

VERSCHILLEN IN INZET EN ARGUMENTATIE BIJ DE WEEKENDINDICATIESTELLINGEN VAN DE UMC IN NEDERLAND

EEN ONDERBOUWD PRODUCT

Student: Evelyn Marion Bosma

Studentnummer: 354833

Scriptiebegeleider/ supervisor: Renske v. Abbema

Datum/Date : 19-04-2021



Voorwoord

Voor u ligt de scriptie “Verschillen in inzet en argumentatie bij de weekendindicatiestellingen van de UMC in Nederland”, geschreven door Evelyn M. Bosma. Ik heb in de periode van november 2020 tot en met april 2021 met veel plezier gewerkt aan deze uitdagende opdracht.

In dit voorwoord wil ik de kans nemen om een aantal mensen te bedanken voor hun steun tijdens deze periode. Ten eerste wil ik Edwin van Adrichem, Ciska Eringa en Renske van Abbema bedanken voor hun begeleiding, fijne samenwerking en waardevolle feedback.

Vervolgens wil ik graag mijn familie en Daan bedanken voor de steun die zij mij geven, en in het bijzonder Lisa Bosma voor haar continue positieve aanwezigheid en hulp.

Tot slot wens ik u veel leesplezier.

Evelyn M Bosma, 18-04-2021.

Samenvatting

Er bestaan grote verschillen in de indicatiestelling en de formatie bij weekenddiensten fysiotherapie van de acht UMC. Het is onduidelijk voor de F-UMC, een landelijk overlegorgaan voor Fysiotherapie, wat deze verschillen zijn en welke achterliggende motivaties doorslaggevend zijn bij het bepalen van de indicatiestelling.

Het doel van dit onderzoek is het formuleren van een advies aan de F-UMC. Onderdeel van dit advies zijn een aantal onderbouwde vakinhoudelijke keuzes. Deze keuzes dienen als basis voor een meer uniforme aanpak voor het organiseren van de weekenddiensten bij de UMC.

Om de interne validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten te verhogen is er gekozen voor het gebruik van meerdere types onderzoek: kwalitatief in de vorm van 8 semigestructureerde diepte-interviews, kwantitatief in de vorm van vragenlijsten. Met een thematische analysemethode zijn de resultaten een directe afspiegeling van de perspectieven van de participanten.

Vanuit de analyse zijn 5 thema's geïdentificeerd: Kwaliteit van zorg behouden in het weekend, belemmeringen, rol verpleegkundige, IC en verbeteringen rond de weekenddienst. Deze thema's laten zien dat er veel diverse aspecten naar voren komen als er wordt gesproken wordt over de weekenddienst en dat daarbij verschillende disciplines worden betrokken. Daarnaast zijn alle klinische gegevens en indicatiestellingen van de UMC in kaart gebracht.

Uiteindelijk is er vanuit de resultaten een advies gecreëerd. Over het algemeen luidt deze dat de indicatiestellingen voor diagnosegroepen landelijk afgestemd moet worden op basis van literatuur en best practices. De meeste UMC zouden daarnaast de indicatiestelling kunnen vereenvoudigen. Als dit wordt gedaan volgens de in dit product gemaakte "voorbeeld indicatiestelling" zou dit zorgen voor een uniforme aanpak tussen alle UMC.

Summary

There exist large discrepancies in the assessment of care and the formation of the weekend shifts of the physiotherapy departments across the eight university hospitals. It is unclear for the F-UMC, a national consultative body for physiotherapy, what these discrepancies are and what the underlying causes are when finalizing the assessments of care.

The aim of this study is to formulate an advice for the F-UMC. Part of this advice are a certain set of substantiated professional choices. These choices serve as the basis for a more uniform starting point for organizing the weekend shifts at the university hospitals.

In order to safeguard the internal validity of this study and to keep the reliability high, a mixed methods approach was chosen; A qualitative approach in the form of 8 semi-structured in depth interviews and a quantitative method in the form of a questionnaire. By using a thematic analysis method the results are a direct reflection of the perspectives of the participants.

From the analysis 5 themes came forth: Retaining the quality of care during the weekend, obstructions, the role of the nurses, the intensive care and finally improvements surrounding the weekend shifts. These themes showcase that there is a diverse range of aspects that come forth when speaking about the weekend shifts and when including many different disciplines. Furthermore all clinical data and the assessments of care of all university hospitals has been mapped.

From all of these results a final advice has been put forth. In general the advice states that the assessments of care for diagnostic groups should be nationally coördinated on the basis of current scientific literature and industry best practices. Secondly many of the university hospitals could reduce the complexity of their care assessment. If this reduction of complexity would be done according to the in this report present “Voorbeeld Indicatiestelling” a more uniform approach across all university hospitals would be achieved.

1 Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	3
Summary.....	3
1 Inleiding	8
1.1 Aanleiding en probleemstelling.....	8
1.2 Vraagstelling	8
1.3 Doelstelling en doelgroep	8
2 Theoretisch kader	9
2.1 Wat is er bekend over de effectiviteit van weekenddiensten in de literatuur?	9
2.1.1 Weekend-effect	9
2.1.2 Effect van weekendfysiotherapie op de CVA-patiënt.....	9
2.1.3 Timing van onderzoek en behandeling.....	9
3 Methodologie	11
3.1 Deelvragen	11
3.2 Type onderzoek.....	11
3.3 Dataverzameling en in- en exclusiecriteria	11
3.3.1 Metadata van de populatie	11
3.3.2 Kwantitatief onderzoek	11
3.3.3 Kwalitatief onderzoek	11
3.4 Data-analyse	12
3.4.1 Metadata van de populatie	12
3.4.2 Kwantitatief onderzoek	12
3.4.3 Kwalitatief onderzoek	12
Waarborgen van de kwaliteit	13
3.5.....	13
3.5.1 Geloofwaardigheid.....	13
3.5.2 Overdraagbaarheid	13
3.5.3 Betrouwbaarheid	13
3.5.4 Intersubjectiviteit.....	13
Totstandkoming van het advies	13
3.6.....	13
4 Resultaten	14
4.1 Deelvraag 2: Hoeveel personeel en uren wordt er op zaterdag en zondag ingezet per UMC?	

4.2	Deelvraag 3: Welke indicatiestellingen horen bij welke diagnosegroep?	15
4.3	Deelvraag 4: Welke argumenten zijn er voor de huidige organisatievorm per UMC met betrekking tot de weekenddienst?	16
4.3.1	Thema's.....	16
4.4	Deelvraag 5: Wat is er nodig om een hoge kwaliteit van zorg te behouden tijdens het weekend in de UMC?	17
4.4.1	Thema: Kwaliteit van zorg behouden in het weekend	17
4.4.2	Thema: Belemmeringen	19
4.4.3	Thema: Rol verpleegkundige	20
4.4.4	Thema: IC	21
4.4.5	Thema: Verbeteringen rond de weekenddienst.....	22
5	Conclusie.....	26
5.1	Wat is er bekend over de effectiviteit van weekenddiensten in de literatuur?	26
5.2	Hoeveel personeel en uren wordt er op zaterdag en zondag ingezet per UMC?	26
5.3	Welke indicatiestellingen horen bij welke diagnosegroep?	26
5.4	Welke argumenten zijn er voor de huidige organisatievorm per UMC met betrekking tot de weekenddienst?.....	27
5.4.1	Kwaliteit van zorg behouden in het weekend	27
5.4.2	Belemmeringen	27
5.4.3	Rol verpleegkundige.....	27
5.4.4	IC	27
5.4.5	Zevendaagse werkweek	27
5.5	Wat is er nodig om een hoge kwaliteit van zorg te behouden in het weekend in de UMC?	28
6	Discussie	29
6.1	Doelstelling en doelgroep	29
6.2	Keuzes bij de totstandkoming van het advies	29
6.2.1	Gedeelte 1: Algemene oplossingen	29
6.2.2	Gedeelte 2: UMC-specifiek advies.....	29
6.2.3	Gedeelte 3: Voorbeeld indicatiestelling	29
6.3	Kritische reflectie op methodiek	30
6.4	Verklaring voor de resultaten	30
6.5	In-en exclusie van resultaten	31
6.6	Vergelijking met de literatuur	31
6.7	Aanbevelingen voor volgend onderzoek	31
7	Advies	33
7.1	Introductie	33

7.2	Algemene oplossingen	33
7.2.1	Frequente trainingen verpleegkundigen	33
7.2.2	Therapeuten uit elke afdelingsgroep	33
7.2.3	Een zevendaagse werkweek en aannemen vaste werknemers voor weekenddiensten 34	
7.3	UMC-specifiek advies	34
7.4	Voorbeeld indicatiestelling	36
7.5	Tot slot	36
8	Referenties.....	38
	Bijlage 1: Overzicht indicatiestellingen UMC	39
	Bijlage 2: Interviewguide	47

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en probleemstelling

Er bestaan grote verschillen in de indicatiestelling en de formatie bij weekenddiensten fysiotherapie van de acht UMC¹. Het is onduidelijk voor de F-UMC² wat deze verschillen zijn en welke achterliggende motivaties doorslaggevend zijn bij het bepalen van de indicatiestelling. Doordat er geen uniforme aanpak is tussen de UMC kan er een verschil zijn tussen de behandeling van patiënten met dezelfde diagnosestelling, wat resulteert in een lagere kwaliteit van zorg.

1.2 Vraagstelling

Om inzicht te krijgen in de verschillen, overeenkomsten en argumenten achter de verschillende indicatiestellingen is er een onderzoek gestart met de volgende vraagstelling:

Wat zijn de verschillen in inzet van fysiotherapeuten voor weekenddiensten en wat is de inhoudelijke onderbouwing bij het bepalen van een fysiotherapeutische indicatie in het weekend bij de acht verschillende UMC in Nederland?

De deelvragen weergegeven in het hoofdstuk 'Methode' zullen de rode lijn vormen binnen dit onderzoek.

1.3 Doelstelling en doelgroep

Het doel van dit onderzoek is het formuleren van een advies aan de F-UMC. Onderdeel van dit advies zijn een aantal onderbouwde vakinhoudelijke keuzes. Deze keuzes dienen als basis voor een meer uniforme aanpak voor het organiseren van de weekenddiensten bij de UMC. Om tot een gedegen advies te komen, is het noodzakelijk om inzicht te krijgen in de verschillende keuzes en onderbouwing voor het bepalen van de weekenddiensten. De belangrijkste stap hierin is het in kaart brengen van de perspectieven van de verschillende UMC. Gecombineerd met een basis vanuit de vakliteratuur komen hier een aantal richtlijnen uit voort waarmee de UMC een geïnformeerde onderbouwing kan formuleren voor een (nieuwe) aanpak voor de weekenddiensten.

¹ De 8 Universitair Medische Centra in Nederland: VUMC, UMCU, UMCG, Radboud UMC, MUMC, LUMC, AMC, Erasmus UMC.

² Een landelijk overleg orgaan, 'Fysiotherapie Universitair Medische Centra', dat bestaat uit de hoofden van de teams fysiotherapie van de verschillende UMC

2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt uitgelegd wat de effectiviteit van in het weekend fysiotherapie is en wordt er ingegaan op een aantal ziektebeelden waarbij fysiotherapie in het weekend van essentieel belang blijkt te zijn. Daarnaast wordt er gesproken over het “weekend-effect”. Deze achtergrondkennis zal helpen begrijpen waarom bepaalde keuzes worden gemaakt ten aanzien van de weekendindicatiestelling en zal daarnaast het advies helpen onderbouwen. Met deze korte literatuurstudie zal de eerste deelvraag³ tegelijkertijd ook beantwoord worden.

2.1 Wat is er bekend over de effectiviteit van weekenddiensten in de literatuur?

Er is vrij veel bekend over de effectiviteit van fysiotherapie in weekenddiensten op het gebied van orthopedie zoals total knee procedure (TKP) en total hip procedure (THP). Vooral het verkorten van de ligduur komt in deze artikelen (1,2) naar voren. Ondanks dat een weekenddienst op korte termijn duurder is, kan deze alsnog efficiënter zijn dan het uitsluitend aanbieden van behandeling tijdens weekdiensten. Dit komt doordat de ligduur op de lange termijn verkort wordt door inzet van fysiotherapie in het weekend. Fysiotherapie in het weekend zou uiteindelijk voor een kostenbesparing zorgen bij deze patiëntengroep (1).

2.1.1 Weekend-effect

Daarnaast wordt er in de literatuur ook gesproken over een zogeheten “weekend-effect”: het effect dat patiënten die op zaterdag of zondag opgenomen worden zieker zijn en een grotere kans op overlijden hebben binnen 30 dagen, ook rekening houdend met de ernst van de diagnose (3). Sommigen benoemen als oorzaak hiervan de afwezigheid van meer senior, ervaren personeel. Daarnaast is er soms een gebrek aan diagnostiek en beeldvorming in het weekend door een lager tempo van de normale zorgprocessen (4).

Het is onbekend of het weekend-effect ook van toepassing is op patiënten met een fysiotherapeutische behandeling, echter geeft het bestaan van dit effect een aanleiding tot nadenken over de gevolgen van een lagere inzet tijdens het weekend bij fysiotherapie.

2.1.2 Effect van weekendfysiotherapie op de CVA-patiënt

Uit observationeel onderzoek (‘Behavioral mapping’ en ‘Activity Monitoring’) blijkt dat patiënten in het algemeen inactief zijn tijdens opname op een stroke unit in een ziekenhuis en voor meer dan 60% alleen zijn en inactief in bed liggen. Dit geldt voor werkdagen maar zeker ook voor de weekenden (5). Deze inactiviteit heeft negatieve impact op het herstel van patiënten, wat blijkt uit de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (6). Er wordt namelijk geadviseerd om patiënten die beperkt zijn in hun ADL (<19 punten Barthel Index) ook in de weekenden te laten oefenen.

2.1.3 Timing van onderzoek en behandeling

Weekenddiensten zijn in sommige gevallen essentieel om de patiënt op het goede moment een passende behandeling te bieden. In het geval van een herseninfarct of hersenbloeding gaat het advies van de richtlijn als volgt:

“Mobiliseer patiënten met een ernstig herseninfarct of ernstige hersenbloeding (NIHSS >16) in de eerste dagen na een herseninfarct kort (niet langer dan 10 minuten achtereen) en frequent

³ Deelvraag 1: Wat is er bekend over de effectiviteit van weekenddiensten in de literatuur?

(minimaal 2 à 3 keer per dag). Mobiliseer de overige patiënten met een hersenbloeding of herseninfarct op geleide van kunnen.”(p.31)

De albekende KNGF-richtlijn Beroerte uit 2014 (7) geeft daarnaast een aantal aanbevelingen ten aanzien van klinimetrie, waarvan er gezegd wordt dat deze hoge prognostische waarde heeft.

“Een eerste functionele prognose voor loopvaardigheid en arm-handvaardigheid dient zo snel mogelijk, maar bij voorkeur op dag twee na het CVA te worden geformuleerd aan de hand van determinanten. Basale ADL-vaardigheden dienen op dag vijf te worden geprognoseerd.” (p.20)

Deze aanbevelingen wijzen erop dat het bijplaatsen van de CVA-patiënt in de weekenddienstindicatie van toegevoegde waarde is.

