

Informatieoverdracht in de keten voor (kwetsbare) ouderen

Kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van
de (kwetsbare) ouderen

December 2014

Renske Kranenburg
Junior Beleidsmedewerker

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding

- 1.1. Inbreng patiënten bij ontwikkeling prestatie-indicatoren
- 1.2. Aanleiding en achtergrond
- 1.3. Digitale ondersteuning van informatieoverdracht
- 1.4. Reeds beschikbare kwaliteitsinformatie

Hoofdstuk 2: Methode

- 2.1. Algemeen
- 2.2. Deskresearch
- 2.3. Topiclijst
- 2.4. Interviews Patiënten/mantelzorgers

Hoofdstuk 3: Resultaten, kerncijfers deskresearch en interviews

- 3.1. Algemeen
- 3.2. Kerncijfers deskresearch
- 3.3. Topiclijst
- 3.4. Kerncijfers interviews

Hoofdstuk 4: Resultaten, wat vinden patiënten/ mantelzorgers belangrijk?

- 4.1. Algemeen
- 4.2. Resultaten

Hoofdstuk 5: Criteria

- 5.1. Algemeen
- 5.2. Criteria

Hoofdstuk 6: Patiëntveiligheidskaart

Hoofdstuk 7: Aanbevelingen ten behoeve van NIA-agenda

- 7.1. Algemeen
- 7.2. Aanbevelingen

Bijlagen

- Bijlage 1: Topiclijst interviews
- Bijlage 2: Gevonden kwaliteitscriteria vanuit deskresearch

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1. Inbreng patiënten bij ontwikkeling kwaliteitscriteria

Dit rapport beschrijft wat (kwetsbare) ouderen¹ belangrijk vinden bij de informatieoverdracht in de keten tussen ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingsinstellingen en professionals in de eerste lijn.

De World Health Organization omschrijft overdracht van patiëntinformatie als: 'een proces waarin informatie over een patiënt of cliënt op gestandaardiseerde wijze wordt gecommuniceerd tussen een zendende en ontvangende zorgverlener, welke werkzaam zijn in verschillende zorginstellingen' (World Health Organization et al., 2007).

Voor de ontwikkeling van kwaliteitscriteria is gebruik gemaakt van bestaande kwaliteitsinformatie en de methodiek 'Kwaliteit in Zicht'. Naast een set van kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van (kwetsbare) ouderen is ook een patiëntveiligheidskaart ontwikkeld. Dit is een hulpmiddel voor (kwetsbare) ouderen en hun mantelzorgers bij de overdracht van thuis of verpleeg-of verzorgingsinstelling naar ziekenhuis en andersom. Tot slot geeft dit rapport aanbevelingen vanuit het perspectief van oudere patiënten ten behoeve van het NIA-overleg (Nationale Implementatie Agenda E-health).

1.2. Aanleiding en achtergrond

Van de in totaal 1,1 miljoen ziekenhuisopnamen in 2011 betrof het in 30% van de gevallen een patiënt van 70 jaar of ouder². Deze groep is erg gebaat bij goed georganiseerde en gecoördineerde zorgprocessen en bijbehorende informatiestromen. Een goede informatieoverdracht is een belangrijk onderdeel van een effectieve ketensamenwerking.

In de huidige situatie wordt er een aantal knelpunten in de informatieoverdracht gesignaleerd. Zo worden verpleegkundige en medische gegevens van ziekenhuizen naar verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg (VVT) en huisartsen incompleet, incorrect of niet tijdig overgedragen. Dit kan leiden tot verhoogde risico's en schade voor patiënten. Binnen ziekenhuizen had 16% van de gevallen van onbedoelde schade voorkomen kunnen worden door betere informatie en communicatie (Nivel, 2012).

In de Staat van de Gezondheidszorg 2011 worden knelpunten in de informatieoverdracht geconstateerd. De aangedragen informatie is niet altijd relevant en/of voldoende voor de ontvanger en verschillen in ICT systemen beïnvloeden de tijdigheid van de informatieoverdracht (Nivel, 2012). Organisatie van de zorg, inclusief de wijze waarop informatieoverdracht dient

¹ Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces waarin lichamelijke, psychische en sociale beperkingen zich opeenstapelen.

² Onderzoek naar de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT (Nivel, 2012).

plaats te vinden krijgt op dit moment nog te weinig aandacht in de bestaande veldnormen. Vaak wordt wel benoemd *dat* er informatieoverdracht moet plaatsvinden, maar niet *hoe* dit dient te gebeuren, tussen welke partijen en welke informatie overgedragen dient te worden.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) werkt aan een toezichtmethode rondom de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT. Hiervoor dient het veld eerst zelf een veldnorm op te stellen.

Het gebrek aan goede veldnormen maakt het voor de zorgpraktijk lastig om de goede informatieoverdracht binnen en tussen instellingen en professionals te implementeren en te borgen. Vanuit het perspectief van patiënten is dit onwenselijk. Vooral groepen als (kwetsbare) ouderen zijn gebaat bij goed georganiseerde en gecoördineerde informatiestromen.

1.3. Digitale ondersteuning van informatieoverdracht

Mantelzorgers en (kwetsbare) ouderen gaan steeds bewuster om met hun welzijn en gezondheid. Zij willen zelf meer sturing kunnen geven aan hun gezondheid en zorg. Dit is niet alleen een wens, het wordt ook in meerdere mate van hen verwacht (zie bijvoorbeeld: Raad voor de volksgezondheid en zorg³ en de NPCF visie over zelfmanagement⁴). Er komen steeds meer middelen en mogelijkheden om de rol als actieve patiënt goed te kunnen vervullen. Zelfmanagement en regie door de patiënt staan momenteel sterk in de belangstelling.

Er zijn veel organisaties betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van standaarden van informatie-uitwisseling. Dit komt onder meer door het ontbreken van een eenheid van taal en helderheid over de voorwaarden waaronder een informatiestandaard ontwikkeld moet worden. Dit leidt tot conflicten, overlap van taken en onduidelijkheden. Hierdoor ontstaat een afwachtende houding bij het adopteren van de standaarden onder zorgaanbieders en professionals.

Ook de integratie van veldnormen, ICT systemen of niet elektronische overdrachtsprocessen is een langzaam en kostbaar proces. De veldnorm dient in de gehele keten ingevoerd te worden.

De KNMG, NPCF en ZN werken samen om het gebruik van e-health en de verdere ontwikkeling van e-health te stimuleren. Om e-health op te schalen is de standaardisatie van de informatie-uitwisseling in de zorg essentieel. Middels de Nationale Implementatie Agenda e-Health (NIA) werken de betrokken partijen

³ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid 2.0, U bent aan zet (2010).

⁴ Patiëntenfederatie NPCF. Zelfmanagement 2.0, over zelfmanagement van de patiënt en wat eHealth daaraan kan bijdragen (2009).

samen om helderheid en draagvlak te creëren voor landelijke standaarden voor informatie-uitwisseling en het vaststellen van voorwaarden waaronder deze standaarden ontwikkeld dienen te worden.

Deelnemende partijen aan de Nationale Implementatie Agenda (NIA) zijn: KNMG, NPCF, ZN, Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie, KI, Nictiz en NVZ.

