

Voorwoord

Voor u ligt de thesis 'Van slag door ontslag': een onderzoek naar het inzetten van een informatiefolder door verpleegkundigen om het ontslagproces beter te laten verlopen. Deze thesis is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Verpleegkunde aan Zuyd Hogeschool te Heerlen en ter bevordering van de kwaliteit van een van de vele verpleegkundige processen binnen de verpleegafdeling in het algemeen ziekenhuis waar ik werkzaam ben.

Samen met mijn thesiskringbegeleider mw. Miesen, met mijn afdelingshoofd mw. Dols en mijn werkbegeleider mw. Theunissen heb ik het onderwerp voor mijn onderzoek en de daarbij behorende onderzoeksvraag uitgediept. Voorafgaand aan dit onderzoek hebben gesprekken met dhr. Nelissen (RVE manager) en dhr. Ortu (projectmanager BN2020) mij al in de goede richting geholpen.

Tijdens het voorafgaande schooljaar ben ik erachter gekomen dat mijn passie voor het verbeteren van de verpleegkundige processen heel goed gecombineerd kan worden met mijn drang om de zorg voor patiënten buiten de ziekenhuismuren ook goed te organiseren. Ik vind het belangrijk dat patiënten met een veilig gevoel naar huis vertrekken net zo belangrijk als het voorkomen van stagnering van de verpleegproductie binnen het ziekenhuis.

Momenteel ben ik werkzaam als verpleegkundige op de neurologieafdeling. Inmiddels ben ik 7 jaar gediplomeerd verpleegkundige en zelfstandig beroepsbeoefenaar. In dit werkverband heb ik mijn onderzoek heel prettig kunnen uitvoeren. De medewerking van mijn collega's en de draagkracht die er binnen ons team is voor verandering en verbetering vind ik bijzonder mooi.

Ik wil graag iedereen bedanken die zich betrokken heeft gevoeld, op welke manier dan ook, bij mijn onderzoek. Rico, ik wil je graag bedanken voor het feit dat wij altijd een team zijn. Of het nu gaat om onze relatie, carrière of het grootbrengen van ons allerliefste meisje. Jij vult mij aan, stuurt mij bij en maakt ons compleet. Je bent de wetenschappelijk onderzoeker tegen wie ik het allermeest opkijk.

Veel leesplezier,

Désirée Smeets

Samenvatting

Inleiding

Dit onderzoek richt zich op het inzetten van een informatiefolder over ontslag door verpleegkundigen aan patiënten. Hiertoe wordt onderzocht: (1) wat het belang is van een bespoedigde ontslagprocedure; (2) wat het verband is tussen leeftijd van de patiënt en ontslag; (3) wat het effect is van een informatiefolder op ontslag en (4) hoe de informatiefolder het meest efficiënt geïmplementeerd kan worden.

Theoretisch kader

Het theoretisch kader laat allereerst zien dat goede en tijdige informatie en ondersteuning aan de patiënt essentieel is om de ontslagprocedure vloeiend te laten verlopen. Ten tweede wordt in het theoretisch kader een verband gelegd tussen leeftijd van patiënten en ontslag. Het theoretisch kader geeft ook inzicht in de effecten van een informatiefolder op de ontslagprocedure. Tenslotte wordt in het theoretisch kader inzicht gegeven in efficiënte implementatiewijzen voor de informatiefolder.

Methodologie

Het belang van een bespoedigde ontslagprocedure is onderzocht middels een kwalitatieve literatuurstudie. Het verband tussen leeftijd van patiënten en ontslag en het effect van een informatiefolder op ontslag zijn onderzocht door middel van mixed methods benadering. De implementatie van de informatiefolder over ontslag is met een literatuurstudie onderzocht.

Resultaten, conclusie & discussie

Goede en tijdige informatievoorziening omtrent ontslag is cruciaal om de barrières tot ontslag voor patiënten te verminderen. Patiënten wensen meer informatie over ontslag en verpleegkundigen erkennen dat dit inderdaad belangrijk is, maar geven deels de verkeerde informatie. Een informatiefolder is een zeer effectief instrument om dit verschil op te vullen. Voor succesvolle implementatie is draagvlak bij de verpleegkundigen nodig. Dit onderzoek toont aan dat dit draagvlak aanwezig is onder de verpleegkundigen. De informatiefolder kan via een gestructureerd proces ontwikkeld en geïmplementeerd worden, mits de verpleegkundigen hier in een vroeg stadium bij worden betrokken.

Advies & inbedding

Het meest voor de hand liggende advies aan de verpleegafdeling is om meer informatie omtrent ontslag te verstrekken, en wel in de vorm van een informatiefolder. De informatiefolder moet de mondelinge communicatie van verpleegkundigen aan patiënten aanvullen. Het nader in beeld brengen van deze informatiestroom vormt een aanknopingspunt voor toekomstig onderzoek. De vormgeving en inhouds- en ontwerpaspecten van de informatiefolder moeten ook nader onderzocht worden om een optimaal effect van de informatiefolder te bereiken. Tenslotte is het van belang dat alle binnen het ontslagproces relevante actoren betrokken worden bij het ontwikkelen en implementeren van de informatiefolder.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting.....	2
Inleiding	6
1. Theoretisch kader	8
1.1. Het belang van een bespoedigde en geïnformeerde ontslagprocedure.....	8
1.2. Verband leeftijd patiënten en ontslag	10
1.3. Effecten van een informatiefolder over ontslag op de ontslagprocedure.....	11
1.4. Implementatie van informatiefolder over ontslag.....	12
2. Methodologie	14
2.1. Deelvraag 1: belang van bespoedigde ontslagprocedure	14
2.2. Deelvraag 2: verband leeftijd patiënten en ontslag	15
2.3. Deelvraag 3: effect van informatiefolder op ontslag	17
2.4. Deelvraag 4: implementatie informatiefolder over ontslag	19
3. Resultaten.....	21
3.1. Deelvraag 1: belang van bespoedigde ontslagprocedure	21
3.2. Deelvraag 2: verband leeftijd patiënten en ontslag	21
3.3. Deelvraag 3: effect van een informatiefolder over ontslag op de ontslagprocedure.....	22
3.4. Deelvraag 4: implementatie informatiefolder over ontslag	24
4. Conclusie & discussie	26
4.1. Deelvraag 1: Wat is het belang van een bespoedigde ontslagprocedure?	26
4.2. Deelvraag 2: Wat is het verband tussen leeftijd van patiënten en ontslag uit het ziekenhuis?.....	26
4.3. Deelvraag 3: Wat is het effect van een informatiefolder over ontslag op de ontslagprocedure?.....	27
4.4. Deelvraag 4: Hoe kan de informatiefolder het meest efficiënt geïmplementeerd worden?	28
4.5. Hoofdvraag	29
5. Advies & inbedding	31
Referenties	33
Bijlagen.....	39
Bijlage 1 – PICO vraagstelling.....	39
Bijlage 2 – Modellen voor ontslagproces.....	40
Bijlage 3 – Fundamentele principes ontslagproces volgens Jack et al. (2010)	41
Bijlage 4 – Cijfers verpleegduur en opnamen Nederland	42
Bijlage 5 – Domeinen van informatiebehoeftes ontslag	43
Bijlage 6 – Arts-patiënt relaties en communicatie en shared decision making	44
Bijlage 7 – Top-down vs. bottom-up theorie	45
Bijlage 8 – Proces ontwikkelen en implementeren informatiefolders.....	47
Bijlage 9 – Topiclijst: overzicht gebruikte zoektermen.....	48
Bijlage 10 – Overzicht gemeten variabelen enquêtes	49
Bijlage 11 – Enquêtes en resultaten.....	51

Inleiding

De Nederlandse zorgsector is een sector met een groot maatschappelijk belang (NVZ, 2013). Ondanks herhaaldelijke recente kostenstijgingen in de zorg (AD, 2018) en stijgende personeelstekorten (Kieskamp, 2018; Buerhaus et al., 2007), ligt de focus steeds meer op kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit van zorg (Winter & Tulevski, 2018).

Voor iedere opgenomen patiënt moet een ziekenhuisbed beschikbaar zijn, wat een druk op de doorstroming van patiënten (oftewel 'productie') in de ziekenhuizen veroorzaakt. Regelmatige beddentekorten zijn het gevolg (Van den Elsen, 2016; Benschop, 2018; Kirby, 2017). Er bestaan verschillende verklaringen voor deze beddentekorten. Genoemd worden onder andere epidemieën, personeelstekorten, vergrijzing (Van den Elsen, 2016) en beperkte doorstroom van patiënten (Benschop, 2018; The Irish Times, 2018). Dit laatste vormt het speerpunt van dit onderzoek. De doorstroom van ziekenhuispatiënten kan mogelijk verbeterd worden door inzet van innovatie en wetenschap (Ortiga et al., 2012).

Een mogelijke reden voor de beperkte doorstroom van ziekenhuispatiënten is een te traag of te laat ontslagproces (Benschop, 2018; Ortiga et al., 2012). Dit zorgt ervoor dat patiënten (soms onnodig) lang in ziekenhuizen verblijven (Ortiga et al., 2012), als gevolg van bijvoorbeeld medisch en verpleegkundig oordelen, toenemende druk op mantelzorg, schaarste aan verpleeghuisplaatsen (V&VN, 2014a), maar in het bijzonder een beperkte en/of te late informatievoorziening over het ontslagproces van de verpleegkundige aan de patiënt (ZorgAnnoNu, 2014; NHS, 2016).

Dit onderzoek richt zich op het inzetten van tastbare informatie over ontslag door verpleegkundigen aan patiënten. De hypothese is dat patiënten niet op tijd en niet op adequate manier geïnformeerd worden over de ontslagprocedure. Als gevolg hiervan stagneert de doorstroom van patiënten in het ziekenhuis en ontstaat het risico op beddentekorten of vermindering van de kwaliteit van zorg (Greenwald, Denham & Jack, 2007). Uit wetenschappelijk onderzoek (o.a. Little et al., 2001; Turnbull & Irwig, 1992; Coriolano-Marinus et al., 2014) blijkt dat geschreven informatie in de vorm van een informatiefolder een significant positief effect kan hebben op de ontslagprocedure. Dit heeft niet alleen betrekking op de perceptie en begrip van patiënten op de ontslagprocedure (Waninga et al., 2016; Okrainec et al., 2017), maar ook op het aanvullen van kennis, het veranderen van attitudes, effectiviteit van de patiënten zelf en ongeplande ziekenhuisopnamen (Okrainec et al., 2017). Dit onderzoek tracht aan te tonen op welke manier het in een vroeg stadium aanbieden van een informatiefolder kan bijdragen aan een bespoedigde ontslagprocedure.

Ondanks de implicaties van deze interventie voor verschillende soorten patiënten, ligt de focus van dit onderzoek op de neurologiepatiënt; nog specifiek de neurologiepatiënt op de

verpleegafdeling van een algemeen ziekenhuis in Limburg. Neurologiepatiënten op deze afdeling zijn soms (zwaar) aangedaan in hun normaal functioneren. Dit kan een drempel vormen voor deze patiënten om spoedig naar huis terug te keren. Daarnaast is de gemiddelde leeftijd van neurologiepatiënten hoog (Vugts, Van der Velden, Hingstman, 2004; NHG, 2018). Oudere patiënten lijken moeizamer door te stromen uit het ziekenhuis (Wassenaar & Molenaar, 2017). Informatie over de ontslagprocedure aan (kwetsbare) ouderen is een veelbesproken en omstreden onderwerp: Paauw (2015) stelt bijvoorbeeld dat in een onderzoek van de IGZ in 2014 niet één van de onderzochte ziekenhuizen in het bezit was van een duidelijk omschreven ontslagprocedure voor kwetsbare ouderen.

Onderzoeksdoelstelling en PICO vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is om binnen een termijn van 13 weken te komen tot een advies aan de verpleegafdeling van een algemeen ziekenhuis in Limburg over hoe een informatiefolder ingezet kan worden zodat neurologiepatiënten niet langer dan medisch noodzakelijk in het ziekenhuis verblijven. Deze onderzoeksdoelstelling volgt ook de PICO structuur, zoals uitgewerkt in Bijlage 1.

Onderzoeksvragen

De hoofdvraag die centraal staat in dit onderzoek luidt:

“Op welke wijze draagt het inzetten van een informatiefolder omtrent ontslag bij aan het bespoedigen van de ontslagprocedure voor neurologische patiënten op de verpleegafdeling van een algemeen ziekenhuis in Limburg?”

De hoofdvraag wordt uitgesplitst in de volgende deelvragen:

1. Wat is het belang van een bespoedigde ontslagprocedure?
2. Wat is het verband tussen leeftijd van patiënten en ontslag uit het ziekenhuis?
3. Wat is het effect van een informatiefolder over ontslag op de ontslagprocedure?
4. Hoe kan de informatiefolder het meest efficiënt geïmplementeerd worden?

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt het theoretisch kader beschreven (antwoord op deelvragen 1, 2 en 3). Vervolgens beschrijft hoofdstuk 2 de toegepaste wetenschappelijke methodologie. Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van het onderzoek (antwoord op deelvraag 2 en 3) waaruit conclusies worden getrokken in hoofdstuk 4 (antwoord op hoofdvraag). Een concreet advies volgt in hoofdstuk 5 (antwoord op deelvraag 4 en hoofdvraag).

1. Theoretisch kader

Er is reeds veel onderzoek verricht naar de ontslagprocedure en eventuele problemen die hierbij ontstaan (o.a. Kozak et al., 2006; European Union, 2017). In het bijzonder zijn de effecten van vertraagd ontslag breed onderzocht (o.a. Clarke, 2017; Da Silva et al., 2014). Specifiek voor het voormalige Maaslandziekenhuis te Sittard-Geleen is 'verkeerde-bedproblematiek' onderzocht op twee neurologieafdelingen (Hermans et al., 1995). Daarenboven is binnen het onderzoeksveld *Hospital Discharge Planning* veel onderzoek verricht naar het systematisch en planmatig verbeteren van het ontslagproces (o.a. Family Caregiver Alliance, 2010; Nursing Times, 2013).

Over het algemeen bestaat een ontslagproces binnen dit werkveld uit een aantal basiselementen. Ondanks dat er verschillende modellen in de wetenschap worden beschreven, komen deze over het algemeen goed overeen. Twee van deze modellen (Family Caregiver Alliance, 2010 en het IDEAL model van AHRQ, 2017) en één visie (BMA, 2014) zijn beschreven in Bijlage 2. Opvallend is dat er een duidelijke nadruk ligt op communicatie met de patiënt en het nader toebedelen van zorg.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van het wetenschappelijk theoretisch kader dat ten grondslag ligt aan dit onderzoek. Allereerst worden theorieën over het belang van een bespoedigde ontslagprocedure en tijdige informatievoorziening beschreven, gevolgd door statistische theorieën over de relatie tussen leeftijd en ontslag. Vervolgens komen theorieën en modellen aan bod over de (mogelijke) effecten van een informatiefolder op de ontslagprocedure. Tenslotte volgt een beschrijving van systematische methodieken en modellen hoe een informatiefolder over ontslag geïmplementeerd kan worden.

1.1. Het belang van een bespoedigde en geïnformeerde ontslagprocedure

In de literatuur is veel beschreven over het belang van betrokkenheid van patiënten in beslissingen die hun direct raken (BMA, 2014). Omtrent ontslag betekent dit dat informatie en ondersteuning aan de patiënt over de ontslagprocedure essentieel is om ongeplande heropnamen te voorkomen en continuïteit van zorg te realiseren (BMA, 2014). De National Alliance for Caregiving (2010) van de V.S. beschrijft zelfs de internationale standaard JCAHO CC.6.1.1. die voorschrijft dat patiënten en familie te allen tijde goed geïnformeerd moeten zijn over het ontslagproces. De internationale standaard geeft ook aan welke informatie dan minimaal aan bod moet komen: (1) de toestand van de patiënt die resulteert in ontslag uit het ziekenhuis; (2) alternatieven voor ontslag of overdracht – indien beschikbaar; (3) de klinische basis voor ontslag; en (4) de verwachte behoefte aan voortgezette zorg na ontslag (National Alliance for Caregiving, 2010). De belangrijkste focus in het ontslagproces is – voor iedere ziekenhuispatiënt – tijdig ontslag uit het ziekenhuis of overdracht naar een afdoende

zorgniveau (Bryan, 2010). Met 'tijdig' wordt hier bedoeld: zodra de patiënt klinisch stabiel is en fit (gezond) voor ontslag. Het is van essentieel belang dat patiënten niet onnodig lang in het ziekenhuis blijven als gevolg van uitgesteld ontslag. Tegelijk moeten in het ontslagproces sociale en praktische factoren worden meegenomen zodat geen overhaast en onveilig ontslag uit het ziekenhuis plaatsvindt (BMA, 2014; Bryan, 2010). Uitgesteld ontslag uit het ziekenhuis houdt in dat patiënten gezond genoeg zijn om het ziekenhuis te verlaten, maar hier niet toe in staat zijn als gevolg van (gebrek aan) alternatieve zorgvoorzieningen, of als gevolg van het niet (eenvoudig) beschikbaar zijn van transport (Royal College of Physicians, 2012). Onnodig lang in het ziekenhuis blijven verhoogt het risico op infecties, depressies, verlies van onafhankelijkheid en onjuist gebruik van zorgvoorzieningen. Daarenboven kan het zorgen voor vertragingen in patiëntopnames, verlate overplaatsingen en annuleringen van operaties (Wong et al., 2011; Clarke, 2017). Uitgesteld ontslag en de daarmee gepaard gaande hogere werkdruk bij de zorgverleners (Clarke, 2017) werkt ook destabiliserend, omdat zorgverleners voor nieuwe opnamen moeite hebben de juiste zorg of soms zelfs een ziekenhuisbed beschikbaar te kunnen stellen. Dit kan zorgen voor een laag moreel en moeizamere werving van nieuwe medewerkers (Clarke, 2017).

Wetenschappers stellen dat heldere communicatie met patiënten gedurende het ontslagproces cruciaal is (BMA, 2014; Hesselink, et al., 2014). Het is van vitaal belang dat patiënten zich bewust zijn van wat er op enig moment gebeurt, waarom dit gebeurt en wat ze kunnen verwachten met betrekking tot zorg na ontslag. Dit omvat niet alleen informatie over de nazorg, maar ook informatie over de ondersteuning en voorzieningen die bestaan buiten de gezondheidszorg (BMA, 2014; Hesselink et al., 2014).

Het is complex om een uniforme en goed georganiseerde ontslagprocedure te realiseren, omdat elk ziekenhuis zijn eigen beleid en standaard voorzieningen voor ontslag uit het ziekenhuis hanteert (Department of Health, 2004). Het plannen van een effectief ontslag vereist daartoe een multidisciplinaire aanpak en betrokkenheid van diverse zorgprofessionals (Hesselink et al., 2014). Patiënten met chronische zorgbehoeften kunnen zelfs voordeel hebben van een persoonlijke ontslagcoördinator (Department of Health, 2003; BMA, 2014). Een poging voor het opzetten van een uniform, gereorganiseerd ontslagproces is het RED (ReEngineered Discharge) proces (Jack et al., 2010). Het RED project is een initiatief van de Boston University om het ontslagproces te verbeteren en dit uniform, zowel nationaal als internationaal, te implementeren (Jack et al., 2013). Twaalf fundamentele principes liggen ten grondslag aan het RED proces, welke allemaal een belangrijke pijler vormen voor een succesvolle en vloeiende ontslagprocedure in het ziekenhuis (Jack et al., 2010). Deze principes zijn in nader detail beschreven in Bijlage 3. Het RED proces heeft in een praktijktoets reeds positieve resultaten getoond: minder heropnames na ontslag, beter op ontslag

voorbereide patiënten, betere doorstroom in het ziekenhuis en meer tevredenheid onder patiënten (Jack et al., 2013).

1.2. Verband leeftijd patiënten en ontslag

De ontslagproblematiek en de gevolgen daarvan zoals beschreven in de vorige paragraaf hebben een grote afhankelijkheid van demografische factoren, waarvan leeftijd een van de belangrijkste is: een landelijk uitgevoerd onderzoek (de NHDS – National Hospital Discharge Survey) dat 371.000 individuele ontslagen omvatte, toonde aan dat naarmate de leeftijd van patiënten toeneemt, zowel de opnameduur als het aantal opnamen toeneemt (Kozak, DeFrances & Hall, 2006). Dit effect bleek het grootst bij patiënten met een leeftijd boven de 64 jaar. Van alle ontslagen die onderzocht zijn (371.000) betrof het in 69% van de gevallen een patiënt boven de 44 jaar (Kozak et al., 2006). Ondanks dat de trends die hier beschreven worden dateren uit 2004 (Kozak et al., 2006), wordt de relatie tussen leeftijd en aantal opnamen en opnameduur bevestigd door recentere cijfers uit Nederland (CBS, 2014): van alle klinische ziekenhuisopnamen (per 10.000 inwoners) betreft het in ruim 72% van de gevallen een patiënt met een leeftijd boven 65 jaar (CBS, 2014). De totale cijfers betreffende ziekenhuisopnamen en opnameduur in Nederland voor 2012 (het meest recente beschikbare jaar van dit statistisch onderzoek) zijn weergegeven in Bijlage 4.

