



De signalerende rol van de verpleegkundige onder de loep

Bij de ontslagprocedure van cholangitis patiënten die met antibiotica intraveneus naar huis kunnen

Teun Berends (11371) & Céline van der Sijp (316153)
Verpleegkunde Bachelor, leerweg Duaal
Periode U3, 4^e leerjaar, HVLB16PLPU2UM2
Begeleider: Siska Sprenger
Opdracht geveer: Maag-darm-leverziekten UMCG (C3VA)
Begeleiders afdeling: Dita Duijdam, Ingrid Castellanos



Samenvatting

Dit onderzoek is gedaan voor afdeling C3VA (maag-darm-leverziekten) van het UMCGroningen. Deze afdeling kwam met de vraag of het ontslagproces wanneer iemand met antibiotica intraveneus (AB IV) naar huis mag versneld kan worden. De opdrachtgever heeft aangegeven dat het voorkomt dat cholangitis patiënten die ontslagvaardig zijn, een aantal dagen op de afdeling blijven voor alleen AB IV omdat er nog veel tijd gemoeid is om zaken te regelen voordat de patiënt met ontslag kan.

De doelstelling voor dit onderzoek is als volgt geformuleerd:

“Het inzichtelijk maken van de invulling van de signalerende rol van verpleegkundigen bij naderend ontslag van cholangitis patiënten, die in aanmerking komen voor AB IV thuis.”

Om deze doelstelling te behalen is de hoofdvraag leidend voor dit onderzoek:

“Hoe kan de signalerende rol van de verpleegkundige, concreet ingevuld worden op afdeling C3VA volgens de verpleegkundige, om ontslag van de cholangitis patiënt tijdig te signaleren, zodat opname duur tot een minimum wordt beperkt?”

De hoofdvraag wordt beantwoord door middel van drie deelvragen:

- *Welke richtlijn of welk protocol wordt er gebruikt in het UMCG over AB IV die moet worden gegeven in de thuissituatie?*
- *Welke (verpleegkundige) ontslagcriteria zijn van belang voor de cholangitis patiënten welke met AB IV naar huis kunnen?*
- *Hoe beschrijven verpleegkundigen het huidige ontslagproces bij patiënten die met AB IV naar huis gaan en hoe zien zij hun rol hierin?*

Voor de eerste twee deelvragen is literatuuronderzoek gedaan. Het literatuuronderzoek biedt de basis voor een topiclijst om interviewvragen te formuleren. De interviews zijn afgenomen bij 10 verpleegkundigen die minimaal 1 jaar in vast contract werken op afdeling C3VA. Het antwoord op de interviews geeft tevens ook antwoord op de laatste twee deelvragen.

De resultaten geven weer dat er een richtlijn is die gebruikt wordt in het UMCG over AB IV in de thuissituatie. Dit is een flowchart die de stappen laat zien die genomen moeten worden eer een patiënt naar huis kan.

Uit de literatuur komt naar voren dat er geen eenduidige ontslagcriteria genoemd kunnen worden voor cholangitis patiënten die met AB IV naar huis kunnen. Tevens geven de verpleegkundige op de afdeling ook aan dat hier geen eenduidige criteria voor zijn noch een checklist of iets soortgelijks hiervoor.

Verpleegkundigen op de afdeling weten globaal hoe het ontslagproces eruit ziet van een patiënt die met AB IV naar huis gaat. Ook weten ze te benoemen welke rol een verpleegkundige nog meer heeft ook buiten het proces, zoals de rol van observator.

Als antwoord op de hoofdvraag kan gesteld worden dat een checklist met uniforme ontslagcriteria mogelijk kan bijdragen aan het versoepelen van het ontslagproces

De belangrijkste aanbevelingen zijn dan ook:

- Het invoeren en hanteren van een checklist met ontslagindicatoren vergemakkelijkt het inschatten van ontslagvaardigheid van patiënten
- In de toekomst dient vervolgonderzoek te geschieden om uit te wijzen of binnen betrokken disciplines buiten de afdeling (apothek, thuiszorg) tijd bespaard kan worden

Voorwoord

Voor u ligt onze scriptie 'Ontslagprocedure patiënten met intraveneuze antibiotica thuis'. Het onderzoek voor deze scriptie gaat over het verbeteren van het verpleegkundig inzicht met betrekking tot de ontslagprocedure van patiënten die met antibiotica intraveneus naar huis zouden kunnen gaan.

De scriptie is geschreven in het kader van ons afstuderen aan de opleiding verpleegkunde-bachelor aan de Hanze Hogeschool te Groningen. Begin januari tot midden juni zijn we bezig geweest met het onderzoek.

Wij (Teun Berends en Céline van der Sijp) hebben deze scriptie geschreven in opdracht van het UMCG afdeling Maag-darm-leverziekten (C3VA).

Samen met Dita Duijndam en Ingrid Castellanos zijn we tot de onderzoeksvraag gekomen.

Met hulp van onze docentbegeleider Siska Sprenger hebben we de scriptie volgens de richtlijnen van de Hanze Hogeschool geschreven.

Tijdens het schrijven van deze scriptie hebben wij altijd kunnen terug vallen op Dita, Ingrid en Siska. Hiervoor zijn wij hun erg dankbaar. Zonder hun sturing en hulp zou dit product niet tot stand zijn gekomen.

Wij willen al onze begeleiders bedanken en ook andere zoals, Joost van der Sijp voor het kritisch bekijken van onze scriptie als onafhankelijke factor. In het bijzonder bedanken wij Siska Sprenger waar we frequent contactmomenten mee hebben gehad en veel steun van hebben ervaren.

Ook de verpleegkundigen van afdeling C3VA die bereid waren om mee te werken met het onderzoek en de interview vragen hebben beantwoord.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Teun Berends en Céline van der Sijp

Inhoudsopgave

Inleiding	5
1. Theoretisch kader	8
1.1 Probleemstelling	8
1.2 Doelstelling	9
1.3 Vraagstelling	9
1.3.1 Deelvragen	9
2. Onderzoeksmethode	9
2.1 Onderzoeksdesign	10
2.2 Populatie	10
2.3 Dataverzameling	12
2.3.1 Literatuur onderzoek	12
2.3.2 interviews	13
2.4 Data-analyse	15
2.5 Ethische aspecten	16
3. Resultaten	17
3.1 Deelvraag 1	17
3.2 Deelvraag 2	18
3.3 Deelvraag 3	21
4. Discussie	23
4.1 Samenvatting en interpretatie resultaten	23
4.2 Sterkte en zwakte analyse	25
4.3 Betekenis voor de werkvloer	26
5. Conclusie	27
5.1 Aanbevelingen	28
Literatuurlijst	29
Bijlagen	31

Inleiding

De ligduur in (Nederlandse) ziekenhuis is al sinds jaar en dag een veelbesproken thema in de zorg. Onderzoek van Coppa Conslutancy heeft aangetoond dat er vanaf 2011 een structurele daling was te zien van de opnameduur in Nederlandse ziekenhuizen. Afgelopen 2 jaren is deze daling echter gestagneerd en was er zelfs een lichte stijging van de opnameduur waar te nemen. Door te letten op details en de vinger leggen op oorzaken van verlengde opnameduur kan wellicht komende jaren nog winst behaald worden omtrent ligduurreductie (Delft van, 2016). Uit ander recent onderzoek naar de procesoptimalisatie van opname en ontslag van ziekenhuispatiënten blijkt dat circa 70% van de vertraging van ontslagen wordt veroorzaakt door de organisatie van het ziekenhuis zelf en ongeveer 30% door de patiënt zelf (Aa, van der, 2011).

Een kortere opnameduur zorgt voor een snellere en meer efficiënte doorstroom van patiënten. Het verkorten van ligduur levert uiteindelijk geld en tijdsbesparing op voor ziekenhuizen. Uit een Spaans onderzoek komt bijvoorbeeld naar voren dat het geven van antibiotica thuis intraveneus¹ kostenbesparend is. Dit omdat de ligdagen in het ziekenhuis steeds duurder worden en het grootste deel uitmaken van de kosten gemaakt voor patiënten (R.M. Giron, C. Cisneros, Z. Al Nakeeb, N. Hoyos, M. Martinez, J. Ancochea. 2006).

Naast winst voor de ziekenhuizen zelf blijkt in veel gevallen kortere opnameduur ook gunstig voor de patiënt. Gotlieb heeft in 2000 onderzoek gedaan naar de drie primaire emotionele basisbehoeften van patiënten. Hieruit blijkt dat op deze 3 factoren (omgeving, controle en rust) patiënten veel inleveren en belemmeringen ervaren gedurende klinische² opname (Gotlieb, 2000). Naast emotionele behoeften is iedere dag dat een patiënt langer in een ziekenhuis verblijft dan medisch strikt noodzakelijk überhaupt een verhoging van kans op complicaties. Zo zorgt ziekenhuisverblijf bijvoorbeeld voor een verhoogde kans op ziekenhuisinfecties aan luchtwegen of urinewegen. Het oplopen van een urineweginfectie kan juist weer zorgen voor een verlenging van de opname wat dus een vicieuze cirkel teweeg brengt (v.d. Kooi, J. Mannien, J.C. Wille, B.H. Benthem. 2008).

Het is daarom zaak onnodig lange opnameduur zoveel mogelijk te voorkómen en beperken.

Ook op de afdeling C3VA van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is de opnameduur/onnodige ligduur een centraal thema. Rondom (naderend) ontslag van patiënten op de afdeling moeten veelal nog allerlei zaken (medisch, verpleegkundig, logistiek en administratief) geregeld worden. Wanneer dit niet tijdig gebeurt kan het zijn dat patiënten onnodig langer in het ziekenhuis verblijven. Uit gesprekken met hoofd en regieverpleegkundigen op de afdeling blijkt dat het vóórkomt dat cholangitis³ patiënten die in principe ontslagvaardig zijn toch nog één of meerdere nachten in het ziekenhuis verblijven omdat een aantal zaken nog geregeld moet worden. Patiënten die bijvoorbeeld intraveneus antibiotica (hierna aangeduid als AB IV) toegediend krijgen en waarbij de kuur in de thuissituatie voortgezet zal worden moeten vaak nog onnodig wachten tot alle zaken omtrent de antibiotica thuis geregeld zijn. Hiermee wordt onnodige ligduur veroorzaakt en de doorstroom en reductie belemmerd.

¹ "In de ader" (Medisch-woordenboek, n.d.)

² "als iets met een ziekenhuis te maken heeft" (encyclo.nl, 2017)

³ "ontsteking van galwegen" (Medisch-woordenboek, n.d.)



Wanneer naderend ontslag tijdig gesignaleerd wordt kunnen zaken in een vroegtijdig stadium geregeld worden waardoor belemmeringen en vertraging zoveel mogelijk voorkomen worden. Vanuit dit onderwerp wordt in dit onderzoeksverslag dan ook ingezoomd op de signalerende rol van de verpleegkundige in het ontslagproces van cholangitis patiënten.

De beslissing over te gaan tot daadwerkelijk ontslag ligt bij een medisch specialist. Echter heeft de verpleegkundige een goed beeld van de patiënt en diens situatie en gezondheidstoestand. Verpleegkundigen zijn immers 24 uur per dag in contact met de patiënten.

Uit een recente meta-analyse⁴ is gebleken dat de rol van verpleegkundigen een belangrijke factor is in het ontslagproces. Zo werd aangetoond dat een efficiënte verpleegkundige ontslag planning effectief is bij de duur van de opname, heropname en sterfte. Tevens wordt gesuggereerd dat de kosten verlaagd worden bij een verpleegkundig geleide ontslag planning (Qin-Mei Zhu, Jia Liu, Hong-Yi Hu, Su Wang, 2015).

De nader te onderzoeken rol van de verpleegkundige komt ook naar voren in het nieuwe verpleegkundige beroepsprofiel. Hierin worden 7 competentie gebieden, die zijn gebaseerd op CANMeds (Canadian Medical Education Directions for Specialists) beschreven.

- Vakinhoudelijk handelen: de verpleegkundige als zorgverlener
- Communicatie: de verpleegkundige als communicator
- Samenwerking: de verpleegkundige als samenwerkingspartner
- Kennis en wetenschap: de verpleegkundige als reflectieve professional die handelt naar de laatste stand van de wetenschap
- Maatschappelijk handelen: de verpleegkundige als gezondheidsbevorderaar
- Organisatie: de verpleegkundige als organisator
- Professionaliteit en kwaliteit: de verpleegkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar (V&VN, Verpleegkundige beroepsprofiel, 2012).

Het domein zorgverlener beschrijft dat een verpleegkundige o.a. vroegtijdig (problemen) moet kunnen signaleren. Binnen de onderzoeksvraag die vanuit de afdeling is gesteld zou dit een punt kunnen zijn waar winst op te behalen valt. Bij communicator wordt geacht dat de verpleegkundige kan communiceren op inhouds-, procedure- en procesniveau en soepel schakelen tussen deze niveaus.

De vraagstelling lijkt vooral te maken te hebben met dit gebied. Dit omdat er wordt gekeken waar in het ontslagproces precies winst behaald kan worden.