1.4. Reeds beschikbare kwaliteitsinformatie

Vanuit het programma Kwaliteit in Zicht hebben in 2011 patiëntenorganisaties vastgelegd wat zij minimale voorwaarden voor goede ketenzorg vinden vanuit het patiëntperspectief. Eén van de onderdelen betreft de continuïteit van de zorg. In deze aspecten is opgenomen over welke voorwaarden het ziekenhuis, de huisarts en de zorgstelling dient te informeren. Deze criteria zijn echter ontwikkeld voor een brede doelgroep van chronisch zieken. De criteria dienen verder te worden geconcretiseerd en aangevuld met criteria voor ketenzorg bij (kwetsbare) ouderen.

Er zal duidelijkheid moeten komen over criteria voor goede overdracht, met name over wat men verstaat onder complete, correcte en tijdige overdracht en welke informatie noodzakelijk is voor goede overdracht (Nivel, 2012). Gezien het feit dat het hier veelal (kwetsbare) ouderen betreft die met meerdere informatiestromen te maken hebben, is het van groot belang dat deze criteria ook vanuit het patiëntenperspectief worden ingevuld.

Hoofdstuk 2: Methode

2.1. Algemeen

In dit hoofdstuk wordt de werkwijze beschreven. Er is gestart met deskresearch. Vervolgens is een topiclijst samengesteld met kwaliteitscriteria en zijn ouderen geïnterviewd met behulp van de topiclijst. In verband met de doelgroep (kwetsbare ouderen) is gekozen voor individuele interviews. Na de interviews is alle verzamelde informatie samengevoegd tot een overzicht van wat (kwetsbare) ouderen belangrijk vinden bij informatieoverdracht in de keten.

2.2. Deskresearch

Deskresearch is uitgevoerd in mei 2014 en kende vier onderdelen:

- informatie vanuit patiëntenverenigingen,
- informatie gevonden via google,
- informatie gevonden via de zoekmachine Pub-Med
- informatie via interviews met experts

2.2.1 Informatie vanuit patiënten verenigingen

Op internet is gezocht naar relevante patiëntverenigingen die binding hebben met de doelgroep 'kwetsbare ouderen', zoals de PCOB en KBO. Vervolgens is op de website van de patiëntenvereniging gezocht naar relevante informatie. Daarnaast is binnen Patiëntenfederatie NPCF navraag gedaan naar eventuele relevante projecten en/of informatie.

2.2.2. Informatie gevonden via google

Op google is in eerste instantie gezocht naar relevante informatie via de zoektermen: informatieoverdracht ouderen en ziekenhuis, overdracht, informatieoverdracht en ontslag.

Vervolgens werd met de sneeuwbalmethode verder gezocht.

2.2.3. Informatie gevonden via de zoekmachine Pub-Med

Op Pub-Med is gezocht met de volgende zoektermen:

- information transfer elderly patients
- information exchange elderly patients
- continuity of care transfer elderly
- transfer elderly patients
- health information exchange

Artikelen werden eerst gescreend op titel. Van de relevante titels werd het

abstract gelezen. Bij een relevant abstract werd het hele artikel gelezen. Daarna werden ook de referenties van de artikelen bekeken om eventuele relevante artikelen te vinden.

2.2.4. Informatie gevonden via interviews met experts

Met behulp van de eerste resultaten uit de deskresearch zijn experts binnen de ouderenzorg benaderd voor een interview. Er is gesproken met in totaal vier experts:

- Sandrina Sangers (PCOB)
- Hanneke Merten (onderzoeksgroep patiëntveiligheid/Vumc/Nivel)
- Sophia de Rooij (AMC)
- Roshnie Kolste (Pharos)

In het interview is hen gevraagd naar hun ervaringen en kennis met betrekking tot informatieoverdracht bij (kwetsbare) ouderen.

Via de verkregen informatie uit deze interviews is de deskresearch verder uitgebreid.

2.3. Topiclijst

Met behulp van de resultaten uit de deskresearch is een eerste topiclijst voor de interviews met de (kwetsbare) ouderen opgesteld. Hierin waren in eerste instantie drie hoofdvragen opgesteld. Deze hebben we voorgelegd aan experts op het gebied van informatieoverdracht en/of (kwetsbare) ouderen. Waar nodig zijn de vragen aangepast. Onder hoofdstuk 3.3 wordt de inhoud van de topiclijst nader toegelicht.

2.4. Interviews patiënten/mantelzorgers

Er is in dit project gekozen om individuele interviews af te nemen in plaats van focusgroepen. Deze keuze is gemaakt, omdat dit project gericht is op kwetsbare ouderen. Voor hen is reizen moeilijker of niet mogelijk. Bovendien krijgen deelnemers in een individueel interview meer tijd en ruimte om hun verhaal te doen, dan in een focusgroep mogelijk is.

In juli en augustus 2014 zijn ouderen en mantelzorgers geworven voor interviews. In de maand augustus zijn de interviews afgenomen. Daarna zijn de resultaten verwerkt.

2.4.1. Werving

Ouderenbonden zijn benaderd om een oproep tekst te plaatsen in hun nieuwsbrief. Via deze weg zijn (kwetsbare) ouderen die recent een opname in het ziekenhuis hadden gehad opgeroepen zich aan te melden voor een interview.

Daarnaast zijn deelnemers geworven via het zorgpanel van de NPCF door middel van een korte vragenlijst. Hierin werd een oproep gedaan voor deelname aan een interview. Tegelijkertijd werden een aantal vragen gesteld op basis van de gestelde selectiecriteria.

Deze selectiecriteria waren:

- persoon van 75 jaar of ouder (of naaste van iemand van 75 jaar of ouder)
- aanwezigheid van een chronische aandoening
- ervaring met een ziekenhuisopname in 2014

Het hebben van een chronische aandoening is gebruikt als selectiecriteria, omdat er hier vanuit is gegaan dat ouderen met een chronische aandoening over het algemeen te maken hebben met meerdere specialisten en meer zorg. Er is voor gekozen om alleen mensen te interviewen met ervaring met een ziekenhuisopname in 2014. Hiermee is geprobeerd te voorkomen dat ouderen/mantelzorgers zich belangrijke aspecten minder goed zouden herinneren.

Mensen die zich opgaven voor een interview zijn vervolgens telefonisch benaderd met nog een paar verdiepvragen. Hierin is kort de ervaring met informatieoverdracht gevraagd. Op deze manier kon een inschatting worden gemaakt of mensen voldoende zicht hadden op de manier waarop deze overdracht was verlopen. En of men zou kunnen toelichten wat hier goed of minder goed in was gegaan. Op basis van de verzamelde gegevens is een definitieve selectie gemaakt van deelnemers voor het interview. De interviewer heeft vervolgens de planning van de interviews gedaan.

2.4.2. Interviews

Ouderen zijn met behulp van de topiclijst volgens een semigestructureerd interview bevraagd. Afhankelijk van de voorkeur van de oudere kon het interview face-to-face of telefonisch plaatsvinden. Op verzoek van de oudere kon er een naaste aanwezig zijn bij het interview.

2.4.3. Verwerking

De interviews zijn zo snel mogelijk na afname verwerkt volgens de items van de topiclijst. Vervolgens zijn de uitgewerkte interviews geanalyseerd en is een overzicht samengesteld van wat ouderen en naasten belangrijk vinden in de informatieoverdracht.

Hoofdstuk 3: Resultaten, kerncijfers deskresearch en interviews

3.1. Algemeen

Voor de leesbaarheid zijn de resultaten in twee hoofdstukken opgesplitst. In dit hoofdstuk worden de kerncijfers van de deskresearch en interviews gepresenteerd en wordt de groslijst gepresenteerd. In hoofdstuk 4 wordt antwoord gegeven op de vraag; wat vinden (kwetsbare) ouderen belangrijk bij informatieoverdracht tijdens en na een ziekenhuisopname?