Niet alleen worden het aantal opnamen en ontslagen en de opnameduur beïnvloed door leeftijd; BMA (2014) beschrijft dat de barrières om tijdig ontslag uit het ziekenhuis te realiseren het grootst zijn bij patiënten met een leeftijd boven 65 jaar. Deze patiëntengroep heeft over het algemeen complexere zorgbehoeftes, waar ook meer en complexere nazorgvoorzieningen volgend op het ontslag bij horen. Wassenaar & Molenaar (2017) bevestigen dit: oudere patiënten lijken moeizamer door te stromen uit het ziekenhuis.

Cijfers afkomstig van het algemeen ziekenhuis in Limburg zelf (waar in dit onderzoek de focus op ligt), bevestigen de eerder genoemde statistieken: de gemiddelde ligduur van neurologiepatiënten die in dat ziekenhuis opgenomen lagen in 2017 is 5,6 dagen; die patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 67 jaar (Hölscher, 2018).

De cijfers gepresenteerd in deze paragraaf zijn van directe relevantie voor dit onderzoek. De kern van dit onderzoek ligt bij het proberen te verbeteren c.q. bespoedigen van de ontslagprocedure met in het bijzonder de focus op neurologiepatiënten van een verpleegafdeling van een algemeen ziekenhuis in Limburg. Aangezien de gemiddelde leeftijd van neurologiepatiënten hoog is (Vugts, Van der Velden & Hingstman, 2004; NHG, 2018), is het onderzoeken van een interventie tot mogelijke verbetering van het ontslagproces relevant. Bovenstaande statistieken bevestigen dat het verbeteren en bespoedigen van het ontslagproces mogelijk een groot effect zou kunnen hebben op de patiëntenpopulatie en

doorstroom op de afdeling en daarmee mogelijkwerijs voor het hele ziekenhuis alsook daarbuiten.

1.3. Effecten van een informatiefolder over ontslag op de ontslagprocedure

Het effect van een informatiefolder over ontslag op de ontslagprocedure is in de wetenschap nog beperkt onderzocht (Wanina et al., 2016). Een recent onderzoek van Wanina et al. (2016) toont aan dat het presenteren van nieuw ontwikkelde ontslaginstructies door zowel het verpleegteam als de arts een significante positieve bijdrage kan leveren aan de perceptie van patiënten over het ontslagproces, ondanks de extra tijd (en dus werkdruk) die dit met zich meebrengt voor zorgverleners. Van groot belang voor het effect van een informatiefolder op de ontslagprocedure is echter de soort informatie die wordt overgedragen. Carson et al. (2012) ontwikkelden op een methodologisch systematische wijze een informatiefolder voor families van chronisch zieke patiënten. Middels een literatuurstudie definieerden zij de belangrijkste domeinen van informatiebehoeftes bij patiënten (Carson et al., 2012; Paul, Hendry & Cabrelli, 2004; Nelson et al., 2005), welke opgesomd zijn in Bijlage 5.

De studies van Carson et al. (2012), maar ook van Paul, Hendry & Cabrelli (2004) en Nelson et al. (2005) identificeren veel domeinen van informatiebehoeften van patiënt en familie die ook direct van toepassing zijn en zelfs deel uitmaken van het ontslagproces: de wetenschappelijke literatuur bevestigt dus dat er onder patiënten en familie een behoefte is aan informatie over ontslag. Het is daarom te verwachten dat het aanreiken van die informatie draagvlak kan vinden onder patiënten en familie en daardoor voor een positief effect kan zorgen. Interviews met families en patiënten over de gepresenteerde informatiebrochure in de onderzoeken tonen daarnaast vier zeer interessante thema's welke de families en patiënten beoordeelden als belangrijk in hun evaluatie van de informatiefolder (Nelson et al., 2005; Carson et al., 2012). Deze thema's zijn beschreven in Bijlage 5.

De thema's worden bevestigd door wetenschappelijk onderzoek met een iets andere invalshoek: de arts-patiënt relatie bepaalt hoe patiënten en familie informatie tot zich nemen en op welke manier dit het beste overgedragen kan worden (HAS, 2008). Er wordt benadrukt dat schriftelijke informatie aan patiënten en familie onderdeel moet zijn van een samenhangende communicatiestrategie, met als doel het faciliteren van betrokkenheid van de patiënt in beslissingen over hun eigen zorg (HAS, 2008). Daarnaast moet geschreven informatie gesproken uitleg niet vervangen, maar een aanvulling hierop vormen (HAS, 2008). Er bestaan verschillende arts-patiënt relaties die allen op verschillende manieren verklaren hoe informatieoverdracht door middel van een informatiefolder plaatsvindt (Coulter, 1998; Entwistle, 2003; Chandra et al., 2013; Ong et al., 1995). Deze zijn beschreven in Bijlage 6. De verschillen in arts-patiënt relatie en de attitudes van zorgprofessionals op het gebied van informatievoorziening, zorgen ervoor dat de inhoud en gebruik van de informatie overwogen

moet worden, alsmede de doelgroep en voorkeuren (HAS, 2008). Er zijn ook een aantal wetenschappelijke studies bekend die de effectiviteit van schriftelijk informatiemateriaal zoals folders, boekjes en flyers voor publieke informatievoorziening hebben onderzocht (o.a. Little et al., 2001; Turnbull & Irwig, 1992; Coriolano-Marinus et al., 2014, Waninga et al., 2016). Uit deze literatuuranalyse kan worden geconcludeerd dat er over het algemeen overeenstemming bestaat dat schriftelijke informatiefolders een effectieve rol kunnen spelen in het aanvullen van kennis en het veranderen van attitudes en gedrag met betrekking tot vele zorgbehoeftes en gezondheidsproblemen. Dit is wel afhankelijk van onder andere de manier van implementatie (werden informatiefolders gebruikt onder een specifieke groep patiënten of onder het brede publiek), het eventueel inzetten van andere interventies naast de informatiefolder (Mistraletti et al., 2017; Paul, Redman & Sanson-Fisher, 2003) en de toegepaste communicatiestijlen (Matusitz & Spear, 2015). Een systematische analyse van wetenschappelijk onderzoek gepubliceerd tussen 1994 en 2014 over de effectiviteit van een patiënt of familie gerichte informatiefolder op ontslag (Okrainec et al., 2017) toont aan dat van 30 onderzoeken er 10 concludeerden dat een informatiefolder een significante verbetering oplevert op begrip van patiënten over ontslag; nog 2 onderzoeken concludeerden een verbetering van de effectiviteit van de patiënt zelf en nog 3 onderzoeken een significante verbetering in ongeplande ziekenhuisopnamen. De helft van de onderzochte artikelen beschrijven dus een significant positief effect van patiënt gerichte informatiefolders (Okrainec et al., 2017). Ondanks het feit dat meer toepassingsgericht onderzoek nodig is om deze conclusie te generaliseren, is dit een veelbelovend resultaat.

1.4. Implementatie van informatiefolder over ontslag

De in de vorige paragraaf beschreven literatuur geeft aan dat het inzetten van een informatiefolder over het algemeen een positief effect kan hebben op begrip en acceptatie van patiënten en familie bij een medische beslissing. Het succes van een informatiefolder wordt echter ook in grote mate bepaald door hoe deze folder tot stand is gekomen en hoe deze wordt geïmplementeerd (Sustersic et al., 2017). Veel interventies bedoeld om de zorg te verbeteren worden bij de verpleegkundigen weggelegd, vaak met de nodige tijdsconsumptie en werkdruk tot gevolg (Karadarevic, 2017; Bergwerff, 2018). Het is dus van cruciaal belang dat de interventie die wordt ingezet, in dit onderzoek is dat de informatiefolder, effectief ter hand wordt genomen door de verpleegkundigen en dat deze hier ook achter staan. Specifiek gericht op de ontslagprocedure moeten zij zelf inzien dat een informatiefolder omtrent ontslag een goed instrument is om de ontslagprocedure te bespoedigen. Bij het verplicht invoeren (van hogere hand in de organisatie) van een informatiefolder bestaat het risico dat de interventie niet effectief en/of efficiënt wordt geïmplementeerd. Daarnaast kan dit weerstand oproepen bij de

verpleegkundigen. In feite is dit de toepassing van de bottom-up vs. top-down theorie (Sabatier, 1986), die in Bijlage 7 in detail wordt beschreven.

Er bestaan verschillende gepubliceerde gidsen en gestructureerde processen, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, over hoe een informatiefolder het best ontwikkeld, opgesteld en geïmplementeerd kan worden (o.a. Coulter, 1998; National Health and Medical Research Council, 2000; NHS, 2007). HAS (2008) geeft, aan de hand van een wetenschappelijk literatuuronderzoek, een voorstelling van een gestructureerd proces over het ontwikkelen en implementeren van informatiefolders. Dit proces is weergegeven in Bijlage 8. Wetenschappelijke literatuur bevat over het algemeen een consensus over hoe een informatiefolder voor patiënten en familie te ontwikkelen en te implementeren; de uitwerking van HAS (2008) geeft een integrale aanpak hierop. In de literatuur bestaat wel een verschil in focus op inhouds- en ontwerpaspecten; het proces van HAS (2008) besteedt hier brede aandacht aan, terwijl Paul et al. (2003) beargumenteren dat inhouds- en ontwerpaspecten geen invloed hebben op de effectiviteit van een informatiefolder. Een verrassende uitspraak, gezien de brede consensus in de literatuur met nadruk op inhouds- en ontwerpaspecten. Paul et al. (2003) geven meerdere verklaringen voor dit resultaat: de invloed van een informatiefolder zou een dusdanig kleine invloed kunnen hebben dat het verbeteren ervan ook een kleine invloed heeft. Een tweede verklaring kan liggen in het feit dat verschillende informatiefolders te weinig van elkaar verschillen om een significant effect te identificeren (Paul et al., 2003). Een separaat onderzoek naar het toepassen van inhouds- en ontwerpaspecten op een informatiefolder gericht aan patiënten of familie is nodig om definitief uitsluitsel te geven over het effect van inhouds- en ontwerpaspecten op de effectiviteit van de informatiefolder. De algemene kwaliteit van informatiefolders hangt dus sterk af van de kwaliteit van de inhoud, de wetenschappelijke basis, het ontwerp en de lay-out en de acceptatie door de specifieke doelgroep (HAS, 2008). Er zijn alternatieven denkbaar om informatie, ook over ontslag, op schriftelijke wijze te communiceren naar patiënt en familie. Een van de voorbeelden die breed in de wetenschap is onderzocht is een checklist. Met betrekking tot ontslag kan een checklist een belangrijke bron van informatie zijn voor patiënten om zeker te stellen dat er geen vragen onbeantwoord blijven (BMA, 2014; AHRQ, 2017). Een interessante variant is een combinatie van een informatiefolder en een checklist; de invloed van deze combinatie op de effectiviteit van de informatie is echter nog niet voldoende onderzocht om daar een hypothese op te kunnen bevestigen.

2. Methodologie

Nu de onderzoeksvragen en het theoretisch kader beschreven zijn in de vorige hoofdstukken, beschrijft dit hoofdstuk de toegepaste methodologie. In dit onderzoek staan vier deelvragen centraal. Aangezien de toegepaste methodologie per deelvraag verschilt, wordt in dit hoofdstuk per deelvraag de methodologie individueel beschreven.

2.1. Deelvraag 1: belang van bespoedigde ontslagprocedure

Onderzoeksbenadering

Het belang van een bespoedigde ontslagprocedure en de effecten daarvan zijn onderzocht met een kwalitatieve literatuurstudie. De onderzochte literatuur betreft wetenschappelijke artikelen, internationale standaarden, verslagen van autoriteiten en vakliteratuur, zowel nationaal als internationaal. Omdat het belang van een bespoedigde ontslagprocedure implicaties heeft voor meerdere stakeholders, is in de literatuurstudie specifiek focus gelegd op perspectieven van verschillende actoren (Schmeer, 2000; Brugha & Varvasovszky, 2000; Reed et al., 2009).

Ethische overwegingen

Bij de dataverzameling van de literatuurstudie worden er geen participanten belast. Er vindt geen verzameling van persoonlijke data plaats, noch vinden er persoonlijke gesprekken, interviews of andere ethisch gevoelige handelingen plaats. Wel heeft de mate waarin dit onderzoek een zinvolle conclusie of advies oplevert ethische implicaties. Het ontslagproces zelf, maar ook interventies om dit proces te beïnvloeden kunnen gevoelig liggen; juist omdat er meerdere belanghebbenden bij zijn betrokken (BMA, 2014). Verpleegkundigen zouden bijvoorbeeld een belang bij een informatiefolder omtrent ontslag kunnen hebben omdat het hun werkdruk vermindert, terwijl tegelijkertijd bespoedigd ontslag als negatief wordt gezien door patiënten. De informatiefolder omtrent ontslag zou daarmee een complexe ethische ambivalentie kunnen krijgen. Het is daarom van belang om de overwegingen van verschillende actoren die belang hebben bij de ontslagprocedure ethisch tegen elkaar af te wegen met inachtnaam van de literatuurstudie.

Dataverzameling

De dataverzameling voor de literatuurstudie heeft via online zoekmachines (Google) plaatsgevonden. Daarnaast zijn online databases voor wetenschappelijke literatuur gebruikt, namelijk de NCBI¹ (NCBI, 2017), Sage Journals, Google Scholar en ResearchGate. De topiclijst die bij dit onderzoek is aangehouden wordt gegeven door een overzicht van de gebruikte zoektermen zoals opgenomen in Bijlage 9.

¹ National Center for Biotechnology Information – onderdeel van de nationale medische bibliotheek van de V.S.

2.2. Deelvraag 2: verband leeftijd patiënten en ontslag

Onderzoeksbenadering

In het theoretisch kader (hoofdstuk 2, paragraaf 2) is aan de hand van kwantitatieve data een relatie gelegd tussen leeftijd van patiënten en ligduur, alsook het aantal opnamen per leeftijdscategorie (een maat voor de gemiddelde leeftijd van de patiënt). Er is gebruik gemaakt van zowel landelijke data (afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek) als recentere data van de specifieke verpleegafdeling van het algemene ziekenhuis in Limburg. Om recentere data en gegevens die meer de specifieke context van de neurologieafdeling representeren te verkrijgen, zijn enquêtes afgenomen bij patiënten die ontslagen werden van de verpleegafdeling, waarmee leeftijdsgegevens, gegevens over informatievoorziening omtrent ontslag en wensen van patiënten zijn verzameld (hierna aangeduid met 'enquête 1'). Daarmee wordt de kwantitatieve literatuuranalyse aangevuld met een gemengd kwantitatief en kwalitatief observationeel onderzoek. Enquêtes kunnen effectieve instrumenten zijn binnen de gezondheidszorg om kwaliteitsverbeteringsinitiatieven te stimuleren en te faciliteren (Al-Abri & Al-Balushi, 2014).

Setting & participanten

De participanten van enquête 1 zijn neurologiepatiënten die opgenomen hebben gelegen op de verpleegafdeling van een algemeen ziekenhuis in Limburg. De enquêtes zijn afgenomen door één persoon: de afdelingssecreresse. Er is bewust gekozen om de enquêtes door één vast persoon af te laten nemen (welke persoon géén verpleegkundige betreft), omdat dit een lagere registratielast voor verpleegkundigen in de hand werkt (V&VN, 2018). In de periode van 27 november 2018 tot en met 7 januari 2019 zijn patiënten die met ontslag zijn gegaan van de verpleegafdeling geënuquêteerd. Patiënten van wie in de verpleegkundige anamnese of latere verpleegkundige diagnoses bekend was dat deze geen adequate informatieverwerking en/of antwoorden konden geven, zijn uitgesloten van deelname aan de enquête. Er is in deze situaties ook niet gekozen om de familie de enquête te laten beantwoorden, omdat het puur een onderzoek gericht op patiënten betrof. Wanneer de patiënt weigerde deel te nemen aan de enquête, heeft de secretaresse een kruis door de enquête gezet. Hieronder volgt een schematisch overzicht van de in- en exclusiecriteria voor de participanten van enquête 1.

Tabel 2.1.1 – In- en exclusiecriteria participanten enquête 1

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Neurologiepatiënten opgenomen op de verpleegafdeling van een Limburgs algemeen ziekenhuis	Neurologiepatiënten van wie in de verpleegkundige anamnese of latere verpleegkundige diagnose bekend was dat deze geen adequate informatieverwerking bezitten en/of antwoorden kunnen geven
Neurologiepatiënten die in de periode van 27 november 2018 tot en met 7 januari 2019 met ontslag zijn gegaan van de neurologie verpleegafdeling van een Limburgs algemeen ziekenhuis	Patiënten van een ander medisch specialisme die (tijdelijk) toch op de neurologie verpleegafdeling opgenomen lagen
Er is niet geselecteerd op leeftijd, geslacht, etnische afkomst en geloofsovertuiging	Familie van patiënten

Dataverzameling

Allereerst ziet de afdelingssecretaresse in de opdrachtenlijst dat een patiënt met ontslag mag. Deze opdrachtenlijst is door de arts geregistreerd. Vervolgens overlegt de secretaresse eerst met de verpleegkundige die verantwoordelijk is voor de zorg voor die patiënt of het zorgproces volledig ten einde is; dat wil zeggen dat de verpleegkundige geen handelingen of gesprekken meer hoeft uit te voeren bij de patiënt en de patiënt dus het ziekenhuis mag verlaten. Het moment van afname van de enquête is derhalve zodanig gekozen dat dit het allerlaatste plaatsvindt en dus de resultaten op geen enkele manier beïnvloed kunnen worden doordat de verpleegkundige nog niet alle informatie over ontslag verstrekt heeft. De afdelingssecretaresse gaat vervolgens naar de patiëntenkamer toe en wenst de patiënt een prettig herstel. De afdelingssecretaresse vraagt dan aan de patiënt of deze mee wil doen aan de enquête ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek naar de ontslagprocedure. Er werd vermeld dat de enquête anoniem is en ook als zodanig verwerkt wordt en dat de resultaten van de enquête ingezet kunnen worden om de kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren. De enquête werd door de afdelingssecretaresse ter plekke afgenomen en op papier ingevuld. Alle ingevulde enquêteformulieren zijn persoonlijk door de afdelingssecretaresse overhandigd aan de onderzoeker.

Data-analyse

De ingevulde enquêtes werden digitaal gescoord en vervolgens door middel van statistische testen geanalyseerd. Hierbij is zowel gebruik gemaakt van numerieke analysetechnieken als grafische analysemethoden. In enquête 1 zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve variabelen onderzocht, waarvan in Bijlage 10 een opsomming is weergegeven.

Ethische overwegingen

Bij het verzamelen van persoonlijke gegevens is *informed consent* van de participanten vooraf essentieel: niet alleen moet de participant (patiënt) van te voren expliciet toestemming geven om deel te nemen aan het onderzoek, hij/zij moet ook voldoende geïnformeerd zijn waaraan hij/zij dan meedoet. Tegelijkertijd is het van belang dat de patiënt niet te veel geïnformeerd wordt over de doelstelling van het onderzoek, aangezien dit de resultaten kan beïnvloeden

(*bias*). In het afnemen van de enquête is daarmee rekening gehouden door vooraf de afdelingssecretaresse expliciet om goedkeuring tot deelname aan de patiënt te laten vragen (bij twijfel aan de wilsbekwaamheid van de patiënt werd de enquête niet afgenomen). Daarnaast zijn er uitsluitend anonieme gegevens verzameld welke in geen geval teruggeleid kunnen worden naar een individu. De patiënten zijn voorafgaand aan deelname ingelicht over het globale doel van het onderzoek. De enquête is zodanig uitgevoerd dat deze compleet onafhankelijk is van het door verpleegkundigen geleverde zorgproces. Daardoor beïnvloedt de afname van de enquête niet de kwaliteit van zorg. Omdat er niet direct geïntervenieerd wordt in het zorgproces, is een medisch-ethische toetsing door de ethische commissie voor deze enquête niet rationeel. De keuze voor afname van de enquête door een niet-verpleegkundige (de afdelingssecretaresse) zorgt voor minder registratielast bij de verpleegkundigen. Minder registratielast heeft een positieve invloed op de kwaliteit van zorg (V&VN, 2014b; Bergwerff, 2018).

2.3. Deelvraag 3: effect van informatiefolder op ontslag

Onderzoeksbenadering

In het theoretisch kader (hoofdstuk 2 paragraaf 3) is getracht door middel van een review van wetenschappelijke literatuur de hypothetische effecten van een informatiefolder aan te tonen. Hierbij is met name gebruik gemaakt van wetenschappelijke internationale literatuur. De gebruikte literatuur zijn over het algemeen ervaringsreferenties (onderzoeken die het effect van informatie aan patiënt of familie hebben aangetoond); het lijkt dat Nederlandse ervaringsgegevens over het effect van informatie aan patiënt of familie – en zeker specifiek voor ontslag – niet breed onderzocht of niet gerapporteerd zijn. Dit hiaat rechtvaardigt aanvullend kwalitatief onderzoek in een Nederlandse context om de beschikbare literatuur te toetsen. Een invulling is hieraan gegeven door de bottom-up top-down theorie toe te passen (zie hoofdstuk 2 paragraaf 4). Om te onderzoeken of er onder verpleegkundigen draagvlak bestaat over de interventie is een enquête (hierna: enquête 2) afgenomen onder het hele verpleegteam van de neurologie verpleegafdeling van een algemeen ziekenhuis in Limburg. Dit betreft een gemengd kwalitatief – kwantitatief observationeel onderzoek. Door de inzichten en opvattingen van verpleegkundigen over informatie omtrent ontslag te vergelijken met de wetenschappelijke literatuur kunnen implicaties worden gegeven van het effect van een informatiefolder op ontslag in de Nederlandse context.