Voor samenwerkingspartner wordt verwacht dat verpleegkundigen met andere disciplines kunnen samenwerken en ook bijdrage levert aan samenwerkingsprocessen. Dit is een thema wat binnen het ontslag ook naar voren komt i.v.m. de verschillende betrokken disciplines.

Binnen het domein kennis en wetenschap wordt verwacht dat verpleegkundigen participeren aan (praktijk)onderzoek. Ook wordt verwacht dat ze op de hoogte zijn van vakliteratuur. Deze twee zaken komen ook voor in het onderzoek bij zowel de onderzoekers als bij de participanten van het onderzoek (V&VN, Verpleegkundige beroepsprofiel, 2012).

⁴ "Kwantitatieve samenvatting van de resultaten van afzonderlijke onderzoeken" (encyclo.nl, 2017)

Dit onderzoek is daarmee duidelijk relevant voor de verpleegkundige beroepsgroep en beroepsuitoefening.

Er wordt gekeken naar hoe de verpleegkundige signalerende rol concreet ingevuld kan/moet worden en wat daarvoor nodig is. Naar aanleiding van deze onderzoeksvraag zal onderzoek uitgevoerd worden in opdracht en in samenspraak met de hoofdverpleegkundige (Ingrid Castellanos-Bolt) en regieverpleegkundige (Dita Duijndam) van afdeling C3VA UMCG. Laatstgenoemden zijn tevens de opdrachtgever.



1. Theoretisch kader

In het komende hoofdstuk zal een schets gemaakt worden van de huidige situatie. Er wordt inzichtelijk gemaakt wat het probleem is in de vorm van een probleemstelling. Vervolgens beschrijft de doelstelling wat er bereikt dient te worden met het onderzoek. Met behulp van de doelstelling kan getracht worden om van de huidige situatie naar de gewenste situatie te komen en kan gekeken worden wat hiervoor nodig is. Tenslotte is een vraagstelling geformuleerd om exact te definiëren waar naar gezocht moet worden binnen de wetenschappelijke literatuur. Uit de gevonden en gebruikte literatuur en praktijkonderzoek moet blijken of er een antwoord gegeven kan worden op de vraagstelling en zal geconcludeerd worden wat er nodig is om de doelstelling (gewenste situatie) te bereiken.

1.1 Probleemstelling

Om tot een compleet geformuleerde probleemstelling te komen wordt het probleem in de huidige situatie opgesplitst in deelvragen waarbij gebruik wordt gemaakt van de 5 x W + H methode:

5 X H + W	
Wie	Cholangitis patiënten / (regie)verpleegkundigen van afd. C3VA
Wat	Onnodige verlenging van opnameduur bij cholangitis patiënten die in aanmerking komen voor AB IV thuis
Waar	Op de afdeling C3VA in het UMCG
Waarom	Patiënten verblijven onnodig langer in het ziekenhuis wat geld kost, bedbezetting kost, werkdruk oplevert en bio-psychosociale invloed op de patiënt heeft.
Wanneer	Tijdens de klinische opnameperiode van cholangitis patiënten op de afdeling C3VA UMCG
Hoe	Wanneer ontslag gesignaleerd wordt moeten er in te korte tijd nog teveel (logistieke) zaken geregeld worden waardoor opnameduur onnodig verlengd en patiënten langer in het ziekenhuis verblijven

Tabel 1, 5XH+W

Wanneer de probleemstelling in een volzin geformuleerd wordt ziet dit er als volgt uit: *“Cholangitis patiënten op de afdeling C3VA, die met intraveneuze antibiotica naar huis gaan, blijven onnodig langer in het ziekenhuis, doordat mogelijk de voorspellende rol van de verpleegkundige nog niet optimaal is, waardoor doorstroom belemmerd en ligduur verlengd wordt en de patiënt nog langer niet optimaal mee kan draaien in de maatschappij”*

1.2 Doelstelling

Om duidelijk te schetsen waar met dit onderzoek/advies op aangestuurd wordt en wat er gepoogd wordt te bereiken, is hieronder een doelstelling geformuleerd.

De geformuleerde doelstelling dient als houvast om uiteindelijk tot het gewenste resultaat te komen. De doelstelling luidt als volgt:

“Het inzichtelijk maken van de invulling van de signalerende rol van verpleegkundigen bij naderend ontslag van cholangitis patiënten, die in aanmerking komen voor AB IV thuis.”

Het uiteindelijke doel wat behaald moet worden met efficiënter ontslag is winst voor de patiënt op totaal bio-psychosociaal⁵ vlak. Daarnaast de kennis en het inzicht vergroten bij verpleegkundigen zodat deze sneller en adequater op het aankomend ontslag van de patiënt kunnen inspelen.

1.3 Vraagstelling

Voor een duidelijke literatuurstudie en invulling van interviews is een gestructureerde en complete vraagstelling nodig. De vraagstelling geeft antwoord op de vraag wat nu daadwerkelijk onderzocht wordt middels literatuur en waar naar gezocht dient te worden.

Om te beoordelen welk onderzoek nodig is wordt deze vraagstelling geformuleerd: *“Hoe kan de signalerende rol van de VPK, concreet ingevuld worden op afdeling C3VA volgens de verpleegkundige, om ontslag van de cholangitis patiënt tijdig te signaleren, zodat opname duur tot een minimum wordt beperkt?”*

1.3.1 Deelvragen

Door het stellen van deelvragen wordt geprobeerd om een zo volledig mogelijk antwoord op de hoofdvraag te krijgen.

- *Welke richtlijn of welk protocol wordt er gebruikt in het UMCG over AB IV die moet worden gegeven in de thuissituatie?*
- *Welke (verpleegkundige) ontslagcriteria zijn van belang voor de cholangitis patiënten welke met AB IV naar huis kunnen?*
- *Hoe beschrijven verpleegkundigen het huidige ontslagproces bij patiënten die met AB IV naar huis gaan en hoe zien zij hun rol hierin?*

⁵ “een combinatie van biologische, psychologische en sociale bepaaldheid” (encyclo.nl, 2017)

2. Onderzoeksmethode

In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op het betreffende onderzoeksdesign en de verantwoording van gemaakte keuzes omtrent vorm en design. De grondvorm van het onderzoek komt naar voren evenals de onderzoekspopulatie, de steekproef en de methode van dataverzameling. Tevens is in dit hoofdstuk aandacht voor de eventuele ethische aspecten die tijdens het onderzoek van toepassing waren.

2.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoek wat uitgevoerd is heeft als grondvorm een kwalitatief onderzoek. Het onderzoek werd uitgevoerd middels een deel literatuurstudie en een deel interviews.

De onderzoeksvraag was breed en het antwoord op deze vraag was nog niet te voorspellen. Om tot antwoorden van de eerste twee deelvragen te komen was literatuuronderzoek nodig. Om vervolgens alle deelvragen te kunnen beantwoorden zijn er semigestructureerd interviews afgenomen bij het verplegend personeel van C3VA. De uitkomsten van deze twee soorten onderzoek waren niet in cijfers uit te drukken omdat er naar een mening werd gevraagd (Verhoeven, N., 2014).

Het onderzoek leidde uiteindelijk tot een aantal aanbevelingen. Dat is de reden waarom er voor kwalitatief onderzoek is gekozen. Een aanbeveling geeft een indicatie wat er gedaan kan worden om de huidige situatie te verbeteren. Daarbij waren meningen, werksfeer en andere factoren van belang om tot een goede aanbeveling te komen (Verhoeven, N., 2014).

2.2 Populatie

De onderzoekspopulatie besloeg de verpleegkundigen werkzaam op afdeling C3VA. De inclusiecriteria zijn:

- Gediplomeerde verpleegkundige
- Minimaal 1 jaar werkervaring op C3VA
- >20 arbeidsuren per week werkzaam op de afdeling

Dit omdat deze groep daadwerkelijk afdeling specifieke ervaring heeft en bekend is met het onderzoeksprobleem.

De exclusie criteria zijn

- Stagiaires/leerlingen
- Personeel uit de flexpool

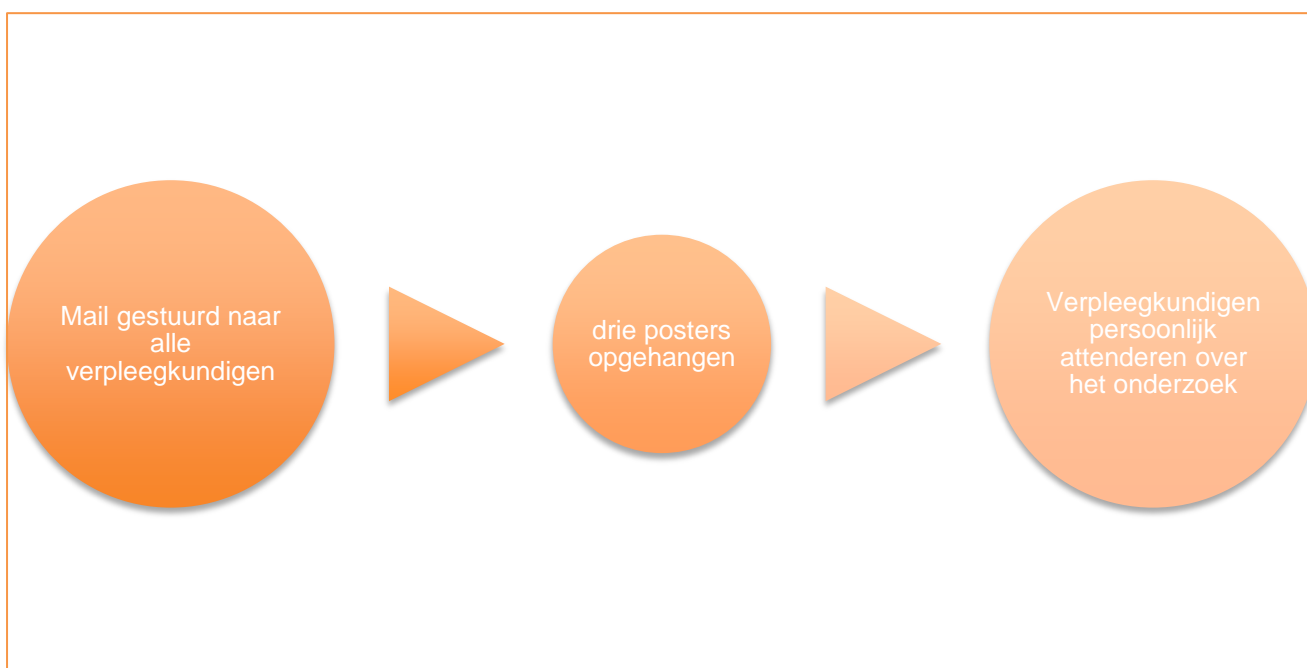
Deze groep heeft vermoedelijk nog niet vaak genoeg met de betreffende vraagstelling en probleemstelling te maken gehad om hier een gefundeerde mening en oordeel over te hebben.

De doelstelling was om zoveel mogelijk verpleegkundigen binnen de inclusiecriteria te interviewen voor een zo groot mogelijk bereik en draagvlak. Rekening is gehouden met het feit dat niet al het vaste personeel geïnterviewd is. Dit ook omdat er binnen de populatie verpleegkundigen veel mensen met zwangerschapsverlof e.d. waren. Ook waren de onderzoekers afhankelijk van de roosters van de verpleegkundigen. Hierdoor kwam het voor dat op de dagen van de interviews soms hetzelfde personeel rondliep.

De steekproef was aselekt. De geïnterviewde medewerkers zijn gekozen aan de hand van het rooster. Er zijn een aantal dagen uitgekozen om de interviews te doen en de onderzoekers waren afhankelijk van de verpleegkundigen die toen aan het werk waren en die voor deelname tijd hadden. Rond 12 uur in de weekeinden is er toestemming gevraagd aan verpleegkundigen wie deze dag welwillend was voor het doen van een interview.

Ook is er voorafgaand aan een paar interviews eerst naar de afdeling gebeld om na te vragen of er ruimte was voor interviews. Dit om te zorgen dat het afnemen van de interviews niet als een last zou worden beschouwd door de werknemers, in de hoop dat er uitgebreide antwoorden uit de interviews zouden komen

In de onderstaande flowchart (figuur 1) is te zien welke stappen er zijn gezet om aandacht te trekken voor het onderzoek en om zo vrijwilligers te werven voor de interviews



Figuur 1, flowchart stappenplan werven verpleegkundigen

Op de mail kwam één reactie van een medewerker die graag mee wilde doen met het onderzoek.

De drie poster zijn achter de balie gehangen en in de koffieruimte zodat ze op zouden vallen.

Tevens heeft Céline tijdens de werkdagen op de afdeling collega's geattendeerd op het feit dat ze in weekeinden interviews zouden gaan afnemen.

Uiteindelijk zijn er tien interviews afgenomen op de afdeling. Allen zijn individueel afgenomen onder werktijd van de participanten. De participanten waren welwillend om mee te doen en namen er ook de tijd voor. Dit was terug te zien in de houding van de participanten, een aantal gaven namelijk hun pieper even af aan hun collega zodat ze niet gestoord zouden worden tijdens het interview.

2.3 Dataverzameling

De dataverzameling van dit kwalitatieve onderzoek is op te delen in literatuur onderzoek en praktijk onderzoek (interviews).

