Onderzoek naar de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT

Carolien de Blok (NIVEL)
Lidewij Vat (Vilans)
Mirjam van Soest-Poortvliet (EMGO)
Daniël Pieter (Kiwa-Prismant)
Mirella Minkman (Vilans)
Martine de Bruijne (EMGO)
Cees Hertogh (EMGO)
Cordula Wagner (NIVEL)

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

De onderzoeksgroep van de afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde maakt deel uit van EMGO+, een interfacultair samenwerkingsverband tussen VU medisch centrum, de faculteit der Psychologie en Pedagogiek en de faculteit der Aard- en Levenswetenschappen. EMGO+ maakt deel uit van de erkennings-commissie van de door de KNAW geaccrediteerde Netherlands School of Primary Care Research (CaRe).

Onderzoek naar de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT

Carolien de Blok (NIVEL)
Lidewij Vat (Vilans)
Mirjam van Soest-Poortvliet (EMGO)
Daniël Pieter (Kiwa-Prismant)
Mirella Minkman (Vilans)
Martine de Bruijne (EMGO)
Cees Hertogh (EMGO)
Cordula Wagner (NIVEL)

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

De onderzoeksgroep van de afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde maakt deel uit van EMGO+, een interfacultair samenwerkingsverband tussen VU medisch centrum, de faculteit der Psychologie en Pedagogiek en de faculteit der Aard- en Levenswetenschappen. EMGO+ maakt deel uit van de erkennings-commissie van de door de KNAW geaccrediteerde Netherlands School of Primary Care Research (CaRe).

ISBN 978-94-6122-165-0

http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2012 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting, synthese en conclusie **5**
Doelstelling en belangrijkste bevindingen 5
Synthese 6
Conclusie en aandachtspunten voor vervolgstappen 10

Lijst van afkortingen **13**

1 Aanleiding en onderzoeksdoel **17**
1.1 Aanleiding 17
1.2 Onderzoeksvragen 18
1.3 Doel, afbakening en definities 18

2 Beschikbare veldnormen over informatieoverdracht **23**
2.1 Inleiding 23
2.2 Methode 23
2.3 Resultaten 24
2.4 Conclusie 27

3 Bevorderende en belemmerende factoren voor informatieoverdracht **33**
3.1 Inleiding 33
3.2 Methode 33
3.3 Resultaten 34
3.4 Conclusie 45

4 Kengetallen rond het volume van overdracht van ziekenhuis naar VVT **47**
4.1 Inleiding 47
4.2 Databron en methode 47
4.3 Resultaten 49
4.4 Conclusie 52

5 Good practices van informatieoverdracht **53**
5.1 Inleiding 53
5.2 Methode 53
5.3 Resultaten 54
Websiteraadpleging en literatuurstudie 54
Expertraadpleging 54
Selectie van good practices 55
5.4 Conclusie 57

6 Stand van zaken Continuity of Care Record **59**
6.1 Inleiding 59

6.2 Methode 59
6.3 Resultaten 59
6.4 Conclusie 61

7 Beperkingen van het onderzoek 63

Literatuurlijst 65

Bijlage 1 Door de projectgroep opgestelde lijst met koepelorganisaties en landelijke verbeterprogramma's 69

Bijlage 2 Veldnormen en hun vindplaats 71

Bijlage 3 Zoekstrategieën gebruikt in het literatuuronderzoek voor onderzoeksvragen 1 en 2 73

Bijlage 4 Oorzaken voor (niet) complete, correcte en/of tijdige informatieoverdracht 77

Bijlage 5 Gesprekleidraad 85

Bijlage 6 Expertraadpleging 87

Bijlage 7 Groslijst Practices informatieoverdracht van ziekenhuis - VVT 89

Bijlage 8 Beschrijving Good Practices 93

Samenvatting, synthese en conclusie

Doelstelling en belangrijkste bevindingen

Om toe te kunnen werken naar het ontwikkelen van een toezichtmethode omtrent de uitwisseling van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT), wil de Inspectie voor de Gezondheidszorg inzicht krijgen in de stand van zaken rondom de overdracht van patiëntinformatie, met name met betrekking tot kwetsbare ouderen. Het doel van onderhavig onderzoek, uitgevoerd door NIVEL, EMGO+, Kiwa-Prismant en Vilans, was om de stand van zaken rondom informatieoverdracht tussen ziekenhuis en VVT in kaart te brengen, en dan met name de overdracht van informatie over kwetsbare ouderen. Dit hebben we gedaan aan de hand van vijf onderzoeksvragen:

1. Welke landelijke veldnormen rond medische en verpleegkundige overdracht van ziekenhuis naar VVT en omgekeerd zijn er voorhanden?
2. Wat zijn oorzaken voor niet compleet, correct of tijdig overdragen van gegevens?
3. Welke kengetallen rond het volume van overdracht van ziekenhuis naar VVT zijn beschikbaar voor de Nederlandse situatie?
4. Welke good practices op het gebied van overdracht tussen ziekenhuis en VVT zijn er in Nederland voorhanden?
5. Wat is de stand van zaken ten aanzien van de bekendheid, acceptatie en invoer van de Continuity of Care Record (CCR) in Nederland?

Elke onderzoeksvraag is in één van de hoofdstukken in dit rapport behandeld. Hoofdstuk 2 presenteert 24 veldnormen die allen ten minste gedeeltelijk informatie bevatten over de overdracht van patiëntinformatie tussen artsen, verpleegkundigen of beiden. Van de 24 normen zijn er slechts vier expliciet gericht op de overdracht van informatie over kwetsbare oudere patiënten. Hoofdstuk 3 presenteert bevorderende en belemmerende factoren voor complete, correcte en/of tijdige overdracht. Bevorderende en belemmerende factoren zijn geïdentificeerd op verschillende abstractieniveaus, namelijk op persoonlijk, interpersoonlijk, organisatie (inclusief automatisering) en contextniveau. Hoofdstuk 4 laat zien dat er in 2011 ruim 1,1 miljoen ziekenhuisopnamen waren die een patiënt van 70 jaar of ouder betroffen, dit was zo'n 30 % van alle ziekenhuisopnamen. Hiervan behoren meer dan 300.000 patiënten tot de categorie kwetsbare ouderen. Bij klinische opnamen komt het overgrote deel van de kwetsbare oudere patiënten uit de thuissituatie (93%), bij ontslag vertrekt ook het overgrote deel van de kwetsbare oudere patiënten weer naar huis (83%). Van de kwetsbare patiënten die verblijven in een V&V instelling komen bij opname meer patiënten uit een verzorgingshuis (3% t.o.v. 1% verpleeghuis), terwijl bij ontslag meer patiënten naar een verpleeghuis gaan (7% t.o.v. 5% verzorgingshuis). Hoofdstuk 5 laat zien dat er in Nederland allerhande initiatieven op het gebied van informatieoverdracht plaatsvinden, maar dat het desondanks lastig is good practices in

kaart te brengen. Initiatieven zijn veelal nog regionaal gericht en betreffen schriftelijke overdracht, elektronische overdracht of een combinatie daarvan. In dit onderzoek zijn POINT (Punt voor Overdracht, Informatie, Naslag en Transfer), de transmurale overdracht Eindhoven en de Transmurale Zorgbrug aangemerkt als good practice. Geen van de initiatieven is gebaseerd op één van de geïdentificeerde veldnormen, ook is niet voor alle initiatieven wetenschappelijk bewijs beschikbaar ten aanzien van hun effectiviteit. Hoofdstuk 6 laat zien dat de CCR, een standaard voor overdracht van patiëntinformatie, in Nederland aan bekendheid wint, met name bij de Universitair Medische Centra. De CCR lijkt echter nog in een acceptatiefase en betreft nog geen breed gedragen standaard voor informatieoverdracht tussen deelsectoren van de zorg. Binnen de VVT lijkt nog veel onbekendheid met de CCR. Invoering van de CCR gebeurt slechts in één regio in Nederland.

In de volgende paragrafen zullen we verschillende inzichten en aandachtpunten uit de individuele hoofdstukken met elkaar verbinden. Op deze manier beschrijven we een aantal overkoepelende thema's aangaande informatieoverdracht.

Synthese

Informatieoverdracht over kwetsbare ouderen

Ziekenhuisopnames van kwetsbare ouderen, en de daarbij horende informatieoverdracht bij opname en ontslag, betroffen zo'n 30% van de ziekenhuisopnames in 2011 (zie hoofdstuk 4). Desondanks wordt slechts in enkele veldnormen specifiek aandacht besteed aan deze grote, en steeds groter wordende, groep patiënten. Ook de overdracht van patiëntinformatie naar de specialist ouderengeneeskunde wordt in weinig normen specifiek benoemd (hoofdstuk 2). De opdracht die de IGZ zich gesteld heeft, namelijk het stimuleren van het veld om een richtlijn op te stellen, is daarmee van groot belang. Een belangrijk aandachtspunt hierin is het verbinden van verschillende zorgprofessionals, sub-sectoren en zorgketens in hun ziens- en werkwijze rondom informatieoverdracht (hoofdstuk 3).

De rol van informatieoverdracht in veldnormen

Er is groeiende aandacht voor informatieoverdracht tussen zorgverleners, maar toch lijkt het overgrote deel van de veldnormen die in de zorgsector worden uitgebracht nog puur medisch-inhoudelijk gericht te zijn. Organisatie van de zorg, inclusief de wijze waarop informatieoverdracht dient plaats te vinden, krijgt in dit kader nog weinig aandacht. Dit geldt ook voor normen die worden opgesteld met als doel transmurale zorgverlening of zorgverlening in de keten in goede banen te leiden. In veel publicaties en veldnormen wordt wel genoemd dat er informatieoverdracht moet plaatsvinden, maar niet hoe dit dient te gebeuren, tussen welke partijen en welke informatie overgedragen dient te worden.

De in dit onderzoek geïdentificeerde normen geven hier allen wel in meer of mindere mate informatie over (hoofdstuk 2). De normen verschillen in de mate van concreetheid waarmee zij hun aanbevelingen of geprefereerde werkwijzen beschrijven. Het is denkbaar dat dit gebrek aan concreetheid het voor de zorgpraktijk lastig maakt om de normen

binnen of tussen hun instellingen te implementeren en te borgen. Dit verklaart wellicht waarom we weinig good practices die zijn ingezet op basis van een veldnorm hebben kunnen identificeren. De meeste good practices waren gebaseerd op methodieken voor medisch-inhoudelijke instrumenten die concrete handvatten boden voor het classificeren van bepaalde aandoeningen of typen patiënten (hoofdstuk 5). Eén veldnorm die meer specifiek is vertaald voor bepaalde sub-sectoren en groepen professionals is de richtlijn Overdracht Medicatiegegevens (Actiz et al., 2008), op basis van deze richtlijn zijn ten minste vier andere normen opgesteld, onder meer gericht op de overdracht van medicatiegegevens van en naar zorgcoördinatoren in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (hoofdstuk 2).
In dit onderzoek is expliciet aandacht besteed aan de Continuity of Care Record. De CCR is in de zoektocht naar veldnormen niet als zodanig naar boven gekomen (hoofdstuk 2). Dit is in lijn met de expertraadpleging (hoofdstuk 6), die liet zien dat de CCR als standaard zich nog in de acceptatiefase bevindt en er nog onvoldoende consensus is over de inhoud van de over te dragen informatie. Dit onderschrijft dat de CCR nog niet aan het criteria van 'breed gedragenheid' voldoet.

Bruikbaarheid van gevonden veldnormen
In totaal zijn er 24 veldnormen geïdentificeerd die voldoen aan de door de IGZ en het projectteam gestelde definitie van veldnorm. Hoofdstuk 2 liet zien dat alle veldnormen door verschillende partijen gedragen zijn en allen onderschreven zijn door ten minste één type evidentie.
De IGZ wil de gevonden veldnormen gebruiken als basis voor het te ontwikkelen toetsingskader over informatieoverdracht. Daarbij is het belangrijk om in het oog te houden dat zowel de zendende partij als de ontvangende partij bij het opstellen van de norm betrokken zijn geweest (hoofdstuk 3). Verschillende van de opgenomen normen zijn opgesteld door de zendende partij of behandelen slechts een eenzijdige overdracht van informatie (ofwel van ziekenhuis naar VVT, ofwel van VVT naar ziekenhuis). De richtlijnen Acuut Coronair Syndroom (NHG & NVVC, 2003) en Myocardinfarct (NHG & NVVC, 2005) en de Nota Medisch Verslaglegging (Verenso, 2009) lijken hier voorbeelden van te zijn. Daarnaast is het voor sommige van de normen onduidelijk of de betrokkenheid van een koepelorganisatie bij het ontwikkelen van de veldnorm ook betekent dat alle bij die koepel horende sub-verenigingen ook achter de norm staan. Zo heeft V&VN bijvoorbeeld haar goedkeuring verleend aan de Kernset E-overdracht (Nictiz, 2011) en de Dataset voor patiëntoverdracht in de care (Nictiz, 2012a), maar is het onduidelijk of alle relevante sub-verenigingen van V&VN ook betrokken zijn geweest.
In het opstellen van normen met betrekking tot informatieoverdracht is het van groot belang dat deze door zowel de zendende als ontvangende partij onderschreven wordt. Veel van de in hoofdstuk 3 geïdentificeerde belemmerende factoren voor complete of tijdige informatieoverdracht zijn gerelateerd aan een gebrek van kennis van elkaars informatiebehoefte en een gebrek aan een gezamenlijke werkwijze tussen organisaties waarin men elkaar ook door middel van closed-loop communicatie durft aan te spreken. Normen die door zendende én ontvangende partijen onderschreven worden bieden de mogelijkheid deze oorzaken weg te nemen.
Daarnaast zal er tussen de betrokken partijen eenzelfde definitie van de begrippen compleetheid, correctheid en tijdigheid van informatieoverdracht moeten bestaan. Een

complete overdracht betekent dat de ontvangende partij voldoende informatie krijgt voor het nemen van behandelbeslissingen voor een specifieke patiënt of cliënt, over te dragen informatie zal daarmee per aandoening of type patiënt verschillen. Correcte overdracht houdt in dat er geen onjuistheden zitten in de over de patiënt of cliënt overgedragen informatie. Veel bestaande normen verstaan onder tijdigheid 'zo spoedig mogelijk maar binnen 24 uur', maar wellicht is hierin voor bepaalde patiëntgroepen een andere tijdspanne gewenst. Zendende en ontvangende partijen zullen deze gezamenlijk moeten bepalen.

Normen voor informatieoverdracht in relatie tot gevonden belemmerende factoren
Normen met betrekking tot informatieoverdracht besteden over het algemeen aandacht aan welke patiëntinformatie door wie op welke wijze en via welke weg aan wie overgedragen dient te worden. Ze richten zich daarmee op formalisatie, standaardisatie in werkwijze en uniformiteit van over te dragen informatie tussen professionals, organisaties en sub-sectoren. Het belang van deze zaken kwam ook naar voren in de identificatie van factoren die de compleetheid, correctheid en/of tijdigheid van informatieoverdracht positief of negatief beïnvloeden (hoofdstuk 3). Echter wordt in de veldnormen lang niet aan alle beïnvloedende factoren aandacht besteed. Zo zijn bijvoorbeeld het hebben van een bestuurlijke visie op informatieoverdracht, of het stimuleren van een cultuurveranderingen van groot belang, maar krijgen veelal geen plaats binnen de normen. Bij de identificatie van good practices ontstond hetzelfde beeld (hoofdstuk 5). Daar waar bijvoorbeeld e-overdracht door verschillende samenwerkende organisaties werd gezien als een mooie manier om informatie over te dragen, bleek succesvolle implementatie in de praktijk van vele aspecten afhankelijk.
Het is dus niet zonder meer gezegd dat met het ontwikkelen van één of meerdere veldnormen voor informatieoverdracht tussen ziekenhuizen en VVT alle belemmerende factoren voor complete, correcte en/of tijdige overdracht worden weggenomen. Naast het ontwikkelen, uitdragen en handhaven van een dergelijke norm zal tijdens de implementatie ook aandacht besteed moeten worden aan een breed scala van factoren, variërend van persoonlijke tot en met context-gerelateerde items.