3 Methodologie

3.1 Deelvragen

Om inzicht te krijgen in de verschillende facetten van de weekenddienstindicatie zijn er een aantal deelvragen geformuleerd:

- 1) Wat is er bekend over de effectiviteit van weekenddiensten in de literatuur?
- 2) Hoeveel personeel en uren wordt er op zaterdag en zondag ingezet per UMC?
- 3) Welke indicatiestellingen horen bij welke diagnosegroep?
- 4) Welke argumenten zijn er voor de huidige organisatievorm per UMC met betrekking tot de weekenddienst?
- 5) Wat is er nodig om een hoge kwaliteit van zorg te behouden in het weekend in de UMC?

3.2 Type onderzoek

Om de interne validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten te verhogen is methodische triangulatie (8) toegepast: kwalitatief in de vorm van semigestructureerde diepte-interviews, kwantitatief in de vorm van vragenlijsten.

Er is gekozen voor een combinatie van vormen omdat er, naast een antwoord op de onderzoeksvraag welke wordt gegeven door het kwantitatieve gedeelte, ook een behoefte was om te leren van de verschillende perspectieven en argumenten die de participanten van het diepte-interview konden bieden. Een kwalitatieve vorm is hiervoor geschikter omdat er met een doelstelling wordt gewerkt in plaats van een onderzoeksvraag welke aangepast kan worden tijdens de looptijd van het onderzoek. Het doel van de diepte-interviews was dan ook om alle argumenten en motivaties achter de indicatiestellingen voor weekenddiensten in kaart te brengen.

3.3 Dataverzameling en in- en exclusiecriteria

In dit onderzoek hebben alle UMC in Nederland geparticipeerd. Dit betekent dat de volledige populatie is meegenomen in dit onderzoek. Vanuit deze populatie hebben meerdere vertegenwoordigers per UMC input gegeven tijdens het onderzoek.

3.3.1 Metadata van de populatie

Om een beeld te krijgen van de huidige situatie waren er gegevens nodig over onder andere de huidige bezetting, planning en hoeveelheid bedden. Deze klinische gegevens en een kopie van de huidige indicatiestellingen werden opgevraagd bij de leidinggevenden van de UMC.

3.3.2 Kwantitatief onderzoek

Er werd een vragenlijst uitgezet bij 4 fysiotherapeuten per participerend UMC. De participanten waren tussen de 18 en 65 jaar oud en waren werkzaam als fysiotherapeut in het betreffende UMC. Alle deelnemers hebben ervaring met weekenddiensten en kunnen daarom hun eigen perspectief hierop bieden. De uitkomsten van de vragenlijst en de opgevraagde klinische gegevens en indicatiestellingen werden gebruikt als basis voor de vragen van de interview-guide (bijlage 2 Interviewguide). Door gebruik te maken van individuele, UMC-specifieke data en meningen kregen de interviews meer diepgang en konden de geïnterviewden bevraagd worden over opvallende uitkomsten uit de vragenlijsten.

3.3.3 Kwalitatief onderzoek

De 8 diepte-interviews, een per UMC, werden enkel gehouden met participanten van 24 tot 49 jaar welke bekend waren met het draaien van weekenddiensten fysiotherapie en als algemeen

fysiotherapeut werkten. Participanten voor het interview werden uitgekozen door de leidinggevende van het desbetreffende UMC.

Er zijn een aantal algemene kenmerken gedocumenteerd¹¹ om de deelnemersgroep (het 'sample') in kaart te brengen. Alle participanten hebben per mail hun informed consent gegeven voor deelname aan het onderzoek.

De dataverzameling verliep in de periode januari tot maart 2021. Voor de vragenlijst werd er gebruikt gemaakt van iProva, een kwaliteitsmanagementsysteem aangedragen vanuit het informatiemanagementteam in het UMCG. De diepte-interviews werden individueel gehouden en opgenomen via Microsoft Teams zodat deze later ad-verbum (woord voor woord) kon worden uitgewerkt. De interviews duurden 30 tot 40 minuten.

3.4 Data-analyse

3.4.1 Metadata van de populatie

Voor het analyseren van de klinische gegevens en de indicatiestellingen zijn ten eerste alle gegevens van de UMC naast elkaar gezet in een tabel (Tabel 1, zie Resultaten). Om inzicht te krijgen in de verschillen tussen de UMC zijn daarna een aantal variabelen per UMC met elkaar gecombineerd (Fte's per aantal bedden, weekenduren per aantal bedden en verhouding weekendinzet tot de doordeweekse inzet). Deze gecombineerde data is wederom in tabelvorm gepresenteerd (Tabel 2, zie Resultaten).

3.4.2 Kwantitatief onderzoek

Nonresponders bij de vragenlijst voor de werknemers fysiotherapie werden geaccepteerd omdat de data uit de vragenlijsten enkel gebruikt werd om vragen te creëren voor het semigestructureerde interview. Deze data staat beschreven in apart bijgevoegde bijlage 1 'Resultaten kwantitatief onderzoek' en werd niet meegenomen in de resultaten van dit onderzoek.

Om van de uitkomsten uit de vragenlijst tot de interviewgide te komen zijn alle resultaten samengevoegd en gesorteerd per UMC. Daarna is de data geanalyseerd door continue vergelijking tussen de gegeven antwoorden. Sommige data is niet meegenomen bij het maken van de interviewgide omdat er aangegeven werd in opmerkingen dat bepaalde vragen onduidelijk of op meerdere manieren interpreteerbaar waren. Vanuit de overgebleven data zijn de vragen gemaakt voor de interviewgide. Deze vragen zijn gebaseerd op opvallende data, bijvoorbeeld contrasterende meningen binnen één UMC.

3.4.3 Kwalitatief onderzoek

De ruwe audio-opnames zijn getranscribeerd en na een aantal interpretatierondes gecodeerd middels de grounded theory (9). Grounded theory werkt volgens de volgende stappen:

1. *Open coderen*: fragmenten coderen.
2. *Axial coderen*: vergelijken van fragmenten met dezelfde/vergelijkbare code, hierbij kunnen codes ook in categorieën verdeeld worden.
3. *Selectief coderen*: concepten uitwerken tot thema's en zoeken naar patronen en onregelmatigheden door middel van constante vergelijking.

¹¹ tabel 3

Omdat er een behoefte was om de data voor zich te laten spreken is inductieve redenering en een thematische analysemethode gebruikt, namelijk de conventional content analysis methode (10). Bij deze methode kunnen nieuwe inzichten uit de data zelf naar voren komen.

Data-analyse werd gestaakt zodra er geen nieuwe thema's gemaakt konden worden en er saturatie optrad. Dit biedt zekerheid dat alle relevante resultaten uit de beschikbare data zichtbaar zijn geworden in de analyse.

3.5 Waarborgen van de kwaliteit

Om de kwaliteit te waarborgen is er continu rekening gehouden met de geloofwaardigheid, overdraagbaarheid, betrouwbaarheid en intersubjectiviteit van het onderzoek. In dit hoofdstuk wordt er uiteengezet op welke manieren de kwaliteit vergroot is.

3.5.1 Geloofwaardigheid

Tijdens de data-verzameling is de geloofwaardigheid gewaarborgd door de interviews op te nemen via Microsoft Teams en een voice-recorder. Er werd tijdens het gesprek aantekeningen gemaakt op papier en alle interviews zijn ad-verbum getranscribeerd. Met deze werkwijze gaat er geen data verloren, is er geen ruimte voor interpretatiefouten en kunnen bepaalde nuances van de geuite argumenten vast worden gelegd.

3.5.2 Overdraagbaarheid

De overdraagbaarheid van dit onderzoek is gewaarborgd door de methode uitgebreid te beschrijven, de interview-guide bij te voegen en door de volledige populatie, namelijk de 8 UMC in Nederland, te includeren. Daarnaast is er goed uitgelegd welke definities gehanteerd worden van de concepten uit het onderzoek.

3.5.3 Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid te vergroten hebben de interviews in steeds dezelfde setting plaatsgevonden. De vragen in de interviewguide waren zo gevormd zodat er geen aannames ontstonden. Daarnaast zijn de kenmerken van de participanten gedocumenteerd in tabel 3 'Kenmerken participanten'.

3.5.4 Intersubjectiviteit

Intersubjectiviteit is gewaarborgd door ruimte te bieden aan andere perspectieven. Dit is gedaan door de transcripties door een andere onderzoeker te laten lezen, zijn interpretaties te laten doen en deze te vergelijken met elkaar.

3.6 Totstandkoming van het advies

Het doel van het onderzoek, het bieden van richtlijnen voor het efficiënt en toereikend inrichten van weekenddiensten, komt tot stand doordat de resultaten van het onderzoek vertaald worden naar concrete lessen en aandachtspunten voor de toekomst. Per deelvraag heeft de onderzoeker de belangrijkste bevindingen met de hoogste impact op zowel de UMC als de patiënt, geselecteerd en uitgewerkt tot een algemeen geldend advies. Hierbij in acht houdende dat het advies per situatie interpreteerbaar en toepasbaar moet zijn om een hoge bruikbaarheid te creëren. Zeer specifieke of persoonlijke perspectieven werden daarom niet meegenomen in de formulering van het advies.

In de hierop volgende sectie 'Resultaten' worden de opgedane inzichten gedeeld en geïllustreerd met eventuele relevante fragmenten uit de data.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten aan de hand van de deelvragen één voor één besproken. Tijdens deze uiteenzetting worden opvallende en/of relevante data benoemd en vergelijkingen gemaakt om de opgedane inzichten te illustreren.

4.1 Deelvraag 2: Hoeveel personeel en uren wordt er op zaterdag en zondag ingezet per UMC?

In de onderstaande tabel zijn de klinische gegevens te zien van alle UMC in Nederland. In de tabel daaronder (tabel 2) zijn er vergelijkingen gemaakt om de verschillen in de druk op de fysiotherapeuten door de week en in het weekend te illustreren. Daarnaast is het verschil in inzet tussen door de week en het weekend uitgedrukt in een percentage.

Er is te zien dat het Radboud UMC en het Erasmus UMC veruit de hoogste aantal Fte hebben. De hoogte van dit getal komt vooral door een hoge inzet door de week (Radboud 45 FT, Erasmus 41 FT). LUMC en het UMCU zitten op het lage eind van het spectrum met een Fte rond de 16. De inzet is vrijwel gelijk door de week en identiek in het weekend. Echter, als de twee UMC vergeleken worden in tabel 2 is er te zien dat in het UMCU ongeveer twee keer zoveel bedden per Fte heeft.

Erasmus UMC heeft de laagste inzet van fysiotherapeuten en uren in het weekend. Dit wordt benadrukt door het percentage te zien in tabel 2 (12,2%) en de 64 bedden per ingezet uur in het weekend.

Als UMC met de grootste inzet van fysiotherapeuten en uren in het weekend komt het UMCG naar voren. Het verschil tussen door de week en het weekend is bij dit UMC dan ook het kleinst met 45,5%.

Tabel 1: Klinische gegevens UMC in Nederland

	VUMC	LUMC	Radboud	UMCU	MUMC	Erasmus	UMCG	AMC
Fte	19,67	16,01	33	16,04	25,05	33,5	23,56	28
Aantal FT door de week	25	24	45	23	29	41	33	37
Aantal FT op zaterdag	1	2	2 ¹²	2	1	1	3	2
Aantal FT op zondag	1	1	2	1	1	1	3	1
Gem. opnameduur in dagen	4,5	1 ¹³	5-9,5	5	5	5-7	9,4 ¹⁴	6 ¹⁵
Aantal bedden	733	475	569	1042	715	1021	695 ¹⁶	1000
Waarvan IC bedden	24	34	48	39	60 ¹⁷	42	35	32 ¹⁸
Uren ingezet op zondag	8	16	16	16	8	8	24	16
Uren ingezet op zaterdag	8	8	10	6	8	8	24	4

¹² Zaterdag en zondag ook 1 kinder-FT aanwezig

¹³ onbekend

¹⁴ 9,4 dagen gem. opnameduur is incl. revalidatie en psychiatrie

¹⁵ Van alle patiënten is de gemiddelde opnameduur 6 dagen. Bij patiënten waarbij FT betrokken is de gemiddelde opnameduur 10 dagen

¹⁶ Verdeling: volwassenen 550 bedden, CCU 10 bedden, BKZ 70 bedden

ICV: 35 bedden, PICU 15 bedden, NICU 15 bedden. Er zijn 1300 bedden beschikbaar, echter niet allemaal bemand. Dit is inclusief de opschaling door covid-19.

¹⁷ 60 IC bedden: 23 NICU, 10 PICU

¹⁸ 50 fysiek beschikbaar. Nooit meer dan 32 bezet i.v.m. personeelstekort.

Achterwacht ja/nee	Ja ¹⁹	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja ²⁰	Ja ²¹	Nee
--------------------	------------------	-----	-----	-----	----	------------------	------------------	-----

Tabel 2: Vergelijkingen

UMC	Fte vs. aantal bedden ²²	Weekend uren vs. aantal bedden ²³	Inzet fysiotherapie weekend vs. door de week ²⁴
VUMC	37 bedden per Fte	46 bedden per ingezet uur in weekend	20%
LUMC	30 bedden per Fte	20 bedden per ingezet uur in weekend	31,3%
Radboud UMC	17 bedden per Fte	22 bedden per ingezet uur in weekend	22,2%
UMCU	65 bedden per Fte	47 bedden per ingezet uur in weekend	32,6%
MUMC	29 bedden per Fte	45 bedden per ingezet uur in weekend	17,2%
Erasmus UMC	30 bedden per Fte	64 bedden per ingezet uur in weekend	12,2%
UMCG	30 bedden per Fte	14 bedden per ingezet uur in het weekend	45,5%
AMC	36 bedden per Fte	50 bedden per ingezet uur in het weekend	20,3%

4.2 Deelvraag 3: Welke indicatiestellingen horen bij welke diagnosegroep?

In bijlage 1 'Overzicht Indicatiestellingen UMC' is een overzicht gemaakt met alle indicatiestellingen per UMC. Daarbij wordt er onderscheid gemaakt tussen de "standaard" indicatiestelling en indicatiestellingen passend bij verschillende diagnosegroepen. Uitgebreider antwoord op deze deelvraag is dan ook in bijlage 1 te vinden.

Over het algemeen komen de indicatiestellingen met elkaar overeen. Vaak komt de indicatiestelling neer op drie indicaties, echter zijn deze per UMC anders verwoord en wordt er in verschillende mate van detail ingegaan op indicatiestelling voor diagnosegroepen.

De drie indicaties zijn meestal:

1. Patiënt gaat achteruit indien deze niet in het weekend behandeld wordt door een fysiotherapeut.
2. Indien het niet bieden van fysiotherapeutische interventie negatief van invloed is op opnameduur.
3. Noodzakelijke post-OK behandeling (waarbij het OK op vrijdag of zaterdag heeft plaatsgevonden).

¹⁹ Achterwacht alleen in geval van ziekte

²⁰ Altijd 1 FT 8 uur aanwezig, 2e FT is achterwacht. Maximaal 2 FT's ingezet per dag.

²¹ Alleen achterwacht sinds covid-19

²² Formule: aantal bedden (IC + normale bedden)/aantal Fte. afgerond naar dichtstbijzijnde hele getal.