Setting & participanten

De participanten van enquête 2 zijn gediplomeerde verpleegkundigen werkzaam op de verpleegafdeling (uitgezonderd de Brain Care Unit) en bevoegde verpleegkunde studenten (zowel MBO als HBO geschoold) die zelfstandig betrokken zijn bij het ontslagproces. De

enquête is digitaal opgesteld en per e-mail verzonden naar de uitgenodigde participanten. De enquête is afgenomen in de periode van 26 november 2018 tot en met 7 januari 2019. Hieronder zijn de in- en exclusiecriteria van de participanten van enquête 2 schematisch weergegeven.

Tabel 2.2 – In- en exclusiecriteria participanten enquête 2

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Gediplomeerde verpleegkundigen werkzaam op de verpleegafdeling neurologie van een Limburgs algemeen ziekenhuis	Verpleegkundigen en/of verpleegkunde studenten werkzaam op de Brain Care Unit van neurologieafdeling van een Limburgs algemeen ziekenhuis
Bevoegde verpleegkunde studenten die zelfstandig betrokken zijn bij het ontslagproces	Artsen, verpleegkundig specialisten, nurse practitioners, physician assistants, co-assistenten, arts-assistenten, semi-artsen, paramedici en transferverpleegkundigen
Hele verpleegkundig team is uitgenodigd voor deelname, ongeacht verlof, dienstplanning, ziekte of verzuim	Teamleiders en afdelings-/unitmanagers
Er is niet geselecteerd op dienstjaren en/of werkervaring en werk-/denkniveau (MBO/HBO)	
Er is niet geselecteerd op leeftijd, geslacht, etnische afkomst en geloofsovertuiging	

Dataverzameling

Het moment van afname van de enquête is door middel van een digitaal instrument niet vastgelegd, zodat verpleegkundigen de enquête hebben kunnen invullen op een moment waarop zij daar zelf gelegenheid toe hadden. Dit voorkomt een onnodig hoge werkdruk voor verpleegkundigen. Er is vermeld dat de enquête anoniem is en zodanig verwerkt wordt dat de resultaten niet teruggeleid kunnen worden naar een individu. Er is tevens vermeld dat de enquête afgenomen wordt in het kader van wetenschappelijk onderzoek naar de ontslagprocedure en dat de resultaten gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De digitale enquête is zodanig geprogrammeerd dat het open laten dan wel foutief invullen van vragen niet is toegestaan. Enquête 2 is in drie onderdelen gesplitst, welke alle een onderdeel vormen van een hypothese over het effect van een informatiefolder voor patiënten/familie op ontslag: (1) huidige informatievoorziening door verpleegkundigen aan patiënten; (2) moeilijkheden bij ontslag en (3) verbeteringen informatievoorziening ontslag.

Data-analyse

De resultaten van enquête 2 zijn digitaal verzameld en verwerkt en vervolgens door middel van statistische testen geanalyseerd om de deelonderzoeksvraag te beantwoorden. Hierbij is zowel gebruik gemaakt van numerieke analysetechnieken als grafische analysemethoden. Meerdere variabelen zijn in enquête 2 onderzocht, zowel kwantitatief als kwalitatief van aard. In Bijlage 10 is een opsomming gegeven van deze variabelen en hun meetmethode.

Ethische overwegingen

Ook bij enquête 2 zijn persoonlijke gegevens en opvattingen verzameld, waardoor de participanten op geïnformeerde wijze expliciet toestemming moeten geven voor hun deelname

aan het onderzoek (*informed consent*). De participanten zijn voldoende, maar niet te veel, geïnformeerd over het doel van het onderzoek – om bias in de resultaten te voorkomen. Alle participanten hadden vrijwillig de keuze om de enquête in te vullen. Opnieuw zijn uitsluitend anonieme gegevens verzameld welke in geen geval teruggeleid kunnen worden aan een verpleegkundige als individu. De enquête is zodanig uitgevoerd dat deze minimaal intervenueert met het zorgproces dat geleverd wordt door de verpleegkundigen. Door de digitale opzet van de enquête hadden alle participanten de mogelijkheid om een geschikt moment voor het invullen te kiezen. Verder is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van snel en eenvoudig te beantwoorden vragen om de registratielast te minimaliseren.

2.4. Deelvraag 4: implementatie informatiefolder over ontslag

Onderzoeksbenadering

In deelvraag 4 wordt door middel van een literatuurstudie nader onderzocht hoe een informatiefolder omtrent ontslag het best geïmplementeerd kan worden. Zoals in het theoretisch kader (hoofdstuk 2, paragraaf 4) is beschreven, bestaan er meerdere gestructureerde processen voor het ontwikkelen en implementeren van een informatiefolder gericht aan patiënten en familie. Het systematisch reviewen en vergelijken van deze literatuur en voorstellen van wijzigingen of aanvullingen hierin vormt de methodologie om deelvraag 4 te beantwoorden. Dit betreft een kwalitatieve onderzoeksbenadering.

Dataverzameling

De dataverzameling voor de literatuurstudie heeft via online zoekmachines (Google) plaatsgevonden, aangevuld met online databases voor wetenschappelijke literatuur, zoals NCBI (NCBI, 2017), Sage Journals, Google Scholar en ResearchGate. De topiclijst die bij dit onderzoek is aangehouden is een overzicht van de gebruikte zoektermen en is weergegeven in Bijlage 9. Door inzichten op de implementatie van informatiefolders uit de literatuur met elkaar te vergelijken en tegen elkaar af te wegen en deze vervolgens toe te passen op de specifieke context van de ontslagprocedure, is antwoord gegeven op deelvraag 4.

Ethische overwegingen

Er worden geen participanten belast bij de dataverzameling van de literatuurstudie: er vindt geen collectie van persoonlijke data plaats, noch persoonlijke gesprekken, interviews of andere ethisch gevoelige handelingen. Echter kan het effect van een informatiefolder omtrent ontslag – zelfs wanneer deze op juiste wijze is ontwikkeld en geïmplementeerd – als negatief worden beschouwd door de patiënten of familie. Het is dan denkbaar dat dit te maken heeft met een externe, niet of zeer moeilijk te beïnvloeden oorzaak, namelijk de ‘mindset’ of het ‘regime’ dat nu bij patiënten en familie heerst. Patiënten en/of familie zouden door slechte, onvolledige of niet-tijdige informatievoorziening weerstand kunnen geven tegen ontslag. De

uitkomsten van de (literatuur)studie naar de beste wijze van implementatie voor een informatiefolder omtrent ontslag hebben dus wel ethische consequenties, maar het is juist het doel om deze ethische gevolgen te minimaliseren. In de gebruikte wetenschappelijke literatuur is al breed aangetoond op welke manieren informatiefolders voor patiënten en/of familie geïmplementeerd kunnen worden om een positief effect te creëren. Het is echter van belang om deze onderzoeken te plaatsen binnen de context van de ontslagprocedure en op kwalitatieve wijze na te gaan welke aannames, resultaten en conclusies wel en niet representatief zijn voor die context.

3. Resultaten

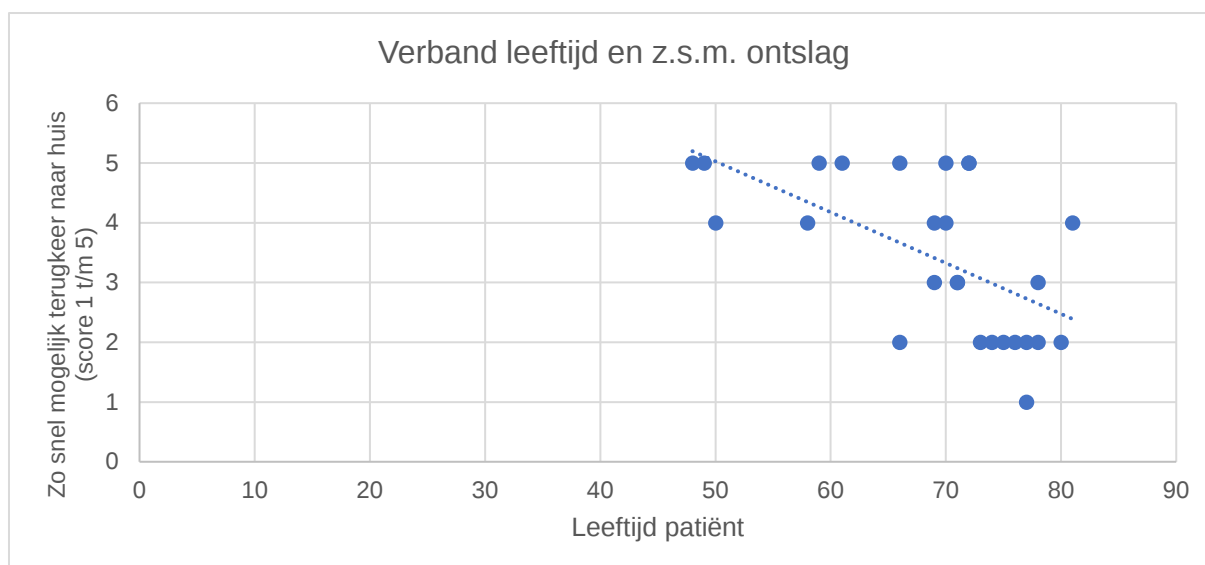
Nu het theoretisch kader en de wetenschappelijke methodologie aan bod is gekomen, worden in dit hoofdstuk per deelvraag de resultaten beschreven.

3.1. Deelvraag 1: belang van bespoedigde ontslagprocedure

In het theoretisch kader (hoofdstuk 1 paragraaf 1) is door middel van een wetenschappelijke literatuuranalyse het belang van een bespoedigde ontslagprocedure en tijdige informatievoorziening hierover aangetoond. Goede en tijdige informatie en ondersteuning is essentieel om ongeplande heropnamen te voorkomen en continuïteit van zorg te realiseren (BMA, 2014). Er bestaat een internationale standaard die voorschrijft dat patiënten en familie altijd goed geïnformeerd moeten zijn over het ontslagproces (National Alliance for Caregiving, 2010). Wong et al. (2011) en Clarke (2017) stellen dat onnodig lang verblijf in het ziekenhuis het risico op infecties, depressies, verlies van onafhankelijkheid en onjuist gebruik van zorgvoorzieningen verhoogt. Bovendien kan het zorgen voor vertragingen in patiëntopnames, verlate overplaatsingen en annulering van operaties. Dit kan zorgen voor een hogere werkdruk bij zorgverleners (Clarke, 2017) en uitdagingen bij het voldoende beschikbaar kunnen stellen van ziekenhuisbedden voor iedere opname. Het realiseren van een uniforme goed georganiseerde ontslagprocedure is complex door verschillen in het beleid en voorzieningen omtrent ontslag per ziekenhuis (Department of Health, 2004). Een eerste stap om dit te bereiken is het RED proces (Jack et al., 2010) waarin op een gestructureerde wijze een succesvol en vloeiend ontslagproces wordt gefaciliteerd.

3.2. Deelvraag 2: verband leeftijd patiënten en ontslag

In de periode van 27 november 2018 tot en met 7 januari 2019 zijn alle patiënten die met ontslag uit het ziekenhuis zijn gegaan van de neurologieafdeling van een algemeen ziekenhuis in Limburg geënquêteerd. De gemiddelde leeftijd van deze patiënten is 68,8 jaar. Het betrof 31 patiënten die in die periode met ontslag zijn gegaan met een *respons ratio* van 83,9% op enquête 1. Opvallend aan de resultaten van enquête 1 is dat de mate waarop een patiënt het vanzelfsprekend vindt dat deze zo snel mogelijk uit het ziekenhuis ontslagen worden zodra er geen medische noodzaak (meer) is, sterk afhankelijk is van de leeftijd van die patiënt. In Figuur 3.1 is dit verband in beeld gebracht (score 1 betekent dat een patiënt zo snel mogelijke terugkeer naar huis helemaal niet vanzelfsprekend vindt; score 5 uiterst vanzelfsprekend). De originele resultaten zijn weergegeven in Figuur B11.4 in Bijlage 11.

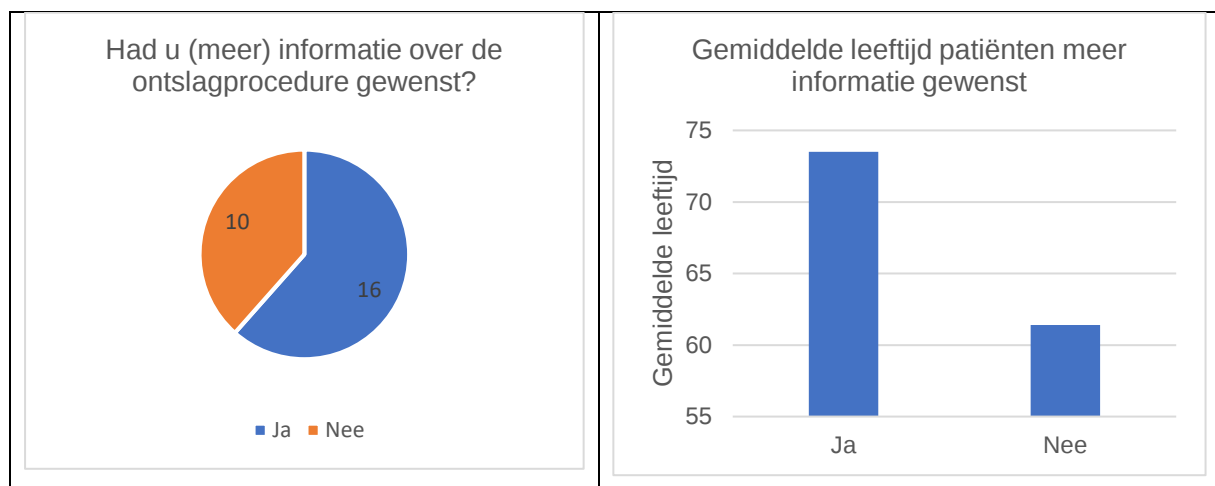


Figuur 3.1 – Verband zo snel mogelijk terugkeer naar huis en leeftijd van de patiënt

3.3. Deelvraag 3: effect van een informatiefolder over ontslag op de ontslagprocedure

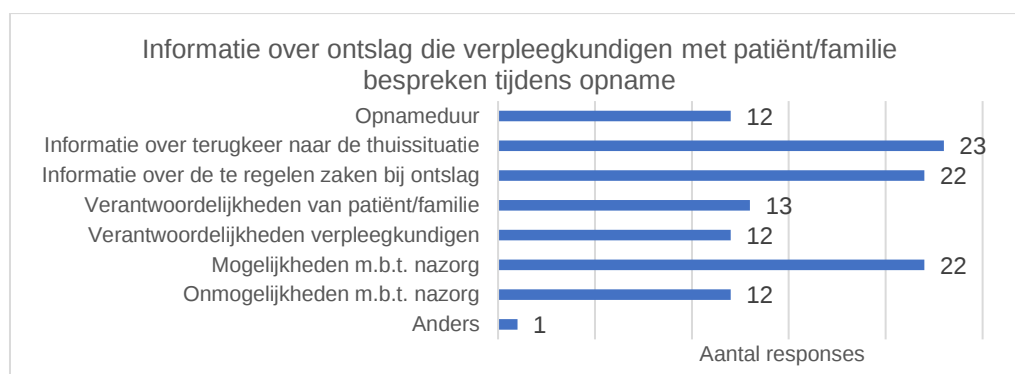
De literatuuranalyse in het theoretisch kader (hoofdstuk 1 paragraaf 3) toonde aan dat informatie omtrent ontslag een significante positieve bijdrage kan leveren aan de perceptie van patiënten over het ontslagproces (Waninga et al., 2016). In de wetenschappelijke literatuur is ook onderzocht wat de belangrijkste domeinen van informatiebehoeften van patiënten en familie zijn (Carson et al., 2012; Paul, Hendry & Cabrelli, 2004; Nelson et al., 2005). Er wordt breed bevestigd dat er onder patiënten en familie een behoefte is aan informatie over ontslag. Het kunnen aantonen van het effect van informatie(folders) over ontslag op de ontslagprocedure begint echter bij het inventariseren van de huidige informatievoorziening aan patiënten omtrent dit onderwerp. Uit enquête 1 blijkt dat van de 26 onderzochte patiënten er 22 aangaven dat ontslag niet besproken is tijdens het opnamegesprek; 23 patiënten gaven daarnaast aan dat zij bij opname in het ziekenhuis niet wisten hoe lang zij ongeveer (naar verwachting) in het ziekenhuis zouden moeten verblijven. Een significante meerderheid van de onderzochte patiënten (16 van de 26) geven aan meer informatie te wensen over de ontslagprocedure. Opvallend is dat dit ook verband lijkt te houden met leeftijd: de patiënten die aangeven informatie omtrent ontslag te wensen blijken de oudere patiënten te zijn (gemiddelde leeftijd van ruim 73 jaar tegenover 61 jaar van patiënten die niet meer informatie over ontslag wensen), zoals weergegeven in Tabel 3.1. De originele resultaten van enquête 1 zijn nader in beeld gebracht in Bijlage 11.

Tabel 3.1 – Resultaten patiënten die wel of niet meer informatie wensen en gemiddelde leeftijd



Resultaten van enquête 2, afgenomen onder 27 neurologieverpleegkundigen ($n=31$; *respons ratio* 87,1%), geven ook indicaties omtrent de informatievoorziening omtrent ontslag vanuit de verpleegkundigen. Zo geven alle 27 verpleegkundigen aan dat ze minimaal één keer per week de ontslagprocedure met patiënten bespreken; ruim 1 op de 3 verpleegkundigen geeft zelfs aan dat de ontslagprocedure op dagelijkse basis onderwerp is van gesprek met patiënten. Desondanks geven alle 27 verpleegkundigen aan dat zij soms – regelmatig weerstand van patiënt/familie ervaren op het moment dat ontslag naar huis aangekondigd wordt. Een significante meerderheid van de verpleegkundigen geeft aan dat het bespreken van de ontslagprocedure zowel tijdens opname als tijdens de visite belangrijk is (resp. 23 van de 27 en 25 van de 27 verpleegkundigen). In Bijlage 11 zijn de originele resultaten van enquête 2 weergegeven.

Uit enquête 2 blijkt tevens dat verpleegkundigen het vaakst informatie aan patiënt/familie geven over (1) terugkeer naar de thuissituatie; (2) de te regelen zaken door/voor de patiënt bij ontslag en (3) mogelijkheden met betrekking tot nazorg (zie Figuur 3.2). Significanter minder vaak aan bod komt informatie omtrent opnameduur, verantwoordelijkheden van verpleegkundigen en onmogelijkheden met betrekking tot nazorg.



Figuur 3.2 – Resultaten informatievoorziening verpleegkundigen omtrent ontslag

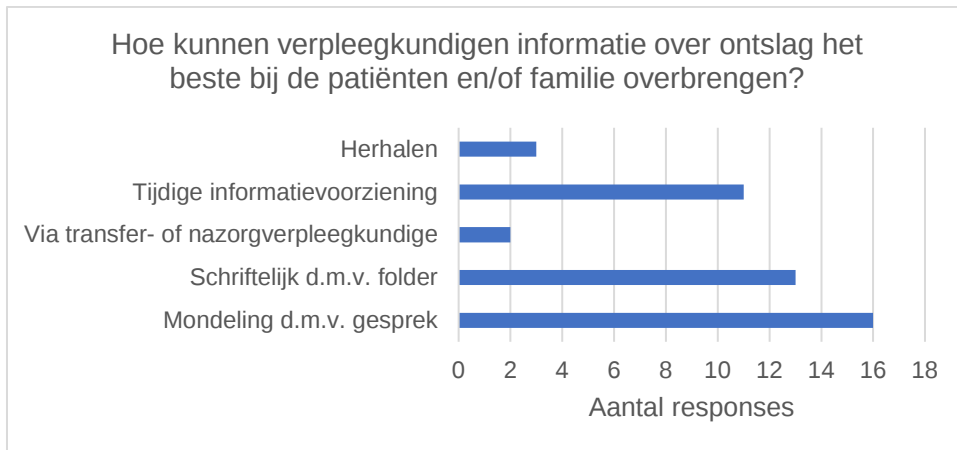
Opvallend is dat dit resultaat slechts ten dele overeenkomt met de resultaten van enquête 1 – informatiebehoeften van de patiënt: de drie belangrijkste informatiebehoeften bij de patiënt bleken (1) informatie t.b.v. naslagwerk; (2) verantwoordelijkheden verschillende actoren en (3) voorzieningen thuis. Er is dus een gedeeltelijk verschil tussen de informatie die het merendeel van de verpleegkundigen geven en wat de patiënten het liefst zouden willen weten. Een potentiële optimalisatie zou dus mogelijk zijn in de informatievoorziening vanuit verpleegkundigen aan patiënt; waarvoor een informatiefolder een instrument is. Optimalisatie van de informatie omtrent de ontslagprocedure wordt ook breed door verpleegkundigen erkend: 21 van de 27 geënquêteerde verpleegkundigen gaf in enquête 2 aan dat de informatievoorziening aan de patiënt/familie over ontslag beter kan (Figuur B11.19 Bijlage 11).

