

10 tips voor een goede transmurale overdracht

Rosanne van Seben, Suzanne E. Geerlings en Bianca M. Buurman

Met een transmurale overdracht worden de verantwoordelijkheden voor de patiënt door de behandelend arts, verpleegkundige, paramedicus of apotheker in het ziekenhuis overgedragen aan de volgende zorgverlener. Een goede transmurale overdracht is belangrijk om de continuïteit van zorg te waarborgen. De ontslagbrief arriveert echter vaak pas laat of is niet compleet. Bovendien wordt de patiënt nauwelijks betrokken bij zijn of haar eigen overdracht. De risico's van een onvolledige overdracht kunnen groot zijn. Meer dan de helft van de vermijdbare complicaties die plaatsvinden na ontslag, is toe te schrijven aan slechte communicatie tussen de verschillende zorgverleners in het ziekenhuis en de eerste lijn. Door bepaalde aanpassingen komt de transmurale overdracht centraler te staan tijdens de ziekenhuisopname. Standaardiseer bijvoorbeeld het ontslagproces en de inhoud van transmurale overdracht, plan een streefontslagdatum, begin tijdig met het verzamelen van informatie voor de overdracht en betrek de patiënt bij zijn overdracht.

Een kwetsbare, 82-jarige vrouw, die bekend is met hypertensie, wordt met spoed opgenomen in het ziekenhuis wegens symptomatische hyponatriëmie. De internist staakt de diuretica die zij voor de hypertensie gebruikt en geeft een ander antihypertensivum. Na een aantal dagen gaat patiënte met herstelde natriumwaarden en een goed gereguleerde bloeddruk naar huis. Zij krijgt een recept mee voor de nieuwe medicatie. De internist vraagt in zijn ontslagbrief of de huisarts in de week na ontslag bij patiënte op huisbezoek wil gaan voor een bloeddruk- en natriumcontrole. Thuis vindt patiënte de medicijnen die ze al jaren gebruikt. De dag voor ontslag heeft zij de internist niet gezien en ze kan zich niet herinneren dat hij verteld heeft dat ze met deze oude medicijnen moet stoppen. Zij besluit de oude en nieuwe medicijnen samen in te nemen. Na een week komt patiënte opnieuw op de SEH met een hyponatriëmie. De internist belt de huisarts; nu blijkt dat de huisarts van niets weet. De ontslagbrief ligt nog als conceptversie bij de internist.

Een goede transmurale overdracht is essentieel om de continuïteit van zorg na ontslag uit het ziekenhuis te waarborgen. De ontslagbrief arriveert echter vaak pas laat bij de huisarts of is niet compleet. Bovendien wordt de patiënt nauwelijks betrokken bij zijn of haar eigen overdracht. Omdat de risico's van een onvolledige overdracht groot zijn en er bovendien effectieve methoden bestaan om de transmurale overdracht te verbeteren, geven wij in dit artikel 10 tips voor een goede transmurale overdracht.

TIP 1 STANDAARDISEER HET ONTSLAGPROCES

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) stelt dat een niet tijdige en onvolledige overdracht mede wordt veroorzaakt door het ontbreken van standaarden voor informatie-uitwisseling. Binnen het ontslagproces kan het onduidelijk zijn wie waarvoor verantwoordelijk is. In principe geldt dat de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor de continuïteit van zorg, ook bij transmurale overdrachten. Maar ook de zaalarts en verpleegkundige spelen een belangrijke rol bij de ontslagprocedure. Het gebruik van een checklist waarin staat wie waarvoor verantwoordelijk is, kan helpen om de ontslagprocedure te

AMC, afd. Interne Geneeskunde, Amsterdam.

R. van Seben, MSc, gezondheidswetenschapper;

prof.dr. S.E. Geerlings, internist;

dr. B.M. Buurman, verpleegkundige en senior onderzoeker.

Contactpersoon: dr. B.M. Buurman (b.m.vanes@amc.nl).

