

DIRECT ONTSLAG & VIRTUAL FRACTURE CARE IMPLEMENTATIE HANDLEIDING



Versie 1.2 | juni 2023

Auteurs

Thijs H. Geerdink, Henk Jan Schuijt,
Marike C. Kokke, Bas A. Twigt, Geeske Duyzings

Disclaimer

Deze handleiding is eigendom van de auteurs. Het is u uitsluitend toegestaan de informatie en instructies in deze handleiding, inclusief alle bijlagen voor eigen gebruik toe te passen. Ieder ander gebruik, waaronder mede wordt verstaan, openbaarmaking en verveelvoudiging, is zonder voorafgaande toestemming (yfc@santeon.nl) van de auteurs niet toegestaan.

Voorwoord

Geachte collega,

Voor u ligt een handleiding voor de implementatie van het Direct Ontslag project. Wij hebben deze werkwijze succesvol geïmplementeerd in onze ziekenhuizen en zijn ervan overtuigd dat dit een aanzienlijke verbetering van de zorg en het werkplezier oplevert. Het is onze ambitie dat deze werkwijze in alle ziekenhuizen in Nederland wordt overgenomen. Wij nodigen geïnteresseerden ziekenhuizen van harte uit om deel te nemen aan dit project.

Voor een goed georganiseerde implementatie is het belangrijk dat verschillende zaken adequaat en tijdig worden geregeld en daarbij dienen verschillende afdelingen te worden betrokken. Door deze stappen gestructureerd te doorlopen kan u dit project implementeren zonder, dat u daarbij het wiel opnieuw hoeft uit te vinden. Het resultaat hiervan is een uniforme werkwijze waardoor in de toekomst wijzigingen en verbeteringen eenvoudig zijn door te voeren.

Om deze redenen hebben wij op basis van de ervaringen met implementaties in meerdere ziekenhuizen in Nederland deze handleiding geschreven. Wij hopen met dit document inzichtelijk te maken hoe een soepele implementatie van deze nieuwe werkwijze kan worden bereikt en daarnaast op nationaal niveau uniformiteit te creëren in de werkwijze.

Het is onze bedoeling om dit document op basis van uw ervaringen aan te vullen en te verbeteren. Wij ontvangen dan ook graag feedback, bijvoorbeeld over zaken die u mist, onduidelijkheden, of als bepaalde zaken in uw ziekenhuis anders verlopen dan volgens de handleiding.

Wij wensen u veel succes en vooral veel werkplezier toe. Voor eventuele vragen kunt u contact opnemen met vfc@santeon.nl.

Met collegiale groet,

Namens de Werkgroep Direct Ontslag,
Thijs Geerdink en Henk Jan Schuijt

Inhoudsopgave

1. Instructies voor gebruik van deze handleiding	5
2. Belangrijke bijlagen bij deze handleiding.....	6
3. Werkgroep Direct Ontslag	7
5. Introductie.....	8
5.1. Achtergrond	8
5.2. Doel van deze handleiding.....	9
5.3. Coördinatie van het project.....	9
6. Simpele en stabiele letsels.....	10
7. Contactgegevens.....	12
8. Fase 1: Randvoorwaarden creëren.....	13
9. Fase 2: Voorbereiding implementatie.....	14
9.1. Week 1-4.....	14
9.2. Week 5-8.....	16
9.3. Week 9-12.....	17
10. Fase 3: Start project	19
10.1. Week 13-24.....	19
11. Fase 4: Evaluatie en monitoring.....	20
11.1. Na week 24.....	20
NB: hieronder worden twee soorten evaluatie toegelicht:	20
1) Intern, met de betrokken afdelingen en medewerkers	20
2) Extern, door patiënten na 3 maanden te vragen naar hun ervaringen (zie ook belangrijke bijlagen)	20
11.2. Gang van zaken rondom implementatie	20
12. Ortheses en leveranciers.....	21
13. De Virtual Fracture Care App	22
13.1. De app.....	22
13.2. Kosten.....	23
13.3. Randvoorwaarden overeenkomst(en)	23
14. Gebruik van het EPD ter ondersteuning van de implementatie	24
15. Versie geschiedenis	27

1. Instructies voor gebruik van deze handleiding

Deze handleiding start met achtergrondinformatie over het Direct Ontslag project, een samenvatting van de in aanmerking komende letsels en een overzicht van de stakeholders en afdelingen die een belangrijke rol spelen tijdens de implementatie. Vervolgens wordt het implementatie proces ingedeeld in vier fasen. Afhankelijk van uw ziekenhuis (o.a. aantal locaties, grootte afdelingen, draagvlak, medewerking en snelheid afhandelen sub-taken door ondersteunende afdelingen) duurt het tussen de twee tot vier maanden om de eerste twee fasen te doorlopen (randvoorwaarden en voorbereiding), waarna er kan worden gestart met fase 3: start van Direct Ontslag. Fase 4 betreft een evaluatie van de implementatie en duurzame waarborging van het project.

In de handleiding vindt u o.a. hyperlinks naar andere locaties in dit document of naar een externe bron (bijvoorbeeld een webpagina). Een dergelijke hyperlink herkent u aan de onderstreepte tekst in een andere kleur. De hyperlink kunt u volgen door uw CTRL toets in te houden en met de linkermuisknop op de hyperlink te klikken. Dit is een voorbeeld van een hyperlink naar het hoofdstuk over de [Ortheses en leveranciers](#).

Om deze handleiding overzichtelijk te houden is er voor gekozen om informatie die niet per definitie tot de kerninformatie behoort, in te klappen. Dat wil zeggen dat u deze delen van de handleiding kunt openen door gebruik te maken van het pijltje aan de linkerkant van het document.

Dit is een voorbeeld van een hoofdstuk met ingeklapte tekst. Klik op het pijltje aan de linkerkant om dit ingeklapte hoofdstuk te openen.

U kunt opnieuw op het pijltje klikken om de tekst weer in te klappen.

2. Belangrijke bijlagen bij deze handleiding

Deze handleiding bevat slechts de kern van de implementatie en evaluatie van Direct Ontslag. Er zijn ook enkele bijlagen als aparte documenten bijgevoegd, die bij deze handleiding horen en op verschillende momenten tijdens de implementatie en evaluatie nodig zullen zijn. In onderstaande tabel vindt u een overzicht van deze bijlagen. Daarnaast zult u in de hoofdtekst ook af en toe een verwijzing vinden naar een of meerdere van deze bijlagen.

