



RAPPORTERING INZET DEF-MIDDELEN IN ONDERZOEK 2020

Transitie in de zorg
DEF / EIG Transitie_21

UC Leuven-Limburg

Verantwoordelijke Expertisecentrum: Sandra Martin
Onderzoekers: Katja Swinnen en Perrine Thiry
Expertisecentrum: Health Innovation

Samenvatting

Inleiding

Een efficiënte en effectieve transitie is een gecoördineerd proces dat tegemoetkomt aan verschillende behoeften van zorgvragers zodat zij zich voldoende ge-empowered voelen om finaal actief deel te nemen aan hun eigen zorg. Bij transfer, een onderdeel van transitie, van ziekenhuis naar thuis is er nood aan empowerment- ondersteunende ontslaginterventies (Braet, 2016). De bestaande ontslaginterventies in de praktijk blijken niet efficiënt/effectief te zijn (Swinen & Thiry, 2021).

Doelstelling

Deze studie kadert in een tweejarig project met betrekking tot het verloop van de transitie in de zorg tussen gespecialiseerde zorg en eerstelijnszorg in Vlaams-Brabant, meer specifiek bij transfer van kortdurende opnames van het ziekenhuis naar thuis. De doelstelling van de tweede fase van deze studie is om na te gaan welke ontslaginterventies er bestaan, om een analyse uit te voeren van bestaande ontslagbrieven en suggesties tot optimalisering te formuleren.

Methode

Deze studie is tweedelig. Enerzijds werd er een literatuurstudie uitgevoerd om na te gaan welke evidence based ontslaginterventies er reeds onderzocht werden die empowerment bij de zorgvragers kan bevorderen. Anderzijds werd er een bestaande ontslagbrieven geanalyseerd.

Resultaten

Er werden zeven artikels vanuit de wetenschappelijke literatuur geselecteerd in verband met transitionele zorg interventies (TZI). De meeste artikels waren meta-analyses en reviews. Ontslagmanagement dient multifactorieel en multidisciplinair aangepakt te worden alsook lijn overschrijdend om een efficiënte continuïteit van zorg te bekomen. Bij een optimale transitie zullen heropnames dalen, zal de kwaliteit van leven toenemen en zullen de zorgsysteem kosten dalen. Om transitie optimaal te laten verlopen worden zorgvragers en hun naasten best actief betrokken in het ontslagproces en wordt er gekeken naar de specifieke noden van de zorgvrager. Het is noodzakelijk om binnen de afdeling een concreet ontslagproces te implementeren met duidelijke beschrijving van de rol van de zorgverleners. De TZI wordt opgestart voor ontslag en gaat verder na ontslag om de continuïteit van zorg te verzekeren tussen de verschillende zorglijnen.

Conclusie

Enkel opstellen van interventies bij transities is niet voldoende, toch dient er nagedacht worden hoe deze interventies te implementeren zodat deze duurzaam zijn. Er dient rekening gehouden te worden met de specifieke noden van de zorgvrager om te verzekeren dat de zorgvrager goed opgevangen wordt in de eerstelijnszorg.

Inhoud

Inhoud	3
Inleiding	4
Achtergrondinformatie	6
Doelstelling	8
Onderzoeksvragen	9
Methodologie	10
Literatuurstudie	12
Noodzakelijke elementen om TZI in de praktijk duurzaam te implementeren	14
Communicatie tussen professionele zorgverleners en zorgvragers	15
Interprofessioneel communicatie binnen en tussen de verschillende zorglijnen	17
Individueel ontslagbeleid op maat van de zorgvrager en naasten	18
Coördinatie van de ontslagplanning	19
Praktijkluik	21
Beschrijving ontslagbrief afdeling met chronische zorgvragers	21
Beschrijving ontslagbrief kort verblijf	23
Discussie	24
Beperkingen van de literatuurstudie	29
Conclusie	30
Literatuurlijst	31

Inleiding

Het verblijf in het ziekenhuis wordt alsmaar korter waardoor er weinig tijd is om het ontslag voor te bereiden (Mabire et al., 2017) en verdere behandeling en opvolging noodzakelijk is in de eerstelijnszorg (Slatyer et al., 2019; Hardicre et al., 2017) of andere zorgsetting (Mabire et al., 2017). Dit heeft zeker zijn voordelen voor de zorgvragers die verkiezen om thuis te herstellen en voor de ziekenhuizen die meer zorgvragers kunnen behandelen (Hardicre et al., 2017). Het is ook bewezen dat hoe langer de zorgvrager in het in het ziekenhuis verblijft, hoe hoger de risico's op verwickelingen en bijkomende gezondheidsproblemen (Zurlo & Zuliani, 2018). De meerderheid van de doorverwezen zorgvragers (74%) naar de eerstelijnszorg gebeurt immers na hospitalisatie (Jones et al., 2019). Deze overgang van ziekenhuis naar de thuissituatie met ondersteuning van de eerstelijnszorg wordt ook wel transitie in zorg (TZ) genoemd. Dit proces met verschillende gecoördineerde acties uitgevoerd door zorgverleners heeft als doel de continuïteit van zorg te garanderen na een transfer van het ziekenhuis naar de eerstelijnszorg (Abu et al., 2018; Geary & Schumacher, 2012) of andere zorginstellingen (Mabire et al., 2017).

In de praktijk blijkt dat deze overgang moeizaam verloopt en heel complex is, waardoor er frustraties ontstaan bij zorgvragers en naasten (Mitchell et al., 2018). Zorgvragers wensen dat er rekening wordt gehouden met hun individuele context en dat er aangepaste en tijdige educatie plaatsvindt. Uit onderzoek van Swinnen en Thiry (2021) gaven zorgvragers aan dat ze vaak de gegeven educatie, als deze al werd gegeven, overhaast gebeurde en dat ze deze niet begrepen. Ze kregen wel een ontslagbrief, maar deze werd niet met hen overlopen. Deze twee factoren maakte dat ze zich vaak niet klaar voelden om de overgang naar thuis te maken. Eénmaal thuis richtten ze zich vaak op de eerstelijnszorgverleners om verduidelijking te krijgen en/of om ondersteuning te krijgen in hun verdere behandeling. Bovendien blijkt uit wetenschappelijke studie dat ongeveer 20% van de opgenomen zorgvragers complicaties ervaren na ontslag en binnen de 30 dagen opnieuw worden opgenomen. Zelfs bij oudere zorgvragers blijkt dat 30-50% na ontslag niet meer in staat is om essentiële dagelijkse activiteiten te kunnen uitvoeren (Zurlo & Zuliani, 2018). Eerstelijnszorgverleners melden bovendien dat zij nauwelijks terecht kunnen bij de betrokken zorgverleners van andere zorglijnen bij complicaties of vragen (Swinnen & Thiry, 2021). Deze communicatiekloof kan leiden tot slechte patiëntuitkomsten, medicatiefouten, hogere tijdsinvestering, versnipperde zorg en meer risico op burn-out bij professionele zorgverleners (Kern et al, 2019; Snow et al, 2019).

Om TZ toch mogelijk te maken is het noodzakelijk om rekening te houden met de verschillende componenten waaruit goede transitionele zorg bestaat (Naylor et al., 2017). In dit proces is een samenwerking met verschillende professionele zorgverleners noodzakelijk (Coffey et al., 2017). Het is

onder meer belangrijk om de zorgvrager centraal te zetten en hen als gelijkwaardige partners in de zorg te beschouwen. Door de zorgvragers te betrekken in hun zorgbeslissingen -en behandelingen kan de kwaliteit en veiligheid van de zorg worden verbeterd (Hardicre et al., 2017). Het verhogen van de betrokkenheid kan mogelijk gemaakt worden door informatie met hen te delen in het nemen van gezamenlijke zorgbeslissingen en hen te empoweren om hun zorg effectief te beheren (Weetman et al., 2020). In de wetenschappelijke literatuur is er reeds een langdurige consensus, gedragen door verschillende initiatieven over de betrokkenheid, het maken van keuzes en de zorgvrager beschouwen als gelijkwaardige partners in de gezondheidszorg. Iedere zorgvrager heeft hier recht op. Alleen is er geen duidelijk wetenschappelijk onderbouwd beleid hoe het betrekken van de zorgvrager in de zorg wordt gerealiseerd en zo ook bij transitie in de zorg (Murray et al., 2019). Een ineffectieve transitie blijkt immers medeverantwoordelijk te zijn voor nadelige gebeurtenissen zoals negatieve bijwerkingen van medicatie, onvolledige gedeelde informatie, ongeplande heropnames in het ziekenhuis en verhoogde mortaliteit. Daarentegen kan 62% van deze gebeurtenissen voorkomen worden en een degelijk transitieproces verbetert zelfs de patiënt gerelateerde uitkomsten, verminderd het aantal heropnames en is kosteneffectief. Een goed ontslagbeleid is meer en belangrijker gegeven de recente en meer noodzakelijke verschuiving van tweedelijns- naar eerstelijnszorg. In 2017 daalde de gemiddelde ligduur met twee dagen (Health Belgium, 2019). Deze verschuiving vereist (complexere) zorgverlening in de thuissituatie en effectievere ontslaginterventies die reeds opgestart worden tijdens het ziekenhuisverblijf om fragmentatie te voorkomen. De juiste evidence based ontslaginterventies kunnen het risico op ongeplande heropnames significant verminderen tot 23% (3). Maar, de bestaande ontslaginterventies in de praktijk blijken niet efficiënt/effectief te zijn (Swinen & Thiry, 2021). Braet (2016) merkt hierbij op dat er sterker gefocust moet worden op empowerment-ondersteunende interventies.