3.2. Kerncijfers deskresearch

In de literatuur zijn een aantal documenten gevonden waarin relevante informatie staat waar criteria uit kunnen worden afgeleid over het patiëntenperspectief op informatieoverdracht in de keten van kwetsbare ouderen. Deze criteria vormen een basis voor de interviews.

Onderstaand de belangrijkste informatiebronnen:

- 'Minimale voorwaarden voor goede ketenzorg, vanuit patiëntenperspectief' (Kwaliteit in Zicht, 2011/2012)
- 'Ouderen over ondersteuning en zorg' (Pharos/Zorgbelang Nederland/CSO, 2012)
- 'Onderzoek naar overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT' (Nivel, 2012)
- 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (KNMG et al., 2010)
- 'Op weg naar seniorvriendelijke ziekenhuizen' (PCOB/Unie KBO/NVOG/NOOM, 2013)
- 'Transmurale Zorgbrug: voor de oudere ziekenhuispatiënt' (Stichting effectieve ouderenzorg/Kring Ouderenzorg AMC, 2013)
- 'Geriatrische zorg vanuit patiëntperspectief, kwaliteitscriteria voor zorg aan kwetsbare ouderen' (B.O. te Velde & W. Betten, 2011)
- 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' (KNMG, 2010)
- 'Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department' (Kessler, C., Williams, M.C., Moustoukas, J.N., & Pappas, C., 2013)
- 'Quality in transitional care of the elderly: key challenges and relevant improvement Measures' (Storm, M., Siemsen, I.M.D., Laugaland, K., Dyrstad, D.N., & Aase, K., 2014)
- 'Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers' (Hesselink, G., Schoonhoven, L., Plas, M., Wollersheim, H., & Vernooij-Dassen, M., 2012)
- 'Integrated transitional care: patient, informal caregiver and health care provider perspectives on care transitions for older persons with hip fracture' (Toscan, J., Mairs, K., Hinton, S., & Stolee, P., 2012)
- 'Quality indicators of continuity and coordination of care for vulnerable elder persons' (Wenger, N.S. & Young, M.D., 2004)

3.3. Topiclijst

De topiclijst is opgesplitst in twee delen:

- * ervaring met informatieoverdracht tijdens de ziekenhuisopname
- * ervaring met informatieoverdracht na de ziekenhuisopname

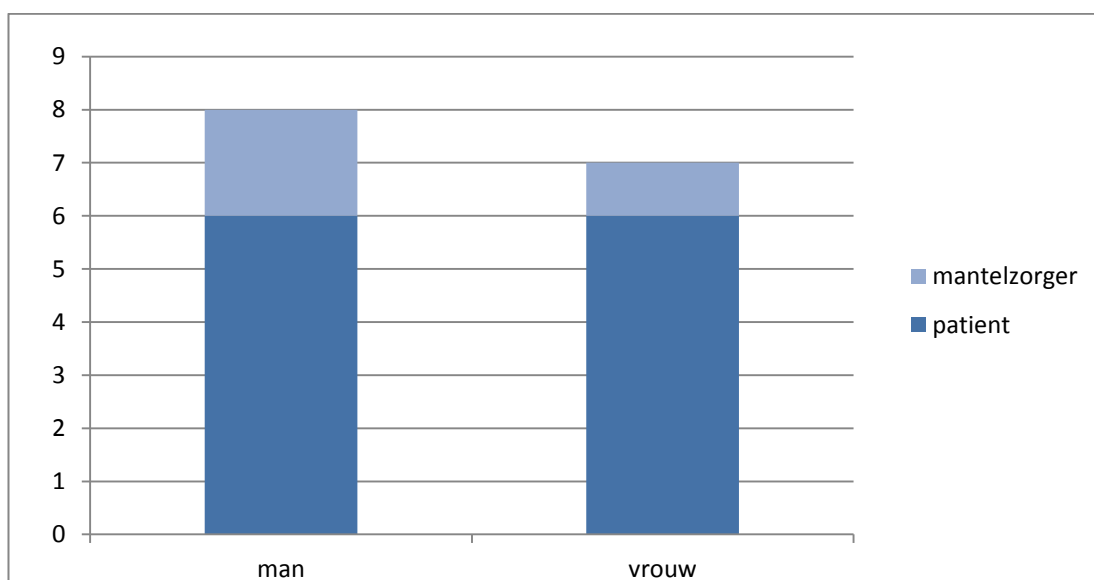
Voor beide onderdelen geldt dat wordt uitgevraagd hoe de oudere de informatieoverdracht heeft ervaren. Daarnaast wordt er gevraagd wat men goed vond gaan en wat men heeft gemist.

De topiclijst is te vinden in bijlage 1.

3.4. Kerncijfers interviews

Alle deelnemers zijn afkomstig uit het zorgpanel van de NPCF. Een aantal ouderen had zich via de oproep vanuit de ouderenbond aangemeld. Zij bleken bij navraag niet volledig te voldoen aan de gestelde criteria.

In totaal is met 15 ouderen gesproken. Drie van hen waren mantelzorgers. Van de oudere patiënten waren 6 man en 6 vrouw. Van de mantelzorgers waren 2 man en 1 vrouw (figuur 1). Het gemiddelde geboortjaar van de 15 geïnterviewde deelnemers was 1937. Dit betekent dat de deelnemers gemiddeld 77 jaar oud waren. De meeste interviews (12) zijn face-to-face afgenomen. In drie gevallen is gevraagd om een telefonisch interview.



Figuur 1. Verdeling man/vrouw en patiënt/mantelzorgers

Hoofdstuk 4: Resultaten, wat vinden ouderen en mantelzorgers belangrijk?

4.1. Algemeen

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat ouderen en hun mantelzorgers belangrijk vinden bij de uitwisseling van (medische) gegevens tussen zorgverleners. Als uitgangspunt wordt hiervoor de matrix vanuit de KIZ-methode gebruikt (zie figuur 2). Aan deze matrix is de kolom 'Ziekenhuisopname' toegevoegd. Dit is gedaan, omdat informatieoverdracht in de keten voor kwetsbare ouderen door alle fases uit de matrix heen loopt. De ziekenhuisopname is in dit project het uitgangspunt geweest om deelnemers te bevragen over informatieoverdracht.

Figuur 2. Fasen van het ziekteproces of zorgcontinuüm voor kwetsbare ouderen bij een ziekenhuisopname

		1	2	3	4	5	
	Thema's	Vroege onderkenning & preventie	Diagnostiek	Individueel zorgplan en behandeling	Begeleiding, revalidatie, re-integratie, participatie en relapspreventie	Laatste levensfase en palliatieve zorg	Ziekenhuisopname
1	Regie over de zorg						Zie 4.2.1
2	Effectieve zorg						Zie 4.2.2
3	Toegankelijke zorg						
4	Continuïteit van zorg						Zie 4.2.3
5	Informatie, voorlichting en educatie						Zie 4.2.4
6	Emotionele ondersteuning, empathie en respect						
7	Patiëntgerichte omgeving						Zie 4.2.5
8	Veilige zorg						Zie 4.2.6
9	Kwaliteit van zorg transparant						
10	Kosten transparant						

4.2. Resultaten

De resultaten worden besproken vanuit de kolom 'Ziekenhuisopname' in de matrix. In iedere fase uit de matrix kan een ziekenhuisopname bij kwetsbare ouderen een onderdeel zijn. Informatieoverdracht speelt hierbij een belangrijke rol.

