

27 JUNI 2024

UNIVERSITY
OF TWENTE.

BESLUITVORMING DOOR
ZORGPROFESSIONALS
ROND ONTSLAG NA
OPERATIEVE BEHANDELING
SLOKDARMKANKER

Naam: Babet Mensen
Studentnummer: s2842122
Opleiding: Bsc Gezondheidswetenschappen

Bachelorkring:
Het betrekken van burgers en patiënten bij het
maken van keuzes in de zorg

Begeleiders Universiteit Twente:
Dr. J.A. van Til
Dr. J. Mikhal
Dr. R. Wolkorte

Begeleiders ZGT:
Dr. E. Kouwenhoven
Mevr. M. Dik

*Disclaimer: In deze thesis is gebruik gemaakt van
ChatGPT om suggesties voor een verbeterde
verwoording uit te vragen.*

Voorwoord

Voor u ligt de bachelor thesis getiteld ‘Besluitvorming door zorgprofessionals rond ontslag na operatieve behandeling slokdarmkanker’. Deze thesis is geschreven ter afsluiting van de bacheloropleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente.

Graag wil ik iedereen bedanken die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van deze thesis. Ten eerste wil ik mijn begeleiders Janine van Til, Julia Mikhal en Ria Wolkorte bedanken voor de uitstekende begeleiding en nuttige feedback gedurende de hele periode. Daarnaast wil ik Dr. E. Kouwenhoven en Manon Dik bedanken voor de begeleiding vanuit Ziekenhuisgroep Twente, Dr. E. Kouwenhoven in het bijzonder voor het contact leggen met de zorgprofessionals uit het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam en Catharina Ziekenhuis Eindhoven. Ook wil ik mijn bachelorkring bedanken voor hun ondersteuning tijdens het schrijven van deze thesis. Tot slot wil ik uiteraard alle zorgprofessionals bedanken die hebben deelgenomen aan dit onderzoek!

Ik wens u veel leesplezier!

Babet Mensen
Enschede, juni 2024

Abstract

Achtergrond: Nadat een slokdarmkankerpatiënt een curatieve operatieve behandeling heeft ondergaan, volgt een ziekenhuisopname van ongeveer een week. De daadwerkelijke duur is waarschijnlijk afhankelijk van veel verschillende factoren en deze verschillen mogelijk per ziekenhuis. Op dit moment ontbreekt consistentie en transparantie in de redenen, afwegingen en voorkeuren die zorgprofessionals hanteren bij het besluitvormingsproces rondom ontslag. Het doel van dit onderzoek is om antwoord te kunnen geven op de vraag: “Wat zijn redenen, afwegingen en voorkeuren van zorgprofessionals in verschillende ziekenhuizen, die meegenomen worden in de beslissing tot ontslag van slokdarmkankerpatiënten na een curatieve operatieve behandeling?”

Methode: Er zijn semigestructureerde interviews gehouden met in totaal negen zorgprofessionals uit de Ziekenhuisgroep Twente (ZGT), het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam (EMC) en het Catharina ziekenhuis Eindhoven (CZE). Deze interviews zijn getranscribeerd en vervolgens inductief gecodeerd.

Resultaten: De bevindingen tonen een grote diversiteit in redenen, afwegingen en voorkeuren. Uit de analyse komen vijf thema's naar voren. Het eerste thema is de werkwijze bij ontslag, waarin objectieve factoren zoals het CRP, (niet) medische subjectief geïnterpreteerde factoren zoals pijn, maar ook de werkwijze rondom het protocol behandeld worden. In het thema 'rollen van betrokkenen' worden taken besproken zoals het inschatten van subjectief geïnterpreteerde factoren en het managen van verwachtingen, evenals door welke zorgprofessional deze taken worden uitgevoerd. Bovendien komt ook de rol van de patiënt in dit thema aan bod. In het thema 'visies en inzichten bij ontslag' wordt onder andere besproken dat zorgprofessionals de ligduur van vijf dagen als een positieve ontwikkeling beschouwen en er uiteenlopende meningen zijn over een heropnamepercentage van 15%. Uitdagingen in dit proces zoals de verwachtingen van patiënten en ontslag in het weekend komen naar voren in thema 4. Ten slotte wordt het thema 'Artificial Intelligence' (AI) behandeld. Veel deelnemers staan positief tegenover AI, maar geven daarbij aan (op dit moment) niet volledig hierop te kunnen vertrouwen. Daarnaast zijn de deelnemers verschillend van mening over de geschikte uitkomstmaat van een predictiemodel voor veilig ontslag.

Discussie & conclusie: Concluderend is er geen eenduidige benadering voor het beslissen over ontslag van slokdarmkankerpatiënten na een curatieve operatieve behandeling. De grote diversiteit in redenen, afwegingen en voorkeuren is het gevolg van onder andere ervaring, persoonlijke overtuigingen en institutionele protocollen. Het feit dat verschillende factoren in overweging worden genomen, benadrukt de complexiteit van dit besluit. Het onderzoek benadrukt de noodzaak voor vervolgonderzoek om de bevindingen te bevestigen. Met behulp van deze inzichten kan het besluitvormingsproces en daarmee de zorgpraktijk consistent en transparant verbeterd worden.

Table of Contents

Voorwoord.....	2
Abstract	3
1. Inleiding.....	6
2. Methode.....	8
2.1. Onderzoeksdesign en dataverzameling	8
2.2. Onderzoekspopulatie	8
2.2.1. <i>In- en exclusiecriteria</i>	8
2.2.2. <i>Werving</i>	8
2.3. Data-analyse.....	9
2.4. Ethische overwegingen	9
3. Resultaten.....	10
3.1. Werkwijze bij ontslag	10
3.1.1. <i>Objectieve factoren bij ontslag</i>	10
3.1.2. <i>(Niet) medische factoren met subjectieve interpretatie bij ontslag</i>	11
3.1.3. <i>Meningsverschillen tussen zorgprofessionals bij ontslag</i>	12
3.1.4. <i>Werken volgens protocol zonder en met ontslagcriteria</i>	12
3.2. Rollen van betrokkenen bij ontslag.....	13
3.2.1. <i>Rollen van zorgprofessionals bij ontslag</i>	13
3.2.2. <i>Rol van de patiënt bij ontslag</i>	15
3.3. Visies en inzichten bij ontslag	15
3.3.1. <i>Visie op ligduur</i>	15
3.3.2. <i>Visie op heropname</i>	16
3.3.3. <i>Mening over kans op heropname</i>	16
3.4. Uitdagingen bij ontslag	16
3.5. Artificial Intelligence	17
3.5.1. <i>Visie op AI</i>	17
3.5.2. <i>AI uitkomstmaat</i>	18
4. Discussie	19
4.1. Bevindingen en implicaties	19
4.2. Sterke en zwakke punten	21
4.3. Aanbevelingen	22
4.4. Vervolgonderzoek	22
5. Conclusie	24
6. Referentielijst.....	25
7. Bijlagen	27

7.1.	Informatieformulier	27
7.2.	Interviewschema.....	28
7.3.	Codeboek	33

1. Inleiding

De incidentie van oesophaguscarcinoom, ook wel slokdarmkanker, neemt de afgelopen decennia sterk toe. In 2023 werden in Nederland maar liefst 2.717 patiënten gediagnosticeerd met slokdarmkanker, terwijl in het jaar 1989 de incidentie 684 bedroeg [1, 2]. In 2020 stond slokdarmkanker wereldwijd op plek zeven van het type kanker met de hoogste incidentie en op plek zes voor het type kanker met de hoogste mortaliteit [3]. Het ontbreken van klinische symptomen in de vroege fase van slokdarmkanker, maakt dat de diagnose vaak pas in een vergevorderd stadium wordt gesteld. De vijfjaarsoverleving ligt wereldwijd rond de 10% [4]. Neoadjuvante chemo(radio)therapie gevolgd door een slokdarmresectie, zorgt voor een stijging van de vijfjaarsoverleving tot tussen de 45% en 55% [5].

De plaats van de tumor en het stadium van slokdarmkanker op moment van diagnose, bepaalt welke curatieve behandeling het meest geschikt is. In een vroege fase van slokdarmkanker is endoscopische resectie de standaard, dit is een minder invasieve behandeling [6]. Voor vergevorderde tumoren is neoadjuvante chemo(radio)therapie gevolgd door een slokdarmresectie de standaard. Het toevoegen van de chemo(radio)therapie draagt mogelijk bij aan het verlagen van het stadium voor de operatie en het verminderen van het risico op metastasen op afstand [7].

Na de curatieve operatieve behandeling van slokdarmkanker volgt een ziekenhuisopname van ongeveer een week. De daadwerkelijke ligduur is afhankelijk van veel factoren en verschilt per ziekenhuis. Ziekenhuizen hebben protocollen waarin richtlijnen voor een zorgproces worden opgenomen. In een postoperatief protocol staan soms criteria benoemd waaraan een patiënt moet voldoen om het ziekenhuis te mogen verlaten [8]. De CRP-waarde, een ontstekingsindicator, wordt bijvoorbeeld vaak opgenomen in het protocol, aangezien een stijging van de CRP-waarde vanaf postoperatieve dag twee wordt geassocieerd met het optreden van een complicatie [9]. Het protocol helpt bij 1) het verbeteren van perioperatieve zorg, 2) het verminderen van complicaties en 3) het versnellen van herstel [10]. In sommige gevallen komt het voor dat een protocol onvoldoende aansluit op een specifieke casus. In dat geval mag de arts hiervan afwijken [11]. Onderzoek van Park et. al laat zien dat de kans op heropname na een slokdarmresectie 13.4% is [12]. Het is daarom belangrijk dat ontslag plaatsvindt op een moment dat dit veilig kan volgens de zorgprofessional, zodat de kans op heropname zo klein mogelijk blijft.

Het belang van zorg die zich richt op de behoeften en voorkeuren van de patiënt en zijn of haar naasten, neemt steeds verder toe. Deze benadering staat bekend als patient centered care (PCC). PCC is zorg die rond de patiënt is georganiseerd, waarbij de zorgverleners samenwerken met patiënten en families om het volledige scala aan behoeften en voorkeuren van de patiënt te identificeren en te vervullen [13].

Een mogelijke methode om PCC te bevorderen, is shared decision making (SDM). SDM is een besluitvormingsproces dat gezamenlijk wordt uitgevoerd door een patiënt en zijn arts. Bij een gezondheidsbeslissing wordt het klinische bewijs voor de effectiviteit en risico's van de behandeling zorgvuldig afgewogen tegen de patiënt specifieke kenmerken, behoeften en voorkeuren [14]. SDM heeft een positief effect op de geneeskunde, 1) het voorkomt onnodige behandelingen, 2) het zorgt ervoor dat zorg zo veel mogelijk aan de verwachtingen van de patiënt voldoet en 3) het standaardiseert zorg tussen ziekenhuispraktijken [15]. Echter, het toepassen van SDM in de klinische praktijk blijft een uitdaging. Het proces van SDM bestaat namelijk uit een reeks gedragingen tijdens het klinisch consult, die het gezamenlijk nemen van een besluit mogelijk maken. Voor een volledige implementatie van SDM is het essentieel dat de arts alle gedragingen meeneemt in het klinische consult. In de praktijk komt het echter vaak voor dat slechts een aantal afzonderlijke gedragingen worden uitgevoerd. Enkele voorbeelden van deze gedragingen zijn: het presenteren van opties, het bespreken van de voor- en nadelen en het verifiëren van begrip. Het volledig uitvoeren van SDM, vereist dus een gedragsverandering van de zorgprofessional [14].

Bij de beslissing tot ontslag spelen naast het protocol mogelijk ook persoonlijke voorkeuren en relevante ervaringen van de zorgprofessional, evenals de patiënt, zijn omgeving en naasten mee in de beslissing tot ontslag. Redenen, afwegingen en voorkeuren die meegenomen worden in de beslissing tot ontslag verschillen mogelijk per individuele zorgprofessional [16].

Artsen binnen de Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) worstelen met de vraag hoe en wanneer patiënten te ontslaan op het moment dat dit veilig kan volgens zorgprofessionals, maar ook veilig voelt voor de patiënten. Op dit moment ontbreekt de consistentie en transparantie betreffende het besluitvormingsproces rondom ontslag. Met behulp van dit onderzoek wordt de stand van zaken rondom de beslissing tot ontslag van drie ziekenhuizen beschreven. De informatie biedt een leidraad voor het kritisch evalueren van het ontslagproces. Een beter begrip van redenen, afwegingen en voorkeuren die worden meegenomen in dit proces kan mogelijk bijdragen aan een verbetering van protocollen en daarmee het ontslagbeleid. Daarnaast wordt onderzocht of de zorgprofessional de behoeften en voorkeuren van de patiënt meeneemt in deze beslissing en of dit verschilt tussen de ziekenhuizen.

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van redenen, afwegingen en voorkeuren die door zorgprofessionals worden meegenomen in de beslissing tot ontslag na curatieve operatieve behandeling van slokdarmkanker. In dit onderzoek worden een *reden* gedefinieerd als een motief of factor die ten grondslag ligt aan de beslissing van een individu [17], in dit geval de beslissing van een zorgprofessional tot ontslag van een patiënt. De definitie van een *afweging* die in dit onderzoek wordt gehanteerd, omvat de relevante aspecten of factoren die een de zorgprofessional in overweging neemt en waar de zorgprofessional waarde aan hecht bij het nemen van een beslissing [18]. *Voorkeur* wordt in dit onderzoek gedefinieerd als een vergelijkende evaluatie waarbij specifieke factoren in een rangorde volgens de zorgprofessional worden meegenomen bij de beslissing tot ontslag [19]. Daarnaast wordt er tijdens dit onderzoek kort aandacht besteed aan de (mogelijke) toepassing van Artificial Intelligence (AI) tijdens de beslissing tot ontslag.

In dit onderzoek wordt mede gekeken óf en in welke mate de behoeften en voorkeuren van de patiënt volgens de zorgprofessionals in verschillende ziekenhuizen worden meegenomen in het zorgproces. De ziekenhuizen die in dit onderzoek meegenomen worden, zijn 1) de Ziekenhuisgroep Twente (ZGT), 2) het Erasmus Medisch Centrum (EMC) en 3) het Catharina Ziekenhuis Eindhoven (CZE). Deze ziekenhuizen zijn gespecialiseerd in de behandeling van slokdarmkanker [20-22]. Om de behandeling van slokdarmkanker te mogen uitvoeren, moeten ziekenhuizen voldoen aan een aantal SONCOS-voorwaarden. Dit zijn voorwaarden uit het normeringsrapport van de stichting oncologische samenwerking (SONCOS). Dit rapport bewaakt de kwaliteit van oncologische zorg. Eén van de voorwaarden in dit rapport is dat een ziekenhuis minimaal twintig slokdarmresecties per jaar moet uitvoeren [23].

De onderzoeksvraag luidt als volgt: “Wat zijn redenen, afwegingen en voorkeuren van zorgprofessionals in verschillende ziekenhuizen die meegenomen worden in de beslissing tot ontslag van slokdarmkankerpatiënten na een curatieve operatieve behandeling?”

2. Methode

2.1. Onderzoeksdesign en dataverzameling

Om antwoord te kunnen krijgen op de onderzoeksvraag is kwalitatief beschrijvend onderzoek uitgevoerd. Zorgprofessionals die betrokken zijn bij het ontslag van curatief operatief behandelde slokdarmkankerpatiënten zijn met behulp van semigestructureerde interviews bevraagd. Deze interviews vonden plaats in de periode tussen 13-05-2024 en 05-06-2024.

Semigestructureerde interviews zijn verkozen boven gestructureerde interviews omdat deze de mogelijkheid bieden om nadere toelichting, diepgang en uitbreiding van de antwoorden op te vragen [24]. Onderwerpen die in het interviewschema ([bijlage 5.1](#)) zijn behandeld, zijn: 1) besluitvorming rond ontslag, 2) multidisciplinair overleg, 3) patiëntbetrokkenheid, 4) heropnames en 5) Artificial Intelligence. Bij het onderwerp over de besluitvorming werd gevraagd naar de klinische criteria, protocollen en andere overwegingen die een rol spelen bij het ontslag. Met behulp van de vragen over het onderwerp multidisciplinair overleg, werd informatie gewonnen over de invloed van het oordeel van collega's. Daarnaast werd gevraagd naar patiëntbetrokkenheid en heropnames om te inventariseren in hoeverre deze factoren worden meegenomen in de beslissing tot ontslag. Tot slot zijn er vragen gesteld over de toepassing van AI om te begrijpen in hoeverre klinische beslismodellen op dit moment of in de toekomst gebruikt (kunnen) worden om de beslissing tot ontslag te ondersteunen. Deze topics zijn tot stand gekomen op basis van gesprekken met zorgprofessionals.

Gedurende een interview werd duidelijk dat de vraag of dodelijke complicaties voor 100% moeten worden uitgesloten voor ontslag, irrelevant bleek te zijn, omdat deelnemers aangaven dat biologie niet met 100% zekerheid is te voorspellen. Tijdens de resterende interviews is deze vraag niet meer meegenomen. De interviews met zorgprofessionals werkzaam in het ZGT vonden fysiek plaats in het ZGT. De interviews met zorgprofessionals werkzaam in het CZE en EMC zijn online afgenomen via Microsoft Teams. De audio van het interview is opgeslagen na mondelinge toestemming van de deelnemer. Om de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten te kunnen garanderen, was het van belang dat er voldoende zorgprofessionals geïncludeerd werden om datasaturatie te kunnen bereiken. Datasaturatie vindt plaats op het moment dat er door middel van interviews geen nieuwe informatie of thema's meer verkregen kunnen worden [25].

2.2. Onderzoekspopulatie

2.2.1. In- en exclusiecriteria

Onder zorgprofessionals betrokken bij ontslag vallen in dit geval chirurgen, zaalartsen en afdelingsverpleegkundigen. De onderzoekspopulatie is dus heteroog. De werving vond plaats via zogenoemde criterium sampling. Met behulp van deze methode werden deelnemers geselecteerd die voldoen aan alle vooraf bepaalde inclusiecriteria [26]:

- De zorgprofessional is betrokken bij het ontslag van curatief operatief behandelde slokdarmkankerpatiënten.
- De zorgprofessional is werkzaam in het ZGT, EMC of CZE.

2.2.2. Werving

Gezien de beschikbare tijd was het realistische streven om tussen de 10 en 15 zorgprofessionals te includeren om datasaturatie te kunnen bereiken. Er werd contact gezocht met zorgprofessionals in verschillende ziekenhuizen door een oncologisch chirurg, werkzaam in het ZGT.