Binnen 24 uur na opname:		Wie
Mogelijkheden van zorg door patiënt en/of vertegenwoordiger na ontslag?	Vpk	
(Aanvullende thuis-)zorg noodzakelijk na ontslag?	Vpk	
Potentiële barrières goed voorbereid ontslag?	Vpk	
Binnen 48 uur na opname		
Formuleer ontslagcriteria (medisch, organisatorisch en patiënt gerelateerd).	Arts	
Bepaal (streef)ontslagdatum, plaats ontslagorder en communiceer dit met de patiënt.	Arts/ Vpk	
Nazorg o.b.v. opname noodzakelijk? > POINT	Vpk	
Binnen 48 uur voor ontslag		
(verpleeg-)Huisarts of specialist ouderengeneeskunde geïnformeerd?	Arts	
Lab- vervolgonderzoek, trombosedienst aangevraagd?	Arts	
Mantelzorgert uitgenodigd voor ontslaggesprek?	Vpk	
Nazorg bevestigd door transferpunt? Zo nee, bellen!	Vpk	
Registreer in de secties van de Ontslagnavigator om de ontslagdocumentatie af te ronden	Arts/ Vpk	
Binnen 24 uur voor ontslag:		
Transport: Beoordeel en regel mogelijkheden van vervoer met patiënt/ vertegenwoordiger en familie/mantelzorgert.	Vpk	
ONTSLAGGESPREK: Zie waaierkaart Checklist ontslaggesprek.	Arts	
Dag van ontslag:		
Completeer ontslagsamenvatting (incl. medicatie)	Arts	
Print Ontslagsamenvatting en overhandig aan patiënt	Vpk	
Upload vpk. overdracht in POINT en geef een geprinte versie mee aan de patiënt.	Vpk	
Print (z.n.) Overdracht Ambulance	Arts	
Complicatieregistratie ingevuld?	Arts	
Binnen 24 uur na ontslag:		
Verzend voorlopig ontslagdocument naar opvolgende zorgverlener	Arts	
Binnen 24 uur na ontslag:		
Verzend definitief ontslagdocument naar de opvolgende zorgverlener.	Arts	
Nabellen: Huidige toestand van de patiënt nu? Onduidelijkheden over diagnose, follow up, medicijnen?	Vpk	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Noteer altijd de ondernomen acties en de informatie die daarover aan patiënt/vertegenwoordiger en familie is verstrekt in het patiëntendossier. ○ Zie ook Kwadraet: werkinstructie ontslag ○ (voor 'checklist ontslaggesprek' zie ander kaartje) 		

Ontslagprocedure

2016-2-018

FIGUUR 1 Voorbeeld van een checklist die artsen en verpleegkundigen in het AMC gebruiken bij ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis.

standaardiseren. Figuur 1 geeft als voorbeeld een checklist die artsen en verpleegkundigen in het AMC gebruiken.

TIP 2 STANDAARDISEER DE INHOUD VAN DE OVERDRACHT

Het helpt om de inhoud en het format van de transmurale overdrachtset te standaardiseren. De overdrachtset bestaat uit een medische overdracht, medicatieoverdracht en verpleegkundige overdracht. De medische overdracht geeft een overzicht van het beloop van de ziekenhuisopname en wat het vervolg is. Uit onderzoek is gebleken dat de informatie over de gewenste follow-up

van de patiënt en de zorg die thuis is ingezet, vaak beperkt is, terwijl dit voor de huisarts essentiële informatie is. Het gebruik van een elektronisch patiëntendossier kan helpen de ontslagbrief gestructureerd op te stellen en kan bijdragen aan de kwaliteit van de overdracht.

TIP 3 START ONTSLAGPLANNING BIJ OPNAME

Wij adviseren om binnen 48 h na opname de streefontslagdatum te plannen aan de hand van de ontslagcriteria. Het gebruik van een streefontslagdatum bevordert de doorstroom naar andere zorginstellingen. De streefontslagdatum moet in het medisch en verpleegkundig dos-

sier vermeld staan en uiteraard gebeurt deze planning in overleg met de patiënt. Door tijdig de streefontslagdatum te bespreken kan de patiënt zich goed voorbereiden op de overgang naar huis en komen eventuele problemen die het ontslag belemmeren tijdig naar voren.

TIP 4 VERSTUUR DE ONTSLAGBRIEF TIJDIG

Bij ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis is het van cruciaal belang dat de opvolgende zorgverlener tijdig een ontslagbrief ontvangt om de continuïteit van de zorg te waarborgen. Zowel de medische als verpleegkundige overdracht aan de opvolgende zorgverlener – meestal de huisarts – dient binnen 24 h na ontslag te gebeuren. Het streven moet daarom zijn dat artsen en verpleegkundigen minstens 48 h voor ontslag beginnen met het opstellen van de ontslagbrief. De zaalarts kan eventueel een voorlopige ontslagbrief versturen.

TIP 5 MEDICATIE GOED OVERDRAGEN

Medicatieproblemen na ontslag komen voor bij 18-37% van de patiënten; voor 20% van deze patiënten is een heropname nodig. Hoewel in de meeste ziekenhuizen medicatieverificatie bij ontslag wordt uitgevoerd, is het voor veel patiënten niet duidelijk welke medicatie zij thuis moeten gebruiken. De kans bestaat dat patiënten zowel de oude medicatie als nieuwe medicatie gaan gebruiken. Het is dus belangrijk dat in de ontslagbrief expliciet benoemd wordt welke medicatie gestopt of gewijzigd is tijdens de ziekenhuisopname; deze informatie moet consistent zijn in overdrachten aan de huisarts, apotheker en eventuele andere partijen.

TIP 6 EEN ONTSLAGGESPREK VOEREN

Patiënten gaan vaak niet goed voorbereid met ontslag. Er kan onduidelijkheid zijn over de diagnose, de medicatie, de behandeling of het vervolg daarvan. Het is dus belangrijk om de patiënt goed voor te lichten tijdens een medisch en verpleegkundig ontslaggesprek. Het medische ontslaggesprek vindt idealiter 12-24 h voor ontslag plaats. Tijdens het ontslaggesprek doorloopt de arts in ieder geval de volgende onderwerpen: diagnose en prognose, onderzoeken die plaatsvonden, medicatie, verdere poliafspraken en vervolgonderzoeken. Bovendien moet de patiënt complicaties kunnen herkennen en weten wat hij in dat geval moet doen. Daarnaast voert de verpleegkundige een verpleegkundig ontslaggesprek, waarin hij of zij bespreekt welke nazorg gepland staat.