Alleen de groen gearceerde thema's in de matrix worden besproken (zie figuur 2). De overige thema's worden niet besproken omdat zij niet (voldoende) relevant en van toepassing zijn met betrekking tot informatieoverdracht in de keten voor kwetsbare ouderen.

4.2.1. Regie over de zorg

Bij kwetsbare ouderen is sprake van verminderd regievermogen en een groeiende kwetsbaarheid door het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale problemen.

De geïnterviewde ouderen geven aan dat zelf de regie voeren over de zorg moeilijk tot onmogelijk is. Ook ervaren ouderen en mantelzorgers dat zorgverleners onvoldoende van elkaar weten wat ze doen en waarom. Veel ouderen en mantelzorgers geven aan dat ze behoefte hebben aan een zorgverlener die het overzicht behoudt.

'Steeds weer, dat ze niet volledig op de hoogte zijn van alle dingen. Ja één regeltje. Voor de rest hoe iets is gelopen staat er allemaal niet bij.'

'Ik heb inmiddels ook gelezen dat er twee ziekenhuizen in Rotterdam zijn die artsen hebben die specifiek op ouderen zijn geënt. Omdat die veel andere en meerdere kwalen hebben, waardoor ze wat beter begrijpen wat er speelt op dat moment. Zo hoort het ook eigenlijk. Kijk we worden steeds ouder en met ouder worden komen er steeds andere ziektes. Maar er zit ontwikkeling in, al denk ik niet snel genoeg nog. Wat die twee ziekenhuizen hebben moeten alle ziekenhuizen. Misschien worden bepaalde aandoeningen dan sneller gesignaleerd.'

Eén van de deelnemers heeft hier ook een positieve ervaring mee.

'Toen heeft de chirurg bij de controle afspraak mijn man en mij aangemeld bij de ouderenpoli. En dat is heel goed, want die coördineren dan voor je. Dat was toch wel prettig. Omdat er toen geluisterd werd, gecommuniceerd, uitgelegd waarom iets was.'

Eén van de deelnemers heeft gemerkt dat het ook anders kan. Deze deelnemer had de indruk dat de zorgverleners in het ziekenhuis goed op de hoogte waren van de (medische) gegevens.

'De verpleegkundigen evalueren ook eens in de zoveel tijd de boel samen met mij.'

De ouderen en mantelzorgers die geïnterviewd zijn, waren over het algemeen zeer mondig. Zij waren zich hier bewust van en ook van het feit dat er veel ouderen zijn die dit niet (kunnen) zijn.

'Je voelt je op het laatst een go-between. Je moet iedereen informeren, nee nee zo is het niet gegaan, nee dat was toen. En hij is vergeetachtig, hij weet niet alles meer. Dus daar moet ik hem bij helpen.' (mantelzorger)

Stel u was alleen geweest? 'Ja dat is het punt.' (oudere) *'Dan was hij overleden. Dat weet ik zeker, en de huisarts ook. Alle stukjes zijn belangrijk, en ook de mentale gesteldheid.'* (partner/mantelzorger)

4.2.2. Effectieve zorg

Kenmerkend voor kwetsbare ouderen is een stapeling van (chronische) aandoeningen. Voor hen is afstemming tussen de verschillende zorgverleners daardoor van groot belang.

Een groot deel van de geïnterviewde ouderen/mantelzorgers heeft de ervaring dat deze afstemming er niet of onvoldoende is.

'Tijdens de preoperatieve controle ontdekte de artsen dat mijn partner aan het boezemfibrilleren was. Hij is toen meteen opgenomen op de hartbewaking. Meteen een hartfilm gemaakt en de hele rotzooi. Dat hebben ze ingevoerd op het scherm. Maar er nooit meer vanaf gehaald. Dus toen werd ik opeens opgebeld dat de hele operatie niet doorging. Want, zeiden ze, hij is hartpatiënt dus we doen het niet. Ik zeg, dit is allemaal besproken en geregeld met de chirurg. Die weet van alles af. Ook de cardioloog had groen licht gegeven. Met pijn en moeite bleef de operatiedatum staan. Het is een wachtlijst van een jaar, dus we moesten deze hebben.' (mantelzorger)

'Tegen het eind van het voortraject voor mijn niertransplantatie wilde één van de artsen van de predialyseafdeling toch nog de bloedarmoede testen, die waarschijnlijk wel kwam door mijn nieren. Maar hij wilde toch uitsluiten dat het komt door bijvoorbeeld inwendige bloedingen in het maag-darmlokaal. Terwijl we juist die week de uitslag zouden krijgen van het hele traject. Nou dat waren a) twee buitengewoon vervelende onderzoeken en b) duurde het hierdoor weer een aantal weken. Twee andere artsen van de afdeling, die ik eerder had gehad tijdens het traject, hadden helemaal niets gezegd over zo'n controle. Toen kwam ik vervolgens bij de transplantatie-art en die zei direct

van ja dat wist ik wel dat het door de nieren kwam. Dat onderzoek was volkomen overbodig voor haar. Dan denk ik, blijkbaar is iedere arts koning in eigen koninkrijk en kan zelfstandig beslissen om, ongeacht wat anderen artsen vinden of zeggen, bedenken ik doe het zo.'

Daarnaast hebben ouderen/mantelzorgers de ervaring dat specialisten in het ziekenhuis zich te veel bezig houden met alleen hun eigen specialisme. Er wordt onvoldoende aandacht besteed aan de andere aandoeningen die de ouderen hebben.

'Ik vertelde de maagspecialist dat ik bij de diëtist was geweest. En dat die iets had gezegd over dat ik slecht adem haalde en dat dit met mijn maagklachten te maken had. Toen zei de specialist: daar heb ik geen verstand van, ik hou me alleen met uw maag bezig en dat daarboven daar kan ik niets mee. Tja, dat vind ik dus.... Een mens bestaat niet uit aparte stukjes, dat is één samenwerkend geheel. Dus dat vond ik heel onprofessioneel.'

4.2.3. Continuïteit van zorg

Niet alleen binnen een ziekenhuis moeten alle zorgverleners op de hoogte zijn van (medische) gegevens. Ook (verpleeg)huisartsen, revalidatieartsen, fysiotherapeuten, thuiszorg etc. moeten beschikken over een tijdige en complete informatieoverdracht.

Voor kwetsbare ouderen met meerdere (chronische) aandoeningen, curatieve zorg en verpleging en verzorging thuis is afstemming tussen de verschillende zorgverleners noodzakelijk.

Meerdere deelnemers aan het interview hebben aangegeven niet het idee te hebben gehad dat er sprake is geweest van (voldoende) informatieoverdracht tussen zorgverleners uit het ziekenhuis en andere betrokken zorgverleners.

'De fysiotherapeut had niets gehoord.' *'Dat merk je aan de vragen die ze stelde. Als je een brief hebt gehad van de huisdokter of de specialist dan hoeft je de helft niet te vragen aan de patiënt.'*

'De laatste keer zei de vaatchirurg dat hij een hele brief had gestuurd naar mijn huisdokter. Toen was ik bij de huisdokter, dus ik vraag of zij die brief heeft ontvangen. Ze zegt wat voor brief, ik heb nog nooit een brief ontvangen, ik heb nog nooit wat uit dat ziekenhuis gekregen. Ik ben daar vanaf 2011 bezig en alles wat de huisdokter in de computer heeft staan, heeft ze uit mijn mond gehoord. Dat vind ik helemaal belachelijk natuurlijk.'

Eén van de deelnemers heeft ook ideeën over hoe het anders zou kunnen.