3.4. Deelvraag 4: implementatie informatiefolder over ontslag

Na het beschrijven van de resultaten over het effect van een informatiefolder op ontslag, wordt in deze paragraaf door middel van resultaten aangegeven hoe dergelijke informatiefolder dan geïmplementeerd zou moeten worden. Uit de literatuuranalyse blijkt dat de manier van totstandkoming en implementatie van de informatiefolder in grote mate het succes daarvan bepaalt (Sustersic et al., 2017). De literatuuranalyse toont aan dat voor succesvolle implementatie de informatiefolder door het uitvoerend personeel geaccepteerd en ter hand genomen moet worden (o.a. Bergwerff, 2018). Dit wordt bevestigd door de bottom-up vs. top-down theorie (Sabatier, 1986). Dit aspect kan ook bevestigd worden met de resultaten van enquête 2: een ruime meerderheid van de verpleegkundigen (22 van de 27) geeft aan de informatiefolder een geschikte manier te vinden om duidelijkheid te creëren bij patiënt/familie over de ontslagprocedure. Verder geven op één na alle verpleegkundigen aan dat een informatiefolder een nuttig instrument kan zijn om op de hoogte te zijn en te blijven over de ontslagprocedure (Bijlage 11 Figuren B11.20 t/m B11.22).

Het opstellen en implementeren van de informatiefolder moet echter ook volgens de bottom-up benadering verlopen. HAS (2008) geeft een gestructureerd proces op welke manier een informatiefolder ontwikkeld en geïmplementeerd kan worden. De bottom-up benadering komt hier niet expliciet in naar voren. Zo stelt HAS (2008) dat er voor het maken van de informatiefolder allereerst bepaald moet worden of er behoefte is aan een informatiefolder; er wordt niet expliciet vermeld dat de steun vanuit de verpleegkundigen voor de informatiefolder ook eerst bepaald zou moeten worden. Hierna vangt in het proces van HAS (2008) de fase van het bepalen van de inhoud van de informatiefolder; onder andere moet er volgens HAS (2008) aan patiënten gevraagd worden wat hun verwachtingen en behoeften zijn; ook hier worden verpleegkundigen niet expliciet betrokken. Het identificeren van de huidige informatievoorziening (in dit geval omtrent ontslag) door verpleegkundigen moet echter eerst in beeld gebracht worden om de conclusie te kunnen trekken welke aspecten nog onderbelicht

zijn, c.q. waar de informatiefolder al dan niet extra nadruk op moet leggen. Uit enquête 2 blijkt ook dat verpleegkundigen het over het algemeen met elkaar eens zijn dat drie elementen als essentieel beschouwd worden binnen de informatievoorziening omtrent ontslag: (1) tijdige informatievoorziening, (2) schriftelijke informatie aanleveren in de vorm van een folder of brochure (op papier of digitaal) en (3) mondeling in de vorm van gesprekken met patiënt en familie. Het herhalen van informatie en het (meer) betrekken van transfer- of nazorgverpleegkundige wordt significant minder vaak door verpleegkundigen als belangrijk beschouwd (Figuur 3.3).



Figuur 3.3 – Resultaten visie verpleegkundigen informatievoorziening ontslag

Ondanks dat er in de literatuur een brede consensus bestaat dat inhouds- en ontwerpaspecten van de informatiefolder belangrijk zijn, worden ook tegenargumenten gegeven (o.a. Paul, Redman & Sanson-Fisher, 2003).

4. Conclusie & discussie

In dit verslag is geanalyseerd op welke wijze een informatiefolder omtrent ontslag bijdraagt aan het bespoedigen van de ontslagprocedure voor neurologiepatiënten op de verpleegafdeling van een Limburgs algemeen ziekenhuis. Wetenschappelijke literatuur werd onderzocht om het belang van een bespoedigde ontslagprocedure aan te tonen. Verder werd door middel van een literatuurstudie en een enquête onder neurologiepatiënten een verband gelegd tussen leeftijd van patiënten en ontslag uit het ziekenhuis. Ook werd door middel van een literatuurstudie en een enquête onder verpleegkundigen het effect van een informatiefolder op de ontslagprocedure onderzocht, alsmede de meest efficiënte manier van implementatie daarvan. Deze analyses geven gezamenlijk antwoord op de onderzoeksvragen naar voren gebracht in de inleiding.

4.1. Deelvraag 1: Wat is het belang van een bespoedigde ontslagprocedure?

Uit de analyse van wetenschappelijke literatuur (hoofdstuk 1 paragraaf 1) kan geconcludeerd worden dat goede en tijdige informatie en ondersteuning aan de patiënt essentieel is om de ontslagprocedure vloeiend te laten verlopen. Het voorkomt ongeplande heropnamen en draagt bij aan continuïteit van zorg (BMA, 2014). Daarnaast verhoogt onnodig lang verblijf in het ziekenhuis het risico op infecties, depressies, verlies van onafhankelijkheidsgevoel en onjuist gebruik van zorgvoorzieningen (Wong et al., 2011; Clarke, 2017). Verder kan het zorgen voor vertragingen in patiëntopnames, verlate overplaatsingen en annulering van operaties, wat weer kan zorgen voor hogere werkdruk bij zorgverleners (Clarke, 2017). Het RED-proces (Jack et al., 2010) is een veelomvattend proces met als doel een gestructureerde methode op te zetten voor ontslag. Het bereiken van uniformiteit in deze processen is echter complex, vanwege de grote verschillen in ontslagbeleid en –voorzieningen per ziekenhuis.

4.2. Deelvraag 2: Wat is het verband tussen leeftijd van patiënten en ontslag uit het ziekenhuis?

De literatuurstudie (hoofdstuk 1 paragraaf 2) legt een duidelijk verband tussen leeftijd van patiënten en ontslag: hoe hoger de leeftijd, hoe sterker de barrières bij ontslag en hoe minder frequent patiënten uit het ziekenhuis lijken door te stromen. Dit effect blijkt het sterkst bij een leeftijd boven de 65 jaar (CBS, 2014; BMA, 2014; Wassenaar & Molenaar, 2017). Dit effect wordt bevestigd vanuit zowel Nederlandse data als vanuit internationale bronnen.

Er moeten echter kanttekeningen gemaakt worden bij de uitgevoerde literatuurstudie, gezien de beperkingen van de gebruikte data; dit rationaliseert het doen van nader onderzoek naar het verband tussen leeftijd en ontslag. Het eerste kritiekpunt heeft betrekking op de landelijke data van het CBS (2014): de meest recente data uit deze database dateert van 2012 en zou

daarom niet meer voldoende representatief kunnen zijn voor de huidige situatie. Het tweede kritiekpunt heeft betrekking op de specifieke data met betrekking tot ligduur van de neurologieafdeling van een Limburgs algemeen ziekenhuis (Hölscher, 2018): er is gekeken naar patiënten die opgenomen zijn geweest op de verpleegafdeling en de totale ligduur binnen het ziekenhuis. Dat gaat echter verder dan alleen de ligduur op de verpleegafdeling, aangezien patiënten binnen het ziekenhuis ook kunnen verblijven op de revalidatieafdeling, intensive care of de Acute Opname Afdeling, welke ook meegeteld worden in de totale ligduur. In werkelijkheid zou de ligduur van neurologiepatiënten op de verpleegafdeling zelf dus (significant) lager kunnen liggen. De resultaten uit de enquête afgenomen onder neurologiepatiënten op de afdeling (enquête 1) zijn echter volledig in lijn met de gegevens uit de literatuur (CBS, 2014 en Hölscher, 2018); gezamenlijk kan uit deze resultaten de conclusie getrokken worden dat leeftijd een belangrijke indicator is voor het aantal ziekenhuisopnamen, opnameduur en bereidheid tot bespoedigd ontslag uit het ziekenhuis. De resultaten bevestigen daarnaast dat het verbeteren en bespoedigen van het ontslagproces een groot effect kan hebben op de patiëntenpopulatie en doorstroom op de afdeling en mogelijk het hele ziekenhuis alsook daarbuiten.

4.3. Deelvraag 3: Wat is het effect van een informatiefolder over ontslag op de ontslagprocedure?

De literatuuranalyse (hoofdstuk 1 paragraaf 3) toont aan dat informatie omtrent ontslag een significante positieve bijdrage kan leveren aan de perceptie van patiënten over het ontslagproces (Waniga et al., 2016). Systematische analyses van wetenschappelijke literatuur tonen aan dat ruim één derde van de onderzochte bronnen een significant positief effect van een informatiefolder op ontslag beschrijven (Okrainec et al., 2017). De positieve effecten betreffen met name begrip bij patiënten over ontslag, verbeterde effectiviteit van patiënt en verbetering in ongeplande ziekenhuisopnamen. In de literatuur is ook onderzocht wat de belangrijkste domeinen van informatiebehoeften bij patiënten en familie zijn (Carson et al., 2012; Paul, Hendry & Cabrelli, 2004; Nelson et al., 2005). De resultaten van zowel enquête 1 (patiënten) als 2 (verpleegkundigen) plaatsen deze conclusies meer in de context van de neurologieafdeling. Uit enquête 1 blijkt dat patiënten het vaakst niet geïnformeerd worden over ontslag bij het opnamegesprek; een grote meerderheid van de patiënten gaf aan dat zij bij opname niet wisten hoe lang ze naar verwachting in het ziekenhuis zouden moeten blijven. Dit laat zien dat deze patiënten niet voldoende op de hoogte waren van wat hun te wachten stond en ze zich dus niet (goed) op het ontslag hebben kunnen voorbereiden, bijvoorbeeld in de vorm van het treffen van voorzieningen thuis of het stellen van (meer) vragen.

Er blijkt ook een sterke samenhang tussen leeftijd van de patiënt en het feit of patiënten al dan niet meer informatie over ontslag wensen. De gemiddelde leeftijden van patiënten die wel en

niet (meer) informatie over ontslag wensen verschillen significant. Het verschil in deze leeftijden zou opgevat kunnen worden als een hele generatie als gevolg van bijvoorbeeld omstandigheden bij geboorte, zoals de Tweede Wereldoorlog (Quest, 2014). Er zijn verder twee mogelijke verklaringen te geven voor dit leeftijdseffect: (1) de 'modernere' generatie kan zichzelf beter van informatie voorzien, mede omdat deze mogelijk beter overweg kan met moderne informatietechnologie zoals internet, smartphone, et cetera; (2) de 'modernere' generatie patiënten heeft mogelijk een instelling die meer gericht is op zo spoedig mogelijk ontslag (dit blijkt ook uit enquête 1). Deze patiënten zullen dus meer doorvragen op de ontslagprocedure, terwijl de 'oudere' generatie meer gewend zou zijn om langer (dan medisch noodzakelijk) in het ziekenhuis te verblijven.

Vanuit de verpleegkundigen is ook duidelijk dat er belangrijke optimalisaties mogelijk zijn in de informatievoorziening omtrent ontslag. Uit enquête 2 blijkt niet alleen dat verpleegkundigen over het algemeen het belangrijk vinden om ontslag tijdens opname en visite te bespreken, maar ook dat zij regelmatig weerstand vanuit patiënt/familie ervaren bij ontslag. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er voldoende bewustzijn bij verpleegkundigen aanwezig is dat de ontslagprocedure een belangrijk onderwerp is voor patiënt/familie tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Opvallend is dat er, op basis van een vergelijking van enquête 1 en 2, een gedeeltelijke mismatch blijkt tussen de informatie die de verpleegkundigen momenteel geven en de informatie die de patiënten wensen. Deze mismatch kan middels informatie in de vorm van een informatiefolder aangevuld worden.

4.4. Deelvraag 4: Hoe kan de informatiefolder het meest efficiënt geïmplementeerd worden?

In de literatuur wordt allereerst benadrukt dat een interventie die wordt ingezet (in dit geval de informatiefolder) ook effectief door verpleegkundigen ter hand genomen moet worden (o.a. Bergwerff, 2018). Verpleegkundigen moeten dus zelf inzien dat een informatiefolder omtrent ontslag een goed instrument is om de ontslagprocedure te bespoedigen. Dat blijkt ook uit enquête 2: vrijwel alle verpleegkundigen benoemen dat een informatiefolder een nuttig instrument kan zijn voor informatievoorziening omtrent ontslag, alsmede om zelf op de hoogte te zijn en blijven over ontslag. De conclusie is dat in de huidige onderzoeksopzet (neurologieafdeling van een Limburgs algemeen ziekenhuis) er ruim voldoende draagvlak bestaat voor de informatiefolder als interventie om de ontslagprocedure te verbeteren. Deze conclusie is van groot belang, aangezien dit het succes van de implementatie van de informatiefolder bepaalt, zoals ook wordt beargumenteerd in de bottom-up top-down theorie (Sabatier, 1986; zie Bijlage 7). De gezamenlijke resultaten van de literatuuranalyse en enquête 2 laten zien dat de ontwikkeling en implementatie van de informatiefolder op een gestructureerde wijze aangepakt moet worden (bijv. via het proces van HAS, 2008), maar dat

het in een vroeg stadium betrekken van verpleegkundigen essentieel is voor de succesvolle implementatie van de folder. Opvallend is dat de in de literatuur beschreven processen (o.a. HAS, 2008) aan deze bottom-up benadering nog geen of slechts zeer beperkt aandacht besteden.

De resultaten van enquête 2 tonen aan dat mondelinge of schriftelijke informatie allen niet als voldoende beschouwd wordt door verpleegkundigen. Schriftelijke informatie moet mondelinge informatie aanvullen en vice versa. De patiënt en/of de familie moet de mogelijkheid krijgen te reageren en vragen te stellen. Daarnaast kunnen de individuele competenties van verpleegkundigen om informatie duidelijk mondeling over te brengen significant verschillen. Dit mag echter de kwaliteit van de informatieoverdracht niet beïnvloeden: een informatiefolder geeft altijd dezelfde informatie en zorgt daardoor voor een gelijke kwaliteit van informatie. Er vindt dus een belangrijke wisselwerking plaats tussen mondeling en schriftelijk overgebrachte informatie. De inhoud en opzet van de informatiefolder moet afgestemd zijn op datgene wat verpleegkundigen mondeling aan informatie omtrent ontslag momenteel al overbrengen.

De invloed van inhouds- en ontwerpaspecten op de effectiviteit van de informatiefolder kan context specifiek zijn (bijvoorbeeld afhankelijk van type informatie, doelgroep, enz.) en moet dus per casus individueel onderzocht en toegepast worden. Binnen de context van de neurologieafdeling wordt verwacht dat inhouds- en ontwerpaspecten van de informatie juist van groot belang zijn. Relatief veel patiënten op de afdeling zijn cognitief beperkt en kunnen dus extra gevoelig zijn voor de manier waarop informatie aan hun beschikbaar wordt gesteld. Specifiek voor deze context is dat echter nog niet onderzocht. Ook het verschil tussen een papieren informatiefolder en een digitale informatiefolder moet daarin onderzocht worden.

4.5. Hoofdvraag

Op welke wijze draagt het inzetten van een informatiefolder omtrent ontslag bij aan het bespoedigen van de ontslagprocedure voor neurologische patiënten op de verpleegafdeling van een algemeen ziekenhuis in Limburg?

Het bespoedigen van de ontslagprocedure is van belang: het verlaagt het risico op infecties, depressies, verkeerd gebruik van zorgvoorzieningen, verhoogt werkdruk en zorgt voor een verstoorde doorstroom van patiënten in en uit het ziekenhuis. Neurologiepatiënten blijken erg gevoelig te zijn voor dit effect als gevolg van de gemiddeld hogere leeftijd. Hoe hoger de leeftijd van de patiënt, hoe hoger de barrières bij ontslag zijn en hoe minder frequent patiënten doorstromen in het ziekenhuis. Goede en tijdige informatievoorziening omtrent ontslag is cruciaal bij het verminderen van deze barrières. Patiënten wensen meer informatie over ontslag en verpleegkundigen erkennen dat dit inderdaad belangrijk is, maar geven deels de verkeerde informatie. Een informatiefolder is een zeer effectief en efficiënt instrument om dit verschil op te vullen – dat wordt ook duidelijk bevestigd door verpleegkundigen. Om

succesvolle implementatie van de informatiefolder te bereiken om de ontslagprocedure te bespoedigen is draagvlak bij de verpleegkundigen nodig. Dit onderzoek toont aan dat draagvlak voor deze interventie ruim aanwezig is onder de verpleegkundigen. De informatiefolder kan via een gestructureerd proces ontwikkeld en geïmplementeerd worden, mits verpleegkundigen hier in een vroeg stadium bij betrokken worden. Afstemming met door de verpleegkundigen mondeling overgebrachte informatie maakt hier een belangrijk deel van uit.

5. Advies & inbedding

Afgaande op de resultaten van de afgenomen enquêtes onder patiënten en verpleegkundigen en de conclusies die daaruit getrokken kunnen worden, is het allereerst advies aan de verpleegkundige zorg, en specifiek de neurologische verpleegafdeling van een Limburgs algemeen ziekenhuis, om meer informatie omtrent ontslag te verstrekken in de vorm van een informatiefolder. Er blijkt vanuit de patiënten een grote behoefte aan (meer) informatie omtrent ontslag en daarbij blijken verpleegkundigen lang niet altijd eenduidige informatie te verstrekken aan patiënten. Ook zit er een significant verschil tussen de informatie die de patiënten wensen en de informatie die de verpleegkundigen geven. Een informatiefolder kan deze mismatch overbruggen en de ontbrekende informatie op die punten aanvullen.

Het aanreiken van de informatiefolder aan patiënten is echter voor een optimaal effect niet voldoende. De informatiefolder en de handvatten die daaruit volgen moeten ook gecontroleerd en nageleefd worden en moeten in overeenstemming zijn met de wet- en regelgeving. Bovendien moet de informatiefolder de mondelinge communicatie van verpleegkundigen aan patiënten aanvullen. Aangezien er vrijwel altijd onduidelijkheid is over wie deze ad hoc mondelinge informatie gegeven heeft en wat er is verteld, bestaat er een grote uitdaging om deze informatiestroom in beeld te brengen (Bench et al., 2015). Desondanks ligt hier een grote aanbeveling: het kwantificeren en kwalificeren van de mondelinge informatiestroom geeft nog meer inzicht in de mondeling overgebrachte informatie omtrent ontslag en kan helpen de ontwikkeling en implementatie van de informatiefolder verder te vereenvoudigen. Hier ligt een eerste aanknopingspunt voor toekomstig onderzoek. Door verpleegkundigen daarnaast scholing aan te bieden over de ontslagprocedure, waarin ook onderwerpen zoals wet- en regelgeving en mondelinge communicatie aan bod komen, kan het positieve effect van de informatiefolder vergroot worden.

Informatiefolders kunnen qua medium, vormgeving en inhoud zeer verschillend zijn. Zo zou er al een verschillend effect kunnen optreden of de informatiefolder digitaal of op papier aan de patiënten wordt aangereikt. Ook zijn de inhouds- en ontwerpaspecten van de informatiefolder nog niet voldoende onderzocht. Vormgeving, ontwerp en inhoud kunnen van groot belang zijn voor de acceptatie van de informatie door patiënten en het effect van die informatie. Dit vormt een tweede aanknopingspunt voor toekomstig onderzoek, met als aanbeveling dit te verrichten alvorens er met de concrete implementatie van de informatiefolder op de verpleegafdeling kan worden gestart. Dit onderzoek vormt daarvoor een goede basis, maar er zijn wetenschappelijk onderbouwde voorbeelden van ontslagbrochures en informatiefolders beschikbaar waar een goede les uit gehaald kan worden (o.a. CMS, 2017; Health Service Executive, 2008 en Legacy Health, 2018).

Een laatste belangrijk advies voor de verpleegafdeling gaat over het proces van ontwikkeling en implementatie van de informatiefolder. Allereerst is het van groot belang dat alle binnen het ontslagproces relevante actoren betrokken worden bij het ontwikkelen en implementeren van de informatiefolder. Dit creëert extra draagkracht bij het personeel dat de informatiefolder uiteindelijk ter hand moet nemen en vergroot de kans op een aanvullend positief effect. In samenspraak met deze actoren moet de informatiefolder eerst in concept ontwikkeld worden, welke door middel van vervolgonderzoek in de vorm van een *mixed methods approach* (zowel kwalitatief als kwantitatief) getoetst kan worden op effectiviteit onder de patiënten. In andere typen context dan de neurologie verpleegafdeling is reeds veel onderzoek uitgevoerd op deze werkwijze met bewezen succes.