TIP 7 SCHRIFTELIJKE INFORMATIE MEEGEVEN

Een patiënt onthoudt slechts 20% van de informatie die hem mondeling gegeven wordt. Wij adviseren daarom mondelinge informatie te ondersteunen met schriftelijke informatie. Dit kan in de vorm van een patiëntbrief. De

patiëntbrief beschrijft in duidelijke lektaal wat er tijdens de opname gebeurt is en welke onderwerpen de arts in het ontslaggesprek bespreekt. Deze brief structureert daarmee ook de mondelinge uitleg van de arts en geeft de patiënt de mogelijkheid om thuis informatie nog eens rustig na te lezen.

TIP 8 NAZORG VOOR KWETSBARE PATIËNTEN

Bovengenoemde activiteiten zorgen ervoor dat het ontslag in de basis goed geregeld is. Bij patiënten met een hoog risico op complicaties of heropname is extra intensieve begeleiding nodig (figuur 2). Deze hoog-risicogroepen zijn kwetsbare ouderen en patiënten die complexe specialistische ingrepen hebben ondergaan. Dergelijke groepen kunnen baat hebben bij transmurale zorginterventies zoals de transmurale zorgbrug, waarbij een wijkverpleegkundige de zorg coördineert en de patiënt volgt tijdens ziekenhuisopname en na ontslag. Aspecten die terugkomen in transmurale zorginterventies zijn bijvoorbeeld gericht op patiënteducatie, het betrekken van mantelzorgers, een geriatrisch assessment, een telefonische overdracht naar de huisarts en een follow-up van de patiënt na ontslag.

TIP 9 STEL DE OVERDRACHT CENTRAAL IN HET ONDERWIJS

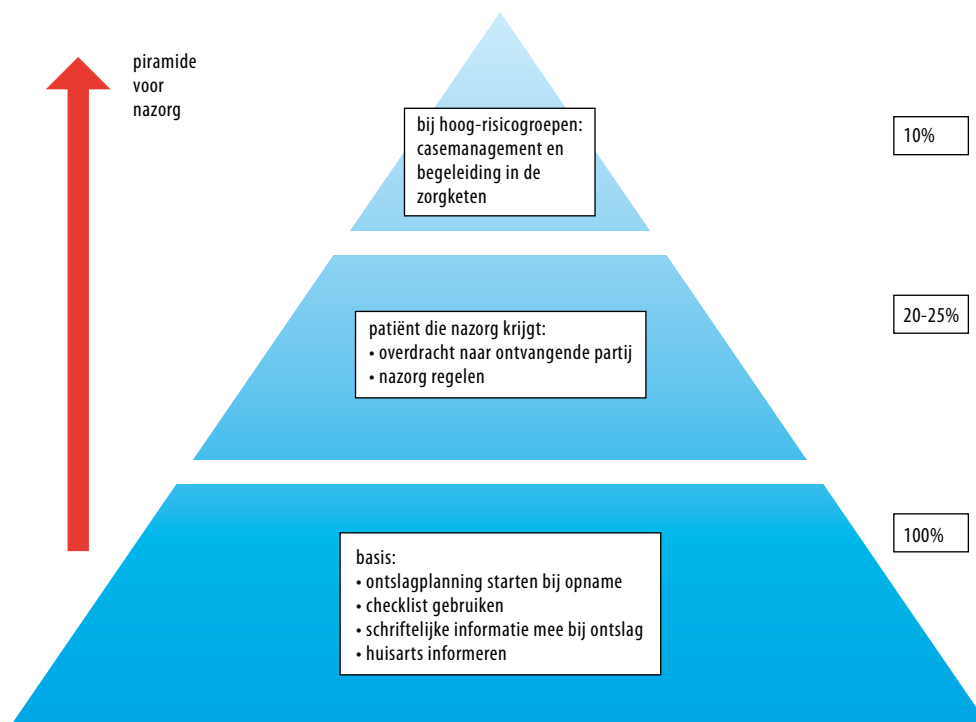
Het leren overdragen krijgt nog onvoldoende aandacht binnen de opleiding. Het is belangrijk dat het ontslagproces en het beleid rond ontslag voor iedereen duidelijk zijn, ook voor beginnende arts-assistenten. Gezien de snelle doorstroom van arts-assistenten moeten het ontslagproces en het format van de medische overdracht vastliggen in het inwerkprogramma. Ook het duidelijk en begrijpelijk overdragen naar de patiënt verdient meer aandacht in het onderwijs.

TIP 10 BLIJF METEN EN CONTROLEREN

Het implementeren van een nieuwe werkinstructie is niet voldoende. Het verbeteren van de transmurale overdracht vraagt om cultuurverandering binnen de organisatie. Wij adviseren een continue kwaliteitscheck waarin wordt nagegaan of de continuïteit van zorg gewaarborgd is. Een kwaliteitscheck met terugkoppeling aan de betrokkenen maakt hen bewust van de consequenties van een niet-tijdige en onvolledige overdracht en van hun rol als zorgverlener om continuïteit van zorg te waarborgen.

