggesprek naast de informatievoorziening ook de evaluatie van de zorg belangrijk vinden (van Engelshoven & Rensen, 2005). Er zijn patiënten die aan willen geven wat zij goed vinden gaan. Andere patiënten zien het evalueren als mogelijkheid tot het geven van opbouwende kritiek. Verpleegkundigen vinden het ook belangrijk dat patiënten de gelegenheid krijgen om zich te uiten over hoe ze de periode tijdens de opname in het ziekenhuis ervaren hebben. Daarnaast is het ook voor verpleegkundigen van belang om de zorg te evalueren met de patiënt. Op deze manier kunnen zij zich bewust worden van de ervaringen van de patiënt. Met deze ervaringen kunnen zij mogelijk aan de slag om de kwaliteit van zorg te verbeteren (Hollands et al., 2007). Een aspect dat alles te maken heeft met een goed ontslaggesprek is de privacy. Uit deelvraag 2 blijkt dat niet iedere patiënt aangeeft behoefte te hebben aan een aparte ruimte bij het voeren van het ontslaggesprek, maar toch wordt benoemd dat te weinig privacy een belemmering kan vormen om bepaalde vragen te stellen. Daarom is het voor de verpleegkundige van belang wel rekening te houden met de eventuele privacybehoefte van de patiënt. Hoewel niet iedere patiënt aangeeft behoefte aan deze privacy te hebben, is in de Beroepscode van Verpleegkundigen wel duidelijk te lezen dat verpleegkundigen de privacy van de zorgvragers dienen te respecteren en beschermen (artikel 2.11 Beroepscode, 2011).

Kortom: De verpleegkundige zorgt met een ontslaggesprek voor een goede afsluiting van de opname in het ziekenhuis. Het ontslaggesprek komt tegemoet aan de behoeften van patiënten én verpleegkundigen.

3.5.5 Disciplines

Wat betreft de discipline van de arts: De arts heeft bij het ontslag een belangrijke rol. Zoals eerder beschreven in de beslissing over het ontslag van de patiënt niet medisch of verpleegkundig, maar zowel medisch als verpleegkundig. Daarom behoort overleg te zijn tussen de disciplines over de datum van ontslag (Simons, 2004). Gezegd kan worden dat vrijwel alle patiënten een arts willen zien bij/voor ontslag. Een deel van de patiënten heeft duidelijke verwachtingen van de arts en willen zij bepaalde informatie van de arts krijgen. Hierbij kan gedacht worden aan informatie over de operatie, hoe deze is verlopen, wat heeft de arts precies gezien en voor medische vragen. Ook waarderen patiënten het wanneer een arts vanuit zichzelf bepaalde zaken vertelt over leefregels na de operatie. Ook de patiënten die niet een duidelijke verwachting van de arts hebben, vinden dit fijn. Patiënten geven aan het fijn te vinden als er een arts langskomt. Wanneer een arts informatie geeft wat betreft

leefregels, en de patiënt heeft deze informatie al van de verpleegkundige vernomen, dan nog waarderen zij dit., ter bevestiging. Patiënten hebben de behoefte om minimaal de mogelijkheid tot vragen stellen te hebben aan een arts. Wanneer de patiënt twijfelt aan de kennis van de arts (-assistent), weerhoudt dit hen tot het stellen van (medische) vragen.

Persoonlijke aandacht van de arts wordt door patiënten ook zeer gewaardeerd. Het werd als negatief/onpersoonlijk ervaren wanneer een arts (-assistent) niet helder heeft wie de patiënt precies is en waar deze voor is opgenomen.

De komst van een arts (-assistent) bij het ontslag of de dag ervoor, is voor patiënten ook gevoelsmatig heel belangrijk. Wanneer zij nog een arts gezien hebben, draagt dit vaak bij aan een gevoel van 'afsluiting'. Sommige patiënten die de arts niet hadden gezien bij ontslag, hadden het gevoel de opname daardoor niet goed afgerond te hebben.

Kortom: Overleg tussen verschillende disciplines is van belang. Patiënten hebben behoefte aan de rol van de arts in het ontslagproces: informatievoorziening en persoonlijke aandacht.

3.5.6 Informatie

In ieder perspectief is duidelijk dat informatievoorziening een van de belangrijkste onderdelen is in het ontslagproces. Wanneer patiënten met voldoende informatie naar huis gaan wordt immers onzekerheid, bezorgdheid en angst verminderd en herstel juist bevorderd (Mistiaen et al., 2001; de Bruin et al., 2009). Verpleegkundigen geven dan ook aan dat zij door het geven van informatie een veilig en goed gevoel voor de patiënt willen creëren. Het doel van informatievoorziening is dat de patiënt met een compleet verhaal naar huis gaat en thuis weet waar hij staat en wat hij kan verwachten. Op deze manier wordt uiteindelijk het herstel van de patiënt bevorderd.

Patiënten hebben behoefte aan informatie vanuit verschillende hoeken. Zo verwachten zij informatie van de arts én van de verpleegkundige te horen, naast een eventuele folder.

Van de arts verwachten patiënten voornamelijk medische informatie. In de literatuur komt deze verwachting zeker terug: Het is de taak van de artsen om de patiënt te informeren over het doel van het onderzoek en/of de ingreep (Ten Have, 2006). Hierbij wordt gedacht aan het verloop van de operatie, wat er tijdens het opereren is gezien. Ook de leefregels die gelden na de operatie en opname in het ziekenhuis en de mogelijkheid tot thuiszorg vinden patiënten belangrijk om te horen. Patiënten hebben behoefte aan praktische tips bij deze leefregels; *'Wanneer mag en kan ik nu echt weer zonder zorgen werken?'* bijvoorbeeld. Verpleegkundigen vinden deze praktische tips van belang en geven patiënten graag deze voorbereiding. Verpleegkundigen zijn het erover eens dat in het ontslaggesprek alle onderwerpen aan bod moeten komen. Deze onderwerpen zijn: Moeheid die kan voorkomen na de opname, pijnstilling, leefregels (zoals auto rijden, werken, fietsen), complicaties en het telefoonnummer ter contact bij deze complicaties, seksualiteit, medicatie, vervolgafspraken,

wond (en eventuele hechtingen) en afscheiding en bloedverlies. Uit de praktijk blijkt dat niet iedere verpleegkundige dezelfde onderwerpen aan bod laat komen tijdens het ontslaggesprek. Dit feit wordt toegeschreven aan het ontbreken van een eenduidige richtlijn rond de onderwerpen voor het ontslaggesprek, bijvoorbeeld over leefregels na de ziekenhuisopname. Er is op dit moment soms sprake van tegenstrijdigheid in informatie.

Patiënten hebben tevens behoefte aan de mogelijkheid tot het stellen van medische vragen aan een arts en aan persoonlijk toegepaste informatie van de arts.

Wat vaak te zien is, is dat patiënten vlak na de operatie informatie van de arts ontvangen. Vaak wordt gezien dat patiënten op dit moment nog te suf zijn om informatie te onthouden. Dit wordt herkend door de verpleegkundigen op de afdeling. Verpleegkundigen geven ook aan dat zij tijdens de ziekenhuisopname al veel informatie aan patiënten geven, maar dat deze vaak niet blijft hangen. Patiënten hebben daarom vaak behoefte aan bevestiging en herhaling van informatie. Als voorbeeld willen patiënten die (medische) informatie gehad hebben van de verpleegkundigen, graag deze informatie laten bevestigen of opnieuw verteld krijgen door de arts. Verpleegkundigen herkennen en begrijpen deze behoefte. Artsen zijn deskundig op het operatiegebied, kunnen vertellen hoe de operatie daadwerkelijk is gegaan en geven vaak medische adviezen.

Omdat blijkt dat patiënten eenmaal thuis toch vaak vragen hebben, is het voor verpleegkundigen (en artsen) belangrijk om te weten hoe informatie het beste bij de patiënt binnenkomt. Het is belangrijk dat het verstrekken van informatie wordt aangesloten bij het referentiekader van de patiënt en dat de verschillende disciplines de informatie op elkaar worden afgestemd. Ook is het belangrijk dat er aandacht is voor relationele aspecten in het contact tussen verpleegkundige en patiënt. Als aan de genoemde voorwaarden niet is voldaan, komt de voorlichting niet over en zal daardoor juist meer verwarring en onzekerheid bij de patiënt ontstaan (Ten Have, 2006), wat de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag niet zal verbeteren. Om bij het referentiekader van iedere patiënt aan te kunnen sluiten is het nodig om zowel schriftelijk als mondeling informatie te verstrekken. Er zijn patiënten die meer behoefte hebben aan mondelinge informatie dan schriftelijke informatie, maar er zijn ook patiënten die juist beter schriftelijke informatie opnemen. Verpleegkundigen geven aan dat het inderdaad goed is om de folder *'Herstel na uw operatie'* mondeling toe te lichten omdat patiënten soms meer waarde hechten aan mondelinge informatie dan aan schriftelijke informatie. En dat zij puntsgewijs de folder met de patiënt moeten doornemen om te vertellen wat belangrijk voor hen is thuis. In de praktijk gebeurt dit niet altijd. Om tegenstrijdige informatie te voorkomen is goede onderlinge communicatie en afstemming tussen (verschillende) disciplines nodig. Tegenstrijdige informatie die in de praktijk meerdere keren naar voren is gekomen, betreft bijvoorbeeld informatie over wel dan niet auto rijden of

de tijdsduur dat auto rijden niet mag. Tenslotte, gerelateerd aan het nodige relationele aspect bij informatieverstrekking, is het belangrijk dat verpleegkundigen de tijd nemen om informatie te geven. Door rustig bij de patiënt te gaan zitten, zal de drempel tot het stellen van vragen voor de patiënt minimaal zijn. De patiënt heeft dat immers het gevoel dat er aan hem/haar persoonlijk aandacht wordt geschonken. Tot slot is het nodig dat verpleegkundigen nagaan of de informatie duidelijk bij de patiënt is overgekomen. Om in deze beschrijving van de resultaten nog niet te dicht bij de conclusies te zitten, wordt voor een samenvattend gedeelte over de informatie verwezen naar de conclusie.

3.5.7 Persoonlijke aandacht

Patiënten geven aan dat ze het erg belangrijk vinden dat de (zaal)artsen weten met welke patiënt zij te maken hebben. Patiënten verwachten een betrokken houding van de artsen en hebben behoefte aan informatie die op hen persoonlijk van toepassing is.

Patiënten verwachten zeker ook van de verpleegkundige een betrokken houding. Wanneer patiënten bijvoorbeeld pas naar huis mogen nadat zij ontlasting hebben gehad, vinden patiënten het wenselijk dat de verpleegkundige hiernaar informeert. Gebeurt dit niet, dan hebben patiënten het gevoel dat de verpleegkundige niet voldoende betrokken is.

Ook geven patiënten aan het belangrijk te vinden persoonlijk afscheid te kunnen nemen bij ontslag. Alleen al het geven van een hand ter groet ervaren patiënten als prettig, dit geeft hen het gevoel dat zij persoonlijke aandacht krijgen.

In deelvraag twee is beschreven dat patiënten door de drukte op de werkvloer belemmert worden in het aanspreken van een verpleegkundige. Doordat verpleegkundigen op het moment van ontslag soms erg druk zijn op de afdeling hebben patiënten soms het gevoel vergeten te zijn.

Ook verpleegkundigen hechten waarde aan de persoonlijke aandacht voor de patiënt. Verpleegkundigen vinden het van belang om een goede uitstraling te hebben naar de patiënt en om het contact met de patiënt op een goede manier af te sluiten. In deelvraag drie komt naar voren dat verpleegkundigen hier helaas niet altijd de tijd en mogelijkheid voor hebben.

Zo blijkt dat persoonlijke aandacht een aspect is dat zowel tegemoet komt aan de behoeften van de patiënten als die van de verpleegkundigen.

4. Conclusie en discussie

4.1 Inleiding

Na het beschrijven van de resultaten van dit onderzoek, is de tijd aangebroken om conclusies te trekken. In dit hoofdstuk worden de conclusies van dit onderzoek beschreven. In de tweede paragraaf worden de conclusies die getrokken zijn beschreven. In de derde paragraaf wordt een antwoord gegeven op de vijfde deelvraag. In deze deelvraag zijn de aanbevelingen te lezen die aan de afdeling worden gedaan. In de vierde paragraaf wordt een antwoord gegeven op de zesde deelvraag en vervolgens wordt in de vijfde paragraaf het onderzoek bediscussieerd.

4.2 Conclusie

4.2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk, waarin de conclusie van dit onderzoek zal worden weergegeven, zal een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek: Hoe kan de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag verbeterd worden? In deelvraag vier is beschreven welke zaken van belang zijn om kwaliteit van zorg te leveren. Er zijn zaken die al goed gaan, er zijn zaken die beter kunnen. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren is het van belang om door te gaan met de dingen die al goed lopen. Daarnaast zijn er een aantal zaken die de aandacht verdienen. Hieronder wordt een aantal zaken beschreven die belangrijk zijn om kwaliteit van zorg te leveren. Wanneer aan deze zaken aandacht wordt besteed zal de kwaliteit van zorg naar verwachting verbeteren.

4.2.2 Binnenkomst en vertrek

Binnenkomst en vertrek zijn momenten waarop waarbij persoonlijke aandacht de belangrijkste rol speelt. Wanneer op dit moment gefaald wordt, voelt de patiënt zich een nummer. Patiënten vinden het erg fijn om de verpleegkundige bij ontslag persoonlijk te bedanken en een hand te geven. Patiënten waarderen het enorm wanneer de verpleegkundige hierin initiatief toont. Dit geeft een goed gevoel over de afsluiting van de opname.

4.2.3 Informatie

Informatie is voor patiënten van groot belang. Wanneer patiënten voldoende geïnformeerd worden, voorkomt dit angst, onzekerheid en bezorgdheid. Dit moet voorkomen worden om het herstel niet in de weg te staan.

Informatie dient zowel mondeling als schriftelijk verstrekt te worden, door zowel de arts als de verpleegkundige (en eventueel bekkenbodempfysiotherapeut). Om er voor te zorgen dat de informatie binnenkomt bij de patiënt is het noodzakelijk de informatie te herhalen en te bevestigen. Er dient rekening gehouden te worden met verminderde alertheid van de patiënt. Alle informatie die verstrekt wordt, dient eenduidig te zijn. Arts, verpleegkundige, fysiotherapeut en folder mogen elkaar niet tegenspreken. Patiënten vinden het belangrijk dat de informatie persoonlijk op hen van toepassing is en horen graag praktische tips. Het is belangrijk dat de verpleegkundige controleert of de informatie goed is overgekomen. De vraag: *'Heeft u nog vragen?'* is niet voldoende, daar de patiënt niet weet welke informatie noodzakelijk is. Wanneer het gaat om het stellen van vragen dient de drempel zo minimaal mogelijk te zijn. Dit kan bereikt worden door persoonlijk aandacht te schenken, door de tijd te nemen en door een rustige en professionele houding aan te nemen.

Alle informatie kan belangrijk zijn voor patiënten. De volgende onderwerpen dienen daarom aan bod te komen: het ziektebeeld/ingreep, het verloop, moeheid na opname, leefregels, de wond (ook hechtingen, verzorging etc.), bloedverlies en afscheiding (tampongebruik en menstruatie), huishoudelijke hulp, autorijden en fietsen, pijnstilling, seksualiteit, complicaties en duidelijkheid over wanneer welke nummer gebeld dient te worden. Dit is in het kort wat aan bod dient te komen. In deelvraag zes wordt dit nader omschreven.

4.2.4 Structuur en coördinatie bij het ontslag

Het ontslag beperkt zich niet tot een moment maar is een proces. Structuur is voor zowel patiënt als verpleegkundige van belang. Voor verpleegkundigen is het belangrijk dat zij de tijd hebben om rustig met de patiënt een ontslaggesprek te kunnen houden. Patiënten vinden dit ook prettig. Daarnaast is het voor patiënten belangrijk dat ze weten wat zij kunnen verwachten, de verpleegkundige dient het ontslag te coördineren en duidelijkheid te bieden aan de patiënt. Dit voorkomt bijvoorbeeld dat onduidelijkheid ontstaat over het moment van vertrek uit het ziekenhuis. Duidelijkheid en goede communicatie tussen de betrokken partijen (patiënt, verpleegkundige en arts) is noodzakelijk om het ontslag gestructureerd te laten verlopen.

4.2.5 Ontslaggesprek

Binnen het ontslagproces is het noodzakelijk dat er een ontslaggesprek plaatsvindt. Het ontslaggesprek vindt plaats tussen de patiënt en de arts en/of verpleegkundige. Het

ontslaggesprek is bedoelt informatie te verstrekken en te herhalen om te voorkomen dat de patiënt onvoldoende geïnformeerd huiswaarts gaat. Dit kan gebeuren door de patiënt van te voren het boekje 'herstel na operatie' aan te bieden met daarbij de boodschap dat hier tijdens het gesprek vragen over gesteld kunnen worden. Tevens dient de folder mondeling besproken te worden om te controleren of alle informatie juist is overgekomen.

Het ontslaggesprek is zowel voor de patiënt als de verpleegkundige een goede manier om de opname af te sluiten. Ook is het voor beide nuttig om de zorg te evalueren in dit gesprek. Te weinig privacy tijdens het gesprek kan belemmerd zijn voor de patiënt om bepaalde onderwerpen of vragen te bespreken.

4.2.6 Evaluatie van de zorg

Tijdens het ontslaggesprek dient de zorg geëvalueerd te worden. Dit is zowel voor patiënt als verpleegkundige belangrijk. Het is belangrijk dat de patiënt de gelegenheid krijgt zich te uiten over de periode van opname. Wanneer de verpleegkundige zich bewust is van de ervaringen van de patiënt kan beter worden ingespeeld op de behoeften van de patiënt om zo kwaliteit van zorg te verbeteren.

4.2.7 Rol van de arts

Het is van belang dat de arts persoonlijke aandacht geeft aan de patiënt. Patiënten willen graag van de arts horen wat hij tijdens de operatie heeft gezien en gedaan, persoonlijk toegepaste informatie over leefregels na operatie. Het is niet erg wanneer deze informatie dubbel gegeven wordt. Patiënten ervaren dit als bevestiging van eerder verkregen informatie. De patiënt moet vertrouwen kunnen hebben in de kundigheid van de arts, anders belemmert dit de patiënt tot het stellen van vragen.

4.2.8 Rol van de verpleegkundige

De verpleegkundige dient informatie te verstrekken aan de patiënt en na te gaan of alle informatie juist is overgekomen. Persoonlijke aandacht voor de patiënt is van belang om deze met een goed gevoel naar huis te laten gaan. Voor de afsluiting van de opname is het belangrijk dat de verpleegkundige en de patiënt afscheid van elkaar nemen. De structuur van het ontslagproces dient duidelijk te zijn voor de patiënt, de verpleegkundige heeft hierin een coördinerende rol.

4.2.9 Onderlinge communicatie

Onderlinge communicatie is voor alle betrokken partijen van belang. Overleg tussen disciplines over het moment van ontslag is noodzakelijk omdat de beslissing zowel medisch als verpleegkundig verantwoord dient te zijn.

Duidelijke onderlinge communicatie tussen verschillende disciplines waarborgt continuïteit van zorg. In alle gevallen zorgt een goede communicatie voor duidelijkheid en voorkomt onverwachtse situaties en tegenstrijdigheden.

4.3 Deelvraag 5: Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan binnen dit onderzoek om kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag te verbeteren?

Op basis van de conclusies die getrokken zijn, zijn een aantal aanbevelingen geschreven. Deze aanbevelingen zijn tijdens de eindpresentatie van dit onderzoek gepresenteerd en besproken met de 22 aanwezigen. Per aanbeveling wordt tegelijk kort de reactie beschreven die tijdens de presentatie naar voren kwam.

Het was de bedoeling één van deze aanbevelingen uit te werken. In overleg is besloten de tweede aanbeveling uit te werken, meer hierover is te lezen in de volgende paragraaf waar antwoord wordt gegeven op de zesde deelvraag.

4.3.1 Aanbevelingen

1. *Ga zo door met jullie houding naar de patiënt toe!*

In principe vonden de aanwezigen het positief om te horen dat zij een goede houding naar de patiënten toe uitstralen. Het leek echter dat ze deze aanbeveling niet hadden verwacht omdat in de presentatie ook veel verbeterpunten genoemd werden.

2. *Ontwikkel een richtlijn waarin de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines zijn opgenomen om continuïteit en eenduidigheid in het ontslagproces te waarborgen.*

De aanwezigen waren erg tevreden over deze aanbeveling. De aanbeveling riep veel reacties op. Hieruit bleek dat er behoefte is aan een richtlijn met daarin onder andere aandachtspunten voor en de taken van verschillende disciplines. Door een duidelijke richtlijn verwachten de aanwezigen meer overzicht te krijgen bij het ontslagproces. In de richtlijn dient de nadruk niet te liggen op de uitvoering van bepaalde taken (taakgericht werken), maar er dient gecontroleerd te worden of per onderdeel aan de behoeften van de patiënt tegemoet gekomen is (patiëntgericht werken). In de richtlijn zal het ontslaggesprek een grote rol spelen. Omdat volgens de huidige trend tegenwoordig steeds meer geïntegreerd wordt in het Elektronisch Patiënten Dossier is het gewenst dat het ontslag hierin ook een plaats krijgt.

3. *Plan een bespreking met afdelingsverpleegkundigen en zaalartsen. Bespreek hierin de problemen die patiënten ervaren wat betreft kundigheid en betrokkenheid van de zaalarts. Ook dienen afspraken te worden gemaakt over communicatie tussen de verschillende disciplines.*

Deze aanbeveling werd positief opgepakt. De arts die verantwoordelijk is voor de afdeling

Gynaecologie gaf aan deze aanbeveling op te willen pakken met de arts- assistenten en vond het prettig hierover door te praten met verpleegkundigen. Ook aanwezige verpleegkundigen van de afdeling Gynaecologie vonden het goed dat deze aanbeveling aan de orde kwam.

4. Aansluitend op bovenstaande aanbeveling: Creëer de mogelijkheid om verpleegkundigen en artsen samen artsensite te laten lopen.

Deze aanbeveling is genoemd om te voorkomen dat er onduidelijk ontstaat tussen artsen en verpleegkundigen over bijvoorbeeld besluiten die genomen worden in het ontslagproces. Zowel artsen als verpleegkundigen vonden deze aanbeveling een goede oplossing om de onderlinge communicatie te verbeteren. Daarnaast vonden zij wel dat het nodig was om overige afspraken te maken over de onderlinge taakverdeling.

5. Plan periodiek (bijvoorbeeld tijdens een teambespreking) een moment waarop de ervaringen van patiënten die tijdens de evaluatie aan bod gekomen zijn, worden besproken. Zo kan worden ingespeeld op de behoeften van de patiënt om kwaliteit van zorg te verbeteren.

De teamleidster nam deze aanbeveling aan en vond het een goed punt om tijdens teambesprekingen dit als standaard agendapunt te noteren.

6. Zorg dat kennis over Gezondheids- Voorlichting&Opvoeding (GVO) onder afdelingsverpleegkundigen en artsen opgefrist wordt, door bijvoorbeeld een klinische les, zodat de patiënt zich voldoende geïnformeerd voelt. Deze klinische is bedoeld om verpleegkundigen meer inzicht te geven over de manier waarop patiënten informatie opnemen en te laten zien hoe zij zelf GVO verlenen.

Deze aanbeveling is niet uitgebreid besproken door de aanwezigen. Wel kwam naar voren dat het van belang is om na te gaan of informatie begrepen wordt door de patiënt. Het belang van de aanbeveling is helder voor alle aanwezigen, wat uiteindelijk het doel was van de aanbeveling.

7. Ontwerp een website met korte uitleg over ziektebeelden en de meest voorkomende vragen en attendeer patiënten hierop. Dit maakt het mogelijk dat patiënten alle 'gemiste' informatie nog eens kunnen opzoeken.

Deze laatste aanbeveling werd als goede oplossing gezien om tegemoet te komen aan de informatiebehoefte van patiënten thuis. Een website zal een laagdrempelige manier zijn om informatie te lezen. Het opzetten van deze website leek een goede optie voor een projectstage van derdejaars HBO-V studenten.

4.4 Deelvraag 6: Wat kan binnen de duur van dit onderzoek aangereikt worden aan afdelingsverpleegkundigen om de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag te verbeteren?

Tijdens de presentatie is met de aanwezigen besproken welke aanbeveling de voorkeur verdient om verder uitgewerkt te worden. Unaniem is besloten dat dit de volgende aanbeveling wordt:

Ontwikkel een richtlijn waarin de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines zijn opgenomen om continuïteit en eenduidigheid in het ontslagproces te waarborgen.

Omdat dit een verpleegkundig onderzoek is, is bij de onderzoekers niet voldoende informatie bekend over de taken en verantwoordelijkheden van verschillende disciplines zoals artsen en fysiotherapeuten. Om deze reden is het binnen dit onderzoek niet haalbaar om een volledige richtlijn te maken.

Het uitwerken van deze aanbeveling beperkt zich tot het ontwikkelen van een checklist die gedurende het ontslagproces gebruikt kan worden door verpleegkundigen. Naast deze checklist zal wel een zakkaartje worden ontworpen voor afdelingsverpleegkundigen. Op dit zakkaartje zullen de belangrijkste aspecten van de checklist te vinden zijn.

De aanbeveling om een volledige richtlijn te ontwikkelen blijft aanwezig. De checklist kan hiervoor eventueel als handleiding dienen.

In onderstaande checklist wordt aandacht geschonken aan de volgende drie zaken:

- Waar dient rekening mee gehouden te worden in het ontslagproces?
- Wat dient te worden geregeld in het ontslagproces?
- Welke informatie dient te worden gegeven in het ontslagproces?

4.4.1 Checklist

Waar dient rekening mee gehouden te worden in het ontslagproces?

- Wees je bewust van je houding naar de patiënt.

De patiënt waardeert persoonlijke aandacht en een betrokken houding. Dit kan door een hand te geven bij vertrek, door informatie persoonlijk toe te passen en in te gaan op zaken en behoeften die leven bij de patiënt.

- Zorg ervoor dat informatie mondeling en schriftelijk verstrekt wordt & ga na of de informatie door de patiënt juist begrepen is.

Bied de patiënt tijdig een folder aan en benoem dat de onderwerpen uit deze folder besproken zullen worden tijdens het ontslaggesprek. De patiënt krijgt op deze manier de mogelijkheid zich voor te bereiden op het gesprek.

- Bied structuur en duidelijkheid aan de patiënt.

Zorg dat de patiënt weet wat hij kan verwachten binnen het ontslagproces (bijvoorbeeld het ontslaggesprek). Er dient overleg te zijn over het moment waarop de patiënt met ontslag gaat. Houd de patiënt op de hoogte van veranderingen/vorderingen binnen het proces.

- Houd een ontslaggesprek met de patiënt.

Benoem dat het om een ontslaggesprek gaat. Controleer of de onderwerpen waarvan de patiënt op de hoogte moet zijn (zie lijst) besproken en begrepen zijn. Geef zo nodig aanvullende informatie en de gelegenheid tot het stellen van vragen. Bied tijdens het gesprek privacy aan de patiënt. Evalueer tijdens het ontslaggesprek de opname in het ziekenhuis.

- Maak relevante evaluatiepunten bespreekbaar tijdens teamoverleg.

De evaluatiepunten die tijdens het ontslaggesprek naar voren zijn gekomen zijn leermomenten voor betrokken disciplines. Eventueel kan aan de hand van deze punten actie ondernomen worden om kwaliteit van zorg te verbeteren.

-Vraag de patiënt of het contact met de arts (en/of evt. andere disciplines) voldoende is geweest.

De patiënt vindt het wenselijk om de arts te zien en te spreken tijdens opname. Mocht de patiënt nog bepaalde behoeften hebben met betrekking tot de arts, vraag dan de arts nogmaals langs te komen.

-Zorg dat er voldoende overleg en afstemming plaatsvindt tussen alle betrokken disciplines.

Dit zorgt ervoor dat de communicatie naar de patiënt eenduidig verloopt. Tip: Loop visite met de arts, om onverwachtse en tegenstrijdige situaties te voorkomen.

-Rond na het vertrek van de patiënt het ontslagproces af.

Denk hierbij aan: rapportage schrijven, dossier verwerken, patiënt uit KEA ontslaan, nieuw bed bestellen, nachtkastje schoonmaken en medicijnen uit medicijnkar verwijderen.

Wat dient te worden geregeld in het ontslagproces?

- Overleg over moment van ontslag
- Folder aanbieden
- Plan een ontslaggesprek
- Thuiszorg regelen (indien nodig)
- Hulpmiddelen voor thuis regelen (indien nodig) (bijvoorbeeld startpakket blaaskatheter)
- Verpleegkundige overdracht schrijven (indien nodig)
- Zorg dat de patiënt de nodige recepten krijgt (indien nodig)
- Regel de controleafspraak
- Vervoer naar huis regelen (indien nodig)

Welke informatie dient te worden gegeven in het ontslagproces?

Alle onderstaande onderwerpen dienen besproken te worden. Het ontslag is een proces, het is niet de bedoeling dat de patiënt de informatie voor het eerst bij het ontslaggesprek hoort. Herhaling van de informatie tijdens het ontslaggesprek is wenselijk. Er dient te worden nagevraagd of de patiënt zich voldoende geïnformeerd voelt. Aangezien de patiënt meestal niet kan weten welke informatie voor hem van toepassing is, is het belangrijk alle onderwerpen te benoemen.

(Onderstaande tabel kan gebruikt worden als checklist in het patiëntendossier. Verpleegkundigen kunnen na iedere dienst aftekenen of een bepaald onderwerp tijdens de dienst aan de orde is geweest. Dit maakt inzichtelijk wat al met de patiënt besproken is. Bij het ontslaggesprek moet alle informatie besproken zijn en/of gecheckt worden. Wanneer de laatste kolom volledig is afgetekend, gaat de patiënt voldoende geïnformeerd naar huis)

Onderwerp	Tijdens opname met patiënt besproken	Tijdens ontslaggesprek gecontroleerd of patiënt voldoende geïnformeerd is																		
Ziekte / behandeling																				
Verloop																				
Moeheid na opname																				
Leefregels + opbouw:																				
<table border="1"> <tr><td>• Douchen/Bad</td></tr> <tr><td>• Autorijden/Fietsen</td></tr> <tr><td>• Huishoudelijk werk</td></tr> <tr><td>• Buitenhuis werken</td></tr> <tr><td>• Bukken/tillen</td></tr> <tr><td>• Sporten/zwemmen</td></tr> </table>	• Douchen/Bad	• Autorijden/Fietsen	• Huishoudelijk werk	• Buitenhuis werken	• Bukken/tillen	• Sporten/zwemmen	<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>							<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>						
• Douchen/Bad																				
• Autorijden/Fietsen																				
• Huishoudelijk werk																				
• Buitenhuis werken																				
• Bukken/tillen																				
• Sporten/zwemmen																				
Afscheiding en bloedverlies Aandacht besteden aan: hoeveelheid, kleur, hoelang etc.																				
Menstruatie en tampongebruik																				
Seksualiteit																				
(Inwendige) wond Aandacht besteden aan: hechtingen, schoonhouden, pleisters, gevoeligheid																				
Pijn + pijnmedicatie Aandacht besteden aan: hoelang pijn normaal is, afbouwschema, eventuele extra medicatie etc.																				
Medicatie Aandacht besteden aan: recepten en denk bijvoorbeeld aan Synapauze, Magnesium, Ferrofumaraat, etc.																				
Complicaties Aandacht besteden aan: mogelijke complicaties, welk nummer te bellen in geval van complicaties																				
Wat te doen bij vragen Benoem ook de huisarts. Het is niet altijd noodzakelijk om naar het ziekenhuis te bellen																				
Evaluatie van zorg																				
Eventuele vragen van patiënt																				

4.4.2 Zakkaartje

Het ontworpen zakkaartje voor verpleegkundigen is opgenomen als bijlage bij dit verslag.