2.3. Data-analyse

De interviews zijn met behulp van AmberScript getranscribeerd. Deze transcripten zijn vervolgens door de onderzoeker handmatig geanonimiseerd en gecontroleerd op accuraatheid. Er is inductief gecodeerd, wat inhoudt dat de codes, categorieën en thema's zijn vastgesteld op basis van de data [27]. Het programma Atlas.ti (versie 23.4 Atlas.ti Scientific Software development) is gebruikt om te coderen. De thematische analyse vond plaats door middel van het open, vervolgens axiaal en selectief coderen. Tijdens het open coderen zijn codes toegevoegd aan fragmenten uit de transcripten. Deze codes zijn vervolgens tijdens het axiaal coderen onderverdeeld in overkoepelende categorieën. Het selectief coderen heeft geresulteerd in het onderbrengen van deze categorieën in thema's [27].

In de analyse zijn alleen manifeste data meegenomen. Dit houdt in dat alleen de zichtbare en letterlijke betekenissen van de transcripten zijn meegenomen in de analyse [28]. Tijdens de analyse is er geprobeerd om het besluitvormingsproces van ontslag te begrijpen. Er is erkend dat de werkelijkheid complex is en dat interpretaties mogelijk verschillen tussen zorgprofessionals. De analyse vond daarom plaats vanuit een post positivistisch perspectief [29]. De onderzoeker streefde naar objectiviteit gedurende de volledige analyse. Echter, vanwege een aantal invloeden, bijvoorbeeld selectieve waarnemingen, persoonlijke vooroordelen of methodologische keuzes, kon volledige objectiviteit niet worden gegarandeerd. Deze uitdaging is aangepakt door als onderzoeker bewust te zijn van deze invloed en daarnaast de analyse te laten controleren door een medeonderzoeker.

2.4. Ethische overwegingen

In dit onderzoek is sprake van onderzoek met menselijke proefpersonen en/of persoonsgegevens. Ethische goedkeuring was daarom verplicht. De ethische commissie van de faculteit BMS heeft de goedkeuring behandeld onder het aanvraagnummer 240137. De zorgprofessionals zijn via een oncologisch chirurg, werkzaam in het ZGT, door middel van een informatieformulier ([bijlage 5.2](#)) uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek. Van tevoren werd het onderzoek nogmaals kort toegelicht en werd mondelinge toestemming gevraagd. Opnames van het interview zijn na afloop van het onderzoek verwijderd. De anonieme transcripten worden 10 jaar bewaard op de beveiligde P-schijf van de Universiteit Twente.

3. Resultaten

Uiteindelijk zijn er negen interviews afgenomen, datasaturatie is niet bereikt. De deelnemers uit het ZGT bestonden uit drie chirurgen, één zaalarts en één verpleegkundige. Daarnaast zijn twee chirurgen uit het EMC en twee chirurgen uit het CZE geïnterviewd. De verdeling staat hieronder in tabel 1 weergegeven.

	Chirurg	Zaalarts	Verpleegkundige	Totaal
ZGT	3	1	1	5
EMC	2	-	-	2
CZE	2	-	-	2
Totaal	7	1	1	9

Tabel 1 Aantal deelnemers per ziekenhuis en functie

Het interview duurde ongeveer een half uur. In het codeboek, dat te vinden is in [bijlage 7.2](#), worden de thema's, categorieën, codes en relevante citaten gedetailleerd weergegeven. Hieronder volgt een overzicht van de vijf thema's met de twaalf bijbehorende categorieën.

Thema	Categorie
Werkwijze bij ontslag	Objectieve factoren bij ontslag
	(Niet) medische factoren met subjectieve interpretatie bij ontslag
	Meningsverschillen tussen zorgprofessionals bij ontslag
	Werken volgens protocol zonder en met ontslagcriteria
Rollen van betrokkenen bij ontslag	Rollen van zorgprofessionals bij ontslag
	Rol van patiënt bij ontslag
Visie en inzicht bij ontslagproces	Visie op ligduur
	Visie op heropname
	Mening over kans op heropname
Uitdagingen bij ontslag	Uitdagingen in besluit tot ontslag
Artificial Intelligence	Visie op AI
	AI- uitkomstmaat

Tabel 2 Thema's en categorieën

_ = In sommige citaten in dit hoofdstuk is een deel van het transcript vervangen door een laag streepje, dit in verband met de lengte van het citaat. Het volledige citaat staat weergegeven in bijlage 7.2.

3.1. Werkwijze bij ontslag

In dit thema worden objectieve en subjectief geïnterpreteerde factoren besproken die een rol spelen bij de beslissing tot ontslag. Daarnaast wordt behandeld hoe meningsverschillen tussen zorgprofessionals met betrekking tot de ontslagbeslissing worden aangepakt. Binnen dit thema is geen datasaturatie bereikt.

3.1.1. Objectieve factoren bij ontslag

Objectieve factoren zoals de amylase trend, de vitale parameters, infectiewaarden, laboratoriumonderzoek en de leukocyten trend moeten binnen gestelde normwaarden vallen voordat de beslissing tot ontslag wordt gemaakt. Deelnemer 3 benoemt bijvoorbeeld: *“Ja, de vitale parameters, maar die moeten natuurlijk per definitie goed zijn, anders gaat iemand niet naar huis.”*

Daarnaast is de CRP-waarde een factor die door vrijwel alle deelnemers wordt meegenomen. De meerderheid gebruikt geen afkapwaarde voor CRP, maar benoemt dat er sprake moet zijn van een dalende trend: (R2) *“Het is eigenlijk meer een goeie dalende trend en als die nog wel erg hoog is, dan*

kijken we ook nog weer naar andere dingen, maar het is een mooie dalende trend en we hebben geen vaste waarde van: hij moet onder die waarde zijn". Een deelnemer uit ziekenhuis B benoemt naast de trend een afkapwaarde van beneden de 100, maar geeft daarbij aan dat de trend belangrijker is voor de interpretatie dan de absolute waarde. Eén deelnemer uit ziekenhuis C houdt echter geen rekening met de dalende trend. Deze deelnemer hanteert alleen een afkapwaarde van beneden de 150 om een patiënt te kunnen ontslaan.

Het gebruik van drains, infusen en toediening van intraveneuze vloeistoffen is in ziekenhuis C een reden om patiënt niet te ontslaan: (R7) *"Dalende infectiewaarden, CRP onder 150, geen IV fluids, ADL zelfstandig, pijn onder controle met orale pijnstilling, volgens mij waren ze dat, geen infusen, geen drains"*. Ziekenhuis A en B gebruiken dit niet als reden. Hoewel één deelnemer uit ziekenhuis B benoemt dat een drain de patiënt vaak langer in het ziekenhuis houdt.

Over intake en ontlasting als ontslagcriteria verschillen de deelnemers ook van mening. Een deelnemer uit ziekenhuis C geeft bijvoorbeeld aan dat het criterium ontlasting niet zinvol is en dit criterium dus ook niet meeneemt in zijn beslissing: (R7) *"Ja, sommige mensen houden aan dat ze ontlasting moeten hebben of dat ze voldoende moeten kunnen eten. Dat vind ik allemaal niet zinvol"*. Terwijl deelnemers uit ziekenhuis A en B dit wel als ontslagcriterium benoemen: (R8) *"Voor de rest moeten ze stoelgang hebben gehad"*.

De meerderheid van de deelnemers neemt de kans op een heropname mee in de ontslagbeslissing. Over het algemeen houden ze de patiënt liever een dag langer in het ziekenhuis om het risico op een heropname te vermijden: (R1) *"En als je dan het idee meeneemt van een heropname, van anders komt die maar weer terug. Dan zou ik ze liever nog een dag langer houden, dat je dat risico uitsluit zeg maar, dan dat je al te vroeg met ontslag stuurt"*.

Een aantal zorgprofessionals geeft aan geen weging te kunnen hangen aan de ontslagcriteria, maar geeft aan dat de patiënten aan alle ontslagcriteria moeten voldoen. Zodra er niet voldaan wordt aan één van de criteria, gaat de patiënt niet naar huis: (R4) *"Nou, in principe zijn het allemaal vinkjes die je moet kunnen zetten, hè, want als één van de dingen niet in orde is, ja, dan wordt het al lastig _ Dus eigenlijk zijn het geen, is het niet dat één van de factoren of twee van de factoren in orde moet zijn. Dus ze moeten allemaal in orde zijn."* De deelnemers geven aan de objectieve en subjectief geïnterpreteerde factoren in combinatie mee te nemen: (R6) *"Het is een combinatie, het is niet het één of het ander. Hè, hoe doet de kliniek? Wat vindt de verpleegkundige ervan? Hoe zijn de controles, hoe is het lab en wat wil de patiënt?"*

3.1.2. (Niet) medische factoren met subjectieve interpretatie bij ontslag

Een aantal deelnemers noemt de volgende (niet) medische factoren die subjectief worden geïnterpreteerd en rol spelen bij ontslag: de algemene indruk, de kwetsbaarheid, de zelfstandigheid (van ADL), de mobiliteit en het sociaal vangnet van de patiënt: (R5) *"Ik denk dat ja, dat die algemene indrukken, dus je gevoel, de indruk die je hebt van een patiënt, wel belangrijk is."* De zorgprofessional beoordeelt elke factor afzonderlijk om te bepalen of het veilig en verantwoord is om de patiënt te ontslaan. Ook de inschatting van het cognitieve niveau en of de pijn onder controle is spelen een rol in de ontslagbeslissing.

De zorgprofessional geeft ook vaak een indicatie of thuiszorg nodig is. Het regelen van deze thuiszorg wordt vervolgens als vereiste gesteld, voordat de patiënt met ontslag kan: (R1) *"Maar als dan sondevoeding mee naar huis gaat, moet ook die zorg geregeld zijn en dat is vaak dan weer na het weekend, hier zo worden vaak slokdarm allemaal op een dinsdag geopereerd. Die dag vijf komt er altijd uit op zaterdag-zondag dus dan duurt het wel eens langer als iemand dan bij ons lag zeg maar"*.

Daarnaast bepaalt een soort onderbuikgevoel, de gut feeling van een zorgprofessional, vaak of een patiënt wel of niet met ontslag kan: (R4) *“Dus dan moet je meer varen op je gut feeling om het zo maar te zeggen, of de gut feeling van de Physician assistant _ en dat is dan ook lastig te vangen in cijfertjes”*. Hierin speelt het karakter van de deelnemer soms ook een rol. Vier deelnemers geven aan dat ze liever het risico uit de weg gaan: (R1) *“Ja, ja, vaak merk je wel iets op bij iemand zeg maar en als je dat ook met een collega deelt, kun je zeggen: ja, dat idee heb ik ook wel. Vaak zijn we ook liever te voorzichtig dan dat we een beetje te snel iemand wegsturen”*. Een te vroeg ontslag resulteert in sommige gevallen tot een heropname, waarbij er niet altijd sprake is van een complicatie: (R5) *“Het is niet altijd een complicatie, het is vaak ook dat het thuis niet gaat, omdat ze gewoon niet verder verbeteren thuis”*.

Ten slotte benoemen drie deelnemers dat de patiënt thuis het beste herstelt: (R5) *“Het ziekenhuisverblijf is voor geen enkele patiënt goed. Hoe langer je in het ziekenhuis blijft, hoe slechter het is, dus dat is ook voor de patiënt, alleen zien ze dat niet altijd in”*.

3.1.3. Meningsverschillen tussen zorgprofessionals bij ontslag

Volgens een aantal deelnemers komt het wel eens voor dat er een gebrek aan overeenstemming ontstaat tussen de zorgprofessionals over het moment van ontslag: (R6) *“Ja, ik denk het wel, hè, _ Dus ja, die mening, die wijkt zeker nog wel eens af, hè, en de ene keer heeft de één gelijk en de ander de andere hè”*. Deelnemer 5 geeft zelfs aan dat dit regelmatig voorkomt. Daarentegen benoemt deelnemer 7 dat meningsverschillen alleen ontstaan bij een gecompliceerd beloop.

De oorzaken voor gebrek aan overeenstemming die door de deelnemers worden benoemd, zijn verschillen in ervaring, inzicht en karakter: (R5) *“Ja, dat is gewoon je ervaring met die patiënt, veel meer gezien of wat er allemaal kan gebeuren en bepaalde tekenen, bepaalde klinische symptomen of ja dingen die je ziet wat een uiting kan zijn van een onderliggend probleem of complicatie die je toch wil uitsluiten. Dus dat is gewoon bekendheid met de dingen die kunnen gebeuren en de complicaties en er veel meer gezien hebben, veel gedeald hebben daarmee, wat zorgt dat je gewoon wat meer aandacht hebt voor die dingen. En ja, dat is ook helemaal niet erg”*. Daarnaast benoemen zij ook dat de functie van de zorgprofessional wel eens mee speelt. Volgens twee deelnemers is bijvoorbeeld de chirurg over het algemeen voorzichtiger dan de zaalarts.

In een situatie waarbij de mening tussen de zorgprofessionals verschilt, geeft volgens drie deelnemers de hoofdbehandelaar de doorslag, terwijl een deelnemer uit ziekenhuis A benoemt dat de mening van de patiënt in dat geval heel bepalend is: (R6) *“Dan ga je in gesprek en dan kijken van oké, wat zijn nou de argumenten? En daarin weegt nogmaals, in mijn beleving ook heel erg mee wat de patiënt aangeeft hè, als ik zeg: het gaat goed en mijn collega zegt: het gaat niet goed en de patiënt zegt: ik voel me belabberd. Ja, dan ben ik natuurlijk hartstikke gek. Als ik dan mijn zin ga zitten doorduwen”*.

3.1.4. Werken volgens protocol zonder en met ontslagcriteria

Drie deelnemers geven aan dat het lokale protocol de leidraad is bij het ontslag en hiermee de basis vormt voor de ontslagbeslissing. Er wordt geleidelijk toegewerkt naar het ontslag door de stappen in het protocol te volgen, volgens drie deelnemers: (R2) *“Ja, we werken elke dag naar een ontslag toe, dus het is heel normaal of er een ontslag aankomt of niet”*. Van tevoren wordt de patiënt geïnformeerd over de doelen die hij of zij per dag moet behalen. De informatie richting de patiënt is niet zo gedetailleerd als de criteria die de zorgprofessionals hanteren.

Drie deelnemers geven aan dat bij (een groot aantal) heropnames kritisch naar het bestaande protocol gekeken moet worden. Hierbij benadrukken zij dat de informatie uit deze evaluatie gebruikt moet worden om het protocol te verbeteren.

Ontslagcriteria

Meer dan de helft van de deelnemers geeft aan specifieke ontslagcriteria te hebben in het protocol, zoals: (R2) *“Nou, iemand moet, ja, wat zijn die ontslagcriteria? Het CRP en de leuko's moeten voldoende laag zijn. Iemand moet kunnen mobiliseren. _ Ontlasting moeten ze hebben gehad. Pijn moet onder controle zijn, met normale medicatie, dus pillen, zeg maar”*. Twee deelnemers geven hierbij aan dat deze ontslagcriteria alleen gelden voor patiënten met een ongecompliceerd beloop.

Afkapwaarden

De criteria in het protocol zijn niet allemaal harde ontslagcriteria: (R3) *“Ja, dat zijn natuurlijk ook allemaal geen harde zaken, want wat is pijn, ik bedoel, mate van mobiliteit, dat is niet gewoon een zwart-wit iets”*.

Takenlijst

Het protocol uit ziekenhuis B bevat geen ontslagcriteria. Zij merken op dat er wel een lijst is met taken die uitgevoerd moeten zijn door of voor de patiënt: (R5) *“Ja, even kijken, nee, er staan niet echt criteria wanneer iemand met ontslag kan, wel wat er allemaal gedaan moet worden, als iemand met ontslag gaat, maar niet dat dat de criteria zijn waaraan iemand moet voldoen voordat die naar huis kan”*. Ook een deelnemer uit ziekenhuis A benoemt zo'n takenlijst.

Onderbouwing protocol

Of het protocol gebaseerd is op wetenschappelijk onderzoek, verschilt per ziekenhuis. Zo benoemen twee deelnemers uit ziekenhuis A dat hun protocol niet is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek: (R2) *“Ja, het is een combinatie van, want heel veel dingen zijn niet heel goed specifiek nog onderzocht, zeg maar van als het CRP hieronder is, dan kun je iemand veilig ontslaan of dat weten we nog niet precies”*. Daarentegen geeft een deelnemer uit zowel ziekenhuis B als uit ziekenhuis C aan dat het protocol in hun ziekenhuis wel gebaseerd is op bewijs: (R8) *“Ja, dat is een beetje gebaseerd op het bewijs voor ERAS wat er is en dan toespitst op ja, onze lokale situatie”*.

3.2. Rollen van betrokkenen bij ontslag

In dit thema komen de verschillende rollen van een chirurg, een zaalarts, een verpleegkundige en de patiënt in het ontslagbesluit aan bod. Tevens wordt de input van andere zorgprofessionals kort benoemd. Datasaturatie ook binnen dit thema niet bereikt.

3.2.1. Rollen van zorgprofessionals bij ontslag

Chirurgen zijn op uiteenlopende manieren betrokken in de aanloop naar en bij het ontslag van een slokdarmkankerpatiënt. In directe zin zien chirurgen hun patiënten postoperatief op de afdeling: (R6) *“Nou, ik ben slokdarm chirurg, dus ja, de patiënten die ik opereer die zie ik ook op de afdeling en ik ben betrokken bij de postoperatieve zorg”*. Deze postoperatieve zorg bestaat uit het herkennen van complicaties: (R4) *“Nou, kijk, uiteindelijk draait de postoperatieve zorg van een chirurg, dus patiënten op de afdeling, die draait met name om het herkennen van complicaties en het behandelen van complicaties, daar draait het om. Dus tijdig herkennen en het behandelen dus, ja”*. Een tweetal chirurgen benoemt daarnaast indirect bij iedere patiënt betrokken te zijn door de gezamenlijke ontwikkeling van het protocol: (R6) *“en hebben we een zorgpad waar ik ook mede-eigenaar van ben, hè, die bepaalt of een patiënt naar huis kan of niet”*. Eén chirurg beschrijft zijn rol als supervisor voor de zaalarts.

Bovendien een belangrijke rol van **chirurgen**, maar ook van **zaalartsen** en **verpleegkundigen**, is het geven van vertrouwen aan de patiënt voor het ontslag. Ze benoemen hierbij dat het verwachtingsmanagement over bijvoorbeeld de opnameduur erg belangrijk is: (R4) *“Maar dat wordt wel vaak en dat doe ik ook altijd, het is wel belangrijk dat je duidelijk aangeeft van: oké, dit is een beetje*

de lange termijnplanning van we verwachten dat u dan en dan naar huis kan, want als je dat niet doet, ja, als je als iemand morgen naar huis gaat en je zegt misschien eens een keer vanmiddag of morgenochtend van nou, vandaag mag je naar huis. Ja dan, dat werkt natuurlijk niet". Het managen van verwachtingen wordt ook al opgenomen in het preoperatieve traject. Door middel van een zogenaamd sneller herstelgesprek, gevoerd door een **oncologieverpleegkundige**, wordt gericht op een voorspoedig herstel en ontslag volgens protocol.