ACHTERGROND

Een overdracht wordt gedefinieerd als het overdragen van de verantwoordelijkheid voor de zorg aan de patiënt met als doel de continuïteit van de zorg te waarborgen. Eerder werden in het *NTvG* 10 tips besproken ter verbe-



FIGUUR 2 Niveaus van nazorg bij ontslag uit het ziekenhuis en de activiteiten die daarbij horen. Hoe hoger het risico op complicaties of heropname, des te intensiever de nazorg. De percentages geven weer hoeveel patiënten binnen een bepaald niveau vallen. In de basis moet voor iedere patiënt de ontslagprocedure goed geregeld zijn.

tering van de intradisciplinaire overdracht.¹ Naast de intradisciplinaire overdracht, die plaatsvindt binnen één specialisme, bestaat er ook een interdisciplinaire overdracht tussen professionals van verschillende disciplines binnen het ziekenhuis. Tot slot is er de overdracht tussen eerste en tweede lijn: de transmurale overdracht. Hierbij draagt de huisarts of verpleeghuisarts de zorg in de thuissituatie of het verpleeghuis over aan het ziekenhuis in de vorm van een verwijsbrief, of omgekeerd: de arts uit het ziekenhuis draagt de verantwoordelijkheid voor de zorgverlening aan de patiënt over naar de eerste lijn of een andere zorginstelling op het moment dat de patiënt het ziekenhuis verlaat.

VERMIJDWARE COMPLIANTIES DOOR GEBREKKEGIE COMMUNICATIE

Een goede transmurale overdracht is essentieel om de continuïteit van zorg na ontslag uit het ziekenhuis te waarborgen. Onderzoek laat zien dat meer dan de helft van de vermijdbare complicaties die plaatsvinden na ontslag, toe te schrijven is aan gebrekkige communicatie tussen zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis.² In een recent onderzoek constateerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) veel ruimte voor verbetering in

de transmurale overdracht bij ouderen van Nederlandse ziekenhuizen naar verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen.³ Zo bleek dat de ontslagbrief vaak pas laat arriveert of onvolledig is. Bovendien worden de patiënt en eventuele mantelzorgers nauwelijks betrokken bij de overdracht.

De consequenties van een niet-tijdige of onvolledige overdracht kunnen groot zijn: 7-12% van de patiënten wordt heropgenomen in de eerste maand na ontslag.^{4,5} Dit kan te maken hebben met de oorspronkelijke ziekte, maar kan ook het gevolg zijn van medicatiefouten of het niet tijdig herkennen van complicaties door de huisarts of patiënt zelf doordat hij of zij onvoldoende is geïnformeerd.⁶

OVERDRACHT IS GEEN AFRONDING VAN HET ZORGPROCES

Uit het onderzoek van de IGZ blijkt dat in veel ziekenhuizen een duidelijk omschreven, ziekenhuisbrede ontslagprocedure ontbreekt. Fouten die ontstaan tijdens de formele overdracht worden opgelost op een informele manier. Zo doet de huisarts bijvoorbeeld telefonisch navraag op het moment dat patiëntgegevens blijken te ontbreken. De IGZ concludeert dat het ziekenhuis de

overdracht meer ziet als een afronding van het zorgproces dan een middel om de continuïteit van zorg te waarborgen. Zowel de overdragende als de ontvangende zorgverleners lijken zich te weinig bewust van hun verantwoordelijkheid, terwijl zij samen voor een sluitend proces moeten zorgen. De zorgverlener in het ziekenhuis is verantwoordelijk voor de patiënt tot die verantwoordelijkheid goed is overgedragen; de behandelaar buiten het ziekenhuis is verantwoordelijk op het moment dat hij of zij de zorg krijgt overgedragen.³

TRANSMURALE OVERDRACHT STEEDS BELANGRIJKER

Voor de patiënt neemt het belang van een goede transmurale overdracht toe door de steeds kortere ligduur.⁷ Het herstel vindt tegenwoordig voor een groot deel thuis of in het verpleeghuis plaats. Ook heeft de patiënt kort na ontslag uit het ziekenhuis vaak weer contact met de huisarts of wordt hij of zij gezien op de polikliniek. Kwetsbare ouderen in het bijzonder zijn gebaat bij een goede overdracht. Deze groep patiënten doet vaak een beroep op meerdere professionals en zorgorganisaties; tijdigheid en volledigheid van de overdracht zijn bij deze patiëntengroep dus essentieel. Bovendien kan het voor kwetsbare ouderen lastig zijn om de situatie te overzien op het moment dat zij weer thuis zijn, bijvoorbeeld als de patiënt cognitieve problemen heeft.