4.5 Discussie

4.5.1 Inleiding

In deze paragraaf zal uitgelegd worden op welke manier het onderzoek een antwoord geeft op de hoofdvraag binnen dit onderzoek. Daarnaast wordt commentaar gegeven op de voordelen en beperkingen van de gebruikte methode en de nieuw opgekomen onderzoeksvragen.

4.5.2 Beantwoording van de hoofdvraag

Zoals al in de methode beschreven staat wordt binnen dit onderzoek antwoord gegeven op de hoofdvraag door middel van het formuleren en beantwoorden van deelvragen. De hoofdvraag binnen dit onderzoek is: hoe kan de kwaliteit van zorg met betrekking tot het patiëntenontslag verbeterd worden? Om dit te kunnen beschrijven is het noodzakelijk om te weten wat kwaliteit van zorg is met betrekking tot het ontslag. De kwaliteit van zorg binnen dit onderzoek zal bepaald worden door drie perspectieven: die van de literatuur, die van de patiënt en die van de verpleegkundige. Deze drie perspectieven worden ieder beschreven in een aparte deelvraag. Het perspectief van de literatuur in deelvraag een, het perspectief van de patiënt in deelvraag twee en het perspectief van de verpleegkundige in deelvraag drie. In deelvraag vier van dit verslag worden deze verschillende perspectieven met elkaar vergeleken en worden deze samengevoegd tot de gewenste kwaliteit van zorg met betrekking tot het patiëntenontslag. Aan de hand van deze vier deelvragen is de conclusie van dit onderzoek geschreven. Hierin is te lezen hoe de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag verbeterd kan worden. Om deze verbetering te realiseren wordt een aantal aanbevelingen gedaan. Die worden beschreven in deelvraag vijf van dit onderzoek. Daarnaast, omdat dit een praktisch onderzoek is, gaat het in deelvraag zes over een aanbeveling die uitgewerkt zal worden om alvast een stap te zetten in de richting van de gewenste kwaliteitsverbetering.

4.5.3 Voordelen en beperkingen van de gebruikte methode

In het hoofdstuk 'methode' staat beschreven op welke manier dit onderzoek uitgevoerd is. In het procesverslag is te lezen in hoeverre deze methode gerealiseerd is. Hieronder wordt kort omschreven wat de voordelen en de beperkingen zijn van de gebruikte methode.

De resultaten binnen dit onderzoek zijn verkregen vanuit de literatuur, de patiënt en de verpleegkundige. Dit betekent dat de zaak van verschillende kanten belicht wordt. Uit het onderzoek blijkt dat de artsen en assistenten ook een rol spelen binnen dit onderzoek. Wellicht was het onderzoek meer compleet als de artsen ook direct bij het onderzoek betrokken waren.

De patiënten zijn benaderd door middel van een formulier dat de verpleegkundige aan patiënten die van 1 - 30 april ontslagen zijn, overhandigd heeft. Het is zo dat niet alle patiënten een formulier gekregen hebben. Het werd vergeten of soms wilden verpleegkundigen aan bepaalde patiënten geen formulier geven omdat ze dit te belastend vonden voor de patiënt. Dit resulteert in het feit dat relatief weinig formulieren teruggekregen zijn. Om deze reden is besloten om patiënten zonder toestemming te gaan bellen. Dit heeft tot gevolg gehad dat er één mevrouw was die het niet prettig vond, gebeld te worden zonder toestemming. Aan de andere kant heeft dit meer volledige informatie gegeven omdat op deze manier ook patiënten benaderd zijn die de verpleegkundigen bij voorbaat geen formulier hadden gegeven. Vaak was er met deze patiënten een interessant gesprek, dus het zou jammer geweest zijn als deze patiënten anders niet benaderd waren. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten zijn - bij toestemming van de patiënt- de gesprekken opgenomen en uitgetypt.

De topiclist die tijdens de interviews is gebruikt, is opgesteld aan de hand van de literatuur en informatieboekjes over ziekten en behandeling op afdeling gynaecologie. Aan patiënten is aan de hand van deze checklist gevraagd hoe zij de ziekenhuisopname ervaren hebben. Ook is bij veel onderwerpen gevraagd waar patiënten behoefte aan hebben of hoe zij het graag zouden willen zien. Op deze manier was het mogelijk om te meten hoe het nu gaat op de afdeling en ook is zo mogelijk om te omschrijven hoe patiënten graag willen dat het zal gaan. Dit is goed om te kunnen omschrijven wat verbeterd kan worden. Tijdens het afnemen van de interviews bleek echter dat niet in alle gevallen is ingegaan op de behoeften van de patiënt. Als patiënten aangeven dat alles duidelijk is, dan is het lastig om te vragen of zij daar ook behoefte aan hebben. Hierdoor is het op basis van de beschikbare resultaten niet mogelijk om een reëel beeld te geven van de daadwerkelijke behoeften van de onderzoekspopulatie.

De topiclist heeft bij ieder interview als leidraad gediend, zodat in ieder interview dezelfde onderwerpen aan de orde zijn gekomen. Dit bevordert de validiteit van het onderzoek. De topiclist is tevens bij herhaling van het onderzoek te gebruiken.

Tijdens het de interviews is gebruik gemaakt van open vragen. Enerzijds geeft dit goed de ervaring en behoeften van patiënten weer. Anderzijds maakt dit het wel moeilijk om de resultaten te labelen. Dit maakte dat er gegeneraliseerd moest worden. Dit doet in dat geval afbreuk aan de verhalen van de patiënten. Om die reden is er voor gekozen om af en toe patiënten te citeren.

4.5.4 Nieuw opgekomen onderzoeksvragen

Nu dit onderzoek is uitgevoerd zijn er nog een aantal vragen naar bovengekomen. Kwaliteit van zorg wordt in dit verslag beschreven vanuit het perspectief van de literatuur, de patiënt en van de verpleegkundige. *Wat is het perspectief van de arts en de arts-assistent in deze?* Omdat niet in alle gevallen de behoefte van de patiënt duidelijk zijn geworden vanuit de interviews is het de vraag wat de resultaten zijn wanneer wel alle behoeften in kaart worden gebracht.

Uit het gesprek met de verpleegkundigen bleek dat zij aangeven wel alle informatie te geven, terwijl patiënten aangeven dat niet alle informatie duidelijk is, of dat zij niet alle informatie gekregen hebben. *Hoe is dit verschil te verklaren? Hoe kan dit probleem worden opgelost?*

Uit het gesprek met verpleegkundigen bleek dat zij verschillende problemen signaleren. Een voorbeeld hiervan is dat verpleegkundigen niet samen met de artsen visite lopen. Dit levert voor hen, de patiënt en de arts een aantal problemen op. Verpleegkundige signaleren dit probleem, zij doen hier verder echter weinig mee. *Hoe is de houding van de verpleegkundigen te verklaren? Kan hier verbetering in aangebracht worden?*

Literatuurlijst

Bruin, E. de, Kruijf, W.B., de, Roza, P., & Suijker, R. (2009) *Herstellen... meer dan repareren?!*
ondertitel: reconstitutie in het Neuman Systems Model. Nieuwegein: Sint Antonius Ziekenhuis.
Niet gepubliceerd.

Cox, K., Louw, D. de, Verhoef, J., & Kuiper, C., (2008). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: Lemma.

Donabedian, A. (1982). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Vol II. The Criteria and Standards of Quality. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press.

Engelshoven, I. van, Beker, H., & Reurslag, R. (2007). De weg naar een beter ontslagproces. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* (6), 38-42.

Engelshoven, I. van, & Rensen, A., (2005). *Het ontslagproces*. TVZ (2), 46-50.

Grummels, J., & Veldman, F. (2003). *Ontslagproces. Literatuurstudie naar de verpleegkundige ontslagprocedure van klinische patiënten in een algemeen ziekenhuis*. Nijmegen: CWZ-HAN.
Niet gepubliceerd.

Have, E.C.M. ten. (2006). *Communicatieve vaardigheden voor verpleegkundigen. De patiënt centraal*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Hollands, L., Hendriks, L., Ariëns, H., & Verheggen, F., (2007). *Elementen van kwaliteitszorg; begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg*. Utrecht: Lemma.

Hunnink, G.H., Bijl, van der J.J., Cusveller, B.S., Leenaarts, E., Linge, R., van, & Swieten, E.van. (2000). *Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Utrecht/Zutphen: Thiememeulenhoff.

Inspectie van Gezondheidszorg. (2011). *Kwaliteitszorg*. Gedownload van: <http://www.igz.nl>, op: 4-4-2011.

Jong, A. de, Vandenbroele, H., Glorieux, M., Maesschalck, L. de, & Visser, M. (2000). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Klaren, A.D., Leussink, M.C.A.M., Courtens, A.M., & Hollands, L. Kwaliteit van zorg gedurende de ontslagfase. *Verpleegkunde*, 2000, Nr. 1, 4-17.

Klaren, A., Courtens, A.M., & Hollands, L. (2000). Onderzoek naar de kwaliteit van zorg gedurende de ontslagfase, zowel vanuit verpleegkundig perspectief als vanuit patiëntenperspectief. *Oncologica (1)*, 36.

Mistiaen, P. (2008). Zorg rond ontslag ziekenhuispatiënt. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen (2)*, 40 .

Mistiaen, P., Duijnhouwer, E., & Dukkers- van Emden, T. (2001) Ontslagzorg kan veel problemen na het ontslag uit het ziekenhuis voorkomen. Met zorg ontslagen. *Tijdschrift voor verpleegkundigen, (2)*, 56-58.

Moons, P., Steeman, E., Wouters, B., Indenkleef, S., Bollen, S., Manhaeve, D. et al. (1999) *Effectiviteit van ontslagmanagement in de Belgische Gezondheidszorg: onderzoeksresultaten uit de algemene ziekenhuizen*. *Acta Hospitalia, (4)*, 45-56.

Nieswiadomy, R.M. (2009). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Prieto Lestegas, A. (2010). *Explora van NVZ Plus!, meetperiode 01-04-2010 - 01-09-2010*. *Verpleegafdeling Gynaecologie Nieuwegein, NF2*.

Right Marktonderzoek Zwolle. (2011). *Kwalitatief onderzoek*. Gedownload van: <http://www.rightmarktonderzoek.nl/methoden-onderzoek/methoden-onderzoek.aspx>, op: 4-4-2011.

Scheepers, P., Renckstorf, K., & Wester, F. (2006). *Onderzoekstypen in de communicatiewetenschap*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Schoot, T., Danen, S., Ham, H. van der, Jonkers, A., Koetsenruijter, R., & Swieten, B. van. (2006). *De verpleegkundige als ontwerper*. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff.

Simons, P., & Moortel, J. van de (2004). Wie beslist over het ontslag van de patiënt. *Nursing* (10), 37.

Verhoeven, N. (2008). *Wat is onderzoek?* Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Walle, B. van de, & Kruijswijk, J. (2003). De verpleegkundige als ontslagmanager. *Oncologica* (1), 32-36.

ZonMw. (2011). *Implementatietechnieken*. Gedownload van:

<http://www.zonmw.nl/nl/implementatie/implementatiekennis/fasen/>, op: 4-2-2011.

Bijlagen

1. Projectplan
2. Literatuurstudie
3. Topiclist
4. Formulier aan de patiënt
5. Vragenlijst voor verpleegkundigen
6. Uitnodiging eindpresentatie
7. Zakkaartje verpleegkundigen
8. Verpleegkundige relevantie
9. Maatschappelijke relevantie
10. Procesverslag
11. Leerrendement verslagen

Bijlage 1 Projectplan

Aanleiding

Verpleegkundigen op afdeling Gynaecologie van het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein ervaren problemen met betrekking tot het ontslag van patiënten. Dit komt voort uit telefoongesprekken met inmiddels uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Ontslagen patiënten bellen met vragen naar de afdeling of de polikliniek. De vragen hebben met name te maken met onduidelijkheid over leefregels na het ontslag uit het ziekenhuis. Hieruit blijkt dat patiënten informatie missen die essentieel is in het tegemoet komen aan hun zorgbehoeften na ontslag uit het ziekenhuis.

Schoot e.a. beschrijven dat de gezondheid en het welzijn van patiënten een primair resultaat zijn van kwaliteitszorg (Schoot, Danen, Van Der Ham, Jonkers, Koetsenruijter & Van Swieten, 2006). Omdat blijkt dat er niet voldoende tegemoet gekomen wordt aan de zorgbehoeften van de ontslagen patiënten, is de vraag van de afdeling Gynaecologie hoe de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag verbeterd kan worden.

Verpleegkundigen van de afdeling vragen zich af wat de oorzaak is van het missen van informatie bij ontslagen patiënten. Uit gesprekken onder afdelingsverpleegkundigen blijkt dat er voor hen geen duidelijke richtlijn bestaat over de inhoud van en wijzen van voorbereiden op het ontslag van een patiënt. Voor de verpleegkundigen is hierdoor onduidelijk wat van hen verwacht wordt. Dit maakt dat een ieder op zijn of haar eigen manier invulling geeft aan het ontslag van een patiënt.

Daarnaast laat ook het patiënttevredenheidsonderzoek (Prieto Lestegas, 2010) zien dat afdeling Gynaecologie onder de norm scoort op vragen die betrekking hebben op Vertrek en Nazorg.

De afdeling Gynaecologie heeft door deze verschillende aspecten een gebaseerde aanleiding tot de vraag hoe de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag verbeterd kan worden. Voldoende aanleiding om studenten van de Christelijke Hogeschool Ede te vragen een onderzoek te starten naar de kwaliteit van het patiëntenontslag op de afdeling.

Probleemstelling

Doelstelling

De kwaliteit van zorg met betrekking tot ontslag wordt beschreven vanuit het perspectief van verpleegkundigen, patiënten en literatuur. Aan de hand hiervan worden binnen dit onderzoek aanbevelingen gedaan. In overleg met de projectleider zal een van deze aanbevelingen worden uitgewerkt.

De aanbevelingen zullen de eenduidigheid onder afdelingsverpleegkundigen bevorderen en tegemoet komen aan de behoeften van de patiënt. Het streven is dat op lange termijn de patiënttevredenheid verbeterd blijkt, wat te zien zal zijn in de uitslag van het patiënttevredenheidsonderzoek.

Vraagstelling

Hoofdvraag

Hoe kan de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag verbeterd worden?

Deelvragen

1. Welke kennis is in de literatuur beschikbaar over kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag?
2. Wat zijn de behoeften van de patiënt met betrekking tot het ontslag?
3. Wat zijn de behoeften van de verpleegkundigen met betrekking tot het ontslag?
4. Hoe kunnen deze drie perspectieven samengevoegd worden tot een eenduidige beschrijving van kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag?
5. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan binnen dit onderzoek om de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag te verbeteren?
6. Wat kan binnen de duur van dit onderzoek aangereikt worden aan afdelingsverpleegkundigen om de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag te verbeteren?

Definitie

Patiëntenontslag / ontslagproces

Die momenten in de zorg waarop de patiënt voorbereid wordt op het verlaten van het ziekenhuis, waarbij ingegaan wordt op de behoeften van de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis om continuïteit in de zorgverlening te waarborgen (Klaren, Courtens & Hollands, 2000). Het voornaamste doel van het ontslagproces is het bevorderen van het herstel van de patiënt.

Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg is het leveren van verantwoorde zorg die tegemoet komt aan de behoeften van patiënten en wordt gevormd door het bevredigend en efficiënt werken als verpleegkundige. Om kwaliteit van zorg te leveren is het belangrijk de zorg tegemoet komt aan de behoeften van zowel patiënt als verpleegkundige.

Methode en werkwijze

Soort onderzoek

Gedurende dit onderzoek wordt gebruikgemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. Het gaat bij dit onderzoek namelijk niet om het in kaart brengen van cijfers, maar om het verkennen en inzichtelijk maken van een thema of vraagstuk. Het gaat erom te beschrijven hoe de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag verhoogd kan worden. Binnen dit onderzoek staan de beschrijving en interpretatie van de problemen in de onderzoekssituatie voorop. Daarbij gaat het vooral om het benoemen van gedragingen, uitspraken en tekstdelen uit verzamelde documenten (Reulink & Lindeman, 2005).

Binnen dit onderzoek gaat het vooral om het exploreren van de situatie rondom het ontslag. Wat is de oorzaak dat verpleegkundigen problemen ervaren met het verslag? Hoe kijken patiënten hier tegenaan? Deze verschijnselen zullen in het onderzoek beschreven worden. Op deze manier zal het mogelijk zijn te analyseren waaruit het probleem bestaat. Door patiënten en verpleegkundigen daarnaast ook te vragen naar hun behoeften tijdens het ontslag, kunnen uiteindelijk aanbevelingen worden gedaan om de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag te verbeteren. Op deze manier kan de werkelijkheid zoveel mogelijk als geheel beschreven worden. De bewuste motivaties, meningen, wensen en behoeften van de doelgroep zullen zo bij het onderzoek betrokken worden. Op deze manier kan de doelgroep ook zelf meedenken over de invulling van de mogelijke kwaliteitsverhoging met betrekking tot het ontslag (Right Marktonderzoek Zwolle, 2011).

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie binnen dit onderzoek bestaat uit verpleegkundigen en patiënten van de afdeling Gynaecologie in het Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein. De afdeling telt 15 verpleegkundigen en 2 stagiaires. Deze zullen allen gevraagd worden om een enquête in te vullen. Om de respons zo hoog mogelijk te krijgen zal op verschillende manieren de aandacht gevraagd worden voor de enquête. Er zal een mail gestuurd worden en een poster opgehangen. De enquête zal, met een begeleidend schrijven, in het postvak van de verpleegkundigen gedaan worden. Halverwege de tijd die voor het invullen van de enquête gesteld wordt, zal een herinneringsmail gestuurd worden. Om de verpleegkundigen bij het onderzoek te betrekken zal aan het begin van het onderzoek op de afdeling een introductie zijn. Op deze manier is het de bedoeling de aandacht van verpleegkundigen te krijgen. Ook zullen de verpleegkundigen tijdens het onderzoek regelmatig op de hoogte gehouden worden van de stand van zaken. Dit zal gebeuren via de mail. Daarnaast zal in de nieuwsbrief van de zorgseenheid Vrouw & Kind aandacht besteed worden aan het onderzoek.

Tijdens dit onderzoek zal ook gebruik gemaakt worden van de ervaring van patiënten. Om kwaliteit van zorg te omschrijven met betrekking tot het ontslag, is ook hun mening zeer van belang. Om binnen de tijd van dit onderzoek een zo groot mogelijke populatie te benaderen wordt ervoor gekozen om alle patiënten die van 1 – 30 april ontslagen worden, te betrekken bij dit onderzoek. Alleen patiënten die geen Nederlands spreken, of patiënten die geen toestemming verlenen voor het onderzoek, zullen niet deelnemen aan de interviews.

De benadering zal bestaan uit telefonisch contact ongeveer een week na ontslag. Voor de periode van 1 – 30 april is gekozen omdat dit een gunstige periode is binnen de tijd van het onderzoek. Het is nog onbekend hoeveel patiënten op deze manier benaderd zullen worden. Omdat het belangrijk is een representatief aantal respondenten te hebben, is gekozen voor een maand. Minder dan een maand zal wellicht niet veel respondenten opleveren. Omdat het onderzoek binnen een bepaalde tijd afgerond moet zijn is het niet haalbaar langer dan een maand bezig te zijn met het interviewen van patiënten. Op deze manier is de keuze gemaakt om de onderzoekspopulatie te beperken tot alle patiënten die binnen deze tijd ontslagen worden van de afdeling Gynaecologie in het Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein. In principe vallen alle patiënten daarbinnen (Hunink, van der Bijl, Cusveller, Leenaarts, van Linge & van Swieten, 2000).

De patiënten worden middels een formulier, wat voor ontslag door verpleegkundigen overhandigd wordt, om toestemming gevraagd voor het bellen. Op dit formulier staat ook de reden van het onderzoek. Het is de bedoeling de respons te verhogen door patiënten inzicht te verschaffen over het doel van het project.

Betrouwbaarheid en validiteit

Kwalitatief onderzoek heeft altijd veel kritiek gekregen als het gaat om de kwaliteit, de geldigheid van de resultaten. Volgens de critici zou kwalitatief onderzoek niet betrouwbaar zijn en niet valide zijn (Verhoeven, 2008). Betrouwbaarheid hangt samen met de herhaalbaarheid van kwalitatief onderzoek. De herhaalbaarheid van kwalitatief onderzoek staat volgens de critici onder druk, omdat er bij kwalitatief onderzoek voor een open benadering wordt gekozen. Herhaling van onderzoek zal daarom niet altijd dezelfde resultaten geven. Validiteit betreft zowel de generaliseerbaarheid als de begripsvaliditeit van kwalitatief onderzoek. Volgens de critici wordt er bij een steekproef te veel gegeneraliseerd, omdat het vaak een kleine groep personen betreft. Begripsvaliditeit zou niet betrouwbaar zijn omdat de beleving van een persoon centraal staat en niet een meetbaar begrip.

Toch wordt in kwalitatief onderzoek wel degelijk met betrouwbaarheid- en validiteitscriteria rekening gehouden. Om dit onderzoek zo betrouwbaar, valide en kwalitatief mogelijk te maken wordt er onder andere gebruik gemaakt van een zo uitgebreid mogelijke

beargumentering van het uitgangspunt van het onderzoek, beschreven in de aanleiding en probleemstelling. Door deze beargumentering heeft het onderzoek een goede onderbouwing. Ook wordt tijdens het onderzoek een goede registratie van alle methoden bijgehouden in een logboek. Daarnaast wordt tijdens het onderzoek van verschillende partijen feedback ontvangen (opdrachtgever, begeleiding school en onderling). De feedback wordt serieus genomen, overdacht en zo nodig verwerkt. Op deze manier blijft de betrouwbaarheid van het onderzoek op peil. Er is tijdens het onderzoek nauw contact met de opdrachtgever, het Antonius Ziekenhuis, via één contactpersoon, de opdrachtgever.

Een belangrijk betrouwbaarheids criterium in dit onderzoek is het gebruik van triangulatie. Triangulatie is het verzamelen van gegevens op verschillende manieren, bijvoorbeeld door interviews, observaties, video-opnames of foto's, gedurende een langere periode via verschillende en gevarieerde bronnen en door verschillende onderzoekers (Cox, de Louw, Verhoef, Kuiper, 2008). Triangulatie is een manier om ervoor te zorgen dat de resultaten van het onderzoek niet gebaseerd zijn op de verwachtingen van de onderzoeker. Triangulatie maakt een onderzoek betrouwbaarder omdat de onderzoeksvraag vanuit meer dan één perspectief wordt bekeken. De betrouwbaarheid wordt verhoogd omdat als het ware gecontroleerd wordt of het verkregen resultaat klopt als gebruik gemaakt wordt van een andere methode (Verhoeven, 2008). Hieronder volgt kort vanuit welke perspectieven dit onderzoek bekeken wordt en wat deze perspectieven betrouwbaar en valide maakt.

Literatuur

Literatuurstudie vormt een perspectief in dit onderzoek. Veel bronnen worden gebruikt, daarbij ook eerdere onderzoeken. Allereerst wordt breed naar literatuur rondom het onderwerp patiëntenontslag gezocht, daarna wordt specifiek afgebakend naar de behoeften van patiënten en verpleegkundigen bij ontslag. Wanneer immers de behoeften van patiënt en verpleegkundige duidelijk zijn, kan bekeken worden hoe de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden. Wanneer in de literatuur veel te vinden is over het patiëntenontslag krijgen de onderzoekers een brede kijk op het patiëntenontslag. Die brede kijk helpt om zo objectief mogelijk het onderzoek te vervolgen. Wanneer een onderzoeker objectief is, zal het onderzoek niet gebaseerd zijn op de verwachtingen van de onderzoeker (Cox, de Louw, Verhoef, Kuiper, 2008). Hierdoor zal de betrouwbaarheid van het onderzoek zeker stijgen.

Patiënten

Tijdens het onderzoek worden patiënten benaderd, een belangrijk perspectief in dit onderzoek. Het onderwerp patiëntenontslag betreft immers vooral de patiënt. De (on)tevredenheid van patiënten speelt in dit onderzoek een grote rol. Daarom zal hier naar worden gevraagd aan de patiënt zelf om de betrouwbaarheid te verhogen. Ongeveer een week na een ziekenhuisontslag vanaf de afdeling Gynaecologie worden patiënten thuis

opgebeld. Uit literatuur blijkt immers dat patiënten eenmaal een aantal dagen thuis, een reële mening kunnen geven over hun ontslag uit het ziekenhuis (Klaren, Leussink, Courtens en Hollands, 2000). Een reële mening van patiënten is natuurlijk van belang voor de betrouwbaarheid van dit onderzoek. Tijdens de gesprekken met patiënten wordt gebruik gemaakt van een topiclijst. Om betrouwbaarheid in een interview te waarborgen, is het van belang dat de geïnterviewde van te voren van het interview en de bedoeling afweet, zodat de kwaliteit en de hoeveelheid informatie aan het doel van het onderzoek voldoet (Scheepers, Renckstorf, Wester, 2006). Aan patiënten zal bij ontslag een formulier overhandigd worden met daarin informatie over dit onderzoek. Het doel van het onderzoek wordt genoemd. Ook staat beschreven wat van patiënten gevraagd wordt, namelijk mee te werken door middel van een telefonisch interview. Dit zal de betrouwbaarheid van het onderzoek bevorderen, omdat de patiënten zich op het gesprek kunnen voorbereiden. Als patiënten weten welke bijdrage zij kunnen leveren aan het onderzoek, zal een reële medewerking voor de hand liggen.

De onderwerpen van de topiclijst zullen gebaseerd zijn op literatuur, informatiefolders van afdeling Gynaecologie en tevens op een lijst met redenen waarvoor patiënten de polikliniek na ontslag hebben gebeld. Tijdens ieder gesprek komen alle onderwerpen van de topiclijst aan de orde. Dit zal de kans verminderen iets te vergeten, wat de betrouwbaarheid bevordert. De groep patiënten die wordt benaderd betreft alle patiënten die tussen 1-30 april ontslagen worden. Dit is een vrij grote groep patiënten en hoe groter de groep is, hoe nauwkeuriger een uitspraak gedaan kan worden (Verhoeven, 2008). Om de betrouwbaarheid nog meer te bevorderen, wordt bij de gesprekken, bij toestemming van de patiënt, gebruik gemaakt van geluidsopnameapparatuur. Dit kan als bewijs gebruikt worden.

Verpleegkundigen

Het derde perspectief in dit onderzoek is dat van de afdelingsverpleegkundigen. Uiteindelijk worden in dit onderzoek aanbevelingen geschreven voor de afdelingsverpleegkundigen, onder andere daarom vormen zij een belangrijk perspectief. Naar de behoeften van verpleegkundigen wordt gevraagd in een enquête. Door te kiezen voor open vragen in de enquête kunnen de verpleegkundigen hun mening en behoeften zelf omschrijven. Omdat de verpleegkundigen de probleemstelling van het onderzoek op de werkvloer van de afdeling zeker herkennen, zullen de enquêtes op een eerlijke manier worden ingevuld. Er is niet gekozen voor gesloten vragen omdat dit niet de eigen mening zal weergeven. Daarnaast verhoogd dit de kans op het verkrijgen van sociaalwenselijke antwoorden. Dit zal de betrouwbaarheid bevorderen.

Dataverzamelingstechniek en/of meetinstrument

Om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden, moet op verschillende niveaus naar informatie worden gezocht. Allereerst zal worden gekeken welke literatuur bruikbaar is voor dit onderzoek. Daarnaast zal om de deelvragen te kunnen beantwoorden, informatie worden verkregen van patiënten en verpleegkundigen.

Literatuurstudie

In dit onderzoek wordt gestart met een literatuurstudie. Er zal breed gezocht worden naar relevante informatie. Er zal gebruik worden gemaakt van zoekmachines en databases. Een overzicht van de gebruikte zoekwoorden per database en de (bruikbare) resultaten zal volgen.

Dataverzamelingstechnieken

De manier waarop data verzameld kunnen worden is in alle vormen van kwalitatief onderzoek gelijk. Er wordt in kwalitatief onderzoek voornamelijk met tekst gewerkt. Dit komt omdat kwalitatief onderzoek zich richt op de aard van het probleem, en niet zozeer op de mate waarin het probleem voorkomt. In dit onderzoek betekent het dat wordt gezocht naar tekst die gerelateerd is aan het onderzoeksprobleem, kwaliteit van zorg bij patiëntenontslag.

Interviews

Het afnemen van interviews is een van de meest voorkomende dataverzamelingstechnieken. Hierbij krijgen de informanten de ruimte om hun verhaal te vertellen. Van deze vorm van verzamelingstechnieken zal ook in dit onderzoek gebruik worden gemaakt. Patiënten worden geïnterviewd over hun ontslag.

Er wordt gekozen om interviews te gaan houden omdat op deze manier direct contact mogelijk is met de werkelijkheid van de betrokkenen. Op deze manier zullen de meeste en snelste resultaten verkregen worden (De Jong, e.a., 2000).

De literatuur beschrijft verschillende vormen van interviews en in dit onderzoek zal gebruikt worden gemaakt van het semi-gestructureerde interview. De structuur van het gesprek ligt niet vast en de onderzoeker heeft meer dan één beginvraag bij zich (de zogeheten 'topiclist') Zie omschrijving van de topiclist. Daarnaast is er ook ruimte voor de eigen thema's van de informant. (Verhoeven, 2008).

Een goede voorbereiding is noodzakelijk om een interview goed te laten verlopen. Daarom zal voorafgaand aan de interviews de topiclist met de opdrachtgever doorgesproken worden.

Het is van belang om na te gaan of het taalgebruik van de onderzoeker aangepast is aan

de taal van de informant/patiënt. Dit betekent vooral dat in de gesprekken vakjargon vermeden zal worden. Dit vergroot een open en vertrouwelijke sfeer.

Om de patiënt zijn verhaal te kunnen laten doen, moet deze het gevoel krijgen dat hij/zij alle tijd heeft. Wanneer de patiënt zal merken dat de onderzoeker haast heeft, zal dit de bereidheid en de antwoorden van de patiënt beïnvloeden, wat niet ten goede komt aan het onderzoek.

Wanneer de patiënt het gevoel krijgt dat hij/zij een waardevolle bijdrage levert aan het onderzoek, verhoogt dit de kwaliteit van de inhoud van het interview (De Jong, Vandenbroele, Van der Arend; 2000).