Referenties

- AD (2018). VGZ-directeur Klink: Zorg kan goedkoper, zonder kwaliteitsverlies. *Economie*. Gevonden op: <https://www.ad.nl/economie/vgz-directeur-klink-zorg-kan-goedkoper-zonder-kwaliteitsverlies~a31cd7f6/>. Bezocht op: 23-11-2018.
- AHRQ (2017). IDEAL Discharge Planning Overview, Process and Checklist.
- Al-Abri, R., Al-Balushi, A. (2014). Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Medical Journal*, 29 (1), p. 3 – 7.
- Bench, S., Day, T., Heelas, K., Hopkins, P., White, C., Griffiths, P. (2015). Evaluating the feasibility and effectiveness of a critical care discharge information pack for patients and their families: a pilot cluster randomized controlled trial. *BMJ Open*, 5, p. 1 – 11.
- Benschop, P. (2018). Zonder netwerkaanpak is beddentekort een blijvend probleem. *Skipr – actueel*. Gevonden op: <https://www.skipr.nl/actueel/id34286-zonder-netwerkaanpak-is-beddentekort-een-blijvend-probleem.html>. Bezocht op: 23-11-2018.
- BMA (2014). Hospital discharge: the patient, care and doctor perspective. *British Medical Association*. Londen, Verenigd Koninkrijk.
- Bergwerff, M. (2018). Werkdruk in de zorg: 'Wat vroeger druk was, is nu heel normaal'. *Nu.nl*. Gevonden op: <https://www.nu.nl/carriere/5630798/werkdruk-in-zorg-wat-vroeger-druk-was-heel-normaal.html>. Bezocht op: 17-12-2018.
- Brugha, R., Varvasovszky, Z. (2000). Stakeholder analysis: a review. *Health policy and planning*, 15 (3), p. 239 – 246.
- Bryan, K. (2010). Policies for reducing delayed discharge from hospital. *British Medical Bulletin*, 95, p. 33 – 46.
- Buerhaus, P.I., Donelan, K., Ulrich, B.T., Norman, L., DesRoches, C., Dittus, R. (2007). Impact of the nurse shortage on hospital patient care: Comparative Perspectives. *Health Affairs*, 26 (3), p. 853 – 862.
- Business-wissen.de. (2017). Veränderungsprozesse gestalten: Top-Down und Bottom-Up. Gevonden op: <https://www.business-wissen.de/produkt/557/veraenderungsprozesse-gestalten-top-down-und-bottom-up/>. Bezocht op: 10-3-2018.
- Carson, S.S., Vu, M., Danis, M., Camhi, S.L., Scheunemann, L.P., Cox, C.E., Hanson, L.C., Nelson, J.E. (2012). Development and Validation of a Printed Information Brochure for Families of Chronically Ill Patients. *Critical Care Medicine*, 40 (1), p. 73 – 78.
- CBS (2014). Ziekenhuisopnamen; kerncijfers; geslacht, leeftijd en region. *Centraal Bureau voor de Statistiek – StatLine*. Gevonden op: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71857NED&D1=0-4&D2=a&D3=0,22-26&D4=0&D5=27-31&HDR=G1,G4&STB=G2,G3,T&VW=T>. Bezocht op: 3-12-2018.

Chandra, R.V., Aruna, C.N., Nandakishore, K.J., Dhamodaran, T. (2013). Doctor – patient relationship - a review. *IJOCR*, 1 (1), p. 11 – 13.

Clarke, T. (2017). Effects of delayed hospital discharges. *Quality Compliance Systems*.
Gevonden op: <https://www.qcs.co.uk/effects-delayed-hospital-discharges/>. Bezocht op: 27-11-2018.

CMS (2017). Your Discharge Planning Checklist: For patients and their caregivers preparing to leave a hospital, nursing home, or other care setting.

Coriolano-Marinus, M.W.L., Pavan, M.I., Bettencourt, A.R.C. (2014). Validation of educational material for hospital discharge of patients with prolonged domiciliary oxygen prescription. *Escola Anna Nery*, 18 (2), p. 284 – 289.

Coulter, A. (1998). Evidence based patient information is important, so there needs to be a national strategy to ensure it. *British Medical Journal*, 317 (7153), p. 225 – 226.

Da Silva, S.A., Valácio, R.A., Botelho, F.C., Amaral, C.F.S. (2014). Reasons for discharge delays in teaching hospitals. *Revista de Saúde Pública*, 48 (2), p. 314 – 321.

Department of Health (2003). Discharge from hospital: pathway, process and practice. *Department of Health*. Londen, Verenigd Koninkrijk.

Department of Health (2004). Achieving timely 'simple' discharge from hospital: A toolkit for the multidisciplinary team. *Department of Health*. Londen, Verenigd Koninkrijk.

Entwistle, V. (2003). Patient's information environments: deserts, jungles and less hostile alternatives. *Health Expectations*, 6 (2), p. 93 – 96.

European Union (2017). Hospital discharges and length of stay statistics. *Eurostat*.
Gevonden op: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Hospital_discharges_and_length_of_stay_statistics. Bezocht op: 27-11-2018.

Family Caregiver Alliance (2010). Hospital Discharge Planning: A Guide for Families and Caregivers. *National Center on Caregiving*. Gevonden op:
<https://www.caregiver.org/hospital-discharge-planning-guide-families-and-caregivers>.
Bezocht op: 27-11-2018.

Greenwald, J.L., Denham, C.R., Jack, B.W. (2007). The Hospital Discharge: A Review of a High Risk Care Transition With Highlights of a Reengineered Discharged Process. *Journal of Patient Safety*, 3 (2), p. 97 – 106.

HAS (2008). How to produce an information brochure for patients and users of the healthcare system – Methodology guide. *Haute Autorité de Santé*. Sain-Denis La Plaine, Frankrijk.

Health Service Executive (2008). Patient Information Brochure – Code of Practice for Integrated Discharge Planning.

Hermans, E., Anten, H.W.M., Diederiks, J.P.M., Philipsen, H., Beeren, H.W.J.M. (1995). Patiëntkenmerken met voorspellende betekenis voor 'verkeerde-bedproblematiek' op de neurologische afdeling van een algemeen ziekenhuis. *NTVG*.

Hesselink, G., Zegers, M., Vernooij-Dassen, M., Barach, P., Kalkman, C., Flink, M., Ön, G., Olsson, M., Bergenbrant, S., Orrego, C., Suñol, R., Toccafondi, G., Venneri, F., Dudzik-Urbaniak, E., Kutryba, B., Schoonhoven, L., Wollersheim, H. (2014). Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. *BMC Health Services Research*, 14 (389), p. 1 – 11.

Homan, T. (2009). Veranderen als chaotisch proces. *Adviesplatform van het Onderzoekscentrum Facilitating Change and Implementation Dynamics*.

Hölscher, F. (2018). Persoonlijk gesprek. *Zuyderland*.

Hull, C., Hjern, B. (1982). Helping Small Firms Grow. *European Journal of Political Research*, 10, p. 187 – 198.

Jack, B., Greenwald, J., Forsythe, S., O'Donnell, J., Johnson, A., Schipelliti, L., Goodwin, M., Burniske, G.M., Hesko, C., Paasche-Orlow, M., Manasseh, C., Anthony, D., Martin, S., Hollister, L., Jack, M., Jhaveri, V., Casey, K., Chetty, V.K. (2010). Developing the Tools to Administer a Comprehensive Hospital Discharge Program: The ReEngineered Discharge (RED) Program. *Boston University*.

Jack, B., Paasche-Orlow, M., Mitchell, S., Forsythe, S., Martin, J. (2013). Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit. *AHRQ – Agency for Healthcare Research & Quality*. Rockville, Verenigde Staten.

Karadarevic, A. (2017). Medisch personeel is kritisch over innovatiecultuur ziekenhuis. *Skipr – actueel*. Gevonden op: <https://www.skipr.nl/actueel/id31521-medisch-personeel-is-kritisch-over-innovatiecultuur-ziekenhuis.html>. Bezocht op: 9-12-2018.

Kieskamp, W. (2018). Kabinet wil tekort aan zorgpersoneel zelf oplossen. *Trouw*. Gevonden op: <https://www.trouw.nl/democratie/kabinet-wil-tekort-aan-zorgpersoneel-zelf-oplossen-af128d99/>. Bezocht op: 23-11-2018.

Kirby, J. (2017). NHS bed shortage crisis leaves hospitals struggling to cope, warns report. *Independent, health*. Gevonden op: <https://www.independent.co.uk/news/health/nhs-bed-shortages-hospitals-warning-report-latest-a7973056.html>. Bezocht: 24-11-2018.

Kozak, L.J., DeFrances, C.J., Hall, M.J. (2006). National Hospital Discharge Survey; 2004 annual summary with detailed diagnosis and procedure data. *Vital and health statistics*, 13 (162).

Legacy Health (2018). Discharge Information. Gevonden op: <https://www.legacyhealth.org/for-patients-and-visitors/patient-information/discharge-information.aspx>. Bezocht op: 27-1-2019.

Little, P., Roberts, L., Blowers, H., Garwood, J., Cantrell, T., Langridge, J., Chapman, J. (2001). Should we give detailed advice and information booklets to patients with back pain? A randomized controlled factorial trial of a self-management booklet and doctor advice to take exercise for back pain. *Spine*, 26, p. 2065 – 2072.

Matusitz, J., Spear, J. (2015). Doctor-Patient Communication Styles: A Comparison Between the United States and Three Asian Countries. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 25 (8), p. 871 – 884.

Mistraletti, G., Umbrello, M., Mantovani, E.S., Moroni, B., Formenti, P., Spanu, P., Anania, S., Andrichi, E., Di Carlo, A., Martinetti, F., Vecchi, I., Palo, A., Pinna, C., Russo, R., Francesconi, S., Valdambrini, F., Ferretti, E., Radeschi, G., Bosco, E., Malacarne, P., Iapichino, G. (2017). A family information brochure and dedicated website to improve the ICU experience for patients' relatives: an Italian multicenter before-and-after study. *Intensive Care Medicine*, 43 (1), p. 69 – 79.

National Alliance for Caregiving (2010). Hospital Discharge Planning: Helping Family Caregivers Through the Process. *National Alliance for Caregiving*. New York, Verenigde Staten.

National Health and Medical Research Council (1999). How to prepare and present evidence-based information for consumers of health services: a literature review. *NHMRC*.

NCBI (2017). About NCBI. Gevonden op: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/home/about/>. Bezocht op: 13-12-2018.

Nelson, J., Kinjo, K., Meier, D., Ahmad, K., Morrison, R. (2005). When critical illness becomes chronic: informational needs of patients and families. *Journal of Critical Care*, 20 (1), p. 79 – 89.

NHG (2018). NHG-Standaard Beroerte. *Nederlands Huisartsen Genootschap*. Gevonden op: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-beroerte>. Bezocht op: 2-12-2018.

NHS (2007). User and community involvement: guidance for providing written information for service users and the community. *Camden Primary Care Trust*.

NHS (2016). Being discharged from hospital. Gevonden op: <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/hospitals/being-discharged-from-hospital/>. Bezocht op: 24-11-2018.

Nursing Times (2013). The key principles of effective discharge planning. Gevonden op: <https://www.nursingtimes.net/roles/nurse-managers/the-key-principles-of-effective-discharge-planning/5053740.article>. Bezocht op: 27-11-2018.

NVZ (2013). Zorg in de toekomst – Standpunten. *Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen*. Utrecht, Nederland.

Okrainec, K., Lau, D., Abrams, H., Hahn-Goldberg, S., Brahmabhatt, R., Huynh, T., Lam, K., Bell, C.M. (2017). Impact of patient-centered discharge tools: A systematic review. *Journal of Hospital Medicine*, 12 (2).

- Ong, L.M.L., De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M., Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40 (7), p. 903 – 918.
- Ortiga, B., Salazar, A., Jovell, A., Escarrabill, J., Marca, G., Corbella, X. (2012). Standardizing admission and discharge processes to improve patient flow: A cross sectional study. *BMC Health Services Research*, 12 (180), p. 1 – 6.
- Paauw, S. (2015). Oudere patiënt loopt risico door slechte overdracht. *Medisch Contact*. Gevonden op: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/oudere-patient-loopt-risico-door-slechte-overdracht.htm>. Bezocht op: 23-11-2018.
- Paul, C.L., Redman, S., Sanson-Fisher, R.W. (2003). Print material content and design: is it relevant to effectiveness? *Health Education Research*, 18 (2), p. 181 – 190.
- Paul, F., Hendry, C., Cabrelli, L. (2004). Meeting patient and relatives' information needs upon transfer from an intensive care unit: the development and evaluation of an information booklet. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (3), p. 396 – 405.
- Quest (2014). Hoe lang duurt een generatie? Gevonden op: <https://www.quest.nl/artikel/hoe-lang-duurt-een-generatie>. Bezocht op: 15-1-2019.
- Reed, M.S., Graves, A., Dandy, N., Posthumus, H., Hubacek, K., Morris, J., Stringer, L.C. (2009). Who's in and why? A typology of stakeholder analysis methods for natural resource management. *Journal of environmental management*, 90 (5), p. 1933 – 1949.
- Royal College of Physicians (2012). Hospitals on the edge? The time for action. *Royal College of Physicians*. Londen, Verenigd Koninkrijk.
- Sabatier, P.A. (1986). Top-down and Bottom-up Approaches to Implementation Research: A Critical Analysis and Suggested Synthesis. *Journal of Public Policy*, 6 (1), p. 21 – 48.
- Schmeer, K. (2000). Stakeholder Analysis Guidelines. Gevonden op: <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/33.pdf>. Bezocht op: 13-12-2018.
- Sustersic, M., Gauchet, A., Foote, A., Bosson, J.L. (2017). How best to use and evaluate Patient Information Leaflets given during a consultation: a systematic review of literature reviews. *Health Expectations*, 20 (4), p. 531 – 542.
- The Irish Times (2018). Hospital bed shortages: In search of a cure. *Opinion*. Gevonden op: <https://www.irishtimes.com/opinion/editorial/hospital-bed-shortages-in-search-of-a-cure-1.3462375>. Bezocht op: 24-11-2018.
- Turnbull, D., Irwig, L. (1992). Ineffective recruitment strategies for screening mammography: letterbox drops and invitations for friends. *Australian Journal of Public Health*, 16, p. 79 – 81.
- V&VN (2014a). Expertisegebied transferverpleegkundige. Gevonden op: <https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Beroepsprofiel/20141004-Expertise%20transferverpleegkundige.pdf>. Bezocht op: 23-11-2018.

- V&VN (2018). Zinvol registreren, hoe doe je dat? *Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland – Thema's – Registratielast*. Gevonden op: <https://www.venvn.nl/Themas/Registratielast>. Bezocht op: 14-12-2018.
- Van den Elsen, W. (2016). Beddentekort Zuyderland ziekenhuizen. *Zorgvisie*. Gevonden op: <https://www.zorgvisie.nl/beddentekort-zuyderland-ziekenhuizen/>. Bezocht op: 23-11-2018.
- Vugts, C.J., Van der Velden, L.F.J., Hingstman, L. (2004). Behoefteteraming neurologen 2004 – 2015. *Nivel*. Utrecht, Nederland.
- Waninga, H.M., Gerke, T., Shoemaker, A., Bourgoine, D., Eamranond, P. (2016). The Impact of Revised Discharge Instructions on Patient Satisfaction. *Journal of Patient Experience*, 3 (3), p. 64 – 68.
- Wassenaar, S., Molenaar, S. (2017). Zorg in de regio slibt dicht: ziekenhuizen kunnen ouderen niet kwijt. *De Gelderlander*. Gevonden op: <https://www.gelderlander.nl/regio/zorg-in-regio-slibt-dicht-ziekenhuizen-kunnen-ouderen-niet-kwijt~a9ee9e39/>. Bezocht op: 23-11-2018.
- Winter, L., Tulevski, I. (2018). Focus op de essentie in de zorg. *De Drie Notenboomen*. Gevonden op: <https://www.dedrienotenboomen.nl/focus-op-de-essentie-in-de-zorg/>. Bezocht op: 23-11-2018.
- Wong, E.L.Y., Yam, C.H.K., Cheung, A.W.L., Leung, M.C.M., Chan, F.W.K., Wong, F.Y.Y., Yeoh, E.K. (2011). Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 11 (242), p. 1 – 10.
- ZorgAnnoNu (2014). Met Zorg overdragen. *NU'91 magazine*, 23 (141).

Bijlagen

Bijlage 1 – PICO vraagstelling

Tabel B1.1 – PICO vraagstelling

Patient	Iedere neurologiepatiënt die is opgenomen op de verpleegafdeling van een algemeen ziekenhuis in Limburg
Intervention	Het onderwerp ontslag komt te weinig en/of te laat naar voren in het zorgproces op de afdeling
Comparison	Het direct bij opname inzetten van een informatiefolder omtrent ontslag
Outcome	Patiënten op de afdeling verblijven niet langer in het ziekenhuis dan medisch noodzakelijk is

Bijlage 2 – Modellen voor ontslagproces

Family Caregiver Alliance (2010) model

- Evaluatie van de patiënt door gekwalificeerd personeel;
- Discussie met de patiënt of zijn/haar vertegenwoordiger;
- Plannen van terugkeer naar thuissituatie of overdracht aan een andere zorginstelling;
- Vaststellen of training of ondersteuning van zorgverlener nodig is;
- Verwijzingen maken aan een thuiszorginstelling en/of gepaste hulpverleningsinstanties in de gemeenschap;
- Regelen van vervolgspraken of onderzoeken.

IDEAL model (AHRQ, 2017)

- *Include*: betrek patiënt en familie als volwaardige partners in het ontslagproces;
- *Discuss*: bespreek met de patiënt en familie vijf essentiële aspecten om problemen thuis te voorkomen:
 1. Beschrijf hoe het leven thuis eruit zal zien;
 2. Geef uitleg over medicatie;
 3. Benadruk waarschuwingssignalen en problemen;
 4. Verklaar onderzoeksresultaten;
 5. Maak vervolgspraken.
- *Educate*: geef informatie en uitleg aan de patiënt en familie in begrijpelijke taal over de toestand van de patiënt, het ontslagproces en de vervolgstappen gedurende de ziekenhuisopname;
- *Assess*: beoordeel hoe goed artsen en verpleegkundigen de diagnose, toestand en vervolgstappen in de patiëntenzorg uitleggen aan patiënt en familie;
- *Listen*: luister naar en respecteer de doelstellingen, voorkeuren, observaties en bezorgdheden van de patiënt en familie.

Visie BMA (2014)

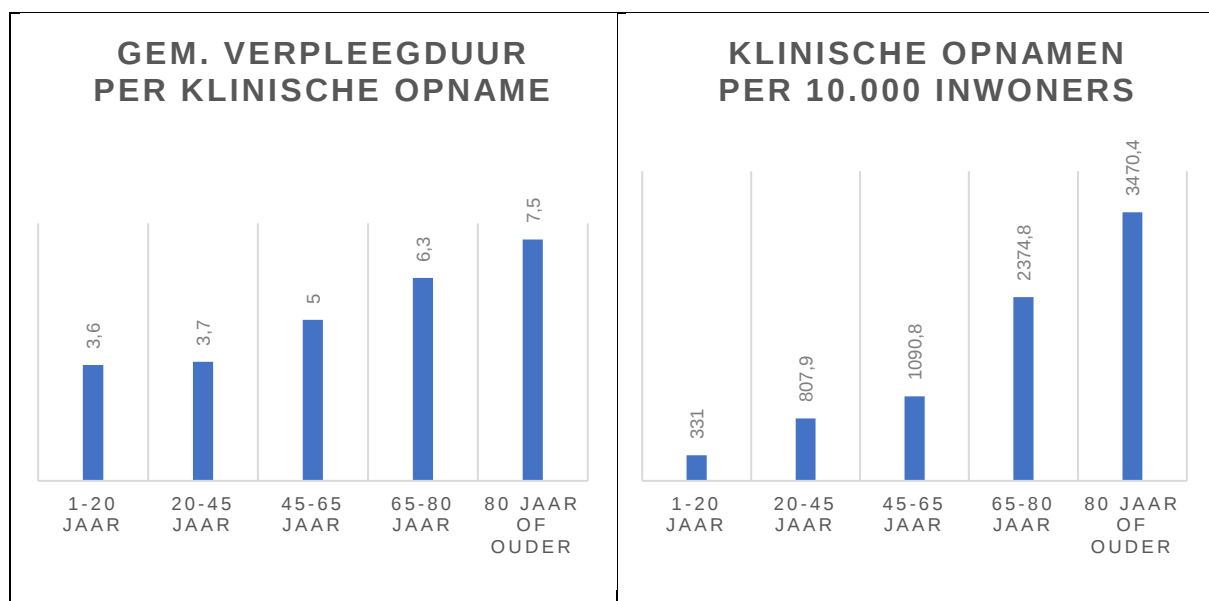
BMA (2014) rapporteert dat de fysieke situatie van de patiënt zowel vóór als na ziekenhuisopname centraal moet staan in het proces. Dit omvat onder meer de soorten zorg die benodigd zullen zijn en of het ontslag uit het ziekenhuis een terugkeer naar huis inhoudt of overdracht aan een andere zorginstelling. Daarnaast is de prognose of verwachte vooruitgang van de patiënt een belangrijk aspect, alsmede de activiteiten waar de patiënt hulp bij nodig zou hebben, informatie over hulpmiddelen (zoals een rolstoel of zuurstof), informatie over diëet en medicatie, maar ook informatie over dagelijkse aspecten zoals huishoudelijke taken, mobiliseren en voedselbereiding.

