Implementatieplan

Afstudeerproject ‘werken aan zorgverbetering’

HBO-Verpleegkunde

Hogeschool van Amsterdam

*’’Ontslagmanagement bij ouderen op de Spoedeisende Hulp’’*

Opdrachtnemers: C. Jonkers (500605121)

D. van Zuijlen (500513692)

Opleiding: HBO-Verpleegkunde

Opleidingsinstituut: Hogeschool van Amsterdam

Instelling: Regionaal ziekenhuis in Noord-Holland

Periode: 1 September 2014 tot en met 30 Januari 2015

Studiegidsnummer: G-VERP 4512AFZVPA

Aantal woorden: 5955 woorden (exclusief voorblad, inhoudsopgave, tabellen, literatuurlijst en bijlagen)

Inleverdatum: 9 januari 2015

# Voorwoord

Geachte lezer,

Voor u ligt het verbeterplan ’’ontslagmanagement bij ouderen op de spoedeisende hulp’’, gemaakt door de opdrachtnemers Charlotte Jonkers en Danny van Zuijlen, beide laatstejaars student HBO-Verpleegkunde aan de Hogeschool van Amsterdam (HvA).

Dit verbeterplan is onderdeel van het afstudeerproject ’’werken aan zorgverbetering’’ en verkregen op de spoedeisende hulp (SEH) van een regionaal ziekenhuis in Noord-Holland, nader te noemen als opdrachtgever.

In dit afstudeerproject wordt onderzoek gedaan naar het ontslagproces van patiënten van 65 jaar en ouder, die vanaf de SEH met ontslag naar huis gaan.

Het doel van deze afstudeeropdracht is het verminderen van het aantal patiënten van 65 jaar en ouder die terugkomen of nabellen nadat zij de SEH van het ziekenhuis hebben bezocht. Dit doel willen de opdrachtnemers bereiken door het ontslagbeleid van ouderen van 65 jaar en ouder die de SEH van het ziekenhuis bezoeken te verbeteren, door het doen van aanbevelingen.

Wij willen bij dezen de volgende personen bedanken voor hun bijdrage aan dit project:

- De leidinggevenden van de SEH, voor het aanbieden van deze afstudeeropdracht,

deskundige bijdrage en de tijd en begeleiding op de afdeling.

- De medewerkers kwaliteit en veiligheid, voor hun deskundigheid met betrekking tot de onderzoeksmethoden en haar enthousiasme.

- De Medewerkers geriatrie hun deskundigheid met betrekking tot specifieke geriatrie.

- De arts geriatrie, voor haar deskundigheid met betrekking tot specifieke geriatrie.

- De verpleegkundigen op de afdeling, voor de tijd en begeleiding.

- De specialistische verpleegkundigen van de afdelingen SEH en geriatrie, voor het meewerken aan interviews.

Charlotte Jonkers en Danny van Zuijlen

Amsterdam, 9 januari 2015

Inhoud

[Voorwoord 2](#_Toc427333895)

[1. Inleiding 5](#_Toc427333896)

[1.1 Aanleiding en probleem 5](#_Toc427333897)

[1.2 Doel 5](#_Toc427333898)

[1.3 Begrippen 6](#_Toc427333899)

[1.4 Theoretisch kader 7](#_Toc427333900)

[2. Voorstel tot verbetering/verandering van zorg 8](#_Toc427333901)

[2.1 Ontwikkeling voorstel voor verandering 8](#_Toc427333902)

[2.1.1 Rol opdrachtnemers 8](#_Toc427333903)

[2.2 Analyse huidige feitelijke zorg 8](#_Toc427333904)

[2.2.1 Algemeen 8](#_Toc427333905)

[2.2.2 Huidige situatie 8](#_Toc427333906)

[2.3 Concrete verbeterdoelen 10](#_Toc427333907)

[2.4 Aanbevelingen 10](#_Toc427333908)

[3. Probleemanalyse doelgroep en setting 12](#_Toc427333909)

[3.1 Doelgroep en setting 12](#_Toc427333910)

[3.1.1 Draagvlak 13](#_Toc427333911)

[3.1.2 Segmentatie 14](#_Toc427333912)

[3.2 Structuur, cultuur en veranderpotentieel 15](#_Toc427333913)

[3.2.1 Organisatie 15](#_Toc427333914)

[3.2.2 Afdelingsstructuur 15](#_Toc427333915)

[3.2.3 afdelingscultuur en veranderpotentieel 15](#_Toc427333916)

[3.3 Bevorderende en belemmerende factoren 17](#_Toc427333917)

[3.4 Kansen en bedreigingen implementatie 17](#_Toc427333918)

[3.5 Randvoorwaarden voor implementatie 18](#_Toc427333919)

[4. Implementatietheorieën en interventies/strategieën 20](#_Toc427333920)

[4.1 Ontwikkeling en selectie van theorieën en interventies/strategieën 20](#_Toc427333921)

[4.1.1 individuele professionals 20](#_Toc427333922)

[4.1.2. Organisatorische context 21](#_Toc427333923)

[5. Uitvoering implementatie 23](#_Toc427333924)

[5.1 5 fasen van implementatie 23](#_Toc427333925)

[5.2 PDCA- cyclus 24](#_Toc427333926)

[5.3 Tijdspad 25](#_Toc427333927)

[6. Evaluatie 29](#_Toc427333928)

[6.1 Doelen op korte termijn 29](#_Toc427333929)

[6.2 Doelen op lange termijn 29](#_Toc427333930)

[6.3 Kwaliteitsindicatoren 30](#_Toc427333931)

[7.Literatuurlijst 33](#_Toc427333932)

[8. Bijlagen 34](#_Toc427333933)

[Bijlage 1: poster klinische les 35](#_Toc427333934)

[Bijlage 2: Stappenplan grol wensing 36](#_Toc427333935)

[Bijlage 3: Mail zorgverzekeraar waar ziekenhuis mee samenwerkt 37](#_Toc427333936)

[Bijlage 4: Nabelformulier format 38](#_Toc427333937)

[Bijlage 5: Protocol nabellen Medisch Centrum Haaglanden, Locatie Westeinde, Den Haag 40](#_Toc427333938)

# Inleiding

In de inleiding wordt beschreven wat de aanleiding is van het probleem op de SEH van het ziekenhuis. Verder wordt het doel besproken en worden de veelgebruikte begrippen toegelicht.

## 1.1 Aanleiding en probleem

Verpleegkundigen en leidinggevenden van de SEH van een regionaal ziekenhuis in Noord Holland krijgen regelmatig te maken met oudere patiënten. Net als de rest van Nederland vergrijst ook de regio waar het ziekenhuis onder valt, 16.8 procent van de inwoners is 65 jaar of ouder. Om voor deze steeds groter wordende groep ook kwalitatief goede zorg te kunnen leveren moet de zorg aan deze groep worden aangepast. Oudere patiënten komen na ontslag naar huis vaak terug op de SEH of bellen terug. Het gaat dan om vragen over de nazorg of informatie die de patiënt verkeerd heeft begrepen. In de periode 2012-2013 maakten er volgens de SEH 6.266 ouderen gebruik van de SEH waarvan er 2.362(38%) één of meerdere keren opnieuw werden opgenomen(1,2).

Op de SEH is geen procedure aanwezig die het ontslag van ouderen naar huis regelt. Hierdoor is er geen eenduidig beleid aanwezig en weten verpleegkundigen niet hoe ze de zorg specifiek voor ouderen die met ontslag gaan moeten vormgeven. Ouderen moeten nu onnodig terugkomen, terwijl het ontslagbeleid eerder beter geregeld had kunnen worden. Leidinggevenden waarmee gesproken is, geven aan dat dit probleem al jaren speelt en dat de huidige patiëntenzorg hieronder lijdt. Bovendien wordt de oudere nu elke keer uit zijn/haar sociale omgeving gehaald, kost een nieuwe opname op de SEH zowel de ouderen als het ziekenhuis veel geld en verhoogt het de werkdruk.

Voor het eerder gemaakte verbeterplan hebben de opdrachtnemers literatuuronderzoek gedaan, praktijkonderzoek uitgevoerd en gekeken naar de best practice. Aan de hand van de resultaten van deze onderzoeken is de hoofdvraag (zie hoofdstuk 1.2) beantwoord en zijn er aanbevelingen gedaan. De aanbevelingen worden in dit implementatieplan omgezet in concrete doelen en activiteiten.

## 1.2 Doel

Het doel van dit implementatieplan is het geven van handvatten voor het implementeren van aanbevelingen uit het verbeterplan. In dit implementatieplan wordt gestreefd naar een succesvolle implementatie van deze aanbevelingen.

Het gehele afstudeerproject heeft als doel het verminderen van het aantal ouderen die terugkomen of nabellen nadat ze de SEH van het ziekenhuis hebben bezocht.