Bijlage	Beschrijving	Te gebruiken in aanvulling op
Protocollen	De behandelprotocollen van de simpele en stabiele letsels die in aanmerking komen voor Direct Ontslag	<ul style="list-style-type: none">• Simpele en stabiele letsels• Fase 1: randvoorwaarden
Patiëntinformatie	De bij de protocollen behorende patiëntinformatie, welke ook te vinden is in de Virtual Fracture Care app	<ul style="list-style-type: none">• Simpele en stabiele letsels• Fase 1: randvoorwaarden
Zakkaartje	Voorbeeld voor een zakkaartje voor de SEH verpleegkundigen/artsen, A(N)IOS en gipsverbandmeesters die patiënten zien met een letsel	<ul style="list-style-type: none">• Fase 2, week 1 t/m 4, projectcoördinator
Licentieovereenkomst Virtual Fracture Care app	De modelovereenkomst voor gebruik van de app. Deze dient getekend te worden indien u in uw ziekenhuis gebruik wenst te maken van de app	<ul style="list-style-type: none">• Virtual Fracture Care App
Specificatie content, layout VFC app	Indien u gebruik gaat maken van de VFC app kunt u met dit document de informatie aanleveren die OLVG nodig heeft om de app voor uw ziekenhuis in te stellen.	<ul style="list-style-type: none">• Virtual Fracture Care App
Huisartsbrief	Voorbeeld van een brief welke kan worden verstuurd naar huisartsen in de regio ter aankondiging van Direct Ontslag.	<ul style="list-style-type: none">• Fase 2, week 1 t/m 4, kennisgeving huisartsen regio
Vragenlijst evaluatie na 3 maanden	Dit is een selectie van de vragen die in OLVG zijn gesteld aan patiënten voor en na Direct Ontslag, 3 maanden na het SEH bezoek. Ook St. Antonius Ziekenhuis stelt deze vragen telefonisch na 3 maanden aan hun patiënten die direct zijn ontslagen. Als u wilt monitoren, vragen wij u tenminste deze vragen te stellen om e.e.a. te kunnen vergelijken tussen ziekenhuizen.	<ul style="list-style-type: none">• Evaluatie na implementatie

3. Werkgroep Direct Ontslag

Direct Ontslag is oorspronkelijk ontwikkeld en geïmplementeerd in OLVG als onderdeel van het promotietraject van drs. T.H. Geerdink, onder begeleiding van het team van traumachirurgen van OLVG. OLVG heeft met St. Antonius Ziekenhuis samengewerkt om dit project ook in St. Antonius Ziekenhuis te implementeren. Daarna is besloten tot een samenwerking tussen OLVG en St. Antonius Ziekenhuis om het project te verbeteren en verder te ontwikkelen.

Hiertoe is de Werkgroep Direct Ontslag (DO) samengesteld. De Werkgroep DO is het aanspreekpunt voor alle vragen rondom de implementatie van Direct Ontslag vanuit projectleiders en projectcoördinatoren uit andere ziekenhuizen.

Naam	Ziekenhuis	Functie	Rol
J.F. Spierings	St. Antonius Ziekenhuis	Arts-onderzoeker	Promovendus Direct Ontslag/ Projectcoördinator St. Antonius
G.J.A. Willinge	OLVG	Arts-onderzoeker	Promovendus Virtual Fracture Care 3.0
B.A. Twigt	OLVG	Traumachirurg	Projectleider BovenIJ
M.C. Kokke	St. Antonius Ziekenhuis	Traumachirurg	Projectleider St. Antonius
J.C. Goslings	OLVG	Traumachirurg	Promotor
R.N. van Veen	OLVG	Traumachirurg	Projectleider VFC 2.0 en 3.0 Wetenschappelijke begeleiding
T.H. Geerdink	OLVG	Arts-onderzoeker	Initiatiefnemer en Promovendus Direct Ontslag
G.J. Duyzings	OLVG	Projectleider	Projectleider Virtual Fracture Care Direct Ontslag en VFC 2.0 en 3.0

4. Klankbord

Elk ziekenhuis dat zich via de Werkgroep DO aansluit bij dit project (d.w.z. implementatie van Direct Ontslag volgens deze handleiding en gebruik van de [Virtual Fracture Care app](#)), krijgt de mogelijkheid om één staf lid (traumachirurg of orthopedisch chirurg) af te vaardigen voor de halfjaarlijkse klankbord vergadering. Tijdens deze vergadering wordt besproken of er wijzigingen nodig zijn ten aanzien van de behandelprotocollen, de informatiefolders, het immobilisatiemateriaal, de instructievideo's etc.

Iedere afgevaardigde is ervoor verantwoordelijk voorafgaand aan deze vergadering input te verzamelen bij de achterban in zijn/haar eigen centrum, bijvoorbeeld traumachirurgen, orthopeden, SEH-artsen, gipsverbandmeesters, verpleegkundig specialisten, fysiotherapeuten etc. Tijdens de klankbord vergadering wordt gezamenlijk een besluit genomen over eventueel door te voeren wijzigingen. Op deze manier wordt getracht het draagvlak voor de behandeling van de letsels en de bijbehorende informatie te behouden, en daardoor ook uniformiteit.

5. Introductie

5.1. Achtergrond

Het concept Direct Ontslag (DO) is ontstaan nadat studies aantoonde dat een functionele behandeling (bijvoorbeeld verband of een brace) van veel letsels dezelfde of soms zelfs een betere functionele uitkomst geeft dan wanneer een patiënt volledig wordt geïmmobiliseerd met gips. Hierdoor ontstond de vraag of, wanneer verwijderen van gips niet meer nodig is, er nog een medisch inhoudelijke reden bestaat tot routinematige poliklinische controle van patiënten met deze letsels.

Daaropvolgend zijn studies uitgevoerd naar Direct Ontslag van patiënten met deze 'simpele en stabiele letsels' (SSL's) vanaf de Spoedeisende Hulp. Deze studies toonden telkens aan dat, terwijl het zorgverbruik daalt, dit niet ten koste gaat van patiënt-gerelateerde uitkomsten, zoals functionele uitkomst en patiënttevredenheid.[1-7] Jaarlijks bezoeken in Nederland 80.000 patiënten met een van deze letsels de SEH en de behandeling van deze letsels is nog vaak verschillend tussen ziekenhuizen en zelfs ook tussen zorgverleners binnen een ziekenhuis.

Op basis van deze resultaten werden de behandelprotocollen voor verschillende SSL's in ons ziekenhuis gewijzigd. Patiënten krijgen volgens deze nieuwe protocollen een orthese (bijvoorbeeld een brace) of een verband in plaats van gips. In een folder die patiënten geprint meekrijgen staat alle informatie over het herstel, de herstelperiode en oefeningen. In de Virtual Fracture Care app staat aanvullende informatie en kunnen patiënten instructievideo's bekijken.

Een deel van patiënten zal (aanhoudende) klachten hebben, of behoefte aan extra aandacht, en in een zeer uitzonderlijk geval komt het voor dat een fractuur niet goed geneest. Dit wordt binnen DO volledig erkend. Echter, in plaats van routinematige controle van 100% van deze patiënten, is de patiënt nu 'in de lead' wat betreft zijn of haar behandeling. Het relatief kleine aantal patiënten dat op basis van duidelijke instructies op de SEH, in de folders, en in de app contact opnemen met de speciaal hiervoor ingerichte 'Breuklijn', komen laagdrempelig terug op de polikliniek, waar nu extra tijd is gecreëerd.

In een eerste pilot studie uitgevoerd in OLVG, werd aangetoond dat er drastische logistieke effecten zijn: poliklinische controles nemen af met 92% en beeldvorming neemt af met 72%, terwijl ook hier de uitkomsten voor de patiënt gelijk blijven, zowel met betrekking tot functionele uitkomst als patiënttevredenheid.[6] Studies in grotere cohorten met data van zowel OLVG als St. Antonius Ziekenhuis worden op dit moment uitgevoerd. We kunnen echter al stellen dat op moment van schrijven, ruim 1,5 jaar na implementatie in OLVG, en enkele maanden in St. Antonius Ziekenhuis en BovenIJ Ziekenhuis, deze resultaten consistent blijven.