Om patiënten bereidwillig te maken en het gevoel te geven dat zij een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan dit onderzoek, zal voor hen een informatiebrief worden opgesteld. Deze conceptbrief zal in overleg met afdelingsverpleegkundigen definitief gemaakt worden. Patiënten ontvangen de brief van de verpleegkundigen bij hun ontslag. Door middel van deze brief wordt de patiënt alvast voorbereid op het interview dat ongeveer een week na het ontslag van de patiënt zal plaatsvinden. Zie bijlage voor inhoud van deze brief.

In overleg met afdelingsverpleegkundigen zal worden besproken wat te doen wanneer patiënten medische vragen stellen. Waarschijnlijk kan niet altijd antwoord gegeven worden omdat die kennis ontbreekt. Daarnaast is dit ook niet het doel van dit gesprek. In de informatiebrief zal worden aangegeven dat het doel van het gesprek is inzicht te krijgen in de behoeften en ervaringen van patiënten. Wanneer patiënten tijdens het gesprek toch vragen blijken te hebben, zullen zij in overleg met een afdelingsverpleegkundige worden teruggebeld.

Om de gegevens van de interviews te analyseren, zal ten eerste het gesprek worden opgenomen. Zo kan achteraf het interview worden uitgetypt en zal na uittypen van alle interviews, de gegevens van alle patiënten duidelijk met elkaar vergeleken kunnen worden. Dan kan worden gescreend op o.a. komen bepaalde zaken vaak naar voren? Zijn patiënten tevreden over dezelfde dingen? Wat zijn verschillen in wat patiënten aangegeven?

Topiclist

Tijdens dit onderzoek zal een topiclist worden opgesteld om gericht informatie te kunnen verzamelen. Het opstellen van de onderwerpen voor de topiclist wordt gedaan aan de hand van de literatuur. Wat wordt gezegd over 'problemen die patiënten ervaren bij ontslag'? Wat is te zien in eerder uitgevoerde onderzoeken? Is er overlap in gevonden informatie?

Er zullen open vragen opgesteld worden waarbij de patiënt ruimte heeft om aan te geven hoe hij/zij het ontslag ervaren heeft, waar hij/zij tevreden over is en wat de patiënt gemist heeft.

Om de topiclist specifiek te richten op de onderzoekspopulatie, zullen de informatiefolders van de afdeling Gynaecologie gescreend worden op onderwerpen voor de topiclist. Daarnaast zal gevraagd worden of de informatiefolder voldoende tegemoetkomt aan de informatiebehoefte van de patiënt.

De polikliniek Gynaecologie blijkt regelmatig gebeld te worden door ontslagen patiënten. Er zal worden nagegaan waarvoor patiënten bellen. Deze gegevens zullen ook gebruikt worden voor het opstellen van de topiclist. Stellen patiënten vragen waar de folder geen antwoord op geeft? Stellen patiënten vragen over zaken die zij eigenlijk van verpleegkundigen hadden moeten horen bij ontslag? Gaan de vragen van patiënten over dezelfde zaken? Alle onderwerpen van de topiclist komen in ieder gesprek aan de orde.

Enquêtes

De meest gebruikte methode om meningen en houdingen bij grote groepen personen te meten, is die van de survey, ook wel enquête genoemd. Surveyonderzoek is een gestructureerde dataverzamelmethode waarbij op systematische wijze vragen worden gesteld aan een aantal mensen (Verhoeven, 2008).

Binnen dit onderzoek zal een survey gehouden worden onder afdelingsverpleegkundigen. Omdat gegevens van een enquête gemakkelijker zijn te analyseren dan interviews wordt, in verband met de beschikbare tijd, voor enquêtes gekozen. Omdat dit een kwalitatief onderzoek is, zullen in de enquête de nodige open vragen gesteld worden. De reden waarom ervoor gekozen wordt patiënten te interviewen en bij verpleegkundigen een enquête af te nemen is dat het noodzakelijk is om bij patiënten direct door te kunnen vragen. Bij verpleegkundigen is het altijd mogelijk om terug te komen op de antwoorden die in de enquête gegeven worden. Bij patiënten zou het moeilijker zijn om terug te komen op reacties in enquêtes. Omdat de analyse van interviews dusdanig veel tijd in beslag neemt, past dit niet binnen de gestelde tijd van dit onderzoek.

Er kunnen verschillende typen surveys onderscheiden worden. In dit onderzoek zal gebruik worden gemaakt van schriftelijke enquêtes die worden afgenomen onder afdelingsverpleegkundigen.

Om een zo goed mogelijke medewerking te krijgen van afdelingsverpleegkundigen, is het van belang om hen te betrekken in dit onderzoek. Dit zal gedaan worden door een introductie te houden, posters op te hangen op de afdeling en door regelmatig contact te houden.

Na het opstellen van de vragenlijst, zal deze worden besproken met de opdrachtgever. De

enquête zal worden doorgesproken met één verpleegkundige, om na te gaan of de vragen duidelijk zijn, of er eventuele fouten in zitten, of de zinnen een goedlopende structuur hebben et cetera. Dit vergroot de betrouwbaarheid van de uiteindelijke resultaten.

Een enquête bevat meestal een uiterlijke inleverdatum. Afhankelijk van de duur van ons onderzoek, de lengte van de vragen en de hoeveelheid vragen die gesteld worden zal een redelijk termijn aan de verpleegkundigen gegeven worden. Dit betekent dat de enquête tijdig opgesteld moet worden, besproken en uitgedeeld, zodat de verpleegkundigen de tijd hebben om voor de uiterlijke datum de enquête in te vullen.

Kwalitatieve analyse

Bij een kwalitatief onderzoek is de data-analyse een cyclisch proces. Hierbij worden de data constant geanalyseerd. Dit heeft voor dit onderzoek de betekenis dat, indien zich nieuwe situaties voordoen in bijvoorbeeld de gesprekken met patiënten en verpleegkundigen, met deze data wordt teruggegaan naar het eerder geanalyseerde materiaal. In dit onderzoek zal het gaan om de analyse van onderzoeken, teksten, interviews en enquêtes. Volgens de volgende stappen zal de analyse van de data plaatsvinden. Eerst zal de informatie geselecteerd worden op relevantie. De relevante tekst zal opgedeeld worden in fragmenten, zodat elk fragment slechts informatie geeft over één onderwerp. Ieder fragment zal voorzien worden van één of meerdere labels waarmee de inhoud van het fragment zo goed mogelijk wordt weergegeven. In een volgende stap zullen de verschillende labels worden geclusterd rond een bepaald thema. De verschillende labels zullen daarna gecontroleerd worden op volledigheid. Alle informatie moet zonder problemen onder te brengen zijn in de labels. Als op deze manier de zogenoemde kernlabels benoemd zijn, zal aan ieder label een definitie gegeven worden. Om de betrouwbaarheid te verhogen zullen alle labels gecontroleerd worden op juistheid door iemand anders de tekstfragmenten opnieuw in te laten delen. Op deze manier kan aangetoond worden of een andere onderzoeker tot dezelfde labeling gekomen zou zijn. Met deze labels zal worden teruggegaan naar de probleemstelling. Op deze manier kan een antwoord gegeven worden op de vragen binnen dit onderzoek. Ook zal worden nagegaan of alle kernlabels even belangrijk zijn in het kader van de probleemstelling of dat een zekere hiërarchie aan kan worden gebracht (Hunink, van der Bijl, Cusveller, Leenaarts, van Linge & van Swieten, 2000).

Er zal een logboek bijgehouden worden wat als hulpmiddel dient bij het weergeven van de resultaten van de analyse. Daarin zullen de aantekeningen van de analyses bijgehouden

worden, welke keuzes worden gemaakt en bijbehorende argumenten. Hierin zal ook worden weergegeven waarom voor bepaalde zaken níét zal worden gekozen. (Verhoeven, 2008)

Betrokken partijen

Studenten:

Geertrude Bogerd, Willeke de Kruijf & Petra Roza

Academie voor gezondheidzorg, Christelijke Hogeschool Ede

Contact: 0649629685

g.bogerd@antoniusziekenhuis.nl

gcbogerd@student.che.nl

Begeleiders:

Marja Roozen

St. Antonius Ziekenhuis

Contact: 0630231706

m.roozen@antoniusziekenhuis.nl

Kees Schimmel

Christelijke Hogeschool Ede

Contact: 0318696300

cwschimmel@che.nl

Tijdsplanning

Fase	Week	Activiteit		Opmerking
Oriëntatiefase	Week 6	Kennismaking		
	Week 6, 7, 8	Literatuurstudie		
	Week 9, 10, 11	Projectplan		
	Week 11	Overeenkomst		
Uitvoeringsfase	Week 11	Introductie aan verpleegkundigen		
	Week 12, 13	Deelvraag 3 Topiclijst * maken		*voor vragen aan patiënten en verpleegkundigen
	Week 13 - 17	Patiënten bellen Contact leggen met verpleegkundigen*		*deelvraag 1 en 2
	Week 18	Deelvraag 4		*overleg over uit te werken aanbeveling
	Week 19, 20	Deelvraag 5		
Evaluatiefase	Week 21	Verslag afmaken		
	Week 22, 23	Presentatie project		

Evaluatie

Door de beperkte tijd die beschikbaar is voor dit onderzoek zal het niet mogelijk zijn om, na het in gebruik nemen van de uitgewerkte aanbeveling, te toetsen of de tevredenheid van patiënten en verpleegkundigen verhoogd is.

Benodigde faciliteiten

Ruimte met telefoon voor gesprekken met patiënten

Ruimte voor introductie en presentatie project

Contactgegevens patiënten

Notatie van verpleegkundigen in de afdelingsagenda bij ontslagen patiënten of deze al dan niet gebeld willen worden.

Bronnen

CHE. (2010). Onderwijsgids. Ede: Christelijke Hogeschool.

Cox, K., Louw, D. de, Verhoef, J., Kuiper, C. (2008). Evidende-Based Practice voor verpleegkundigen. Den Haag: Uitgeverij LEMMA.

Engelshoven, I. van, Beker, H., & Reurslag, R. (2007). De weg naar een beter ontslagproces. Tijdschrift voor Verpleegkundigen (6), 38-42.

Hollands, L., Hendriks, L., Ariëns, H., & Verheggen, F.(2003). Elementen van kwaliteitszorg. Utrecht: Uitgeverij LEMMA.

Hunnink, G.H., Bijl, van der J.J., Cusveller, B.S., Leenaarts, E., Linge, R.. van, & Swieten, E.van. (2000). Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Utrecht/Zutphen: Thiememeulenhoff.

Jong, A. de, Vandenbroele, H., Glorieux, M., Maesschalck, L. de, & Visser, M. (2000). Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Klaren, A., Courtens, A.M., & Hollands, L. (2000). Onderzoek naar de kwaliteit van zorg gedurende de ontslagfase, zowel vanuit verpleegkundig perspectief als vanuit patiëntenperspectief. Oncologica (1), 36.

Prieto Lestegas, A. (2010). Explora van NVZ Plus!, meetperiode 01-04-2010 - 01-09-2010. Verpleegafdeling Gynaecologie Nieuwegein, NF2.

Reuling, N., & Lindeman, L. (2005). Kwalitatief onderzoek. Nijmegen: Radboud University.

Right Marktonderzoek Zwolle. (2011). Kwalitatief onderzoek. Gedownload van: <http://www.rightmarktonderzoek.nl/methoden-onderzoek/methoden-onderzoek.aspx>, op: 4-4-2011.

Scheepers, P., Renckstorf, K., & Wester, F. (2006). Onderzoekstypen in de communicatiewetenschap. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Schoot, T., Danen, S., Ham, H. van der, Jonkers, A., Koetsenruijter, R., Swieten, B. van. (2006). De verpleegkundige als ontwerper. Utrecht/Zutphen: Thiememeulenhoff.

Verhoeven, N. (2008). Wat is onderzoek? Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Bijlage 2 Literatuurstudie

Patiëntenontslag & Kwaliteit van zorg

1.1 Inleiding

Deze literatuurstudie is gebruikt om een antwoord te kunnen geven op de eerste deelvraag van dit onderzoek: *Wat zegt de literatuur over kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag?* Deelvraag één is uiteindelijk een samenvatting van de belangrijkste aspecten uit deze literatuurstudie. De literatuurstudie gaat uitgebreider op alle onderwerpen in. Deze literatuurstudie kan als naslagwerk op de eerste deelvraag gelezen worden.

Ten eerste is het patiëntenontslag uit het ziekenhuis in de literatuur bestudeerd. De eerste paragraaf van dit hoofdstuk '*Patiëntenontslag*' geeft een beschrijving van dit gedeelte van de literatuurstudie. Ten tweede is kwaliteit van zorg in de literatuur bestudeerd, te lezen in de tweede paragraaf '*Kwaliteit van zorg*'. De beantwoording van de eerste deelvraag geeft als het ware een koppeling van beide literatuurstudies: '*Kwaliteit van zorg met betrekking tot het patiëntenontslag*'.

1.2 De literatuur en het patiëntenontslag

1.2.1 Het ontslag van patiënten uit het ziekenhuis

Wat houdt het ontslag van patiënten uit het ziekenhuis precies in? Wat zegt de literatuur over het ontslag uit het ziekenhuis? Wie bepaalt eigenlijk de ontslagdatum? Dit zijn een aantal vragen die in deze paragraaf aan de orde komen.

Het ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis is een wezenlijk onderdeel van het zorgproces en bepaalt daardoor mede de kwaliteit van de zorg. Om deze reden is het doelmatig, efficiënt en effectief verloop van het ontslagproces van belang (Van Engelshoven & Rensen, 2005).

Klaren beschrijft het ontslagproces als: 'Die fase in de zorg, waarin, in samenspraak met de patiënt en/of informele zorgverleners, de patiënt en/of informele zorgverleners voorbereid worden op het verlaten van het ziekenhuis, waarbij ingegaan wordt op de individuele zorgbehoeften van de patiënt en waarbij een inschatting gemaakt wordt van de zorgbehoeften thuis om continuïteit in de zorgverlening te waarborgen' (Klaren, Leussink, Courtens & Hollands, 2000).

In de literatuur worden diverse definities van het ontslagproces gegeven. Samenvattend kan op basis daarvan een effectief ontslagproces als volgt omschreven worden: 'Een gepland

programma dat de continuïteit van zorg waarborgt en dat voorziet in de zorgbehoeften van de patiënt na het ontslag uit het ziekenhuis' (Van Engelshoven & Rensen, 2005).

Het ontslagproces is een complex proces met veel verschillende inhoudelijke en tijdgebonden aspecten dat goed gestructureerd en gecoördineerd moet worden (Van Engelshoven, Beker & Reurslag, 2007). Het ontslagproces begint al met de verpleegkundige anamnese, gevolgd door de planning van de zorg tijdens het verblijf in het ziekenhuis én in de thuissituatie, dan de uitvoering en tenslotte de evaluatie van de zorg (Grummels & Veldman, 2003). Een vroege en gecoördineerde beoordeling van de zorgbehoeften van de patiënt en zijn thuissituatie is een belangrijk element van het ontslagproces. Bij het afnemen van de verpleegkundige anamnese bij opname in het ziekenhuis kan de zorgbehoefte van de patiënt en zijn thuissituatie al beoordeeld worden (Grummels & Veldman, 2003). Op deze manier kunnen eventuele benodigdheden voor toekomstige zorg vroeg gepland worden. Bij opname speelt ook de vraag wie de belangrijkste mantelzorger (vaak contactpersoon) is. Op betrokkenheid van de mantelzorger gerichte communicatie is mede doorslaggevend voor de mate van tevredenheid over het ontslagproces. De mantelzorger heeft dan immers, naast de patiënt zelf, de gelegenheid om behoeften te uiten en prioriteiten te stellen (Rensink, Duijnsteek & Pel, 2005).

Naast een vroege beoordeling en coördinatie van de zorgbehoefte zijn een multidisciplinaire aanpak en een effectieve communicatie belangrijke elementen van het ontslagproces (Grummels & Veldman, 2003). Een multidisciplinaire aanpak is bijvoorbeeld nodig bij het vaststellen van de ontslagdatum. In overleg met verschillende disciplines wordt een ontslagdatum bepaald. Bij deze bepaling moet altijd rekening worden gehouden met de tijd die nodig is om de nazorg te regelen. Derven beweert dat de continuïteit van zorg wordt gewaarborgd door de zorg na ontslag te laten regelen door de verpleegkundige die ook tijdens de opname het zorgproces coördineerde (Derven & Lensink, 1998).

De beslissing over het ontslag van de patiënt speelt zich af binnen het deskundigheidsgebied van zowel arts als verpleegkundigen. Beide beroepsbeoefenaren behoren te overleggen over de datum van ontslag waarbij vakinhoudelijke argumenten ter tafel moeten worden gebracht. In een situatie waarbij meerdere disciplines zorginhoudelijk betrokken zijn, is het verstandig om iemand de organisatorische eindverantwoordelijkheid te geven. In die situatie wordt het realiseren van een zo kort mogelijke opnameduur, de afstemming van de zorg en de informatievoorziening van de patiënt gewaarborgd. In het ziekenhuis heeft meestal de arts deze eindverantwoordelijkheid. Als de arts beslissingen op verpleegkundig gebied wil nemen, dan is hij hierop ook aanspreekbaar door verpleegkundigen. De beslissing over het ontslag van de patiënt is niet medisch of verpleegkundig, maar zowel medisch als verpleegkundig (Simons, 2004).

Het is van belang te weten dat de verschillende disciplines die bij het ontslag betrokken zijn allemaal vanuit een ander perspectief werken. Iets wat vanzelfsprekend niet altijd in het voordeel van de patiënt is. Het derde element dat Grummels noemt, de effectieve communicatie, is daarom ook erg belangrijk (Grummels & Veldman, 2003). Een transferverpleegkundige kan de diverse belangen op elkaar afstemmen om de continuïteit en de kwaliteit van zorg in het belang van de patiënt te behouden (Bos, 2002). Meer over transferverpleegkundigen is te lezen bij de mogelijke oplossingen voor voorkomende problemen bij het ontslag uit het ziekenhuis.

1.2.2 Behoeften van patiënten en verpleegkundigen bij het ontslag

Wat zegt de literatuur over de behoeften van patiënten rondom het ontslag? En wat zegt de literatuur over de behoeften van verpleegkundigen rondom het ontslag?

Patiënten

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de behoeften van patiënten met betrekking tot het ontslag. Uit onderzoek van Klaren en anderen (verricht onder kankerpatiënten) blijkt dat patiënten een bepaald belang toekennen aan verschillende kwaliteitsaspecten. Uit de kwaliteitsaspecten waar in dit onderzoek naar gevraagd is, wordt informatievoorziening als de belangrijkste gezien. Dit betreft dan met name de informatievoorziening over de ziekte, de behandeling, het verloop van de ziekten, bij welke verschijnselen een arts gewaarschuwd moet worden en tenslotte de mate van erfelijkheid van de ziekte (Klaren, Courtens & Hollands, 2000). Ook uit andere onderzoeken blijkt dat patiënten een grote behoefte hebben aan informatieverstrekking. Mistiaen schrijft dat patiënten informatie over ziekte, behandeling, medicatie, voorschriften, financiële aspecten, huishoudelijke taken, thuishulp, moeheid en pijn belangrijk vinden. Door goede informatieverstrekking wordt onzekerheid, bezorgdheid en angst bij de patiënt verminderd (Mistiaen, Duijnhouwer & Dukkers, 2001). Eenmaal thuis beseffen patiënten vaak dat de gegeven informatie niet goed is overgekomen of dat deze niet volledig is geweest. Zo blijkt uit een onderzoek, dat onder driehonderd patiënten van 65 jaar en ouder is gemeten, dat 80 procent van de patiënten een week na ontslag aangeeft zich onvoldoende geïnformeerd te voelen. Voornamelijk omtrent hun ziekte, de behandeling en het verloop ervan. Ook hebben veel patiënten vragen over hun medicatie, over wat voor voorschriften ze na ontslag moeten handhaven en over waar ze aan kunnen kloppen voor hulp. Bijna 40 procent van deze patiënten gaf aan behoefte te hebben aan meer hulp thuis (Mistiaen et al., 2001). Eenmaal thuis geven patiënten vaak aan dat zij in het ziekenhuis meer duidelijkheid hadden willen krijgen over functionele beperkingen ten aanzien van huishoudelijke activiteiten, mobiliteit en hoe om te gaan met vermoeidheid (Klaren et al., 2000). Uit het bovenstaande blijkt dat informatieverstrekking een essentieel onderdeel is van het ontslag. Naast voldoende

informatie vinden patiënten aandacht voor hun persoonlijke wensen bij het regelen van de nazorg belangrijk (Klaren et al., 2000). Later in dit onderzoek wordt aan het essentiële onderdeel *informatieverstrekking* meer aandacht geschonken.

Uit onder andere het onderzoek van Klaren blijkt dat patiënten de overgang van het ziekenhuis naar huis soms te abrupt vinden. Ook hieruit blijkt dat effectieve communicatie onder zorgverleners en continuïteit bij het patiëntenontslag van groot belang zijn (Grummels & Veldman, 2003). Patiënten hebben behoefte aan een gestructureerd ontslag. Dit betekent bijvoorbeeld dat patiënten behoefte hebben om het moment van ontslag te weten. Klaren schrijft dat patiënten het eenmaal thuis belangrijker vinden dan in het ziekenhuis om minimaal 48 uur van tevoren de ontslagdatum en het tijdstip van het ontslaggesprek te weten (meer over het ontslaggesprek bij *mogelijke oplossingen voor voorkomende problemen bij het ontslag uit het ziekenhuis*). Thuis zijn deze patiënten dan ook minder tevreden over het van te voren op de hoogte zijn van het tijdstip van ontslag (Klaren et al., 2000).

Verpleegkundigen

Bij het patiëntenontslag zijn ook de behoeften van de verpleegkundigen van belang.

Behoeften van verpleegkundigen zijn onder meer (Van Engelshoven et al., 2007):

- Beter zicht krijgen op het ontslagproces van de patiënt (continuïteit). Wanneer afdelingsverpleegkundigen op dezelfde manier het ontslagproces volgen zal er sprake zijn van continuïteit. Bij het zicht krijgen op het ontslagproces worden verpleegkundigen zich bewust van het ontslagproces zoals die nu verloopt en op hoe het proces behoort te verlopen. Verpleegkundigen kunnen met deze bewustwording aan de slag en werken aan continuïteit.
- Het ontslagproces gecoördineerd en gestructureerd laten plaatsvinden;
- Aan het eind van de opname een ontslaggesprek houden met iedere patiënt;
- Een telefonisch nazorgsprekuren houden om zo nodig de patiënt aanvullend te informeren en/of zijn vragen te beantwoorden en de zorg te evalueren. Met de hieruit verkregen informatie het ontslagproces nog verder aanscherpen en problemen voorkomen. Een goed ontslagproces en het voorkomen van problemen zijn behoeften van verpleegkundigen.

Een nadeel van deze behoefte is de tijd die het telefonisch nazorgsprekuren in beslag zal nemen.

De behoeften die Van Engelshoven beschrijft zijn zowel voor de verpleegkundigen als voor de patiënt bevredigend en efficiënt. Daarom kunnen deze behoeften meewerken aan kwaliteit van zorg (Hollands, Hendriks, Ariëns & Verheggen, 2007) (meer hierover is te lezen in de paragraaf over *kwaliteit van zorg*).

Bovenstaande behoeften zijn niet algemeen geldend voor iedere verpleegkundige. Niet alle verpleegkundigen hebben dezelfde behoeften. Sommige verpleegkundigen zijn zich ook te weinig bewust van de problemen rond het ontslag en missen daarom behoeften om dit te verbeteren. Omdat niet iedere verpleegkundige dezelfde behoeften heeft, wordt in het onderstaande gedeelte beschreven wat de randvoorwaarden en criteria voor verpleegkundigen zijn om kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag te waarborgen.

1.2.3 Randvoorwaarden en criteria voor een goed ontslag

Wat zijn randvoorwaarden en criteria voor een goed ontslag?

In de literatuur is een groot aantal randvoorwaarden en criteria te vinden voor een goed ontslagproces. De randvoorwaarden vormen samen de voorwaarde waaraan voldaan moet zijn, wil het beoogde doel bereikt worden (Van Dale, 2011). De criteria vormen de aspecten waarop wordt beoordeeld in de praktijk (Van Dale, 2011). De beschreven randvoorwaarden en criteria waarborgen een bevredigend en efficiënt ontslag voor zowel verpleegkundige als patiënt. Wanneer er sprake is van een *goed ontslag* wordt dan ook aan deze randvoorwaarden en criteria aandacht geschonken.

Randvoorwaarden voor een goed ontslagproces (Van Engelshoven & Rensen, 2005; Van Engelshoven et al., 2007):

- De verpleegafdeling dient een schriftelijk vastgelegd en in protocollen en werkafspraken vertaald beleid te hebben voor het ontslagproces;
- De samenwerking en coördinatie van alle bij het ontslagproces betrokken professionele hulpverleners behoren inzichtelijk en afgestemd te zijn, bijvoorbeeld via multidisciplinair overleg;
- Op de verpleegafdeling dient up-to-date kennis voorhanden te zijn van beschikbare zorgvoorzieningen van thuiszorg en mantelzorg.

Criteria voor een goed ontslagproces (van Engelshoven & Rensen, 2005):

- Het ontslagproces heeft betrekking op het totale welbevinden van de patiënt (lichamelijk, psychisch, sociaal);
- De patiënt en mantelzorg dienen actief betrokken te worden bij alle aspecten van het ontslagproces (Van Engelshoven et al., 2007);
- Het ontslagproces start bij opname met inschatting van de benodigde zorg na ontslag en een inventarisatie van de mogelijkheden van mantelzorg. Dit kan eventueel ook vóór de opname gebeuren, bijvoorbeeld tijdens een preoperatief spreekuur;

- De lichamelijke en psychosociale hulpbehoeften van de patiënt na ontslag worden met de patiënt en de familie/mantelzorg vóór ontslag geïnventariseerd en doorgesproken. Belangrijke items zijn: woonsituatie, psychosociale steun, huishoudelijke steun, mobiliteit, ontslaginformatie. De patiënt wordt bij ontslag mondeling en schriftelijk voorgelicht over onder andere medicatie, dieet, mobilisatieschema, informatievoorzieningen (wie inschakelen bij vragen), leefregels en psychosociale steun;
- De patiënt wordt geïnformeerd over de mogelijkheden van de thuiszorg: beschikbare hulp, uitleen hulpmiddelen, 24-uurs bereikbaarheid voor noodgevallen et cetera;
- Met de patiënt en familie/mantelzorg vindt afstemming plaats over het inschakelen van eventuele thuiszorg. Indien van toepassing moet de patiënt uiterlijk 48 uur voor het ontslag aangemeld zijn bij de thuiszorgorganisatie zijn en wordt hij hierover geïnformeerd
- Uiterlijk 48 uur voor het ontslag is de ontslagdatum bekend en is er overleg met de patiënt en diens familie over het tijdstip van ontslag.
- Aan het eind van de opname houdt de verpleegkundige een ontslaggesprek met de patiënt. Dit gesprek verloopt gestructureerd aan de hand van een checklist. In het gesprek wordt de zorg geëvalueerd en wordt aan de hand van de checklist nagegaan of de patiënt zich voldoende geïnformeerd en voorgelicht voelt om naar huis te kunnen. De verpleegkundige past hier het gesprek op aan, probeert eventueel nog ontbrekende informatie aan te vullen en verricht zo nodig nog interventies;
- In geval van thuiszorg komt de eerste dag na ontslag de wijkverpleegkundige bij de patiënt thuis tenzij een andere afspraak met de patiënt en de thuiszorg gepland is;
- Als de patiënt hulpmiddelen nodig heeft, zijn deze aanwezig bij thuiskomst, zoals verbandmateriaal of medicijnen, krukken, postool ect.

1.2.4 Problemen bij het ontslag

Wat zijn mogelijke problemen die kunnen voorkomen bij het ontslag? Hoe worden deze problemen veroorzaakt? Zijn daar mogelijke oplossingen voor te noemen? Dit zijn vragen die hier aan de orde komen.

Voorkomende problemen

In de literatuur zijn veel problemen beschreven die door een goede ontslagprocedure voorkomen kunnen worden. Vaak wordt gezien dat de ontslagprocedure van een patiënt uit het ziekenhuis niet helder en eenduidig omschreven en gestructureerd is. Hierdoor is vaak voor zowel verpleegkundige als patiënt niet duidelijk wie welke verantwoordelijkheden heeft. Het is voor de patiënt en de betrokkenen ook niet altijd helder wat de taken zijn van de verschillende betrokken disciplines. De onderlinge samenwerking en communicatie van

beroepsbeoefenaren is van groot belang en kan verbeterd worden (Van Engelshoven & Rensen, 2005). De consequentie van onvoldoende samenwerking en communicatie is onder andere dat de continuïteit van zorg onvoldoende gewaarborgd is.

Andere veelvoorkomende problemen zijn: het ontbreken van het ontslaggesprek en de situatie dat patiënten vaak onvoldoende geïnformeerd zijn over hun ziekte of behandeling en daardoor bezorgd en angstig worden. De informatieverstrekking schiet niet alleen mondeling tekort, maar ook wordt te weinig schriftelijk materiaal aangeboden (Van Engelshoven & Rensen, 2005). Patiënten die thuishouden uit het ziekenhuis en onvoldoende informatie hebben gekregen kunnen onzeker of angstig worden. Soms weten zij ook niet waar hulp te zoeken en krijgen daardoor onvoldoende hulp. Informatie over de periode na ontslag wordt pas begrepen wanneer patiënten zich in het ziekenhuis al realiseren wat de gevolgen zijn van hun ziekte in de thuissituatie, en juist dat is lastig (ten Have, 2006). Dat wil zeggen dat opgenomen patiënten informatie over de periode na het ontslag niet begrijpen, omdat zij zich in het ziekenhuis niet kunnen realiseren wat de gevolgen van hun ziekte zijn in de thuissituatie.

Patiënten krijgen van verpleegkundigen te weinig informatie over emotionele steun en uit onderzoek blijkt dat twintig procent van de patiënten vindt dat er geen rekening wordt gehouden met hun persoonlijke wensen bij het regelen van de nazorg (Van Engelshoven & Rensen, 2005). Ook blijken patiënten en verpleegkundigen van mening te verschillen over de gewenste inhoud van het ontslagproces. Een ander gevolg van een niet goed geregeld ontslag is dat opnames langer duren, bijvoorbeeld omdat de thuiszorg niet goed geregeld is (McGinley, Baus & Gyza, 1996). Daarnaast treedt vaker institutionalisering (is opname in een instelling zoals verzorgingshuis of verpleeghuis) op als geen goed ontslagproces heeft plaatsgevonden (Moons et al., 1999). Tevens komen er onnodige heropnames voor die onnodige kosten voor het ziekenhuis met zich mee brengen (Van De Walle, Kruijswijk, 2003).

Voor kankerpatiënten blijkt dat zij gedurende de ontslagfase uit het ziekenhuis meer behoefte hebben aan informatie en psychische ondersteuning. De opnameduur van kankerpatiënten is vaak relatief kort. Hierdoor moet in een korte tijd veel informatie overgedragen worden aan de patiënt wil deze zich voldoende geïnformeerd voelen. Wat betreft de psychische ondersteuning aan kankerpatiënten wordt geschreven dat veel patiënten zich pas na ontslag uit het ziekenhuis realiseren wat het betekent om kanker te hebben. Ook ervaren de kankerpatiënten angst en onzekerheid over hetgeen hen na ontslag te wachten staat (Klaren et al., 2000).