Informatiestromen tussen instellingen
Het merendeel van de (kwetsbare) oudere patiënten wordt vanuit de thuissituatie in het ziekenhuis opgenomen en gaat na ontslag uit het ziekenhuis ook weer naar huis (hoofdstuk 4). Aangenomen kan worden dat een groot deel van deze ouderen voor opname en/of na opname in het ziekenhuis thuiszorg ontving. De overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuis en thuiszorg is echter ondervertegenwoordigd in de geïdentificeerde veldnormen, slechts 13 van de 24 normen besteden hier aandacht aan (hoofdstuk 2). Ook betrof slechts één van de door experts aangedragen good practices een initiatief waarbij wijkverpleegkundigen betrokken waren (hoofdstuk 5). Gezien de omvang van het aantal kwetsbare ouderen dat thuiszorg ontvangt, lijkt meer aandacht voor de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuis en thuiszorg op zijn plaats. Van de verpleeg- en verzorgingshuisbewoners is bij opname in het ziekenhuis het merendeel afkomstig uit een verzorgingshuis. Bij ontslag gaan er echter meer patiënten naar een verpleeghuis dan naar een verzorgingshuis (hoofdstuk 4). Dit kan te maken hebben met de revalidatiefunctie die veel verpleeghuizen bieden. De inzichtelijk

gemaakte verschuiving in patiëntenstromen laat zien dat niet aangenomen kan worden dat de plaats van herkomst van de patiënt ook weer de plaats is waar deze na een ziekenhuisopname terugkeert. Een zorgketen, of zelfs een zorgnetwerkperspectief, lijkt daarom belangrijk om overdracht van patiëntinformatie te bevorderen (hoofdstuk 3). In dit kader is het van belang dat de overdracht van informatie niet slechts tussen twee organisaties geregeld wordt, maar dat betrokken partijen de mogelijkheid creëren dat de stroom van informatie over de patiënt het zorgproces dat de patiënt doorloopt volgt. Informatie moet met de patiënt meegaan, ongeacht de plek waar de zorg zich bevindt. Dit geldt niet alleen voor de in dit onderzoek meegenomen instellingen binnen de VVT, maar ook voor andere aanbieders waarvan de patiënt zorg of aanverwante dienstverlening ontvangt.

Naar een sector-brede veldnorm voor informatieoverdracht?
Niet alle gevonden normen omvatten de overdracht van patiëntinformatie in brede zin. Naast normen die informatieoverdracht in zijn algemeenheid behandelen, zijn er ook normen geïdentificeerd die informatieoverdracht in het kader van een bepaalde aandoening of in het kader van medicatieoverdracht behandelen (hoofdstuk 2). Dit beeld zien we ook bij de identificatie van good practices. De meeste mogelijk goede voorbeelden die door experts werden aangedragen staken niet in op een complete, allesomvattende overdracht van patiëntinformatie, maar kozen over het algemeen voor een specifieke focus zoals de overdracht van medicatiegegevens of overdracht van gegevens over een bepaalde patiëntengroep (ziekte specifiek) (hoofdstuk 5). Verschillende van de geïdentificeerde normen over informatieoverdracht dekken zowel overdracht tussen artsen als tussen verpleegkundigen af. In de praktijk lijken dit echter nog altijd twee gescheiden werelden. Dit wordt mede als belemmerende factor benoemd voor niet complete, correcte en/of tijdige overdracht (hoofdstuk 3). De potentiële good practices en de uiteindelijk beschreven good practices betroffen ook allen initiatieven waarin de verpleegkundige en medische overdracht gescheiden werden benaderd (hoofdstuk 5). De scheiding tussen beide typen zorgprofessionals zien we tevens terug in de meer concreet uitgewerkte veldnormen zoals bijvoorbeeld de e-overdracht, welke zich alleen op de verpleegkundige overdracht richt (hoofdstuk 2).
In het acceptatietraject van de CCR wordt duidelijk dat niet alleen verschillende zorginstellingen waartussen informatie overgedragen dient te worden, benodigd zijn voor de acceptatie, implementatie en integratie van een bepaalde veldnorm (hoofdstuk 6). In het geval van elektronische overdracht met behulp van de CCR speelt de ICT branche, in het bijzonder producenten van software en/of informatiesystemen, ook een grote rol. Deze dienstverleners dienen aangehaakt te worden om de CCR in te bedden in de bestaande systemen van zorginstellingen, zonder aanpassingen in deze systemen wordt het werken met de CCR voor zorginstellingen vrijwel onmogelijk en blijven belemmerende factoren voor correcte, complete en/of tijdige overdracht met betrekking tot automatisering (hoofdstuk 3) bestaan.

Bovenstaande reflecties maken de stand van zaken, maar zeker ook de complexiteit, rondom het opstellen van een sector-brede veldnorm voor de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT inzichtelijk. Niet alleen de omvattendheid van een dergelijke norm en bijbehorend toetsingskader, maar ook de werkbaarheid en

toepasbaarheid hiervan in de dagelijkse praktijk van zorgverlening aan kwetsbare ouderen, zijn van belang om de informatieoverdracht over deze patiëntgroep te verbeteren.

Conclusie en aandachtspunten voor vervolgstappen

Onderhavig onderzoek werd door het NIVEL, EMGO+/VUmc, Kiwa Prismant en Vilans uitgevoerd in opdracht van de IGZ om de stand van zaken rondom de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT in kaart te brengen. Het veld heeft verschillende normen vastgesteld, los daarvan lopen een verscheidenheid aan initiatieven op het gebied van informatieoverdracht. Elektronische overdracht van informatie is nog volop in ontwikkeling en vormt op dit moment zowel een bevorderende als een belemmerende factor in het compleet, correct en tijdig overdragen van informatie. Om informatieoverdracht over oudere patiënten te verbeteren, zullen zowel de zorgpraktijk als de toezichthouder nog veel stappen moeten zetten. Gezien de omvang van de populatie kwetsbare ouderen die per jaar in het ziekenhuis wordt opgenomen, is dit echter wel van groot belang.

Dit onderzoek vormt de eerste stap voor de IGZ op weg naar een toezichtmethode rondom de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuis en VVT. Om het veld te stimuleren zelf een veldnorm op te stellen, zal er in het veld allereerst consensus moeten zijn over het uitgangspunt van een op te stellen norm. Al eerder is gesteld dat informatie de kwetsbare oudere patiënt of cliënt dient te volgen, ongeacht waar de zorgverlening aan deze patiënt/cliënt plaatsvindt. Dit vraagt om een omslag van aandoeninggericht en zelfs ketengericht denken naar een zienswijze waarin het gehele netwerk van betrokken zorg- en dienstverleners wordt meegenomen.
Informatieoverdracht start meestal met een gezamenlijke visie op en overeenstemming in terminologie. Er zal duidelijkheid moeten komen over criteria voor goede overdracht, met name over wat men verstaat onder complete, correcte en tijdige overdracht. De IGZ kan het belang hiervan bij de relevante veldpartijen op de agenda zetten en hen stimuleren hierover overeenstemming te bereiken. Daarnaast dient er consensus te zijn over welke informatie noodzakelijk is voor goede overdracht. De CCR en e-overdrachtset geven hier invulling aan. Daarnaast spelen de ontwikkelingen rondom een EDP/ECD en de vele verschillende registratiesystemen die momenteel in Nederland in gebruik zijn een rol. Gezamenlijke inrichting van zorg- en informatieprocessen is een volgende belangrijke stap. Transfersystemen als POINT ondersteunen het proces van informatie-uitwisseling, dergelijke systemen werken echter alleen indien er goede samenwerking is tussen ziekenhuizen en VVT instellingen. Hiertoe is het wegnemen van schotten, zowel tussen verschillende typen professionals als tussen verschillende schakels in de keten waarbinnen de patiënt/cliënt zijn zorg verkrijgt, noodzakelijk, evenals het creëren van een besef dat men elkaars informatie nodig heeft voor het zo optimaal mogelijk verlenen van goede zorg aan de patiënt/cliënt.
Tenslotte vormen het formuleren en vaststellen van veldnormen en daaruit voortgekomen afspraken slechts een eerste stap in het traject naar betere informatieoverdracht. Het borgen en consequent naleven van een dergelijke norm vraagt ook om een cultuuromslag

bij zorgprofessionals en een groter bewustzijn van de mogelijke gevolgen van incomplete, incorrecte en/of niet tijdige overdracht voor de kwetsbare oudere cliënt. Gegevens over patiënten dienen daadwerkelijk ingevuld worden op overdrachtsdocumenten of in systemen dan wel geëxporteerd te kunnen worden uit bestaande registratiesystemen.
Informatieoverdracht hangt dus nauw samen met goede samenwerking in ketens en netwerken en vraagt om gerichte investeringen hierin. Integratie van veldnormen in ICT systemen of niet-elektronische overdrachtprocessen is een langzaam en kostbaar proces. Gezien de complexiteit van het onderwerp is het verklaarbaar dat er weinig good practices in Nederland te vinden zijn. Echter, uitgaande van de vele overdrachten die er per dag plaatsvinden en het belang voor de kwaliteit van zorg die overdrachten hebben (continuïteit, risico's), zijn er opvallend weinig good practices in Nederland voorhanden. Dit onderstreept het belang van de inzet van de IGZ om hier meer aandacht aan te besteden en de focus op te leggen in haar inspectiewerk.

Lijst van afkortingen

Actiz	= Organisatie voor zorgondernemers
AMC	= Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
AWBZ	= Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Azora	= Zorgaanbieder in de Achterhoek
BTN	= Branchebelang Thuiszorg Nederland
CCD	= Continuity of Care Document
CCR	= Continuity of Care Record
CDA	= Clinical Document Architecture
CEN/ISO	= European Committee for Standardization/International Organization for Standardization
CVA	= Cerebrovasculair accident
CWZ	= Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
DBC	= Diagnosebehandelcombinatie
ECD	= Elektronisch Cliënten Dossier
EDIFACT	= Electronic Data Interchange For Administration, Commerce and Transport, internationale standaard ontwikkeld door de Verenigde Naties
EMGO +	= Instituut voor gezondheid en zorg onderzoek
EPD	= Elektronisch Patiënten Dossier
E-TOD	= Elektronisch Transmuraal Overdrachtsdossier
GGZ	= Geestelijke gezondheidszorg
HIS	= Huisartsinformatiesysteem
HONK	= Huisartsenorganisatie Noord-Kennemerland
HWWZ	= Haagse Wijk Woon Zorg
ICF	= International Classification of Functioning
ICT	= Informatie en Communicatie Technologie
IGZ	= Inspectie voor de Gezondheidszorg
IT	= Informatie Technologie
IQ Healthcare	= Wetenschappelijk instituut voor kwaliteit in de zorg, UMC St. Radboud Nijmegen
KIWA-prismant	= Onderzoek- en adviesorganisatie in de gezondheidszorg
KNGF	= Koninklijke Nederlandse Genootschap voor Fysiotherapie
KNMG	= Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	= Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie
KNOV	= Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen
LESA	= Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraken
LEVV	= Landelijk Expertise Centrum Verpleging en Verzorging

LHV	= Landelijke Huisartsen Vereniging
LMR	= Landelijke Medische Administratie
LSR	= Landelijk Steunpunt voor medezeggenschap
LOC	= Landelijke Organisatie Cliëntenraden
MCA	= Medisch Centrum Alkmaar
MCH	= Medisch Centrum Haaglanden
MeSH	= Medical Subject Heading
NAW-gegevens	= Naam-, adres, en woonplaats gegevens
NEN	= Nederlands Normalisatie-instituut
NFU	= Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	= Nederlands Huisartsen Genootschap
Nictiz	= het nationale IT instituut voor de gezondheidszorg
NIP	= Nederlands Instituut voor Psychologen
NIV	= Nederlandse Internisten Vereniging
NIVEL	= Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NPCF	= Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NPO	= Nationaal Programma Ouderen
NU91	= Nieuwe Unie '91
NVKG	= Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
NVN	= Nierpatiënten Vereniging Nederland
NVR	= Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
NVTG	= Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
NVVC	= Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
OLVG	= Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam
OMS	= Orde van Medisch Specialisten
OZG	= Ommelander Ziekenhuis Groep
POINT	= Punt voor Overdracht, Informatie, Naslag en Transfer
PVS	= Patiëntvolgsysteem
PWC	= PriceWaterhouseCoopers
Richtlijn HASP	= Richtlijn informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen
SAMPC	= Hulpmiddel om zorgproblematiek te ordenen aan de hand van de categorieën Somatiek, Algemene dagelijkse levensverrichting, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatief.
SCP	= Sociaal Cultureel Planbureau
SOP	= Standard operating procedure
Stichting HaCa	= platform voor samenwerking huisarts en CatharinaZiekenhuizen
TIA	= Transcient Ischaemic Attack
TGG	= Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie
TSG	= Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen
TvO	= Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde
TZB	= Transmurale Zorgbrug tussen de 1e en 2e lijn
UMC	= Universitair Medisch Centrum
UMCG	= Universitair Medisch Centrum Groningen
V&V	= Verpleging & Verzorging
V&VN	= Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

VIKC	= Vereniging van Integrale Kankercentra
Vilans	= Kenniscentrum voor langdurende zorg
VIS	= Vertificatie informatie systeem
VMS	= Veiligheidsmanagementsysteem
VU	= Vrije Universiteit Amsterdam
VVT	= verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg
WHO	= World Health Organization
Wmo	= Wet maatschappelijke ondersteuning
WSO	= Wetenschappelijke Sectie Openbaar apothekers
ZIS	= Ziekenhuisinformatiesysteem
ZonMw	= Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
Zorgring NHN	= Zorgring Noord Holland Noord
ZWIP	= Zorg- en WelzijnInfoPortaal
ZZG Zorggroep	= Zorggroep in de regio Groesbeek
ZZP	= Zelfstandige Zonder Personeel

1 Aanleiding en onderzoeksdoel

1.1 Aanleiding

Het incompleet, incorrect of niet tijdig overdragen van verpleegkundige en medische gegevens van ziekenhuizen naar verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg (VVT) en huisartsen kan leiden tot verhoogde risico's en onbedoelde schade voor patiënten. Bínnen ziekenhuizen wordt onbedoelde schade veelal veroorzaakt door een combinatie van menselijke en organisatorische tekortkomingen. In zo'n 16% van de gevallen van onbedoelde schade had deze mogelijk voorkomen kunnen worden door betere informatie en communicatie (Langelaan, Baines & al, 2010). De IGZ constateert in de Staat van de Gezondheidszorg 2011 dat uitwisseling van patiëntinformatie alleen maar moeilijker wordt wanneer dit tússen instellingen plaatsvindt. Hoe verder de schakels in de zorg van elkaar afliggen, hoe groter de knelpunten zijn. Knelpunten worden mede veroorzaakt door het ontbreken van standaarden voor informatie-uitwisseling, het ontbreken van voldoende zicht op de informatiebehoefte van andere professionals en verschillen in de mate van automatisering tussen instellingen en tussen sectoren (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011). Ook lijkt er in het veld veel onbekendheid te bestaan over de mogelijke risico's die een niet goede overdracht voor de patiënt of cliënt met zich meebrengt. Dit alles leidt ertoe dat informatie, wanneer deze tussen instellingen wordt overgedragen, niet actueel, niet goed toegankelijk en/of niet compleet is.