²³ Formule: aantal bedden (IC + normale bedden)/totaal aantal ingezette uren in weekend (uren zaterdag + uren zondag). Afgerond naar dichtstbijzijnde hele getal.

²⁴ Formule: (gemiddeld aantal FT per weekenddag (aantal FT op zaterdag + zondag/2)/gemiddeld aantal FT per weekdag (aantal FT door de week/5)) x100%

De volgende UMC hebben geen CVA in de indicatiestelling staan: AMC, MUMC en Radboud UMC.

4.3 Deelvraag 4: Welke argumenten zijn er voor de huidige organisatievorm per UMC met betrekking tot de weekenddienst?

De participanten van de 8 geïnccludeerde interviews werken gemiddeld 10 jaar (SD=8,01) als fysiotherapeut bij hun UMC. Het is daarom aannemelijk dat zij een goed beeld hebben van de situatie bij het betreffende UMC. Zie Tabel 3 voor een toelichting op de kenmerken van de participanten.

Tabel 3 Kenmerken participanten

	Aantal jaren werkzaam in UMC	Door de week werkzaam op afdeling(en)
Participant VUMC	25	Neurologie, neurochirurgie en KNO
Participant LUMC	2	IC, thoraxchirurgie en chirurgie
Participant Radboud UMC	18	Orthopedie, traumatologie en plastische chirurgie
Participant UMCU	3,5	Orthopedie, traumatologie, vaatchirurgie en urologie
Participant MUMC	12,5	Orthopedie, traumatologie en cardiologie
Participant Erasmus UMC	9,5	Oncologie, hematologie, geriatrie en KNO
Participant UMCG	6,5	IC, neurologie en neurochirurgie
Participant AMC	4	Intern (infectie, oncologie en onbegrepen ziekten)

4.3.1 Thema's

Tijdens de data-analyse zijn 134 codes gekoppeld aan de getranscribeerde teksten en deze zijn op basis van interpretatie gecategoriseerd in 15 codegroepen. De codes, codegroepen en bijbehorende quotes zijn uitgewerkt in de apart bijgevoegde bijlage 2 (Codeboek). Codes komen meerdere keren voor in verschillende codegroepen. Vanuit de codegroepen zijn er overkoepelende thema's gecreëerd waarin bepaalde codegroepen weer overlap hebben. De verschillende thema's en codegroepen zijn namelijk met elkaar verbonden en kunnen niet los van elkaar gezien worden.

De thema's die voortkomen uit de data-analyse zijn op zichzelf al een bevinding. Zij tonen namelijk aan welke onderwerpen en argumenten meewegen in de discussie over weekenddiensten. De volgende thema's naar voren gekomen met de daaronder vallende codegroepen:

4.3.1.1 Kwaliteit van zorg behouden in het weekend

Hieronder vallen de codegroepen expertise, indicatiestelling, bezetting, neurologie en effectiviteit fysiotherapie omdat deze genoemd worden als oorzaken van een lagere of hogere kwaliteit van zorg.

4.3.1.2 Belemmeringen

Ideeën rond de bezetting fysiotherapie in het weekend worden soms afgekapt door belemmeringen op verschillende gebieden. Financiën (financieel belang) wordt vaak genoemd als ultieme belemmering omdat hier geen invloed op kan worden uitgeoefend.

4.3.1.3 Rol verpleegkundige

In elk interview werd mobiliseren genoemd als taak voor de verpleegkundige. Daarom hoort deze codegroep bij dit thema.

Als toevoeging werd daarbij vaak de noodzakelijkheid van fysiotherapie in twijfel getrokken bij patiënten waarbij de verpleegkundige een actieve rol heeft bij het mobiliseren. Daarom hoort de codegroep “noodzakelijkheid van fysiotherapie” bij dit thema.

Expertise werd niet alleen genoemd in relatie tot de fysiotherapeut maar ook tot de verpleegkundige. Om deze reden past de codegroep expertise ook bij dit thema.

4.3.1.4 IC

Het meest werd expertise genoemd als het ging over de Intensive Care. Daaronder wordt verstaan; expertise in (ademhaling)therapie en ervaring op de IC.

De rol van de verpleegkundige kwam nogmaals naar voren bij dit thema; mobiliseren en de taak die de verpleegkundige hierin heeft, maar ook de adequaatheid van de verpleegkundigen.

4.3.1.5 Verbeteringen rond de weekenddienst

Neurologie wordt bij een aantal interviews genoemd als mogelijke toevoeging in de weekenddienst, hierbij spelen belemmeringen echter een grote rol.

De zevendaagse werkweek werd in elk interview aangekaart als mogelijke verbetering. Hieronder vallen nog een aantal codegroepen die betrekking hebben op de zevendaagse werkweek:

- Persoonlijk belang;
- Belemmeringen;
- Kwaliteit van zorg verbeteren

4.4 Deelvraag 5: Wat is er nodig om een hoge kwaliteit van zorg te behouden tijdens het weekend in de UMC?

Het antwoord op deze deelvraag is onderstaand uitgewerkt aan de hand van de bevindingen uit bovengenoemde thema's.

4.4.1 Thema: Kwaliteit van zorg behouden in het weekend

Het behouden van een hoge kwaliteit van zorg in het weekend in vergelijking met door de week wordt vaak genoemd als het voornaamste doel van de weekenddienst. Deze hoge kwaliteit is volgens de geïnterviewden op drie manieren te verkrijgen:

1. Kritisch zijn op de indicatiestelling en deze constant aanpassen aan de huidige literatuur
2. Goed en duidelijk overdragen aan verpleegkundigen en collega's fysiotherapie
3. Expertise behouden op alle verschillende afdelingen

Vrijwel alle therapeuten vinden de indicatiestelling van hun eigen UMC erg duidelijk. De hoofdlijnen van elke indicatiestelling komen veelal met elkaar overeen. Een aantal therapeuten geven aan dat er tussen de indicatieregels nog veel speelruimte is voor interpretatie vanuit de therapeut. Dit is soms lastig volgens een therapeut uit het MUMC:

“Dat grijze gebied, van wanneer gaat iemand achteruit door hem twee dagen niet te zien of wanneer niet? Dat blijft denk ik heel moeilijk. Dat geldt hetzelfde voor; wanneer gaat iemand met versneld ontslag ja of nee? Kijk, nu wordt door ons meer gezien [en] kan iemand met versneld ontslag gaan op een zaterdag of zondag. Maar bijvoorbeeld bij de trauma kan iemand ook op een dinsdag met ontslag gaan in plaats van de donderdag. Dat is ook versneld ontslag. Maar die worden nu niet gezien. En als die wel gezien worden dan zouden die misschien 1 of 2 dagen eerder weg kunnen gaan, maar dan niet in het weekend maar in de week erna.”

Een andere therapeut uit het UMCG vindt het belangrijk dat de speelruimte tussen de regels van een indicatiestelling blijft, zo zou er uitgebreidere zorg kunnen worden geleverd indien de ruimte in de bezetting er ook is.

“Maar soms heb je ook wel een gunfactor, dat iemand zo graag wil, dat je zoiets hebt van dat had geen weekendindicatie hoeven zijn maar ik begrijp wel dat je gevoelsmatig zegt van loop maar even langs want dan kan ie nog een extra rondje lopen. Als je officieel kijkt dan is dat geen indicatie maar het is wel een legitieme reden om langs te gaan. Ik vind dat we op zich wel een mooie balans hebben in wat we denken dat nodig is en welke zorg door gaat en dat je veel aan informatievoorziening doet voor mensen die toch nog even met ontslag gaan.”

In andere ziekenhuizen zoals het AMC, waar minder ruimte is in de bezetting en uren, is dit echter niet mogelijk:

“Ik zie nu best wel vaak patiënten die dan geen weekenddienst indicatie zijn maar die heb ik wel gemist door de week [door onderzoeken, dialyse en dergelijke], die zou ik prima in het weekend op kunnen geven. Maar dat kan niet want dat zijn geen harde indicaties.”

Dat er kritischer naar de indicatiestelling wordt gekeken wanneer de bezetting minder toereikend is, wordt ook zo ervaren door een therapeut van het Erasmus UMC:

“En je wil eigenlijk voorkomen dat je met z’n tweeën langer dan acht uur aan het werk bent. Dus daar houd je wel rekening mee qua indicatiestelling.”

Over of er soms patiënten tekort wordt gedaan door de huidige weekenddienst zijn de meningen verdeeld. De meeste therapeuten uit UMC met een ruimere weekenddienst, als het nu gaat om bezetting of indicatie, denken dat patiënten niet tekort wordt gedaan. Deze therapeut uit het UMCU, met een relatief grote weekenddienst²⁵, zegt echter:

“Ja dat denk ik wel. Sowieso door de beschikbaarheid, je bent eigenlijk maar op 1 moment beschikbaar. Misschien als je flexibel bent op twee momenten maar door de week loop je daar gewoon, je kent alle gezichten van de verpleegkundige, patiënt ken je natuurlijk ook al beter vaak. Dus daar lever je al wat op in, gewoon qua organisatie en bekendheid van de mensen.”

Goed overdragen naar andere collega's fysiotherapie blijkt van belang te zijn om een goede kwaliteit van zorg te bieden. Vooral als het gaat om patiënten van een niet-eigen afdeling; bijvoorbeeld dat een therapeut door de week op de orthopedie en traumatologie werkt en in het weekend naar de IC moet.

“Natuurlijk probeer je het zo goed mogelijk te doen en daar heb je de hulp nodig van de collega die de patiënt erop zet in de zin van dat het duidelijk moet zijn wat er met de patiënt moet [gebeuren]. En dan moet er dus niet staan: gisteren CABG oef. want dan denk je ja, ik weet niet wat je wil.” Aldus een therapeut van het Radboud UMC.

Een therapeut van het AMC benoemt een voordeel van de huidige aanpak:

“Het is ook een goede manier, de weekenddienst, om andere afdelingen te zien en je te bekwaamen in verschillende vakgebieden of om ervoor te zorgen dat je wel bekwaam bent op de IC. Dat je iets meer in huis hebt zodat je niet een super focus hebt op 1 afdeling en je je oncomfortabel voelt op een ander.”

²⁵ Tabel 2; inzet fysiotherapie weekend vergeleken met door de week

Al met al zijn er dus een aantal perspectieven op de weekenddienst naar voren gekomen;

- De grijze gebieden in de indicatiestelling die de therapeut zelf in moet vullen kunnen soms lastig zijn, zoals bepalen of wanneer een patiënt gezien wordt in het weekend de ligduur verkort.
- Er wordt kritisch gekeken naar indicatiestelling bij UMC's waarbij de bezetting lager ligt. Indien de ruimte er wel is, omdat de bezetting hoger is, kan er uitgebreidere zorg worden geleverd aan patiënten met een gun-factor.
- Goed overdragen blijkt belangrijk te zijn wanneer een therapeut op een niet-eigen afdeling moet werken in het weekend. Werken op een niet-eigen afdeling in het weekend wordt ook als voordelig genoemd, omdat je dan bekwaam blijft op verschillende afdelingen.

4.4.2 Thema: Belemmeringen

Het thema belemmeringen is op te delen in twee onderdelen: belemmeringen in de huidige weekenddienst en belemmeringen bij een toekomstige, betere weekenddienst.

Er wordt genoemd dat in de huidige dienst er niet een hogere bezetting kan worden gecreëerd omdat de huidige formatie verdeeld moet worden en een verbreding in het weekend dan dus ten koste gaat van de doordeweekse capaciteit. Dit zou vooral lastig worden als deze uren uit dezelfde unit/hetzelfde cluster gehaald moeten worden. In verschillende gesprekken wordt verteld dat dit op dit moment nog mogelijk zou zijn - door een lagere patiënten druk op fysiotherapie tijdens de corona-tijd - maar dat deze compensatie in normale tijden niet zou kunnen.

Daarnaast wordt er een hogere druk op de bezetting op maandag ervaren door de afwezigheid, of het werken op lager tempo, van andere disciplines. Een fysiotherapeut uit het LUMC benoemt:

“Meer is de frustratie dat op maandag, [...] de artsen pas [...] alle orders er in gaan gooien, en dat ik wel eens denk: ja als we [hier] al zaterdag mee hadden gestart dan had het allemaal anders gelopen. Maar ja, daar kunnen we niet echt wat aan veranderen. [...] Meestal komt het door een arts-assistent die in het weekend werkt en die dan denkt van dat pakken we maandag op. En ook een stukje, wat wij sowieso nog wel eens merken op de afdeling, dat artsen soms niet helemaal het nut of het belang van fysiotherapie in vroege stadia zien. Dus dat wij er pas bij worden gehaald als iemand al 5 dagen op bed ligt bijvoorbeeld. Van ja, dat had ook 5 dagen eerder gekund.”

Ook worden er belemmeringen ervaren door financiële druk van buiten de afdeling fysiotherapie, bijvoorbeeld bij het willen toevoegen van de CVA-patiënt in de weekenddienst:

“We zouden het zelf prima willen doen en we zien het effect ervan maar het gebeurt niet want er is geen geld voor” vertelt een therapeut uit het AMC. Een therapeut uit het Radboud UMC ervaart hetzelfde:

“Die staan er bij ons nu nog niet in en de reden daarvoor is een beetje een suffe reden: dat de neurologen daar niet extra voor willen betalen in het weekend.” De therapeuten van de UMC waarbij neurologie nog niet standaard in de weekenddienst staat zouden dit graag willen veranderen omdat de evidentie ervoor bestaat²⁶. Momenteel gebeurt dit nog niet omdat men van mening is dat er geen invloed op de verdeling van budget kan worden uitgeoefend.

“Nou er is niet te weinig geld maar in het ziekenhuis hier werkt het zo dat iedere tak of iedere afdeling heeft zijn eigen BV, dus iedere afdeling heeft zijn eigen geldstromen en bepaalt zelf waar die

²⁶ Zie hoofdstuk literatuuronderzoek: Effect van weekendfysiotherapie op de CVA-patiënt

zijn geld aan uitgeeft, heeft zijn eigen personeelsbeleid, eigen materiaal beleid. Dus je mag doen en laten wat je wilt met geld en zij hebben geen geld over voor fysiotherapie in het weekend. Dus het is niet [...] wat wij belangrijk vinden maar waar zij wel of geen geld aan uit willen geven. Dus het is niet dat het geldtekort is, ze vinden het gewoon niet relevant.”-aldus een therapeut van het AMC.

Een therapeut van het MUMC was voor het toevoegen van de CVA-patiënt in de weekenddienst maar twijfelde of het haalbaar was met de huidige bezetting:

“Ja wij zagen voor 1 maart aanstaande ook eigenlijk geen neurologie patiënten in het weekend en dat komt nu wel. [...]Je ziet dus wel een beetje een kanteling en dan met name met de neurologie. Gaat het dadelijk nog wel helemaal alleen lukken?”

Op een andere, meer directe manier wordt de fysiotherapie ook financieel beïnvloed. Zoals een therapeut van het VUMC vertelt over een situatie welke 15 jaar geleden ontstond:

“Er ging 40% van de paramedici af. En toen hebben we hele duidelijke keuzes moeten maken en wat we toen als fysiotherapie hebben gedaan is zeggen van ja dat is goed en aardig maar als wij met 40% minder moeten gaan wij bepaalde dingen niet meer doen. Toen hebben we heel kritisch gekeken naar wat is onze inbreng in de pulmonale zorg en die hebben we overgedragen naar de VPK [...] we zijn heel kritisch gaan kijken naar wat is nou fysiotherapie voor ons en wat is het niet. En wat het niet was hebben we goed afgestoten en dat hebben we in samenspraak [gedaan met de verpleegkundigen], ja het kon niet anders, maar je merkt wel dat de cultuur daardoor wel is veranderd.”

