



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Ontslag van patiënten met multimorbiditeit uit het ziekenhuis

**Exploratie van de problematiek ervaren door zorgverleners en patiënten
bij het ontslag uit het Meander Medisch Centrum**

Eindrapport

P.J.M.L. Mistiaen
F.G. Schellevis

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-90-6905-914-3

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2008 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	5
Voorwoord	7
1 Inleiding	9
2 Vraagstellingen	11
3 Methode	13
4 Resultaten	15
4.1 Respons	15
4.2 Resultaten interviews met zorgverleners in het ziekenhuis	16
4.2.1 Voor de opname	16
4.2.2 De opname	19
4.2.3 Het ontslag	26
4.2.4 Na het ontslag	33
4.3 Resultaten enquêtes onder zorgverleners buiten het ziekenhuis	38
4.4 Resultaten enquêtes patiënten	42
5 Discussie	47
6 Conclusies en aanbevelingen	51
Referenties	55
Bijlage: leden projectgroep	57

Samenvatting

Achtergrond

Het Medisch Coördinerend Centrum Eemland (MCCE) had signalen ontvangen dat er zich soms problemen voordoen bij en na het ontslag van patiënten met multimorbiditeit uit het Meander Medisch Centrum. En daarom heeft het MCCE het initiatief genomen voor een inventariserend onderzoek naar de aard van de problemen die zorgverleners ervaren in de onderlinge afstemming en naar de aard van de problemen die patiënten ervaren na ontslag uit het ziekenhuis.

Methode

Hiertoe zijn enerzijds zorgverleners buiten het ziekenhuis (huisartsen, verpleeghuisartsen, verpleging van verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg) benaderd met een schriftelijke vragenlijst en zijn interviews gehouden met ziekenhuisprofessionals (medische specialisten, afdelingsverpleegkundigen, beleidsmedewerker ziekenhuis en transferverpleegkundige) en anderzijds zijn er schriftelijke vragenlijsten gestuurd aan patiënten die recentelijk ontslagen waren uit het ziekenhuis.

Er zijn 14 van de 16 geplande interviews gehouden met ziekenhuis professionals; van zorgverleners buiten het ziekenhuis zijn 86 reacties van de 301 aangeschrevenen; van de patiënten zijn er 24 reacties binnengekomen van de beoogde 470. Deze lage respons zorgt ervoor dat de resultaten van dit onderzoek niet meer dan indicatief zijn.

Resultaten

Uit de interviews met de ziekenhuisprofessionals blijkt dat opname en ontslag van patiënten met multimorbiditeit iets is waar alle geïnterviewden frequent mee te maken hebben en dit als mogelijk probleemgebied herkend wordt. In het ziekenhuis zijn er allerlei structuren en interventies in gebruik om de gang van patiënten door het ziekenhuis en erna zo goed mogelijk te laten verlopen. Sommige interventies zijn ingebed in de ziekenhuisbrede structuur, maar de meeste zijn afdelingsgebonden en hierbinnen vaak ook nog disciplinegebonden. Opmerkelijk is dat niemand in de interviews aangaf wie verantwoordelijk is voor welke activiteit en uit de interviews is niet duidelijk geworden of en hoe nagegaan wordt dat de gepleegde interventies werkelijk succesvol zijn. Problemen die in de interviews gesignaleerd werden, betreffen onder andere een sub-optimale samenwerking tussen specialismen, onvoldoende capaciteit in het ziekenhuis van geriatrische deskundigheid, traagheid bij het inschakelen van de transferverpleegkundige, weinig contact tussen ziekenhuis en zorgverleners daarbuiten, het meegeven van de overdrachten aan de patiënten en slechte bereikbaarheid van huisartsen. Andere problemen die in de interviews gesignaleerd worden hebben betrekking op zaken die eigenlijk buiten het ziekenhuis liggen. Zo wordt erop gewezen dat mensen voor de ziekenhuisopname soms al in een kwetsbare situatie verkeerden en daar niet de passende zorg kregen, waardoor een ziekenhuisopname kan ontstaan. Zo ook wordt de uitstroom uit het ziekenhuis bemoeilijkt door capaciteitsgebrek in de thuis- en verpleeghuiszorg en door de complexe wet- en regelgeving.

Op basis van de enquêtes onder zorgverleners buiten het ziekenhuis kan gesteld worden dat het ontslag in hun ogen niet altijd goed verloopt. Zo vindt men dat men te laat en inhoudelijk onvoldoende op de hoogte wordt gesteld van het ontslag. Ook blijkt dat er slechts zelden overleg plaats vindt. En in groot aantal gevallen zegt men dat er na ontslag problemen (onder andere met betrekking tot medicatie en het organiseren van zorg) optreden die mogelijk voorkomen hadden kunnen worden.

Op basis van (het beperkte aantal) enquêtes van patiënten, blijkt dat onvoldoende geïnformeerd zijn een zeer prominent probleem is. In analogie met de zorgverleners buiten het ziekenhuis geven ook patiënten aan niet altijd voorgelicht te worden over waar op te letten bij veranderingen van medicatie. Verder ervaren patiënten ook nog moeilijkheden met het dagelijks functioneren na het ontslag.

Conclusies en aanbevelingen

Het Meander Medisch Centrum en de zorgverleners aldaar zijn zich bewust van de problematiek om patiënten met multimorbiditeit op een goede manier door de ziekenhuisopname heen te loodsen en uit het ziekenhuis te ontslaan. Er lopen diverse initiatieven om dit zo goed mogelijk te doen, maar het is onduidelijk hoe effectief die zijn.

De meningen van zorgverleners buiten het ziekenhuis stroken niet met de opvattingen van de geïnterviewde ziekenhuisprofessionals, die menen dat ze alles goed geregeld hebben. Communicatie van professional naar professional en van professional naar patiënt is iets waar verbetering in aangebracht kan worden: snellere en betere informatie heen en weer en meer onderling overleg. Ook de discussie over verantwoordelijkheid moet opgepakt worden.

Op instellingsniveau is nadere afstemming nodig, zoals afspraken tussen zorgaanbieders voor een betere doorstroming van patiënten; afspraken tussen ziekenhuis en CIZ omtrent de indicatiestelling; afspraken tussen ziekenhuis, CIZ, zorgkantoor en gemeentes omtrent het regelen van geïndiceerde zorg.

Voorwoord

Het onderzoek waarvan de resultaten in dit rapport beschreven zijn kwam tot stand in samenspraak tussen het Medisch Coördinerend Centrum Eemland (MCCE) en het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en werd gesubsidieerd door het MCCE.

Voor de begeleiding van het project werd een projectgroep samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van diverse afdelingen binnen het Meander Medisch Centrum en van extramurale zorgverleners. De projectgroep heeft bijgedragen aan de uitwerking van het onderzoek en heeft commentaar geleverd op concept-versies van het rapport.

De auteurs willen hierbij hun dank uitspreken aan allen die op enigerlei wijze aan dit onderzoek hun bijdrage hebben geleverd, en zij spreken de hoop uit dat de resultaten van het onderzoek zullen leiden tot een verdere verbetering van de zorg voor patiënten met multimorbiditeit.

De auteurs
Juni 2008

1 Inleiding

De aanleiding voor dit onderzoek is de ervaring van zorgverleners (huisartsen, verpleeghuisartsen, thuiszorg) in het verzorgingsgebied van het Meander Medisch Centrum, de ziekenhuisorganisatie in de regio Amersfoort, dat er regelmatig problemen optreden in de afstemming van de zorg tussen verschillende disciplines tijdens en na ontslag van patiënten uit het ziekenhuis. Deze problemen zouden vooral optreden bij oudere patiënten met multiple pathologie (multimorbiditeit) wanneer zij vanwege een acute, dan wel levensbedreigende aandoening in het ziekenhuis zijn opgenomen en er (kennelijk) tijdens de ziekenhuisopname geen of te weinig aandacht is besteed aan andere pathologie dan de meest ernstige, respectievelijk meest in het oog springende reden voor de ziekenhuisopname. Dit geldt temeer indien de andere aandoeningen op het terrein van verschillende specialisten liggen. De indruk bestond dat bij de beslissing tot ontslag de multimorbiditeit van de patiënt niet wordt betrokken in het bepalen van de zorgbehoefte en de organisatie van de nazorg. Dit zou vervolgens leiden tot problemen in de zorg, hetzij thuis, hetzij in het verzorgingshuis of het verpleeghuis, of tot een heropname op korte termijn. De zorgverleners (huisartsen, verpleeghuisartsen, thuiszorg) in de regio Amersfoort signaleren de meeste problemen bij ontslag naar het verzorgingshuis of verpleeghuis.

De organisatie van met name de ziekenhuiszorg is in Nederland ingericht naar medische specialismen, en daardoor ‘orgaan-specifiek’, respectievelijk ziekte-specifiek. Bij patiënten met multimorbiditeit kunnen andere specialisten tijdens de opname middels consultatie bij de zorg betrokken worden; het initiatief daartoe ligt bij de “behandelend” specialist. In het geval van de opname van een patiënt met multimorbiditeit is dat de specialist die verantwoordelijk is voor het meest in het oog springende, acute probleem, respectievelijk de opname-indicatie. Op enkele plaatsen in Nederland wordt momenteel geëxperimenteerd met generalistisch georiënteerde afdelingen ouderenzorg, met een klinisch geriater of internist-ouderengeneeskunde als coördinerend specialist voor patiënten met multimorbiditeit. Echter, in geval er een specifieke (al dan niet acute) aanleiding is voor ziekenhuisopname vindt vaak directe verwijzing naar een ‘orgaan-specialist’ plaats, ook al is de patiënt bekend met meerdere aandoeningen.

Uit de wetenschappelijke literatuur is bekend dat multimorbiditeit vaak voorkomt (Schram et al, 2008) en gerelateerd is aan problemen in de zorg. Zo concludeerden Gijzen et al (2001) op basis van een systematische review dat multimorbiditeit leidt tot (al of niet terecht) vaker afwijken van een geïndiceerde behandeling en tot meer complicaties. Dit is vooral onderzocht bij patiënten met hart- en vaatziekten, kanker, ziekten van het bewegingsapparaat, diabetes mellitus en longziekten. Patiënten met multimorbiditeit ervaren zelf ook dat het schort aan afstemming en coördinatie van de zorg (Heijmans et al, 2003).

In veel ziekenhuizen worden transferverpleegkundigen ingezet om de overdracht van de ziekenhuiszorg naar de zorg in de thuissituatie te verzorgen. In een recente systematische review van tien studies kon geen effect aangetoond worden van case management door een verpleegkundige voor patiënten met complexe problemen na ontslag uit het ziekenhuis (Latour et al, 2007). In deze review is het aantal heropnames, bezoeken aan de spoedeisende hulp, functionele gezondheid en kwaliteit van leven betrokken. Ook reviews waarin een telefonische follow-up en andere interventies werden geëvalueerd lieten zien dat er nog geen aantoonbaar werkzame interventie bekend is (Mistiaen en Poot, 2006; Mistiaen et al, 2007a; Kumar en Grimmer-Somers, 2007).

Deze signalen vormden de aanleiding voor het Medisch Coördinerend Centrum Eemland (MCCE) om het hier beschreven onderzoek te initiëren. Het onderzoek had tot doel inzicht te verschaffen in de aard en de mogelijke oorzaken van de problemen rond de afstemming van de zorg tussen verschillende disciplines bij patiënten met multipole pathologie na ontslag uit het ziekenhuis. Op basis hiervan zou door de direct betrokkenen (MCCE, Meander Medisch Centrum, regionale huisartsvereniging, thuiszorgorganisaties, Centrum Indicatiestelling Zorg, zorgkantoor, verpleeghuizen) een beleid ontwikkeld kunnen worden waardoor deze problemen bij en na ontslag uit het ziekenhuis minder vaak zullen optreden. Daarnaast kan de informatie uit dit onderzoek relevant zijn voor vergelijkbare situaties elders in Nederland.

2 Vraagstellingen

- 1) Welke problemen ervaren zorgverleners in het verzorgingsgebied van “Meander” in de onderlinge afstemming van de zorgverlening tussen verschillende disciplines aan patiënten met multimorbiditeit na ontslag uit het ziekenhuis?
- 2) Welke problemen ervaren patiënten met multimorbiditeit in de zorg na ontslag uit het ziekenhuis?
- 3) In hoeverre variëren deze problemen naar gelang
 - a) de betrokkenheid van een transferverpleegkundige bij het ontslag?
 - b) de betrokkenheid van andere specialisten middels consultatie tijdens de opname?
 - c) de setting waarnaar de patiënt wordt (terug)geplaatst (thuis, verzorgingshuis, verpleeghuis)?
 - d) de subregio van het verzorgingsgebied van “Meander”?

3 Methode

Om de vraagstellingen te beantwoorden is gebruik gemaakt van:

- schriftelijke vragenlijsten, in te vullen door zorgverleners in het verzorgingsgebied van “Meander” (huisartsen, verpleeghuisartsen, verpleegkundigen in verzorgingshuizen, thuiszorgmedewerkers)
- schriftelijke vragenlijsten, in te vullen door patiënten met multimorbiditeit die recent zijn ontslagen uit het ziekenhuis.
- interviews met ziekenhuisprofessionals (medisch specialisten, verpleegkundigen, transferverpleegkundige, zorgmanager) over de organisatie van de zorg in het ziekenhuis en de organisatie en procedures rond ontslag uit het ziekenhuis in geval van patiënten met multimorbiditeit.

Vragenlijst zorgverleners buiten het ziekenhuis

In deze schriftelijke vragenlijst werden zorgverleners gevraagd informatie te geven over de twee meest recent ontslagen patiënten met multimorbiditeit. Deze vragenlijst werd getuned per beroepsgroep en bevatte vragen over:

- patiëntgegevens (leeftijd, geslacht, woonsituatie voor opname, aard (multi)morbiditeit)
- ziekenhuisopname (reden/aanleiding voor opname, acuut/niet-acuut, specialisme waarnaar is verwezen, betrokkenheid andere specialisten, opnameduur, lokatie van opname)
- overdracht bij opname en ontslag (informatie-overdracht medisch en verpleegkundig, betrokkenheid transferverpleegkundige, ...)
- beoordeling door de respondent van de afstemming van de zorg tussen verschillende disciplines rond het ontslag van de betreffende patiënt
- door de respondent als positief en negatief beoordeelde ervaringen rond de afstemming van de zorg tussen verschillende disciplines bij ontslag van een patiënt met multimorbiditeit in het algemeen.

In deze vragenlijst was de Charlson comorbidity index (Charlson et al, 1987) verwerkt voor alle respondenten, alsook de Groningen Frailty Schaal (Steverink et al, 2001), maar deze enkel in de enquêtes onder verpleeghuisartsen en verpleegkundigen verzorgings- en verpleeghuis.

Deze vragenlijst is in november 2007 per post toegezonden aan alle huisartsen (n=210) en verpleeghuisartsen (n=25) in het verzorgingsgebied van “Meander”, aan de (hoofd)verpleegkundigen van alle verzorgings- en verpleeghuizen in het verzorgingsgebied (n=63) en aan wijkverpleegkundigen (n=3) van de belangrijkste thuiszorgorganisatie in het verzorgingsgebied (Amant). De vragenlijst werd vergezeld van een aanbevelingsbrief van de opdrachtgever. Een reminder werd half december 2007 gestuurd.

Door een zeer tegenvallende respons (zie later), is opnieuw een verkorte vragenlijst verspreid onder alle (verpleeg)huisartsen via de post en e-mail in maart 2008 (door de anonimiteit was niet bekend wie al eerder gereageerd had).