De volgende hoofdvraag staat hierbij centraal:

*Op welke wijze kan het ontslagbeleid van ouderen het beste vormgegeven worden op de spoedeisende hulp zodat* *het aantal patiënten wat terugkomt op de SEH vanwege vragen of onduidelijkheden met betrekking tot de nazorg wordt verminderd?*

* 1. Begrippen

Hieronder worden schematisch de veel gehanteerde begrippen weergegeven.

|  |  |
| --- | --- |
| **Begrip** | **Betekenis** |
| SEH | Spoedeisende hulp(2). |
| Ouderen | Personen van 65 jaar of ouder(3). |
| Screening | Het nauwkeurig onderzoeken van problemen aan de hand van een vragenlijst(4). |
| ISAR-HP | Een screeningsinstrument dat ouderen screent op risicofactoren van kwetsbaarheid(4). |
| Ontslag | Het verlaten van het ziekenhuis na een opname. |
| ADL | Algemeen dagelijkse levensverrichtingen­(3). |
| Zelfredzaamheid | De mate van zelfstandigheid waarmee een patiënt de ADL kan uitvoeren(3). |
| Voorlichting | Het aanbieden van informatie die de patiënt helpt om betere keuzes te maken(5). |
| Ontslaggesprek (op de SEH van het ziekenhuis) | Het voeren van een gesprek nog voor de oudere de deuren van het ziekenhuis verlaat(2). |
| Implementatie | Het invoeren van een nieuw beleid, volgens Grol gaat dit via 7 stappen(6). |
| PDCA-cyclus | ’’Plan Do Check Act’’-cyclus (zie evaluatie), wordt gebruikt voor het continue verbeteren van de kwaliteit van zorg(6,7). |
| Indicatoren | Een indicator maakt het mogelijk om de kwaliteit van zorg te meten(6,7). |
| EPD | Elektronisch patiënten dossier. In het ziekenhuis wordt HIX gebruikt als programma voor het EPD. |
| Draagvlak | Draagvlak houdt in dat het initiatief wordt gesteund door het grootste gedeelte van de doelgroep(5). |
| AWN-uren | Avond, Weekend en Nacht. Uren die buiten de werkweek vallen, dus het weekend, en maandag tot en met vrijdag van 17.00 uur tot 09.00 de volgende ochtend en de feestdagen. |

Tabel 1: begrippen

## 1.4 Theoretisch kader

Als theoretisch kader voor het implementatieplan en de opbouw daarvan, is gebruik gemaakt van het stappenplan van Grol(6)(zie bijlage 1). De verschillende stappen staan hieronder weergegeven(6):

**Stap 1**: ontwikkeling voorstel voor verandering

**Stap 2**: analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering

**Stap 3**: probleemanalyse doelgroep en setting

**Stap 4**: ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën.

**Stap 5**: ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan.

**Stap 6**: Integratie in routines

**Stap 7**: (continue) evaluatie en (indien nodig) bijstelling van het plan.

De eerste en tweede stap zijn reeds uitgevoerd in het verbeterplan, deze zullen nog kort worden weergegeven in dit implementatieplan. In stap drie wordt de probleemanalyse van de doelgroep en de setting gedaan.

Stap 4 tot en met 7 richt zich op de implementatie zelf, hierin wordt beschreven hoe de afdeling omgaat met het implementeren van de aanbevelingen en wat de rol van de opdrachtnemers hierin is.

# Voorstel tot verbetering/verandering van zorg

In dit hoofdstuk komen de eerste twee stappen van Grol(6) aan bod. Uit deze stappen komen de aanbevelingen uit het verbeterplan voort die de basis vormen voor de concrete doelen voor verandering (hoofdstuk 3.3).

## 2.1 Ontwikkeling voorstel voor verandering

In het verbeterplan hebben de opdrachtnemers onderzoek gedaan en gebruik gemaakt van diverse onderzoekstechnieken. Literatuuronderzoek is uitgevoerd naar wetenschappelijk onderbouwde interventies die het aantal heropnames verminderen. Er is best practice onderzoek gedaan door medewerkers van SEH’s in Nederland te interviewen en naar hun ervaringen en klinische expertise te vragen. Dossieronderzoek gaf inzicht in redenen van terugkeer na een eerder bezoek op de SEH en op de afdeling en er zijn verschillende medewerkers van de afdeling en de geriatrie geïnterviewd. Daarbij is observatieonderzoek uitgevoerd om op van te voren vast gestelde punten verpleegkundigen te observeren in het omgaan met ouderen.

De uitkomsten van de verschillende onderzoeken zijn in het verbeterplan samengevoegd. De aanbevelingen vloeien hieruit voort.

### 2.1.1 Rol opdrachtnemers

De opdrachtnemers hebben de eerste stappen van de implementatie uitgewerkt door de aanbevelingen om te zetten in concrete doelen en activiteiten, waarbij rekening is gehouden met prioriteiten en haalbaarheid. De opdrachtnemers hebben het activiteitenschema zodanig opgesteld dat uiteindelijk alle aanbevelingen uitgevoerd kunnen worden. Tenslotte hebben de opdrachtnemers een nabelformulier ontworpen (bijlage 4).

De rest van het implementatieproces dragen de opdrachtnemers over aan een sleutelfiguur en de werkgroep, waarvan verwacht wordt dat zij middels de implementatiestrategieën de verpleegkundigen van de afdeling motiveren.

## 2.2 Analyse huidige feitelijke zorg

In dit hoofdstuk wordt de analyse uitgewerkt van de huidige situatie met betrekking tot de feitelijk geleverde zorg op de afdeling. Hiervoor is praktijkonderzoek gedaan, namelijk participerende observatie, dossieronderzoek en interviews.

### 2.2.1 Algemeen

Uit interviews en participerende observatie blijkt dat verpleegkundigen geen richtlijn of protocol hebben voor het ontslag van ouderen vanaf de SEH. Er is geen standaardisatie, waardoor het ontslagproces aan variatie onderhevig is. Dit is niet wenselijk omdat hierdoor verschillen ontstaan in de zorg per patiënt.

### 2.2.2 Huidige situatie

Na behandeling op de SEH zijn er een aantal mogelijkheden voor ouderen, namelijk opname in de kliniek of ontslag naar huis of verpleeghuis.

Verschillende disciplines zijn bij het ontslagproces van ouderen betrokken. Deze worden hieronder beschreven.

* **SEH-artsen KNMG, Arts-assistenten en coassistenten**

Uit participerende observatie en interviews blijkt dat de arts zodra de patiënt met ontslag gaat een elektronisch ontslagbrief naar de huisarts schrijft. Hierin worden de psychosociale aspecten niet standaard meegenomen.

* **SEH-verpleegkundigen**

Uit interviews en participerende observatie blijkt dat er op de afdeling geen screeningsinstrument wordt toegepast. Daardoor worden ouderen niet standaard gescreend op kwetsbaarheid. Verpleegkundigen geven zelf aan dat zij wel regelmatig vragen hoe een patiënt het thuis regelt met de zorg, dit wordt echter niet geregistreerd.

Als verpleegkundigen een probleem in de zelfredzaamheid constateren bij een patiënt is het voor hen lastig om hier interventies op toe te passen. Overdag wordt de zorgvraag vaak aan de huisarts doorgebeld die vervolgens de thuiszorg inschakelt. In de avonduren of in het weekend is er geen beleid voor patiënten die niet zonder zorg naar huis kunnen. Een opname op sociale indicatie is vaak niet mogelijk. Verpleegkundigen moeten op dat moment zelf een oplossing vinden of de familie inschakelen tot de huisarts de zorg kan regelen.

De verpleegkundigen zijn bereid om het ontslag van ouderen vanaf de SEH anders te regelen maar hebben hier geen juiste middelen voor. De opdrachtnemers verwachten dat door het toepassen van de juiste interventies uit de gedane aanbevelingen de verpleegkundigen hier de benodigde middelen voor krijgen.

* **Doktersassistenten**

De doktersassistente krijgt de aanmelding binnen, registreert de patiënt in het systeem en boekt deze uit na ontslag.

* **Werkgroep ouderen**

Op de SEH is een werkgroep ouderen die bestaat uit SEH-verpleegkundigen en een kwaliteitsverpleegkundige. Zij hebben regelmatig contact met regionale ouderenzorginstellingen. Er wordt regelmatig onderling overlegd waarbij de kwaliteitsverpleegkundige en geriatrisch verpleegkundige ook aanwezig is.

* **Geriatrie**

De afdeling geriatrie bestaat uit een klinisch geriater, een verpleegkundig specialist en twee geriatrisch verpleegkundigen. De geriatrie is niet tot nauwelijks betrokken op de SEH maar wel regelmatig in dit afstudeerproject.

## 2.3 Concrete verbeterdoelen

De opdrachtgevers hebben aan de hand van diverse onderzoeksmethoden uit het verbeterplan en de analyse van de huidige feitelijke zorg, concrete verbeterdoelen opgesteld om het aantal heropnames van ouderen na ontslag te verminderen:

- Het screenen van ouderen bij opname, als deze een verhoogde kwetsbaarheid hebben is het aan te raden om hen uitgebreider te screenen.

- Het voeren van een gestandaardiseerd ontslaggesprek wanneer ouderen met ontslag naar huis gaan en het meegeven van een folder met de belangrijkste informatie en wat ze moeten doen als ze het niet redden.

- Patiënten na een werkdag nabellen om zo vragen en problemen vroegtijdig te ondervangen.

- Een beleid vaststellen voor het regelen van zorg in de avonduren en in het weekend, met daarbij een volledige overdracht.

2.4 Aanbevelingen

Aan de hand van de verbeterdoelen zijn de volgende aanbevelingen gedaan:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | A1 B C D E | Microniveau | Alle ouderen van 65 jaar en ouder die binnenkomen op de SEH screenen met de ISAR-HP, dat geïmplementeerd moet worden in het EPD. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. | A1 A2 C D E | Microniveau | Het uitvoeren van een uitgebreidere valscreening voor ouderen met een verhoogd valrisico. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3. | D E | Mesoniveau | Vraag de geriatrie in consult bij twijfelgevallen. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4. | A1 C D E | Mesoniveau | Als de geriatrie in consult komt, dan is het raadzaam dat zij de langere screening bij ouderen afnemen, de Comprehensive Geriatric Assessment. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5. | D E | Microniveau | Voer bij het ontslag een kort ontslaggesprek waarin minstens de volgende onderwerpen aan bod komen:   * Welke voorzieningen zijn thuis aanwezig? * Uitleg over de ondergane behandeling en de risico’s en complicaties daarvan * Wanneer de patiënt waar hulp kan vragen, eventueel een lijst met telefoonnummers meegeven. * Sociale vangnet, mantelzorg * Medicijnen |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6. | A1  A2  C  D E | Microniveau  Mesoniveau | Bij het ontslag een folder meegeven waar in staat wat ouderen moeten doen bij problemen (in de zelfredzaamheid) thuis en hulpvragen. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7. | A2 C D E | Microniveau  Mesoniveau  Macroniveau | Bij de transitie naar huis zorgen voor een volledige overdracht naar huisarts en thuiszorg, waarin de psychosociale aspecten worden meegenomen. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8. | D E | Miconiveau  Mesoniveau  Macroniveau | Beleid voor het regelen van zorg voor thuis tijdens de AWN-uren |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 9. | A2 D E | Microniveau  Macroniveau | Bel de oudere patiënt een werkdag na ontslag na, waarin minstens de volgende onderwerpen aan bod komen:   * Is alles nog duidelijk? * Redden zij het thuis? * Zijn er nog vragen? * Wanneer en waar de patiënt hulp kan vragen |

De aanbevelingen zijn gedaan aan de hand van de hieronder weergegeven classificatie van bewijslast(8).

|  |  |
| --- | --- |
| Niveau | Interventie |
| A1 | Systematische reviews van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau (meta-analyse). |
| A2 | Gerandomiseerd vergelijkend onderzoek van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken. |
| B | Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2. |
| C | Niet vergelijkend onderzoek. |
| D | Mening van deskundigen (SEH’s, focusgroep en geïnterviewden) |
| E | Mening van de opdrachtnemers |

Tabel 2:Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

# Probleemanalyse doelgroep en setting

Binnen het hoofdstuk probleemanalyse worden alle mogelijke problemen bij het implementatieproces in kaart gebracht. Hierbij komen de doelgroep en de setting aan de orde. Tevens worden het draagvlak van die doelgroepen, segmentatie, randvoorwaarden en bevorderende en belemmerende factoren uitgewerkt.