Dit voorbeeld illustreert hoe ingrijpend het mogelijke effect van financiële druk kan zijn voor de fysiotherapie bij een UMC.

Al met al worden er een aantal belemmeringen genoemd bij het veranderen van de indicatiestelling of de weekenddienst;

- Financieel belang wordt veel genoemd bij het willen toevoegen van patiëntengroepen waarbij de evidentie weekendfysiotherapie aanbeveelt, zoals de CVA-patiënt. Bij sommige UMC wordt dit niet voor mogelijk gehouden omdat budgettering van hoger af bepaald wordt en niet door de fysiotherapeuten zelf.
- Daarnaast wordt er genoemd dat in de huidige dienst er geen hogere bezetting kan worden gecreëerd omdat de huidige formatie verdeeld moet worden; een verbreding in het weekend gaat dan ten koste van de doordeweekse capaciteit. Dit wordt vooral lastig bevonden wanneer deze uren uit dezelfde unit/hetzelfde cluster moeten komen.

4.4.3 Thema: Rol verpleegkundige

De rol van de verpleegkundige kwam in elk interview naar voren. Er bleek behoefte aan een goede samenwerking tussen de fysiotherapeut en de verpleegkundige. Daarnaast moest het voor de verpleegkundige én voor de fysiotherapeut duidelijk zijn wat de rol van ieder discipline is voor de patiënt. Vooral in het weekend is dit belangrijk, wanneer er kritisch gekeken wordt naar indicatie.

De fysiotherapeuten delen de mening dat de verantwoordelijkheid om te mobiliseren zoveel mogelijk bij de patiënt moet liggen in het weekend. Daarom wordt een niet-gemotiveerde, wel zelfstandige patiënt niet op de weekenddienstlijst gezet. Indien mobiliseren niet lukt, ondanks instructie aan de patiënt of de familie, dan komt de verpleegkundige eraan te pas. Elke therapeut vindt dat mobiliseren een taak van de verpleegkundige is.

Als patiënten wel gezien worden om te mobiliseren is dit vaak omdat het de eerste keer is voor de patiënt. Dan wordt er wel onderscheid gemaakt tussen patiëntengroepen voor welke dit in het weekend noodzakelijk is, aldus een therapeut uit het UMCG:

“Voor de mensen die nieuw zijn voor mobiliseren op de oncologie of op de interne, ja dat ligt er maandag ook wel, die hoeft je niet gelijk te zien.” Dit geldt anders voor een therapeut uit het VUMC: *“Ik vind mobilisatie uit bed geen fysiotherapeutische indicatie, mits... misschien heb je ook al gehoord van een mijlpaal onderzoek dat hier loopt naar oncologische heekunde dus mensen met grote buik OK's, deze mensen zien wij ook in het weekend volgens een bepaald schema, daar ben ik ook bezig met mobiliseren maar dat is altijd in afstemming met de verpleegkundige.”*

Het overdragen van de patiënt naar de verpleegkundige op een goede en duidelijke manier wordt veel gezien als belangrijke taak voor de fysiotherapeut in het weekend en op de vrijdag voor het weekend.

“Ze [de verpleegkundigen] hebben daarbij wel de steun nodig die wij door de week natuurlijk ook bieden. In de zin dat we ook wel mee beoordelen, een inschatting maken of iemand veilig uit bed kan. En met welk hulpmiddel dat dan is. Soms is dat ook gewoon de indicatiestelling, om gewoon een inschatting te maken van hoe kan iemand het beste mobiliseren. Hoe kan iemand het best een staande transfer maken of niet” stelt een therapeut van het UMCU. Dit wordt ook genoemd als een manier om kwaliteit van zorg te behouden in het weekend; *“Als we dat niet doen dan kan het maar zo zijn dat daar een verpleegkundige staat die daar minder ervaring mee heeft. En dan functies niet controleert en dat die persoon vervolgens valt als die naar de WC toe gaat”.*

Therapeuten maken wel eens mee dat een patiënt nauwelijks uit bed is geweest als zij dit maandag evalueren;

“Dan kom ik er op de ortho-trauma wel vaker achter dat ze er niet uit zijn geweest of maar 1 keer. En dan maar heel kort dus. Maar dat dan ook vaak als reden personeelstekort wordt aangegeven dat dat dan niet gebeurt.” geeft een therapeut van het MUMC.

Samenvattend blijkt er behoefte te zijn aan een goede samenwerking tussen de fysiotherapeut en de verpleegkundige. Daarnaast moest het voor de verpleegkundige én voor de fysiotherapeut duidelijk zijn wat de rol van ieder discipline is voor de patiënt. Een goede overdracht kan zorgen voor een goede kwaliteit van zorg in het weekend. Soms maken therapeuten mee dat de patiënt nauwelijks uit bed is geweest met de verpleegkundige. Dit komt vaak door personeelstekort.

4.4.4 Thema: IC

De IC blijkt niet alleen een veelbesproken onderwerp te zijn in de interviews, het blijkt ook een intern discussiepunt te zijn in de teams binnen de UMC. Sommige therapeuten voelen enige mate van onzekerheid door gebrek aan ervaring op de IC omdat zij alleen in het weekend op deze afdeling komen. Ook wordt het nut van sommige gangbare therapieën zoals het inzetten van een bed-fiets in twijfel getrokken.

“De intensivist die vraagt mij om terugkoppeling, of iemand wil een bepaald beleid. [...] stel je voor je wilt bepaalde afspraken maken of een beleid opstarten, als jij dan als fysiotherapeut daar voor het eerst komt en die vrouw [de patiënt] heeft drie weken IC achter zich, ja dan ben je niet zo een meerwaarde als wat de therapeut van door de week zou zijn geweest” vertelt een therapeut uit het MUMC. Vanuit het AMC worden soortgelijke ervaringen geuit:

“Dan sta je echt mensen op de bed fiets te leggen en dan draait de bed fiets onder hen en dan loop je weg en dan denk je wat heb ik hier nu echt effectief gedaan behalve de verpleegkundige in de weg staan.”

Een IC-fysiotherapeut van het LUMC vertelt over het perspectief van de verpleegkundige wanneer er een minder ervaren fysiotherapeut op de IC komt:

“Dat hoor ik nog wel eens van de verpleegkundige terug van ja, dan was er weer iemand die hier nooit komt, dan kan ze net zo goed niet komen.”

De rol van de verpleegkundige lijkt op de IC nog belangrijker te zijn als op de verpleegafdelingen. Vooral omdat door het eerdergenoemde gebrek aan ervaring het mobiliseren, dan wel functioneel of oefentherapie, veel langer duurt in vergelijking met door de week. De adequaatheid van de verpleegkundige kan hierbij een uitkomst bieden. Een therapeut van het Radboud UMC benoemt dan ook dat de weekendbezetting ruimer zou moeten worden indien er andere therapie naast ademhalingstherapie op de IC gegeven moet worden:

“met een IC patiënt ben je ook niet 10-20 minuten klaar, dan mag je blij zijn als je hem op de rand van bed hebt zitten zeg maar.”

Een therapeut van het UMCU benoemt:

“IC-verpleegkundigen doen dat nog meer dan de afdelingsverpleegkundigen denk ik, gewoon omdat ze 1 op 1 staan en weten dat het op de IC heel belangrijk is.”

Het belang van fysiotherapie op de IC wordt veel benadrukt tijdens de gesprekken. Ook al is er geen duidelijke indicatie vanuit de literatuur, zoals bij THP of CVA, wordt de IC meestal geïncorporeerd in de weekenddienst. Zoals een therapeut van het AMC vertelt:

“En als je nou iemand dan doorbehandeld op de IC [...] als die daardoor een dag eerder naar de afdeling gaat of dat een patiënt van de verpleegafdeling een dag eerder naar huis kan; volgens mij is dat even belangrijk.”

Al met al blijkt dat bij sommige therapeuten enige onzekerheid speelt bij het werken op de IC in het weekend. Door gebrek aan ervaring en soms expertise duurt therapie langer en lijkt het minder effectief te zijn. De IC-verpleegkundigen koppelen dit terug. Er moet tevens gebruik kunnen worden gemaakt van de expertise van de IC verpleegkundige in het weekend om fysiotherapie doeltreffender te laten zijn. Desondanks vinden de respondenten fysiotherapie op de IC wel zeer belangrijk en wordt de IC meestal geïncorporeerd in de weekenddienst.

4.4.5 Thema: Verbeteringen rond de weekenddienst

Hoewel veel participanten erg tevreden waren over hun eigen weekenddienst, waren er ook veel ideeën omtrent de dienst voor eventuele veranderingen in de toekomst. Er werd benoemd dat de zorg constant verandert en er steeds nieuwe bevindingen zijn voor de beste behandeling van verschillende patiëntengroepen; de weekenddienst en haar indicatiestelling zou daarin mee moeten groeien.

Een vraag over de zevendaagse werkweek (het idee dat fysiotherapie op dezelfde manier, bezetting en tempo werkt in het weekend als door de week) stond aan het eind van de interviewguide, echter werd deze vaak al eerder in het interview genoemd door de participanten. Het bleek een bewogen onderwerp met uiteenlopende argumentatie. Er kwamen verschillende aspecten naar voren; het persoonlijk belang en daarbij de bezetting; en het patiënten belang met daarbij de noodzakelijkheid van fysiotherapie.

Een duidelijk argument voor een zevendaagse werkweek wordt door een therapeut van het UMCU gegeven:

“In principe, voor een ziek persoon is het weekend niet anders dan een doordeweekse dag, het is alleen dat wij ons arbeidsritme zo hebben dat wij 5 dagen werken en 2 dagen vrij zijn. Als dat niet zou zijn zou je gewoon door moeten behandelen. Het is niet dat ziekte of operatie-indicatie zich aan weekenddagen houden. Waarom hebben we eigenlijk een weekend?”

Therapeut UMCU: *“De spoed gaat dan ook wel door dus die zien we dan ook wel, maar inderdaad het is eigenlijk bijna zonde dat mensen op de trauma drie dagen liggen te wachten voordat even een pen eruit wordt gehaald of gezet.”*

Een therapeut van het AMC heeft het inzetten van een zevendaagse werkweek daarom geopperd bij leidinggevendenden. Hier wordt echter nog enige weerstand bij ervaren:

“Maar dat wordt dan soms weerhouden omdat het is niet gangbaar of er is niet genoeg energie om het uit te proberen [...] als je zelf dan een aantal keer vraagt, dan ga je op een gegeven moment dat ook niet meer doen.”

Ook benoemt dezelfde therapeut dat er vanuit het team fysiotherapie waarschijnlijk niet genoeg animo is om in het weekend te gaan werken. Een therapeut van het Radboud UMC beaamt dit:

“Mensen scheiden altijd aan twee kanten hé, niet alle collega's worden vrolijk van een weekenddienst. Er is wel eens discussie over; tot welke leeftijd moet dat dan en hoe belastbaar moet iemand dan zijn. Goed, zo heb je mensen die draaien jarenlang alleen maar poli en die moeten dan een weekenddienst draaien.”

Daar had de therapeut uit het AMC een oplossing voor:

“Mij zou het sowieso veel interessanter lijken om ook überhaupt vaste mensen in het weekend te laten werken. En dan kan het wat minder zijn omdat het minder aantrekkelijk is maar als je bijvoorbeeld twee of drie mensen standaard op zaterdag, en met weekend indicaties en als die er niet zijn dat je gewoon doorgaat met reguliere zorg.”

Bijna iedereen is van mening dat een zevendaagse werkweek van de afdeling fysiotherapie niet zo effectief is wanneer het hele ziekenhuis op hetzelfde lage tempo doorwerkt. Soms is beeldvorming nodig om een beleid te maken voor een patiënt of er moet iets in samenspraak worden gedaan met een afwezig discipline. Een therapeut van VUMC noemde nog een belemmering:

“En wat dan ook belangrijk is als je daar over nadenkt is dat niet alleen dat het ziekenhuis 7 dagen zorg gaat leveren maar dan moet de hele keten. Want we zijn aan het doorverwijzen naar andere instellingen, dat gebeurt tot nu toe alleen op maandag t/m vrijdag. Dat moet dan ook maar op zaterdag en zondag kunnen. Daar voorzie ik ook nog de nodige problemen.”

Het wordt ook gezien als een heel gedoe om te organiseren;

“Ik denk dat het, los van het feit dat ik denk dat het niet te betalen is, moet je ook naar een heel ander systeem. Want dan ga je naar een systeem waarmee verpleegkundigen werken met het indelen van diensten [...] Dat kan je ook niet zelf bepalen, dat moet de raad van bestuur meebepalen, de CAO moet omgegooid worden. [...] Ja dat kun je wel willen, maar ik ben daar zelf ook geen voorstander van, ik vind dat zelf ook heel onrustig. Ik bedoel we hebben nu ook best wel wat mensen met jonge kinderen, en als je dan pech hebt met een partner die dat ook heeft [weekenddienst] dan

wordt het ook niet beter. Dus ja weetje, nou nee, voor mij hoeft dat niet” aldus een Radboud UMC therapeut.

Er blijkt ook een middenweg te zijn. Er zijn argumenten voor rustdagen bij bepaalde patiëntengroepen. Meerdere therapeuten gaven aan patiënten op te zien bloeien bij één of twee dagen geen rumoer van door de week. Bij deze patiënten zou een zevendaagse werkweek juist een negatief effect kunnen hebben.

“Van de andere kant zou je het allemaal om kunnen draaien en kunnen zeggen dat alleen bepaalde patiëntencategorieën baat hebben bij een 7-daagse werkweek. Als je kijkt naar de IC-patiënt die niet weet of het zaterdag of zondag is en daar (op de IC) gaat het eigenlijk elke dag de hele dag door omdat het kritieke zorg is. [...] Dus je zou wel kunnen kijken op bepaalde gebieden, dat je daar een pilot draait om te kijken of dat meer werkt.” Bij de vraag voor welke patiënten een zevendaagse werkweek nog meer geschikt zou kunnen zijn:

“Orthopedie-trauma wellicht. Dat komt meer omdat ik bij interne patiënten meer het idee heb dat het daar allemaal al op een laag pitje staat zeg maar. Als je kijkt bij onze afdelingen, en dat komt natuurlijk door de diagnose en het verloop, dat is bijna allemaal short-stay, die blijven allemaal maar twee, drie dagen en dan zijn ze weg. Ik denk dat daar de meeste winst te behalen is.”-Fysiotherapeut MUMC.

Voor gebrek aan expertise of ervaring op niet-eigen afdelingen werden ook een aantal oplossingen aangedragen, zoals deze van een fysiotherapeut uit het UMCU:

“Door per clustertje een weekendtherapeut te hebben. Dus een neurotherapeut, een onco-therapeut, een heelkundige, IC, long/cardio, zoiets.”