Er is nog weinig onderzoek uitgevoerd naar hoe het transitieproces verloopt bij Vlaamse zorgvragers. Dit tweejarig project was in eerste fase (2020-2021) exploratief van aard om de verschillende componenten van transitionele zorg te kunnen definiëren, alsook de barrières en valkuilen van zorgvragers en zorgverleners te inventariseren. In het tweede fase van het project werd er gekeken naar bestaande wetenschappelijke ontslaginterventies in de literatuur en werd er gefocust op optimalisatie van een bestaande ontslaginterventie (2021-2022). Vanuit de verkregen resultaten zal er verder kunnen gebouwd worden om de uitwerking van praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek 'Continuïteit van zorg bij kwetsbare zorgvragers' mogelijk te maken (2022-2024).

Achtergrondinformatie

Uit de literatuurstudie in de eerste fase van het onderzoek blijkt dat er acht componenten zijn die transitie in de zorg (TZ) mogelijk maken (figuur 1). Deze componenten zijn op niveau van zorgvragers,



patiënten en naasten, zorgverleners en gezondheidsorganisaties.

De componenten zijn met elkaar verbonden en kunnen elkaar beïnvloeden. Indien er niet wordt voldaan aan één component kan dit zorgen voor een negatief effect op TZ.

Een TZ- component werd door de onderzoekers als volgt gedefinieerd:

“A critical element of traditional medical care, community-based services, and non-traditional services provided by the healthcare

team that patients and caregivers should receive to promote positive health outcomes throughout periods of acute illnesses extending from hospital to home.” (Naylor et al., 2017, p. 3)

De eerste component is **de betrokkenheid van de patiënt**; dit is het optimaliseren van de centrale rol als zorgvrager door weloverwogen en consistente inspanningen van zorgverleners. Door vanuit hun perspectief na te gaan wat hun behoeften en mogelijkheden zijn, kan men komen tot gedeelde besluitvorming en om vast te stellen welke behandeldoelen het belangrijkste voor hun zijn. Een gedeelde besluitvorming betekent een gedeelde verantwoordelijkheid met als gevolg dat de zorgvrager zich zeker zal inzetten (Naylor et al., 2017).

De tweede component is **de betrokkenheid van de naasten** (Naylor et al., 2017). Naasten geven aan dat ze al willen betrokken worden tijdens gesprekken voor het effectieve ontslag heeft plaatsgevonden. Zij willen eveneens op de hoogte worden gebracht over de timing en de verdere behandelplannen na ontslag (Jones et al., 2019).

TZ is gericht op persoonsgerichte zorg die holistisch is en de behandeldoelen van de zorgvrager voorop stelt. Het bestaat onder andere uit anticipatie, preventie of vroege detectie van problemen. Zorgverleners worden uitgedaagd om complexe fysieke, emotionele en sociale behoeften te vervullen. Deze vervulling is de derde component, **het complexe management**.

Patiënteducatie, de vierde component binnen het model van Naylor et al. (2017), zorgt ervoor dat patiënten meer empowered en hun verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid op zich kunnen nemen. Bij het geven van educatie is het belangrijk om verschillende strategieën toe te passen zodat patiënten worden aangemoedigd om gezondere levensstijlbeslissingen te nemen.

Zoals voorgaande aangeeft is het niet voldoende om enkel de zorgvrager te educeren. Het is belangrijk om hierbij zijn naasten te betrekken. **Educatie van de naasten**, de vijfde component, maakt het mogelijk om hun te betrekken voor de verdere zorgplanning (Naylor et al., 2017).

Door de informatie op een empathische wijze te communiceren wordt er voldoende aandacht gespendeerd aan de zesde component; **de welzijn van de zorgvragers**. Het erkennen van de emotionele reacties op stressvolle reactie van zorgvragers door zorgverleners bevorderen de copingsvaardigheden en geeft hun het gevoel dat ze erkend worden als menselijke wezens met elk hun specifieke noden.

Het zorgen voor **continuïteit in de zorg**, de zevende component, is voor zorgvragers van cruciaal belang. Continuïteit van zorg wordt gedefinieerd als 'de mogelijkheid om zorg te organiseren voor een specifieke zorgvrager zonder onderbreking in de tijd of tussen de zorgverleners, en om het verloop van de ziekte in zijn geheel te omvatten (KCE, 2021).

De laatste component, **de verantwoorde zorg**, situeert zich op drie niveaus; op niveau van de verantwoordelijke zorgverlener, het verantwoordelijk team en de verantwoordelijke organisatie. De verantwoorde zorg van zorgverleners verwijst naar het verzekeren van kwalitatieve goede zorg aangepast aan de individuele behoeften van de zorgvragers op elk niveau.

Doelstelling

Dit project wil een explorerend onderzoek voeren naar het verloop van de transitie in de zorg tussen de tweedelijnszorg en de eerstelijnszorg in Vlaams-Brabant. In eerste fase (2020- 2021) werd een exploratieve studie uitgevoerd op kwantitatieve wijze naar de ervaringen en noden van professionele zorgverleners in de eerstelijnszorg. Daarnaast werden de ervaringen van patiënten en naasten van patiënten die opgenomen werden in het ziekenhuis en die verder zorg nodig hebben in de eerstelijnszorg bevraagd via kwalitatief onderzoek.

Vanuit de voorafgaande literatuurstudie bleek dat er acht componenten zijn die goede transitie mogelijk maken (2. Achtergrondinformatie). Uit de kwantitatieve bevraging bij zorgverleners (n=34) kon er worden vastgesteld dat er, volgens de deelnemers, weinig ontslaginformatie werd meegegeven. De informatiedoorstroming (digitaal of op papier) was niet altijd duidelijk of tijdig wat de efficiëntie en continuïteit van zorg bemoeilijkte. Daarnaast kwam een gebrek aan communicatie, onvolledige of zelfs foutieve informatie aan bod. Deelnemers van de kwalitatieve bevraging (n= 6) gaven aan dat ze geen ontslaggesprek kregen, wel een ontslagbrief. Deze werd echter met hen niet besproken en vaak begrepen ze deze niet. Bij hun ontslagmanagement werd er te weinig gekeken naar hun individuele context om hun transitie vlotter te laten verlopen.

In een tweede fase (2021-2022) van dit project werd er gezocht naar evidence based hulpmiddelen of interventies die ingevoerd kunnen worden om de transitie in de zorg vlotter te doen verlopen. Bij voorkeur wordt er gekeken naar de reeds bestaande hulpmiddelen en nagegaan hoe deze kan worden geoptimaliseerd en hoe ze effectief kunnen worden geïmplementeerd in de praktijk. Concreet wordt er naar een ontslagtool gekeken om te zien hoe deze geoptimaliseerd kan worden. Hiervoor werd een literatuurstudie uitgevoerd en werd er gekeken naar ontslagbrieven om zo een voorstel te maken van optimalisering. Dit ook ter voorbereiding van het praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek 'continuïteit van zorg bij kwetsbare zorgvragers'.

Onderzoeksvragen

Deze studie met een mixed-methode design wil nagaan welke ontslaginterventies bestaan die effectief zijn om een effectieve en efficiënte transitie mogelijk te maken. Dit onderzoek is tweeledig: enerzijds zal er via een literatuurstudie nagegaan welke evidence based ontslaginterventies bestaan en anderzijds wordt er een analyse gemaakt van een ontslaginterventie met name de ontslagbrief

voor de zorgvrager. Het onderzoek tracht een antwoord te vinden op volgende onderzoeksvragen:

- Welke **ontslaginterventies** bestaan er in de wetenschappelijke literatuur?
 - Welke ontslaginterventies maken empowerment mogelijk bij de zorgvrager?
 - Hoe worden deze ontslaginterventies geïmplementeerd zodat ze duurzaam zijn?
- Welke **informatie is er minimaal** nodig in een ontslagbrief om een transitieproces tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg efficiënt en effectief te laten verlopen?
 - Welke taal wordt gehanteerd?
 - Is er aandacht voor opvolging?
 - Wie wordt betrokken bij de mondelinge toelichting van de ontslagbrief?
 - In welke mate is er personalisatie van de ontslagbrief mogelijk?
 - Hoe wordt het aspect van empowerment benaderd binnen de ontslagbrief?

Methodologie

In eerste fase van de studie werd een literatuurstudie uitgevoerd door de onderzoekers. Op deze manier werd er meer inzichten bekomen met betrekking de wetenschappelijke evidentie rond ontslaginterventies bij transitie in de zorg.

