

# Wachten op vervolgzorg

Ziekenhuisontslag planning en de verkeerde bed problematiek

## **Student**

Jamilla Bouzariouh (334641)  
Gratestraat 87  
2909PE Capelle aan den IJssel  
j\_bouzariouh@hotmail.com

## **Instituut Beleid Management**

### **Gezondheidszorg**

Master Zorgmanagement

**Vak:** Afstuderen  
**Opdracht:** Scriptie  
**Docent:** Dr. I.N. Fabbricotti  
**Meelezers:** Prof. dr. J.J. van de Klundert  
R. Wehrens Msc

## **Sint Franciscus Gasthuis Rotterdam**

Bureau nazorg / patiëntenlogistiek

**Begeleider:** Dhr. A.G.M. Vis

november 2012

## Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie die het resultaat is van intensief onderzoek dat verricht is voor het behalen van mijn Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Tijdens de Master Zorgmanagement wordt van je verwacht dat je met wetenschappelijk inzicht omgaat met complexe gezondheidszorgvraagstukken. Het optimaliseren van integrale zorgprocessen is hier een voorbeeld van. Met veel interesse heb ik de afgelopen periode onderzoek gedaan naar de bijdrage van het ziekenhuisontslag proces aan de verkeerde bed problematiek.

Een woord van dank gaat uit naar mijn begeleidster dr. Isabelle Fabbricotti die mij ten alle tijden van belangrijke leermomenten en feedback heeft voorzien. Tevens wil ik graag prof. dr. J.J. van de Klundert en R. Wehrens Msc bedanken voor hun kritische blik op mijn onderzoeksvoorstel en rapport. Tot slot gaat een woord van dank uit naar Andre Vis, zorgmanager patiëntenlogistiek SFG, die het voor mij mogelijk heeft gemaakt om het onderzoek in de praktijk uit te voeren.

Jamilla Bouzariouh  
november 2012

## Samenvatting

Deze scriptie betreft een onderzoek naar de ervaren bijdrage van ziekenhuisontslag planning aan de verkeerde bed problematiek. Dit omdat er nog geen antwoord op de vraag is, wat ziekenhuisontslag planning inhoudt en hoe het een bijdrage kan leveren aan de verkeerde bed problematiek. De doelstelling van dit onderzoek is om deze vraag te beantwoorden door inzicht te geven in de relatie tussen ziekenhuisontslag planning en de verkeerde bed problematiek in het Sint Franciscus Gasthuis (SFG) te Rotterdam.

In dit onderzoek staat de volgende probleemstelling centraal;

*“Hoe ervaart het SFG de bijdrage van ziekenhuisontslag planning aan de verkeerde bed problematiek?”*

Er zijn verschillende onderzoeksmethoden gebruikt om een antwoord te geven op de probleemstelling. Het betreft een casestudie waar vier afdelingen met een verschillend aantal verkeerde bedden in het SFG de case vormden. Onderzoek bestond uit een documentanalyse waarbij redenen van verkeerde bedden inzichtelijk werken gemaakt. Hiernaast zijn er interviews afgenomen bij de disciplines om inzicht te krijgen in het proces van ziekenhuisontslag planning en de ervaren bijdrage aan de verkeerde bedden. Tot slot zijn er observaties uitgevoerd om ziekenhuisontslag planning in de praktijk te bekijken.

De resultaten van het onderzoek bestaan uit de volgende punten;

- De belangrijkste redenen die tijdens het onderzoek naar voren kwamen waren de individuele ‘keuze van de patiënt/familie’, de organisatorische reden ‘te laat beginnen met een aanvraag voor nazorg’ en de externe capaciteitsredenen ‘geen plek in een zorginstelling’ waardoor de patiënt hierop moest wachten.
- De fasen van ziekenhuisontslag planning die tijdens het onderzoek naar voren kwamen zijn; de assessmentfase, de planningsfase en de implementatiefase. Alle fasen kwamen op alle afdelingen voor. Verschil in aantal verkeerde bedden per afdeling komt mogelijk niet door de manier waarop het proces wordt uitgevoerd. Dit wordt bijna op alle afdelingen op dezelfde manier uitgevoerd. Mogelijk heeft het verschil te maken met andere factoren zoals de cultuur over en bewustwording van het belang van dit proces en de soort patiënten op een afdeling en hun ziekteverloop.
- De disciplines van het SFG en van de zorginstellingen ervaren de bijdrage van ziekenhuisontslag planning aan de verkeerde bedden als positief. Dit met name door de goede samenwerking van bureau nazorg met alle disciplines en het wederzijds vertrouwen dat zij hebben in elkaar, doordat er transferverpleegkundigen werkzaam zijn vanaf één centraal punt (bureau nazorg), door de inzet van het notificatiesysteem “Poggie”, door het tijdig doorgeven van de VOD, door eenduidigheid in de taken en verantwoordelijkheden, door afdoende kennis bij de transferverpleegkundigen over alle bronnen en het realiseren van overbruggingszorg. Deze punten komen deels overeen met de theoretische aannames die in de literatuur terug komen over de relatie tussen ziekenhuisontslag planning en de verkeerde bed problematiek.

Aan de hand van de resultaten kan geconcludeerd worden dat ziekenhuisontslag planning een positieve bijdrage levert aan de verkeerde bed problematiek, met name in de eerste jaren. Hierna is er sprake van een stijging van het aantal verkeerde bedden wat onder andere komt door organisatorische factoren in het proces zelf.

## Summary

This thesis is in regard to a research into the experienced contribution to hospital discharge planning to wrong bed problems. This is because there is no answer to the question, to what the hospital discharge means and how it should contribute to the wrong bed problems. The aim of this research is to provide an answer to this question by giving a clear review in regard to the relation between hospital discharge planning and the wrong bed problems in Sint Franciscus Gasthuis (SFG) in Rotterdam.

The following problem statement will be taken as a central topic in this research:

***“How does the SFG experience the contribution to the hospital discharge planning to wrong bed problems?”***

Various research methods are considered to provide an answer to the problem statement. Four departments in the SFG, who do have a different amount of wrong beds, guided the study case. This research consisted of an analyzed document whereby reasons of wrong beds were made clearer. Furthermore, interviews were decreased at the disciplines to get to know the process of hospital discharge scheduling and the experienced contribution to the wrong beds. In conclusion, there are observations done in order to have a look at the hospital discharge scheduling in practice.

The results of this research consist of the following points;

- The most important reason that swallowed up during this research were the individual, ‘choice of patient/family’, the organizational reason ‘starting too late to apply for aftercare’ and the extern capacity reasons ‘no place in a care centre’ whereupon the patient had to wait.
- The phases of the hospital discharge planning, which we have investigated during this research, are; the assessment phase, the planning phase and the implementation phase. All these phases played part at all departments. The differences in the amount of wrong beds per department are probably not caused by the way the process has been decreased. This is decreased in the same way at almost all departments. The differences are most likely caused by other factors, such as culture, awareness of the importance of this process, the type of patients at a department and their disease progression.
- The disciplines of SFG and care centers consider the contribution to hospital discharge planning to wrong beds as a positive addition. This because of the good collaboration of aftercare office because of all the disciplines they consist and the mutual trust which they have in one another, because of the transfer nurses working there from one central point, the effort of the notification system “Poogie”, the timely disclosure of the VOD, uniformity in tasks and responsibilities, adequate knowledge at the transfer nurses about all sources and achievement of interim care. These points correspond partly with the theoretical assumptions which can be found in literature about the relation between hospital discharge planning and the wrong bed problems.

According to the results, we can conclude that hospital discharge scheduling adds a positive contribution to the wrong bed problems, especially in the first years. Afterwards, there is a decrease in the amount of wrong beds which is caused by, inter alia, organizational factors in the process.

# Inhoudsopgave

<b>1. INLEIDING</b>	<b>7</b>
<b>1.1 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE</b>	<b>9</b>
<b>1.2 WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE</b>	<b>9</b>
<b>1.3 PROBLEEMSTELLING</b>	<b>9</b>
<b>1.4 LEESWIJZER</b>	<b>10</b>
<b>2. THEORETISCH KADER</b>	<b>11</b>
<b>2.1 VERKEERDE BED PROBLEMATIEK</b>	<b>11</b>
<u>2.1.1 INDIVIDUELE REDENEN</u>	11
<u>2.1.2 INTERNE REDENEN</u>	12
<u>2.1.3 EXTERNE REDENEN</u>	12
<u>2.1.4 AGENTSCHAPSREDENEN</u>	13
<b>2.2 HET PROCES VAN ZIEKENHUISONTSLAG, EEN NADERE DEFINIËRING</b>	<b>13</b>
<b>2.3 ELEMENTEN VAN ZIEKENHUISONTSLAG PLANNING</b>	<b>14</b>
<u>2.3.1 SAMENWERKEN</u>	14
<u>2.3.2 COMMUNICATIE EN INFORMATIE</u>	15
<u>2.3.3 ROL PATIËNT/ FAMILIE</u>	17
<u>2.3.4 VERANTWOORDING EN TAKEN</u>	18
<u>2.3.5 TOEGANG TOT BRONNEN</u>	18
<b>2.4 BIJDRAGE ELEMENTEN AAN REDENEN VERKEERDE BEDDEN</b>	<b>19</b>
<b>2.5 CONCEPTUEEL MODEL</b>	<b>21</b>
<b>3. METHODEN VAN ONDERZOEK</b>	<b>23</b>
<b>3.1 CASE EN RESPONDENTEN</b>	<b>23</b>
<b>3.2 METHODEN VAN ONDERZOEK</b>	<b>24</b>
<u>3.2.1 LITERATUURONDERZOEK</u>	24
<u>3.2.2 DOCUMENTANALYSE</u>	24
<u>3.2.3 OBSERVATIES</u>	25
<u>3.2.4 INTERVIEWS</u>	25
<b>3.3 DATA ANALYSE</b>	<b>26</b>
<b>3.4 VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID</b>	<b>26</b>
<b>4. RESULTATEN</b>	<b>27</b>
<b>4.1 HET ZIEKENHUISONTSLAG PLANNINGSPROCES</b>	<b>27</b>
<u>4.1.1 ASSESSMENTFASE</u>	27
<u>4.1.2 PLANNINGFASE</u>	28
<u>4.1.3 IMPLEMENTATIEFASE</u>	28
<u>4.1.4 EVALUATIEFASE</u>	29
<u>4.1.5 VERSCHIL PER AFDELING</u>	29
<b>4.2 VERKEERDE BEDDEN</b>	<b>30</b>
<u>4.2.1 DEFINITIE VERKEERD BED</u>	30
<u>4.2.2 AANTAL VERKEERDE BEDDEN</u>	30
<u>4.2.3 REDENEN VOOR VERKEERDE BEDDEN</u>	33
<b>4.3 RELATIE VERKEERDE BEDDEN EN ZIEKENHUISONTSLAG PLANNING</b>	<b>35</b>
<u>4.3.1 SAMENWERKING</u>	35
<u>4.3.2 INZET POOGIE</u>	36
<u>4.3.3 COMMUNICATIE EN INFORMATIE</u>	37

---

<b>4.3.4 VERANTWOORDELIJKHEDEN EN TAKEN</b>	<b>37</b>
<b>4.3.6 KENNIS EN OVERBRUGGINGSZORG</b>	<b>39</b>
<b>4.4 ANDERE FACTOREN</b>	<b>39</b>
4.4.1 INVOERING VAN ZORGPADEN	39
4.4.2 CAPACITEIT ZORGINSTELLINGEN	39
4.4.3 ROL CIZ	40
4.4.4 MEDISCHE ONTWIKKELINGEN	40
<b>4.5 ERVARING VAN EXTERNE ZORG DISCIPLINES</b>	<b>40</b>
<b>5. DISCUSSIE EN CONCLUSIE</b>	<b>42</b>
<b>5.1 CONCLUSIE</b>	<b>42</b>
<b>5.2 REFLECTIE RESULTATEN</b>	<b>44</b>
5.2.1 FASEN	44
5.2.2 DEFINITIE	44
5.2.3 REDENEN	44
<b>5.3 REFLECTIE ONDERZOEKSMETHODEN</b>	<b>47</b>
<b>6. AANBEVELINGEN</b>	<b>48</b>
<b>6.1 AANBEVELINGEN VOOR VERBETERING</b>	<b>48</b>
<b>6.4 AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK</b>	<b>49</b>
<b>LITERATUUR</b>	<b>50</b>
<b>BIJLAGE I DOCUMENTEN</b>	<b>52</b>
<b>BIJLAGE II TOPICLIST</b>	<b>53</b>

---

## 1. Inleiding

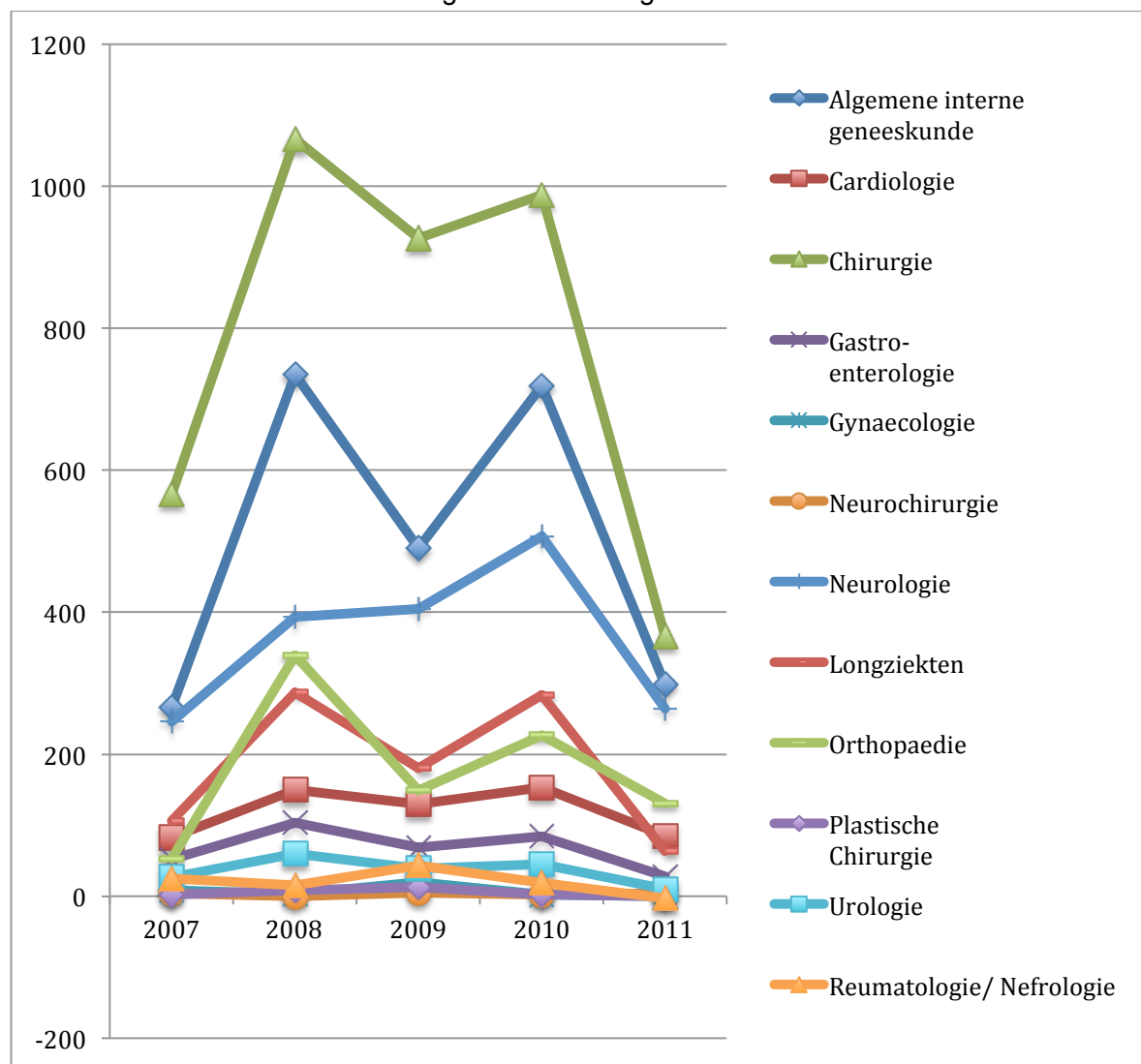
In de Nederlandse gezondheidszorg is de afgelopen jaren veel veranderd. Door de toenemende vergrijzing, steeds meer medische mogelijkheden en de veranderende zorgvraag van de patiënt, zijn ziekenhuisbedden een schaarse bron (Glasby et al. 2006). Het is daarom belangrijk om deze schaarse bron optimaal in te zetten en de verkeerde bedproblematiek te reduceren. Met een verkeerd bed wordt bedoeld dat een medisch uitbehandelde patiënt een ziekenhuisbed onnodig bezet houdt omdat de care zorg nog niet beschikbaar is (Hertogh & Ribbe 1996; Glasby et al. 2006). Deze care zorg bestaat uit een plek in een verpleeg- of verzorgingshuis, thuiszorg of mantelzorg (Borghans 2007). Hierdoor is het niet altijd mogelijk dat patiënten het ziekenhuis verlaten op het moment dat zij medisch uitbehandeld zijn. Deze patiënten zijn met name oudere, alleenstaande en chronische patiënten met behoefte aan meerdere vormen van zorg (Hardy et al. 1999; Glasby et al. 2006; Boumann et al. 2007). Dat deze care zorg niet altijd direct voorhanden is komt onder anderen doordat de opnameduur in het ziekenhuis steeds korter wordt, waardoor er tijdsgebrek ontstaat om de care zorg in orde te maken (Anthony & Hudson-Barr 2004; Malony & Weiss 2008). Een patiënt is dan genoodzaakt om te wachten in het ziekenhuis totdat de juiste zorg gerealiseerd is. De medisch uitbehandelde patiënt houdt hierdoor een ziekenhuisbed onnodig bezet. De verkeerde bedproblematiek heeft als gevolg dat er wachttijden ontstaan en dat de inkomsten van het ziekenhuis dalen (Borghans 2007; Hertogh & Ribbe 1996). Andere patiënten die wel medische zorg nodig hebben kunnen niet terecht in het ziekenhuis. Bovendien is een ziekenhuis niet de juiste omgeving voor een medisch uitbehandelde patiënt. Patiënten die in een verkeerd bed liggen, krijgen niet de zorg die zij nodig hebben. Dit kan leiden tot infecties, het verliezen van functionele onafhankelijkheid (Glasby 2003), therapeutische ineffectiviteit en stagnering van de kwaliteit van leven (Victor et al 2000).

De verkeerde bedproblematiek speelt zich af op de grens van de cure zorg en de care zorg. Cure zorg is nodig voor patiënten die ziek zijn en care zorg is bedoeld voor patiënten die zorg nodig hebben (Glasby et al. 2006). Deze grens tussen de twee vormen van zorg bestaat doordat de cure en care sectoren institutioneel en financieel zeer gescheiden van elkaar zijn (Satzinger et al. 2005). Deze scheiding maakt het lastig om een optimale doorstroming van patiënten te realiseren en de verkeerde bedproblematiek aan te pakken.

Om de verkeerde bedproblematiek aan te pakken is integrale zorg, zoals het coördinatieproces van de gefragmenteerde zorg, van belang. Hierdoor wordt de zorg namelijk efficiënter. Het maakt een betere afstemming tussen zorgaanbod en de veranderende zorgvraag van de groeiende groep ouderen met chronische ziekten mogelijk (Mur-Veeman et al. 2003). Integrale zorg is meer dan alleen een coördinatieproces. Het is een begrip dat steeds belangrijker wordt in de gezondheidszorg, maar ook een begrip dat vele betekenissen kent. Het is het 'buzzwoord' in de zorg, om aandacht te vragen voor een betere afstemming tussen de verschillende zorgvormen (Kodner & Kyriacou 2000). Kodner en Spreeuwenberg (2002) geven aan dat integrale zorg de lijm is die alle entiteiten met elkaar verbindt. Meer specifiek geven Nies en Berman (2004) aan dat integrale zorg een goed gepland en goed georganiseerde set van zorgprocessen en diensten is, die gericht is op de behoeften van de patiënt of op een bepaalde patiëntengroep. Integrale zorg is vereist

wanneer een enkele zorgorganisatie niet alle zorg kan leveren die de patiënt nodig heeft (Hardy et al. 1999).

De integratie tussen zorgsystemen kan op meerdere manieren worden vormgegeven. Een voorbeeld hiervan is het proces van 'hospital discharge planning' ofwel ziekenhuisontslag planning. Dit proces kent verschillende stappen of fasen. Het doel is om te anticiperen op veranderingen in de zorg voor de patiënt en in zijn behoeften, waarbij de continuïteit van de zorg wordt verzekerd (Watts & Gardner 2005). De steeds groter wordende vraag naar ziekenhuisbedden en de druk om te bezuinigen, vragen om een effectieve ziekenhuisontslag planning (Ou et al. 2009). Steeds meer ziekenhuizen implementeren ziekenhuisontslag planning met als doel de verkeerde bed problematiek op te lossen. Ook het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam heeft een ziekenhuisontslag planningsproces geïmplementeerd. Dit proces wordt ondersteund door de afdeling 'bureau nazorg' die sinds 2000 actief is. Bij bureau nazorg zijn transfervrpleegkundigen werkzaam die een optimale doorstroming van patiënten realiseren. Het proces vindt plaats op meerdere afdelingen maar het aantal verkeerde bedden wisselt per afdeling. In tabel 1.1 wordt een overzicht gegeven van de afdelingen van het SFG met het aantal verkeerde bedden in de afgelopen vijf jaar. Op deze afdelingen vindt ziekenhuisontslag planning plaats die ondersteund wordt door de afdeling 'bureau nazorg'.