Daarnaast gaf een fysiotherapeut uit het LUMC als suggestie:

“Als je in het weekend moet werken dat je dan niet alleen op zaterdag of op zondag werkt maar op allebei de dagen. Daar zou ik de voordelen wel van inzien. Want op zondag ken je iedereen al en dan ben je veel sneller klaar met inlezen, je kan op zaterdag eventueel afspraken maken. Ik denk dat daar wel meer efficiëntie uit komt.”

Het gebruik van een achterwacht bij de weekenddienst wordt veel genoemd tijdens de interviews. Over het algemeen wordt er aangegeven dat de functie van de achterwacht, namelijk het oproepbaar zijn op de dag zelf, weinig gebruikt wordt. Van tevoren wordt vaak al bepaald of een extra persoon nodig is of niet. Ook in het Erasmus UMC werkt de fysiotherapie met een achterwacht. Een fysiotherapeut heeft daar ideeën over:

“Ik denk; [als verbetering van de huidige weekenddienst] op zaterdag standaard met twee mensen werken. Dat je op zaterdag geen achterwacht hebt. Dan gaat degene met korte dienst gewoon eerder naar huis als het rustig is. Maar dan ben je gewoon zeker dat je die zaterdag ook werkt. Nu ga je er een beetje ervan uit dat je moet werken ook al hoeft je niet te werken. Dus je houdt je dag vrij en vervolgens hoeft je niet te komen. Dat is wel eens vervelend.”

Er zijn zowel voordelen als nadelen te benoemen voor een zevendaagse werkweek. Voordelen zijn dat er ruimte is voor alle patiënten zonder “harde indicatie”. Echter, volgens de respondenten zitten niet alle collega's fysiotherapie erop te wachten om in het weekend te werken. Daarnaast wordt er veelal benoemd dat een zevendaagse werkweek voor de afdeling fysiotherapie alleen niet voldoende zou zijn. Het hele ziekenhuis zou mee moeten gaan omdat de fysiotherapeut anders de

tools mist die hij normaal door de week wel zou hebben, zoals beeldvorming en diagnostiek. Bepaalde patiëntengroepen zouden ook nadelig kunnen worden beïnvloed door een zevendaagse werkweek omdat deze juist baat hebben bij de twee dagen rust en herstel in het weekend. Ook wordt er benoemd dat de hele zorgketen mee zou moeten gaan omdat er ook doorverwezen moet worden naar revalidatieplekken of verzorgingstehuizen. Al met al wordt de zevendaagse werkweek gezien als een 'heel gedoe' om te implementeren.

Er worden andere ideeën geopperd ten aanzien van de weekenddienst, zoals het implementeren van een zevendaagse werkweek alleen voor bepaalde patiëntengroepen. Bijvoorbeeld de IC-patiënt en de orthopedie-traumapatiënt. Een ander idee is om per cluster/unit een weekendtherapeut te hebben waardoor gebrek aan expertise wordt opgevuld. Ter bevordering van de continuïteit zou de weekendtherapeut op beide dagen moeten werken, niet alleen op zaterdag of op zondag. Ook zou werken zonder achterwacht rust opleveren voor de dienstdoende en de achterwacht zelf.

5 Conclusie

Dit onderzoek geeft antwoord op de hoofdvraag van het onderzoek:

Wat zijn de verschillen in inzet van fysiotherapeuten voor weekenddiensten en wat is de inhoudelijke onderbouwing bij het bepalen van een fysiotherapeutische indicatie in het weekend bij de acht verschillende UMC in Nederland?

Dit gebeurt aan de hand van de bevindingen over de deelvragen, welke onderstaand een voor een aan bod komen.

5.1 Wat is er bekend over de effectiviteit van weekenddiensten in de literatuur?

In paragraaf 1.4 is benoemd dat de ligduur van orthopedische patiënten op de lange termijn verkort wordt door inzet van fysiotherapie in het weekend (1,2). Daarnaast blijkt de timing van onderzoek en behandeling voor de CVA-patiënt belangrijk te zijn voor de prognose (7). Daarom is het aanbevolen om deze patiëntengroepen in de weekenddienstindicatiestelling te plaatsen (6).

5.2 Hoeveel personeel en uren wordt er op zaterdag en zondag ingezet per UMC?

In tabel 1 (zie hoofdstuk Resultaten) is te zien hoeveel personeel en uren er op zaterdag en zondag wordt ingezet per UMC.

Uit de gegevens van de tabel is te concluderen dat het Radboud UMC en het Erasmus UMC veruit het hoogste aantal Fte hebben. De hoogte van dit getal komt vooral door een hoge inzet door de week (Radboud 45 FT, Erasmus 41 FT). LUMC en het UMCU zitten op het lage eind van het spectrum met een Fte rond de 16. De inzet is vrijwel gelijk door de week en identiek in het weekend. Echter, als de twee UMC vergeleken worden in tabel 2 is er te zien dat in het UMCU ongeveer twee keer zoveel bedden per Fte heeft.

Erasmus UMC heeft de laagste inzet van fysiotherapeuten en uren in het weekend. Dit wordt benadrukt door het percentage te zien in tabel 2 (12,2%) en de 64 bedden per ingezet uur in het weekend.

Het UMCG is het UMC met de grootste inzet van fysiotherapeuten en uren in het weekend. Het verschil tussen door de week en het weekend is bij dit UMC dan ook het kleinst met 45,5%.

5.3 Welke indicatiestellingen horen bij welke diagnosegroep?

In bijlage 1 worden alle indicatiestellingen in één overzicht samengevat. Over het algemeen komen de indicatiestellingen met elkaar overeen. Vaak komt de indicatiestelling neer op drie indicaties, echter zijn deze per UMC anders verwoord en wordt er in verschillende mate van detail ingegaan op indicatiestelling voor diagnosegroepen.

De drie indicaties zijn meestal:

4. Patiënt gaat achteruit indien deze niet in het weekend behandeld wordt door een fysiotherapeut.
5. Indien het niet bieden van fysiotherapeutische interventie negatief van invloed is op opnameduur.
6. Noodzakelijke post-OK behandeling (waarbij het OK op vrijdag of zaterdag heeft plaatsgevonden).

De volgende UMC hebben geen CVA in de indicatiestelling staan: AMC, MUMC en Radboud UMC.

5.4 Welke argumenten zijn er voor de huidige organisatievorm per UMC met betrekking tot de weekenddienst?

5.4.1 Kwaliteit van zorg behouden in het weekend

De participanten benoemen een aantal situaties die de kwaliteit behouden in het weekend moeilijker of makkelijker maken; de grijze gebieden in de indicatiestelling die de therapeut zelf in moet vullen kunnen soms lastig zijn, zoals bepalen of wanneer een patiënt gezien wordt in het weekend de ligduur verkort. Er wordt kritisch gekeken naar indicatiestelling bij UMC's waarbij de bezetting lager ligt. Indien de ruimte er wel is, omdat de bezetting hoger is, kan er uitgebreidere zorg worden geleverd aan patiënten met een gun-factor. Goed overdragen blijkt belangrijk te zijn wanneer een therapeut op een niet-eigen afdeling moet werken in het weekend. Werken op een niet-eigen afdeling in het weekend wordt ook als een voordeel genoemd, omdat je dan bekwaam blijft op verschillende afdelingen.

5.4.2 Belemmeringen

Participanten benoemen een aantal belemmeringen bij het veranderen van de indicatiestelling of de weekenddienst. Financieel belang wordt veel genoemd bij het willen toevoegen van patiëntengroepen waarbij de evidentie weekendfysiotherapie aanbeveelt, zoals de CVA-patiënt. Bij sommige UMC wordt dit niet voor mogelijk gehouden omdat budgettering van hoger af bepaald wordt en niet door de fysiotherapeuten zelf. Daarnaast wordt er genoemd dat in de huidige dienst er niet een hogere bezetting kan worden gecreëerd omdat de huidige formatie verdeeld moet worden en een verbreding in het weekend dan dus ten koste gaat van de doordeweekse capaciteit. Dit zou vooral lastig worden als deze uren uit dezelfde unit/hetzelfde cluster gehaald moeten worden.

5.4.3 Rol verpleegkundige

Samenvattend blijkt er behoefte te zijn aan een goede samenwerking tussen de fysiotherapeut en de verpleegkundige. Daarnaast moest het voor de verpleegkundige én voor de fysiotherapeut duidelijk zijn wat de rol van ieder discipline is voor de patiënt. Een goede overdracht kan zorgen voor een goede kwaliteit van zorg in het weekend. Soms maken therapeuten mee dat de patiënt nauwelijks uit bed is geweest met de verpleegkundige. Dit komt vaak door personeelstekort.

5.4.4 IC

Er blijkt dat bij sommige therapeuten enige onzekerheid speelt bij het werken op de IC in het weekend. Door gebrek aan ervaring en soms expertise duurt therapie langer en lijkt het minder effectief te zijn. Vanuit de IC-verpleegkundigen wordt dit teruggekoppeld. Er gebruik kunnen worden gemaakt van de expertise van de IC verpleegkundige in het weekend om fysiotherapie doeltreffender te laten zijn. Desondanks wordt fysiotherapie op de IC wel als zeer belangrijk gevonden en de IC wordt meestal geïncorporeerd in de weekenddienst.

5.4.5 Zevendaagse werkweek

Als verbetering voor de weekenddienst wordt veelal de zevendaagse werkweek benoemd. Er zijn zowel voordelen als nadelen te benoemen voor een zevendaagse werkweek. Voordelen zijn dat er ruimte is voor alle patiënten zonder "harde indicatie". Echter zitten niet alle collega's fysiotherapie erop te wachten om in het weekend te werken. Daarnaast wordt er veelal benoemd dat een zevendaagse werkweek voor de afdeling fysiotherapie alleen niet voldoende zou zijn. Het hele ziekenhuis zou mee moeten gaan omdat de fysiotherapeut anders de tools mist die hij normaal door de week wel zou hebben, zoals beeldvorming en diagnostiek. Bepaalde patiëntengroepen zouden ook nadelig kunnen worden beïnvloed door een zevendaagse werkweek omdat deze juist baat hebben bij de twee dagen rust en herstel in het weekend. Ook wordt er benoemd dat de hele

zorgketen mee zou moeten gaan omdat er ook doorverwezen moet worden naar revalidatieplekken of verzorgingstehuizen. Al met al wordt de zevendaagse werkweek gezien als een heel gedoe om te implementeren.

5.5 Wat is er nodig om een hoge kwaliteit van zorg te behouden in het weekend in de UMC?

Voor het beantwoorden van deze deelvraag zijn participanten concreet bevraagd over de eigen verbetervoorstellen. Zij hebben veel ideeën als het gaat om wat er nodig is voor een goede weekenddienst. In het hierop volgende hoofdstuk Advies worden deze en andere bevindingen verder vertaald naar algemeen toepasbare lessen en aandachtspunten voor de UMC.

Er worden een aantal ideeën geopperd ten aanzien van de weekenddienst, zoals het implementeren van een zevendaagse werkweek alleen voor bepaalde patiëntengroepen. Bijvoorbeeld de IC-patiënt en de orthopedie-traumapatiënt. Een ander idee is om per cluster/unit een weekendtherapeut te hebben waardoor gebrek aan expertise wordt opgevuld. De suggestie wordt gegeven om vacatures uit te zetten voor vaste therapeuten die elk weekend werken zodat werknemers die geen weekenddienst willen draaien, dit ook niet hoeven te doen. Ter bevordering van de continuïteit zou de weekendtherapeut op beide dagen moeten werken, niet alleen op zaterdag of op zondag. Ook zou werken zonder achterwacht rust opleveren voor de dienstdoende en de achterwacht zelf.

6 Discussie

6.1 Doelstelling en doelgroep

Het doel van dit onderzoek was het formuleren van een advies aan de F-UMC, het F-UMC is dan ook de doelgroep van dit onderzoek. Onderdeel van dit advies zijn een aantal onderbouwde vakinhoudelijke keuzes. Deze keuzes dienen als basis voor een meer uniforme aanpak voor het organiseren van de weekenddiensten bij de UMC. Om tot een gedegen advies te komen, was het noodzakelijk om inzicht te krijgen in de verschillende keuzes en onderbouwing voor het bepalen van de weekenddiensten. De belangrijkste stap hierin was het in kaart brengen van de perspectieven van de verschillende UMC door een kwalitatief onderzoek.

6.2 Keuzes bij de totstandkoming van het advies

De formulering van het advies is in drie delen tot stand gekomen :

6.2.1 Gedeelte 1: Algemene oplossingen

Dit gedeelte betreft algemene oplossingen omtrent de weekenddienst, vooral met betrekking tot de bezetting. De ideeën hieromtrent zijn verzameld uit de resultaten van het kwalitatieve onderzoek. Daarnaast worden er suggesties gegeven voor het verlagen van de druk op de weekenddienst, zowel qua bezetting als qua zorgwaarde.

6.2.2 Gedeelte 2: UMC-specifiek advies

De kwantitatieve resultaten zijn niet alleen de basis voor een algemeen advies; omdat er voor ieder UMC kwantitatieve data is verzameld kunnen er per organisatie uitspraken worden gedaan over voornamelijk de indicatiestelling. Er is gekozen voor deze vorm zodat ieder UMC, naast het algemene advies, ook de belangrijkste aandachtspunten voor de eigen organisatie uit dit onderzoek mee kan nemen in de beoordeling van de aanpak met betrekking tot de weekenddiensten.

6.2.3 Gedeelte 3: Voorbeeld indicatiestelling

Omdat het advies uit dit onderbouwde product uiteindelijk voor een meer uniforme aanpak moet zorgen wordt hier een voorbeeld gegeven van een simpele indicatiestelling waarop de UMC zijn eigen indicatiestelling voort kan bouwen. Deze simpele indicatiestelling is gebaseerd op de huidige literatuur uiteengezet in hoofdstuk 1.4 en is een mengvorm van alle verschillende indicatiestellingen in één. De UMC zouden ervoor kunnen kiezen om bij het herbeoordelen van de huidige indicatiestelling de simpele indicatiestelling te gebruiken om de uniformiteit van alle UMC in Nederland te bevorderen.

Er is gekozen voor de zin: “Indien geen fysiotherapeutische interventie negatief van invloed op opnameduur is” omdat de woorden “fysiotherapeutische interventie” alle onderzoeken en behandelingen van een fysiotherapeut includeert. Daarnaast zorgt het woord “opnameduur” ervoor dat er ook rekening kan worden gehouden met een verkorte ligduur buiten het weekend. Bijvoorbeeld dat een patiënt op maandag met ontslag kan in plaats van op dinsdag door een fysiotherapeutische interventie in het weekend.

De volgende zin: “indien er, in geval van niet-behandelen, een gereede kans is op achteruitgang van functie die op de eerstvolgende werkdag niet kan worden ingehaald” is gekozen omdat door het gebruik van de woorden “achteruitgang in functie” veel diagnosegroepen vallen. Functie kan namelijk veel beteken; bijvoorbeeld achteruitgang van ROM in de knie bij een orthopediepatiënt, of achteruitgang in pulmonale functie bij een IC patiënt. Met deze zin kan een indicatiestelling vereenvoudigd worden door het niet-hoeven toevoegen van elke specifieke diagnosegroep.