De beslissing tot ontslag wordt gezamenlijk genomen door de **chirurg** en de **zaalarts**. Dit wordt bevestigd door zeven deelnemers: (R2) *"Ik ben dan in de functie van zaalarts en ik heb een supervisor en eigenlijk bespreken we de slokdarmpatiënten altijd met een slokdarmchirurg dus eigenlijk wordt altijd een slokdarmchirurg betrokken bij het ontslag".* De **verpleegkundige** heeft in dit proces een coördinerende rol, waarbij de input van de **diëtist** en de **fysiotherapeut** in combinatie met dat van de verpleegkundige tot een advies bij elkaar gebracht worden. Deze input, die vaak subjectief van aard is, wordt gedeeld met de zaalarts en chirurg: (R4) *"En die inschatting wordt niet altijd alleen maar door de medisch specialist gemaakt, maar ook wel in ieder geval op basis van de input van de verpleegkundigen, want die schatten dat vaak ook in hé. En soms wordt daar dan nog de transferverpleegkundige bij gevraagd van: Goh kan iemand naar huis toe of is er een indicatie voor thuiszorg? En op die manier ja, kom je dan samen met het team tot de beste optie."*

In het geval van een gecompliceerd beloop benoemen vier deelnemers dat de **chirurg** hoe dan ook betrokken moet zijn: (R3) *"Ik ben per definitie bij hen betrokken, bij patiënten die een afwijkend post operatief beloop hebben. Als iemand gewoon heel gladjes verloopt ja, dan zijn we er minder bij betrokken dan dat iemand zeg maar, van de ene complicatie naar de andere is gedoken en uiteindelijk een keer naar huis gaat."* Deelnemer 6 benoemt dat bij een ongecompliceerd beloop niet met de hoofdbehandelaar overlegd hoeft te worden. In dit geval is de **zaalarts** in hogere mate betrokken bij het ontslag dan de chirurg. Echter, door drie deelnemers wordt benoemd dat chirurgen altijd goedkeuring voor het ontslag moeten geven: (R8) *"Ja, als eindverantwoordelijke denk ik als chirurg, ja, denk het wel, uiteindelijk de green light, denk ik"*. Vaak is het de dienstdoende chirurg die op dat moment beslist over het ontslag. Bij verschil van inzicht over het moment van ontslag is het vaak de hoofdbehandelaar die de doorslag geeft. Eén deelnemer benoemt nadrukkelijk dat de chirurg op het precieze moment van ontslag niet aanwezig is: (R3) *"Ja, maar ik stuur de patiënten ook niet naar huis, hè even voor de helderheid!"*

In het weekend bepalen **niet-slokdarmchirurgen** of een patiënt met ontslag kan. De deelnemers in dit onderzoek hebben uiteenlopende opvattingen over de beslissingen van chirurgen die niet gespecialiseerd zijn in slokdarmoperaties. Eén deelnemer stelt dat deze chirurgen voorzichtig zijn en wachten tot een slokdarmchirurg de beslissing kan nemen: (R2) *"Ja, er gaan natuurlijk ook mensen in het weekend naar huis. Daar lopen chirurgen bijvoorbeeld visite die geen slokdarm chirurg zijn. Ik heb eigenlijk eerder het gevoel dat mensen later ontslagen worden doordat er in weekend visite wordt gelopen door niet-slokdarmchirurgen. Die denken dan: Maandag kijken ze maar of die patiënt mag gaan, dan dat de mensen te vroeg naar huis gaan, eerder andersom."* Daarentegen merkt een andere chirurg op dat deze chirurgen eerder geneigd zijn om een patiënt te ontslaan, mogelijk omdat zij het risico van complicaties bij deze operatie minder zwaar inschatten. Wel wordt door twee deelnemers aangegeven dat deze frisse blik soms de blinde vlek voor aspecten die zich geleidelijk ontwikkelen, kan verkleinen. Dit betekent dat door het nauwgezette toezicht, slokdarmchirurgen mogelijk bepaalde relevante aspecten over het hoofd zien.

3.2.2. Rol van de patiënt bij ontslag

Ook de patiënt zelf heeft een rol in het besluitvormingsproces rondom het ontslag. De meeste deelnemers geven aan dat rekening gehouden wordt met de voorkeuren en wensen van de patiënt: (R4) *“En daarin wordt ook wel de wens van de patiënt of nou in ieder geval wat de patiënt aangeeft ook wel meegenomen. Dus dat is, dat is een belangrijk punt”*. In welke mate de mening van de patiënt wordt meegenomen, verschilt. Een deelnemer benoemt dat er sprake is van gezamenlijke besluitvorming. Hoewel door vijf deelnemers wordt aangegeven dat de professional het besluit neemt. Zo geeft deelnemer 8 aan dat gezamenlijke besluitvorming niet de term is die bij de beslissing tot ontslag past: *“Ja, zo [gezamenlijke besluitvorming] wordt alles tegenwoordig genoemd _ ik zou willen zeggen dat het toch meestal wel een beetje van bovenaf aangestuurd wordt [door zorgprofessionals], dat het niet helemaal vrijblijvend gezamenlijk beslissen is, _ Dus nee, ik geloof niet dat ik dat gezamenlijk beslissen, dan doe ik er te veel eer aan, alleen je gaat weleens mee [met de voorkeur van de patiënt] natuurlijk.”* Daarnaast geeft de verpleegkundige aan het gevoel te hebben dat verpleegkundigen meer rekening houden met de wensen van de patiënt dan chirurgen.

Daarentegen geven ook een aantal deelnemers aan dat de patiënt in ieder geval nooit tegen zijn eigen wil in met ontslag gaat: (R4) *“En onderaan de streep: als een patiënt het echt niet wil en niet kan, ja, dan gaat ie niet, want we zetten iemand natuurlijk niet op straat en dat is ook wel zo”*. Daarbij geven drie respondenten aan dat het meenemen van het gevoel van de patiënt zelf belangrijk is voor het voorkomen van heropnames: (R6) *“Hè, als de patiënt aangeeft dat het niet goed is of dat hij of zij nog niet klaar is voor ontslag, dan moet je daar wel wat mee, hè, want ongeacht of er nou een complicatie op de loer ligt of niet, als die patiënt het thuis niet redt, om wat voor reden dan ook, dan komt die terug _ Dus ik denk dat je daar heel goed naar moet luisteren en de patiënt voelt zelf het beste hoe het is”*. Echter, één deelnemer benoemt dat de patiënt vertrouwen heeft in de beslissing van de professional.

3.3. Visies en inzichten bij ontslag

Het thema ‘Visies en inzichten bij ontslag’ behandelt de opvattingen van zorgprofessionals over de opnameduur na een slokdarmresectie. Daarnaast wordt ingegaan op de algemene standpunten van zorgprofessionals ten aanzien van heropname en hun mening over de kans op een heropname. Binnen dit thema is geen datasaturatie bereikt.

3.3.1. Visie op ligduur

De opvattingen over de opnameduur na een slokdarmresectie verschillen. Vier deelnemers uit ziekenhuis A en C benoemen dat een ligduur van vijf dagen volgens protocol een goede ontwikkeling is. Een aantal deelnemers geeft aan dat een ligduur van vijf dagen ook het vroegst mogelijke moment is voor ontslag: (R7) *“Ze hebben ook tijd nodig om te wennen dat ze zo'n grote operatie hebben gehad. De winst die je nog haalt met één extra dag, weegt niet op tegen de onrust die dat geeft”*. Daarnaast wordt een opnameduur van vijf dagen beschreven als kort en uitzonderlijk. Twee deelnemers geven als kanttekening bij deze ligduur dat het ontslag geen doel op zich is. Volgens deze deelnemers is het belangrijker dat de patiënt zich goed genoeg voelt om naar huis te gaan: (R2) *“Maar je moet ook niet zo strak ernaar kijken dat als het wat langer wordt, dan wordt het wat later. Als iemand dan gewoon prettig naar huis kan, vind ik dat gewoon belangrijker.”*

Deelnemer 7 benoemt een ligduur van zes dagen als een prima opnameduur. Een ligduur van zeven dagen wordt ook haalbaar geschat volgens een andere deelnemer. De deelnemers uit ziekenhuis B geven aan dat hun mediane opnameduur boven de acht dagen is. Dit wordt door hen als lang beschouwd: (R5) *“Interviewer: De negen dagen is te lang? Deelnemer: Ja. Interviewer 1: En de zeven dagen wat vindt u daarvan? Deelnemer: Dat is goed.”* Eén van de deelnemers benoemt dat de patiënt eigenlijk zo snel

mogelijk naar huis moet: (R5) *“Maar we proberen ze altijd wel zo snel mogelijk de deur uit te krijgen, dus”*.

Zeven deelnemers zijn het erover eens dat het belangrijk is dat patiënten worden voorbereid op de ligduur volgens het protocol. Het managen van de verwachtingen van de patiënt is erg belangrijk: (R9) *“Maar de patiënt die wordt al helemaal voorbereid om op dag 5 dag 6 dat die naar huis gaat. Het verwachtingsmanagement is heel belangrijk bij deze patiënt. Dat als zij weten dat ze op dag 5 dag 6 naar huis gaan, dan houdt de patiënt daar rekening mee.”*

3.3.2. Visie op heropname

Vier deelnemers geven aan dat een heropname nooit 100% voorkomen kan worden. Eén deelnemer benoemt ook geen moeite te hebben met heropnames: (R5) *“Nou, er is vaak wel een reden, dus ik heb er niet zo'n moeite mee.”* Een aantal van deze deelnemers geeft daarbij ook aan dat een eventuele kans op een heropname geen reden is om het ontslag uit te stellen: (R4) *“Maar uiteindelijk is een heropname niet. Het feit dat je misschien een heropname krijgt, is geen reden om iemand niet te ontslaan”*. Vijf deelnemers noemen de kans op een heropname een wisselwerking met de ligduur: (R6) *“Maar het is natuurlijk een balans, hè, want ja, als je minder heropnames wil, dan ga je wel automatisch naar een langere opnameduur toe. Hè, want je ontslagcriteria worden in feite strenger. Dus dat is voor een paar patiënten dus goed, want daarmee voorkom je een heropname maar ja, de 85 procent andere patiënten, die benadeel je er misschien wel mee, want die ga je onnodig lang in het ziekenhuis houden”*.

Er zijn ook deelnemers met een andere mening ten aanzien van een heropname. Eén deelnemer ziet een heropname als slechte zorg. Daarnaast is een heropname ongewenst, kostbaar, niet goed voor de cijfers en beïnvloedt de patiënttevredenheid: (R6) *“wij moeten ook in onze oncologische registratie een complicatie registreren, want een heropname wordt gezien als een complicatie. Dus ja, dat is gewoon niet goed”*.

Volgens twee deelnemers kunnen enkele heropnames voorkomen worden door een betere inschatting van de thuissituatie. Uiteindelijk is het volgens deelnemer 4 de kunst om de patiënten met een hoog risico op een heropname te kunnen identificeren: (R4) *“Maar idealiter zou je natuurlijk de mensen die dus heropgenomen worden, als je die zou kunnen identificeren terwijl ze nog in het ziekenhuis zijn, nou dan zou dat natuurlijk het beste zijn. Want dan kan je heel selectief je mensen nog in het ziekenhuis houden die misschien een hoger risico hebben op toch nog problemen thuis, maar dat is natuurlijk de kunst”*.

3.3.3. Mening over kans op heropname

De hoogste kans op een heropname die wordt geaccepteerd door een deelnemer is 20%. Twee deelnemers vinden 15% acceptabel, terwijl drie andere deelnemers dit al hoog vinden: (R3) *“Maar goed, we weten dat bij slokdarmzorg 15% van de mensen ongeveer wordt heropgenomen ja, dat is gewoon één op de zeven en dat vind ik toch echt heel hoog”*. Van deze drie geeft één deelnemer aan de kans liever onder de 5% te zien. Daarnaast vinden nog eens drie deelnemers een kans tussen de 5% en 10% acceptabel: (R4) *“Nou, bij dit soort grote operaties denk ik dat het niet gek is dat je een heropname percentage van tussen de 5% en de 10% hebt en dat dat ook op zich prima is. Dat is één op de tien, één op de 20 mensen terugkomt voor echt, lang niet altijd ernstige problemen. En dat is ook, denk ik, wel een beetje wat gemiddeld is in Nederland. Dus dat is acceptabel”*.

3.4. Uitdagingen bij ontslag

In dit thema worden de uiteenlopende uitdagingen die zorgprofessionals ondervinden bij het ontslag van een patiënt na een slokdarmresectie beschreven. Ook binnen dit thema is geen datasaturatie bereikt. Een aantal uitdagingen bij het ontslag hebben te maken met de patiënt, bijvoorbeeld met cognitief niveau,

comorbiditeiten, angsten en verwachtingen van de patiënt: (R2) *“Uitdagingen. Uh ja, dat zijn denk ik toch wel bij de wat vaker oudere kwetsbare mensen met meer comorbiditeiten, dat het lastig is van ja, ze voelen zich toch niet altijd. Ze zeggen: ja, ik voel me nog niet helemaal fit of zo. Dan denk ik: ja, dat is wel heel lastig, want kom je ooit weer op dat fitte niveau? En dat gaat lang duren. Dus dat is altijd een beetje...”*

Ontslag in het weekend blijkt eveneens een uitdaging te vormen, waarbij chirurgen zonder specialisatie in slokdarmchirurgie soms terughoudend zijn in het ontslag: (R9) *“Maar in een weekend ontslaan is altijd lastig, omdat dan niet iedereen aanwezig is, gewoon. Of de uitdaging is ook als een collega visite loopt, die net niet helemaal weet hoe en wat. Nou is het wel zo dat wij altijd de Big Brother zijn en thuis een aantal dingen opschrijven of noteren in de status, dat zal in [ziekenhuis A] niet anders zijn, maar daar dus we schrijven al wel op: patiënt gaat dan naar huis en meestal zitten wij er zelf ook wel bovenop, maar dat is wel uitdaging, ja”*. Eén deelnemer merkt op dat verpleegkundigen actiever zouden moeten sturen op vroegtijdig ontslag. Andere uitdagingen omvatten onder andere protocollen die niet op bewijs gebaseerd zijn, de grijze gebieden in de ontslagcriteria en de vereiste zorg die voorafgaand aan ontslag geregeld moet zijn: (R4) *“Nou, als kijk, als alles heel duidelijk is, dan is het op zich duidelijk. En dan hoef je daar ook niet zo lang over na te denken. Maar als er wat meer in het grijze gebied zit, ja, dan kan het wel lastig zijn”*.

3.5. Artificial Intelligence

Het thema ‘Artificial Intelligence’ behandelt de opvattingen van zorgprofessionals over AI en de gewenste uitkomstmaten van een predictiemodel. De resultaten van dit thema worden niet in de conclusie en discussie van dit onderzoek opgenomen. Binnen dit thema is geen datasaturatie bereikt.

3.5.1. Visie op AI

In de categorie ‘visie op AI’ wordt behandeld hoe zorgprofessionals staan tegenover het gebruik van AI. Tenminste vijf deelnemers zijn positief over het gebruik van AI bij de beslissing tot ontslag. Op één deelnemer na, geven alle deelnemers als kanttekening dat 100% terugvallen op AI (op dit moment nog) onmogelijk is. In tegenstelling tot de andere deelnemers, geeft deelnemer 8 aan volledig terug te willen vallen op AI en eventueel zijn onderbuikgevoel: (R8) *“Nou, dat denk ik wel, ja, misschien in combinatie met je eigen gevoel, maar goed in de AI model zullen ongetwijfeld dingen in zitten waar we het net over gehad hebben en dan haalt het AI misschien het onderbuikgevoel weg en daar kun je of in meegaan of niet in meegaan, dat onderbuikgevoel zal AI niet hebben, maar dat geeft je misschien wel een spiegel van dit gaat gewoon echt goed, dus ik geloof wel dat het dan heel belangrijke parameter is”*.

Daarnaast worden nog vier kanttekeningen gemaakt. Ten eerste wordt opgemerkt dat de toegevoegde waarde van AI gering is, aangezien een vaststaand protocol de variatie al aanzienlijk beperkt. Eén deelnemer geeft aan dat een beslisinstrument zonder AI-optimalisatie nuttiger zou zijn. Daarnaast wordt vermeld dat AI mogelijk kan helpen bij het beoordelen van subjectieve criteria die vanuit het verpleegkundig perspectief worden beoordeeld en van invloed zijn op ontslagbeslissingen. Tot slot wordt opgemerkt dat het gebruik van risicopercentage als uitkomstmaat uitdagingen met zich meebrengt: (R6) *“Ja, dat vind ik heel lastig, hè, want ja, wat zegt mij dan 15 procent kans op een longontsteking? Dat ja, daar doe je natuurlijk niet zo heel veel mee. Dat is hetzelfde als neem je een jas mee als je 15 procent kans hebt op regen. Dus ja, dan blijft het toch een beetje ja, hopen dat het goed gaat, hè dus dat ik denk dat je daar wel concretere afkapwaardes voor zou moeten bedenken. _Wat vinden we dan een acceptabel risicopercentage en ook daarbij geldt dan weer dat je dus waarschijnlijk een hele hoop mensen onnodig diagnostiek en opnameduur gaat aandoen om een predictiemodel ja, veilig genoeg te krijgen. Ik vind dat heel lastig”*.

3.5.2. AI uitkomstmaat

In deze categorie wordt behandeld welke uitkomstmaten de deelnemers graag uit een predictiemodel willen halen. Drie deelnemers willen het risico op een complicatie weten, terwijl drie anderen het risico op een heropname willen voorspellen met AI. Twee deelnemers willen met AI graag de risicofactoren identificeren: (R5) *“Het zal misschien kunnen helpen bij een betere planning en ik hoop ook kunnen helpen bij het identificeren van risicofactoren van met welke patiënten moeten we daar meer bovenop zitten? Beducht zijn dat het langer kan duren, dus wat zijn factoren die daar aan bij kunnen dragen aan vertraagd ontslag?”* Eén deelnemer geeft aan een risicopercentage met spreidingsmaat als uitkomstmaat te willen. AI kan mogelijk ook helpen bij het bepalen of er voldaan is aan de ontslagcriteria volgens deelnemer 9. Deelnemer 3 geeft aan graag uitleg te willen hebben bij de uitkomstmaat en de mogelijkheid om te zien wat risicomijders en risiconemers zouden hebben besloten: (R3) *“Ik kan me nog wel voorstellen dat ze je nog zouden kunnen laten zien van wat je collega's dan zouden gedaan hebben, hè, om natuurlijk ook die hè die uitersten in collega's zijn, de risicomijders die eigenlijk alles verdrietig vinden en mensen bij wijze van spreken die het eigenlijk niet heel erg veel interesseert als iemand drie dagen later terugkomt, die dat in de geval niet als een persoonlijke blamage, nooit zullen zien”*. Daarnaast geeft één deelnemer aan graag een ‘Textbook outcome’ te kunnen voorspellen met behulp van AI. Hiermee wordt een postoperatief beloop ‘volgens het boekje’ bedoeld, waarbij er dus geen sprake is van mortaliteit, complicaties of heropname.