Voor de literatuurstudie werd er gedurende de periode van 1 mei 2022 tot en met 5 juli 2022 de database Pubmed geraadpleegd. De basiszoekstring bestond uit volgende termen:

"primary care"[Title/Abstract] OR "primary health care"[Title/Abstract] OR "rehabilitation"[Title/Abstract] OR "health centre"[Title/Abstract] OR "primary health care"[MeSH Terms] OR "rehabilitation"[MeSH Terms] OR "hospitalization"[MeSH Terms]) AND ("caregivers"[Title/Abstract] OR "relatives"[Title/Abstract] OR ("partner"[All Fields] OR "partner s"[All Fields] OR "partnered"[All Fields] OR "partnering"[All Fields] OR "partners"[All Fields]) AND "care"[Title/Abstract]) OR "family"[Title/Abstract] OR "caregivers"[MeSH Terms] OR "family"[MeSH Terms]) AND ("transition"[Title/Abstract] OR "transfer"[Title/Abstract] OR "transitional care"[Title/Abstract] OR "transitional care"[MeSH Terms] OR "patient transfer"[MeSH Terms]) AND ("discharging"[Title/Abstract] OR "discharge"[Title/Abstract])) AND ("efficient"[Title/Abstract] OR "forceful"[Title/Abstract] OR "powerful"[Title/Abstract] OR "useful"[Title/Abstract] OR "convenient"[Title/Abstract] OR "functional"[Title/Abstract]) AND "effective"[Title/Abstract]

Bij het zoeken werden er handmatig twee limieten ingesteld (niet ouder dan vijf jaar en het weerhouden van onderzoeken bij dieren). Deze tijdslimiet werd bewust gekozen om te komen tot de meest recente ontslaginterventies, gezien het zorglandschap in de gezondheidszorg mede door invloed van de COVID-19 pandemie enorm is gewijzigd. Dit resulteerde in 18 resultaten. In eerste fase werd er gescreend op basis van titel en abstract. In de tweede fase werd er gescreend op basis van de volledige tekst. Dit leverde slechts een resultaat van één artikel op.

Gezien de lage opbrengst van het aantal artikels werd er gekozen om de termen met betrekking tot efficiëntie en effectiviteit eruit te laten en de term management toe te voegen. Hier werd de bijkomende filter van review en systematic review ingesteld. Dit resulteerde in 341 hits. Na screening van titel en abstract bleven er nog 13 artikels over. Finaal werden zeven artikels geïncludeerd na het lezen van de full tekst en de sneeuwbalmethode.

In totaal werden zeven studies geïncludeerd om een antwoord te bieden op de onderzoeksvraag met betrekking tot evidence based ontslaginterventies.

Enkel de artikels werden weerhouden indien ze voldeden aan de inclusiecriteria:

- Ontslaginterventies die zorgen voor een effectieve en efficiënte transitie.
- Ontslaginterventies die empowerment mogelijk maken.

Artikels werden niet weerhouden indien ze voldeden aan de exclusiecriteria:

- Onderzoeken die handelen over transfer van ziekenhuis naar een woonzorgcentrum.
- Onderzoeken bij kinderen.
- Onderzoeken die handelen over een ontslaginterventie in functie van de normale fysiologie van zwangerschap en bevalling.

In tweede fase werd er een ontslaginterventie geanalyseerd en geoptimaliseerd in functie van het bevorderen van empowerment bij de zorgvrager.

Literatuurstudie

Voor deze literatuurstudie werden er zeven studies geïnccludeerd. De meeste studies waren reviews of meta-analyses die verschillende artikels bundelden:

Fakha et al. (2022) onderzocht aan de hand van een gemodificeerde Delphi techniek hoe de implementatie van transitionele zorg innovaties (TZI) efficiënt kunnen gebeuren en gericht op de kwetsbare oudere zorgvrager. Er werden verschillende experts bevestigd om de verschillende elementen die aanwezig moeten zijn om een TZI op een duurzame wijze te implementeren in de praktijk. Aan de hand van de bevestiging hebben ze twee thema's geïdentificeerd. "De Katalysatoren" die tijds- en verbondenheidsfactoren bevat die essentieel zijn om een TZI op te starten. Het tweede thema is de "éénlijnsturing" die noodzakelijk is om veranderingen mogelijk te maken.

De 'realistic synthese' van Provencher et al. (2021) wou niet enkel een samenvatting geven over de effectiviteit van de interventies, toch ook nagaan waarom en hoe men komt tot de effectiviteit ervan en dus om de onderliggende beïnvloedende factoren bloot te leggen.

In de meta-analyse van Mabire et al. (2017) zijn ze op zoek gegaan naar evidentie omtrent de effectiviteit van de verpleegkundige ontslagplanning interventies op de gezondheidsrelateerde kenmerken bij oudere patiënten die ontslaan werden naar huis. Om dit te bekomen hebben ze artikels geselecteerd volgens de Joanna Briggs guideline. Kwaliteit van leven van de oudere zorgvrager, multidisciplinaire aanpak, betrekken van de zorgvrager in het proces, communicatie en continuïteit van zorg tussen de verschillende zorgverleners, opvolging na ontslag zijn thema's die geïdentificeerd en geanalyseerd werden in het onderzoek.

Facchinetti et al. (2020) ging in hun meta-analyse van RCT's de effectiviteit van de continuïteit van zorg op het reduceren van heropnames analyseren bij ouderen patiënten met chronische ziektes. Het werd op kort en op lang termijn onderzocht. Verschillende interventies van continuïteit van zorgen werden geïdentificeerd zoals telefonische opvolging, bezoeken, educatie en zelfmanagement. Continuïteit van zorg interventies hebben een invloed op heropname en dit voornamelijk in de eerste drie maanden, daarna is het minder duidelijk.

In de literatuur review van Stockwell-Smith et al. (2017) zijn de onderzoekers op zoek gegaan naar barrières en facilitators om patiënten met dementie en hun naasten te integreren in het ontslagproces van het ziekenhuis naar huis. Door de familie en de zorgvrager te integreren kan er gefocust worden op de risico's die een ontslag met zich meebrengen en zo aandacht besteden aan mogelijke complicaties.

Joo & Lui (2021) hebben een systematische review over artikels die transitionele zorg interventies (TZI) evalueerde uitgevoerd. Dit om na te gaan of ontslaginterventies effectief een invloed hebben op uitkomsten in de gezondheidszorg. De resultaten gaven aan dat er interventies zijn die effectief zijn bij

chronische zorgvragers. Deze TZI hebben een invloed op het aantal heropnames op kort termijn, op kwaliteit van leven, kosten van de gezondheidszorg.

Ten slotte in het laatste weerhouden artikel hebben Zurlo & Zuliani (2018) het ontslagmanagement tijdens transitie in zorg geanalyseerd bij patiënten opgenomen op chirurgische afdeling. Ze hebben de verschillende voorwaarden om negatieve uitkomsten na opname te voorkomen bij kwetsbare oudere patiënten geïdentificeerd.

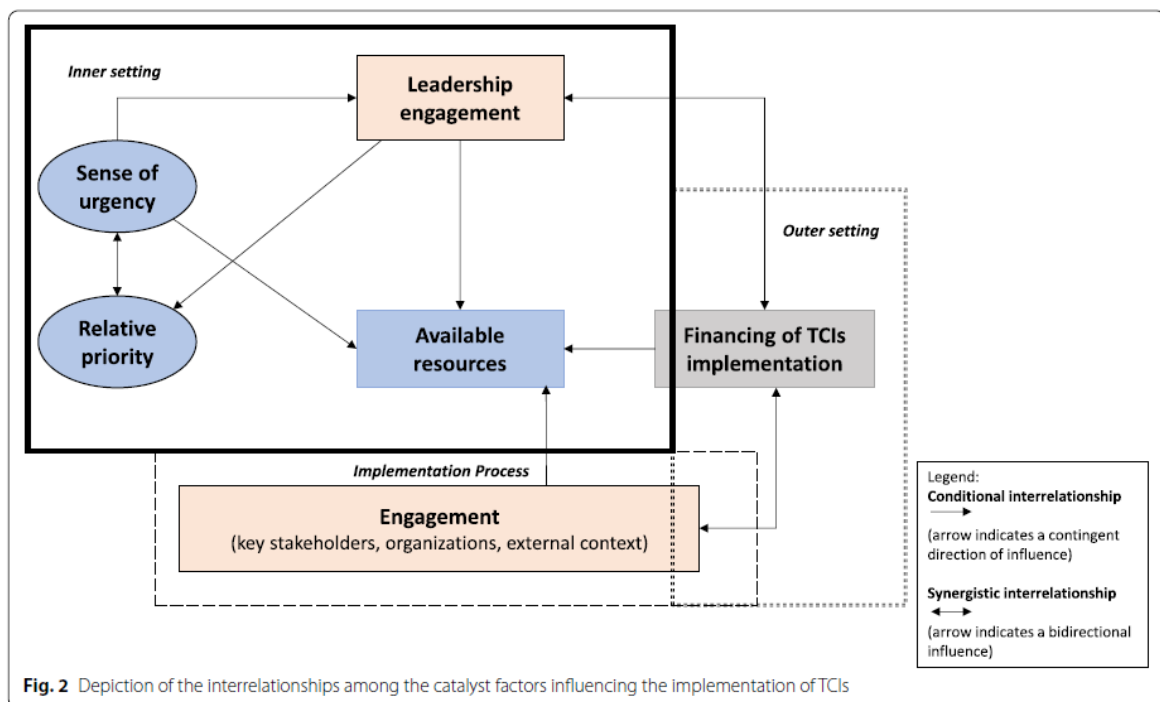
Noodzakelijke elementen om TZI in de praktijk duurzaam te implementeren

Er werden in het onderzoek van Fakha et al. (2022) twee thema's geïdentificeerd om deze te bekomen.

Thema 1: Katalysatoren:

Deze thema groepeerde een combinatie van vijf tijds- en verbondenheidsfactoren die essentieel zijn om een TZI duurzaam te implementeren (Figuur 1):

- **(1) Besef van de urgentie:** Primaire factor om enige veranderingen mogelijk te maken binnen een organisatie en ook om prioriteiten te stellen en middelen toe te wijzen die nodig zijn voor de implementatie van TZI.
- **(2) Relatieve prioriteit:** wordt gezien als een “stop/go” vlag voor de implementatie van TZI en hangt af van wie en/ of van waar deze prioriteit vandaan komt.
- **(3) Betrokkenheid van leiders en (4) stakeholders** zoals vertegenwoordigers van verschillende instanties, zorgvragers, naasten m.a. w. de ruggengraat om zo een project te leiden. Daarom is het ook cruciaal om iedereen een duidelijke rol toe te kennen om het duurzaam op te bouwen.
- Om de nodige **(5) middelen** te hebben is het belangrijk om de verschillende betrokkenen vroeg in het project te integreren en hun aan te tonen dat er een rendement op investering zal optreden.