Uit onderzoek van Mistiaen blijkt dat problemen waarmee kankerpatiënten te maken krijgen, onderscheiden kunnen worden in vier groepen met problemen. Dit zijn: informatiebehoeften, functionele beperkingen, lichamelijk- en emotioneel functioneren en tegemoet komen aan de hulpbehoeften. Uit onderzoek dat Klaren heeft verricht naar aanleiding van deze vier

probleemgroepen blijkt dat patiënten het belangrijk vinden om tijdig eenduidige informatie te krijgen over wat gaat gebeuren. Ook willen zij graag weten bij wie zij terecht kunnen met vragen over mogelijke complicaties ten aanzien van de ziekte, over hulpmiddelen en over de mogelijkheden van thuiszorg. Daarnaast vinden ze het belangrijk om ondersteuning te krijgen ten aanzien van de emotionele gevolgen van de ziekte (Klaren et al., 2000).

Oorzaken van de voorkomende problemen

Voor de bovengenoemde problemen die kunnen voorkomen bij het ontslag uit het ziekenhuis kunnen verschillende oorzaken worden genoemd (Van Engelshoven, 2007). Want hoe komt het nu dat deze problemen zich voordoen? De oorzaken van problemen tijdens de ontslagprocedure zijn onder meer te vinden op de volgende gebieden:

1. Miscommunicatie

Er is vaak geen of een onvoldoende participerende relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige (Van Den Burgt, Terra & Mechelen, 1997). Uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen onvoldoende nagaan wat thuis de hulpbehoeften van patiënten zijn terwijl patiënten zelf weinig vragen stellen en de gegeven informatie tijdens opname vaak niet goed kunnen verwerken. Bovendien richten verpleegkundigen zich tijdens de ontslagfase teveel op ziektespecifieke informatie, terwijl algemene informatie bijvoorbeeld over voeding, activiteit en rust na ontslag, ook belangrijk is (Bostrom, Caldwell, McGuire & Everson, 1996). Er is vaak geen of slechte communicatie tussen teamleden onderling, waardoor onder andere langs elkaar heen gewerkt kan worden (Moons, et al., 1999). Van de Walle schrijft over de voorkomende miscommunicatie tussen verschillende disciplines waardoor ook veel langs elkaar heen wordt gewerkt (Van De Walle & Kruijswijk, 2003).

2. Kennistekort

Verpleegkundigen zijn slecht op de hoogte van de mogelijkheden in de thuiszorg (Klaren et al., 2000). Daarbij blijkt dat de inschatting waartoe de patiënt uiteindelijk bij thuiskomst in staat is zowel voor de verpleegkundige als voor de patiënt moeilijk is. Verpleegkundigen hebben kennistekort over ontslag en nazorgmogelijkheden, vaak volgt een langer verblijf in de instelling omdat nazorg niet tijdig geregeld is (Van Engelshoven, 2007). Voor veel verpleegkundigen zijn de leefregels die de patiënt na ontslag moet handhaven niet voldoende duidelijk (Van Engelshoven & Rensen, 2005).

3. Gebrek aan coördinatie

Klaren schrijft dat er geen sprake is een duidelijk beschreven ontslagproces, wat uiteindelijk gebrek aan coördinatie betekent (Klaren et al., 2000; Moons et al., 1999). Er is vaak geen aangewezen verantwoordelijk persoon voor het regelen van het ontslag (Klaren et al., 2000).

De verschillende betrokken disciplines werken langs elkaar heen en verwijzen niet duidelijk naar elkaar. Uit de praktijk blijkt ook dat door de verschillende disciplines onderling slecht gerapporteerd wordt (Van De Walle, Kruijswijk, 2003). Er wordt niet bij iedere patiënt gerapporteerd over het ontslagproces (Van Engelshoven & Rensen, 2005). Ook het ontbreken van een ontslaggesprek heeft te maken met gebrek aan coördinatie. Het ontslaggesprek wordt nauwelijks gevoerd, terwijl dit gesprek wel van grote waarde is (zie *mogelijke oplossingen voor de voorkomende problemen bij het ontslag, hulpmiddelen*). Bij het ontbreken van goede coördinatie van ontslag en nazorg en het ontbreken van het ontslaggesprek kan worden gezegd dat de ontslagprocedure niet volgens de eerdergenoemde criteria plaatsvindt (Van Engelshoven, 2007).

4. Het zich onvoldoende geïnformeerd voelen van de patiënt

Uit onderzoeken blijkt dat patiënten zich vaak onvoldoende geïnformeerd voelen. 'Het is mogelijk dat de informatie in het ziekenhuis wel gegeven wordt maar niet op het juiste moment' (Van De Walle & Kruijswijk, 2003). Patiënten zouden de informatie op dat moment niet goed opnemen. Dit komt vaak door de grote hoeveelheid informatie die patiënten in een keer (omdat opnameduur soms kort is) moeten verwerken (Van Engelshoven, 2007). Toch blijkt uit onderzoeken ook dat patiënten duidelijk aangeven te weinig informatie te hebben gekregen bij het ontslag uit het ziekenhuis (Klaren e.a., 2000). Een verschillend perspectief van verpleegkundige en patiënt op ontslag is hiervan een oorzaak. Een gevolg van een verschillend perspectief is dat patiënten te weinig vragen stellen, wat het volgende met zich meebrengt: patiënten voelen zich onvoldoende geïnformeerd (Van Engelshoven, 2007) (meer over dit verschillend perspectief tussen patiënt en verpleegkundige bij *mogelijke oplossingen, voorlichting*).

5. Het onvoldoende aanspreken van de autonomie van de patiënt

Verpleegkundigen moeten meer in samenspraak met de patiënt en zijn/haar familie doen en minder invullen wat zij denken dat de patiënt kan en moet (Van De Walle & Kruijswijk, 2003). Het criterium '*De patiënt en mantelzorger dienen actief betrokken te worden bij alle aspecten van het ontslagproces*' mag niet ontbreken. Het evalueren van opname en verblijf in het ziekenhuis wordt ook vaak vergeten, juist deze interventie zorgt voor meer samenspraak met de patiënt en diens naaste(n) (van Engelshoven, 2007).

Mogelijke oplossingen voor voorkomende problemen

1. Hulpmiddelen om problemen te voorkomen

In de literatuur worden verschillende hulpmiddelen besproken om eventueel te verwachten problemen bij ontslag en in de thuissituatie duidelijk te krijgen. Klaren geeft aan dat een structureel ontslaggesprek van belang is. Uit een onderzoek onder acht verpleegkundigen

komen verschillende hulpmiddelen naar voren om het ontslag te kunnen verbeteren. Zesmaal wordt een (her)invoering van een checklist bij het ontslag als hulpmiddel aangedragen. Driemaal wordt een (her)instelling van een standaard ontslaggesprek aangedragen. Ook de invoering van een protocol van het ontslaggesprek wordt in dit onderzoek genoemd (Van Engelshoven & Rensen, 2005). Een protocol voor het gehele ontslagproces, informatiefolders voor patiënten en duidelijke internetsites die patiënten thuis kunnen raadplegen zijn tevens handige hulpmiddelen (Klaren et al., 2000). Van de Walle: 'Een goed rapportagesysteem, ondersteund door een *ontslagprotocol*, is een vereiste' (Van De Walle & Kruijswijk, 2003). Een ziekenhuisbreed beleid voor het ontslagproces vertaald in protocollen en werkafspraken, met ruimte voor afdelingsspecifieke aanpassingen is ook een interventie die van Engelshoven beschrijft. In een dergelijk ontslagprotocol staan de taken en verantwoordelijkheden van de bij het ontslag betrokken disciplines, zoals verpleegkundige, arts, secretaresse, transferverpleegkundige, ect. In het protocol is beschreven dat het ontslagproces start bij anamnese en er is beschreven welke zorg standaard geïnterpreteerd moet worden. Ook staat in dit protocol beschreven dat over het ontslagproces gerapporteerd moet worden, dat de ontslagdatum 48 uur van te voren bekend moet zijn en dat het ontslaggesprek bij iedere patiënt aan de hand van checklist moet geschieden (Van Engelshoven, 2007).

Een volgend hulpmiddel dat van Engelshoven noemt is een checklist voor het gehele ontslagproces (Van Engelshoven, 2007). Deze checklist zal bijdragen aan structuur en coördinatie van het ontslagproces. Wanneer er sprake is van meerdere disciplines zijn multidisciplinaire afspraken verwerkt in de checklist (Van Engelshoven, 2007). De checklist is een handige methode om na te gaan of de patiënt volledig geïnformeerd is en of alles is geregeld wat geregeld moet worden. Vooral tijdens kortdurende opnames is een dergelijke checklist een goed hulpmiddel om informatieverstrekking op de juiste manier te doseren. Door de verpleegkundigen wordt de checklist ingevuld, op die manier dient de checklist als bewaker van continuïteit van zorg met de verpleegkundige als eindverantwoordelijke. Alle onderwerpen op de lijst dienen aandacht te krijgen met handtekening van verpleegkundige en patiënt, als bewijs dat beide partijen akkoord gaan. De patiënt wordt op deze manier bij de zorg betrokken. De checklist ondersteunt de eenduidigheid in het handelen (iedereen dezelfde zorg en informatie), continuïteit van zorg en coördinatie van het zorgproces door aan te geven wie welke zorg verleent en wat al uitgevoerd is.

Randvoorwaarden voor een checklist bij het ontslag zijn bijvoorbeeld dat de checklist in het verpleegdossier van iedere patiënt aanwezig is, of bij de status aan het bed is gevoegd, en dat de verpleegkundige tijdens elke dienst de lijst doorneemt om na te gaan welke onderdelen van het ontslagproces geregeld moeten worden en om te paraferen wat verricht is. De patiënt krijgt aan het einde van het ontslagproces een kopie van de checklist

mee met daarop eventuele aanvullende informatie over bijvoorbeeld hechtingen (Van Engelshoven, 2007).

2. Ontslaggesprek

Het is belangrijk dat er vóór het ontslag een *ontslaggesprek* met de patiënt gevoerd wordt door een verpleegkundige. Het verpleegkundig ontslaggesprek dient onderdeel te zijn van de ontslagprocedure (Antonius Ziekenhuis, 2008).

Het ontslaggesprek is de afronding van het verpleegkundig proces. De Kort en anderen definiëren het verpleegkundig ontslaggesprek als volgt: 'Een ontslaggesprek houdt de evaluatie in van het totale verpleegkundig proces en er wordt gekeken naar de situatie die voor de patiënt zal ontstaan na het ontslag' (De Kort, et al., 2001). Het doel van het verpleegkundig ontslaggesprek is het waarborgen van de kwaliteit en continuïteit van zorg door de evaluatie van de zorg (Antonius Ziekenhuis, 2008). Het is daarom van belang dat iedere zorgverlener op dezelfde wijze het ontslaggesprek voert. Naast het evalueren van de zorg tijdens opname, is vooral het informeren van de patiënt het doel van dit gesprek. In een ontslaggesprek vertelt de verpleegkundige onder andere wat de patiënt kan verwachten ten aanzien van zijn herstel. Ook komt de verpleegkundige er tijdens dit gesprek achter of de patiënt nog vragen heeft over de zorgverlening en over het verdere verloop van zijn ziekte of behandeling. Vooral bij oudere patiënten is het belangrijk dat er ook een familielid of mantelzorger bij het ontslaggesprek aanwezig is. Familieleden zijn immers de belangrijkste schakel bij opname en ontslag van oudere patiënten, maar worden zelden betrokken bij de planning van het ontslag uit het ziekenhuis. Dit kan problemen opleveren in de thuissituatie en de continuïteit van zorg in gevaar brengen (Rensink, Duijnste & Pel, 2005).

Door het voeren van het ontslaggesprek worden een aantal problemen rondom het ontslag verminderd. Het verschillend perspectief van verpleegkundige en patiënt op het ontslag kan met dit gesprek voorkomen worden, patiënten hebben nogmaals de mogelijkheid om vragen te stellen en de opname wordt geëvalueerd. Het ontslaggesprek bevordert een soepele overgang van de ziekenhuisopname naar de periode na ontslag. Het gesprek dient plaats te vinden op initiatief van de verpleegkundige, binnen 24 uur voor ontslag. Bij het gesprek moet er een mogelijkheid tot aanwezigheid zijn voor de familie van de patiënt. De verpleegkundige leidt het ontslaggesprek en zorgt voor voldoende privacy. Privacy is voor veel patiënten een belangrijk aspect. Bij te weinig privacy voelen patiënten zich soms geremd om vragen te stellen. De tijdsindicatie die van Engelshoven beschrijft voor een ontslaggesprek is vijf minuten tot een kwartier (Van Engelshoven, 2007). Wanneer telefonische follow-up een ingevoerde interventie is van de afdeling, moet de patiënt hiervan op de hoogte worden gebracht (Hoekstra, Ben Amar & van Meeuwen, 2010). Het ontslaggesprek dient gestructureerd te verlopen, zodat sommige onderwerpen niet onbesproken blijven (Van Engelshoven, 2007).

Een checklist bij het ontslaggesprek is een hulpmiddel om een gestructureerd ontslaggesprek te waarborgen. De Kort noemt een aantal aspecten die op deze checklist moeten voorkomen. Dat zijn onder meer aandachtspunten voor het gesprek, aangedragen door patiënt, mantelzorgers, verpleegkundige of het team. En ook het terugkijken op het verblijf op de afdeling met betrekking tot verwachtingen, het terugkijken op de verpleegkundige zorg (verpleegtechnische en psychosociale hulpverlening, coördinatie en continuïteit van zorg) en zelfzorg (privacy, ontspanningsmogelijkheden, onderhouden sociale contacten) zijn aspecten op de checklist. Ook nazorg (verwachtingen van periode na ontslag, afspraken/leefregels, informatie nazorg e.d.) is een aspect van de checklist. Tenslotte moet er aandacht worden geschonken aan overige vragen en opmerkingen van de patiënt en/of mantelzorger (De Kort & Van Paassen, 1994).

Samenvattend kan gezegd worden dat het doel van het ontslaggesprek is dat de patiënt zijn/haar vragen kwijt kan en dat de verpleegkundige inzicht krijgt in bevindingen van de patiënt over zijn opname (procesevaluatie) (Van Engelshoven, 2007). Evaluatie van het verpleegproces vindt immers plaats bij de afsluiting van de zorgverlening. Wanneer de patiënt wordt ontslagen uit het ziekenhuis of als de patiënt zich thuis weer zelf kan redden (Kruijswijk Jansen & Mostert, 2004).

3. Voorlichting

In de definitie van de essentie van verplegen wordt genoemd dat de verpleegkundige beroepsmatig de vermogens van de patiënt kan beïnvloeden (Ten Have, 2006). Het geven van voorlichting is een manier om patiënten te beïnvloeden. Voorlichting is een belangrijk aspect in het patiëntenontslag. Een goed patiëntenontslag moet voldoen aan voldoende informatieverstrekking aan patiënten. Daarbij is het van belang dat deze informatieverstrekking aansluit bij het referentiekader van de patiënt en dat de verschillende disciplines de informatie op elkaar afgestemd hebben. Ook is het belangrijk dat er aandacht is voor relationele aspecten in het contact tussen verpleegkundige en patiënt (ten Have, 2006). Om een zorgzame relatie met de patiënt te kunnen onderhouden is een open en ontvankelijke instelling van de verpleegkundige de meest geschikte basis (Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2000). Als aan de genoemde voorwaarden (referentiekader, afstemming verschillende disciplines en relationele aspect) niet is voldaan, komt de voorlichting niet over en zal daardoor juist meer verwarring en onzekerheid bij de patiënt ontstaan (Ten Have, 2006).

Om ten eerste aan te sluiten bij het referentiekader van de patiënt is het voor een verpleegkundige belangrijk om te weten dat iedere patiënt de aangeboden informatie op een eigen manier verwerkt. Manieren om informatie te verwerken zijn bijvoorbeeld de verwerking via het zicht of via het gehoor. Patiënten die informatie via het zicht verwerken, nemen informatie het beste op als ze het 'voor zich zien'. Mondelinge informatie roept bij

deze patiënten al snel verveling en afwending op. Wel hebben deze patiënten veel baat bij schriftelijk voorlichtingsmateriaal, waar alles zwart op wit staat, zodat patiënten de informatie nog eens kunnen nalezen. Informatiefolders kunnen een goed hulpmiddel zijn voor de patiënten (Van Engelshoven, 2007). Patiënten die via het gehoor informatie verwerken, kunnen vaak weinig met enkel schriftelijk voorlichtingsmateriaal. Geschreven informatie is voor hen al snel abstract, waardoor ze het nauwelijks lezen. Bovendien hebben ze moeite om datgene wat in de folder staat toe te passen op hun situatie. Mondelinge aanwijzingen of informatie worden juist heel goed onthouden (Ten Have, 2006).

Aangezien verpleegkundigen niet van te voren weten hoe een individuele patiënt informatie verwerkt en patiënten dit zelf vaak ook niet weten, is het belangrijk om bij voorlichting de verschillende manieren te gebruiken. Zowel het werken met schriftelijk materiaal als het mondeling toelichten hiervan leidt dan tot een volledige informatieverstrekking. Het onderstrepen van de informatie in de folder, die voor de patiënt specifiek van toepassing is, maakt dit nog vollediger. Ook moet een verpleegkundige weten dat zorgverleners in het algemeen de informatiebehoefte van een patiënt niet goed kunnen inschatten. Hoewel de meeste patiënten zo veel mogelijk relevante informatie willen, onderschatten verpleegkundigen deze behoefte veelal. Patiënten definiëren hun informatiebehoefte in termen van 'persoonlijke relevante informatie'. Terwijl de zorgverlener de informatiebehoefte objectief ziet, behoeft de patiënt naast informatie ook advies en begrip van de zorgverlener. Het is daarom dat de zorgverlener het gevoel heeft dat hij de patiënt volledig heeft geïnformeerd, terwijl de patiënt het idee heeft dat hij niets nieuws heeft gehoord (Sassen, 2004). Tenslotte is het de taak van de verpleegkundige om na te gaan of de patiënt de informatie goed begrepen heeft. Bij het geven van voorlichting is voor de verpleegkundigen het goed luisteren van groot belang (Van De Walle, Kruijswijk, 2003). De patiënt kan in dat geval goed aangeven wat zijn/haar behoeften zijn betreffende de informatie. Hunink en anderen geven aan dat het van belang is rekening te houden met een *patiëntgerichte attitude*: 'Een patiëntgerichte attitude wil zeggen dat een verpleegkundige door zijn houding de zorgvrager centraal stelt. Hij doet zijn best om uit te gaan van de betreffende zorgvrager en zijn behoeften' (Hunink et al., 2000).

Om ten tweede een goede afstemming te hebben tussen verschillende disciplines die bij de zorg van de patiënt betrokken zijn, hebben verpleegkundigen door hun veelvuldig contact met patiënten de mogelijkheid om onduidelijkheden en tegenstrijdigheden te signaleren en zo mogelijk op te lossen. Wanneer iedere discipline afzonderlijk de patiënt voorlicht, leidt dat immers gemakkelijk tot tegenstrijdige adviezen, waardoor verwarring en onzekerheid bij de patiënt kan ontstaan. Om tegenstrijdige informatie te voorkomen is het belangrijk dat de verpleegkundige aan de patiënt vraagt of en wat de arts al verteld heeft. Het is de taak van

de artsen om de patiënt te informeren over het doel van het onderzoek en/of de ingreep (Ten Have, 2006).

Ten derde zal aandacht voor het relationele aspect in het contact tussen verpleegkundige en patiënt bijdragen aan een goede informatieverstrekking. Het relationele aspect wil zeggen dat de verpleegkundige in staat is om een vertrouwensrelatie met de patiënt op te bouwen en te onderhouden. Volgens ten Have is deze vertrouwensrelatie tussen verpleegkundige en patiënt essentieel omdat deze een sfeer schept waarin de patiënt durft aan te geven of hij de informatie wel of niet begrijpt. De patiënt zal zich door deze sfeer ondersteund voelen als hij informatie moet verwerken die door hem als bedreigend wordt ervaren. Het zal een sfeer zijn waarin de patiënt kan werken aan de mogelijkheden om een bepaalde situatie weer onder controle te krijgen en waarin de patiënt ter sprake durft te brengen als hij zichzelf niet in staat acht om bepaalde instructies op te volgen. Tenslotte zal de patiënt door deze sfeer eerder genegen zijn om adviezen en instructies op te volgen. Informatie moet belangrijk, bruikbaar en begrijpelijk zijn. Om belangrijke, bruikbare en begrijpelijke informatie te geven hebben verpleegkundigen kennis nodig. Omdat voor veel verpleegkundigen bijvoorbeeld de leefregels die de patiënt na ontslag moet handhaven niet duidelijk zijn, is het van belang dat verpleegkundigen deze kennis opdoen (Van Engelshoven, Rensen, 2005).

4. Communicatie onderling verbeteren

Omdat veel problemen rondom het ontslag van patiënten veroorzaakt worden door een slechte communicatie tussen zorgverleners en andere disciplines in het ziekenhuis is de verbetering van deze onderlinge communicatie een pré. Bijzonderheden en resultaten bij de ontslagprocedure moeten teruggekoppeld worden naar alle betrokken disciplines (Van Engelshoven, 2007).

Opmerkingen van patiënten uit het ontslaggesprek en telefonisch contact moeten maandelijks geëvalueerd worden in werkoverleg (Van Engelshoven, 2007). De bijzonderheden van het ontslagproces van de patiënt moeten multidisciplinair besproken worden (Van Engelshoven & Rensen, 2005). Vooral een betere samenwerking met de patiënt en een betere evaluatie met de patiënt is een belangrijk onderdeel voor het verbeteren van de communicatie (Van Engelshoven & Rensen, 2005).

5. Transferverpleegkundigen

Een oplossing voor slechte coördinatie rondom het ontslag van patiënten is het inzetten van ontslagfunctionarissen. Steeds meer wordt de *transferverpleegkundige*, ook wel *liaisonverpleegkundige*, een vanzelfsprekendheid. Een transferverpleegkundige kan de diverse belangen die bij het ontslag van een patiënt spelen op elkaar afstemmen om de

continuïteit en de kwaliteit van zorg in het belang van de patiënt te behouden (Bos, 2002). De functie van een transferverpleegkundige is dan ook ongeveer tien jaar geleden ontstaan vanuit een behoefte uit de praktijk om de continuïteit van zorg te bevorderen voor de patiënt. De taakstelling en positie van transferverpleegkundigen ontwikkelt zich sterk (V&VN, *Beroepsdeelprofiel Transferverpleegkundige*, 2009). De functie-inhoud van transferverpleegkundigen verschilt nogal per ziekenhuis; sommige transferverpleegkundigen zijn vooral gericht op het organiseren van zaken, anderen zijn meer adviserend bezig en weer anderen zijn meer beleidsvormend. In de meeste gevallen betreft het een verpleegkundige uit de thuiszorg die gestationeerd is in het ziekenhuis. De inzet van een transferverpleegkundige lijkt een positief effect te hebben op de kwaliteit van zorg, en de functie wordt over het algemeen gewaardeerd en voorzetting wordt aanbevolen (Mistiaen et al., 2001). Het beroepsdeelprofiel van de transferverpleegkundige omschrijft de doelstelling van het beroep in drie onderdelen:

- De transferverpleegkundige is de belangenbehartiger van de patiënt. De vraag van de patiënt staat centraal;
- De transferverpleegkundige streeft naar continuïteit van zorg voor de patiënt en wijst hem of haar op de mogelijke vervolgtrajecten. De transferverpleegkundige begeleidt de patiënt van zorgvraag naar zorginzet;
- De transferverpleegkundige werkt mee aan het optimaliseren van de doorstroom van patiënten naar de vervolgvoorzieningen.

Een transferverpleegkundige coördineert het ontslagproces met behulp van zorgcoördinatie, zorgorganisatie en zorgbemiddeling. Daarnaast houdt een transferverpleegkundige zich bezig met indicatie- en zorgadvies, consultatie, informatie en voorlichting, het ontwikkelen van en meewerken aan transmurale zorgprojecten en met het genereren van management informatie (V&VN, *Beroepsdeelprofiel Transferverpleegkundige*).

De transferverpleegkundige bereidt vanuit het ziekenhuis het ontslag en de nazorg voor en coördineert deze. Een transferverpleegkundige is belast met het uitzoeken en regelen van nazorg voor de patiënt (Van De Walle, Kruijswijk, 2003). Verbetering van afstemming en samenwerking met de transferverpleegkundige is wenselijk volgens een aantal afdelingsverpleegkundigen (Van Engelshoven & Rensen, 2005). Naast het inzetten van een transferverpleegkundige raadt van Engelshoven aan per ziekenhuisafdeling een verpleegkundige met het aandachtsgebied 'ontslagproces' in te zetten (Van Engelshoven, 2007). Wanneer op een ziekenhuisafdeling een verpleegkundige zich specifiek bezighoudt met het ontslaan van patiënten zal de invulling van de dag van opname en ontslag verbeteren (Van Engelshoven, 2007). Er zal immers sprake zijn van meer uniformiteit (Van Engelshoven & Rensen, 2005).

Met behulp van transferverpleegkundigen wordt gewerkt aan een betere coördinatie van het ontslag en zal er sprake zijn van meer continuïteit. Transferverpleegkundigen zijn naast het ziekenhuis ook werkzaam in verpleeghuizen en revalidatiecentra.

6. Telefonische nazorg

Telefonische nazorg is een interventie die veel ter sprake komt en onderzocht wordt. Deze vorm van nazorg wordt als meerwaarde gezien en kan de kwaliteit van de verpleegkundige zorg verbeteren. De meerwaarde is bijvoorbeeld dat telefonische nazorg een nuttig en effectief middel is om continuïteit van zorg te waarborgen en controle uit te oefenen op de nazorg (Vreken, Drege, Schipper & Knape, 2000). Door telefonisch contact met ontslagen patiënten krijgen verpleegkundigen een beter beeld van de thuissituatie. Een duidelijker beeld van de thuissituatie zal bijvoorbeeld leiden tot een betere voorbereiding op het regelen van eventuele nazorg bij ontslag.

Omdat bekend is dat veel patiënten niet uit zichzelf om hulp vragen is telefonische nazorg een goede interventie (Bostrom et al., 1996). Op het moment dat patiënten door telefonische nazorg worden benaderd, zal de drempel tot het stellen van eventuele vragen lager worden.

Vaak gebeurt het dat patiënten zich thuis pas realiseren wat gevolgen van hun ziekte zijn. Pas in de thuissituatie komen allerlei vragen met betrekking tot hun ziekte naar boven. Mogelijk is de informatie in het ziekenhuis wel gegeven, maar waren patiënten er op dat moment nog niet aan toe en is deze informatie waarschijnlijk niet goed doorgedrongen. Daarom kan de patiënt thuis aangeven dat hij geen informatie heeft gehad.

Omdat het tijdens het ontslaggesprek niet altijd duidelijk is of de patiënt zich zijn situatie realiseert en kan overzien, is het belangrijk dat patiënten ook na ontslag de mogelijkheid hebben om hun vragen alsnog te stellen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door een *telefonische follow-up* waarbij de verpleegkundige de ontslagen patiënt na ongeveer een week thuis opbelt om te vragen hoe het gaat en of er nog vragen zijn, etc. Een telefonische follow-up stellen patiënten erg op prijs, en het stelt patiënten ook gerust (Zorgbelang, 2011). Het doel van deze telefonische follow-up is vierdelig (Hoekstra et al., 2010):

- Het biedt ondersteuning aan patiënten in de periode tussen ontslag en de eerste postoperatieve poliklinische controle;
- Het geeft inzicht in de problemen die de patiënt na ontslag tegenkomt;
- Het geeft inzicht in de ziekenhuiservaring van de patiënt;
- De kwaliteit van zorg op de verpleegafdeling kan verbeterd worden door gebruik te maken van de feedback van de patiënten.

Patiënten reageren over het algemeen positief op deze belprojecten. Het draagt bij aan hoe patiënten de patiëntvriendelijkheid en service ervaren. Bij het bellen kan de verpleegkundige knelpunten in de thuissituatie signaleren en hierover advies geven. Dit draagt bij aan de

kwaliteit van de geleverde zorg en de patiënttevredenheid. De verbeterpunten die patiënten tijdens de gesprekken noemen kunnen op de afdeling bespreekbaar worden gemaakt. Aan de hand hiervan kan gewerkt worden aan verbetering van de kwaliteit van zorg op de afdeling. Patiënten geven aan dat zij graag zien dat hen van te voren om toestemming wordt gevraagd voor het bellen. Ook willen zij graag weten wat het doel van het bellen is. Soms vinden patiënten dat ze te laat gebeld worden. Dit zijn een aantal punten waar rekening mee gehouden kan worden als men een telefonische follow-up gaat starten (Hoekstra et al., 2010).

Dat nabellen na ontslag de patiënttevredenheid werkelijk verhoogt is nog niet aangetoond. Nabellen is vanuit het perspectief van patiënten wel een patiëntgericht gebaar en levert voor de patiënt geen risico's of complicaties op (Vermeulen & Simons, 2010).

Maar naast een telefonische follow-up zou ook een *telefonisch spreekuur*, bemand door verpleegkundigen, voor de patiënten een goede mogelijkheid zijn tot het stellen van vragen. Veel verpleegkundigen die op een verpleegafdeling werken, hebben nauwelijks zicht op de problemen die patiënten in de thuissituatie tegenkomen, of op hoe het herstel van een specifieke aandoening of ingreep verloopt op langere termijn. Informatie die bij ontslag wordt gegeven blijft daarom vaak bij algemene adviezen (Ten Have, 2006).

Telefonisch spreekuur als telefonische nazorg vindt ongeveer twee weken na het ontslag plaats. Dit spreekuur geeft de patiënt naast het stellen van vragen ook een mogelijkheid tot het hart te luchten en eventuele opmerkingen te uiten. Het spreekuur kan tevens een evaluatiemoment zijn van de overgang vanuit het ziekenhuis naar huis. Bij invoering van een dergelijk verpleegkundig spreekuur is het van belang rekening te houden met tijdsbewaking, zodat de gesprekken niet te veel tijd in beslag nemen. Ook is het belangrijk om de resultaten te bespreken in afdelingsoverleg om in de toekomst steeds beter in te kunnen spelen op het ontslag van patiënten (Van Engelshoven, 2007). Door telefonische follow-up of telefonisch spreekuur kunnen afdelingsverpleegkundigen immers meer zicht krijgen op de problemen die patiënten in de thuissituatie tegenkomen. Op deze manier kunnen verpleegkundigen daar tijdens volgende ontslaggesprekken op inspelen.

7. Nazorg op de polikliniek

Nazorg op de polikliniek zorgt voor extra ondersteuning aan de patiënt. Deze nazorg kan door een verpleegkundige of door een verpleegkundig specialist gegeven worden (Van Den Burgt, et al., 1997). Vaak heeft een patiënt na ontslag een poliafspraak bij de arts. Het bieden van de mogelijkheid tot (extra) poliklinische nazorg door een verpleegkundige is een goede oplossing. Wanneer patiënten behoefte hebben aan deze vorm van poliklinische nazorg kunnen zij dit aangeven (Van Engelshoven, 2007). Verpleegkundig spreekuur op de polikliniek dient als extra ondersteuning, en tot een extra mogelijkheid van het stellen van vragen.