Verder wordt benoemd dat AI mogelijk beter geschikt is om zachtere criteria te kunnen voorspellen: (R9) *“AI kan wel helpen, dingen die ik niet in de gaten heb, die van invloed zijn op ontslag, hè, dat kan, kan dus wel en het zal misschien dat het nog meer allerlei verpleegkundige aspecten zijn_ Ja, dat is eigenlijk de verschillende zorg aspecten die ze mee willen laten tellen bij het ontslag die wij misschien, die wij veel harder al hebben neer gezet”*. Daarnaast geeft deelnemer 6 aan AI beter te kunnen gebruiken voor andere doeleinden dan het voorspellen van een veilig ontslag: (R6) *Het beoordelen van een thoraxfoto of het beoordelen van een stuk histologie onder de microscoop. Ja, daar kun je gewoon heel concreet zeggen van: ja, dat is goed en dat is niet goed. En dit blijft toch een beetje aftasten iedere patiënt is anders, iedere complicatie is anders, iedere thuissituatie is anders. En daar komt, dat zijn niet alleen harde afkapwaarde dat is ook een stukje emotie en geruststelling tussen patiënt, dokter en thuissituatie en daar kan Artificial Intelligence op dit moment niet in meebeslissen, daar geloof ik helemaal niks van”*.

4. Discussie

4.1. Bevindingen en implicaties

De bevindingen van dit onderzoek tonen een grote variabiliteit in de redenen, afwegingen en voorkeuren die zorgprofessionals meenemen in hun besluit tot ontslag van een curatief operatief behandelde slokdarmkankerpatiënt. Deze diversiteit is ten gevolge van onder andere ervaring, persoonlijke overtuigingen en institutionele protocollen. Het feit dat verschillende factoren worden meegenomen, benadrukt de complexiteit van dit besluit. Deze variatie in redenen, afwegingen en voorkeuren heeft belangrijke implicaties voor de kwaliteit van zorg. Vervolgonderzoek is essentieel om te kunnen streven naar uniformiteit om de zorgkwaliteit te waarborgen en heropnames en ligduur te minimaliseren. De patiënt herstelt volgens drie deelnemers immers thuis het beste.

De geïncludeerde deelnemers nemen een combinatie van objectieve en subjectief geïnterpreteerde factoren mee in hun ontslagbeslissing, welke dit zijn, verschilt per ziekenhuis en mogelijk per zorgprofessional. Qua objectieve factoren kan gesteld worden dat het overgrote deel van de deelnemers de vitale parameters en infectiewaarden, waaronder de CRP-waarde meenemen, in welke mate dan ook. Deze combinatie van objectieve en subjectief geïnterpreteerde factoren inclusief de vitale parameters en de CRP-waarde, komen ook naar voren als criteria voor waarover consensus is bereikt door chirurgen in het onderzoek van Müller et al. [30]. De verschillen tussen de geïncludeerde deelnemers benadrukken de spanning tussen de klinische ervaring van individuele artsen, het volgen van standaardprotocollen en het bieden van gepersonaliseerde zorg. Het vinden van een juiste balans tussen deze aspecten is cruciaal om gestandaardiseerde richtlijnen te kunnen ontwikkelen die voldoende flexibiliteit bieden om recht te doen aan de diversiteit aan patiëntomstandigheden en professionele oordelen.

Niet alle deelnemers nemen de objectieve factor ontlasting mee in hun beslissing tot ontslag. In ziekenhuis C wordt het hebben gehad van ontlasting niet gezien als vereiste voor ontslag, terwijl dit wel belangrijk wordt beschouwd door deelnemers uit ziekenhuizen A en B. Het gemiddelde aantal heropnames in ziekenhuis A en B ligt tussen de 10% en 15%, terwijl dit in ziekenhuis C maar tussen de 5% en 10% bedraagt, wat suggereert dat ontlasting mogelijk geen noodzakelijke voorwaarde is voor ontslag. In het onderzoek van Müller et al. wordt het herstel van de darmwerking benoemd als een van de domeinen die mogelijk de ontslagbeslissing kunnen beïnvloeden. Over het criterium ontlasting wordt geen consensus bereikt, wel moet er darmgas gepasseerd zijn [30]. Verder onderzoek is noodzakelijk om de rol van ontlasting als ontslagcriterium te evalueren, aangezien diverse factoren mogelijk bijdragen aan het verschil in heropnamecijfers.

Zowel medische (zoals pijn en mobiliteit) als niet-medische factoren (zoals het sociale vangnet) die subjectief worden geïnterpreteerd, worden door deelnemers genoemd als overwegingen bij het ontslagproces. Over pijnbeheersing en het sociale vangnet bestaat consensus, terwijl er geen overeenstemming is over mobiliteit onder de chirurgen volgens het onderzoek van Müller et al. [30]. Echter, het is lastig deze subjectief geïnterpreteerde waardes te meten. De meeste deelnemers geven aan dat er een inschatting wordt gemaakt door de verpleegkundigen, die de patiënt meermaals per dag ziet. Dit benadrukt de belangrijke rol van verpleegkundigen bij de subjectieve beoordeling van deze factoren. Daarnaast neemt de zorgprofessional vaak de algemene indruk van de patiënt en zijn onderbuikgevoel mee in de ontslagbeslissing. Het onderzoek van Hams et al. bevestigt voor verpleegkundigen dat de informatie die zij intuïtief oppikken, een potentiële waardevolle bron van verpleegkundige kennis blijkt te zijn [31]. Het is van cruciaal belang dat verpleegkundigen in staat zijn om nauwkeurige inschattingen te maken van subjectieve factoren zoals pijnbeheersing en het sociale vangnet. Deze factoren zijn moeilijk objectief te meten maar spelen een belangrijke rol bij het ontslagbesluit. Door deze

inschattingen kunnen zorgprofessionals meer gepersonaliseerde zorg bieden, waarbij rekening wordt gehouden met de individuele behoeften van patiënten die niet altijd meetbaar zijn met objectieve criteria.

Het gevoel van de patiënt over het moment van ontslag is belangrijk voor het vaststellen van het geschikte moment voor ontslag. Veel heropnames ontstaan omdat het in de thuissituatie simpelweg ‘niet gaat’. Dit impliceert dat de omgeving en de mening van de patiënt belangrijke factoren zijn om mee te nemen bij het ontslag om mogelijk heropnames te voorkomen. Dit sluit aan bij de consensus uit het onderzoek van Müller et al. dat het sociale vangnet een cruciale rol speelt in het besluitvormingsproces. Bovendien blijkt uit onderzoek van Yu et al. dat patiënten die ongepland heropgenomen werden na een slokdarmresectie, zich ook minder goed voorbereid voelden op het ontslag [32]. Volgens alle deelnemers wordt er rekening gehouden met de voorkeuren en wensen van de patiënt, hoewel de mate waarin dit gebeurt varieert. Een onderzoek vanuit patiëntperspectief in het ZGT wijst uit dat de patiënt daadwerkelijk wordt meegenomen in de beslissing tot ontslag. Er wordt gehoor gegeven het gevoel van de patiënt. Dit blijkt uit het ongepubliceerde onderzoek van Verver naar de perceptie van operatief behandelde slokdarmkankerpatiënten in het ZGT over de voorbereiding op ontslag en begeleiding naar zelfredzaamheid in de thuissituatie[33]. Echter, niet alle zorgprofessionals uit dit onderzoek zijn het eens over de toepassing van SDM bij het ontslagproces. Een aantal deelnemers zijn van mening dat patiënten niet in staat zijn beslissingen te nemen over een veilig ontslag, terwijl anderen het gevoel van de patiënt als zeer belangrijk beschouwen. Het onderzoek van Gledhill et al. wijst ook uit dat een gezamenlijk besluitvormingsproces gericht op de patiënt en zijn familie kan leiden tot verbeterde ontslagprocessen en daarnaast de stress en risico's voor patiënten en families omlaag brengt [34]. Deze bevindingen impliceren dat de patiënt meegenomen moet worden in de voorbereiding op en beslissing tot ontslag om heropnames te minimaliseren en het ontslagproces te verbeteren.

Het perspectief van zorgprofessionals op (de kans op) heropnames varieert. Deze variatie in opvattingen kan invloed hebben op hoe zorgprofessionals besluiten nemen over ontslagcriteria en in hoeverre zij rekening houden met de wensen en voorkeuren van de patiënt. Daarnaast zien veel deelnemers een interactie tussen ligduur en heropnames, waarbij de voorkeur van de zorgprofessional voor een kortere of langere ligduur en/of een heropname een belangrijke rol speelt. Heropnames en ligduur worden beschouwd als belangrijke indicatoren van zorgkwaliteit, waarbij tegenstrijdige belangen spelen. Onderzoek van Andriotti et al. benadrukt dat bij slokdarmresecties een geoptimaliseerde opnameduur cruciaal is om ongeplande heropnames te minimaliseren. Voor deze procedures is vastgesteld dat zowel een te korte als een te lange ligduur kan leiden tot verhoogde heropnames. Dit U-vormige patroon in relatie tot heropnames benadrukt het belang van een goed afgestemde opnameduur [35]. Deze tegenstrijdige belangen onderstrepen dat beslissingen over ontslag niet alleen op medische overwegingen zijn gebaseerd, maar ook op de percepties en keuzes van zorgprofessionals, die op hun beurt heropnames en ligduur kunnen beïnvloeden. Deze voorkeuren kunnen de besluitvorming rondom ontslag sturen om een optimaal evenwicht tussen patiëntveiligheid, heropnames en efficiënt gebruik van ziekenhuisresources te bereiken.

De protocollen die de ziekenhuizen hanteren tijdens het postoperatieve proces verschillen qua inhoud. Eén van de oorzaken van deze verschillen is de onderbouwing van het protocol. Het protocol dat ziekenhuis A hanteert, is niet gebaseerd op bewijs. Daarentegen zijn de protocollen van ziekenhuis B en C gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Beide ziekenhuizen gebruiken een andere onderbouwing voor hun lokale protocol. De variaties in het protocol, die onder andere voortkomen uit verschillende onderbouwingen, kunnen mogelijk ook effect hebben op de ligduur, het aantal heropnames en de meningsverschillen tussen zorgprofessionals. Het wel of niet opnemen van ontslagcriteria in het protocol, evenals de specifieke inhoud van deze criteria beïnvloedt bovendien de ligduur, heropnames en meningsverschillen. In ziekenhuis B zijn er bijvoorbeeld geen ontslagcriteria, hier is de ligduur hoger

dan in ziekenhuis A en C. Ook de opnameduur volgens het protocol en de daadwerkelijke mediane ligduur liggen in ziekenhuis B niet op gelijke hoogte. De deelnemers geven hierbij onder andere als oorzaak dat een zorgprofessional tijdens het postoperatieve proces thuiszorg heeft beloofd aan de patiënt en dit dus vaak op het laatste moment nog geregeld moet worden. Dit laat een aantal dagen op zich wachten. Door meer uniformiteit en transparantie te creëren in het protocol maar ook binnen de zorgprofessionals in het team, kunnen inconsistenties en de variabiliteit, maar ook meningsverschillen tussen zorgprofessionals worden verminderd. Duidelijke richtlijnen kunnen mogelijk bijdragen aan een meer gestructureerde en kwalitatief betere zorg. Onderzoek van Klevebro et al. bevestigt eveneens dat het gebruik van verbeterde herstel protocollen de ligduur na een slokdarmresectie reduceert [36].

Het belang van multidisciplinair overleg komt ook naar voren. De zorgprofessionals bestaande uit chirurgen, zaalartsen, verpleegkundigen maar ook fysiotherapeuten en diëtisten, brengen verschillende expertises en perspectieven in bij de besluitvorming rond ontslag. Dit benadrukt het belang van samenwerking binnen het team. Dit kan leiden tot een beter onderbouwde en consistente besluitvorming en daarnaast het verkleinen van de blinde vlek van zorgprofessionals. Daarnaast blijkt uit onderzoek van Graham et al. dat multidisciplinaire teamcoördinatie communicatieproblemen binnen het zorgteam kan oplossen en de coördinatie van nazorg na ontslag kan verbeteren [37].

4.2. Sterke en zwakte punten

Een sterk punt van dit onderzoek is de multidisciplinaire benadering. De interviews zijn afgenomen in drie verschillende ziekenhuizen, wat bijdraagt aan een completer beeld van redenen, afwegingen en voorkeuren van zorgprofessionals. Dit toont tevens de verscheidenheid tussen ziekenhuizen aan. Echter, een belangrijke beperking van dit onderzoek is de onevenwichtige verdeling van het aantal deelnemers per ziekenhuis. In ziekenhuis A zijn meer deelnemers geworven. Dit kan leiden tot een vertekend beeld aangezien ziekenhuizen B en C ondervertegenwoordigd zijn. Dit beperkt de validiteit van de resultaten. Daarnaast is er een ongelijke verdeling tussen de verschillende functies van zorgprofessionals. Het chirurgieperspectief is overmatig benadrukt en dat van de verpleegkundige en zaalarts is onderbelicht. Hoewel het bevragen van zorgprofessionals met verschillende functies als sterk punt van dit onderzoek gezien kan worden. Door de diverse functies te betrekken, zijn verschillende standpunten, ervaringen en inzichten verzameld, wat de volledigheid van de informatie heeft versterkt.

Bovendien vormt het beperkte aantal deelnemers in zijn algemeenheid een beperking in dit onderzoek. Ondanks overeenkomsten is datasaturatie binnen dit onderzoek niet bereikt vanwege de heterogeniteit van de gegevens. Dit heeft invloed op de representativiteit van het onderzoek. Tijdens het plannen en uitvoeren van de interviews met chirurgen zijn regelmatig uitdagingen ervaren. De geplande interviews werden op het laatste moment geannuleerd of er kon geen geschikt moment gevonden worden. Het belang van patiënten ging hierbij begrijpelijkerwijs voor op de beschikbaarheid van de chirurgen voor deelname aan dit onderzoek. Bovendien veroorzaakte het aanvankelijke gebrek aan direct contact met de zorgprofessionals enige vertraging bij het werven van deelnemers.

Een derde beperking dat mogelijk van invloed is op de kwaliteit van de gegevensverzameling, is de onervarenheid van de interviewer. Daarnaast is de interviewer niet geneeskundig vaktechnisch onderlegd. Het is mogelijk dat hierdoor niet alle relevante informatie is verzameld of dat de interviewer mogelijk onbewust leidende vragen heeft gesteld. Dit kan resulteren in gegevens van lagere kwaliteit, wat de validiteit van de bevindingen ondermijnt. Daarentegen was bij elk interview een tweede onderzoeker aanwezig. De tweede onderzoeker kon indien nodig aanvullende vragen stellen, waardoor het effect van eventuele onervarenheid van de hoofdinterviewer mogelijk beperkt is gebleven.

Een vierde beperking is dat een chirurg die nauw betrokken was bij de opzet van dit onderzoek ook als deelnemer is geïnterviewd. Er is een afweging gemaakt tussen een grotere onderzoekspopulatie met

mogelijke bias en een kleinere onderzoekspopulatie zonder bias. De betrokkenheid van de chirurg kan de objectiviteit van de antwoorden beïnvloeden. Dit kan de betrouwbaarheid en onpartijdigheid van de resultaten verminderen.

Er is vervolgonderzoek nodig om deze beperkingen te kunnen aanpakken en de validiteit van de bevindingen te versterken.

4.3. Aanbevelingen

De aanzienlijke variatie in de mediane ligduur tussen ziekenhuizen biedt een waardevolle kans voor verbetering door van elkaar te leren. Ziekenhuizen A en C kunnen inzichten delen met ziekenhuis B over bijvoorbeeld efficiënte processen en ontslaginstructies. Met behulp van deze inzichten kan ziekenhuis C mogelijk procedures stroomlijnen en onnodige vertragingen aanpakken.

Daarnaast kan het organiseren van multidisciplinaire teamcoördinatie mogelijk een oplossing bieden voor ziekenhuis B, dat momenteel te maken heeft met vertraagde ontslagen als gevolg van onvoldoende coördinatie over nazorg na ontslag [37].

Een algemene aanbeveling is om naast patiënten, ook naasten te betrekken bij het ontslag. Dit kan helpen bij het identificeren van zorgbehoeften en ondersteuning, waardoor een betere voorbereiding op de thuissituatie wordt gerealiseerd. Daarnaast voelen patiënten zich hierdoor geruster en kunnen zij zich volledig concentreren op hun herstel. Dit kan bijdragen aan een succesvolle overgang naar de thuissituatie en een goede zorgervaring voor zowel de patiënt als zijn of haar naasten [34].

4.4. Vervolgonderzoek

De bevindingen in dit onderzoek benadrukken dat de diversiteit in redenen, afwegingen en voorkeuren groot is. Het gebrek aan consistentie kan leiden tot mogelijk suboptimale zorg voor patiënten. Vervolgonderzoek is nodig om de bevindingen te kunnen bevestigen en de procedure rondom ontslag goed vorm te kunnen geven.

Een mogelijke aanpak voor vervolgonderzoek om redenen, afwegingen en voorkeuren nauwkeuriger te inventariseren, is het vergroten van het aantal deelnemers binnen deze drie ziekenhuizen. Hierbij dient rekening gehouden te worden met zowel de verhouding van deelnemers per ziekenhuis als de verschillende functies van de zorgprofessionals. Het vergroten van de steekproefomvang zou kunnen bijdragen aan het bereiken van datasaturatie. Dit kan de validiteit van het onderzoek verbeteren.

Het is tevens mogelijk interessant om ook de opnameduur op de Intensive Care (IC) te onderzoeken in verschillende ziekenhuizen in Nederland. Daarnaast waardoor deze opnameduur wordt bepaald. Deze opnameduur op de IC heeft mogelijk invloed op de totale ligduur na een curatieve operatieve behandeling van slokdarmkanker.