2.3.1 Literatuur onderzoek

Met het doen van literatuuronderzoek werd getracht evidenced based informatie te verkrijgen om de deelvragen zo goed en volledig mogelijk te beantwoorden en het antwoord op de onderzoeksvraag te ondersteunen.

Als eerste werd het literatuuronderzoek gedaan om aan de hand van de gevonden bronnen/literatuur een topiclijst te creëren die als basis diende voor de interviews.

Bij het zoeken naar relevante literatuur werd een zes stappenplan gebruikt om het zoeken: “Big6™”. Het voordeel van deze methode was de toepasbaarheid voor het zoeken van informatie in verschillende bronnen niet alleen voor bijvoorbeeld een online zoekmachine. De methode zie er als volgt uit:

1. Definieer het probleem;
2. Bepaal waar je gaat zoeken;
3. Kies de juiste zoekstrategie;
4. Bestudeer de informatie en selecteer wat je nodig hebt;
5. Organiseer de informatie zodanig dat het antwoord geeft op de vraag/het probleem;
6. Evalueer het resultaat (Verhoeven, N., 2014).

Er is gezocht naar evidenced based artikelen in o.a. PubMed en Cinahl en verschillende tijdschriften. Onderaan de tabel is te vinden hoeveel relevante artikelen zijn gevonden.

Tabel 1, zoekstrategieën

	Pubmed	Cinahl	Google	Docportal UMCG
Zoektermen	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital • Discharge criteria • Nurs* • Discharge process 	<ul style="list-style-type: none"> • Nurs* • Discharge criteria • Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontslagcriteria (cholangitis) • Ontslagvoorwaarden ziekenhuis • Ontslagprotocol ziekenhuis • Ontslagproces ziekenhuis 	<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotica thuis
Filters	<ul style="list-style-type: none"> • Free full text • 5 years publication date • Humans • English 	<ul style="list-style-type: none"> • Full text • English • All adult 		
Resultaat	Één relevant artikel	Twee relevante artikelen		Één document



De volgende zoektermen zijn gebruikt, maar zonder relevante resultaten en alle zoekmachines:

- Cholangitis
- Nurs* dischargecriteria
- Antibiotics home
- Antibiotics IV
- Antibiotics cholangitis

De reden om met een * te zoeken is om zo alle woorden die beginnen met nurs te filteren uit artikelen. Vaak wordt nurse of nursing of nursery gebruikt. Om zo veel mogelijk relevante artikelen te kunnen vinden.

Er is gezocht naar Engelse en Nederlandse artikelen. De reden hierachter is dat dit makkelijk te vertalen is. Bij het zoeken kwamen vaak Spaanse artikelen naar boven, daarom is dit filter ingeschakeld.

Voor dit onderzoek zijn alleen artikelen relevant die over volwassen mensen gingen. Kinderen worden niet opgenomen op afdeling C3VA. Daarbij waren ook alleen artikelen geschikt die humane studies betroffen.

Om zo recent mogelijke literatuur te vinden is bij PubMed in eerste instantie het filter gebruikt dat artikelen niet ouder dan vijf jaar mogen zijn. Dit omdat de gezondheidszorg constant veranderd en oudere artikelen zouden een vertekend beeld kunnen geven. Uiteindelijk is de filter aangepast omdat er relevante artikelen gevonden zijn die ouder dan vijf jaar zijn.

Alle relevante literatuur werd beoordeeld aan de hand van de methodologische beoordeling volgens de richtlijnen van de Hanze Hogeschool Groningen (Zie bijlage 1).

Als er geen abstract te vinden was werd globaal het artikel doorgelezen om te kijken of er relevante informatie te vinden was.

Wanneer het abstract relevant leek, werd de inleiding en de conclusie gelezen.

2.3.2 interviews

De interviews (zie bijlage 2) waren semigestructureerd, zodat daar waar nodig doorgevraagd kon worden en om verduidelijking of opheldering gevraagd kon worden. In tegenstelling tot een volledig open interview kon er met de semi-structuur wel enigszins aangestuurd worden op een bepaald doel of thema en richting globale onderzoeksvraag. Er werd in de interviews met name aangestuurd op indicatoren voor verpleegkundigen die naderend ontslag kunnen voorspellen.

De mogelijkheid tot doorvragen/verdiepen zorgde voor gedetailleerde en voor het onderzoek zo specifiek mogelijke informatie en antwoorden.

Voor sturing en indeling van het interview is gebruik gemaakt van een vragenlijst die gebaseerd is op een topiclijst. Gezien het semigestructureerd karakter van de interviews mocht eventueel afgeweken en gevarieerd worden in volgorde van vragen.

De invulling van de topic (zie bijlage 3) en vragenlijst werd voornamelijk gebaseerd worden op de uitkomsten van de eerste 2 deelvragen waarvoor literatuurstudie uitgevoerd is.

Het feit is dat een semigestructureerd interview minder valide is dan een gestructureerd interview. Het te onderzoeken onderwerp gaat o.a. over de mening van de verpleegkundige, daarbij is het onderzoek kwalitatief en was het niet realistisch om een gestructureerd interview af te nemen, aangezien met doorvragen meer informatie kon worden verkregen (Verhoeven, N., 2014).



De interviews zijn anoniem afgenomen. Dit in de hoop dat antwoorden meer eerlijk gegeven werden. Het is één op één gebeurd zodat de participanten niet werden beïnvloed door collega's en/of dat er sociaal gewenste antwoorden gegeven werden (Verhoeven, N., 2014).

Door bij elk interview dezelfde opstelling aan te houden zijn de uitkomsten meer valide.

Tevens werd er naar gestreefd om de situaties waarin de interviews werden afgenomen zo veel mogelijk hetzelfde te houden. Zo werd elk interview op de afdeling afgenomen vond dit plaats onder werktijd. Het afnemen onder werktijd is bewust gedaan om zo de verpleegkundige zo veel mogelijk tegemoet te komen, daarmee is getracht zoveel mogelijk medewerking te krijgen (Verhoeven, N., 2014)

Ook al is geprobeerd de externe factoren zo gelijk mogelijk te maken, dan nog kunnen interne factoren een uitwerking hebben op de betrouwbaarheid van het interview. Zo kan het zijn dat door werkdruk op de afdeling vragen gehaast beantwoord zijn en niet goed is nagedacht voor een antwoord dat werd gegeven. Daarbij hebben alle verpleegkundigen nog persoonlijke omstandigheden waarmee de antwoorden op het interview beïnvloed zou kunnen zijn (Verhoeven, N., 2014).

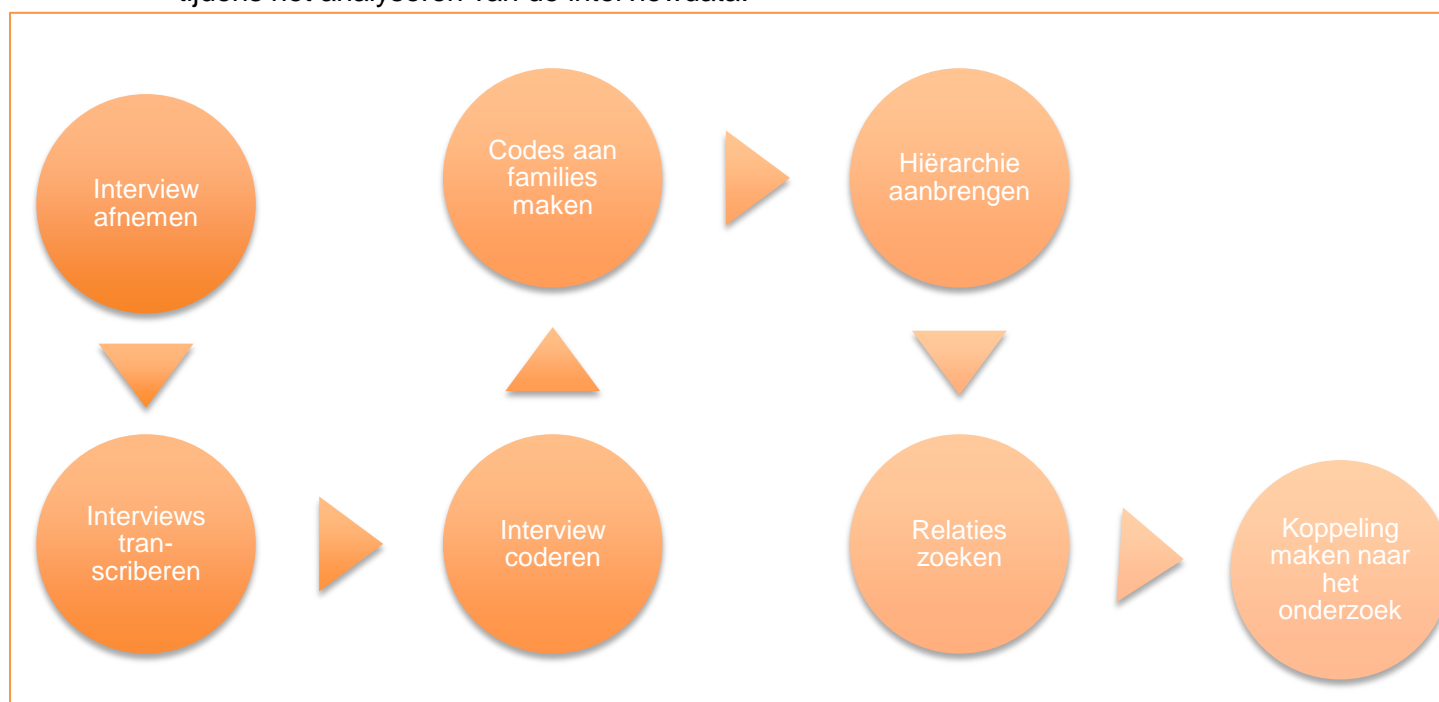
Om naast interviews de interne validiteit te vergroten is gebruik gemaakt van triangulatie.

Dit houdt in dat er meerdere bronnen zijn gebruikt ter informatie om zo de conclusie te onderbouwen. Daarnaast is bij de te onderzoeken groep tijdens de interviews, kritisch gekeken naar de antwoorden die er werden gegeven. Daarbij zal zoals hierboven ook genoemd veel worden doorgevraagd, ook ter controle van hun antwoord (Verhoeven, N., 2014).

Tevens is ter verbetering van de betrouwbaarheid gebruik gemaakt van een persoon, die niks met het onderzoek heeft, die het onderzoek sceptisch heeft bekeken en ook beoordeeld of archivering van data duidelijk en helder is. Hij geeft dus een externe controle op het onderzoek. De persoon die dit doet is bekend met het beoordelen van HBO-verpleegkunde scripties maar niet bekend bij de Hanze Hogeschool (Verhoeven, N., 2014).

2.4 Data-analyse

In de onderstaande flowchart (zie figuur 2) is te zien welke stappen zijn gemaakt tijdens het analyseren van de interviewdata.



Figuur 2, flowchart stappen data-analyse

Tijdens het transcriberen werd de gesproken tekst omgezet in geschreven tekst (zie analyse document bijlage 1). Vervolgens zijn in excel codes en bepaalde quotes toegekend (zie analysedocument bijlage 2). Er is gekeken welke codes samen een zogenoemde familie konden vormen. Een aantal codes vielen onder meerdere families en bepaalde families hielden ook weer verband met elkaar (Zie analysedocument bijlage 3). Hierin kon een hiërarchie worden aangebracht. Tijdens het maken van de families en de hiërarchie werden ook relaties gezocht en verbanden gemaakt tussen de interviews. Met het afnemen en verwerken van interviews is gelet op zogeheten datasaturatie. Datasaturatie houdt in dat er geen nieuwe informatie verkregen wordt. De grote van de onderzoekspopulatie was afhankelijk van de datasaturatie. Wanneer dit plaatsvond betekende dit dat we voldoende participanten hebben geïnterviewd (Verhoeven, N., 2014). In de praktijk is gebleken dat er datasaturatie is opgetreden. Na de eerste vijf interviews kwamen dezelfde antwoorden naar voren. Echter omdat vijf interviews een kleine steekproef zou zijn geweest zijn de onderzoekers doorgegaan tot het afnemen van tien interviews. Dit ook om zeker te zijn dat datasaturatie aan de orde was. Bij de laatste vijf interviews is echter nog wel wat nieuwe informatie naar voren gekomen.

2.5 Ethische aspecten

Binnen het onderzoek kunnen verschillende ethische kwesties aan de orde zijn waar rekening mee gehouden moet worden. Bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek wordt in de literatuur een zestal veelvoorkomende ethische principes genoemd die veelal van belang zijn. Dit zestal aan principes luidt als volgt:

- Vertrouwen, bedrog en zelfbedrog
 - Zorgvuldigheid en nalatigheid
 - Volledigheid en selectiviteit
 - Concurrentie en collegialiteit
 - Publiceren, auteurschap en geheimhouding
 - Onderzoek en opdracht
- (Kole & de Ruyter, 2007)

Voor het onderzoek is het als onderzoekers en schrijvers van belang om naar eerlijkheid en betrouwbaarheid te schrijven en publiceren. Literatuur en andere onderzoeken mogen gerust gebruikt worden indien er correct bronvermelding plaatsvindt. Uiteraard is het als onderzoekers/schrijver niet toegestaan teksten en feiten te verzinnen en/of vervalsen. Medewerking en hulp van derden moet altijd dienen om uiteindelijk verbetering in de beroepspraktijk na te streven.