Vanuit het perspectief van de patiënt is dit onwenselijk; vooral groepen als kwetsbare ouderen zijn erg gebaat bij zorgprocessen en bijbehorende informatiestromen die om hen heen zijn georganiseerd en gecoördineerd (Minkman, Ahaus & Huijsman, 2010). Een goede informatieoverdracht is een belangrijk onderdeel van effectieve ketensamenwerking. Voor kwetsbare ouderen, die bijna altijd een beroep doen op meerdere professionals en zorgorganisaties, is goede ketensamenwerking essentieel (Minkman, 2012).

In navolging van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011) zien wij kwetsbaarheid bij ouderen als een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren die de kans vergroten op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden). In Nederland zijn er naar schatting tussen de 600.000 en 700.000 kwetsbare ouderen. De meesten van hen, tussen de 500.000 en 600.000 personen, wonen zelfstandig; de rest verblijft in een verzorgingshuis of verpleeghuis (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011). Kwetsbare ouderen maken veelvuldig gebruik van verschillende echelons van de gezondheidszorg; zes van de tien hebben in de afgelopen drie maanden contact gehad met een medisch specialist en een kwart van de groep is in het laatste jaar opgenomen geweest in een ziekenhuis of kliniek. De helft van de zelfstandig wonende kwetsbare ouderen

heeft in de laatste twaalf maanden zorg ontvangen vanuit de Wmo (gemeente) of de AWBZ (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011). Het hebben van veel verschillende zorgverleners en onvoldoende informatie bij overdracht zijn aangemerkt als specifieke risico-indicatoren voor patiënten binnen de langdurige ouderenzorg (Van den Brink-Muinen & Wagner, 2004). Het niet goed of tijdig aanleveren van relevante informatie van de ene naar de andere zorginstelling of- verlener zal de mate waarin professionals juiste, tijdige en goed afgestemde zorg kunnen leveren beïnvloeden, en daarmee ook de kwaliteit van zorg en veiligheid van de kwetsbare oudere patiënt.
In de afgelopen jaren hebben verschillende onderzoeksinstellingen, koepel- en beroepsverenigingen een aanzet gemaakt om gezamenlijk te komen tot een betere informatieoverdracht tussen zorginstellingen en hun medewerkers (KNMG et al., 2010; KIZ et al., 2011; Nictiz, 2011). Met name de overdracht van medicatiegegevens krijgt daarin veel aandacht (Actiz et al., 2008; VMS, 2008). Ondanks deze diverse initiatieven ontbreekt systematisch inzicht in de wijze waarop overdracht op dit moment geregeld is, hoe vaak overdrachten voorkomen en wat de exacte oorzaken zijn voor het niet compleet, correct en tijdig overdragen van gegevens. Inzicht hierin zal de IGZ helpen in het kunnen houden van toezicht op informatieoverdracht en het creëren van bewustwording in ziekenhuizen en de VVT. Inzicht in goede voorbeelden uit de praktijk en voorbeeldstandaarden voor elektronische informatieoverdracht, zoals het “Continuity of Care Record” (Ferranti, Musser, Kawamoto, & Hammond, 2006) kunnen daarnaast dienen als voorbeeld en stimulans voor instellingen om zelf initiatieven op te zetten om informatieoverdracht te verbeteren.

1.2 Onderzoeksvragen

Om inzicht te verschaffen in de stand van zaken rondom informatieoverdracht van ziekenhuizen naar VVT, met name met betrekking tot kwetsbare ouderen, hebben het NIVEL, EMGO+ instituut van het VUmc, Vilans en Kiwa-Prismant in opdracht van de IGZ onderzoek uitgevoerd. De IGZ heeft hiertoe de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Welke landelijke veldnormen rond medische en verpleegkundige overdracht van ziekenhuis naar VVT en omgekeerd zijn er voorhanden?
2. Wat zijn oorzaken voor niet compleet, correct of tijdig overdragen van gegevens?
3. Welke kengetallen rond het volume van overdracht van ziekenhuis naar VVT zijn beschikbaar voor de Nederlandse situatie?
4. Welke good practices op het gebied van overdracht tussen ziekenhuis en VVT zijn er in Nederland voorhanden?
5. Wat is de stand van zaken ten aanzien van de bekendheid, acceptatie en invoer van de Continuity of Care Record (CCR) in Nederland?

1.3 Doel, afbakening en definities

De IGZ wil ertoe bijdragen dat er altijd een complete, correcte en tijdige overdracht van medische en verpleegkundige gegevens is tussen ziekenhuis en VVT en omgekeerd. Op

de lange termijn wil de IGZ het veld stimuleren om een richtlijn 'overdracht tussen ziekenhuis en VVT en omgekeerd' op te stellen die alle relevante partijen in de cure en care over een aantal jaar ondertekenen, respecteren en naleven. Daarnaast wil de IGZ een toezichtmethode vormgeven, bestaande uit een toezichtkader en een handhavingsplan (IGZ, Projectplan Overdracht Ziekenhuis – VVT). In dit kader is het als eerste belangrijk om veldnormen, oorzaken, kengetallen en good practices vast te stellen die de IGZ kan gebruiken bij toezicht en handhaving. Het in dit rapport gepresenteerde onderzoek is een eerste stap in het in kaart brengen hiervan. Het doel van dit onderzoek was dan ook om een goed, maar niet perse uitputtend, overzicht te krijgen van de stand van zaken rondom informatieoverdracht. De IGZ is als opdrachtgever met name geïnteresseerd in de Nederlandse situatie, omdat zij in deze context het toetsingskader voor het handhaven en verbeteren van informatieoverdracht wil ontwikkelen.

In samenspraak met de IGZ is vooraf de scope van het onderzoek afgebakend. We hebben gekozen voor een brede opvatting van informatieoverdracht. Onder overdracht van patiëntinformatie verstaan we een proces waarin informatie over een patiënt of cliënt op gestandaardiseerde wijze wordt gecommuniceerd tussen een zendende en ontvangende zorgverlener (World Health Organization et al., 2007) welke werkzaam zijn in verschillende zorginstellingen.
Binnen dit onderzoek valt alle informatieoverdracht die schriftelijk, dat wil zeggen op papier of elektronisch wordt overgedragen. Mondelinge overdracht van informatie is buiten beschouwing gelaten. Onder zorgverleners verstaan we zowel artsen als verpleegkundigen en verzorgenden. De zorginstellingen die voor dit onderzoek van belang waren zijn ziekenhuizen en daarnaast verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties (gezamenlijk VVT). De zorgverleners waartussen informatieoverdracht plaats vindt, betreffen dus medisch specialisten, de specialist ouderengeneeskunde, ziekenhuisverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen in verzorgings- en verpleeghuizen. Omdat ouderen die in een verzorgingshuis of thuis wonen ook zorg van hun huisarts ontvangen, is deze ook in het onderzoek meegenomen. Categorale ziekenhuizen en paramedische overdrachten zijn buiten beschouwing gelaten.
De overdracht van patiëntinformatie kan zowel generieke als specifieke overdrachtsgegevens omvatten. Onder generieke overdrachtsgegevens verstaan we informatie die voor iedere overdracht in elke context, ongeacht de aandoening, behandeling en sector van de gezondheidszorg, overgedragen dient te worden, zoals NAW-gegevens, diagnose en een medicatieoverzicht. Onder specifieke overdrachtsgegevens verstaan we informatie die voor een specifieke patiënten-/cliëntengroep, zoals kwetsbare ouderen, van belang is. Gewenste overdrachtsinformatie voor de groep kwetsbare ouderen is bijvoorbeeld informatie over valrisico, delier en geheugen. Onder specifieke overdrachtsinformatie valt ook informatie die specifiek is voor een bepaalde patiënt of cliënt, zoals informatie over het persoonlijk zorgplan of behandelplan.

Op basis van de hierboven beschreven afbakening zijn samen met de IGZ verschillende begrippen gedefinieerd, zie box 1. Deze definities vormden het uitgangspunt voor het

beantwoorden van de onderzoeksvragen en zijn daarom van toepassing op alle volgende hoofdstukken in dit rapport.

Box 1.1 Definities

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

Kwetsbaarheid bij ouderen:
een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren die de kans vergroten op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden) (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011; Ng, Uildriks (NPCF), 2010)

Binnen dit onderzoek is kwetsbaarheid bij ouderen als volgt geoperationaliseerd:
70 jaar en ouder (VMS, 2009) EN één of meer (chronische) aandoeningen of nevendiagnoses (multimorbiditeit) (Woodhouse & al., 1988; Strawbridge, Shema, Balfour, Higby & Kaplan, 1998).

Veldnorm:
een onderbouwd en breed gedragen inzicht of aanbeveling, zoals een richtlijn, standaard, kernboodschap, norm of handreiking, waaraan zorgverleners en zorgorganisaties geacht worden te voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen.

Onderbouwd wil zeggen evidence based (gebaseerd op het best beschikbare bewijs vanuit wetenschappelijk onderzoek en daaruit voortgekomen publicaties), consensus based (gebaseerd op expertpanels, werkgroepen etc. bestaande uit afgevaardigden van verschillende belanghebbende partijen), patient based (gebaseerd op patiënten ervaringen) en / of practice based (gebaseerd op best practices of goede voorbeelden uit het veld). Het beschikbare bewijs dat voorhanden is, is afgewogen tegen patiëntenvoorkeuren, beschikbaarheid van speciale veldnormen, organisatorische aspecten, maatschappelijke consequenties of kosten.
Breed gedragen wil zeggen dat de norm de uitkomst is van onderlinge meningsvorming door de beroepsgroep zelf.

Een norm kan twee vormen hebben:
- Een officieel vastgestelde norm
- Een niet officieel vastgestelde norm maar wel landelijk geaccepteerd en door veldpartijen en koepels breed gedragen.

Met betrekking tot het voorliggende onderzoek dient het bovenstaande te worden gelezen in het licht van normen voor informatieoverdracht waarin sprake is van een methode met schriftelijke vastlegging van de overdracht.

Good practice:
een manier van werken welke aansluit bij of gebaseerd is op de veldnormen EN waarvan wetenschappelijk onderbouwd is dat de manier van werken positieve effecten laat zien (in de ideale situatie heeft een wetenschappelijke toets plaatsgevonden, soms kunnen er echter (nog) geen harde conclusies getrokken worden op grond van de literatuur en wetenschap, ook deze minder onderbouwde good practices kunnen geselecteerd worden indien goed onderbouwde good practices niet voorhanden zijn).

In het kader van dit project is gekozen voor de volgende afbakening:
De good practices betreffen schriftelijke en/of elektronische patiënten informatieoverdracht over kwetsbare oudere patiënten van ziekenhuis naar VVT of andersom. Bij voorkeur kennen de good practices een uitrol in meerdere regio's van Nederland. De IGZ heeft aangegeven in het bijzonder geïnteresseerd te zijn in initiatieven die werken met de CCR of met E-overdracht.

Tenslotte is voorafgaand het onderzoek door de onderzoekers een lijst van koepelorganisaties en landelijke verbeterprogramma's opgesteld, zie bijlage 1. Om tot een zo volledig mogelijke lijst te komen, is een eerste versie van de lijst rondgestuurd tussen de betrokken onderzoekers, deze hebben vanuit hun verschillende expertises aanvullingen voorgesteld. Daarnaast heeft de IGZ ook nog enkele aanvullingen gedaan. De opgestelde lijst is door de onderzoekers gebruikt voor het beantwoorden van onderzoeksvragen 1, 2, 4 en 5 door systematisch de websites van de organisaties en programma's te doorzoeken. De lijst bestaat uit een variatie van brancheorganisaties, kennisinstituten, patiënten- en consumentenorganisaties, landelijke netwerkorganisaties en enkele private ondernemingen welke zich bezig houden met informatieoverdracht.

Gedurende de looptijd van het onderzoek hebben verschillende bijeenkomsten met de IGZ plaatsgevonden. Tijdens deze bijeenkomsten zijn de tussentijdse resultaten voorgelegd en afgestemd aan de hand van de informatievraag van de IGZ.

2 Beschikbare veldnormen over informatieoverdracht

2.1 Inleiding

In de afgelopen jaren hebben verschillende veldpartijen en koepels in de zorg veldnormen uitgebracht voor het uitwisselen van patiëntinformatie tussen medewerkers van zorginstellingen. Veldnormen zijn onderbouwde en breed gedragen inzichten en aanbevelingen, zoals richtlijnen, standaarden, kernboodschappen, normen en handreikingen, waaraan zorgverleners en zorgorganisaties geacht worden te voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. In dit hoofdstuk beantwoorden we de eerste onderzoeksvraag: Welke landelijke veldnormen rond medische en verpleegkundige overdracht van ziekenhuis naar VVT en omgekeerd zijn er voorhanden? Hiertoe gaan we op zoek naar onderbouwde en breed gedragen inzichten, aanbevelingen en methoden voor schriftelijke informatieoverdracht tussen instellingen, met name gericht op kwetsbare ouderen.

2.2 Methode

Om beschikbare veldnormen inzichtelijk te maken, onderscheiden we voor deze eerste onderzoeksvraag twee bronnen: 1) websites van koepelorganisaties en landelijke verbeterprogramma's, 2) (inter)nationale (wetenschappelijke) zorgtijdschriften en 3) navraag naar overdrachtsdocumenten bij diverse wetenschappelijke verenigingen.

1. Websites van koepelorganisaties en landelijke verbeterprogramma's
   Veldnormen zoals richtlijnen, standaarden en adviezen worden veelal opgesteld door, of in opdracht van koepelorganisaties. Wij hebben daarom de websites van Nederlandse koepelorganisaties (zie bijlage 1) systematisch doorzocht op veldnormen. Op verzoek van de IGZ hebben we tevens gekeken naar documenten van bepaalde ziekenhuisspecialismen, te weten, geriatrie, neurologie, chirurgie, orthopedie en traumatologie, welke benaderd zijn via de website van de Orde van Medisch Specialisten.
   De websites van alle koepelorganisaties en verbeterprogramma's zijn vervolgens doorzocht op de zoekwoorden 'overdracht','informatie' en 'ontslag'. Aan de hand van de gevonden titels is beoordeeld of een document een veldnorm met betrekking tot informatieoverdracht zou kunnen betreffen, die dus voor verdere beoordeling in aanmerking kwam.
   In de tweede fase van de beoordeling zijn de geselecteerde documenten door twee onderzoekers in hun geheel beoordeeld aan de hand van de in hoofdstuk 1 gegeven definitie van veldnorm. Dit is gedaan door per publicatie te beoordelen of:
   - het een onderbouwde publicatie betrof;

- de inhoud van de publicatie breed gedragen was (i.e. of deze door diverse veldpartijen werd onderschreven, bijvoorbeeld doordat verschillende partijen medewerking hadden verleend aan het opstellen van de publicatie);
- de inhoud van de publicatie ging over een werkwijze met betrekking tot informatieoverdracht tussen ziekenhuizen en VVT (incl. huisartsen).

2. (Inter)nationale (wetenschappelijke) zorgtijdschriften
   Opgestelde normen worden regelmatig gepubliceerd in (inter)nationale literatuur. Een gerichte literatuuronderzoek (gecombineerd met het literatuuronderzoek voor onderzoeksvraag 2, zie hoofdstuk 3) heeft daarom plaatsgevonden in de databases PubMed en CINAHL en in de database van het NIVEL. Om de zoektocht zo gericht mogelijk te houden, is gezocht op MESH termen (dit zijn internationale gestandaardiseerde kernwoorden die door de beheerders van de databases aan een artikel gekoppeld worden) aangaande overdracht en langdurige zorg (zie bijlage 3 voor een specificatie van de zoektermen). Vervolgens zijn hieruit de reviews geselecteerd en alle artikelen die de Nederlandse situatie betreffen. Reviews zijn voor dit onderzoek met name belangrijk omdat zij een overzicht geven van alle studies op een bepaald onderwerp, wat ons de gelegenheid bood om zowel gericht als efficiënt te zoeken naar voor ons relevante literatuur. De IGZ is als opdrachtgever met name geïnteresseerd in de Nederlandse situatie, omdat zij in deze context uiteindelijk ook een toetsingskader wil ontwikkelen voor het handhaven en verbeteren van informatieoverdracht.
   Alle gevonden publicaties zijn vervolgens aan de hand van hun titel en abstract beoordeeld op relevantie door twee onderzoekers. Een artikel was relevant wanneer deze ging over:
   - informatieoverdracht tussen ziekenhuizen en VVT
   - een veldnorm (zie criteria onder kopje 1. Websites van koepel- en brancheorganisaties)
   Relevant geachte artikelen zijn vervolgens in hun geheel beoordeeld op dezelfde criteria. Wanneer een artikel aan de gestelde criteria voldeed, is deze als norm opgevat.