Een mogelijke optie voor vervolgonderzoek om de ontslagprocedure na een slokdarmresectie te optimaliseren is het uitvoeren van een mixed-methods onderzoek. Hierbij wordt zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Door middel van het interviewen van zorgprofessionals uit een breder scala van ziekenhuizen kunnen alle redenen, afwegingen en voorkeuren in kaart worden gebracht. Hiervoor kan het interview uit dit onderzoek worden ingezet, wel is er de noodzaak om deze te verfijnen en verder toe te spitsen op deze specifieke onderwerpen. Om de variatie tussen de opnameduur en aantal heropnames in kaart te kunnen brengen, is het belangrijk dat er ook kwantitatief onderzoek wordt uitgevoerd. De redenen, afwegingen en voorkeuren uit de meest effectieve en efficiënte procedures worden vervolgens gebruikt om een protocol op te stellen die wordt getest doormiddel van een pilot studie. Indien de procedure ook in deze pilot effectief en efficiënt blijkt te zijn, kan dit ontslagprotocol

onderzocht worden in een breder scala aan ziekenhuizen. Hierna volgt implementatie in andere ziekenhuizen om de ontslagprocedure breed te kunnen verbeteren.

In dit onderzoek is bovendien kort aandacht besteed aan predictiemodellen die met behulp van AI de kans op veilig ontslag proberen te voorspellen. Hier wordt op dit moment onderzoek naar gedaan door een promovendus van de Universiteit Twente.

5. Conclusie

Uit dit kwalitatieve onderzoek blijkt dat zowel tussen ziekenhuizen als tussen zorgprofessionals verschillen zijn in redenen, afwegingen en voorkeuren die zij meenemen bij de beslissing om een curatief operatief behandelde slokdarmkankerpatiënt te ontslaan. Het institutionele protocol dat de deelnemers beschrijven verschilt bijvoorbeeld qua inhoud. Ook is er aanzienlijke variabiliteit in hoe zorgprofessionals aankijken tegen heropnames. Sommige zorgprofessionals beschouwen heropname als een teken van suboptimale zorg, terwijl anderen een heropname beschouwen als een inherent risico.

Naast verschillen, zijn er ook overeenkomsten in redenen die worden meegenomen bij de besluitvorming. Belangrijke consistente redenen zijn onder andere objectieve factoren zoals vitale parameters die binnen normale grenzen moeten liggen. Bovendien zijn zorgprofessionals het erover eens dat het evalueren van de CRP-waarde noodzakelijk is, hoewel de benadering varieert tussen het volgen van de trend en het hanteren van een specifieke afkapwaarde. Daarnaast worden (niet) medische factoren met een subjectieve interpretatie, zoals het gevoel en de expertise van de zorgprofessional, evenals de karakteristieken en omgeving van de patiënt meegenomen. De voorkeuren van de patiënt spelen eveneens een belangrijke rol, waarbij de mate waarin deze worden meegenomen kan variëren afhankelijk van de zorgprofessional.

Alle geïncludeerde ziekenhuizen hebben een protocol voor het postoperatieve proces dat een patiënt doorloopt, waarbij twee ziekenhuizen specifieke ontslagcriteria hanteren. De diversiteit in redenen, afwegingen en voorkeuren die een rol spelen bij ontslag kan dus deels worden toegeschreven aan de verschillen tussen ziekenhuizen. Daarnaast kan dit deels worden toegeschreven aan het gebrek aan overeenkomst tussen zorgprofessionals binnen een ziekenhuis.

Dit onderzoek wijst tevens op uitdagingen in het besluitvormingsproces rondom ontslag, waaronder de verwachtingen van de patiënt.

Concluderend is er geen eenduidige benadering voor het beslissen over het ontslag van slokdarmkankerpatiënten na een curatieve operatieve behandeling. Het is belangrijk om de diversiteit in redenen, afwegingen en voorkeuren te erkennen en te streven naar consistentie en transparantie in dit besluitvormingsproces om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

6. Referentielijst

1. IKNL: Incidentie slokdarm- en maagkanker. <https://iknl.nl/kankersoorten/slokdarm-en-maagkanker/registratie/incidentie> (2023). Accessed 29-02 2024.
2. IKNL: Incidentie per jaar, Aantal. https://nkr-cijfers.iknl.nl/viewer/incidentie-per-jaar?language=nl_NL&viewerId=fd49c995-4def-4f22-a309-b1ce10372f2c (2023). Accessed 29-02 2024.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021;71(3):209-49. doi: 10.3322/caac.21660.
4. Huang FL, Yu SJ. Esophageal cancer: Risk factors, genetic association, and treatment. *Asian J Surg*. 2018;41(3):210-5. doi: 10.1016/j.asjsur.2016.10.005.
5. Shapiro J, van Lanschot JJB, Hulshof MCCM, van Hagen P, van Berge Henegouwen MI, Wijnhoven BPL, et al. Neoadjuvant chemoradiotherapy plus surgery versus surgery alone for oesophageal or junctional cancer (CROSS): long-term results of a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*. 2015;16(9):1090-8. doi: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00040-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00040-6).
6. Watanabe M, Otake R, Kozuki R, Toihata T, Takahashi K, Okamura A, et al. Recent progress in multidisciplinary treatment for patients with esophageal cancer. *Surgery Today*. 2020;50(1):12-20. doi: 10.1007/s00595-019-01878-7.
7. Kato H, Nakajima M. Treatments for esophageal cancer: a review. *General Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2013;61(6):330-5. doi: 10.1007/s11748-013-0246-0.
8. Ziekenhuisgroep Twente. Regionaal zorgpad oesophagus- cardiacarcinoom. Confidential: Ziekenhuisgroep Twente; 2023. p. 35.
9. Babic B, Tagkalos E, Gockel I, Corvinus F, Hadzijušević E, Hoppe-Lotichius M, et al. C-reactive Protein Levels After Esophagectomy Are Associated With Increased Surgical Trauma and Complications. *Ann Thorac Surg*. 2020;109(5):1574-83. doi: 10.1016/j.athoracsur.2019.12.016.
10. Ashok A, Niyogi D, Ranganathan P, Tandon S, Bhaskar M, Karimundackal G, et al. The enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol to promote recovery following esophageal cancer resection. *Surgery Today*. 2020;50(4):323-34. doi: 10.1007/s00595-020-01956-1.
11. G.F. Koerselman, Korzec A. Voorstel voor een checklist bij het afwijken van richtlijnen. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2008;152.
12. Park SY, Kim DJ, Byun GE. Incidence and risk factors of readmission after esophagectomy for esophageal cancer. *Journal of Thoracic Disease*. 2019;11(11):4700-7.
13. Ortiz MR. Patient-Centered Care: Nursing Knowledge and Policy. *Nursing Science Quarterly*. 2018;31(3):291-5. doi: 10.1177/0894318418774906.
14. Thompson-Leduc P, Clayman ML, Turcotte S, Légaré F. Shared decision-making behaviours in health professionals: a systematic review of studies based on the <sc>T</sc>heory of <sc>P</sc>lanned <sc>B</sc>ehaviour. *Health Expectations*. 2015;18(5):754-74. doi: 10.1111/hex.12176.
15. Niburski K, Guadagno E, Abbasgholizadeh-Rahimi S, Poenaru D. Shared Decision Making in Surgery: A Meta-Analysis of Existing Literature. *Patient*. 2020;13(6):667-81. doi: 10.1007/s40271-020-00443-6.
16. Leeds IL, Sadiraj V, Cox JC, Schnier KE, Sweeney JF. Assessing clinical discharge data preferences among practicing surgeons. *Journal of Surgical Research*. 2013;184(1):42-8.e3. doi: 10.1016/j.jss.2013.03.064.
17. Bennett D. Action, Reason, and Purpose. *The Journal of Philosophy*. 1965;62(4):85-96. doi: 10.2307/2022925.
18. Waite JB. A Definition of Consideration. *Michigan Law Review*. 1916;14(7):570. doi: 10.2307/1276273.
19. Hausman DM. Preference, value, choice, and welfare. Cambridge University Press; 2011.
20. CatharinaZiekenhuis: Slokdarmkanker: van symptomen tot vooruitzichten. <https://www.catharinaziekenhuis.nl/aandoeningen/slokdarmkanker/> Accessed 06-03 2024.

21. ZiekenhuisgroepTwente: Slokdarmkanker. <https://www.zgt.nl/aandoening-en-behandeling/onze-specialismen/slokdarmkanker/team/> Accessed 06-03 2024.
22. ErasmusMC: Rotterdamse Slokdarm- en Maagkanker Werkgroep. <https://www.erasmusmc.nl/nl-nl/kankerinstituut/patientenzorg/centra/rotterdamse-slokdarm-maagkankerwerkgroep#f14af1f0-86a6-4d93-88fb-7e103e2926a0> Accessed 06-03 2024.
23. FederatieMedischSpecialisten: SONCOS Normeringsrapport 12-2024. <https://demedischspecialist.nl/normeringsrapport-van-soncos> (2024). Accessed.
24. Harrell MC, Bradley M. Data collection methods: Semi-structured interviews and focus groups. 2009.
25. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough? *Field Methods - FIELD METHOD*. 2006;18:59-82. doi: 10.1177/1525822X05279903.
26. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2015;42(5):533-44. doi: 10.1007/s10488-013-0528-y.
27. Williams M, Moser T. The art of coding and thematic exploration in qualitative research. *International management review*. 2019;15(1):45-55.
28. Cash P, Snider C. Investigating design: A comparison of manifest and latent approaches. *Design Studies*. 2014;35(5):441-72. doi: <https://doi.org/10.1016/j.destud.2014.02.005>.
29. Panhwar AH, Ansari S, Shah AA. Post-positivism: An effective paradigm for social and educational research. *International Research Journal of Arts and Humanities*. 2017;45(45):253-9.
30. Müller PC, Kapp JR, Vetter D, Bonavina L, Brown W, Castro S, et al. Fit-for-Discharge Criteria after Esophagectomy: An International Expert Delphi Consensus. *Dis Esophagus*. 2021;34(6). doi: 10.1093/dote/daa101.
31. Hams SP. A gut feeling? Intuition and critical care nursing. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2000;16(5):310-8. doi: <https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1500>.
32. Yu Q, He LJ, Zhong JD, Zhang JE. Readiness for hospital discharge and its association with post-discharge outcomes among oesophageal cancer patients after oesophagectomy: A prospective observational study. *J Clin Nurs*. 2024. doi: 10.1111/jocn.17055.
33. Verver L. Slokdarmkankerpatiënten over het ontslag uit het ziekenhuis en begeleiding naar zelfredzaamheid in de thuissituatie na een curatieve operatieve behandeling. 2024.
34. Gledhill K, Bucknall TK, Lannin NA, Hanna L. The role of collaborative decision-making in discharge planning: Perspectives from patients, family members and health professionals. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;32(19-20):7519-29. doi: 10.1111/jocn.16820.
35. Andriotti T, Goralnick E, Jarman M, Chaudhary MA, Nguyen LL, Learn PA, et al. The Optimal Length of Stay Associated With the Lowest Readmission Risk Following Surgery. *J Surg Res*. 2019;239:292-9. doi: 10.1016/j.jss.2019.02.032.
36. Klevebro F, Boshier PR, Low DE. Application of standardized hemodynamic protocols within enhanced recovery after surgery programs to improve outcomes associated with anastomotic leak and conduit necrosis in patients undergoing esophagectomy. *Journal of Thoracic Disease*. 2019;11(S5):S692-S701. doi: 10.21037/jtd.2018.11.141.
37. Graham LA, Illarmo S, Gray CP, Harris AHS, Wagner TH, Hawn MT, et al. Mapping the Discharge Process After Surgery. *JAMA Surg*. 2024;159(4):438-44. doi: 10.1001/jamasurg.2023.7539.

7. Bijlagen

7.1. Informatieformulier

Informatieformulier

Kwaliteitsverbetering ontslagproces slokdarmkanker

Geachte heer/mevrouw,

U bent een zorgprofessional gespecialiseerd in de behandeling van slokdarmkankerpatiënten in het ZGT, CZE of EMC. Daarnaast bent u betrokken bij het ontslag van een curatief operatief behandelde slokdarmkankerpatiënt.

Middels deze brief informeren wij u over een wetenschappelijk onderzoek naar de besluitvorming rond het ontslag van een curatief operatief behandelde slokdarmkankerpatiënt. Wij vragen u vriendelijk of u uw ervaringen rondom deze beslissing met ons wilt delen door middel van een interview. Dit interview vindt in overleg plaats op uw werklocatie of via Microsoft Teams en duurt ongeveer 30 minuten. Hieronder krijgt u uitleg over het onderzoek.

Dit onderzoek is opgezet door twee studenten van de Universiteit Twente: Lynn Verver en Babet Mensen onder begeleiding van Julia Mikhal en Janine van Til in samenwerking met het ZGT.

Het doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de besluitvorming rond ontslag van operatief behandelde slokdarmkankerpatiënten, om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren. Onderwerpen die in het onderzoek aan bod komen, zijn: 1) besluitvorming rond ontslag, 2) multidisciplinair overleg, 3) patiëntbetrokkenheid en 4) heropnames en 5) Artificial Intelligence.

U kunt uw deelname op ieder moment afbreken en uw toestemming intrekken. U hoeft daarbij geen reden op te geven. De gegevens die tot dat moment zijn verzameld, worden indien mogelijk alsnog vernietigd. Gegevens die reeds gebruikt zijn voor publicatie kunnen niet meer worden verwijderd.

Voor dit onderzoek zullen de volgende gegevens worden verzameld:

1. Uw functie als zorgprofessional
2. Opnamemateriaal interviews

De anonieme gegevens gaan naar een beveiligde omgeving op de Universiteit Twente en het ZGT. De onderzoeksgegevens zijn bij publicatie in een wetenschappelijk tijdschrift niet naar u te herleiden. De verzamelde audio opnames zullen niet langer worden bewaard dan noodzakelijk is voor dit onderzoek. Hierna zullen ze worden vernietigd.

Uw anonieme gegevens kunnen na afloop van dit onderzoek ook nog van belang zijn voor ander wetenschappelijk onderzoek op het gebied van slokdarmkanker. Daarvoor zullen uw gegevens 10 jaar worden bewaard. U kunt mondeling aangeven of u hier wel of niet mee instemt. Indien u hier niet mee instemt, kunt u gewoon deelnemen aan dit onderzoek.

Indien u nog vragen heeft kunt u contact opnemen van Janine van Til (j.a.vantil@utwente.nl) of Ewout Kouwenhoven (e.kouwenhoven@zgt.nl).

Met vriendelijke groet,

Babet Mensen en Lynn Verver, onderzoekers

7.2. Interviewschema

INTRODUCTIE

Allereerst wil ik u heel erg bedanken voor deelname aan dit onderzoek. Wij zijn Lynn Verver en Babet Mensen, momenteel in het laatste jaar van de Bachelor Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Voor mijn afstudeeropdracht, doe ik onderzoek naar de beslissing tot ontslag van de curatief operatief behandelde slokdarmkankerpatiënt. In dit onderzoek zal ik verschillende zorgprofessionals uit het ZGT, het EMC en het CZE interviewen over het besluitvormingsproces rondom het ontslag van deze patiëntenpopulatie. Ik zal u dan ook de vragen stellen en Lynn ondersteunt mij hierbij.

Het doel van dit onderzoek is om de redenen, afwegingen en voorkeuren in kaart te brengen die meegenomen worden in de beslissing tot ontslag van slokdarmkankerpatiënten na een curatieve operatieve behandeling. Een beter begrip van dit proces, kan bijdragen aan een verbetering van protocollen en daarmee het ontslagbeleid. U heeft alle ruimte om uw mening te delen, er is geen goed of fout antwoord.

Met uw toestemming wil ik dit interview graag opnemen. Uw geanonimiseerde antwoorden zullen 10 jaar bewaard worden op een beveiligde omgeving van het ZGT en de Universiteit Twente. U kunt op ieder moment aangeven dat uw gegevens verwijderd moeten worden, tenzij deze al gebruikt zijn voor publicatie. Gaat u hiermee akkoord?

Voordat we beginnen met dit interview, heeft u nog vragen? Dan begin ik met de opname en het interview.

AUDIO OPNAME STARTEN

“ Geeft u toestemming voor opname van dit interview?

“ Geeft u toestemming dat uw gegevens voor 10 jaar op een beveiligde omgeving worden bewaard voor ander wetenschappelijk onderzoek?

STARTVRAAG:

1. Op welke manier bent u betrokken bij het ontslag van een curatief operatief behandelde slokdarmkankerpatiënt?

Besluitvorming rond ontslag

2. Is er een protocol waarin ontslagcriteria benoemd staan die u gebruikt bij uw besluitvorming?
 - Wat zijn de ontslagcriteria?
 - Waar zijn deze op gebaseerd (bewijs door onderzoek)?

Uit recent onderzoek blijkt dat er consensus is onder chirurgen over CRP-waarden (in dit artikel 80 mg/dl), namelijk dat de ontstekingswaarden dalen zijn ongeveer normaal.

3. Neemt u deze waarden ook mee in uw beslissing?
 - Zo ja, op welke manier? (Welke grenswaarde of range)
 - Zo nee, waarom niet?

4. Welke factoren neemt u naast de ontslagcriteria mee in de beslissing tot ontslag van een operatief behandelde slokdarmkankerpatiënt?
 - Waarom? Kunt u een situatie noemen?
 - Zijn er, naast objectief meetbare uitkomsten, ook andere argumenten die voor u een rol spelen in uw oordeel of ontslag mogelijk is?
 - Op welke manier hebben deze invloed op uw beslissing?

5. Wegen de factoren allemaal even zwaar mee in de beslissing?
 - Zijn er factoren die u graag vaker of juist minder vaak zou willen meten?
 - Zijn er ontslagcriteria waarvan u denkt dat ze misschien overbodig zijn?

6. Kunnen de factoren worden gekwantificeerd?
 - Zo ja, bestaat er een drempelwaarde of een range die de beslissing bepaald?

7. Wat zijn de belangrijkste uitdagingen in het bepalen van het juiste moment van ontslag die u tegenkomt?

Zijn de volgende factoren benoemd?

- o Protocol
- o Subjectieve argumenten
- o Patiëntvoorkeuren
- o Individuele patiëntkarakteristieken [Leeftijd] [Mentale veerkracht] [Thuisituatie] [Hulp van naasten]

Multidisciplinair overleg

8. Bespreekt u het ontslag met andere collega's?
 - Zo ja, met wie bespreekt u dit?
 - o Hoe vaak komt het voor dat u dit bespreekt met collega's?
 - Zo nee, waarom niet?
9. Wijkt uw oordeel over of ontslag wel eens af van dat van uw collega's?

Zo ja, waardoor ontstaan deze verschillen?

- o Kennis
- o Ervaring
- o Risico mijndend
- o Risicolopend
- o Economisch motief
- Wat gebeurt er in deze situatie?
- Wie neemt er in dit geval het uiteindelijke besluit?
- Kunt u een klein voorbeeld hiervan noemen?

Zo nee, kunt u hier iets meer over vertellen?

Patiëntbetrokkenheid

10. Wordt de patiënt geïnformeerd over het bestaande ontslagcriteria?

Zo ja, hoe?