Direct Ontslag is een typisch voorbeeld doelmatige 'value-based' gezondheidszorg, meer op maat naar de behoeftes van patiënten. Tegelijkertijd kunnen kostbare, en vaak heel ervaren zorgmedewerkers slimmer worden ingezet.

5.2. Doel van deze handleiding

Het doel van deze handleiding is een overzicht geven van de verschillende die nodig zijn om DO succesvol te implementeren. Daarnaast verwachten we:

- Dat door het delen van deze informatie het aantal vragen aan de Werkgroep DO wordt beperkt.
- Dat door het delen van deze informatie, de behandelprotocollen en informatiefolders de implementatietijd in andere ziekenhuizen verkort kan worden van ongeveer zes maanden naar drie maanden.
- Dat er een zoveel als mogelijk een uniforme werkwijze in Nederland ontstaat wat verdere samenwerking en toekomstige verbeteringen en wijzigingen eenvoudiger maakt.

5.3. Coördinatie van het project

Om tot een snelle en succesvolle implementatie van DO te komen is een projectcoördinator volgens de Werkgroep DO een vereiste. De projectcoördinator heeft de benodigde medisch-inhoudelijke kennis om de behandelprotocollen te kunnen beoordelen en is voor tenminste drie maanden vier à vijf dagen per week volledig beschikbaar is voor de implementatie van DO. Deze handleiding is dan ook geschreven met de veronderstelling dat er een projectcoördinator aangesteld is.

Onderschat niet hoeveel tijd het project in beslag neemt! Wij raden aan om daar adequate tijd voor te reserveren alvorens over te gaan tot daadwerkelijke implementatie. Dit blijkt het beste en vooral het meest efficiënt te werken als er één persoon verantwoordelijk is voor het coördineren van alle afzonderlijke taken.

Indien de projectcoördinator in uw projectgroep niet over voldoende medisch-inhoudelijke kennis beschikt, zal een aantal taken die verderop in dit document worden besproken moeten worden overgenomen door de verantwoordelijke traumachirurg/orthopeed.

Wij lichten de verschillende stakeholders voor dit project verderop toe. Twee stakeholders zijn echter dusdanig belangrijk dat wij die hier uitlichten. De projectleider en projectcoördinator zijn aanspreekpunt voor de Werkgroep DO en vice-versa. In beginsel vindt dus geen communicatie plaats, intern of extern, zonder tussenkomst van de projectleider of de projectcoördinator.

Projectleider:

De projectleider is een medisch specialist die zijn/haar maatschap vertegenwoordigt en de trauma-unit. De projectleider moet gedurende de gehele implementatie laagdrempelig te bereiken zijn voor de projectcoördinator. Het moet vanaf het begin duidelijk zijn wie projectleider is, en bij voorkeur wijzigt dit niet.

Projectcoördinator:

De projectcoördinator is bij voorkeur een ANIOS/arts-onderzoeker die de voortgang van het project waarborgt. In de praktijk zorgt deze persoon dat alle zaken die geregeld moeten worden, geregeld worden. Het moet voor alle betrokkenen vanaf het begin duidelijk zijn dat de projectcoördinator het eerste aanspreekpunt is voor iedereen (intern en extern).

6. Simpele en stabiele letsels

In onderstaande tabel staat een overzicht van de simpele en stabiele letsels die in aanmerking komen voor Direct Ontslag. De uitgebreide criteria, de behandelwijze en de immobilisatieduur worden verder uitgewerkt in de protocollen en patiëntinformatiefolders (bijlage). In toekomstig onderzoek zal worden uitgezocht of andere letsels aan deze lijst kunnen worden toegevoegd.

We gaan uit van uniformiteit en consensus m.b.t. de informatievoorziening tussen de participerende ziekenhuizen. We streven dus ook naar consensus over de behandelprotocollen inclusief de verschillende soorten immobilisatie die daaraan ten grondslag liggen. Indien uw vakgroep van mening is dat er medisch inhoudelijke of tekstuele wijzigingen nodig zijn in de protocollen of informatiefolders, vragen wij u dit terug te koppelen tijdens de halfjaarlijkse klankbord vergadering. Dan kan gezamenlijk worden besloten om e.e.a. te wijzigen waardoor er uniformiteit blijft bestaan.

Letssel	Definitie	Behandeling
AC-luxatie	Rockwood 1-2 / geïsoleerd letsel	2-punts sling
Primaire schouderluxatie	Anterieur / geïsoleerd letsel, geen ossaal letsel, laag verdacht voor weke delen letsel	2-punts sling mannen <35 jaar → fysio verwijzing mee
Midschacht clavicula #	Robinson 2A1	2-punts sling
Clavicula # kind	≤14 jaar, geen operatie indicatie	Mitella / 2-punts sling
Radiuskop / hals #	Mason type 1 / niet gedислоceerd / fatpad	Drukverband en mitella / 2-punts sling
Torus / greenstick #	≤14 jaar Geïsoleerde torus geïsoleerde greenstick Antebrachii torus Antebrachii torus en greenstick combinatie Let op: NIET antebrachii greenstick	Brace en mitella / 2-punts sling
Subcapitale MC5 #	Voltaire angulatie <70 graden, geen rotatie	Buddytape/buddyloop en drukverband
Mallet vinger	Conservatief behandelde tendinogene of ossale mallet vinger	Malletspalk
Weber A #	<2mm dislocatie, mediaal g.b.	Tubigrip en enkelbrace
Avulsie # enkel	Lateraal / mediaal / tarsalia (i.h.k.v. enkelbandletsel)	Tubigrip en enkelbrace
Basis MT5 #	Zone 1 of zone 2, ≤4mm dislocatie	Tubigrip en walker Fraxiparine afh. van lokale protocol
Hallux #	Niet-gedisloceerde fractuur P1 of P2	Drukverband en verbandschoen
Falanx # voet	Geïsoleerd	Buddytape en stevige schoen
Spaakverwonding	Radiologisch geen fractuur, met hoogstens excoriatie	Wondbedekking en drukverband
Enkeldistorsie	Radiologisch geen fractuur	Drukverband of tubigrip

Vier specifieke letsels behoeven enige toelichting:

Voor antebrachii fracturen bij kinderen geldt dat zij binnen het Direct Ontslag protocol vallen als het gaat om een torus/torus of torus/greenstick antebrachii fractuur. Antebrachii fracturen van het type

greenstick/greenstick vallen niet binnen het protocol. In de meeste centra krijgen deze kinderen een gipsspalk en wel een controle (evt. telefonisch).

Voor de mallet vinger (zowel tendinogeen als ossaal) is er een logistieke uitdaging. Als deze patiënten zich buiten de openingstijden van de gipskamer presenteren, dan krijgen deze patiënten in de regel een tijdelijke malletspalk aangemeten op de SEH. De Werkgroep DO is van mening dat een tijdelijke malletspalk onvoldoende therapeutisch effect geeft. Deze patiënten zullen daarom op korte termijn terug moeten komen bij de gipskamer voor een op maat gemaakte thermoplastische malletspalk. De gipsverbandmeester legt het belang nogmaals uit van continu dragen van de spalk en legt tevens uit dat de patiënt contact op kan nemen als de spalk te ruim zit of als er om hygiënische redenen een nieuwe spalk aangelegd moet worden. Ieder ziekenhuis richt dit proces anders in, afhankelijk van de mogelijkheden in die specifieke situatie. Denk hierover na tijdens Fase 2 van het Direct Ontslag project.