Tevens is het voor de onderzoekers van belang nauwkeurig en nieuwsgierig met vraagstellingen om te gaan en systematisch en met precisie verslaglegging uit te voeren. Betrokken partijen moeten altijd voldoende op de hoogte worden gebracht van de opzet en het doel van het onderzoek. De onderzoeker hanteert een duidelijke planning en maakt gebruik van begeleiding om slordigheid en nalatigheid te voorkómen. Betrokken partijen en personen moeten door de onderzoeker geanonimiseerd worden.

In het kader van volledigheid is het belangrijk dat de onderzoeker in de selectie en beperking van bevindingen en resultaten geen zaken weglaat die van invloed zijn op de conclusies en uitkomsten van het onderzoek.

Aangezien er in een tweetal wordt gewerkt en met begeleiding vanuit het docententeam is er altijd sprake van collegialiteit en samenwerking. Er moet ruimte zijn voor het beoordelen en eventueel aanpassen van elkaars stukken. Goede afstemming en afspraken zijn nodig om gezamenlijk tot gestelde doelen te komen. Afgeronde stukken kunnen eventueel gepubliceerd worden en mogen ingezien en gebruikt worden door anderen. Geheimhouding van informatie en bevindingen is daarmee niet wenselijk en bevorderlijk voor de wetenschap in het algemeen.

In geval van onderzoek dat in opdracht van een instelling of afdeling wordt uitgevoerd is er een duidelijke opdrachtgever. De onderzoekers blijven in principe echter wel eigenaar van het onderzoek en zijn verantwoordelijk voor (de bepaling van) de vraagstelling.

Dit is een reeks van ethische punten die van toepassing kunnen zijn bij de uitvoering van het onderzoek

3. Resultaten

De resultaten zijn in dit hoofdstuk uitgewerkt aan de hand van de deelvragen. Zowel de literatuur als het praktijkonderzoek zullen per deelvraag worden weergegeven.

3.1 Deelvraag 1

Welke richtlijn of welk protocol wordt er gebruikt in het UMCG over AB IV die moet worden gegeven in de thuissituatie?

Uit het literatuur onderzoek komt één document naar boven (zie bijlage 4). In het document is in een flowchart weergegeven welke stappen er moeten worden gezet eer een patiënt met AB IV met ontslag kan.

In het protocol worden acht stappen benoemd:

1. “Arts belt dagapotheker voor overleg over voorgenomen ontslag. Checklist A en B worden zo veel mogelijk ingevuld.
2. Dagapotheker belt eventueel bereidingsapotheker voor overleg technische haalbaarheid bereidingen (checklist deel C). De dagapotheker belt de openbare apotheek (telnr. via arts) voor overleg over de bereiding van vervolgmedicatie (checklist deel D), eventueel door een bereidingssteunpunt. De dagapotheker checkt de beschikbare capaciteit voor het bereiden van easypumps, inclusief eventuele vervolgmedicatie (max 80/mnd=20st/wk) in de map “ziekenhuisverplaatste zorg” in de kamer van de dagapotheker. Indien de bereiding inclusief de vervolgmedicatie niet haalbaar lijkt, overlegt de dagapotheker met de arts over alternatieven.
3. Arts meldt de patiënt aan bij de liaisonverpleegkundige via de regieverpleegkundige. Arts stuurt recept dat volgt uit overleg met de dagapotheker naar de Sprong en eventueel de thuisapotheek.
4. Ingevulde checklist wordt door de dagapotheker naar de Sprong en liaisonverpleegkundige gestuurd.
5. Liaisonverpleegkundige vult aanvraag in voor hulpmiddelen. Deze wordt ondertekend door de arts en naar de Sprong gestuurd.
6. De liaisonverpleegkundige regelt de thuiszorg en maakt afspraken voor het ontslag.
7. Indien alle informatie binnen is, stuurt de Sprong een bereidingsverzoek naar de bereidingsafdeling Receptuur. Indien ampullen afgeleverd dienen te worden ten behoeve van VTGM door de thuiszorg kunnen deze bij de afdeling Distributie worden besteld conform de gebruikelijke werkwijze.
8. Product wordt afgeboekt op de Sprong. De Sprong stuurt de rekening voor de ziekenhuisverplaatste zorg die niet vergoed wordt naar de apotheek ten behoeve van afboeking van de afdeling.” (UMCG, docportal, n.d.)



Uit het praktijkonderzoek kwam naar voren dat 100% van de deelnemers onbekend is met het protocol. In figuur 1 is weergegeven in hoeverre deelnemers kennis hadden van het bestaan van een protocol.

Het verschil tussen "wist ik niet" en "geen idee" is het feit dat er bij 1 participant de

vraag verkeerd is gesteld. Er is toen gevraagd: "Ben je op de hoogte van het feit dat er een protocol is voor iemand die met AB IV naar huis gaat?" Terwijl bij de andere participanten is gevraagd: "Weet je of er een protocol bestaat van welke stappen je moet doorlopen als iemand met AB IV naar huis gaat?"



Figuur 3, piechart: "weet je of er een protocol is over het ontslagproces voor iemand die met AB IV naar huis gaat?"

3.2 Deelvraag 2

Welke (verpleegkundige) ontslagcriteria zijn van belang voor de cholangitis patiënten welke met AB IV naar huis kunnen?

Op de volgende pagina zijn in een tabel de belangrijkste bevindingen van de literatuurstudie weergegeven

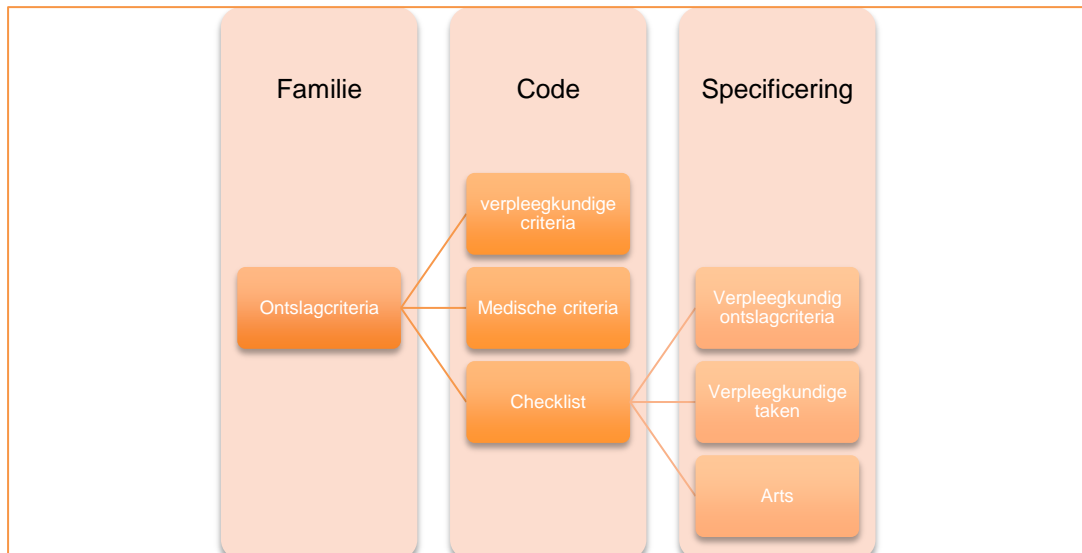
Tabel 2, belangrijkste literatuurbevindingen

1 ^e auteur en jaartal	Design studie	Onderwerp	Belangrijkste conclusie(s)
Ubbink, D.T., 2014	A mixed-methods study	De argumenten van dokters, verpleegkundigen en patiënten voor ziekenhuisontslag	<ul style="list-style-type: none"> - Meer uniforme ontslagcriteria definiëren en hanteren om ligduur te reduceren - Zowel medische als niet medische (zoals organisatorische/patiënt gerelateerde) ontslagcriteria moeten worden meegenomen
Vloet, Hof v.d. M., 2011	Mixed-methods Kwalitatief onderzoek	Project ontslaggericht werken/wel thuis	<ul style="list-style-type: none"> - Verpleegkundigen hebben vaak te weinig inzicht in patiëntbehoeften na ontslag - Tijdens de opname kan het ontslagtraject al besproken worden - Hantering van een checklist ontslag versoepeld het proces
Kingdon, B., 2006	3 stadia Delphi onderzoek	De definiëring van ontslagcriteria uit een chirurgische setting	<ul style="list-style-type: none"> - Meetbare waarden worden als belangrijker beschouwd dan waarden waarbij een oordeel geveld moest worden (klinische blik VPK) - Een checklist met ontslagwaarden bevordert de ontwikkeling van de klinische blik
Stikvoort-Lodewijks, M.J., 2008	Mixed Methods	IGZ onderzoek naar het postoperatief traject in NL ziekenhuizen	<ul style="list-style-type: none"> - Bij het ontslag van de patiënt naar huis moet diens gezondheidstoestand worden beoordeeld aan de hand van vastgelegde criteria. Slechts 13 procent van de geobserveerde ziekenhuizen gebruikte ontslagcriteria
Aa, C. van der, 2011	Mixed-methods	Procesoptimalisatie opname en ontslag van patiënten bij heelkunde.	<ul style="list-style-type: none"> - Het VUMC hanteert de volgende voorwaarden m.b.t. ontslagvaardigheid: <ul style="list-style-type: none"> * De patiënt kan medisch gezien met ontslag * Patiënt is ADL (algemene dagelijkse lichaamsverzorging) zelfstandig * Wondzorg en medicatie is gegarandeerd * Uitscheiding en voeding zijn genormaliseerd * Pijn is onder controle * Patiënt voelt zich psychisch goed genoeg om ontslagen te worden



Uit de literatuurstudie is op te maken dat er geen eenduidige ontslagcriteria gesteld kunnen worden als patiënten met ontslag gaan. Tevens zijn er geen resultaten gevonden voor specifiek cholangitis patiënten die met AB IV naar huis kunnen.

Uit het praktijkonderzoek kan een verschil worden gemaakt in medische ontslagcriteria en verpleegkundige ontslagcriteria (zie figuur 4).



Figuur 4, familie en codering

Echter wordt ook aangegeven dat er geen verpleegkundige ontslagchecklist aanwezig is als het gaat om ontslagcriteria. Bij zeven van de tien interviews is hier specifiek naar gevraagd. Alle zeven de participanten geven dan aan dat er geen ontslagchecklist is als het gaat om ontslagcriteria.

Kijkend naar de medische ontslagcriteria komt uit het onderzoek naar voren dat artsen deze waarschijnlijk niet hebben.

Er kunnen drie verschillende ontslagcriteria genoemd worden. Hieronder is te zien hoe vaak deze zijn genoemd tijdens de interviews en zijn er voorbeelden uitgewerkt:

- Patiënt moet zichzelf thuis kunnen redden betreft (8/10)
 - Kan (met hulp) ADL uitvoeren
 - Kan (met hulp(middelen)) transfers maken
- De patiënt moet mentaal/psychisch in staat zijn om naar huis te kunnen (8/10)
 - Begrijpt welke medicatie hij/zij moet gebruiken en waarom
 - De risico's begrijpen van het naar huis gaan met AB IV en weten wat te doen wanneer er iets mis gaat
 - De patiënt moet bij de tijd zijn
 - Therapietrouw zijn
- De patiënt moet hemodynamisch/medisch stabiel zijn (4/10)
 - Koorts vrij
 - Controles hebben geen afwijkingen
 - Pijnvrij
 - Stoelgang is zoals gewoonlijk
 - Eten en drinken gaat zoals gewoonlijk

Één van de geïnterviewde verpleegkundige gaf aan dat ze haar verpleegkundig inzicht koppelde aan de patronen van Gordon.