## 3.1 Doelgroep en setting

Hieronder is een overzicht gegeven van de betrokken doelgroepen en hun rol in de implementatie. Om een implementatie succesvol te maken in het belangrijk om inzicht in hen te krijgen(6,7).

* Opdrachtgevers

De opdrachtgevers zijn de afdelingsleidinggevende en de praktijkopleider, beide betrokken in het management op de SEH. Zij hebben de opdracht opgesteld naar aanleiding van het hoge aantal ouderen dat terug komt op de SEH. Zij hebben een coördinerende en informerende rol binnen de implementatie. Uiteraard zullen zij ook betrokken zijn bij de evaluatie van het implementatieproces.

* Afdelingsverpleegkundigen

De SEH-verpleegkundigen zijn vooral betrokken bij de directe patiëntenzorg en voeren het huidig beleid uit. Uit interviews blijkt dat ook zij vinden dat het huidige beleid rondom het ontslagproces van ouderen verbetering behoeft, omdat het geld kost en het de werkdruk aanzienlijk verhoogt. De verpleegkundigen zullen degene zijn die de aanbevelingen moeten gaan invoeren in de praktijk. Echter willen zij dat de aanbevelingen voor hen zo min mogelijk tijd kost. Zij zullen vooral geïnformeerd en gecoördineerd worden door de opdrachtgevers, sleutelfiguur en de werkgroep. Deze beginnen samen met de werkgroep aan de implementatie.

* Ouderen en eventueel diens naasten

Dit gehele onderzoek en het implementeren van de aanbevelingen draait om het verbeteren van het ontslagproces voor ouderen. De aanbevelingen zullen bij ouderen ingevoerd moeten worden. Als blijkt dat ouderen na de implementatie van de aanbevelingen minder vaak heropgenomen hoeven te worden, is deze geslaagd. De patiënten zullen betrokken worden bij de evaluatie van de implementatie, aan hen zal bij heropname gevraagd worden welke problemen zij thuis ervaren.

* Geriatrisch verpleegkundigen

De afdeling geriatrie, die gespecialiseerd is in ouderen in het ziekenhuis, was nauwelijks betrokken op de SEH bij oudere patiënten. De grotere betrokkenheid van de afdeling geriatrie bij de implementatie is meegenomen in de aanbevelingen. Zij hebben niet direct een uitvoerende rol maar zouden wel door de uitvoerenden in consult gevraagd kunnen worden. Ook sturen ze eventueel het SEH-team aan op basis van de laatst verworven informatie binnen hun vakgebied.

* Artsen (SEH)

Uit interviews blijkt dat artsen, net als verpleegkundigen, zelf ook problemen ervaren. Vooral als blijkt dat patiënten niet zonder zorg naar huis kunnen maar geen medische indicatie hebben voor een opname. Zij zijn mede verantwoordelijk voor het vinden van een (tijdelijke) oplossing. Artsen geven in een interview aan dat zij behoefte hebben aan standaardisatie van zorg zodat hun taak in het ontslagproces duidelijk wordt.

* Sleutelfiguren

Een sleutelfiguur is een medewerker die weet van het probleem en is als het ware de koploper in de motivatie voor het implementeren van de aanbevelingen. Sleutelfiguren zijn belangrijk om de overige medewerkers te motiveren(6). Binnen de SEH zouden dit bijvoorbeeld medewerkers uit de werkgroep ouderen kunnen zijn. Zij worden dan gecoördineerd door de afdelingsleidinggevende en coördineren zelf de afdelingsverpleegkundigen. De werkgroep ouderen is ook direct betrokken geweest bij het probleem en in het onderzoek van de opdrachtnemers.

### 3.1.1 Draagvlak

Hieronder is het draagvlak weergegeven voor de in paragraaf 3.1 genoemde betrokkenen bij de implementatie. Een goed draagvlak bevordert de kans van slagen van de implementatie(6,7).

* Opdrachtgever/ Afdelingsleidinggevende

Vanuit de afdelingsleidinggevende is er veel draagvlak omdat zij al jaren met het probleem wordt geconfronteerd. Zij heeft de aanbevelingen goedgekeurd en staat open voor implementatie hiervan. Zo is bijvoorbeeld al afgesproken om binnen de ICT te kijken hoe een ’’pop-up’’ in het zorgdossier geïntegreerd kan worden, zodat screening kan plaatsvinden.

* Afdelingsverpleegkundigen

Het draagvlak binnen de afdelingsverpleegkundigen is verdeeld. Uit een gehouden bijeenkomst blijkt dat sommige verpleegkundigen positief staan tegenover de aanbevelingen en de implementatie en sommigen negatief. Zij geven bijvoorbeeld aan dat, gezien de tijd, nabellen voor hen een probleem is. Ook vinden zij dat er meer taken bij de huisarts en de thuiszorg moet liggen en minder bij de SEH.

* Ouderen en eventueel diens naasten

Het draagvlak van de ouderen op de SEH van het ziekenhuis hebben de opdrachtnemers helaas niet kunnen peilen. Het was namelijk juridisch gezien niet mogelijk om hun mening te verkrijgen over de gedane aanbevelingen.

* Geriatrisch verpleegkundigen

Uit de focusgroep bleek dat de afdeling geriatrie en dan met name de verpleegkundig specialist en geriatrisch verpleegkundigen meer in consult gevraagd wilden worden. Dit is tevens een van de aanbevelingen die door de opdrachtgevers is gedaan. Vanuit de geriatrie is er draagvlak voor de implementatie van de aanbevelingen. Echter een beperking is dat zij niet aanwezig zijn in de AWN-uren.

* Artsen (SEH)

Uit interviews blijkt dat er ook bij artsen draagvlak heerst omdat zij het probleem ook herkennen en ook behoefte hebben aan standaardisatie.

* Sleutelfiguren

Het draagvlak van sleutelfiguren, op de SEH het management en leden van de werkgroep ouderen, is positief. Dit blijkt uit interviews waarin zij aangaven enthousiast te zijn over het project en graag een rol willen spelen in de implementatie. De focusgroep ondersteunt dit.

### 3.1.2 Segmentatie

Binnen de in paragraaf 3.1 genoemde doelgroepen waarbinnen de implementatie gaat plaatsvinden kunnen volgens de theorie van Rogers(6) een aantal groepen personen onderscheiden worden.

* Innovators

Personen binnen deze groep hebben vaak nieuwe ideeën met betrekking tot ouderen op de SEH, zullen het probleem sneller zien en de veranderingen eerder accepteren(6). Hierop zullen de aanbevelingen dus als eerste gericht moeten worden.

Dit zijn de opdrachtgevers en énthousiaste leden uit de werkgroep ouderen die op de SEH aanwezig zijn(6). Deze medewerkers behoren tot de innovators omdat ze vanaf het begin van het project bereid zijn om de veranderingen door te voeren en actief met eigen ideeën naar de opdrachtnemers zijn toegekomen.

* Early adapters

Deze groep heeft veel affiniteit met de doelgroep, is verbonden met de innovators en hebben een referentiepunt voor de innovators(6).

Dit zijn bijvoorbeeld de bestaande werkgroep ouderen op de SEH en de stafmedewerkers van kwaliteit en veiligheid en de geriatrie(6). Deze behoren tot de early adaptors omdat zij regelmatig met de innovators overleggen over verbetering van zorg voor ouderen op de SEH. De medewerkers van de geriatrie en de stafmedewerkers van kwaliteit en veiligheid behoren tot deze groep omdat zij tijdens het project duidelijk hebben aangegeven dat ze affiniteit met de doelgroep hebben en de zorg voor hen willen verbeteren.

* Early majority

Deze groep bestaat niet uit leiders en wordt vaak gecoördineerd door de early adaptors waarmee zij veel contact hebben(6).

Dit zijn bijvoorbeeld overige enthousiaste verpleegkundigen van de SEH die de implementatie kunnen doorvoeren en de werkelijke activiteiten doen(6). Deze behoren tot de early majority omdat ze de opdrachtnemers tijdens het project hebben laten weten dat ze positief tegen de aanbevelingen staan. Ook hebben ze nauw contact met de werkgroep ouderen op de SEH.

* Late majority

Deze groep staat sceptisch tegenover de verandering en implementatie. Zij zijn niet gevoelig voor informatiebronnen die duidelijk willen maken dat het probleem belangrijk is en dat implementatie van aanbevelingen nodig is(6). Dit zijn de overige verpleegkundigen die niet enthousiast zijn. Deze behoren tot de late majority omdat uit interviews op de SEH blijkt dat ze niet denken dat de aanbevelingen leiden tot verbetering van kwaliteit van zorg.

* Laggards

Dit is de groep met de meeste weerstand(6). Dit zijn de verpleegkundigen en overige medewerkers die tegen de aanbevelingen ingaan en het er niet mee eens zijn(6). Zij stonden bijvoorbeeld ook niet open voor interviews. Deze groep behoort tot de laggards omdat zij op geen enkele manier willen meewerken aan het project. Tijdens een gehouden bijeenkomst was er bijvoorbeeld één verpleegkundige die bij elke aanbeveling allerlei tegen argumenten had. Ook hebben meerdere verpleegkundigen niet gereageerd op e-mails over het project, interviews en klinische lessen.