Tabel 1.1 aantal verkeerde bedden SFG



Er is echter nog geen antwoord op de vraag wat ziekenhuisontslag planning inhoudt en hoe het een bijdrage kan leveren aan de verkeerde bed problematiek. De doelstelling van dit onderzoek is om deze vraag te beantwoorden door inzicht te geven in de relatie tussen ziekenhuisontslag planning en de verkeerde bed problematiek in het Sint Franciscus gasthuis (SFG) te Rotterdam.

### **1.1 Maatschappelijke relevantie**

Een effectief ziekenhuisontslag planningsproces is van groot belang voor zowel de patiënten als de verschillende disciplines in de cure en care sector (Bull & Roberts 2001). Voorheen werd ziekenhuisontslag planning gezien als een bij-product om het bed zo snel mogelijk leeg te krijgen. Doordat de zorgbehoeftes van patiënten zijn toegenomen is de transitie van ziekenhuiszorg naar thuiszorg/verpleegzorg echter een belangrijk aandachtspunt geworden. Het plannen van het ziekenhuisontslag blijkt een belangrijke bijdrage te leveren aan de toekomstige gezondheid van patiënten (Watts & Gardner 2005). Tevens leidt het tot kwalitatieve zorg en is het kosteneffectief (Ou 2009). Deze studie biedt voor zowel managers, professionals als transferverpleegkundigen handvatten om betere integrale zorg te leveren aan patiënten.

### **1.2 Wetenschappelijke relevantie**

Het is van belang dat interventies zoals planningsprocessen en services worden geëvalueerd (Barnes et al. 1998). Er is echter nog weinig aandacht voor het identificeren van effectieve ziekenhuisontslag processen (Bull & Roberts 2001). Watts en Gardner (2005) geven aan dat het ziekenhuisontslag planningsproces een belangrijk onderdeel is van de klinische praktijk en dat hierin nog veel mogelijkheden liggen voor verder onderzoek. Dit huidige onderzoek vult een deel van deze leegte door onderzoek te doen naar de verkeerde bed problematiek aan de hand van een casus studie.

Er is in eerdere studies wel onderzoek gedaan naar 'ziekenhuisontslag planning' in landen zoals Engeland en Amerika (Glasby 2003; Baumann et al. 2007). Er is echter minder wetenschappelijke literatuur beschikbaar over ziekenhuisontslag planning in Nederlandse ziekenhuizen. Ziekenhuizen in Nederland implementeren steeds vaker ziekenhuisontslag planningsystemen vanuit de gedachte dat dit de verkeerde bed problematiek kan verkleinen. De aanleiding voor deze implementatie is internationale literatuur die veelal bestaat uit theoretische verhandelingen met aannames over de relatie van ziekenhuisontslag planning en verkeerde bedden (Glasby 2003; Glasby et al. 2006; Bull & Roberts 2001; Satzinger et al. 2005). Er wordt hierbij geen rekening gehouden met het feit dat het Nederlandse gezondheidszorgsysteem anders georganiseerd is. Het is daarom van belang om inzicht te verkrijgen in de manier waarop ziekenhuisontslag planning een bijdrage levert aan de verkeerde bed problematiek in Nederland. Het huidige onderzoek biedt inzicht in het vraagstuk hoe de cure zorg vanuit het ziekenhuis en de care zorg vanuit andere instellingen beter op elkaar afgestemd kunnen worden op het ontslagmoment. Op deze manier kan de verkeerde bed problematiek mogelijk worden teruggedrongen.

### **1.3 Probleemstelling**

Dit onderzoek heeft de volgende probleemstelling.

***Hoe ervaart het SFG de bijdrage van ziekenhuisontslag planning aan de verkeerde bed problematiek?***

Deelvragen:

1. Wat zijn redenen voor verkeerde bed problematiek?
2. Welke theoretische aannames zijn er voor de relatie tussen ziekenhuisontslag planning en de verkeerde bed problematiek?
3. Hoe wordt ziekenhuisontslag planning in het SFG vormgegeven (structuur en proces)?
4. Hoe ervaart het SFG de relatie tussen de verkeerde bed problematiek en ziekenhuisontslag planning?
5. Zijn er volgens het SFG nog andere factoren dan ziekenhuisontslag planning die een positieve bijdrage leveren aan de verkeerde bed problematiek?
6. Hoe ervaren zorg disciplines (verpleegzorg, thuiszorg) de ziekenhuisontslag planning van het SFG?

**1.4 Leeswijzer**

In het voorgaande hoofdstuk is de inleiding, relevantie en probleemstelling besproken. In hoofdstuk twee wordt het theoretisch kader uitgewerkt. Tevens wordt het conceptueel model van dit onderzoek weergegeven. Hoofdstuk drie is gewijd aan de methoden van onderzoek. Hoofdstuk vier geeft resultaten van het onderzoek weer. In hoofdstuk vijf worden de conclusie en de discussie besproken. Tot slot worden er in hoofdstuk zes aanbevelingen gedaan die voortkomen uit het onderzoek.

## 2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt besproken wat theoretisch gezien redenen zijn voor de verkeerde bed problematiek en wat de theoretische aannames zijn met betrekking tot de relatie tussen ziekenhuisontslag planning en de verkeerde bed problematiek. Deze inzichten vanuit de theorie geven een antwoord op deelvragen één en twee. Daarnaast wordt er in dit hoofdstuk toegewerkt naar een conceptueel model over de bijdrage van ziekenhuis ontslagplanning aan de verkeerde bed problematiek.

### 2.1 Verkeerde bed problematiek

Bij de verkeerde bed problematiek gaat het, zoals in de inleiding is besproken, om een vertraging in het ontslagproces uit het ziekenhuis waarvan de reden een andere is dan medische noodzaak (Hertogh & Ribbe 1996; Glasby et al. 2006). De problematische natuur van ziekenhuisontslag is dat dit proces langdurige en diep gewortelde moeilijkheden kent. Hiermee wordt bedoeld dat ondanks dat er veel aandacht is voor de verkeerde bed problematiek, dezelfde knelpunten al meer dan 30 jaar worden gesignaleerd (Glasby 2003: 45). Het blijkt in de praktijk niet altijd mogelijk te zijn om een medisch uitbehandelde patiënt direct met ontslag te sturen (Victor et al. 2000). Om een verkeerd bed alleen te definiëren als het bezet houden van een ziekenhuisbed zonder medische noodzaak, vinden Victor et al. (2000) een strenge definitie. Het kan namelijk ook voorkomen dat een patiënt wel medisch uitbehandeld is, maar nog niet medisch fit genoeg is om al naar huis te gaan. Er dient daarom onderscheid te worden gemaakt tussen geen medische noodzaak en functioneel en sociaal fit zijn voor ontslag (Ibid). Pearson et al. (2004) bekijken het aantal verkeerde bedden vanuit een ander perspectief. Effectief ontslag uit het ziekenhuis dient niet alleen af te hangen van de afwezigheid van medische noodzaak maar ook van de kwaliteit van leven van de patiënt (ibid). Bij deze kwaliteit van leven spelen het functioneel en sociaal fit zijn een rol (Victor et al. 2000). De definitie van een verkeerd bed die in de praktijk gehanteerd wordt, kan een rol spelen in de omvang van de problematiek. Wanneer alleen geen medische noodzaak als uitgangspunt wordt genomen, kan het aantal verkeerde bedden hoger liggen dan wanneer ook het functioneel en sociaal fit zijn van de patiënt wordt meegenomen in de beoordeling. De manier waarop een verkeerd bed wordt gedefinieerd kan dus invloed hebben op het aantal verkeerde bedden in een ziekenhuis.

Uit meerdere studies over vertraagd ziekenhuisontslag, komen verschillende redenen naar voren voor de verkeerde bed problematiek. Deze redenen kunnen worden onderverdeeld in individuele-, interne-, externe- en agentschapsredenen (Glasby 2003: 81; Ou et al. 2009; Bouman et al. 2007).

#### 2.1.1 Individuele redenen

De besproken literatuur laat een duidelijke link zien tussen de verkeerde bed problematiek en individuele redenen (Victor et al. 2000). Individuele redenen zijn gerelateerd aan karakteristieken van de patiënt zoals demografische variabelen als leeftijd en geslacht. Zo blijken oudere vrouwelijke patiënten vaker een verkeerd bed bezet te houden. Ook patiënten die alleen wonen en/ of geen mantelzorgers hebben, hebben een grotere kans om een verkeerd bed bezet te houden (Victor et al. 2000; Glasby 2003: 83). Victor et al. gingen er vanuit dat de demografische variabelen een rol speelden bij de verkeerde bed problematiek.

Uit het onderzoek bleek echter dat ouderdom/ leeftijd geen verband heeft met verkeerde bedden. De afwezigheid van een mantelzorger als individuele reden blijkt wel een oorzaak van verkeerde bed problematiek. Als er geen mantelzorger aanwezig is betekent dit dat de patiënt pas naar huis kan als hij onafhankelijk kan functioneren of als de benodigde care zorg is geregeld (ibid). Zolang deze mantelzorg niet geregeld is, kan de patiënt dus in het ziekenhuis blijven liggen.

De keuze van een zorginstelling door de patiënt of familie heeft eveneens invloed op de verkeerde bed problematiek (Glasby et al. 2006; Baumann et al. 2007; Ou et al. 2009). Patiënten/familie hebben het recht zelf een zorginstelling te kiezen voor hun care zorg. Doordat patiënten deze keuze nog moeten maken, blijven zij langer in het ziekenhuis dan noodzakelijk (Baumann et al. 2007). Het wel of niet aanwezig zijn van een mantelzorger heeft invloed op de keuze van de patiënt. Een mantelzorger speelt namelijk een sleutelrol bij de beslissing van de patiënt/familie over de care zorg. De afwezigheid hiervan kan zorgen voor extra vertraging in het nemen van deze beslissing (Victor et al. 2000).

### 2.1.2 Interne redenen

Interne redenen voor de verkeerde bed problematiek spelen zich af binnen de muren van het ziekenhuis (Ou et al. 2009). Glasby et al. (2006) geven aan dat interne redenen voor verkeerde bedden nog onderbelicht zijn, wat met name komt door de complexiteit van dit proces. Een groot deel van verkeerde bedden ontstaat door organisatorische redenen. Victor et al. (2000) geven aan dat er een oorzakelijk verband is tussen organisatorische redenen en de verkeerde bed problematiek. Ze stellen zelfs dat organisatorische redenen de grootste oorzaak vormen van de verkeerde bed problematiek. Hieronder vallen bijvoorbeeld de vergoedingen van zorg, intersectorale factoren, beschikbaarheid van personeel en het ontbreken van afstemming tussen cure en care zorg (Glasby et al. 2006; Victor et al. 2000).

Ook een vertraging in het tijdstip van consult, het vaststellen van de ontslagdatum en een vertraging in diagnose zijn organisatorische redenen voor de verkeerde bed problematiek. Medisch specialisten dienen tijdens een consult aan te geven wanneer de patiënt naar huis mag. Het moment van dit consult en het plannen van de ontslagdatum zijn echter niet altijd op tijd (Ou et al. 2009; Glasby et al. 2006).

Ook een vertraging in het gereed maken van de thuismedicatie speelt een belangrijke rol bij de verkeerde bed problematiek (Glasby et al. 2006; Baumann et al. 2007; Mutsch & Herbert 2010). Doordat patiënten steeds korter in het ziekenhuis verblijven is er een grotere druk om de thuismedicatie in orde te maken en de patiënt voor te lichten over deze medicatie. Doordat er te weinig tijd is om de thuismedicatie gereed te maken binnen de tijd dat de patiënt in het ziekenhuis verblijft, moet de patiënt langer in het ziekenhuis verblijven dan gepland (Mutsch & Herbert 2010).

Daarnaast is beperkte beschikbaarheid van transport service voor patiënten naar vervolgzorg of naar een ander ziekenhuis een reden voor het onnodig bezet houden van een bed (Glasby 2003; Glasby et al. 2006; Ou et al. 2009; Bouman et al. 2007).

Tot slot is een slechte ontslag planning of niet tijdig plannen van de nazorg een belangrijke reden van de verkeerde bed problematiek (Glasby 2003; Baumann et al. 2007).

### 2.1.3 Externe redenen

Externe redenen van verkeerde bedden spelen zich af buiten de ziekenhuismuren (Ou et al. 2009). Eén van de belangrijkste externe redenen van de verkeerde bed problematiek is dat er een beperkte capaciteit aanwezig is aan care zorg en dat de patiënt hierop moet wachten

(Hertogh & Ribbe 1996; Glasby et al. 2006; Baumann et al. 2007). Victor et al. (2000) constateren een oorzakelijk verband tussen de toegang tot de care zorg en de verkeerde bed problematiek. Deze beperkte capaciteit kan bestaan uit plaatsgebrek in de verpleegzorg of revalidatiezorg, gebrek aan thuiszorg, gebrek aan mantelzorg, het moeten wachten op wijkverpleging en het wachten op benodigde thuiszorg hulpmiddelen (Glasby 2003:81; Ou et al. 2009). De wijze waarop er met de geringe capaciteit wordt omgegaan speelt een belangrijke rol in de bed problematiek (Hertogh & Ribbe 1996).

Een andere externe reden is een vertraging in de service beoordeling en in de vergoeding van de care zorg (Glasby 2003: 81). Service beoordeling is de indicatiestelling die door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) wordt uitgevoerd. Het wachten op een indicatiestelling van het CIZ wordt vaak ervaren als belemmering van de doorstroming van patiënten naar de care zorg (Borghans 2007). De reden hiervoor is dat deze beoordeling bureaucratisch en ondoorzichtig is (Hertogh & Ribbe 1996).

#### 2.1.4 Agentschapsredenen

Naast de individuele, interne en externe redenen kan, onvoldoende samenwerking tussen agentschappen leiden tot verkeerde bedden (Baumann et al. 2007; Glasby et al. 2006). Met name omdat hierbij veel stakeholders betrokken zijn met uiteenlopende belangen (Victor et al. 2000). Victor et al. (2000) geven aan dat er een oorzakelijk verband is tussen het ontbreken van een multidisciplinair team en de verkeerde bed problematiek. Tevens is het gebrek aan multidisciplinaire protocollen een reden van de verkeerde bed problematiek. Ook het onvoldoende rekening houden van verpleegkundigen met de rol, verantwoordelijkheden en benodigdheden van andere agenten speelt hierin een rol. Hierdoor is er weinig ontslag informatie beschikbaar en wordt er vaak te laat gecommuniceerd met andere agenten (Baumann et al. 2007). Ouderen kunnen hierdoor langer in het ziekenhuis verblijven dan noodzakelijk is doordat er sprake is van problemen in het coördineren van verschillende agentschappen (Victor et al. 2000).

Bovenstaande redenen laten zien dat de oorzaken van de verkeerde bed problematiek zeer breed, complex en uiteenlopend zijn (Glasby et al. 2006). Het reduceren van de verkeerde bedden is dan ook geen eenvoudige opgave. Ziekenhuisontslag planning wordt gezien als een middel om deze bed problematiek terug te dringen. Wat ziekenhuisontslag planning specifiek inhoudt en uit welke elementen deze planning bestaat, wordt in de volgende paragrafen toegelicht. Tevens wordt aangegeven hoe ziekenhuisontslag planning kan bijdragen aan vermindering van de verkeerde bed problematiek.

## **2.2 Het proces van ziekenhuisontslag, een nadere definiëring**

Ziekenhuisontslag planning kent meerdere definities. Het is een kernelement voor het continueren van de zorg voor met name ouderen (Bull & Kane 1996). McKeehan (1981) geeft aan dat het een proces is van activiteiten waarbij zowel de patiënt als meerdere disciplines samenwerken om de transfer van de ene zorgomgeving naar de andere te faciliteren. Schlemmer (1989, in Watts & Gardner 2005) definieert ziekenhuisontslag planning als onderdeel van de continuïteit van zorg die ontworpen is om de patiënt voor te bereiden op de volgende zorg fase en hem te assisteren bij het maken van noodzakelijk regelingen voor deze fase. Volgens Schlemmer (1989, in Watts & Gardner 2005) wordt de patiënt dus voorbereid op de volgende fase en eventueel geassisteerd bij het regelen hiervan. Volgens McKeehan (1981) gaat ziekenhuisontslag planning verder dan dit en wordt de benodigde zorg ook in orde maakt voor de patiënt. Clausen (1984) geeft aan dat het een

proces is waarbij de verpleging de transfer van de verantwoordelijkheid van de zorg coördineert naar de patiënten en andere zorgprofessionals. Hier gaat het dus om het doorschuiven van de verantwoordelijkheid van de zorg en niet om daadwerkelijk de zorg voor de patiënt te regelen. De meest complete definitie is de definitie van Rorden en Taff (1990, in Watts & Gardner 2005). Zij omschrijven ziekenhuisontslag planning als *“Een proces bestaande uit verschillende stappen of fasen waarvan het directe doel is het anticiperen op veranderingen in de zorg voor de patiënt, zijn behoeften en waarbij de continuïteit van de zorg wordt verzekerd.”* Bij deze definitie wordt rekening gehouden met de behoeften van de patiënt en de psychologische, economische en sociale omstandigheden waarin de patiënt zich bevindt. Ook wordt in deze definitie een onderscheid gemaakt in verschillende fasen. De verschillende fasen kunnen worden onderverdeeld in het leren kennen van de patiënt (patiëntbeoordeling), het gezamenlijk kiezen van de ontslagdatum (met alle leden van het team), het in gang zetten van het ontslag en de daadwerkelijke overgang van de zorg van de ene naar de andere instelling (Bull & Roberts 2001). Daarnaast kan dit proces bestaan uit het ontwikkelen van een operatief plan, het voorzien in de benodigde educatie van de patiënt en mantelzorgers, een follow up en een evaluatie (Bauer et al. 2009). Mukotekwa (2007) en Watts en Gardner (2005) verdelen het ontslagproces in vier fasen, namelijk de assessment fase, de planningsfase, de implementatiefase en de evaluatiefase.

In dit onderzoek wordt uitgegaan van de definitie van Rorden en Taff (1990, in Watts & Gardner 2005). Deze definitie omvat de inhoud van de andere definities en is daarmee de meest uitgebreide beschrijving van ontslagplanning.

## **2.3 Elementen van ziekenhuisontslag planning**

Hoe ziekenhuisontslag planning meer specifiek kan worden vormgegeven, is onderwerp van onderzoek geweest. Meerdere onderzoekers hebben zich over de vraag gebogen welke elementen van belang zijn in een effectieve ziekenhuisontslag planning. De conclusies van deze elementen staan centraal in deze paragraaf.

### 2.3.1 Samenwerken

Bull en Roberts (2001) hebben onderzoek gedaan naar elementen van een effectieve ontslagplanning. Zij benoemen effectieve samenwerking in een multidisciplinair team als een eerste belangrijk element. Door samen te werken in een team kan een effectieve ziekenhuisontslag planning gerealiseerd worden (Baumann et al. 2007; Glasby et al. 2006; Pearson et al. 2004). Voorwaarden hiervoor zijn dat er sprake is van wederzijds vertrouwen van de teamleden en een vervaging van de disciplinaire grenzen. Daarnaast moet de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van het proces bij één persoon liggen. (Bull & Roberts 2001). Mur-Veeman en van Raak (1994) geven aan dat voor een effectief ontslag eveneens een innovatieve cultuur, een sterk commitment en de wil om autonomie te delen met verschillende disciplines in het team noodzakelijk zijn. Dit laatste is lastig te realiseren in een team omdat autonomie moeilijk te bewerkstelligen is in de sociaal culturele omgeving van professionals. Daarom is ongedeelde autonomie een kernwaarde die het clusteren van de verschillende zorgsystemen kan tegenwerken (Henwood 2006). Ook is het van belang dat beslissingen niet onafhankelijk van elkaar worden genomen. De toenemende mate van wederzijdse afhankelijkheid zorgt ervoor dat samen beslissen noodzakelijk is (Mur-veenman & van Raak 1994).

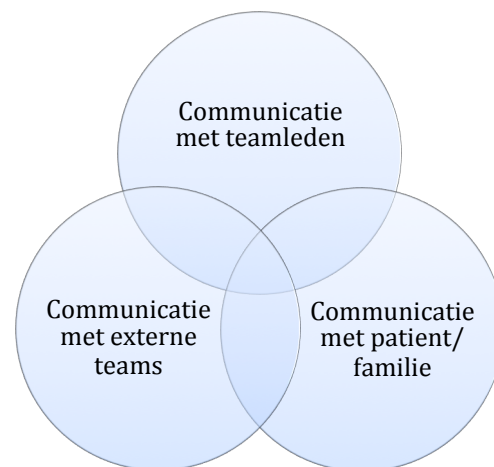
Een eerste stap in het realiseren van samenwerking is het goed inventariseren van de stakeholders die betrokken zijn bij ziekenhuisontslag planning (Maramba et al. 2004). Op

deze manier kunnen belangrijke stakeholders bij elkaar worden gebracht in een team. Samenwerken in het plannen van het ziekenhuis ontslag gaat echter over de grenzen van de eigen organisatie heen en dient niet geïsoleerd te worden uitgevoerd. Zowel organisaties vanuit de cure als care sector (thuiszorg of verpleegzorg) dienen betrokken te zijn bij het plannen hiervan (Glasby 2003; Glasby et al. 2006). Dit betekent dat naast interne samenwerking ook samenwerking vereist is met externe stakeholders. Een tweede stap is het ontwikkelen van een multidisciplinair ontslagprotocol (Maramba et al. 2004; Glasby 2003: 17;), waarbij het proces gestandaardiseerd wordt (Maramba et al 2004). De verpleging dient hierin een grote coördinerende rol te spelen (Baumann et al. 2007). Als laatste geven Baumann et al. (2007) aan dat een notificatie systeem noodzakelijk is om vroegtijdig de te verwachte ontslag datum te communiceren. Ook het gezamenlijk monitoren van individueel ontslag en wekelijkse vertragingen zijn van belang bij het realiseren van samenwerking.