3.3 Deelvraag 3

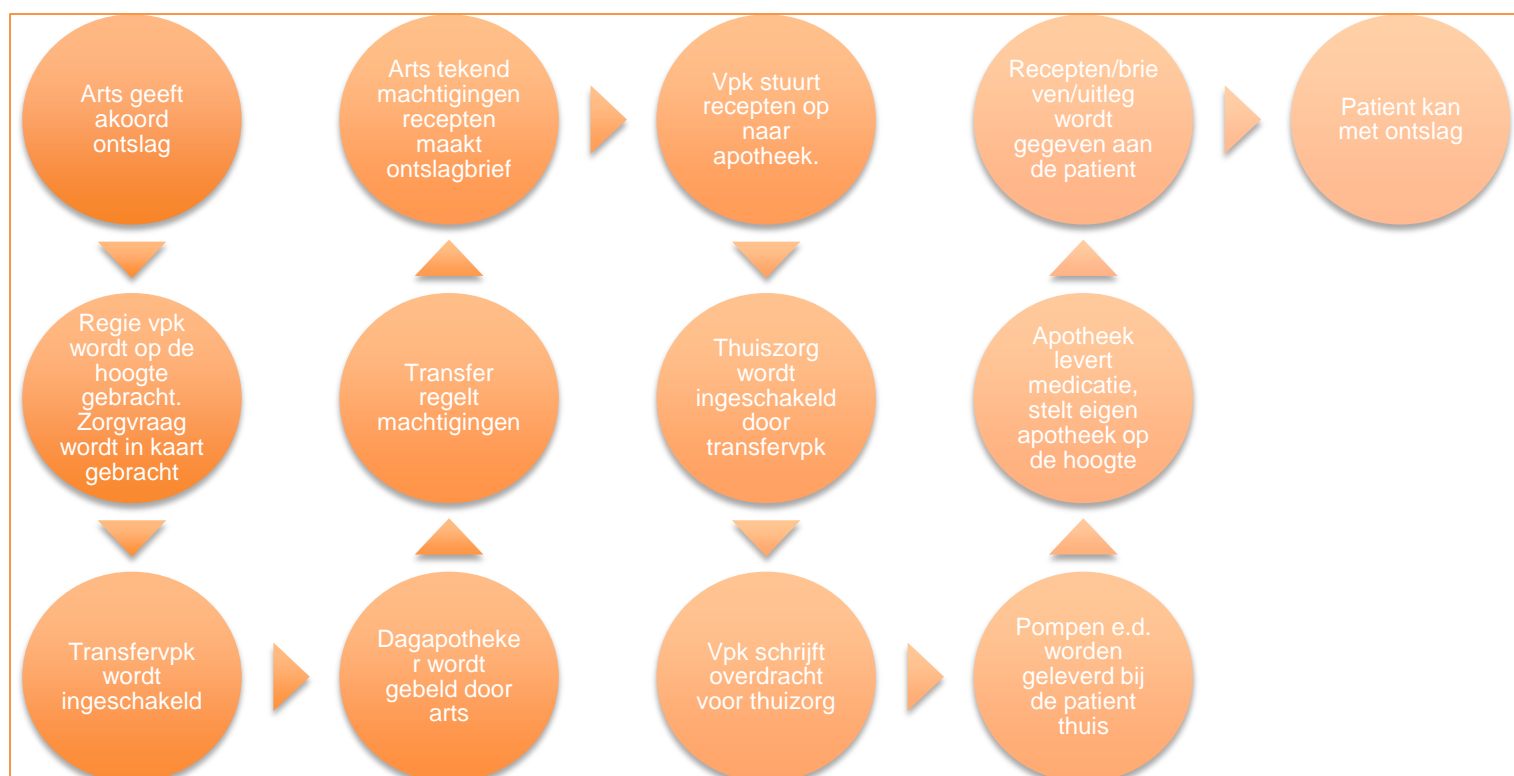
Hoe beschrijven verpleegkundigen het huidige ontslagproces bij patiënten die met AB IV naar huis gaan en hoe zien zij hun rol hierin?

Het antwoord op deze deelvraag is uitgezocht door middel van het praktijkonderzoek.

Er is een verschil te zien tussen de antwoorden van de regie verpleegkundigen en verpleegkundigen op de werkvloer. Dit verschil wordt hieronder beschreven.

In het onderstaande figuur (5) is de flowchart te zien welke stappen er worden gezet. Deze flowchart is gebaseerd op de antwoorden die verkregen zijn tijdens de interviews. Echter waren niet alle antwoorden overeenkomstig met elkaar. In figuur 5 zijn alle stappen die verpleegkundigen genoemd hebben in relatie gebracht met elkaar en op volgorde gezet die het meest benoemd werd.

In figuur 5 is te zien dat het ontslagproces voor iemand die met AB IV naar huis gaat een samenwerking is van verschillende disciplines.



Figuur 5, flowchart stappen die gezet worden eer een patiënt met AB IV naar huis gaat

Het verschil in antwoorden dat is gegeven door de regieverpleegkundige en de verpleegkundige op de werkvloer had vooral te maken met de details van de stappen. De regieverpleegkundige wisten iets uitgebreider te vertellen welke stappen ondernomen moesten worden terwijl de rest van de verpleegkundige vooral hun eigen taken wisten te benoemen. Daarbij wisten de regieverpleegkundige ook beter te benoemen in welke volgorde de stappen worden doorlopen.

In de bovenstaande flowchart is duidelijk te zien dat het proces een multidisciplinair karakter heeft. Zo is er een arts, verpleegkundige, transferverpleegkundige, regieverpleegkundige, apotheker en thuiszorg bij het proces betrokken. Binnen de multidisciplinaire samenwerking is het van belang om nauw samen te werken en duidelijk te communiceren. Dit laatste blijkt ook uit de interviews. Tijdens de interviews is aangegeven dat communicatie een belangrijke factor is tijdens dit proces

Naast de taken die de verpleegkundige vervult in het ontslag proces (zie te figuur 5) werden er nog meer handelingen genoemd die de verpleegkundige scharen onder hun rol.

Er zijn verschillende rollen die de verpleegkundige aanneemt.

Zo regisseert zij deels het ontslagproces en zorgt ervoor dat ze weet waar het proces staat en wat er nog geregeld moet worden.

Voor de patiënt met ontslag kan/mag vervult ze een multidisciplinaire taak door o.a. te overleggen met de arts over een eventueel ontslag met AB IV. Daarbij zal ze ook de arts tegenspreken wanneer hij/zij aangeeft dat de patiënt medisch gezien naar huis kan maar verpleegkundig gezien dit nog niet aan de orde is.

Ook wordt genoemd als rol dat de verpleegkundige de juiste informatie aan de patiënt verstrekt. De verpleegkundige staat nu eenmaal het dichtst bij de patiënt en kan het beste observeren wat de patiënt nodig heeft om te zorgen dat het thuis goed verloopt. De verpleegkundige schat in welke zorg het beste aansluit bij de patiënt en zorgt ervoor dat die zorg ook geleverd kan worden na het ontslag.

4. Discussie

4.1 Samenvatting en interpretatie resultaten

De eerste deelvraag is direct te beantwoorden aan de hand van een UMCG breed protocol. Van alle ondervraagden uit de interviews was 100% niet bekend met een protocol of richtlijn m.b.t. toediening van AB IV in de thuiszorg.

Enkele verpleegkundigen geven aan dat zo'n protocol eerder voor de transferverpleegkundige van toepassing is. Onbekendheid met het protocol kan in dit geval mogelijk te maken hebben met het feit dat verpleegkundigen dit niet binnen hun verantwoordelijk achten. Het feit dat het overgrote deel van de geïnterviewde niet goed op de hoogte is kan ook te maken hebben met de grote hoeveelheid protocollen en richtlijnen waar verpleegkundigen dagelijks al rekening mee moeten houden (Veer, de & Francke, 2009). Een andere mogelijke oorzaak is het feit dat verpleegkundigen weinig frequent met betreffende situatie en proces te maken hebben.

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat de aanwezigheid van literatuur met betrekking tot eenduidige vastgelegde ontslagcriteria zeer beperkt is. Hiermee is deelvraag 2 lastig concreet te beantwoorden. Het inschatten en bepalen van ontslag lijkt veelal op basis van kennis, inzicht en ervaring te gebeuren en niet aan de hand van een checklist of format. Dit wordt zowel vanuit de literatuur als uit de interviews bevestigd. Er zouden volgens de literatuur uniforme ontslagcriteria vastgesteld moeten worden om ontslag te kunnen bepalen en zo mogelijk de ligduur te reduceren (Ubbink, e.a., 2014). Binnen een artikel uit het VUMC wordt een aantal ontslagcriteria genoemd waarnaar gekeken wordt: De patiënt kan medisch gezien met ontslag, patiënt is ADL (algemene dagelijkse lichaamsverzorging) zelfstandig, wondzorg en medicatie is gegarandeerd, uitscheiding en voeding zijn genormaliseerd, pijn is onder controle, patiënt voelt zich psychisch goed genoeg voor ontslag (Aa, C. van der, 2011). Er wordt echter niet genoemd of deze criteria door een verpleegkundige of arts beoordeeld worden.

Een aantal van deze criteria en criteria die zowel in de literatuur als de interviews naar voren komen zijn sterk onderhevig aan subjectieve interpretatie en daardoor niet meetbaar. Zo komt een aantal keer naar voren dat een patiënt met ontslag mag als iemand klinisch 'goed' genoeg of stabiel is. Hier kan dan gelijk de vraag bij gesteld worden wanneer dit bereikt dit en in hoeverre dit meetbaar is. Ook de IGZ draagt uit dat iemand gezondheidstoestand bij ontslag beoordeeld moet worden a.d.h.v. vastgelegde criteria. Echter lijkt slechts 13% van alle Nederlandse ziekenhuizen hier gebruik van te maken (Stikvoort-Lodewijks, M.J., 2008). Onder de ondervraagden werd veelal onderscheid gemaakt tussen medische en niet medische ontslagcriteria. De verpleegkundigen beschouwden de medische ontslagcriteria meer als een taak voor de arts. Onder verpleegkundige criteria werden zaken als zelfredzaamheid van de patiënt veel genoemd.

Volgens de literatuur zou een checklist met criteria het ontslagproces versoepelen en ook de klinische blik van verpleegkundigen kunnen bevorderen. Uit de interviews komt een aantal keer naar voren dat verpleegkundigen ook aangeven dat een checklist wel een toegevoegde waarde kan hebben op de afdeling. Er moet wel rekening gehouden worden met het feit dat de aanwezigheid en het gebruik van een protocol en een checklist ontslagcriteria ook gezien en geïnterpreteerd kan worden als een 'zoveelste' lijst of protocol (gezien de nu al grote hoeveelheid checklists, richtlijnen, protocollen etc. in de huidige zorgverlening).

Uit een rapport van KPMG naar de morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en artsen blijkt namelijk dat deze teveel tijd kwijt zijn aan het checken en invullen van lijstjes en andere administratieve taken. Dit zou ten kosten gaan van de daadwerkelijke kwalitatieve zorgverlening aan bed (Veer, de & Francke, 2009).

Ook kan het in de praktijk misschien lastig zijn een uniforme lijst met ontslagcriteria te hanteren. Deze zijn immers sterk afhankelijk van ziektebeeld en patiënt. Daarbij moet idealiter gekeken worden naar de totale bio-psycho sociale gezondheidstoestand van een patiënt, waarbij een lijst met een aantal criteria mogelijk tekort door de bocht kan zijn en zaken over het hoofd gezien worden (Hoencamp, Haffmans & Bos, 2008). Het feit dat verpleegkundigen moeite blijken te hebben met het noemen van concrete ontslagcriteria die de verpleegkundige hanteert heeft wellicht ook te maken met de diversiteit aan patiënten en casussen. Elke patiënt en elk ziektebeloop is anders en kan daarmee een andere benadering/beoordeling behoeven.

Binnen de beantwoording van deelvraag 3 blijkt dat er m.b.t. ontslagcriteria niet altijd een hele duidelijke grens te zitten in wat verpleegkundig en wat medisch (artsenverantwoordelijkheid) zou zijn. Zo let het merendeel van de verpleegkundigen bijv. wel op de temperatuur en evt. koortsverschijnselen van de patiënt. Wanneer het gaat over ontstekingswaarden en andere lab waarden zijn sommige verpleegkundigen wel op de hoogte, maar laten de meesten dit vooral aan de arts. Wanneer de communicatie hierover niet goed is zou een verpleegkundige dus niet in kunnen schatten of een patiënt met ontslag kan, omdat er geen inzicht is in de lab waarden. Een deel van de ondervraagde verpleegkundigen geeft aan niet te denken dat er verpleegkundig gezien winst te behalen valt in de circa 72 uur dat het uur van aanvragen tot daadwerkelijk ontslag met AB IV naar huis. Zij wijten dit vooral aan het feit dat de apotheek en de thuiszorg deze tijd nu eenmaal nodig heeft om alles in orde te maken. Wellicht zou verder onderzoek naar de werkwijze en logistiek omtrent apotheek en thuiszorg kunnen uitwijzen of dit versneld kan worden. Wel geven verpleegkundigen aan dat er misschien meer aan scholing en bewustwording gedaan kan worden zodat personeel en patiënten weten dat de mogelijkheid bestaat om met AB IV naar huis te gaan. Ook kunnen verpleegkundigen soms in een vroeger stadium opperen bij een arts of een patiënt evt. in aanmerking zou komen en geschikt is om met AB IV naar huis te kunnen. Dit laatste punt lijkt te maken te hebben met proactief meedenken en samenwerken met de arts. Dit zal per verpleegkundige variëren en wellicht mede afhankelijk zijn van ervaring, kennis betrokkenheid en werkhouding.

Het verschil tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen met betrekking tot kennis van de stappen bij het ontslagproces met AB IV (dat uit de interviews naar voren komt) heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat de regieverpleegkundigen een actievere rol en betrokkenheid hebben in de communicatie en samenwerking met transfer, thuiszorg etc. Dit gebeurt voor verpleegkundigen wellicht wat meer op de achtergrond en achter de schermen. Regieverpleegkundigen hebben meer regeltaken waardoor ze beter op de hoogte zijn van de te regelen stappen en logistieke processen.

Een veel genoemd item dat naar voren komt uit de interviews is communicatie. Verpleegkundigen weten soms niet goed wat er al geregeld is en wie welke verantwoordelijkheid op zich neemt. Dit is mogelijk het gevolg van de vele betrokkenen die een rol spelen in het ontslag. Zo komt er een arts, regieverpleegkundige, transferverpleegkundige, verpleegkundige aan bod. Wanneer zoveel partijen betrokken zijn ligt miscommunicatie sneller op de loer.