Figuur 1: Onderlinge relaties tussen de verschillende katalysatoren (Fakha et al.,2020)

Thema 2: Éénlijnsturing

Naast de geïdentificeerde katalysatoren is het een belangrijk om alle betrokkenen op dezelfde lijn te krijgen om de TZI te sturen doorheen de verschillende instanties en betrokkenen. Hierbij is het van belang om bij aanvang de motivatie en de nood van de verschillende betrokkenen af te toetsen om TZI te kunnen implementeren. Soms kan het noodzakelijk zijn om op individueel niveau kleine aanpassingen in te voeren zodat de organisatie het positieve inziets waardoor het motiverend werkt om aanpassingen op te starten op organisatieniveau (Fakha et al., 2021).

De andere artikels die geanalyseerd werden gingen voornamelijk over de efficiëntie van de bestaande interventies, de noden om de TZ vlot te laten verlopen en specifieke noden van de kwetsbare (oudere) zorgvrager. Ontslaginterventies mogen niet routinematig overlopen worden bij kwetsbare zorgvragers die op de dag van het ontslag afgevinkt worden. Ontslag vergt een degelijke voorbereiding, persoonlijke aanpak en begint al vanaf het moment van opname. Een grondige analyse met de betrokken zorgverleners en zorgvragers is nodig om te zorgen dat ze na hun ontslag opgevangen worden in een zorgsysteem die hun verder kan ondersteunen op de best mogelijke wijze (Zurlo & Zuliani, 2018). Communicatie, planning, lijnoverschrijdend werken, betrekken van de zorgvragers zijn thema's die naar voor kwamen in de wetenschappelijke literatuur. Deze thema's worden in volgende alinea's verdiepend uitgewerkt:

Communicatie tussen professionele zorgverleners en zorgvragers

Het bevorderen van de tweerichtingscommunicatie (Provencher et al., 2021) of een partnerschap (Stockwell-Smith et al., 2017) tussen zorgvragers en zorgverleners binnen de verschillende zorglijnen is een belangrijke ontslaginterventie. Het is noodzakelijk om de zorgvrager te betrekken in het zorgproces en dit bij de start van de opname (Stockwell-Smith et al., 2017) of zo vroeg mogelijk na de opname (Provencher et al., 2021). Tijdens deze overlegmomenten worden de gezondheidstoestand, verleende zorg aan de zorgvrager, de (verdere) zorgplanning, het aanpakken van barrières die zorgvragers en naasten ervaren besproken (Provencher et al., 2017). Dankzij effectieve communicatie kan de zorgvrager en de naasten beter begrijpen hoe risico's veiliger te beheersen, meer kennis hebben van de ziekte of aandoening en hoe ermee om te gaan (Provencher et al., 2021). Ook krijgen naasten de mogelijkheid om feedback te geven over het verloop van de zorg (Provencher et al., 2021) en om aan te geven wanneer ze te weinig kennis hebben of te weinig veerkracht hebben om de zorgvrager op te vangen in de eerstelijnszorg (Stockwell-Smith, 2017). Zorgvragers en hun naasten krijgen meer realistische inzichten ten aanzien van het herstel, meer zelfvertrouwen en een grotere veerkracht met als gevolg dat de tevredenheid stijgt met een beter herstel en verhoogde onafhankelijkheid (Provencher et al., 2021; Stockwell-Smith, 2017).

Daarnaast maakt het de zorgverleners mogelijk om voldoende op de hoogte te zijn over de functionele status en kwaliteit van leven van de zorgvrager om dankzij deze gegevens voldoende aandacht te besteden aan hun specifieke noden (Zurlo & Zuliani, 2018) waardoor zorgverleners nog meer gerichtere informatie kunnen geven (Provencher et al., 2021). Tijdens opnames van een zorgvrager wordt er vaak naar het acuut probleem gekeken en soms te weinig naar de chronische aspecten omdat er te weinig herkenning van de zorgnoden is bij de zorgverleners met als gevolg een niet gericht ontslagproces (Fachinetti et al., 2019).

Meer concreet betekent dit dat zorgverleners aan zorgvragers individueel en op maat gemaakte, uitgebreide, adequate en herhaalde informatie geven. Dankzij de duidelijke communicatie met de zorgvrager en de naaste worden de mogelijke verwikkelingen duidelijk geïdentificeerd. Hier wordt rekening gehouden om de transitie vlot te laten verlopen en de nodige zorgverleners in de eerstelijnszorg identificeren (Zurli & Zuliani, 2018). Zorgverleners kunnen zorgvragers adviseren hoe om te gaan met de gezondheidstoestand, symptomen en hoe hulp te zoeken (Provencher et al., 2021) en ook waar deze hulp te zoeken (Zurli & Zuliani, 2018). Best wordt dit gecombineerd met schriftelijke informatie die gedeeld en aangepast wordt aan de specifieke noden van elke zorgvrager (Provencher et al., 2021; Zurli & Zuliani, 2018). Correct geschreven informatie vermindert de spanning en verwarring bij zorgvragers. Door het geven van adequate informatie en instructies, vinden naasten veel gemakkelijker een evenwicht tussen vooruitgang boeken en het gebruik maken van (over)beschermende strategieën (Provencher et al., 2021).

Provencher et al. (2021) geeft aan dat er een aantal tools zijn om de tweerichtingscommunicatie te bevorderen: gebruik maken van een classificatiesysteem om zorgvragers te beoordelen en een tijdslijn met betrekking tot herstel. Deze visuele voorstelling zou helpend zijn. Bovendien zou niet technische taal helpend zijn alsook het bespreekbaar maken van de meningen van naasten. Anders voelen deze zich machteloos en nutteloos. In het onderzoek van Stockwell-Smith et al. (2017) geven de onderzoekers aan dat het gebruik van een dagboek van het verloop en de vooruitgang van de opname het mogelijk maakt de vragen, bezorgdheden en valkuilen te identificeren om de zorgvragers en naasten beter te begeleiden naar het ontslag toe.

Indien bovenstaande mechanismen niet werden toegepast, waren zorgvragers en hun naasten ontevreden, duurde het herstel veel langer en minder goed dan verwacht, hadden ze geen kennis over de activiteiten die kunnen helpen bij het herstel en traden er meer onverwachte (postoperatieve) complicaties op (Provencher et al., 2021; Stockwell-Smith et al., 2017). Bij het optreden van complicaties is er vaak een heropname aan gekoppeld die had kunnen vermeden worden (Stockwell-Smith et al., 2017), vooral tijdens de kritische fase net na de opname waar zorgvragers nood hebben aan voldoende ondersteuning (Mabire et al., 2017).

Interprofessioneel communicatie binnen en tussen de verschillende zorglijnen

Communicatie en informatie wordt binnen en tussen verschillende zorginstellingen gedeeld via een gestandaardiseerde en niet- officiële informatie-uitwisseling en dit gebeurt interprofessioneel (Provencher et al., 2021). Deze informatie vergt een multidisciplinaire aanpak. Door een onduidelijke takenverdeling is er een gelimiteerde persoonlijke verantwoordelijkheid met als gevolg een slecht gedefinieerde en gedocumenteerde ontslagtool (Stockwell-Smith, 2017). Indien deze interventie gesteund wordt door de organisatie en het management kan dit leiden tot een betere kennis en begrip bij de zorgvrager over hun situatie, hun mogelijkheid tot participatie en minder tot vertragingen en verlies van informatie (Provencher et al., 2021). Efficiënte overgangsplanung kan een ziekenhuisopnames verkorten (Zurlo & Zuliani, 2018). Bijgevolg verhoogt de kwaliteit van de overgangszorg en verlaagt het risico op heropnames in het ziekenhuis (Provencher et al., 2021) wat bijkomend een impact heeft op duurzaamheid van de economische zorgsystemen (Zurlo & Zuliani, 2018).

Om deze sterke communicatie te bekomen in de TZ is er nood aan een goede kennis van de lokale netwerken waar de zorgvrager terecht zal komen na ontslag uit het ziekenhuis (Zurlo & Zuliani, 2018). Er is nood aan verbale en tijdige informatie-uitwisseling om complicatie en/of verslechtering van de gezondheidstoestand te voorkomen na ontslag uit het ziekenhuis (Zurlo & Zuliani, 2018) en zo heropnames doen dalen, alsook de mortaliteit (Provencher et al., 2021). Multidisciplinair overlegmomenten zouden best op regelmatige basis uitgevoerd worden. Accurate en volledige gestandaardiseerde overdrachtsdocumenten zou de kwaliteit van de informatietransfer kunnen verbeteren (Provencher et al., 2021). Het gans overdrachtsproces of overgangsproces zou gestandaardiseerd moeten worden om de zorgverleners meer duidelijkheid te bieden (Joo et al., 2021). Geoptimaliseerde interprofessionele communicatie en informatie uitwisseling vergroten immers de zorgverleners hun kennis en begrip van de situatie van de zorgvragers, verheldert hun rollen en verantwoordelijkheden ('wie doet wat') zodat de continuïteit van zorg wordt gegarandeerd. Een bijkomend voordeel is dat er minder tijdverlies is bij het zoeken van informatie met betrekking tot de gezondheidstoestand, medische behandeling en nodige medicatie van de zorgvrager (Provencher et al., 2021).