6.3 Kritische reflectie op methodiek

De keuze om in voorbereiding op het kwalitatief onderzoek, een kwantitatieve verkennende meting te doen heeft een positief effect gehad op de stabiliteit van de onderzoeksrichting. Door deze aanpak is er tijdens het verzamelen van de data geen behoefte geweest om vragen aan te passen. Daarnaast werd er tijdens de interviews participanten ruimte gegeven om eigen inbreng te geven. Deze inbreng bleek echter nooit buiten de onderwerpen van de voorbereide interviewgide te vallen, wat indiceert dat deze interviewgide een groot genoeg raakvlak had.

Een beperking van dit onderzoek is dat er 1 fysiotherapeut per UMC is geïnterviewd. Dit zorgde in totaal voor 8 geïnccludeerde interviews. Interviews met meerdere fysiotherapeuten per UMC had de voorkeur gehad, echter had dit onderzoek één onderzoeker en een beperkte tijdsduur waardoor meer participanten niet haalbaar was. Daarentegen zijn wel alle UMC in Nederland geïnccludeerd waardoor de resultaten uit dit onderzoek representeerbaar zijn voor de volledige populatie aan UMC in Nederland.

Een kanttekening is dat de participanten voor de interviews gekozen werden door hun leidinggevende. Het kan zijn dat de leidinggevende met opzet een “goede” werknemer heeft uitgekozen om zo de resultaten positief te beïnvloeden richting zijn of haar eigen UMC. Anderzijds kan er vanuit worden gegaan dat de leidinggevende zijn of haar werknemers goed kent en met die kennis (die de onderzoeker niet heeft) kon er wellicht een participant uit worden gekozen die veel ervaring had met de weekenddienst en die zich meer had verdiept in de achterliggende argumenten bij het ontstaan van de indicatiestelling. Met een dergelijke participant kan er meer interessante data worden verkregen als bij een participant zonder deze kennis. Al met al weegt in dit geval de verrijking van de verzamelde data door bijvoorbeeld een meer ervaren participant op tegen de mogelijkheid van sociaal wenselijke antwoorden. Bovendien is er geen aanleiding vanuit de data om te concluderen dat een van de participanten beïnvloed is door partijdigheid of sociale wenselijkheid van bepaalde antwoorden.

6.4 Verklaring voor de resultaten

Er blijken vrij grote verschillen te zijn in inzet tussen de UMC (te zien in tabel 1, zie ‘Resultaten’). Deze verschillen inzet kunnen worden verklaard als er wordt gekeken naar de indicatiestelling, waarbij meerdere UMC bepaalde diagnosegroepen uit de weekendindicatie sluiten. Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat onderzoek en/of behandeling van deze patiëntengroepen vaak meer tijd kost in vergelijking met andere patiënten. Daarom kan het in de vergelijkingen (tabel 2, zie ‘Resultaten’) lijken alsof er een hoge druk op de weekenddienst staat, terwijl dit vanuit de kwalitatieve resultaten niet wordt teruggekoppeld.

Er moet worden benoemd dat bij het inleveren van de klinische data (te zien in tabel 1, zie ‘Resultaten’) het niet altijd duidelijk was vanuit de leidinggevenen waar de cijfers uit bestonden. Neem bijvoorbeeld het gegeven “aantal bedden”: het kan zijn dat “leidinggevende 1” alleen het aantal bedden heeft doorgegeven van afdelingen waarbij fysiotherapie kan worden aangeboden en dat “leidinggevende 2” alle beschikbare bedden uit het hele ziekenhuis heeft doorgegeven.

De leidinggevenen konden de opbouw van de klinische data veelal niet achterhalen en daarom zijn deze (eventuele) marges van error voor lief genomen.

6.5 In-en exclusie van resultaten

Uit het kwalitatieve onderzoek zijn thema's benoemd, welke allemaal betrekking hebben op de uiteindelijke aanbevelingen die worden gemaakt in het hoofdstuk Advies. Daarom zijn geen resultaten uit het kwalitatieve onderzoek weggelaten bij het ontwikkelen van het advies. Het kwantitatieve deel van het onderzoek diende als verkennende basis, waarna de opgedane specifieke kennis per UMC verder uitgediept werd in kwalitatieve setting. Met het kwantitatieve gedeelte wordt bedoeld: het overzicht van de indicatiestellingen in bijlage 1, de klinische gegevens te zien in tabel 1 en de bijbehorende vergelijkingen in tabel 2 (de metadata). Ook de voorafgaand aan de interviews opgestuurde vragenlijst hoort hierbij. Door deze gegevens te includeren kon het advies op maat gemaakt worden per UMC.

De gemiddelde opnameduur uit tabel 1 is niet meegenomen bij het ontwikkelen van het advies omdat dit geen duidelijk causaal verband heeft met fysiotherapie in het weekend. Daarnaast is het gegeven "aantal IC-bedden" ook niet meegenomen in de vergelijkingen of bij het beargumenteren van het advies. Dit gegeven werd van tevoren gezien als interessante toevoeging omdat er ook een thema genaamd "IC" is, echter kon er uiteindelijk geen verband gevonden worden met de beschikbare cijfers.

Als laatste was de indicatiestelling bij feestdagen onderdeel van een deelvraag van dit onderzoek. Dit op verzoek van de opdrachtgever, het F-UMC. Deze deelvraag is na het ontvangen van de klinische gegevens en indicatiestellingen van de leidinggevenden verwijderd. Uit deze gegevens bleek dat de bezetting tijdens feestdagen voor elke UMC anders werd aangepakt. Het werd namelijk óf als een extra dag weekenddienst, óf als extra dag weekenddienst met oefenindicatie aangegeven. Deze resultaten hadden gezien het gebrek aan eenduidig resultaat weinig toegevoegde waarde om als aparte deelvraag in het onderzoek te behouden houden en hadden uiteindelijk niet genoeg relatie met de onderzoeksvraag.

6.6 Vergelijking met de literatuur

Dit onderzoek draagt bij aan de huidige literatuur over weekenddiensten door een uniek perspectief te bieden op de weekenddiensten fysiotherapie in Nederland. Er wordt namelijk veelal in de literatuur gesproken over het effect van weekendtherapie op de patiënt (1-7) maar niet over het effect van de weekenddienst op de fysiotherapeut.

Daarnaast blijkt uit de resultaten dat niet alle UMC de CVA-patiënt geïnccludeerd hebben in de indicatiestelling. Deze bevinding is schrijnend als er wordt gekeken naar het beeld uit de literatuur (7), waar in paragraaf 1.4 is benoemd is dat de eerste 48 uur erg belangrijk zijn voor de prognose van deze patiënt. Door geen klinimetrie af te nemen in het weekend of niet te starten met vroege mobilisatie kan dus alle gevolgen hebben voor het hersteltraject van deze patiëntengroep. Er zou zelfs gezegd kunnen worden dat niet alleen de patiënt hiermee benadeeld wordt, maar ook andere instellingen waarnaar deze patiënt verwezen wordt. Bij eventueel volgende revalidatie zullen de therapeuten daar niet de benodigde tools hebben die van essentieel zijn om het vak fysiotherapie goed uit te voeren, in dit geval de eerste afgenomen klinimetrie voor het test-her testen. Dit kan negatief invloed hebben op het imago wat een UMC uitstraalt richting andere instellingen.

6.7 Aanbevelingen voor volgend onderzoek

Een grote waarde van dit onderzoek was dat het een grote scope had. Nog niet eerder waren alle indicatiestellingen en argumenten achter de weekenddiensten van alle UMC in Nederland op deze manier in kaart gebracht. Er kan echter voordeel gehaald worden uit het onderzoeken van dezelfde problematiek op kleinere schaal, bijvoorbeeld door in te zoomen op 1 UMC. Door knelpunten op het

gebied van de weekenddienst binnen de organisatie te onderzoeken kunnen de adviezen uit dit onderzoek beter toegepast worden.

Ook zou het interessant zijn om het aandeel van weekendfysiotherapie op het “weekend-effect” (3,4) te onderzoeken. Dit zou verdere implicaties van wel-of geen fysiotherapie in het weekend bewijzen buiten het directe effect op functie bij een patiënt.

7 Advies

7.1 Introductie

In dit hoofdstuk zal er advies worden gegeven richting het F-UMC over de weekenddiensten. Dit advies is op basis van de resultaten en de conclusie van het onderzoek geformuleerd. De aanbevelingen zijn ingedeeld in drie gedeeltes. Een korte uitleg over deze gedeeltes en de keuzes die hiervoor zijn gemaakt wordt gegeven in paragraaf 5.3.

7.2 Algemene oplossingen

7.2.1 Frequentie trainingen verpleegkundigen

Vanuit de resultaten is gebleken dat er behoefte is aan een goede samenwerking tussen verpleegkunde en fysiotherapie met duidelijke afbakening van taken in het weekend. Om hier verbetering in aan te brengen, moet een UMC eerst inzicht krijgen in de huidige situatie. Dit kan door na te gaan voor welke afdelingen welke afbakening niet duidelijk genoeg is. Na het in kaart brengen van de 'hotspots' waar verbetering van meerwaarde kan zijn, is kruisbestuiving tussen de afdeling verpleegkunde en fysiotherapie een goede oplossing. Het geven van trainingen of informatiesessies is een manier om dit te bereiken. Inhoudelijk gezien is het aanbevolen om in ieder geval de volgende onderwerpen aan bod te laten komen:

- Hoe patiënten te mobiliseren;
- Wat is een indicatie voor fysiotherapie en wat niet;
- Wanneer is fysiotherapie beschikbaar (doordeweeks en in het weekend).

Deze trainingen zouden niet alleen voor een verlaging van de werkdruk en tijdsbesparing zorgen voor fysiotherapie, maar ook voor verpleegkunde.

Als reden voor niet mobiliseren in het weekend door de verpleegkundige werd vaak personeelstekort benoemd. Door de trainingen zouden verpleegkundigen vaker het mobiliseren aandurven en zouden ze dit ook efficiënter kunnen leren doen. Dit zorgt bij de verpleegkundigen uiteindelijk ook voor een tijdsbesparing.

Al met al zou deze maatregel een zogeheten quick win zijn; er zijn geen extra middelen nodig om het te realiseren en het levert in potentie veel op; niet alleen voor weekenddiensten maar ook door de week.

7.2.2 Therapeuten uit elke afdelingsgroep

Expertise, of gebrek daaraan, werd veel genoemd in de resultaten. Dit gebrek aan expertise ging vaak samen met gebrek aan ervaring op niet-eigen afdelingen. De participanten waarbij dit probleem speelt komen veelal van een afdeling buiten de IC. De IC werd dan ook als het lastigst ervaren. Daarnaast werden bij UMC waar CVA-patiënten in de indicatiestelling geïmplementeerd zijn, aangegeven dat afnemen van klinimetrie bij deze patiënten veel tijd in beslag neemt. Om efficiëntie te vergroten en kwaliteit te behouden zou er per weekenddienst in ieder geval één of twee IC-therapeut(en) aanwezig moeten zijn. Het aantal is hierbij afhankelijk van het aantal bedden in een UMC. Daarnaast zou één fysiotherapeut verantwoordelijk kunnen zijn voor het afnemen van klinimetrie bij CVA-patiënten. Omdat deze therapeut dan (steeds meer) ervaren is met deze meetinstrumenten zorgt dit logischerwijs voor een kortere duur van het onderzoek door een toenemend efficiëntie- en schaalvoordeel. Om problemen in de bezetting te voorkomen en omdat het voorstelbaar is dat een dergelijke therapeut niet elk weekend wil werken zou er per cluster/unit een therapeut zich verantwoordelijk kunnen stellen voor deze taak.

Deze aanbeveling zou eraan bij kunnen dragen dat de hoge kwaliteit van zorg wordt behouden in het weekend. Elk UMC zou voor zichzelf kunnen onderzoeken bij welke afdelingen, naast de bezetting voor de IC en het afnemen van klinimetrie bij CVA-patiënten, een vaste therapeut nodig zou zijn. Na het in kaart brengen van de behoefte per afdeling en daarna voor het UMC als geheel, kan deze analyse gebruikt worden als basis voor een bezettingsplan waarin bovenstaande ‘best practices’ worden meegenomen.

7.2.3 Een zevendaagse werkweek en aannemen vaste werknemers voor weekenddiensten

Een volledige zevendaagse werkweek werd veelal gezien als een ‘enorm gedoe’ om te implementeren. Wel werd het voordeel van een zevendaagse werkweek voor bepaalde patiëntengroepen benoemd.

Een zevendaagse werkweek zou betekenen dat voor deze afdeling er met dezelfde bezetting en uren als door de week wordt gewerkt. Elk UMC zou voor zichzelf kunnen onderzoeken voor welke patiëntengroepen dit geschikt zou zijn. Vanuit dit onderzoek wordt als suggestie gegeven om voor de volgende patiëntengroepen uit te gaan van een vaste weekendbezetting:

- Fysiotherapie op de IC: zorg rondom een IC-patiënt is dringend en kent daarmee geen ‘doordeweekse dagen’ of ‘weekend’.. Fysiotherapie zal daarin niet gelimiteerd worden door lager tempo van de zorgprocessen zoals bij verpleegafdelingen in het weekend. Daarnaast wordt er bij patiënten op deze afdeling niet doorverwezen naar andere instellingen. Deze patiënten gaan namelijk bijna altijd “met ontslag” naar een andere verpleegafdeling binnen het UMC. De geldende beperkingen op andere afdelingen zijn daarom niet aan de orde bij de IC.
- Fysiotherapie op de orthopedie en de traumatologie: deze twee patiëntengroepen maken al een groot deel uit van alle indicatiestellingen. De THP, TKP, TSP wordt in elk UMC als standaardindicatie benoemd en zoals te lezen in paragraaf 1.4 wordt in de literatuur het belang van fysiotherapie in het weekend bij orthopedie patiënten benadrukt. Vanuit de resultaten van dit onderzoek wordt ingeschat dat bij deze twee patiëntengroepen de meeste winst te behalen is als het gaat om verkorten van de ligduur. Dit betekent dat er een potentieel efficiëntievoordeel (en eventueel zelfs kostenbesparing) te behalen is.

De implementatie van een zevendaagse werkweek zorgt bovendien voor een meer gelijkmatig verdeelde werkdruk over de gehele week heen door een potentiële hogere doorstroom van patiënten in het weekend. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat niet alle werknemers bereid zijn om elk weekend te werken om persoonlijk belang. Dit is mogelijk af te vangen door specifiek medewerkers aan te nemen die bereid zijn om weekenddiensten te werken, of door bepaalde voordelen zoals vrije(re) dienstenkeuze doordeweeks voor werknemers die bereid zijn om in het weekend te werken.

7.3 UMC-specifiek advies

Over het algemeen luidt het advies voor de indicatiestellingen voor diagnosegroepen dat deze landelijk afgestemd moet worden op basis van literatuur en best practices. Op deze manier kunnen alle UMC vanuit dezelfde basis werken.

Voor een aantal UMC wordt het advies gegeven om de CVA-patiënt toe te voegen in de indicatiestelling. Vanuit de interviews is gebleken dat dit vaak reeds al is voorgesteld maar dat dit door verschillende belemmeringen wordt tegengehouden. Advies voor deze UMC is om nogmaals in gesprek te gaan en de argumenten voor te leggen zoals benoemd in paragraaf 5.5.