'Ik denk dat als een arts jou behandelt dat hij op moet schrijven wat hij vanuit zijn vakgebied belangrijk vindt. Wat is belangrijk dat een andere arts over deze patiënt weet. En wat hij dan precies gedaan heeft, dat is zijn vakgebied, dat hoeft er niet uitgebreid in. Maar het gaat om de kernpunten.'

4.2.4. Informatie, voorlichting en educatie

Ook de ouderen en mantelzorgers zelf willen geïnformeerd worden over de gesteldheid van hunzelf of hun naasten.

Bijna alle deelnemers geven aan de communicatie tussen arts en patiënt onvoldoende te vinden. Men vindt dat ze te weinig uitleg krijgen en te weinig worden geïnformeerd over de verdere gang van zaken.

'Ik heb redelijk veel medisch kreten gehoord waarvan ze veronderstelde dat ik het wel wist.'

'Er wordt over de patiënt heen gepraat. De arts kijkt de patiënt niet eens aan. Als hij praat, praat hij bijna al tegen zijn secretaresse. Je moet daar iets van durven zeggen, niet iedereen durft iets te zeggen tegen de arts. Artsen moeten meer vertellen over wat je kunt verwachten. Er zullen mensen zijn die de informatie niet aan kunnen, maar er zijn ook genoeg mensen die dat wel kunnen. Daar moeten ze ook naar kijken.'

'Ik durf het te zeggen, ik kan het zeggen. Iemand die dat lef niet heeft en iemand die niet begrijpt hoe de wereld in elkaar zit is altijd het haasje. Ik vind dat een dokter, hoe simpel een mens ook is, even van de troon af moet komen om hun te vertellen wat er is. Hij mag van mij blijven zitten, want ik ga wel langs hem staan.'

Sommige ouderen en mantelzorgers zijn na een ziekenhuisopname met onbeantwoorde vragen blijven zitten. Een aantal deelnemers geeft aan dat ze meer geïnformeerd hadden willen worden, bijvoorbeeld over waar ze op moesten letten na de ziekenhuisopname (leefregels). Terwijl anderen aangeven dat ze zelf wel zorgen dat ze de informatie krijgen, bijvoorbeeld door middel van internet.

'Ik kreeg geen informatie mee vanuit het ziekenhuis. Ik heb zelf ook alleen gevraagd of ik mocht tennissen, maar dat mocht in ieder geval een week niet. Ik vind dat je in ieder geval goed geïnformeerd moet worden. Als ze me niet vertellen wat niet mag, dan mag het dus, in mijn beleving.' *'Maar ik kan zelf nog wel wat bedenken. Een aantal mensen kunnen dat niet. Dus moet er in een protocol het een en ander worden vastgelegd.'*

'Tekenend is bijvoorbeeld dat ik de avond dat ik weer thuis was heb opgebeld naar de afdeling. Toen zei ik, van ja ik heb geen informatie van u, maar mag ik op mijn zij liggen? Hoezo, vroeg ze? Nou ik uitgelegd dat ik een korset droeg en waarom. Ik zei ook, als ik op mijn zij lig, kan ik zo met mijn hand onder dat korset, ik weet niet of dat de bedoeling is. Nou volgens mij mag het wel, zei ze, en anders moet u morgen maar bellen. Dan kon ik het aan een arts vragen.'

Tot slot geven de meeste deelnemers aan een telefoonnummer te hebben gekregen bij ontslag uit het ziekenhuis. De deelnemers geven ook aan het prettig te vinden om te weten bij wie ze terecht kunnen met vragen of gezondheidsklachten na de opname.

'Er werd wel nadrukkelijk gezegd dat ik terug moest komen of moest bellen als er iets was. Ik kan dan de huisarts bellen, maar heb ook het nummer van de longspecialist.'

'Bij de informatie die ik kreeg zat ook een telefoonnummer. Helaas moet ik zeggen dat die informatie niet helemaal klopte. Toen ik het nummer belde dat ik volgens het boekje moest bellen ben ik vier keer doorverbonden. Ik kwam uiteindelijk bij iemand terecht die zei dat ik op zijn mobiel binnen kwam en dat ik doorverbonden moest worden. Met een hele toestand ben ik uiteindelijk op de eerste hulp terecht gekomen.' 'Het idee dat je nummers krijgt waar je direct op de juiste plek zit en dat iemand zit die jouw gegevens kan zien en kan zeggen wat er moet gebeuren. Dat is prima en mooi. Maar dan moet je wel zorgen dat die informatie klopt.'

4.2.5. Patiëntgerichte omgeving

Bij kwetsbare ouderen is sprake van een verminderd regievermogen. Daarom is het juist voor deze doelgroep belangrijk dat ook de naasten van de ouderen betrokken worden.

Twee van de drie geïnterviewde mantelzorgers hadden hier negatieve ervaringen mee. Hun visie of vragen met betrekking tot hun partner werden niet meegenomen door de zorgverlener.

'Ik heb heel duidelijk aangegeven bij de opname dat mijn man doof is. Maar je denkt je kijkt hoe het gaat, en je ziet vanzelf wel iemand verschijnen. Maar dat is dus gewoon niet zo. Mij is niets verteld. Mijn man zegt wel 'ja', maar heeft dan vervolgens niets gehoord en dan weet ik dus ook niets.' (mantelzorger)

'De arts wist van de thuissituatie helemaal niets af. Hij wist niet dat ik 4x per dag hulp had thuis voor mijn vrouw. Dan zegt hij, ja maar uw vrouw wil naar huis. Ik zeg, je weet niet waar je het over hebt. Als je tegen mijn vrouw het woord thuis zegt, dan vindt ze alles goed. Terwijl het helemaal niet kan.' (mantelzorger)

4.2.6. Veilige zorg

Juist omdat kwetsbare ouderen vaak meerdere (chronische) aandoeningen hebben, is het van belang dat er goede informatieoverdracht plaats vindt. Iedere zorgverlener moet kunnen beschikken over de (medische) gegevens van zijn patiënt. Zo wordt de kans op het maken van (onnodige) fouten beperkt.

Veel van de geïnterviewde ouderen hebben ervaring met foutieve informatieoverdracht. Met name wanneer het gaat om medicatie.

'Na de operatie kregen ik nieuwe, extra medicatie. Maar ik had ook medicatie van mijn psychiater. Nu bleek ik de nieuwe pijnstillers niet in combinatie te mogen nemen met de pillen van de psychiater. Dan moet je dus eerst die pillen van de psychiater afbouwen en dan kun je die andere gebruiken.' *'Ik geloof dat het van de apotheek kwam dat ik die combinatie niet mocht.'* *'De specialist wist geloof ik niet dat ik die medicatie had. De psychiater heeft nieuwe medicatie moeten vinden.'* *'Ik had een lijst uitgedraaid van de apotheek en meegenomen naar het ziekenhuis. De specialist had kunnen weten dat ik die medicatie ook had.'*

'Ik heb wel meer in ziekenhuizen gelegen. Je moet echt opletten hoor, want ze staan met een spuit klaar, terwijl je al andere middelen hebt dat niet samen mag. Dan zeg ik ho ho. Maar als je niet assertief bent dan heb je die spuit al te pakken. Je moet echt opletten dat je alleen datgene krijgt wat voorgeschreven is. Dat loopt weleens fout. Ze schrijven iets voor dat wordt niet meteen opgenomen in de status, of op de computer nu, of in ieder geval te laat en dat gaan ze een dag later dan pas doorvoeren. Dat vind ik jammer, zou niet meer moeten in dit digitale tijdperk. Ze zouden in 1 oogopslag moeten kunnen zien hoe of wat.'