### 2.3.2 Communicatie en informatie

Naast het hebben van een multidisciplinair team is een goede communicatie en het uitwisselen van informatie van belang om de verkeerde bed problematiek tegen te gaan. Deze informatie moet worden uitgewisseld met zowel verschillende zorgdisciplines (intern en extern) als met de patiënt, familie en eventuele mantelzorgers. (Watts & Gardner 2005; Bull & Roberts 2001; Bull 1994; Glasby 2003; Maramba et al. 2004). Deze communicatie zorgt ervoor dat de geïdentificeerde behoeften van de patiënt overgedragen worden aan de volgende zorgverleners (Watts & Gardner 2005).

Volgens Bull en Roberts (2001) dient er voor een optimale ontslagplanning sprake te zijn van drie communicatie cirkels. De eerste cirkel bestaat uit communicatie met de leden van het team onderling. De tweede cirkel bestaat uit communicatie met de patiënt en familie. En de derde cirkel bestaat uit communicatie met teams van andere zorginstellingen (de care zorg). De communicatie cirkels dienen in de praktijk aanwezig te zijn en met elkaar gekoppeld te zijn om een effectieve ziekenhuisontslag planning te realiseren (Bull & Roberts 2001). Bij deze communicatie tussen alle betrokkenen is sprake van enige mate van overlap (ibid).



Figuur 2.1 communicatiecirkels

Om goed te kunnen communiceren is de ontwikkeling van ein goed kommunikatie- en notificatiesysteem für alle disciplines vereist (Baumann et al. 2007). Er dient ein spezifisch datensystem te werden entwickelt um die stroom von information zwischen die drei kommunikation cirkels te bevorderen. (Ou et al. 2009; Bull & Roberts 2001). Het ontwikkelen von ein kommunikatie- und notificatiesysteem vereist inzicht in welke information vereist is en für wie diese information von belang is.

Als eerste wordt er door verschillende disciplines met die patiënt/ familie gecommuniceerd. Toegang hebben tot die juiste information und education is für zowel die patiënt als für mantelzorgers von belang (Bauer et al. 2009). Het betreft bijvoorbeeld information über het te volgen dieet, über die uit te voeren functionele activiteiten, über het handelen na die operatie und über die ontslagdatum von die patiënt. (Anthony & Hudson-Barr



2004; Bull 1994). Bull en Roberts (2001) geven hiernaast aan dat informatie over de diagnose, prognose, zelfzorgmogelijkheden, soorten behandelingen en medicatie gewenst is. Maloney en Weiss (2011) geven aan dat patiënten tevens informatie willen ontvangen over de preventie van complicaties en het omgaan met eventuele complicaties. Tot slot willen patiënten op de hoogte blijven van wat er is besproken in het team overleg (Bull & Roberts 2001). Zie tabel 2.1 voor een overzicht van gewenste informatie voor patiënten/familie.

Goede communicatie en uitwisseling van informatie vereist tevens een bepaalde verantwoording van de patiënt (Bull 1994). De patiënt is deels verantwoordelijk voor het stellen van vragen en het verschaffen van informatie over zijn situatie. Om welke soort informatie het hier gaat staat in tabel 2.1. Het is eveneens van belang dat de verschillende disciplines informatie verstrekken aan de patiënt en dat de patiënt de gelegenheid heeft om vragen te stellen. Het niet stellen van vragen of het stellen van de verkeerde vragen door zowel patiënten als professionals kan leiden tot slechte communicatie en de verkeerde informatie (ibid). Het is van belang om informatie te verstrekken die ook echt van toepassing is op de patiënt (Glasby 2003). Maloney en Weiss (2011) geven aan dat patiënten het idee hebben juist teveel informatie te ontvangen. Dit komt doordat verpleegkundigen informatie verstrekken op basis van wat volgens hen van belang is in plaats van op basis van wat de patiënt belangrijk vindt (ibid). Deze informatie paradox speelt een rol in de communicatiecirkels en geeft het belang aan van goede en juiste uitwisseling van informatie tussen de disciplines en de patiënt/familie.

Daarnaast is er sprake van communicatie met de teamleden, zie tabel 2.1. Teamleden willen informatie ontvangen van patiënten en familie over de thuissituatie, over hun omgang met de ziekte na ontslag en over de voorkeur van care zorg. Van familieleden willen ze weten hoe het thuis ging voordat de patiënt werd opgenomen (Bull en Roberts 2001). Teamleden willen van elkaar tijdig de ontslagdatum doorkrijgen van een patiënt. Daarnaast willen ze de informatie ontvangen die de patiënt heeft verstrekt (Bull & Roberts 2001). Een open en constructieve communicatie over de oorzaken en oplossingen van verkeerde bedden is eveneens van belang, net als informatie over het verloop van ziekenhuisontslag planning (Baumann et al. 2007). Baumann et al. (2007) beschrijven dat verpleegkundigen aangeven dat ze weinig kennis en duidelijkheid hebben over ziekenhuisontslag planning. Informatie over het verloop van het proces en het monitoren van het proces van iedere individuele patiënt spelen een belangrijke rol. Het is hierbij belangrijk om te communiceren over wat er reeds gedaan is en om vast te leggen wat er nog gedaan moet worden (ibid).

Tot slot wordt er met externe teams gecommuniceerd, zie tabel 2.1. Er dient tijdig informatie verstrekt te worden over de gezondheidsstatus van de patiënt, de recente zorg die de patiënt heeft ontvangen en factoren die van belang zijn voor de verdere zorg (Satzinger et al. 2005). Externe teams willen daarnaast ruim op tijd informatie ontvangen over de ontslagdatum van de patiënt en over de voorkeuren en beperkingen van de patiënt/familie (Bulle & Roberts 2001). Interne teamleden willen van de externe teams op de hoogte worden gehouden van de toegankelijke hulpbronnen (Baumann et al. 2007).



Informatie patiënt/ familie	Informatie teamleden	Informatie externe teams
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnose</li> <li>- Prognose</li> <li>- Mogelijk behandelingen</li> <li>- Ontslagdatum</li> <li>- Zelfzorgmogelijkheden</li> <li>- Dieet</li> <li>- Functionele activiteiten</li> <li>- Uitslag van teamoverleg</li> <li>- Managen na behandeling;</li> <li>Wondverzorging</li> <li>Toegang tot care zorg</li> <li>Pijn</li> <li>Medicatie</li> <li>Zorgen</li> <li>Complicaties managen</li> <li>Gewoonten (roken, alcohol)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Van patiënt</li> <li>- Thuissituatie;</li> <li>Functioneren</li> <li>Thuis omgeving</li> <li>Sociale ondersteuning</li> <li>- omgaan met ziekte na ontslag</li> <li>- Voorkeur voor zorg</li> <li>Van andere teamleden</li> <li>- Ontslagdatum</li> <li>- Oorzaken en oplossingen voor verkeerde bedden</li> <li>- Monitoren voortgang individuele patiënt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aan externe teams</li> <li>- Gezondheidsstatus</li> <li>- Ontvangen zorg</li> <li>- Factoren voor verdere zorg</li> <li>- Ontslag datum</li> <li>- Voorkeuren</li> <li>- Wat patiënt zelf kan</li> <li>Van externe teams</li> <li>- Beschikbare hulpbronnen</li> </ul>

Tabel 2.1 Verdeling van informatie behoeften

### 2.3.3 Rol patiënt/ familie

De rol van de patiënt en familie is een derde element dat een bijdrage kan leveren aan de verkeerde bed problematiek. De patiënt en familie dienen als eerste een centrale rol te spelen in ziekenhuisontslag planning. Hierbij is het van belang om de behoefte van de patiënt en de familie in kaart te brengen (Glasby 2003; Satzinger et al. 2005; Watts & Gardner 2005; Malony & Weiss 2008; Pearson et al. 2004). Als patiënten betrokken worden bij ontslagplanning leidt dit tot meer tevredenheid bij patiënten en tot een betere gezondheidsuitkomst. Ontslag planning dient te worden vormgegeven met de patiënt in gedachten. Om dit te kunnen realiseren dient inzichtelijk te zijn welke informatie patiënten denken nodig te hebben, hoe belangrijk deze informatie is en in hoeverre de patiënt betrokken wil zijn bij ontslagplanning (Anthony & Hudson-Barr 2004).

Ten tweede vervult de patiënt een belangrijke rol in het verstrekken van de juiste informatie. De patiënt is zoals eerder aangegeven deels verantwoordelijk voor het verstrekken van benodigde informatie en het stellen van vragen (Bull 1994).

Ten derde vervult de familie een belangrijke rol. De verantwoordelijkheid voor de zorg komt na ontslag vaak bij hen te liggen. Zij fungeren als mantelzorgers en vormen hierdoor een belangrijke schakel in een goede ontslagplanning (Bauer et al. 2009). Mantelzorgers hebben een grote rol in het herstel van de patiënt en wellicht een nog belangrijkere rol in het voorkomen van een volgende opname. Daarnaast spelen zij een rol in het vervullen van de behoeften van de patiënt die niet door de care sector vervuld kunnen worden. In de besproken literatuur komt naar voren dat mantelzorgers doorgaans te weinig informatie ontvangen waardoor ze moeilijkheden ondervinden met het vervullen van deze rol. Het is daarom noodzakelijk om de mantelzorgers te betrekken bij ziekenhuisontslag planning. Ook moeten zij worden voorbereid op de rol van mantelzorgers door middel van educatie (ibid). Deze educatie vormt een belangrijke stap in het proces van ziekenhuis ontslag planning.

### 2.3.4 Verantwoording en taken

Een goede vormgeving van de verantwoording en taken is een vierde element dat een rol speelt in de verkeerde bed problematiek. Duidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor het coördineren van ziekenhuisontslag planning is een belangrijk element om ontslagvertraging te reduceren. Deze verantwoordelijkheid dient bij één persoon te worden neergelegd (Glasby 2003; Satzinger et al. 2005). Maramba et al. (2004) spreken van het belang van het aanwijzen van een ontslag coördinator. Deze verantwoording kan bij een verpleegkundige worden neergelegd (Baumann et al. 2007; Glasby et al. 2006; Watts & Gardner 2005). De verpleegkundige heeft een prominente rol in ziekenhuisontslag planning en maakt altijd deel uit van het team terwijl andere disciplines wisselen. Het monitoren en zorg dragen voor de patiënt is de taak van een verpleegkundige en het proces van ziekenhuisontslag planning loopt parallel aan het verpleegproces (Watts & Gardner 2005; Glasby et al. 2006). De medisch specialist heeft echter de uiteindelijke verantwoordelijkheid in het ontslag van de patiënt. Deze specialist dient erop toe te zien dat de patiënt pas wordt ontslagen als op alle mogelijk manieren is geprobeerd om de care zorg voor de patiënt in orde te maken (Glasby 2003: 17). Dat de verantwoording voor het coördineren bij de verpleegkundige ligt en de uiteindelijke verantwoording voor het ontslag bij de medisch specialist ligt, kan onduidelijkheden met zich meebrengen. Beiden dienen dan ook goed samen te werken en verantwoordelijkheden op elkaar af te stemmen.

De eerste taak van de verantwoordelijke verpleegkundige is om zo vroeg mogelijk te starten met de ziekenhuisontslag planning, bij voorkeur al voor de admittie fase (Glasby 2003; Bull 1994; Watts & Gardner 2005; Pearson et al. 2004). In werkelijkheid vindt het plannen vaak te laat en op ad-hoc basis plaats. Redenen hiervoor zijn de afhankelijkheid van wat er op de afdeling gebeurt, de uiteindelijke diagnose van de patiënt en de wijze van het verpleegkundig handelen. Deze factoren kunnen ervoor zorgen dat de start van de ontslagplanning vertraging kan oplopen (Watts & Gardner 2005). Met name door de kortere opnameduur dient ziekenhuisontslag planning steeds eerder en sneller te worden uitgevoerd (Victor et al. 2000). Hiernaast heeft de verantwoordelijke verpleegkundige de taak om de voortgang van de patiënt vanaf opname tot ontslag te monitoren. Ook het identificeren van patiënten die care zorg nodig hebben en het monitoren van het gereed maken van ontslag (Baumann et al. 2007) behoren tot de taken. Daarnaast dient een verpleegkundige de behoeften van de patiënt en mogelijke knelpunten in kaart te brengen en te communiceren met het team en de familieleden. Tot slot behoren het initiëren van verwijzingen (Maramba et al. 2004) en het identificeren van patiënten die eigenlijk alternatieve zorg nodig hebben in plaats van ziekenhuiszorg tot de taken van de verpleegkundige (Victor et al. 2000).

### 2.3.5 Toegang tot bronnen

Toegang tot de juiste hulpbronnen is het laatste element dat van belang is in ziekenhuisontslag planning. Het daadwerkelijke ontslag van een patiënt dient pas plaats te vinden als de gehele nazorg geregeld is (Glasby 2003). Voor ziekenhuisontslag planning is het tenslotte noodzakelijk dat er toegang is tot de juiste hulpbronnen. Deze hulp kan bestaan uit een plek in een verzorgingshuis of een revalidatiecentrum, medische ondersteunende hulpmiddelen, thuiszorg of mantelzorg. De vormen van zorg vallen onder de care zorg (Bull 1994; Ou et al. 2009 ). Het gaat er hierbij om dat de *juiste bron* op het *juiste moment* voor de patiënt toegankelijk is. Dit is een belangrijk (extern) element in het plannen van het ziekenhuisontslag en kan een bijdrage leveren aan de capaciteitsreden van verkeerde bedden, zie paragraaf 2.4.3.

Patiënten gaan ervan uit dat ze niet ontslagen worden voordat de benodigde hulpbronnen beschikbaar zijn. Zorgdisciplines dienen dan ook van tevoren te inventariseren welke zorg de patiënt nodig heeft na ontslag. Dit gebeurt door de ADL's (activities of daily living) van patiënten vast te stellen en een keuze te maken in de beschikbare en noodzakelijk care zorg (Bull 1994). Aan de andere kant dienen zorgprofessionals vanuit de care zorg ervoor te zorgen dat ze op de hoogte zijn van beschikbare hulpbronnen en dat deze bronnen beschikbaar zijn voor patiënten (Baumann et al. 2007).

Een belangrijke hulpbron voor een effectieve ontslagplanning is de beschikbaarheid van *transfer bedden*. Op deze manier kunnen patiënten die medisch uitbehandeld zijn maar waarvoor de nazorg nog onzeker of nog niet gekozen is, een transfer naar een tijdelijk verblijf krijgen (Baumann et al. 2007; Glasby et al. 2006). Tot slot is het van belang dat tijdens de opname van een patiënt wordt bekeken of de patiënt een bed in het ziekenhuis echt nodig heeft. Het kan namelijk voorkomen dat patiënten een bed bezet houden in het ziekenhuis, terwijl alternatieve zorg beter en gepaster is (Victor et al. 2000).

Bovenstaande elementen geven inzicht in de fases van het proces van ziekenhuisontslag planning. Juiste invulling van deze elementen in de fases van ziekenhuisontslag planning kan een effectief proces bewerkstelligen dat een bijdrage levert aan het reduceren van de verkeerde bed problematiek.

## **2.4 Bijdrage elementen aan redenen verkeerde bedden**

In de besproken literatuur wordt aangegeven dat effectieve ziekenhuisontslag planning een bijdrage levert aan reducering van de verkeerde bed problematiek (Glasby 2003; Baumann et al. 2007). Inzicht in de elementen van een effectieve ziekenhuisontslag planning is noodzakelijk om het aantal verkeerde bedden te verminderen. Deze elementen dienen dan ook terug te komen in de verschillende fasen van ziekenhuisontslag planning (Bauer et al. 2009; Baumann et al. 2007). De elementen die ziekenhuisontslag planning optimaliseren zoals samenwerking, communicatie en informatie, rol van de patiënt en familie, verantwoording en taken en toegang tot de care zorg, maken het mogelijk dat de verkeerde bed problematiek gereduceerd wordt (Baumann et al. 2007; Bauer et al. 2009; Victor et al. 2000). Hieronder wordt nader omschreven of en hoe deze elementen volgens de literatuur een reducering van verkeerde bedden kunnen bewerkstelligen.

Succesvolle samenwerking heeft als voordeel dat een efficiënte doorstroming en een betere continuïteit van de zorg gerealiseerd kan worden (Hertogh & Ribbe 1996). Door samen te werken kunnen de agentschapsredenen van verkeerde bedden worden gereduceerd. Hiervoor is een multidisciplinaire aanpak nodig waarbij multidisciplinaire protocollen worden ontwikkeld en waarbij disciplines rekening houden met elkaars rol, verantwoordelijkheden en benodigdheden (Baumann et al. 2007). Door samenwerking is het mogelijk om de taken van de verschillende agentschappen beter te coördineren (Victor et al. 2000).

Communicatie en informatie spelen een belangrijke rol bij een effectieve ziekenhuisontslag planning. Door informatie te delen en gebruik te maken van elkaars expertise zal de omvang van het aantal verkeerde bedden worden teruggedrongen (Hertogh & Ribbe 1996). De communicatie en informatiestroom in het ziekenhuisontslag planningsproces hebben vermoedelijk invloed op meerdere redenen van verkeerde bedden. De theorie geeft het belang aan van een goede communicatie en informatie in alle fasen van ziekenhuisontslag planning maar beschrijft geen directe relatie met de redenen van verkeerde bedden (Bull & Roberts 2001). Op welke manier een optimale communicatie en informatiestroom een bijdrage leveren aan het aantal verkeerde bedden wordt nauwelijks besproken.

De rol van de patiënt en familie kan invloed hebben op de verkeerde bed problematiek. Door meer betrokkenheid van de patiënt worden de keuzes van de patiënt inzichtelijk en kan hier op worden ingespeeld (Bauman et al. 2007). Dit kan de individuele reden, wachten op de keuze van de patiënt, reduceren. Victor et al. (2000) geven aan dat de aanwezigheid van een mantelzorger de verkeerde bed problematiek reduceert. De aanwezigheid van een mantelzorger kan bepaalde individuele redenen van verkeerde bedden verminderen.

Bij verantwoording en taken wordt aangegeven dat het zo vroeg mogelijk starten met ziekenhuisontslag planning de verkeerde bed problematiek kan reduceren. Het betreft dus de invloed op interne, organisatorische redenen. Een belangrijk element om interne vertraging van ontslag te reduceren is het verkrijgen van duidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor het coördineren van het ziekenhuisontslag planningsproces en welke taken hierbij van belang zijn.

Bij het element toegang tot bronnen gaat het er om dat de *juiste bron* op het *juiste moment* toegankelijk is voor de patiënt. Dit is een belangrijk (extern) element in het plannen van het ziekenhuisontslag dat een bijdrage kan leveren aan het reduceren van de capaciteitsreden van verkeerde bedden. Victor et al. (2000) geven aan dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen de toegang tot de care zorg en de verkeerde bed problematiek, met name omdat hierbij veel stakeholders betrokken zijn. Dit kan leiden tot verkeerde bedden omdat stakeholders verschillende belangen hebben die het regelen van care zorg kunnen vertragen.

Elementen van een effectief ontslag zijn mogelijk ook onderling gelinkt aan elkaar. Zo leidt goede communicatie tot beter management van de verschillende fasen en tot een betere toegang tot de beschikbare bronnen (Bull 1994). Het is daarom niet mogelijk om een directe link te leggen naar de invloed van één bepaald element op één bepaalde reden van verkeerde bedden. Deze kunnen in meerdere of mindere mate een bepaalde invloed op elkaar hebben. Het is daarom van belang om zo veel mogelijk van deze elementen te verwerken in de fasen van ziekenhuisontslag planning (Baumann et al. 2007). De vraag of deze elementen in de praktijk een bijdrage leveren aan de verkeerde bed problematiek wordt door de besproken literatuur wel beantwoord. De exacte onderbouwing van hoe ziekenhuisontslag planning een bijdrage levert aan de verkeerde bedden en hoe de verschillende disciplines dit ervaren, blijft echter onderbelicht. Eventuele conflicterende effecten tussen de elementen van ziekenhuisontslag planning of nieuwe verschijnselen bij de invoering ervan in de praktijk worden niet besproken

Door deze elementen op te nemen in een ziekenhuisontslag planning, kunnen echter niet alle redenen van de verkeerde bed problematiek worden ondervangen. De externe capaciteit van de care sector is hier een goed voorbeeld van. Binnen ziekenhuisontslag planning kan wel een betere coördinatie, communicatie en informatie-uitwisseling tussen de care en cure sector plaatsvinden over de capaciteiten die beschikbaar zijn. Onvoldoende capaciteit in de care zorg is echter een element waaraan ziekenhuisontslag planning weinig kan veranderen. Een andere reden voor verkeerde bedden is het niet tijdig in orde hebben van de indicatiestelling en financiering. Dit komt door de scheiding in zorgvergoeding; kortdurende zorg wordt vanuit de ZVW vergoed en lang durende zorg wordt vergoed vanuit de AWBZ. Deze splitsing kan een vertraging in ontslag veroorzaken die niet op te lossen is door een goede ziekenhuisontslag planning. Ook hier is het wel mogelijk om in een vroeg stadium te beginnen met het in orde te maken van de nazorg en de indicatiestelling van het CIZ zodat eventuele financiële redenen eerder kunnen worden aangepakt. Oplossingen voor

redenen die niet in een ziekenhuisontslag planning te ondervangen zijn, zoals de institutionele grens tussen de care en cure sector en de capaciteit van de care sector, zullen op hoger niveau moeten worden gerealiseerd. Voor deze redenen is meer nodig dan een effectieve ziekenhuisontslag planning. Hiervoor is structurele integrale zorg tussen de cure en care sector vereist (Kodner & Kyriacou 2000); een gehele systeembenadering (Henwood 2006). Ook Glasby (2003) geeft aan dat integrale zorg de enige manier is om tot succesvolle samenwerking te komen. De mogelijke oplossing van de verkeerde bed problematiek is overkoepelend voor alle organisaties. De verkeerde bed problematiek dient niet geïsoleerd te worden gezien. Het heeft een oplossing nodig waarbij de grens tussen de cure en care zorg minder zichtbaar wordt (Glasby et al. 2006). Integrale zorg is volgens Baumann et al. (2007) echter niet strikt noodzakelijk om de verkeerde bed problematiek aan te pakken. Wanneer succesvol wordt samengewerkt om de verkeerde bed problematiek aan te pakken is het niet per se nodig om structurele integratie te realiseren. Succesvol samenwerken is volgens Boumann et al. (2007) al voldoende om de grens tussen cure en care zorg te vervagen.