## 3.2 Structuur, cultuur en veranderpotentieel

Hieronder wordt het veranderpotentieel van de afdeling en organisatie weergegeven.

### 3.2.1 Organisatie

Volgens de opdrachtnemers valt het ziekenhuis in de organisatiestructuur van Mintzberg onder de professionele organisatie: opgeleide professionals die met degene die zij aansturen overleggen voordat zij veranderingen doorvoeren, het is dus geen bureaucratie.

Het ziekenhuis, een perifeer ziekenhuis, heeft verschillende (verpleeg)afdelingen, waaronder de SEH. Deze worden aangestuurd door afdelingsleidinggevenden. De afdelingsleidinggevenden vallen hiërarchisch weer onder twee zorgmanagers. De afdelingsleidinggevende van de SEH stuurt binnen de afdeling de SEH de medewerkers aan (SEH-verpleegkundigen en doktersassistenten)(2,9).

Binnen het ziekenhuis zijn er interne adviesorganen die gevraagd en ongevraagd advies geven, om zo de kwaliteit van zorg te behouden en te verbeteren. Dit zijn bijvoorbeeld de Verpleegkundige AdviesRaad (VAR), OR, cliëntenraad, de afdeling Kwaliteit en Veiligheid en het stafbestuur(2).

De zorgmanagers en de interne adviesorganen leggen samen verantwoording af aan het raad van bestuur.

**Missie en visie**

Volgens de missie en de visie van het ziekenhuis is het belangrijk om de zorg aan te laten sluiten bij de behoeften van de patiënt. Ook streven zij ernaar om actief aan de slag te met vragen over processen en de organisatie. De professionals die werkzaam zijn in het ziekenhuis zijn bekwaam in hun taak en leveren deskundige en veilige zorg aan alle patiënten(2).

### 3.2.2 Afdelingsstructuur

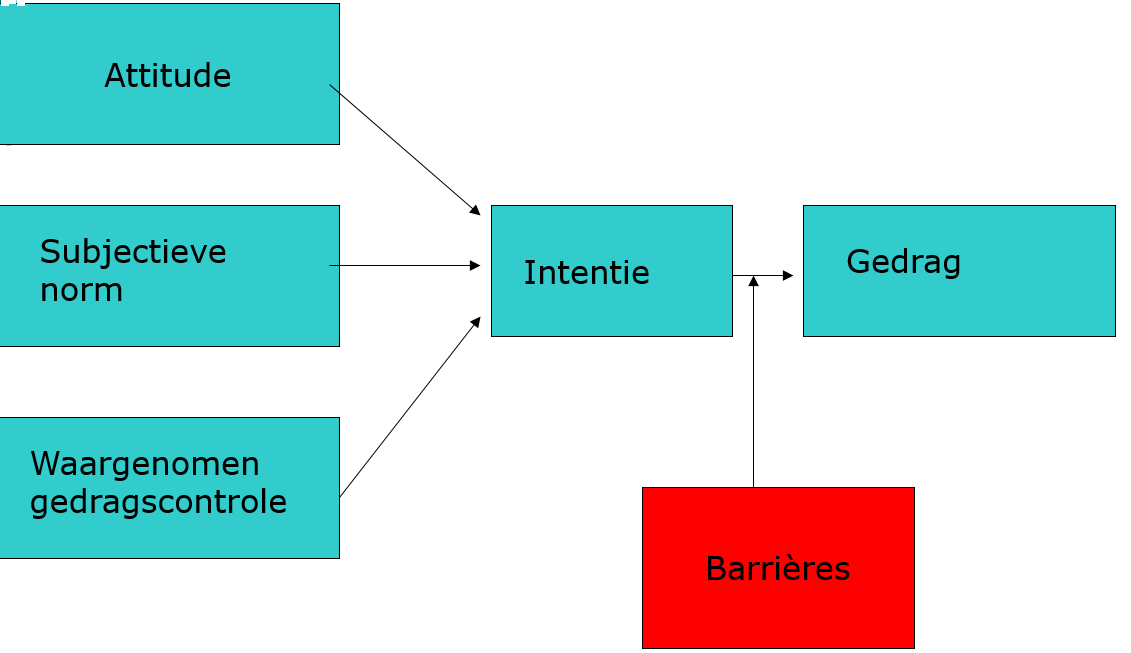
De leidinggevende op de SEH stuurt de verschillende disciplines aan en bewaakt de kwaliteit van zorg. Op de SEH van het ziekenhuis werken 25 verpleegkundigen en vijftien artsen. Het grootste deel van de verpleegkundigen heeft meer dan tien jaar werkervaring en begeleiden ook stagiaires. Er zijn tien doktersassistenten die ervaring hebben op de SEH en zo het werk van de andere disciplines ondersteunen.

### 3.2.3 afdelingscultuur en veranderpotentieel

De sfeer op de afdeling is positief, er wordt onderling veel samengewerkt en mensen helpen elkaar waar nodig. De opdrachtnemers hebben geobserveerd dat er onderling ruimte is voor feedback en dat medewerkers daarom op hun fouten gewezen kunnen worden. Ook de omgang met de andere disciplines vinden de opdrachtnemers positief, omdat er ruimte is om elkaar te consulteren en te overleggen.

Uit interviews blijkt dat verschillende medewerkers gemiddeld een 5,3 geven aan het ontslagproces. Op de afdeling wordt door de medewerkers echter verschillend op veranderingen gereageerd, dit is nader toegelicht in paragraaf 3.1. De oorzaak van de ambivalentie in de wil om te veranderen is te verklaren met het model van het geplande gedrag (figuur 1). De barrières op de SEH zijn voornamelijk de niet aanwezige randvoorwaarden zoals tijd, mensen en middelen. De attitude (weten dat het belang van het probleem en implementatie groot is) is er wel, evenals de subjectieve norm (individueel weten dat het team dit ook belangrijk vind) en de waargenomen gedragscontrole (weten dat de gevolgen van de implementatie een positief effect hebben op de patiënt)(6).

De afdelingsmanager heeft volgens de opdrachtnemers een persoonsgeoriënteerde en ondersteunende leiderschapsstijl, wat betekent dat zij het SEH-team zal aansturen, ondersteunen en motiveren in de implementatie(10).



Figuur 1: model van het geplande gedrag(6)

## 3.3 Bevorderende en belemmerende factoren

Hieronder worden, aan de hand van paragraaf 3.1 weergegeven doelgroepen, het draagvlak en de segmentatie, de bevorderende en belemmerende factoren weergegeven die invloed hebben op het implementatieproces.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domeinen** | **Bevorderend** | **Belemmerend** | **Bewijs voor de bevorderende en belemmerende factoren** |
| Individuele hulpverleners | * Enthousiasme en erkenning urgentie probleem * Betrokkenheid en interesse bij het project * Verpleegkundigen willen een oplossing | * Specifiek kennistekort screenen * Tijd | * Afgenomen interviews * Participerende observatie |
| Sociale context | * Sleutelfiguren en hun kennis * Innovators aanwezig * Enthousiasme en motivatie | * Kennistekort en/of onzekerheid bij patiënten | * Afgenomen interviews |
| Organisatorische context | * Veel enthousiasme en erkenning probleem door hele ziekenhuis * Plan van aanpak met activiteiten * Veel bereidwilligheid afdelingsleidinggevende en innovators | * Late Majority en Laggards. * Nieuw EPD * Tijdsfactoren * Terugval in huidige werkwijze * Beperkte aanwezigheid afdeling geriatrie (AWN-uren) | * Afgenomen interviews |
| Economische en juridische context | * Op de langere termijn levert het geld op * Wetten | * Op de korte termijn kost het veel geld * Wetten | * Afgenomen interviews |

Tabel 3: bevorderende en belemmerende factoren

## 3.4 Kansen en bedreigingen implementatie

Aan de hand van de bevorderende en belemmerende factoren worden hieronder de kansen en bedreigingen in het implementatieproces beschreven.

**Kansen**

Het ziekenhuis had in 2014 als speerpunt oudere patiënten, waardoor er meer aandacht is voor verbetering van zorg voor ouderen. Ook is er een bestaande werkgroep ouderen en de leidinggevende op de SEH wil zelf graag dat de kwaliteit van zorg voor ouderen wordt verbeterd.

De kwaliteitswet zorginstellingen en het Veiligheids Management Systeem (paragraaf 1.7 verbeterplan) zijn landelijke organen die de kwaliteit van zorg waarborgen. Het ziekenhuis en de SEH zijn daarom verplicht om ook voor ouderen kwalitatief goede zorg te bieden.

**Bedreigingen**

De randvoorwaarden zijn (nog) niet aanwezig. Hierdoor kan gemakkelijk worden afgeweken van de implementatie en worden teruggevallen. De aanwezigheid van laggards (zie paragraaf 3.1.2.) speelt hier duidelijk een rol in.

3.5 Randvoorwaarden voor implementatie

Om de implementatie efficiënt te laten verlopen hebben de opdrachtnemers een aantal voorwaarden opgesteld. Deze zijn mede voortgekomen uit de verscheidende onderzoeken uit het verbeterplan en Grol(6). In het activiteitenschema (tabel 5) is terug te vinden hoe de opdrachtnemers de voorwaarden gaan implementeren.

**Tijd**

Er is tijd nodig om de nieuwe werkwijze aan te leren en toe te passen op de afdeling. In de praktijk betekent dit dat verpleegkundigen extra tijd moeten vrijmaken wanneer de screening wordt ingevoerd. Echter geven verpleegkundigen aan dat zij op de afdeling te weinig tijd hebben om de oudere patiënt te screenen en te handelen naar de uitkomst van deze screening. Als dit niet haalbaar is moet er overwogen worden om cursussen aan te bieden, waarin verpleegkundigen worden uitgepland van de SEH, waarin verpleegkundigen de screening leren uitvoeren.

**Betrokkenheid en motivatie**

Als de verpleegkundigen niet achter de verandering staan zijn zij minder gemotiveerd om deze door te voeren. De verpleegkundigen moeten dus vanaf het begin van het project bij de zorgverbetering betrokken worden en hun mening moet betrokken worden in het onderzoek(6).