- o Mondeling of schriftelijk
- o Door wie?
- o Op welk moment? Pre- of postoperatief

11. Wijkt uw oordeel over of ontslag mogelijk is, wel eens af van dat van de patiënt?

- Zo ja, waardoor ontstaan deze verschillen?
- Wat gebeurt er in deze situatie?

12. In hoeverre houdt u rekening met de voorkeuren en wensen van de patiënten bij het nemen van een ontslagbeslissing?

- Kunt u hier iets meer over vertellen?

13. Vind u dat er sprake is van gezamenlijke besluitvorming met de patiënt met betrekking tot de beslissing tot ontslag?

- Zo ja, waarom?
- Zo nee, waarom niet?

Heropnames

14. Hoe neemt u het risico op heropname mee in uw besluit tot ontslag?

15. Welk risico op heropname binnen 30 dagen is voor u acceptabel?

- Waarom?
- Wat vindt u van een heropname in het algemeen?
[Ziet de professional dit bijvoorbeeld als falen van zijn inschatting of behandeling?]

16. Komen heropnames voor? *[Tot welk moment ziet de professional het als een heropname?]*

- Hoe vaak komen ze voor?
- Gebeurt dit vaak in de eerste week na ontslag?
- Denkt u dat er heropnames zijn die voorkomen hadden worden door een betere inschatting op de dag van ontslag?

17. Hoe lang verblijft een patiënt na een curatieve operatieve behandeling van slokdarmkanker gemiddeld in dit ziekenhuis?

- Wat vindt u van deze ligduur?
- Wat is voor u het vroegst mogelijke moment dat een patiënt met ontslag kan, hoeveel dagen?

~~18. Moeten potentieel dodelijke complicaties gedurende de opname voor 100% uitgesloten zijn voordat ontslag wordt ingezet?~~

Artificial Intelligence

Op dit moment wordt in het ZGT onderzoek gedaan naar Artificial Intelligence (AI) ondersteunde predictiemodellen die de kans op veilig ontslag proberen te voorspellen.

[Definitie: Veilig ontslag kan bijvoorbeeld worden gedefinieerd als een kans van X% of lager op heropname]

19. Wat is uw mening over dit soort ontwikkelingen?

- Denkt u dat A.I. kan (of juist niet) helpen bij het bepalen van veilig ontslag?
- Staat u ervoor open om AI in te zetten om te bepalen of u een patiënt veilig kan ontslaan?
- Op welke manier?

Zo ja OF Stel u zou het toch moeten gebruiken,

20. Welke informatie zou u graag willen ontvangen van een predictiemodel, waarmee u een onderbouwd besluit kunt nemen?

Bijvoorbeeld:

- o Een risicoprocentage*
- o Een risicoscore*
- o Een risicocategorie*
- o Een tekst*
- o Een andere weergave*

21. Wie of wat geeft er volgens u de uiteindelijke doorslag?

Alle vragen zijn voor nu beantwoord. Wilt u zelf nog iets kwijt?

Ik wil u heel erg bedanken voor uw deelname en dan zet ik nu de opname stop.

AUDIO OPNAME STOPPEN

7.3. Codeboek

In de onderstaande tabel zijn de thema's, categorieën en codes weergegeven. Bovendien is per code één relevant citaat uitgekozen die de betekenis en de context van de code begrijpelijker maakt.

Tabel 3 Codeboek

Thema	Categorie	Code	Citaat
Werkwijze bij ontslag	Objectieve factoren bij ontslag	Aanwezigheid drain meegenomen in ontslag	(R8) Ja, en in een aantal gevallen kunnen ze wel met een draintje weg, maar ik denk eerlijk gezegd dat het draintje ze over het algemeen dan toch nog wel even hier houdt ja. Ja, en in een aantal gevallen kunnen ze wel met een draintje weg, maar ik denk eerlijk gezegd dat het draintje ze over het algemeen dan toch nog wel even hier houdt ja.
		Amylase trend	(R2) Ja, ik denk dat bij ons wel de de ontstekingswaarde samen met het amylase wegen wel heel zwaar.
		Combinatie subjectief geïnterpreteerde en objectieve factoren bij ontslag	(R6) Het is een combinatie, het is niet het één of het ander. Hè, hoe doet de kliniek? Wat vindt de verpleegkundige ervan? Hoe zijn de controles, hoe is het lab en wat wil de patiënt?
		CRP afkapwaarde 100 indien trend dalend	(R8) Wel beneden de 100 zijn, zeg maar, maar het hoeft van mij niet een bepaalde afkapwaarde te hebben om naar huis te gaan. Nee, dus als het nee, als dan de de daling inzet. Maar goed, als iemand van 200 komt, het is 100. Als iemand op 100 blijft hangen, dan is die 100 toch net, dat interpreteer je toch net wat anders, op één of andere manier.
		CRP trend moet dalend zijn	(R3) Ja, CRP hoort te dalen en als die niet daalt, dan is er iets en dat hoeft niet automatisch zijn de ergste complicatie. Maar dan is er iets, want het hoort gewoon te dalen
		Geen afkapwaarde voor CRP	(R2) Het is eigenlijk meer een goeie dalende trend, en als die nog wel erg hoog is, dan kijken we kijken ook nog weer naar andere dingen, maar het is een mooie dalende trend en we hebben geen vaste waarde van, hij moet onder die waarde zijn.
		Goede vitale parameters	(R3) ja, de vitale parameters is, maar die moeten natuurlijk per definitie goed zijn, anders gaat iemand niet naar huis.
		Heropname wordt meegenomen in beslissing tot ontslag	(R1) En als je dan het idee meeneemt van heropname van anders komt die maar weer terug. Dat, dan zou ik liever nog een dag langer houden, dat je dat risico uitsluit zeg maar dan dat je al te vroeg met ontslag stuurt".

	Infectiewaarde	(R4) geen koorts / tekenen van infectie. En dan staat er tussen haakjes CRP onder de 250 en of sterke daling
	Intake is geen ontslagcriterium	(R2) Intake hoeft niet, hoeven ze niet per se te hebben, dus dat is niet echt een criteria
	Labonderzoek	(R6) Et cetera en dan veel verder op in de volgorde van belangrijkheid komt voor mij het labonderzoek hé
	Leukocyten trend moet dalend zijn	(R3) Het hoort te dalen. En CRP, ik kijk niet alleen naar het CRP, want dat, dat heeft een curve die zo is [dalend] maar vaak zit je als er een ontsteking infectie aan zit te komen, die dus de eerste dagen er niet was. Wat er dan gebeurt, is dat CRP daalt, CRP stagneert en meestal stijgen dan de leukocyten dus dan zie je dat die leukocyten die waren eigenlijk al genormaliseert en die stijgen dan als eerst op bijvoorbeeld op dag vijf, en dan, dan is er iets.
	Ontslagcriterium CRP onder 150	(R7) Die ja, boven de 150 is geassocieerd met complicaties en onder 150 niet. Dus ja, dit is internationaal, wordt het aangehouden, dat is niet alleen bij mij.
	Ontslagcriterium eten is niet zinvol	(R7) Ja, sommigen, kijk deze criteria niet, maar sommige mensen houden aan dat ontlasting moeten hebben of dat ze voldoende moeten kunnen eten. Dat vind ik allemaal niet zinvol.
	Ontslagcriterium geen infuus	(R7) Dalende infectiewaarden, CRP onder 150, geen IV fluids, ADL zelfstandig pijn onder controle met orale pijnstilling, volgens mij waren dat geen infusen, geen drains.
	Ontslagcriterium geen IV fluids	
	Ontslagcriterium Intake	(R4) Voor de slokdarmpatiënten moet goed, goed genoeg kunnen eten of er moet sondevoeding opgestart zijn.
	Ontslagcriterium ontlasting	(R8) Voor de rest moeten ze stoelgang hebben gehad
	Ontslagcriterium ontlasting is niet zinvol	(R7) Ja, sommigen, kijk deze criteria niet, maar sommige mensen houden aan dat ontlasting moeten hebben of dat ze voldoende moeten kunnen eten. Dat vind ik allemaal niet zinvol.
	Patiënt moet voldoen aan alle ontslagcriteria	(R4) Nou, het is in principe zijn het allemaal vinkjes die je moet kunnen zetten, hè, want als één van de dingen niet in orde is, ja, dan dan wordt het al lastig... Dus eigenlijk zijn het geen, is het niet dat één van de factoren of twee van de factoren in orde moet zijn. Dus ze moeten allemaal in orde zijn

Subjectieve factoren bij ontslag	Algemene indruk patiënt	(R5) Ik denk dat ja, dat die algemene indrukken, dus je gevoel, de indruk die je hebt van een patiënt, wel belangrijk is.
	Beoordeling indicatie thuiszorg	(R1) Nou sowieso of iemand thuiszorg nog nodig heeft, ja, ligt dus inderdaad of iemand met sondevoeding en of die daar zelfstandig in is of niet, of daar thuiszorg voor nodig is.
	Cognitief niveau patiënt	(R1) sommige patiënten die, ook cognitief ligt, er ook aan hoe sterk ze zijn en wat ze allemaal kunnen opnemen qua informatie. Want ze moeten best wel veel dingen doen, zeg maar. Ligt ook een beetje aan of ze dat of het vertrouwd is.
	Combinatie subjectief geïnterpreteerde en objectieve factoren bij ontslag	(R6) Het is een combinatie, het is niet het één of het ander. Hè, hoe doet de kliniek? Wat vindt de verpleegkundige ervan? Hoe zijn de controles, hoe is het lab en wat wil de patiënt?
	Gut feeling zorgprofessional	(R4) Dus dan moet je meer varen op je gutfeeling om het zo maar te zeggen, of de gutfeeling van van de PA die dan de patiënt gezien heeft vandaag en ik heb die gisteren gezien, dus ik weet wel ongeveer hoe het gaat. Hè, dus dan wordt het wat lastiger en dat is dan ook lastig te vangen in in in cijfertjes
	Kwetsbaarheid patiënt	(R5) Soms is het ook dat je bij sommige patiënten die zijn wat kwetsbaarder en daar ben je voorzichtiger mee. Zeg maar dan dan denk je het liever een dag te lang dan dat je meteen al met ontslag doet op dag vijf
	Mobiliteit patiënt	(R2) Iemand moet kunnen mobiliseren.
	Ontslagcriterium ADL zelfstandig	(R7) ADL zelfstandig
	Ontslagcriterium pijn onder controle	(R3) pijn, de mate hè, dan moet dat een beetje onder controle zijn
	Patiënt herstelt thuis het beste	(R5) Het ziekenhuisverblijf is voor geen enkele patiënt goed. Hoe langer je in het ziekenhuis blijft, hoe slechter het is, dus dat is ook voor de patiënt alleen zien ze dat niet altijd in.
Professionele beoordeling en expertise van zorgprofessional bepaalt moment van ontslag	(R8) Ja, zo wordt alles tegenwoordig genoemd. In principe zijn er ook verantwoordelijk voor de doorloop dus ik ik zou willen zeggen dat het toch meestal wel een beetje van van bovenaf aangestuurd wordt, dat dat niet helemaal vrijblijvend gezamenlijk beslissen is, want wij hebben natuurlijk ook gewoon verantwoording af te leggen naar de patiënten die nog geopereerd moeten	

		worden en er moet wel een bed voor zijn. Dus nee, ik geloof niet dat ik dat gezamenlijk beslissen, dat doe ik er te veel eer aan, alleen je gaat weleens mee natuurlijk
	Rekening houden met voorkeuren en wensen patiënt	(R4) En daarin wordt ook wel de de wens van de patiënt of nou in ieder geval wat de patiënt aangeeft ook wel meegenomen. Dus dat is, dat is een belangrijk punt.
	Risicomijdend	(R1) Ja, ja, vaak merk je, merk je wel iets op bij iemand zeg maar, en als je dat ook met een collega deelt, kun je zeggen: ja, dat idee heb ik ook wel. Vaak zijn we ook liever te voorzichtig dan een beetje te snel iemand weg stuurt.
	Sociaal vangnet van patiënt	(R9) Nou, kijk, als het in principe proberen, proberen we altijd streven naar zes dagen bij ongecompliceerd beloop maar het is natuurlijk zo dat sommige patiënten daar is de de opvang thuis net niet goed genoeg. Dat dat lukt. Dus in die zin hou je daar wel rekening mee.
	Te vroeg ontslag kan leiden tot heropnames om andere redenen dan complicatie	(R5) Het is niet altijd een complicatie, het is vaak soms ook dat het thuis niet gaat, omdat ze gewoon niet niet te verder verbeteren thuis
	Zelfstandigheid patiënt	(R4) Hoe oud de patiënt en hoe zelfstandig is de patiënt, verwacht je dat, dat iemand zichzelf thuis redt
	Zorg voor thuis moet geregeld zijn voor ontslag	(R1) Maar als dan sondevoeding naar huis gaat, moet ook die zorg geregeld zijn en dat is vaak dan weer naar het weekend, hier zo worden vaak slokdarm allemaal op een dinsdag geopereerd. Die dag vijf komt er altijd uit op zaterdag-zondag dus dan dan duurt het wel eens langer als iemand dan bij ons lag zeg maar.
Meningsverschillen tussen zorgprofessionals als bij ontslag	Chirurg voorzichtiger dan zaalarts	(R3) Ik kan natuurlijk alleen over mezelf spreken. Het is mezelf, zeg maar, en [zaalarts] dan ben ik vaak diegene die op de rem trap, denk ik, van heb je hieraan gedacht? Nee, ik vind het nog niet verantwoord, het is nog niet. We leven nog niet in een save zone, hè voor mij dus een feit dat iemand, denk ik, van nou, ja, hier zie ik gewoon geen enkele alarmbel, dat weet ik zeker. Dat ik eerder op de rem trap dan [zaalarts].
	Hoofdbehandelaar beslist bij verschil van inzicht	(R7) De hoofdbehandelaar beslist.

	Mening patiënt betrokken indien meningsverschil zorgprofessionals	(R6) Dan ga je gesprek en dan kijken van oké, wat zijn nou de argumenten? En daarin weegt nogmaals, in mijn beleving ook heel erg mee wat de patiënt aangeeft hè, als ik zeg: het gaat goed en mijn collega zegt: het gaat niet goed en de patiënt zegt: ik voel me belabberd. Ja, dan ben ik natuurlijk hartstikke gek. Als ik dan mijn zin ga zitten doorduwen
	Meningsverschil alleen bij complicaties	(R7) Behalve bij complicaties.
	Meningsverschil wel eens meegemaakt	(R6) Ja, ik denk het wel, hè, dat, het is natuurlijk ook heel vaak een momentopname en wij zien de patiënt meestal toch verschillende keren tijdens de klinische opname en daardoor zie je aan de ene kant het beloop maar aan de andere kant word je misschien ook wel een beetje blind voor bepaalde dingen die er langzaam in sluimeren hé, een patiënt die toch net een beetje benauwd is, of hè dat je, ja, dat is niks. Of we kijken nog een dagje aan, terwijl iemand die dan met een frisse blik komt kijken, die dan zegt van hé, maar het is niet goed. Dus ja, die mening, die wijkt zeker nog wel eens af, hè, en de ene keer heeft de één gelijk en de ander de andere hè
	Regelmatig meningsverschil	(R5) Zeker, ja, regelmatig.
	Verpleegkundige schat subjectieve waardes in	(R4) Jawel hoor, jawel hoor, kijk, soms kan je denken van nou en dan zit dat zit hem dan met name als ik dat dan zo terugdenk, dan zou je kunnen zeggen van oké, nou dan een patiënt die is, die voldoet misschien aan alle vinkjes op papier en infectiewaarde dalen, pijn is onder controle. Maar dat dan, wij zeggen van nou, die moet, die patiënt moet naar huis toe en dat dan vanuit of de familie of vanuit de verpleegkundige toch komt van ja, we denken dat het nu nog net te vroeg is of niet veilig kan, omdat de patiënt alleen thuis is en nou weet ik veel, bed boven heeft en de trap op moet en nou ja, dat is allemaal nog niet geregeld. Nou ja, dat zijn dan dingen. Dan wil ik daar ook nog wel eens toch proberen te kijken van oké, maar hoe kunnen we dan wel zo dat iemand wel zo snel ook naar huis gaat, want van in het ziekenhuis liggen? Ja, worden patiënten over het ook niet beter. Dus dat is soms nog wel een spanningsveld. Dat dan de medische kant meer naar het medische kijkt, tenminste de dokter en dat de verpleegkundige dan misschien iets meer naar zorg gedeelte kijkt en dat daar soms misschien wel wat discrepantie kan zitten. Maar dat is niet erg, want dan kom je samen ook wel weer uit.
	Vershil in ervaring tussen zorgprofessionals	(R5) Ja, dat is gewoon je ervaring met die patiënt, veel meer gezien of wat er allemaal kan gebeuren en bepaalde tekenen, bepaalde klinische symptomen of of ja dingen die je ziet wat wat

		een uiting kan zijn van een onderliggend probleem of complicatie die je toch wil uitsluiten. Dus dat is gewoon bekendheid met met de dingen die kunnen gebeuren en de complicaties en er veel meer gezien hebben, veel gedeald hebben daarmee, wat zorgt dat je gewoon wat meer aandacht hebt voor die dingen. En ja, dat is ook helemaal niet erg.
	Vershil in inzicht tussen zorgprofessionals	(R3) En ja, de vraag is dus ook van, ook al zouden we dus wel met meerdere mensen altijd overleggen. Los van het feit dat dat gewoon ook niet kan, blijf je met wel een dilemma dat dat verschil van inzichten gewoon zijn, omdat we ook gewoon weinig evidence hebben.
	Vershil in karakter tussen zorgprofessionals	(R3) maar ook een verschil in karakter van weet je wat als iemand terugkomt ja, dan zei dat zo, dus all in de game. Karakter ook denk ik dat mensen, sommige mensen die willen alleen maar een tien halen, hè, en die zijn niet met een acht, acht en een half tevreden en misschien ook wel gewoon de ene keer meer risicomijdend is en andere. Die denkt van nou weet je wat, als die terugkomt dan zien we dan wel weer, dan lost het dan wel op
Werken volgens protocol zonder en met ontslagcriteria	Aantal zachte ontslagcriteria in protocol	(R3) Ja, dat zijn natuurlijk ook allemaal geen harde zaken, want wat is pijn, ik bedoel, mate van mobiliteit, dat is niet gewoon een zwart-wit iets.
	Geen protocol voor gecompliceerd beloop	(R3) Maar we hebben dus geen protocol dat we zegmaar dus op die mensen scherper zijn. Dat komt natuurlijk ook omdat ze al niet op dag vijf naar huis gaan, dus ze hebben die die, die standaard ontslagcriteria daar voldoen ze al niet aan. Die groep heeft dus per definitie al een meer kans op heropname
	Geleidelijk toewerken naar ontslag volgens protocol	(R2) Ja, we werken elke dag naar een ontslag toe, dus het het is heel normaal of er een ontslag aankomt of niet. Dus het is niet per se dat het echt een criteria lijstje staan van Vink, Vink vink maar elke dag heb je een protocol waar je naartoe werkt, zeg maar.
	Heropnames evalueren voor toekomstig ontslagbeleid	(R6) Ja, dat is soms onvermijdelijk, maar een heropname vanwege een complicatie die eigenlijk al een beetje aan het broeden was tijdens de opname. Ja, dat is wel vermijdelijk dus jij moet, denk ik, bij iedere heropname gewoon goed evalueren van ja, waarom komt die patiënt nou terug?
	Ontslagcriteria protocol	(R2) Nou, iemand moet, ja, wat zijn die ontslagcriteria? Het CRP en de leuko's moeten voldoende laag zijn. Iemand moet kunnen mobiliseren. Intake hoeft niet, hoeven ze niet per se te hebben, dus dat is niet echt een criteria. Ontlasting moeten ze hebben gehad. Pijn moet onder controle zijn, met normale medicatie, dus pillen, zeg maar.