8. Continuïteitsbezoeken door wijkverpleegkundigen

Deze interventie wordt nog maar op beperkte schaal toegepast. Of deze interventie bijdraagt aan kwaliteitszorg is nog niet uit onderzoek gebleken. Wijkverpleegkundigen kunnen de zorg uit het ziekenhuis overnemen en ontslagen patiënten met continuïteit bezoeken. Indien er sprake is van thuiszorg is een overname door de thuiszorg vanzelfsprekend. Wanneer er geen sprake is van thuiszorg kan er nog wel behoefte zijn aan wijkverpleegkundigen die een bezoek brengen. Op die manier krijgt de ontslagen patiënt een extra moment van zorg en aandacht. Wijkverpleegkundigen kunnen hiervoor de nodige kennis niet missen.

1.2.5 Belang van een goed ontslag uit het ziekenhuis

In deze literatuurstudie is aandacht geschonken aan de omschrijving van het patiëntenontslag, aan behoeften van patiënten en verpleegkundigen bij het ontslag, aan randvoorwaarden en criteria, aan voorkomende problemen en oplossingen daarvoor... Waarom zijn al deze aspecten nu zo belangrijk, of eigenlijk: waarom is een goed ontslag nu zo van belang?

Het is van groot belang dat het ontslag uit het ziekenhuis goed verloopt. Wanneer het ontslag goed verloopt is zowel de patiënt als de verpleegkundige tevreden. Een goed voorbereid ontslag verhoogt immers de continuïteit van zorg, biedt veiligheid aan de patiënt en diens omgeving en voorkomt onnodige heropnames (Klaren et al., 2000).

Met een goed ontslagproces blijft de continuïteit van zorg gewaarborgd. Dat blijkt onder meer uit de gevolgen van een goed ontslagproces:

- Er treedt vermindering van angst en onzekerheid bij de patiënt en diens naaste(n) op;
- De kwaliteit van verpleegkundige zorg zal verbeteren (Klaren et al., 2000);
- Een positief effect op continuïteitsproblemen bij ouderen zal ontstaan, bijvoorbeeld volledig ingeschakelde nazorg (Moons et al., 1999);
- Reductie opnameduur (McGinley et al., 1996);
- Reductie institutionalisering (Moons et al., 1999);
- Reductie aantal heropnames is niet aangetoond, maar Klaren et al., (2000) geven echter aan dat een goed voorbereid ontslag onnodige heropnames kan voorkomen;
- Positief effect op de teamwork (oorzaak en gevolg van goed ontslag);
- Positief effect op de communicatie onderling (oorzaak en gevolg van goed ontslag) (Van Engelshoven & Rensen, 2005);
- Vergemakkelijking van de ontslagplanning (McGinley et al., 1996);

- Mentaliteitsverandering: de hulpverleners verstrekken nu informatie vanuit de behoeften van de patiënt en zijn naaste(n) in plaats van vanuit de interpretatie die hulpverleners aan de informatieverstrekking geven (Moons et al., 1999).

Nog lang niet overal wordt voldoende aandacht geschonken aan een goed ontslagproces. Daarom is het heel belangrijk dat alle verpleegkundigen zich bewust worden van de problemen die zich bij het ontslag uit het ziekenhuis kunnen voordoen. Vooral ook de oorzaken van deze problemen moeten onderling besproken en geëvalueerd worden. Vervolgens kan aan de slag worden gegaan met de mogelijke oplossingen om op die manier te werken aan een betere ontslagprocedure en daarbij aan een meer tevreden patiënt.

1.2.6 De rol van de verpleegkundige bij het ontslag

Met zorg ontslaan betekent voor de patiënt minder zorgen en problemen na ontslag. Verpleegkundigen hebben hierbij een belangrijke taak (Mistiaen, Duijnhouwer & Dukkers, 2001). Maar wat is nu precies de rol van verpleegkundigen in het patiëntenontslag?

Het voorbereiden van de overdracht van een patiënt naar een ander niveau van zorg in of buiten de instelling is een verpleegkundige interventie. Bulechek en McCloskey beschrijven verschillende activiteiten voor verpleegkundigen (Bulechek & McCloskey, 2002). Deze activiteiten zijn te vinden in *Verpleegkundige Interventies* van Bulechek en McCloskey.

Een aantal activiteiten die beschreven worden zijn:

- De patiënt helpen voorbereiden op het ontslag;
- Samenwerken met de betrokken disciplines, zoals de arts;
- Goede coördinatie rondom het ontslag;
- Nagaan in hoeverre de patiënt nog informatie nodig heeft om goed voorbereid met ontslag te gaan;
- Controleren of de patiënt klaar is om met ontslag te gaan;
- Rekening houden met de behoeften van de patiënt;
- Het in orde maken van controleafspraak en overdracht.

1.3 De literatuur en kwaliteit van zorg

1.3.1 Begrip kwaliteit

Om te kunnen spreken over 'kwaliteit van zorg' is het belangrijk om eerst het begrip 'kwaliteit' te bekijken. Wat zegt de literatuur over 'kwaliteit'?

Volgens van Dale heeft *kwaliteit* de volgende betekenissen: (1) mate waarin iets goed is; (2) gesteldheid, hoedanigheid; (3) functie; (4) goede hoedanigheid (van Dale, 2009). Deze

betekenissen laten zien dat het begrip kwaliteit zowel een neutrale lading kan hebben (gesteldheid, hoedanigheid, functie) als een lading van waarde (goede hoedanigheid, mate waarin iets goed is) (Hunink et al., 2000).

In de literatuur is kritisch naar het begrip 'kwaliteit' gekeken. Van welk type begrip is sprake? De eerste opmerking is dat 'kwaliteit' een normatief begrip is, door de beschrijving van kwaliteit druk je een waardering uit van iets (Hunink et al., 2000). Om de kwaliteit van iets te kunnen beschrijven wordt de feitelijke situatie vergeleken met een gewenste of ideale situatie. Kwaliteit kan daarom een normatief begrip worden genoemd (Hollands et al., 2007). De tweede opmerking: 'Kwaliteit is een subjectief begrip, ieder heeft een eigen mening over wat kwaliteit is'. Kwaliteit is geen objectief begrip omdat iedereen het begrip anders kan definiëren en beoordelen (Hollands et al., 2007). Hunink en anderen spreken ook van de subjectieve kant van het begrip kwaliteit: 'Kwaliteit is een begrip dat iedereen wel aanspreekt maar tegelijkertijd ook voor iedereen een andere betekenis kan hebben' (Hunink et al., 2000).

Daarnaast is het een onderwerpgebonden begrip omdat kwaliteit meer betekenis krijgt naarmate het gekoppeld wordt aan een concreet onderwerp, bijvoorbeeld 'kwaliteit van zorg' (Hollands e.a., 2005). Zo schrijven ook Hunink en anderen: 'Naarmate het onderwerp meer concreet is, is het eenvoudiger een eenduidige beschrijving te geven van kwaliteit' (Hunink et al., 2000).

Tenslotte is het een relatief begrip omdat kwaliteit onder bepaalde omstandigheden anders beoordeeld wordt dan onder andere omstandigheden. Zo is het aanbieden van een paraplu bij regen comfortabel terwijl het aanbieden van een paraplu bij droog weer raar is (Hollands et al., 2007).

In de literatuur wordt 'kwaliteit' als volgt gedefinieerd: 'De mate waarin het geheel van eigenschappen van een product, proces of dienst voldoet aan de eisen die voortvloeien uit het gebruiksdoel' (OMS, Orde van Medisch Specialisten, 2011). Sommige mensen vinden echter dat je het begrip kwaliteit niet kan definiëren omdat het iets is wat je moet aanvoelen (Hollands et al., 2005).

In de sector zorg en welzijn, in de gezondheidszorg, worden verschillende definities en beschrijvingen van het begrip 'kwaliteit' gehandhaafd (Hollands et al., 2005). Zo luidt de definitie van 'kwaliteit' van de Orde van Medisch Specialisten: 'Steeds beter voldoen aan de noden en wensen van de patiënt' (OMS, 2011). In deze definitie van kwaliteit wordt bedoeld op de medische en verpleegkundige zorg. Omdat dit onderzoek plaatsvindt binnen de zorgsector wordt vanaf nu dan ook gesproken over 'kwaliteit van zorg', ofwel: 'kwaliteitszorg'.

1.3.2 Begrip kwaliteit van zorg (kwaliteitszorg)

Wat zegt de literatuur over 'kwaliteit van zorg'? En hoe kan dit tenslotte worden samengevat?

Goede kwaliteit van zorg die betaalbaar blijft, is voortdurend onderwerp van gesprek. Centraal staat het leveren van goede en steeds betere zorg (Cox et al., 2008). Maar welke aspecten worden nog meer genoemd bij de verschillende definities?

De definitie van Donabedian wordt vaak gebruikt: 'Kwaliteit is de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg)' (Donabedian, 1982). Daarmee zegt Donabedian dat kwaliteit onder andere mogelijk gemaakt wordt door een evaluatieproces of een bewustwordingsproces (Hollands et al., 2007). Door te evalueren worden verpleegkundigen zich bewust van de werkelijke praktijk, en kunnen zij die vergelijken met de criteria. Met deze informatie kunnen zij aan de slag om kwaliteit te verbeteren. Wanneer de feiten immers aan de wensen voldoen is er sprake van kwaliteit, de mate van overeenkomst is op dat moment volledig.

Maar: 'Kwaliteit van zorg kan niet alleen vanuit het perspectief van de verpleegkundige worden vastgesteld, ook de patiënt heeft een aandeel in het bepalen van de kwaliteit van zorg' (Schoenmakers & Hollands, 1998). De visie van Schoenmakers is de laatste jaren sterk in ontwikkeling geweest.

Zo schrijven Hunink en anderen: 'Kwaliteit van zorg kan ook omschreven worden als 'de zorgvrager alle steun geven die hij nodig heeft op alle momenten dat hij steun nodig heeft' (Hunink et al., 2000). Op deze manier wordt maximaal ingespeeld op de behoeften van de patiënten en zal de patiënt tevreden zijn. In dit kader kan de tevredenheid van de patiënt over de verleende zorg beschouwd worden als een afspiegeling voor de kwaliteit van zorg. Tevredenheid van patiënten over een bepaalde situatie wordt bepaald door het oordeel dat patiënten hebben over deze situatie. 'Het oordeel over een bepaalde situatie wordt gevormd door de verwachting die men over de betreffende situatie heeft' (Tilburg & de Jong Gierveld, 2007). Als voorbeeld de informatieverstrekking, patiënten oordelen de informatieverstrekking bij het patiëntenontslag als erg belangrijk. Wanneer de informatieverstrekking bij het ontslag niet voldoende is of zelfs ontbreekt, wordt door de zorgverleners gefaald in het leveren van kwaliteit van zorg. Klaren en anderen schrijven immers: 'Als blijkt dat patiënten aangeven een bepaald aspect belangrijk te vinden, maar dit aspect niet zo ervaren, geeft dit aan dat op het gebied van dit aspect gebrek aan kwaliteit is' (Klaren et al., 2000).

Zo definiëren Hollands en anderen kwaliteit van zorg als volgt: 'Verantwoorde zorg die tegemoet komt aan de reële wensen en behoeften van de patiënt en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend' (Hollands et al., 2007).

Naast het perspectief van verpleegkundigen en patiënten blijkt dus zeker ook de praktijk van de zorg van belang te zijn. Klaren omschrijft kwaliteit van zorg als volgt: 'Goede kwaliteit van zorg veronderstelt continuïteit van zorg; zorg zonder overlappingsen en tegenstrijdigheden' (Klaren et al., 2000). Ook het CBO beweert dat kwaliteit van zorg te maken heeft met de doeltreffendheid en doelmatigheid van het handelen (CBO, 2001). Ook de rijksoverheid stelt dat zorg effectief, veilig en op tijd moet zijn om kwaliteit te leveren. Een patiënt moet kunnen klagen als hij ontevreden is over de geleverde zorg, en zorgverleners moeten rekening houden met de behoeften van de patiënten (Rijksoverheid, 2011).

Tenslotte beweren Schoot en anderen dat kwaliteit van zorg het volgende betekent: 'Aandacht hebben voor kwaliteit en verbetering'. Kwaliteit van zorg betekent dus hetzelfde als kwaliteitsverbetering of kwaliteitsbevordering (Schoot, Danen, Van Der Ham & Jonkers, 2006).

In de gezondheidszorg wordt veel gedaan aan kwaliteitsevaluatie- en verbetering. Onder meer in de vorm van wetenschappelijk onderzoek, bijscholing, stagebegeleiding, functioneringsgesprekken en toetsingen (Hunink et al., 2000).

Kwaliteitsverbetering gebeurt via een stappenplan. En wanneer het gaat om continue kwaliteitsverbetering worden de stappen in een cirkel gezet, een cyclisch proces. Een voorbeeld van zo'n cyclisch proces is de kwaliteitscyclus van Grol. De cirkel bestaat eigenlijk uit de volgende stappen: (1) opstelling van richtlijnen en doelen voor verbetering; (2) beoordeling van de feitelijk verleende zorg; (3) organisatie en invoering van verbeteringen; (4) evaluatie van het resultaat. Het model van Grol is bedoeld als hulpmiddel voor het invoeren van richtlijnen en het op gang brengen van veranderingen in de dagelijkse praktijk van de zorgverlening (Hunink et al., 2000).

Samengevat wordt in dit onderzoeksverslag het begrip 'kwaliteit van zorg' als volgt gedefinieerd:

'Kwaliteit van zorg draagt bij aan het leveren van goede zorg aan patiënten en het effectief werken als beroepsbeoefenaar. Het wordt gevormd door een bevredigende en efficiënte werkwijze in de dagelijkse praktijk (Hollands et al., 2007). Om kwaliteit van zorg te leveren met betrekking tot het ontslag is het belangrijk dat deze bevredigend en efficiënt is voor zowel de verpleegkundige als de patiënt.'

1.3.3 Hoe kwaliteit van zorg mogelijk is in de beroepsuitoefening

Kwaliteit van zorg is van groot belang. Hoe kunnen verpleegkundigen een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorg?

In het algemeen wordt ervan uitgegaan dat de zorgvrager baat heeft bij kwaliteitszorg. Hulpverleners gaan er vooral vanuit dat kwaliteitszorg 'goede' zorg inhoudt. Bedrijfskundigen gaan ervan uit dat het meer efficiëntie en minder verspilling inhoudt. Voor de benadering van kwaliteit vanuit het perspectief van de patiënten is tot nu toe in de praktijk echter weinig aandacht (Hunink et al., 2000). Juist het patiëntgericht zijn kan de kwaliteit van zorg verbeteren. CBO: 'Patiënten kijken met een ander perspectief naar de zorg dan hulpverleners. Hun ervaringsdeskundigheid kan gebruikt worden om de kwaliteit van zorg binnen een instelling te verbeteren' (CBO, 2011). Kwaliteit van zorg komt alleen tot stand met een actieve inbreng van alle betrokken partijen. Tot nu toe wordt de zorgvrager niet geheel beschouwd als reële betrokken partij (Hunink et al., 2000). Maar juist de zorgvrager kan een bijdrage leveren. Het is volgens Hunink en anderen de vraag of 'goede aandacht voor de zorgvrager' in observeerbare handelingen kan worden beschreven. Richtlijnen zijn hierbij zeker wenselijk maar volgens Hunink niet voldoende. De werkelijke aandacht voor wat de zorgvrager te zeggen heeft, vraagt om inlevingsvermogen van de verpleegkundige. Hunink: 'Werkelijk iets doen aan problemen vraagt om verantwoordelijkheidsgevoel, kennis van zaken, activiteiten en creativiteit' (Hunink et al., 2000).

Kwaliteit van zorg is een belangrijk onderdeel van de uitoefening van het beroep. Om dit onderdeel praktisch te kunnen uitoefenen schrijft Hollands het volgende: 'Kwaliteit van zorg kan gezien worden als een vorm van georganiseerde en systematische reflectie op het werk met consequenties. Deze reflectie is onmisbaar om al werkende te blijven leren en te leren in de context van het werk' (Hollands e.a, 2007). Zorgverleners dienen kritisch te zijn op datgene wat zij doen (Hollands et al., 2007).

In Nederland is het begrip 'kwaliteit van de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg' door de NRV (1986) onderverdeeld in drie categorieën:

- kwaliteit van het methodisch-technisch handelen, zoals doeltreffendheid, deskundigheid, geschiktheid, veiligheid en zorgvuldigheid;
- kwaliteit van de attitude van de beroepsbeoefenaar, zoals respectvolle bejegening, informatiebereidheid, vertrouwensrelatie en verantwoordingsbereidheid;
- kwaliteit van de organisatie van de beroepsuitoefening, zoals continuïteit, beschikbaarheid, doelmatigheid en integrale zorg.

Wanneer verpleegkundigen heel bewust werken aan deze drie categorieën wordt kwaliteit van zorg zeker verbeterd.

De vraag die vervolgens kan spelen is of kwaliteit van zorg mogelijk gemaakt wordt door een goed kwaliteitssysteem of door goede verpleegkundigen, professionals. Casparie beweert: 'De kwaliteit in een instelling wordt veel meer bepaald door de daar werkzame professionals, dan door het al dan niet aanwezig zijn van een modern kwaliteitssysteem' (Schoot et al., 2006). Toch kunnen professionals en kwaliteitssystemen niet los van elkaar gezien worden. Het aanknopingspunt om kwaliteit te verbeteren ligt immers op het individuele niveau, bijvoorbeeld het niveau van de verpleegkundige als professional (Schoot et al., 2006).

Optimale kwaliteit van zorg blijft afhankelijk van de deskundigheid en inzet van de (verpleegkundige) beroepsbeoefenaren die kennis en theorie kunnen vertalen en verfijnen naar de zorgvrager in de dagelijkse praktijk (Schoot e.a., 2006). De inzet en motivatie van verpleegkundigen is dus van groot belang. Beroepsbeoefenaren die op afdelingsniveau samenwerken om de kwaliteit van zorg te toetsen en verbeteringen in te voeren, zijn zelf belast een onderwerp te kiezen, toetsingsinstrumenten te ontwikkelen en verbeteringen in te voeren. Een belangrijk voordeel van deze aanpak is dat de motivatie van deze beroepsbeoefenaren aan de basis wordt versterkt (Schoot et al., 2006).

1.3.4 Gevolgen van kwaliteit van zorg

Wat levert kwaliteit van zorg uiteindelijk op?

Het doel van kwaliteit van zorg is dat in de gezondheidszorg (Hunink et al., 2000):

- wordt gewerkt volgens actuele inzichten en kennis;
- geen onnodige zorg wordt gegeven;
- minder variatie optreedt in het handelen van beroepsbeoefenaren;
- bijdrage wordt geleverd aan kostenbeheersing in de zorgsector;
- de aangeboden zorg tenminste voldoet aan afspraken over gewenste kwaliteit;
- transparantie optreedt, dat wil zeggen duidelijkheid naar binnen en buiten over hoe een instelling of afdeling aan de afspraken over gewenste kwaliteit voldoet.

De verwachtingen zijn dat kwaliteit van zorg kan bijdragen aan onder meer (Marwick, Grol & Borgiel, 1992):

- een bevredigende en efficiënte werkwijze in de dagelijkse praktijk;
- het leveren van goede zorg aan patiënten en het effectief werken als beroepsbeoefenaar;
- het vermijden van onjuiste onnodige (be)handelingen en het werken volgens actuele inzichten over goede zorg;
- een afname van onwenselijke variatie in het handelen tussen beroepsbeoefenaren;
- meer inzicht in de eigen werkwijze;

- meer inzicht bij anderen (patiënten, collega's, beleidsmakers, financiers) in de geboden zorg;
- tevredener patiënten;
- kostenbeheersing in de sector zorg en welzijn;
- naast verduidelijking van verantwoordelijkheid eveneens verbetering van de aanspreekbaarheid van zorg- of hulpverleners, instellingen, patiënten, zorgverzekeraars en overheid.

Literatuurlijst bij de literatuurstudie

Bos, M. (2002) *Met zorg ontslaan. Oncologica* (2), 32-35.

Bostrom, J., Caldwell, J., McGuire, K., Everson, D. (1996). Telephone Follow-Up After Discharge From the Hospital Does It Make a Difference. *Applied Nursing Research* (2), 47-52.

Bulechek, G.M., & McCloskey, J.C. (2002) *Verpleegkundige interventies*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Burgt, M. van den, Terra, H., & Mechelen-Gevers, E. (1997). Voorlichting stap voor stap. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, (21), 644-647.

CBO (2011). *Cursusboek kwaliteitstoetsing eerstelijns fysiotherapie*. Utrecht: CBO.

Cox, K., Louw, D. de, Verhoef, J., & Kuiper, C., (2008). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: Lemma.

Donabedian, A. (1982). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Vol II. The Criteria and Standards of Quality. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press.

Engelshoven, I. van, Beker, H., & Reurslag, R. (2007). De weg naar een beter ontslagproces. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* (6), 38-42.

Engelshoven, I. van, & Rensen, A., (2005). *Het ontslagproces*. Tijdschrift voor Verpleegkundigen (2), 46-50.

Derven, R., & Lensink, M. (1998). *Ontslagplanning als onderdeel van de zorg*. Tijdschrift voor Verpleegkundigen (4), 1998.

Gastmans, C., & Dierckx de Casterlé, B. (2000) *Verpleegkundige excellentie; verpleegkunde tussen praktijk en ethiek*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Grummels, J., & Veldman, F. (2003). *Ontslagproces. Literatuurstudie naar de verpleegkundige ontslagprocedure van klinische patiënten in een algemeen ziekenhuis*. Nijmegen: CWZ-HAN. Niet gepubliceerd.

Have, E.C.M. ten. (2006). *Communicatieve vaardigheden voor verpleegkundigen. De patiënt centraal*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Hoekstra, T., Ben Amar, J., & Meeuwen, E. van. (2010). Evaluatie van een belproject. Patiënten waarderen telefoongesprek na ontslag. *Tijdschrift voor verpleegkundigen* (5), 25-27.

Hollands, L., Hendriks, L., Ariëns, H., & Verheggen, F., (2007). *Elementen van kwaliteitszorg; begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg*. Utrecht: Lemma.

Hunnink, G.H., Bijl, van der J.J., Cusveller, B.S., Leenaarts, E., Linge, R., van, & Swieten, E.van. (2000). *Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Utrecht/Zutphen: Thiememeulenhoff.

Klaren, A.D., Leussink, M.C.A.M., Courtens, A.M., & Hollands, L. (2000) Kwaliteit van zorg gedurende de ontslagfase. *Verpleegkunde* (1), 4-17.

Klaren, A., Courtens, A.M., & Hollands, L. (2000). Onderzoek naar de kwaliteit van zorg gedurende de ontslagfase, zowel vanuit verpleegkundig perspectief als vanuit patiëntenperspectief. *Oncologica* (1), 36.

Kort, P. de & Paassen, B. van. (1994). *Verpleegkundig proces. Het ontslaggesprek in discussie*. *Tijdschrift voor verpleegkundigen* (12), 370-374.

Kruijswijk Jansen, J., Mostert, H. (2004). *Het verpleegproces. De verpleegkundige modellen van Orem en King uitgewerkt binnen het verpleegproces*. Utrecht: Lemma.

Marwick, J., Grol, R. & Borgiel, A. (1992). *Quality assurance for family doctors*. Jolimont, Australia, WONCA.

McGinley, S. Baus, E., Gyza, K. (1997). Multidisciplinaire planning van ontslag. *Verpleegkundige management* (4), 69-70.

Mistiaen, P. (2008). Zorg rond ontslag ziekenhuispatiënt. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* (2), 40 .

Mistiaen, P., Duijnhouwer, E., & Dukkers- van Emden, T. (2001) Ontslagzorg kan veel problemen na het ontslag uit het ziekenhuis voorkomen. Met zorg ontslagen. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, (2), 56-58.

Moons, P., Steeman, E., Wouters, B., Indenkleef, S., Bollen, S., Manhaeve, D. et al. (1999) *Effectiviteit van ontslagmanagement in de Belgische Gezondheidszorg: onderzoeksresultaten uit de algemene ziekenhuizen. Acta Hospitalia*, (4), 45-56.

OMS, Orde van Medisch Specialisten. (2011). *Definitie Kwaliteit*. Gedownload van: [orde.artsennet.nl.](http://orde.artsennet.nl/), op 28-04-2011.

Rensink, M., Duijnstee, M., & Pel, R. (2005). *Aandacht voor de mantelzorger in de ontslagprocedure. Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, (6'), 47-50.

Rijksoverheid. (2011). *Kwaliteit van zorg*. Gedownload van: http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg?ns_campaign=Thema-gezondheid_en_zorg&ro_adgrp=Kwaliteit_van_de_zorg&ns_mchannel=sea&ns_source=google&ns_linkname=kwaliteit%20van%20zorg&ns_fee=0.00., op 28-04-2011.

Sassen, B. (2004). *Gezondheidsvoorlichting en preventie. Leidraad voor verpleegkundigen.*, Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Schoot, T., Danen, S., Ham, H. van der, Jonkers, A., Koetsenruijter, R., Swieten, B. van. (2006). *De verpleegkundige als ontwerper*. Utrecht/Zutphen: Thiememeulenhoff.

Simons, P., & Moortel, J. van de (2004). Wie beslist over het ontslag van de patiënt. *Nursing* (10), 37.

Sint Antonius Ziekenhuis. (2011) Protocol *Ontslaggesprek – op verpleegafdeling*. Nieuwegein: Sint Antonius Ziekenhuis. Niet gepubliceerd.

Van Dale Nederlands woordenboek. (2011). *Kwaliteit*. Gedownload van: www.vandale.nl, op: 4-4-2011.

Vermeulen, H., & Simons, R. (2010). *Verhoogt nabellen na ontslag de patiënttevredenheid?* *Nursing (10)*, 21.

Vreken, H.M., Drege, E., Schipper, E., & Knape, J.T.A. (2000). *Telefonische nazorg na dagbehandeling*. *Medisch Contact (9)*, 312-313.

Walle, B. van de, & Kruijswijk, J. (2003). De verpleegkundige als ontslagmanager. *Oncologica (1)*, 32-36.

Zorgbelang. (2011). Verslag van bijeenkomst over ontslag ervaring van patiënten. *Patiënten betrekken bij de verbetering van de zorg*. Gedownload van: Zorgbelang Noord-Holland. www.zorgbelang-noordholland.nl/php/downloaditem.php?id=1457., op 4-4-2011.

Bijlage 3 Topiclist

Te gebruiken bij het telefonisch patiënten interview met patiënten die tussen 1-30 april van de afdeling Gynaecologie ontslagen zijn.

1.1 Inleiding van het interview

Vorige week (datum noemen) bent u na een gynaecologische behandeling/ingreep ontslagen uit het ziekenhuis. U heeft op een formulier ingevuld dat u wilt meewerken aan ons onderzoek over het patiëntenontslag. Dit vinden wij erg fijn! Schikt het u op dit moment? Dit zal ongeveer ... minuten in beslag nemen.

Heeft u er bezwaar tegen als we dit gesprek opnemen? Dit is belangrijk voor de verwerking van de gegevens.

De reden waarom wij u benaderen is dat uit tevredenheidsonderzoek blijkt dat patiënten vinden dat het ontslag beter kan. Door verschillende patiënten te bellen hopen we de behoeften met betrekking tot het ontslag te kunnen inventariseren. Daarom zijn wij benieuwd hoe u het ontslag ervaren heeft.

Eerst willen wij een aantal open vragen aan u stellen. Vervolgens lopen wij kort met u een aantal vaste onderwerpen langs.

Wanneer u op dit moment vragen heeft over uw behandeling o.i.d., bewaar uw vragen tot het einde van het gesprek, dan zullen wij kijken of we die kunnen beantwoorden en anders noteren wij uw telefoonnummer zodat u teruggebeld zal worden.

Heeft u vooraf nog vragen over dit interview?

1.2 Interview

1. Hoe heeft u het ontslag ervaren?

Met deze vraag bedoelen wij niet zo zeer de inhoud maar de vorm van het ontslag. De informatieverstrekking komt later aan de orde.

N.B. Ingaan op belangrijke opmerkingen!

.....

.....

.....

Is er overleg geweest over het moment van ontslag? Was u het ermee eens?

.....

.....

.....

Hoe vond u het ontslaggesprek? Was er privacy? Had u daar behoefte aan? Was er voldoende aandacht voor u?

.....

.....

.....

Had u het gevoel voldoende voorbereid met ontslag te gaan?

.....

.....

.....

Hoe heeft u de dag van ontslag ervaren? Was het duidelijk wanneer u exact kon vertrekken?

.....

.....

.....

Wat vond u van de rol van de arts tijdens het ontslag?

.....

.....

.....

Wat vond u van de rol van de verpleegkundige tijdens het ontslag?

.....

.....

.....

2. Wat vond u prettig bij het ontslag? En waarom?

N.B. Ingaan op belangrijke opmerkingen!

.....

.....

.....

3. Wat heeft u gemist bij het ontslag? Hoe vindt u dat?

N.B. Ingaan op belangrijke opmerkingen!

.....

.....

.....

4. Wat zou u graag anders zien bij of in het ontslag?

N.B. Ingaan op belangrijke opmerkingen!

.....

.....

.....

5. Bent u tevreden over de informatie die u bij het ontslag heeft gekregen? Zijn er eenmaal thuis dingen voor u niet duidelijk geweest?

N.B. Ingaan op belangrijke opmerkingen!

.....

.....

.....

6. Heeft u een informatiefolder van de verpleegkundige gehad? Zo ja, heeft u die gelezen en daar profijt van gehad? Vond u iets onduidelijk?

.....

.....

.....

Betreffende de informatieverstrekking bij het ontslag willen wij heel kort met u een aantal onderwerpen doornemen. Misschien zijn enkele onderwerpen al aan de orde geweest in ons gesprek.

We willen graag weten of de volgende onderwerpen tijdens het ontslag besproken zijn, of het duidelijk voor u was en of u er behoefte aan had.

Onderwerp	Deel van het onderwerp	Verteld?		Duidelijk?		Behoefte?		N.v.t.
		Ja	Ne e	Ja	Ne e	Ja	Nee	
Ziekte/behandeling	Was het duidelijk							
Verloop	Was dit duidelijk							
Moeheid na opname (narcose)	Wanneer weer dingen oppakken							
Leefregels + duur regels	Douchen/ bad nemen							
	Auto rijden/fietsen							
	Huishoudelijk werk zoals stofzuigen, boodschappen							

	Buitenhuis werken							
	Bukken/tillen (aantal kilo)							
	Sporten/zwemmen							
Afscheiding/bloedverlies	Hoeveelheid							
	Kleur							
	Hoelang							
Menstruatie	Wanneer weer							
Tampongebruik	Wanneer/ waarom							
Gemeenschap	Wanneer weer							
Wond	Hechtingen							
	Gevoeligheid							
	Verband							
	Schoonhouden							
Pijn(medicatie)	Hoelang pijn							
	Waar verkrijgbaar							
	Welke (extra) medicatie							
Controleafspraak	Datum vermeld op kaart							
	Locatie vermeld op kaart							
Contact opnemen bij complicaties	Duidelijk bij welke complicaties							
	Duidelijk welk nummer bellen							
Hulpmogelijkheid	Thuiszorg							
	Emotionele steun							
Overige vragen	Duidelijk waar antwoord te verkrijgen							
Evaluatie zorg	Is er geëvalueerd							

Heeft u nog vragen over uw behandeling/ingreep? Zo ja, hoe luiden die vragen?