De behandeling van de enkeldistorsie vindt in beginsel in de eerste lijn plaats, conform de NHG standaard enkelbandletsel. De praktijk leert echter dat veel van deze letsels toch gezien worden op de SEH, en daarom is besloten dit letsel op te nemen in DO. Wanneer er geen sprake is van een fractuur, gaat de patiënt met de VFC app en een drukverband naar huis. In principe krijgt deze patiënt dus niet standaard een enkelbrace, dat geldt alleen voor patiënten met een avulsie fractuur (vergelijkbaar met ruptuur). Indien gewenst kan de patiënt zonder avulsiefractuur na vier tot zevendagen bij de huisarts een controle afspraak maken voor het differentiëren tussen een distorsie of ruptuur, en naar aanleiding daarvan eventueel alsnog tape of brace krijgen (zie ook NHG standaard).

Patiënten met een MTV fractuur krijgen een walker (i.p.v. gips). Over het algemeen zijn patiënten hier zeer over te spreken. Omdat dit een vorm van immobilisatie is, is er discussie of het voorschrijven van Fraxiparine noodzakelijk is. Dit kan dus per ziekenhuis verschillen, en het lokale protocol is hierin lijdend.

7. Contactgegevens

De volgende twee tabellen kunt u gebruiken om de contactgegevens van de verschillende betrokkenen te verzamelen. In de projectgroep zitten mensen die gedurende de gehele voorbereidingsperiode voor implementatie laagdrempelig bereikbaar zijn voor overleg en uitvoer van een aantal taken. Deze mensen zijn aanspreekpunt voor hun achterban, en zijn verantwoordelijk voor het informeren van de achterban (inclusief teamleiders en managers). De overige contactgegevens zijn van betrokken afdelingen die op specifieke momenten tijdens de voorbereidingen nodig zijn, maar niet continu gedurende het gehele proces.

Aanspreekpunten projectgroep ziekenhuis:

Rol	Naam	Telefoonnummer	E-mail
Projectcoördinator			
Projectleider			
Gipsverbandmeester			
SEH arts			
SEH verpleegkundige/VS'er			
Traumachirurg			
Orthopeed			

Overige contactgegevens:

Rol	Naam	Telefoonnummer	E-mail
Jurist			
Marketing & Communicatie			
Inkoop			
ICT			
EPD			
Radiologie			
Security Officer			
Werkgroep Direct Ontslag	N.v.t.	-	vfc@santeon.nl

8. Fase 1: Randvoorwaarden creëren

Voordat gestart kan worden met het project moet aan de volgende randvoorwaarden zijn voldaan:

- Akkoord management voor start project, gebruik app en financiering.
- Akkoord start project vanuit maatschap Chirurgie/Orthopedie en/of Trauma-unit. Tevens is de maatschap medisch-inhoudelijk akkoord met het beleid.
- Aanstellen projectleider (specialist).
- Aanstellen projectcoördinator (ANIOS/arts-onderzoeker, 1.0 FTE voor tenminste 3 maanden en bij voorkeur 6 maanden).
- Volledig doorlezen implementatiedocument door projectleider en projectcoördinator.
- Interesse werkwijze Direct Ontslag kenbaar maken bij de Werkgroep DO.
- Maatschap Chirurgie/Orthopedie en/of Trauma-unit zijn akkoord met behandelwijze Direct Ontslag en inhoud folders/app (Zie [bijlagen protocollen en folders](#), aparte documenten).
- Zorg ervoor dat er bij de dagelijkse röntgenbespreking altijd iemand aanwezig is die kan controleren of er niet onterecht patiënten direct zijn ontslagen. Dit kan bijvoorbeeld de projectcoördinator zijn of een ANIOS.

9. Fase 2: Voorbereiding implementatie

9.1. Week 1-4

Projectleider

- De projectleider neemt contact op met de Werkgroep DO.
- Kennismaking tussen projectleider en afvaardiging van de Werkgroep DO.
- Aanstellen van projectcoördinator.
- Duidelijk mandaat geven aan projectcoördinator vanuit maatschap/trauma unit.
- Ondersteuning bij identificeren stakeholders en creëren draagvlak bij alle stakeholders (is voor de projectleider vaak veel makkelijker dan voor projectcoördinator).
- Is voorzitter van consensusmeeting.

Projectcoördinator

- Zichzelf uitdrukkelijk profileren als projectcoördinator (intern en extern)
- De projectcoördinator maakt zichzelf kenbaar bij de Werkgroep DO
- Identificeren en benoemen stakeholders
- Voorbereiden consensusmeeting met alle stakeholders met presentatie over Direct Onslag
- Notuleren consensusmeeting en notulen ter kennisgeving sturen aan alle stakeholders
- Tijdsplanning delen en bespreken met stakeholders
- Afstemmen wie Breuklijn beheert en bereikbaarheid, Regelen Breuklijn i.s.m. ICT. Dit laatste blijkt in de praktijk veel werk te kosten.
- Via inkoop contact leveranciers immobilisatie materiaal (incl. inzicht huidige contracten)
- EPD-veranderingen voorbereiden (smartteksten indien gewenst, zie hoofdstuk [Wijzigingen EPD ter ondersteuning aan implementatie](#))
- Contract VFC-app en Gemba bekijken en laten beoordelen door Juridische Zaken en Security Officer. Zie hoofdstuk [VFC app](#) en tevens de [bijlagen](#)). In principe streven naar binnen twee weken voorleggen aan Raad van Bestuur ter ondertekening en vervolgens ondertekend naar OLVG sturen.
- Input geven voor opstellen en maken van e-learning in samenwerking met leerhuis (indien van toepassing)

Klik op het pijltje links voor een toelichting

Het is belangrijk om vroeg voorbereidingen te treffen voor scholing op relatief grote schaal (uiteraard is e.e.a. afhankelijk van het aantal werknemers in uw ziekenhuis). Scholing is nodig voor o.a. de SEH-artsen, inclusief alle arts-assistenten, HAIO's etc., A(N)IOS Chirurgie en Orthopedie, en stafleden van deze afdelingen (medisch inhoudelijke scholing protocollen en beleid); de gipsverbandmeesters (inhoudelijke scholing beleid en tevens immobilisatie); SEH-verpleegkundigen (scholing immobilisatie technieken, bijv. door gipsverbandmeesters); poliklinieken (uitleg nieuwe werkwijze, bestaan Breuklijn etc.).

In OLVG is hiervoor een e-learning (één voor de artsen en één voor de gipsverbandmeesters/SEH verpleegkundigen) ontwikkeld welke aan alle betrokken medewerkers is verstuurd. Zo kon

eenvoudig worden gecontroleerd wie de e-learning had gedaan, en wie niet. Deze kan gedeeld worden via een zogenaamd SCORM-bestand. In St. Antonius Ziekenhuis zijn deze scholingen door middel van meerdere presentaties georganiseerd. Deze presentaties zijn opgenomen op video en vervolgens via de mail verspreid onder de betrokken medewerkers.