3. Op verzoek van de IGZ is ook bij enkele wetenschappelijke verenigingen telefonisch en/of schriftelijk nagevraagd hoe zij in hun externe verslaglegging en/of ontslagbrieven omgaan met standaardisatie in de opzet en/of inhoud hiervan. De wetenschappelijke verenigingen vertegenwoordigen allen specialismen (interne geneeskunde, heelkunde, orthopedie, klinische geriatrie en neurologie) waar veel (kwetsbare) oudere patiënten worden opgenomen.

2.3 Resultaten

In totaal zijn de websites van 34 koepelorganisaties en verbeterprogramma's onderzocht. Op deze websites zijn 89 mogelijk relevante Nederlandse publicaties gevonden. 20 van deze publicaties betroffen veldnormen, dus onderbouwde, breed gedragen publicaties over een werkwijze met betrekking tot informatieoverdracht tussen instellingen (ziekenhuis en VVT). Vier andere publicaties betroffen een verdere uitwerking van één

van de gevonden normen (Richtlijn overdracht medicatiegegevens (Actiz et al., 2008) op regionaal niveau of voor een bepaalde groep professionals. De Nederlandse veldnormen en aanverwante publicaties zijn weergegeven in tabel 2.1. In de uitgevoerde internationale literatuurstudie zijn geen artikelen naar voren gekomen die Nederlandse normen met betrekking tot informatieoverdracht bespreken. Wel hebben we twee artikelen gevonden die indicatoren behandelen met betrekking tot informatieoverdracht, in een internationale context, deze artikelen zijn ook opgenomen in tabel 2.1. In het vervolg van dit hoofdstuk staan de algemene kenmerken van de geïdentificeerde 24 normen (20 veldnormen + 4 specifiekere uitwerkingen van een norm) en twee artikelen kort uitgewerkt. In bijlage 2 staat de vindplaats van de normen en artikelen weergegeven.

Nederlandse normen over informatieoverdracht

Onderbouwing en breed gedragenheid van de gevonden veldnormen

Aan alle gevonden veldnormen ligt een bepaalde bewijslast ten grondslag. In tabel 2.1 is weergegeven of een norm evidence based (gebaseerd op het best beschikbare bewijs vanuit wetenschappelijk onderzoek en daaruit voortgekomen publicaties), consensus based (gebaseerd op expertpannels, werkgroepen etc. bestaande uit afgevaardigden van verschillende belanghebbende partijen), patient based (gebaseerd op patiëntenervaringen) en / of practice based (gebaseerd op best practices of goede voorbeelden uit het veld) was. De meeste normen (12) zijn evidence based, daarnaast zijn veel normen (negen) gebaseerd op een combinatie van verschillende typen bewijs, met name evidence based in combinatie met consensus based. Opvallend is dat geen enkele norm gebaseerd is op patiëntervaringen.

Bij het opstellen van alle geïdentificeerde normen zijn ten minste twee koepelorganisaties betrokken geweest. Dertien normen hebben ten minste twee partijen als auteur. Bij 15 normen zijn tenminste drie partijen (naast de auteurs) geraadpleegd tijdens het opstellen van de veldnorm. Kanttekening bij het beoordelen van de mate van gedragenheid van de gevonden normen is dat veel koepelorganisaties bestaan uit sub-verenigingen. Het is onbekend of, wanneer de koepelorganisatie zelf een norm onderschreven heeft, dit dan ook inhoud dat alle sub-verenigingen deze onderschrijven.

Bijna alle normen (22 van de 24) bespreken de overdracht van informatie van het ziekenhuis naar de VVT, 17 normen bespreken de overdracht van de VVT naar het ziekenhuis. In bijna alle normen (21) wordt overdracht tussen het ziekenhuis en de huisarts behandeld. De thuiszorg wordt het minst vaak (in 13 normen) expliciet genoemd in relatie tot de overdracht van patiëntinformatie.

Overdracht tussen artsen is het onderwerp van 21 normen. Opvallend is dat de specialist ouderengeneeskunde, ondanks dat deze de functie van de huisarts overneemt wanneer de cliënt in het verpleeghuis is opgenomen, nauwelijks expliciet genoemd wordt in de veldnormen. 15 normen behandelen overdracht tussen verpleegkundigen. Specifiek over verpleegkundige overdracht gaan de Kernset E-overdracht (Nictiz, 2011), Dataset voor patiëntoverdracht in de care sector (Nictiz, 2012a) en de Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging (V&VN & NU91, 2011).

Typen overdrachtsinformatie
Alle gevonden normen gaan over de overdracht van zowel generieke overdrachtsinformatie (NAW gegevens, diagnose, etc.) als specifieke patiëntinformatie (bijvoorbeeld persoonlijk zorg- of behandelplan, etc.).

Wijzen van informatie-uitwisseling
Veel normen zijn niet specifiek met betrekking tot hoe informatie uitgewisseld wordt, elektronisch of schriftelijk. Ofwel verwijzen zij helemaal niet naar de wijze waarop informatie uitgewisseld dient te worden (7 normen), ofwel gaan ze ervan uit dat dit op beide manieren kan gebeuren (14 normen). De Kernset E-overdracht (Nictiz, 2011) en de Dataset voor patiëntoverdracht in de care sector (Nictiz, 2012a) benoemen specifiek de wijze waarop de elektronische overdracht van patiëntinformatie ingericht zou moeten zijn.

Hoofdonderwerpen van de veldnormen
De veldnormen verschillen van elkaar in de hoofdonderwerpen die zij behandelen, en de positie die informatieoverdracht hierin inneemt. Op basis hiervan kunnen de gevonden normen onderverdeeld worden in drie categorieën: normen betreffende informatieoverdracht in zijn algemeenheid, normen betreffende informatieoverdracht bij bepaalde aandoeningen en normen betreffende informatieoverdracht over medicatie.

Tien van de gevonden veldnormen betreffen informatieoverdracht in zijn algemeenheid. Deze normen betreffen richtlijnen en nota's over informatie-uitwisseling, verslaglegging en de inrichting van datasets. Daarnaast zijn er verschillende veldnormen die informatie uitwisseling niet als hoofdonderwerp behandelen, maar wel in bepaalde hoofdstukken of paragrafen aandachtspunten met betrekking tot informatie -uitwisseling naar voren brengen, zoals wie verantwoordelijk is voor de overdracht (KNMG et al., 2010; Ng et al., 2010) en welke informatie (zowel generieke als specifieke overdrachtsgegevens) er overgedragen dient te worden tussen VVT en ziekenhuis en wanneer dit dient te gebeuren (KIZ et al., 2011; VMS, 2009; KNMG, 2010).

Zes veldnormen gaan over informatieoverdracht bij bepaalde aandoeningen, zoals reumatoïde artritis (NHG & NVR, 2002), TIA/CVA (NHG & NVN, 2004) en diabetes mellitus type 2 (NHG & NIV, 2012). Alle zes de normen betreffen landelijke afspraken en richtlijnen van de NHG, en dekken daarmee slechts de overdracht tussen de ziekenhuisspecialist en de huisarts. De normen besteden specifiek aandacht aan de overdracht van patiëntinformatie (zowel generieke als specifieke overdrachtsgegevens) tussen ziekenhuisspecialist en huisarts en hun wijze van samenwerking rondom de patiënt.

Acht van de gevonden veldnormen hebben betrekking op informatieoverdracht over medicatie. De richtlijn Overdracht Medicatiegegevens (Actiz et al., 2008) heeft als basis gediend voor vier van de overige gevonden normen (Spoorboekje Medicatieoverdracht (medicatieoverdracht.nl, 2009), Farmaceutische zorg bij ontslag (KNMP & WSO-Richtlijn, 2011), Overdracht van medicatiegegevens in de praktijk voor zorgcoördinatoren in verpleeg-/verzorgingshuizen en thuiszorg (IvVM, 2011), en

Regionale richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens (Stichting Transmurale Zorg Den Haag eo, 2011)). Alle gevonden normen behandelen, in meer of mindere mate, welke informatie (zowel generieke als specifieke overdrachtsgegevens) er rondom het medicatiegebruik van een cliënt / patiënt en de wijzigingen daarin overgedragen dient te worden en wanneer.

Kwetsbare ouderen
Van alle gevonden veldnormen gaan er drie specifiek over informatie-uitwisseling met betrekking tot de kwetsbare oudere patiënt/cliënt. Dit zijn de praktijkgids Kwetsbare Ouderen (VMS, 2009), de Nota Medische Verslaglegging (Verenso, 2009) en het Standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen (KNMG, 2010). De Nota Medische Verslaglegging richt zich met name op overdracht van informatie over de kwetsbare oudere cliënt binnen het verpleeghuis, maar geeft ook aanwijzingen voor overdracht tussen instellingen. Eén andere norm beschrijft niet specifiek kwetsbare ouderen, maar gezien de setting waarvoor deze geschreven is, kan aangenomen worden dat de hierin beschreven overdracht wel met name kwetsbare ouderen zal betreffen: Overdracht van medicatiegegevens in de praktijk voor zorgcoördinatoren in verpleeg-/verzorgingshuizen en thuiszorg (IvVM, 2011).

Internationale veldnormen
In de uitgevoerde literatuurstudie zijn geen artikelen naar voren gekomen die Nederlandse normen met betrekking tot informatieoverdracht bespreken. Wel hebben we twee artikelen geïdentificeerd die indicatoren beschrijven rondom informatieoverdracht over oudere patiënten: Terrell et al. (Terrell et al., 2009) en Wenger en Young (Wenger & Young, 2007) (zie bijlage 2). Beide artikelen betreffen de Amerikaanse context. De indicatoren die in deze artikelen zijn ontwikkeld, kunnen de IGZ wellicht handvatten bieden voor de inrichting van het toetsingskader rondom informatieoverdracht.

Standaardisatie van informatieoverdracht binnen Wetenschappelijke Verenigingen van medisch specialisten
De wetenschappelijke verenigingen voor Heelkunde, Cardiologie en Orthopedie gaven aan geen format te hebben voor verslaglegging of ontslagbrieven en ook geen rubrieken benoemd te hebben die in communicatie over een individuele patiënt behandelt dienen te worden. Wel gaf men aan het gestandaardiseerd overdragen van patiëntinformatie een belangrijk onderwerp te vinden. Van de verenigingen Klinische Geriatrie, Neurologie en Interne Geneeskunde is helaas geen reactie ontvangen.

2.4 Conclusie

24 Nederlandse veldnormen en twee internationale publicaties behandelen, op zijn minst gedeeltelijk, de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuis en VVT. Vier van de normen (VMS, 2009; Verenso, 2009; KNMG, 2010; IvVM, 2011) en de twee internationale publicaties (Wenger & Young, 2007; Terrell et al., 2009) richten zich specifiek op kwetsbare ouderen en lijken daarmee expliciete aanknopingspunten te bieden voor het toetsingskader dat de IGZ wil opstellen. De overige geïdentificeerde normen

betreffen informatieoverdracht in zijn algemeenheid, of de overdracht van informatie betreffende een bepaalde aandoening of medicijngebruik. De inhoud van deze normen kan door de IGZ worden gebruikt ter inspiratie van het op te zetten toetsingskader. De specialist ouderengeneeskunde en de thuiszorg krijgen relatief weinig aandacht in de geïdentificeerde normen, ondanks de belangrijke rol van deze partijen in de zorgverlening aan kwetsbare ouderen.

Tabel 2.1 Overzicht van gevonden veldnormen

Naam Veldnorm	Auteurs	Geraadpleegde partijen	Onderbouwing: evidence based, practice based, consensus based, patient based	Jaar	Welke onderdelen van norm zijn bruikbaar	Tussen welke instellingen wordt uitgewisseld					Richting van overdracht		Tussen welke disciplines wordt uitgewisseld		Welke informatie wordt uitgewisseld		Hoe wordt informatie uitgewisseld	
						ziekenhuis	verpleeghuis	verzorgingshuis	thuiszorg	huisarts	ziekenhuis naar VVT	VVT naar ziekenhuis	artsen	verpleegkundigen	specifieke patientinformatie	generieke patientinformatie	schriftelijk	elektronisch
Informatieoverdracht algemeen																		
Richtlijn HASP: informatie uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen	NHG	Nictiz	Practice based	2008	Alles	x				x	x	x	x		x	x	x	x
Nota Medische Verslaglegging. Dossiervoering door de specialist ouderengeneeskunde	Verenso	Zorg voor Beter (VWS)	Evidence based	2009	Alles. Met name verpleeghuis gericht, maar wel te vertalen naar overdracht tussen instellingen	x	x	x	x	x		x	x		x	x	x	x
Praktijkgids "Kwetsbare ouderen"	VMS	NVZ, NFU, Orde van Medische Specialisten (Orde), LEVV, V&VN, NIV, NOV, NVD, NVA, NVVC, NVvH, NVKG, NVN, NVvP, Stuurgroep Ondervoeding	Evidence based; practice based	2009	Hoofdstukken Nazorg	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	?	?
Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling (incl. checklist)	KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF		Evidence based	2010	Aandachtspunt 4, 5 en 9	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sleutelen aan de zorgpaden voor herstelgerichte zorg (inclusief Zorgpaden herstelgerichte zorg - Wat patiënten belangrijk vinden)	NPCF	VWS, Actiz, CVA patiëntenvereniging Samen Verder, SPO, ANBO, ETC Tangram	Practice based; Evidence based	2010	Met name bijlage 13	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen: KNMG-standpunt	KNMG	LAD, LHV, NVAB, Verenso, NVVG, Orde, LUMC, EMGO, Gerion, VUMC, Erasmus MC, Alzheimer Nederland, NIV, Antonius Ziekenhuis Nieuwegein, ZonMw, CBOG, NVKG, CSO	Consensus based	2010	Hoofdstuk 4	x	x			x	x	x	x		x	x	x	x
Kernset E-overdracht	Nictiz	V&VN, Actiz, Ministerie van VWS, VGN	Evidence based; consensus based	2011	Alles	x	x	x	x		x	x		x	x	x		x
Minimale voorwaarden voor goede ketenzorg	KIZ, Astma fonds, Diabetesvereniging Nederland, Reuma Patientenbond, VSN, Zorgbelang Nederland, NPCF, De Hart & Vaatgroep, KFK	N.v.t.	Evidence based	2011	Punt 3	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x
Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging, 2011	V&VN, NU1	NIVEL, VUMC, Sting, LEVV, CBO	Evidence based; consensus based	2011	Alles	x	x	x	x		x	x		x	x	x	x	x
Dataset voor patiëntoverdracht in de care sector, incl achtergronddocument	Nictiz	V&VN, Actiz, Ministerie van VWS, VGN	Evidence based	2012	Alles	x	x	x	x		x	x		x	x	x		x
Quality indicators for geriatric emergency care [ARTIKEL]	Terrell KM, Hustey FM, Hwang U, et al.	N.v.t.	Evidence based; consensus based	2009	P. 445 Quality indicators for transitional care	x	x				x	x	x	x	x	x	x	x
Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders [ARTIKEL]	Wenger NS en Young RT	N.v.t.	Evidence based	2007	P. S286, diverse indicatoren	x	x			x	x	x	x		x	x	x	x