Vragenlijst patiënten

Aan de huisartsen en verpleeghuisartsen in het verzorgingsgebied van “Meander” werd (bij de vragenlijst die in november werd gestuurd) verzocht om een vragenlijst ter hand te stellen aan de twee meest recent ontslagen patiënten met multimorbiditeit over wie de (verpleeghuis)arts een vragenlijst had ingevuld (zie boven). Er is gekozen voor een benadering van de patiënten via de (verpleeg)huisarts omdat in de ziekenhuis-administratie niet te achterhalen is wie de patiënten zijn met multi-morbiditeit en omdat hiervoor eerst toestemming van de patiënt zou moeten worden gevraagd.

De beoogde populatieomvang was $(210 \times 2 + 25 \times 2 =) 490$ patiënten. Deze vragenlijst werd anoniem ter hand gesteld en kon ongefrankeerd worden teruggezonden, waarbij alleen door middel van een cijfercode de vragenlijst aan die van de (verpleeg)huisarts kon worden gekoppeld.

De vragenlijst voor patiënten bevatte – naast vragen over de behoefte aan zorg en de ontvangen zorg na de recente ziekenhuisopname – o.a. een eerder gebruikt en gevalideerd instrument voor het identificeren van problemen rond ontslag uit het ziekenhuis (Mistiaen et al, 2007b), alsook delen uit de CQ-index ziekenhuispatiënten (Sixma et al, 2007), de Coop/Wonca schaal (van Weel et al, 1992) en de Nottingham Health Profile (van Eijk et al, 1987).

Interviews met medisch specialisten en (transfer)verpleegkundigen

Specialisten en verpleegkundigen van de volgende afdelingen werden benaderd om te worden geïnterviewd: interne geneeskunde, chirurgie, orthopedie, urologie, geriatrie, cardiologie en neurologie. Hiernaast zijn ook nog een transferverpleegkundige en een zorgmanager/beleidsmedewerker benaderd. In overleg met de projectgroep van dit onderzoek is een lijst met namen opgesteld van medisch specialisten en (senior)verpleegkundigen die goed bekend waren met de ontslagproblematiek en initiatieven op dit terrein.

Onderwerpen die in het interview aan bod kwamen, zijn:

- procedures rond de opname van een patiënt (overdracht van medische en verpleegkundige informatie)
- procedures tijdens de opname van een patiënt met multimorbiditeit (consultatie andere specialisten)
- procedures rond het ontslag van een patiënt (wijze van besluitvorming tot ontslag, overdracht van medische en verpleegkundige informatie naar professionals en mantelzorgers, voorbereiding van ontslag)

De interviews duurden circa één uur, werden op band opgenomen en tot een verslag verwerkt, waarna deze verslagen ter goedkeuring en aanvulling aan de geïnterviewden werden voorgelegd.

De interviewteksten werden in tekstverwerkingsprogramma door de onderzoekers geanalyseerd en gecategoriseerd in een aantal thema's, die vervolgens op een tijdsas zijn geplaatst.

De onderzoeksopzet en de vragenlijsten werden voorafgaand ter commentaar voorgelegd aan de projectgroep van dit onderzoek bestaande uit vertegenwoordigers van professionals uit het ziekenhuis en van daarbuiten. Ook het onderzoeksrapport is in conceptvorm tweemaal becommentarieerd door deze projectgroep.

4 Resultaten

De beschrijving van de resultaten is in vier delen gestructureerd: eerst wordt ingegaan op de respons, dan worden de bevindingen uit de interviews met de ziekenhuisprofessionals besproken, gevolgd door de resultaten van de enquêtes onder zorgverleners buiten het ziekenhuis en tot slot de resultaten afkomstig uit de ontvangen enquêtes van de patiënten.

4.1 Respons

In tabel 4.1 staat hoeveel enquêtes zijn gestuurd, respectievelijk mensen zijn benaderd voor een interview en wat de respons daarop was. De enquêtes onder zorgverleners buiten het ziekenhuis, en daaraan gekoppeld de enquêtes voor patiënten die door de (verpleeg)huisartsen aan de patiënt gezonden dienden te worden, werden verspreid in november 2007. De respons hierop was extreem laag. Daarom is in januari 2008 overlegd met de opdrachtgever van het onderzoek omtrent eventuele vervolgactie: er is toen onder een dertigtal (verpleeg)huisartsen een beperkte enquête gehouden via de e-mail naar de redenen van de non-respons en de bereidheid tot het invullen van een vragenlijst. Uit deze non-respons enquête bleek dat de vragenlijst te lang was en op een ongunstig moment was gestuurd aan mensen die niet de tijd hebben om deze in te vullen. Ook vond men dat het een dik onoverzichtelijk pakket was, waarbij ook nog eens moeite gedaan moest worden om vragenlijsten aan patiënten te sturen. Wel gaf circa de helft aan bereid te zijn alsnog een verkorte vragenlijst over één patiënt in te vullen. Op basis hiervan is toen besloten in maart 2008 een korte vragenlijst te verspreiden onder (verpleeg)huisartsen; de respons hierop was 43 reacties (39 huisartsen en 6 verpleeghuisartsen), waarvan een iemand meldde geen patiënt te hebben die recentelijk ontslagen was uit het Meander Medisch Centrum.

De respons is weergegeven in tabel 4.1.

Al met al is er van 70 (verpleeg)huisartsen van de 235 aangeschrevenen een reactie gekomen (respons 30%), die informatie aanleverden over 77 ontslagen patiënten. Hiernaast komt nog de informatie uit de 12 reacties uit verpleegkundige hoek over 10 patiënten, waardoor er uiteindelijk over 87 ontslagen patiënten iets gezegd kan worden vanuit het perspectief van de zorgverleners buiten het ziekenhuis. Door de anonimiteit van de vragenlijsten valt niet te zeggen in welke mate de respondenten representatief zijn. Wat de patiënten betreft, was het de bedoeling dat de aangeschreven (verpleeg)huisartsen een vragenlijst zouden sturen aan hun twee laatste patiënten die ontslagen waren uit het Meanderziekenhuis. De patiënten konden dan de vragenlijst retourneren aan het NIVEL. Het is onbekend hoeveel patiënten een vragenlijst hebben ontvangen van hun (verpleeg)huisarts. Uiteindelijk zijn 24 vragenlijsten van patiënten (22 van patiënten die in thuissituatie verbleven en 2 uit het verpleeghuis) ontvangen. Dit is circa 5% van de beoogde 470 en de resultaten kunnen dan ook als niet meer dan een illustratie beschouwd worden.

Tabel 4.1: Respons

Enquêtes	Groep	Verstuurd	Respons (absoluut)
November 2007	Huisartsen	2 x 210 =420*	20 respondenten over 29 ontslagen patiënten
	Verpleeghuisartsen	2 x 25 =50*	5 respondenten over 4 ontslagen patiënten
	Verpleging verpleeg/verzorgingshuis	63	12 reacties over 10 patiënten
	Thuiszorgmedewerkers	3	0
	Patiënt verpleeghuis	Max. 50**	2
	Patiënt thuis	Max. 420**	22
Maart 2008	Huisartsen	210	39 respondenten over 38 patiënten
	Verpleeghuisartsen	25	6 respondenten over 6 patiënten

* elke arts kreeg 2 vragenlijsten omtrent de 2 meeste recente patiënten die ontslagen waren
** het versturen van de vragenlijsten aan de patiënt liep via de(verpleeg)huisarts; er zijn 420+50 vragenlijsten uitgegeven, maar onduidelijk is hoeveel de (verpleeg)huisartsen er naar de patiënten verstuurd hebben

Interviews	Uitgenodigd	Gerealiseerd
Medisch specialisten	7	6
Ziekenhuisverpleegkundigen	7	6
Transferverpleegkundige	1	1
Zorgmanager/beleidsmedewerker	1	1

4.2 Resultaten interviews met zorgverleners in het ziekenhuis

De bevindingen uit de interviews worden hier in thema's weergegeven aan de hand van de gang van de patiënt voor, tijdens en na de ziekenhuisopname. Dit omdat in een aantal interviews erop gewezen is dat een ziekenhuisopname van een patiënt met multimorbiditeit slechts een 'moment' is in een gehele patiëntenloopbaan en dat er ook vanuit die gedachte moet worden geredeneerd.

De cursieve tekst delen zijn citaten uit de geautoriseerde interviewverslagen. Om redenen van privacy worden noch de namen noch de functies van de geïnterviewden weergegeven bij de aangehaalde tekstfragmenten.

4.2.1 Voor de opname

Vóórkomen van patiënten met multimorbiditeit

Alle geïnterviewden geven aan dat patiënten met multimorbiditeit in toenemende mate voorkomen in het ziekenhuis, met name omdat er steeds meer (oude) ouderen worden opgenomen die heel vaak meerdere aandoeningen tegelijk hebben. Op de afdeling geriatrie hebben ze uitsluitend te maken met patiënten met multimorbiditeit.

Alle geïnterviewden geven aan dat patiënten met multimorbiditeit meer zorg/aandacht vergen dan patiënten die een enkele aandoening hebben, zowel tijdens de opname als bij het ontslag.

Voor een patiënt het ziekenhuis binnenkomt.

Men wijst erop dat de ziekenhuisopname in feite niet meer is dan een korte periode, een moment, in een ziektebeloop van de patiënt. Patiënten met multimorbiditeit hebben eigenlijk altijd al een lange geschiedenis, vaak gekenmerkt door een geleidelijke achteruitgang en een steeds kwetsbaardere situatie, waarbij reeds lang meerdere medici, paramedici, (mantel)zorgers en diverse organisaties betrokken waren. De problematiek van patiënten met multimorbiditeit moet volgens de geïnterviewden dan ook in een veel breder kader en tijdshorizon worden bekeken dan alleen de ziekenhuisopname en het ontslag.

Het gaat heel vaak om mensen die voor ze hun heup braken, al een heel wankel evenwicht (letterlijk en figuurlijk) hadden, waardoor ze ten val kwamen; het opereren van de heupfractuur mag dan nog zo goed zijn gegaan, het wankel evenwicht/ de kwetsbaarheid van de situatie, de multimorbiditeit wordt daar mee niet opgelost. Er is vaak al lang sprake van een onhoudbare situatie, die bijvoorbeeld niet goed ingeschat werd door een huisarts, of waarvan een patiënt en/of zijn familie denkt dat het nog wel lukt of de patiënt wil nog niet naar een verpleeghuis of er is geen plek in het verzorgings/verpleeghuis, en op een gegeven dag gaat het dan mis en valt de patiënt, waardoor hij met een heupfractuur in het ziekenhuis komt. Veel mensen hadden eigenlijk al in het verpleeghuis gehoord voordat ze gevallen zijn. Als er voor de val beter naar de patiënt en naar de situatie was gekeken en adequaat was gehandeld, dan was de patiënt misschien niet gevallen of was er al een verpleeghuisplek geregeld geweest.

Als extra moeilijkheid bij de patiënten met multimorbiditeit, wordt erop gewezen dat het gaat om oudere patiënten, die vaak ook een oude fragiele partner hebben, waar je dan ook continu rekening mee moet houden en ervoor zorgen dat deze partner niet overbelast raakt.

Acuut of gepland opgenomen

Patiënten met multimorbiditeit worden zowel gepland als acuut opgenomen.

Patiënten die gepland worden opgenomen bieden volgens de geïnterviewden de gelegenheid om deze patiënten alvast voor de opname te zien, bijvoorbeeld om dan al de nazorgbehoefte van de komende opname in te schatten, om de voorbereiding en voorlichting op opname en ontslag al te starten en om eventuele nazorg alvast te regelen. Op sommige afdelingen zijn hiervoor pre-operatieve spreekuren georganiseerd met specialistische verpleegkundigen (bv. orthopedisch consulenten) en soms aangevuld met een apothekersassistente die de medicatieanamnese kan afnemen. Deze ‘geplande patiënten’ zijn ook allemaal al bekend bij hun medisch specialist en eventueel de anesthesist, die de noodzakelijke zorg bij de multimorbiditeit alvast kunnen voorbereiden.

Het ziekenhuis zou graag voor meerdere specialismen preoperatieve verpleegkundige spreekuren invoeren. Dit preoperatief verpleegkundig spreekuur is mede ingegeven door het feit dat patiënten tegenwoordig pas op de dag van operatie worden opgenomen, waardoor de avond ervoor vervalt, die een uitstekend moment was om bij de patiënt een anamnese af te nemen en de patiënt voor te bereiden.

De acuut opgenomen patiënten worden als moeilijker ervaren omdat er geen tijd is voorafgaand aan de ziekenhuisopname om de situatie in kaart te brengen en hierdoor ook de voorbereidingen tot ontslag in een veel korter tijdsbestek moeten plaats vinden. Bovendien is het volgens de geïnterviewden zo dat acuut opgenomen patiënten met multimorbiditeit vaak al in een heel kwetsbare situatie verkeerden voor opname, waardoor terugkeer naar huis vaak niet of alleen maar met veel inzet van hulp nog mogelijk is. Ook ontslag richting een revalidatiecentrum of verpleeghuis is bij de acuut opgenomen patiënten moeilijker te regelen dan bij de gepland opgenomen patiënten.

Van huis of uit het verpleeghuis

Sommige patiënten verbleven voor hun opname in het ziekenhuis nog in hun eigen woning, waarvan sommigen daar reeds hulp kregen van de thuiszorg. Andere patiënten wonen in een verzorgingshuis en zijn soms al zo zorgafhankelijk dat ze eigenlijk al een verpleeghuisindicatie hadden moeten hebben. Weer andere patiënten komen vanuit een verpleeghuis. Men acht dit onderscheid van belang omdat het ontslaan van patiënten richting verpleeghuis veel minder moeilijk is voor degenen die voor hun ziekenhuisopname daar al verbleven, omdat hun plaats daar gereserveerd is. Ook het organiseren van de thuiszorg na ontslag voor patiënten die reeds voor hun opname thuiszorg kregen is makkelijker dan voor de mensen die nog onbekend zijn met thuiszorg.

Mensen die al in het verpleeghuis verbleven voor dat ze hun heup braken, kunnen meestal snel terug naar hun plaats in het verpleeghuis.

Het regelen van thuiszorg gaat makkelijker als de patiënt al voor de opname bekend was bij de thuiszorgorganisatie; uitbreiding van zorg is makkelijker te regelen dan nieuwe zorg.

Het ziekenhuis als breekpunt en breekijzer

Geïnterviewden geven aan dat veel patiënten met multimorbiditeit soms al lange tijd voor de ziekenhuisopname in een moeilijke thuissituatie verkeerden: moeilijk voor de patiënt, moeilijk voor de partner en moeilijk voor de familie. De ziekenhuisopname kan dan als een soort bevrijding, of als een soort breekijzer ervaren worden om de situatie daarvoor die eigenlijk onhoudbaar was te veranderen door nu een opname in het verpleeghuis te bespoedigen/ te forceren.

Verder is het zo dat een kleine verstoring in een wankle thuissituatie een aanleiding vormt voor de familie om de situatie te 'forceren'; een ziekenhuisopname wordt dan 'misbruikt' om een opname in het verpleeghuis te bespoedigen. Dit is wel eens lastig. Het kan zijn dat een patiënt zelf wel nog naar huis wil en wij inschatten dat dat ook nog kan, maar dat de familie dan dwarsligt. We proberen dit dan zo goed mogelijk te bespreken, maar het is wel lastig als de familie druk uitoefent.