- Inhoudelijke afspraken over behandeling van de mallet vinger buiten kantoortijden in samenwerking met Gipskamer (zie ook de patiëntinformatie folder mallet vinger)
- Regelen folderrek en zn. kastruimte/kar materialen – i.s.m. gipskamer
- Huisstijl afstemmen in VFC-app met Werkgroep DO (in samenwerking met MC), zie ook [VFC app](#) en [bijlagen](#)
- Jaszakkaartjes en posters maken i.s.m. MC, zie ook [bijlage Zakkaartjes](#)
- Brief kennisgeving huisartsen regio voorbereiden i.s.m. MC, zie [Bijlage Huisartsbrief](#) (apart document)

SEH

- Voorbereiden en bijwonen consensusmeeting
- Regelen folderrek en zn. kastruimte/kar materialen – i.s.m. gipskamer en projectcoördinator

Klik op het pijltje links voor een toelichting

In OLVG en St. Antonius Ziekenhuis is er voor gekozen om de materialen die nodig zijn voor Direct Ontslag op één plek op de SEH te verzamelen. Initieel was er in OLVG een speciale Direct Ontslag kar, waar met geplastificeerde A4's uitleg werd gegeven welke materialen voor welk letsel nodig waren, en of er bijv. verschillende maten waren, of een versie voor de linker of de rechter pols. Nu is er een speciale kast. De meeste van de materialen zult u al in voorraad hebben. Toch is het goed om te verifiëren of deze ook allemaal op de SEH aanwezig zijn, of dat sommige materialen ook alleen op de gipskamer zijn. In het folderrek dient ook voldoende ruimte te zijn om alle papieren folders (zowel Nederlands als Engels) te verzamelen.

Gipskamer

- Voorbereiden en bijwonen consensusmeeting
- Input en betrokkenheid bij regelen materialen, opslag van de materialen en folderrek
- Praktische afspraken over behandeling van mallet vinger (t.a.v. de spalk) buiten kantoortijden, in samenwerking met projectcoördinator (zie o.a. patiëntinformatie folder mallet vinger)
- Regelen folderrek en zn. kastruimte/kar materialen – i.s.m. SEH en projectcoördinator (zie ook SEH hierboven)
- Breuklijn afstemmen met de poli medewerkers, tijdstippen etc.

M&C

- Voorbereiden en bijwonen consensusmeeting
- Folders beoordelen en toevoegen aan intranet/website, aanpassen aan huisstijl. NB: om uniformiteit te bewaken geen tekstuele wijzigingen. Deze kunnen tijdens (half)jaarlijkse evaluatie worden aangeboden

- Advies uitbrengen over huisstijl gebruik in VFC app is samenwerking met projectcoördinator (zie ook [Bijlage Specificatie Content, lay-out VFC app](#), apart document).
- Document 'specificatie content, lay-out VFC app' minimaal 4 weken, geheel ingevuld, vóór geplande startdatum sturen naar vfc@santeon.nl
- Jaszakkaartjes en posters maken i.s.m. projectcoördinator (zie [Bijlage Zakkaartjes](#), apart document)
- QR codes van de app op folders, jaszakkaarten, en posters op SEH
- Brief kennisgeving huisartsen regio voorbereiden i.s.m. projectcoördinator (zie [Bijlage Huisartsbrief](#), apart document). Houd er rekening mee dat berichtgeving vanuit het ziekenhuis naar de HA soms maar 1x per 2 maanden plaats vindt!
- Nadenken over publiciteit bij start project i.s.m. projectleider. Alle berichtgeving richting de media m.b.t. het project graag afstemmen met de Werkgroep DO via vfc@santeon.nl. Berichten op social media hoeft niet afgestemd te worden met de Werkgroep DO, zolang OLVG en Santeon hierin vermeld worden. Voorbeelden van teksten:
 - [Bericht Diakonnesenhuis Utrecht](#)
 - [Bericht Meander ziekenhuis](#)
 - [Bericht Gelre ziekenhuis](#)

9.2. Week 5-8

Projectleider

- Begin week 5 definitieve implementatiedatum vaststellen
- Akkoord geven voor berichtgeving intern/extern samen met M&C/verantwoordelijk manager

Projectcoördinator

- Begin week 5 controleren dat alle taken van week 1-4 zijn voltooid. Zo niet, bijsturen waar nodig.
- Begin week 5 Definitieve implementatiedatum vaststellen
- Berichtgeving intern (werkvloer): brief/mail ter kennisgeving start project en implementatiedatum, posters ophangen (in samenspraak met projectleider)
- Berichtgeving extern (huisartsen in de regio, Werkgroep DO, in samenspraak met projectleider). Houd er rekening mee dat berichtgeving vanuit het ziekenhuis naar de HA soms maar 1x per 2 maanden plaatsvindt!
- Input geven voor opstellen en maken van e-learning in samenwerking met leerhuis (indien van toepassing)
- E-learning testen en organiseren scholing werkvloer in samenwerking met stakeholders van Gipskamer & SEH (indien van toepassing)
- Contract (indien van toepassing) met leveranciers m.b.t. nieuw (orthese) materiaal, leverdatum afgesproken in samenwerking met SEH en gipskamer
- EPD aanpassingen gemaakt waar nodig in samenwerking met EPD bouwers (zie hoofdstuk [Wijzigingen EPD ter ondersteuning aan implementatie](#))
- Plan maken voor inwerken nieuwe collega's, zowel A(N)IOS Chirurgie als Orthopedie, na implementatie Direct Ontslag (bijvoorbeeld protocol/inwerkboek i.c.m. e-learning)

SEH

- E-learning testen en organiseren scholing werkvloer in samenwerking met projectcoördinator
- Contract (indien van toepassing) met leveranciers m.b.t. nieuw (orthese) materiaal, leverdatum afgesproken in samenwerking met projectcoördinator
- Plan maken voor inwerken nieuwe collega's SEH na implementatie Direct Ontslag (bijvoorbeeld protocol/inwerkboek i.c.m. e-learning)

Gipskamer

- E-learning testen en organiseren scholing werkvloer in samenwerking met projectcoördinator
- Contract rond met leveranciers m.b.t. nieuw (orthese) materiaal, leverdatum afgesproken in samenwerking met projectcoördinator

Vorbereiding scholing aan collega's SEH over nieuwe orthoses en andere immobilisatietechnieken M&C

- Folders gereed en gedrukt en afgeleverd bij folderrekken SEH
- Posters gereed en gedrukt en afgeleverd bij projectcoördinator

9.3. Week 9-12

Projectleider

- Supervisie en ondersteunen projectcoördinator waar nodig
- Begin week 11 inventariseren met projectcoördinator of er nog taken niet voltooid zijn en of alles op schema ligt.
- Nadenken over publiciteit bij start project i.o.m. MC. Alle berichtgeving richting de media m.b.t. het project afstemmen met de Werkgroep DO – via vfc@santeon.nl. Berichtgeving op social media hoeft niet afgestemd te worden met de Werkgroep DO, zolang de volledige Werkgroep hierin vermeld staat.