.....
.....
.....

Wat vindt u ervan om terug gebeld te worden na uw ontslag?

.....
.....
.....

Welk tijdstip is het meest geschikt om teruggebeld te worden?

.....
.....
.....

Hartelijk dank voor uw medewerking bij dit onderzoek!

Door uw medewerking hebben wij een extra beeld over hoe de patiënt het ontslag op de afdeling Gynaecologie ervaart. Wij nemen uw mening mee in ons project om het ontslag te verbeteren en daarbij de patiënttevredenheid te verhogen.

Naam patiënt:.....

Datum gesprek:.....

Behandeling/ingreep:

Telefoonnummer:

Bijlage 4 Formulier aan de patiënt



Beste patiënt,

Wilt u ons helpen? Wij zijn drie HBO-V studenten die onderzoek doen naar de patiënttevredenheid over het ontslag uit het ziekenhuis. Het doel hiervan is de kwaliteit van zorg met betrekking tot het patiëntenontslag te verbeteren. Uw mening is hierbij van groot belang!

Telefonisch contact ongeveer één week na ontslag

Indien u toestemming verleent, willen wij u ongeveer een week na uw ontslag opbellen en vragen naar uw ervaring met het ontslag. In deze week heeft u de tijd gehad om uw ervaringen in het ziekenhuis wat te laten bezinken. Wij zijn benieuwd hoe u een week na thuiskomst terugkijkt op het ontslag uit het ziekenhuis. *Waar bent u tevreden over? Wat kan beter? Zijn er zaken die u gemist heeft? Heeft u suggesties?* Etc.

Mogelijk komen er na uw ontslag ook nog vragen in u op waar u graag een antwoord op wilt weten. Wij zouden graag weten welke vragen dit zijn. De reden dat wij op de hoogte willen zijn van uw vragen, is het feit dat in de toekomst ingespeeld kan worden op deze informatiebehoefte. Wij kunnen u niet garanderen dat wij antwoord op uw vragen hebben omdat wij geen afdelingsverpleegkundigen zijn.

Het zou fijn zijn als wij u mogen benaderen in het kader van dit onderzoek. Als er zaken zijn die u met ons wilt delen of als u vragen heeft, kunt u deze wellicht alvast opschrijven, zodat u deze tijdens het gesprek kunt benoemen.

Alles kan in het belang zijn van dit onderzoek en wij hopen van harte op uw medewerking. Op deze manier kan u meewerken aan de verbetering van de kwaliteit rondom het ontslag!

Met vriendelijke groet,

Geertrude Bogerd, Willeke de Kruijf en Petra Roza

(4^{de}-jaars studenten Verpleegkunde)



Dit strookje graag retour aan afdelingsverpleegkundige

Naam:.....

Telefoonnummer:.....

Opnamereden:.....

Verleent medewerking aan dit onderzoek: ☐ Ja ☐ Nee

Bijlage 5 Vragenlijst voor verpleegkundigen

Bespreking meesterproef – Verpleegkundigen afdeling Gynaecologie – St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein

1) **Vind je een ontslaggesprek belangrijk? Waarom?**

.....
.....
.....

2) **Welke onderwerpen laat jij standaard naar voren komen in je ontslaggesprek?**

.....
.....
.....

3) **Moet de arts- (assistent) een rol spelen in het ontslag? Zo ja, welke?**

.....
.....
.....

4) **Waar denk je dat patiënten behoefte aan hebben bij ontslag?**

.....
.....
.....

5) **Kun je minimaal 2 zaken noemen die volgens jou beter kunnen bij het ontslag?**

.....
.....
.....

Bedankt voor het invullen!

Eindpresentatie afstudeeronderzoek

~Patiëntenontslag~

- Voor wie:** Alle disciplines (verpleegkundigen, artsen en -assistenten, fysiotherapeuten etc.) die zich betrokken voelen bij de afdeling Gynaecologie en alle overige belangstellenden. Kortom: iedereen is hartelijk welkom!
- Door wie:** Geertrude Bogerd, Willeke de Kruijf & Petra Roza. HBO-V studenten Ede.
- Wat:** Presentatie van ons afstudeeronderzoek.
- Waarover:** **Wat is kwaliteit van zorg met betrekking tot het patiëntenontslag?**
- Wat zijn de ervaringen en behoeften van patiënten en verpleegkundigen over het patiëntenontslag? Hoe kan op basis van deze ervaringen, behoeften en wensen kwaliteit van zorg worden geleverd?
- Onderwerpen die aan bod komen zijn: algemene ontslagervaring, ontslaggesprek, betrokken disciplines, informatievoorziening, informatiebehoefte etc.
- Wanneer:** 15 Juni vanaf 15.00u. (Het duurt ± 1 – 1,5 uur.)
- Waar:** Vergaderruimte M2, bij secretariaat Gynaecologie.

“Ik vond het erg fijn dat de zuster mij nog een hand kwam geven! Dit gaf mij het gevoel dat ze echt betrokken was, waardoor ik me geen nummer voelde.”

“... toen kwam de arts uit zich zelf langs. Ik was blij verrast dat ik mijn ziekenhuisopname zo kon afsluiten.”



Bijlage 7 Zakkaartje verpleegkundigen

Het zakkaartje is als losse bijlage bij dit verslag gevoegd.

Bijlage 8 Verpleegkundige relevantie

Vanwege het feit dat dit onderzoek gedaan wordt in het kader van een meesterproef binnen de opleiding Verpleegkunde, volgt hieronder de verpleegkundige relevantie van dit onderzoek.

Het onderwerp van het onderzoek sluit aan bij het werkveld en de taken van verpleegkundigen. De aanbevelingen die na het onderzoek aan de afdelingsverpleegkundigen worden gedaan, zullen immers de eenduidigheid van de verpleegkundige praktijk op de afdeling bevorderen. Ook heeft het onderzoek op lange termijn als doel de patiënttevredenheid te verbeteren. Beide aspecten zijn onmisbaar om als verpleegkundige kwaliteit van zorg te leveren.

Daarnaast komen alle vijf beroepsrollen van de verpleegkundige (zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar) tijdens dit onderzoek naar voren. De vijf beroepsrollen relateren sterk met de opleiding Verpleegkunde, waarin veel aandacht is geschonken aan deze rollen met hun competenties. In onderstaande tabel is per beroepsrol te zien aan welke competenties wordt gewerkt tijdens dit onderzoek.

Beroepsrol	Competentie
Zorgverlener	1.1 Samenwerken met de zorgvrager. 1.3 Gebruikmaken van (verplegings)wetenschappelijke kennis, klinische expertise en patiëntenvoorkeuren bij het uitvoeren van primaire, secundaire en tertiaire preventieve interventies (fysiek, psychisch, sociaal- cultureel, spiritueel, ontwikkelingsbepaald). 1.8 Kritisch nadenken over het handelen in de zorgverlening. 1.9 Morele spanningen in de zorgverlening herkennen en de factoren die daarop van invloed zijn. 1.10 Gesprekstechnieken toepassen. 2.1 Een situatieanalyse maken op basis waarvan GVO moet plaatsvinden. 2.17 Schriftelijk voorlichtingsmateriaal ontwikkelen en beoordelen op bruikbaarheid.
Regisseur	3.4 Maatregelen treffen zodat continuïteit in het zorgproces voor de zorgvrager is gewaarborgd. 3.9 Zodanig communiceren met de zorgvrager en andere professionals

	dat mogelijke verwarring in verwachtingen wordt voorkomen. 3.11 Beargumenteerde bijdrage leveren in de ontwikkeling en vaststelling van het patiëntgerichte zorgbeleid .
Ontwerper	4.10 Morele afwegingen maken bij de ontwikkeling van zorgprogramma's en deze bespreekbaar maken met alle betrokkenen. 5.2 Het verpleegbeleid van de afdeling kritisch beoordelen mede op basis van de eigenheid van het verpleegkundig beroep. 5.3 Een probleemanalyse maken en daarvoor oplossingsrichtingen aandragen. 5.4 Oplossingsrichtingen formuleren voor dagelijkse problemen en daarbij vakinhouden vertalen naar dagelijks handelen. 5.12 Aanbevelingen doen aan het management over aanpassingen in het verpleegbeleid. 6.1 Initiatieven nemen voor kwaliteitsverbetering op de afdeling. 6.2 Bijdrage leveren aan ontwikkeling en vaststelling van kwaliteitscriteria en meetinstrumenten. 6.6 Participeren in de ontwikkeling en vaststelling van richtlijnen. 6.7 Meewerken aan invoering van uitgewerkte modellen voor kwaliteitsverbetering. 6.9 Bijdrage leveren aan veranderingsprocessen op afdelingsniveau. 6.10 Op basis van klachten van zorgvragers wijzigingsvoorstellen doen voor verbetering van zorg.
Coach	7.2 Teamleden inzicht verschaffen over verpleegbeleid en bijdragen aan acceptatie van dat beleid. 7.3 Teamleden informatie en instructie geven over nieuwe werkwijzen en methoden. 7.5 Problemen die zich voordoen bij de uitvoering van taken en functies analyseren. 7.7/8.9 Teamleden stimuleren en motiveren tot kritisch denken over zorgprogrammering en verpleegbeleid.
Beroepsbeoefenaar	9.6 Standpunten innemen over handelwijzen binnen de gezondheidszorg. 9.10 Participeren in een verplegingswetenschappelijk onderzoek. 10.4 Andere zorgverleners instrueren, adviseren en voorlichten over aspecten van de beroepsuitoefening. 10.7 Vakliteratuur bijhouden en bespreken in de praktijk.

Bijlage 9 Maatschappelijke relevantie

In deze bijlage zal kort beschreven worden welke betekenis de resultaten hebben voor de ontwikkeling van het beroep en hoe deze in maatschappelijke ontwikkelingen passen.

De probleemstelling van dit onderzoek is interessant in de dagelijkse beroepspraktijk. Dagelijks worden patiënten ontslagen vanuit het ziekenhuis. Uit patiënttevredenheidsonderzoeken blijkt dat de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag nog niet voldoende tegemoet komt aan de tevredenheid van de patiënt. Dit betekent dat de kwaliteit van zorg met betrekking tot het patiëntenontslag verbeterd dient te worden. Door middel van dit onderzoek kan aangetoond worden op welke punten men kan investeren om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd voor de afdeling Gynaecologie van het Sint Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein. Vanuit het patiënttevredenheidsonderzoek bleek dat ziekenhuisbreed onder de norm wordt gescoord. Dit betekent dat de resultaten ook voor andere afdelingen interessant zijn. Uiteraard zullen niet alle resultaten even interessant zijn voor iedere afdeling. Het specialisme Gynaecologie heeft weer andere aandachtsgebieden dan een ander specialisme. Zaken zoals vaginale afscheiding en bloedverlies of gemeenschap zijn niet van toepassing voor andere specialismen. Daarentegen is het in het algemeen wel van belang om te weten aan welke informatie patiënten behoefte hebben en waarom. Ook is het goed om te weten wat patiënten verwachten van de verschillende betrokken disciplines. Onder andere om deze redenen kan dit onderzoek voor iedere instelling die te maken heeft met het ontslag van patiënten van belang zijn.

Bij de presentatie van dit onderzoek is door een beleidsmedewerker gevraagd of de resultaten van dit onderzoek ook gebruikt mochten worden door de projectgroep die bezig is met een onderzoek en verbetering van 'Vertrek en nazorg' in het ziekenhuis.

Binnen dit onderzoek worden verschillende aanbevelingen gedaan. De aanwezigen bij de presentatie van het onderzoek vonden deze prima bruikbaar. Eventueel kunnen ze ook ingepast worden binnen de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Hierbij is te denken aan het integreren van een checklist met betrekking tot het ontslag in het Elektronisch Patiënten Dossier. Daarnaast werd door aanwezigen aangegeven dat het prettig zou zijn wanneer de aandachtspunten die uit dit onderzoek komen, algemeen geldend in een protocol of richtlijn kunnen komen in het St. Antonius Ziekenhuis. Dit betekent dat dit onderzoek zowel tegemoetkomt aan de behoeften van verpleegkundigen (en overige disciplines) en patiënten. Mede hierdoor is er zeker sprake van een maatschappelijke relevantie.

Bijlage 10 Procesverslag

In dit onderdeel zal worden beschreven hoe het geheel van het proces verlopen is. Er zijn verschillende mogelijkheden dit te beschrijven. Om een overzicht te geven van ontwikkelingen, vorderingen, gemaakte keuzes etc. zal het proces worden beschreven aan de hand van de verschillende fasen in het onderzoek. Deze zijn ook terug te vinden in het tijdspad, beschreven in het projectplan.

Oriëntatiefase

Kennismaking

De aller eerste fase van het onderzoek, begint in week zes. Daarin staan twee gesprekken gepland met zowel de opdrachtgever als de begeleider van school. Het gesprek met de opdrachtgever gaf een eerste indruk van het onderzoek. Hierbij kregen we te horen wat de aanleiding is tot het onderzoek, kregen we het PTO te zien en werden al wat mogelijke ideeën besproken voor de aanpak van het onderzoek. Tijdens dit gesprek wordt ook besproken dat het goed is om een arts assistent te benaderen, om na te gaan wat een goede verdeling tussen verpleegkundigen en artsen is in zaken rondom het ontslag. Besproken wordt dat ons onderzoek zich beperkt tot het ontslag vanaf de afdeling gynaecologie. De opdrachtgever geeft aan de focus op de patiënt moet liggen en dat de verpleegkundigen ook betrokken moeten worden in het onderzoek. Eigenlijk wordt al gezegd dat patiënten op een of andere manier bevroegd moeten worden. In het gesprek met de begeleider op school werden de verwachtingen van en naar elkaar uitgesproken. Open communicatie vindt iedereen van groot belang, dit wordt later ook nog eens met de opdrachtgever besproken. Afspraak is om veel via de mail te werken, en 'allen beantwoorden' te gebruiken zodat iedereen op de hoogte blijft. Om de verpleegkundigen te betrekken in het onderzoek en om hen te laten weten dat er onderzoek gedaan gaat worden, zullen zij benaderd worden. Dit is gedaan in week 11 door middel van een korte presentatie met daarin een voorstelrondje en toelichting van het onderzoek. Ook is een artikeltje geschreven en geplaatst in de nieuwsbrief van de 'afdeling' om daarin het onderzoek nogmaals te introduceren en toe te lichten. Dit is gedaan op voorstel en van de opdrachtgever.

Literatuurstudie

Zoals besproken hebben we in de navolgende week veel literatuurstudie verricht. Breed oriënteren was hierbij van groot belang, om kennis te vergroten en om op basis daarvan af te kunnen bakenen. Zie literatuurlijst voor gebruikte literatuur. Onder het kopje

'uitvoeringsfase' wordt de literatuurstudie opnieuw genoemd, waarbij ook wordt aangegeven op basis waarvan is afgebakend.

Literatuurstudie heeft verschillende doelen gehad, niet alleen ter oriëntatie zoals eerder genoemd. Ook heeft het gediend als basis voor het opstellen van de topiclist, dus ter onderbouwing. Op welke literatuur de topiclist is gebaseerd, is terug te vinden in de beschrijving van deelvraag één.

Projectplan

Het opstellen van het projectplan heeft enkele weken in beslag genomen. Dit verliep samen met het verrichten van literatuurstudie en gesprekken met begeleider en opdrachtgever. Voor de uiteindelijke goedkeuring van alle betrokken partijen, zijn drie feedbackrondes gehouden. Dit is vooral via de mail gedaan, wat op zich goed verliep. Een enkele keer werd niet op de afgesproken data feedback gegeven. Dit zorgde voor wat vertraging en onrust van onze kant, wat in een later gesprek is teruggekoppeld.

Overeenkomst

De geplande afspraak met zowel de begeleider en opdrachtgever had een iets ander doel dan vooraf gepland. Onze bedoeling was om tijdens dat gesprek het projectplan definitief te maken, maar dit gesprek leverde nog de nodige aanpassingen op. Deze aanpassingen hadden met name betrekking op de doelstelling van het onderzoek, nog steeds bleek het doel niet helder en kon verschillend worden opgevat. Gaat het om het verhogen van patiënttevredenheid, verhogen van eenduidigheid onder verpleegkundigen, verhogen van kwaliteit? Dat is tijdens het gezamenlijke gesprek wel helder geworden en uitvoerig besproken. In verband met de tijd, wordt besproken wat haalbaar is voor dit project. In overleg met elkaar wordt gestreefd naar de beschrijving vanuit patiënten die telefonische geïnterviewd zullen worden, de verpleegkundigen met wie een gesprek zal worden gehouden en vanuit de literatuur. Resultaten, conclusies en aanbevelingen zullen beschreven worden. Wanneer de tijd het toe laat, is het streven om in ieder geval één aanbeveling ook praktisch uit te kunnen werken.

Na dit gesprek volgde nog één feedbackronde, waarbij het projectverslag twee weken later dan gepland werd goedgekeurd.

Uitvoeringsfase

Introductie aan verpleegkundigen

Er is gekozen om vroeg in het onderzoekstraject een presentatie te houden voor de afdelingsverpleegkundigen. Uit literatuuronderzoek blijkt ook dat betrekken van personeel in onderzoeken, een beter resultaat oplevert. Wanneer uiteindelijk aanbevelingen gedaan zullen worden, komen deze voor hen niet uit de lucht vallen en zijn zij gemotiveerder om in te

stemmen met een eventueel implementatieplan. Deze bijeenkomst had als doel onszelf te introduceren, uitleggen waarom we komende tijd regelmatig op de afdeling zullen zijn, bespreken wat de voorlopige plannen zijn. Ook was er voldoende ruimte voor opmerkingen en vragen van de verpleegkundigen. De reacties waren positief en ook dachten zij met ons mee. Het plan om ontslagen patiënten telefonisch te interviewen, vonden zij goed maar legden ons de vraag voor wat wij zouden zeggen als patiënten ons een (medische) vraag zouden stellen. Hier hadden wij nog niet goed over nagedacht en dit meegenomen. Zie kopje 'telefonische interviews'

Topiclijst opstellen

Het opstellen van een topiclist is van belang voor het houden van telefonische interviews. Willen we deze onafhankelijk van elkaar uit kunnen voeren, dan moet er een eenduidige richtlijn zijn over de vragen die gesteld worden. Ook vergroot dit de betrouwbaarheid van het onderzoek, om een totaal beeld te geven moeten wel aan alle patiënten dezelfde vragen gesteld worden.

Het opstellen van de topiclist is onder andere gedaan basis van literatuurstudie. Zegt de literatuur iets over patiëntenontslag uit het ziekenhuis, wat zij daarbij belangrijk vinden, waarover patiënten (on)tevreden zijn, wat blijken patiënten te missen, wat zijn veelvoorkomende (mogelijke) problemen?

Daarnaast heeft de opdrachtgever aan de poli gevraagd over welke onderwerpen patiënten met name terugbellen? Dat zou iets kunnen zeggen over wat patiënten missen, wat kennelijk niet in de folder staat, waar patiënten behoefte aan hebben. Ook zijn alle folders van de afdeling doorgenomen. Daarbij is gekeken of alle onderwerpen die in principe bij ieder ontslag geregeld/gezegd moeten worden, daadwerkelijk in de folder genoemd worden. Ook is gekeken of de ene folder meer zegt over bijvoorbeeld 'wondzorg' dan een andere folder. Blijken daar veel vragen of onduidelijkheden over te zijn bij patiënten, dan kan dit mogelijk teruggevoerd worden naar een tekort aan informatie in de folder. Mogelijk kan dan nog onderscheid gemaakt worden in verschillende ziektebeelden, dat een bepaalde patiëntencategorie informatie mist. Later in het traject zal besloten worden of onderscheid in ziektebeeld gemaakt zal worden.

De topiclijst bevat bewust een aantal open vragen. Enerzijds zal dit moeilijker te verwerken zijn en onder te verdelen in labels, omdat de antwoordkeus nu heel breed is. Anderzijds biedt het de enige mogelijkheid om er echt achter te komen wat de patiënt zelf vindt. Daarvoor heeft de patiënt ruimte nodig, en moeten geen zaken worden ingevuld, wat het geval zou zijn met een beperkte antwoordkeus. Daarvoor is gekozen, ook in overleg met begeleider, om te beginnen met open vragen, om daarna heel gerichte vragen te kunnen stellen. Omdat de mening van de patiënt zwaar telt in dit onderzoek, is gekozen om ook gebruik te maken van open vragen.

Afgesproken was om de ontslagen patiënten van 1 t/m 30 april een week na ontslag telefonisch te interviewen. Daardoor was de deadline voor de topiclist duidelijk, deze moest begin april af zijn en goedgekeurd.

Deze deadline is prima behaald, waardoor op de geplande tijd interviews konden worden afgenomen.

Telefonische interviews

De mening van de patiënt is belangrijk, werd al bij het eerste gesprek met de opdrachtgever genoemd. Wanneer aan de patiënttevredenheid wordt gewerkt, is het noodzakelijk om ook daadwerkelijk te weten wat de mening van patiënten is. Er zijn verschillende mogelijkheden besproken waarop dit het best uitgevoerd kon worden. Hier volgen de mogelijke opties met daarbij de motivatie waarom wel/niet gekozen is voor:

- pilot; deze optie zou betekenen dat er een nulmeting moet worden uitgevoerd en dat verderop in het traject nogmaals zal worden onderzocht welke resultaten de tussenliggende periode heeft opgeleverd. Deze mogelijkheid zou een goede manier zijn, maar past niet binnen het tijdsbestek van dit onderzoek. Het lijkt geen van de partijen mogelijk om in vier maanden een pilot te houden, waarbij de mening van de patiënt ook helder moet worden. Voor laatst genoemde onderdeel zal dan minder tijd zijn en de nadruk vooral liggen op het organiseren van de pilot en het verwerken van de gegevens daarvan. Dit zou ten koste gaan aan het belangrijke onderdeel, de mening van de patiënt. Daarbij worden regelmatig patienttevredenheids onderzoeken gehouden, waaruit ook zou kunnen blijken of de patiënttevredenheid is gestegen na implementatie van aanbevelingen.
- enquêtes; deze mogelijkheid is geschikt om veel respondenten te kunnen benaderen. In dat opzicht is het een voordeel. Toch biedt een enquête geen enkele mogelijkheid om door te vragen op antwoorden die gegeven worden. Dit is nadelig wanneer de mening van de patiënt helder in kaart moet worden gebracht. Daarvoor is een enquête te beperkt in dit geval.

- interviews; dit geeft de mogelijkheid om zowel open als gesloten vragen te stellen. In een interview is ruimte voor de mening van de patiënt en het biedt de mogelijkheid tot doorvragen. Daarnaast kunnen ook korte gerichte vragen worden gesteld. Er is gekozen voor deze optie omdat het een goede mogelijkheid geeft tot het verkrijgen van de gewenste informatie van de patiënt waarbij doorgevraagd kan worden. Daarbij is het een praktisch haalbaar middel. Er wordt namelijk in overleg met de begeleider en opdrachtgever besproken dat de interviews telefonisch uitgevoerd zullen worden. Om een relevant aantal respondenten te krijgen, zullen alle ontslagen patiënten van de maand april benaderd worden. Het is niet mogelijk deze patiënten een week na ontslag thuis op te zoeken, daarom een telefonisch interview.

In eerste instantie was het plan om één van ons te laten bellen, in bijzijn van de twee anderen die tijdens het gesprek – waarbij de telefoon op 'luid' stond - aantekeningen zouden maken. Dit werd door de begeleider niet goedgekeurd, ieder interview hoort volledig uitgetypt te worden. Dit hebben we dan ook bij vrijwel ieder interview gedaan, helaas bleken sommige niet goed opgeslagen en zijn er een aantal opnames verloren gegaan. In die gevallen hadden we nog altijd de handgeschreven aantekening. Bij ieder gesprek zal worden gevraagd of het mag worden opgenomen, waardoor de interviews woordelijk kunnen worden uitgewerkt. Deze opnames vergroten de betrouwbaarheid van het onderzoek, het is immers terug te luisteren. Daarnaast zijn de uitgetypte interviews geschikt om gegevens te verwerken.

Terugkomend op de vraag van de verpleegkundigen: wat te doen wanneer een patiënt (medische) vragen stelt? Doorverbinden met een verpleegkundige is in de praktijk moeilijk te realiseren, wat ook zou betekenen dat wij altijd in het ziekenhuis patiënten moeten bellen. Daarom hebben we besloten dat we daarin heel duidelijk naar de patiënten moeten zijn, dat zij niet de verwachting hebben antwoorden te krijgen op hun vragen.

Uit de literatuur blijkt dat mensen het prettig vinden wanneer vooraf toestemming wordt gevraagd of zij gebeld mogen worden in het kader van een onderzoek. Daarom is een informatieformulier opgesteld voor de patiënt die de verpleegkundige zal geven en deze weer innemen. Daarin wordt informatie verstrekt over de inhoud en het doel van het onderzoek, toestemming gevraagd of de patiënt gebeld mag worden en aangegeven dat wij bellen in het kader van onderzoek en niet de aangewezen personen om (medische) vragen te beantwoorden. Voordat dit formulier aan patiënten is gegeven, is deze goed gekeurd door zowel de opdrachtgever als de verpleegkundigen. Op deze manier zijn zij ook weer betrokken in het onderzoek, weten zij waar wij mee bezig zijn. Dit resulteerde zowel de secretaresse als de verpleegkundigen af wisten van het formulier dat aan patiënten moet worden gegeven.

Het bellen van patiënten heeft veel tijd in beslag genomen. Al snel bleek het niet praktisch wanneer drie personen zich bezig zouden houden met het bellen van patiënten. Daarom is in goed overleg een taakverdeling gemaakt. Willeke zou zich met name bezig houden met de literatuurstudie en het schrijven van deelvraag één. Geertrude en Petra zullen afwisselend patiënten bellen en tegelijkertijd interviews uittypen. Deze activiteiten hebben ons de hele maand april en de eerste helft van mei bezig gehouden. Het uittypen van ruim 40 interviews heeft enorm veel tijd in beslag genomen. Dit zorgde voor een uitloop in de planning.

In deze maand hebben we niet zoveel contact gehad met de begeleider. Dit was ook niet nodig, omdat er veel weken aan hetzelfde werd gewerkt. Wel is overleg geweest met de opdrachtgever en verpleegkundigen, met name over praktische zaken rondom het bellen van patiënten.

Op de afdeling was een bakje waarin de verpleegkundigen ingevulde formulieren zouden verzamelen. Deze konden dan geregeld door één van ons worden opgehaald. De respons was matig, het verschilde erg per dag. Maar gezien de afdelingagenda, waarin ontslagen patiënten worden opgeschreven – zouden veel meer formulieren teruggekomen moeten zijn. Omdat op deze manier in verhouding door weinig patiënten toestemming werd verleend, is er overleg geweest met de opdrachtgever. Er is gevraagd of we de andere patiënten, die blijkbaar niet het formulier hebben gekregen van de verpleegkundigen, toch nog zouden mogen bellen. Dit werd goedgekeurd, zodoende hebben we vrijwel alle patiënten kunnen benaderen. Patiënten die niet opnamen, zijn nog twee keer teruggebeld. Via de mail en mondeling zijn de verpleegkundigen nogmaals herinnerd aan het formulier dat patiënten moeten krijgen. Dit heeft succes gehad, met name de tweede en derde week van april zijn veel formulieren ingevuld teruggekomen.

Door toch patiënten te bellen die daarvoor geen toestemming hebben verleent, zijn we afgestapt van hetgeen wat eerder beschreven is. Namelijk dat respondenten graag toestemming verlenen tot medewerking. Toch is het een bewuste keus geweest, en ook de goede, omdat het veel gesprekken heeft opgeleverd van patiënten die wel mee wilden werken. Zij wisten in de meeste gevallen niet van het formulier af en kregen aan het begin van het gesprek alsnog goed de gelegenheid om aan te geven of zij wel of niet mee wilden werken aan het onderzoek. Hierover is één klacht binnen gekomen van een patiënt die het telefoontje niet prettig vond. Dit had voorkomen kunnen worden wanneer deze patiënt het formulier had gekregen waarop zij dan 'geen toestemming' had kunnen aangeven. De opdrachtgever heeft aan deze patiënt excuses aangeboden. Eén klacht op een totaal van 84 (inclusief degenen die niet opnamen) benaderde patiënten geeft aan dat het niet de verkeerde keus geweest is om de patiënten toch ongevraagd te bellen.

Gegevens analyseren

Eind april, wanneer driekwart van de patiënten is gebeld, is er weer een gesprek met de begeleider geweest. Het doel hiervan was om de begeleider inzicht te geven hoe het afnemen van interviews verloopt en welke ideeën wij hebben over het ordenen van de gegevens. Het was een goed moment voor een gesprek, omdat het bellen van patiënten naar een afronding liep. Wel was op dat moment nog het nodige werk te verrichten aan het uittypen van interviews. Toch stonden we op het punt om een nieuwe fase in te gaan, het analyseren en labelen van gegevens om resultaten te kunnen beschrijven. Omdat het

uittypen van interviews meer tijd vroeg dan aanvankelijk verwacht, is besloten om alleen die patiënten nog te bellen die toestemming hadden verleend. Dit scheelde tijd, wat gebruikt werd voor het uittypen van de laatste interviews. Dat is in week 20 afgerond.

Tijdens dat gesprek is duidelijk overlegd op welke manier het analyseren het best aan gepakt kon worden. In het projectplan staat beschreven op welke methode geanalyseerd zou worden, om alle gegevens onder te verdelen in labels. Echter, over de aanpak was nog niet zo precies nagedacht en de begeleider gaf praktische tips. Aan de hand daarvan zijn we aan de slag gegaan.

Er is gestart met vijf interviews, gezamenlijk is besproken welke kopjes er gemaakt kunnen worden. Welke labels zijn gemaakt, is te vinden in de bijlage. Vervolgens zijn alle interviews gezamenlijk doorgenomen. Dit is anders dan besproken met de begeleider, deze gaf aan dat onafhankelijk van elkaar gegevens geanalyseerd zouden kunnen worden wanneer duidelijk zou zijn dat een ieder op dezelfde lijn zou zitten. Echter, het doornemen van een interview en tegelijk invoeren op de computer, is behoorlijk lastig. Daarom is gekozen om alle interviews gezamenlijk door te nemen. Twee personen namen de interviews door, één persoon voerde gegevens in. Dit bleek even snel te gaan dan wanneer ieder afzonderlijk een interview zou doornemen en invoeren. Ook was het erg prettig om te kunnen overleggen tijdens het analyseren, twee zien meer dan één.

De gegevens zijn telkens aan de hand van het interview ingevoerd, niet aan de hand van de gemaakte labels. Wanneer alleen aan de hand van de gemaakte labels bijpassende gegevens zouden worden gezocht, is de kans groot dat andere gegevens over het hoofd worden gezien. Op deze manier kon ook gekeken worden of er eventueel nog extra labels bij moesten komen, als er nieuwe gegevens naar voren kwamen die niet onder te verdelen waren bij een al gemaakt label.