Naam Veldnorm	Auteurs	Geraadpleegde partijen	Onderbouwing: evidence based, practice based, consensus based, patient based	Jaar	Welke onderdelen van norm zijn bruikbaar	Tussen welke instellingen wordt uitgewisseld					Richting van overdracht		Tussen welke disciplines wordt uitgewisseld		Welke informatie wordt uitgewisseld		Hoe wordt informatie uitgewisseld	
						ziekenhuis	verpleeghuis	verzorgingshuis	thuiszorg	huisarts	ziekenhuis naar VVT	VVT naar ziekenhuis	artsen	verpleegkundigen	specifieke patientinformatie	generieke patientinformatie	schriftelijk	elektronisch
Aandoeningsspecifiek																		
Landelijke Transmurale Afspraak Reumatoïde artritis	NHG, NVR	N.v.t.	Evidence based	2002	P. 547, kopje Gedeelde zorg	x				x	x	x	x		x	x	?	?
Landelijke transmurale afspraak Acuut Coronair Syndroom	NGH, NVVC	N.v.t.	Evidence based	2003	P. 847, kopje Overdracht aan de ambulance	x				x		x	x	x	x	x	?	?
Landelijke Transmurale Afspraak TIA/CVA	NHG, NVN	N.v.t.	Evidence based	2004	P. 525	x				x	x	x	x		x	x	x	x
Landelijke Transmurale Afspraak Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct	NGH, NVVC	N.v.t.	Evidence based	2005	P. 234, kopje Verwijzen, samenwerken en terugverwijzen	x				x	x		x		x	x	?	?
Multidisciplinaire richtlijn Hartfalen 2010	NHG, NVVC, NIC	De Hart&Vaatgroep, KNGF, KNMP, CBO, LEVV, Nederlandse Hartstichting, NIP, NVAB, NVD, NVHVV, NVKG, NVP, Nederlandse Vereniging Wijkverpleegkundigen, Trimbos-instituut, Verenso, VvE, V&VN	Evidence based	2010	P. 117, kopje Overdracht	x				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Landelijke Transmurale Afspraak Diabetes mellitus type 2	NHG, NIV	DiHAG, EADV, NDF	Evidence based	2012	P. 55 kopje verwijzen, samenwerken en terugverwijzen	x				x	x	x	x		x	x	x	x
Medicatieoverdracht																		
Praktijkgids 'Medicatieverificatie bij opname en ontslag	VMS	LEVV, NIV, NVVC, NVK, NVKG, NVZA, VAZ, V&VN, NVZ-vereniging van ziekenhuizen, KNMP	Evidence based; practice based	2008	Alles	x	x	x		x	x		x	x	x	x	x	x
Richtlijn overdracht medicatiegegevens, inclusief handreikingen voor de praktijk	ActiZ, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, Verenso en ZN.	IGZ, VWS, FNT, NMT, VGN	Consensus based	2008	Alles	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	?	?
Spoorboekje medicatieoverdracht (uitwerking Richtlijn overdracht medicatiegegevens)	Medicatieoverdracht.nl	ActiZ, GGZ Nederland, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, Nictiz, NPCF, NVZ, NVZA, Orde, Verenso, V&VN, ZN, VWS, IGZ, FNT, NMT, VGN	Evidence based; consensus based	2009	Alles	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Farmaceutische zorg bij ontslag uit het ziekenhuis - Samenvattingskaart (uitwerking Richtlijn overdracht medicatiegegevens)	KNMP-WSO Richtlijn	N.v.t.	Evidence based	2011	Alles	x	x	x	x	x	x		x		x	x	?	?

Naam Veldnorm	Auteurs	Geraadpleegde partijen	Onderbouwing: evidence based, practice based, consensus based, patient based	Jaar	Welke onderdelen van norm zijn bruikbaar	Tussen welke instellingen wordt uitgewisseld					Richting van overdracht		Tussen welke disciplines wordt uitgewisseld		Welke informatie wordt uitgewisseld		Hoe wordt informatie uitgewisseld	
						ziekenhuis	verpleeghuis	verzorgingshuis	thuiszorg	huisarts	ziekenhuis naar VVT	VVT naar ziekenhuis	artsen	verpleegkundigen	specifieke patientinformatie	generieke patientinformatie	schriftelijk	elektronisch
Overdracht van medicatiegegevens in de praktijk voor zorgcoördinatoren in verpleeg-/verzorgingshuizen en thuiszorg (uitwerking Richtlijn overdracht medicatiegegevens)	IvVM, Actiz	Verenso, Axioncontinu, KNMP, NHG, ActiVite, NVZA, Vilans	Consensus based	2011	Alles	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	?	?
Regionale Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens (uitwerking Richtlijn overdracht medicatiegegevens)	Stichting Transmurale zorg Den Haag eo	ZonMw, FTTO, Zorgbelang	Evidence based; consensus based	2011	Met name Hoofdstuk 4 en 5	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
LESA Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis	NHG, KNMP, WINAp	Farmacotehrapeutisch Kompas, CVZ, VWS, NEO	Consensus based	2009	Alles	x				x	x		x		x	x	x	x
High 5's SOP for Medication Reconciliation	CBO	WHO, ACSQHC (Australië), CPSI (Canada), HAS (Frankrijk), AQUMED (Duitsland), MOH (Singapore), NPSA (VK), AHRQ (VS)	Evidence based; consensus based	2011	P. 28, indicatoren	x	x	x		x	x		x	x	x	x	x	x

3 Bevorderende en belemmerende factoren voor informatieoverdracht

3.1 Inleiding

De IGZ constateerde in de Staat van de Gezondheidszorg 2011 (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011) verschillende knelpunten op het gebied van informatieoverdracht. Zo bracht men naar voren dat overgedragen informatie niet altijd relevant en voldoende was voor de ontvanger, en dat verschillen in ICT gebruik de tijdigheid van informatieoverdracht beïnvloeden. Het is goed denkbaar dat er nog meer oorzaken aan te wijzen zijn die informatieoverdracht tussen zorgverleners bemoeilijken. In dit hoofdstuk beantwoorden we de tweede onderzoeksvraag: Wat zijn oorzaken voor niet compleet, correct of tijdig overdragen van gegevens? Om deze vraag te beantwoorden raadplegen we een verscheidenheid aan literatuur en richten we ons, waar mogelijk, specifiek op informatieoverdracht met betrekking tot kwetsbare ouderen.

3.2 Methode

Om de factoren die complete, correcte en tijdige overdracht bevorderen of belemmeren in kaart te brengen is een gericht literatuuronderzoek uitgevoerd. Wij hebben voor dit literatuuronderzoek drie bronnen gebruikt:

1. Wetenschappelijke publicaties. In de literatuurdatabases Pubmed en CINAHL en in de database van het NIVEL, is gezocht op basis van (MESH) termen aangaande overdracht en langdurige zorg (zie bijlage 3 voor een specificatie van de zoektermen). Binnen Pubmed en CINAHL hebben we vervolgens de artikelen geselecteerd die het kenmerk ‘review’ hadden en / of die zich toespitsten op de Nederlandse situatie, de reden hiervoor is eerder uitgelegd in de methodesectie van hoofdstuk 2 .
2. Maatschappelijke tijdschriften. De inhoudsopgaven van relevante maatschappelijke tijdschriften (Medisch Contact, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTVG), Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG), Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde (TvO), Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie (TGG)) van de laatste tien jaar zijn gescreend op relevante artikelen, voor zover deze nog vindbaar en openbaar toegankelijk waren. Ook hebben we gezocht in de database Invert, waarin veel relevante verpleegkundige tijdschriften zijn opgenomen. De screening vond plaats aan de hand van trefwoorden welke zijn opgenomen in bijlage 3.
3. Praktijkgerichte rapportages. Op basis van de in bijlage 1 gepresenteerde lijst is de door deze partijen gepubliceerde literatuur en documentatie met betrekking tot knelpunten voor informatieoverdracht geïnventariseerd. Hiertoe zijn de websites van deze partijen systematisch doorzocht, zoals ook beschreven in hoofdstuk 2. De

gevonden mogelijk interessante publicaties zijn vervolgens gescreend op oorzaken met betrekking tot compleetheid, correctheid en tijdigheid van informatieoverdracht.

Tenslotte zijn artikelen toegevoegd door middel van de sneeuwbalmethode, waarbij een in de literatuurzoektocht gevonden publicatie als bron diende voor andere relevante publicaties die niet uit het literatuuronderzoek naar voren waren gekomen. Relevante publicaties uit de referentielijsten van geselecteerde publicaties, die meer achtergrondinformatie konden leveren over bepaalde bevindingen, zijn via deze weg handmatig opgezocht en toegevoegd. Ook hebben medewerkers van de IGZ ons gewezen op relevante literatuur over het HANDOVER project, die nog niet gepubliceerd was. Van de website van dit project zijn relevante documenten geselecteerd en geïncludeerd.

Alle gevonden publicaties zijn door twee onderzoekers gescreend op titel en abstract/samenvatting. Hierbij is gekeken of het een publicatie betrof die ging over de overdracht van informatie over de patiënt, of deze overdracht tussen (professionals werkzaam in verschillende) organisaties plaatsvond, of de overdracht tussen organisaties in verschillende sectoren plaatsvond en of er bevorderende of belemmerende factoren benoemd werden voor een complete, correcte en/of tijdige overdracht. Van alle relevant bevonden publicaties is vervolgens de full tekst opgevraagd die ook weer is doorlopen aan de hand van bovengenoemde criteria. De uiteindelijke selectie van artikelen en rapporten is gebruikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Bevorderende en belemmerende factoren voor correcte, complete of tijdige overdracht zijn per publicatie in een tabel opgenomen. Vervolgens zijn hieruit overkoepelende oorzaken en thema's geabstraheerd.

3.3 Resultaten

In tabel 3.1 staat per database / tijdschrift weergegeven hoeveel artikelen we hebben gevonden en hoeveel publicaties relevant bleken te zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, met andere woorden, hoeveel publicaties daadwerkelijk bevorderende en belemmerende factoren benoemden voor een complete, correcte en/of tijdige overdracht van patiëntinformatie.

Tabel 3.1 Gevonden publicaties per database

Bron voor literatuuronderzoek	Gevonden publicaties aan de hand van trefwoorden	Relevante publicaties na screenen titel en abstract en full text
Database Pubmed en Cinahl	224	11 (10 reviews, 1 artikel over Nederlandse situatie)
Database Nivel	163	8 (4 overlappend met websearch naar rapporten)
Database Invert	72	1
Medisch Contact	61	4
NTVG	68	1
TGG	Geïncludeerd in Pubmed	nvt
TSG	73	0
TvO	0	0
Websearch naar rapporten	89	14
Sneeuwbal	10	7
TOTAAL		43

In een groot aantal studies die niet zijn geïncludeerd in onze literatuurstudie werd het gebrek aan informatie en communicatie wel geïdentificeerd als een reden voor bijvoorbeeld heropname van oudere patiënten. Echter richtten deze studies zich verder niet op het benoemen van achterliggende oorzaken of op het aandragen van oplossingen hiervoor. Veel van de door ons beoordeelde studies richtten zich op interventies met betrekking tot de overdracht van patiënten (zoals het inzetten van screening tools of het aanbieden van ziekenhuiszorg buiten de grenzen van het ziekenhuis). Deze interventies waren met name medisch-inhoudelijk gericht en lieten de overdracht van patiëntinformatie buiten beschouwing. Ook kwamen we veel studies tegen over patiënt educatie, met name gericht op zelfmanagement en informatievoorziening aan mantelzorgers en patiënten zelf, ook deze studies lieten de informatieoverdracht tussen zorgprofessionals buiten beschouwing.

Bevorderende en belemmerende factoren voor complete, correcte en tijdige overdracht

In 43 publicaties hebben we factoren gevonden die de compleetheid, correctheid en/of tijdigheid van de overdracht beïnvloeden. Opvallend is dat de meeste publicaties de genoemde factoren niet direct relateren aan één van de drie, maar ofwel de factoren relateren aan zowel compleetheid, correctheid als tijdigheid, of in het midden laten waar iets een beïnvloedende factor voor is.
We zullen allereerst de factoren bespreken die door auteurs direct aan compleetheid, correctheid of tijdigheid gerelateerd zijn. Vervolgens bespreken we de genoemde factoren die door auteurs niet specifiek aan één van deze drie gerelateerd zijn. Per categorie zullen we zowel bevorderende als belemmerende voor complete/correcte/tijdige overdracht bespreken. Een uitgebreid overzicht van de gevonden factoren per publicatie is terug te vinden in bijlage 4.

Compleetheid overdracht

Vijf publicaties relateren hun bevindingen direct aan de compleetheid van overdracht. Hierin wordt als belemmerende factor aangegeven dat de overdragende partij veelal niet van de ontvangende partij weet welke informatie gewenst is (Nijssen & Westeneng,

2002). Ontbrekende gegevens kunnen bijvoorbeeld zijn: aflevergegevens van een andere dan de eigen apotheek (Labots-Vogelesang et al., 2009). Daarnaast neemt de ontvangende partij niet altijd de tijd of het initiatief om aanvullende informatie op te vragen wanneer een overdracht incompleet blijkt te zijn, door bijvoorbeeld het nabellen van de zendende partij (Coleman, 2003). Als bevorderende factoren voor het compleet overdragen van informatie wordt het afstemmen van informatie op de behoefte van de ontvanger aangedragen (van Splunteren, Minkman, & Huijsman, 2004). Ook wordt aangegeven dat elektronisch gegenereerde ontslagbrieven meer kans hebben om alle relevante patiëntinformatie te bevatten (Trachtenberg & Ryvicker, 2011).

Correctheid overdracht

Slechts één publicatie relateert beïnvloedende factoren direct aan de juistheid van de overdracht. Hierin wordt benoemd dat goed ontwikkelde en gestructureerde overdrachtsdossiers bijdragen aan het juist overdragen van patiëntinformatie tussen ziekenhuis en verpleeghuis. Met name de accuraatheid van de overdracht van medicatielijsten en patiëntwensen ten aanzien van einde behandeling (advance directives) kan hierdoor verbeteren (LaMantia, Scheunemann, Viera, Busby-Whitehead, & Hanson, 2010).

Tijdigheid overdracht

Zes publicaties benoemen factoren met betrekking tot de tijdigheid van informatieoverdracht. Het gebrek aan informatiesystemen wordt in zijn algemeenheid gezien als een belemmerende factor voor tijdige overdracht (Coleman, 2003). In de overdracht tussen ziekenhuis en huisarts wordt een verschil in perceptie van tijdigheid als belemmerende factor aangedragen (Eekhof, Heijmans, Meskers van Geel, & Assendelft, 2010). Als bevorderende factor voor het tijdig overdragen van informatie tussen ziekenhuis en huisarts wordt het gebruik van een relatief simpel informatiesysteem naar voren gebracht, waarin administratieve en klinische informatie over de patiënt wordt samengevoegd in een gestructureerd sjabloon (Kripalani, 2007). In de overdracht van de thuiszorg naar het ziekenhuis zijn de acuutheid van de opname, het niet bekend zijn van het ziekenhuis/de ziekenhuisafdeling waar de patiënt heen gebracht is en het ontbreken van afspraken over de overdracht belemmerende factoren voor het tijdig overdragen van patiëntgegevens. In de overdracht tussen ziekenhuis en verpleeghuis dragen het maken van afspraken over de tijdigheid (van Splunteren et al., 2004), en goed ontwikkelde en gestructureerde overdrachtsdossiers (LaMantia et al., 2010) bij aan sneller overdragen van patiëntinformatie.

Niet gespecificeerd

In 35 publicaties worden factoren genoemd die de overdracht van patiëntinformatie beïnvloeden, echter worden deze niet direct gerelateerd aan compleetheid, correctheid of tijdigheid. 30 publicaties benoemen belemmerende factoren voor de overdracht van patiëntinformatie.