Projectcoördinator

- Begin week 9 controleren dat alle taken van week 5-8 zijn voltooid. Zo niet, bijsturen waar nodig.
- In de week voor de start van het project een mail sturen naar alle betrokkenen met de startdatum als reminder
- Scholing werkwijze SEH/Gipskamer
- Testen Breuklijn
- Instructies aan degene die Breuklijn gaat bemannen (bijv. poli doktersassistent/gipskamer); Herkennen van DO patiënten aan telefoon, kennis van doorverwijzen binnen en buiten kantooruren, etc.
- Begin week 11 controleren of alle taken van alle stakeholders zijn voltooid. Zo niet, bijsturen waar nodig.
- Controleren of orthoses geleverd zijn en op de juiste plaats op de SEH en gipskamer liggen
- Indien gewenst: plan maken voor follow-up patiënten in de eerste maanden na implementatie

SEH (al deze taken moeten klaar zijn voor het einde van week 10)

- Ruimte voor opslag orthoses aanwijzen en inrichten

- Borging bestellen nieuwe materialen en foldervoorraad (kan evt. ook via andere afdeling, in OLVG is dit bijv. de gipskamer, zie onder)
- Scholing personeel in gebruik ortheses / andere immobilisatietechnieken door gipskamer, m.n. voor de SEH verpleegkundigen
- Afspraken met MC over bijdrukken folders wanneer voorraad op raakt
- Controleren of ortheses geleverd zijn en op de juiste plaats op de SEH liggen

Gipskamer (al deze taken moeten klaar zijn voor het einde van week 10)

- Scholing aan collega's SEH over nieuwe ortheses
- Ruimte voor opslag ortheses aanwijzen en inrichten
- Borging bestellen nieuwe materialen en foldervoorraad
- Afspraken met MC over bijdrukken folders wanneer voorraad op raakt
- Controleren of ortheses geleverd zijn en op de juiste plaats op de gipskamer liggen

M&C (al deze taken moeten klaar zijn voor het einde van week 10)

- Waarborgen voorraad folders SEH/gipskamer

10. Fase 3: Start project

10.1. Week 13-24

Projectleider

- Begin week 13: start werkwijze Direct Ontslag
- Supervisie en ondersteunen projectcoördinator waar nodig
- Inplannen en voorbereiden evaluatiemoment na 12weken in overleg met projectcoördinator

Projectcoördinator

- Begin week 13: start werkwijze Direct Ontslag
- Elke dag aanwezig bij röntgenoverdracht om de protocol compliantie te controleren en bijsturen waar nodig.
- Indien gewenst: prospectief registreren patiënten Direct Ontslag voor follow-up. Zie [Bijlage Evaluatie vragenlijst Follow-up na 3 maanden](#) (apart document).
- Indien gewenst: Breuklijn laten bijhouden wie belt en waarvoor, voor eventuele stroomlijning van het proces bij evaluatie.
- Laagdrempelig bereikbaar voor alle stakeholders voor eventuele verbeterpunten werkwijze
- Inplannen en voorbereiden evaluatiemoment in overleg met projectleider

SEH

- Begin week 13: start werkwijze Direct Ontslag
- Duurzame waarborging project, bijvoorbeeld door te benoemen bij elke dagstart en tijdens röntgenbespreking
- Tevens aanwezig bij röntgenbespreking om terug te koppelen wanneer Direct Ontslag protocol niet goed gehanteerd is. Dit komt de protocol compliantie ten goede.

Gipskamer

- Begin week 13: start werkwijze Direct Ontslag
- Indien gewenst: nascholing orthoses voor personeel SEH op inloop

11. Fase 4: Evaluatie en monitoring

11.1. Na week 24

NB: hieronder worden twee soorten evaluatie toegelicht:

- 1) Intern, met de betrokken afdelingen en medewerkers
- 2) Extern, door patiënten na 3 maanden te vragen naar hun ervaringen (zie [ook belangrijke bijlagen](#))

Projectleider

- Inplannen en voorbereiden evaluatiemoment in overleg met projectcoördinator
- Voorzitter evaluatiemoment

Projectcoördinator

- Voorbereiden evaluatiemoment in overleg met projectleider
- Notuleren en terugkoppelen aan stakeholders
- Indien gewenst: monitoring kwaliteit door middel van follow-up van prospectief geregistreerde patiënten (zie [Week 13-24](#))
- Samenvatten evaluatie en voorbereiden halfjaarlijks landelijk evaluatiemoment met de Werkgroep DO
- Duurzame waarborging project (intern en extern)

Na de succesvolle implementatie is het van belang om een evaluatiemoment in te plannen. Hiervoor zijn de projectleider en de projectcoördinator verantwoordelijk. Plan een moment in waarop evaluatie plaatsvindt van Werkwijze Direct Ontslag.

11.2. Gang van zaken rondom implementatie

De projectcoördinator geeft de opdracht aan de stakeholders om feedback in te zamelen bij hun achterban. Het project wordt dus geëvalueerd in een kleine groep van stakeholders.

Maak duidelijk dat het project ziekenhuis overstijgend is; niet alle feedback zal worden verwerkt, en het kan een tijd duren voordat wijzigingen worden doorgevoerd.

De projectleider en projectcoördinator zijn allebei aanwezig bij de evaluatie. Zij maken een samenvatting van de feedback en krijgen de mogelijkheid om deze te bespreken met de Werkgroep DO tijdens het landelijke evaluatiemoment Direct Ontslag. Deze vindt in principe twee keer per jaar plaats, de projectcoördinator en projectleider krijgen van de Werkgroep DO te horen op welke datum dit is.

Het is niet mogelijk om grote wijzigingen aan te brengen aan deze werkwijze buiten de halfjaarlijkse klankbord vergadering om. De enige uitzondering hierop is een onmiddellijke en evidente bedreiging van de kwaliteit van zorg en/of patiëntveiligheid.

12. Ortheses en leveranciers

In beginsel krijgen patiënten die vallen binnen de scope van Direct Ontslag geen gips, omdat dit een follow-up moment noodzakelijk maakt. Er is gekozen voor het gebruik van afneembare ortheses en de ervaringen hiermee zijn zeer positief. Ortheses hebben als voordeel dat patiënten ze kunnen afnemen op bepaalde momenten. Denk hierbij aan slapen, douchen en oefeningen doen ter bevordering van het herstel. Ook is er geen sprake van gipsklachten zoals stuwing of jeuk. In de tabel hieronder staan de leveranciers die op moment van schrijven deze materialen leveren in St. Antonius Ziekenhuis. OLVG gebruikt deels andere leveranciers. E.e.a. zou ook afhankelijk zijn van de hoofdleverancier in uw ziekenhuis. De Werkgroep DO stelt het op prijs als u denkt een (beter) alternatief te kunnen bieden aan de patiënt, zodat andere ziekenhuizen daar ook van kunnen profiteren. De auteurs benadrukken overigens dat zij geen winstoogmerk hebben en dat het hierop volgende advies omtrent ortheses gebaseerd is op onze eigen ervaringen en voorkeuren. In de video's in de app over het aan/uitdoen van de ortheses komen uitsluitend ortheses naar voren die hieronder genoemd staan.