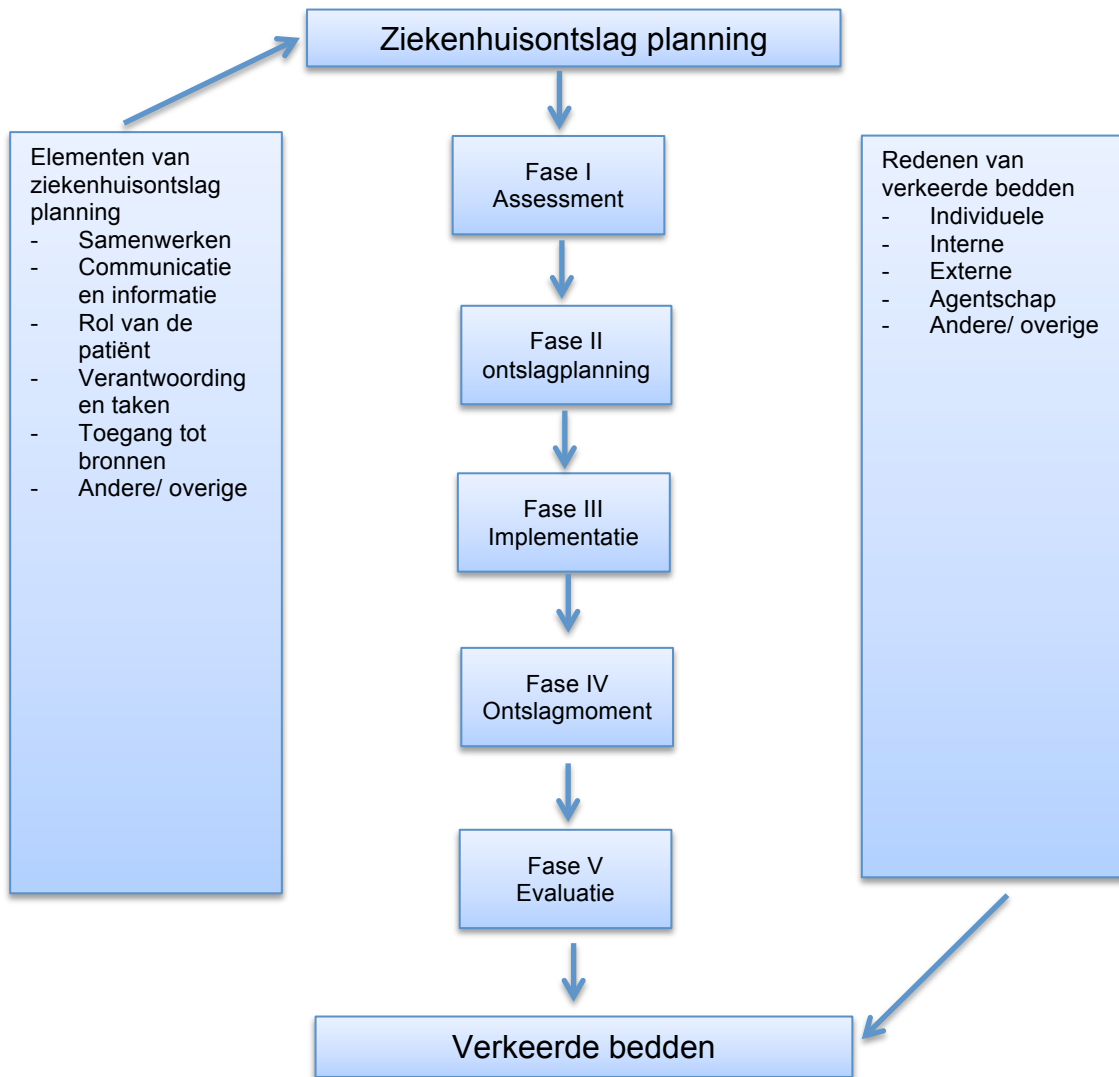
## **2.5 Conceptueel model**

Het conceptueel model is gebaseerd op de bovenstaande inzichten uit de theorie. Om een bijdrage te leveren aan reducering van de verkeerde bed problematiek, moet ziekenhuisontslag planning de volgende elementen bevatten; samenwerken, communicatie en informatie, rol van de patiënt en familie, verantwoording en taken en toegang tot bronnen. Aan de hand van dit conceptueel model is het mogelijk om de case te bestuderen. Er kan op die manier inzicht worden verkregen in de bijdrage van ziekenhuisontslag planning aan de verkeerde bed problematiek volgens verschillende disciplines binnen het ziekenhuis.

Hierbij speelt de gehanteerde definitie van een verkeerd bed een rol. Deze kan mogelijk invloed hebben op de omvang van het probleem; de verkeerde bed problematiek. Het is dan ook van belang om te achterhalen van welke definitie in de praktijk wordt uitgegaan.

In het conceptueel model wordt ziekenhuisontslag planning opgedeeld in een proces bestaande uit verschillende stappen of fasen. De fasen zijn gebaseerd op de fasen van Bull en Roberts (2001), Mukotekwa (2007) en Watts en Gardner (2005). De patiënt kan de verschillende fasen van ontslag doorlopen. In deze fasen spelen de verschillende elementen een belangrijke rol om het proces optimaal te laten verlopen. De redenen kunnen leiden tot een verkeerd bed en ontstaan tijdens het uitvoeren van het proces. In iedere fasen kunnen de verschillende redenen voorkomen. Individuele redenen zullen vaak aan het begin van het proces een rol spelen, op het moment dat een patiënt een keuze dient te maken voor een bepaalde vorm van nazorg. De interne redenen kunnen in iedere fasen van ziekenhuisontslag planning voorkomen. De externe redenen zullen voornamelijk in de laatste fasen van het ontslag een rol spelen, aangezien het hier met name gaat om de externe capaciteit die beschikbaar is. Tot slot zal de agentschapsreden in iedere fasen een rol spelen omdat hierbij samenwerking tijdens het gehele proces en tussen alle betrokken stakeholders van belang is.

Het is volgens de theorie mogelijk om met ziekenhuisontslag planning de verkeerde bed problematiek aan te pakken. De vraag is echter hoe de verschillende disciplines deze ziekenhuisontslag planning ervaren.



*Figuur 2.2 Conceptueel model; bijdrage van ziekenhuisontslag planning aan verkeerde bedden*

## 3. Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de uitvoering van het onderzoek. De gekozen case en de respondenten worden besproken. Daarnaast worden de methode van onderzoek, de manier van data-analyse en de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek besproken.

### 3.1 Case en respondenten

Vanwege het beschrijvende karakter van het onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. Kwalitatief onderzoek kenmerkt zich door het benutten van kwalitatieve data om cases te schetsen en te verklaren (Baarda et al. 2005). Om deze reden is kwalitatief onderzoek geschikt om de ziekenhuisontslag planning van het SFG in kaart te brengen. Als onderzoeksdesign is gekozen voor een casestudie waarbij een sociaal verschijnsel in zijn natuurlijke setting wordt onderzocht, namelijk ziekenhuisontslag planning (Swanborn 2002). Hierdoor is het mogelijk om één case intensief te bestuderen en de ervaringen en belevingen van de respondenten in kaart te brengen. Deze casestudie combineert de theoretische inzichten en de praktijk van de verkeerde bed problematiek.

Het onderzoek vond plaats in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam (SFG). Omdat er geen duidelijk overzicht was van welke ziekenhuizen werken met een ziekenhuisontslag planning, was het niet mogelijk een gerichte case selectie uit te voeren. Het SFG heeft zichzelf als case aangemeld, omdat zij graag meer inzicht wilde verkrijgen in de bijdrage van ziekenhuisontslag planning aan de vermindering van de verkeerde bed problematiek. Het SFG zet sinds 2000 zeven transferverpleegkundigen in om ziekenhuisontslag planning van onder andere chronische ouderen effectief te laten verlopen. Deze transferverpleegkundigen zijn werkzaam vanuit de afdeling 'bureau nazorg' en zijn verantwoordelijk voor de coördinatie van ziekenhuisontslag planning. De transferverpleegkundigen zijn hier dus werkzaam op de grens van de cure en care sector. Hierdoor bevat deze case het intersectorale karakter dat eerder geschetst werd in het theoretisch kader.

Er is voor gekozen om het onderzoek te laten plaatsvinden op vier afdelingen van het SFG; twee afdelingen die veel verkeerde bedden hebben (chirurgie en neurologie) en twee afdelingen die weinig verkeerde bedden hebben (longziekten en reumatologie/nefrologie). Door op meerdere afdelingen het verloop van het aantal verkeerde bedden, de ervaren bijdrage van ziekenhuisontslag planning en de uitvoering van deze planning in kaart te brengen, kunnen deze punten met elkaar in verband worden gebracht. Op deze manier is het mogelijk om inzicht te verkrijgen in de bijdrage van ziekenhuisontslag planning aan de verkeerde bed problematiek.

De respondenten van dit onderzoek zijn afkomstig uit verschillende disciplines die nauw betrokken zijn bij het uitvoeren van ziekenhuisontslag planning. Dit zijn de transferverpleegkundigen, afdelingsverpleegkundigen en disciplines uit de care sector. Er was geen sprake van een steekproef onder de respondenten omdat de omvang van de respondenten te klein is om een representatieve selectie te maken. Respondenten werden geselecteerd op hun betrokkenheid bij ziekenhuisontslag planning. Er zijn in totaal veertien respondenten bij het onderzoek betrokken geweest (paragraaf 3.2.4).

## 3.2 Methoden van onderzoek

Om in kaart te brengen hoe ziekenhuisontslag planning een bijdrage levert aan de verkeerde bed problematiek zijn er naast het uitgevoerde literatuuronderzoek meerdere kwalitatieve onderzoeksmethoden ingezet; documentanalyse, observaties en interviews.

### 3.2.1 Literatuuronderzoek

Voor het achterhalen van de redenen voor verkeerde bedden en de aannames over de relatie tussen ziekenhuisontslag planning en de verkeerde bed problematiek, is een literatuuronderzoek uitgevoerd. Deze literatuur is afkomstig van de universiteitsbibliotheek, Pubmed, internet en de bibliotheek van het SFG. De zoektermen die hierbij zijn gebruikt zijn; verkeerde bedden, verkeerde bed problematiek, bed blocks, hospital discharge, discharge planning, delayed discharge, ziekenhuisontslag en hospital after care. De resultaten van het literatuuronderzoek zijn aan bod gekomen in het theoretisch kader.

### 3.2.2 Documentanalyse

In de eerste onderzoeksfase zijn relevante documenten geanalyseerd. Deze documentanalyse bestond uit het verzamelen van materiële zaken die tot stand zijn gekomen door menselijke gedragingen (Maso & Smaling 1998). De documenten die in dit onderzoek werden geanalyseerd zijn relevante protocollen van ontslag, verkeerde bedden en registraties (bijlage I). Door de protocollen te analyseren werd duidelijk welke fasen van ziekenhuisontslag planning gestandaardiseerd zijn. Ook zijn de gegevens over het aantal verkeerde bedden geanalyseerd. Deze gegevens waren vanaf 1999 op ziekenhuisbreed niveau beschikbaar en vanaf 2006 beschikbaar per afdeling.

Tijdens de documentanalyse was het tevens de bedoeling om de geregistreerde verkeerde bedden en de redenen daarvan door te nemen. Deze gegevens werden echter niet bewaard en er was eveneens geen digitale data beschikbaar. Om toch een beeld te krijgen van de redenen van verkeerde bedden per afdeling in het SFG, zijn alle aanvragen voor nazorg van de afdelingen longziekten, chirurgie, neurologie en reumatologie/nefrologie doorgenomen. Hierbij waren alleen de aanvragen van 2011 beschikbaar. De aanvragen waren voorzien van notities over het verloop van het ontslagproces. In deze notities stonden redenen van verkeerde bedden. In tabel 3.1 zijn het aantal geanalyseerde aanvragen per afdeling opgenomen.

Afdeling	Aantal aanvragen
Chirurgie	557
Neurologie	254
Longziekten	256
Reumatologie/nefrologie	183

Tabel 3.1 aantal geanalyseerde aanvragen voor nazorg

Dit onderdeel van het onderzoek had een kwantitatieve insteek en gaf inzicht in het aantal verkeerde bedden in 2011 en de redenen voor de verkeerde bed problematiek in dat jaar (aanvraagformulieren nazorg 2011). Tevens gaven de documenten (managementinformatie 2007 t/m 2011) inzicht in hoe het aantal verkeerde bedden zich had ontwikkeld in de afgelopen jaren.



### 3.2.3 Observaties

Onder observaties wordt verstaan het zorgvuldig, aandachtig en systematisch gadeslaan van de gedragingen van personen. (Maso & Smaling 1998). In dit onderzoek werden twee transferverpleegkundigen geobserveerd tijdens het uitvoeren van ziekenhuisontslag planning. Hierbij werd een observatieschema gebruikt met aandachtspunten die gebaseerd waren op het conceptueel model. Door het doen van observaties waren de uitkomsten niet afhankelijk van wat de respondenten in een interview vertelden. Hierdoor was er minder sprake van kunstmatige uitkomsten en vertekening (Swanborn 2002). Bij het uitvoeren van de observaties is getracht een beeld te krijgen van hoe ziekenhuisontslag planning in de praktijk op de verschillende afdelingen plaatsvond en hoe dit van invloed kon zijn op het aantal verkeerde bedden per afdeling. Tijdens de observaties was het van belang dat de informatie op een zo open en flexibel mogelijke manier werd verzameld. Er diende ruimte te zijn voor onvoorziene en ongeplande verschijnselen en gebeurtenissen. Tijdens de observaties werden geen vragen gesteld en werd puur geobserveerd hoe de transferverpleegkundigen het proces uitvoerden. Doordat de observaties op alle vier de afdelingen gedaan werden, was het mogelijk om te observeren of de manier waarop ontslag planning werd uitgevoerd een relatie had met het aantal verkeerde bedden op de afdeling.

### 3.2.4 Interviews

In de laatste fase van het onderzoek werden er semi gestructureerde interviews afgenomen. De topiclijst (bijlage II) die hierbij werd gebruikt bestond uit thema's die waren opgebouwd aan de hand van het conceptueel model. Met het uitvoeren van de interviews werd getracht te achterhalen hoe ziekenhuisontslag planning een bijdrage levert aan reducering van de verkeerde bed problematiek. Hierbij werd gekeken naar de definitie van een verkeerd bed en de redenen voor verkeerde bedden. Daarnaast werden de ervaringen van de verschillende disciplines in de bijdrage van ziekenhuisontslag planning aan de verkeerde bed problematiek in kaart gebracht.

In totaal zijn er veertien verschillende disciplines geïnterviewd. Tabel 3.2 geeft een overzicht van de afdeling waar de geïnterviewde werkzaam is en van de functie die de geïnterviewde op die afdeling heeft.

<b>Werkzaam</b>	<b>Functie</b>
Afdeling chirurgie	Senior verpleegkundige Verpleegkundige
Afdeling neurologie	2x senior verpleegkundigen
Afdeling longziekten	2x verpleegkundigen
Afdeling reumatologie/nefrologie	Senior verpleegkundige Verpleegkundige
Bureau nazorg	3x transferverpleegkundigen
Zorginstelling	Zorgbemiddelaar verpleegzorg Hoofd klantadviseur revalidatiezorg Klantadviseur thuiszorg

Tabel 3.2 respondenten

Deze disciplines vormen een goede afspiegeling omdat zij nauw betrokken zijn bij ziekenhuisontslag planning. Zij voeren het proces uit en weten daardoor als geen ander wat de bijdrage van dit proces aan reducering van de verkeerde bedden is.

### **3.3 Data analyse**

Het analyseren van de data heeft in drie fasen plaatsgevonden; het analyseren van documenten, het uitwerken van observaties en het uitwerken van interviews. Het analyseren bestaat uit het schiften, samenvatten en het met elkaar in verband brengen van de onderzoeksgegevens (Boeije, 2008). Bij deze analyse zijn alle punten uit het conceptueel model gebruikt. De gegevens werden tevens per afdeling gelabeld, waardoor het mogelijk was om verschillen per afdeling te analyseren.

De *documentanalyse* werd uitgevoerd door de data te lezen en te noteren hoe het proces gestandaardiseerd is. Ook werden de redenen van verkeerde bedden geregistreerd. De uitgewerkte *observaties* werden opgedeeld in relevante fragmenten en vervolgens gelabeld. Hierna werden de fragmenten van elke afdeling met elkaar vergeleken en samengevoegd aan de hand van het conceptueel model. De *interviews* werden uitgeschreven in transcripten. Hierna was het mogelijk om de transcripten in fragmenten op te delen. Relevante fragmenten werden ook hier gelabeld en met elkaar vergeleken (open coderen). De fragmenten met dezelfde code werden samengevoegd (axiaal coderen). Nadat alle fragmenten uit de drie verschillende fasen waren samengevoegd, was het mogelijk om uitspraken te doen en een antwoord te geven op de probleemstelling (ibid).

### **3.4 Validiteit en betrouwbaarheid**

De validiteit van een onderzoek betreft de juistheid van de onderzoeksresultaten. Valide resultaten geven datgene weer wat zich feitelijk afspeelt (Baarda et al. 2005). De interne validiteit werd gerealiseerd door middel van methoden triangulatie. Er werd gebruik gemaakt van drie verschillende onderzoeksmethoden, te weten documentanalyse, observaties en interviews. Door deze combinatie van data verzameling werden de bevindingen meer betrouwbaar en geldig (Baarda et al. 2005). Daarnaast werden de transcripten van de interviews en de uitgewerkte observaties aan de hand van een member-check gecontroleerd. Deze member-check verhoogt de betrouwbaarheid van de uitkomsten (ibid) en voorkomt vertekening van de resultaten.

De externe validiteit, oftewel de generaliseerbaarheid van de onderzoekgegevens, is in een casestudie lastig te bewerkstelligen aangezien er sprake is van één specifieke case. Generaliseerbaarheid van de gegevens kan alleen worden verkregen door gelijksoortige cases te vergelijken met de case van het SFG. De resultaten kunnen wel gegeneraliseerd worden naar een bredere theorie; een analytische (theoretische) generalisatie (Yin 2009; 43). Er wordt verondersteld dat de verworven kennis uit de praktijk en theorie over ziekenhuisontslag planning in het SFG overdraagbaar is naar andere verpleegafdelingen in het SFG of andere ziekenhuizen die een soortgelijke afdeling "bureau nazorg" hebben. Andere ziekenhuizen die een afdeling "bureau nazorg" willen opzetten kunnen de resultaten van dit onderzoek dan ook als input gebruiken.

Om de betrouwbaarheid van de onderzoeksmethoden te vergroten, werden toevallige fouten zo veel mogelijk uitgesloten. Het was van belang dat de vragenlijst gestandaardiseerd, getest en herhaaldelijk gebruikt werd (Boeije 2008: 145 ; Swanborn 2002: 23). Hierdoor is elk interview op dezelfde manier afgenomen. Door de manier waarop het onderzoek werd uitgevoerd en werd gedocumenteerd, werd de betrouwbaarheid van de onderzoeksmethoden vergroot. De uitvoering en documentatie zijn op een zodanige manier gedaan dat een andere onderzoeker dezelfde onderzoeksresultaten zal verkrijgen bij herhaling van het onderzoek (Yin 2009; 45).

## 4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek besproken en de deelvragen beantwoord. Als eerste zal het ziekenhuisontslag planningsysteem in kaart worden gebracht. Hierna zullen de verkeerde bedden en de redenen daarvan besproken worden. Daarna zal de ervaren bijdrage van de disciplines besproken worden en andere factoren die eventueel een rol hebben gespeeld bij de verkeerde bedden.

### 4.1 Het ziekenhuisontslag planningsproces

Vanuit de observaties en de interviews is het mogelijk om het proces van ziekenhuisontslag planning (deelvraag drie) in het SFG nader te beschrijven. Hieronder wordt het proces ziekenhuisontslag planning beschreven.