De leidinggevenden en de werkgroep spelen een grote rol bij de betrokkenheid van de verpleegkundigen. Uit de literatuur blijkt dat als de leidinggevenden achter de implementatie staan de kans van slagen vergroot is. Hoe groter de betrokkenheid bij het nieuwe beleid hoe gemotiveerder de verpleegkundigen zullen zijn om dit te implementeren(6).

**Sleutelfiguur**

De sleutelfiguur is een gemotiveerde medewerker uit de werkgroep die ervoor zorgt dat de andere medewerkers gemotiveerd raken en het proces van implementatie op de afdeling bewaken. Door een sleutelfiguur aan te wijzen op de afdeling wordt het draagvlak voor de implementatie vergroot omdat deze helpt om de medewerkers op de afdeling te motiveren(6). Een sleutelfiguur is dus belangrijk voor de implementatie.

**Mensen en middelen**

Om de implementatie succesvol te laten verlopen is het belangrijk dat er genoeg mensen en middelen aanwezig zijn op de afdeling. Er moeten genoeg mensen zijn omdat het invoeren van het nieuwe ontslagbeleid in het begin extra tijd zal kosten. Ook moeten er genoeg middelen aanwezig zijn om de implementatie uit te voeren(6). Zo moet het screeningsinstrument aanwezig zijn en moeten er mogelijkheden zijn voor interventies als de score verhoogd blijkt. Als dit niet mogelijk is moeten de werkgroep en de leidinggevenden samen de middelen mogelijk maken op de afdeling.

**Financiën**

De aanbevelingen zullen in het begin meer geld kosten omdat verpleegkundigen meer tijd kwijt zijn aan het ontslagproces van de oudere patiënt. Het is belangrijk dat zij inzien dat dit een investering is die uiteindelijk ervoor gaat zorgen dat er minder heropnames zijn en dus de kosten worden verlaagd(4,11). Ook het integreren van een nieuw screeningsinstrument in het EPD zal geld kosten, maar dit zal uiteindelijk opwegen tegen de kosten van het terugkomen van ouderen, die na de screening voorkomen kunnen worden. Een zorgverzekeraar waarmee contact is gezocht bevestigt dit, zie bijlage 3. Als het geld voor het invoeren niet beschikbaar is moet dit besproken worden met het management van het ziekenhuis. Hierbij wordt verteld dat het op de lange termijn kosten besparend is.

**Kennis**

Het is belangrijk dat de verpleegkundigen weten hoe zij het ontslagproces van een oudere patiënt moeten regelen. In het begin van de verandering zullen er verpleegkundigen zijn die het nut van de verbetering niet inzien en de zorg op de oude manier regelen. Het is dan de taak van leidinggevenden, experts en collega verpleegkundigen om uit te leggen waarom de verbeteringen belangrijk zijn en bijdragen aan de kwaliteit van zorg(6). Mocht de kennis een maand na het invoeren nog niet voldoende blijken dan moet er een extra klinische les worden gegeven.

**Vaardigheden**

Het is van belang dat alle disciplines op de hoogte zijn van het nieuwe beleid rondom het beleid van ouderen. Ook moeten zij weten hoe zij dit beleid moeten toepassen. Zij moeten bijvoorbeeld de screening kunnen afnemen bij patiënten en weten hoe zij vervolgens de interventies moeten uitvoeren bij een verhoogde score(6).

Als blijkt dat ze dit na een maand niet kunnen moet er een extra klinische les worden gegeven.

**ICT**

Het is belangrijk dat de screeningsinstrumenten in het EPD worden geïmplementeerd omdat de medewerkers op de SEH weinig tijd hebben per patiënt. Als de screening elektronisch gedaan kan worden kost deze minder tijd en is de kans groter dat deze wordt uitgevoerd. Als dit niet mogelijk is moet er met de leidinggevenden en de verpleegkundigen gezocht worden naar een papieren versie die weinig tijd in beslag neemt.

**Afwezigheid randvoorwaarden**

Indien er aan één van deze randvoorwaarden niet voldaan kan worden door de SEH, komt de implementatie in gevaar. Er moet dan door de sleutelfiguur gekeken worden naar alternatieve middelen om de implementatie alsnog succesvol te laten zijn.

# 4. Implementatietheorieën en interventies/strategieën

In dit hoofdstuk zal de theoretische kant van implementatie worden belicht: de implementatietheorieën. De opdrachtnemers gebruiken de zelf geselecteerde implementatiestrategieën uit Grol(6) die aansluiten op het gehele implementatieproces inclusief de analyse van de doelgroep, bevorderende en belemmerende factoren en de invoering van de aanbevelingen. Om de aanbevelingen succesvol te implementeren is het belangrijk om gebruik te maken van een combinatie van de hieronder besproken strategieën. Zo heeft de implementatie meer effect(6).

4.1 Ontwikkeling en selectie van theorieën en interventies/strategieën

Hieronder wordt de selectie van de interventies en strategieën uitgewerkt.

### 4.1.1 individuele professionals

#### 4.1.1.1 Educatieve theorieën

Deze theorieën omvat de motivatie van de professionals om te veranderen. Het is belangrijk dat de veranderingen aansluiten bij wat de verpleegkundigen dagelijks meemaken tijdens hun werk. De professionals moeten eerst inzien dat er een verandering moet komen voordat ze hieraan kunnen meewerken(6).

De opdrachtnemers hebben voor deze theorie gekozen omdat uit de probleemanalyse blijkt dat niet alle verpleegkundigen het nut van de aanbevelingen inzien. Zij moeten dus eerst ervan worden overtuigd dat het probleem een grote rol speelt op de afdeling voordat ze kunnen gaan meewerken aan de oplossingen. Het te verwachten resultaat is dat verpleegkundigen door kennisvergroting het nut van de implementatie gaan inzien.

**Strategieën: geven van educatief materiaal en het gebruik van opinieleiders**

De strategieën die bij de educatieve theorieën passen en van toepassing zijn op de afdeling zijn het geven van educatief materiaal en het gebruik van opinieleiders(6). De opinieleiders zouden de verpleegkundigen van de afdeling geriatrie kunnen zijn, deze hebben verstand van ouderen en weten wat er bij het ontslag van ouderen komt kijken. Als deze opinieleiders klinische lessen op de afdeling geven zullen de verpleegkundigen deze informatie eerder aannemen het over hun vakgebied gaat.

Het educatieve materiaal moet voor en na de klinische les worden gebruikt om de verpleegkundigen te motiveren. Voor de klinische les moet een flyer verspreid worden met de aankondiging van de les en de te behandelen onderwerpen. Na de klinische les moet er informatie worden meegegeven aan de verpleegkundigen zodat zij alles nog even kunnen nalezen. Het is daarbij belangrijk dat de informatie beknopt is zodat ze tijdens hun werk snel kunnen opzoeken hoe zij moeten handelen(6).

#### 4.1.1.2 Motivationele theorieën

De motiverende theorieën omvat de invloed van intenties, attitudes en percepties op de motivatie om te veranderen(6).

De opdrachtnemers hebben voor deze theorie gekozen omdat uit de probleemanalyse blijkt dat de meeste verpleegkundigen niet gemotiveerd zijn. Verpleegkundigen moeten inzien waarom de aanbevelingen geïmplementeerd moeten worden en wat de voordelen hiervan zijn. Het te verwachten resultaat is dat verpleegkundigen gemotiveerder zijn.

**Strategie: feedback en reminders**

De strategie die bij de motivationele theorieën past zijn de feedback en reminders. Deze houden in dat verpleegkundigen elkaar feedback geven over elkaars handelen in de praktijk(6). Als de geleverde zorg niet volgens de aanbevelingen is uitgevoerd moet een andere verpleegkundige diegene erop aanspreken. Zodat alle verpleegkundigen uiteindelijk weten hoe ze de aanbevelingen in de praktijk moeten uitvoeren. Ook willen de opdrachtnemers dat er in het EPD een reminder wordt ingevoerd die een melding geeft dat er gescreend moet worden met de ISAR-HP.

### 4.1.2. Organisatorische context

#### 4.1.2.1 Re-engineering-theorie

De re-engineering-theorie omvat het veranderen en verbeteren van zorgprocessen. Het doel is om ervoor te zorgen dat de zorg voor groepen patiënten aansluit op hun behoeften en de kosten worden gereduceerd(6).

De opdrachtnemers hebben voor deze theorie gekozen omdat uit het verbeterplan blijkt dat er bij het ontslag van ouderen veel disciplines samen moeten werken. Omdat er geen eenduidig beleid is weten de verschillende disciplines niet wat hun rol in het ontslagproces is. Er moeten dus afspraken gemaakt worden over welke discipline wat moet doen in het ontslagproces van ouderen. Standaardisatie van het proces is dan ook wenselijk. Het te verwachten resultaat is iedere discipline weet wat zijn/haar rol is.

**Strategie: geïntrigeerde zorg**

De strategie die bij de re-engineering-theorie past is die van de geïntrigeerde zorg, zo wordt het voor alle disciplines duidelijk is wat hun rol is in het ontslagproces. Dit houdt in dat er gestructureerde zorg komt voor de oudere patiënt die met ontslag gaat vanaf de SEH(6). Nu is het niet duidelijk hoe verpleegkundigen moeten handelen bij een oudere die met ontslag gaat vanaf de SEH. Als hier een protocol voor is weten alle disciplines welke handelingen zij moet uitvoeren en welke andere disciplines er in consult gevraagd moeten worden. Zo is het voor alle disciplines duidelijk wie wat bijdraagt aan de zorg en zal dit uiteindelijk zorgen voor minder heropnames en de kosten daarmee reduceren.