Bijlage 3 – Fundamentele principes ontslagproces volgens Jack et al. (2010)

1. Expliciete bepaling van rollen verantwoordelijkheden van zowel zorgverleners als patiënt en familie;
2. Het wachten met het starten van de ontslagprocedure tot het moment dat de ontslagbeslissing is genomen vergroot de kans op foutief of vertraagd ontslag;
3. Informatievoorziening en uitleg aan de patiënt moet gedurende de hele opname in het ziekenhuis plaatsvinden, niet alleen op het moment van ontslag;
4. Informatie moet betrouwbaar overgedragen worden van de hoofdbehandelaar aan het verpleegteam, alsmede tussen het verpleegteam onderling en bij terugkoppeling aan de hoofdbehandelaar;
5. Een ontslagrapport moet beschikbaar zijn voordat het ontslag plaatsvindt en moet actueel zijn op het moment van ontslag;
6. Elk ontslag moet gepaard gaan met een schriftelijk ontslagplan dat allesomvattend is en dat medicatie en therapie, alsmede diëtiëk en andere leefstijlveranderingen, patiëntinformatie en nazorginstructies beschrijft;
7. Een allesomvattend ontslagplan moet voltooid zijn voor ontslag en moet aan de patiënt beschikbaar gesteld worden;
8. Alle patiënten moeten toegang hebben tot informatie over hun ontslagproces in begrijpelijke taal;
9. Patiënten met een risico op heropname in het ziekenhuis moeten een bijgewerkt ontslagplan krijgen na ontslag;
10. Alle informatie over opname en ontslag van een patiënt moet georganiseerd en tijdig ingediend worden bij de hoofdbehandelaar;
11. Efficiënte en veilige ziekenhuisontslagen zijn significant uitdagender als case management medewerkers slechts overdag beperkt beschikbaar zijn;
12. Ontslagprocessen moeten gemeten en beoordeeld worden voor continue kwaliteitsverbetering.

Bijlage 4 – Cijfers verpleegduur en opnamen Nederland

Tabel B4.1 – Cijfers gemiddelde verpleegduur per klinische opname en aantal klinische opnamen per 10.000 inwoners in Nederland in 2012 (CBS, 2014).



Bijlage 5 – Domeinen van informatiebehoeftes ontslag

Belangrijkste domeinen van informatiebehoeftes omtrent ontslag (Carson et al., 2012; Paul, Hendry & Cabrelli, 2004; Nelson et al., 2005):

- Aard van de ziekte van de patiënt en behandelingen die daarbij horen;
- Prognoses voor verschillende uitkomsten van onderzoeken;
- Functie en levenskwaliteit;
- Impact van behandelingen op patiëntervaring, inclusief het omgaan met symptomen;
- Potentiële complicaties van behandelingen;
- Verwachte zorgbehoeften en –benodigdheden na ziekenhuisopname;
- Alternatieven voor het voortzetten van de behandeling

Thema's die belangrijk zijn voor familie en patiënt in hun evaluatie van de informatiefolder (Nelson et al., 2005; Carson et al., 2012):

1. De waarde van de informatie
 - o De informatie in de folder moet informatief en detail-georiënteerd zijn.
2. Afgifte van de informatiefolder
 - o De timing en methode van afgifte van de informatiefolder wordt als belangrijk ervaren onder families en patiënten. Over het algemeen gaven families en patiënten de voorkeur aan een persoonlijke afgifte door arts voordat er een ontmoeting met het verpleegteam plaatsvond. Daarnaast bleek het voor families en patiënten waardevol om de informatie eenvoudig tot hun beschikking te hebben; een informatiefolder die niet te groot is van formaat en daarmee gemakkelijk op zak gedragen kan worden, kan hier een uitwerking van zijn.
3. Een samenvatting van medische termen
 - o Families en patiënten hechten waarde aan een opsomming van medische termen vertaald naar voor hun begrijpelijke taal; te vaak worstelen families en patiënten met het juist begrijpen en interpreteren van medische informatie.
4. Beschikbare hulpmiddelen
 - o Families en patiënten blijken een zeer sterke behoefte te hebben aan zoveel mogelijk informatie omtrent lokale hulpmiddelen en ondersteuning.

Bijlage 6 – Arts-patiënt relaties en communicatie en shared decision making

Arts-patiënt relaties en communicatie

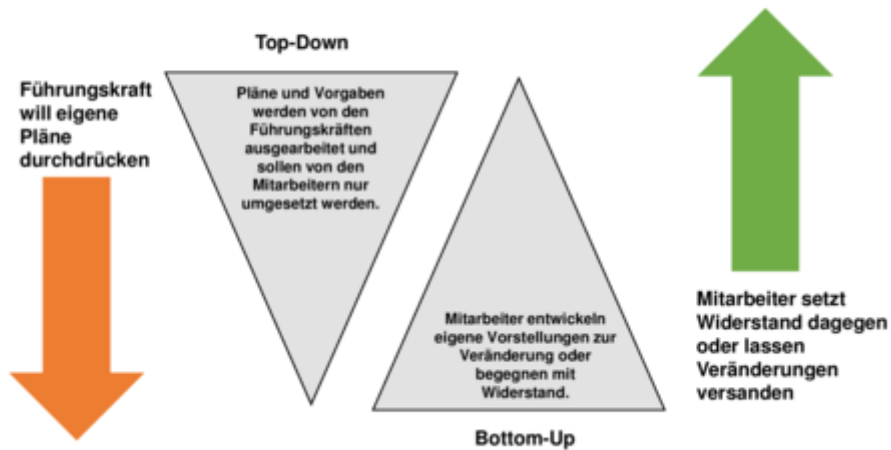
- Patiënten of familie die acteren op valide informatie geleverd door de zorgprofessional;
- Patiënten of familie die de voorkeur geven aan *shared decision-making* door een partnerschap met de zorgprofessional aan te gaan;
- Patiënten of familie die de suggesties van de zorgprofessional volgen zonder hun beslissingen in twijfel te trekken.

Bijlage 7 – Top-down vs. bottom-up theorie

Sabatier beschreef in 1986 als eerste het verschil tussen beide processen, vanuit het perspectief van overheidsbeleid (Sabatier, 1986). Echter zijn de toepassingen van beide procesvormen op overheidsbeleid gemakkelijk te vertalen naar de organisatie en veranderprocessen die zich daarin afspelen. Een *top-down* proces wordt gekenmerkt door een beleidsbeslissing van bovenaf. In termen van de organisatie: vanuit hoog hiërarchisch niveau in de organisatie wordt een verandering aangekondigd, waarbij ook wordt voorgeschreven wanneer de verandering voltooid moet zijn, waarom deze moet plaatsvinden en welke personen en handelingen hiervoor verwacht worden in de organisatie. De tegenhanger is een *bottom-up* proces, welke later geformuleerd werd als oplossing voor de nadelen van een *top-down* veranderingsproces. *Bottom-up* processen beginnen met een analyse van een veelheid aan actoren en handelingen die interacteren op uitvoerend lokaal niveau, allemaal gecentreerd rond een specifiek probleem of geval. In termen van de organisatie: vanuit de werkvloer (laag hiërarchisch niveau) interacteren verschillende mensen, waardoor in feite spontaan een verandering teweeg wordt gebracht (Sabatier, 1986). Het algemene 'probleem' met *top-down* veranderprocessen werd beschreven door Hull & Hjern (1982): omdat *top-down* processen beginnen met het perspectief van centrale beslisvoerders, ontstaat de tendens dat andere actoren (met name die in lagere hiërarchische niveaus in de organisatie) genegeerd worden. Dit kan leiden tot een significante mismatch tussen de voorgestelde verandering en de daadwerkelijke veranderbehoefte op de werkvloer; een situatie waarin de ingezette verandering vrijwel geheel zijn doel en effectiviteit teniet doet (Sabatier, 1986). *Bottom-up* processen bieden een alternatief hiervoor: in plaats van te starten met centrale beleidsvoering en besluitvorming, gaat de *bottom-up* benadering in eerste instantie uit van een analyse van het netwerk van actoren die betrokken zijn in de verandering en door in beeld te brengen wat hun doelen, strategieën en activiteiten zijn die bijdragen aan de verandering. Doordat alle actoren gebruik maken van hun eigen 'netwerk' zijn de 'lokale' ideeën op de werkvloer ook te transporteren naar hogere hiërarchische niveaus in de organisatie. Sabatier (1986) geeft in zijn onderzoek meerdere (waargebeurde) casussen waarin gebleken is dat een *bottom-up* benadering voor verandering effectiever blijkt dan *top-down* benaderingen. Homan (2009) bevestigt dit: de 'binnenkant van organisatieverandering' geeft aan hoe verandering in de organisatie wérkelijk gaat, namelijk met name aan de kant van de 'ontvangers' (Homan, 2009). Een fundamenteel uitgangspunt van *bottom-up* veranderen in een organisatie is dat gedragsverandering van medewerkers en managers gelijk op gaat met veranderingen in hun visie op de werkelijkheid. En juist die visie op de werkelijkheid wordt bepaald door spontane, sociale en betekenisvolle mens-mens interacties. De 'binnenkant van organisatieverandering', zoals Homan (2009) stelt, is dus juist de kant waar de verandering daadwerkelijk moet

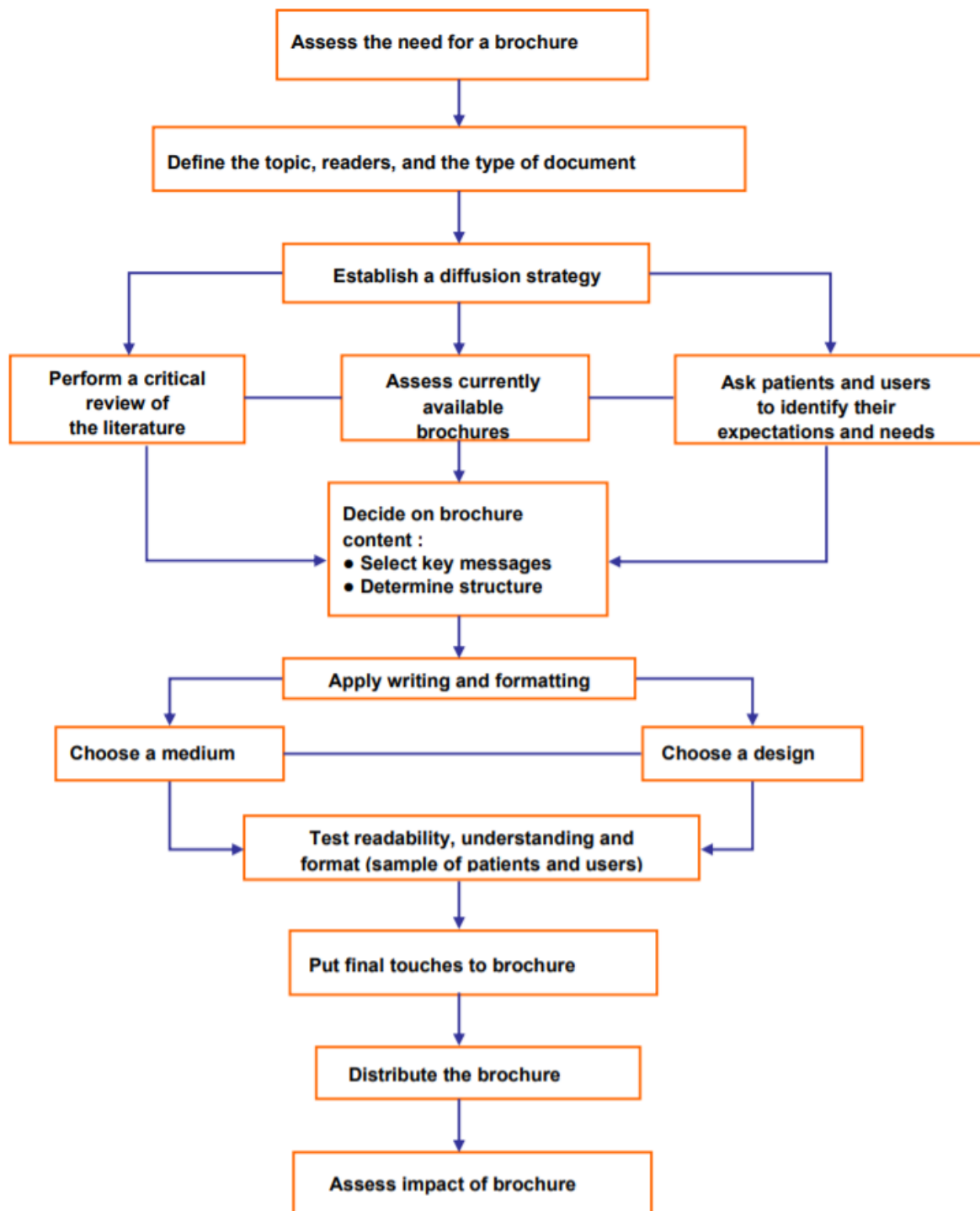
gebeuren: juist niet de hogere hiërarchische niveaus in de organisatie (directie), maar de werklui (in de zorg: de verpleegkundigen) die hun dagdagelijks werk moeten uitvoeren en die steeds weer opnieuw verandertrajecten voor hun kiezen krijgen.

Veränderungsprozesse gestalten: Top-Down oder Bottom-Up?



Figur B7.1 – Top-down vs. Bottom-up veranderproces (Business-wissen.de, 2017)

Bijlage 8 – Proces ontwikkelen en implementeren informatiefolders



Figuur B8.1 – Gestructureerd proces voor het ontwikkelen en implementeren van een informatiefolder (HAS, 2008).

Bijlage 9 – Topiclijst: overzicht gebruikte zoektermen

Deelvraag 1: belang van een bespoedigde ontslagprocedure

- Hospital discharge process / hospital discharge planning
- Ontslagproces ziekenhuis
- Delayed hospital discharge
- Ontslagproblematiek ziekenhuis
- Bespoedigen ontslagprocedure ziekenhuis
- Vertraagd ontslag / te laat ontslag / tijdig ontslag / problemen ontslag ziekenhuis
- Verkeerde-bedproblematiek

Deelvraag 4: implementatie van de informatiefolder

- Informatiefolder ontslag ziekenhuis / patiënten informatie ontslag ziekenhuis
- Information brochure hospital discharge / information pamphlet hospital discharge / information booklets hospital discharge / patient information hospital discharge
- Patiënt en familie bij ontslag ziekenhuis / patient and family hospital discharge
- Communicatie ontslag ziekenhuis / communication hospital discharge

Bijlage 10 – Overzicht gemeten variabelen enquêtes

Tabel B10.1 – Overzicht van gemeten variabelen enquête 1

Variabele	Type variabele	Meetmethode
Leeftijd van patiënt	Kwantitatief	Open vraag
Ontslag besproken tijdens opnamegesprek	Kwantitatief categorisch	Ja/nee vraag
Door patiënt verwachte opnameduur	Kwantitatief categorisch	Ja/nee vraag
Opvatting patiënt over ontslag bij geen medische noodzaak	Kwantitatief categorisch	Likert schaal
Wensen patiënt informatie ontslagprocedure	Kwantitatief categorisch	Ja/nee vraag
Door patiënt gewenste informatie over ontslagprocedure	Kwantitatief categorisch	Ja/nee vraag

Tabel B10.2 – Overzicht van gemeten variabelen enquête 2

Variabele	Type variabele	Meetmethode
Informatie omtrent ontslag		
Frequentie bespreken ontslagprocedure met patiënt	Kwantitatief categorisch	Meerkeuze vraag
Belang van bespreken ontslagprocedure tijdens opname	Kwantitatief categorisch	Ja/nee vraag
Belang van bespreken ontslagprocedure tijdens visite	Kwantitatief categorisch	Ja/nee vraag
Soort informatie over ontslag besproken met patiënt/familie	Kwalitatief	Meerkeuze vraag
Frequentie vragen van patiënt/familie over ontslag	Kwantitatief categorisch	Likert schaal
Vaardigheid antwoorden vragen patiënt/familie over ontslag	Kwantitatief categorisch	Likert schaal
Moeilijkheden bij ontslag		
Belang van duidelijkheid bij patiënten over knelpunten ontslag	Kwantitatief categorisch	Likert schaal
Ervaring onnodig lange opname patiënten	Kwantitatief categorisch	Meerkeuze vraag
Weerstand patiënt/familie bij ontslag aankondiging	Kwantitatief categorisch	Meerkeuze vraag
Plotselinge confrontatie patiënt met ontslag	Kwantitatief categorisch	Likert schaal

Verbeteringen ontslagprocedure		
Opvatting verbetering informatievoorziening ontslag	Kwantitatief categorisch	Ja/nee vraag
Eigen ideeën hoe verpleegkundigen het best informatie over ontslag kunnen overbrengen	Kwalitatief	Open vraag
Mening over informatiefolder als geschikte manier voor informatie omtrent ontslag	Kwantitatief categorisch	Ja/nee vraag
Informatiefolder als hulp voor verpleegkundigen om op de hoogte te zijn en te blijven over ontslagprocedure	Kwantitatief categorisch	Ja/nee vraag

Bijlage 11 – Enquêtes en resultaten

Enquête 1 (patiënten)

Enquête ontslag

Deze enquête is onderdeel van een wetenschappelijk onderzoek over de ontslagprocedure uit het ziekenhuis. Met ontslagprocedure wordt bedoeld het verwittigen van patiënt en familie over de duur van de opname en eventuele zaken die geregeld moeten worden door uzelf of door de verpleging om terugkeer naar de thuissituatie te faciliteren.

Deze enquête is geheel anoniem en kan niet naar u persoonlijk teruggeleid worden. Alle resultaten worden vertrouwelijk behandeld.

Alvast bedankt voor het invullen!

* Required

1. Hoe oud bent u? *

2. Is ontslag met u besproken tijdens het opnamegesprek? *

Mark only one oval.

- ☐ Ja
☐ Nee

3. Wist u bij opname in het ziekenhuis hoe lang u ongeveer in het ziekenhuis zou moeten blijven? *

Mark only one oval.

- ☐ Ja
☐ Nee

4. Stelling: Als mijn ziekenhuisopname geen medische noodzaak (meer) betreft, vind ik het vanzelfsprekend dat ik zo snel mogelijk naar de thuissituatie terugkeer. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Helemaal oneens	☐	☐	☐	☐	☐	Helemaal eens

5. Had u (meer) informatie over de ontslagprocedure gewenst? *

Mark only one oval.

- ☐ Ja
☐ Nee

6. Welke informatie over de ontslagprocedure had u gewenst?

Figuur B11.1 – Enquête 1 afgenomen onder neurologiepatiënten op de verpleegafdeling van een algemeen ziekenhuis in Limburg

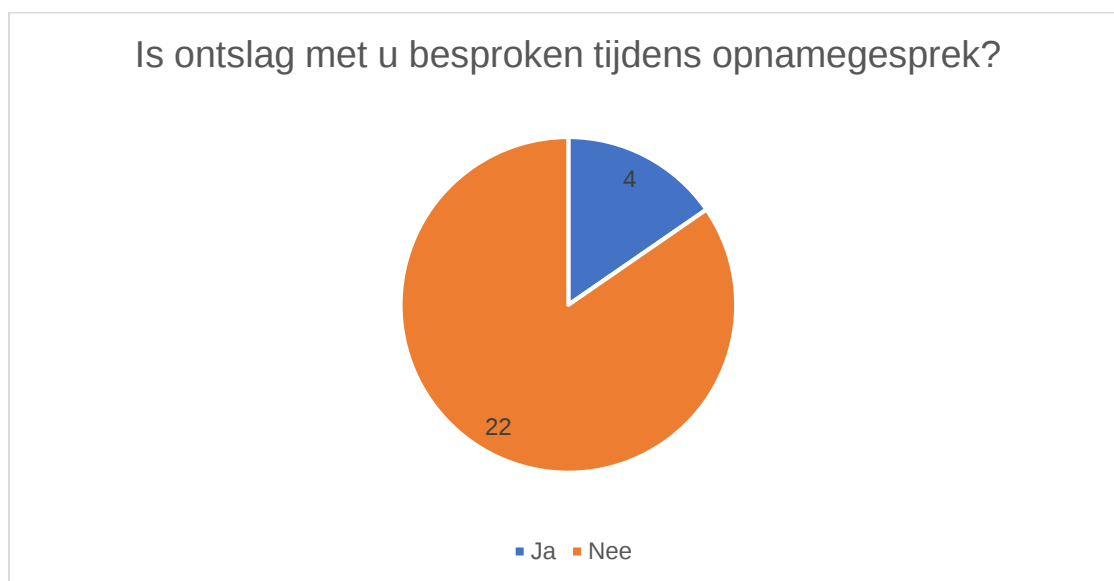
Resultaten enquête 1 (patiënten)

Aantal participanten: 31
Non-responses: 5
Response rate: 83,9%

Vraag 1: hoe oud bent u?