#### 4.1.1 Assessmentfase

Het ziekenhuisontslag planningsproces begint direct bij opname. Nadat de patiënt is opgenomen in het SFG wordt er door de verpleegkundigen een eerste inventarisatie gemaakt van de situatie van de patiënt (anamnese). Tijdens het afnemen van de anamnese wordt onder andere gevraagd naar de thuissituatie, wat de patiënt nog zelf kan, wat de patiënt niet meer zelf kan en welke voorkeur de patiënt heeft qua zorginstelling. Hierna wordt de contactpersoon, vaak een familielid, benaderd om de situatie vanuit hun perspectief in kaart te brengen. Naast het afnemen van de anamnese geeft de medisch specialist aan wat het medisch beleid (het behandelplan) wordt en, zodra dit mogelijk is, wat de VOD (Voorlopige ontslagdatum) is. De verpleegkundigen gaven aan dat zij wel steeds aan de arts moeten vragen om de VOD zodat deze niet vergeten wordt.

Na een aantal dagen of op de opnamedag zelf, wordt de patiënt door de verpleegkundigen in Poogie geregistreerd. Poogie is een notificatiesysteem waar alle patiënten in komen te staan. In Poogie geven alle disciplines die bij een patiënt betrokken zijn aan wat zij al hebben gedaan en wat er nog moet gebeuren voordat de patiënt met ontslag kan. Zo is duidelijk te zien wat nog niet is gebeurd en wat dus voor een vertraging kan zorgen. Het gebruik van Poogie kan op deze manier de zwakste schakel uit het proces halen.

Als de patiënt in Poogie staat en de VOD bekend is, kan de nazorg worden aangevraagd bij bureau nazorg. Het aanvragen van nazorg gebeurt aan de hand van het Point systeem. Hiermee wordt digitaal een aanvraag ingevuld door de afdelingsverpleegkundigen en verstuurd naar de transferverpleegkundigen van bureau nazorg. De Point aanvraag dient een aantal dagen voor de VOD te worden verstuurd. Er is geen eenduidige richtlijn over het exacte aantal dagen voor de VOD. Alleen de verpleegkundigen van de longafdeling gaven aan dat standaard op de tweede dag de nazorg inventarisatie plaatsvindt, tenzij dit nog niet mogelijk is vanwege het ziekteverloop van de patiënt.

*“Eerst moet de arts bepalen wat het beleid wordt, dan gaat de verpleegkundige spreken met de patiënt en familie en dan komt de aanvraag bij ons.” (transferverpleegkundige)*

#### 4.1.2 Planningsfase

De transferverpleegkundigen pakken het regelen van de nazorg op zodra de volgende punten zijn gedaan: de Point aanvraag is gedaan en in Poogie is aangevinkt dat bureau nazorg de nazorg kan gaan regelen. De transferverpleegkundigen verdelen iedere ochtend voor negen uur de nieuwe aanvragen. Iedere transferverpleegkundige heeft haar eigen aandachts-afdelingen en aan de hand daarvan worden de aanvragen verdeeld. Hierbij wordt gekeken wat de VOD is en dus welke aanvragen prioriteit hebben. Later op de middag vindt niet nogmaals een verdeling plaats van de aanvragen die op die dag zijn binnengekomen. Aanvragen dienen voor negen uur 's ochtend binnen te zijn bij bureau nazorg willen ze die dag nog meegenomen worden.

*“Dan ga ik alle gegevens die ik heb verzameld bij elkaar voegen en dan maak ik daar een plaatje van en dan kijk ik wat ik met die patiënt ga doen.” (transferverpleegkundige)*

De transferverpleegkundigen gaan als eerste stap informatie verzamelen over de desbetreffende patiënt waarvoor nazorg dient te worden geregeld. Zij kijken in Point, Poogie en het EVD (elektronisch verpleeg dossier) wat er over de patiënt bekend is en of er al een CIZ- indicatie (Centrum Indicatiestelling Zorg) is. De transferverpleegkundigen maken een eerste inschatting van de nazorg die nodig is. Hierna gaan de transferverpleegkundigen naar de afdeling om de patiënt te spreken en een duidelijk beeld te krijgen van de behoeften van de patiënt. Tevens wordt tijdens dit gesprek gesproken over wat de mogelijkheden zijn voor nazorg, of aan de voorkeur van de patiënt kan worden voldaan en welke alternatieven er zijn. Ook overhandigen de transferverpleegkundigen een folder van de externe instellingen en hun visitekaartje. Terug bij bureau nazorg benaderen zij de contactpersoon van de patiënt, vaak een familielid, en stemmen af welke nazorg wordt gekozen. Hierna gaan de transferverpleegkundigen externe zorginstellingen benaderen om in kaart te brengen waar plek is. Meestal is al enigszins bekend waar een plekje vrij is en wordt deze instelling telefonisch benaderd. Dit weten ze doordat de instelling dit eerder telefonisch heeft doorgegeven of heeft gemailld. Hiernaast zorgen de transferverpleegkundigen er ook voor dat er bepaalde medische hulpmiddelen (een verstelbaar bed, zuurstof of een rolstoel) aanwezig zijn op het moment dat de patiënt met ontslag mag. Als de instelling akkoord gaat met de patiënt en zijn algehele malaise, wordt de Point aanvraag naar deze zorginstelling verstuurd. Thuiszorg is binnen 24 uur geregeld en een verpleegplek binnen enkele dagen. Vervolgens wordt alle informatie verwerkt in de verschillende systemen, Poogie, Point en het EVD.

#### 4.1.3 Implementatiefase

Zodra er of een plek in een verpleeghuis of thuiszorg is geregeld, worden de afdeling, de patiënt en de familie benaderd door de transferverpleegkundigen. Ze bespreken dan waar en wanneer er een plek is voor de patiënt. De nazorg wordt nu daadwerkelijk in gang gezet. Hierin is een duidelijke taakverdeling waar te nemen. De verpleegkundigen zorgen ervoor dat het verpleegkundig dossier, het transport en de medicatie in orde worden gemaakt. De transferverpleegkundigen zorgen dat er de externe instelling waar de patiënt naartoe gaat of waar de thuiszorg wordt geregeld, definitief wordt. Daarnaast zorgen zij ervoor dat de benodigde medische hulpmiddelen beschikbaar zijn op de locatie waar de patiënt naar toe gaat. De medisch specialist zorgt voor het medische dossier, het doorgeven van het

definitieve ontslag moment aan de verpleegkundigen en het tekenen voor akkoord. Als alles in orde is gaat de patiënt met ontslag; het ontslagmoment.

#### 4.1.4 Evaluatiefase

Na het ontslag van de patiënt wordt het ontslagproces niet geëvalueerd. Wel vindt er een keer per week een multidisciplinair overleg (MDO) plaats waarbij alle disciplines betrokken zijn. Hier wordt besproken welke patiënten op een verkeerd bed liggen en wat de reden daarvan is.

#### 4.1.5 Verschil per afdeling

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek zijn niet direct duidelijke verschillen per afdeling waar te nemen in het uitvoeren van ziekenhuisontslag planning. De fasen van ziekenhuisontslag planning die zijn beschreven in paragraaf 4.1 worden op iedere afdeling toegepast. Tijdens de interviews gaven de verpleegkundigen van de afdelingen een beschrijving van hoe ziekenhuisontslag planning bij hen op de afdeling werd uitgevoerd. In deze beschrijvingen zijn nauwelijks verschillen waar te nemen. De transferverpleegkundigen gaven hetzelfde proces aan. Op de longafdeling werd een afwijkende manier van het uitvoeren van ziekenhuisontslag planning geobserveerd. Op deze afdeling werken de afdelingsverpleegkundigen met vooraf ingevoerde actiepunten die per dag moeten worden afgehandeld. Zo staat er dat op dag twee de nazorg moet worden aangevraagd. Op de andere afdelingen is dit niet het geval. De verpleegkundigen van de longafdeling gaven aan dat ze hierdoor bewuster zijn van het ontslagproces en eerder geneigd zijn het uit te voeren.

Het verschil per afdeling kan te maken hebben met andere factoren dan de uitvoering van ziekenhuisontslag planning. Twee (transfer)verpleegkundigen gaven aan dat de cultuur met betrekking tot het belang van ziekenhuisontslag planning een rol kan spelen. De ene afdeling is zich meer bewust van het belang van ziekenhuisontslag planning dan de andere afdeling. Op de afdeling reuma/ nefrologie en longziekten was tijdens de observaties waar te nemen dat de verpleegkundigen bewuster met ziekenhuisontslag planning bezig waren. Op de afdeling was te zien dat verpleegkundigen van patiënten die nog niet zo lang lagen al met het ontslag in de weer waren. Hierbij ging men zeer consequent te werk. Tevens werd er op de longafdeling op dag twee de nazorg in kaart gebracht. Dit kwam tevens in de interviews duidelijk naar voren bij de verpleegkundigen van de afdelingen longziekten en reumatologie/ nefrologie. Op de andere twee afdelingen werd dit niet als belangrijk punt genoemd. Dit verschil in het bewust zijn van de noodzaak van ziekenhuisontslag planning kan mogelijk het verschil in aantal verkeerde bedden verklaren.

Naast deze bewustwording gaven twee (transfer)verpleegkundigen aan dat het verschil per afdeling te maken heeft met het soort patiënten. Bij patiënten die een onzeker ziekteverloop hebben is de kans groter dat er verkeerde bedden ontstaan. Ook zijn bepaalde patiëntengroepen moeilijker te plaatsen in een zorginstelling door de complexe zorgvraag die zij hebben.

*“Artsen en verpleegkundigen zijn zich meer bewust geworden van wat er allemaal geregeld moet worden voordat iemand met ontslag kan. We worden op de afdeling de laatste tijd voortdurend gemotiveerd en gestimuleerd om alvast na te denken over het ontslag en de thuissituatie van de patiënt.” (verpleegkundige reumatologie/ nefrologie)*

*“Ik denk dat wij nu al eerder gaan kijken naar de thuissituatie en wij halen eerder bureau nazorg er al*

*bij en niet pas op de dag dat de patiënt met ontslag gaat. We zijn vaak al twee drie dagen vooraf er mee bezig. Ik denk dat, dat ook wel meespeelt. Dat als daadwerkelijk wordt gezegd morgen is het ontslag dat we dan al bijna rond zijn met alles te regelen. Ik denk wel dat we ons bewuster zijn dan andere afdelingen en dat het eerder in ons hoofd duidelijk is.” (Verpleegkundige longziekten)*

*“Die zeggen dan, ja de patiënt mag naar huis en dan begrijpen ze niet dat er nog een heel traject moet worden ingezet en dat de patiënt dan niet ‘s middags naar huis toe kan.” (verpleegkundige chirurgie)*

## **4.2 Verkeerde bedden**

De resultaten van de documentanalyse worden in deze paragraaf besproken en deelvraag één wordt vanuit de praktijk beantwoord. Tevens wordt aandacht besteed aan de gehanteerde definitie van een verkeerd bed.

### **4.2.1 Definitie verkeerd bed**

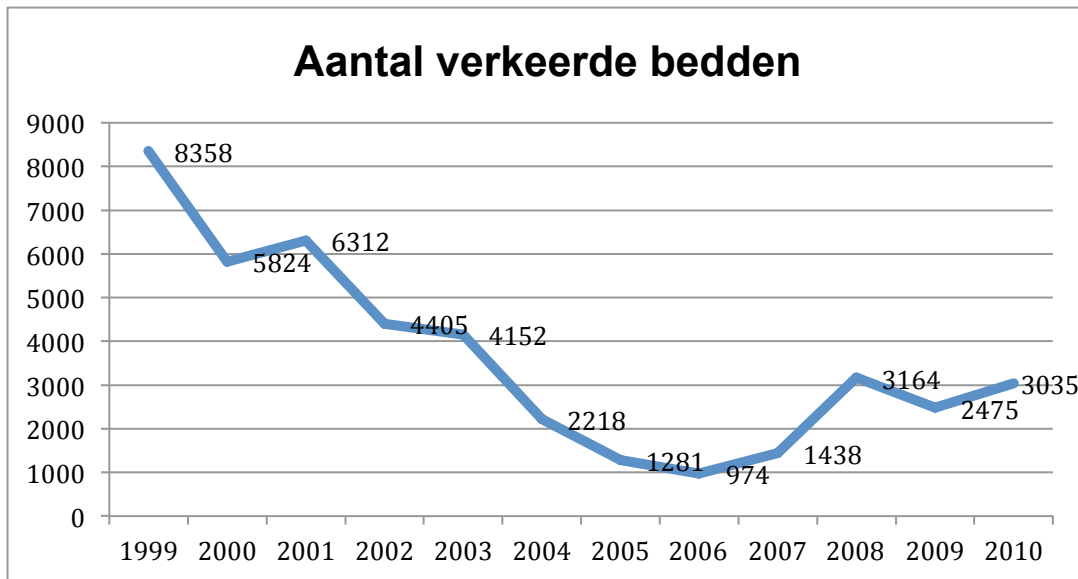
De respondenten waren het er allemaal over eens dat er sprake is van een verkeerd bed als de patiënt medisch uitbehandeld is en dat het sociaal en functioneel fit zijn daar geen onderdeel van uitmaken. De (transfer)verpleegkundigen gaven allemaal aan dat de laatst genoemde thuishoort in de care zorg. Een patiënt die sociaal of functioneel nog niet fit genoeg is om zelfstandig naar huis te gaan dient zorg te krijgen van een zorginstelling. Dat deze definitie van een verkeerd bed door iedereen wordt gehanteerd, geeft aan dat dit voor het SFG geen verschil maakt in het aantal verkeerde bedden per afdeling.

*“Iemand die geen medische zorg meer nodig heeft maar nog niet fit genoeg is ligt in principe op een verkeerd bed.” (verpleegkundige chirurgie)*

*“Als de arts er geen bijdrage meer aan kan hebben dan is dit niet de revalidatie plek om weer te gaan lopen.” (verpleegkundige longziekten)*

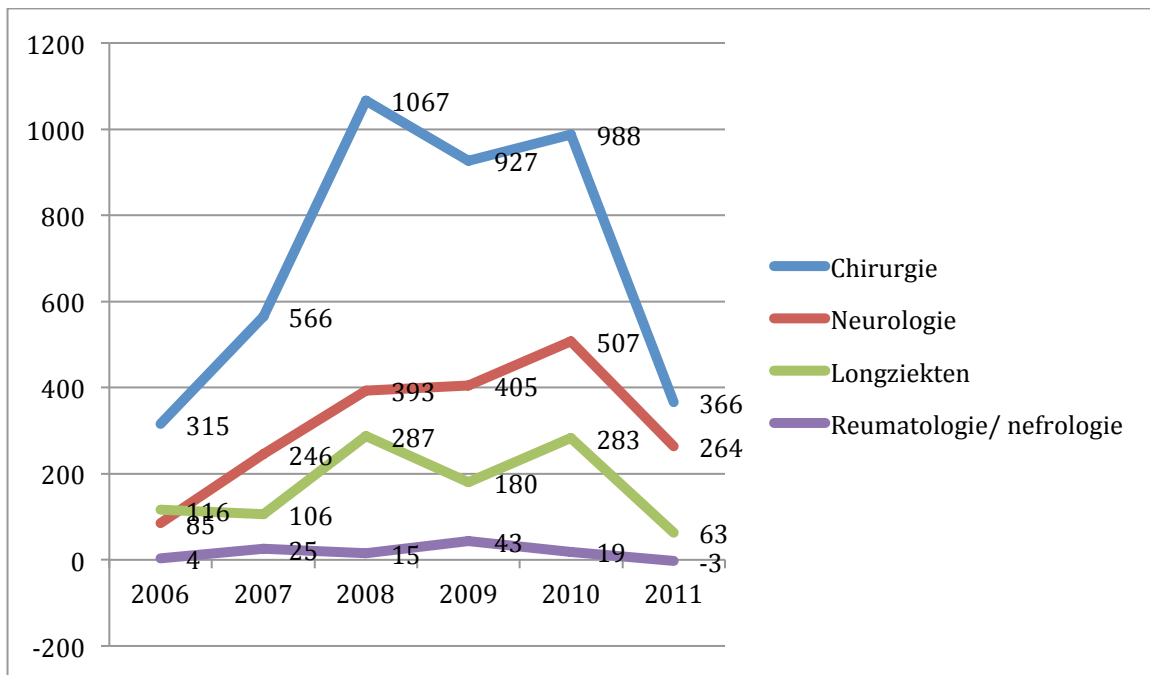
### **4.2.2 Aantal verkeerde bedden**

In 2000 is bureau nazorg opgericht en sindsdien zijn de transferverpleegkundigen werkzaam in het SFG. In de onderstaande tabel staan het aantal verkeerde bedden voor alle afdelingen gezamenlijk sinds 1999.



Grafiek 4.1 Aantal verkeerde bedden ziekenhuisbreed

Bovenstaande tabel laat zien dat met de komst van bureau nazorg het aantal verkeerde bedden ziekenhuisbreed is gedaald tot 2006 en daarna weer licht zijn gestegen. In 2000 was het aantal verkeerde bedden gedaald met 2534 bedden. In de jaren die daarop volgden is een dalende trend waar te nemen van het aantal verkeerde bedden. Vanaf 2006 verandert deze daling in een stijgende lijn. Data per afdeling is slechts vanaf 2006 beschikbaar, toen er sprake was van een stijging. Het is mogelijk om vanaf 2006 te kijken wat de verschillen zijn per afdeling in het aantal verkeerde bedden. In onderstaande grafiek is het aantal verkeerde bedden van de vier geselecteerde afdelingen over de afgelopen zes jaar weergegeven.

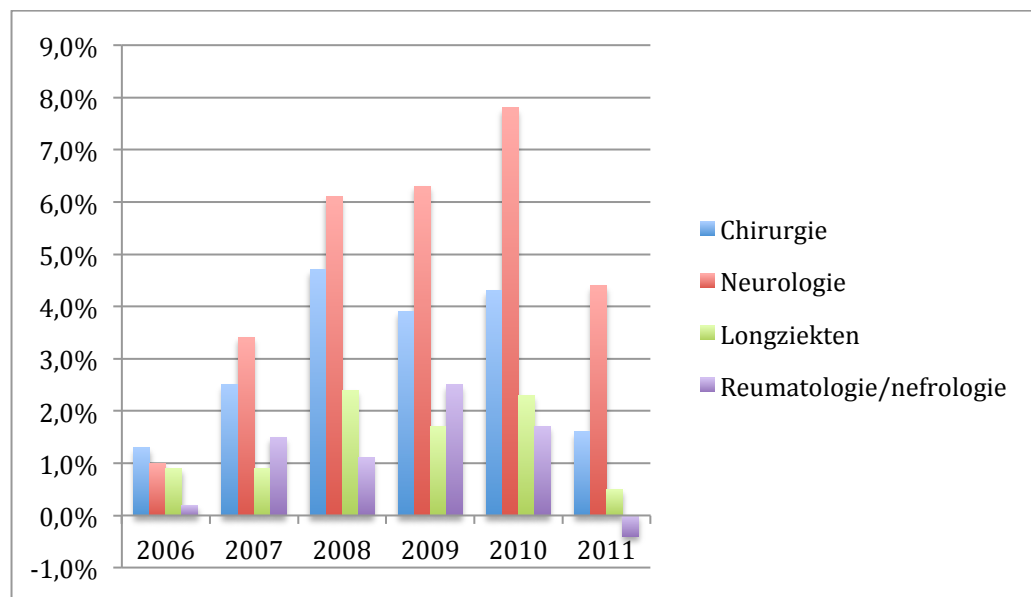


Grafiek 4.2 Aantal verkeerde bedden in aantallen



Hieruit blijkt dat op alle afdelingen sprake is geweest van zowel een stijging van het aantal verkeerde bedden als een daling hiervan. In 2007 steeg het aantal verkeerde bedden op de afdeling chirurgie, neurologie en reumatologie/ nefrologie ten opzichte van 2006. Alleen op de afdeling longziekten is in dat jaar een daling waar te nemen van tien bedden. In 2008 steeg het aantal verkeerde bedden wederom voor de afdelingen chirurgie en neurologie. Dit keer steeg ook voor de afdeling longziekten het aantal verkeerde bedden met 181. Alleen op de afdeling reumatologie/ nefrologie is een daling waar te nemen van tien bedden. In 2009 steeg het aantal verkeerde bedden op de afdeling reumatologie/nefrologie en neurologie en daalde het aantal verkeerde bedden voor de afdeling chirurgie met 140 bedden en voor de afdeling longziekten met 107 bedden. In 2010 is weer sprake van een stijging op de afdelingen met uitzondering van de afdeling reumatologie/nefrologie. In 2011 is op iedere afdeling een daling waar te nemen. De grootste stijging van de afgelopen jaren is waar te nemen op de afdeling chirurgie, gevolgd door de afdeling neurologie. Deze twee afdelingen hadden in de afgelopen zes jaar het meest aantal verkeerde bedden.

In grafiek 4.3 worden de percentages weergegeven van de verkeerde bedden per afdeling. Voor het berekenen van het percentage verkeerde bedden per afdeling zijn het aantal gerealiseerde verpleegdagen in dat jaar genomen uit de beschikbare managementinformatie.



Grafiek 4.3 Aantal verkeerde bedden in percentages

De afdeling neurologie heeft procentueel gezien het meeste aantal verkeerde bedden, gevolgd door de afdeling chirurgie. De afdeling reumatologie heeft ook hier procentueel gezien het minst aantal verkeerde bedden, maar niet voor elk jaar. In 2007 en 2009 heeft de afdeling longziekten het minst aantal verkeerde bedden. Echter de afdeling neurologie en chirurgie blijven over alle jaren het meeste aantal verkeerde bedden hebben. De afdeling reumatologie/nefrologie en longziekten hebben over alle jaren het minste aantal verkeerde bedden. Als we kijken naar het uiteindelijk verschil tussen 2011 en 2006, dan zien we dat de afdelingen chirurgie en neurologie in 2011 meer verkeerde bedden hebben dan in 2006. De afdelingen longziekten en reumatologie/nefrologie hebben in 2011 minder verkeerde bedden dan in 2006.