#### 4.1.2.2 Bottum up en Top-down

Volgens Grol(6) is implementatie het meest effectief wanneer de managers overtuigd zijn van de implementatie, zij halen de medewerkers over tot het invoeren van het nieuwe beleid. Deze vorm van implementatie wordt ook wel top-down implementatie genoemd omdat het initiatief van de leidinggevenden (top) komt en niet van de afdelingsverpleegkundigen(down). Op de SEH van het ziekenhuis is de verpleegkundige leidinggevende zeer enthousiast over het project en gemotiveerd om het nieuwe beleid door te voeren. De afdelingsverpleegkundigen zijn nog niet overtuigd van het nut van het nieuwe beleid, zij moeten worden gemotiveerd door de leidinggevende(6).

Echter is bij het ontwikkelen van het implementatieplan dat het meest specifiek is gericht op de SEH, rekening gehouden met de medewerkers van alleen deze afdeling. De medewerkers zijn eveneens betrokken geweest bij het onderzoek en het verbeterplan. Hieruit blijkt dat het verbeterplan en dit implementatieplan een bottum-up benadering heeft.

Hieruit concluderen de opdrachtnemers dat een mix van beiden top down en bottum up het beste is.

# Uitvoering implementatie

In dit hoofdstuk wordt er daadwerkelijk uitvoering gegeven aan de implementatie van aanbevelingen: de activiteiten. Dit wordt uitgewerkt aan de hand van de vijf fasen van implementatie en de PDCA-cyclus.

## 5.1 5 fasen van implementatie

In het implementatiemodel van Grol(6) wordt implementatie ingedeeld in vijf fasen. Hieronder worden de fasen kort toegelicht.

1. **Fase 1: oriëntatie:**

In de oriëntatiefase verdiepen de opdrachtgever (leidinggevenden SEH) en de opdrachtnemer zich in het probleem en werken dit uit. Het document dat hierbij hoort is het projectplan.

1. **Fase 2: inzicht**

In de inzichtfase doen de opdrachtnemers onderzoek om antwoorden te geven ter verbetering van het probleem. Het document dat hierbij hoort is het verbeterplan

1. **Fase 3: acceptatie**

In de acceptatiefase doen de opdrachtnemers aanbevelingen en wordt er een start gemaakt met het implementatieproces door middel van onder andere het activiteitenschema en het overdrachtsgesprek. Ook worden de medewerkers van de SEH gemotiveerd voor verandering. Het document dat hierbij hoort is het implementatieplan.

1. **Fase 4: verandering**

In de veranderfase wordt de implementatie ingevoerd: het activiteitenschema wordt verder uitgevoerd door sleutelfiguren, de werkgroep en medewerkers van de SEH. Tevens wordt nog een keer duidelijk gemaakt waarom implementatie zo belangrijk is, door middel van klinische lessen.

1. **Fase 5: behoud van verandering**

In deze fase wordt de implementatie volledig geïntegreerd in de dagelijkse routine van de SEH en geëvalueerd en wordt er gekeken naar welke stappen er ondernomen moeten worden om de veranderingen te behouden.

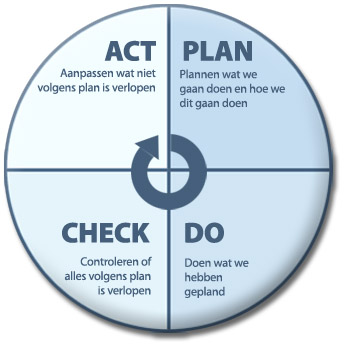
5.2 PDCA- cyclus

De opdrachtnemers hebben ervoor gekozen om bij het implementatie gebruik te maken van de Plan-, Do-, Check-, Actcyclus, PDCA. Deze cyclus beschrijft implementatie als een proces wat voortdurend gecontroleerd en verbeterd moet worden(6,7). Om dit te doen moet de sleutelfiguur gebruikmaken van meetbare kwaliteitsindicatoren in paragraaf 6.4.

De PDCA-cyclus bestaat uit vier fasen die steeds herhaald worden en is hieronder uitgewerkt.

|  |  |
| --- | --- |
| **Stap uit Cyclus** | **Vertaling naar het afstudeerproject op de SEH** |
| **Plan:** maak een plan met SMART-geformuleerde doelen | Ontworpen aanbevelingen naar de SEH uit doelen naar aanleiding van de resultaten van het uitvoerde onderzoek uit het verbeterplan. |
| **Do:** voer het plan uit | Het omzetten van aanbevelingen in concrete activiteiten en deze uitvoeren. |
| **Check:** controleer en evalueer | Het meten van structuur-, proces-, en uitkomstindicatoren door het management van de SEH en de werkgroep (zie tabel 6). |
| **Act:** stel plan (P) bij | Het bijstellen van P naar aanleiding van de evaluatie van C. |

Tabel 4: PDCA-cyclus



Figuur 2: PDCA-cyclus(12)

## 5.3 Tijdspad

In onderstaand activiteitenschema is via de PDCA-cyclus en het fasenmodel van Grol(6) weergegeven welke activiteiten door welke betrokkenen wanneer gedaan worden en welke aanbevelingen hierbij horen. Om het overzichtelijk te maken welke activiteiten bij welke stap van de PDCA-cyclus horen hebben de opdrachtnemers deze in het activiteitenschema verwerkt.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PDCA** | **Fase** | **Aanbeveling** | **Datum** | **Activiteiten** | **Betrokkenen** | **Doel** | **Gedaan** |
| Plan | Fase 1: oriëntatie | N.V.T. | Week 23  Datum: 2 – 8 juni 2014 | Start probleeminventarisatie SEH door middel van gesprekken en het schrijven van factsheet en startnotitie | Opdrachtgever  Opdrachtnemers | Verhelderen aanleiding en probleem en dit vastleggen in documenten. |  |
| Plan | Fase 1: oriëntatie | N.V.T. | Week 36  Datum: 1 – 7 september 2014 | Start project zorgverbetering | Opdrachtgevers  Opdrachtnemers | Verbeteren zorgverlening aan ouderen die met ontslag gaan vanaf de SEH van het ziekenhuis. |  |
| Plan | Fase 2: Inzicht | N.V.T. | Week 41  Datum: 6 – 12 oktober 2014 | Start praktijkonderzoek | Opdrachtnemers | Huidige en gewenste situatie vastleggen en analyseren. |  |
| Plan | Fase 2: Inzicht | N.V.T. | Week 41  Datum: 6 – 12 oktober 2014 | Bericht in de weekmail van de SEH om het praktijkonderzoek aan te kondigen | Opdrachtnemers Opdrachtgevers | Medewerkers SEH betrokken houden bij het project. |  |
| Plan | Fase 2: Inzicht | N.V.T. | Week 42-44  Datum: 13 – 31 oktober 2014 | Interviews medewerkers SEH en betrokken disciplines ziekenhuis | Opdrachtnemers | Eerste indruk opdoen hoe medewerkers tegenover implementatie staan. |  |
| Plan | Fase 3: acceptatie | 1 T/M 9 | Week 46 Datum: 10 – 16 november 2014 | Goedkeuring aanbevelingen door opdrachtgever en school | Opdrachtgevers | Zorgen dat opdrachtgevers achter de aanbevelingen staan. |  |
| Plan | Fase 3: acceptatie | 1 T/M 9 | Week 48  Datum: 24 – 30 november 2014 | Presentatie resultaten en peiling implementatie weerstand | Opdrachtnemers | Peilen bereidheid implementatie en informeren. |  |
| **PDCA** | **Fase** | **Aanbeveling** | **Datum** | **Activiteiten** | **Betrokkenen** | **Doel** | **Gedaan** |
| Do | Fase 3: acceptatie | 1 T/M 9 | Week 49  Datum: 1 – 7 december 2014 | Bericht in de weekmail van de SEH om de implementatie aan te kondigen. | Opdrachtnemers Opdrachtgevers | Medewerkers betrokken houden bij het project. |  |
| Do | Fase 3: acceptatie | 1 T/M 9 | Week 49  Datum: 1 – 7 december 2014 | Overdrachtsgesprek plannen | Opdrachtnemers Opdrachtgevers | Zodat iedereen aanwezig kan zijn bij de overdracht. |  |
| Do | Fase 3: acceptatie | 1 T/M 9 | Week 50  Datum: 8 – 14 december 2014 | Sleutelfiguur aanwijzen | Opdrachtnemers Opdrachtgevers | Persoon aanwijzen die het project overneemt van de opdrachtnemers. |  |
| Do | Fase 3: acceptatie | 9 | Week 50  Datum: 8 – 14 december 2014 | Overhandigen protocol nabellen van ouderen op de SEH(zie bijlage 4)  MCH Westeinde, Den Haag | Opdrachtnemers | Geven van een voorbeeld waarna een eigen protocol kan worden ontworpen. |  |
| Do | Fase 3: acceptatie | 1 T/M 9 | Week 51  Datum: 15 – 21 december 2014 | Poster klinische les ophangen en aankondiging in de weekmail van de SEH zetten. | Opdrachtnemers Opdrachtgevers | Zoveel mogelijk mensen op de hoogte stellen van de klinische les. |  |
| Do | Fase 3: acceptatie | 1 T/M 9 | Week 2  Datum: 9 januari 2015 | Overdrachtsgesprek | Opdrachtnemers Opdrachtgevers | Overdracht project aan opdrachtgevers. |  |
| Do | Fase 3: acceptatie | 1 T/M 9 | Week 5  Datum: 31 januari 2015 | Overdrachtsrapport aan opdrachtgevers, werkgroep ouderen en sleutelfiguur overhandigen | Opdrachtnemers | Project overdragen aan opdrachtgevers en sleutelfiguur. |  |
| Do | Fase 3: acceptatie | 9 | Week 5 datum: 31 januari 2015 | Concept lijst voor nabellen overhandigen aan werkgroep. | Opdrachtnemers | Voorbeeld geven waarna er een eigen formulier ontworpen kan worden. |  |
| Do | Fase 3: acceptatie | 1 T/M 9 | Week 2  Datum: 9 januari 2015 | Klinische les geven over de resultaten van het project en de aanbevelingen. | Opdrachtnemers | Overdragen van informatie over resultaten en aanbevelingen. |  |
| **PDCA** | **Fase** | **Aanbeveling** | **Datum** | **Activiteiten** | **Betrokkenen** | **Doel** | **Gedaan** |
| Do | Fase 3: acceptatie | 1 T/M 9 | Week 5  Datum: 31 januari 2015 | Resultaten en aanbevelingen mailen naar alle medewerkers zodat degene die niet aanwezig waren ook op de hoogte zijn. | Opdrachtnemers Opdrachtgevers | Betrekken medewerkers die niet bij klinische les waren bij implementatie. |  |
| Do | Fase 4: verandering | 1 en 2 | Week 6, 7 en 9.  Datum: 2 – 22 februari 2015 | Implementatie valscreening en ISAR-HP door opdrachtgevers in EPD | Opdrachtgevers | Verkorten tijd en moeite die nodig is voor screening. |  |
| Do | Fase 4: verandering | 1 T/M 9 | Week 10, 11 en 12  Datum: 2 – 22 maart 2015 | Aanbevelingen verwerken in een protocol en zakkaartje met een verkorte weergave van het protocol. | Werkgroep Sleutelfiguur | Zorgen dat beleid duidelijk is en wordt nageleefd. |  |
| Do | Fase 4: verandering | 6 | Week 10, 11 en 12  Datum: 2 – 22 maart 2015 | Folder ontwerpen met informatie over met wie mensen contact opnemen bij welke problemen. | Werkgroep Sleutelfiguur | Patiënten informeren waar ze terecht kunnen. .met zorgvraag. |  |
| Do | Fase 4: verandering | 8 | Week 12 en 13.  Datum: 16 – 29 maart 2015 | Overleg Evean, geriater en transferpunt over zorg leveren tijdens de AWN-uren. | Werkgroep Sleutelfiguur | Beleid ontwerpen voor zorg tijdens AWN-uren. |  |
| Do | Fase 4: verandering | 3 en 4 | Week 12 en 13.  Datum: 16 – 29 maart 2015 | Afspraken maken met de geriatrie over wanneer deze in consult gevraagd moeten worden. Voor het afnemen van een uitgebreide screening. | Werkgroep, Geriatrie Sleutelfiguur | Duidelijkheid voor alle disciplines en de SEH over wanneer deze in consult gevraagd worden. |  |
| Do | Fase 4: verandering | 7 | Week 14  Datum: 30 maart – 5 april 2015 | Afspraken artsen maken over het beschrijven van de psychosociale aspecten die naar voren zijn gekomen tijdens de opname. | Werkgroep Sleutelfiguur | Volledige overdracht naar huisarts zodat deze eventueel zorg kan inschakelen. |  |
| Do | Fase 4: verandering | 5 | Week 14  Datum: 30 maart – 5 april 2015 | Afspraken maken over het voeren van het ontslaggesprek over hoe het wordt geregistreerd. | Werkgroep Sleutelfiguur | Eén beleid voor het voeren van het ontslaggesprek voor ouderen. |  |
| **PDCA** | **Fase** | **Aanbeveling** | **Datum** | **Activiteiten** | **Betrokkenen** | **Doel** | **Gedaan** |
| Do | Fase 4: verandering | 1 en 2 | Week 15  Datum: 6 – 12 april 2015 | Klinische les geriatrie over screenen met de ISAR-HP | Geriatrie | Informatie voorzien over ISAR-HP en gelegenheid tot het stellen van vragen |  |
| Do | Fase 4: verandering | 1 T/M 9 | Week 15  Datum: 6 – 12 april 2015 | Uitdelen zakkaartje aan medewerkers | Werkgroep Sleutelfiguur | Medewerkers hebben protocol altijd bij de hand |  |
| Do | Fase 4: verandering | 1 T/M 9 | Week 16  Datum: 13 – 19 april 2015 | Implementatie protocol | Werkgroep Sleutelfiguur | Protocol implementeren |  |
| Check | Fase 5: behoud van verandering | 1 T/M 9 | Week 24 en 25  Datum: 8 – 21 juni 2015 | Evaluatie van de maand mei met indicatoren (zie tabel 6) | Sleutelfiguur  Werkgroep ouderen | Bewaken kwaliteit van zorg en zo nodig activiteiten aanpassen |  |
| Check | Fase 5: behoud van verandering | 1 T/M 9 | Week 28 en 29  Datum: 6 – 19 juli 2015 | Evaluatie van de maand juni met indicatoren (zie tabel 6) | Sleutelfiguur  Werkgroep ouderen | Bewaken kwaliteit van zorg en zo nodig activiteiten aanpassen |  |
| Check | Fase 5: behoud van verandering | 1 T/M 9 | Week 33 en 34  Datum: 10 – 23 augustus | Evaluatie van de maand juli met indicatoren (zie tabel 6) | Sleutelfiguur  Werkgroep ouderen | Bewaken kwaliteit van zorg en zo nodig activiteiten aanpassen |  |