Gemiddelde leeftijd: 68,8 jaar

Vraag 2: is ontslag met u besproken tijdens het opnamegesprek?



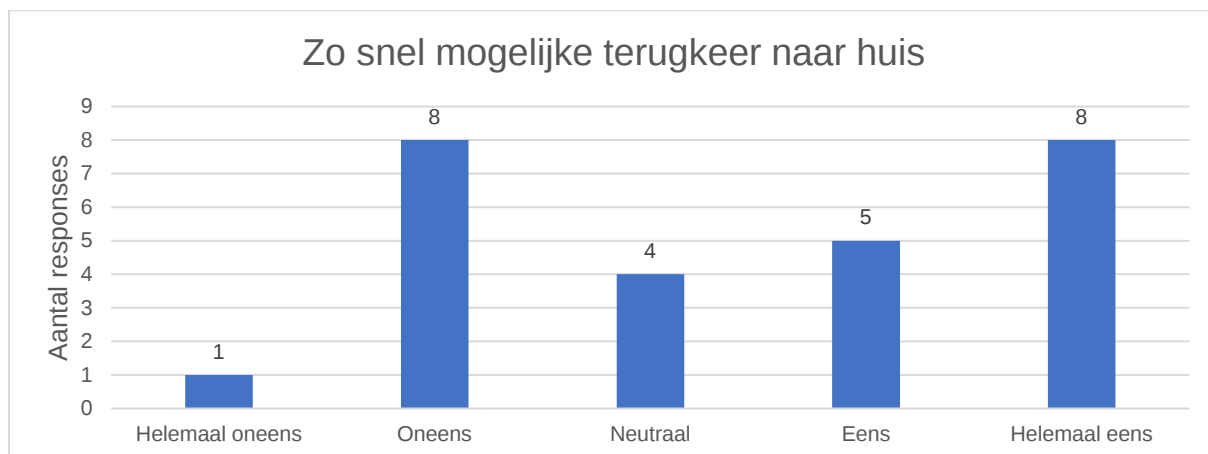
Figuur B11.2 – Resultaat vraag 2 enquête 1

Vraag 3: wist u bij opname in het ziekenhuis hoe lang u ongeveer in het ziekenhuis zou moeten blijven?



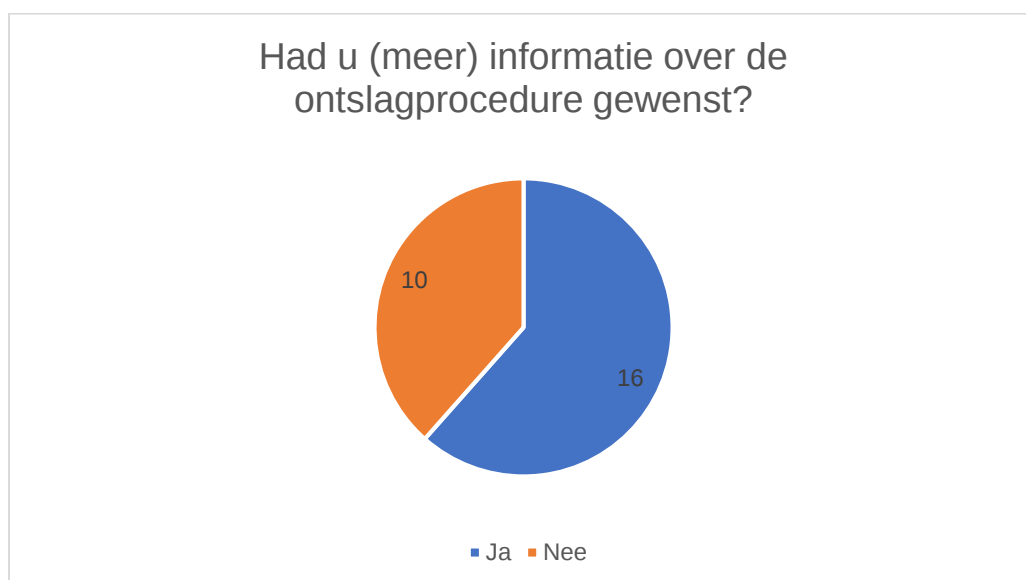
Figuur B11.3 – Resultaat vraag 3 enquête 1

Vraag 4: stelling: als mijn ziekenhuisopname geen medische noodzaak (meer) betreft, vind ik het vanzelfsprekend dat ik zo snel mogelijk naar de thuissituatie terugkeer.



Figuur B11.4 – Resultaat vraag 4 enquête 1

Vraag 5: had u (meer) informatie over de ontslagprocedure gewenst?



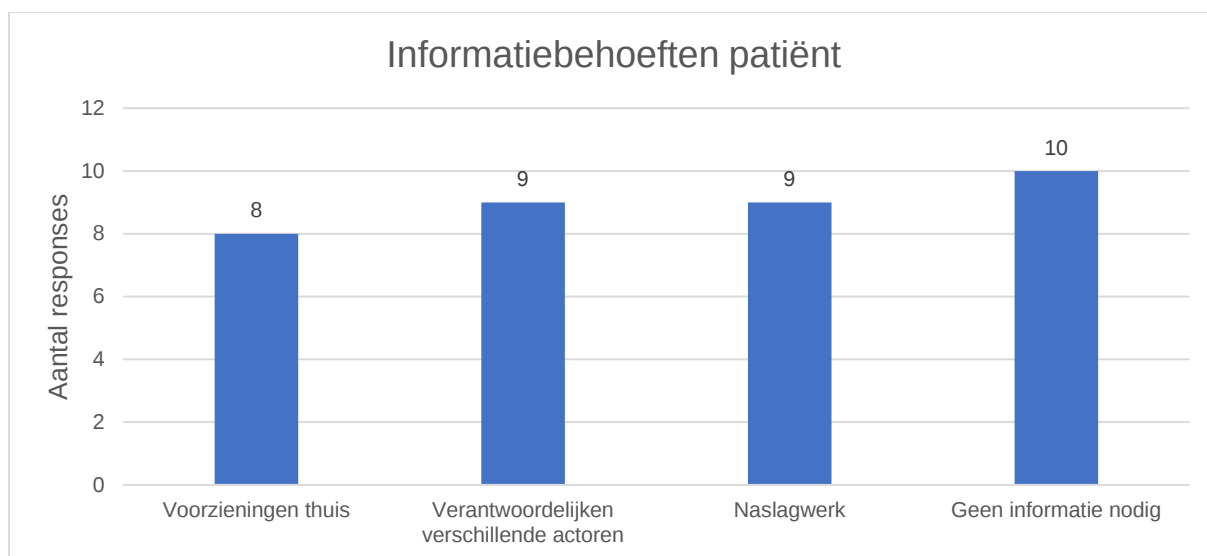
Figuur B11.5 – Resultaat vraag 5 enquête 1

Vraag 6: welke informatie over de ontslagprocedure had u gewenst?

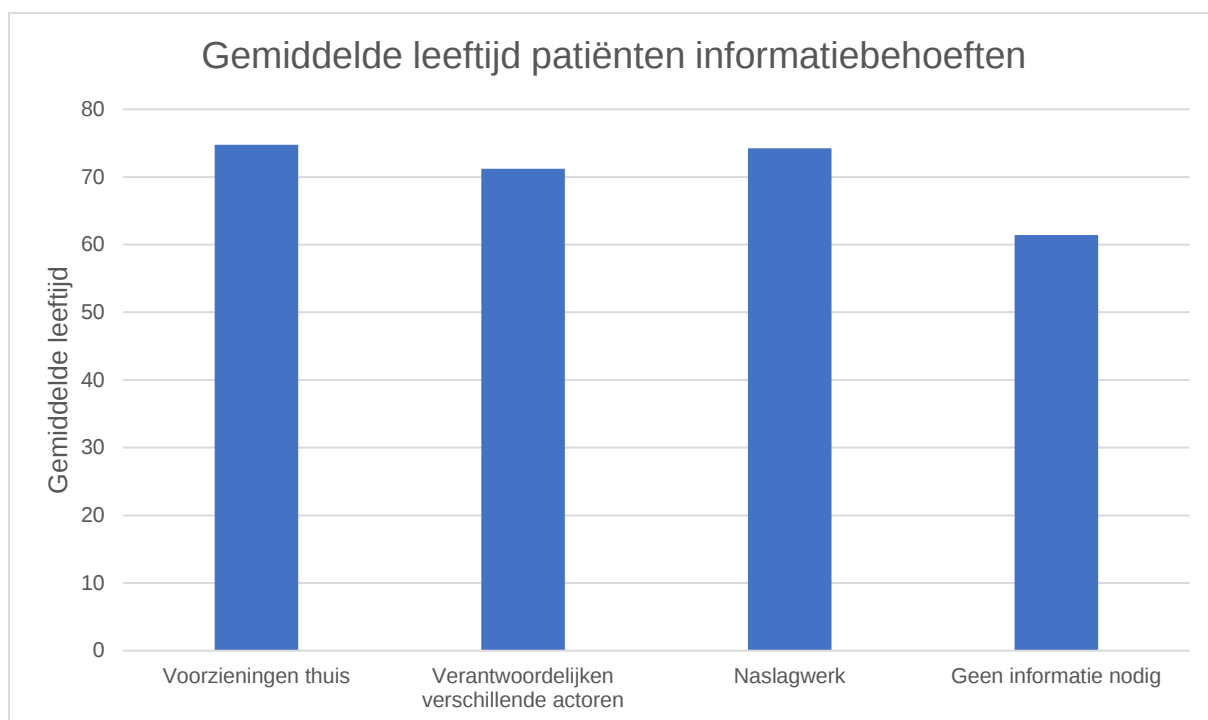
Responses:

Tabel B11.1 – Responses vraag 6 enquête 1

Meer voorbereidende info over waarnaartoe en hoe en wat. Nu was er niets
Niets. Alles is duidelijk.
Wie moet mij helpen met alles regelen als het zelf niet lukt. Alles is nu anders.
Waar moet ik aan denken; b.v. medicatie voor thuis was al geregeld door afdeling, maar wist patiënt niet.
Er is thuis nog niks geregeld voor terugkeer zoals besproken.
Dat je als je van de dokter naar huis moet je ook dezelfde dag nog moet gaan, ook al moeten kinderen werken.
Wanneer moet je naar huis, wanneer is er recht op zorg hulp thuis
-
Wanneer kom je in aanmerking voor hulp en waar aanmelden.
-
Wat ik met alle verwijzingen van fysiotherapie en ergotherapie moet doen en wat de huisarts doet en wat het ziekenhuis doet.
Soms ben je niet ziek maar gaat het toch niet thuis en wat doet de huisarts.
Niemand vertelt ons wat we moeten regelen voor thuis.
-
-
Wanneer en bij wie melden als iets niet lukt.
-
Voor mijn kinderen omdat ik veel vergeet.
-
Wie bepaalt medische noodzaak van vraag 4?
Wie de zorg moet regelen en waarom ik thuis wachten moet totdat de huisarts een bejaardenhuis kan regelen.
-
-
Was niet nodig
Wat de regels zijn en afspraken
Wat moet ik doen als ik hulp wil in huis.



Figuur B11.6 – Resultaat vraag 6 enquête 1



Figuur B11.7 – Gemiddelde leeftijd van patiënten met betrekking tot informatiebehoeften (vraag 6 enquête 1)

Enquête 2 (verpleegkundigen)

Enquête ontslagprocedure

Deze enquête is onderdeel van een wetenschappelijk onderzoek over de ontslagprocedure uit het ziekenhuis. Met ontslagprocedure wordt bedoeld het verwittigen van patiënt en familie over de duur van de opname en eventuele zaken die geregeld moeten worden door de patiënt of door de verpleging om terugkeer naar de thuissituatie te faciliteren.

Deze enquête en het resultaat is geheel anoniem en kan niet naar u persoonlijk teruggeleid worden. Alle resultaten worden vertrouwelijk behandeld.

Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 5 minuten.

Alvast bedankt voor het invullen!

* Required

Informatie omtrent ontslag

De volgende vragen gaan over hoe je op dit moment informatie overbrengt aan patiënt/familie omtrent ontslag.

1. Hoe vaak bespreek je de ontslagprocedure met patiënten? *

Check all that apply.

- ☐ Nooit
- ☐ Één of twee keer per week
- ☐ Dagelijks
- ☐ Anders, namelijk:

2. Het bespreken van de ontslagprocedure tijdens opname is belangrijk. *

Mark only one oval.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

3. Het bespreken van de ontslagprocedure tijdens visite is belangrijk. *

Mark only one oval.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

4. Deze informatie bespreek ik met de patiënt/familie tijdens opname: *

Check all that apply.

- ☐ Opnameduur
- ☐ Informatie over terugkeer naar de thuissituatie
- ☐ Informatie over de te regelen zaken bij ontslag
- ☐ Verantwoordelijkheden van patiënt/familie
- ☐ Verantwoordelijkheden verpleegkundigen
- ☐ Mogelijkheden m.b.t. nazorg
- ☐ Onmogelijkheden m.b.t. nazorg
- ☐ Anders, namelijk:

5. Tijdens mijn werk krijg ik dagelijks vragen van patiënten en/of familie over ontslag of nazorg. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Nooit	☐	☐	☐	☐	☐	Altijd

6. Ik kan vragen van patiënten en/of familie omtrent ontslag goed beantwoorden. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Helemaal oneens	☐	☐	☐	☐	☐	Helemaal eens

Enquête ontslagprocedure

Moeilijkheden bij ontslag

De volgende vragen gaan over eventuele problemen/moeilijkheden die jij ervaart bij ontslag.

7. Ik vind het belangrijk dat het gedurende de opname voor iedereen duidelijk is welke knelpunten bij patiënten bestaan bij ontslag. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Helemaal oneens	☐	☐	☐	☐	☐	Helemaal eens

8. In mijn ervaring liggen patiënten onnodig lang opgenomen, terwijl hier geen medische noodzaak (meer) voor is. *

Check all that apply.

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Regelmatig
- ☐ Vaak

9. Ik krijg weerstand van de patiënt/familie op het moment dat deze verteld wordt dat hij/zij met ontslag naar huis mag *

Check all that apply.

- ☐ Nooit
☐ Soms
☐ Regelmatig
☐ Vaak

10. Ik heb het idee dat patiënten plotseling met het onderwerp ontslag geconfronteerd worden. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Helemaal oneens	☐	☐	☐	☐	☐	Helemaal eens

Enquête ontslagprocedure

Verbeteringen ontslagprocedure

De volgende vragen gaan over eventuele verbeteringen in de ontslagprocedure.

11. Ik vind dat informatievoorziening aan de patiënt en/of familie over de ontslagprocedure beter kan. *

Mark only one oval.

- ☐ Ja
☐ Nee

12. Hoe kunnen verpleegkundigen informatie over ontslag het beste bij de patiënten en/of familie overbrengen? *

13. Ik vind het geven van een informatiefolder een geschikte manier om duidelijkheid te creëren bij patiënten/familie over de ontslagprocedure. *

Mark only one oval.

- ☐ Ja
☐ Nee

14. Een informatiefolder kan mij als verpleegkundige helpen om goed op de hoogte te zijn en te blijven over de ontslagprocedure. *

Mark only one oval.

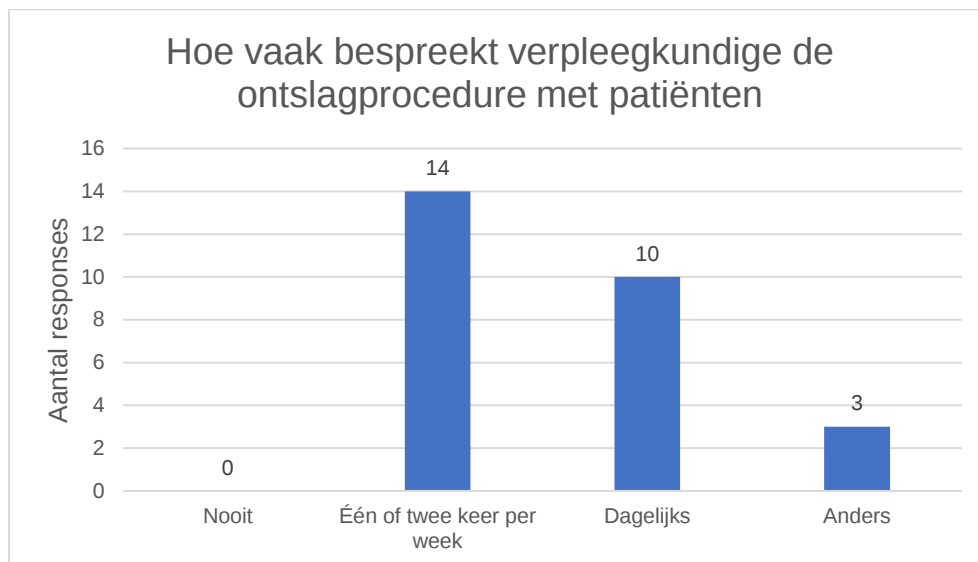
- ☐ Ja
☐ Nee

Figuur B11.8 – Enquête 2 afgenomen onder verpleegkundigen van de neurologieafdeling van een algemeen ziekenhuis in Limburg

Resultaten enquête 2 (verpleegkundigen)

Aantal participanten: 31
Aantal non-responses: 4
Response rate: 87,1%

Vraag 1: hoe vaak bespreek je de ontslagprocedure met patiënten?



Figuur B11.9 – Resultaten vraag 1 enquête 2

Vraag 2: het bespreken van de ontslagprocedure tijdens opname is belangrijk.



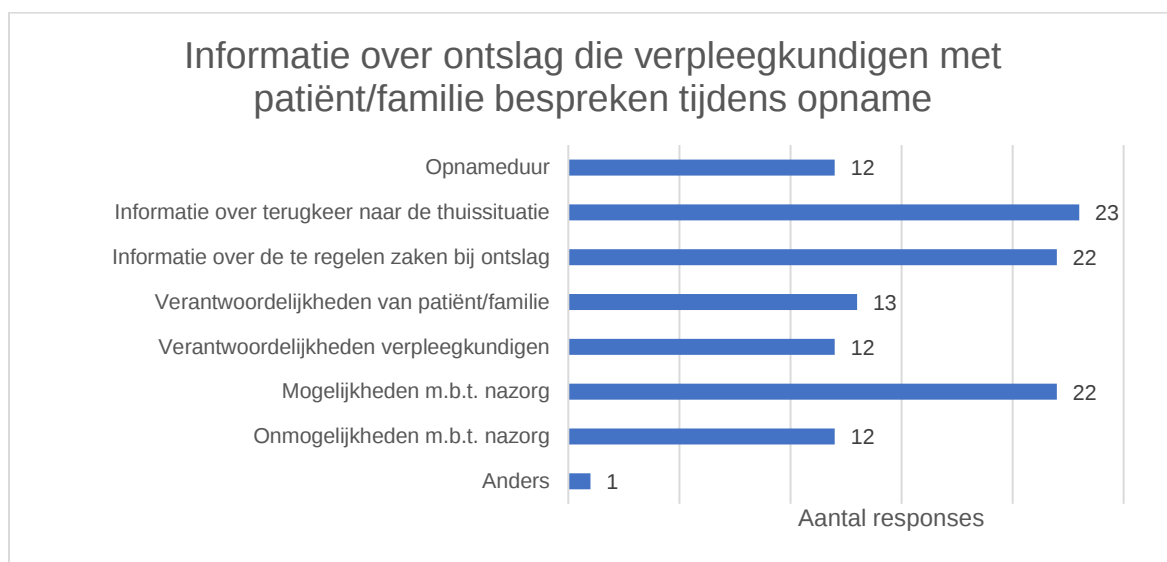
Figuur B11.10 – Resultaten vraag 2 enquête 2

Vraag 3: het bespreken van de ontslagprocedure tijdens visite is belangrijk.