		Patiënt geïnformeerd over ontslagcriteria/zorgpad, maar niet in detail	(R7) Nee, er worden de doelen besproken, dus je moet 50 procent van je dagelijkse inname hebben, je moet je zelf kunnen verzorgen, maar niet de CRP moet onder de 150, dat gaan we niet bespreken.
		Protocol gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek	(R8) Ja, dat is een beetje gebaseerd op het bewijs voor ERAS wat er is en dan toegespitst op ja, onze lokale situatie.
		Protocol is leidraad bij ontslag	(R4) En ja, kijk, meestal gaat alles protocol. En dan worden wij niet altijd gevraagd van Goh kan de patiënten naar huis toe of niet
		Protocol is niet evidence based	(R2) Ja, het is een combinatie van, want heel veel dingen zijn niet heel goed specifiek nog onderzocht, zeg maar van als het CRP hieronder is, dan kun je iemand veilig ontslaan of dat dat dat weten we nog niet precies.
		Takenlijst	(R5) Ja, even kijken, we hebben, nee, er staan niet echt criteria wanneer iemand met ontslag wel wat er allemaal gedaan moet worden, als iemand met ontslag gaat, maar niet dat dat de criteria zijn waaraan iemand moet voldoen voordat die naar huis kan.
Rollen van betrokkenen bij ontslag	Rol van zorgprofessionals als bij ontslag	Betrekken van chirurg is niet noodzakelijk	(R6) Nou, we hebben een zorgpad en in dat zorgpad staat dus wat de patiënt op welke dag zou moeten kunnen, tot en met de beoogde ontslagdatum we hebben nu ook getrainde verpleegkundig specialisten en die mogen in principe als verlengde arm van ons het zorgpad zelf uitvoeren. En vaak zie je elkaar toch wel op de afdeling of hè dat je even spart over de patiënt. Maar het is niet dat wij als voorwaarde hebben gesteld dat de hoofdbehandelaar of de chirurg de patiënt moet zien voordat die met ontslag mag
		Betrokken bij gecompliceerde patiënten	(R3) En we zijn per definitie bij. Ik ben per definitie bij hen betrokken, bij patiënten die een afwijkend post operatief beloop hebben. Anders komt echt tot nou, ja, dan worden we als iemand gewoon heel gladjes verloopt ja, dan dan zijn we er minder bij betrokken dan dat iemand zeg maar, van de ene complicatie naar de andere is gedoken en uiteindelijk een keer naar huis gaat
		Betrokken bij zorgpad/protocol	(R6) en hebben we een zorgpad waar ik ook mede-eigenaar van ben, hè, die bepaalt of een patiënt naar huis kan of niet.
		Chirurg geeft eindoordeel	(R8) Ja, als eindverantwoordelijke denk ik als chirurg, als eind, ja, denk het wel, uiteindelijk de green light, denk ik.

	Chirurg stuurt patiënten niet naar huis	(R3) Ja, maar ik stuur de patiënten ook niet naar huis, hè even voor de helderheid!
	Chirurg superviseert zaalarts of PA	(R4) Nou met name in de rol van superviserende chirurg dan in dit geval van van De van de zaalartsen of de PA die dan de nou ja, de verantwoordelijkheid heeft over de zaal.
	Chirurg ziet patiënten op afdeling	(R6) Nou, ik ben slokdarm chirurg, dus ja, de patiënten die ik opereer die zie ik ook op de afdeling en ik ben betrokken bij de postoperatieve zorg.
	Coördinerende rol verpleegkundige	(R4) ja, ik denk in person vaak naar het verpleegkundige team toe en dan komt het via hun naar ons zijn natuurlijk ook opgeschreven dus daar heeft de verpleegkundigen ook best wel een coördinerende rol om het zo maar te zeggen. Die zullen niet de beslissing maken, maar die brengen het wel een beetje samen.
	Dienstdoende chirurg beslist over ontslag	(R3) Maar als mijn collega zeg maar de dienstdoende is van die dag en die wordt gebeld en die zegt: nou weet je wat, laat maar naar huis gaan, dan heb ik geen, ik weet dat ook niet eens, hè, die heeft dat dan gewoon samen beslist met met [zaalarts].
	Frisse blik andere (niet) slokdarmchirurg is goed	(R6) Ja, ik denk het wel, hè, dat, het is natuurlijk ook heel vaak een momentopname en wij zien de patiënt meestal toch verschillende keren tijdens de klinische opname en daardoor zie je aan de ene kant het beloop maar aan de andere kant word je misschien ook wel een beetje blind voor bepaalde dingen die er langzaam in sluimeren hé, een patiënt die toch net een beetje benauwd is, of hè dat je, ja, dat is niks. Of we kijken nog een dagje aan, terwijl iemand die dan met een frisse blik komt kijken, die dan zegt van hé, maar het is niet goed
	Hoofdbehandelaar beslist bij verschil van inzicht	(R8) De hoofdbehandelaar beslist.
	Input fysiotherapeut en diëtiste meenemen	(R4) en daarbij is ook de mening van de kijk en dat hebben we nu niet zo benoemd, maar kijk, de diëtiste en de fysiotherapeut zijn natuurlijk ook nauw betrokken bij deze mensen, want ze moeten goed kunnen mobiliseren, ze moeten goed kunnen ophoesten dat is dan een fysio gedeelte en ze moeten voldoende intake hebben en dat is dan een diëtiste gedeelte en dat dat zijn ook, dat is ook weer input die gegeven wordt
	Input verpleegkundigen	(R4) En die inschatting wordt niet altijd alleen maar door de Medisch specialist gemaakt, maar ook wel mede ook in ieder geval basis van de input van de, van de verpleegkundigen want die schatten dat vaak ook in hé. En soms wordt daar dan nog de transferverpleegkundige bij gevraagd van Goh

		kan iemand naar huis toe of is er een indicatie voor thuiszorg? En op die manier ja, kom je dan samen met het team tot tot de beste optie
	Intake beoordelen	(R1) Wij moeten eigenlijk de intake beoordelen bij slokdarmpatiënten, of die voldoende krijgt qua intake, mocht die sondevoeding nodig hebben.
	Niet slokdarmchirurg zijn terughoudend in ontslag in het weekend	(R2) Poah dan moet ik graven. Ja, er gaan natuurlijk ook mensen in het weekend naar huis. Daar lopen chirurgen bijvoorbeeld visite die geen slokdarm chirurg zijn. Ik heb eigenlijk eerder het gevoel dat mensen later ontslagen worden doordat er in weekend visite wordt gelopen door geen slokdarmchirurgen. Die denken dan: Maandag kijken ze maar of die patiënt mag gaan dan dat de mensen te vroeg gaan, eerder andersom.
	Overleg tussen zaalarts en chirurg over ontslag	(R2) Ik ben dan in de functie van zaalarts en ik heb ik heb een supervisor en eigenlijk bespreken we de slokdarmpatiënten altijd met een slokdarmchirurgen dus eigenlijk wordt altijd een slokdarmchirurg betrokken bij het ontslag.
	Patiënt preoperatief voorbereiden	(R6) Ja, ja, d'r is een een zogenaamd sneller herstelgesprek door onze oncologieverpleegkundige die doen dat en die die bereiden de patiënt dus van tevoren hè, voorafgaand aan de operatie bereiden ze de patiënt voor op van. Hè, wat wordt er van je verwacht op de afdeling? Hè, snel uit bed, in de stoel, zo Normaal mogelijk proberen te leven. En en hè, als dat allemaal goed gaat, ga je in principe dag vijf, dag zes naar huis. Dus dat is een preoperatief gesprek. Wat onze regie oncologieverpleegkundige dan doen.
	Patiënt vertrouwen geven om naar huis te gaan	(R4) Maar ja, soms is daar een discrepantie in en zeggen mensen, die voelen zich nog niet zeker of zo dan ja, willen ze misschien nog niet naar huis, maar soms moeten we ze dan ook wel motiveren om wel naar huis te gaan
	Postoperatieve zorg draait om herkennen complicaties	(R4) Nou, kijk, uiteindelijk, uiteindelijk draait de postoperatieve zorg van een chirurg, dus patiënten op de afdeling, die draait met name om het herkennen van complicaties en het behandelen van complicaties dat daar daar draait het om. Dus tijdig herkennen en het behandelen dus, ja
	Regelen thuiszorg	(R1) Als verpleegkundige ben je natuurlijk wel betrokken bij ontslag, regelen, beslissen of mensen thuiszorg nodig hebben. Daar zijn wij eigenlijk wel een beetje de beslissende rol in.
	Verpleegkundige beslist niet over lab	(R1) Ik denk dat het een regel onder chirurgen is. In principe ben ik er wel bekend mee. We kijken ook wel een beetje naar lab. Maar hun nemen daar beslissingen

	Verpleegkundige schat subjectieve waardes in	(R1) Qua medische cijfers is vooral de chirurg die dan beslist of met ontslag gaat of niet. Wij moeten eigenlijk de intake beoordelen bij slokdarmpatiënten, of die voldoende krijgt qua intake, mocht die sondevoeding nodig hebben. Dat soort dingen, dat moeten wij allemaal regelen voor thuis.
	Verskil in karakter tussen zorgprofessionals met verschillende functies	(R6) Ja, we hebben ook collega's die bepaalde takken van de chirurgie doen, die wat minder complicatie gevoelig zijn misschien die denken van nou weet je, het zal wel meevallen laten we nog maar een dagje aankijken, dus ik denk ook dat de mindset heel erg een rol speelt. Hè, wij weten dat mensen na dit soort operaties, als die een complicatie krijgen, dan kunnen die heel ziek worden en daar zelfs aan overlijden. En wij spelen dus heel kort op de bal.
	Verwachtingsmanagement is belangrijk voor ligduur	(R4) Maar dat wordt wel vaak en dat doe ik ook altijd, het is wel belangrijk dat je duidelijk aangeeft van: oké, dit is een beetje de lange termijnplanning van we verwachten dat u dan en dan naar huis kan, want als je dat niet doet, ja, dan als je, als je als iemand morgen naar huis gaat en je zegt misschien eens een keer vanmiddag of morgenochtend van nou, vandaag mag je naar huis. Ja dan, dat werkt natuurlijk niet.
	Zaalarts/ PA en verpleegkundigen beslissen bij ongecompliceerd beloop	(R4) Dan minder, ja, hè, dus als al die puntjes makkelijker worden afgevinkt nou dan dan zal, dan zal dat een makkelijker beslissing zijn en dan zal er minder twijfel zijn over of er misschien iets van een complicatie gemist wordt. Nou en dan, dan wordt het vaak gewoon besloten tussen de de zaaldokter of de PA en de verpleegkundigen.
Rol van de patiënt bij ontslag	Gezamenlijke besluitvorming	(R1) Gezamenlijke besluitvorming vind ik wel mooi, ja.
	Patiënt gaat niet tegen eigen wil met ontslag	(R4) Nee, kijk, en op zich is er wel gedeelde besluitvorming. En onderaan de streep: als een patiënt echt het echt niet wil en niet kan en niet gaat, ja, dan gaat ie niet, want we zetten iemand natuurlijk niet op straat en dat is ook wel zo
	Patiënt vertrouwt beslissing zorgprofessional	(R3) Nee, ik denk toch meer dat dat uiteindelijk is van ik, volgens mij zijn patiënt daar toch vrij vrij gedwee in, met andere worden wat wij, kijk, als wij iemand als een patiënt niet naar huis wil, dan zegt ie dat wel, maar een patiënt zegt van joh, laat me maar alsjeblieft gewoon gaan. Ik neem dat risico wel, dat geloof ik helemaal niks van
	Patiëntgevoel is belangrijker (voor	(R6) Ja, ja, je hebt natuurlijk altijd wel patiënten en ik zeg wel, ik denk wel dat we daar allemaal voorzichtig mee zijn. Hè, als de patiënt aangeeft dat het niet goed is of dat hij nog niet klaar, hij of zij nog niet klaar is voor ontslag, dan moet je daar wel wat mee, hè, want ongeacht of er nou een

		voorkomen heropnames)	complicatie op de loer ligt of niet, als die patiënt het thuis niet redt, om wat voor reden dan ook, dan komt die terug. En ik zei net ook al, dat is voor iedereen heel vervelend. Hè, dus ik kan wel zeggen van Joh hè, alle lichtjes staan op groen, je moet nu naar huis, maar ja, dat lukt vaak niet. Hè, dan moet je met die mensen in gesprek van nou, wat houdt je dan tegen dat je nu naar huis gaat? Hè, vind je het spannend? Hè, moeten we misschien tijdelijk een revalidatieplekje regelen? Of is er, misschien voelt er misschien echt iets niet goed in je lichaam en moeten we daar misschien toch nog, ik zeg maar wat, hè een longfoto voor maken, of of wat dan ook. Dus ik denk dat je daar heel goed naar moet luisteren en de patiënt voelt zelf het beste hoe het is.
		Rekening houden met voorkeuren en wensen patiënt	(R4) En daarin wordt ook wel de de wens van de patiënt of nou in ieder geval wat de patiënt aangeeft ook wel meegenomen. Dus dat is, dat is een belangrijk punt.
		Verpleegkundige vindt patiëntwensen belangrijker dan chirurg	(R1) Ja. Meer dan de chirurgen denk ik, ja.
Visie en inzicht bij ontslagprocedures	Visie op ligduur	Lage ligduur is uitzonderlijk	(R4) Ja, dat is echt wel. Dat is wel vrij uitzonderlijk, hè, je ziet het. In Nederland is het al aan de lage kant. Maar dan zitten ze ook nog zitten ze ook nog onder het gemiddelde. En nou ja, ik zei, ik ben net in in [Land] geweest, daar is de gemiddelde opnameduur echt nog hier, zeg maar rond rond dertien, veertien dagen, dus dat is wel een best een groot verschil, dus wat dat betreft doen we het wel heel goed.
		Ligduur boven de 8 dagen is te lang	(R8) Ja, dat is, dat is precies het punt wat ik net, het probleem wat wij hier niet goed onder controle krijgen jullie in principe wij in de helft van de gevallen complicaties zegmaar maar die andere helft is ongecompliceerd en zou dus op dag zeven, acht naar huis kunnen en daarmee zou de mediaan dus acht dagen moeten zijn. En dat krijgen we voor alsnog niet, we snoepen er af en toe een dagje vanaf, en dan zakt het weer in.
		Ligduur is kort	(R1) Nou, dat is al best wel een vlot, of tenminste we komen nog niet zo heel lang geleden van zeven dagen af. Dan was het echt van als ook dag vijf goed was. Ja, zeven dagen en daarna kijken we verder. Maar dat is nog niet, denk ik, een jaartje of zo, dat het nieuwe protocol is, ook met een nieuwe opbouw van voeding, zeg maar dat gaat nu ook sneller. En nu vijf dagen, dus, dat is al wel snel.

	Ligduur van 5 dagen is prima ontwikkeling	(R2) Ja, ik vind het eigenlijk: als iemand goed gaat, kan ie ook echt wel op dag vijf naar huis, dus ik vind het een hele mooie streefdatum om dat wel als gemiddelde aan te houden, want als het goed gaat, dan hoeven ze ook niet langer te liggen
	Ligduur van 5 dagen is vroegst mogelijke moment	(R7) Ze hebben ook tijd nodig om te wennen dat ze zo'n grote operatie hebben gehad. De winst die je nog haalt met één extra dag, wegen niet op tegen de onrust die dat geeft
	Ligduur van 6 dagen is prima	(R7) Prima, soms is het vijf dagen, maar korter moet je niet doen, denk ik voor een slokdarmresectie.
	Ligduur van 8 dagen is ongeveer de max	(R5) Interviewer: De negen dagen is te lang? Respondent: Ja. Interviewer 1: En de zeven dagen wat vindt u daarvan Respondent: Dat is goed
	Ontslag is geen doel op zich	(R4) Nou, kijk, ontslag moet is geen doel op zich, hè, dus het is geen doel op zich om mensen vijf dagen na een slokdarmoperatie te ontslaan. Als het goed gaat, gaat het goed en dan kan het. Dat is mooi. Maar aan de andere kant moet het geen doel zijn om iedereen maar het ziekenhuis uit te werken, want dan krijg je inderdaad het probleem dat je mensen toch te vroeg soms naar huis stuurt. En dan heb je meer heropnames want die mensen komen dan toch terug
	Patiënt moet zo snel mogelijk naar huis	(R5) Nou ja in hoeverre je dat kan oplossen, maar we proberen ze altijd wel zo snel mogelijk de deur uit te krijgen, dus.
	Patiënt prettig naar huis is belangrijker dan ligduur volgens protocol	(R2) Maar je moet ook niet zo strak ernaar kijken dat als het wat langer later wordt, dan wordt het wat later. Als iemand daar gewoon prettig naar huis kan, vind ik dat gewoon belangrijker.
	Verwachtingsmanagement is belangrijk voor ligduur	(R9) Maar de patiënt die wordt al helemaal voorbereid om op dag 5 dag 6 dat die naar huis gaat. De verwachtingsmanagement is heel belangrijk bij deze patiënt. Dat als zij weten dat ze op dag 5 dag 6 naar huis gaan, dan houdt de patiënt daar rekening mee
Visie op heropname	Geen moeite met heropname	(R5) Nou, er is vaak wel een reden, dus ik heb er niet zo'n moeite mee.
	Heropname beïnvloedt patiënttevredenheid	(R3) we weten ook dat heropnames de patiënten tevredenheid naar beneden brengt, mensen natuurlijk met een positief gevoel hier weg, iedereen zegt, mevrouw, u kan naar huis, hè, we hebben alles netjes, allemaal veilig. En als je dan twee dagen later terugkomt ja, dan heb je het gevoel van: ja, hebben ze, hebben ze het wel scherp, zou ik in ieder geval als patiënt denken, van hebben ze dit nou echt niet zien aankomen