Letzel	Behandeling	Materiaal	Mogelijke leverancier(s)
AC-luxatie	2-punts sling	Actimove sling comfort	Essity
Primaire schouderluxatie	2-punts sling	Actimove sling comfort	Essity
Midschacht clavicula #	2-punts sling	Actimove sling comfort	Essity
Clavicula # kind	Mitella / 2-punts sling	Actimove sling comfort	Essity
Radiuskop / hals #	Drukverband Mitella / 2-punts sling	Kous: Jersey Cotton Stockinette Watten: Soffban Synthetic Drukverband Idealbinde Actimove sling comfort of Mitella Propax	Essity " " " "
Torus / greenstick #	Brace Mitella / 2-punts sling	Thuasne manuum junior Tevens XS volwassen polsbrace voor 'grote' kinderen Mitella Propax	Genimedical Genimedical Essity
Subcapitale MC5 #	Buddytape / buddyloop Drukverband	Tape of Buddysplint Drukverband zie 'Radiuskop'	- Lomed -
Mallet vinger	Malletspalk	Turbocast	Genimedical
Weber A #	Tubigrip Enkelbrace	Tensogrip Thuasne Malleo Dynastab	Essity Genimedical
Avulsie # enkel	Tubigrip Enkelbrace	Zie Weber A	

Basis MT5 #	Tubigrip Walker Fraxiparine afh. van lokale protocol	Tensogrip Actimove Closed Shell Air Walker	Essity Essity
Hallux #	Drukverband Verbandschoen	Drukverband zie 'Radiuskop' Cellona shoe	- Lohmann & Rauscher
Falanx # voet	Buddytape Stevige schoen	Tensoplast -	Essity -
Spaakverwonding	Wondbedekking Drukverband	Mepitel Leukomed Drukverband zie 'Radiuskop'	Molnlycke Essity -
Enkeldistorsie	Drukverband / tubigrip	Drukverband zie 'Radiuskop' of Tensogrip	- Essity

13. De Virtual Fracture Care App

13.1. De app

De VFC app is een onderdeel van het Direct Onslag project. Middels deze app kunnen ziekenhuizen hun content digitaal aan hun patiënten aanbieden. Dit biedt o.a. het voordeel dat er video's van oefeningen en anderszins instructies deel uit kunnen maken van de patiëntinformatie. De app is zo ontwikkeld, dat er eenvoudig meerdere ziekenhuizen toegevoegd kunnen worden. De patiënt kiest tijdens de eerste keer dat de app wordt opgestart, in welk ziekenhuis hij/zij patiënt behandeld wordt. Vervolgens past de app de lay-out, content, logo's etc. aan. De basisinformatie is voor alle ziekenhuizen gelijk. Het is slechts zeer beperkt mogelijk op ziekenhuisniveau met gebruik van variabelen waar nodig (bijv. om logistieke redenen of o.b.v. lokale protocollen) wijzigingen aan te brengen in de content. Dit heeft als reden dat wij uitgaan van uniformiteit. Zie ook het hoofdstuk 'Simpele en stabiele letsels'.

Wij raden u dringend aan om gebruik te maken van deze app, op basis van enkele belangrijke voordelen van het gebruik van de app:

- De informatie is altijd direct en eenvoudig beschikbaar voor de patiënt en diens familie
- De informatie is offline beschikbaar (i.t.t. bijvoorbeeld de website van het ziekenhuis)
- Er wordt gestreefd naar uniformiteit in informatievoorziening. Zo proberen we er voor te zorgen dat het voor een patiënt niet uitmaakt waar hij/zij wordt behandeld, als het gaat om de behandeling en bijbehorende informatie.
- Als één van de deelnemende ziekenhuizen nieuwe content aanlevert of bijvoorbeeld nieuwe instructievideo's laat ontwikkelen, komt deze beschikbaar voor alle ziekenhuizen. Dit komt de kwaliteit van de content ten goede.
- Voor gebruik van de app worden jaarlijkse onderhoudskosten betaald door alle participerende ziekenhuizen, inclusief OLVG. Deze inkomsten worden uitsluitend gebruikt om toekomstige updates en verbeteringen van de app mogelijk te maken. Denk daarbij aan nieuwe functionaliteit, integratie met patiëntendossiers, toevoegen van meerdere talen, ontwikkelen van nieuwe content, enzovoort. Hoe meer ziekenhuizen aansluiten, hoe groter de mogelijkheden.

13.2. Kosten

De jaarlijkse onderhoudskosten betreffen €3.000 excl. BTW.

13.3. Randvoorwaarden overeenkomst(en)

Voordat de app gebruikt kan worden, dient een licentieovereenkomst te worden getekend tussen OLVG en uw ziekenhuis. Deze vindt u in de bijlage. Het wordt aangeraden een jurist en Security Officer uit uw ziekenhuis deze overeenkomst te laten beoordelen. Vervolgens wordt de overeenkomst getekend door de Raad van Bestuur van uw ziekenhuis en aan OLVG verstuurd.

Binnen de app bestaat er tevens de mogelijkheid om patiënten een contactformulier in te laten vullen, bijvoorbeeld wanneer de patiënt vanuit het buitenland contact op wil nemen, of voor het insturen van een foto voor postoperatieve wondcontrole. Er kan een oneindig aantal formulieren worden toegevoegd, en elk formulier kan uit verschillende vragen bestaan. Indien u gebruik wenst te maken van deze functionaliteit, dan is er sprake van dataverwerking, te weten patiëntgegevens die uiteindelijk worden verzonden naar een door uw ziekenhuis gespecificeerd e-mailadres. De dataverwerker is niet OLVG, maar de ontwikkelaar van de app: Gemba. Daarom dient een verwerkersovereenkomst afgesloten te zijn tussen Gemba en uw ziekenhuis, alvorens deze contactformulier functionaliteit voor uw ziekenhuis kan worden ingeschakeld. Het wordt aangeraden het standaard model Verwerkersovereenkomst Brancheorganisaties Zorg te gebruiken. Aan de licentieovereenkomst (tussen OLVG en uw ziekenhuis) is in bijlage 1 en 2 aangehecht hoe er door OLVG invulling is gegeven aan deze verwerkersovereenkomst. Dit is dus een voorbeeld en kan als leidraad gebruikt worden.

Daarnaast vindt u in de bijlage een document waarin u de benodigde informatie kunt specificeren om de app voor uw ziekenhuis in te laten stellen. Dit betreft o.a. uw huisstijl, lettertype, welke folders u inzichtelijk wilt maken, basis contactgegevens enzovoort. Wij raden aan hierbij de afdeling Marketing & Communicatie te betrekken.

14. Gebruik van het EPD ter ondersteuning van de implementatie

In zowel OLVG, St. Antonius Ziekenhuis als BovenIJ Ziekenhuis, zijn er wijzigingen doorgevoerd in het EPD, met drie doelen:

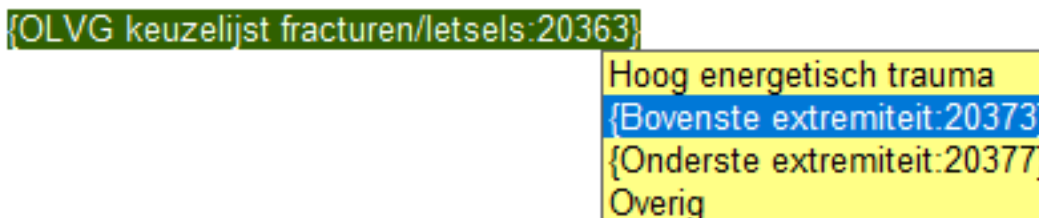
- De zorgverlener op de SEH wordt herinnerd aan de nieuwe behandelwijze, waardoor de protocol compliantie hoger ligt
- De zorgverlener kan eenvoudig zien aan welke criteria het letsel moet voldoen om in aanmerking te komen voor Direct Ontslag, en indien daarin iets wijzigt kan dit zonder al te veel moeite worden veranderd zodat men op de SEH altijd de meest recente criteria hanteert
- Het EPD voegt snel een standaard tekst toe over de behandeling en uitleg die de patiënt ontvangt, waardoor meer uniformiteit wordt bewerkstelligd