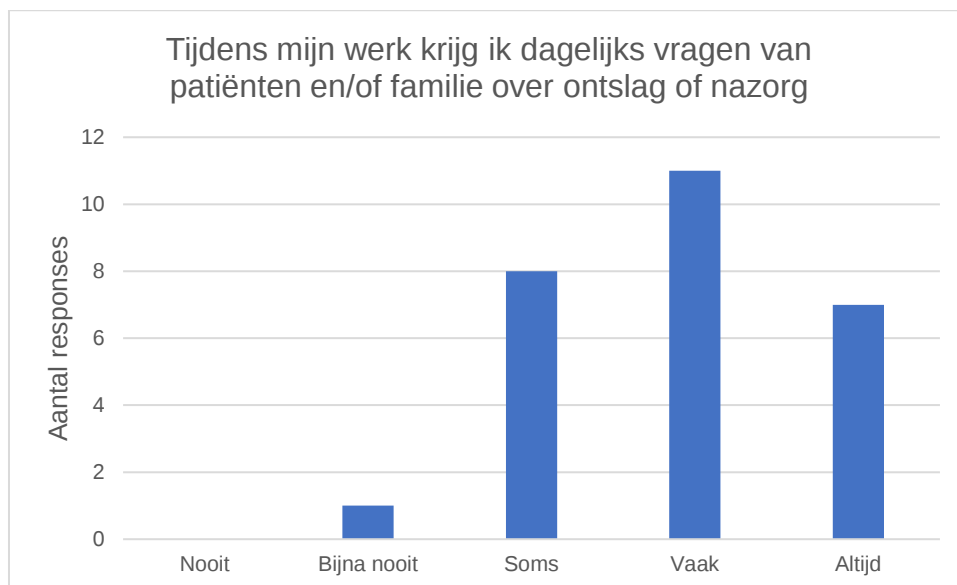
Figuur B11.11 – Resultaten vraag 3 enquête 2

Vraag 4: deze informatie bespreek ik met de patiënt/familie tijdens opname



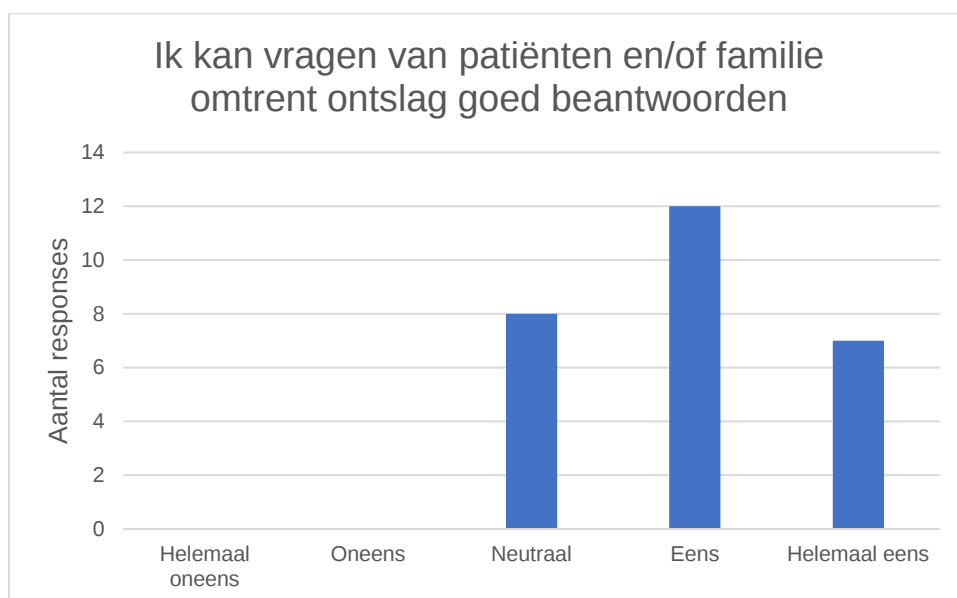
Figuur B11.12 – Resultaten vraag 4 enquête 2

Vraag 5: tijdens mijn werk krijg ik dagelijks vragen van patiënten en/of familie over ontslag of nazorg.



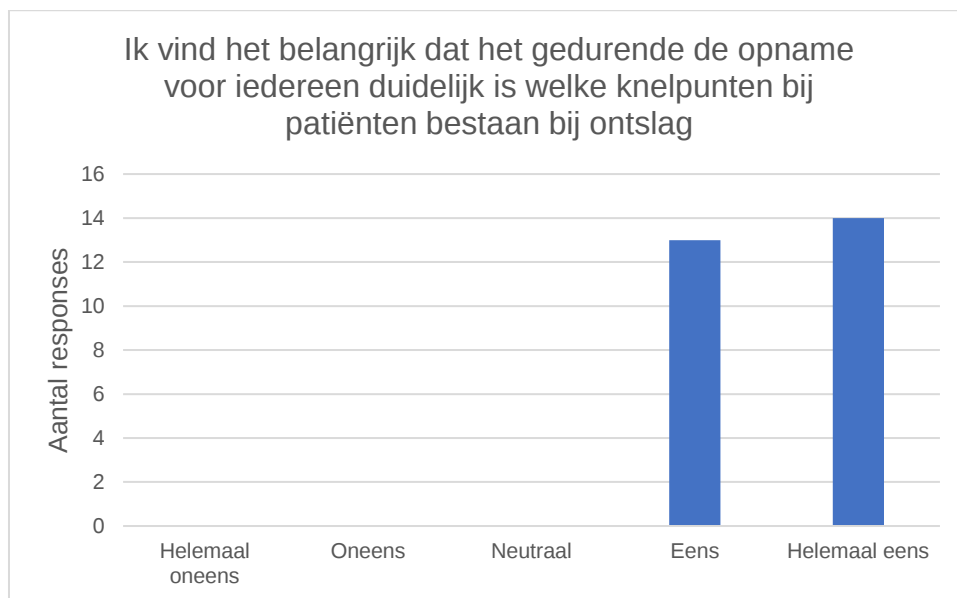
Figuur B11.13 – Resultaten vraag 5 enquête 2

Vraag 6: ik kan vragen van patiënten en/of familie omtrent ontslag goed beantwoorden.



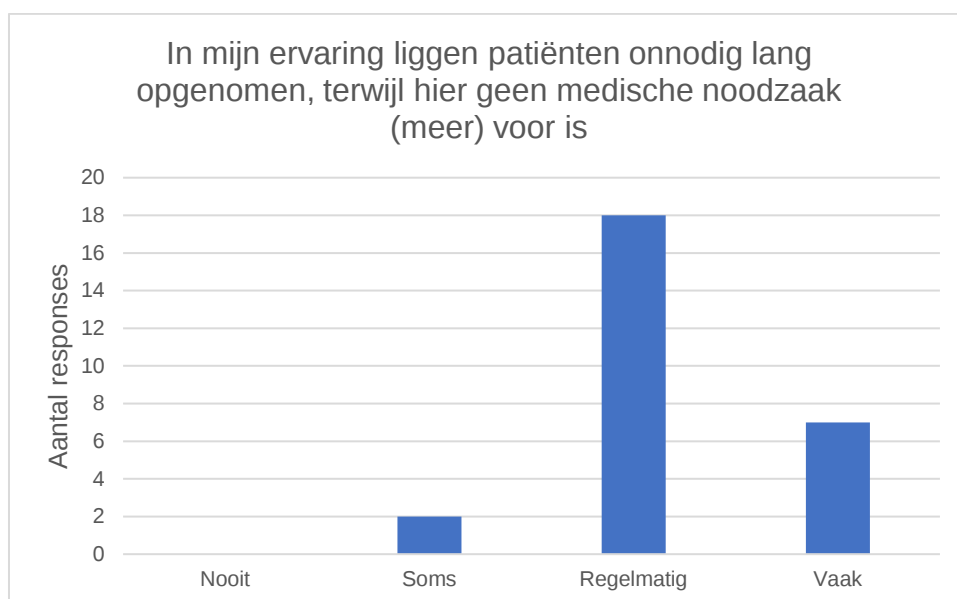
Figuur B11.14 – Resultaten vraag 6 enquête 2

Vraag 7: ik vind het belangrijk dat het gedurende de opname voor iedereen duidelijk is welke knelpunten bij patiënten bestaan bij ontslag.



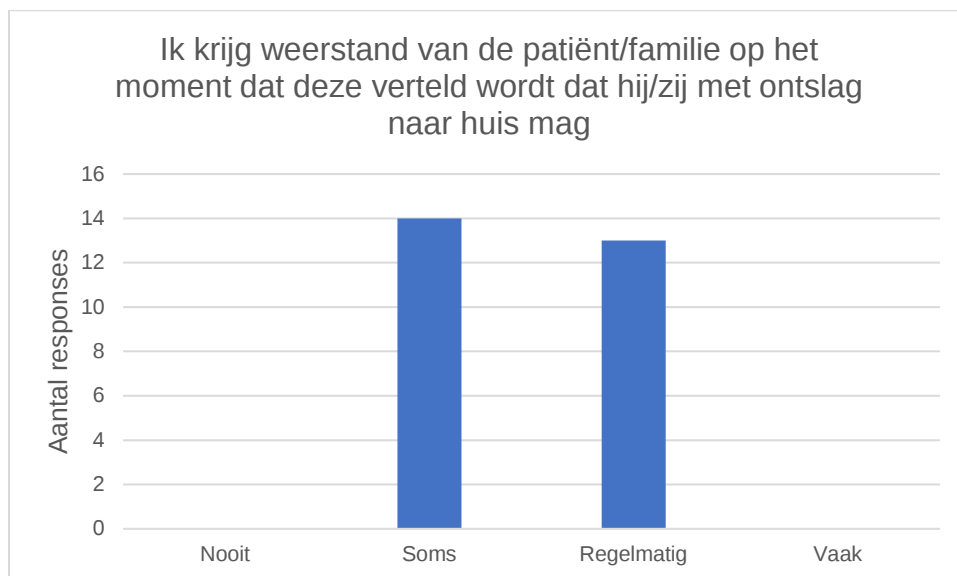
Figuur B11.15 – Resultaten vraag 7 enquête 2

Vraag 8: in mijn ervaring liggen patiënten onnodig lang opgenomen, terwijl hier geen medische noodzaak (meer) voor is.



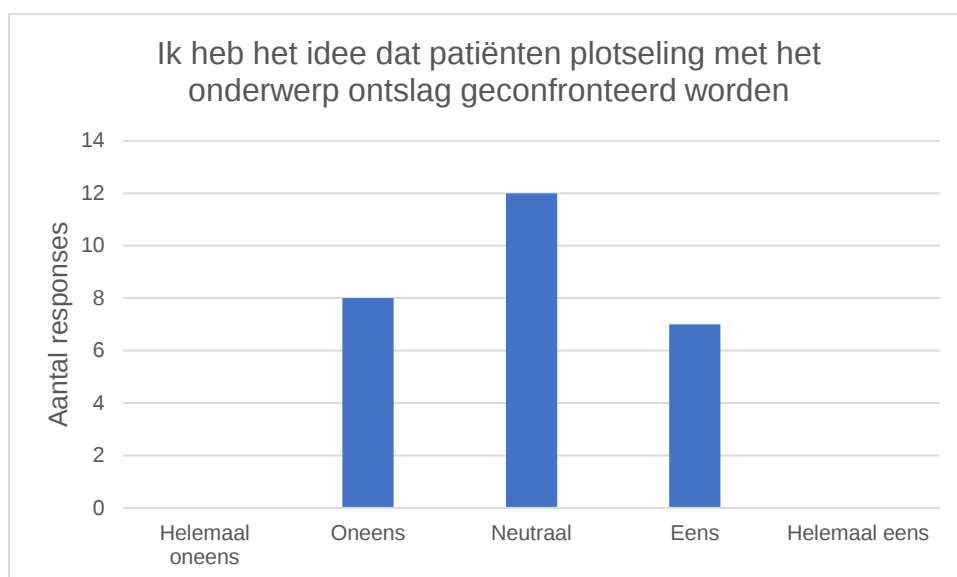
Figuur B11.16 – Resultaten vraag 8 enquête 2

Vraag 9: ik krijg weerstand van de patiënt/familie op het moment dat deze verteld wordt dat hij/zij met ontslag naar huis mag.



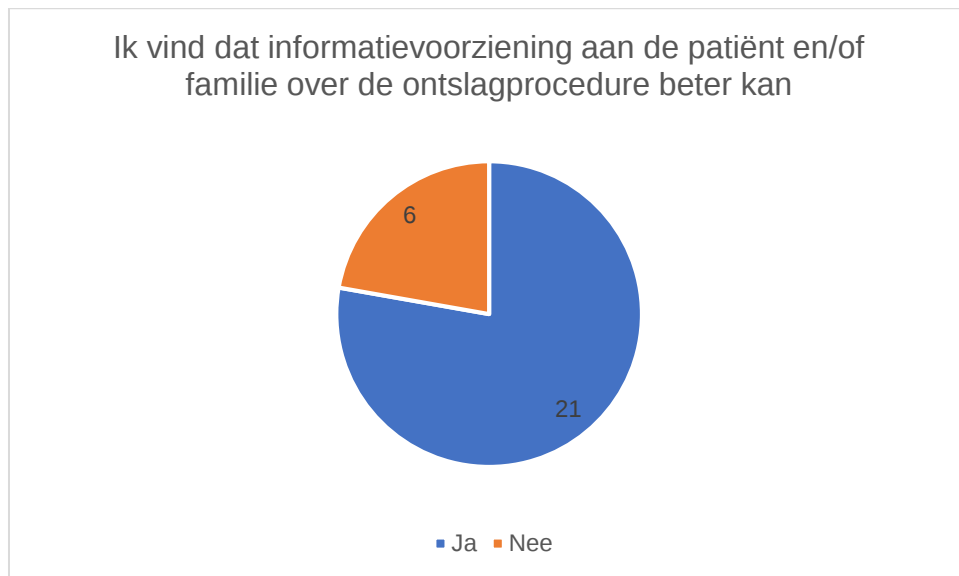
Figuur B11.17 – Resultaten vraag 9 enquête 2

Vraag 10: ik heb het idee dat patiënten plotseling met het onderwerp ontslag geconfronteerd worden.



Figuur B11.18 – Resultaten vraag 10 enquête 2

Vraag 11: ik vind dat informatievoorziening aan de patiënt en/of familie over de ontslagprocedure beter kan.

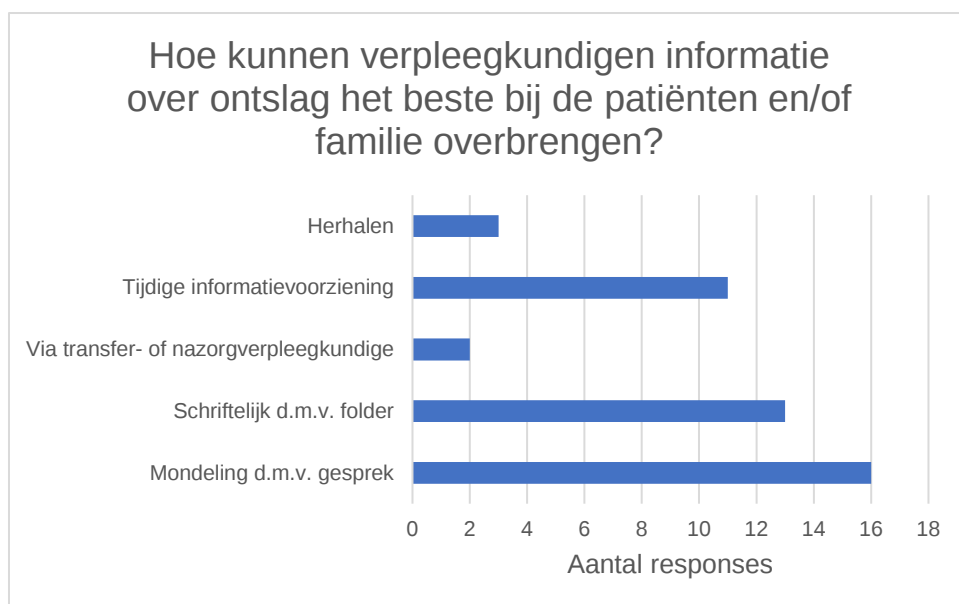


Figuur B11.19 – Resultaten vraag 11 enquête 2

Vraag 12: hoe kunnen verpleegkundigen informatie over ontslag het beste bij de patiënten en/of familie overbrengen?

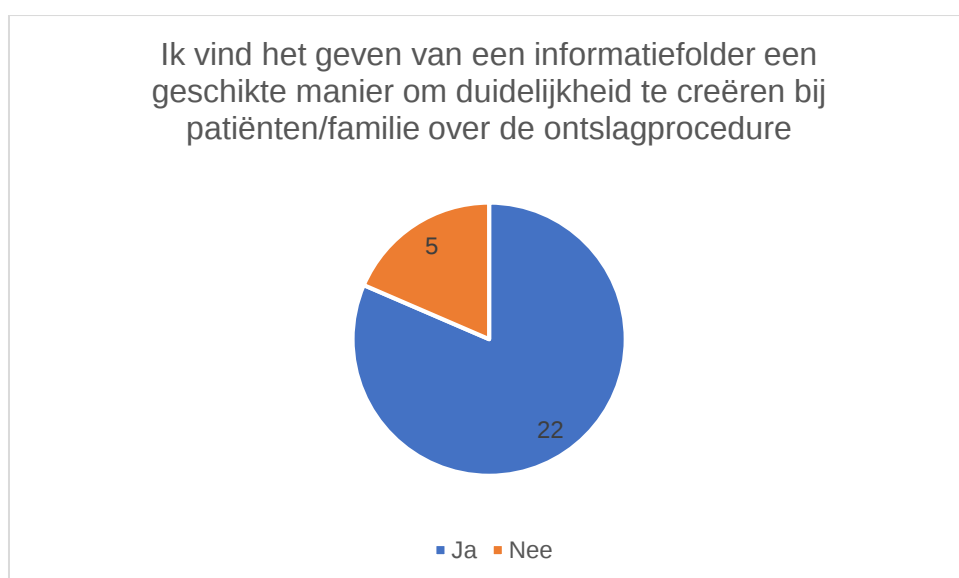
Tabel B11.2 – Responses verpleegkundigen overbrengen informatie over ontslag (vraag 12 enquête 2)

Antwoord geven op vragen als zij dit hebben. Meteen tijdens de visite ter sprake brengen.
Er moet tijdens opname(opname gesprek) al over gesproken worden. Zo weten de patienten en familie meteen wat de gang van zaken is. En nu het een papierloos ziekenhuis is zal deze informatie wellicht op de ipad terug te vinden moeten zijn. Geen papieren meer geven omdat dit qua informatiefolders onderzoeken ook niet meer mag.
Mondeling eventueel met informatiefolders
Mondeling en informatieboekje. Zo vroeg mogelijk starten hiermee.
Nog voor dat ze zorgvrager is uitbehandeld ontslag bespreken en de sociale situatie in kaart brengen. Ook met zorgvrager en familie bespreken hoe het functioneren voor opname ging en dat vergelijken met de eventuele beperkingen om zo het ziekte inzicht te vergroten.
Meteen de mogelijkheden en de onmogelijkheden mede-delen; meer initiatief bij de vpk en artsen laten; Mijn mening beslist de familie (te) vaak!
Familie meer contact met nazorg verpleegkundige, nazorg verpleegkundige weet alle ins en outs omtrend verpleeg/ verzorgingshuizen
Het al zo vroeg mogelijk onder de aandacht brengen en dit geregeld herhalen
Dmv bijv een brief waar leefregels in staan over bijv auto rijden. Maar ook de procedure van het ASP. Eventueel een standaard tekstblok hiervoor maken.
Tijdens de viste wordt het ontslag al eens besproken met de patiënt zelf door de arts en daarna doet de verpleegkundige het nogmaals met patiënt en familie
Mondeling en aanvullend schriftelijk, echter voor stroke is een folder misschien ook weer een reden voor de familie om te zeggen 'Ja maar hier staat'. Op de stroke is ontslag voor iedere patiënt anders. En wordt er dag voor dag gekeken en uur voor uur.
Gesprek aangaan, zo nodig informatieboekjes aanreiken
Door ruim tijd te nemen en te herhalen
Mondeling / op papier
Bij de opname de gehele gang van zaken duidelijk bespreken, duidelijkheid verschaffen. Dan zijn de verwachtingen van patiënten en familie ook niet "buitensporig".
Het is belangrijk dat we ook info op papier kunnen geven met telefoonnummers van verder instanties
Tijdens een gesprek met meerdere personen, want vaak komt al die informatie niet aan.
Via een afgesproken gesprek en eigenlijk de gemaakte afspraken op papier duidelijk noteren
Onderling bespreken. Folder.
door het gewoon te vertellen aan patient en familie
Misschien nog een document maken voor thuis want vaak bellen ze later nog eens omdat dingen niet duidelijk waren
Middels een informatie folder en deze mondeling toelichten. Informatiefolder kan later nogmaals worden doorgenomen.
Door zich op de hoogte te houden wat de patient nodig heeft waar hij naar toe gaat ,of de familie alles weet ,en of de aanvragen gedaan zijn, welke thuis zorg; Dus eigen lijk goed op de hoogte zijn alles wat met de patient te maken heeft
Mondeling, wellicht meer betrokkenheid van de transfervpleegkundige
Tijdig te regelen/door te geven. De familie erbij te betrekken.
Middels een informatiefolder die gegeven wordt bij opname, zo kunnen ze zich voorbereiden op mogelijke scenario's.
Tijdens een familie gesprek tussen familie, zorgvrager en verpleegkundige



Figuur B11.20 – Resultaten vraag 12 enquête 2

Vraag 13: ik vind het geven van een informatiefolder een geschikte manier om duidelijkheid te creëren bij patiënten en/of familie over de ontslagprocedure.



Figuur B11.21 – Resultaten vraag 13 enquête 2

Vraag 14: een informatiefolder kan mij als verpleegkundige helpen om goed op de hoogte te zijn en te blijven over de ontslagprocedure.



Figuur B11.22 – Resultaten vraag 14 enquête 2