	Heropname is geen reden voor uitstel ontslag	(R4) Maar uiteindelijk is een heropname niet. Het feit dat je misschien een heropname krijgt, is geen reden om iemand niet te ontslaan.
	Heropname is niet goed voor de kwaliteitcijfers.	(R6) wij moeten ook in onze oncologische registratie een complicatie registreren, want een heropname wordt gezien als een complicatie. Dus ja, dat is gewoon niet goed.
	Heropname is ongewenst	(R2) Ja, je wil natuurlijk nooit een heropname krijgen, maar als je dan licht twijfelt dan liever misschien nog de volgende dag nog een keertje de ontstekingswaarde bepalen. Dat je echt ziet dat die mooi dalend is, is dan dat die stagneert dat je denkt van ja, welke kant gaat het op zeg maar. Dus soms houden we iemand een dagje langer om dat nog te prikken en iemand echt met een goed gevoel naar huis te laten sturen. Dat is meer ons eigen gevoel dan vaak de patiënt!
	Heropname is slechte zorg	(R3) Ik durf het niet aan. Ik wil namelijk niet een heropname twee dagen later. Dat vind ik namelijk slechte zorg. Als ik al weet dat iemand twee dagen later terug kan komen, als ik het gevoel heb dat iemand twee dagen later kan terugkomen, dan vind ik dat slechte zorg.
	Heropname is wisselwerking met ligduur	(R6) Maar het is natuurlijk een balans, hè, want ja, als je minder heropnames wil, dan ga je wel automatisch naar een langere opnameduur toe. Hè, want je ontslagcriteria worden in feite strenger. Dus dat is ja, hè, dat is voor een paar patiënten dus goed, want daarmee voorkom je een heropname maar ja, de 85 procent andere patiënten, die benadeel je er misschien wel mee, want die ga je onnodig lang in het ziekenhuis houden
	Heropname veroorzaakt door verkeerde inschatting sociale vangnet	(R6) En ik zeg al, het hoeft niet per se door een een echte complicatie veroorzaakt te worden, maar ook gewoon omdat het thuis niet lukt. En dan hebben we toch iets niet goed gedaan, want dat hadden we moeten inschatten op de afdeling.
	Heropnames zijn duur	(R3) Ja, want ik vind dat gewoon. We weten ook dat heropnames ook duur zijn, zijn echt heel duur
	Onmogelijk om heropname 100% te voorkomen	(R1) Lastige vraag [twijfelachtig] Ja, ja, lastig, ja, ik zit eigenlijk heel erg na te denken over de casussen die ik mee gemaakt heb zeg maar met heropname maar over het algemeen, er is toch vaak iets van een infectie of zo, daar kun je ook bijna niet voorkomen, een complicatie.
	Wens om heropnames te kunnen identificeren	(R4) Maar idealiter zou je natuurlijk de de mensen die dus heropgenomen worden, zou je als je die zou kunnen identificeren terwijl ze nog in het ziekenhuis zijn, nou dan, dan zou dat natuurlijk het

			beste zijn. Want dan kan je heel selectief kan je mensen nog in het ziekenhuis houden die daar misschien een hoger risico hebben op toch nog problemen thuis, maar dat is natuurlijk de kunst
	Mening over kans op heropname	15% heropname is hoog	(R3) Maar goed, we weten dat bij slokdarmzorg 15 procent van de mensen ongeveer wordt heropgenomen ja, dat is gewoon één op de zeven en dat vind ik toch echt heel hoog.
		5% tot 10% heropname is acceptabel	(R4) Nou, bij dit soort grote operaties denk ik dat het niet gek is dat je een heropname percentage van tussen de vijf en de 10 procent hebt en dat dat ook op zich prima is. Dat is één op de tien, één op de 20 mensen terugkomt voor echt, al lang niet altijd ernstige problemen. En dat is ook, denk ik, wel een beetje wat gemiddeld is in Nederland. Dus dat is acceptabel
		Heropname van onder de 5% is optimaal	(R3) ik denk van de groep dus die eigenlijk een ongecompliceerd beloop had, hè dus met vijf of zeven dagen naar huis gaat volgens die ontslagcriteria ja, dat je toch idealiter ja, ik zou echt idealiter maximaal 5 procent heropname. Ja, ik vind alles daarboven klinkt voor mij toch niet goed
		Tot 15% heropname is acceptabel	(R5) Ja, in heel Nederland is dat rond, wat ik je net zei tien tot 15 procent laat het 15 procent zijn, dat vind ik acceptabel.
		Tot 20% heropname is acceptabel	(R9) Dus als je zegt wat vind je acceptabel, ik denk wel dat het onder de 20 procent moet zijn. Als het daarboven zit, dan moet je je afvragen, moet je dat wel doen, want dan ga je zoveel patiënten heropnemen dat het niet klopt. Dus ja, 20 procent.
Uitdagingen bij ontslag	Uitdagingen in besluit tot ontslag	Cognitief niveau patiënt uitdaging	(R1) Ik denk vooral dat het ook een stukje te maken heeft met intelligentie misschien. Niveau van de patiënt ook, waar ik af en toe denk, ik hoop dat het goed gaat.
		Comorbiditeiten patiënt	(R2) Uitdagingen. Uh ja, dat zijn denk ik toch wel bij de wat vaker oudere kwetsbare mensen met meer comorbiditeiten, dat het lastig is van ja, ze voelen zich toch niet altijd. Ze zeggen: ja, ik voel me nog niet helemaal fit of zo. Dan denk ik: ja, dat is wel heel lastig, want kom je ooit weer op dat fitte niveau? en dat gaat lang duren. Dus dat is altijd een beetje
		Grijs gebied is uitdaging	(R4) Nou, als als kijk, als alles heel duidelijk is, dan dan is het op zich duidelijk. En dan dan dan hoef je daar ook niet zo lang over na te denken. Maar als er wat meer in het grijze gebied zit, ja, dan kan het wel lastig zijn
		Niet slokdarmchirurg zijn terughoudend in ontslag in het weekend	(R2) Poah dan moet ik graven. Ja, er gaan natuurlijk ook mensen in het weekend naar huis. Daar lopen chirurgen bijvoorbeeld visite die geen slokdarm chirurg zijn. Ik heb eigenlijk eerder het gevoel dat mensen later ontslagen worden doordat er in weekend visite wordt gelopen door geen slokdarmpatiënten. Die denken dan: Maandag kijken ze maar of die patiënt mag gaan dan dat de mensen te vroeg gaan, eerder andersom.

	Ontslag in weekend is uitdaging	(R9) Maar in een weekend ontslaan is altijd lastig, omdat dan niet iedereen aanwezig is, gewoon. Of de uitdaging is ook dat als, de arts assistent niet zo, maar als een collega visite loopt, die net niet helemaal weet hoe en wat. Nou is het wel zo dat wij altijd de Big Brother zijn en thuis een aantal dingen opschrijven of noteren in de status, dat zal in [ziekenhuis A] niet anders zijn, maar daar dus we schrijven als wel op patiënt gaan dan naar huis en dus wij zitten meestal, zitten wij er zelf ook wel bovenop, maar dat is wel uitdaging, ja,
	Protocol is uitdaging vanwege ontbreken bewijs	(R3) Uuh de meeste uitdaging, of ik ik ik vind, zeg maar dat protocol, omdat ik al zei-die ontslagcriteria, die zijn niet echt evidence based, we zijn steeds meer de kantlijn aan het opzoeken om mensen sneller naar huis te laten gaan
	Uitdaging patiënt met angst	(R2) Nou, ja, we hebben wel een keer een patiënt gehad met echt heel veel angst en paniekstoornissen ja, dat is natuurlijk wel een hele uitdaging, maar dat is dan echt de uitzondering op de regel. Dus mensen met veel psychische klachten, ja, dat is wel heel lastig, met veel angsten, ja, ook om je zorg goed te kunnen leveren
	Verpleegkundigen moeten beter aansturen op vroeg ontslag	(R5) Ik denk dat die een hele belangrijke rol hierbij hierin sturen en spelen, bedoel ik, omdat zij natuurlijk die patiënten meerdere malen per dag zien en spreken en belangrijke taak hebben om ze dat vertrouwen te geven en ook aan te kaarten wat er allemaal moet gebeuren en dat in gang te zetten, hè ik denk dat die awareness bij verpleegkundigen nog wel wat groter kan zijn en het actiever aansturen op op een vroeg ontslag.
	Verwachtingen patiënt zijn uitdagingen	(R7) Verwachtingen van mensen, hè, dus dat proberen we. Ja, we hebben heel erg een duidelijk zorgpad met hele duidelijke, afgemeten stappen per dag. En dan weten mensen eigenlijk dat dat ze ongecompliceerd zijn verlopen, dat ze dan na zes, op dag zes naar huis gaan na een slokdarmoperatie.
	Zorg voor thuis moet geregeld zijn voor ontslag	(R8) Nee, de uitdaging zit met name, is dat wij eigenlijk het juiste moment van ontslag in onze ogen dan aangeven en dat er dan ook maar iemand in het proces gezeten gezegd heeft, ook maar daar voor dat stukje kunnen we wel even thuiszorg aanvragen. Hè, ja, en dan, en dan met een beetje pech, ligt de patiënt vier dagen hier te wachten omdat iemand dat op donderdag zegt, nog vrijdag, niemand werkt bij het bureau nazorg, Maandag in behandeling wordt genomen, om dan op dinsdag naar huis te gaan en dat frustreert enorm

Artificial Intelligen ce	Visie op AI	AI kan mogelijk hulp bieden bij zachtere criteria	(R9) Nee, denk ik niet, denk ik niet. AI kan wel helpen, dingen die ik niet in de gaten heb, die van invloed zijn op ontslag, hè, dat kan, kan dus wel en het zal misschien misschien dat het nog meer allerlei verpleegkundige aspecten zijn. Ja, dat is eigenlijk de verschillende zorg aspecten die ze mee willen laten tellen bij het ontslag die wij misschien, die wij veel harder al hebben neer gezet
		AI uitkomstmaat risicopercentage brengt uitdagingen met zich mee	(R6) Ja, dat vind ik heel lastig, hè, want ja, wat zegt mij dan 15 procent kans op een longontsteking? Dat ja, daar, daar doe je natuurlijk, daar, daar doe je niet zo heel veel mee. Dat is hetzelfde als neem je een jas mee als je 15 procent kans heb op regen. Dus ja, dan blijft het toch een beetje ja, hopen dat het goed gaat, hè dus dat ik denk dat je daar wel concretere afkapwaardes voor zou moeten bedenken. Maar dat dat is heel moeilijk en ik zeg al: een een complicatie kans aan zich is al niet de enige bepaler voor heropnames hè of of veilig ontslag, en dus ja, een een, een risicopercentage ja, en dan moet je daar weer over in gesprek. Wat vinden we dan een acceptabel risicopercentage en ook daarbij geldt dan weer dat je dus waarschijnlijk een hele hoop mensen onnodig diagnostiek en en opnameduur gaat aandoen om een predictiemodel ja, veilig genoeg te krijgen. Ik vind dat heel lastig.
		Beslisinstrument nuttiger dan optimalisatie model door AI	(R9) Ja, ja, dat denk ik. Het zou het meest helpen als er een een grote variatie is en ik denk dat en ik weet niet of dat AI moet zijn of dat het gewoon een een beslis instrument moet zijn. Waarmee dat dan mijn collega die niet zo'n grote ervaring heeft dat die gewoon daarin een een, een advies krijgt: patiënt mag met ontslag. Maar daar heb je bepaalde factoren voor nodig, als daaraan voldaan dan is het goed. AI is lerend, dus wat je leert van je verleden en dat weet ik niet of dat je bepaalde factoren niet heel goed al uit het verleden, de weging van factoren, want dan moet je ook een verschillende weging van factoren hebben, en die moet je dan in een model stoppen. Het zal best zo zijn dat leeftijd en dat soort dingen, dat die van rol. Maar of dat dan nou AI is, of dat je gewoon een predictiemodel moet maken met met bekende factoren, dat weet ik niet, want bij AI ga je iedere keer wel andere dingen bedenken. Ja ik weet niet, of dat hier heel erg van nut en waarde is, kan, misschien zie ik het zelf nog niet.
		Toevoeging AI is klein door vaststaand protocol	(R7) Je kunt veel winnen door bijvoorbeeld zo'n vast protocol te geven en ja, dan heb je nu niet eens AI nodig om veilig ontslagcriteria te stellen
		Volledig terugvallen op AI is onmogelijk	(R7) Je hebt startrack. De machines, die zijn ondersteunend aan de mens en je hebt een matrix hè of terminator is de machines, AI creëren superintelligente machines en die nemen het over en die

			willen ons bestrijden. Nou en ik ben meer een Startrack persoon, dus ik ben ervan dat de AI jou gaat helpen in de beslissing, maar dat de arts beslist.
		Zorgprofessional is positief over AI	(R2) Ja, dat zou heel mooi zijn. Ja, het zou wel echt fijn zijn als we daar wat tools voor krijgen, dat je denkt van oké, ja, hierbij, dan zou ik het wel eerst ernaast gebruiken, zeg maar naast je eigen inzichten. Ja, dat zou ik heel fijn vinden
		Zorgprofessional kan vertrouwen op AI + onderbuikgevoel	(R8) Nou, dat denk ik wel, ja, misschien in combinatie met je eigen gevoel, maar goed in de AI model zullen ongetwijfeld dingen in zitten waar we het net over gehad hebben en en dan haalt het AI misschien het het onderbuikgevoel weg, en dan kun je of in meegaan of niet in meegaan, dat onderbuikgevoel zal AI niet hebben, maar dat geeft je misschien wel een spiegel van dit gaat gewoon echt goed, dus ik geloof wel dat het dan heel belangrijke parameter is.
AI uitkomstmaat		AI kan mogelijk hulp bieden bij zachtere criteria	(R9) Nee, denk ik niet, denk ik niet. AI kan wel helpen, dingen die ik niet in de gaten heb, die van invloed zijn op ontslag, hè, dat kan, kan dus wel en het zal misschien misschien dat het nog meer allerlei verpleegkundige aspecten zijn. Ja, dat is eigenlijk de verschillende zorg aspecten die ze mee willen laten tellen bij het ontslag die wij misschien, die wij veel harder al hebben neer gezet
		AI Textbook outcome voorspellen	(R8) Ik zou ik ook kunnen leven met gewoon een ongestoord postoperatief beloop of een textbook outcome misschien dat je daarop dat je dat zou proberen te voorspellen
		AI uitkomstmaat andere doeleinden	(R6) Het beoordelen van een thoraxfoto of het beoordelen van een stuk histologie onder de microscoop. Ja, daar kun je gewoon heel concreet zeggen van: ja, dat is goed en dat is niet goed. En dit blijft toch een beetje aftasten iedere patiënt is anders, iedere complicatie is anders, iedere thuissituatie is anders. En daar komt, dat zijn niet alleen harde afkapwaarde dat is ook een stukje emotie en geruststelling tussen patiënt, dokter en thuissituatie en daar kan Artificial Intelligence op dit moment niet in meebeslissen, daar geloof ik helemaal niks van.
		AI uitkomstmaat met toelichting	(R3) wel graag met uitleg. Want je weet waar wat dat ding dan denkt, van wat de reden is dat je moet blijven hangen, want anders is het een blackbox. Ik geloof niet in AI gewoon die mij zegt: van deze patiënt moet je naar huis laten gaan en dat ik ook niet weet waarom hij dat vindt.
		AI uitkomstmaat risico op complicatie	(R7) Ik denk dat de meerwaarde van AI met name zit in bijvoorbeeld risico op complicaties inschatten of zulk soort dingen.
		AI uitkomstmaat risico op heropname	(R3) Dus ja, wat is een mooi, wat is natuurlijk een mooie uitkomstmaat zou dan zijn dat gewoon het risico op een heropname, risico op een nog misschien het risico op een complicatie of zo. Maar

		ik denk eerder dat risico, als het dan gaat over ontslag, het risico op een heropname ik denk dat dat dat dan het belangrijkste is.
	AI uitkomstmaat risicofactoren identificeren	(R5) Het zal misschien kunnen helpen bij een betere planning en ik hoop ook kunnen kunnen helpen bij het identificeren van risicofactoren van van met welke patiënten moeten we daar meer meer bovenop zitten? Beducht zijn dat het langer kan duren, dus wat zijn factoren die daar aan bij kunnen dragen aan vertraagd ontslag?
	AI uitkomstmaat risicopercentage brengt uitdagingen met zich mee	(R6) Ja, dat vind ik heel lastig, hè, want ja, wat zegt mij dan 15 procent kans op een longontsteking? Dat ja, daar, daar doe je natuurlijk, daar, daar doe je niet zo heel veel mee. Dat is hetzelfde als neem je een jas mee als je 15 procent kans heb op regen. Dus ja, dan blijft het toch een beetje ja, hopen dat het goed gaat, hè dus dat ik denk dat je daar wel concretere afkapwaardes voor zou moeten bedenken. Maar dat dat is heel moeilijk en ik zeg al: een een complicatie kans aan zich is al niet de enige bepaler voor heropnames hè of of veilig ontslag, en dus ja, een een, een risicopercentage ja, en dan moet je daar weer over in gesprek. Wat vinden we dan een acceptabel risicopercentage en ook daarbij geldt dan weer dat je dus waarschijnlijk een hele hoop mensen onnodig diagnostiek en en opnameduur gaat aandoen om een predictiemodel ja, veilig genoeg te krijgen. Ik vind dat heel lastig.
	AI uitkomstmaat risicoscore met spreidingsmaat	(R5) Ja, weet ik niet, ik denk ik, bepaalde scores misschien met een spreidingsmaat, zoiets.
	AI uitkomstmaat verschil risicomijdend en risiconemend	(R3) Ik kan me nog wel voorstellen dat dat ze dat je nog zou kunnen laten zien van wat je collega's dan zouden gedaan hebben, hè, om natuurlijk ook die hè die uitersten in in collega's zijn, de risico mijders die eigenlijk alles waar alles verdrietig vinden en mensen bij wijze van spreken die het eigenlijk niet heel erg veel interesseert als iemand drie dagen later terugkomt die dat in de geval niet als een persoonlijke blamage, nooit zullen zien, hè, dat is gewoon ook gewoon karakter bij. Dat ook dat bij wijze van spreke dan met AI zegt van Joh dat kan echt, deze patiënt, kan je echt naar huis sturen. En deze patiënt moet jij echt niet naar huis sturen, nee, je bent echt een sukkel.
	AI uitkomstmaat voldaan ontslagcriteria	(R9) Ik zou gewoon een advies willen krijgen deze patiënt voldoet aan alle criteria waardoor die met ontslag kan of dat eruit komt wij adviseren dat deze patiënt nog niet met ontslag moet gaan vanwege het niet voldoen aan die en die indicator om het maar zo te zeggen.