Op basis van haar bevindingen vraagt de IGZ zorgaanbieders maatregelen te nemen en het overdrachtsproces zo in te richten dat continuïteit van zorg gewaarborgd wordt. Omdat de risico's van een onvolledige overdracht groot zijn en er bovendien effectieve methoden bestaan om de transmurale overdracht te verbeteren, geven wij in dit artikel 10 tips voor een goede transmurale overdracht. Een paar eenvoudige aanpassingen helpen namelijk de transmurale overdracht centraal te stellen tijdens de ziekenhuisopname. Dit bevordert de tijdigheid, volledigheid en patiëntgerichtheid van de overdracht. Wij adviseren onze tips te combineren. Onderzoek laat namelijk zien dat vooral een combinatie van activiteiten – een 'ontslagbundel' – effect heeft.⁸

STRUCTUUR IN DE ONTSLAGPROCEDURE

TIP 1 STANDAARDISEER HET ONTSLAGPROCES

De IGZ stelt dat de oorzaak van een niet-tijdige en onvolledige overdracht mede wordt veroorzaakt door het ontbreken van standaarden voor informatie-uitwisseling.⁹ Binnen het ontslagproces kan het onduidelijk zijn wie waarvoor verantwoordelijk is. In principe geldt dat de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor de continuïteit van zorg, ook bij transmurale overdrachten. Maar ook de zaalarts en verpleegkundige spelen een belangrijke rol bij de ontslagprocedure. Het helpt om vast te

stellen wie waarvoor verantwoordelijk is en daarmee de ontslagprocedure te standaardiseren. Het gebruik van een checklist kan hierbij helpen. Hierin staat vermeld wat wanneer en door wie gedaan moet worden. Figuur 1 geeft als voorbeeld een checklist die artsen en verpleegkundigen in het AMC gebruiken.

TIP 2 STANDAARDISEER DE INHOUD VAN DE OVERDRACHT

Het helpt om de inhoud en het format van de transmurale overdrachtset te standaardiseren. De overdrachtset bestaat uit een medische overdracht en – indien van toepassing – ook uit een medicatieoverdracht en een verpleegkundige overdracht.

De medische overdracht geeft een overzicht van het beloop van de ziekenhuisopname. De Joint Commission International, een Amerikaans kwaliteitsinstituut, stelt dat in ieder geval de volgende onderwerpen aan bod moeten komen: (a) reden van opname, diagnoses, comorbiditeit; (b) relevante bevindingen uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek; (c) de behandeling en onderzoeken die hebben plaatsgevonden tijdens de opname; (d) medicatie, inclusief medicatie bij ontslag; (e) conditie of status van de patiënt bij ontslag; en (f) instructies voor follow-up.¹⁰

Bij de laatste twee punten lijkt er nog ruimte voor verbetering. Onderzoek laat zien dat het beloop van de ziekenhuisopname vaak tot in de details wordt uitgewerkt. Informatie die gericht is op de follow-up na ontslag daarentegen, zoals de conditie van de patiënt bij ontslag, uitslagen waar nog op gewacht wordt en welke zorg in de thuissituatie is ingezet, is vaak beperkt.^{11,12} Toch is juist deze informatie voor de huisarts essentieel.

Het gebruik van een elektronisch patiëntendossier kan helpen de ontslagbrief gestructureerd op te stellen en draagt bij aan de kwaliteit van de overdracht.^{13,14}

TIP 3 START ONTSLAGPLANNING BIJ OPNAME

Wij adviseren om binnen 48 h na opname de streefontslagdatum te plannen. Het tijdig plannen van de ontslagdatum helpt de focus te leggen op wat voor het ontslag nodig is. Er is gebleken dat het gebruik van een streefontslagdatum de doorstroom naar andere zorginstellingen bevordert.¹⁵ Om te kunnen bepalen wat de streefontslagdatum is, moeten de ontslagcriteria helder zijn, inclusief de medische, organisatorische en patiënt-gerelateerde ontslagcriteria. De ontslagdatum moet in het medisch en verpleegkundig dossier staan en dagelijks worden getoetst op haalbaarheid.

Daarnaast moet de patiënt op de hoogte gebracht worden van de ontslagcriteria en de geplande ontslagdatum, mondeling maar ook bijvoorbeeld via een whiteboard. Door tijdig de streefontslagdatum te bespreken kunnen de patiënt en zijn familie zich goed voorbereiden op de

overgang naar huis en komen eventuele problemen die het ontslag belemmeren tijdig naar voren.

TIP 4 VERSTUUR DE ONTSLAGBRIEF TIJDIG

Bij ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis is het van cruciaal belang dat de huisarts of een andere zorgverlener tijdig een ontslagbrief ontvangt om de continuïteit van zorg te waarborgen. Een ontslagbrief ten behoeve van de medische en verpleegkundige overdracht dient binnen 24 h na ontslag verstuurd te zijn. Op indicatie, bij ernstig zieke patiënten, is het wenselijk de ontslagbrief nog sneller te versturen, binnen 1-2 h. Uit onderzoek is echter gebleken dat het gemiddeld 14 dagen duurt voordat de definitieve ontslagbrief bij de huisarts aankomt.⁴ Het helpt om tijdig te beginnen met het schrijven van de ontslagbrief. Het streven moet zijn dat de arts en de verpleegkundige minstens 48 h voor ontslag beginnen met het opstellen van de brief ten behoeve van de medische overdracht, medicatieoverdracht en verpleegkundige overdracht. Het gebruik van een elektronisch patiëntendossier helpt hierbij en heeft een positieve invloed op de tijdigheid van de overdracht.^{13,14} Om te garanderen dat patiëntinformatie binnen 24 h verzonden is, kan de zaalarts eventueel een voorlopige ontslagbrief versturen.