Onvoldoende informatieoverdracht leidde bij de ouderen en mantelzorgers tot irritatie en frustratie.

'Ik vraag me nog steeds af hoe het kan dat ik in anderhalve week bij drie ziekenhuizen steeds hetzelfde verhaal moet vertellen en dezelfde vragen moet beantwoorden. Dat moet niet kunnen, die informatie moet bekend zijn. Net als mijn medicijnlijst. Iedere keer als ik naar een specialist ga, moet ik dit weer opnieuw invullen. Dan denk ik waar is dat nou voor nodig. Als de epd er is, dan staat dat er altijd in als de arts een medicijn voorschrijft, dan staat dat erbij.'

'De vaatchirurg in het ene ziekenhuis wilde weten wat er in het andere ziekenhuis al gedaan was, of er al foto's gemaakt waren enzo. En dat was ook zo, maar hij heeft er echt om moeten zeuren dat hij die disc kreeg. En ik ben er zelf naartoe gegaan om dat op te halen.'

En bij de zorgverleners soms zelfs (bijna) tot medische fouten.

'Ik heb mijn dossier van de cardiologie boven liggen, want vorig jaar hebben ze geprobeerd om te katheteriseren, toen heb ik gezegd dat lukt niet. Want dat hadden ze in 2008 in het andere ziekenhuis al geprobeerd en toen konden ze er niet door komen. Ja maar, daar stond nergens iets van in. Nou dus toch katheteriseren. Toen ging er van alles fout.'

'Wat gaven ze de volgende dag?? Ik had saturatie, kwamen ze met dat apparaat. Ik zeg tegen dat meisje, lees je status. Vraagt ze: hoezo?, ik zeg: ik mag geen zuurstof.'

'De cardioloog had gezegd dat hij zou noteren dat ik een bepaalde injectie niet mag, dat ze dan een andere vloeistof moeten gebruiken. Dus ik lig klaar om geprikt te worden door iemand van de ic. Toen zei ik, het is toch niet die en die vloeistof? Want de cardioloog heeft daarvoor gewaarschuwd en dat staat ook wel in het rapport. O, zegt ze, nee nee dat mag u helemaal niet hebben.' 'Als ik dat nou niet gezegd had.... Dat maakt mij dus erg onzeker.'

Behalve dat deelnemers aangeven dat zorgverleners goed op de hoogte moeten zijn, willen de ouderen en mantelzorgers zelf ook toegang tot de (medische) informatie. Men wilt zelf kunnen inzien welke informatie er in hun dossier staat. Zodat ze dit waar nodig kunnen aanpassen en er zeker van kunnen zijn dat de informatie, die een zorgverlener krijgt, juist is.

'Ik zou ook willen dat ik ze zelf kon zien. Dat kan nog niet hè? Want dan zou ik het in de gaten houden of alles erin stond. Dat heb ik weleens bij de huisarts gedaan, die moest een brief afgeven met mijn medische geschiedenis en de helft stond er niet in. Dus toen heb ik het aangevuld en opgestuurd, van zo zit het in elkaar. En dat zou ik dan anders ook willen doen.'

Hoofdstuk 5: Kwaliteitscriteria

5.1. Algemeen

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de resultaten uit de interviews en deskresearch. Er is gekeken waar (kwetsbare) ouderen en mantelzorgers tegenaan lopen en wat zij belangrijk vinden bij de uitwisseling van (medische) gegevens tijdens en na een ziekenhuisopname. Er kunnen een aantal criteria worden opgesteld naar aanleiding van de gevonden resultaten.

5.2. Criteria vanuit het perspectief van (kwetsbare) ouderen en mantelzorgers

Zorg voor afstemming tussen zorgverleners (binnen en buiten het ziekenhuis)

Kenmerkend voor (kwetsbare) ouderen is een stapeling van (chronische) aandoeningen. Hierdoor hebben zij veel te maken met verschillende zorgverleners. Zoals medisch specialisten, (verpleeg)huisartsen, (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden, fysiotherapeuten, diëtisten, etcetera.

Afstemming is nodig met betrekking tot:

1. zorgverlening ; bij de behandeling van de ene aandoening moet aandacht besteedt worden aan de invloed ervan op de andere aandoening(en).
2. medicatie ; ook bij het voorschrijven van medicatie moet aandacht worden besteed aan de invloed op andere aandoeningen. Hierdoor wordt niet gewenste stapeling en interactie van medicatie voorkomen.

Zorg voor beschikbaarheid van (medische) gegevens zowel voor de zorgverlener als de (kwetsbare) ouderen en de mantelzorger

Iedere zorgverlener betrokken bij de behandeling van de (kwetsbare) oudere moet kunnen beschikken over de bijbehorende (medische) gegevens.

Van groot belang hierbij is dat de gegevens:

- * correct zijn
- * volledig zijn
- * op tijd zijn.

De zorgverlener moet ervoor zorg dragen dat informatie terecht komt bij overige betrokken zorgverleners. Tegelijkertijd moet de zorgverlener ervoor zorg dragen dat hij informatie opvraagt wanneer hij zelf geen of onvoldoende informatie heeft.

Daarnaast moet ook de (kwetsbare) oudere of mantelzorger kunnen beschikken over haar eigen (medische) gegevens. Zodat zij waar nodig kan aangeven wanneer informatie niet klopt of onvolledig is.

Informeer de (kwetsbare) oudere én mantelzorg

Vanwege de verhoogde kwetsbaarheid van ouderen verdient informatievoorziening bijzondere aandacht bij opname en ontslag. Daarbij moet worden gecontroleerd of de oudere en/of de mantelzorg alles heeft begrepen. Bij ontslag is het verder van belang om aandacht te besteden aan leefregels (voeding, beweging, etc.) en het voorkomen van heropname. Zowel mondeling als schriftelijk (bijvoorbeeld in de vorm van brochures).

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale problemen. Vanwege de groeiende kwetsbaarheid van ouderen wordt de rol van de mantelzorg steeds belangrijker. De mantelzorg is er om informatie te geven en ontvangen, te ondersteunen en de belangen van hun naaste te behartigen.

Zorg voor een aanspreekpunt

De (kwetsbare) oudere heeft te maken met een opstapeling van (chronische) aandoeningen. Hierdoor krijgen ze ook te maken met veel verschillende zorgverleners. Voor deze doelgroep is het daarom van belang dat er een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling is tussen de betrokken zorgverleners. Zodat de oudere of mantelzorg altijd weet bij wie zij terecht kan met vragen.

In een verantwoordelijkheidsverdeling is onder andere vastgelegd:

- * welke zorgverlener (eventueel per fase van het zorgproces) het aanspreekpunt is voor de patiënt of mantelzorg bij vragen of onduidelijkheden.
- * welke zorgverlener of welk organisatieonderdeel aanspreekpunt is voor de patiënt of mantelzorg in acute situaties (eventueel per fase van het zorgproces).

Hoofdstuk 6: Patiëntveiligheidskaart

Naast een set kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van (kwetsbare) ouderen is het van belang dat kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers toegerust worden om de informatieoverdracht te verbeteren. Om die reden is een patiëntveiligheidskaart ontwikkeld voor (kwetsbare) ouderen en hun mantelzorgers bij overdracht van thuis-VVT -ziekenhuis en andersom.