Tabel 5: activiteitenschema

# 6. Evaluatie

Tijdens de evaluatie, de laatste stap in het stappenplan van Grol(6) wordt er regelmatig gecontroleerd of de gestelde doelen zijn behaald. Het activiteitenschema (figuur 4) kan worden gebruikt om te zien of de activiteiten binnen de gestelde tijd zijn uitgevoerd. Er wordt ook gekeken of het implementatieproces nog effectief verloopt door gebruik te maken van de hieronder weergegeven opgestelde kwaliteitsindicatoren en de PDCA- Cyclus (paragraaf 5.2).

## 6.1 Doelen op korte termijn

- De kennis van de verpleegkundigen wordt verbreed zodat zij weten hoe ze het nieuwe beleid moeten uitvoeren en hiertoe gemotiveerd raken.

- De opdrachtgevers en opdrachtnemers moedigen alle medewerkers van de SEH en overige betrokken disciplines aan voor de klinische les.

## 6.2 Doelen op lange termijn

- De aanbevelingen zijn vastgelegd in een protocol en een zakkaartje.

- Er worden met de geriatrie, Evean en het transferpunt afspraken gemaakt over het beleid in de AWN-uren.

- Het beleid wordt regelmatig door de sleutelfiguur en de werkgroep geëvalueerd en de activiteiten worden hierna waar nodig bijgesteld.

## 6.3 Kwaliteitsindicatoren

Hieronder in de tabel zijn de kwaliteitsindicatoren, behorend bij de Check uit de PDCA-cyclus, weergegeven met bijbehorende normen en aanbeveling. Deze kwaliteitsindicatoren kunnen worden gebruikt om de implementatie van de aanbevelingen te evalueren. Als deze indicatoren niet aanwezig zijn moeten er activiteiten ondernomen worden om ze te realiseren.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicator** | **Specificatie** | **Norm** | **Uitkomstmaat** | **Aanbeveling** |
| Structuur  (Aanwezige randvoorwaarden) | De (mate van) aanwezigheid van ICT ter integrering van de ISAR-HP in het verpleegkundig dossier. | Er is tussen 09:00 en 17:00 altijd een ICT-er bereikbaar. | Het aantal ICT medewerkers die betrokken zijn bij de integratie van de ISAR-HP in het verpleegkundig dossier. | 1 |
| Structuur | De (mate van) aanwezigheid van de mogelijkheid tot integratie ISAR in dossier. | De ISAR-HP is volledig geïntegreerd in het dossier | Integratie van ISAR-HP in het dossier | 1 |
| Structuur | De mate van scholing van verpleegkundige | De verpleegkundige krijgt per half jaar twee klinische lessen | Het aantal verpleegkundigen die de twee klinische lessen hebben bijgewoond  het totaal aantal verpleegkundigen werkzaam op de SEH. | 1-9 |
| Structuur | De (mate van) aanwezigheid van valscreeningsinstrument. | Het valscreeningsinstrument is aanwezig | De aanwezigheid van het valscreeningsinstrument | 2 |
| Structuur | De (mate van) aanwezigheid van de CGA. | Het CGA is aanwezig | De aanwezigheid van het CGA | 4 |
| Structuur | De (mate van) aanwezigheid van de Geriatrie. | De geriatrie is 24 uur per dag en zeven dagen per week aanwezig | Het aantal uren per week dat een medewerker van de geriatrie aanwezig is  Totaal aantal uren per week (168 uur). | 3 |
| Structuur | De (mate van) aanwezigheid van folders voor ouderen waarin staat waar ouderen naar toe kunne bellen bij welke problemen, bijvoorbeeld huisarts en thuiszorg | Er is voor elke oudere een folder | Het aantal folders wat aangeboden is aan ouderen per maand  Het totaal aantal ouderen dat met ontslag gaat | 6 |
| **Indicator** | **Specificatie** | **Norm** | **Uitkomstmaat** | **Aanbeveling** |
| Structuur | De (mate van) aanwezigheid van een standaard overdrachtsformulier om specifiek te kunnen invullen. | Er is een standaard overdrachtsformulier aanwezig | Het aantal gebruikte gestandaardiseerde overdrachtsformulieren per maand  Het totaal aantal ouderen dat met ontslag gaat | 7 |
| Structuur | De (mate van) aanwezigheid van opnamecapaciteit in zorginstellingen tijdens ANW-uren als ouderen niet naar huis kunnen | Er is een beleid aanwezig tijdens ANW-uren als ouderen niet naar huis kunnen | Het aantal ouderen die niet naar huis kunnen en is doorverwezen naar een zorginstelling tijdens ANW-uren  Het aantal oudere die niet naar huis kunnen tijdens ANW-uren | 8 |
| Proces | De (mate van) toepassing van de ISAR-HP(3) | Alle opgenomen ouderen op de SEH worden gescreend met de ISAR-HP | Alle opgenomen ouderen op de SEH waarbij de ISAR-HP screening is afgenomen  alle opgenomen ouderen op de SEH | 1 |
| Proces | De (mate van) aanwezigheid van functieverlies nadat de ISAR-HP is toegepast |  | Alle opgenomen ouderen op de spoedeisende hulp waarbij functieverlies is opgetreden  alle opgenomen ouderen op de spoedeisende hulp | 1 |
| Proces | Het aantal keren dat de geriatrie in consult is gevraagd | De geriatrie is bij een verhoogde score van 2 of meer van de ISAR-HP en als ouderen niet naar huis kunnen, in consult gevraagd. | Het aantal keren dat de geriatrie in consult is gevraagd  Het aantal ouderen met een ISAR-HP score van 2 of hoger en niet naar huis kunnen | 3 |
| Proces | Het aantal keren dat de CGA is afgenomen | De CGA wordt door iemand van de geriatrie afgenomen bij een verhoogde score van 2 of meer van de ISAR-HP en als ouderen niet naar huis kunnen. | Het aantal keren dat de CGA is afgenomen  Het aantal ouderen met een ISAR-HP score van 2 of hoger en niet naar huis kunnen | 4 |
| Proces | Het aantal gevoerde ontslaggesprekken met ouderen die naar huis gaan | Er wordt met ieder oudere die vanaf de SEH met ontslag naar huis gaat een ontslaggesprek gevoerd | Het aantal ouderen dat vanaf de SEH met ontslag gaat waarbij een ontslaggesprek is gevoerd  Het aantal ouderen dat vanaf de SEH met ontslag naar huis gaat | 5 |
| **Indicator** | **Specificatie** | **Norm** | **Uitkomstmaat** | **Aanbeveling** |
| Proces | Hoe vaak worden folders gemaakt en meegegeven. | Er wordt aan iedere oudere die met ontslag gaat naar huis een folder aangeboden | Het aantal folders wat aangeboden is aan ouderen per maand  Het totaal aantal ouderen dat op de SEH komt per maand | 6 |
| Proces | Overdracht geschreven mét psychosociale aspecten. | Het gestandaardiseerde overdrachtsformulier wordt gebruikt bij het ontslag bij iedere oudere die naar huis gaat. | Het aantal gebruikte gestandaardiseerde overdrachtsformulieren per maand  Het totaal aantal ouderen dat met ontslag gaat | 7 |
| Proces | Hoe vaak nagebeld wordt | Als ouderen met ontslag gaan naar huis worden na een werkdag nagebeld volgens het protocol (zie bijlage 4) | Het aantal keren dat een oudere is nagebeld nadat zij met ontslag zijn gegaan naar huis  Het aantal ouderen dat met ontslag naar huis zijn gegaan | 9 |
| Uitkomst  (effecten) | Het aantal teruggekomen ouderen op de spoedeisende hulp na toepassing van de interventies | Er is een significante vermindering van 13% in het verschil in het terugkomen van ouderen na ontslag op de SEH na de interventie vergeleken met voor de interventie | Het aantal ouderen dat voor de interventies is teruggekomen  Het aantal ouderen dat na de interventie is teruggekomen | 1-9 |