TIP 5 MEDICATIE GOED OVERDRAGEN

Medicatieproblemen na ontslag komen voor bij 18-37% van de patiënten; voor 20% van deze patiënten is een heropname nodig.¹⁶ Hoewel in de meeste ziekenhuizen medicatieverificatie bij ontslag wordt uitgevoerd, is het voor veel patiënten niet duidelijk welke medicatie zij thuis moeten gebruiken. Dat wordt deels veroorzaakt doordat artsen in ziekenhuizen voor hetzelfde probleem andere middelen voorschrijven dan artsen in de eerste lijn. Bij ontslag wordt de ziekenhuismedicatie niet altijd teruggezet naar de thuismedicatie. De kans bestaat dat patiënten zowel thuismedicatie als nieuwe medicatie gaan gebruiken, zoals de patiënte in de casus aan het begin van dit artikel. Het is dus belangrijk dat in de overdracht expliciet aangegeven wordt welke medicatie gestopt of gewijzigd is tijdens de ziekenhuisopname. Sommige patiënten laten hun medicatie door de apotheek uitzetten in een baxterrol. Wanneer de arts nieuwe medicatie voorschrijft, duurt het een week voordat dit in de baxterrol verwerkt is. Het is daarom essentieel om met de apotheek te overleggen om te zorgen dat de patiënt in de tussenliggende periode de juiste medicatie krijgt.

Informatie over de medicatie wordt soms verdeeld over ontslagbrieven aan verschillende zorgverleners, waardoor de kans ontstaat dat een patiënt geen of verkeerde medicatie krijgt.³ Het is daarom van groot belang dat verschillende ontslagbrieven aan verschillende zorgver-

leners consistent zijn. Het correct registreren en overdragen van medicatie en medicatieverificatie is door de Joint Commission International opgenomen als 'safety goal', en daarbij een belangrijk onderdeel ten behoeve van de patiëntveiligheid.¹⁷

DE PATIËNT CENTRAAL STELLEN

TIP 6 EEN ONTSLAGGESPREK VOEREN

Patiënten gaan vaak niet goed voorbereid met ontslag.¹⁸ Er kan onduidelijkheid zijn over de diagnose, de behandeling die heeft plaatsgevonden, de voorgeschreven medicatie of het vervolg van de behandeling. Het is daarom belangrijk de patiënt goed voor te lichten; het is gebleken dat goede voorlichting kan leiden tot minder zorggebruik na ontslag.^{6,13} Iedere patiënt heeft daarom recht op zowel een medisch als een verpleegkundig ontslaggesprek.

De arts plant het medische ontslaggesprek als aparte activiteit die idealiter 12-24 h vóór ontslag plaatsvindt, op het moment dat familie aanwezig is. Tijdens het ontslaggesprek is het van belang om gestructureerd verschillende onderwerpen te doorlopen, inclusief diagnose en prognose, onderzoeken die hebben plaatsgevonden en de medicatie. Daarnaast krijgt de patiënt informatie over poliafspraken en vervolgonderzoeken.

Omdat de ligduur steeds korter wordt en het herstel ook voor een groot deel thuis plaatsvindt, moet de patiënt bovendien complicaties kunnen herkennen en weten wat hij in dat geval moet doen. Verder is het van belang dat er tijdens het gesprek tijd is voor vragen en het bespreken van wensen van de patiënt. Door de patiënt aan het eind van het gesprek zelf te laten vertellen wat hij moet doen als er bepaalde complicaties optreden, kan de arts verifiëren of alles duidelijk is voor de patiënt. Dit wordt de 'teach back'-methode genoemd.

Idealiter is de verpleegkundige ook aanwezig bij het medische ontslaggesprek, vooral als het om complexe patiënten gaat. Daarnaast vindt er nog apart een verpleegkundig ontslaggesprek plaats, waarin de verpleegkundige bespreekt welke nazorg gepland staat. Wij adviseren dat de verpleegkundige na ontslag telefonisch contact opneemt met de patiënt om diens gezondheidstoestand te inventariseren. Onduidelijkheden over diagnose, therapie en follow-up kunnen zo opgehelderd worden.

TIP 7 SCHRIFTELIJKE INFORMATIE MEEGEVEN

Een patiënt onthoudt slechts 20% van de informatie die hem mondeling gegeven wordt.¹⁹ Wij adviseren daarom mondelinge informatie te ondersteunen met schriftelijke informatie. Dit kan in de vorm van een zogenaamde patiëntbrief.

De patiëntbrief beschrijft in duidelijke taal wat er tijdens

de opname gebeurd is en welke onderwerpen de arts in het ontslaggesprek bespreekt. Deze brief structureert daarmee ook de mondelinge uitleg van de arts en geeft de patiënt de mogelijkheid om thuis de verkregen informatie nog eens rustig na te lezen. Daarnaast kunnen patiënten terugvinden wie zij moeten bellen als er complicaties optreden.²⁰ De patiëntbrief wordt opgesteld door de zaalarts of – onder diens begeleiding – door de co-assistent. Uit onderzoek blijkt dat het aantal mensen dat mondelinge informatie krijgt, toeneemt wanneer standaard een patiëntbrief wordt opgesteld. Bovendien beoordelen patiënten de patiëntbrief ook als positief. De impact van de patiëntbrief op het zorggebruik moet onderzocht worden.