Onderstaand de items die benoemd worden op de patiëntveiligheidskaart:

1. Neem iemand mee die u vertrouwt.
2. Neem uw medicatieoverzicht mee.
3. Weet wat er in uw medisch dossier staat.
4. Zorg voor de juiste informatie.
5. Vraag wie uw aanspreekpunt is.
6. Vraag naar leefregels bij ontslag uit het ziekenhuis.

Hoofdstuk 7: Aanbevelingen ten behoeve van de NIA agenda

7.1. Algemeen

De Nationale Implementatie Agenda (NIA) E-health bestond uit een samenwerking van de drie belangrijke veldpartijen in het zorgsysteem:

- de zorgverleners, vertegenwoordigd door de KNMG
- de zorggebruikers, vertegenwoordigd door Patiëntenfederatie NPCF
- de zorgverzekeraars, vertegenwoordigd door ZN

Inmiddels is de samenwerking onder de naam NIA+ uitgebreid met Nictiz, Zorginstituut Nederland en VZVZ (de vereniging van zorgaanbieders voor zorgcommunicatie). De NIA+ richt zich op het oplossen van belemmeringen en knelpunten voor opschaling en structurele inbedding. Daartoe heeft zij een nieuwe ImplementatieAgenda e-Health⁵ opgesteld.

Eén van de speerpunten die op de agenda van de NIA wordt benoemd: 'veilige, betrouwbare en tijdige elektronische uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorgprofessionals onderling in transmurale zorgnetwerken, tussen zorgprofessionals en patiënten, en tussen patiënten onderling, is hierbij een belangrijk fundament.'⁶

In het huidige project is onderzocht wat kwaliteitscriteria zijn met betrekking tot informatieoverdracht in de keten van (kwetsbare) ouderen.

Vier criteria zijn vanuit de literatuur en interviews met (kwetsbare) ouderen en mantelzorgers opgesteld:

- 1) Zorg voor afstemming tussen zorgverleners (zowel binnen en buiten het ziekenhuis).
- 2) Zorg voor toegang tot (medische) gegevens zowel voor de zorgverlener als de (kwetsbare) oudere en de mantelzorger.
- 3) Informeer de (kwetsbare) oudere én mantelzorger.
- 4) Zorg voor een aanspreekpunt.

Vanuit het huidige project zijn er een aantal aanbevelingen die verder vanuit de NIA E-health gestimuleerd kunnen worden. Deze zullen verder besproken worden.

⁵ <http://knmg.artsennet.nl/Nieuws/Overzicht-nieuws/Nieuwsbericht/147320/Implementatieagenda-eHealth-vastgesteld.htm>

⁶ Nationale Implementatie Agenda (NIA) E-health: rapport 2012

7.2. Aanbevelingen

Standaardisatie

Momenteel is er sprake van een gebrek aan standaardisatie in de overdracht. Bijvoorbeeld door het ontbreken van gestandaardiseerde database, formulieren, procedures en dossiers. Ook door de wijze van opslag van informatie krijgen professionals niet altijd toegang tot benodigde informatie. Informatiesystemen zijn niet (voldoende) op elkaar aangesloten.

Bovenstaande blijkt ook uit een onderzoek in opdracht van V&VN onder 800 professionals (verzorgenden, (transfer)verpleegkundigen en andere betrokkenen bij verpleegkundige zorg)⁷.

Om complete, tijdige en correcte informatieoverdracht te bevorderen moeten de verschillende betrokken zorgverleners de mogelijkheid hebben om (medische) gegevens van de (kwetsbare) oudere op te vragen.

Mantelzorger

Kenmerkend voor de (kwetsbare) oudere is een verminderd regievermogen. Mantelzorgers ervaren dat er onduidelijkheid bestaat over hun rol en verantwoordelijkheden. Dit leidt er soms toe dat de mantelzorger meer verantwoordelijkheid wordt toebedeeld dan de bedoeling is. Met name met betrekking tot de informatieoverdracht bij een overgang naar een (nieuwe) zorgverlener of setting.

Mantelzorgers geven aan dat ze er zijn om informatie te geven en ontvangen, te ondersteunen en de belangen van hun naaste te behartigen.

Individueel zorgplan

Bij (kwetsbare) ouderen is sprake van een opeenstapeling van (chronische) aandoeningen. Hierdoor zijn veel verschillende zorgverleners betrokken bij de zorg. De zorg die wordt geleverd moet zich centreren rond de (kwetsbare) oudere. Een individueel zorgplan is hiervoor een goede tool. Een zorgplan vormt de spil van de zorgverlening aan de (kwetsbare) oudere.

Het gebruik van een individueel zorgplan moet in de nieuwe bekostigingsmodellen van huisartsenzorg en verpleging & verzorging thuis gestimuleerd worden.

⁷ Verpleegkundige overdracht, een geoliede machine? (Nictiz, 2014)

Bijlage 1: Topicijst interviews

Algemeen:

A) Patiëntgegevens

- Leeftijd
- Geslacht
- Ziekenhuisopname: gepland of spoed
- Woonsituatie voor ziekenhuisopname en huidige woonsituatie

Specifiek:

B) Informatieoverdracht tijdens de overgang van ziekenhuis naar verpleeg- of verzorgingsinstelling of naar huis

Bij ziekenhuisopname:

- 1) Hoe heeft u de opname ervaren?
 - 2) Wat is uw ervaring met de overdracht van uw gegevens (medicijngebruik/eventuele beperkingen/partner die verzorging nodig heeft) bij uw opname?
 - 3) Had u het idee dat de zorgverleners (artsen, verpleegkundigen) op de hoogte waren van uw medische geschiedenis?
 - 4) Waar merkte u dit aan?
 - 5) Om welke gegevens ging dit? Welke gegevens miste u?
 - 6) Vond u dit prettig?
 - 7) Waarom wel of niet?
- 8) Was er nog andere informatie waarvan u het prettig vond dat deze bekend was bij de opname?
- 9) Heeft u informatie gemist? Van welke informatie had u het prettig gevonden als deze bekend was geweest?

Na ziekenhuisopname:

- 10) Waar ging u heen na uw opname in het ziekenhuis?
- 11) Wat is uw ervaring met de overdracht van uw gegevens (medicijngebruik/eventuele beperkingen/partner die verzorging nodig heeft) van het ziekenhuis naar (huis/verzorgings- of verpleeghuis)?
- 12) Had u het idee dat de zorgverleners (huisarts/thuiszorg/fysiotherapeut) op de hoogte waren van uw behandeling in het ziekenhuis?
- 13) Waar merkte u dit aan?
- 14) Om welke gegevens ging dit? Welke gegevens miste u?
- 15) Vond u dit prettig?
- 16) Waarom wel of niet?
- *Welke gegevens miste u?*
- 17) Heeft u bij ontslag uit het ziekenhuis informatie gekregen over leefregels (voeding/beweging/verzorging) en medicatie (wanneer, welke)?
- 18) Om welke informatie ging dit? Welke informatie miste u of had u (achteraf gezien) graag willen weten?

- 19) Vond u dit prettig?
- 20) Waarom wel of niet?
- Welke informatie miste u of had u (achteraf gezien) graag willen weten?
- 21) Heeft u na ontslag uit het ziekenhuis een telefoonnummer gekregen van een zorgverlener met wie u contact kon opnemen wanneer zich problemen zouden voordoen?
- 22) Vond u dit prettig? Of had u dit prettig gevonden?
- 23) Waarom wel of niet?
- 24) Was er nog andere informatie waarvan u het prettig vond dat deze bekend was bij de opname?
- 25) Heeft u informatie gemist? Van welke informatie had u het prettig gevonden als deze bekend was geweest?