Het komt steeds vaker voor dat er mensen worden opgenomen, die al heel lang een zorgprobleem hebben; bij veel van die mensen zegt de familie al bij opname dat ze nu niet meer huis kunnen en ziet de familie de ziekenhuisopname dan als

iets wat die zorgelijke thuissituatie kan doorbreken en er nu mogelijk een verhoopte opname in het verpleeghuis komt.

Een enkele geïnterviewde verdenkt ook de huisarts ervan een ziekenhuisopname te bewerkstelligen om de thuissituatie te laten veranderen.

Huisartsen proberen nu ook 'zorg'-problemen te slijten aan het ziekenhuis, terwijl het ziekenhuis er is voor medische problemen. Een klein beetje scheef gezicht, een licht vermoeden van een beroerte, wordt dan door de huisarts gebruikt om een patiënt te kunnen insturen naar het ziekenhuis, omdat daar dan de stap makkelijker is om het grotere achterliggende probleem aan te pakken. Ze worden dus ingestuurd met een lichte beroerte, maar het blijkt dat het echte probleem eigenlijk dementie is. Dat komt omdat verpleeghuizen niet beschikken over acute bedden; als huisarts kun je eigenlijk nooit een patiënt acuut in het verpleeghuis opnemen en dus wordt het ziekenhuis gebruikt als 'excuus', als stok om de situatie te forceren.

Men geeft daarom aan dat de familie nauw betrokken moet worden in de zorg(organisatie) van patiënten met multimorbiditeit enerzijds, maar ook dat de zorg in de eerste lijn voorafgaand aan een ziekenhuisopname geoptimaliseerd kan worden.

4.2.2 De opname

De opname is het begin van het ontslag

Alle geïnterviewden zijn het erover eens dat een succesvol ontslag en een probleemloze periode na ontslag, sterk afhankelijk is van de mate van voorbereiding op het ontslag. Men vindt dat al bij opname gestart dient te worden met de voorbereiding op het ontslag. Het in kaart brengen van de patiëntenproblematiek en de verwachte zorgbehoefte na opname, dient onderdeel te zijn van de anamnese bij opname. Iedereen zegt ook feitelijk te handelen volgens deze inzichten. Bij geplande opnames is het zelfs mogelijk die ontslagvoorbereiding te starten voor de ziekenhuisopname, bijvoorbeeld in de vorm van preoperatieve spreekuren door gespecialiseerde verpleegkundigen, of door middel van een huisbezoek van de ergotherapeut, om daar de situatie alvast in te schatten.

Op het moment dat een patiënt binnenkomt in het ziekenhuis, denken we al vooruit of, hoe en wanneer een patiënt weer naar huis zou kunnen; de veelheid aan problemen die mensen hebben, noodzaakt je daar ook toe.

Men geeft aan dat bij opname een inschatting dient plaats te vinden van de vermoedelijke ontslagdatum en van de vermoedelijke nazorgbehoefte; aan de hand hiervan kan dan een plan gemaakt worden van wat nog allemaal dient te gebeuren en wie dit moet doen. Deze inschattingen kunnen dan ook gebruikt worden in het overleg tussen disciplines maar ook om de patiënt en de familie voor te lichten.

De anamnese bij opname

De anamnese, zowel op medisch, paramedisch en verpleegkundig gebied wordt door iedereen als uiterst belangrijk beschouwd om patiënten goed door de ziekenhuisopname te kunnen loodsen en goed op het ontslag te kunnen voorbereiden.

Sommige geïnterviewden merken op dat in hun opinie de standaard anamnese eigenlijk niet voldoet en er meer integraal gescreend zou moeten worden op de vier assen van de geriatrie (somatiek, psychiatrische problemen, sociale situatie en mobiliteit).

Wanneer er iets heel aanwijsbaar is, komen ze meestal op andere specialistische (niet geriatrische) afdelingen terecht. Het nadeel daarvan is dat daar niet systematisch op die vier assen van de geriatrie worden gecheckt, waardoor er daar veel problemen niet onderkend worden. Hierdoor worden ze vaak niet oorzakelijk behandeld maar uitsluitend de gevolgen.

Bij opname gebruiken we een zelf ontwikkelde 'geriatrische anamnese', die uitgebreider is dan in de gewone standaard anamnese die elders in het ziekenhuis wordt gebruikt.

Die anamnese wordt als belangrijk beschouwd met het oog op het ontslag, omdat die gedurende de gehele opnameperiode als leidraad dient om te kijken hoe alles evolueert en wanneer ontslag mogelijk zou zijn.

Tijdens de opname is het ontslag steeds onder de aandacht

Geïnterviewden geven aan dat het ontslag van patiënten eigenlijk continu onder de aandacht is en moet blijven gedurende de gehele opname. Anticiperen is de boodschap. Op de afdeling geriatrie gebeurt dat door dagelijks alle punten van de uitgebreide anamnese door te nemen en te kijken wat veranderingen daarin voor consequenties hebben voor het mogelijke ontslag. Ook op andere afdelingen is het ontslag een punt van aandacht in de dagelijkse en 'grote' visites.

Men vindt dat de voorbereiding op het ontslag een activiteit is die gedurende de gehele ziekenhuisopname loopt; elke dag wordt gekeken naar mogelijke ontslagdatum, wat de toestand van de patiënt is en wat nog dient te gebeuren om het ontslag mogelijk te maken.

De voorbereiding op het ontslag houdt volgens de geïnterviewden onder andere in:

- het in kaart brengen van nazorgbehoefte, van de mogelijkheden van de mantelzorg in de nazorg en de mogelijkheden van de patiënt,
- herhaald voorlichten van patiënten en familie over de periode na ontslag,
- aanleren van vaardigheden in het kader van de zelfredzaamheid bij de patiënt zelf,
- aanleren van vaardigheden bij mantelzorger in het kader van ondersteunen van de zelfredzaamheid,
- regelen van benodigde hulp na ontslag,
- etc...

Iedereen geeft aan dat het voorlichten van patiënt EN familie op de periode na ontslag erg belangrijk is; dit moet op verschillende momenten en herhaaldelijk gedurende de opname plaats vinden en kort voor ontslag nogmaals gedaan en gecheckt worden of alles begrepen is. Men benadrukt dat het aan te bevelen is de voorlichting zowel mondeling als

schriftelijk te doen en altijd de leefregels op schrift mee te geven. Algemeen wordt erkend dat voorlichting niet altijd afdoende is, hoe uitgebreid die ook moge zijn. Veel patiënten stuiten pas na ontslag op problemen/zaken en de informatie daarover zijn ze dan al vergeten.

Om vaardigheden aan te leren die nodig zijn na ontslag, krijgen patiënten fysio- en ergotherapie en wordt frequent gecheckt hoe zelfredzaam ze zijn. Volgens een geïnterviewde zou dit nog intensiever kunnen.

Ik denk dat er nog winst behaald zou kunnen worden als mensen tijdens een ziekenhuisopname veel intensiever revalidatie zouden krijgen, waardoor ze fitter/zelfstandiger naar huis zouden kunnen. Wat ze nu krijgen aan fysiotherapie stelt veel te weinig voor.

Vaardigheden aan familie worden op een enkele afdeling ook aangeleerd in de vorm van een meeloopdag.

Verder hebben we nog een 'meeloopdag', waarbij familie tijdens de opname mee kan lopen met de fysiotherapie en ergotherapie om te zien wat zij doen en wat de patiënt kan. Dit wordt als heel leerzaam en prettig ervaren door de partners/familie.

Tot slot gebeurt het op een enkele afdeling dat een verpleegkundige van het ziekenhuis of een ergotherapeut voor ontslag alvast de thuissituatie gaat inschatten of dat een wijkverpleegkundige (van Buurtzorg) voor het ontslag alvast even kennis komt maken met de patiënt in het ziekenhuis.

Samenwerken tussen specialismen en disciplines

De geïnterviewden zijn het erover eens dat opname en ontslag van patiënten met multimorbiditeit inbrengt vergt van meerdere disciplines. Sommigen vinden ook dat het inbrengt vergt van meerdere medische specialismen.

De multidisciplinaire samenwerking wordt meestal gerealiseerd in de vorm van een periodiek multidisciplinair overleg (MDO), waarin alle behandelaars van een patiënt samenkomen om gezamenlijk te kijken naar het beloop van een patiënt en naar de (on)mogelijkheden voor ontslag. Hoewel de samenstelling per afdeling kan verschillen, is deze in grote lijn de medische hoofdbehandelaar, arts-assistenten, de afdelingsverpleegkundigen en de betrokken paramedici als fysiotherapie, ergotherapie, diëtetiek en maatschappelijk werk, en soms de transferverpleegkundige. De frequentie is volgens de geïnterviewden meestal eenmaal per week. Het MDO wordt gezien als een belangrijke factor tot een succesvol ontslag.

De samenwerking tussen medische specialismen gebeurt in hoofdzaak op consultatiebasis. Als de hoofdbehandelaar een probleem vermoedt op een ander specialistisch terrein dan het eigen, wordt die specialist in consult gevraagd.

Voor ze opgenomen en geopereerd worden, worden deze patiënten meestal bekeken door andere specialisten (cardioloog, internist) naast de uroloog; sowieso worden alle patiënten met diabetes gezien door de internist.

Tijdens de opname worden andere medische specialisten ingeschakeld wanneer nodig, op indicatie van de arts-assistent. Bij insulineafhankelijke diabetespatiënten wordt standaard een internist erbij gehaald. In geval patiënten een delier krijgen, en na 2 dagen niet beter worden, dan wordt de geriater erbij gehaald.

Er is echter geen sprake van structurele betrokkenheid van meerdere specialismen bij de patiënten met multimorbiditeit, hoewel dat wel volgens enkele geïnterviewden gewenst zou zijn.

Chirurgen hebben eigenlijk te weinig verstand van ouderenproblematiek en van multimorbiditeit; geriateren zijn daar bij uitstek geschikt voor en zouden dus systematisch medebehandelaar moeten zijn.

De samenwerking tussen verschillende medische specialismen wordt echter bemoeilijkt omdat iedereen al een volle agenda heeft, er onvoldoende formatie (financiering) is voor structurele betrokkenheid, men meent dat ze wel voldoende kennis in huis hebben en vanwege het feit dat het Meander Medisch Centrum over twee locaties is gesplitst.

Er nemen geen andere medisch specialisten deel aan het MDO; in principe zijn wij als geriater goed genoeg opgeleid om alle medische problemen in samenhang te bekijken; deze specialisten worden alleen op indicatie voor advies betrokken.

Tijdens het MDO wordt dan het beloop van alle patiënten besproken; er zijn echter geen andere medische specialisten hierbij aanwezig, die worden altijd ad hoc op consultbasis erbij gehaald. Ik zou wel graag een geriater erbij hebben, lijkt me zinvol, maar nu met die twee locaties (geriater zit op de andere kant) is dat toch een beetje lastig.

Sommige arts-assistenten hebben weerstand als wij als verpleegkundigen suggereren dat een consult van een geriater of een internist nuttig zou kunnen zijn, want dan zien zij het nut er niet van of zien op tegen het werk dat met zich meebrengt.

Verder is het ook nog zo dat wij 'interne' niet meer mogen bellen over de standaardzorg bij een diabetes; we moeten dat maar zelf kunnen (daar zijn protocollen voor...).

Er wordt op gewezen dat meer inzet van de geriater en/of geriatisch verpleegkundigen op de niet-geriatische afdelingen nuttig zou kunnen zijn, omdat daar vaak te weinig geriatische kennis is door de snelle wisseling van personeel, leerling-verpleegkundigen en uitzendkrachten. Echter op dit moment heeft de geriatrie onvoldoende capaciteit (c.q. onvoldoende financiering) om dit te kunnen uitvoeren.

Zo is er in het verleden een project geweest op de afdeling chirurgie waarbij alle patiënten van 75 jaar en ouder bij opname werden gescreend op mogelijke geriatische problematiek door middel van de 'Groningen Frailty Index': hieruit bleek dat een groot aantal patiënten inderdaad een hoge mate van kwetsbaarheid had en mogelijk profijt had kunnen hebben van geriatische inzet, maar dit project heeft toen geen verdere doorgang gekregen omdat het zorgkantoor niet de middelen beschikbaar wilde stellen voor die verpleegkundig geriatisch consulten.

De betrokkenheid van de huisarts tijdens opname

Geïnterviewden geven aan dat het maar zelden voorkomt dat een huisarts nog op bezoek komt bij zijn patiënten die opgenomen worden of anderszins contact opneemt met de zaalarts. Ook is er nauwelijks overleg vanuit het ziekenhuis met de huisarts tijdens de opname en wordt volstaan met de informatie uit de verwijsbrief. Een aantal geïnterviewden wijst erop dat het jammer is dat de 'oude' huisarts aan het verdwijnen is. Bij ontslag wordt soms contact opgenomen met de huisarts. In het geval er een maligniteit is vastgesteld bij een patiënt, is het op een aantal afdelingen het beleid om de huisarts daarvan telefonisch op de hoogte te stellen. In dit verband wordt er op gewezen dat de huisartsen slecht bereikbaar zijn.

Ik wil nog wijzen op het 'Wie is wie?' boek van het MCC: dit is op zich een prima naslagwerk, maar bij de meeste huisartsen staat slechts 1 telefoonnummer, dat is het nummer waarop iedereen belt en waarbij je dan niet bij de huisarts terecht komt maar bij de assistente. Tot overmaat van ramp staat er dan ook nog vaak bij 'bellen tussen 13 en 14u', maar dat komt mij niet altijd goed uit. Het zou een flinke verbetering zijn als in dit 'Wie-is-wie?' boek ook een telefoonnummer van de dokter zelf wordt vermeld waarop wij specialisten kunnen bellen. De bereikbaarheid zou zo veel verbeterd kunnen worden.

Medicatie een punt van zorg

Patiënten met multimorbiditeit worden vaak gekenmerkt door (een geschiedenis van) gebruik van meerdere geneesmiddelen. De geïnterviewden geven aan dat hier veel aandacht aan besteed wordt omdat hier een grote kans op fouten bestaat.

Medicatie is een terrein waar we veel aandacht voor hebben; polifarmacie is een groot probleem bij geriatische patiënten. Velen lopen al jaren met verschillende aandoeningen, waarvoor ze bij verschillende dokters lopen, die allemaal wat voorschrijven.

Veel oudere patiënten hebben nu tal van medicijnen, die niet altijd goed op elkaar afgestemd zijn en soms (bijvoorbeeld bloeddrukverlagende middelen) kunnen veroorzaken dat ze wankel op hun benen staan of duizelig worden, waardoor ze gaan vallen en hun heup breken.

Patiënten met multimorbiditeit hebben eigenlijk ook altijd meerdere medicijnen; de uitleg hierover bij ontslag is altijd lastig; veel patiënten snappen dit slecht of niet. Elke wijziging is vragen om moeilijkheden. Ik denk dat er best veel medicatiegerelateerde opnames zijn in Nederland. Mensen komen met een zak pillen hier binnen en gaan met een andere zak weer naar buiten; soms gebeuren er naamswijzigingen (van het ene merkpreparaat naar het andere of van de merknaam naar de generische naam), die al voor verwarring kunnen zorgen bij de patiënten. Er is hier nog veel winst te halen; het zou erg nuttig zijn als we bij opname alle medicatie veel beter in kaart brengen en de wijzigingen veel beter, veel systematischer vastleggen en dit kunnen communiceren bij ontslag.

Fouten met medicatie gebeuren ook omdat er hier tijdens de opname, operatie, verblijf op de IC en zo verder dingen veranderd worden en/of tijdelijk gestopt en dan vergeten worden om weer te starten, waardoor het kan gebeuren dat mensen weer naar huis gaan zonder medicatievoorschrift voor een medicijn die ze al jaren hadden. Dat komt soms ook omdat de medicijnen die iemand thuis gebruikte ook niet altijd duidelijk zijn.