Tabel 3.2 geeft deze belemmerende factoren weer in de linker kolom, gecategoriseerd naar belemmerende factoren met betrekking tot de overdragende persoon, interpersoonlijke oorzaken, organisatie-gerelateerde oorzaken, automatisering-gerelateerde oorzaken en context-gerelateerde oorzaken. 25 publicaties benoemen

factoren die de overdracht van patiëntinformatie bevorderen. Tabel 3.2 geeft deze factoren weer in de middelste kolom.

Overdragende persoon
Een aantal belemmerende factoren voor complete, correcte of tijdige overdracht is toe te schrijven aan de persoon die informatie overdraagt naar een andere partij of de persoon die informatie ontvangt van de zendende partij, 11 publicaties besteden hier aandacht aan. Onder deze belemmerende factoren vallen het nalaten een overdracht te doen (al dan niet door ervaren werkdruk) en het opstellen van een onleesbare overdracht. Daarnaast benoemt de literatuur dat met name artsen er soms te veel op vertrouwen dat een patiënt over te dragen informatie ophaalt en vervolgens ook doorgeeft aan de partij waaraan informatie overgedragen dient te worden. Ook wordt aangehaald dat er in alle sectoren professionals zijn die onvoldoende inzicht hebben in de keten die de patiënt doorloopt, waardoor men niet weet aan wie informatie overgedragen dient te worden.
Eén publicatie gaat in op een persoonsgerelateerde bevorderende factor voor het compleet, correct of tijdig overdragen van patiëntinformatie en geeft aan dat het goed controleren van ontvangen informatie, en het stellen van vragen ter verduidelijking of voor het verkrijgen van aanvullende informatie wanneer de informatie onvoldoende is, hieraan bijdraagt.

Interpersoonlijk
Diverse belemmerende factoren voor complete, correcte of tijdige overdracht zijn toe te schrijven aan zaken die zich afspelen tussen personen of groepen van de zendende en ontvangende organisaties, 13 publicaties besteden hier aandacht aan. In 12 publicaties wordt aandacht besteed aan het gebrek aan kennis over de informatiebehoefte van de partij waaraan informatie overgedragen wordt. Dit kan onder meer komen doordat partijen onvoldoende weten over de inhoud van de zorgverlening van de andere partij en elkaars werkwijzen. Oorzaak hiervan is dat er weinig interactie is tussen verschillende typen professionals. Tenslotte is er weinig closed-loop communicatie: de ontvangende partij geeft geen feedback aan de zendende partij, zelfs niet wanneer er zaken in de informatieoverdracht zijn misgegaan.
Acht publicaties gaan in op interpersoonlijke factoren die een complete, correcte en/of tijdige overdracht van informatie bevorderen. Drie publicaties geven aan dat bewustzijn van de gehele zorgketen van de patiënt onder zorgprofessionals complete, correcte en/of tijdige informatieoverdracht in de hand werkt, evenals het bewustzijn van de complementariteit van verschillende bij de patiënt betrokken professionals. Daarnaast wordt het identificeren van informatie-elementen die voor de ontvangende partij van waarde zijn, en het vervolgens afstemmen van de over te dragen informatie op deze informatiebehoefte, gezien als een bevorderende factor in zes publicaties.

Organisatie
In 24 publicaties wordt aandacht besteed aan verschillen tussen organisaties die informatie aan elkaar overdragen. Verschillen in prioriteiten, in cultuur en gewoontes en in taalgebruik worden genoemd als belemmerende factoren voor complete, correcte of tijdige overdracht van patiëntinformatie. Het gebrek van formalisatie tussen samenwerkende organisaties, bijvoorbeeld door het beschrijven van

verantwoordelijkheden en expliciete regels met betrekking tot informatieoverdracht, wordt door 13 publicaties aangehaald als belemmerende factor. Het gebrek aan standaardisatie in de overdracht, bijvoorbeeld door het ontbreken van gestandaardiseerde databases, formulieren, procedures en dossiers, wordt in 11 publicaties benoemd als een belemmerende factor. Specifiek met betrekking tot kwetsbare patiënten, waaronder kwetsbare ouderen, wordt benoemd dat informatie vaak wel binnen een keten waarin aan een cliënt of patiënt zorg wordt verleend, wordt overgedragen, maar dat dit niet gebeurt tussen ketens. Met name voor patiënten en cliënten die verschillende ziektes of aandoeningen hebben, kan dit risico's met zich meebrengen.
21 publicaties gaan in op bevorderende factoren voor complete, correcte en/of juiste overdracht. 16 publicaties benoemen het belang van uniformiteit in de overdracht tussen instellingen. Deze uniformiteit kan zitten in het identificeren van standaard over te dragen onderwerpen, al dan niet opgenomen in een gezamenlijk zorgplan, dossier en / of overdrachtsformulier. Ook het gebruik van gestandaardiseerde begrippen in de overdracht werkt als een bevorderende factor.
Naast het uniformeren van de over te dragen informatie, geven de auteurs van zes publicaties aan dat ook het uniformeren en formaliseren van het gehele zorgproces, inclusief de werkwijze bij ontslag, tussen organisaties bevorderend werkt voor informatieoverdracht. Het betrekken van verschillende groepen professionals bij het uniformeren van de werkwijze bij ontslag zorgt voor commitment van deze groepen aan de werkwijze.
Twee publicaties benadrukken het belang van bestuurders en managers in het verbeteren van informatieoverdracht tussen organisaties. Met betrekking tot bestuurlijk en management niveau in de organisatie wordt aangegeven dat het hebben van een visie op samenwerking en het hebben van structureel contact of zelfs formele relaties met bestuurders en/of managers van andere organisaties kan helpen in het verbeteren van relaties en werkwijzen.
Twee publicaties geven aan dat de patiënt een bevorderende rol kan spelen in het verbeteren van informatieoverdracht, door het doorgeven van informatie aan verschillende partijen of door het meenemen van informatie die voor verschillende partijen van belang is. Tenslotte wordt in twee publicaties aangegeven dat het afstemmen van de over te dragen informatie op de patiënt- of cliëntgroep waarover overgedragen wordt, bijvoorbeeld ouderen, bevorderend werkt voor complete, correcte en/of tijdige overdracht tussen zorgverleners.

Automatisering
Achttien publicaties benoemen factoren met betrekking tot automatisering. Het gebrek aan op elkaar afgestemde automatiseringssystemen en, daarmee samenhangend, dossiers die niet beschikbaar of toegankelijk zijn voor alle partijen die met een bepaalde cliënt of patiënt te maken hebben, wordt het vaakst (in acht publicaties) genoemd als belemmerende factor voor complete, correcte of tijdige overdracht. Ook verschillen in de mate van automatisering tussen organisaties en / of sectoren belemmert de overdracht van patiëntinformatie. De transitieperiode die veel organisaties doormaken wanneer zij overgaan van een papieren dossiervorming en overdracht op een elektronische dossiervorming en overdracht zorgt voor veel onduidelijkheid en extra werk bij de

overdracht, met name met betrekking tot welke informatie waar staat en op welke wijze deze informatie overgedragen dient te worden.
Het gebruik van IT oplossingen wordt in acht publicaties gezien als bevorderende factor voor informatieoverdracht. Meer specifiek kan een IT oplossing een (web-based) elektronisch patiëntendossier zijn dat door alle betrokken partijen te benaderen is, maar ook een koppeling tussen verschillende bestaande systemen van betrokken zorgaanbieders.

Context
De context van de overdragende en ontvangende organisaties vormt een laatste categorie met factoren die complete, correcte of tijdige overdracht beïnvloeden. De literatuur gaat alleen in op belemmerende contextfactoren, deze worden benoemd in vier publicaties. De organisatie van de zorgsector in silo's belemmert samenwerking en daarmee ook goede overdracht van informatie omdat verschillende deelsectoren veelal onafhankelijk van elkaar opereren. Dit hangt nauw samen met een aantal van de genoemde belemmerende factoren onder het kopje Organisatie. Daarnaast mag in het kader van privacywetgeving informatie over een specifieke patiënt of cliënt wel overgedragen worden binnen een organisatie, maar tussen organisaties kan deze overdracht problemen opleveren. Tenslotte wordt in een twee Amerikaanse studies aangehaald dat verschillende financieringssystemen tussen zorgsectoren en daarmee samenhangende wijze van financiering van verschillende typen zorgorganisaties belemmerend werkt. Ook ontbreken financiële prikkels in en tussen deze financieringssystemen om overdracht van patiëntinformatie te bevorderen.

Tabel 3.2 Factoren voor (niet) complete, juiste en/ of tijdige overdracht

NIET complete, juiste en/0f tijdige overdracht	WEL complete, juiste en/of tijdige overdracht	Referentie(s)
Persoonlijk		
Onleesbare overdracht		Chime, Fieldsmith, Van, Kindred, & Carter, 2009; Nictiz, 2012b
Nalatigheid / achterstallig werk door ervaren werkdruk		Chime et al., 2009, Verenso, 2009
Te veel vertrouwen in de patiënt m.b.t. het ophalen van informatie bij de zendende partij en doorgeven van informatie aan de ontvangende partij		Morley, 2010; Eekhof et al., 2010; Karapinar-Carkit, Janssen, Borgsteede, van den Bemt, & Zoer, 2011; Middelveldt & Vos, 2011
Geen inzicht in de keten die de patiënt doorloopt		Brouwers, Janssen, Van Lent-Evers, & De Smet, 2010; Ten Cate, 2006; PwC, 2010; Payne S, Kerr, Hawker, Hardey M, & Powell J, 2002
	Ontvangen informatie goed controleren	Brouwers, Janssen, Van Lent-Evers, & De Smet, 2010
Interpersoonlijk		
Gebrek aan kennis over de informatie behoefte van de andere partij / weinig kennis van en begrip voor de andere partij		Coleman, 2003; McCloskey & van den Hoonaard, 2007; Murray & Laditka, 2010; Nijssen & Westeneng, 2002; Ten Cate, 2006; Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlandse Orthopedische Vereniging, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, & Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2010; Bolscher, Fonk, & (SINGER), 2012; Bransen, Hulsbosch, Nicholas, & Wolf, 2003; Middelveldt & Vos, 2011; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011; PwC, 2010; Verenso, 2009; Payne et al., 2002

NIET complete, juiste en/0f tijdige overdracht	WEL complete, juiste en/of tijdige overdracht	Referentie(s)
Gebrek aan kennis over medicatie c.q. de inhoud zorg van de andere partij		Verenso, 2009; Clay, Halasyanami, & Stucky, 2008
Weinig interactie c.q. afstemming met andere typen professionals		Middelveldt & Vos, 2011
Niet ontvangen van feedback over ontslagen patiënten (zelfs niet wanneer zaken waren misgegaan)		Payne et al., 2002
	Bewustzijn van de gehele keten die de patiënt doorloopt, bewustzijn van de complementariteit van verschillende betrokken zorgaanbieders	Coleman, 2003; Eekhof et al., 2010; Payne S et al., 2002
	Identificeren van informatie-elementen die voor samenwerkende zorgaanbieders van waarde zijn, afstemmen van informatie op de ontvangende partij	Hennessey & Suter, 2011; Murray & Laditka, 2010; Trachtenberg & Ryvicker, 2011; Branbergen, 2012; Payne et al., 2002; Johnson & Barach, 2009
Organisatie		
Verschil in prioriteiten tussen organisaties		Verenso, 2009; McCloskey & van den Hoonaard, 2007
Verschil in cultuur / gewoontes tussen organisaties		Murray & Laditka, 2010; van, Groothuis, van der Aa, Limburg, & Vos, 2010; Eekhof et al., 2010
Verschil in taalgebruik / geen gebruik van uniforme begrippen		Nijssen & Westeneng, 2002; Nictiz, 2012b; Nictiz, 2011; Bolscher et al., 2012; PwC, 2010; Clay et al., 2008
Gebrek aan training over ontslagprocedure		Chime et al., 2009
Gebrek aan formalisatie tussen organisaties (formele relaties, expliciete regels, beschrijving verantwoordelijkheden, regiefunctie, aanspreekpunt)		Coleman, 2003; Chime et al., 2009; Hennessey & Suter, 2011; van et al., 2010; Brouwers et al., 2010; Nijssen & Westeneng, 2002; Jongbloed, 2006; Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie et al., 2010; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011; NHG & NIV, 2012; PwC, 2010; Verenso, 2009; Payne et al., 2002

NIET complete, juiste en/0f tijdige overdracht	WEL complete, juiste en/of tijdige overdracht	Referentie(s)
Gebrek aan standaardisatie in overdracht (geen gestandaardiseerde database / formulieren / procedure / afspraken / dossier)		Chime et al., 2009; Nijssen & Westeneng, 2002; Middelveldt & Vos, 2011; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011; KNMG, 2010; NHG & NIV, 2012; Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, & Nederlandsche Internisten Vereeniging, 2010; PwC, 2010; Verenso, 2009; Payne et al., 2002; Alstveit, Aase, & Barach, 2012
Geen overdracht buiten de eigen keten		Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011; PwC, 2010
	Uniform zorgplan / dossier/ overdrachtsformulier, met standaard onderwerpen (elektronisch of papier) eventueel vastleggen van inhoud in richtlijnen	Coleman, 2003; Morley, 2010; Murray & Laditka, 2010; Terrell et al., 2009; Trachtenberg & Ryvicker, 2011; Berendsen, 2008; van den Berg, Helfrich, Colen, & Neef, 2002; Brouwers et al., 2010; Nictiz, 2012b; Karapinar-Carkit et al., 2011; Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie et al., 2010; Middelveldt & Vos, 2011; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011; Alstveit et al., 2012
	Gebruik van gestandaardiseerde begrippen in overdracht	Nijssen & Westeneng, 2002; Hellema et al., 2002
	Geformaliseerd zorgproces, inclusief eenduidige en alles omvattende werkwijze bij ontslag, tussen instellingen. Inclusief verantwoordelijkheden.	Verenso, 2009; Hickman, Newton, Halcomb, Chang, & Davidson, 2007; Nijssen & Westeneng, 2002; Karapinar-Carkit et al., 2011; Middelveldt & Vos, 2011
	Bestuurlijke visie ten aanzien en ondersteuning van samenwerking tussen partijen	Branbergen, 2012
	Structureel contact en afstemming tussen organisaties voor verbeteren van relaties, begrip en werkwijzen.	Branbergen, 2012; Murray & Laditka, 2010
	Aanpassen van standaard overdrachten aan lokale situatie zodat zendende partij zich verantwoordelijk voelt	Alstveit et al., 2012

NIET complete, juiste en/0f tijdige overdracht	WEL complete, juiste en/of tijdige overdracht	Referentie(s)
	Patiënt rol geven in informatieoverdracht: meegeven van geprinte ontslagbrief, opzetten van een overdrachtsdocument dat de patiënt bij zich draagt over een bepaalde aandoening (bijvoorbeeld hartfalendagboek)	Trachtenberg & Ryvicker, 2011; Nederlands Huisartsen Genootschap et al., 2010
	Overdrachtsformulieren aanpassen aan karakteristieken van patiënten / cliëntengroepen, bijvoorbeeld ouderen	Murray & Laditka, 2010; Trachtenberg & Ryvicker, 2011
Automatisering		
Onbeschikbare / ontoegankelijke dossiers		Ng et al., 2010; Clay et al., 2008
Gebrek aan afgestemde automatiseringssystemen		Payne et al., 2002; van den Berg et al., 2002; Middelveldt & Vos, 2011; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011; PwC, 2010
Verschillen in mate van automatisering tussen organisaties / sectoren		Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011
Transitieperiode papier – elektronisch brengt onduidelijkheid met zich mee		Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011
	Gebruik van beveiligde IT oplossingen om informatie te delen	Coleman, 2003; Hennessey & Suter, 2011; Raak A.van, Groothuis, van der Aa, Limburg, & Vos, 2010; Nictiz, 2012b; Nictiz, 2010a; KNMG, 2010; Nederlands Huisartsen Genootschap et al., 2010; Bassi, Lau, & Bardal, 2012
	Elektronisch dossier dat door iedereen te benaderen is	Coleman, 2003; Morley, 2010
	Door middel van IT de systemen van verschillende aanbieders koppelen	Murray & Laditka, 2010

NIET complete, juiste en/0f tijdige overdracht	WEL complete, juiste en/of tijdige overdracht	Referentie(s)
Context		
Privacy wetgeving bemoeilijkt uitwisseling		Raak van et al., 2010
Gebrek aan financiële incentives voor transities, ketens		Coleman, 2003; Hennessey & Suter, 2011
Organisatie van het zorgsysteem in silo's		Coleman, 2003; Hennessey & Suter, 2011; Payne et al., 2002

3.4 Conclusie

Standaardisatie van verschillende aspecten van werkwijzen en overdrachtsdocumenten en het kennen van elkaar en elkaars informatiebehoeften lijken de belangrijkste thema's om complete, correcte en tijdige overdracht van patiëntinformatie te bevorderen. Standaardisatie kan zowel plaatsvinden binnen een proces van informatieoverdracht dat op papier plaatsvindt, als binnen een elektronisch overdrachtsproces.