Ontslagplanung en overleg maken het mogelijk om potentiële verwikkelingen te identificeren en de zorgvrager pas op ontslag te laten gaan eens de eerstelijnszorgverleners kennis hebben van de pathologie en zorgnoden van de zorgvrager (Zurlo & Zuliani, 2018).

Vanuit de literatuur (Toscan et al., 2015) blijkt dat veel zorgverleners niet weten waarin en in welke mate hun verantwoordelijkheden liggen binnen deze uitwisseling. Om het ontslag correct te laten verlopen is het belangrijk om de teamleden te formaliseren die het ontslag gaan plannen en

coördineren (Zurlo & Zuliani, 2018). Zorgverleners melden dat ze vaak het gevoel hebben dat ze de enigen zijn die zich inspannen om deze uitwisseling mogelijk te maken. Daarom is het niet enkel noodzakelijk dat dit gesteund wordt door het management van elke organisatie, maar ook door nationale overheden (Provencher et al., 2021).

Individueel ontslagbeleid op maat van de zorgvrager en naasten

Een interventie die eveneens een meerwaarde betekent volgens Provencher et al. (2021) kan als volgt worden geschetst: het voorzien van een educatieplan waar aandacht is voor het versterken van de empowerment, het motiveren van de zorgvragers en het aanbieden van zelfzorgstrategieën. Dit vindt best plaats voor ontslag, waardoor er meer bewustwording is van mogelijke nadelige symptomen en er meer gebruik kan worden gemaakt van preventiestrategieën, die zorgen voor een betere overgang tijdens transfer (Provencher et al., 2021). Een slechte voorbereiding op ontslag is synoniem van verhoogd risico op opname (Mabire et al., 2017). Zorgvragers en eventueel naasten moeten hier ook bij betrokken worden. Participatie van zorgvragers en naasten is vaak te beperkt. Door tijdsgebrek, maar ook door een gebrek aan vaardigheden om zorgvragers en naasten te betrekken (Stockwell-Smith et al., 2017).

Om dit te realiseren kunnen zorgverleners gebruik maken van trainingssessies, al dan niet ondersteund met videomateriaal en/ of geschreven materiaal met aansluitende individuele gesprekken tijdens de opname (Provencher et al., 2021). Het is belangrijk om patiënt gecentreerde zorg uit te voeren met de betrokkenheid van de zorgvrager in de zorg. Dit kan helpend zijn om te leren om te gaan met zijn gezondheid, met symptomen en op lange termijn kan het belang van therapietrouw ten opzichte van medicatie gebruik bevorderen (Joo et al., 2021). Deze educatie moet kwaliteitsvol verlopen en frequent herhaald worden; de zorgverleners moeten toegankelijk zijn en een relatie moet opgebouwd worden met respect en begrip voor de zorgvrager. Om continuïteit van zorg te bekomen stopt de educatie van de zorgvrager niet bij het ontslag en is het belangrijk om het verder te zetten en op te volgen na ontslag (Zurli & Zuliani, 2018). Het opvolgen van de zorgvragers na ontslag is noodzakelijk en dit voornamelijk tijdens de eerste weken na ontslag (Fachinetti et al., 2021; Zurli & Zuliani, 2018). Een telefonisch opvolgesprek na ontslag kan de aangeleerde strategieën versterken (Provencher et al., 2021; Joo et al., 2021). Hierbij is het niet enkel belangrijk om zorgvragers aan te leren hoe gezondheidsbevorderende activiteiten te doen, en om hen te motiveren om niet te stoppen met gezondheidsbevorderend gedrag om heropnames te vermijden (Provencher et al., 2021; Joo et al., 2021). Er bestaan verschillende tools om de individuele, op maat gemaakte, educatieplannen te ondersteunen. Het is belangrijk dat ze heel praktisch zijn en vanuit de zorgvrager komen bijvoorbeeld

woningplattegronden getekend door zorgvrager gebruiken in functie van valpreventie. Sommige studies in de review van Provencher et al. (2021) waren ervan overtuigd om naasten zeker te betrekken bij het geven van het educatieplan. Het belang van het betrekken van naasten komt ook naar voor in de studie van Stockwell-Smith et al. (2017), ter ondersteuning van de zorgvrager, en ter vervanging als de zorgvrager zijn zorg niet zelfstandig meer kan beheren. Overwegend alle studies (Provencher et al., 2021) gaven aan dat educatie-interventies voor zorgvragers best plaatsvinden in het ziekenhuis voorafgaand het ontslag. Latere educatie-interventies kunnen voortgezet worden na ontslag door telefonische contacten te leggen, huisbezoeken te organiseren, hotlines te implementeren voor snelle communicatie noden (Joo et al., 2021). Educatie zorgt immers voor meer kennis bij zorgvragers, vertrouwen en motivatie om te gaan voor gezondheidsbevorderende strategieën, bijvoorbeeld bij educatieplannen in functie van valpreventie hebben zorgvragers meer kans om hun dagelijkse functionele activiteiten veilig te hervatten. Het opleiden van hun naasten leidt tot meer veiligere zorg thuis, mindere negatieve psychologische belasting en een betere continuïteit bij transfer (Provencher et al., 2021).

Coördinatie van de ontslagplanning

Zorgvragers moeten betrokken worden bij de coördinatie van het ontslagplanning door hun noden aan te kaarten. Zo kan er een adequate ontslagmanagement ontstaan en kan er ingeschat worden waar de zorgvrager nood aan heeft in de eerstelijnszorg (Zurlo & Zuliani, 2018). Het is van primair belang dat naasten betrokken worden. Vaak durven deze niet bovenop de expertise van de zorgverleners te spreken, daarom is het belangrijk om hen als partners te beschouwen en hen integreren in de coördinatie van de ontslagplanning (Stockwell-Smith et al., 2017).

Volgens Provencher et al. (2021) kan coördinatie van de ontslagplanning gezien worden als het aanwijzen van een coördinator die de patiëntenzorg beheert en het enige aanspreekpunt is voor de zorgvrager zeker voor zorgvragers met comorbiditeiten en die nood hebben aan zorg van verschillende zorgverleners. Deze persoon verstrekt consistente informatie, heeft een vertrouwensrelatie met de zorgvrager, zorgt voor effectieve en efficiënte informatie en identificeert de zorgbehoeften. De manier van werken resulteert in hogere patiëntentevredenheid, betere continuïteit van zorg en vermindert het risico op heropname en voorkomt functionele achteruitgang bij de zorgvrager. Deze bevindingen kwamen eveneens naar voor in het onderzoek van Stockwell-Smith et al. (2017) waar niet enkel de functionele, maar ook de cognitieve achteruitgang bij zorgvrager werd geïdentificeerd. Het is immers zo dat communicatie- en educatiestrategieën hun doel niet halen als ze niet goed geïntegreerd en gecoördineerd worden. De aangewezen zorgverlener kan fungeren als enige aanspreekpunt voor zorgvrager en coördineert uitgebreide en op maat gemaakte interventies, wat zeker belangrijk is voor

kwetsbare zorgvragers. Deze zorgverlener wordt omschreven als een “systeem coördinator”, “ontslagcoördinator”, “transitie coach” of een “case manager” (Provencher et al., 2021; Joo et al., 2021; Mabire et al., 2017).

Mabire et al., (2017) omschrijft een transitie coach als een persoon die het ontslag van de zorgvrager zal coördineren van het ziekenhuis naar huis met vier pilaren binnen het “Care transitions program’: zelfmanagement voor inname van medicatie, patiënt gecentreerd dossier, opvolging na ontslag en aandacht voor de potentiële verwikkelingen en verslechtingen van het medisch toestand van de zorgvrager. De coach voert een anamnese uit in het ziekenhuis om het ontslagmanagement op te stellen. Het ontslagproces wordt multidisciplinair en lijnoverschrijdend ontwikkeld in samenspraak met de zorgvrager en zijn naasten. Deze wordt verder opgevolgd na ontslag van de zorgvrager in de eerstelijnszorg waar de naaste een belangrijk rol spelen.

Praktijkluik

Na het uitvoeren van de literatuurstudie en het samenvatten van de resultaten werd er een praktijkluik uitgewerkt. Om de werking in de praktijk te kunnen vaststellen werd er samen met de afdelingshoofden gekeken naar de inhoud van de ontslagbrieven van een afdeling met chronische, kwetsbare zorgvragers. De tweede brief gaat over een ontslag na een kortverblijf in het ziekenhuis.

Beschrijving ontslagbrief afdeling met chronische zorgvragers

Als een zorgvrager op ontslag gaat wordt er systematisch een ontslagbrief opgesteld door de verpleegkundige en door de arts. Deze zijn twee verschillende documenten die samengevoegd worden.

Op de afdeling zijn de meeste zorgvragers chronisch en de meerderheid daarvan zijn kwetsbaar. De meeste zorgvragers zijn reeds in de eerstelijnszorg gekend en opgevolgd. Bij ieder ontslag naar een rusthuis of naar huis wordt door de **verpleegkundige** een ontslagdocument opgesteld met de gegevens van de opname waar de laatste metingen en informatie omtrent de zorgvrager automatisch overgenomen worden. De gevalideerde gegevens die terug te vinden zijn in het elektronisch patiëntendossier worden automatisch overgenomen in de ontslagbrief en wordt nagekeken en aangevuld door de verantwoordelijke verpleegkundige.