Tabel 6: indicatoren

# 7.Literatuurlijst

1. Nationale Atlas Volksgezondheid. Ouderen per gemeente 2013; 2014. URL: [http://www.zorgatlas.nl/beinvloedende-factoren/demografie/levensfase/ouderen-per-gemeente#breadcrumb](http://www.zorgatlas.nl/beinvloedende-factoren/demografie/levensfase/ouderen-per-gemeente) (geraadpleegd op 18 september 2014)
2. Ziekenhuis. Jaarverslag Ziekenhuis 2013. Purmerend: Ziekenhuis; 2014.
3. Veiligheidsmanagementprogramma (VMS). Praktijkgids kwetsbare ouderen. Utrecht: VMS; 2009.
4. Salvi F, Morichi V, Grilli A, Lancioni L, Spazzafumo L, Polonara S, Abbatecola AM, De Tommaso G, Dessi-Fulgheri P, Lattanzio F. Screening for frailty in elderly emergency department patiënts by using the Identification of Seniors At Risk (ISAR). The Journal of Nutrition, Health and Aging 2012 Apr;16(4):313-8.
5. Encyclo.nl. Nederlandse encyclopedie; 2014. URL: <http://www.encyclo.nl/begrip/> (geraadpleegd op 4 december 2014).
6. Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business; 2011.
7. De Bekker JMA, Eliens AM, de Haan JH, Schouten LMT, Wigboldus ME. Kwaliteitszorg en patiëntveiligheid. Dwingeloo: Kavanah; 2010.
8. Burgers JS, Assendelft WJJ, Everdingen van JJE Evidence-based richtlijnen In: Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM Inleiding in evidence-based medicine klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Derde herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2008 p. 198.
9. Stapper C. Mintsberg Organisatiestructuren. Mintzberg Organisatiestructuren; 2012. URL: <http://www.expand.nl/hr-weblog/mintzberg-organisatiestructuren---modellen>. (geraadpleegd op 24 november 2014).
10. The art of the management. Situationeel leiderschap; 2010. URL: <http://123management.nl/0/030_cultuur/a300_cultuur_11_situationeel_leiderschap.html> (geraadpleegd op 20 april 2014).
11. Parker SG, Peet SM, McPherson A, Cannaby AM, Abrams K, Baker R, Wilson A, Lindesay J, Parker G, Jones DR. A systematic review of discharge arrangements for older people. Health Technol Assess. 2002;6(4):1-183.
12. PassionedGroup. PDCA-Cirkel; (n.d.). URL: <http://www.pdcacyclus.nl/pdca-cirkel/> (geraadpleegd op 5 december).

# 8. Bijlagen

1. Poster klinische les
2. Stappenplan grol wensing
3. Mail zorgverzekeraar waar ziekenhuis mee samenwerkt
4. Protocol nabellen Medisch Centrum Haaglanden, Locatie Westeinde, Den Haag

## Bijlage 1: poster klinische les

**Klinische Les**

Datum : 9 januari 2015

Plaats : MFR ruimte SEH

Tijd : 15:30 tot 16:00

Onderwerp:

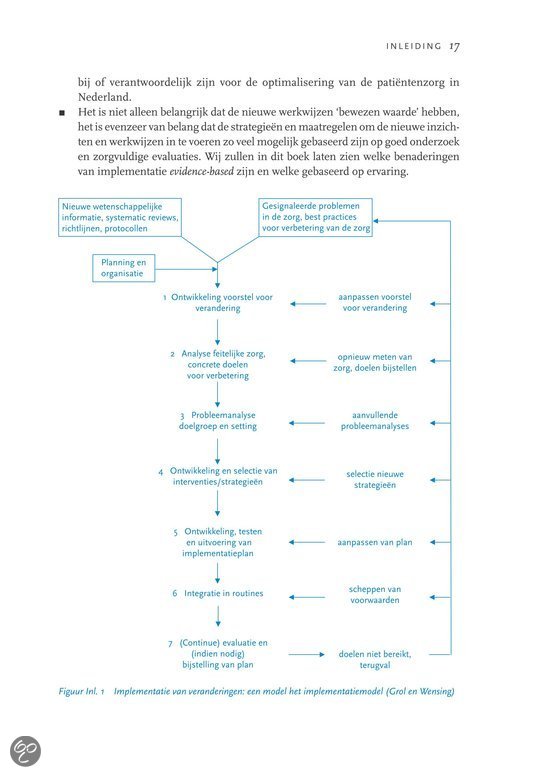
Ontslagproces bij ouderen op de SEH

Door: Danny v Zuylen

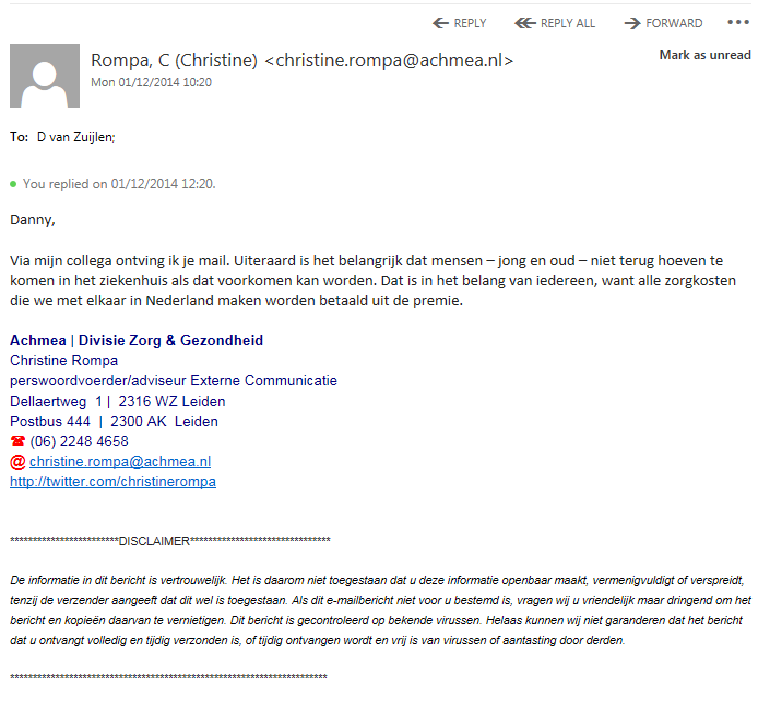
Charlotte Jonkers

MC900212589[1]werkgroep klinische lessen Acute Zorg

## Bijlage 2: Stappenplan grol wensing



## Bijlage 3: Mail zorgverzekeraar waar ziekenhuis mee samenwerkt



Bijlage 4: Nabelformulier format

NABELFORULIER OUDEREN

Patiëntensticker

SPOEDEISENDE HULP

REGIONAAL ZIEKENHUIS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum opname |  | |
| Reden van opname |  | |
| Ingepen/onderzoeken |  | |
| Bijzonderheden |  | |
| Datum ontslag |  | |
| Burgelijke staat |  | |
| Woonvorm (thuis) |  | |
| U bent op de SEH van het ziekenhuis geweest. Hoe gaat het nu met u? | |  |
| Vraag na of alles nog duidelijk (uitgevoerde behandelingen, vervolgafspraken e.d.) is? | |  |
| Bespreek de thuissituatie: mantelzorg aanwezig, hulp nodig? | |  |
| Wijs de patiënt nog op de folder met telefoonnummers, zodat zij weten wie en wanneer gebeld kan worden | |  |
| Zijn er nog vragen over de medicatie? | |  |
| Vraag of de patiënt verder nog vragen heeft? | |  |

Mogelijke vervolgacties:

* Thuiszorg inschakelen/uitbreiden
* Mantelzorg inschakelen
* Huisarts bellen
* Retour SEH laten komen
* Overige acties:

Bijlage 5: Protocol nabellen regionaal ziekenhuis Den Haag