Bijlage 2: Gevonden kwaliteitscriteria vanuit deskresearch

* Samenvattend wat al bekend is

De volgende onderwerpen zijn van belang (vanuit literatuur):

- Organisatie

Wat men mist:

- gebrek aan standaardisatie in de overdracht, bijvoorbeeld door het ontbreken van gestandaardiseerde database, formulieren, procedures en dossiers
- er is geen eenduidig begrippenkader tussen beroepsgroepen onderling en tussen zorgorganisaties
- onduidelijke rollen en verantwoordelijkheden bij de zorgverleners
- Fragmentatie van het zorgaanbod → Gebrek aan samenhang tussen zorg, welzijn en wonen, voor zo ver dit een relatie heeft met medische aspecten

Wat men verwacht:

- gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan tussen betrokken zorgverleners

- Overgangen

Wat men verwacht:

- soepele en vlotte overgangen ziekenhuis - thuis – verpleeg- of verzorgingshuis – thuiszorg
- afspraken over de samenwerking worden vastgelegd en regelmatig geëvalueerd
- correcte afspraken en zorgvuldige overdracht huisarts bij naar huis gaan
- op de dag van opname en op de dag van ontslag wordt een kort opnamebericht respectievelijk ontslagbericht aan de verwijzer gestuurd met daarin duidelijk de naam en het intercollegiale telefoonnummer van de medisch specialist die in het ziekenhuis het aanspreekpunt is voor de verwijzer
- bij ontslag worden veranderingen in het medisch beleid/zorgbehandelplan duidelijk aangegeven
- naast een goede dossieroverdracht ook een warme overdracht waarin hele specifieke zaken door gegeven kunnen worden (wordt bepleit door CVA vereniging)
- patiënt/mantelzorger moet zelf veel informatie verschaffen, omdat de nieuwe zorgverlener niet voldoende op de hoogte is

- Coördinatie

Wat men mist:

- gebrek aan geïntegreerde computersystemen
- tijdige ontslagplanning
- voldoende coördinatie
- gebrek aan samenwerking tussen het ziekenhuis en overige zorgverleners; voorbeeld huisartsen kunnen de juiste contactpersoon in het ziekenhuis vaak moeilijk bereiken in het geval ze nog verdere vragen hebben naar aanleiding van het ontslag van een patiënt

Wat men verwacht:

- aanwezigheid 1 aanspreekpunt
- de zorgverlener gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg, scholing en andere activiteiten
- huisarts is verantwoordelijk voor een actuele overdracht tijdens avond- en weekenddiensten aan andere zorgverleners. De dienstdoende arts moet in ieder geval de noodzakelijke medische gegevens kunnen inzien
- onderlinge afstemming behandelaren
- ingrijpende veranderingen in het medisch beleid/zorgbehandelplan worden altijd met de verwijzer overlegd
- zorgverlener houdt rekening met multimorbiditeit → er is automatisch oog voor en afstemming met de zorg(verleners) voor de andere aandoeningen
- multidisciplinair overleg
- verantwoordelijkheidsverdeling is vastgelegd in behandelplan/zorgplan en/of dossier van de patiënt
- verdeling van taken en verantwoordelijkheden na ontslag

- Kwaliteit

Wat men mist:

- overdragende partij weet vaak niet van de ontvangende partij welke informatie gewenst is
- ontvangende partij neemt niet altijd de tijd of het initiatief om aanvullende informatie te verkrijgen wanneer een overdracht niet compleet blijkt te zijn
- informatie is niet duidelijk leesbaar, daardoor slecht toegankelijk en niet meer overdraagbaar tussen beroepsgroepen onderling en/of zorgorganisaties
- kwaliteit van de geleverde informatie was bovendien vaak onvoldoende

Wat men verwacht:

- verwijfsbrief → duidelijke vraag van verwijzer, medicatiegebruik en voorgeschiedenis van de patiënt
- terugverwijsbrief → diagnose, hulpdiagnostiek (zoals laboratorium en röntgen), wat er gebeurd is, wat besproken is met patiënt en vervolgbeleid (bijvoorbeeld informatie over leefregels)
- voorkomen van heropname → bij ontslag uit het ziekenhuis of verpleeghuis wordt aandacht besteed aan leefregels (onder andere over voeding en beweging). Ook de hoofdbehandelaar in de nieuwe situatie (vaak de huisarts of de verpleeghuisarts) ontvangt deze informatie en bespreekt deze met de oudere
- een zorgverlener zorgt dat hij beschikt over relevante gegevens van collega's
- tijdige informatieoverdracht
- informatie afgestemd op begripsniveau van de patiënt/mantelzorger en controleren of de informatie ook begrepen is
- Elektronische domein dient toegankelijk te zijn voor al degenen die bij de ouderenzorg in de thuissituatie betrokken zijn
- meerdere dossiers binnen 1 organisatie, zou 1 dossier moeten zijn
- holistische benadering: Hierbij zijn zowel fysieke, als psychologische, sociale en

spirituele/existentiële behoeften van belang. Informatieoverdracht richt zich met name op de fysieke zorgbehoeften en niet zozeer op de andere behoeften van de oudere patiënt.

- informatie vanuit het ziekenhuis naar de huisarts/verpleeghuisarts/thuiszorg etc. en naar patiënt en naasten/mantelzorgers moet toereikend, begrijpelijk en op tijd worden geleverd

- Informatie

Wat men mist:

- gebrek aan complete of tijdige informatieoverdracht

Wat men verwacht:

- Informatieoverdracht huisarts – ziekenhuis-doorverwezen zorgaanbieder:
 - #de gestelde diagnose
 - #het vastgestelde behandelplan/zorgplan
 - #actueel medicatieoverzicht
 - #de vastgestelde respons van behandelingen/begeleiding
 - #ontslag
 - #bij welke problemen contact op te nemen met het ziekenhuis
 - #met wie contact op te nemen bij bovengenoemde problemen
- goede afstemming medicatie, zowel met zorgverleners als patiënt
- toegang tot de informatie zowel voor de zorgverlener als de oudere zelf
- zorgverlener zorgt dat hij collega's informeert over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen
- voor ontslag uit een instelling vindt een evaluatiegesprek plaats tussen aanspreekpunt en de patiënt en naaste. Hierin wordt het verloop van de opname besproken. Er worden afspraken gemaakt voor nazorg en over de overdracht naar de huisarts
- bij ontslag uit het ziekenhuis of verpleeghuis naar huis vindt een zorgvuldige overdracht aan de huisarts plaats (bijvoorbeeld in de vorm van een patiëntbrief). Hierin wordt expliciet vermeld: het verloop van de periode in het ziekenhuis of verpleeghuis, eventuele risicofactoren voor terugval of verstoring en gemaakte afspraken met betrekking tot de nazorg, gegevens over de medicatie. Indien thuiszorg is betrokken wordt ook deze geïnformeerd.
- ziekenhuis de huisarts goed moet inlichten over de verrichte behandeling van de patiënt.
- ziekenhuis de patiënt bij ontslag voldoende en duidelijk moet inlichten over medicatie en vervolg zorg

- Betrokkenheid

Wat men verwacht:

- rol mantelzorgers; mantelzorgers geven aan er te zijn om informatie te geven en ontvangen, te ondersteunen en te pleiten voor hun geliefden/naasten
- zelf (patiënt/mantelzorgers) geïnformeerd worden, minimaal over hun gesteldheid/gang van zaken