Het verslag dat opgesteld wordt voor ontslag kan meegegeven worden met de zorgvrager die het dan op zijn beurt kan overhandigen aan de eerstelijnszorgverlener. Meestal wordt dit aan de arts doorgegeven, maar het zou eventueel ook aan de eerstelijnszorg verpleegkundige gegeven kunnen worden, wat in de praktijk zelden tot nooit gebeurt.

Inhoudelijk vindt men volgende informatie in de ontslagbrief

- Contactgegevens van de patiënt
- Zorginformatie
 - Psychisch functioneren
 - Medicatie
 - Functionele status
 - Voeding
 - Wondzorg (soort, frequentie wondzorg, materiaal)
 - Sonde
 - Zorgafspraken
 - Medische informatie
 - Reden van opname
 - Allergieën

De telefoonnummer van de afdeling wordt mee opgenomen in het dossier alsook de naam van de verpleegkundige die het verslag gemaakt heeft. Zo kunnen de eerstelijnszorgverleners steeds contact opnemen met de afdeling om extra informatie te vragen. De ontslagbrief omvat eveneens informatie van de afdeling en naam van de verpleegkundige die het verslag geschreven heeft. Bij een zorgvrager die reeds verzorgd wordt in de eerstelijnszorg en waar niets nieuws is, wordt er geen verpleegkundig verslag gemaakt.

Aanvullend aan het verpleegkundige ontslagdocument is er ook een **medisch** verslag die ingevuld wordt door de nefroloog en meegegeven wordt aan de zorgvrager. Deze bevat volgende medische informatie:

- Voorgeschiedenis van de patiënt
- Reden van opname
- Verloop van de opname
- Toestand bij ontslag
- Medicatielijst

Naast het medisch verslag wordt de medicatie voorgeschreven door de verzorgende arts. Deze voorschriften worden toegevoegd op de identiteitskaart van de zorgvrager. Enkel de arts heeft toegang tot deze gegevens op de identiteitskaart en de verpleegkundige kan dus niet nakijken of de voorschriften in orde zijn. De zorgvrager kan via MyNexuzhealth, Helena, Vitalink en andere Apps deze informatie raadplegen, maar de meeste zorgvragers hebben deze Apps niet of kunnen hier niet mee werken.

De **sociaal assistent** neemt telefonisch contact op met de naasten, het rusthuis of eerstelijnszorgverleners. Hiervan wordt schriftelijk verslag opgemaakt.

Bij zorgvragers die complexe zorg nodig hebben zoals bijvoorbeeld peritoneale dialyse, wordt er gezocht naar eerstelijnszorg verpleegkundigen die hier kennis van hebben en wordt er telefonisch contact genomen om de zorg uit te leggen. Er is geen duidelijkheid rol toekenning om te weten wie het contact legt en de verpleegkundige moet hier zelf aan denken. Het wordt door de verpleegkundige, adjunct hoofdverpleegkundige of hoofdverpleegkundige geregeld in functie van wie er aan denkt en tijd voor maakt.

Beschrijving ontslagbrief kort verblijf

Bij een kortverblijf op een chirurgische dag opname in een Vlaams ziekenhuis wordt er een ontslagbrief meegegeven aan de zorgvrager. Deze brief wordt beschouwd als de ontslagbrief voor de zorgvrager, maar richt zich naar de persoonlijke huisarts van de zorgvrager en maakt gebruik van medische terminologie.

Alle identificatiegegevens met betrekking tot het ziekenhuis werd verwijderd om pseudonymisatie te bekomen.

Deze brief werd overhandigd aan de zorgvrager samen met datum en uur van een vervolgspraak. De brief werd niet mondeling toegelicht (persoonlijke communicatie, 2022).

De ontslagbrief bevat volgende gegevens:

- Reden van opname
- Voorgeschiedenis
- Uitgevoerde behandeling
- Nabehandeling
- Nummer van de spoedgevallendienst
- Naam geneesheer die het document heeft gevalideerd

Wat observeert men in deze brief:

- De ontslagbrief is gericht naar de huisarts.
- Men spreekt steeds over een mannelijke zorgvrager ("hij-vorm") terwijl het gaat over een vrouw.
- Zorgvrager wordt op een vrijdag ontslaan met vraag voor eerstelijnszorg, geen materiaal werd meegegeven.
- Gebruik van medische terminologie.
- Zorgvrager moet vier dagen analgesie nemen: er is geen verwijzing naar voorschrift en werd niet toegevoegd aan de ontslagbrief.

Er worden medische termen gebruikt doorheen het verslag dat meegegeven wordt aan de zorgvrager, zonder toelichting. Er moet een wonden verzorgd worden, maar er is geen lijst van materiaal dat aangekocht moet worden of geen voorschrift voor de thuisverpleging. Er wordt geschreven dat de zorgvrager vier dagen analgesie moet krijgen, zonder enige uitleg over de medicatie noch een voorschrift.

Discussie

Vanuit de literatuurstudie werd er een strategie tot duurzame implementatie geïdentificeerd en verschillende ontslaginterventies die noodzakelijk zijn om te komen tot een optimale transitie. Tweerichtingscommunicatie tussen professionele zorgverleners en zorgvragers; interprofessioneel communicatie binnen en tussen de verschillende zorglijnen; individueel ontslagbeleid op maat van zorgvrager en naasten; coördinatie van de ontslagplanning. Deze ontslaginterventies kunnen opgenomen worden bij een ontslagbeleid die het ganse transitieproces optimaliseert en zorgt voor defragmentatie van de zorg.

Er bestaan verschillende evidence based TZ uitwerkingen, maar de vertaling naar de praktijk is niet altijd evident. Het implementeren van TZ in de praktijk is traag en dubbelzinnig en met moeilijkheden om correcte vertaling te bereiken (Fakha et al., 2022). Klinische paden of interventies werken voor de doorsnee zorgvrager, maar kwetsbare zorgvragers zoals oudere zorgvragers hebben specifieke noden waar aandacht aan besteed moet worden tijdens de transitie in de zorg (Zurlo & Zuliani, 2018).

Doorheen de geanalyseerde artikels werd er slechts in één artikel geïdentificeerd wat nodig is om TZI duurzaam te implementeren. De andere artikels gingen over de evaluatie van de TZI, maar niet over de implementatie ervan.

Duurzaam implementeren TZI in de praktijk

Het enkel opstellen van ontslaginterventies is niet voldoende om deze duurzaam door de lijnen heen te implementeren. Er moet eerst gekeken worden hoe zorgverleners deze implementatie aanpakken. Fakha et al. (2022) hebben in hun Delphi studie nagedacht met experts welke elementen aanwezig moeten zijn om die TZ in de praktijk te implementeren op een duurzame wijze. Om een TZI duurzaam te implementeren identificeerde Fakha et al. (2022) katalysatoren die noodzakelijk zijn. Het is pas als er het besef is dat er nood is aan een aanpassing (**urgentie**) dat de **leiders** dit gaan zien als een **prioriteit** en dat er **middelen** vrij gemaakt zullen worden om deze implementatie mogelijk te maken. Om deze implementatie duurzaam te verankeren is er ook nood aan de betrokkenheid van de **stakeholders**. Naast deze katalysatoren is het belangrijk om alle betrokkenen op **één stuurlijn** te krijgen zodat iedereen zich aan het project kan identificeren en de nood hier in ziet.

Communicatie tussen de verschillende betrokkenen

De onderzoekers van Provencher et al. (2021) leggen voornamelijk de focus op het geven van informatie, toch is het belangrijk om bij deze tweerichtingscommunicatie aandacht te hebben voor strategieën om het emotionele welbevinden te bevorderen. Deze zijn noodzakelijk om de draagkracht

te verhogen, zich gemakkelijker aan te passen aan en accepteren van de nieuwe gezondheidstoestand, alsook het behouden van de positiviteit (Groenvynck et al., 2021). Uit onderzoek (Swinnen & Thiry, 2021) kwam er naar voor dat in de praktijk de interprofessionele communicatie te beperkt of onderbroken verloopt, zeker tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg. Bij deze informatie-overdracht ontbraken vaak degelijke documenten, regelmatige communicatie of was de aanwezige informatie onvolledig tot zelfs onjuist (Swinnen & Thiry, 2021). Dergelijke situaties leidden tot een communicatiekloof tussen de verschillende betrokkenen in de zorg die complicaties bij de zorgvrager kunnen veroorzaken.

In de praktijk ligt de verantwoordelijkheid vaak bij de zorgvrager. Zoals het geven van de ontslagbrief aan de zorgvrager die het zelf dan aan de juiste zorgverlener in de eerstelijnszorg moet doorgeven (persoonlijke communicatie, Zorgzaam Leuven, 8 september 2022). Het is belangrijk om een persoon aan te duiden wie verantwoordelijk is voor het ontslagproces (Provencher et al., 2021; Joo et al., 2021; Mabire et al., 2017) en deze lijnoverschrijdend opvolgt. Een online informatiesysteem (of elektronisch patiëntendossier) met belangrijke patiëntinformatie zou de uitwisselingen kunnen vergemakkelijken als het bruikbaar is tussen de twee zorglijnen en beschikbaar en bruikbaar is voor alle betrokken zorgverleners en de zorgvrager om de continuïteit van de zorg te garanderen. Dit online systeem dient gepaard te zijn met mondelinge informatie, vooral bij complexe patiënten (Swinnen & Thiry, 2021). Op de afdeling nefrologie wordt er bijkomend contact opgenomen met eerstelijnszorgverleners die kennis van de specifieke zorg zoals bijvoorbeeld peritoneale dialyse hebben om na te gaan of de zorgvrager goed zal opgevolgd worden (persoonlijke communicatie, juni 2022).