Bij opname is het lastig om een goed beeld te krijgen van alle geneesmiddelen die iemand al gebruikt. Op sommige afdelingen is een apotheekassistente aangesteld om de medicatie-anamnese af te nemen, waarbij zij ook toegang heeft tot de database van de stadsapotheek. Zo kan ze daar precies zien welke geneesmiddelen zijn uitgegeven voor die patiënt en is ze dus niet langer meer uitsluitend afhankelijk van de patiënt en de verwijsbrief van de huisarts.

Tijdens opname is het soms nodig (bv. omwille van een operatie en anesthesie) om bepaalde medicatie (tijdelijk) te stoppen of veranderingen in type of dosering aan te brengen.

Voor ontslag dient dan goed in kaart gebracht te worden welke tijdelijke wijzigingen weer ongedaan moeten worden gemaakt en welke nieuwe medicatie na ontslag nog gecontinueerd moet worden.

Volgens de geïnterviewden komt het ook voor dat sommige medicatie onder verschillende merknamen beschikbaar is in het ziekenhuis en in de eerste lijn, wat voor verwarring kan zorgen bij professionals en patiënten.

Een van de lastige problemen is nog steeds de medicatie; in het ziekenhuis wordt nog wel eens wat veranderd in de medicatie, hetzij om medische redenen, hetzij om logistieke reden dat het ziekenhuis een ander equivalent middel heeft dan in de stadsapotheek. Dan komen patiënten thuis die gewend waren 3 groene pilletjes in te nemen, maar nu drie rode moeten nemen; ook al gaat het dan misschien om hetzelfde medicijn, roept het toch vragen op bij patiënten.

Sommige geïnterviewden hebben als beleid om zo weinig mogelijk verandering aan te brengen in de bestaande medicatie, terwijl andere vinden dat goede zorg begint met het saneren van de vaak overbodige en overlappende medicatie die in de loop der tijd is ontstaan.

Als ze dan bij ons komen is een van onze taken hier inzicht in te krijgen en dan te gaan schrappen in het lijstje.

We proberen zo min mogelijk te veranderen in de medicijnen die iemand gebruikt om vergissingen zoveel mogelijk te voorkomen.

Zorgpaden, protocollen en klinische paden

Om de gang door het ziekenhuis zo soepel mogelijk te laten lopen bestaan er in het Meander Medisch Centrum protocollen, met behulp waarvan het individuele beloop van een patiënt afgezet kan worden tegen een standaardbeloop voor die opname-indicatie. Tevens worden er ook zorgpaden ontwikkeld; hierin staat voor een bepaald ziektebeeld alle diagnostiek, interventiemogelijkheden, keuzemomenten en betrokken specialismen en diensten in een tijdspad aangegeven. Bij deze ontwikkelingen worden ook patiëntengroepen betrokken. Een beperking van de momenteel ontwikkelde zorgpaden is echter dat ze nog geen rekening houden met patiënten met meerdere problemen/ziektes tegelijk. Tot slot zijn er op sommige afdelingen ook transmurale protocollen.

Sinds kort zijn we bezig met zorgprogramma's, o.a. laparoscopische prostatectomie, waarbij het hele zorgpad vanaf de huisarts tot aan nacontrole alles in kaart gebracht wordt wat een patiënt meemaakt en wie er allemaal bij komt kijken. Hierdoor krijg je goed overzicht van wat er allemaal moet gebeuren en zal het proces en de uitkomst beter verlopen. We doen dit met de contactgroep prostaatcarcinoom, dit is de patiëntenvereniging; hierdoor kunnen we dus ook hun verhalen en perspectieven en wensen meenemen in het ontwerpen van dit zorgprogramma.

Een probleem met zo'n zorgpad is nog wel dat het gericht is op 1 probleem en multimorbiditeit en de aanpak daarvan zit daar eigenlijk nog niet goed in.

Dit is overigens het probleem ook met alle protocollen en richtlijnen. Het is nu net de kunst van de professional om verder te kijken dan het protocol of richtlijn.

We gebruiken checklisten voor infarctpatiënten waarop staat wanneer een patiënt naar verwachting weer wat zou kunnen (bv. op dag 7 trap lopen); dit kunnen we goed gebruiken om te checken of iemand wel in staat is om naar huis te gaan. Sommigen patiënten volgen exact dat schema, anderen hebben soms de dubbele tijd nodig om de doelen te behalen.

We hebben ook een zorgprogramma 'hartfalen', waarin hele schema's en plannen staan hoe met hartfalenpatiënten om te gaan; dit is echter sterk verschillend bij elke individuele patiënt.

Met een paar verpleeghuizen werken we aan een transmuraal protocol, om wat meer uniformering te krijgen in de regio. Bijvoorbeeld sommige verbandmiddelen die we hier gebruiken zijn niet beschikbaar in het verpleeghuis; dat geldt ook voor sommige medicijnen.

Specialistische verpleegkundigen

Sommige geïnterviewden geven aan dat de zorg en het ontslag mogelijk verbeterd kan worden door de inzet van specialistische verpleegkundigen voor, tijdens en na de opname.

We hebben ook nog speciale verpleegkundigen voor bepaalde groepen patiënten (Parkinson, MS, hoofdpijn), die soms goede contacten hebben met counterparts buiten het ziekenhuis; ook kunnen wij op de afdeling gebruik maken van deze extra deskundigheid. Ze hebben ook hun eigen spreekuur op de polikliniek.

4.2.3 Het ontslag

De beslissing tot ontslag

De geïnterviewden zijn het erover eens dat de formele beslissing tot een ontslag een verantwoordelijkheid is van de medisch specialist met als belangrijkste criterium of er nog medische gronden zijn die een ziekenhuisverblijf noodzakelijk maken.

Naast de formele beslissing, geven de geïnterviewden aan dat de beslissing tot ontslag eigenlijk altijd gebeurt in of na overleg met de verpleegkundigen, paramedici, patiënt en familie. De mate waarin dat overleg gebeurt en de mate waarin meningen van anderen dan de medici doorslaggevend zijn, verschilt per afdeling.

Een beslissing tot ontslag is altijd een gezamenlijke beslissing van de medici, verpleging en de patiënt zelf; als iemand zegt dat het niet kan, dan gebeurt het ook niet.

Hoewel de beslissing zelf een moment is, geeft iedereen aan dat daar een lange periode aan voorafgaat, waarin steeds gekeken wordt naar wanneer een ontslag mogelijk is.

Tussen beslissing tot ontslag en feitelijk ontslag

Men geeft aan dat nadat de beslissing tot ontslag genomen is, er enige tijd nodig is om het daadwerkelijke ontslag te realiseren. Indien nazorg nodig is, wordt de transferverpleegkundige ingeschakeld om de onafhankelijke indicatie van de zorgbehoefte te doen. De geïndiceerde zorg moet vervolgens geregeld worden. Als mensen (nieuw) naar een verpleeghuis, revalidatieafdeling, verzorgingshuis, of herstellingsoord gaan, wordt in het Meander Medisch Centrum ook het maatschappelijk werk ingeschakeld.

Verdere noodzakelijke activiteiten die men aangeeft zijn het checken van de medicatie en deze doorgeven naar de (stads)apotheek en het regelen van eventuele verbandmiddelen. Ook overdrachten naar de hulpverleners in de andere lijn dienen geschreven te worden. En natuurlijk moeten patiënt en familie op de hoogte gebracht te worden van de ontslagdatum en dient verdere ontslagvoorbereiding met hun te geschieden.

De benodigde periode tussen beslissing en feitelijk ontslag varieert van een paar uur tot een paar dagen, afhankelijk van de hoeveelheid zaken die geregeld moet worden.

De feitelijke periode tussen beslissing en ontslag kan echter soms uitlopen, als dat beter schikt voor patiënt en familie, maar kan soms ook uitlopen tot een aantal weken, als de benodigde zorg niet beschikbaar is.

Van zodra de ontslagdatum bekend is kunnen wij allerlei dingen gaan regelen die nog nodig zijn (nazorg, medicatie, ...) en de diverse overdrachten worden geschreven. In principe kunnen die noodzakelijke regelingen binnen 48 uur gebeuren nadat de ontslagdatum bekend is, soms kan het sneller gaan, soms duurt het wat langer.

Gemiddeld zijn er 3 tot 4 dagen nodig tussen het besluit dat een ontslag kan en het tijdstip dat het ontslag werkelijk plaats vindt; dit is een beetje afhankelijk van hoeveel en welke zorg er nog geregeld moet worden. Ook kan het afhangen van bijvoorbeeld de mantelzorg, wanneer zij tijd hebben om de patiënt op te vangen.

De transferverpleegkundige

De transferverpleegkundige is een functionaris met een dubbele functie: enerzijds functioneert zij als onafhankelijk indicatiesteller van de benodigde zorg na ontslag en is in die hoedanigheid in dienst van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ); anderzijds functioneert ze als transferverpleegkundige, die de geïndiceerde zorg regelt en wordt in deze hoedanigheid door het Meander Medisch Centrum ingehuurd bij het CIZ.

Op vraag van de afdelingsverpleegkundige komt zij op de afdelingen langs om de behoefte aan zorg na het ziekenhuis (formeel, onafhankelijk) te indiceren, voor zover dit zorg betreft die gefinancierd wordt vanuit de AWBZ (of vanuit de WMO voor zover het patiënten betreft van de gemeentes die hierover een afspraak hebben met het CIZ). Voor sommige zaken bestaat een 'standaard indicatie protocol', waarbij de indicatiesteller van het CIZ niet langs hoeft te komen.

Het regelen van de geïndiceerde zorg gebeurt door de transferverpleegkundige uitsluitend voor de thuiszorg. De transferverpleegkundige benadrukt dat dit een keuze is van het ziekenhuis om haar alleen hiervoor in te huren bij het CIZ.

Indien een patiënt een verpleeghuisindicatie heeft gekregen van de indicatiesteller, dan komt de 'transferverpleegkundige' niet in actie. Bij een verpleeghuisindicatie stuurt de CIZ-indicatiesteller de indicatie door aan het verpleeghuis van eerste keus van de patiënt en het is dan de taak van dat verpleeghuis om die indicatie te regelen. Als ze zelf geen plek hebben, dan moet dat verpleeghuis een plek zoeken bij drie andere verpleeghuizen. Als geen van de vier verpleeghuizen een plek heeft, dan moet het eerste verpleeghuis de indicatie doorsturen naar het zorgkantoor, en die moet dan buitenregionaal een plek zoeken voor overbrugging. Dit betekent volgens een geïnterviewde dat alle verantwoordelijkheid om een verpleeghuisplek te regelen buiten het ziekenhuis ligt.

Een aantal geïnterviewden zien de transferverpleegkundige niet als facilitator maar als een belemmering in het snel en adequaat regelen van de zorg na ontslag.

Een volgende complicerende factor is de transferverpleegkundige: deze functionaris roert zich ook stevig in het besluitvormingstraject rondom ontslag; als wij ons afvragen of een patiënt naar huis kan, dan komt zij in consult. Dit duurt echter veel te lang in mijn ogen.

De indicatie voor hulp na ontslag gebeurt via het CIZ, transferverpleegkundige, zowel bij de acute als bij de electieve groep; hier doen zich echter ook problemen voor, omdat de transferverpleegkundige niet eerder wil komen dan dat er een ontslagdatum bekend is; bij de electieve groep zou dit zeker veel eerder kunnen, maar ook bij de acute groep. Het is nu zo dat wij ze inroepen op dag 4, maar zij dan pas op dag 7 komt kijken en dan moet alles nog geregeld worden. Ik weet dat er klachten zijn vanuit de organisatie dat het te lang duurt eer er een indicatie wordt gesteld; dat heeft ook te maken met het feit dat het CIZ pas in actie komt als er al een ontslagdatum bekend is omdat ze pas op dat moment goed de zorgbehoefte kunnen inschatten. Als ze dat eerder zouden doen (wat veel ziekenhuismedewerkers wel zouden willen) dan kan het zijn dat de zorgbehoefte in de loop der tijd na de indicatie nog verandert en dan over zou moeten.

Ook wordt er verwarring gesignaleerd omtrent de dubbele pet van de transferverpleegkundige, als indicatiesteller en als regelaar.

Het is voor veel ziekenhuismedewerkers (en patiënten) verwarrend dat de CIZ-indicatiesteller en de transferverpleegkundige zijn verenigd in één persoon, terwijl ze duidelijk verschillende taken en verantwoordelijkheden hebben.

Een zwakke plek in onze constructie is echter dat er niets geregeld is voor de mensen die geïndiceerd worden voor een verpleeghuis (zowel de revalidatie-indicatie als de indicatie voor long-stay). De CIZ-indicatiesteller doet dan wel de indicatie, maar zet vervolgens niet meer de pet op van transferverpleegkundige. Ze stuurt, als CIZ-functionaris, alleen de indicatie door aan het verpleeghuis die dan die zorg moet regelen.

Daarom zijn we vorig jaar een project gestart waarbij het maatschappelijk werk van het Meander als case-manager wordt aangesteld voor de patiënten met een verpleeghuisindicatie. Zij gaat dan actief aan de slag met zelf het verpleeghuis te bellen en er achter aan te gaan dat zo'n patiënt zo snel mogelijk het Meander kan verlaten. Bij aanvang van het project werd het maatschappelijk werk enkel ingezet als case-manager voor die patiënten die een long-stay indicatie hadden. Recentelijk hebben we het project uitgebreid voor alle patiënten met een verpleeghuis indicatie (dus ook voor de patiënten met een indicatie voor kortdurende zorg, revalidatie). Ook hebben we een verpleegkundige toegevoegd naast de maatschappelijk werkster; deze verpleegkundige gaat bij alle patiënten

met een verpleeghuisindicatie als eerste langs om te kijken of iemand makkelijk overplaatsbaar zal zijn.

Ongelijkheid bij ontslag

Opmerkelijk is het gegeven dat de ontslagprocedures niet gelijk zijn voor alle patiënten. Zo geven geïnterviewden aan dat er voor terminale patiënten zaken vaak sneller geregeld worden, maar ook dat mondige mensen meer lijken te krijgen dan minder mondige patiënten.

Mijn ervaring is dat er bij terminale patiënten vaak wat meer geregeld kan worden als die mensen weer naar huis willen; iedereen doet dan een stapje harder (zowel in de eerste als in de tweede lijn). Maar dat kan niet voor iedereen; er zit helaas een limiet aan wat men kan bieden. het is wel eens lastig om die limiet, die grens te bepalen wat wel of niet kan.

Ik kan me niet van de indruk ontdoen dat hoe groter de mond van de patiënt/familie is, hoe meer zorg er geregeld kan worden. Mijns inziens verloopt die indicatie niet altijd even eerlijk en gelijkwaardig over alle patiënten heen. Als familie hoog van de toren blaast, dan zie je dat er nog wat extra geregeld wordt, dan ik zou inschatten dat het nodig is.

De overdracht

Het ontslag uit het ziekenhuis wordt volgens de geïnterviewden begeleid door een overdracht van de ziekenhuisprofessionals naar de professionals daarbuiten. Dit gebeurt nu per discipline: de specialist schrijft een overdracht naar de (verpleeg)huisarts, de verpleging naar de verpleging, de fysiotherapeut naar de fysiotherapeut, enz. Iedere discipline heeft hierin zijn eigen gebruiken.