Tabel 4 UMC-specifiek advies

UMC	ADVIES
UMCG	IC-therapie wordt niet gespecificeerd in indicatiestelling, echter is uit praktijk gebleken dat deze patiënten toch geïnccludeerd worden. Advies is om duidelijke randvoorwaarden te stellen bij therapie op IC in het weekend.
AMC	1. Toevoegen CVA-patiënt in indicatiestelling 2. Verwijderen indicatie voor CPM 3. In plaats van indicatie benoemd bij punt 2: “indien er, in geval van niet-behandelen, een gerede kans is op achteruitgang van functie die op de eerstvolgende werkdag niet kan worden ingehaald” Door punt 3 te implementeren worden daarmee ook automatisch andere patiënten geïnccludeerd waarvan achteruitgang in functie wordt verwacht bij geen therapie (zoals de orthopedie patiënt). Dit vereenvoudigt de indicatiestelling.
VUMC	In plaats van de huidige zin: “Als de verwachting is dat de patiënt achteruitgaat als de fysiotherapie in het weekend niet wordt voortgezet” de zin: “indien er, in geval van niet-behandelen, een gerede kans is op achteruitgang van functie die op de eerstvolgende werkdag niet kan worden ingehaald”. Deze laatste zin is iets specifieker door het toevoegen van het woord “functie”. Hierdoor kan het voor therapeuten makkelijker zijn om de beslissing te maken of een patiënt weekend-indicatie heeft of niet.
LUMC	Geen advies, indicatiestelling voldoet vrijwel compleet aan de door dit onderzoek uiteengezette criteria. Enkel het algemeen geldend advies is toepasbaar bij dit UMC.
MUMC	1. Toevoegen CVA-patiënt in indicatiestelling (momenteel al geldig vanaf 1 maart 2021, dit moet het UMC echter nog aanpassen in indicatiestellingsdocument) 2. In plaats van huidige zin: “De patiënt kan bepaalde activiteiten nog niet en gaat in het weekend met ontslag als hij/zij deze activiteiten wel kan” de zin: “Indien geen fysiotherapeutische interventie negatief van invloed op opnameduur is.” Door het gebruik van de woorden “het weekend” wordt namelijk uitgesloten dat opnameduur verkort kan worden door fysiotherapie in het weekend, maar dat dit effect zich pas maandag of dinsdag laat uiten.
UMCU	1. In plaats van huidige zin: “Patiënt kan zonder fysiotherapie op een weekenddag niet met ontslag in dat weekend.” de zin: “Indien geen fysiotherapeutische interventie negatief van invloed op opnameduur is.” Door het gebruik van de woorden “het weekend” wordt namelijk uitgesloten dat opnameduur verkort kan worden door fysiotherapie in het weekend, maar dat dit effect zich pas maandag of dinsdag laat uiten.
	2. Vereenvoudigen indicatiestelling. Het document is nu erg lang, wat therapeuten kan weerhouden om deze volledig te kennen.
RADBOUD ERASMUS	Toevoegen CVA-patiënt in indicatiestelling Vereenvoudigen, de indicatiestelling is namelijk erg lang en er staat veelal dezelfde informatie. Dit laatste vooral bij de indicaties volgens protocol. Concreet luidt het advies: 1. Verwijderen kopjes: “controle alle apparatuur en hulpmiddelen”, “looptraining”, “onderhoud gewrichtsmobiliteit” en “transfertraining”. 2. In plaats daarvan de volgende indicaties: “Indien geen fysiotherapeutische interventie negatief van invloed op opnameduur is” en “indien er, in geval van niet-behandelen, een gerede kans is op achteruitgang van functie die op de eerstvolgende werkdag niet kan worden ingehaald”. 3. Voor de indicaties volgens protocol: maak 1 groep van alle indicaties voor neurochirurgie en 1 groep van alle orthopedische indicaties.

7.4 Voorbeeld indicatiestelling

Omdat het advies uit dit onderbouwde product uiteindelijk voor een meer uniforme aanpak moet zorgen wordt hier een voorbeeld gegeven van een simpele indicatiestelling waarop de UMC zijn eigen indicatiestelling op kan bouwen. Deze simpele indicatiestelling is gebaseerd op de huidige literatuur uiteengezet in hoofdstuk 1.4 en is een mengvorm van alle verschillende indicatiestellingen in één. De specifieke diagnosegroepen benoemd in hoofdstuk 1.4 worden met de formulering van de algemene indicatiestelling automatisch geïncludeerd. De UMC zouden ervoor kunnen kiezen om bij het her beoordelen van de huidige indicatiestelling de simpele indicatiestelling te gebruiken om de uniformiteit van alle UMC in Nederland te bevorderen.

Bovendien is deze simpele indicatiestelling een voorbeeld van een soort ‘top-down’ geformuleerde indicatiestelling waarbij eerst de belangrijkste, kritische indicatie wordt gevat. Hierna kan het UMC deze telkens naar behoefte verder door specificeren.

Tabel 5: Voorbeeld indicatiestelling

Algemene indicatiestelling	Weekendindicatie specifieke diagnose-groepen
Indien geen fysiotherapeutische interventie negatief van invloed op opnameduur is	Behandelsituaties waarbij de protocollair vastgelegde dienst afspraak specifieke behandeling voorschrijft.
Indien er, in geval van niet-behandelen, een gerede kans is op achteruitgang van functie die op de eerstvolgende werkdag niet kan worden ingehaald (Voorbeelden functies) <i>Bepaalde functies zouden gespecificeerd kunnen worden om de indicatiestelling op maat te maken voor elke UMC. Het verschilt namelijk per UMC in hoeverre de fysiotherapie betrokken is bij AHT of oefen therapie in het weekend. De mate van betrokkenheid moet duidelijk zijn voor alle fysiotherapeuten, maar ook voor andere disciplines zoals verpleegkunde.</i>	

7.5 Tot slot

Over het algemeen luidt het advies voor de indicatiestellingen voor diagnosegroepen dat deze landelijk afgestemd moet worden op basis van literatuur en best practices. Op deze manier kunnen alle UMC vanuit dezelfde basis werken.

Uitgaande van deze aanpak zou de belangrijkste aanbeveling zijn om, voor de UMC die dit nog niet hebben, CVA-patiënten toe te voegen in de weekendindicatiestelling. Deze verandering is gebaseerd op literatuur en er is draagvlak hiervoor gebleken uit de interviews.

Daarnaast zou het voor de meeste UMC bevorderlijk zijn om de indicatiestelling te vereenvoudigen. Indien dit met gebruik van de voorbeeldindicatiestelling uit tabel 5 gemaakt wordt zou dit ook zorgen voor een uniforme aanpak tussen alle UMC.

Als laatste zou een goede toevoeging het aanbieden van frequente trainingen aan verpleegkundigen zijn. Dit zou namelijk niet alleen positief invloed hebben op de weekenden, maar ook door de week.

8 Referenties

1. Pengas I.P., Khan W.S., Bennett C.A. & Rankin K.S.. Impact of Weekend Physiotherapy Service on the Cost Effectiveness of Elective Orthopaedic Hip and Knee Arthroplasty. The Open Orthopaedics Journal, 2015 (suppl 2: M11), 515-519
2. Haas R, O'Brien L, Bowles K.A., Haines T. Effectiveness of a weekend physiotherapy service on short-term outcomes following hip and knee joint replacement surgery: a quasi-experimental study. Clinical Rehabilitation. 2018. Vol. 32(11), 1493-1508
3. Pauls L.A., Johnson-Paben R, McGready J, Murphy J.D, Pronovost PJ, Wu CL. The Weekend Effect in Hospitalized Patients: A Meta-Analysis. J Hosp Med. 2017;sep;12 (9). 760-766
4. Stephenson T, Williams N. Seven day consultant present care: implementations and considerations. AoMRC. 2013. Nov, 9-35
5. Bernardt J, West T. Physical activity in hospitalized stroke patients. Stroke Research and Treatment. 2011. Volume 2012, 1-13
6. Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding. 2019. 223-235
7. Veerbeek J.M., van Wegen E.E.H., Peppen R.P.S. van, Hendriks H.J.M., Rietberg M.B., Wees Ph.J. van der, et. al. Beroerte. KNGF-richtlijn. 2014. pag. 20
8. Baarda, B. Basisboek Kwalitatief Onderzoek : Handleiding Voor Het Opzetten En Uitvoeren van Kwalitatief Onderzoek. Vol Vierde druk. Noordhoff Uitgevers BV; 2018. Beschikbaar via: <https://search-ebscohost-com.nlhlg.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1842200&site=ehost-live>, Geraadpleegd April 17, 2021
9. Boer F de. De Grounded Theory Approach: een update. Kwalon. 2011;16(1):9
10. Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. Qualitative Health Research. november 2005;15(9):1277-88

Bijlage 1: Overzicht indicatiestellingen UMC

Samenvatting van de indicatiestellingen; aangeleverd door de leidinggevenden van desbetreffende UMC en samengevoegd in één tabel.

UMC	Indicatiestelling	Weekendindicatie specifieke diagnosegroepen
UMCG	<i>Als de patiënt niet gemotiveerd is, een delier heeft of de ziekte-toestand op dat moment fysiotherapie niet toelaat, moet de indicatie voor de weekenddienst worden heroverwogen.</i> Pulmonale indicatie - Instructies en/of ondersteuning voor hoesten en/of ventileren indien niet zelfstandig. - Uitvoering van airstacken en hoestmachine tussen 08.00u- 16.30u op de verpleegafdeling (m.u.v. D3VA-Respiratory Care Unit)	- Orthopedie: TKP + THP + TSA + scoliose - Neurologie: CVA (zie CVA richtlijn) - Neurochirurgie: PLIF - COVID protocol
	Oefentherapie/mobilisatie - Indien geen fysiotherapeutische interventie negatief van invloed op opnameduur	
AMC	Patiënt heeft spierzwakte en kan niet met behulp van vpk mobiliseren (kon dit wel voor opname), en kan wel met behulp van de fysiotherapeut mobiliseren.	ICU-AW (pt is meer dan 48 uur beademd en hierdoor is er sprake van (adem-)spierzwakte OF pt is minder dan 48 uur beademd, maar fysiotherapie is door arts in consult gebracht wegens problemen met de ademhaling of algehele spierzwakte. Oefentherapie is bij deze patiënten geïndiceerd indien er geen rode vlaggen aanwezig zijn.)
	De patiënt kan in het weekend naar huis indien een bepaalde transfer op het (trap)lopen zelfstandig uitgevoerd kan worden en er voor de fysiotherapeut een behandelbare grootte aanwezig is om dit doel te bereiken.	Traumapatiënten Er is nog geen start gemaakt met mobiliseren. Op basis van het beleid van de arts is dit geïndiceerd en moet dit door de fysiotherapeut gedaan worden.
	De continuous passive motion (CPM) moet voor het eerst worden ingesteld.	THP en TKP De patiënt kan nog niet veilig onbelast mobiliseren met of zonder loophulpmiddel en dit leidt tot uitstellen van de ontslagdatum
		ERAS-protocol (early rehabilitation after surgery) Dag 1 post-OK valt in het weekend. De fysiotherapeutische behandeling bestaat uit instrueren, start mobiliseren en overdragen aan vpk. NUSS & Ravitch procedure

		Dag 1 post-OK valt in het weekend. De fysiotherapeutische behandeling bestaat uit instrueren, start mobiliseren en overdragen aan vpk.
VUMC	Als patiënt door voortzetting van FT in het weekend eerder naar huis kan	Neurologie Patiënten die op vrijdag voorafgaand aan een weekend of zaterdagochtend vroeg zijn opgenomen na een beroerte en nog niet zijn beoordeeld door de fysiotherapie, en patiënten die een beroerte hebben doorgemaakt, reeds in behandeling zijn, functionele doelen hebben, niet zelfstandig kunnen lopen, een beperkte arm en handfunctie hebben en niet in staat zijn alleen, noch met familie of de vpk tijdens het weekend te oefenen.
	Als de verwachting is dat de patiënt achteruitgaat als de fysiotherapie in het weekend niet wordt voortgezet	Patiënten op de afdeling heelkunde oncologie (electieve en acute buik ok's). Gaait om intensieve postoperatieve vroegmobilisatie en pulmonale controle ter voorkoming van post operatieve pulmonale complicaties. En secundair het beoordelen- en adviseren t.a.v. mobilisatie.
LUMC	Werken met prioriteiten - De 1e prioriteit van de werkzaamheden in het weekend ligt bij patiënten op de Intensive Care en Medium Care. - De 2e prioriteit ligt bij patiënten op verpleegafdelingen met pulmonale risico's. - De 3e prioriteit zijn patiënten die een beroerte hebben gehad en opgenomen zijn op de afdeling Neurologie. - De 4e prioriteit zijn patiënten op verpleegafdelingen van de snijdende specialismen die geopereerd zijn aan het bewegingsapparaat en waarbij een snelle mobilisatie noodzakelijk is. <i>De indicatie tot behandelen in het weekend wordt op vrijdag door de afdelingstherapeut gesteld. Patiënten worden op vrijdagmiddag of de dag voorafgaand aan de feestdag in HIX bij de IC / MC of onder het kopje 'weekenddienst' ingeschreven.</i>	
	Patiënten met risico's op een pulmonale infectie als gevolg van een insufficiënt adembewegingsapparaat	Preoperatieve ademhalingsinstructie van hoogrisicopatiënten op Thoraxchirurgie
	Patiënten met hulpvragen en klachten van het bewegend functioneren, waarbij de behandeling in het weekend wordt voortgezet met als doel de voortgang van het verbeteren van het functioneren niet te belemmeren. Bijvoorbeeld: - indien de Range Of Motion lager is dan het vereiste minimum. - indien er volgens protocol de eerste mobilisatie in het weekend dient te	Behandelsituaties waarbij de protocollair vastgelegde dienstverleningsafpraak specifieke behandeling in het weekend voorschrijft. Dit zijn patiënten van de Orthopedie (status na totale knie, totale heup, totale of hemi-schouder, totale elleboog, reconstructies na tumorchirurgie) en van de Traumatologie (status na heupfractuur, tibiaplateaufracturen en enkelfracturen)

	geschieden en dit doordeweeks ook door de afdelingstherapeut wordt gedaan. - indien de ligduur in het LUMC wordt verkort. - indien er, in geval van niet-behandelen, een gerede kans is op achteruitgang van functie die op de eerstvolgende werkdag niet kan worden ingehaald met oefenen.	Voor patiënten op de Longafdeling die een longoperatie hebben gehad gelden vanaf 2012 de aanbevelingen zoals genoemd in de richtlijn Ademhaling: de behandelend fysiotherapeut bepaalt de indicatie, inhoud en frequentie van de interventie.
		IC: Controle van hoogrisicopatiënten na detubatie
MUMC	De patiënt kan bepaalde activiteiten nog niet en gaat in het weekend met ontslag als hij/zij deze activiteiten wel kan (bijv. prothese pten, HNP)	Patiëntengroepen die onder een lean traject of onder BiBo (better in better out) vallen. (bijv. buikchirurgie, orthopedie (AKM), ademhaling bij OK op donderdag of vrijdag, mobilisatie als dit ontslag versnelt (MILAS)).
	Ademhalingsproblematiek	Patiënten op IC. - Wanneer detubatie gebeurt in het weekend → ademhalingsfysio. - Patiënt die doordeweeks actief oefent → wel op WL (za of zo) - Patiënten die doordeweeks alleen passief oefenen → niet op WL IC therapeuten indiceren voor het weekend. <i>(oefeners worden door IC-therapeuten geselecteerd. Staat in memo of ze wel of niet moeten. En zoja, wat er moet gebeuren. Pt die op vrijdag al gedetubeerd zijn, staat in memo: ah. Bij beademingspt staat navragen; alleen AH bij detubatie.</i>
	Duidelijke achteruitgang te verwachten door niet gezien worden in het weekend.	MOX. Onderzoekers die bezig zijn met de MOX benaderen de therapeut die dienst heeft om evt. een MOX te plakken. Per keer wordt bekeken of het haalbaar is een MOX in het weekend te plakken.
UMCU	<i>Algemene voorwaarde: pt is instrueerbaar</i>	Totale heup of knie athroplastiek: Conform het protocol en bij afwijking van de norm (bijv. toename van de opnameduur, achterblijven van de range of motion (ROM) of zelfredzaamheid) vindt fysiotherapeutische behandeling plaats.
	Patiënt kan zonder fysiotherapie op een weekenddag niet met ontslag in dat weekend.	Traumatologie: - bij afwijken van de norm (bijv. toename van de opnameduur, achterblijven van de ROM of zelfredzaamheid) vindt