De eerst dalende en daarna stijgende en vervolgens weer licht dalende trend na invoering van de ziekenhuisontslag planning, roept ten eerste de vraag op wat redenen zijn voor de aanwezigheid van verkeerde bedden. Hier wordt in de volgende paragraaf op ingegaan.

#### 4.1.3 Redenen voor verkeerde bedden

Om de redenen voor verkeerde bedden binnen het SFG te achterhalen, zijn de aanvraagformulieren voor nazorg van de vier afdelingen over 2011 bestudeerd. In de interviews is gevraagd of deze redenen over de jaren zijn veranderd. Alle aanvraagformulieren waarvan duidelijk zichtbaar was van welke afdeling ze waren, zijn meegenomen in de analyse. Hierbij is de definitie van een verkeerd bed zoals beschreven in paragraaf 4.2.1. als leidraad genomen. Hierbij is gekeken of de patiënten op de VOD daadwerkelijk met ontslag zijn gegaan. Bij alle aanvragen waar de patiënt later dan de VOD met ontslag ging, is gekeken of de reden genoteerd stond. In sommige gevallen was de reden niet bekend maar ging de patiënt wel later dan de VOD met ontslag. Dit kon dus ook een medische reden hebben waardoor geen sprake was van een verkeerd bed. In tabel 4.1 staan de redenen die in de aanvragen voor nazorg naar voren kwamen.

Reden	Longziekten	neurologie	chirurgie	reumatologie/ nefrologie
Geen plaats verpleegzorg, zorghotel	10 (15,6%)	22 (15,4%)	30 (12,2%)	12 (18,5%)
Vertraging in de service beoordeling, onduidelijkheid verloop traject, vergoeding van de care zorg	4 (6,25%)	8 (5,6%)	12 (6,9%)	3 (4,6%)
Wachten op indicatiestelling, geen geldige	-	8 (5,6%)	3 (1,7%)	2 (3,1%)
Aanvraag op dag van VOD	7 (10,9%)	28 (19,6%)	29 (16,7%)	7 (10,8%)
Te laat begonnen met aanvraag (Point)	11 (17,2%)	41 (28,7%)	33 (19%)	19 (29,2%)
Te laat aanvraag opgepakt	4 (6,25%)	4 (2,8%)	1 (0,6%)	2 (3,1%)
Voorkeur patiënt/ familie	4 (6,25%)	2 (1,4%)	5 (2,9%)	4 (6,2%)
Wachten op bezorging hulpmiddelen	-	1 (0,7%)	1 (0,6%)	1 (1,5%)
Transport	-	-	-	1 (1,5%)
Weekend	9 (14,1%)	17 (11,9%)	18 (10,3%)	6 (9,2%)
Niet bekend, wel later dan VOD met ontslag	15 (23,4%)	12 (8,4%)	42 (24,1%)	8 (12,3%)
<b>Totaal redenen</b>	<b>64 ()</b>	<b>143 ()</b>	<b>174 ()</b>	<b>65 ()</b>
<b>Aantal bekeken aanvragen</b>	<b>256</b>	<b>254</b>	<b>557</b>	<b>183</b>

Tabel 4.1 Redenen later dan gepland met ontslag 2011

De belangrijkste redenen voor een verkeerd bed zijn; 'te laat begonnen met de aanvraag voor nazorg', 'de aanvraag op de dag van de VOD gedaan' en 'geen plaats in een zorginstelling'. Ook het 'weekend' lijkt een reden te zijn voor het niet tijdig met ontslag kunnen van de patiënt. De overige redenen komen minimaal voor.

Op de afdeling neurologie en reumatologie/nefrologie is de belangrijkste reden voor een verkeerd bed dat de aanvraag te laat wordt gedaan, respectievelijk 28,7% en 29,2%. Op de afdeling chirurgie en neurologie komt het, het meest voor dat de aanvragen op de dag van de VOD worden gedaan, respectievelijk 24,1% en 23,4%. Op de afdeling reumatologie komt de reden 'geen plek in een zorginstelling' het meest voor, 18,5%. Op de afdelingen met het meest aantal verkeerde bedden (chirurgie en neurologie) is tevens het meest sprake van de reden 'aanvraag op de dag van de VOD'. Voor de andere twee meest voorkomende redenen is dit niet het geval. De reden 'te laat begonnen met een Point aanvraag' komt het meest voor op de afdeling neurologie waar het grootst aantal verkeerde bedden is. De reden komt ook terug ook op de afdeling reumatologie/nefrologie die het minst aantal verkeerde bedden heeft. Dit is tevens het geval voor de reden 'geen plaats in een zorginstelling'.

Tijdens de interviews werden ook redenen voor een verkeerd bed genoemd. Acht (transfer)verpleegkundigen gaven aan dat een vertraging in het aanvragen van nazorg een belangrijkste reden is. Dit komt volgens hen door het gebruik van meerdere systemen (Point, Poogie). Dit komt eveneens als belangrijkste reden in de aanvraagformulieren uit 2011 naar voren. Zeven (transfer)verpleegkundigen gaven aan dat 'geen plek in een zorginstelling' ook een veel voorkomende reden is. Deze reden komt als een van de belangrijkste redenen naar voren in de aanvraagformulieren uit 2011. Tot slot gaven zes (transfer)verpleegkundigen aan dat de voorkeur van de patiënt/ familie een belangrijke reden is. Het gaat dan om patiënten of familieleden die het niet eens zijn over de soort nazorg of om patiënten die geen keuze kunnen maken. Uit de aanvraagformulieren uit 2011 komt naar voren dat deze reden in geringe mate aanwezig is. Naast deze drie meest genoemde redenen werden door enkele (transfer)verpleegkundigen nog de volgende redenen genoemd: de arts die voor en vertraging zorgt doordat niet tijdig gecommuniceerd wordt, het wachten op de diagnose, het niet tijdig op orde hebben van de overdracht, een opname van de SEH, het weekend, het gereed maken van de medicatie en het regelen van het transport. Of de redenen over de jaren heen veranderd zijn, konden de (trans)verpleegkundigen niet aangeven. De redenen gelden volgens hen gewoon voor alle jaren. Slechts één verpleegkundige gaf aan dat de reden 'geen plaats in een zorginstelling' per jaar of periode kan verschillen. Een zorginstelling kan in een bepaald jaar meer plek hebben waardoor deze reden in dat jaar minder vaak voorkomt dan in een ander jaar.

De redenen 'te laat begonnen met een aanvraag' en 'de aanvraag op de dag van VOD', zijn interne (organisatorische) redenen van een verkeerd bed. Dit zijn processtappen die onderdeel zijn van ziekenhuisontslag planning en leiden dus tot een vertraging. De redenen voor vertraging zitten in deze gevallen dus in het proces zelf.

De reden 'niet voldoende capaciteit in de zorginstellingen' is een externe reden van verkeerde bedden. Niet op iedere afdeling komt deze reden in dezelfde mate voor. Dit kan te maken hebben met de complexiteit van de benodigde nazorg voor een bepaalde patiëntengroep, wat mogelijk ook een verschil veroorzaakt in het aantal verkeerde bedden per afdeling.

Er zijn geen gegevens beschikbaar over de redenen van verkeerde bedden van de jaren voordat ziekenhuisontslag planning is ingevoerd. Hierdoor is het niet mogelijk uitspraken te doen over welke redenen voor ziekenhuisontslag planning een rol speelden in

die tijd. Dit konden de disciplines tijdens de interviews eveneens niet aangeven. Dit omdat het of te lang geleden was of omdat de disciplines toen nog niet werkzaam waren in het SFG. Op de vraag of alle redenen alle jaren een rol speelden, hadden de meeste respondenten geen antwoord. Twee verpleegkundigen gaven aan dat de redenen gewoon altijd een rol speelden.

*“Maar ik denk ook zeker dat als wij niet tijdig de nazorg hebben opgestart dat het een belemmerende factor is.” (verpleegkundige longziekten)*

*“Verkeerde bedden krijg je natuurlijk ook als de familie eist dat iemand in een bepaald huis terecht moet komen.” (transferverpleegkundige)*

*“Ik denk uiteindelijk toch wel dat de grootste reden is dat er geen plek is en dat ze moeten wachten op een plekje.” (verpleegkundige longziekten)*

*“Nee dat zou ik echt niet weten. De redenen komen gewoon altijd voor net zoals een verkeerd bed. (Verpleegkundige longziekten)*

*“Misschien dat het aan de verpleeghuizen ligt. Dat daar dan geen plek is en in een andere periode of jaar weer meer plek”. (verpleegkundige reumatologie/nefrologie)*

### **4.3 Relatie verkeerde bedden en ziekenhuisontslag planning**

De redenen voor de verkeerde bed problematiek blijken dus van velerlei aard te zijn en over de jaren heen te bestaan. Toch zijn de verkeerde bedden in de loop van die jaren gedaald en vervolgens weer gestegen nadat het ziekenhuis ontslagplanningssysteem is ingevoerd. In deze paragraaf wordt besproken wat momenteel de ervaren bijdrage is van ziekenhuisontslag planning aan de verkeerde bed problematiek (deelvraag 4). Alle geïnterviewde disciplines gaven, ondanks de stijgingen van verkeerde bedden, aan dat ziekenhuisontslag planning een positieve bijdrage levert aan de verkeerde bed problematiek. In deze paragraaf wordt besproken hoe en waarom het ziekenhuis ontslagplanningssysteem volgens hen een positieve bijdrage levert.

#### **4.3.1 Samenwerking**

Zeven disciplines gaven aan dat de verbeterde samenwerking de grote winst is van het ziekenhuisontslag planningssysteem voor de verkeerde bed problematiek. Zij gaven aan dat bureau nazorg goed contact heeft met de zorginstellingen en de afdelingen, waardoor er ook snel afspraken gemaakt worden en er sneller een plekje gevonden kan worden voor de patiënt. Hierbij wordt de continuïteit van de zorg voor de patiënt gewaarborgd. Twee disciplines gaven aan dat vertrouwen in elkaar hierbij van belang was. Dit onderlinge vertrouwen tussen de transferverpleegkundigen en de zorginstellingen leidt ertoe dat patiënten sneller een plekje krijgen toegewezen in een zorginstelling. Tevens gaven twee disciplines aan dat bureau nazorg een goede samenwerking heeft met het CIZ, waardoor de indicatiestelling beter verloopt. Bijna iedere afdeling gaf aan dat samenwerking een bijdrage heeft geleverd, behalve de afdeling reumatologie/ nefrologie. Zij gaven niet aan dat de samenwerking een positieve bijdrage had geleverd aan de verkeerde bed problematiek.

Voor een goede samenwerking dient een multidisciplinaire richtlijn aanwezig te zijn. Uit de documenten, zie bijlage I, blijkt dat er geen overkoepelende procedure aanwezig is voor ziekenhuisontslag planning. Er zijn wel meerdere zorgpaden op afdelingen ingevoerd

waarbij een stroomschema is opgenomen voor dit traject. Deze zorgpaden gelden echter voor één bepaalde patiëntengroep. Er is tevens een protocol aanvraag voor thuiszorg aanwezig en een algemene richtlijn over opname en ontslag beleid. Maar hierin staan niet duidelijk en compleet alle processtappen, alle voorwaarden en taken en verantwoordelijkheden.

*“Omdat ze goede samenwerking hebben met de verschillende zorginstellingen en het CIZ krijg je minder verkeerde bedden.” (verpleegkundige chirurgie)*

*“Ook een stukje vertrouwen naar elkaar toe zodat je sneller kunt uitplaatsen.” (transferverpleegkundige)*

#### 4.3.2 Inzet Poogie

Zeven (transfer)verpleegkundigen gaven aan dat de inzet van Poogie een positieve bijdrage heeft geleverd aan het verminderen van het aantal verkeerde bedden. De afdelingen die deze mening hebben, zijn de afdeling neurologie, longziekten en reumatologie/ nefrologie. De afdeling chirurgie geeft aan het juist nadelig en overbodig te vinden om met Poogie te werken. Een van de transferverpleegkundige deelt deze mening.

Door de inzet van Poogie in 2010 heeft het SFG een notificatie systeem om vroegtijdig de te verwachte ontslagdatum te communiceren en het gehele proces van opname tot ontslag te monitoren. Poogie maakt onderdeel uit van ziekenhuisontslag planning. In Poogie staan alle processtappen die moeten worden uitgevoerd alvorens een patiënt met ontslag kan. Er wordt in bijgehouden welke processtappen al zijn uitgevoerd en welke nog niet. Tevens wordt met de komst van Poogie de VOD vastgesteld en deze wordt ingevoerd in het notificatiesysteem. Op deze manier wordt voor alle betrokken disciplines zichtbaar wanneer de patiënt met ontslag gaat en wat er allemaal nog moet worden geregeld. Doordat dit inzichtelijk is, kunnen de disciplines hierop anticiperen. Dat Poogie een positieve bijdrage levert blijkt mogelijk ook uit het aantal verkeerde bedden. In 2010 is het aantal verkeerde bedden namelijk gedaald op alle afdelingen.

Uit de observatieanalyse werd duidelijk dat Poogie is gekoppeld aan het multidisciplinair overleg (MDO). Wekelijks wordt met alle disciplines de vertragingen in Poogie besproken en hierop wordt vervolgens geanticipeerd.

*“Het werken met Poogie heeft toch wel resultaten geboden. Er worden ontslagbepalende taken in gezet waardoor mensen toch wel minder lang liggen te wachten.” (verpleegkundige longziekten)*

Echter, om te starten met de nazorg dient in Poogie aangevinkt te worden dat de aanvraag in behandeling genomen kan worden. Dat verloopt weer via Point. Acht (transfer)verpleegkundigen ervaren het gebruik van twee systemen als problematisch. Als Poogie niet is aangevinkt voor bureau nazorg wordt de Point aanvraag niet in behandeling genomen. Het komt vaak voor dat Poogie vergeten wordt en dat er dan te laat wordt gestart met het opstarten van de nazorg. De verpleegkundigen gaven aan ook niet te weten wat de reden is van deze systematiek. Zij vinden het juist vertragend werken om twee verschillende systemen te moeten gebruiken.

#### 4.3.3 Communicatie en informatie

Uit de interviews komt naar voren dat communicatie en de uitwisseling van informatie wel van belang zijn bij het uitvoeren van ziekenhuisontslag planning. Er wordt echter niet direct aangegeven dat dit een positieve bijdrage heeft gehad aan het verminderen van het aantal verkeerde bedden. Dit kan mede komen doordat de (transfer)verpleegkundigen aangeven dat hierin nog ruimte is voor verbetering. Twee verpleegkundigen gaven aan dat betere informatie over ziekenhuisontslag planning en de beschikbare nazorg naar de patiënt toe, ertoe kan leiden dat de individuele patiënt reden van verkeerde bedden minder vaak voorkomt. Hier gaat het dan om betere en tijdige informatie naar de patiënt toe over het ontslagproces, welke zorginstellingen er allemaal zijn en wat hun aanbod is. Hierdoor zal de patiënt eerder geneigd zijn mee te werken en de nazorg te accepteren. Het zoveel mogelijk betrekken van patiënten bij het ontslagproces kan hierbij van belang zijn. Drie (transfer)verpleegkundigen gaven aan dat het vroegtijdig betrekken van de patiënt en familie en het voorbereiden op ontslag van belang is. Zij gaven aan dat patiënten ook hun voorkeur hebben en ze sneller een bepaalde vorm van nazorg accepteren wanneer ze betrokken worden bij dit proces. Dit kan ertoe leiden dat de (individuele) patiënt reden van een verkeerd bed minder vaak voorkomt.

Naast betere informatie naar de patiënt toe wordt betere communicatie van de medisch specialist verwacht. Drie (transfer)verpleegkundige gaven aan dat betere communicatie van de medisch specialist naar de verpleegkundigen toe een rol speelt bij de afname van verkeerde bed problematiek. De medisch specialist communiceert volgens hen op dit moment te weinig of niet op tijd. De verpleegkundigen zouden graag zien dat er meer informatie wordt gegeven over de conditie van de patiënt en dat de VOD tijdig wordt door gegeven. Zij gaven aan dat op dit gebied nog wel winst valt te behalen.

*“Dat patiënten bij een verpleeghuis al denken, daar ga ik niet heen. Dan duurt het alweer heel lang voordat patiënten een keuze kunnen maken. Betere informatie over de verpleeghuizen zou hier wel en bijdrage aan kunnen leveren.” (verpleegkundige neurologie)*

*“Doordat je er al mondeling met de patiënt over praat. De patiënt word wel betrokken en voorbereid.” (verpleegkundige long)*

#### 4.3.4 Verantwoordelijkheden en taken

Alle (transfer)verpleegkundigen gaven aan dat duidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is en wie welke taken uitvoert.

De taak om vroegtijdig te starten met ziekenhuisontslag planning zien zij als belangrijkste taak. Dit heeft ertoe geleid dat er minder verkeerde bedden zijn. Acht

(transfer)verpleegkundigen gaven aan dat het op tijd beginnen met het opstarten van de nazorg een goede bijdrage is aan de vermindering van verkeerde bed problematiek. Zeven (transfer)verpleegkundigen gaven ook aan dat het “sneller oppakken” van het ontslag door zowel bureau nazorg als door de verpleegkundigen, heeft geleid tot vermindering van het aantal verkeerde bedden. Wel geven alle verpleegkundigen aan dat dit proces nog beter kan dan nu het geval is. De verpleegkundigen geven aan dat ze hier nog meer bovenop zouden moeten zitten.

Doordat er tevens met een VOD gewerkt wordt, kunnen patiënten makkelijker en sneller weg. Ook werd het proces hierdoor voor iedereen duidelijker. Deze taak, ‘het vroegtijdig aangeven van wat de VOD wordt door de medisch specialist’ zien de (transfer)verpleegkundigen dan ook als positieve bijdrage aan vermindering van de verkeerde bed problematiek. Wel gaven drie (transfer)verpleegkundigen aan dat de VOD nog eerder en beter door de medisch specialisten gecommuniceerd kan worden. Daar zijn zij verantwoordelijk voor en dit gebeurt nu soms te laat. Het doorgeven van de VOD is de eerste stap die gezet wordt om ziekenhuisontslag planning in gang te zetten en als dit goed verloopt, zal er minder sprake zijn van de organisatorische redenen van verkeerde bedden.

Alle (transfer)verpleegkundigen gaven aan dat de transferverpleegkundigen verantwoordelijk zijn voor de nazorg en het aanvragen van medische hulpmiddelen. Zij dienen ervoor te zorgen dat dit gerealiseerd is op het moment dat de patiënt met ontslag kan. De (transfer)verpleegkundigen gaven hiernaast aan dat de verpleegkundigen verantwoordelijk zijn voor het daadwerkelijk ontslag. De taken die hierbij worden uitgevoerd zijn; ontslagmedicatie aanvragen, de verpleegkundige overdracht in orde maken en het transport regelen voor de patiënt. De medisch specialist heeft volgens alle (transfer)verpleegkundigen naast het aangeven van de VOD ook als taak om de medische overdracht in orde te maken en uiteindelijk te tekenen voor akkoord. Uiteindelijk is de medisch specialist verantwoordelijk voor het daadwerkelijke ontslag. Doordat ieders taken en verantwoordelijkheden duidelijk zijn, levert dit een positieve bijdrage aan de vermindering van verkeerde bed problematiek.

*“De invoering van de VOD heeft geleid tot minder verkeerde bedden. Sinds we Poogie hebben, proberen we daar al snel op in te spelen, we vragen al snel wat de voorlopige ontslagdatum is.”  
(verpleegkundige reumatologie/nefrologie)*

*“Eerst moet de VOD bekend zijn en dan kan je alles gaan regelen.” (Verpleegkundige chirurgie)*

*“Dan gaan wij tegen de arts zeggen, hij gaat dan en dan over en die zorgt voor de medische overdracht. Wij zorgen voor de verpleegkundige overdracht. De arts zorgt dat de recepten en de medicijnen meegaan, wij zorgen voor vervoer, misschien kan de familie hem weg brengen of met de rolstoeltaxi. Dingen voor het ontslag specifiek gaan wij allemaal regelen. De papier winkel, alles wat met ontslag meegaat dat regelen wij. Maar een plekje zoeken dat doet bureau nazorg.”  
(verpleegkundige neurologie)*

#### 4.3.6 Kennis en overbruggingszorg

Tijdens de observatie en interviews kwam naar voren dat de transferverpleegkundigen een goede toegang hebben tot de zorginstellingen en afdoende kennis hebben over de nazorg. Naast de drie transferverpleegkundigen vonden vier verpleegkundigen dat de transferverpleegkundigen over de juiste kennis beschikken op gebied van vormen van nazorg. Ook weten zij waar plek is en hoe ze deze plek het beste kunnen koppelen aan de behoeften van de patiënt.

Wel gaven zes (transfer)verpleegkundigen aan dat het ziekenhuisontslag proces niets kan doen aan de externe capaciteit van zorginstellingen. Als er geen plek is in een instelling is daar weinig aan te veranderen. Een mogelijke rol hierin is de beslissing om toch minder verkeerde bedden te realiseren en het realiseren van overbruggingszorg door bureau nazorg. Vier (transfer)verpleegkundigen gaven aan dat als er bij de gewenste instelling geen plek is, door de transferverpleegkundigen wordt gekeken of er tijdelijk ergens anders plek is. Deze tijdelijke overbruggingszorg, kan ertoe hebben geleid dat de externe capaciteitsreden minder vaak voorkomt.