De medische overdracht gebeurt in twee stappen: eerst wordt een voorlopig ontslagbericht geschreven dat meegegeven wordt met de patiënt, gevolgd door een definitieve ontslagbrief die enige weken later per post wordt opgestuurd. Onduidelijk is in hoeverre nu al gebruik wordt gemaakt van elektronische communicatie.

De verpleging gebruikt een standaardformulier, gebaseerd op de gezondheidspatronen van Gordon. Het formulier wordt op de computer ingevuld en vervolgens geprint en meegegeven met de patiënt.

De overdracht van de medicatie is een onderdeel van zowel de medische als de verpleegkundige overdracht, aangevuld met een fax naar de apotheek van het medicatieoverzicht. Soms wordt de schriftelijke overdracht aangevuld door een telefonisch contact tussen de professionals; met name als er een maligniteit is geconstateerd, wordt de (verpleeg)huisarts hiervan vaak telefonisch op de hoogte gesteld door de medisch specialist, en wanneer er specialistische verpleegtechnische zorg nodig is.

Een probleem bij de overdracht die door veel geïnterviewden wordt gesignaleerd is het feit dat de overdrachten met de patiënt worden meegegeven, waardoor men dus afhankelijk is van wanneer de patiënt die overdracht doorgeeft aan de betrokken hulpverleners.

Een geïntegreerde overdracht van verschillende disciplines in één overdracht is er niet. Sommigen vinden dit een goed idee, anderen twijfelen of daar wel behoefte aan is en er wordt op gewezen dat zo'n geïntegreerde overdracht ook op privacyproblemen zou stuiten.

Naast de verpleegkundige overdracht, schrijft de specialist een (korte) overdracht voor de (verpleeg)huisarts en de fysio voor de fysio, die allemaal worden meegegeven aan de patiënt. Er is nog geen geïntegreerde overdracht; ik weet ook niet of daar behoefte aan is.

Overdrachten gebeuren nu mono-disciplinair (arts naar arts, verpleegkundige naar verpleegkundige,...). Een multi-disciplinaire overdracht zou mooi zijn, maar dan heb je wellicht problemen met de privacy; niet iedereen heeft recht op alle informatie.

Mogelijk zou een geïntegreerde overdracht wel een verbetering zijn, zodat meer mensen in de eerste lijn een volledig beeld krijgen. Maar ja dat kost de nodige organisatie om dit voor mekaar te krijgen

Capaciteitsproblemen

Het ontslaan van patiënten wordt volgens de geïnterviewden bemoeilijkt door een gebrek aan capaciteit bij thuiszorgorganisaties om zorg te leveren en door een gebrek aan bedden capaciteit in revalidatiecentra, verzorgings- en verpleeghuizen, wanneer patiënten niet meer naar huis kunnen. Hierdoor blijven patiënten langer in het ziekenhuis dan op medische gronden nodig is; dit levert zowel voor het ziekenhuis als voor de patiënt problemen op. Voor het ziekenhuis omdat ze dan de bedden niet meer kunnen gebruiken voor de patiënten die het nodig hebben en omdat ze geld mislopen omdat ze geen nieuwe opnames kunnen doen. Ook is de dagvergoeding niet in verhouding tot de werkelijke kosten.

Nu zijn er duizenden patiëntendagen per jaar, met mensen die onnodig in een ziekenhuis liggen; dat kost klauwen met geld.

Door die verkeerde bed-problematiek, kunnen wij als ziekenhuis geen nieuwe opnames realiseren en missen we geld dat we krijgen voor elke nieuwe opname. Met de nieuwe ziekenhuisfinanciering krijgen we een bedrag voor elke nieuwe opname (1000€ x specialismesleutel) en dan 50€ per dag. Voor het ziekenhuis maakt een ligduur van zes of zestig dagen dus niet zoveel uit, maar wel het aantal nieuwe opnames. Het bedrag per dag maakt ook niet uit of het nu een patiënt betreft die nog terecht op medische grond in het ziekenhuis verblijft, dan wel ligt te wachten op een verpleeghuis. Toch zijn die verkeerde bed-dagen voor het ziekenhuis vervelend omdat je dus geen nieuwe opname kunt doen (en dus geen 'startgeld' ontvangt) en omdat je bezetting van het verplegend personeel berekend is op patiënten die medisch gezien in het ziekenhuis verblijven (en meer is dan je zou inzetten voor de wachtende patiënten). We hebben er dus als ziekenhuis

belang bij dat we zo weinig mogelijk verkeerde bed-dagen hebben en dat de uitstroom naar verpleeghuizen zo vlot mogelijk gaat.

Men vindt de opstopping ook voor de patiënten problematisch omdat de zorg in een ziekenhuis niet toegesneden is (noch kwantitatief, noch kwalitatief) op de zorgbehoefte van iemand die een verpleeghuisindicatie heeft.

Het ergste is al je een patiënt kwijt moet met een psychogeriatrische indicatie, hiervoor is de capaciteit echt te weinig; het duurt soms maanden eer je deze mensen kwijt kunt. Dit is heel slecht voor de patiënten ook, omdat de zorg in het ziekenhuis helemaal niet ingericht is op psychogeriatrische patiënten; we hebben die mensen niks te bieden.

Het lijkt uit de interviews dat de verkeerde bed problematiek en het niet kunnen ontslaan van patiënten naar een verpleeghuis op veel afdelingen speelt maar niet overal in gelijke mate.

De oplossingen voor deze verkeerde bed problematiek, worden vooral gezocht richting capaciteitsuitbreiding van de verpleeghuizen (en thuiszorg). Men vindt dat dit een onderwerp is dat buiten 'Meander' ligt, er moeten dingen veranderd worden op regionaal en nationaal politiek vlak. Er werd opgemerkt dat het toch heel vreemd is dat er geen capaciteit structureel geregeld wordt voor opvang uit het ziekenhuis na een heupfractuur, terwijl uit de statistieken precies nagegaan kan worden hoeveel mensen in Nederland dagelijks een heup breken; de benodigde capaciteit is gewoon te berekenen.

Voor zover dit wel binnen hun bereik ligt, zijn ook andere oplossingen bedacht, zoals afspraken met regionale verpleeghuizen/revalidatiecentra om daar bedden te reserveren voor bepaalde groepen patiënten uit Meander (bv. heupoperaties, CVA-patiënten). Echter dit blijkt ook maar een gedeeltelijke oplossing te zijn, omdat die gereserveerde bedden daar ook dicht slibben en de beschikbaarheid ervan ook afhankelijk is van schaars personeel (met name rond feestdagen en vakanties is de bezetting daar moeilijk te organiseren).

Een van de oplossingen voor een betere uitstroom die we ook bewandelen is 'inkoop van bedden' in verpleeghuizen. Met diverse verpleeghuizen hebben we op directieniveau afspraken gemaakt dat ze daar bedden reserveren voor patiënten die uit het Meander worden ontslagen. In ruil daarvoor bieden wij onder andere scholing en consult aan voor het verpleeghuis en garanderen hun dat ze 100% bezetting krijgen op die gereserveerde bedden.

De verkeerde bed problematiek blijft bovendien bestaan omdat er geen incentives zijn voor verpleeghuizen of voor het zorgkantoor om een benodigde verpleeghuisplaats te realiseren.

Het is natuurlijk zo dat het zorgkantoor ook te maken krijgt met volle verpleeghuizen; de capaciteit daar is gewoon te weinig. En ik denk dat het zorgkantoor denkt dat een patiënt best nog goed ligt in het ziekenhuis en daarom

geen al te grote inspanning doet om iemand te plaatsen. Bovendien betaalt het zorgkantoor voor die patiënt in het ziekenhuis op het verkeerde bed 50€ per dag, terwijl ze voor diezelfde patiënt in het verpleeghuis circa 200€ moeten uitkeren. Het zorgkantoor is dus goedkoper uit om iemand in het ziekenhuis te laten liggen. Ze hebben dus in ieder geval geen financiële stimulans om overplaatsing snel te regelen.

Om het gebrek aan capaciteit in de thuiszorg op te vangen, denkt het ziekenhuis er nu ook over na om eventueel zelf thuiszorg te gaan leveren.

Er wordt ook aangegeven dat de verkeerde bed-problematiek mogelijk minder zou kunnen worden als in de eerste lijn meer aandacht wordt gegeven aan de kwetsbare ouderen, waardoor moeilijke situaties eerder opgemerkt worden, waardoor ze dan al vanuit de eerste lijn een verpleeghuis zouden kunnen regelen of waardoor ze gepaste maatregelen zouden kunnen nemen dat iemand niet gaat vallen en zijn heup breekt en zo in het ziekenhuis terecht komt.

Er liggen nu veel patiënten in het ziekenhuis te wachten op zorg elders; zogenaamde verkeerde bed-problematiek. Een deel hiervan zou wellicht opgelost kunnen worden als er eerder aan de bel was getrokken bij een te wankelende thuissituatie, waardoor dan geen ziekenhuisopname nodig zou zijn geweest en er ook geen verkeerde bed zou zijn ontstaan.

Tot slot veroorzaakt de verkeerde bed problematiek er ook voor dat er druk komt op de nog beschikbare bedden die nodig zijn om de patiënten die op de wachtlijst staan te kunnen opnemen.

Een groot probleem in dit verband is ook de beddendruk: we hebben tekort aan bedden; patiënten moeten doorstromen en dat bepaalt helaas ook voor een deel de beslissing over (sneller) ontslag van andere patiënten.

Het ontslagmoment

De meest gehoorde frase in de interviews was dat hoe dan ook geen patiënt ontslagen wordt zonder dat alles geregeld is.

Er wordt net voor ontslag ook nog altijd doorgenomen met de patiënt of alles duidelijk en nog eens gecheckt of alles geregeld is, of alle overdrachten beschikbaar zijn, of er afspraken voor controle zijn gemaakt, etc..

Er wordt altijd zoveel zorg ingeschakeld dat het veilig en verantwoord is, en als dat niet kan gebeurt het ontslag dus niet.

Mensen gaan hier in ieder geval niet te vroeg de deur uit.

4.2.4 Na het ontslag

Eenmaal weer thuis komen de vragen

Geïnterviewden geven aan zich bewust te zijn dat ondanks een goede voorbereiding, de patiënten nog vragen kunnen hebben als ze eenmaal uit het ziekenhuis ontslagen zijn, omdat ze dan pas weten hoe ze zich voelen en dan pas tegen de voorschriften aanlopen of klachten ervaren waarvan ze niet weten of dat er bij hoort of wat ze eraan moeten doen. Men weet echter niet hoe groot, hoe ernstig of hoe ongemakkelijk dit probleem is omdat patiënten zelden zelf hierover bellen.

Patiënten hebben na ontslag meestal geen grote medische problemen, maar vaak nog wel veel informatiebehoefte.

Het is zo dat patiënten tijdens de ziekenhuisopname wel aangeven dat ze alles gesnapt hebben, maar bij thuiskomst dan toch nog allerlei vragen hebben

De informatie komt misschien niet altijd aan, hoe goed je dat ook probeert. Sommige zaken spelen pas als ze eenmaal weer thuis zijn, waardoor de informatie die je hierover tijdens opname geeft misschien niet altijd goed aankomt.

De overgang van een ziekenhuissituatie naar een thuissituatie is groot en wordt onderschat door zowel zorgverleners (eerste en tweede lijn), als patiënt en familie; er hoeft soms maar een heel klein iets te gebeuren en het kaartenhuis stort in elkaar.

Verder wordt aangegeven dat het zou kunnen dat de geïndiceerde zorg misschien wel niet of niet op tijd geleverd wordt, maar dat ze daar eigenlijk geen kijk op hebben.

Telefonische bereikbaarheid

Omdat veel vragen pas na ontslag komen, vinden de meeste geïnterviewden dan ook dat ze na ontslag bereikbaar moeten zijn voor vragen van de patiënt en/of familie. Veelal geeft men de patiënten dan ook een telefoonnummer(s) mee waar patiënten naar toe kunnen bellen als er iets is. De ervaring is echter dat slechts sporadisch nog patiënten bellen; voor zover ze dat wel doen gaat het bijna altijd om dingen (leefregels, medicatie) die niet duidelijk zijn.

Eigenlijk horen we nooit van patiënten terug hoe het hun vergaat na ontslag. Een enkele keer belt een patiënt nog eens als hij een vraag heeft (met name dan over medicatie).

Ik kan me goed voorstellen dat patiënten in de thuissituatie nog vragen hebben; daarom krijgen patiënten bij ontslag ook altijd het telefoonnummer mee van de afdeling waar ze naar toe kunnen bellen; Redelijk wat patiënten maken gebruik van het aanbod dat ze nog kunnen bellen; vaak gaat omvragen zoals 'er zit nog bloed bij mijn urine; is dit normaal?'; ze weten niet wat normaal is en wat 'wat bloed' betekent. Hierdoor zijn ze soms ongerust. Je kunt dit via de telefoon makkelijk oplossen en de patiënten geruststellen.

Mochten patiënten iets hebben, of zich ergens zorgen over maken, dan kunnen ze me natuurlijk altijd bellen. Je moet als specialist laagdrempelig zijn; patiënten moeten altijd kunnen bellen.

Ook voor professionals wil men bereikbaar zijn en in de overdracht wordt dan ook een telefoonnummer vermeld voor vragen. Men geeft aan dat hier nauwelijks gebruik wordt van gemaakt door de zorgverleners buiten het ziekenhuis.

In de overdracht staat ook een telefoonnummer in die de wijkverpleegkundigen kunnen bellen als ze vragen hebben, maar dit komt bijna niet voor (en als ze bellen dat is het meestal omtrent medicatie die niet duidelijk is). Ons inziens loopt die overdracht wel goed, anders hadden we wel veel vaker telefoontjes gekregen.

Het is zelden dat iemand van de wijkverpleging of uit het verpleeghuis ons nog belt (als ze bellen dan gaat het vaak over niet tijdig leveren van medicijnen).

Niet iedereen is echter helemaal enthousiast voor vragen van patiënten en zorgverleners buiten het ziekenhuis als de patiënt eenmaal ontslagen is, terwijl een andere geïnterviewde aangeeft wel vaker gebeld te willen worden.

Het gebeurt wel eens dat patiënten na ontslag nog eens naar ons (dokter, verpleging, maatschappelijk werk) bellen; het gaat dan vaak om dingen die niet duidelijk zijn, of als het niet goed gaat, of als de zorg niet goed loopt. Eigenlijk zijn wij niet zo blij met die telefoontjes omdat het toch om dingen gaat die op het terrein van de eerste lijn liggen. Formeel hoort dat niet meer ons, maar wij zijn blijkbaar laagdrempelig. We pakken die vragen dan wel op omdat je je verantwoordelijk voelt voor die patiënten, maar eigenlijk hoort het elders. We zouden daar eigenlijk een grens aan moeten stellen, bijvoorbeeld tot maximaal 2 weken na ontslag dat ze ons kunnen bellen.

Ook gebeurt het dat een huisarts bepaalde klachten van een patiënt na ontslag niet altijd goed inschat en verkeerd behandelt... Het zou in dit geval prettig zijn als een huisarts even met ons overlegt, zodat wij kunnen zeggen dat zoiets normaal is en geen behandeling behoeft. Dit veroorzaakt ook ongerustheid bij de patiënt omdat hij dan denkt dat hij met een blaasontsteking naar huis is gestuurd. Huisartsen zouden best wat meer mogen bellen, zodat wij wat meer voorlichting kunnen geven; wij weten er toch meer van.