Slechts in een aantal publicaties worden expliciet beïnvloedende factoren benoemd voor complete, correcte en/of tijdige overdracht van informatie over kwetsbare ouderen. De publicaties die hier wel aandacht aan besteden benoemen met name de complexiteit van informatieoverdracht over ouderen die zich in diverse ketens van zorgverlening bevinden door co- of multimorbiditeit. Om de veiligheid en kwaliteit van zorg aan kwetsbare ouderen te waarborgen dienen al deze ketens informatie over de patiënt te ontvangen. Ook wordt aangedragen om overdrachtsdocumenten af te stemmen op specifieke karakteristieken van kwetsbare ouderen en per betrokken zorgpartij te kijken welke informatie deze exact nodig heeft. Op deze manier lijkt met name de compleetheid van overgedragen informatie over kwetsbare ouderen verbeterd te kunnen worden.

De niet-gespecificeerde bevorderende en belemmerende factoren kunnen worden onderverdeeld in factoren op persoonlijk, interpersoonlijk, organisatorisch (inclusief automatisering) en context niveau. Om belemmerende factoren voor complete, correcte en/of tijdige informatieoverdracht weg te nemen, zullen op al deze niveaus maatregelen genomen moeten worden. Veel van de bevorderende factoren voor een complete, correcte en/of tijdige overdracht zijn direct gerelateerd aan het opheffen van de belemmerende factoren. Deze literatuur biedt aanknopingspunten om de geïdentificeerde belemmerende factoren in de zorgpraktijk op te lossen.

4 Kengetallen rond het volume van overdracht van ziekenhuis naar VVT

4.1 Inleiding

De SCP-uitgave Kwetsbare Ouderen (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011) geeft inzicht in het aantal kwetsbare ouderen, en de ontwikkeling hiervan, in Nederland. Aangenomen kan worden dat een deel van deze ouderen in het ziekenhuis belandt en er dus informatieoverdracht plaats dient te vinden tussen diverse betrokken zorgverleners waar de oudere mee te maken heeft. Het is echter onbekend om hoeveel overdrachten dit per jaar ongeveer gaat.
In dit hoofdstuk behandelen we de derde onderzoeksvraag: Welke kengetallen rond het volume van overdracht van ziekenhuis naar VVT zijn beschikbaar voor de Nederlandse situatie? Door het beantwoorden van deze vraag zullen we inzicht geven in het aantal oudere patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen en uit het ziekenhuis worden ontslagen en de instellingen (verpleeghuis, verzorgingshuis of thuiszorg) waar ze vandaan komen en waarnaar zij ontslagen worden.

4.2 Databron en methode

Bij de analyse is gebruik gemaakt van een databestand met daarin de ziekenhuisopnamen in Nederlandse ziekenhuizen, de Landelijke Medische Registratie (de LMR). De LMR registreert de opnames (klinisch en dagverpleging) in Nederland van algemene en academische ziekenhuizen en daarnaast van een aantal categorale ziekenhuizen. Voor dit onderzoek zijn alleen de gegevens van de algemene en academische ziekenhuizen gebruikt. De ziekenhuizen leveren geanonimiseerde medische en administratieve patiëntgegevens die vervolgens binnen de LMR worden verwerkt. Enkele voorbeelden van administratieve patiëntgegevens zijn: leeftijd, geslacht, postcode woonplaats, herkomst van de patiënt en bestemming na ontslag. Van medische patiëntgegevens worden onder andere de volgende variabelen vastgelegd: hoofddiagnose, behandeld specialist, eventuele nevendiagnosen en uitgevoerde verrichtingen.
Voor het onderhavige onderzoek is op basis van de leeftijd van de patiënt een selectie toegepast om de ‘oudere patiënt’ in beeld te krijgen. Dit zijn alle patiënten die 70 jaar of ouder zijn. Daarnaast is er onderscheid gemaakt tussen ‘kwetsbare’ en ‘niet kwetsbare’ patiënten. Kwetsbare patiënten zijn gedefinieerd als patiënten met één of meerdere specifieke aandoeningen of nevendiagnosen náást de hoofddiagnose, zoals bijvoorbeeld diabetes, pneumonie, nierfalen of hartaandoeningen. Indien een patiënt een nevendiagnose heeft die ook in een lijst van de Charlson scores (Israëls, Laan van der, de Bruin, .Ploemacher & Verweij, 2011) voorkomt dan wordt deze patiënt als kwetsbaar

beschouwd. De lijst van Charlson scores is een internationaal gebruikte manier om co- en multimorbiditeiten bij patiënten in kaart te brengen.

Voor het doel van deze analyse zijn de LMR-variabelen 'herkomst van de patiënt' en 'bestemming na ontslag' gecategoriseerd naar de waarden:
- huis;
- verpleeghuis;
- verzorgingshuis;
- elders.

De categorie 'elders' omvat de mogelijkheden: ander academisch/algemeen/categoraal ziekenhuis, revalidatie instelling, GGZ-instelling en andere zorginstellingen (niet-zijnde verzorgingshuis dan wel verpleeghuis). De LMR bevat met betrekking tot de herkomst van de patient ook nog de waarde 'geboren in ziekenhuis', maar deze categorie is niet relevant voor deze leeftijdsgroep. Met betrekking tot de bestemming van de patiënt na ontslag bevat de LMR ook nog de categorieën: 'tegen advies in weggegaan' en 'overleden'. De overleden patiënten zijn niet meegenomen in de analyse.

Een belangrijk onderdeel van de VVT is de thuiszorg. Het is in de data van de LMR niet bekend of patiënten die na ontslag uit het ziekenhuis naar huis gaan of vanuit de thuissituatie in het ziekenhuis terecht komen, thuiszorg ontvangen. Uit een onderzoek in de regio Den Haag (Boersma, 2008) komt naar voren dat van alle patiënten uit die regio die na ontslag terecht komen bij een VVT instelling, 38% naar een verzorgings- dan wel verpleeghuis gaat en 62% thuiszorg ontvangt. Hoewel dit onderzoek niet als representatief voor Nederland gezien kan worden, betekenen de uitkomsten ervan grofweg dat het aantal patiënten dat na ontslag uit het ziekenhuis thuiszorg ontvangt. ruim anderhalf keer (1,61 keer) zo hoog is ten opzichte van het aantal patiënten dat naar een verzorgings- of verpleeghuis gaat.

In de LMR wordt ook bijgehouden bij welk specialisme de patiënt is opgenomen. Voor zeven van deze specialismen, die belangrijk zijn in de zorgverlening aan (kwetsbare) oudere patiënten, is de analyse naar herkomst en bestemming van patiënten op specialismeniveau uitgevoerd, te weten:
- Cardiologie;
- Heelkunde;
- Interne geneeskunde;
- Neurologie;
- Orthopedie;
- Klinisch geriatrie;
- Traumatologie.

Uitgangspunt zijn de ziekenhuisopnamen uit de LMR over het jaar 2011. Deze dataset bevat de patiëntgegevens van 87 algemene en academische ziekenhuizen. In 2011 waren er in Nederland 91 algemene en academische ziekenhuizen: 95% van de ziekenhuizen heeft dus over 2011 cijfers aangeleverd aan de LMR. Het hoge aantal aan de LMR deelnemende ziekenhuizen geeft de representativiteit van de LMR weer.
Voor een aantal variabelen in de LMR is invullen niet verplicht, waardoor een aantal

variabelen niet compleet zijn. Daarnaast zijn enkele informatiesystemen van ziekenhuizen niet in staat alle LMR-variabelen uniform aan te leveren. In 2011 zijn er, van de 87 ziekenhuizen, 31 ziekenhuizen die de variabele 'herkomst' dan wel 'bestemming na ontslag' niet hebben ingevuld of konden invullen. Deze ziekenhuizen zijn verwijderd uit de analyse over de herkomst en bestemming van de patiënt.
Uiteindelijk is een bestand gebruikt van 56 ziekenhuizen die tezamen 62% van de Nederlandse ziekenhuizen vertegenwoordigen. Onder deze 56 ziekenhuizen bevinden zich een representatief aantal grote en kleine algemene ziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische centra. Met behulp van de 56 ziekenhuizen en het aantal opnamen van de 31 verwijderde ziekenhuizen zijn de twee variabelen 'herkomst' en 'bestemming na ontslag' geëxtrapoleerd. Hieruit volgt een bestand waarin van 87 ziekenhuizen de herkomst en bestemming van patiënten in kaart is gebracht. Om vervolgens deze resultaten, welke 95% van de Nederlandse ziekenhuizen vertegenwoordigen, op te schalen naar 100% en zodanig tot een landelijk beeld te komen, is bij die resultaten 5% toegevoegd. De cijfers in de volgende paragraaf geven dan ook een beeld over de 91 algemene en academische ziekenhuizen in Nederland.

4.3 Resultaten

De 87 ziekenhuizen in de LMR waren in 2011 goed voor 3.923.198 dagbehandelingen en klinische opnamen. Kijken we naar alleen de groep 'ouderen', dan is waren er in 2011 ruim 1 miljoen opnamen. In tabel 4.1 is het aantal opnamen en de percentages[1] weergegeven uit de LMR van alle patiënten, de patiëntgroep ouderen en de patiëntgroep kwetsbare ouderen.

Tabel 4.1 Aantal ziekenhuisopnamen (inclusief overleden in ziekenhuis) in 2011

	Dagbehandelingen	Klinische opnamen	Totaal
Nederland totaal	2.259.984	1.761.253	4.008.874
70 jaar en ouder	589.768 (26%)	538.204 (31%)	1.127.972 (28%)
waarvan kwetsbare ouderen	162.265 (7%)	148.078 (8%)	310.343 (8%)

Bron: LMR

In tabel 4.2 en tabel 4.3 is de herkomst van de oudere ziekenhuispatiënten inzichtelijk gemaakt. Tabel 4.3 laat daarbij een splitsing zien naar kwetsbare en niet kwetsbare oudere ziekenhuispatiënten.

Tabel 4.2 Herkomst oudere patiënt

	Dagbehandelingen	Klinische opnamen	Totaal
komt uit huis	585.075 (99%)	508.127 (94%)	1.093.202 (97%)
komt uit verpleeghuis	614 (0%)	4.377 (1%)	4.991 (0%)
Komt uit verzorgingshuis	2.370 (0%)	10.230 (2%)	12.600 (1%)
komt elders vandaan	1.709 (0%)	15.470 (3%)	17.179 (2%)
Totaal	589.768	538.204	1.127.972

Bron: LMR

[1] Door afrondingsverschillen kunnen de percentages optellen tot: 99% / 100% / 101%

Tabel 4.2 geeft weer dat de meeste oudere patiënten uit huis komen. Daarnaast komen bijna 13 duizend patiënten uit een verzorgingshuis terwijl nog niet de helft daarvan uit een verpleeghuis komt, namelijk zo'n 5 duizend patiënten. De herkomst van kwetsbare en niet kwetsbare oudere patiënten vertoont hetzelfde beeld (zie tabel 4.3).

Tabel 4.3 Herkomst oudere patiënt, gesplitst naar kwetsbare en niet kwetsbare ouderen

		dag	kliniek
Niet kwetsbaar	komt uit huis	424.102 (99%)	368.324 (95%)
	komt uit verpleeghuis	445 (0%)	3.173 (1%)
	Komt uit verzorgingshuis	1.718 (0%)	6.215 (2%)
	komt elders vandaan	1.239 (0%)	10.784 (3%)
	Totaal Niet kwetsbaar	427.503	388.496
Kwetsbaar	komt uit huis	160.974 (99%)	139.803 (93%)
	komt uit verpleeghuis	169 (0%)	1.204 (1%)
	Komt uit verzorgingshuis	652 (0%)	4.015 (3%)
	komt elders vandaan	470 (0%)	4.686 (3%)
	Totaal Kwetsbaar	162.265	149.708

Bron: LMR

De variabele 'bestemming na ontslag' laat zien waar de patiënt na het verblijf in het ziekenhuis naar toe gaat. In tabel 4.4 en tabel 4.5 is de bestemming na ontslag van de oudere ziekenhuispatiënten inzichtelijk gemaakt. Tabel 4.5 kent daarbij een splitsing naar kwetsbare en niet kwetsbare oudere ziekenhuispatiënten.

Tabel 4.4 Bestemming oudere patiënt

	Dagbehandelingen	Klinische opnamen	Totaal
Gaat naar huis	583.916 (99%)	454.161 (84%)	1.038.077 (90%)
Gaat naar verpleeghuis	707 (0%)	34.348 (6%)	35.055 (3%)
Gaat naar verzorgingshuis	2.476 (0%)	20.954 (4%)	2.3430 (2%)
gaat elders heen	2.669 (0%)	28.741 (5%)	31.410 (3%)
Totaal	589.768	538.204	1.127.972

Bron: LMR

Tabel 4.5 Bestemming oudere patiënt, gesplitst naar kwetsbare en niet kwetsbare ouderen

		dag	kliniek
Niet kwetsbaar	Gaat naar huis	423.261 (99%)	329.706 (85%)
	Gaat naar verpleeghuis	513 (0%)	23.268 (6%)
	Gaat naar verzorgingshuis	1.795 (0%)	14.189 (4%)
	gaat elders heen	1.934 (0%)	21.333 (5%)
	Totaal Niet kwetsbaar	427.503	388.496
Kwetsbaar	Gaat naar huis	160.655 (99%)	124.455 (83%)
	Gaat naar verpleeghuis	195 (0%)	11.080 (7%)
	Gaat naar verzorgingshuis	681 (0%)	6.765 (5%)
	gaat elders heen	734 (0%)	7.408 (5%)
	Totaal kwetsbaar	162.265	149.708

Bron: LMR

Bij de bestemming van de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis zien we deels het tegenovergestelde van het beeld bij de herkomst. Meer oudere patiënten gaan naar een verpleeghuis in plaats van een verzorgingshuis. Het merendeel gaat echter weer terug naar huis. Dit geldt voor zowel de groep niet kwetsbare ouderen, als voor de groep kwetsbare ouderen.

Zoals eerder in het hoofdstuk is aangegeven, is in de regio Den Haag een onderzoek uitgevoerd naar de patiëntstromen van ziekenhuis naar de thuiszorg. De in dat onderzoek gepresenteerde cijfers gaan niet over heel Nederland, en dus is een aantekening over de representativiteit van de resultaten op zijn plaats. Toch kan het rapport gebruikt worden om een voorzichtige schatting te maken van de patiëntstroom van ziekenhuis naar de thuiszorg. Uitgaande van de resultaten van het onderzoek in de regio Den Haag zou dit betekenen dat 1,6 keer zoveel patiënten naar huis gaan én thuiszorg ontvangen dan dat patiënten naar een verzorgings- of verpleeghuis gaan. Wanneer we dit cijfer toepassen op de hierboven gepresenteerde cijfers over de klinische patiënten, betekent dit dat naar schatting 15% van de niet kwetsbare en 19% van de kwetsbare patiënten thuiszorg ontvangt na ontslag uit het ziekenhuis.