Individueel ontslagbeleid op maat van de zorgvrager

Bij het uitwerken van het individueel ontslagbeleid is het belangrijk om te werken op verschillende niveaus. Provencher et al. (2021) richt zich voornamelijk op het opbouwen van meer kennis door voldoende informatie te geven. Zurlo & Zuliani (2018) richt hier ook het belang van een goede identificatie van het lokaal netwerk om de zorgvrager te helpen zich te oriënteren in de eerstelijnszorg en zo tijdig de gepaste hulp vinden om complicaties te voorkomen na ontslag. Naast deze identificatie en communicatie is het ook belangrijk om belang te hechten aan educatieve interventies. Deze interventies richten zich op, ten eerste, het zich kunnen aanpassen aan de nieuwe gezondheidstoestand en ten tweede meer kennis bekomen met betrekking tot de organisatiestructuur van de eerstelijnszorg zodat zorgvragers weten bij wie ze terecht kunnen (Groenvynck et al., 2021). Hoewel de studies van Provencher et al. (2021) niet altijd overtuigend zijn om naasten te betrekken in het opstellen van een ontslagplanning, hebben andere onderzoekers hier een andere mening over: educatie aan naasten geven met betrekking tot het belang van zelfzorg (Groenvynck et al. 2021).

Naasten zullen de zorgvrager op heden meer opvangen en ondersteunen in de eerstelijnszorg en daarom worden deze beter betrokken in het ontslagbeleid. Dit geeft hun de mogelijkheid om meer kennis te hebben van de ziekte-toestand en zullen ze in staat zijn om complicaties vroegtijdig te identificeren (Stockwell-Smith et al., 2017). In de praktijk (Swinnen & Thiry, 2021) heeft de naaste een belangrijke rol om zorgverleners in de eerstelijnszorg te vinden alsook het zorgen voor het nodige materiaal voor de uit te voeren zorgen, maar hebben ze vaak te weinig informatie over de ziekte-toestand om voldoende inzichten te hebben. Hoewel een aantal studies uitgevoerd zijn binnen de context van transitie van tweede lijn naar een woonzorgcentrum, zijn deze resultaten toch transfereerbaar, gezien deze naasten (zwaar) belast kunnen worden zowel op psychologische als op fysiologische vlak (Groenvynck et al., 2022).

Coördinatie van de ontslagplanning

Veel studies binnen de review van Provencher et al. (2021) geven aan dat de integratie en coördinatie best gedurende het ganse proces van transitie plaatsvindt, van opname tot ontslag naar huis en nadien tijdens het vervolgtraject. Echter geven de geïncorporeerde studies aan dat veel zorgsystemen geen tijd en middelen hebben om deze effectieve coördinatie aan te bieden. Het is zelfs zo dat door de verouderde populatie die gepaard gaat met veel comorbiditeiten en een noodzaak van verschillende zorgteams het geen evidentie is dit goed te coördineren. Hoewel net die coördinatie en integratie zorgverleners helpt bij het identificeren, anticiperen op en het wegnemen van de ervaren barrières door de zorgvragers. Daarnaast zorgt het er eveneens voor dat het multidisciplinair team meer gebruik maakt van passende middelen. Een geïntegreerd informatiesysteem zou de communicatie kunnen verbeteren en het delen van informatie tussen en binnen de zorglijnen. De kwaliteit en de continuïteit van zorg verbetert hierdoor waardoor er een betere kwaliteit van leven is die gepaard gaat met een betere vervulling van fysieke, psychologische en sociale noden (Provencher et al., 2021).

Een TZ dient uitgevoerd te worden op een gestructureerde wijze waar zorgvragers, naasten, zorgverleners (lijnoverschrijdend en multidisciplinair) betrokken worden (Zurlo & Zuliani, 2018; Provencher et al., 2021; Stockwell-Smith et al., 2017). Om ervoor te zorgen dat iedere betrokkene zijn rol opneemt is het belangrijk dat de ieder een duidelijke rol krijgt (Provencher et al., 2021; Joo et al., 2021; Mabire et al., 2017). Naasten dienen gestimuleerd te worden om te voorkomen dat ze niet durven spreken boven de expertise van de zorgverleners (Stockwell-Smith et al., 2017). Uit de praktijk (Swinnen & Thiry, 2021) komt naar voor dat naasten niet alles begrijpen of niet alle informatie gekregen hebben om actief te kunnen deelnemen in het ontslagproces van de zorgvrager. In de

ontslagbrieven die terug te vinden zijn worden er medische termen gebruiken en wordt er geen rekening gehouden met de voorkennis van de zorgvrager en de naaste.

Indien in de ontslagbrief gevalideerde informatie wordt geschreven door de verpleegkundige is dit een meerwaarde voor het hele transitieproces. Indien de verpleegkundige dit niet doet, is de informatie vaak onvolledig en hebben de eerstelijnszorgverleners bijgevolg niet de laatste gegevens van de ziekte-toestand van de patiënt. Uit het vooronderzoek (Swinnen & Thiry, 2021) is niet correcte of ontbrekende informatie een vaak voorkomend probleem wat de overgang naar de eerstelijnszorg en de continuïteit van zorg bemoeilijkt.

Op één ontslagbrief staat er de nummer van de spoedgevallenafdeling, de andere brief vermeld enkel de nummer van de afdeling en de naam van de verpleegkundige die de ontslagbrief heeft geschreven. Bij het aanduiden van een verantwoordelijke, is het belangrijk dat deze persoon meer duidelijke informatie/ advies kan doorgeven aan de eerstelijnszorgverlener indien gewenst (Zurli & Zuliani, 2018). Uit onderzoek (Swinnen & Thiry, 2021) is het niet vinden van een contactpersoon binnen het ziekenhuis een vaak voorkomend probleem die de overgang bemoeilijkt en tijdrovend is voor de zorgverlener van eerstelijnszorg die de zorg met betrekking tot zorgvrager overneemt.

De ontslagbrief op de afdeling nefrologie wordt niet ingevuld of meegegeven voor zorgvragers die reeds gekend zijn in de eerstelijnszorg. Uit het onderzoek van Swinnen & Thiry (2021) geven de eerstelijnszorgverleners dit echter wel noodzakelijk te vinden om op de hoogte te blijven van alle mogelijke, zelfs kleine, aanpassingen in de zorg (medicatie, wondzorg, functionele capaciteiten).

Aanbevelingen voor de praktijk

- Het is noodzakelijk om zo vroeg mogelijk de zorgvragers en hun naasten te betrekken in de TZ om ervoor te zorgen dat ze voldoende kennis hebben tegen het moment van ontslag en zodat de overgang naar de eerstelijnszorg vlot verloopt. Uit onderzoek (Swinnen & Thiry, 2021) gaven zorgvragers en naasten aan dat ze vaak niet voldoende ontslag-informatie hadden.
- Om een efficiënte TZ te bekomen moet de informatie doorgegeven worden aan de verschillende betrokkenen. Een ontslagbrief zou zich kunnen richten naar verschillende zorgprofessionals en niet enkel naar de huisarts zodat de verschillende zorgverleners deze ontvangen bij aanvang van de zorg. Ook is het belangrijk om een ontslagbrief op te stellen met de nodige informatie voor de betrokkenen. Dit betekent dat de zorgvrager informatie op maat moet krijgen, in een verstaanbare taal vrij van medisch jargon.
- Een ontslagbrief dient opgesteld te worden voor iedere opname om continuïteit van zorg te verzekeren. Zorgverleners uit de eerstelijnszorg weten op deze wijze hoe de zorg verder te zetten bij de zorgvrager.
- De verantwoordelijke voor de ontslagbrief dient zijn dossier steeds goed aan te vullen en aan te passen ter voorbereiding van het ontslag om de laatste aanpassingen en gegevens mee te nemen in de ontslagbrief. Uit eerdere studie (Swinnen & Thiry, 2021) kwam naar voor dat eerstelijnszorgverpleegkundige niet steeds beschikken over de laatste informatie omtrent de zorgvrager en zijn niet op de hoogte van bepaalde aanpassingen die tijdens de opname plaatsvonden.
- Er is nood aan een contactpersoon binnen het ziekenhuis voor concrete vragen. Uit de enquête die afgenomen werd bij zorgverleners in de eerstelijnszorg was het gebrek aan contactinformatie en mogelijkheden tot vragen stellen in het ziekenhuis een beslissende factor die de continuïteit van zorg belemmerde (Swinnen en Thiry, 2021).

Beperkingen van de literatuurstudie

Bij het uitvoeren van de literatuurstudie werd opgemerkt dat er nog weinig onderzoek is verricht naar transitie bij kortdurende opnames en zeker bij kwetsbare zorgvragers. Uiteraard is hier meer onderzoek noodzakelijk, toch waren bepaalde elementen van de geïnccludeerde studies transfereerbaar naar de context van een kortdurende opname en kwetsbare zorgvragers. Zo gaat het in een aantal artikels over oudere patiënten of chronisch zieken, wat ook kwetsbare groepen zijn.