Telefonische follow-up

Op sommige afdelingen doet men een actieve telefonische follow-up: dit wil zeggen dat ziekenhuisprofessionals (met name verpleegkundigen) zelf de patiënt een aantal dagen na ontslag bellen om te horen hoe het met een patiënt gaat en om de voorlichting nog een extra impuls te geven. De ervaring met de actieve telefonische follow-up is dat patiënten dat erg op prijs stellen. Men vraagt zich op meerdere afdelingen, en op het niveau van het ziekenhuisbeleid, af of dergelijke telefonische follow-up niet systematisch voor alle patiënten ingevoerd zou moeten worden.

We zijn nu ook aan het nadenken of het zinvol zou zijn om patiënten systematisch te bellen na ontslag, zoals het nu al gebeurt op de kort-verblijf afdeling.

Er is ooit een project geweest (misschien loopt het nog) hier in huis, waarbij verpleegkundigen zelf de patiënten belden op de 1e dag na ontslag om te horen hoe het met de patiënt ging. Patiënten stelden dit op prijs en je kunt op zo 'n manier makkelijk kleine zorgen en vragen oplossen.

De verpleegkundigen hebben 1 week na ontslag een 'exit-gesprek' met de patiënten om te horen hoe het hun vergaat. De patiënten vinden dat heel plezierig, maar voor de verpleegkundigen zit hier ook een zekere frustratie aan, omdat ze dan soms horen dat een patiënt na een week al weer achteruit kan zijn gegaan.

Er lopen nu projecten waarin ziekenhuisverpleegkundigen patiënten een drietal dagen na ontslag bellen om te horen hoe het met ze gaat. We denken om dit ook uit te breiden; ik weet niet of je dit voor alle patiënten zou moeten doen of alleen voor bepaalde groepen patiënten. Op dit moment gebeurt zo 'n telefonische follow-up heel verschillend per afdeling.

Weinig heropnames

De geïnterviewden geven aan dat heropnames, in hun beleving althans, weinig voorkomen en voor zover dat wel gebeurt, het dan bijna nooit gaat om heropnames die vermeden hadden kunnen worden door een betere ontslagvoorbereiding. Er wordt hier wel bij aangetekend dat ze eigenlijk geen goed overzicht hebben van het aantal heropnames. Ook gebeuren heropnames wel eens buiten hun gezichtsveld, bijvoorbeeld als er na een orthopedische operatie er in de thuissituatie cardiale problemen optreden die heropname noodzaken, dan wordt zo 'n patiënt opgenomen op interne geneeskunde of cardiologie zonder dat de orthopeed daar weet van heeft.

Heropnames komen wel eens voor, maar niet vaak; bijvoorbeeld dat er een nabloeding is opgetreden of dat een stoma problemen geeft. Het gaat meestal niet om zaken die voorzien of vermeden hadden kunnen worden.

Ik heb geen statistieken over het aantal heropnames; het komt wel eens voor maar niet vaak.

Bij de mensen met multimorbiditeit kan het zijn dat mensen na een heupoperatie iets krijgen op internistisch gebied bijvoorbeeld, maar die zien wij dan niet terug, maar ze komen dan bij de interne of bij cardiologie. We hebben dus eigenlijk geen goed overzicht van alle heropnames op een ander gebied dan het orthopedische.

Heropnames komen wel eens voor, maar zelden. En dan gaat het nog meestal om dingen die niet vermeden hadden kunnen worden, het zijn echt incidenten.

Heropnames gebeuren wel eens (niet vaak). Ondanks dat je de leefregels goed uitlegt, gebeurt het dat mensen die niet goed begrepen hebben of moeite hebben om de leefregels op te volgen, waardoor ze cardiaal weer instabiel worden en weer heropgenomen. Ik geloof niet dat die heropnames vermijdbaar zijn.

Heropnames binnen een maand komen niet zo vaak voor, maar als je als 65-plusser aan het sukkelen slaat, dan komen ze wel eens terug. Ik vind het moeilijk om in te schatten of die heropnames vermijdbaar waren geweest als er meer naar gekeken was geweest. Ik ben geneigd te zeggen dat het name de ziektes zelf zijn die een beloop kennen waardoor soms heropnames nodig zijn. Elke opname van een patiënt met multimorbiditeit betekent eigenlijk altijd dat zo iemand weer een stapje terug doet.

Nu hebben teveel medisch specialismen een kokerdenken, ze kijken naar hun stukje en de rest zien ze niet of willen ze niet zien; vervolgens gaan ze de patiënt ontslaan als hun stukje klaar is en dan gaat het mis na ontslag op een ander terrein, maar die zien ze niet omdat die dan op een ander specialisme worden opgenomen. Analyses van heropnames zou heel interessant zijn, maar dan moet je wel goed kijken over specialismes heen.

Verantwoordelijkheid

De geïnterviewden verschillen van mening wie er verantwoordelijk is, c.q. wie zich verantwoordelijk voelt, voor een patiënt na ontslag uit het ziekenhuis.

Dan wordt je weer deelgenoot en dient de vraag zich aan of je er dan wat mee moet met die problemen en of je dan weer niet de huisarts in de wielen rijdt. Het is soms wel eens lastig om te bepalen wie nu eigenlijk verantwoordelijk is na ontslag. Sommige huisartsen vinden dat de specialist de hoofdbehandelaar is tot dat de policonrole gestopt is. We hebben nog geen gesprekken gehad met de huisartsgroepen hierover om te bepalen waar de grenzen eigenlijk liggen.

Als er iets is met hun heup dan moeten ze mijns inziens de chirurg bellen en niet de huisarts.

Wij ontslaan de patiënt met een overdracht naar de huisarts en medicatie naar de apotheek en dan begint zijn verantwoordelijkheid weer. De verantwoordelijkheid voor patiënten na ontslag uit het ziekenhuis ligt bij de huisarts in mijn ogen.

Bij de patiënten met multimorbiditeit is het soms lastig te bepalen wie er verantwoordelijk is na ontslag: bijvoorbeeld een patiënt met Parkinson is hier geweest en qua Parkinson weer stabiel ontslagen, maar na het ontslag krijgt de patiënt een longontsteking, waarop de huisarts mij belt; dan vraag ik me af of ik als neuroloog dan gebeld moet worden voor een longontsteking?

De verantwoordelijkheid van het ziekenhuis houdt op bij de deur van het ziekenhuis; de verantwoordelijkheid draag je over aan de huisarts en de thuiszorg via de overdracht.

Ten aanzien van wie nou verantwoordelijk is na ontslag, denk ik dat dat wel helder is: als er tijdens opname iets speelt op bv. cardiologisch gebied dan wordt de cardioloog in consult geroepen; de cardioloog bepaalt dan welke acties ondernomen moeten worden en of de patiënt na ontslag poliklinisch gezien moet worden.. Als er kleinere zaken zijn, bijvoorbeeld een wisselende bloeddruk tijdens opname, dan wordt dat vermeld in de brief naar de huisarts en kan de huisarts hier verder zorg voor dragen.

De verpleegkundigen van de afdeling voelen zich best nog een beetje verantwoordelijk als patiënten ontslagen worden, of misschien is 'betrokken' een beter woord.

En patiënten kunnen natuurlijk ook altijd naar de eerste hulp (bellen) of naar de huisarts. In principe zeggen we dat ze bij problemen binnen de eerste 24 uur naar het ziekenhuis moeten bellen en daarna naar de huisarts. Maar dat loopt nog wel eens door mekaar. We voelen ons best wel nog verantwoordelijk voor de patiënten na ontslag.

Het ziekenhuis is verantwoordelijk van opname tot ontslag; maar het is de vraag of je zo moet denken. We moeten eigenlijk steeds meer vanuit patiëntenperspectief denken; de ziekenhuisopname is niet meer dan een korte periode in een patiëntenproces. We moeten veel meer toe naar een integrale continue benadering; dit ontbreekt nu nog.

Het ziekenhuis voelt zich/is ook verantwoordelijk voor een patiënt na het ontslag. In deze zin lopen er nu projecten waarin ziekenhuisverpleegkundigen patiënten een drietal dagen na ontslag bellen om te horen hoe het met ze gaat.

Terugkijken op de opname en het ontslag

In het Meander loopt een ziekenhuisbreed project met spiegelbijeenkomsten. Dit houdt in dat een aantal ex-patiënten met hun partners worden uitgenodigd in het ziekenhuis om aan professionals van het ziekenhuis te vertellen hoe ze hun ziekenhuisverblijf ervaren hebben en waar ze tegenaan zijn gelopen na ontslag.

Uit die spiegelbijeenkomsten bleek onder andere dat ze dingen na ontslag waren tegen gekomen, waar ze van te voren nooit over nagedacht hadden en dat ze wat medicatie betreft liever een duidelijker overdracht hadden gehad. De familie gaf soms ook aan dat ze de situatie hadden onderschat: ze krijgen een partner thuis die aan de buitenkant nog wel hetzelfde eruit ziet, maar soms toch erg veranderd is (bv. karakterverandering door CVA). Deze spiegelbijeenkomsten hebben heel wat los gemaakt en gaven ons inderdaad een spiegel van de dingen die we goed

doen, maar ook van de dingen die we minder goed doen (zoals voorlichting omtrent medicijngebruik).

Ook hebben we spiegelbijeenkomsten, maar ik twijfel hier een beetje over, omdat die patiënten die eraan meedoen toch nog in een afhankelijke positie zitten.

Op andere afdelingen worden systematisch exit-enquêtes gehouden.

Onoverzichtelijke wet- en regelgeving

Bij het regelen van nazorg spelen diverse wet- en regelgevingen. Zo wordt onder andere gewezen op de WGBO, die bij patiënten met multimorbiditeit moeilijk na te komen is.

Een complicerende factor in het geheel is de WGBO, die bepaalt dat een patiënt informed moet zijn en op basis daarvan zou moeten kunnen kiezen; dit is mi. een te grote opgave: veel mensen hebben nog nooit echt iets moeten kiezen en nu zouden ze dat dan moeten doen bij zo'n wirwar van wegen en zoveel onzekerheid.

Maar meer pertinent is de wetgeving rondom ziektekostenverzekeringen (AWBZ, WMO, ZVW), die bepaalt wie de spelers zijn bij ontslag: CIZ om indicatie te stellen voor het zover AWBZ en WMO zorg betreft, transferverpleegkundige om thuiszorg te regelen ex AWBZ en ex WMO, verpleeghuizen en zorgkantoor om verpleeghuiszorg te regelen ex AWBZ, gemeentes (buiten Amersfoortse regio) om thuiszorg te regelen ex WMO, ...

Tegenwoordig is het ook lastig met de WMO; WMO-diensten zoals huishoudelijke zorg mogen in Amersfoort door drie organisaties verleend worden, die door de gemeente gecontracteerd zijn. Het komt dus voor dat patiënten AWBZ-zorg krijgen van instelling A en WMO-zorg van instelling B.

En hiernaast speelt dan nog de regelgeving omtrent financiering van ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg, die volgens een geïnterviewde ervoor zorgt dat er geen efficiënte uitstroom uit het ziekenhuis ontstaat.

4.3 Resultaten enquêtes onder zorgverleners buiten het ziekenhuis

Er werden 210 huisartsen, 25 verpleeghuisartsen, 63 verpleegkundigen van verpleeg- en verzorgingshuizen en 3 thuiszorgverpleegkundigen meerdere keren aangeschreven. Hiervan reageerden er respectievelijk 59, 11, 12 en nul mensen. In totaal leverden ze informatie aan over 87 patiënten die recentelijk ontslagen waren uit het Meander Medisch Centrum. De vragenlijst werd mediaan 11 dagen na het ontslag ingevuld, variërend tussen 0 en 125 dagen.

Gezien de kleine aantallen is er voor gekozen om alle informatie samen te nemen, ongeacht welke zorgverlener buiten het ziekenhuis de vragenlijst invulde en ongeacht de vragenronde. Er wordt uitsluitend ingegaan op de items die zowel in lange vragenlijst (ronde december 2007) als in de verkorte vragenlijst (ronde maart 2008) stonden. Kenmerken van de patiënten waarover men een vragenlijst invulde, staan in tabel 4.2.

Tabel 4.2: Kenmerken van ontslagen patiënten waarover zorgverleners een vragenlijst invulden

	N=87
Leeftijd (gemiddeld, range)	74; 40-90
Ligduur (mediaan, range)	8; 1-59
Geslacht (% vrouw)	58
Acute opname (%)	79
Heropname (%)	26
Operatie ondergaan (%)	39
Opnamespecialisme (%)	
Chirurgie	26
Interne geneeskunde	18
Cardiologie	14
Orthopedie	9
Urologie	8
Longziekten	6
Overige specialismen	19

Overleg en communicatie

In tabel 4.3 staat wanneer de zorgverleners bericht kregen over het ontslag. Dit kan zowel via de patiënt zelf of zijn familie zijn gebeurd, als via de ziekenhuisadministratie middels een zogenaamd ‘medmut’-bericht, als via een voorlopige of definitieve ontslagbrief of overdracht, of via een telefoontje vanuit het ziekenhuis. Tevens ziet u in rechter kolom hoe men dat tijdstip beoordeelde. In 33% van alle ontslagen vond men dat men te laat hiervan op de hoogte werd gesteld, waarbij geldt dat hoe later men van het ontslag hoorde hoe meer mensen vonden dat dit te laat was.

Tabel 4.3: Tijdstip waarop zorgverleners buiten het ziekenhuis bericht kregen over ontslag uit het ziekenhuis en het oordeel daarover (n=87 patiënten)

	%	(zeer) goed op tijd (%)
2-3 dagen voor ontslag	15	77
1 dag voor ontslag	18	50
Op ontslagdag zelf	23	84
1 dag na ontslag	20	44
2-3 dagen na ontslag	14	25
3-7 dagen na ontslag	6	20
Meer dan 7 dagen na ontslag	4	0

Van de (verpleeg)huisartsen die vragenlijst invulden 1 week of later na het ontslag beschikte 28% op dat moment nog niet over een voorlopig ontslagbericht. De inhoud van het voorlopig ontslagbericht werd door 39% van de (verpleeg)huisartsen die het al ontvangen hadden als onvoldoende informatief beschouwd.

Een definitieve ontslagbrief was in 73% van de gevallen nog niet aangekomen bij de (verpleeg)huisartsen die de enquête 2 weken of later na ontslag invulden. Van degenen die al wel een definitieve ontslagbrief hadden beschouwden 25% de informatie daarin als onvoldoende.

Voor beide vormen van ontslagbericht, vond men dat ze te summier waren, vooral technische informatie bevatten en veelal geen informatie over zorgbehoeftes, over wat een patiënt functioneel nog kan of wat verdere afspraken waren.

Handgeschreven ontslagbriefjes/kriebels zijn toch niet meer van deze tijd?

Het was absoluut niet duidelijk welke afspraken er waren voor vervolg.

De definitieve ontslagbrief was puur medisch-inhoudelijk en er waren geen zorgaspecten in meegenomen.

Zowel het voorlopig ontslagbericht als de definitieve ontslagbrief bevatten louter technische informatie en geen enkele informatie over zorgbehoefte.

Er moet vaak informatie gehaald worden uit de verpleegkundige overdracht of uit de overdracht van andere disciplines; regelmatig komt de informatie van verschillende disciplines niet overeen (bv. verschillen in medicatielijsten)

In de overdracht was slechts een zeer summiere ziektegeschiedenis; ook was niet vermeld dat mevrouw een tumor had.

Een problematisch punt bij de berichtgeving over ontslag is dat het voorlopig ontslagbericht, c.q. de verpleegkundige overdracht meestal wordt meegegeven met de patiënt, waardoor zorgverleners buiten het ziekenhuis afhankelijk zijn van de patiënt. Als verbetering suggereert men het bericht direct naar de zorgverlener te sturen, hetzij digitaal hetzij per fax.