*“Zij weten precies wie ze moeten hebben en zijn aanspreekpunt.” (verpleegkundige long)*

*“Bureau nazorg is bekwaam in het zoeken van de juiste nazorg voor een patiënt.” (verpleegkundige chirurgie)*

*“Ik denk dat we dan heel weinig keuze hebben. Er zijn gewoon te weinig plekken en steeds meer mensen die een plek nodig hebben.” (verpleegkundige reumatologie/nefrologie).*

*“Je kan niet blind staren op 1 verpleeghuis als daar voorlopig nog geen plek is. dus dan regel je overbruggingszorg in een ander huis.” (transferverpleegkundige)*

#### 4.4 Andere factoren

Naast de bijdrage van ziekenhuisontslag planning zijn er andere factoren die mogelijk hebben bijgedragen aan het verminderen van het aantal verkeerde bedden. Tijdens de interviews kwamen de hier de volgende factoren naar voren.

##### 4.4.1 Invoering van zorgpaden

Vijf verpleegkundigen gaven aan dat er zorgpaden/ projecten zijn ingevoerd die er tevens toe kunnen hebben geleid dat het ontslagproces gestructureerd uitgevoerd wordt. Bij patiënten die een zorgpad/project doorlopen, is het vrij duidelijk wanneer zij met ontslag gaan en welke nazorg nodig is. Dit kan al op dag 1 worden geregeld. Wel blijkt dat er niet voor iedere patiënt(engroep) een soortgelijk zorgpad bestaat en er is ook geen multidisciplinaire richtlijn voor ziekenhuisontslag. Uit de documentanalyse komt naar voren dat er in 2010 een zorgpad is ontwikkeld dat ontslag op dag vijf na een operatie mogelijk maakt voor psychogeriatrische patiënten. Dit heeft mogelijk in 2010 mede bijgedragen aan de daling van het aantal verkeerde bedden.

##### 4.4.2 Capaciteit zorginstellingen

Drie transfer(verpleegkundigen) gaven aan dat er meer capaciteit is bijgekomen in de care zorg. Dit kan ertoe geleid hebben dat patiënten eerder het ziekenhuis verlaten. Ook concurrentie tussen de zorginstellingen kan hierbij van belang zijn. Tot slot geeft één



verpleegkundige aan dat mensen sneller weg kunnen doordat de zorg die zorginstellingen kunnen leveren verder uitgebreid is en niet meer in het ziekenhuis wordt uitgevoerd.

*“Ik denk dat de verkeerde bedden momenteel minder zijn dan vroeger. Dat komt met name door de concurrentie tussen de verschillende thuiszorg organisaties.” (transferverpleegkundige)*

*“Bij de zorginstellingen zou de capaciteit vergroot kunnen zijn.” (transferverpleegkundige)*

#### 4.4.3 Rol CIZ

Twee (transfer)verpleegkundigen gaven aan dat het CIZ nu niet meer langskomt bij de patiënt om een indicatie af te geven voor zorg. Dit gebeurde in het verleden wel waardoor het veel langer duurde om een patiënt uit te plaatsen. De transferverpleegkundigen kunnen nu zelf langsgaan bij de patiënt en daarna zelf een indicatie aanvragen.

*“Toen moest je ook wachten op iemand van het CIZ, die de patiënten kwam indiceren. En dat hoeft nu niet meer. Dat scheelt wel in tijd.” (verpleegkundige reumatologie/nefrologie)*

#### 4.4.4 Medische ontwikkelingen

Twee verpleegkundigen gaven aan dat medische ontwikkelingen ertoe hebben geleid dat een diagnose voor een patiënt veel sneller vastgesteld kan worden. Hierdoor verloopt ook het ontslagproces veel sneller.

*“De ontwikkeling van de technologie en onderzoeken. Hierdoor kunnen er sneller bepaalde diagnoses gesteld worden, waardoor het ontslagtraject sneller ingang gezet kan worden.” (verpleegkundige reumatologie/nefrologie)*

### 4.5 Ervaring van externe zorg disciplines

Twee disciplines vanuit de zorginstellingen ervaren ziekenhuisontslag planning als een positieve bijdrage aan het verminderen van het aantal verkeerde bedden. Zij gaven aan dat een ziekenhuis niet zonder transferverpleegkundigen kan. Een instelling gaf aan echt geen idee te hebben.

Dat transferverpleegkundigen onmisbaar zijn, komt volgens twee disciplines doordat de transferverpleegkundigen de schakel vormen tussen ziekenhuiszorg en de nazorg. Zij zijn het die de verplaatsing kunnen maken van ziekenhuisopname naar een extramurale setting. Dit komt met name doordat verpleegkundigen en artsen vooral gericht zijn op hun eigen bedbezetting. De andere zorgdiscipline gaf aan dat de verpleegkundige dit er ook niet meer bij kunnen hebben doordat de regel, wetgeving en alle veranderingen veel te snel gaan.

Twee zorgdisciplines gaven aan dat de ontslagprocedure voorheen langer duurde doordat afdelingen rechtstreeks contact opnamen met de zorginstellingen om de nazorg te regelen. Maar dit werkte vertragend doordat de verpleegkundige niet op de hoogte zijn van welke zorg zij moeten regelen en tevens niet de tijd hebben om hier bovenop te zitten. De transferverpleegkundige zijn hier wel goed van op de hoogte aangezien zij hier speciaal voor aangenomen en geschoold zijn. Doordat er nu één centraal punt is; “bureau nazorg” is de uitvoering veel beter op elkaar afgestemd.

Een zorgdiscipline geeft aan dat vertrouwen in elkaar een bijdrage heeft geleverd. De reden hiervoor is dat zij eerst zelf op ziekenbezoek gingen bij de patiënt. Momenteel zijn de



transferverpleegkundigen hiervoor verantwoordelijk. Het is daarom van belang om vertrouwen te hebben in elkaars werk.

Tot slot geeft een zorgdiscipline aan dat het steeds complexer wordt om de zorg in orde te maken voor de patiënt. Dit komt onder andere door de steeds veranderende regel en wetgeving. Alle veranderingen gaan veel te snel en dat is voor de afdelingsverpleegkundigen niet meer bij te houden naast al hun werk.

*“Om ervoor te zorgen dat de keten goed doorloopt heb je echt een transferverpleegkundige nodig. Ik ben er ook van overtuigd dat als je de transferverpleegkundige nu weghaalt uit het SFG dat het aantal verkeerde bedden de lucht in gaan.” (hoofd klantenadviseurs revalidatiezorg)*

*Ze kunnen dat beter overlaten aan een bureau nazorg en die hebben dat allemaal inzichtelijk.” (zorgbemiddelaar)*

*“Omdat zij daar speciaal voor zijn aangenomen en zijn geschoold. En de verpleegkundige hebben niet meer een goed inzicht hoe dat allemaal te regelen en ze zijn niet op de hoogte van wat er allemaal is. Ze weten niet wat elk huis te bieden heeft en dat weet de transfer wel. Dan kan je de mensen toch veel meer service bieden als bureau.” (zorgbemiddelaar)*

*“Het is allemaal niet bij te houden. Het wordt steeds complexer.” (hoofd klantenadviseurs revalidatiezorg)*

---

## 5. Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk worden de conclusie en de discussie van het onderzoek besproken. Aan de hand van de deelvragen en de probleemstelling worden de resultaten in een breder theoretisch perspectief uiteengezet, waarbij gereflecteerd wordt op de resultaten en de methoden van onderzoek.

### 5.1 Conclusie

In hoofdstuk vier zijn alle deelvragen apart beantwoord. Gezamenlijk geven zij een antwoord op de probleemstelling. De conclusie wordt weergegeven door een antwoord te geven op de probleemstelling van dit onderzoek.

*“Hoe ervaart het SFG de bijdrage van ziekenhuisontslag planning aan de verkeerde bed problematiek?”*

De disciplines van het SFG en van de zorginstellingen ervaren de bijdrage van ziekenhuisontslag planning aan vermindering van de verkeerde bedden als positief. Dit met name door de goede samenwerking van bureau nazorg met alle disciplines en het wederzijds vertrouwen dat zij hebben in elkaar. Dit komt door de inzet van het notificatiesysteem ‘Poogie’, door het tijdig doorgeven van de VOD, door eenduidigheid in de taken en verantwoordelijkheden, door afdoende kennis bij de transferverpleegkundigen over alle bronnen en het realiseren van overbruggingszorg. De disciplines uit de zorginstellingen geven ook aan dat ziekenhuisontslag planning een bijdrage levert aan vermindering van de verkeerde bed problematiek doordat er transferverpleegkundigen die vanaf een centraal punt, bureau nazorg, werkzaam zijn in het proces. Deze punten komen overeen met de theoretische aannames die in de literatuur terug komen over de relatie tussen ziekenhuisontslag planning en de verkeerde bed problematiek. Geconcludeerd kan worden dat door ziekenhuisontslag planning het aantal verkeerde bedden, met name in de eerste jaren, is gedaald. Hierna steeg vanaf 2006 het aantal verkeerde bedden in het SFG, met in 2010 3035 verkeerde bedden. Na 2010 is voor de vier onderzochte afdelingen te zien dat het aantal verkeerde bedden weer daalt.

Ziekenhuisontslag planning in het SFG kent een duidelijke onderverdeling in fasen. Alle fasen kwamen op alle vier de afdelingen terug. Geconcludeerd kan worden dat op alle vier de afdelingen ziekenhuisontslag planning op dezelfde manier wordt uitgevoerd. Alleen op de afdeling longziekten voegen ze er een processtap aan toe, het vooraf aangeven van actiepunten waardoor standaard, indien mogelijk, op dag twee de nazorg werd aangevraagd. Longziekten is de afdeling waarbij in vergelijking met de andere afdelingen de reden te laat begonnen met een aanvraag het minst voorkomt. Mogelijk heeft het verschil per afdeling tevens te maken met de cultuur van hoe gedacht wordt over het belang van ziekenhuisontslag planning, bewustwording hiervan en het soort patiënten.

De eerste fase is de assessmentfase. Hierin wordt een inventarisatie gemaakt van de patiënt en wordt de nazorg aangevraagd. In deze fase speelt met name de individuele reden ‘keuze van de patiënt/ familie’ een rol. Uit de resultaten blijkt dat de disciplines de individuele reden ‘keuze van patiënt/familie’ als één van de belangrijkste redenen voor een verkeerd bed

zien. Uit de documentanalyse blijkt dat deze reden eveneens voorkomt in de case maar dat dit niet één van de belangrijkste redenen is. Door goede communicatie en uitwisseling van informatie aan de patiënt en het betrekken van de patiënt bij ziekenhuisontslag planning zal deze reden minder vaak voorkomen. In de assessmentfase spelen de voorkomende redenen in de case 'te laat begonnen met de aanvraag' en 'de aanvraag op de dag van de VOD' eveneens een rol. De disciplines geven echter aan dat juist het werken met een VOD en het vroegtijdig starten met ziekenhuisontslag planning, een positieve bijdrage heeft geleverd aan het aantal verkeerde bedden. In combinatie met de komst van het notificatiesysteem 'Poogie' in 2010 heeft dit geleid tot een afname van het aantal verkeerde bedden op alle vier de afdelingen. Hiernaast geven de disciplines aan dat het halen van de VOD nog wel beter kan. Dit verklaart mogelijk waarom de disciplines aangeven dat de organisatorische/ interne redenen nog voorkomen in het SFG. Tevens komt uit de documentanalyse naar voren dat 'te laat begonnen met de aanvraag' en 'de aanvraag op de dag van de VOD' belangrijke voorkomende redenen van verkeerde bedden zijn in 2011. Aangezien Poogie voor 2010 nog niet bestond en er voor die tijd niet werd gewerkt met een VOD, zullen deze redenen in de jaren daarvoor niet van toepassing zijn geweest. Dit verklaart mogelijk ook waarom deze redenen momenteel veel voorkomen. Op het moment dat er een nieuwe manier van werken wordt geïntroduceerd, wordt hier ook meer focus op gelegd. Doordat met een VOD werd gewerkt, is eveneens meer aandacht besteed aan het moment waarop de aanvraag van nazorg werd gedaan.

De tweede fase is de planningsfase. Hierin wordt de nazorg voor de patiënten in orde gemaakt door de transferverpleegkundigen. Door de kennis die zij hebben van alle beschikbare bronnen, de overbruggingszorg die zij regelen en de samenwerking met externe instellingen waarbij wederzijds vertrouwen een belangrijke rol speelt, komen er in deze fasen weinig redenen voor een verkeerd bed voor. De transferverpleegkundigen die werkzaam via een centraal punt, bureau nazorg, leveren een positieve bijdrage aan de verkeerde bed problematiek. De reden die mogelijk een rol speelt in deze fase is de externe capaciteitsreden voor een verkeerd bed. De disciplines geven aan zelf weinig aan deze reden te kunnen doen omdat dit een externe reden is waar zij geen invloed op hebben. Zij zorgen echter wel voor overbruggingszorg wat er toe heeft geleid dat patiënten eerder met ontslag konden.

De derde fase bestaat uit de implementatiefase waarin de patiënt daadwerkelijk met ontslag gaat. In deze fase zorgen de verpleegkundigen ervoor dat alles in orde wordt gemaakt waardoor de patiënt met ontslag kan. Redenen die in deze fase een rol spelen, komen in het SFG minimaal voor. In deze fase kunnen wel andere redenen doorlopen, die in een eerdere fasen al een rol speelden. Daardoor kan ook hier het proces van ziekenhuis ontslag planning stagneren. Door goede samenwerking, goede communicatie en uitwisseling van informatie kunnen deze knelpunten eerder opgepakt worden waardoor ze uiteindelijk niet leiden tot een verkeerd bed. Ook speelt hier de ervaren bijdrage over de duidelijkheid van elkaars taken en verantwoordelijkheden een rol. Doordat voor iedereen duidelijk is wie wat doet, kan de implementatiefase optimaal worden uitgevoerd. Met name omdat in deze fase veel verschillende disciplines betrokken zijn en een deel van het proces uitvoeren. Het ontslagmoment is in het conceptueel model als aparte fase opgenomen. Aangezien dit alleen het moment van ontslag betreft, is deze toegevoegd aan de implementatiefase waar het ontslag wordt voorbereid en dus ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd.

Naast de genoemde ervaren bijdrage aan ziekenhuisontslag planning zijn er mogelijke andere factoren die een bijdrage leveren aan het aantal verkeerde bedden. De

meest voorkomende factor is de invoering van zorgpaden in het SFG. Door de komst van zorgpaden waarbij het proces dat een patiënt doorloopt gestandaardiseerd wordt, is het mogelijk om dat proces sneller te doorlopen en op het juiste moment ontslag te plannen. Geconcludeerd kan worden dat zorgpaden mogelijk naast ziekenhuisontslag planning een positieve bijdrage leveren aan de verkeerde bed problematiek.

## **5.2 Reflectie resultaten**

### **5.2.1 Fasen**

Om inzicht te krijgen in de elementen van ziekenhuisontslag planning die in de case voorkomen, is het nodig om inzicht te hebben in de verschillende fasen van de planning (Bauer et al. 2009; Baumann et al. 2007). Hierdoor wordt duidelijk welke elementen noodzakelijk zijn om het aantal verkeerde bedden te reduceren. De fasen in het SFG komen overeen met de fasen die worden benoemd door Mukotekwa (2007) en Watts en Gardner (2005). Alleen de evaluatiefase komt niet duidelijk naar voren in deze casestudie. Mukotekwa (2007) en Watts en Gardner (2005) geven aan dat de evaluatiefase een onderdeel is van ziekenhuisontslag planning. Dat de evaluatiefase in deze case niet voorkomt, kan komen doordat deze fase zich bevindt op de grens van de cure en care zorg. In Nederland is de institutionele grens tussen beide zorgvormen duidelijk aanwezig waardoor het evalueren van de planning mogelijk niet gezien wordt als fase van ziekenhuisontslag planning (Satzinger et al. 2005). Bull en Robert (2001) en Bauer et al. (2009) beschrijven de evaluatiefase niet als onderdeel van ziekenhuisontslag planning waardoor bediscussieerd kan worden of de evaluatiefase wel of niet als belangrijke fase aanwezig moet zijn in het proces. Wel kan de aanwezigheid van deze fase leiden tot een betere afstemming van de cure en care zorg. Door een evaluatie wordt inzichtelijk hoe ziekenhuisontslag planning is verlopen en hierop kan vervolgens worden gereageerd. Met name in de Nederlandse gezondheidszorg kan dit een positieve bijdrage leveren aan een betere afstemming van beiden zorgvormen. Hierdoor zouden er minder bed problemen kunnen ontstaan.

### **5.2.2 Definitie**

Tijdens het onderzoek is aandacht besteed aan de gehanteerde definitie van een verkeerd bed. Uit de literatuur werd duidelijk dat deze definitie niet eenzijdig is en meerdere aspecten kan bevatten, zoals medisch uitbehandeld, sociaal fit zijn en functioneel fit zijn (Pearson et al. 2004; Victor et al 2000). In de onderzochte case is echter alleen sprake van een verkeerd bed als een patiënt medisch uitbehandeld is. Alle disciplines zijn het er over eens dat sociaal en functioneel fit zijn thuis horen in de zorginstellingen en niet in het ziekenhuis. In de praktijk wordt dus de strenge definitie van een verkeerd bed gehanteerd (Victor et al. 2000). Mogelijk komt dit doordat de cure en care zorg in Nederland institutioneel zeer gescheiden zijn van elkaar (Satzinger et al. 2005). Hierdoor wordt een duidelijk onderscheid gemaakt in patiënten die medische hulp nodig hebben en patiënten die zorg nodig hebben (Glasby et al. 2006). Het hanteren van deze definitie kan ertoe leiden dat het aantal verkeerde bedden hoger is dan wanneer de definitie van Pearson et al. (2005) zou worden gehanteerd.

### **5.2.3 Redenen**

De individuele reden, een vertraging in het maken van een keuze door de patiënt/familie, invloed heeft op de verkeerde bed problematiek (Glasby et al. 2006; Baumann et al. 2007; Ou et al. 2009).

Ook in dit onderzoek vormen organisatorische redenen de grootste oorzaak van een verkeerd bed (Victor et al. 2000). Dit zijn redenen die in het proces van ziekenhuisontslag planning zelf zitten. Hieruit kan geconcludeerd worden dat ziekenhuisontslag planning op dit punt juist niet leidt tot minder verkeerde bedden. Door elementen van ziekenhuisontslag planning zoals goede communicatie en het delen van informatie te verbeteren, kunnen mogelijk ook deze interne redenen worden gereduceerd. Belangrijk hierbij is zo veel mogelijk van deze elementen te verwerken in de fasen van ziekenhuisontslag planning (Baumann et al. 2007).

Een andere interne reden die niet is terug te vinden in de geraadpleegde literatuur maar wel in dit onderzoek naar voren kwam, is het weekend. Het weekend vormt volgens de disciplines een belangrijke reden waardoor een patiënt op een verkeerd bed terecht komt. Mogelijk is het weekend een organisatorische reden. Omdat in het weekend niet de juiste mensen werkzaam zijn om de nazorg te regelen, wordt dit uitgesteld tot na het weekend. Het weekend als reden voor een verkeerd bed is een aanvulling op de bestaande literatuur.

De externe capaciteitsredenen, die uit de resultaten als een van de belangrijkste redenen naar voren komt, is wel terug te zien in de besproken literatuur. Victor et al. (2000) constateren een oorzakelijk verband tussen de toegang tot nazorg en de verkeerde bedden. Het gaat dan onder andere om een gebrek aan verpleegzorg, revalidatiezorg of thuiszorg (Glasby 2003; Ou et al. 2009). De vertraging is te wijten aan de ontoereikende capaciteit bij de verpleeghuizen en revalidatie instellingen. De disciplines geven aan dat zij hier intern weinig aan kunnen doen. Dit is volgens hen een externe reden waar zij geen invloed op hebben. Wel kwam uit het onderzoek naar voren dat zij de ziekenhuisontslag planning ondersteunen wanneer er geen capaciteit is. Zoals uit de resultaten naar voren komt zorgt bureau nazorg bijvoorbeeld voor overbruggingszorg. Op deze manier hebben ze toch een bepaalde invloed op de externe capaciteitsredenen.

Opmerkelijk is dat de agentschapsredenen niet naar voren is gekomen in dit onderzoek, terwijl dit in de literatuur als oorzakelijk verband wordt aangehaald (Victor et al. 2000). Dit kan verklaard worden uit het feit dat de disciplines de onderlinge samenwerking als positief ervaren en dit niet zien als een reden voor een verkeerd bed. Er is dus sprake van een multidisciplinair team, hetgeen de agentschapsredenen reduceert (Victor et al. 2000). Tot slot kan dit verklaard worden door de inzichtelijkheid die de disciplines hebben in elkaars taken en verantwoordelijkheden. Hierdoor is er geen sprake van de door Baumann et al. (2007) aangegeven agentschapsredenen waarbij niet voldoende rekening wordt gehouden met elkaars taken, verantwoordelijkheden en benodigdheden.