Wanneer de patiënt een patiëntbrief meekrijgt, adviseren wij deze brief ook naar de huisarts te sturen. Het is onwenselijk om de transmurale overdracht voor de opvolgende zorgverlener mee te geven aan de patiënt. De patiënt wordt dan verantwoordelijk gemaakt voor de overdracht, waardoor onnodige risico's ontstaan.³

TIP 8 NAZORG VOOR KWETSBARE PATIËNTEN

Bovengenoemde activiteiten zorgen ervoor dat het ontslag in de basis goed geregeld is voor iedere patiënt.¹⁴ Een deel van de patiënten heeft meer nodig, bijvoorbeeld in de vorm van tijdelijke nazorg na ontslag. Bij patiënten met een hoog risico op complicaties of heropname is extra intensieve begeleiding nodig tijdens opname, in de overgang van ziekenhuis naar huis en na ontslag (figuur 2).²¹ Deze hoog-risicogroepen zijn kwetsbare ouderen, maar ook patiënten die complexe specialistische ingrepen hebben ondergaan waarvoor de deskundigheid van de eerste lijn onvoldoende is om de nazorg te kunnen bieden. Dergelijke groepen kunnen baat hebben bij transmurale zorginterventies, waarbij een casemanager of wijkverpleegkundige de zorg coördineert en de patiënt volgt tijdens ziekenhuisopname en na ontslag.²²

Aspecten die terugkomen in transmurale zorginterventies zijn gericht op patiënteducatie, het betrekken van mantelzorgers – bijvoorbeeld bij het plannen van nazorg –, een telefonische overdracht aan de huisarts voordat de patiënt naar huis gaat en follow-up van de patiënt na ontslag, telefonisch of door een huisbezoek. Verschillende onderzoeken laten een positief effect zien van transmurale zorginterventies op ongeplande heropnames, sterfte, vermijdbare complicaties, ligduur, medicatieveiligheid en bijwerkingen van geneesmiddelen.^{13,21}

De 'transmurale zorgbrug' is een voorbeeld van een transmurale zorginterventie die in meerdere Nederlandse ziekenhuizen is geïmplementeerd.²³ Deze interventie is gericht op kwetsbare ouderen en bestaat uit 3 onderdelen: (a) een geriatrisch assessment door het geriatricteam in het ziekenhuis en het opstellen van een

zorgbehandelplan; (b) een ziekenhuisbezoek van de wijkverpleegkundige; en (c) een huisbezoek van de wijkverpleegkundige binnen 48 h na ontslag waarbij medicatieverificatie wordt uitgevoerd. Daarna volgt nog een aantal huisbezoeken, waarin medicatieveiligheid, mantelzorgondersteuning en geriatrische problemen centraal staan. Hoewel de transmurale zorgbrug geen effect liet zien op functieverlies na ziekenhuisopname, bleek uit een gerandomiseerde studie naar de transmurale zorgbrug dat de sterfte in het eerste half jaar na ziekenhuisopname met een kwart dwaalde, de samenwerking tussen zorgverleners verbeterde en deze vorm van zorg kosteneffectief was.²³

ONDERWIJS EN OPLEIDING

TIP 9 STEL DE OVERDRACHT CENTRAAL IN HET ONDERWIJS

Overdragen kan worden aangeleerd, maar het leren overdragen krijgt nog onvoldoende aandacht binnen de opleiding. Zorgverleners lijken zich nog onvoldoende bewust van hun cruciale rol in het waarborgen van de continuïteit van zorg.³

Het is belangrijk dat het ontslagproces en het beleid rond ontslag voor iedereen duidelijk zijn, ook voor beginnende arts-assistenten. Gezien de snelle doorstroom van arts-assistenten moeten het ontslagproces en het format van de medische overdracht vastliggen in het inwerkprogramma. Een checklist voor het ontslagproces kan bijvoorbeeld op zakkaartjes of posters vastgelegd worden. Ook het duidelijk en begrijpelijk overdragen naar de patiënt verdient meer aandacht in het onderwijs.

KWALITEITSBEWAKING IN DE ORGANISATIE

TIP 10 BLIJF METEN EN CONTROLEREN

Het implementeren van een nieuwe werkinstructie is niet voldoende. In feite vraagt het verbeteren van de transmurale overdracht om cultuurverandering binnen de organisatie.¹² Wij adviseren een continue kwaliteitscheck waarin wordt nagegaan of de continuïteit van zorg in uw ziekenhuis gewaarborgd is. Hoe snel wordt de ontslagbrief verstuurd? Krijgt iedere patiënt wel een ontslaggesprek? Hoe vaak worden patiënten ongepland heropgenomen in de eerste maand na ontslag? Wat doet uw ziekenhuis om kwetsbare ouderen te ondersteunen in de overdracht naar huis?

Een continue kwaliteitscheck met terugkoppeling aan de betrokkenen maakt hen bewust van de consequenties van een niet-tijdige en onvolledige overdracht en van hun rol als zorgverlener om continuïteit van zorg te waarborgen.