In het voorlopig ontslag bericht stond de medicatie vermeld, dat is prima, maar ik krijg dat bericht pas na een paar dagen omdat het meegegeven wordt met de patiënt; misschien zou het beter zijn om de medicatielijst alvast te faxen?

Bij 86% van de patiënten is er geen overleg geweest vanuit het ziekenhuis met de zorgverlener buiten het ziekenhuis. Als dat wel gebeurde, was dat vooral om medische redenen.

Huisartsen gaven aan te weinig betrokken te zijn geweest bij de zorg. Het komt ook voor dat patiënten naar een verpleeg- of verzorgingshuis worden ontslagen zonder dat de huisarts hierin wordt gekend of ervan op de hoogte wordt gesteld.

In de ontslagbrief stond niet vermeld dat de huisarts hechtingen moest verwijderen noch wanneer en ook niet wanneer de patiënt bij de specialist terug moest komen.

De patiënt is tijdelijk overgeplaatst naar een verpleeghuis; als huisarts werd ik hier totaal niet bij betrokken.

Medicatie

Volgens de respondenten hebben er bij 55% van de patiënten tijdens de ziekenhuisopname wijzigingen in de medicatie plaats gevonden, bij 27% niet en voor 18% van de patiënten weet de zorgverlener buiten het ziekenhuis dit niet. Men geeft ook aan betere informatie te willen over de medicatie bij ontslag en de eventueel doorgevoerde wijzigingen.

Er is geen overdracht geweest over medicatie en over diabetes, noch over wie verantwoordelijk en aanspreekbaar was voor de behandeling; ik vind dit volstrekt onvoldoende gezien de risico's op medische missers.

Problemen na ontslag

In 14% van de ontslagen beoordeelt men het tijdstip waarop de patiënt ontslagen werd als 'te vroeg'. Men vindt dat deze patiënten nog onvoldoende hersteld waren of onvoldoende waren voorgelicht. Men heeft ook het idee dat patiënten vaak vlak voor het weekend ontslagen worden, waardoor het moeilijker is nodige zaken te regelen.

De patiënt werd ontslagen op de dag dat dit voor dit soort ingrepen gepland staat, ondanks dat er tijdens de operatie een complicatie was opgetreden. Hierdoor ging de patiënt naar huis met een catheter en een dragende wond, terwijl hij wel alleen woont; moest hiervoor in het weekend terugkomen; had dit ontslag niet over het weekend heen getild kunnen worden?

De patiënt had beter nog wat in het ziekenhuis kunnen blijven omdat patiënt en familie niet goed geïnstrueerd waren omtrent complicaties na operatie en omtrent het plotselinge ontslag.

In 22% van de ontslagen vinden de zorgverleners dat er bij het ontslag (zeer) onvoldoende rekening werd gehouden met de persoonlijke en sociale omstandigheden waarin de patiënt verkeert.

Volgens de respondenten zijn er bij 42% van de patiënten zaken voorgekomen in de eerste weken na ontslag die men als problematisch beschouwt, zowel op het gebied van lichamelijk functioneren, medicatiebeleid, psycho-sociaal welbevinden, informatie-behoefte van de patiënt als van het inzetten van hulp. En men geeft voor tweederde van deze patiënten aan dat deze problemen wellicht voorkomen had kunnen worden of minder hadden kunnen zijn door een betere ontslagvoorbereiding of -procedure in het ziekenhuis.

De thuiszorg was niet geregeld; heb ik zelf moeten doen.

De patiënt zou naar het verpleeghuis ontslagen worden, maar dit ging niet door en de patiënt werd naar huis ontslagen zonder thuiszorg!

*Hoe kan zo iemand naar huis worden gestuurd zonder thuiszorg?
Transferverpleegkundige heeft de tijd niet gekregen om iets te regelen.*

*Het gebeurt nu vaak dat er bij ontslag niet gekeken wordt of er al wijkverpleging
of thuiszorg ingezet is.*

4.4 Resultaten enquêtes patiënten

Er zijn 24 vragenlijsten van ontslagen patiënten ontvangen. Tweeëntwintig verbleven in de thuissituatie en twee in het verpleeghuis. Het betreft 11 mannen, 8 vrouwen en 5 onbekend geslacht; de gemiddelde leeftijd is 75 jaar (range 60-94), die gemiddeld 7 dagen (range 1-20) in het ziekenhuis lagen met vooral klachten van internistische en/of chirurgische aard (11 patiënten rapporteerden een operatie te hebben ondergaan). Van 10 patiënten is bekend hoe lang na ontslag ze de vragenlijst invulden: dit was gemiddeld 27 dagen erna (range 12-68).

Functioneren na ontslag

Patiënten werd gevraagd hoe ze zich voelden en op welke gebieden ze moeite of klachten ondervonden. Dit gebeurde met generieke vragenlijsten (Coop/wonca en NHP) en een vragenlijst specifiek op het ontslag gericht (PADQ).

De gemiddelde scores op de subschalen van deze vragenlijsten staan in tabel 4.4, met daarnaast uit een ander onderzoek (Oosterhek et al 2000) referentiewaardes voor patiënten één week na ontslag uit het ziekenhuis en referentiewaardes voor ouderen die niet recentelijk een ziekenhuisopname hadden doorgemaakt.

Tabel 4.4: Klinische toestand ontslagen patiënten op basis van de Coop/wonca en NHP

Instrument	dimensie	Gemiddeld	Referentiewaarde	Referentiewaarde
		Dit onderzoek N=24	Ouderen na recent ziekenhuisontslag N=309	Ouderen zonder ziekenhuisopname N=267
COOP/wonca				
(schaal van 1-5, oplopend naar slechter)				
	Lichamelijke fitheid	3.6	3.6	2.8
	Gemoedstoestand	2.0	2.0	1.7
	Dagelijkse bezigheden	2.8	2.8	2.0
	Sociale activiteiten	2.1	2.3	1.6
	Veranderingen in de gezondheidstoestand	2.0	-	-
	Algemene gezondheid	3.3	3.3	2.8
NHP				
(schaal van 0-100, oplopend naar slechter)				
	Fysieke mobiliteit	25.7	33.0	15.8
	Pijn	12.0	19.2	14.1
	Slaap	27.6	25.4	24.0
	Energie	35.9	41.4	22.5
	Sociale isolatie	7.4	10.2	7.5
	Emotionele reactie	10.3	12.9	10.0
PADQ				
(schaal van 1-5, oplopend naar slechter)				
	Persoonlijke verzorging	1.6	1.7	1.2
	Huishoudelijke activiteiten	2.7	2.8	1.5
	Mobiliteit	2.3	2.3	1.4
	Fysiek functioneren	1.7	1.8	1.5
	Psycho-sociaal functioneren	1.4	1.7	1.4

Uit deze tabel valt af te lezen dat ontslagen patiënten beduidend minder goed scoren dan ouderen die geen ziekenhuisopname hebben gehad. ADL- en HDL-activiteiten vormen de voornaamste probleemgebieden. Van de 22 patiënten die naar huis ontslagen zijn hadden er 11 moeite met persoonlijke verzorging, 15 met huishoudelijke activiteiten, 16 met mobiliteit, 21 hadden last van een of meer fysieke klachten en 15 van een of meer psychische klachten. Degenen die op een van deze terreinen moeite of last hadden, kregen overwegend wel hulp of ondersteuning, meestal van partner, kinderen of vrienden. Vijf patiënten gaven aan op één of meerdere terreinen meer hulp of ondersteuning te willen bovenop wat ze al kregen.

Ik heb alle organisaties geprobeerd: verpleeghuis, gezinszorg, verzorgingshuizen... nergens konden ze me helpen, er was op korte termijn niks beschikbaar. Het ziekenhuis had aanvankelijk aangegeven dat ik tot na het weekend daar kon blijven, maar de zaalarts vond dat ineens niet nodig en ontsloeg me uit het ziekenhuis.

Ik zelf vind dat ik veel te vroeg uit het ziekenhuis ben ontslagen. Acht dagen na mijn darmoperatie moest ik naar huis, ondanks dat ik mij niet goed voelde. Toen ik thuis kwam werd ik gelijk ziek; de dag erna heb ik tweemaal de huisartsenpost gebeld en ik moest weer terug naar het ziekenhuis; het bleek dat ik een verstopping had. Ik ben toen weer een week in het ziekenhuis geweest en men wilde me weer naar huis sturen zonder te checken of ik wel brood en warm eten kon eten zonder problemen. Ik voelde dat ik op de schopstoel zat. Nadat ik was gaan douchen, was mijn bed al helemaal afgehaald om schoon te maken, terwijl mijn wonden nog verbonden moesten worden. Ze vertelden me dat er een spoedgeval was ... terwijl er nog genoeg lege bedden waren. Ik voelde me toen heel eenzaam.

Tabel 4.5: Frequentietabel informatietekort rond het ontslag (n=24 patiënten)

CQ-index	Aantal neen-antwoorden
Kreeg u, bij uw ontslag uit het Meander Medisch Centrum, schriftelijke en/of mondelinge informatie over uw <u>medicijngebruik</u> na de opname? (wijze van inname, aantal keren per dag, tijdstip, reden van inname)	8
Kreeg u, bij uw ontslag uit het Meanderziekenhuis, schriftelijke en/of mondelinge informatie over <u>eventuele klachten of gezondheidsproblemen</u> waarop u na uw ontslag moest letten?	9
Kreeg u, bij uw ontslag uit het Meanderziekenhuis, schriftelijke en/of mondelinge informatie over <u>welke activiteiten</u> u wel of niet kon doen?	11
Hebt u, <u>voor</u> uw ontslag uit het Meander Medisch Centrum, met artsen, verpleegkundigen of ander ziekenhuispersoneel gesproken over de <u>hulp</u> die u <u>na uw ontslag</u> wellicht nodig zou hebben?	9
Hebt u, voor uw ontslag uit het Meander Medisch Centrum, schriftelijke en/of mondelinge informatie gekregen van artsen, verpleegkundigen of ander ziekenhuispersoneel, over wat u moet doen als er <u>na uw ontslag problemen</u> optreden?	12
PADQ	
Voelde u zich afgelopen week voldoende geïnformeerd	
- om te bepalen hoe actief u kon zijn?	6
- over wat uw ziektekostenverzekering zou betalen?	4
- hoe u eventuele pijn kon verminderen?	4
- wanneer u een dokter moest raadplegen?	8
- hoe u uw medicijnen moest nemen?	2
- hoe u kon vaststellen of uw herstel normaal verliep?	7
- over wat u wel of niet mocht eten?	11
- hoeveel u moest rusten?	9
- waar en hoe u eventueel huishoudelijke hulp kon krijgen?	5
- over de (bij)werkingen van uw medicijnen?	7
- over wanneer u helemaal hersteld zou zijn?	9
- waar en hoe u (wijk)verpleegkundige hulp kon krijgen?	5
- andere zaken	4

Informatietekort

Tabel 4.5 bevat de antwoorden op de vragen ontleend aan de CQ-index ziekenhuiszorg en het onderdeel informatietekort uit de PADQ. Opvallend is dat veel patiënten aangeven geen informatie te hebben ontvangen over hun medicatie of over wat ze wel of niet mogen ondernemen. 80% had op zijn minst één en 50% meer dan drie zaken waarover men zich onvoldoende geïnformeerd voelde.

Medicatie

Bij 14 van de 24 patiënten hebben er tijdens de ziekenhuisopname veranderingen in hun medicatie plaats gevonden. Van deze 14 zeggen er 3 geen schriftelijke of mondelinge informatie gekregen te hebben in het ziekenhuis over de medicatie die ze na ontslag moesten nemen.

5 Discussie

De zeer beperkte (en ook voor de projectgroep onverwachte) respons betekent dat de verzamelde informatie uitsluitend als indicatief opgevat kan worden. Het bleek door de anonimiteit van de vragenlijsten ook niet mogelijk om na te gaan in hoeverre de respondenten (zowel zorgverleners als patiënten) representatief zijn.

Ook zij er op gewezen dat de interviews meningen van personen weergeven en niet altijd feitelijkheden hoeven te zijn, noch de mening namens hun afdeling of organisatie hoeven te zijn en daarom met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden.

Interviews met ziekenhuisprofessionals

Op basis van de interviews onder ziekenhuisprofessionals blijkt dat opname en ontslag van patiënten met multimorbiditeit iets is waar alle geïnterviewden frequent mee te maken hebben. Deze patiënten krijgen van allen veel aandacht en er zijn allerlei structuren en interventies in gebruik om de gang door het ziekenhuis en erna zo goed mogelijk te laten verlopen. Volgens de geïnterviewden zijn ingrediënten tot een succesvolle opname en ontslag onder meer:

- uitgebreide anamnese, die verder gaat dan louter medische problematiek
- bij, of liever al voor de opname, starten met de voorbereiding op ontslag
- gedurende de hele opname anticiperen op het ontslag
- betrekken van meerdere disciplines en specialismes bij de zorg (o.a. meer geriater in consult vragen)
- uitgebreid en herhaald voorlichten van de patiënt en de familie, zowel mondeling als schriftelijk
- zorgvuldig alle medicatie checken zowel bij opname als bij ontslag en alle veranderingen erin nauwkeurig registreren en doorgeven
- vroegtijdig nazorgbehoefte inschatten en deze laten indiceren
- zo gauw mogelijk benodigde nazorg regelen
- aanleren van vaardigheden bij patiënt en mantelzorgers
- zorgvuldig overdrachten schrijven en versturen
- protocollering en het maken van zorgpaden
- samenwerkingsverbanden maken met verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties
- inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen
- inschakelen van apothekassistente en toegang tot stadsapotheek, zowel bij opname als bij ontslag
- telefonisch bereikbaar zijn na ontslag zowel voor zorgverleners als voor patiënten
- reflectie door middel van spiegelbijeenkomsten
- ...

Sommige interventies zijn ingebed in de ziekenhuisbrede structuur (bv. inschakelen transferverpleegkundige, uniform formulier voor verpleegkundige overdracht, spiegelbijeenkomsten, ...), maar de meeste interventies zijn afdelingsgebonden en hierbinnen vaak ook nog disciplinegebonden.

Ook is het opmerkelijk dat niemand in de interviews aangaf wie verantwoordelijk is voor welke activiteit, bijvoorbeeld dat de voorlichting inderdaad frequent en mondeling en schriftelijk gebeurt en afgecheckt wordt.

Iedereen heeft de indruk dat ze de procesgang voor deze patiënten goed beheersen, waardoor er naar hun idee voor de patiënten weinig problemen zijn als ze eenmaal uit het ziekenhuis zijn ontslagen.

Echter, uit de interviews is niet duidelijk geworden of en hoe nagegaan wordt dat de bovengenoemde ingrediënten werkelijk succesvol zijn. Het lijkt erop dat men er van uitgaat dat alles goed loopt als men niks hoort: patiënten of zorgverleners bellen weinig, dus zal het wel goed gaan. Ook heeft men de indruk dat er weinig heropnames zijn, maar er bestaat geen systeem om dit werkelijk goed te traceren.

Verder valt het op dat slechts sporadisch melding werd gemaakt van het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten om bijvoorbeeld het risico op ontslag naar het verpleeghuis of op postontslagproblemen te meten of om objectief te meten of een patiënt wel klaar is voor ontslag. Nu wordt er veelal gevaren op ervaring om deze zaken in te schatten.