#### 5.2.4 Ervaren bijdrage

Dat er sprake is van goede onderlinge samenwerking heeft onder andere een reducerend effect op de uit de theorie geschetste agentschapsredenen voor verkeerde bedden. De agentschapsredenen werden in dit onderzoek niet genoemd als redenen van een verkeerd bed. Baumann et al. (2007) geven aan dat de agentschapsredenen met goede samenwerking wordt gereduceerd, hetgeen blijkt uit dit onderzoek. Volgens Maramba et al. (2004) en Glasby (2003) is het ontwikkelen van een multidisciplinair ontslagprotocol waarbij het proces gestandaardiseerd wordt, een belangrijke voorwaarde voor een goede samenwerking. Dit kan komen doordat het een proces is dat over vele grenzen heen gaat en waarvan de verantwoording niet bij één bepaalde discipline ligt. Dat dit protocol niet aanwezig is in het SFG heeft wellicht invloed op de nog aanwezige organisatorische redenen van een verkeerd

bed. Door gestandaardiseerd te werk te gaan kunnen deze redenen aangepakt en gereduceerd worden.

De communicatiecirkels van Bull en Roberts (2001) komen alle drie terug tijdens het uitvoeren van ziekenhuisontslag planning in het SFG. Er vindt communicatie plaats tussen de verschillende disciplines in het team, met de patiënt en met zorginstellingen. De transferverpleegkundige vormt de schakel tussen de drie cirkels; op dit punt komen de drie cirkels samen. Op dit punt is het dan ook van belang dat er één specifiek notificatiesysteem is om goed te kunnen communiceren (Baumann et al. 2007) en de stroom van informatie te bevorderen tussen de drie cirkels (Bull & Roberts 2001; Ou et al. 2009). Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat er vaak belangrijke informatie ontbrak tussen de cirkels of dat de verkeerde informatie werd ontvangen. Zowel de verpleegkundigen als de disciplines uit de zorginstellingen gaven aan dat zijn niet altijd de juiste informatie ter beschikking hadden. Mogelijk is het niet hebben van een integraal datasysteem voor een optimale stroom van informatie hier de oorzaak van. Er zijn wel meerdere systemen aanwezig waar informatie in staat maar deze zijn niet aan elkaar gekoppeld. Ook bevatten ze niet allemaal de juiste of dezelfde informatie. Hieruit blijkt dat communicatie en informatie een belangrijke rol spelen bij ziekenhuisontslag planning (Hertogh & Ribbe 1996; Bull & Roberts 2001). Echter geven Bull en Roberts (2001) aan dat er geen directe relatie is tussen goede communicatie en informatie en verkeerde bedden. Ook tijdens dit onderzoek was het niet mogelijk om een directe link te constateren. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat goede communicatie en informatie de rode draad vormen door het gehele proces van ziekenhuisontslag planning en dus invloed heeft op alle fasen. Hierdoor is het moeilijk te achterhalen of er een directe invloed van communicatie en informatie bestaat op een bepaalde reden.

De betrokkenheid van de patiënt en familie word in de theorie gezien als belangrijk element in ziekenhuisontslag planning (Baumann et al. 2007). Uit het huidige onderzoek komt naar voren dat het betrekken van de patiënt/ familie ertoe kan leiden dat er minder vertraging in het proces zit waardoor de individuele reden van een verkeerd bed minder vaak voorkomt. Een kanttekening hierbij is dat tijdens dit onderzoek alleen de ervaringen van de verschillende disciplines is meegenomen. Er is geen informatie gegenereerd over hoe de patiënten en familie zelf over deze betrokkenheid denken.

Bijna alle taken en verantwoordelijkheden van de disciplines zijn duidelijk. Zij hebben een goed zicht van hun eigen taken en de taken van anderen. Deze goede vormgeving van de verantwoording en taken is een belangrijk onderdeel van ziekenhuisontslag planning (Glasby 2003; Satzinger et al. 2005). Hierdoor kwam onder andere de agentschapsreden van verkeerde bedden niet voor (Victor et al. 2000). De agentschapsreden houdt in dat de verpleegkundigen geen rekening zouden houden met de rol, verantwoordelijkheden en benodigdheden van anderen agenten. Het ontbreken van deze reden kan hebben bijgedragen aan het verminderen van het aantal verkeerde bedden. Echter werd er wel getwijfeld of de medisch specialisten op de hoogte zijn van het belang om de VOD tijdig door te geven. Doordat de medisch specialisten niet betrokken waren bij dit onderzoek kan het een beperking zijn dat de mogelijk verklaring hiervoor niet duidelijk is. Mogelijk heeft het niet tijdig doorgeven van de VOD door medisch specialisten te maken met het onzekere ziekteverloop van de patiënt.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de transferverpleegkundigen voldoende kennis hebben over de verschillende bronnen van nazorg. Ook is er goede toegang tot de juiste bronnen en wordt de juiste vorm van nazorg geregeld (Bull 1994; Ou et al. 2009). Aangegeven wordt dat hierdoor het aantal verkeerde bedden is afgenomen.

De overbruggingszorg die in het onderzoek naar voren kwam komt niet terug in de bestaande literatuur. Deze vormt wel een belangrijk element in ziekenhuisontslag planning dat een positieve bijdrage levert aan het aantal verkeerde bedden.

#### 5.2.5 Andere factoren

Zoals uit de resultaten naar voren komt, zijn er daarnaast een aantal andere factoren die mogelijk hebben bijgedragen aan de verkeerde bed problematiek. Omdat deze factoren geen onderdeel uitmaken van ziekenhuisontslag planning komen zij niet terug in de geraadpleegde literatuur.

### **5.3 Reflectie onderzoeksmethoden**

Tijdens het onderzoek zijn drie methoden gebruikt om het onderzoek uit te voeren. Er is een documentanalyse uitgevoerd, er zijn interviews afgenomen en er is geobserveerd. De methoden hebben alle drie een bijdrage geleverd aan het beantwoorden van de probleemstelling.

De documentanalyse bestond onder andere uit het nagaan van de redenen van verkeerde bedden in het SFG. Helaas was van tevoren niet duidelijk dat de redenen van verkeerde bedden van de afgelopen jaren niet geregistreerd waren. Hierdoor was het niet mogelijk om verschillende jaren met elkaar te vergelijken. Om toch een beeld te krijgen van de redenen in het SFG was het mogelijk om de aanvraagformulieren van nazorg uit 2011 te bestuderen. Hierin stond wanneer er sprake was van een vertraging in het met ontslag gaan van de patiënt. Doordat net een jaar geleden het notificatiesysteem Poogie was ingevoerd waarbij de VOD werd aangegeven en nadruk werd gelegd op het tijdig aanvragen van de nazorg, werd hier in dit jaar ook veel op gelet. Dit kan de jaren daarvoor geen rol hebben gespeeld. Wanneer er wel registraties aanwezig waren geweest van meerdere jaren had dit mogelijk een ander beeld gegeven van de redenen. Een kanttekening bij de redenen van de verkeerde bed problematiek is mogelijk dat, uit de resultaten niet naar voren is gekomen, welke redenen voor de invoering van ziekenhuisontslag planning uitgevoerd door bureau nazorg, aanwezig waren. Hierdoor was het niet mogelijk een vergelijking te maken met de redenen die na de invoering ervan aanwezig waren. De respondenten konden dit niet meer achterhalen omdat dit voor hen te lang geleden was of omdat ze toen nog niet werkzaam waren bij het SFG.

De interviews verliepen over het algemeen goed. De disciplines waren duidelijk in hun antwoorden en konden op bijna elke vraag een goed antwoord geven. Het verschil in aantal verkeerde bedden per afdeling was moeilijk te achterhalen. De disciplines vonden het moeilijk om hier een antwoord op te geven. Achteraf gezien waren bepaalde zaken niet voldoende belicht tijdens de interviews. Met name de vraag of de redenen per jaar verschillen is onderbelicht gebleven. Dit is later nogmaals bevraagd maar de respons hierop was minimaal.

De observaties hebben een positieve bijdrage geleverd aan het beantwoorden van de probleemstelling. Door de observaties werden bepaalde punten duidelijker dan wanneer alleen gekozen was voor het afnemen van interviews. Door echt mee te lopen bij het uitvoeren van het proces ontstond er een goed beeld van het proces.

## 6. Aanbevelingen

Dit onderzoek geeft inzicht in de manier waarop ziekenhuisontslag planning het beste kan worden ingericht. Aan de hand van de resultaten, de discussie en de conclusie kunnen een aantal aanbevelingen worden gedaan voor verbeteringen en verder onderzoek. Hieronder volgen de aanbevelingen die uit dit onderzoek naar voren komen.

### 6.1 Aanbevelingen voor verbetering

Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat er in het SFG geen redenen van verkeerde bedden worden geregistreerd en bewaard. Door consequent vast te leggen wat redenen zijn van verkeerde bedden per afdeling en dit ieder jaar te analyseren, is het mogelijk om ook daadwerkelijk iets te doen aan deze redenen. Ook tijdens de documentanalyse was het niet altijd mogelijk om de reden van het niet halen van de VOD te achterhalen. Door dit transparanter te maken kan hier effectiever op ingespeeld worden. Op deze manier kunnen de redenen van verkeerde bedden worden besproken en is het mogelijk om een evaluatiefase van ziekenhuisontslag planning te bewerkstelligen. In deze fase is het tevens mogelijk om ziekenhuisontslag planning als proces te evalueren. Door de redenen in de evaluatiefase bespreekbaar te maken en te achterhalen waardoor dit komt, kunnen verbeteringen worden doorgevoerd.

Tijdens het uitvoeren van het ontslag zijn er meerdere systemen waarmee gewerkt wordt; Poogie, Point en het EVD. Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat de verpleegkundigen het een nadeel vinden dat zij zowel Point als Poogie dienen in te vullen voor het aanvragen van de nazorg. De verpleegkundigen geven daarnaast aan dat het niet duidelijk is wat de reden hiervan is. Ze zien geen meerwaarde van het invullen van Poogie als vereiste om Point op te pakken door de transferverpleegkundigen. Meer duidelijkheid over het belang van Poogie en wat voor winst er is te behalen met het gebruik van Poogie is daarom nodig. Tevens kan het van meerwaarde zijn om te bekijken wat de mogelijkheden zijn om de systemen te integreren zodat gegevens maar één keer genoteerd moeten worden in plaats van meerdere keren in verschillende systemen. Dit verkleint tevens de kans op foutieve informatie.

In het SFG is geen algemene procedure over hoe het ontslagtraject wordt uitgevoerd. Er zijn wel meerdere zorgpaden op afdelingen ingevoerd waar een stroomschema is opgenomen voor dit traject. Hiernaast is er ook een protocol aanvraag voor thuiszorg aanwezig en een algemene richtlijn over opname en ontslag beleid. Hierin staan echter niet duidelijk en compleet alle processtappen, alle voorwaarden, taken en verantwoordelijkheden in. Dit is volgens de literatuur wel een belangrijke voorwaarde voor een goede samenwerking tussen alle verschillende disciplines (Baumann et al. 2007).

Uit het onderzoek blijkt dat de cultuur op de afdeling invloed kan hebben op het aantal verkeerde bedden. De cultuur staat voor hoe gedacht wordt over het belang van ziekenhuisontslag planning en de bewustwording hiervan. Een aanbeveling is daarom om hier ziekenhuisbreed op iedere afdeling meer aandacht aan te besteden.

Bij patiënten die op vrijdag (middag) weg mogen komt het voor dat zij toch het weekend nog moeten blijven omdat er nog geen nazorg is geregeld. Verpleegkundigen gaven het weekend aan als reden voor een verkeerd bed. Tijdens het analyseren van de aanvragen voor nazorg kwam het weekend eveneens naar voren als reden voor een



verkeerd bed. Langere werktijden en op een later tijdstip nog nieuwe aanvragen oppakken worden als mogelijke oplossing aangedragen.

Om ziekenhuisontslag planning optimaal te laten verlopen, is het beschikbaar hebben van de juiste informatie voor alle disciplines van belang. Mogelijk is het interessant om te inventariseren wie welke informatie nodig heeft en kan deze informatie worden verwerkt in één datasysteem.

#### **6.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek**

Het kan interessant zijn te onderzoeken hoe de verschillende redenen van verkeerde bedden zich door de jaren heen hebben ontwikkeld. Hiervoor is wel een case nodig waarin de redenen ieder jaar geregistreerd worden.

Aanvullend onderzoek in meerdere ziekenhuizen kan inzicht geven in hoe het daar is geregeld en of er verschillen zijn per ziekenhuis. Hierbij kan gekeken worden naar ziekenhuizen die wel een bureau nazorg en/of transferverpleegkundigen hebben en ziekenhuizen die dit niet hebben.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat bewustwording van het belang van ziekenhuisontslag planning en de cultuur van een afdeling mogelijk een rol spelen. Aanvullend onderzoek over hoe de cultuur van een afdeling of ziekenhuis invloed kan hebben op het aantal verkeerde bedden is een interessant vervolgonderzoek.

## Literatuur

- Anthony, M.K. & Hudson-Barr D. 2004. A Patient centered model of care for hospital discharge. *Clinical nursing research* 13: 117-136.
- Baarda, D. B. e.a. 2005. *Basisboek kwalitatief onderzoek*. 2<sup>de</sup> druk. Groningen/ Houten: Wolters Noordhoff.
- Barnes, D. e.a. 1998. I don't know how I would have coped; evaluating a hospital aftercare service. *Practice* 10:2, 15-24.
- Bauer, M., e.a. 2009. Hospital discharge planning for frail older people and their family. *Journal of clinical nursing*. 18: 2539-2546.
- Baumann, M., e.a. 2007. Organisation and features of hospital, intermediate care and social services in English sites with low rates of delayed discharge. *Health and Social Care in the Community*. Vol 15(4): 295-305.
- Boeije, H. 2008. *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom onderwijs. [2005]
- Borghans, I. 2007. 'Transmurale afdelingen. Onderzoek naar het functioneren van transmurale afdelingen in Nederland 2006.' Prismant Utrecht.
- Bull, M.J. 1994. Patiënts and professionals perception of quality in discharge planning. *Journal of nursing care quality*. 8 (2): 47-61.
- Bull, M.J. & R.L. Kane. 1996 Gaps in discharge planning. *The Journal of Applied Gerontology*. Vol 15 (4): 486-500.
- Bull, M.J. & J. Roberts. 2001. Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 35 (4): 571-581.
- Glasby, J. 2003. 'Hospital discharge; integrating health and social care.' Abingdon: Radcliffe medical Press.
- Glasby, J., e.a. 2006. 'All dressed up but nowhere to go? Delayed hospital discharge and older people.' *Journal of Health Service Research & Policy*. Vol 11 (1): 52-58.
- Hardy, B., e.a. 1999. 'Inter-agency services in England and The Netherlands, A comparative study of integrated care development and delivery.'
- Henwood, M. 2006. Effective partnership working; a case study of hospital discharge. *Health and social care in the community* 14(5): 400-407.
- Hertogh, C.M.P.M. & M.W. Ribbe. 1996. 'Verkeerde bedden en verkeerde zorg.' *Nederlands tijdschrift Geneeskunde* 140(16): 868-870.
- Kodner, D & C.K. Kyriacou. 2000. 'Fully integrated care for frail elderly: two American models.' *International Journal of Integrated care*. Vol 1: 1-18.
- Kodner, D. & C. Spreeuwenberg. 2002. 'Integrated care; meaning, logic, applications, and implications- a discussion paper.' *International Journal of Integrated Care* vol 2: 1- 6.
- Malony, L.R. & M. E. Weiss. 2008. Patients' Perceptions of Hospital Discharge. *Clinical Nursing Research*. 17(3) 200-219.
- Maramba, P.J. e.a. 2004. Discharge planning proces; applying a model for evidence based practice. *Journal of nursing care quality*. Vol 19 (2): 123-129.
- Maso, I. & A. Smaling. 1998. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam; Boom.
- McKeehan, K.M. 1981. *Continuing care; A multidisciplinary approach to discharge planning*. Missouri: C.V. Mosby Company.

- 
- Mukotekwa, C. & E. Carson. 2007. Improving the discharge planning process: a systems study. *Journal of Research in Nursing*. Vol 12(6): 667–686.
  - Mur-Veeman, I. & A van Raak. 1994. Inter-organizational networks on the Dutch home health care market. *International Journal of Health planning and Management*. Vol 9: 245-258.
  - Mur-veeman, I. e.a. 2003. Development of integrated care in England and the Netherlands managing across public-private boundaries. *Health Policy* 65: 227-241.
  - Mutsch, K.S. & M. Herbert. 2010. Medication discharge planning prior to hospital discharge. *The Quality Management Journal*. Vol 17 (4): 25-36.
  - Nies, H. & P.C. Berman. 2004. *Integrating Services for Older People: A resource book for managers*. Eerste druk. Ierland: European Health Management Association
  - Nuijens, W.J.F.I & M.H.L. Tits. 1986. *Alternatieven voor ziekenhuiszorg*. Tilburg, IVA.
  - Nursing. 2007. Minder patiënten in verkeerde bed 04 december 2007 geraadpleegd op: 7-10-2011 <http://www.nursing.nl/home/nieuw/1404/minder-patienten-in-verkeerde-bed>.
  - Ou L. e.a. 2009. Discharge delay in acute care; reasons and determinants of delay in general ward patients. *Australian Health review*. Vol 33 (3): 513-521.
  - Pearson, P. e.a. 2004. The process of hospital discharge for medical patients: a model. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 46(5): 496–505.
  - Prismant, 2007. Lichte daling verkeerde-bed-patiënten. Utrecht: Prismant
  - Satzinger, W. e.a. 2005. Bridging the information gap between hospitals and home care service; experience with a patient admission and discharge form. *Journal of Nursing management*. vol 13: 257-264.
  - Srivastava R. e.a. 2009. Delays in discharge in a tertiary care pediatric hospital. *Journal of hospital medicine*. Vol 4 (8): 481-485.
  - Swanborn, G. 2002. *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Boom.
  - Victor, C.R. e.a. 2000. Older patient and delayed discharge from hospital. *Health and social care in the community*. Vol. 8 (6): 443-452.
  - VWS. 2010. 'Visiedocument integrale zorg in de eigen omgeving; de toekomst van chronische zorg en de huidige eerste lijn.' *Stuurgroep VWS Chronische zorg*.
  - Watts, R. & H. Gardner. 2005. Nurses' perceptions of discharge planning. *Nursing and Health Sciences*. vol 7: 175–183.
  - Yin R. K. 2009. *Case study Research design and methods*. 4<sup>de</sup> druk. California: Sage Publications.

## Bijlage I Documenten

- Managementinformatie 2007
- Managementinformatie 2008
- Managementinformatie 2009
- Managementinformatie 2010
- Managementinformatie 2011
- Aanvraagformulieren voor nazorg 2011
- Richtlijn Opname en ontslagbeleid 2011
- Protocol aanvraag tot thuiszorg
- Zorgpad heupfractuur
- Zorgpad PG (psychogeriatric)

## Bijlage II Topiclist

Inleiding	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toestemming voice recorder</li> <li>- Benadrukken anonimiteit</li> <li>- Introduceer onderzoek</li> <li>- Doel van onderzoek benoemen</li> </ul>
Algemene vragen	
Wat is uw functie?	
Werkzaam op de afdeling	
Hoe lang werkt u hier al?	
Ziekenhuisontslag planning	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kunt u wat vertellen over het ontslagproces? (Assessment, Ontslagplanning, Implementatie, Ontslagmoment, Evaluatie)</li> <li>- Wat houdt het ontslagproces allemaal in? (Samenwerking, Communicatie, Informatie, Betrokkenheid patiënt, familie, mantelzorgers, Verantwoording en taken, Toegang tot nazorg)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Invloed verkeerde bedden?</li> <li>- Zo ja, waarop?</li> <li>- Hoe heeft het invloed?</li> <li>- Zo nee, waarom niet?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is er veel veranderd de afgelopen jaren in het ontslagproces?</li> <li>- Wat?</li> </ul>
Verkeerde bedden	
Definitie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat zijn verkeerde bedden?</li> <li>- Rol functioneel/ sociaal fit?</li> </ul>
Bijdrage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verloop van het aantal verkeerde bedden op de afdeling? in de afgelopen jaren geweest? (gedaald, gestegen, gelijk gebleven)</li> <li>- Waardoor komt dit?</li> <li>- Wat heeft bijgedragen aan deze daling, stijging? (Interventies, projecten, bureau nazorg enz.)</li> <li>- Kan ziekenhuisontslag planning uitgevoerd door bureau nazorg invloed hebben op de daling, stijging van het aantal verkeerde bedden?</li> <li>- Zo ja hoe dan?</li> <li>- Waarom draagt het bij of waarom niet?</li> <li>- Wat heeft nog meer invloed op deze stijging, daling gehad?</li> </ul>
Externe factoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zijn er ook nog andere factoren of activiteiten die positieve invloed hebben op de verkeerde bed problematiek?</li> <li>- Hoe verhoudt dit zich tot het ontslagproces?</li> </ul>
Redenen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Waardoor ontstaat een verkeerd bed? (Individuele redenen, interne redenen, externe redenen, agentschapsredenen)</li> </ul>
Koppeling	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan het ontslagproces wat aan deze redenen doen?</li> <li>- Zo ja, wat precies?</li> <li>- Hoe zorgt het ontslagproces ervoor dat deze redenen minder voorkomen?</li> <li>- Zo nee, hoe komt dat dan?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aan welke redenen kan het ontslagproces wel iets doen?</li> <li>- Aan welke redenen kan het ontslagproces niets doen?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ondanks dat jullie een ontslagproces hebben is er toch nog sprake van verkeerde bedden, hoe komt?</li> <li>- Is dat dan niet te voorkomen door het ontslagproces?</li> <li>- Wat moet er veranderen of gedaan worden zodat dat wel kan worden voorkomen?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruimte voor verbetering?</li> </ul>
<b>Afsluiting</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Danken voor medewerking</li> <li>- Vragen of aanvullingen</li> </ul>