Om zo objectief mogelijk te blijven, zijn in eerste instantie alle gegevens zo getrouw mogelijk ingevoerd. Dat wil zeggen, zoveel mogelijk in de woorden die de patiënt heeft gezegd. Dit is gedaan om de objectiviteit te vergroten omdat kan nagegaan worden wat de patiënt over bepaalde zaken heeft aangegeven. Na het invoeren van deze gegevens zijn de gegevens wel gegeneraliseerd, wat het mogelijk maakte om resultaten te beschrijven.

Onder het kopje 'opstellen topiclist' wordt aangegeven waarom gekozen is om open vragen aan patiënten te stellen. Daarbij werd gerealiseerd dat het stellen van open vragen het analyseren van de gegevens bemoeilijkt. Dit bleek waar te zijn, iedere patiënt geeft een ander antwoord. Ook dit is een reden geweest waardoor de gegevens eerst werden ingevoerd zoals de patiënt het zelf heeft gezegd en is aan de hand daarvan gegeneraliseerd. Er is als het ware een tussenstap gemaakt door eerst de letterlijke gegevens in te voeren. Dit heeft waarschijnlijk extra tijd gekost, maar het geeft een overzicht waardoor na gekeken kan worden op basis van welke gegevens de resultaten beschreven zijn. De

resultaten zijn weergegeven op basis van de gegeneraliseerde gegevens, maar deze zijn dus terug te voeren.

Omdat er zoveel gegevens beschikbaar waren, zoveel resultaten, was het lastig om de resultaten te beschrijven. Dit heeft behoorlijk wat tijd in beslag genomen, wat vooraf niet geheel gerealiseerd werd, maar wel nodig was. Om de resultaten zo goed weer te geven, is telkens de vraag gesteld welke gegevens iets laten zien wat gebruikt kan worden om de deelvraag te beantwoorden. Dus: welke gegevens zeggen iets over de behoeften die de patiënt heeft? Daarbij zijn de resultaten per onderdeel weergegeven in een grafiek, want in één oog opslag laat zien welke resultaten zijn geboekt. Daarnaast wordt de grafiek nog toegelicht en in het beschrijven van de conclusies zullen de resultaten nader besproken worden.

Bij de resultaten worden cijfers genoemd, ter overzicht van onszelf en om wel wat gerichte getallen te kunnen aangeven. Toch draait het niet om de getallen, het is immers een kwalitatief onderzoek en daarom zijn we minder geïnteresseerd in hoeveelheden/kwantiteit.

Bespreking met afdelingsverpleegkundigen

Tijdens het opstellen van het projectplan, is aangegeven dat onder afdelingsverpleegkundigen enquêtes zouden worden uitgedeeld om op die manier hun ideeën, wensen en behoeften tegen te komen. Toch is uiteindelijk gekozen om dit niet via enquêtes te doen, dan zou geen mogelijkheid zijn om door te praten over hetgeen de verpleegkundige aangaf. Ook zou het maken van een enquête, het terughalen en het verwerken van de gegevens, weer de nodige tijd in beslag nemen. Deze tijd was niet meer beschikbaar, en is gekozen (in overleg met de begeleider en opdrachtgever) om een bespreking te houden met de verpleegkundigen wanneer een groot deel van de resultaten bekend zouden zijn. Deze bespreking is gepland, helaas konden daarbij maar vier verpleegkundigen aanwezig zijn. Toch heeft het wel nut gehad, ten eerste ook om de verpleegkundigen weer te betrekken in het onderzoek. Ook wilden wij bepaalde zaken met hen bespreken. Zoals het feit dat nogal wat patiënten aangaven niet tevreden te zijn over de zaalartsen, de arts-assistenten. Deze blijken te weinig kennis te hebben, wat patiënten o.a. tegenhoudt in het stellen van vragen. Tijdens deze bespreking is dit besproken, en bleek een herkenbaar punt voor de verpleegkundigen. Zij ervaren dit ook vaak zo, en vinden het een slechte zaak naar patiënten toe. Ook kwam, naar aanleiding hiervan, naar voren dat ook de communicatie niet altijd optimaal verloopt tussen arts (assistenten) en verpleegkundigen. Ook bleek dat verpleegkundigen geen visite lopen met de artsen, wat zij wel graag willen. Kortom: er kwam heel wat boven tafel wat door middel van een enquête niet was gelukt!

Wel zijn nog vijf vragen op papier gezet die de verpleegkundigen hebben ingevuld, deze vragen en antwoorden zijn te lezen in deelvraag één.

De bespreking begon met het invullen van deze vragen, zodat de verpleegkundigen deze onafhankelijk van elkaar zouden invullen. Daarna zijn de vragen plenair besproken.

Literatuurstudie

Het schrijven van een goed lopende literatuurstudie bleek een hele klus. Het eerste concept is in week 18/19 opgestuurd naar zowel begeleider als opdrachtgever. De week daarop is deze uitgebreid besproken in een gepland gesprek met de begeleider. De begeleider gaf daarin aan dat we goed op weg zijn, ook qua literatuurstudie en dat we nu in de fase gekomen zijn waarin we stukken gaan verwijderen. De literatuurstudie bleek namelijk erg breed opgesteld, bevatte ook stukken die niet echt noodzakelijk waren. Hierbij kan worden gedacht aan het stuk 'ontstaan van kwaliteitsdenken'. Deze informatie was voor onszelf wel van belang geweest, ter voorbereiding op ons kwalitatieve onderzoek, maar is voor de lezer niet interessant om te lezen. Wat tijdens dit gesprek heel erg werd benadrukt is dat er een duidelijke lijn in het stuk moet komen, de lezer moet als het ware mee genomen worden. Daar is een duidelijk geschreven stuk voor nodig, anders raakt iemand de draad kwijt. Ook moet de doelstelling goed in de gaten worden gehouden, waar willen we heen? Ook in dat op zicht is het beschrijven van 'ontstaan van kwaliteitsdenken' niet zinvol, het voegt niet iets toe om de doelstelling te behalen.

Over de literatuurstudie is flink gediscussieerd tijdens dat gesprek, de begeleider stelde daarbij de nodige vragen die ons extra tot nadenken zette. Dat was prettig, wanneer je een stuk schrijft heb je vaak niet zo'n overzicht of de verhaallijn duidelijk is e.d., de begeleider kon dit beter aangeven en heeft dit ook gedaan. Voor ons werd helder dat er meer lijn in de literatuurstudie moet komen, we meer positie moeten kiezen in bijvoorbeeld welke definities en visie wij hanteren. De begeleider vroeg zich af of het zinvol is om 'problemen bij ontslag' vanuit de literatuur te beschrijven... wordt dit niet te invullend? Wat heeft de lezer eraan om aan het begin van het verslag te lezen over problemen die voor kunnen komen, die niet het resultaat zijn van dit onderzoek? Moet dit hele stuk niet verwijderd worden? Ons inziens moet het zeker niet verwijderd worden, het diende voor ons als basis om de topiclist op te stellen. Dat gaf een andere wending en werd bediscussieerd welke plaats deze beschrijving dan moet krijgen in het verslag. Als bijlage? Als onderbouwing bij een deelvraag? Uiteindelijk heeft het een plaats gekregen in deelvraag één, waarbij duidelijk wordt aangegeven dat het wordt beschreven omdat het ter onderbouwing is geweest voor het opstellen van de topiclist. Dan komen de vragen die daarin gesteld worden voor de lezer niet uit de lucht vallen. Daardoor begrijpt de lezer waarom het stuk beschreven wordt.

Evaluatiefase

Verslaglegging

De laatste weken zijn we hard aan het werk gegaan met de totale verslaglegging. De literatuurstudie heeft aanpassingen gekregen en bleek na een feedbackronde veel duidelijker en beter te volgen voor de lezer. Het beschrijven van de resultaten heeft, zoals eerder gezegd, flink wat tijd in beslag genomen. Tijdens het beschrijven van de resultaten, is ook overleg geweest met de begeleider van school, om te overleggen en om te weten of we op een juiste manier aan het werk waren. Dit bleek zo te zijn, waardoor we verder konden. Na afronding van het beschrijven van de resultaten, zijn we overgegaan op het trekken van conclusies. Hier zijn we voor bij elkaar gekomen, omdat het een wel heel belangrijk onderdeel van het onderzoek is. Verkeerde conclusies zijn snel getrokken, daarom is veel overleg geweest voor bepaalde zaken zijn opgeschreven. Dit heeft geleid tot de nodige discussie onderling, wat uiteindelijk resulteerde in doordachte conclusies op papier. Het beschikbaar hebben van veel gegevens kan het trekken van conclusies bemoeilijken. Dan is niet altijd meer helder wat waar mee te maken heeft. Ook moest rekening worden gehouden met het feit dat niet ieder onderwerp bij ieder interview genoemd is. Daardoor kon bijvoorbeeld niet van de gehele populatie worden uitgegaan om bepaalde conclusies te trekken. De conclusies zijn zo weer gegeven dat ze als het ware als antwoord gegeven kunnen worden op de hoofdvraag, dus hoe de kwaliteit kan worden verbeterd. Aan de hand van de conclusies zijn de aanbevelingen gedaan. De aanbevelingen beschrijven een manier om de conclusies te bereiken, om zodoende de kwaliteit te verbeteren.

In eerste instantie zijn concept aanbevelingen gedaan. Deze keus is bewust gemaakt, om zoveel mogelijk ingang te vinden bij de afdelingsverpleegkundigen en overige belangstellenden tijdens de presentatie. Aan het begin van het traject is besproken om, indien mogelijk, een aanbeveling praktisch uit te werken. Wanneer we dit zullen gaan doen, is het van belang te weten waar de verpleegkundigen echt behoefte aan hebben en aan welke aanbeveling zij de voorkeur geven om op korte termijn praktisch uitgewerkt te zien. Daarom is gekozen om concept aanbevelingen te doen, zodat deze tijdens de presentatie besproken kunnen worden.

Presentatie

Het voorbereiden van de presentatie heeft niet meer zoveel tijd gekregen als aan begin gepland. Achteraf bleek deze tijd ook niet nodig. Zaak was om een goede en heldere PowerPoint te maken, die als leidraad diende tijdens de presentatie. Daarnaast moest de afweging worden gemaakt wat verteld ging worden tijdens de presentatie. Wat is interessant voor de luisteraar? Het te uitgebreid presenteren van resultaten zou te langdradig en onoverzichtelijk worden. Voor het overzicht van de luisteraar, zijn daarom tabellen in de

presentatie gevoegd met bijbehorende steekwoorden. Mondeling zijn deze resultaten nog toegelicht, en met praktijk voorbeelden ondersteund. Deze voorbeelden kwamen allemaal uit de gehouden interviews.

Om ervoor te zorgen dat de aandacht gehouden wordt tijdens de presentatie, is gekozen om alle drie aan het woord te komen. Overzichtelijke afwisseling houdt de aandacht van de luisteraar. Omdat niet alleen afdelingsverpleegkundigen aanwezig zouden zijn, is nog een korte introductie van onszelf gehouden door Willeke tijdens de presentatie en de aanleiding van het onderzoek e.d. herhaald.

Daarna heeft Geertrude het inhoudelijke gedeelte gepresenteerd, wat ongeveer een twintig minuten in beslag heeft genomen. Om de aandacht te houden, een goede tijd. Langer presenteren zou het verhaal te langdradig maken. Bewust is tussendoor een moment ingelast om vragen te kunnen stellen door luisteraars, zou dit na het bespreken van de aanbevelingen zijn, bestaat de kans dat vragen vergeten zijn. Nu was na het inhoudelijke gedeelte een duidelijk moment voor het stellen van vragen, waar ook gebruik van gemaakt werd.

Hierna werden de concept aanbevelingen besproken. Het bespreken van deze aanbevelingen bleek een goede keus. Omdat veel verschillende disciplines aanwezig waren bij de presentatie, werden de aanbevelingen ook vanuit verschillende oogpunten besproken. Niet alleen vanuit de afdelingsverpleegkundigen, ook gynaecologen, arts-assistenten en andere verpleegkundigen en belangstellenden hadden zo hun inbreng. Deze bespreking leverde betrokkenheid op, iedereen kon zijn/haar mening geven. Ook werd besproken welke aanbeveling wij nog uit zouden kunnen werken, en werd ons duidelijk waar de verpleegkundigen wat mee zouden kunnen.

Totale afronding

In de laatste week voor de uiterlijke inleverdatum is de totale verslaglegging gedaan. De laatste feedback is verwerkt, de lay-out wordt eenduidig gemaakt en de persoonlijke reflecties zijn geschreven.

Gelukkig is er nog tijd geweest om uit te voeren wat helemaal aan het begin van het traject is besproken. Toen is besproken dat het het mooiste zou zijn wanneer een aanbeveling nog uitgewerkt kon worden en de verpleegkundigen iets praktisch kon worden aangereikt. Maar dit zou t.z.t. bekeken worden, afhankelijk van de beschikbare tijd. De beschikbare tijd was kort, maar ons inziens wel voldoende om een praktische uitwerking te maken. Tenslotte beschikken we over de nodige gegevens en informatie, dus hebben we gekozen om nog een aanbeveling uit werken.

In deelvraag zes is het resultaat hiervan te zien. Aan de hand van de discussie bij de eindpresentatie hebben we gekozen om een 'checklist' te maken, waarbij kan worden

nagegaan wat al gedaan is rondom het ontslag en waarbij kan worden nagegaan of de patiënt de informatie juist heeft begrepen.

Algemeen

Na de presentatie is een korte feedbackronde geweest. Hierin zijn een aantal dingen gezegd, die ook betrekking hebben op het proces van dit project. De begeleider van school gaf aan dat we een groep waren die niet veel begeleiding hebben gevraagd. Ook heeft hij één of twee maal zelf initiatief genomen tot het maken van een afspraak. Daarin lag een punt voor ons, dat we daarin wat meer initiatief hadden kunnen nemen. We hadden vaker een afspraak kunnen plannen, nog niet eens zozeer om de inhoud van het project, dan wel om de begeleider van school inzicht te verschaffen waar wij mee bezig waren.

De opdrachtgever vroeg om feedback, daarbij hebben wij aan kunnen dat we wat meer reactie en betrokkenheid van haar kant hadden verwacht bij ons project. Zij gaf daarbij ook aan zich niet vooraf niet voldoende gerealiseerd te hebben, dat het begeleiden (doorlezen van stukken, gesprekken, feedback geven) zoveel tijd in beslag zou nemen. Daar had zij niet op gerekend, en daar had zij dus eigenlijk ook niet altijd voldoende tijd voor. Voor ons het leerpunt om meer initiatief te tonen in het plannen van een gesprek. Verdere feedback volgt na de totale afronding van het geheel.

Bijlage 11 Leerrendement verslagen

Persoonlijk leerrendement Geertrude Bogerd

In dit verslag wil ik reflecteren op mijn persoonlijke ontwikkelingen en leerpunten tijdens de meesterproef. Vanuit mijn competentietoetsen eerder dit jaar heb ik verschillende leerdoelen meegenomen. Deze toetsen gingen over de Malnutrition Universal Screening Tool. Ik wil kort reflecteren op wat ik per leerdoel meeneem vanuit deze toetsen, en daarbij melden wat ik nu tijdens de meesterproef geleerd heb. Ook wil ik de hbo-kwalificaties betrekken in dit verslag.

Laat zien wat er in je leeft: andere mensen kunnen je wellicht helpen.

Dit leerdoel heb ik opgesteld omdat ik niet altijd liet zien wat er van binnen leefde. Dit betekende dat een ander mij in dat geval dus ook niet kon helpen. Nu deed ik de competentietoetsen alleen en de meesterproef doen we met z'n drieën. Dat maakt wel een verschil. Ik vond ook dat ik tijdens de meesterproef goed heb kunnen overleggen met mijn groepsgenoten. Verder was het mogelijk om alles bespreekbaar te maken. Omdat de sfeer heel open en veilig was, konden we alles tegen elkaar zeggen. Dit vond ik erg fijn. Ik merk wel dat ik sneller zaken deel met bekenden dan met mensen waar ik niet zo heel veel contact mee heb. Dit punt zal dus zeker een aandachtspunt voor me blijven. Het ging nu goed, maar de volgende keer, wanneer ik met minder bekende mensen werk, is het van belang dat ik me ook van dit punt bewust ben.

Nu ik toch wat schrijf over de onderlinge samenwerking, wil ik meteen iets meer schrijven over het **groepsproces**. Ik vond dat we een gezellig meesterproefgroepje hadden. We kennen elkaar al langer en dat maakt het fijn om samen te werken. Aan de andere kant was het af en toe wel oppassen geblazen dat de samenwerking niet te gezellig werd. Er moest natuurlijk ook gewerkt worden. Gelukkig is het allemaal goed gekomen. Toch denk ik dat wat meer zelfdiscipline voor mij wenselijk was. Nu was het weleens zo gezellig dat het een tijd duurde voordat ik aan het werk was en dat is niet efficiënt. Het werk wordt dan namelijk verschoven naar het late gedeelte van de dag en dat vind ik zelf, als ik het achteraf bekijk, niet echt de bedoeling. Al met al was de sfeer positief en dat maakte wel dat ik vond dat we prettig konden werken. De taken zijn mijns inziens ook goed verdeeld. De communicatie onderling verliep ook goed. Ik merkte dat het soms wel eens gebeurde dat je met twee personen iets aan het doen bent en dat dan één persoon in zijn eentje bezig is. Dit is op zich niet erg, maar ik vind het wel goed om er aandacht aan te besteden hoe die ene persoon zich daarin voelt. Ik kan me namelijk voorstellen dat dit niet altijd leuk hoeft te zijn voor diegene en

daarom lijkt het mij goed om in dergelijke gevallen de situatie bespreekbaar te maken. Dit om te voorkomen dat er wrijving ontstaat tussen de groepsleden.

Ik heb het gevoel dat ik zelf ook nog wel wat meer methodisch kan werken. In sommige gevallen hebben we niet volgens de juiste volgorde gewerkt tijdens de meesterproef. Om maar een heel simpel voorbeeld te noemen: de presentatie was al achter de rug toen we er achterkwamen welke criteria verbonden waren aan de presentatie. Vaak vind ik het juist belangrijk om alles goed te plannen en te organiseren. Nu was ik echter zo van overtuigd dat we het toch wel goed deden, dat ik de hele officiële methode soms uit het oog verloren ben. Dit vind ik wel jammer. Voor een volgend onderzoek wil ik me hier graag meer van bewust zijn. Ik wil een onderzoek als dit ook graag op een logische manier kunnen uitvoeren.

Probeer voordat je begint het onderwerp en het ontstaan hiervan duidelijk te krijgen.

Tijdens de competentietoetsen kwam ik er halverwege achter dat mij niet duidelijk was wat nu daadwerkelijk de reden was waarom ik de betreffende toets ging doen. In het begin dacht ik: Leuk, de MUST implementeren, dat ga ik doen. Halverwege kwam ik er echter achter dat ik het niet op mijn manier kon doen, maar dat er allerlei ziekenhuisbrede regels aan vastzaten. De teamleidster had tegen mij gezegd dat de MUST nog iets was waar wat mee gedaan moest worden. Ik had echter nooit gevraagd waarom dat moest. Vandaar dat mij halverwege pas duidelijk werd in wat voor enorme klus ik was beland. Al met al is dit een goed leerpunt voor mij geweest.

Tijdens de meesterproef merkte ik dat ik af en toe toch weer in dezelfde kuil viel. Tijdens de gesprekken met Marja dacht ik dat ik wel redelijk helder had wat er moest gebeuren en waarom, maar op het moment dat dit logisch verwerkt moest worden in een projectplan, bleek dit soms toch tegen te vallen. Soms stelde Kees ook wel eens vragen waarvan ik dacht: Tja, logisch dat je dat moet weten, waarom hebben we daar nog nooit aan gedacht? Blijkbaar denk ik zelf toch in een bepaalde cirkel. Ik vind het fijn wanneer een ander dan wat vragen stelt. Dit maakt dat ik weer wat meer terugkwam bij de werkelijkheid. Wat betreft de hbo-kwalificatie 'creativiteit en complexiteit in handelen', vind ik het fijn om zelf te laten zien welk inzicht ik heb over bepaalde situaties. Op die manier kom ik graag zelf met een voorstel om het vervolgens te laten checken. Dit zal later in de verslag ook nog beschreven worden. Soms blijkt echter dat het goed is wanneer een buitenstaander met creatieve vragen komt. Dit maakt dat ik zelf ook weer meer creatief kan denken. Het biedt voor mij meteen veel meer mogelijkheden.

Wat dat betreft vond ik de **begeleiding tijdens de meesterproef** erg prettig. Ik vind het fijn om zelfstandig bezig te zijn, met begeleiding 'op afstand'. Dat wil zeggen dat ik graag zelf bedenk wat er moet gebeuren en dat ik dit dan wil laten checken bij de begeleider. Ik denk dat we tijdens de meesterproef veel op deze manier gewerkt hebben. Voor mezelf vond ik dit fijn, maar ik denk dat het voor de begeleiding best moeilijk kan zijn. In die zin dat het dan

niet altijd inzichtelijk was waar wij mee bezig waren. Daarom lijkt communicatie van groot belang. Ik denk dat dit beter had gekund tijdens de meesterproef. Af en toe hadden we meer inzichtelijk kunnen maken waar we mee bezig waren. Bij het vorige kopje beschreef ik dat het goed is om te laten zien wat er in mij leeft, maar ik kan er ook meteen aan toevoegen dat het van belang is dat ik laat weten waar ik me mee bezig houdt. De hbo-kwalificatie 'sociaal-communicatieve bekwaamheid' verdient wat dit betreft nog wat meer aandacht. Zoals in ons verslag beschreven, is het goed om te blijven communiceren. Dat geldt voor mezelf ook. Ik trek uiteindelijk wel eens de conclusie dat de communicatie beter had gekund, maar dan is het leed alweer geschied. Ik zou willen dat het me wat meer eigen was om op een goede manier te blijven communiceren en niet te veel zelfstandig bezig te zijn. Dat kan ook goed zijn, maar het is belangrijk dat anderen ook weten waarmee ik bezig ben. Wat betreft de samenwerking met Marja denk ik dat het voor Marja aan de ene kant prettig was dat wij redelijk zelfstandig te werk gingen. Zij gaf namelijk aan dat ze onderschat had hoeveel tijd het vraagt om een meesterproef te begeleiden. Ik kan me voorstellen dat dit inderdaad veel tijd vergt. In die zin is het prettig dat wij wat dat betreft niet teveel beslag op haar tijd gelegd hebben. Aan de andere kant hadden we voor Marja ook meer inzichtelijk kunnen maken waar we mee bezig waren. Dit maakt het voor haar denk ik wel overzichtelijker wat een proces als dit inhoudt. Daarnaast had ik wel eens het gevoel dat Marja niet altijd reageerde op onze vragen per mail. Ik vond dit soms best lastig. Eigenlijk vind ik het ook wel mijn eigen schuld. Zelf werken wij heel zelfstandig, het is dan niet altijd makkelijk om te volgen waar we mee bezig zijn. De vragen die wij dan ineens per mail stelden, vroegen soms best veel tijd, terwijl we vaak ook nog eens snel een antwoord verwachtten. Ik denk dat we door betere communicatie en samenwerking met Marja dit probleem niet zo hadden gehad. Daarnaast zou het voor Marja waarschijnlijk inzichtelijker geworden zijn wat zij kan verwachten van het begeleiden van een meesterproef. Dit zou voor haar prettig kunnen zijn voor een eventuele volgende meesterproef.

Onderzoek eerst welke gegevens al bekend zijn in het ziekenhuis.

Zoals ik al eerder beschreef, kwam ik er tijdens de uitvoering van de competentietoetsen achter dat er ziekenhuisbreed al een en ander geregeld was en dat ik het wiel dus niet opnieuw hoefde uit te vinden. Ik had echter al zo mijn eigen gedachten over de zaak, zonder er aan te denken dat ik misschien op een veel makkelijkere manier ook tot het gewenste resultaat zou kunnen komen. Om deze reden heb ik dus dit leerdoel beschreven. Tijdens de meesterproef heb ik dan ook nagevraagd wat er al bekend was ziekenhuisbreed. Dit was in dit geval nog niet zoveel. Verder heb ik ook gekeken op intranet of er documenten beschikbaar waren met betrekking tot het ontslag. Dit leek ook niet het geval. Dit alles maakte voor mij duidelijk dat ik niet bang hoefde te zijn dat ik binnen het ziekenhuis bezig was het wiel opnieuw uit te vinden.

In de literatuur zijn goede handvaten te vinden om aan een implementatie te werken.

Tijdens de competentietoetsen vroeg ik mezelf wel eens af hoe ik iets logisch aan zou kunnen pakken. In de literatuur bleek hierover best veel geschreven te zijn., vandaar dit aandachtspunt. Dit sluit ook meteen aan op het vorige punt wat ik beschreven heb. Het is namelijk zo dat we in het ziekenhuis nog niet het wiel voor de tweede keer aan het uitvinden waren, maar wellicht is in een ander ziekenhuis het wiel al wel uitgevonden. Vandaar dat een literatuurstudie waarschijnlijk van essentieel belang is. Nu zijn we erachter gekomen welke gegevens we konden gebruiken bij ons onderzoek, waardoor we niet meer alles zelf hoefden te ontdekken. Verder was het ook goed om te merken dat de literatuur bepaalde resultaten van het onderzoek bevestigde. Dit geeft mij het gevoel van samen sterk, of te wel: we zijn niet de enige die tot deze resultaten komen. Zelf vind ik het dan meer betrouwbaar.

Ik moet mijn verwachtingen uitspreken naar anderen of niets van anderen verwachten.

Tijdens de competentietoetsen had ik soms bepaalde verwachtingen van personen. Bijvoorbeeld dat de diëtiste even snel wilde werken als ik. Ik wilde namelijk in zo kort mogelijke tijd, zoveel mogelijk doen om een goed resultaat te kunnen beschrijven in mijn toets. Zij wilde echter graag de tijd overal voor nemen en voor haar had de situatie ook niet zoveel prioriteit als voor mij. Ik heb echter nooit met haar besproken dat ik graag zo veel mogelijk wilde doen. Ik ging er vanuit dat zij dit wel begreep. Omdat ik nu wel inzie dat dit een foute redenering was, heb ik als aandachtspunt voor mezelf gesteld dat ik mijn verwachtingen moet uitspreken. Eigenlijk komt dit weer neer op wat eerder in het verslag genoemd wordt: blijven communiceren. Daarom denk ik dat met name de communicatie naar de begeleiders toe beter had gekund. We hadden ook meer uit kunnen spreken wat we verwachtten van bijvoorbeeld Marja. Nu heb ik geschreven dat ik het vervelend vond dat ze soms niet reageerde, maar we hadden ook meer aan kunnen geven dat we een snelle reactie van haar verwachtten. Af en toe dachten we dat we dit wel lieten doorschemeren, maar wellicht is dit niet duidelijk genoeg geweest. Zoals ik al omschreef had de algehele communicatie wat dit betreft beter kunnen verlopen, dus ik denk dat communiceren mijn grote aandachtspunt blijft.

Persoonlijk leerrendement Willeke de Kruijf

Allereerst wil ik in dit leerrendementsverslag een algemene reflectie laten lezen over het afstuderen. In deze algemene reflectie reflecteer ik over de aspecten die mijn algemene indruk op het afstuderen bepalen: het onderwerp & resultaat van het onderzoek en de samenwerking.

Vervolgens wil ik op de vijf beroepsrollen van verpleegkundigen reflecteren aan de hand van een aantal competenties. Tenslotte wil ik reflecteren op de HBO- kwalificaties waar ik tijdens het afstuderen aan gewerkt heb.

Algemene reflectie over het afstuderen

Begin februari dit jaar begon het afstuderen waar lang naar uit gekeken was. Twintig weken bezig zijn met een onderzoek leek vooraf erg veel. Uiteindelijk kan ik zeggen dat 20 ontzettend leerzame weken voorbij gevlogen zijn en dat de tijd hard nodig is geweest.

Onderwerp & resultaat van het onderzoek

Toen de lijst met onderwerpen voor de meesterproef binnenkwam, heb ik deze lijst bestudeerd. Er zaten absoluut boeiende onderwerpen tussen. Geertrude vroeg of ik met haar en Petra wilde afstuderen op de afdeling Gynaecologie waar zij haar vierdejaars stage had gelopen. Mijn eerste indruk was: Leuke groep! Goed onderwerp! Maar toch zag ik wel een beetje tegen het Antonius Ziekenhuis op door mijn minder fijne ervaring met dit ziekenhuis (niet behaalde derdejaars stage). Ik heb beseft dat het goed is geweest om deze stap te zetten omdat ik met dit afstuderen heb gezien dat het Antonius Ziekenhuis bij mij ook een goede ervaring kan achterlaten.

Het onderwerp *patiëntenontslag* vond ik erg relevant. Iedere patiënt heeft hier heel direct mee te maken. Iedere verpleegkundige komt dit bijna dagelijks tegen. Het is erg belangrijk dat het patiëntenontslag goed verloopt! Het onderwerp *kwaliteit van zorg* dat in dit onderzoek ook veel naar voren is gekomen was zeker interessant. De hele opleiding zijn deze woorden naar voren gekomen, maar pas nu kan ik duidelijk verwoorden wat deze woorden inhouden.

Het onderwerp van het onderzoek vond ik interessant. Ik had bij het lezen van het onderwerp de verwachting dat het onderzoek een praktisch onderzoek zou worden. Uiteindelijk is daar zeker sprake van geweest. In het onderzoek heb ik veel literatuurstudie gedaan, wat ik overigens erg interessant vind, maar ik vond het prettig dat het resultaat heel praktisch gericht was. Het resultaat gaat om het verbeteren van de kwaliteit van zorg in de praktijk. De praktijk is kritisch bekeken, besproken en er zijn natuurlijk praktische aanbevelingen gedaan. Ook het uitwerken van een van deze aanbevelingen om de afdeling iets praktisch te kunnen aanreiken vond ik prettig. Door het uitwerken van de aanbeveling heb ik voor mijn gevoel

voldoende voor de afdeling kunnen betekenen. Het afstudeertraject bleef hiermee niet tot een theoretische omschrijving van *kwaliteit van zorg met betrekking tot het patiëntenontslag*. Maar het afstudeerproject is, voor mijn gevoel, door het doen van aanbevelingen ook heel specifiek tot de afdeling binnengedrongen. Ik kijk positief en zeker met enige trots op het afstudeertraject en haar resultaat. Het liefste zou ik, wanneer de afdeling de aanbevelingen goed oppakt, nogmaals een aantal patiënten bellen om te horen dat het patiëntenontslag inderdaad verbeterd is....

Samenwerking

De afstudeergroep vond ik een prettige groep. Ook naast het afstuderen had ik een fijne band met de medestudenten. Eigenlijk de hele opleiding al, dus ik vond het prettig om met deze medestudenten door middel van samen afstuderen mijn opleiding af te sluiten.

De samenwerking tussen elkaar verliep op een manier waar ik tevreden over ben. Deze samenwerking was een enkele keer op school, vaker in het ziekenhuis maar het meeste op een van de drie thuislocaties. Ik heb dit als prettig ervaren. Soms kostte het meer tijd omdat het op de thuislocaties gezellig was en er uiteindelijk minder werd gedaan dan gedaan kon worden. Maar ik heb beseft dat ook tijdens drukte, informele sfeer en sociaal contact juist heel belangrijk kunnen zijn.