Er zijn een aantal beperkingen verbonden aan de uitgevoerde literatuurstudie. Ten eerste is het mogelijk dat niet alle artikels met betrekking tot bestaande ontslaginterventies werden geïdentificeerd vanwege de enorme heterogeniteit van terminologie met betrekking tot TZI. De onderzoekers hanteerde wel een PICO gestuurde zoekstring, toch is er op zeker hoogte een onzekerheid over het ophalen van alle relevante studies. Mogelijks zijn effectieve ontslaginterventies alleen te vinden in primaire onderzoeken en grijze literatuur die in deze literatuurstudie ontbreken. Daarnaast werden er enkele filters ingesteld waaronder: taalbeperkingen, publicatiedatum en type onderzoek. Er werd bewust gekozen voor reviews; deze zijn zowel krachtig aangezien het een samenvatting weergeeft van recente onderzoeken, toch een beperking gezien er geen relevante primaire studies werden opgenomen. Ten tweede bleek er uit de gegevensextractie en analyse van de geïnccludeerde studies het redelijk vaag hoe deze interventies precies werden uitgevoerd in de praktijk, wie er betrokken werd bij de realisatie van de ontslaginterventie en hoe deze duurzaam geïmplementeerd werden. Er is maar één artikel die de implementatie strategie aankaartte. Ten derde en ten laatste werd er geen kwaliteitsbeoordeling uitgevoerd van de geïnccludeerde onderzoeken. Deze literatuurstudie had voornamelijk als doel om een overzicht te geven van bestaande ontslaginterventies gericht op het verbeteren van de transitie van gespecialiseerde zorg naar de eerstelijnszorg.

De geanalyseerde ontslagbrieven zijn maar een kleine steekproef van de bestaande ontslagbrieven tussen de gespecialiseerde zorg naar de eerstelijnszorg. Eén van de ontslagbrieven is voornamelijk gericht naar chronische patiënt, wat niet geheel overeenkomt met ons doelpopulatie. Toch waren er een aantal bevonden elementen die reeds geïdentificeerd werden als ontbrekend in de literatuurstudie en in het vooronderzoek.

Conclusie

Transitie in de zorg tussen de zorglijnen is een complex gebeuren die multidisciplinair en lijnoverschrijdend dient georganiseerd te worden en dit zelfs bij een korte opname in het ziekenhuis. Zowel professionele zorgverleners als zorgvragers en hun naasten zijn gedurende het ganse proces hier actoren van. Er is een noodzaak om bij de verschuiving tussen zorglijnen gebruik te maken van evidence based ontslaginterventies die principes van empowerment toepassen. Deze interventies dienen op maat van de zorgvrager en met de zorgvrager voorbereid en ontwikkeld te worden. De wetenschappelijke literatuur heeft er een aantal beschreven, maar het is moeilijk om deze duurzaam te implementeren in de praktijk. Om deze duurzaam te implementeren moeten de verschillende betrokkenen hun rol hier in en het nut ervan kunnen identificeren. Daarnaast zijn de middelen, het prioriteitsniveau alsook de motivatie van de leidinggevenden belangrijke aspecten. Er kan klein gestart worden om het succes verhaal later uit te breiden.

In de analyse van de praktijkluik bleek dat er weinig empowerende ondersteunende principes werden toegepast in de praktijk. Hier moet in de toekomst aan gewerkt worden om heropnames, complicaties, zorgsysteem kosten en eventueel mortaliteit te verlagen.

Literatuurlijst

Abu, H. O., Anatchkova, M. D., Erskine, N. A., Lewis, J., McManus, D. D., Kiefe, C. I., & Santry, H. P.

(2018). Are we “missing the big picture” in transitions of care? Perspectives of healthcare providers managing patients with unplanned hospitalization. *Applied Nursing Research*, 44, 60–66. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.09.006>

Braet, A. (2016, juni). Unplanned readmissions in Belgian hospitals. Importance of quality of in-hospital care and quality of care transitions. (Doctoraat). KULeuven.

Coffey, A., Mulcahy, H., Savage, E., Fitzgerald, S., Bradley, C., Benefield, L., & Leahy-Warren, P. (2017). Transitional care interventions: Relevance for nursing in the community. *Public Health Nursing*, 34(5), 454–460. <https://doi.org/10.1111/phn.12324>

Fakha, A., de Boer, B., van Achterberg, T., Hamers, J., & Verbeek, H. (2022, 16 februari). Fostering the implementation of transitional care innovations for older persons: prioritizing the influencing key factors using a modified Delphi technique. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02672-2>

Facchinetti G., D’Angelo, D., Piredda, M., Petitti, T., Matarese, M., Olivetti, A. & De Marinis, M. G. (2020). Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 101, 103396.

Geary, C. R., & Schumacher, K. L. (2012). Care Transitions. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 236–248. <https://doi.org/10.1097/ans.0b013e31826260a5>

Groenvynck, L., Fakha, A., De Boer, B., Hamers, J. P. H., Van Achterberg, T., Van Rossum, E., & Verbeek, H. (2021). Interventions to Improve the Transition From Home to a Nursing Home: A Scoping Review. *The Gerontologist*. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab036>

Hardicre, N. K., Birks, Y., Murray, J., Sheard, L., Hughes, L., Heyhoe, J., Cracknell, A., & Lawton, R. (2017). Partners at Care Transitions (PACT)—exploring older peoples’ experiences of

transitioning from hospital to home in the UK: protocol for an observation and interview study of older people and their families to understand patient experience and involvement in care at transitions. *BMJ Open*, 7(11), e018054. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018054>

Health Belgium. (2019, 28 juni). 4.2.1. Evolutie van het aantal dagen - het aantal opnames en de gemiddelde verblijfsduur : algemene ziekenhuizen. FOD Volksgezondheid.
<https://www.health.belgium.be/nl/421-evolutie-van-het-aantal-dagen-het-aantal-opnames-en-de-gemiddelde-verblijfsduur-algemene>

Joo, J. Y. & Liu, M. F. (2021). Effectiveness of transitional care interventions for chronic illness: A systematic review of reviews. *Applied Nursing Research*, 61, 151485.

Jones, C. D., Jones, J., Bowles, K. H., Schroeder, S., Masoudi, F. A., Coleman, E. A., Falvey, J., Levy, C. R., & Boxer, R. S. (2019). Patient, Caregiver, and Clinician Perspectives on Expectations for Home Healthcare after Discharge: A Qualitative Case Study. *Journal of Hospital Medicine*, 14(2), 90–95. <https://doi.org/10.12788/jhm.3140>

KCE. (2021, 11 maart). *Continuïteit van zorg*. Naar een gezond België.
<https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/zorgkwaliteit/continuïteit-van-zorg#QC-4>

Kern, L. M., Safford, M. M., Slavin, M. J., Makovkina, E., Fudl, A., Carrillo, J. E. & Abramson, E. L. (2019). Patients' and Providers' Views on Causes and Consequences of Healthcare Fragmentation in the Ambulatory Setting: a Qualitative Study. *Journal of General Internal Medicine*, 34(6), 899–907. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04859-1>

Mabire, C., Dwyer, A., Garnier, A. & Pellet J. (2017). Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 788-799. DOI: 10.1111/jan.13475

- Mitchell, S. E., Laurens, V., Weigel, G. M., Hirschman, K. B., Scott, A. M., Nguyen, H. Q., Howard, J. M., Laird, L., Levine, C., Davis, T. C., Gass, B., Shaid, E., Li, J., Williams, M. V., & Jack, B. W. (2018). Care Transitions From Patient and Caregiver Perspectives. *The Annals of Family Medicine*, 16(3), 225–231. <https://doi.org/10.1370/afm.2222>
- Murray, J., Hardicre, N., Birks, Y., O'Hara, J., & Lawton, R. (2019). How older people enact care involvement during transition from hospital to home: A systematic review and model. *Health Expectations*, 22(5), 883–893. <https://doi.org/10.1111/hex.12930>
- Naylor, M. D., Shaid, E. C., Carpenter, D., Gass, B., Levine, C., Li, J., Malley, A., McCauley, K., Nguyen, H. Q., Watson, H., Brock, J., Mittman, B., Jack, B., Mitchell, S., Callicoatte, B., Schall, J., & Williams, M. V. (2017). Components of Comprehensive and Effective Transitional Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(6), 1119–1125. <https://doi.org/10.1111/jgs.14782>
- Slatyer, S., Aoun, S. M., Hill, K. D., Walsh, D., Whitty, D., & Toye, C. (2019). Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: a qualitative analysis. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4042-0>
- Snow, K., Galaviz, K. & Turbow, S. (2019). Patient Outcomes Following Interhospital Care Fragmentation: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 35(5), 1550–1558. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05366-z>
- Stockwell-Smith, G., Moyle, W., Marshall P. A., Argo, A., Brown, L., Howe, S., Layton, K., Naidoo, O., Santoso, Y., Soleil-Moudiky-Joh, E & Grealish, L. (2017) Hospital discharge processes involving older adults living with dementia: An integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 27, e712-e725.

Swinnen, K. & Thiry, P. (2021). Transitie in de zorg (intern rapport). UCLL Leuven - Health Innovation.

Toscan, J., Mairs, K., Hinton, S., & Stolee, P. (2012). Integrated transitional care: patient, informal caregiver and health care provider perspectives on care transitions for older persons with hip fracture. *International Journal of Integrated Care*, 12(2). <https://doi.org/10.5334/ijic.797>

Weetman, K., Dale, J., Scott, E., & Schnurr, S. (2020). Adult patient perspectives on receiving hospital discharge letters: a corpus analysis of patient interviews. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05250-1>

Zurlo, A., & Zuliani, G. (2018). Management of care transition and hospital discharge. *Aging Clinical and Experimental Research*, 30(3), 263–270. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0885-6>