4.2 Sterkte en zwakte analyse

Het gros van de gebruikte wetenschappelijke artikelen binnen de literatuurstudie heeft niet direct betrekking op het ziektebeeld cholangitis en bijbehorende patiëntencategorie.

De resultaten zijn daardoor wellicht niet volledig generaliseerbaar voor de specifieke patiëntencategorie. Specifieke en bruikbare literatuur over ontslagcriteria bij cholangitis patiënten, het ontslagproces van cholangitis patiënten en de rol van de verpleegkundige hierin bleek onvoldoende aanwezig. Daarom is besloten deels gebruik te maken van literatuur m.b.t. de 'algemene' (chirurgische) patiënt. Bij de grootte van de steekproef kan tevens een kanttekening gemaakt worden. Het uiteindelijk aantal geïnterviewde is uitgekomen op 10, daar waar de onderzoekers in eerste instantie circa 20 voor ogen hadden. Dit is onder andere te wijten aan tijdsbestek, rooster gerelateerde zaken, verzuim en zwangerschap onder de populatie en exclusiecriteria. Wanneer kritisch gekeken wordt naar datasaturatie leek dit na 10 interviews echter wel degelijk bereikt te zijn. Het valt dus te betwijfelen of een groter aantal interviews meerwaarde had gehad voor de resultaten.

Uit de interviews kwam ook naar voren dat het maar zelden voorkomt dat patiënten met AB IV naar huis gaan. Dit zet enige twijfel bij de relevantie en bruikbaarheid op de huidige afdeling. Personeel kan mogelijk minder gemotiveerd zijn voor scholing, kennis bijhouden en checklist hantering wanneer een dergelijke situatie nauwelijks voorkomt in de praktijk.

Het gehele (logistieke) proces van ontslag met AB IV in de thuissituatie is lastig volledig inzichtelijk te maken vanwege de omvangrijke hoeveelheid disciplines (arts, verpleegkundige, patiënt, regie, apotheek, thuiszorg, transfer etc.) Wat het onderzoek sterk maakt is de combinatie van literatuurstudie en interviews. Zo worden bepaalde uitkomsten, waaronder deelvraag 2, beantwoord/bevestigd vanuit de literatuur en vanuit de persoonlijke interviews.

De enigszins scherpe exclusiecriteria zorgden enerzijds voor een kleinere steekproef zoals hierboven al genoemd. Anderzijds hebben deze criteria ervoor gezorgd dat er ervaren en geroutineerde verpleegkundigen hebben deelgenomen op de afdeling. Hierdoor konden de geïnterviewde putten uit ruime ervaring en verschillende voorbeeldsituaties uit de praktijk.

Het onderzoek is gelezen en beoordeeld door een onafhankelijke partij met veel onderzoekservaring en scriptiebeoordeling binnen de medische en verpleegkundige wereld, JRM van der Sijp.

4.3 Betekenis voor de werkvloer

Het onderzoek zou voor de praktijk op de afdeling kunnen betekenen dat er meer bekendheid en scholing gegeven gaat worden in het ontslagproces met AB IV en bijbehorende werkprocessen, protocollen en checklists. Mogelijk zou er een ontslagchecklist ontwikkeld en geïmplementeerd kunnen worden, temeer omdat dit thema ook al eerder aan de orde is geweest op de afdeling. In de toekomst zou dit kunnen betekenen dat verpleegkundigen eerder signaleren en opperen dat patiënten wellicht hun AB kuur thuis kunnen afmaken waardoor de ligduur op C3VA gereduceerd wordt en mensen eerder naar huis kunnen. Wanneer verpleegkundigen deze optie vaker en eerder opperen kunnen artsen hier mogelijk ook scherper in worden en deze optie tijdig inzetten. Wanneer verpleegkundigen (en artsen) goed op de hoogte zijn van de stappen van het ontslagproces en alle betrokken disciplines weten zij beter waar het tijdrovende gedeelte zit en waar eventueel tijd bespaard of gewonnen kan worden. Het zou kunnen betekenen dat de verschillende disciplines nauwer en efficiënter met elkaar samen gaan werken waardoor onnodige vertraging zoveel mogelijk bespaard blijft.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt een algehele conclusie geformuleerd die uit het onderzoek getrokken kan worden. Er wordt teruggeblikt op de hoofdvraag van het onderzoek en gekeken of deze beantwoord kan worden. Vervolgens zullen vanuit de bevindingen en conclusie(s) aanbevelingen gedaan worden voor de afdeling C3VA UMCG.

De hoofdvraag van het onderzoek, zoals gesteld in hoofdstuk 1 luidde als volgt: *“Hoe kan de signalerende rol van de VPK, concreet ingevuld worden op afdeling C3VA volgens de verpleegkundige, om ontslag van de cholangitis patiënt tijdig te signaleren, zodat onnodige opname duur tot een minimum wordt beperkt?”*

Concluderend kan gesteld worden dat een checklist met uniforme ontslacriteria mogelijk kan bijdragen aan het versoepelen van het ontslagproces. Dit zou een lijst moeten zijn met punten waarop een patiënt beoordeeld moet worden en/of aan moet voldoen voor ontslag. De punten zouden zoveel mogelijk meetbaar moeten zijn om subjectieve interpretatie te beperken. Daarnaast zouden alle bio-psychosociale aspecten van de mens aan bod moeten komen (Hoencamp, Haffmans, Bos, 2008). De verpleegkundige zou hiermee gericht en meer onderbouwd in kunnen schatten of patiënten met ontslag kunnen.

De inschatting van ontslag wordt hierdoor minder onderhevig aan subjectieve beleving en interpretatie van de verpleegkundige.

Door middel van eventuele scholing en protocol beheersing wordt kennis en bewustwording vergroot omtrent de mogelijkheid patiënten met AB IV naar huis te laten gaan.

Verpleegkundigen zouden beter bekend en bewust kunnen zijn/worden van de (logistieke) stappen wanneer iemand met AB IV ontslagen wordt.

Verpleegkundigen en artsen dienen nauw en efficiënt samen te werken en communiceren om naderend ontslag tijdig te signaleren en in te zetten.

Binnen de geïnterviewde verpleegkundige geeft een deel aan behoefte te hebben aan een checklist ontslagproces waarop binnen een oogopslag gezien en gecontroleerd kan worden wat al geregeld is en wat nog niet.

Zoals uit de interviews bleek is de belangrijkste taak van de verpleegkundige het dagelijks inventariseren en inschatten van de meeste recente zorgbehoeften van patiënten en bij mogelijke ontslagpotentie dit tijdig bespreken met patiënt en arts.

Vervolgonderzoek naar de (logistieke) stappen buiten de afdeling (apothek, thuiszorg) zou uit moeten wijzen of binnen deze disciplines tijdwinst te behalen valt en daarmee ligduurreductie.

5.1 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de bevindingen uit de literatuurstudie en de interviews binnen dit onderzoeksverslag wordt een aantal aanbevelingen richting desbetreffende afdeling gedaan.

De aanbevelingen zijn adviserend van aard en mogen te allen tijde ter discussie worden gesteld. Bij het formuleren van de aanbevelingen is zoveel mogelijk rekening gehouden met de realiseerbaarheid, toepasbaarheid en relevantie voor de afdeling C3VA.

- Er wordt gebruik gemaakt van een checklist ontslagproces⁶. Zo kan iedereen zien wat er voor/tijdens ontslag geregeld is en welke zaken nog gerealiseerd moeten worden. Dit werkt overzichtelijk en voorkomt dubbel werk, zo ook zal hierdoor miscommunicatie waarschijnlijk minder plaatsvinden.
- Het invoeren en hanteren van een checklist met ontslagindicatoren vergemakkelijkt het inschatten van ontslagvaardigheid van patiënten
- Er wordt geïnvesteerd in scholing en bewustwording met betrekking tot ontslag met IV AB, het bijbehorend protocol met alle (logistieke) stappen die hierbij doorlopen worden
- In de toekomst dient vervolgonderzoek te geschieden om uit te wijzen of binnen betrokken disciplines buiten de afdeling (apothek, thuiszorg) tijd bespaard kan worden
- Bewustwording van bestaande protocollen en continue scholing kunnen leiden tot verbetering van de zorgtrajecten in het algemeen

⁶ Zoals eerder genoemd is er nog geen checklist van het ontslagproces op C3VA. Echter is deze wel al een keer ontworpen door een HBO-V leerling duaal, in opdracht van de afdeling. Deze is gemaakt in overleg met de artsen en verpleegkundigen. Dit format van een ontslagchecklist ligt bij de hoofdverpleegkundige en is klaar om geïmplementeerd te worden.

Literatuurlijst

Aa, A. van der (2011). *Procesoptimalisatie opname en ontslag van patiënten bij heelkunde*. Geraadpleegd op 19 januari 2017 op https://www.vumc.nl/afdelingen-themas/239911/7351523/7354971/2011_Claire_van_der_Aa.pdf

Encyclo.nl (2017). *Klinisch; Meta-analyse; Biopsychosociaal*. Gevonden op 23 mei 2017 van <http://www.encyclo.nl/>

Delft, V. (2016, 26 januari). *Daling ligduur ziekenhuizen stagneert*. Geraadpleegd op 19 januari 2017 op <https://www.zorgvisie.nl/financien/nieuws/2016/1/daling-ligduur-ziekenhuizen-stagneert/>

Gelderman, P. (2015). *Ligduurmonitor Nederlandse ziekenhuizen. Trendbreuk in de ligduur*. Geraadpleegd op 19 januari 2017 op <http://www.coppa.nl/wp-content/uploads/2016/01/Ligduurmonitor-2013-2014.pdf>

Hesselink et al.(2013). *Worden patiënten met zorg ontslagen? Een onderzoek naar de percepties van patiënten, naasten en zorgverleners*. Geraadpleegd 17 februari 2017 op <https://www.ntvg.nl/artikelen/worden-pati%C3%ABnten-met-zorg-ontslagen/artikelinfo>

Hoencamp, Haffmans, Bos, (2008). *Psychiatrie in de verpleegkunde*. 6^e druk. Amsterdam: Pearson Education

Kole, J. & de Ruyter, D. (2007). *Werkzame idealen*. Assen: van Gorcum.

v.d. Kooij, J. Mannien, J.C. Wille, B.H. Benthem. (2008) Trend in prevalentie van ziekenhuisinfecties in Nederland 2007-2009. *RIVM.nl*. Jaargang 21, 2010. Gevonden op 1 maart 2017 van http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Uitgaven/Infectziekten_Bulletin/Archief_jaargangen/Jaargang_21_2010/Nummers_jaargang_21/September_2010/Inhoud_september_2010/Trend_in_prevalentie_van_ziekenhuisinfecties_in_Nederland_2007_2009

Lodewijks & Schoemaker (2009). *Zorgen over postoperatieve* Geraadpleegd 3 maart 2017 op [zorg.https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/Zorgen-over-postoperatieve-zorg.htm](http://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/Zorgen-over-postoperatieve-zorg.htm)

Medisch-woordenboek (n.d.). *cholangitis; intraveneus*. Gevonden op 23 mei 2017 van <http://www.medisch-woordenboek.nl/>

Nuysink (2013). *Intraveneuze antibiotica thuis*. Geraadpleegd 18 februari 2017 op http://www.cf-centrale.nl/zorg/pulmonaal/doc_view/250-intraveneuze-antibiotica-thuis.html

R.M. Giron, C. Cisneros, Z. Al Nakeeb, N. Hoyos, C. Martinez, J. Ancochea (oktober 2006). Eficiencia del tratamiento antibiótico intravenoso domiciliario en la fibrosis quística. *Medicina Clínica*. Vol. 127, No. 15. Gevonden op: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-eficiencia-del-tratamiento-antibiotico-intravenoso-13093998>

Ubbink DT, Tump E, Koenders JA, Kleiterp S, Goslings JC, Brölmann FE. (13 maart 2014) Which reasons do doctors, nurses, and patients have for hospital discharge? *Jornal Pone*. Gevonden op 14 maart 2014 van <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0091333>

UMCG, DocPortal (n.d.) *Antibiotica thuis* Opgevraagd op 2 maart 2017 van <https://docportal.umcg.nl/iDocument/Viewers/Frameworks/ViewDocument.aspx?documentid=980bb2fa-ef09-4540-ad4b-4995a7704583&customcss=&HyperlinkID=00000000-0000-0000-0000-000000000000&SearchQuery=antibiotica+thuis>

V&VN. (2012). *Verpleegkundige beroepsprofiel*. Gevonden op http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profieel%20verpleegkundige_def.pdf, geraadpleegd op 17-01-2017

Veer, de. A, Francke. A. (2009). *Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden*. Utrecht: Nivel. Gevonden op 20 maart 2017 van: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapport-morele-dilemmas-venv.pdf>

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* 5e druk. Den Haag: Boom Lemma uitgevers

Vloet, v.d. Hof, Martinn, (2011). Ontslaggericht werken: winst voor patiënt en ziekenhuis. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*. Nr. 6, 2011. Geraadpleegd op 11 maart 2017 van <https://www.nursing.nl/PageFiles/9997/2011-6-55.pdf>

Qin-Mei Zhu, Jia Liu, Hong-Yi Hu, Su Wang (oktober, 2015). Effectiveness of nurse-led early discharge planning programmes for hospital inpatients with chronic disease or rehabilitation needs: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 24 No. 19-20. P. 2993-3005. Gevonden op: <http://onlinelibrary.wiley.com/wol1/doi/10.1111/jocn.12895/full>

Bijlagen

Bijlage 1, Methodologische beoordelingsformulieren	32
Bijlage 2, Interview vragen	37
Bijlage 3, Tabel topiclijst	38
Bijlage 4, UMCG docportal protocol	45
Bijlage 5, Logboek	47



Bijlage 1, Methodologische beoordelingsformulieren

Methodologische beoordelingsformulieren'

Tabel 1. Zoekstrategie

1. Wat is het doel van de research review? Beschrijf de PICOT	
2. Welke Engelse zoektermen zijn gebruikt?	
3. Welke databank is gebruikt en waarom is voor deze databank gekozen?	
4. Hoeveel artikelen zijn gevonden? Welke filters zijn gebruikt?	