In OLVG (maakt gebruik van EPIC), gebruiken in principe alle zorgverleners op de SEH dezelfde basisnotitie wanneer er een Trauma patiënt wordt gezien (Afbeelding 1). Hieraan is toegevoegd dat de zorgverlener moet kiezen in welke regio het letsel zich bevindt (Afbeelding 2), voordat de notitie in het patiëntendossier wordt toegevoegd. Vervolgens werkt de zorgverlener de notitie uit. Aan het eind van de notitie, bij Conclusie en Beleid is een extra keuzemenu toegevoegd waarbij men wordt gedwongen te kiezen uit een van de Direct Ontslag letsels, of uit 'Overig' (Afbeelding 3). Als men voor de laatste optie kiest, dan wordt de Conclusie en het Beleid uitgewerkt zoals men is gewend. Indien men een van de Direct Ontslag letsels selecteert, dan wordt een standaard Beleid toegevoegd (Afbeelding 4). Zo weet de zorgverlener precies wat hij de patiënt uit moet leggen.

Afbeelding 1:



Afbeelding 2:



Afbeelding 3:

{OLVG Fracturen/letsels onderarm/pols:20366}
{Distale torus fractuur radius/ulna/antebrachii met acceptabele stand:TXT,2104510018}
{Distale greenstick fractuur radius of ulna met acceptabele stand:TXT,2104510019}
{Overig:TXT,2104510025}

Afbeelding 4:

Conclusie:

Torusfractuur {ulna radius antebrachii:2104500001} {links/rechts:210011007}

Beleid:

Er is geen poliklinische controle nodig

Afneembare brace en sling

De patiënt kreeg de volgende instructies, welke samengevat in een folder zijn meegegeven:

- De brace mag na een week worden verwijderd. De sling mag worden verwijderd wanneer de pijn dat toelaat. Tijdens het douchen kan de brace worden afgedaan.
- Als er nog teveel pijn is mag de brace nog een tweede week worden gebruikt.
- Nadat de brace is afgedaan mag er gestart worden met oefenen, zo wordt stijfheid voorkomen.
- Na twee weken mogen alle activiteiten zonder beperkingen worden hervat
- Het herstel duurt 3 tot 4 weken.

Tevens werd de patiënt gewezen op de OLVG Trauma App en er werd uitgelegd dat patiënt bij vragen onze Breuklijn kan bellen.

Checklist: (NB: onderstaande informatie komt niet in de ontslagbrief te staan)

- Patiënt gevraagd mee te doen aan tevredenheidsonderzoek (inclusie formulier op VFC kar): {Ja/Nee:210002001}
- DBC geopend: {Ja/Nee:210002001}
- Verrichtingen 190364 *orthese hand en/of pols én 038877 aanmeten orthese beperkt* geregistreerd onder 'Verrichtigen' in linker navigatie menu: {Ja/Nee:210002001}

In het BovenIJ ziekenhuis wordt met HIX gewerkt waar het niet mogelijk was een keuzemenu te maken. Hier is gekozen voor een vergelijkbare benadering met behulp van smartteksten. De arts hoeft alleen een punt gevolgd door de eerste letters van het Direct Ontslag letsel in te typen waarna dezelfde gestandaardiseerde tekst bij in het vak voor de conclusie en het beleid komt te staan (zie afbeelding 5 – 6).

Wij raden aan een vergelijkbaar systeem in te richten, in aanvulling op de zakkaartjes (die niet altijd up-to-date zullen zijn). Neem eventueel contact op met de Werkgroep DO om medewerkers van uw EPD in contact te brengen met die van OLVG/Antonius/BovenIJ. Het blijkt niet mogelijk om de functie één op één te kopiëren, maar het onderliggende systeem kan dan wel worden uitgelegd zodat het kan worden nagebouwd.

Afbeelding 5:

Afbeelding 6:

(ja/nee) Verichtingen 190364 orthese hand en/of pols én 038877 aanmeten orthese beperkt geregistreerd onder 'Verichtingen' - [\(ja/nee\)](#)'. The 'Informed consent' section has a text field. At the bottom, there is a red toolbar with icons for 'Toevoegen sjabloon', 'Wijzigen', 'Verwijderen', 'Detail', 'Stand. antw. beheeren', 'Antwoord wissen', 'Markering wissen', 'Antwoorden', 'Opslaan', 'Overige acties', 'OK', and 'Annuleren'. On the right side, there are three panels: 'Patiënthistorie', 'Standaardteksten', and 'Lijstjablonen' with three items (Beschouwend algemeen, Greenstick fractuur kind, Torus fractuur kind, Trauma onderste extremiteit)."/>

15. Versie geschiedenis

Versie #	Versie datum	Door	Goedgekeurd door	Wijziging
1.0.	18-11-2020	Geerdink / Schuijt	Aangeboden aan Werkgroep DO	Eerste versie
1.1.	17-12-2020	Geerdink / Schuijt	Kokke / Twigt	N.a.v. feedback Kokke / Twigt, ingekort, Kernteam veranderd naar Werkgroep, Klankbordgroep naar Klankbord
1.2.	14-6-2023	Geeske Duyzings	Werkgroep DO	Aanvullen drie nieuwe lestels

Referenties

1. Bellringer SF, Brogan K, Cassidy L, Gibbs J. Standardised virtual fracture clinic management of radiographically stable Weber B ankle fractures is safe, cost effective and reproducible. *Injury*. 2017;48:1670–1673. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2018.01.016>.
2. Brooksbank K, Jenkins PJ, Anthony IC, Gilmour A, Nugent MP, Rymaszewski LA. Functional outcome and satisfaction with a "self-care" protocol for the management of mallet finger injuries: a case-series. *J. Trauma Manag. Outcomes*. 2014;8:21. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4266946&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
3. Elsoe R, Ostgaard SE, Larsen P. Population-based epidemiology of 9767 ankle fractures. *Foot Ankle Surg*. 2018;24:34–39.
4. Ferguson KB, McGlynn J, Jenkins P, Madeley NJ, Kumar CS, Rymaszewski L. Fifth metatarsal fractures - Is routine follow-up necessary? *Injury*. 2015;46:1664–1668. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2015.05.041>.
5. Gamble D, Jenkins PJ, Edge MJ, Gilmour A, Anthony IC, Nugent M, Rymaszewski LA. Satisfaction and functional outcome with "self-care" for the management of fifth metacarpal fractures. *Hand*. 2015;10:607–612.
6. Geerdink TH, Haverlag R, van Veen RN, Bouwmeester OVA, Goslings JC. Direct ontslag vanaf de SEH voor patiënten met simpele en stabiele letsels. *Ned. Tijdschr. Geneeskd*. 2020;164:1–9.
7. Jayaram PR, Bhattacharyya R, Jenkins PJ, Anthony I, Rymaszewski LA. A new "virtual" patient pathway for the management of radial head and neck fractures. *J. Shoulder Elb. Surg*. 2014;23:297–301. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jse.2013.11.006>.