Door de intensieve samenwerking van afgelopen half jaar heb ik mijn medestudenten op een andere manier leren kennen. Zoals ik net al schreef heb ik tijdens de gehele opleiding al een fijne band gehad met deze studenten, maar toch heb ik hen in het afgelopen half jaar nog beter leren kennen.

De samenwerking verliep goed, zoals ik al schreef. Natuurlijk betekent dit niet dat we het altijd met elkaar eens waren. Ik denk dat dat ook niet nodig was geweest en dat de discussie die op zulke momenten ontstond heeft bijgedragen aan een beter resultaat. Aan het begin gaf het mij een vreemd gevoel om als het ware een vriendin tegen te spreken. Toch was er eigenlijk alleen sprake van discussie tussen onderzoekers. Daar heb ik even mee leren omgaan, maar ik denk dat we heel eerlijk tegen elkaar zijn geweest. Ik vind het bijzonder dat ik hen ook op deze manier heb leren kennen.

Ook de taakverdeling verliep heel eerlijk. Ik heb tijdens het afstuderen niet het gevoel gehad dat ik meer of minder deed dan iemand anders, en verwacht ook dat niemand anders dat gevoel heeft gehad. Het plannen van de verschillende fasen van het traject verliep goed (HBO- kwalificatie **Methodisch reflectief werken**). Toch zijn de fasen soms verder uitgelopen dan verwacht. Onder elkaar afgesproken deadlines werden wel behaald, dat vond ik een fijne ervaring. Dit gaf mij het gevoel dat iedereen ervoor wilde gaan en waarde hechtte aan de goede samenwerking. Het uitlopen van verschillende fasen heeft uiteindelijk tot gevolg gehad dat de definitieve versie van de scriptie later dan bij andere afstudeergroepen werd ingeleverd. Ik heb dit niet als storend ervaren, het scheelde uiteindelijk maar anderhalve

week. Omdat sommige fasen in het onderzoek wat meer tijd innamen dan verwacht, heb ik het gevoel dat aan het einde van het afstudeertraject wel de meeste druk ontstond. De officiële planning beter nakomen had deze lichte drukverhoging misschien kunnen voorkomen, maar ik heb deze druk niet als een negatieve factor gezien. Uiteindelijk is de deadline behaald en kijk ik terug op een fijne samenwerking.

Tenslotte heel kort iets over mijn specifieke taak in de groep: voorzitter. Aan het begin van het afstudeertraject, was er sprake van een aantal officieel geplande gesprekken met begeleiders. Omdat het aan het begin nog zoeken was naar de juiste weg, vond ik het soms lastig om voorzitter te zijn tijdens het gesprek. Ik had tijdens zo'n gesprek het idee dat ik de juiste woorden moest zeggen en dat het gesprek niet goed zou verlopen wanneer ik dat zou doen. Ik heb dit bij mijn medestudenten neergelegd en hen gevraagd of zij duidelijk wilden inspringen wanneer ik niet volledig genoeg was. Dat ging goed, maar gelukkig werd het contact tussen de begeleiders en ons als studenten steeds informeler en liepen de gesprekken op een gegeven moment als vanzelf.

Reflectie op de vijf beroepsrollen van verpleegkundigen

Als vanzelfsprekend zullen in een reflectie op het afstuderen de rollen van zorgverlener, regisseur en coach een minder grote plaats innemen dan die van ontwerper en beroepsbeoefenaar.

Zorgverlener

Zorgvragers hebben een grote rol gespeeld in het onderzoek. Van *Competentie 1.1: Samenwerken met de zorgvrager* is dus wel sprake geweest maar voor mij vooral indirect. Als samenwerking met zorgvragers zijn er veel patiënten gebeld, maar ik heb in het onderzoek niet veel patiënten gebeld omdat ik mij op dat moment bezighield met de uitgebreide literatuurstudie.

Ik wil bij de rol van Zorgverlener wel *Competentie 1.8: Kritisch nadenken over het handelen in de zorgverlening* noemen. Naast het kritisch kijken naar het handelen van verpleegkundigen op de afdeling Gynaecologie bij het patiëntenontslag heb ik ook bij mezelf stilgestaan hoe ik bijvoorbeeld in mijn afgelopen stages patiënten heb ontslagen uit het ziekenhuis. Nu ik zoveel weet over kwaliteit van zorg met betrekking tot het patiëntenontslag kan ik met een kritische houding terugkijken naar die momenten waarop ik zelf misschien ook dingen vergeten ben te vertellen bij ontslag.

Regisseur

Ook de rol van Regisseur is voor mij in het afstuderen veel minder aan de orde geweest. Bij deze rol wil ik wel de volgende competentie noemen die mooi aansluit bij het doel van het onderzoek: *Competentie 3.4 Maatregelen treffen zodat continuïteit in het zorgproces voor de zorgvrager is gewaarborgd*. Bij projecten die bijvoorbeeld tijdens stages aan de orde kwamen was ik nooit persoonlijk betrokken. In dit afstudeertraject was ik zelf een van de drie

onderzoekers, dat was erg leerzaam en boeiend. Kijkend naar deze competentie was mijn gehele afstuderen als het ware het genoemde treffen van de maatregelen zodat continuïteit in het zorgproces voor de zorgvrager is gewaarborgd. Ik vind dit een goede omschrijving van waar het afstuderen om heeft gedraaid.

Ontwerper

De rol van Ontwerper heeft voor mij een grote rol gespeeld in het afstuderen: zorgprogrammering, verpleegbeleid en kwaliteitszorg. Natuurlijk is er sprake geweest van *Competentie 5.3: Een probleemanalyse maken en daarvoor oplossingsrichtingen aandragen*. In de orientatiefase van het afstuderen ben ik veel bezig geweest met het analyseren van het probleem. *Wat is nu eigenlijk de aanleiding van dit onderzoek? Waar moet nu naar gekeken worden in dit onderzoek?* Uiteindelijk heeft het vervolg van het onderzoek het mogelijk gemaakt om oplossingsrichtingen te noemen, de aanbevelingen. Ik vond het omschrijven van de aanbevelingen en die vervolgens tijdens de presentatie erg leuk. Uiteindelijk was dit het onderdeel dat liet zien dat over alles nagedacht was en dat deze dingen in de praktijk het antwoord op de hoofdvraag zouden zijn. Ook het uitwerken van een van deze aanbevelingen vond ik erg relevant. *Competentie 5.4 sluit hier wel mooi bij aan: Oplossingsrichtingen formuleren voor dagelijkse problemen en daarbij vakinhouden vertalen naar dagelijks handelen.* (Ook: *Competentie 5.12: Aanbevelingen doen aan het management over aanpassingen in het verpleegbeleid.*) In dit afstudeertraject heb ik door het doen en voltooien van het onderzoek initiatief genomen voor kwaliteitsverbetering op de afdeling Gynaecologie (competentie 6.1). Uiteindelijk verwacht ik dat wanneer de aanbevelingen worden aangenomen ik een bijdrage heb geleverd aan veranderingsprocessen op afdelingsniveau (competentie 6.9). Dit geeft mij een goed gevoel. Er is veel werk verricht aan het onderzoek en ik zal nog meer voldoening uit het resultaat halen wanneer het uiteindelijke doel van het onderzoek duidelijk terug te zien zal zijn in de praktijk op de afdeling. In de opleiding ben ik niet eerder zo lang intensief bezig geweest met de rol van Ontwerper. Daar was ook niet echt de gelegenheid voor. Ik besef dat ik deze rol van de Verpleegkunde erg interessant vind en dat ik hier voldoening uit haal. Wanneer ik in de toekomst iets voor de verbetering van zorg of kwaliteit kan betekenen, zal ik hier zeker aan mee willen werken.

Coach

Naast natuurlijk de verschillende presentaties die zijn gehouden in het traject is ook de rol van Coach wat op de achtergrond gebleven. *Competentie 7.7/8.9 wil ik hier wel noemen: Teamleden stimuleren en motiveren tot kritisch denken over zorgprogrammering en verpleegbeleid.* Voor mij was er geen sprake van teamleden maar door de presentaties en het betrekken van de verpleegkundigen bij het onderzoek heb ik wel gezien dat zij kritisch gingen meedenken over het onderwerp. Ik vond dit een hele prettige ervaring. Het

stimuleerde mij om verder te gaan met het onderzoek, omdat de praktijk immers herkende waar ik mee bezig was.

Beroepsbeoefenaar

Tenslotte wil ik reflecteren op de rol van Beroepsbeoefenaar. Door de meesterproef heb ik geparticipeerd in een verplegingswetenschappelijk onderzoek (competentie 9.10). Ik twijfel niet aan de wetenschappelijke kant van het onderzoek en dat stelt mij gerust. Voor het onderzoek heb ik veel data doorgelezen en geanalyseerd. Toen ik mij met de literatuurstudie bezighield en ik met alle boeken voor mijn neus achter mijn laptop zat voelde ik mij een wetenschapper. Ik vond dit leuk om te ervaren en heb hier ontzettend veel van geleerd. Deze informatie vervolgens te kunnen delen met andere zorgverleners (competentie 10.4), resultaten te kunnen laten zien en het kunnen doen van aanbevelingen gaf mij voldoening. Ik heb geleerd dat ik, omdat ik zo goed in het onderwerp zat door die twintig weken, ik het niet 'eng' vond om over het onderwerp te spreken. Ik had zekerheid dat ik veel wist en antwoord zou kunnen geven op vragen, dat gaf mij een gerust gevoel om de eindpresentatie te houden.

Reflectie HBO-kwalificaties

Tijdens het afstuderen heb ik onder andere gewerkt aan de HBO- kwalificatie **Brede professionaliteit**. In het onderzoek ben ik degene geweest die zich het meeste verdiept heeft in de literatuur. Mijn medestudenten hielden zich op dat moment bezig met het bellen van patiënten en het uittypen van deze interviews. Ik vond het interessant om zo intensief bezig te zijn met de literatuur. Toen ik de literatuurstudie voor mijn idee perfect voleindigd had werd op deze literatuurstudie uitgebreid feedback gegeven door Kees Schimmel vond ik dit in het begin erg vervelend. In een gesprek is de literatuurstudie ook uitgebreid aan de orde geweest en heb ik dit wel laten blijken. Toch heb ik later ervaren dat een nieuwe kijk op deze lap tekst erg belangrijk is geweest. Ik zat zo gewikkeld in mijn eigen visie op de volgorde van de literatuurstudie en op wat er wel of juist niet in moest komen, dat ik de feedback als aanval voelde. Toch ben ik uiteindelijk heel blij met deze feedback omdat ik nu ook vind dat de literatuurstudie beter is geworden. Met het selecteren van de informatie heb ik veel te maken gehad met de HBO-kwalificatie **Kritisch nadenken**. Lastig vond ik het definiëren van een eigen visie en definitie. Door de vele informatie en verschillende definities vond ik het lastig keuzes te maken, maar uiteindelijk is dit door kritisch te blijven gelukt. Ook kritische houding van anderen hebben mij hierbij geholpen.

Met de uitgebreide literatuurstudie en eigenlijk tijdens het hele afstuderen heb ik ook gewerkt aan de HBO-kwalificatie **Creativiteit en complexiteit in handelen**. De literatuurstudie was op een gegeven moment erg complex. Ook bij het labelen van de interviews was er sprake van complexe situaties. De informatie die uit de interviews is gehaald was van enorme omvang.

Door creatief en kritisch te blijven is het gelukt om in deze complexe hoeveelheid toch op de juiste weg te blijven. Ook met hulp van de begeleider van school overigens, dat was erg fijn. Aan de HBO-kwalificatie **Sociale communicatieve vaardigheden** heb ik wel kunnen werken, maar minder dan verwacht. Zoals eerder beschreven heb ik niet veel patiënten gebeld, omdat ik op dat moment gericht was op de literatuurstudie. Uiteindelijk vind ik dat jammer omdat ik nu geen inzicht heb gekregen hoe ik kan interviewen. Doordat ieder interview uitgetypt werd, kan er natuurlijk heel goed gezien worden wat stopwoorden zijn, wat goede opmerkingen zijn en wat beter niet gezegd had kunnen worden... Ik vind het jammer dat ik dat niet bij mezelf heb kunnen constateren, maar heb bij het uittypen van interviews wel geleerd van mijn medestudenten. Overige sociale communicatieve vaardigheden kwamen natuurlijk in de samenwerking aan de orde, hier heb ik eerder op gereflecteerd. Ook op mijn rol als voorzitter heb ik al gereflecteerd, ik heb veel van deze rol geleerd. En vond het leuk om in die zin de leiding te hebben in gesprekken. Natuurlijk is deze HBO- kwalificatie ook in de presentaties in het ziekenhuis aan de orde geweest. Ik heb de eindpresentatie geopend en had voor mezelf wel punten zoals: praat duidelijk, kijk de mensen aan.. Daar kijk ik positief op terug.

Ik wil afsluiten met de HBO-kwalificatie **Probleemgericht werken**. Door de verschillende perspectieven en de enorme dataverzameling die ik in het afstuderen ben tegengekomen was het belangrijk dat ik rekening hield met het probleemgericht werken. In de warboel van informatie en resultaten was het belangrijk het 'probleem' of eigenlijk 'de onderzoeksvraag' in de gaten te houden. *Waar draait het nu eigenlijk allemaal om? Waar werk ik nu aan?* Bij het schrijven van de scriptie, toen alles zwart op wit kwam te staan, zijn voor mij veel onduidelijkheden weggevallen. Voordat het op papier stond was het lastig te pakken, te vatten. Nu ik naar de scriptie kijk, en deze doorlees denk ik dat we het probleem niet uit het oog zijn verloren.

Persoonlijk leerrendement Petra Roza

Nu ik in de allerlaatste fase van het afstudeerproject zit, kijk ik terug op hele leuke en leerzame maanden. Er zijn veel aspecten te benoemen; zaken waar ik tevreden over ben en zaken waar ik minder tevreden over ben, wat ik geleerd heb, welke ontwikkeling ik gemaakt heb e.d. Dit wil ik aangeven aan de hand van competenties en kwalificaties. Ook de groepssamenwerking zal hierin een plaats krijgen.

De afgelopen maanden is met name de rol van ontwerper naar voren gekomen. Competenties vier, vijf en zes uit de Onderwijsgids met als domeinspecificaties: Zorgprogrammering, verpleegbeleid en kwaliteitszorg sluiten daar precies op aan. Ons hele project is gericht op het verbeteren van kwaliteit, toegespitst op de kwaliteit van zorg met betrekking tot het ontslag op afdeling Gynaecologie. Aan de hand van de competenties en kwalificaties zal ik aangeven met welke onderdelen ik bezig ben geweest, hoe en wat ik daarvan geleerd heb. De competenties en kwalificaties zullen afwisselend aan bod komen.

Ons project heeft gedraaid om de kwaliteit van zorg rondom het ontslag te verbeteren. Daarvoor was het nodig om eerst veel literatuuronderzoek te doen om 'kwaliteit van zorg rondom het ontslag' te kunnen beschrijven. Door het zoeken naar beschikbare literatuur, eerder gedane onderzoeken enz. en het bepalen welke literatuur voor ons onderzoek van belang is, heb ik mijn kennis verbreed; brede professionaliteit. Ik heb hier veel van geleerd, zowel inhoudelijk alsook de manier waarop je informatie verzamelt, screent en bepaalt op bruikbaarheid. Ik ben met name bezig geweest om eerder gedane onderzoeken op sporen en om te bekijken welke nuttige informatie dit ons opleverde. Hierbij heb ik gemerkt dat je veel kunt hebben aan andere onderzoeken, niet je mag gebruik maken van deze beschikbare informatie. Daarnaast is het wel van belang om kritisch te blijven in wat relevant is e.d. Vervolgens ging dit over in het beschrijven van kwaliteit van zorg rondom het ontslag voor ons onderzoek. Daarin hebben we alle drie een grote rol in gespeeld. Een ieder schreef stukken apart, waarna we het met elkaar doornamen. Op deze manier ben ik veel bezig geweest met het schrijven van stof en geprobeerd om dit goed leesbaar en begrijpelijk te doen. Terecht hebben we bepaalde stukken opnieuw moeten schrijven, omdat er nog geen duidelijke lijn in zat en onze visie niet helder naar voren kwam. Dit zette mij tot kritisch nadenken; welke positie kiezen wij als onderzoekers? Hoe houd ik het verhaal voor de lezer overzichtelijk en interessant? Kritisch nadenken is tijdens het hele proces wel aan de orde geweest, op allerlei terreinen. Bij het schrijven van stukken kritisch kijken naar welke woordkeus je maakt, kritisch kijken of hetgeen je beschrijft antwoord geeft op de vraag en leidt tot het doel van het onderzoek. Kritisch nadenken heeft ook een heel grote rol gespeeld in het analyseren van gegevens en in het beschrijven van resultaten en conclusies. Op een

gegeven moment waren we een aantal dagen met elkaar aan het werk geweest met het analyseren van de gegevens. Doordat er zoveel zaken waren die we in kaart moesten brengen, verloren we op een gegeven alle drie het overzicht en wisten we niet goed hoe we verder moesten. Het gesprek dat daarop volgde met onze begeleider op school, gaf mij weer nieuwe inzichten en overzicht in waar we naartoe moesten werken. Die 'frisse' blik had ik nodig om weer kritisch na te kunnen denken, dat lukte niet meer toen ik niet meer helder voor ogen had waar we naartoe moesten werken.

Sociaalcommunicatieve bekwaamheid

Deze kwalificatie heeft bij een heel grote rol gespeeld in het afstudeertraject. Ik studeerde af met twee studiegenoten die meer zijn dan dat, in de afgelopen jaren is een goede vriendschap ontstaan. Omdat ik met beide nog niet veel opdrachten had gedaan, vond ik het heel erg leuk om met z'n drieën af te kunnen studeren. Je gaat elkaar op een heel andere manier kennen, je bent op een andere manier met elkaar aan het werk wat ook andere vaardigheden vereist. Om goed onderzoek te kunnen doen, is intensieve samenwerking nodig. Al gingen we al veel met elkaar om, voor mij was het een ervaring om hen op een andere manier 'te leren kennen'. Ik kijk terug op een heel goede samenwerking, waarin en waarvan ik veel heb geleerd. Er zijn momenten geweest waarop we het als onderzoekers niet eens waren met elkaar. Dit leverde soms wat gebruikelijke spanning op, ik merkte dat ik hier aan het begin van het traject even aan moest wennen. Het was voor mij geen spanning tussen studiegenoten, maar spanning in vriendschap. Ik was bang, dat wanneer ik dingen zou gaan zeggen, dit persoonlijk zou worden opgepakt. Toch hebben we/ik dit bespreekbaar gemaakt, en ik heb daar zelf ook veel van geleerd. Het bleek dat iedereen deze momenten wel even had, soms kwamen we daar later dan nog even op terug waardoor we gewoon weer lekker aan de slag konden. Daardoor merkte ik dat het de onderlinge band en samenwerking versterkt, wanneer de sfeer zodanig is dat je elkaar ook opbouwende feedback durft en kunt geven. Ik merkte ook dat ik het meer van elkaar kon scheiden, persoonlijk en samenwerkend verband. Feedback geven op het werk van een ander ging op een gegeven moment vanzelf, we wisten van elkaar dat dingen niet persoonlijk gezegd werden.

Deze kwalificatie is ook van toepassing op een aantal bijeenkomsten die we gepland hebben met afdelingsverpleegkundigen. Ik denk daarbij met name aan een tussentijdse presentatie die ikzelf gegeven heb aan afdelingsverpleegkundigen. Ik kreeg daarop positieve reacties, dat het helder gepresenteerd was en dat ik goed lijn en overzicht hield in de discussie die tijdens die presentatie een plek had. Tijdens de eindpresentatie heb ik de aanbevelingen gepresenteerd en besproken met de aanwezigen. Dit werd ook een groepsgesprek, waarbij ik het soms wel lastig vond om de 'regie' te houden. Het verliep gelukkig goed, ik vond het erg schelen dat ik niet zenuwachtig was om te presenteren. Daar

ben ik tijdens dit proces wel makkelijker in geworden. Dit komt met name omdat de presentaties zoveel opleverden, waardoor ik zag dat presenteren (om mensen te betrekken en met hen in gesprek te gaan!) heel leerzaam en leuk is. Je eigen gedrag ter discussie stellen hoort ook bij deze kwalificatie. Ook daarin heb ik geleerd, ik ben me bewust geworden van bepaalde dingen. Ik kan bijvoorbeeld iets hebben waar ik me aan stoort bij een ander, maar dit vervolgens niet bespreek maar wat ik soms wel uit in een 'negatieve' houding. Deze manier van uiting geven aan onvrede, om het zo even te noemen, bevordert het samenwerken niet. Ik ben door deze intensieve samenwerking ook meer gaan nadenken over mijn rol daarin, en kwam tot bovenstaande ontdekking. Ik heb het ook wel eens ter sprake gebracht, waarbij ik merkte dat anderen dat soms merken en dan niet precies weten wat ik bedoel. Het is goed om dit van mezelf te weten, ik kan dan maar beter m'n hart luchten om daarna weer positief aan het werk te gaan. Dat komt alle partijen ten goede! Het is niet vaak voor gekomen, maar er zijn wel momenten geweest. Bij het houden van de telefonische interviews heeft deze kwalificatie ook een grote rol gespeeld. De interviews werden gehouden aan de hand van de topiclist, waardoor ik een goede leidraad had om het gesprek te voeren. Ook wordt daarmee voorkomen dat je teveel afdwaalt van het doel van het interview. Ik heb de srv-lessen van school nog eens de revue laten passeren. Daardoor ben ik weer even stilgezet bij zaken die belangrijk zijn bij een interview (bijv. aangeven wat het doel is, vragen of het gesprek opgenomen mag worden, open vragen stellen als je een niet-gestuurd antwoord van de respondent wil, doorvragen, samenvatten – voor overzicht en controle – e.d.) Bij het uitwerken van mijn eigen interviews heb ik ook op dit vlak weer veel geleerd. Naar mijn idee zeg ik te vaak: oké. Een vervelend stopwoord, wat ik snel zeg als reactie op een antwoord van iemand. Ik heb vrijwel bij alle patiënten nog even aangegeven wat het doel van het onderzoek was, toch kwam ik er – ik dacht – twee tegen waarbij de respondent aan het eind vroeg waar het eigenlijk voor was. Leerpunt voor mij! Ik vond het leuk om te zien dat ik best vaak doorgevraagd heb op zaken die respondenten aangaven, wat het 'verhaal' helderder maakte. Ook zag ik vaak terug dat ik nog even herhaal wat de patiënt zeg, soort samenvattend en controlerend. Toch heb ik mezelf ook betrap op het feit dat ik soms heel sturende vragen heb gesteld, waarbij de respondent minder ruimte/objectiviteit had om antwoord te geven. Of dat ik soms toch nog wat meer door had moeten vragen om precies te weten wat iemand bedoelt. Dat zijn zaken waar ik me nog meer ik kan ontwikkelen.

Methodisch en reflectief werken

Georganiseerd werken is altijd een valkuil voor me geweest, ik kan daar heel slordig in zijn. Ook ben ik iemand die alles uitstelt en op het laatste moment doet. Natuurlijk ben ik me bewust dat dit niet ten goede komt wanneer in groepsverband gewerkt moet worden, dat is voor mij al een sterke stimulans om zaken overzichtelijk en geordend te houden. Ten eerste

prettig voor mezelf, maar toch ook noodzakelijk voor anderen, anders is samenwerking niet mogelijk.

Mede omdat ik me niet altijd even druk maak om afgesproken data e.d., weet ik daar ook niet altijd het precieze van. Om dit toch een beetje aan te pakken, wilde ik graag notulist zijn tijdens dit project. Het heeft ertoe geleid dat ik aantekeningen maakte bij gesprekken die we gehad hebben op school met begeleider en in het ziekenhuis met opdrachtgever. Ik heb me daardoor verplicht tot het uitwerken van deze notulen, omdat ik er nu op 'gecontroleerd' zou worden. Het was niet voor mezelf alleen, ook voor anderen van belang. Het feit dat ik notulen uitwerkte, gaf mij ook meer overzicht in gemaakte afspraken. Hierdoor had ik meer overzicht, wat ik toch wel als prettig heb ervaren.

Het feit dat je samenwerkt, zorgt bij mij voor een zekere positieve 'verplichting' tot georganiseerd en netjes werken. Ik wil niet dat anderen er last van hebben dat ik niet altijd even georganiseerd te werk ga en mijn papieren bijvoorbeeld verspreid liggen. Om daarin mezelf te verplichten in overzichtelijk werken, ook omdat ik uiteindelijk zelf toch prettig vind werken, heb ik bewust nog wat van zulke taken op me genomen. Een overzicht bijhouden en blijven bijwerken van patiënten die we zouden bellen, met allerlei gegevens die de daarnaast nodig hadden. Het verzamelen en logisch ordenen van ingevulde topiclisten. Alle opgenomen interviews verzamelen, 'namen geven', overzicht bewaken van uitgewerkte interviews en daarover de taken onderling verdelen e.d. Kortom: overzicht houden! Ik heb echt gemerkt dat het zoveel prettiger werkt wanneer ik dingen gewoon bijhoudt en niet alles voor me uitschuif. Ook heeft het ervoor gezorgd dat ik meer overzicht had in het proces. Deze werkhouding wil ik me graag nog meer eigen maken, omdat het zoveel oplevert.

De anderen wisten dat georganiseerd/ methodisch werken en zaken bijhouden, niet mijn sterkste kant was. Ze hebben me daar ook wel de nodige feedback op gegeven en op een goede manier 'gecontroleerd' of ik alles op orde had. Ik vond dat toch wel prettig, het heeft voor mij stimulerend gewerkt.

In het analyseren en verwerken van alle gegevens, is het georganiseerd werken ook van groot belang! Ik heb daarin ook gewoon praktisch veel dingen geleerd, alleen al hoe je dingen overzichtelijk in Excel neer kunt zetten. Van dat programma hebben we veel gebruik gemaakt, wat ik voor deze maanden eigenlijk nooit gebruikte. Het is voor mij een goed hulpmiddel om gegevens te ordenen.

Probleemgericht werken

Wat ik bij deze kwalificatie wil benoemen is het *definiëren en analyseren van complexe probleemsituaties in de beroepspraktijk doordat hij beschikt over de daarvoor benodigde relevante kennis en inzichten.*

Deze zin omvat eigenlijk waar we het hele traject mee bezig zijn geweest. Het probleem – niet 'goed' verlopend ontslagproces – hebben we gedefinieerd. Voordat dit kon gebeuren hebben we de benodigde kennis en inzichten opgedaan. Dit is gebeurd door onderzoek op verschillende perspectieven: literatuur, verpleegkundigen en patiënten. Al deze gegevens zijn grondig bestudeerd en geanalyseerd, wat geleid heeft tot uiteindelijke aanbevelingen; *zinnvolle oplossingsstrategieën*. Een van deze aanbevelingen hebben wij nog praktisch uitgewerkt.

Ik ben iemand die snel oplossingsgericht denkt, waarbij ik tussenliggende stappen over sla. (analyseren e.d.) Toch ben ik me bewust geworden dat het heel belangrijk is om vooral niet te snel naar de 'oplossing' van het probleem te willen! Dan wordt minder aandacht besteed aan de analyse van het probleem, waardoor heel veel nuttige informatie niet gezien/benoemd/gebruikt wordt. Als ik nu terug kijk naar dit onderzoek, vind ik het heel mooi om te zien wat er allemaal naar voren is gekomen. Al die dingen die patiënten hebben genoemd, alles wat besproken is met verpleegkundigen en het uitgebreid bespreken en beschrijven van resultaten en conclusies, dat heeft zoveel opgeleverd. Het leverde mij heel veel inzicht op. Daardoor zijn we/ ben ik veel bewuster gaan nadenken over 'oplossingen'. Die zijn niet even snel bedacht, maar zorgvuldig neergezet na uitgebreide analyse en bespreking. Dat zorgt ervoor dat oplossingen heel gericht gegeven kunnen worden, en dus meer effectief (kunnen) zijn. Dat heeft mij er wel van bewust gemaakt dat het van groot belang is om niet meer te snel oplossingsgericht te denken. Juist het analyseren van het probleem levert zoveel bruikbare informatie op, waar ik anders overheen had gestapt. Daarin heb ik veel geleerd, mede door de groepssamenwerking en de begeleiding en nodige sturing die we daarbij gekregen hebben. Deze kwalificatie past goed bij de rol van *ontwerper*. Hiermee is beschreven wat gezegd kan worden over *het maken van een probleemanalyse en daarvoor oplossingrichtingen aandragen*.

Het *doen van aanbevelingen* past ook bij de rol van ontwerper en de kwalificatie 'probleemgericht werken'. Daarmee heb ik hiervoor ook beschreven dat ik me heel erg bewust ben geworden van het feit dat ik niet te snel oplossingen aan moet dragen, maar dat een uitgebreide analyse van belang is om gerichte oplossingen aan te dragen en dus aanbevelingen te kunnen doen.

Groepssamenwerking

Onder 'sociaalcommunicatieve bekwaamheid' heb ik de onderlinge samenwerking al benoemd. Algemeen kan ik zeggen dat ik terugkijk op een heel prettige en fijne manier van samenwerken. Je merkt dat ieder een eigen positie heeft in een groep, en ik denk dat we evenwaardig zijn geweest aan elkaar. We hebben elkaar nodig gehad om het geheel voor elkaar te krijgen. Ik heb me daarin ook vrij gevoeld om te kunnen zeggen wat ik wilde, ook wanneer ik het niet eens was bijvoorbeeld met bepaalde ideeën van anderen. Ik vond het

prettig te ervaren dat deze ruimte er ook was, dat blijkt ook wel uit het feit dat ieder op z'n beurt dingen aan heeft kunnen geven. Het leidde ertoe dat we wisten wat we aan elkaar hadden. Dat gevoel heb ik ook wel nodig om feedback te kunnen geven onderling. Wanneer ik wilde, heb ik dat ook zeker kunnen doen en het heeft mij goede ervaringen en leermomenten opgeleverd.

Wanneer ik dingen niet aangeef waar ik het niet mee eens ben bijvoorbeeld, kunnen anderen hier ook geen rekening mee houden. Maar als ik een ontevreden gevoel heb over iets, en dit niet zeg, dan daalt mijn motivatie en 'samenwerkings-zin'. Ik heb niet veel zulke momenten gehad, maar wanneer ze er waren, merkte ik wel dat het de onderlinge samenwerking niet ten goede komt. Dan is er geen goed overleg, en vordert het onderzoek niet zo snel als zou kunnen. Daarmee ben ik me bewust geworden van mijn eigen verantwoordelijkheid in samenwerkingsverband, en moet ik zulke momenten proberen voorkomen door aan te geven wanneer ik het bijvoorbeeld niet eens ben met de gang van zaken.

Terugkijkend op de het proces, zijn we veel met elkaar aan het werk geweest. Naast 'noodzakelijk', vond ik het vooral gezellig. Met elkaar hebben we het altijd prima naar ons zin gehad, wat soms leidde tot bijna té gezellige dagen waardoor het werktempo daalde.