De tabel waarin de zoekstrategie wordt omschreven is tijdens dit onderzoek omschreven in de dataverzamelmethode.

Tabel 2. Beoordeling van de methodologische kwaliteit en de resultaten per artikel

	Kwalitatief onderzoek (mixed-method)	Kwantitatief onderzoek (mixed-method)	Diagnostisch onderzoek	Systematic review (meta-analyse)/narratieve literatuurstudie
Beoordelingscriteria				
A. Interne Validiteit				
1.	Hoe zijn de gegevens verzameld (interviews, focusgroepdiscussie, observaties, inhoudsanalyse)?	Welk design is gebruikt (RCT, CCT, ed.)?	Welke meetinstrumenten worden onderzocht?	Welk vraagstuk wordt onderzocht?
2.	Wat is de onderzoekspopulatie?	Hoe is de onderzoekspopulatie geselecteerd?	Hoe is de onderzoekspopulatie geselecteerd?	In hoeverre is de vraagstelling precies omschreven en expliciet aanwezig in de review?
3.	Hoe is de steekproef tot stand gekomen? (soort, selectiecriteria, omvang, homo/heterogeen, responspercentage (uitvallers?) Is de context duidelijk beschreven?	Hoe is de steekproef tot stand gekomen: soort, selectiecriteria, omvang, homogeniteit, responspercentage (uitvallers?)	Is gebruik gemaakt van een gouden standaard?	Is een uitgebreide zoektocht naar literatuur ondernomen in alle relevante databases? Hebben de auteurs ook in andere belangrijke bronnen gezocht?
4.	Hoe heeft de data-analyse plaats gevonden?	Hoe zijn de onderzoeksgroepen ingedeeld?	Zijn de diagnostische test en de gouden standaard bij iedere deelnemer afgenomen?	Welke in- en exclusie criteria zijn gebruikt?
5.	Is datasaturatie (een verzadigingspunt) bereikt?	Is het onderzoek geblindeerd?	Zijn de onderzoekers op de hoogte van de uitkomst van de test waarmee de diagnostische test wordt vergeleken (blinding)?	Heeft een beoordeling van de methodologische kwaliteit van de verschillende onderzoeken plaatsgevonden en is het bewijs meegewogen?
6.	Welke methoden zijn gebruikt om de geloofwaardigheid van het onderzoek te verzekeren	Is er sprake van bias en waarom?	Zijn de uitslagen reproduceerbaar en op welke wijze is met de betrouwbaarheid omgegaan?	

	(triangulatie, member checking, peerreview)?		Is er sprake van intra- en interbeoordelaars Betrouwbaarheid?	
7.	Speelt interbeoordelaarsbetrouwbaarheid een rol? Waarom?	Op welke wijze is met de betrouwbaarheid omgegaan? Is er sprake van intra- en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid?	Hoe is de validiteit van de meetinstrumenten vastgesteld?	
8.	Is sprake van bias en waarom?	Hoe is de validiteit van de meetinstrumenten is vastgesteld?		
9.	Welke ethische aspecten zijn beschreven (informed-consent, privacy, anonimiteit)?			
B. Belang van de resultaten				
10.	Wat zijn de belangrijkste resultaten?	Welke variabelen worden gebruikt en welk meetniveau is van toepassing?	Is de diagnostische test klinisch relevant is voor jouw patiënt of doelgroep?	Welke betrouwbaarheidscoëfficiënt is gehanteerd bij de interne consistentie?
11.	Worden de resultaten gedetailleerd genoeg beschreven om de interpretatie van de gegevens en de keuze van thema's en concepten te kunnen beoordelen?	Welke centrummaten zijn gebruikt (gemiddelde, mediaan, modus)?	Wat zijn de belangrijkste diagnostische waarden van de diagnostische test (sensitief, specifiek, positief of negatief voorspellend)?	Welke betrouwbaarheidscoëfficiënt is gehanteerd bij de interbeoordelaars-overeenstemming?
12.	Wat is de <i>verplaatsbaarheid</i> van de resultaten adhv overdraagbaarheid, thick description en/of purposive sampling?	Welke verhoudingsgetallen zijn gebruikt (percentages, incidentie, prevalentie)?	Welke normaalwaarden zijn vermeld?	Wat tonen de uitkomstmaten precies aan?
13.	Wat is de plausibiliteit van de resultaten adhv de begrippen contextualiteit, peer review en/of triangulatie?	Hoe zijn de verhoudingsgetallen weergegeven (tabel, boxplot, diagram, etc.)?	Wat is het betrouwbaarheidsinterval?	Zijn de resultaten betrouwbaar? Zo ja, waarom?
14.	Wat is de	Welke	Wat is de uitkomst	Zijn de uitkomsten

	verifieerbaarheid van de resultaten is adhv quotes, veldnotities, peer review en/of member checking?	spreidingsmaten zijn gebruikt (range, variantie, standaarddeviatie, interkwartiel afstand)?	van de betrouwbaarheidsinter vallen?	op een logische wijze geïnterpreteerd?
15.		Welke statistische toetsen zijn gebruikt?		Zijn de uitkomsten in een bredere context geplaatst, waardoor de uitkomsten betekenis krijgen voor de praktijk?
16.		Wat tonen de statistische toetsen aan? Het aantonen van verschillen, van verbanden, het voorspellen van waarden?		
17.		Welke uitkomstmaten worden gehanteerd?		
18.		Is sprake van statistisch significantie van de verschillende toetsen? Zo ja, wat geven die dan precies aan?		

C. Klinische relevantie van de resultaten

19. Beschrijf de klinische relevantie van de resultaten voor de onderzoeksgroep en locatie van het onderzoek.

20. Beschrijf de klinische relevantie van de onderzoeksresultaten voor jouw doelgroep en de locatie in de praktijk.

D. Externe validiteit: Toepasbaarheid van de resultaten

21. Zijn de uitkomsten generaliseerbaar naar cliënten die niet met het onderzoek hebben meegedaan?

22. Komt de doelgroep overeen?

23. Komt de onderzoek locatie overeen?

24. Zijn de resultaten haalbaar in de praktijksituatie? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?

E. Conclusie

25. Geeft de conclusie antwoord op de onderzoeksvraag?

26. Wat zijn de belangrijkste conclusies van dit onderzoek?

F. Discussie

27. Worden de resultaten vergeleken met ander onderzoek? Licht je antwoord toe

28. Worden de resultaten in relatie gebracht tot het theoretisch kader?

29. Worden de methodologische beperkingen besproken en zo ja, wat zijn de belangrijkste?

Toelichting tabel 2

Bepaal allereerst wat voor soort onderzoek het wetenschappelijke artikel betreft, omdat verschillende onderzoeken, verschillende beoordelingscriteria hebben. In de tabel staat een overzicht van de meest voorkomende soorten onderzoek, zoals die behandeld worden in Cox et al., 2012 en Dassen et al, 2010 uit jaar 1 en 2.

Bijlage 2, Interview vragen

Interview vragen

Wat is je functie?

Hoelang werk je al op de afdeling?

Wat weet je over de behandeling van cholangitis?

Richten op AB beleid

Wist je dat er een beleid/protocol is betreft antibiotica i.v. thuis? Heb je dit proces ooit een keer meegemaakt? Leg uit

Werkt C3VA volgens het protocol dat op DocPortal te vinden is?

Wat houdt het ontslag proces in, in het algemeen? En specifiek voor mensen met cholangitis die naar huis zouden kunnen met AB i.v.?

Kan je de ontslag criteria noemen voor patiënten met cholangitis die met AB i.v. naar huis kunnen?

Welke ontslag criteria zijn belangrijk voor de verpleegkundige?

Welke ontslag criteria zijn van medisch belang?

Welke ontslag criteria vind jij belangrijk en waarom?

Welke taak heeft de verpleegkundige in het proces waarbij iemand met AB i.v. naar huis zou kunnen?

Welke taak heeft de arts in het proces waarbij iemand met AB i.v. naar huis zou kunnen?

Zou je zelf kunnen voorspellen wanneer een patiënt met cholangitis naar huis zou kunnen met AB i.v.? Waarom wel, waarom niet? En waar ligt dat aan?

Kennis, klinisch inzicht, ervaring

Hoe ziet voor jou idealiter het proces eruit waarbij iemand die cholangitis heeft met AB i.v. naar huis kan gaan?

Waar denk je dat verbetering zit betreft het verpleegkundige werkproces?

Bijlage 3, Tabel topiclijst

Tabel Topiclijst

Titel artikel <i>Auteurs</i>	Soort onderzoek	Cholangitis behandeling	Ontslag proces	Ontslag criteria	Antibiotic a thuis	Verpleeg- kundige rol	Extra info	Waarom ongeschikt
Which reasons do doctors, nurses, and patients have for hospital discharge? Ubbink D.T, Trump E, Koenders J.A., Kleiterp S, Goslings J.C., Brölmann F.E.	A mixed-methods study Enquête (269 patiënten) Interview (40 artsen+vpk)) Focusgroep (7 senior vpk)	-	- Er moeten uniforme ontslagcriteria komen. Om zo ligduur te reduceren voor het gehele ziekenhuis. - Niet medische ontslag criteria zijn even belangrijk als medische ontslag criteria.	- Er zijn 4 punten waar de patiënt op wordt gechecked. Die belangrijk werden geacht tijdens interview en focusgroep. <ol style="list-style-type: none"> 1. patiënt gerelateerde redenen 2. medische redenen 3. organisatie gerelateerde redenen 4. fysieke aandachtspunten. Deze zijn uitgewerkt in tabel 2. - Per afdeling verschillend wat belangrijke ontslag criteria wordt geacht.	-	-	Patiënten waren minst tevreden met de informatie over leefregels.	Gaat niet over cholangitis patiënten.



Zorgen over postoperatieve zorg M.J. Stikvoorts-Lodewijks, E. Schoemaker	Mixed-methods Kwalitatief onderzoek Enquêtes en interviews	-	Gestructureerde ontslagcriteria om zo overdracht zo goed mogelijk te doen.	-	-	-	Checklist en structuur tijdens een gesprek/overdracht	Postoperatief Van PACU naar afdeling.
Ontslag gericht werken: winst voor patiënt en ziekenhuis. Vloet, Hof v.d., Martinn,	Mixed methods. Literatuur onderzoek Praktijk ervaring beschrijven .	-	- Ontslag gericht werken - Ontslag-doelen formuleren - Met transfer inzichten bespreken	- Ontslagchecklist - Nazorg behoefte in kaart brengen	-	-	- Onnodige ligduur vergroot de kans op complicaties - patiënt tevredenheid gaat omhoog	Niet betrokken op cholangitis. Niet betrokken op Ab-IV thuis.
Procesoptimalisatie opname en ontslag van patiënten bij heelkunde. Claire van der Aa	Mixed-methods Observeren Literatuur (Interview)	-	-	Binnen het VUMC worden de volgende voorwaarden omschreven met betrekking tot ontslagvaardigheid - De patiënt kan medisch gezien met ontslag - Patiënt is ADL (algemene dagelijkse lichaamsverzorging) zelfstandig - Wondzorg en medicatie	-	-	-	Heelkunde Niet cholangitis



									is gegarandeerd - Uitscheiding en voeding zijn genormaliseerd - Pijn is onder controle - Patiënt voelt zich psychisch goed genoeg om ontslagen te worden
Calculated Antibiosis of Acute Cholangitis and Cholecystitis <i>Till Bornscheuer, Stefan Schmiedel</i>	Systematische Literatuurstudie	- Patiënten verdachten van het hebben van acute cholangitis of cholecystitis dat ze moeten worden opgenomen in een ziekenhuis. Een klinische evaluatie moet worden uitgevoerd voor de ernst indeling. - Bloed lab moeten worden afgenomen voor het starten van empirische antibiotische therapie en, waar mogelijk, moet gal culturen worden genomen. - Empirische, antibiotica moet worden afgestemd	-	-	-	-	-	-	Gaat alleen over het ziektebeeld.



op de klinische en epidemiologische bevindingen binnen 4 uur.