Problemen die in de interviews gesignaleerd worden betreffen onder andere een sub-optimale samenwerking tussen specialismen, onvoldoende capaciteit in het ziekenhuis van geriatrische deskundigheid, traagheid bij het inschakelen van de transferverpleegkundige, weinig contact tussen ziekenhuis en zorgverleners daarbuiten, het meegeven van de overdrachten aan de patiënten en slechte bereikbaarheid van huisartsen.

Zeer opmerkelijk is het verschil in mening en dus ook de onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor een patiënt bij en na ontslag uit het ziekenhuis (transferverpleegkundige - maatschappelijk werk; ziekenhuis - verpleeghuis; verpleeghuis - zorgkantoor, huisarts - specialist;..). En voor zover de verantwoordelijkheid wel duidelijk is, blijft het de vraag in hoeverre iedereen hiervan op de hoogte is. Zo heeft het ziekenhuis ervoor gekozen dat het maatschappelijk werk en niet de transferverpleegkundige verantwoordelijk is voor bemiddeling bij verpleeghuisopnames, maar dat is niet altijd bekend bij de medisch specialisten of afdelingsverpleegkundigen. Hierdoor kan een onterechte negatieve beeldvorming ontstaan over de inzet van de transferverpleegkundige. Heldere afspraken die goed door gecommuniceerd worden zijn ons inziens een noodzakelijke voorwaarde om de zorg rondom ontslag goed te regelen.

Andere problemen die in de interviews gesignaleerd worden hebben betrekking op zaken die eigenlijk buiten het ziekenhuis liggen. Zo wordt erop gewezen dat mensen voor de ziekenhuisopname soms al in een kwetsbare situatie verkeerden en daar niet de passende zorg kregen, waardoor een ziekenhuisopname kan ontstaan. Zo ook wordt de uitstroom uit het ziekenhuis bemoeilijkt door capaciteitsgebrek in de thuis- en verpleeghuiszorg. En de wet- en regelgeving maakt ontslag en het organiseren van de nazorg een complexe aangelegenheid.

Dit zijn zaken die opgelost moeten worden in een veel bredere context dan het ziekenhuis of de samenwerking tussen ziekenhuis en de regionale partners.

Enquêtes onder zorgverleners buiten het ziekenhuis

Op basis van de enquêtes onder zorgverleners buiten het ziekenhuis kan gesteld worden dat het ontslag in hun ogen niet altijd goed verloopt. Zo vindt men dat men te laat en inhoudelijk onvoldoende op de hoogte wordt gesteld van het ontslag. Ook blijkt dat er slechts zelden overleg plaats vindt. En in groot aantal gevallen zegt men dat er na ontslag problemen optreden die mogelijk voorkomen hadden kunnen worden.

Een punt van aandacht zijn de wisselingen in medicatie tijdens het ziekenhuisverblijf, die veelvuldig gebeuren, maar waar een aantal huisartsen niks van weet.

Het feit dat er bij 42% van de patiënten zaken voorkomen in de eerste weken na ontslag die men als problematisch beschouwt, is een punt van zorg. Zeker omdat men zegt dat in tweederde van deze patiënten deze problemen wellicht voorkomen hadden kunnen worden of minder hadden kunnen zijn door een betere ontslagvoorbereiding of –procedure in het ziekenhuis.

Enquêtes onder patiënten

Op basis van (het beperkte aantal) enquêtes van patiënten, blijkt dat onvoldoende geïnformeerd zijn een zeer prominent probleem is. In analogie met de zorgverleners buiten het ziekenhuis geven ook patiënten aan niet altijd voorgelicht te worden over waar op te letten bij veranderingen van medicatie.

Verder ervaren patiënten ook nog moeilijkheden met het dagelijks functioneren na het ontslag.

De drie informatiebronnen samen bekeken

Communicatie (zowel mondeling als schriftelijk) van professional naar professional en van professional naar patiënt is in ieder geval iets waar nog verbetering in aangebracht kan worden: snellere informatie, meer informatie, betere informatie, maar ook een verzekerde overdracht van informatie.

Zowel ziekenhuisprofessionals als zorgverleners daarbuiten wijzen erop dat er weinig overleg is tussen deze partijen; de een vindt dat de ander best wat meer initiatief zou mogen tonen om te overleggen.

Betere afstemming en overleg op individueel professioneel niveau zijn zeker aangewezen. Hiervoor dient geïnventariseerd te worden wat ieders wensen zijn en hoe dat gerealiseerd kan worden. De discussie over verantwoordelijkheid moet opgepakt worden.

Ook op instellingsniveau is nadere afstemming nodig: afspraken tussen zorgaanbieders voor een betere doorstroming van patiënten; afspraken tussen ziekenhuis en CIZ omtrent de indicatiestelling; afspraken tussen ziekenhuis, CIZ, zorgkantoor en gemeentes omtrent het regelen van geïndiceerde zorg, etc..

Een opvallend punt is ook de (wijzigingen in) medicatie: deze komen volgens de drie databronnen vaak voor en zijn een punt van zorg, waarover onvoldoende wordt gecommuniceerd.

Het Meander Medisch Centrum en de zorgverleners aldaar zijn zich bewust van de problematiek om patiënten met multimorbiditeit op een goede manier door de ziekenhuisopname heen te loodsen en uit het ziekenhuis te ontslaan. Er lopen veel initiatieven om dit zo goed mogelijk te doen, maar het is onduidelijk hoe effectief die zijn.

Ook kan geconcludeerd worden dat de meningen van zorgverleners buiten het ziekenhuis niet stroken met de opvattingen van de geïnterviewde ziekenhuisprofessionals, die menen dat ze alles goed geregeld hebben.

6 Conclusies en aanbevelingen

De vraagstellingen voor het onderzoek waren:

1. Welke problemen ervaren zorgverleners in het verzorgingsgebied van “Meander” in de onderlinge afstemming van de zorgverlening tussen verschillende disciplines aan patiënten met multimorbiditeit na ontslag uit het ziekenhuis?
2. Welke problemen ervaren patiënten met multimorbiditeit in de zorg na ontslag uit het ziekenhuis?
3. In hoeverre variëren deze problemen naar gelang
 - a de betrokkenheid van een transferverpleegkundige bij het ontslag?
 - b de betrokkenheid van andere specialisten middels consultatie tijdens de opname?
 - c de setting waarnaar de patiënt wordt teruggeplaatst (thuis, verzorgingshuis, verpleeghuis)?
 - d de subregio van het verzorgingsgebied van “Meander”?

Het antwoord op vraag 1 is best samen te vatten als niet-tijdige en onvoldoende informatie, overleg en communicatie tussen de echelons en onduidelijkheid over ieders verantwoordelijkheid.

Hiernaast zijn er ook capaciteits- en doorstroomproblemen.

Voor zover vraag 2 beantwoord kan worden, is een voornaam probleem dat patiënten na ontslag zich onvoldoende geïnformeerd voelen. En hiernaast hebben veel patiënten te maken met een verminderd functioneren.

Met betrekking tot vraagstelling 3 hebben we in dit beperkte onderzoek geen feitelijkheden gevonden die aantonen dat de aard of de mate van problemen verschilt naar gelang de verschillende genoemde factoren. Wel dient de inzet van de transferverpleegkundige meer helder gemaakt te worden naar alle betrokkenen.

In ieder geval zijn er nog problemen bij en na ontslag voor zowel zorgverleners als voor patiënten die verdere aandacht behoeven.

Er kunnen aanbevelingen worden gedaan voor de direct betrokkenen, voor regionale en landelijke partijen en voor verder onderzoek.

a. Direct betrokkenen

- het ziekenhuis zou een inventarisatie, bundeling, afstemming en optimalisatie van alle bestaande initiatieven omtrent ontslag kunnen uitvoeren; ook kan nog gekeken worden naar best practices rondom ontslagplanning elders in het land of in de wereld.
- medisch specialisten zouden naar vormen voor meer structurele onderlinge samenwerking kunnen zoeken (inclusief functie van geriatrie dienstverlening).
- er zou in het ziekenhuis bij opname van patiënten meer gebruik gemaakt kunnen worden van meetinstrumenten (te denken valt aan de Groningen Frailty Index of Brass-index) om zorgbehoefte en kans op problematisch ontslag te meten en vervolgens daarop gerichte maatregelen te nemen.

- meer kennis bij zorgverleners omtrent multimorbiditeit is gewenst.
- uitbreiding van de geriatrische dienstverlening kan mogelijk nuttig zijn.
- een actuele en volledige sociale kaart van alle zorginstanties in de regio Eemland zou gemaakt moeten worden en makkelijk ter beschikking dienen te zijn voor alle betrokken zorgverleners.
- de procedures omtrent ontslag en de taken, rollen en verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen dienen helder gemaakt te worden; in het bijzonder moet ook gekeken worden naar de rol van de ziekenhuis- en stadsapotheek om medicatieproblemen te voorkomen.
- er dient duidelijkheid te komen zowel in het ziekenhuis tussen alle disciplines als in de regio tussen de verschillende echelons wie waar verantwoordelijk voor is, en deze duidelijkheid moet vervolgens ook gedegen vastgelegd worden. Het ziekenhuis zou systematisch afspraken kunnen maken met extramurale zorgaanbieders.
- huisartsen, verpleeghuisartsen en medische specialisten en verpleegkundigen (binnen en buiten het ziekenhuis) zouden naar vormen moeten gaan zoeken voor meer structureel overleg met elkaar in het algemeen (het MCCE heeft hier al de nodige initiatieven voor lopen).
- huisartsen, verpleeghuisartsen en medisch specialisten dienen te zoeken naar vormen voor meer onderling overleg bij elke opname/ontslag van een patiënt.
- de berichtgeving uit het ziekenhuis naar zorgverleners er buiten dienen kritisch tegen het licht worden gehouden en naar wegen gezocht om die inhoudelijk beter te maken en ook sneller. Gedacht kan worden aan een multidisciplinair ontslagbericht en het versneld invoeren van het elektronisch patiëntendossier. Er dient een systeem te komen dat waarborgt dat informatie gegenereerd wordt en terecht komt waar deze terecht moet komen. Handgeschreven ontslagberichten en recepten dienen onverwijld uitgebannen te worden, evenals het meegeven aan patiënten van berichten voor professionals.
- het is aan te bevelen dat het ziekenhuis een (bewakings)systeem opzet met uitkomstindicatoren om na te gaan hoe effectief hun inspanningen zijn: hoeveel, waarom en binnen welke periode worden patiënten heropgenomen, wanneer gaan de ontslagberichten de deur uit en wanneer komen ze aan, hoeveel van de gegeven informatie komt ook werkelijk aan bij de patiënt, etc. In het bijzonder kan als eerste gedacht worden aan een systeem dat heropnames binnen een korte periode na ontslag(1-2 weken) registreert op ziekenhuisniveau en signaleert naar alle betrokken specialismen en afdelingen.

b. Regionale/landelijke partijen

- de genoemde capaciteitsproblemen bij verpleeghuizen en de thuiszorg dienen besproken te worden en nader geanalyseerd, onder andere in relatie tot het gevoerde VWS-beleid hieromtrent.
- het DBC-financieringssysteem dient bekeken te worden in relatie tot (afwezigheid van) prikkels voor een efficiënte doorstroming en de mate waarin geriatrische medebehandeling hieruit gefinancierd kan worden. Er dient meer transparantie te komen over geldstromen in relatie tot de DBC-financiering.
- de splitsing in AWBZ-zorg en WMO-zorg leidt mogelijk tot inefficiëntie en vergroten van de bureaucratie.

c. Onderzoek

Vervolgonderzoek is zeker aan te bevelen, waarin de nadruk moet komen te liggen op de ervaringen van de patiënten. Pas aan de hand hiervan zou bekeken kunnen worden of de huidige en toekomstige inspanningen tot het gewenste resultaat leiden.

Dit onderzoeksverslag kan gebruikt worden in het ziekenhuis zelf, om de bestaande initiatieven te optimaliseren en ook in het overleg tussen ziekenhuis en zorgverleners daarbuiten als discussiestuk om de samenwerking te verbeteren. Ook kan dit onderzoeksverslag gebruikt worden op directieniveau in hun overleg met het zorgkantoor en politieke gremia om de capaciteitsproblematiek te bespreken.

Referenties

- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40:373-83.
- Gijssen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GAM. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol* 2001;54:661-674.
- Heijmans MJWM, Rijken PM, Schellevis FG, van den Bos GAM. Meer dan een ziekte. De gevolgen van comorbiditeit vanuit het perspectief van chronisch zieken en gehandicapten. Utrecht/Bilthoven/Amsterdam: NIVEL/RIVM/AMC, 2003.
- Kerkstra A, Verheij RA, Foets M, van der Velden J. Behoeftte aan nazorg en verleende nazorg na ontslag uit het ziekenhuis. *TSG* 1990;68:346-54.
- Kersten TJJMT. De invloed van huisartsen in de tweede lijn [dissertatie]. Utrecht: NIVEL, 1991.
- Kunmar S, Grimmer-Somers K. A synthesis of the secondary literature on effectiveness of hospital avoidance and discharge programs. *Aust Health Rev* 2007;31:34-48.
- Latour CH, van der Windt DA, Jonge P de, Riphagen II, Vos R de, Huyse FJ, Stalman WA. Nurse-led case management for ambulatory complex patients in general health care: a systematic review. *J Psychosom Res* 2007;62:385-95.
- Mistiaen P, Duijnhouwer E, Wijkkel D, de Bont M, Veeger A (1997), The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing* 25(6),1233–1240.
- Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, CD 004510.
- Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Serv Res* 2007a;7:47.
- Mistiaen P. (2007b) Hospital Discharge: problems and interventions. Maastricht, Universiteit Maastricht.
- Oosterhek M, Mistiaen P, Duijnhouwer E: Ziekenhuisontslag- of ouderdomsproblemen? Vergelijking van problemen en zorgbehoeften bij twee groepen ouderen. *TSG/Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 2000, 78(1),35-42.
- Schram MT, de Waal MWM, de Craen AJM, Deeg DJH, Schellevis FG, (2008). Multimorbiditeit: de nieuwe epidemie. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 1, 23-24.
- Sixma, H. Vragenlijst CQi ziekenhuisopname “ervaringen van patiënten met opname in een ziekenhuis”. versie 1.0. Utrecht, NIVEL 2007.
- Steverink N, Slaets JPI, Schuurmans H, van Lis M. Measuring Frailty: developing and testing the GFI (Groningen Frailty Indicator). *Gerontologist*, 2001 41(special issue 1) 236.
- van Eijk J, Smits A, Meyboom W, Mookim H, van Son J. Reliability and validity of the Nottingham Health Profile in the Dutch situation. Nijmegen: NUHI, 1987.
- van Weel C, Scholten J. Manual for the use of the Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA in measuring functional status in family practice; in: Scholten J, Weel van C. Functional status measurement in primary care. New York: Springer Verlag, 1992.

Bijlage: leden projectgroep

- Hr. C.K. Bos, huisarts
- Mw. T. de Boer, huisarts
- Mw. F. de Jong, verpleegkundige Meander Medisch Centrum
- Hr. D.A. Gaasbeek, orthopeed Meander Medisch Centrum
- Hr. R.W.M.M. Jansen, geriater Meander Medisch Centrum
- Mw. M.A.H. Kleuters, algemeen coördinator MCCE
- Hr. M. Loffredo, verpleeghuisarts
- Mw. L.J. Meijer, medisch coördinator MCCE
- Mw. G. Doeschot, neurologieverpleegkundige Beweging3.0
- Mw. R. van Lenthe, transferverpleegkundige Meander Medisch Centrum
- Hr. H.G.W. Vermeer, orthopeed Meander Medisch Centrum