		fysiotherapeutische behandeling plaats in het weekend. - Na verwijderen osteosynthese materiaal en/of periarticulaire ossificaties (PAO) vindt fysiotherapeutische behandeling plaats met als doel herstel van ROM.
	Hulp van alleen de verpleegkundigen van de afdeling is niet voldoende om het behoud of de progressie van het actieve mobilisatiebeleid in het weekend te waarborgen.	CVA: - Nieuwe patiënten, inventariseren mobiliseren + advies t.b.v. mobiliseren richting vpk. Bijv. voor de CVA pt geldt dat fysiotherapie binnen 24 uur betrokken is. - Hulp van alleen de verpleegkundigen van de afdeling is niet voldoende om de progressie van het actieve mobilisatiebeleid in het weekend te waarborgen. - Indien er niet met de VPK geoefend kan worden, omdat hun expertise onvoldoende is op het gebied van; - o Actieve zitfunctie - o Actieve stafunctie - o Actieve transfer - o Loopfunctie: FAC 1 lopen en niet veilig met VPK, of FAC 2 waarmee VPK niet mee kan mobiliseren omdat expertise onvoldoende is. - Patiënt met FAC 4 maar waar naar FAC 5 moet worden gekeken ivm ontslag: traplopen. - De patiënt kan zonder fysiotherapie op een weekenddag niet met ontslag in dat weekend. (algemene indicatiestelling) - Pulmonaal (algemene indicatiestelling)
		Na hersenoperatie: Voor patiënten die vrijdag een hersenoperatie ondergaan, kan de fysiotherapie in het weekend voor een post-ok consult worden gevraagd, met als doel het uitvoeren van klinimetrie en het vaststellen van de transfermethode.
		Thoracic Outlet Compression Syndrome (TOCS): Conform protocol vindt er fysiotherapeutische behandeling plaats

		op de dag na operatie gericht op het behoud van de mobiliteit in de schouder. Cardiothoracale chirurgie: Patiënten waarbij postoperatief pulmonale of ventilatoire problematiek is ontstaan. Er is geen specifieke indicatiestelling geschreven voor patiënten na CTC. Eroes (thoracolaparoscopische oesophagusresectie met buismaagconstructie): Conform protocol. Frequentie fysiotherapie weekenddienst: 1 keer daags. Longtransplantatie (LoTx): Loopbandtraining; alleen bij de volgende patiënten: - Pt heeft katheter omdat hij te verzwakt of onvermogen is om naar het toilet te mobiliseren. Dit betekent dus ook dat deze patiënten (nog) niet zelfstandig kunnen mobiliseren in de kamer. Vaak hebben deze mensen nog een zuurstofslang/infuus/sonde/epiduraal wat zelfstandig veilig mobiliseren bemoeilijkt, zeker bij zwakke, misschien nog wankel patiënt. En/of - Patiënt heeft een drain welke hij (nog) niet zelf mag/kan tillen, dit bemoeilijkt het mobiliseren extra. <u>En</u> - Loopbandtraining is wél al minstens één keer opgestart door een collega van de afdeling longziekten maar de totale looptijd is nog onder de 3.00 minuten.
	Bij patiënten met sputumretentie in combinatie met inadequate beheersing van sputumklarende technieken vind er in het weekend een instructie plaats over sputumklarende technieken.	De eerste instructie voor het Positive Expiratory Pressure (PEP) masker (op indicatie van de arts) dient uitgevoerd worden door een fysiotherapeut.
	Radboud	Mobiliseren: wanneer patiënt door de weekendinterventie tijdens weekend (of meteen maandag) naar huis kan. Zo niet, maandag start/vervolg fysio. Wanneer de verwachting is dat de mobilisatie patiënt, ofwel wat betreft algehele mobiliteit (lees mobiliseren) dan wel wat betreft ROM-uitslagen, achteruit gaat zonder fysiotherapeutische interventie. Let wel: dit betreft dus niet de

	patiënt die zelfstandig kan mobiliseren maar dit niet doet. Gestreeft wordt dat de vpk daar extra aandacht voor heeft. Longtoilet: bij verwachte pulmonale achteruitgang.	Protocollaire patiënten die vrijdag op OK gaan komen éénmalig (zaterdag) op de lijst; zaterdag tijdens behandeling bepaald de therapeut of de behandeling op zondag gecontinueerd moet worden volgens weekendindicatie.
Erasmus	Patiënten met hypoventilatie en / of sputumretentie Postoperatieve begeleiding bij grote buik -, hart - en longoperaties en thoraxtrauma's. Met als aanvulling: - De fysiotherapeut doet, na verwijzing in Elpado, een pulmonale intake en beoordeelt of verdere behandeling in het weekend c.q. herbeoordeling geïndiceerd is. - Indien een (via Elpado verwezen) patiënt langer nabeademd wordt, start de pulmonale intake na extubatie en wordt over verdere behandeling c.q. herbeoordeling beslist. - Indien in het weekend een spoedoperatie (waaronder b.v een longtransplantatie/harttransplantatie) plaatsvindt, wordt fysiotherapie digitaal aangevraagd door de arts, waarna de behandeling gestart kan worden. Controle van alle apparatuur en hulpmiddelen Controle van apparatuur wanneer de therapie geëvalueerd moet worden en de	Stroke: - Nieuwe opname in het weekend, indien door FT- behandeling, ontslag naar huis bespoedigd wordt en binnen 1 of 2 dagen haalbaar lijkt - Al voor het weekend in behandeling zijnde patiënten, waarbij door FT- behandeling ontslag naar huis bespoedigd wordt en binnen 1 of 2 dagen haalbaar lijkt - Verhoogde kans op contractuurvorming - Indien FT meerwaarde heeft bij bronchiaaltoilet Voorste kruisbandplastiek (VKB) patiënt: Op de 1e postoperatieve dag wordt gestart met aantappend belast lopen met loophulpmiddel. Daarnaast wordt er gecontroleerd of patiënt Q-ceps isometrisch kan aanspannen en wordt flexie en extensie knie geoefend, maximale bewegingsuitslag 90°-0°. Totale Heup Prothese (THP) patiënt: Op de 1e postoperatieve dag wordt gestart met looptraining met loophulpmiddel. De mate van belasting staat vermeld op de aanvraag en onder intake en decursus. Daarnaast wordt er gecontroleerd of patiënt Q-ceps isometrisch kan aanspannen. Totale Knie Prothese (TKP) en Unicompartimentale Knie Prothese (UKP) patiënt: Op de 1e postoperatieve dag wordt gestart met belaste looptraining met loophulpmiddel. Tevens wordt de flexie en extensie geoefend. Spondylodese:

	patiënt /of de verpleging het inzicht, de kennis of ervaring missen om deze evaluatie zelfstandig en verantwoord uit te voeren. Voorbeelden apparatuur: - CPM – opbouw en controle - Kussenspalk - Antispitsvoetspalk - Hoestmachine/airstacken - Bedfiets Looptraining Onderhoud gewrichtsmobiliteit Indien verwacht wordt dat de mobiliteit tijdens het weekend verslechtert en dit niet weer te verbeteren valt tot het niveau voorafgaand aan het weekend. M.u.v. patiënten waarbij vermindering van de mobiliteit het functioneel herstel en de verpleegbaarheid niet zal beïnvloeden. Transfertraining: Wanneer er een mogelijkheid tot eerder ontslag bestaat, wordt de patiënt doorbehandeld.	Op de eerste postoperatieve dag wordt gestart met mobilisatie via HNP methode en 100% belaste looptraining. Bij een enkele patiënt wordt crista bot gebruikt, bij deze patiënten wordt op de derde dag met mobiliseren gestart. Momenteel wordt in KIS uitsluitend het protocol “Spondylodese bij een lumbale of thoracale instabiele wervelfractuur” beschreven. Het postoperatief fysiotherapeutisch beleid van dit protocol is tevens te gebruiken bij de spondylodese o.b.v. neurogene claudicatioklachten. Laminectomie (cervicale of lumbale laminectomie) Op de eerste postoperatieve dag wordt in principe gestart met mobilisatie via HNP methode en 100% belaste looptraining. De folder cervicale / lumbale laminectomie wordt op de eerste postoperatieve dag aan de patiënt gegeven. (Folder bijlage 8) Anterieure of posterieure discectomie Op de eerste postoperatieve dag wordt in principe gestart met mobilisatie via HNP methode en 100% belaste looptraining. Er is geen folder beschikbaar. De leefregels zijn conform de leefregels die gelden na een laminectomie en deze folder wordt op de eerste postoperatieve dag aan de patiënt gegeven. Tumorresectie wervelkolom Op de eerste postoperatieve dag wordt in principe gestart met mobilisatie via HNP methode en 100% belaste looptraining. Uitzondering kan zijn als de dura geopend is geweest, waarna de operateur bedrust voor kan schrijven. Er is geen folder beschikbaar. De leefregels zijn conform de leefregels die gelden na een laminectomie en deze folder wordt op de eerste postoperatieve dag aan de patiënt gegeven. Valgiserende tibiakop osteotomie patiënt:
--	---	---

	Op de 1e postoperatieve dag wordt gestart met looptraining met loophulpmiddel. De mate van belasting staat vermeld op de aanvraag en onder intake en decursus. Daarnaast wordt er gecontroleerd of patiënt Q-ceps isometrisch kan aanspannen en de flexie en extensie van de knie geoefend (0-90°).
--	--

	Totale schouder prothese (TSP) patiënt: Op de 1e postoperatieve dag wordt gestart met oefenen (zonder sling). De geopereerde schouder wordt uitsluitend passief/geleid actief geoefend (i.v.m. reïnsertie van de m. subscapularis aan de humerus), binnen voorgeschreven ROM van operateur (op aanvraag en onder intake en decursus).
--	---

Bijlage 2: Interviewguide

Persoonlijke informatie

- 1) Wat is uw leeftijd?
- 2) In welk UMC bent u werkzaam?
- 3) Wat is daar uw functie?
- 4) Hoeveel jaren bent u werkzaam in het UMC in deze functie?
- 5) Op welke afdeling(en) bent u op weekdays werkzaam?
- 6) Op welke afdeling(en) bent u in het weekend werkzaam?

Keuzes bij het maken van een indicatiestelling

Ik heb vanuit de vragenlijsten begrepen dat er bij uw UMC *wel/geen* verschil is tussen indicatiestelling op zaterdag en zondag.

1. Wie bepaalt op uw afdeling welke patiënten in het weekend gezien worden?
Indien dit de ft zelf is:
→ *Welke factoren spelen mee, wanneer u moet beslissen of een patiënt in het weekend gezien gaat worden?*
2. Waarom is er gekozen voor deze indicatiestelling? *(op basis van literatuur/ervaring/expertise?)*
3. Wat voor handelingen vindt u het belangrijkste om voort te zetten in het weekend?
(voorbeeld: pt met lift in stoel mobiliseren, actief functioneel mobiliseren, oefentherapie, FTO, AHT)
→ *Verschilt het per afdeling wat u het belangrijkste vindt? (vooral doorvragen op verschil IC en vpaafdelingen)*
→ *Verschil tussen collega's qua therapie op IC? (Hierdoor kan er ook verschil zijn in ervaren zorgwaarde tussen afdelingen en collega's.)*
4. Vind u dat er met de huidige invulling van de weekenddienst patiënten tekort wordt gedaan? *(oftewel lagere kwaliteit van zorg in het weekend?)*

Formatie tijdens weekenddiensten en meningen daarover

Vanuit de vragenlijsten die ingevuld zijn door collega's en uw leidinggevenden komt de volgende bezetting naar voren: *(aantal ft's door de week/weekend verschil, aantal bedden, uren, achterwacht, voor ... aantal patiënten)*

1. Bent u het eens met de huidige invulling van de weekenddiensten?
2. Waar zitten volgens u de verbeterpunten qua invulling van de weekenddiensten?
→ Op wat voor manier zouden weekenddiensten eventueel anders ingedeeld kunnen worden naar uw mening?
3. Zijn er binnen uw team meningsverschillen over de weekenddiensten?
→ Wordt er wel eens gediscussieerd over dit onderwerp? Wat wordt er dan gezegd?

Individuele vragen gebonden aan UMC (zie tabel klinische gegevens)

Protocollaire zorg

Vanuit uw leidinggevende heb ik doorgekregen dat er bij uw UMC *wel/geen* standaard indicaties fysiotherapie bij bepaalde patiëntgroepen zijn (denk aan THP, IC, zorgpaden, thoraxchirurgie)

- 1) Wanneer de weekend indicatie/order wordt gegeven voor een dergelijke patiënt, bent u het er dan ook altijd mee eens dat deze patiënt door fysiotherapie gezien moet worden?
 - Wanneer bent u het er wel mee eens en wanneer niet?
 - Zijn er voor u patiëntengroepen die hier uit zouden kunnen gaan? Of zou u juist een patiëntengroep toe willen voegen? *(Wat zou er verbeterd kunnen worden t.a.v. deze protocollaire zorg?)*

Vragen over IC

- 2) Vindt u het doorbehandelen van patiënten op de intensive care in het weekend belangrijk?
 - Waarom vindt u dit wel/niet belangrijk?
 - Welke handelingen vindt u het belangrijkste om uit te voeren op de IC?
 - Wat doet de verpleging in het weekend met de patiënt qua mobiliseren op de IC? *(ervaart u vaak dat u op maandag hoort dat de patiënt nauwelijks heeft gemobiliseerd omdat er geen fysio langs is geweest?)*

Aanvullende vragen:

Uit een aantal peilingen hoor ik dat er een tweedeling is in belangen rond de weekenddiensten. Aan de ene kant heb je het belang van de patiënt; daarbij zijn veel fysiotherapeuten het eens dat meer fysiotherapie in het weekend bijna altijd beter is, maar aan de andere kant heb je het persoonlijke belang; bijvoorbeeld dat mensen over het algemeen liever niet in het weekend werken.

Hoe staat u daar in? *(toevoeging: stel er zou een 7-daagse werkweek ingevoerd worden, dan zou het hele ziekenhuis daarop in moeten spelen. Is dit een realistisch toekomstbeeld?)*