- Adjuvante therapie (fluïdumbeheersysteem, pijnbestrijding, antipyretica) zal moeten worden toegediend.
- Drainage therapie moet vroeg in de loop van de ziekte aangeboden worden, bij voorkeur door middel van ERCP. Voor cholecystitis, moet de definitieve chirurgische behandeling geëvalueerd worden vanaf het begin.
- Bij milde cholecystitis, kan antibiotische behandeling stopgezet worden



		<p>24 uur na de operatie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empirische antibiotica moet worden aangepast nadat de resultaten van de testen van de gevoeligheid beschikbaar komen. - Antimicrobiële therapie moet worden gegeven voor 4-7 dagen. 							
<p>Toediening antibiotica in de thuissituatie</p> <p><i>UMCG, DocPortal</i></p>	Protocol	-	<p>Arts→ dagapotheker→bereid ingsapothek/openbare apotheek →Transfervpk (inegeschakeld via arts via regie vpk) (thuiszorg inschakekelen, pomp regelen) →thuiszorg →Apotheek levert</p>	-	-	-	-	-	
<p>Persoonlijke Note</p> <p>C.E de Groot (Arts MDL)</p>	Persoonlijke note, mening. Delphi	Een cholangitis behandel je antibiotisch en zo nodig ook met een interventie (ERCP of PTCD). Dit is	Er is niet een standaard lijstje. Door een probleemlijst te maken inclusief beleid. Kun je aan de hand hiervan een	-		Je moet de patiënt hierin vertrouwen dat dit kan. Als	-	-	-



	afhankelijk per patient	inschatting maken wat de VOD (voorlopige ontslag datum is)		pt echt stabiel is. En de behandel duur nog enige tijd is.
	Antibiotisch beleid: Daarvoor wordt gebruik gemaakt van ons eigen antibiotica boekje. Indien de indicatie daarin staat. Je kijkt ook naar oude kweken, als daar een bacterie tussen zit die niet gevoelig is voor het middel wat je wilt geven, overleg je met de medisch microbioloog over de volgende keuze.			
Determining Patient Discharge Criteria in an Outpatient Surgery Setting Brenda Kingdon & Kevin Newman	3 stadia Delphi onderzoek	Checklist maken voor waarden wanneer iemand naar huis mag. Dit help bij het ontwikkelen van de klinische blik van de vpk	Meetbare waarden werden meer belangrijk beschouwd dan waarden waarbij een oordeel geveld moest worden. Klinische blik VPK belangrijk	Chirurgische patiënten. USA



<p>Nurse-led discharge criteria</p> <p><i>Australian nursing journal</i></p>	<p>-</p>	<p>Een patiënt kan ook ontslagen worden door de verpleegkundige. Zodat ze niet eeuwig hoeven te wachten op de arts.</p>	<p>Aan de hand van een model wordt beoordeeld of een patiënt met ontslag kan. Dit heeft een positief effect op de patiënt.</p>	<p>Dit moet nog worden geïmplementeerd.</p> <p>Geen auteur.</p> <p>Australie, USA, Canada</p>
<p>The diagnosis and treatment of patients with primary sclerosing cholangitis</p> <p><i>Danielle Fullwood</i></p>	<p>Meta-analyse literatuur</p>			<p>Ondersteunen /empathie van /voor patiënt. Juiste informatie verstrekken aan de patiënt. Zorgen dat het proces geen vertraging oploopt.</p> <p>Specifiek PSC.</p>



Bijlage 4, UMCG docportal protocol

Toediening Antibiotica intraveneus in de thuissituatie

Aandachtspunten

- Bij iedere aanvraag voor toediening Antibiotica intraveneus aan een patiënt in de thuissituatie wordt contact opgenomen door de arts met de dagapotheker.
- Zowel de dagapotheker als de transferverpleegkundige worden 48 uur voor het ontslag van de patiënt hiervan op de hoogte gebracht door de regieverpleegkundige.
- Deze tijd is noodzakelijk voor het bereiden van de Antibiotica en het regelen van de thuiszorg.

Nadere Toelichting

Stap 1

Arts neemt 48 uur voor ontslag contact op met de dagapotheker.

Checklist bij dit gesprek:

- Soort Antibiotica, dosering en frequentie
- Toedieningwijze
- Ontslagdatum patiënt
- Einddatum behandeling
- Eigen apotheek patiënt

Stap 2

Dagapotheker bekijkt of Antibiotica toegediend kan worden via easypump

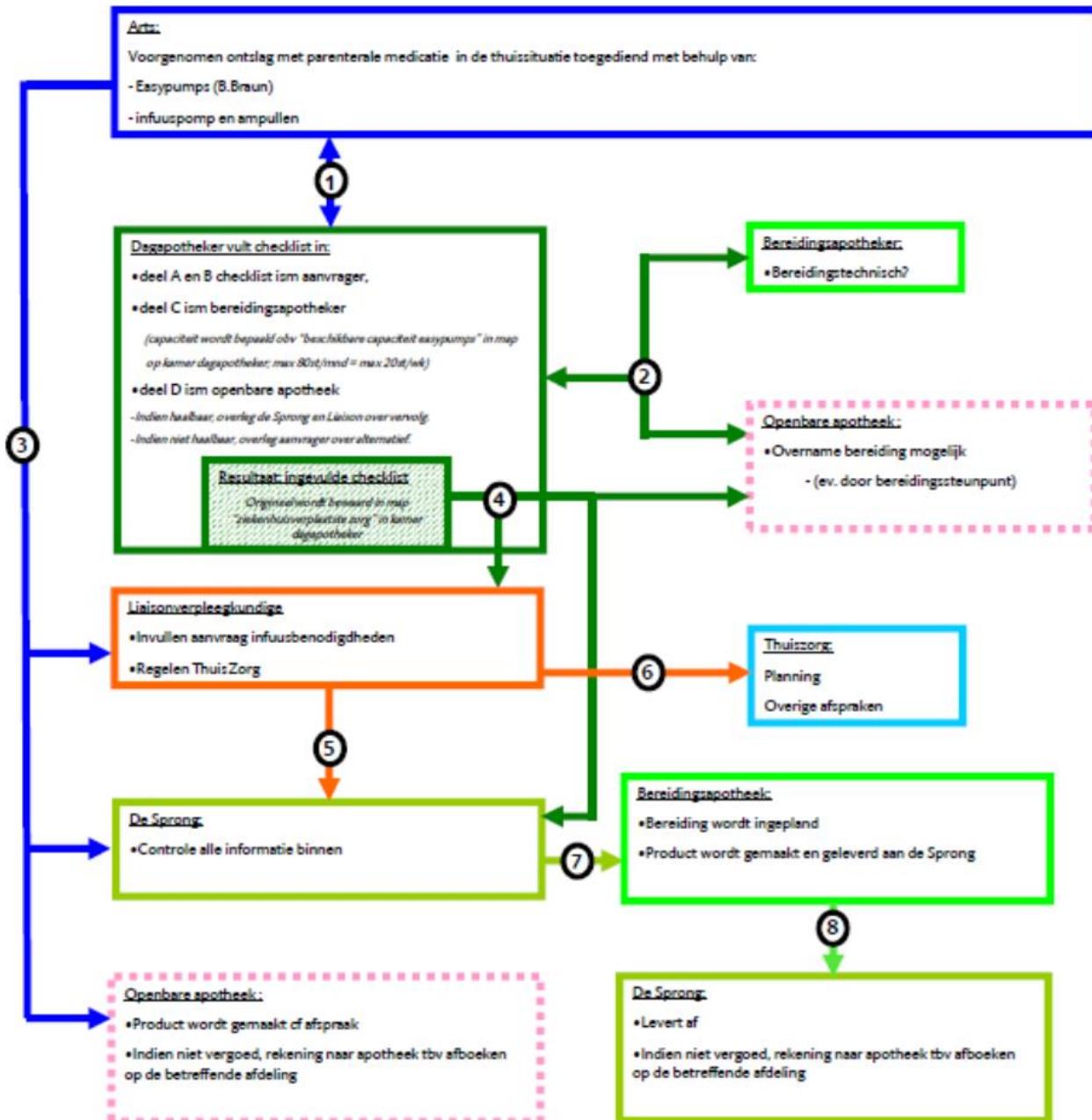
Bij ja:

- Heeft ziekenhuisapotheek capaciteit om te bereiden, dan wordt het hier bereid. Wanneer geen capaciteit dan wordt contact gelegd door dagapotheker met eigen apotheek van de patiënt. Wanneer deze kan bereiden dan Antibiotica in easypump.

Bij nee:

- Antibiotica via infuus

Overige stappen staan duidelijk vermeld op onderstaand protocol.



Stappen

1. Arts belt dagapotheker voor overleg over voorgenomen ontslag. Checklist deel A en B worden zoveel mogelijk ingevuld.
2. Dagapotheker belt eventueel bereidingsapotheker voor overleg technische haalbaarheid bereiding (checklist deel C). De dagapotheker belt de openbare apotheek (telnr. via arts) voor overleg over de bereiding van vervolgmedicatie (checklist deel D), eventueel door een bereidingssteunpunt. De dagapotheker checkt de beschikbare capaciteit voor het bereiden van easypumps, inclusief eventuele vervolgmedicatie (max 80/mnd = 20st/wk) in de map "ziekenhuisverplaatste zorg" in de kamer van de dagapotheker. Indien de bereiding inclusief de vervolgmedicatie niet haalbaar lijkt, overlegt de dagapotheker met de arts over alternatieven.
3. Arts meldt de patient aan bij de liaisonverpleegkundige via de regieverpleegkundige. Arts stuurt recept dat volgt uit overleg met dagapotheker naar de Sprong en eventueel de thuisapotheek.
4. Ingevulde checklist wordt door de dagapotheker naar de Sprong en de liaisonverpleegkundige gestuurd.
5. Liaisonverpleegkundige vult aanvraag in voor hulpmiddelen. Deze wordt ondertekend door de arts en naar de Sprong gestuurd.
6. De liaisonverpleegkundige regelt de thuiszorg en maakt afspraken voor het ontslag
7. Indien alle informatie binnen is, stuurt de Sprong een bereidingsverzoek naar de bereidingsafdeling Receptuur. Indien ampullen afgeleverd dienen te worden ten behoeve van VTGM door de thuiszorg, kunnen deze bij de afdeling Distributie worden besteld conform de gebruikelijke werkwijze (niet in schema)
8. Product wordt afgeboekt op de Sprong. De Sprong stuurt de rekening voor de ziekenhuisverplaatste zorg die niet vergoed wordt naar de apotheek ten behoeve van afboeken op de afdeling.

NB indien ontslag aangemeld bij dagapotheker voor 15u. zal de medicatie twee werkdagen later om 12u klaar staan bij de Sprong.



Bijlage 5, Logboek

Logboek

Wie	Wat	Datum	Tijd (in min)
Céline	Poster maken	17-3-2017	30
Céline	Mailen begeleiders/artsen	17-3-2017	15
Teun Céline	Interviews afnemen	8-4-2017	120
Teun	Transcriberen	8-4-2017	90
Teun	Transcriberen	14-4-2017	120
Teun	Inleiding schrijven	21-3-2017	120
Céline	Bijwerken topiclijst/interview vragen bedenken mailen	28-3-2017	60
Teun	Zoekslag literatuur	24-3-2017	60
Teun	Opstart theoretisch kader	24-3-2017	60
Teun	Gesprek arts afd.C4	28-3-2017	15
Céline	Zoeken artikelen/maken topiclijst brainstormen	21-3-2017	60
Teun Céline	Samenkomen om te kijken hoe we ervoor staan.	28-3-2017	30
Céline	Artikelen zoeken Verslag bijwerken	29-3-2017	180
Céline	Topic lijst maken Artikelen zoeken	30-3-2017	210
Céline	Interview vragen bijwerken	31-3-2017	150
Teun Céline	Interviews afnemen	Maand april	130
Céline	Verslag bijwerken - hoofdstuk onderzoek en literatuur - voorwoord geschreven - opzet eindverslag layout - to do lijst gemaakt	5-4-2017	240
Céline	Interviews 9 en 10 uitwerken	26-4-2017	180
Teun Céline	Bijeenkomst	1-5-2017	90
Céline	Coderen atlas it	2-5-2017	120
Céline	Coderen atlas ti	8-5-2017	90
Céline	Coderen exel	11-5-2017	210
Céline	Coderen familie	12-5-2017	180
Teun	Discussie	12-5-2017	240
Céline	Resultaten	12-5-2017	180
Teun	Conclusie	13-5-2017	180
Teun Céline	Bijeenkomst	16-5-2017	90

Teun	Discussie en conclusie bijgewerkt	17-5-2017	60
Teun	Puntjes op de i en spelling controle	18-5-2017	60
Céline	Tabellen/flowcharts e.d. maken	17-5-2017	120
Céline	Layout en opmaak	18-5-2017	180
Teun Céline	Bijeenkomst	23-5-2017	60
Céline	Feedback verwerken	23-5-2017	60
Teun	Feedback verwerken	24-5-2017	60
Céline	Verslag opnieuw opbouwen Feedback verwerken Puntjes op de i	24-5-2017	180
Céline	Analyseverslag maken	24-5-2017	15