TOT SLOT

De transmurale overdracht is essentieel om de continuïteit van zorg te waarborgen. Het belang van een goede overdracht is onderbelicht, wat vaak resulteert in een niet-tijdige of onvolledige overdracht. Door een aantal eenvoudige aanpassingen komt de transmurale overdracht centraler te staan tijdens de ziekenhuisopname. Dit kan bijvoorbeeld door het ontslagproces te standaardiseren, het format en de inhoud van de transmurale overdrachten vast te leggen, een streefontslagdatum te plannen en tijdig te beginnen met het bijeenbrengen van informatie voor de overdracht. Het helpt ook om de patiënt te betrekken bij zijn overdracht.

In samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is het landelijke onderzoek 'Een goede overdracht' gestart. Tijdens deze pilot wordt de transmurale overdracht in 8 ziekenhuizen geoptimaliseerd door het invoeren van de 'transfer intervention

procedure' (TIP). In de TIP-werkinstructie zijn de tips uit dit artikel meegenomen en wordt de ontslagprocedure verbeterd. Het effect van de TIP op het tijdig versturen van de ontslagbrief, de ligduur en het aantal ongeplande heropnames in de eerste maand na ontslag wordt al onderzocht.²⁴

Een goed voorbereide, tijdige en volledige transmurale overdracht voorkomt uiteindelijk dat onnodige werkzaamheden worden verricht. Zo wordt continuïteit van zorg ook buiten het ziekenhuis gewaarborgd en wordt de patiënt onnodig leed bespaard.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 4 januari 2017

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D1031

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D1031**

LITERATUUR

- 1 Van der Leij S, Schneider MME, Geerlings SE, Kaasjager KAH. Optimaliseer uw overdracht: 10 tips. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2015;159:A9085.
- 2 Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med.* 2003;138:161-7.
- 3 Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2015.
- 4 Verhaegh KJ, Buurman BM, Veenboer GC, de Rooij SE, Geerlings SE. The implementation of a comprehensive discharge bundle to improve the discharge process: a quasi-experimental study. *Neth J Med.* 2014;72:318-25.
- 5 Stevering CJT, Ruitenbeek RS, Berden HJJM. Inzicht in ongeplande heropnames. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2016;160:A9373.
- 6 Greenwald JL, Jack BW. Preventing the preventable: reducing rehospitalizations through coordinated, patient-centered discharge processes. *Prof Case Manag.* 2009;14:135-40.
- 7 Bouwman B. Ligduurmonitor Nederlandse ziekenhuizen 2011. Arnhem: Coppa Consultancy; 2012.
- 8 Jack BW, Chetty VK, Anthony D, et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2009;150:178-87.
- 9 Staat van de gezondheidszorg 2011. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2011.
- 10 Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. Standard ACC.3. Oakbrook Terrace: Joint Commission International; 2014.
- 11 Horwitz LI, Jenq GY, Brewster UC, et al. Comprehensive quality of discharge summaries at an academic medical center. *J Hosp Med.* 2013;8:436-43.
- 12 Hesselink G, Vernooij-Dassen M, Pijnenborg L, et al; European HANDOVER Research Collaborative. Organizational culture: an important context for addressing and improving hospital to community patient discharge. *Med Care.* 2013;51:90-8.
- 13 Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2012;157:417-28.
- 14 Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA.* 2007;297:831-41.
- 15 Van Dalen G, Titulaer A. Gepland ontslag. *Med Contact (Bussum).* 2005;60:1164-5.
- 16 Garcia-Caballeros M, Ramos-Diaz F, Jimenez-Moleon JJ, Bueno-Cavanillas A. Drug-related problems in older people after hospital discharge and interventions to reduce them. *Age Ageing.* 2010;39:430-8.
- 17 The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital national patient safety goals 2016. www.jointcommission.org/assets/1/6/2016_NPSG_HAP_ER.pdf, geraadpleegd op 8 augustus 2016.
- 18 Holland DE, Mistiaen P, Bowles KH. Problems and unmet needs of patients discharged home to self-care. *Prof Case Manag.* 2011;16:240-50.
- 19 Engel KG, Buckley BA, Forth VE, et al. Patient understanding of emergency department discharge instructions: where are knowledge deficits greatest? *Acad Emerg Med.* 2012;19:E1035-44.
- 20 Buurman BM, Verhaegh KJ, Smeulders M, et al. Improving handoff communication from hospital to home: the development, implementation and evaluation of a personalized patient discharge letter. *Int J Qual Health Care.* 2016;28:384-90.
- 21 Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S, Geerlings SE, de Rooij SE, Buurman BM. Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health Aff (Millwood).* 2014;33:1531-9.

- 22 Coleman EA, Boult C; American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:556-7.
- 23 Buurman BM, Parlevliet JL, Allore HG, et al. comprehensive geriatric assessment and transitional care in acutely hospitalized patients. *JAMA Intern Med.* 2016;176:302-9.
- 24 Van Seben R, Geerlings SE, Verhaegh KJ, Hilders CG, Buurman BM. Implementation of a Transfer Intervention Procedure (TIP) to improve handovers from hospital to home: interrupted time series analysis. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:479.