Herkomst en bestemming per specialisme

Voor patiënten opgenomen door zeven specialismen is specifiek de herkomst en bestemming inzichtelijk gemaakt, zowel in cijfers als in percentages. De eerste twee tabellen (4.6 en 4.7) geven de aantallen en percentages weer van de herkomst van de oudere patiënt, de laatste twee tabellen (4.8 en 4.9) gaan over bestemming van de oudere patiënt na ontslag. De tabellen kennen een splitsing naar 'Niet kwetsbaar' en 'Kwetsbaar'.

Tabel 4.6 De herkomst per specialisme in aantallen

		Cardiologie	Heelkunde	Interne Geneeskunde	Neurolgie	Orthopedie	Klinisch Geriatrie	Traumatologie
Niet kwetsbaar	komt van huis	122.334	76.892	160.142	39.366	43.772	21.527	319
	komt van verpleeghuis	185	521	553	155	288	241	6
	komt van verzorgingshuis	1.090	1.044	1.507	531	416	564	10
	elders	1.242	1.014	1.625	406	453	221	5
	Totaal Niet kwetsbaar	124.851	79.471	163.827	40.458	44.929	22.553	340
Kwetsbaar	komt van huis	45.738	28.720	59.815	14.668	16.309	8.019	121
	komt van verpleeghuis	116	324	344	98	182	70	2
	komt van verzorgingshuis	591	528	790	288	226	306	3
	elders	943	592	1.233	302	336	165	2
	Totaal Kwetsbaar	47.389	30.164	62.183	15.356	17.054	8.560	129

Bron: LMR

Tabel 4.7 De herkomst per specialisme in procenten

		Cardiologie	Heelkunde	Interne Geneeskunde	Neurolgie	Orthopedie	Klinisch Geriatrie	Traumatologie
Niet kwetsbaar	komt van huis	98%	97%	98%	97%	97%	95%	94%
	komt van verpleeghuis	0%	1%	0%	0%	1%	1%	2%
	komt van verzorgingshuis	1%	1%	1%	1%	1%	3%	3%
	elders	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
	Totaal Niet kwetsbaar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Kwetsbaar	komt van huis	97%	95%	96%	96%	96%	94%	94%
	komt van verpleeghuis	0%	1%	1%	1%	1%	1%	2%
	komt van verzorgingshuis	1%	2%	1%	2%	1%	4%	3%
	elders	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
	Totaal Kwetsbaar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: LMR

Voor alle specialismen geldt dat het merendeel van de niet kwetsbare oudere patiënten uit huis komt. Bij interne geneeskunde zien we dat bij opname ruim 3 duizend niet kwetsbare patiënten uit een verpleeg- of verzorgingshuis komt, het meest van de zeven specialismen. Daarnaast is te zien dat bij opname meer niet kwetsbare oudere ziekenhuispatiënten uit een verzorgingshuis dan uit een verpleeghuis komen.

Tabel 4.8 De bestemming per specialisme in aantallen

		Cardiologie	Heelkunde	Interne Geneeskunde	Neurolgie	Orthopedie	Klinisch Geriatrie	Traumatologie
Niet kwetsbaar	naar huis	114.789	70.499	157.248	33.310	37.275	20.449	190
	naar verpleeghuis	886	4.204	2.145	3.614	3.702	715	117
	naar verzorgingshuis	1.508	2.491	2.304	1.124	1.723	795	5
	elders	7.668	2.277	2.130	2.412	2.229	594	28
	Totaal Niet kwetsbaar	124.851	79.471	163.827	40.458	44.929	22.553	340
Kwetsbaar	naar huis	42.736	25.854	58.546	11.961	13.385	7.427	66
	naar verpleeghuis	538	2.279	1.404	1.960	2.007	418	49
	naar verzorgingshuis	880	1.167	1.335	521	817	464	3
	elders	3.234	864	898	914	844	251	10
	Totaal Kwetsbaar	47.389	30.164	62.183	15.356	17.054	8.560	129

Bron: LMR

Tabel 4.9 De bestemming per specialisme in procenten

		Cardiologie	Heelkunde	Interne Geneeskunde	Neurolgie	Orthopedie	Klinisch Geriatrie	Traumatologie
Niet kwetsbaar	naar huis	92%	89%	96%	82%	83%	91%	56%
	naar verpleeghuis	1%	5%	1%	9%	8%	3%	34%
	naar verzorgingshuis	1%	3%	1%	3%	4%	4%	1%
	elders	6%	3%	1%	6%	5%	3%	8%
	Totaal Niet kwetsbaar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Kwetsbaar	naar huis	90%	86%	94%	78%	78%	87%	52%
	naar verpleeghuis	1%	8%	2%	13%	12%	5%	38%
	naar verzorgingshuis	2%	4%	2%	3%	5%	5%	2%
	elders	7%	3%	1%	6%	5%	3%	8%
	Totaal Kwetsbaar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: LMR

Voor kwetsbare ouderen zien we hetzelfde beeld als voor niet kwetsbare ouderen: de meeste patiënten uit een instelling van de VVT worden opgenomen door interne geneeskunde, terwijl het merendeel van de ontslagen patiënten van het specialisme heelkunde in een instelling van de VVT terecht komen. Tevens is te zien dat alleen bij het specialisme cardiologie na ontslag aanzienlijk meer patiënten naar een verzorgingshuis gaan dan naar een verpleeghuis.

4.4 Conclusie

Uit de cijfers is te zien dat de meeste oudere ziekenhuispatiënten, zowel de kwetsbare als de niet kwetsbare ouderen, uit de thuissituatie komen en ook weer naar de thuissituatie ontslagen worden. Daarnaast komen bij opname meer oudere patiënten uit een verzorgingshuis in plaats van uit een verpleeghuis. Echter, als patiënten het ziekenhuis verlaten zien we het omgekeerde: meer patiënten komen in een verpleeghuis terecht in plaats van een verzorgingshuis. Dit kan grotendeels te maken hebben met revalidatie van patiënten in een verpleeghuis, maar ook met de verzwakte toestand waarin ouderen het ziekenhuis verlaten ná een behandeling.
Er zijn wel enkele aandachtspunten rondom de data van de LMR en de interpretatie daarvan. Zo hebben we waarschijnlijk te maken met een onderschatting van het aantal ouderen dat uit verzorgings- of verpleeghuizen komt of ernaar toe gaat, omdat niet altijd goed bijgehouden wordt of de patiënt uit een verzorgingshuis komt dan wel uit een verpleeghuis. Dit geldt ook voor de bestemming na ontslag. Daarnaast is bij herkomst uit of ontslag naar huis onduidelijk of de patiënt thuiszorg ontvangt. Dit neemt niet weg dat de LMR een nuttige bron om tot een goede schatting van kengetallen rondom opname en ontslag van (kwetsbare) ouderen te komen zolang er geen landelijk EPD is waarin deze data wordt opgenomen en de DBC's de benodigde informatie missen.

5 Good practices van informatieoverdracht

5.1 Inleiding

Binnen Nederland zijn zowel ziekenhuizen als zorgorganisaties binnen de VVT sector bezig om de overdracht van patiëntinformatie te verbeteren. Er is echter nog onvoldoende zicht op welke good practices er in Nederland voorhanden zijn op het gebied van overdracht tussen ziekenhuis en VVT. Inzicht in good practices kan dienen als ondersteuning voor zorgorganisaties en professionals om initiatieven op te zetten om informatieoverdracht te verbeteren. Om zicht te krijgen op voorbeeldinitiatieven op het gebied van informatieoverdracht zijn daarom good practices geïnventariseerd. In dit hoofdstuk beantwoorden we de onderzoeksvraag: Welke good practices op het gebied van overdracht tussen ziekenhuis en VVT zijn er in Nederland voorhanden?

5.2 Methode

De projectgroep is gestart met het definiëren wat verstaan wordt onder het begrip good practice om in samenspraak met de IGZ te komen tot selectiecriteria (zie hoofdstuk 1). Op basis van de selectiecriteria en gekozen afbakening ontwikkelden we een ordeningsschema om good practices te selecteren (groslijst) en een format waarmee good practices eenduidig beschreven konden worden.
De in Nederland aanwezige good practices zijn geïnventariseerd op basis van een literatuurstudie en expertraadpleging op het niveau van koepelorganisaties en landelijke verbeterprogramma's (bijlage 1). Er is bewust gekozen te starten met een brede inventarisatie op basis van de websites van relevante koepelorganisaties, relevante zorgtijdschriften en literatuur om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van potentiële good practices en er zo veel mogelijk te vinden. Good practices zijn gezocht met de zoektermen: informatieoverdracht, elektronische overdracht, e-overdracht, transfer, elektronisch transferdossier, overdrachtsdossier, elektronisch cliënten(patiënten)dossier, ziekenhuis, verpleging- verzorging en thuiszorg (VVT). In aanvulling op de brede inventarisatie heeft een expertraadpleging plaatsgevonden op het niveau van koepelorganisaties en landelijke verbeterprogramma's. Experts op het gebied van ziekenhuiszorg-VVT en ketenzorg zijn telefonisch gevraagd naar bij hen bekende good practices. Bij telefonische afwezigheid zijn experts per mail geraadpleegd met het verzoek hun top-4 aan goede voorbeelden te mailen. Tevens is aan experts gevraagd welke andere experts mogelijk good practices kennen, deze zogenoemde sneeuwbalmethode is ingezet om zoveel mogelijk good practices in korte tijd te verzamelen. De verkregen good practices zijn aan de hand van beschikbare informatie op internet geverifieerd. Alle *potentiële good practices* zijn opgenomen in de zogenoemde groslijst.

Per potentiële good practice is gekeken in hoeverre het initiatief voldoet aan de selectiecriteria zoals deze zijn gedefinieerd in hoofdstuk 1. Good practices zijn de initiatieven die aan deze criteria voldoen, deze zijn voor dit onderzoek verder uitgewerkt. Hiertoe zijn projectleiders/trekkers op semi-gestructureerde wijze geïnterviewd over hun good practice (zie bijlage 5, de gespreksleidraad). Ter verificatie is de beschrijving voorgelegd aan de projectleider/trekker van de beschreven good practice, waarna de feedback verwerkt is en de beschrijving definitief is bevonden.

5.3 Resultaten

Het projectteam heeft de websites van alle relevante koepelorganisaties en landelijke verbeterprogramma's (bijlage 1) geraadpleegd en een literatuurstudie verricht. Aanvullend hierop zijn in de periode juli tot en met september 2012 48 experts verbonden aan koepelorganisaties en verbeterprojecten geraadpleegd (zie bijlage 6). De resultaten zijn onderverdeeld in 'websiteraadpleging en literatuurstudie', 'expertraadpleging' en 'selectie van good practices'.

Websiteraadpleging en literatuurstudie
Opvallend is dat bijna geen koepelorganisatie en koepelproject/verbeterprogramma expliciet het onderwerp informatieoverdracht benoemt op haar site. Via de zoekfunctie van de verschillende websites konden enkele potentiële good practices getraceerd worden. De zoekmachine Google leverde meer hits op met o.a. verwijzingen naar websites van koepelorganisaties. De literatuurstudie leverde enkele potentiële good practices op, hiertussen zaten geen resultaten welke niet via zoekmachines achterhaald waren. Een eerste grove inventarisatie via websites en literatuur van koepelorganisaties en koepelprojecten/programma's heeft 13 potentiële good practices opgeleverd. Deze zijn o.a. afkomstig van de websites en informatie van Nictiz, In Voor Zorg, het Nationaal Programma Ouderen (NPO), Kenniscentrum CVA Nederland, V&VN, Actiz, ZonMw, Netwerken Palliatieve Zorg, VMS, en Proeftuinen Geriatrische Revalidatie.

Expertraadpleging
Bijna alle geselecteerde experts zijn bereikt. Alle bereikte experts waren bereid om mee te werken aan het onderzoek. Tevens gaven veel experts aan het onderwerp informatieoverdracht belangrijk te vinden. Experts gaven aan het moeilijk te vinden good practices aan te dragen, vaak noemden experts hun eigen initiatief of verwezen ze door naar andere experts of collega's welke mogelijk meer afwisten van het onderwerp. Experts zijn geraadpleegd tot op een gegeven moment geen nieuwe potentiële good practices meer aangedragen werden en doorverwezen werd naar reeds geraadpleegde experts. Hierdoor ontstond het beeld dat een punt van saturatie was bereikt.
Als we kijken naar de reacties viel op dat de drie geraadpleegde patiënten- en consumentenorganisaties aangaven geen good practices te kennen. Wel gaven zij juist aan signalen te krijgen van niet goed lopende overdrachten, en bevestigden het beeld dat er op het onderwerp nog veel verbetering mogelijk is. Door experts zijn 11 suggesties gedaan voor een potentiële good practice.

Tabel 5.1 Overzicht gevonden resultaten

Methode	Aantal potentiële good practices	Bijzonderheden
Websiteraadpleging en literatuurstudie	13	Opvallend is dat bijna geen koepelorganisatie expliciet het onderwerp informatieoverdracht benoemd op haar site.
Expertraadpleging bij koepelorganisaties en landelijke verbeterprogramma's	11	Experts gaven aan het moeilijk te vinden good practices aan te dragen, men noemde vaak hun eigen initiatief of verwees door naar andere experts die mogelijk meer afwisten van het onderwerp.

Selectie van good practices

Veel suggesties uit de expertraadpleging kwamen overeen met gevonden potentiële good practices via de websiteraadpleging en literatuurstudie. Tevens bleek uit de expertraadpleging dat enkele via de websiteraadpleging gevonden potentiële good practices niet informatieoverdracht betroffen zoals gedefinieerd in deze opdracht of niet genoemd werden als een good practices. Deze zijn geëxcludeerd op basis van de (afbakenings)criteria. De brede inventarisatie via websiteraadpleging, literatuurstudie en expertraadpleging heeft na verificatie 12 potentiële good practices betreffende informatieoverdracht opgeleverd (zie bijlage 7, groslijst).

Een eerste selectie heeft plaatsgevonden door de potentiële good practices naast de afbakeningscriteria van deze opdracht te leggen. Enkele potentiële good practices betroffen na nadere verificatie niet specifiek overdracht tussen ziekenhuis en zowel de V&V als de thuissituatie, maar alleen bijvoorbeeld overdracht naar de thuissituatie (bv Transmurale Zorgbrug uit Amsterdam). Opvallend was dat een aantal potentiële good practices meer in de lijn waren van digitale doorverwijzing, bijvoorbeeld gericht op het maken van afspraken, beeldtuitwisseling of (eenmalige) consultatie (bv Zorgdomein, Edifactberichten). Tevens zaten er potentiële good practices tussen welke vooral gericht waren op ontwikkeling of implementatie van een Elektronisch Cliënten/Patiënten Dossier (ECD/EPD). Andere potentiële good practices bleken na nadere verificatie niet specifiek overdracht te betreffen maar vooral als doelstelling te hebben het verbeteren van contact tussen cliënt/patiënt en professionals (bv ZWIP, SamenOud). Deze sluiten niet geheel aan bij de onderzoeksvraag en daarom is ervoor gekozen eerst in te zetten op good practices die aan zoveel mogelijk criteria voldeden.

In een volgende stap zijn de overgebleven potentiële good practices naast de selectiecriteria gelegd. Geen van de gevonden potentiële good practices voldeed aan alle voor dit onderzoek gekozen selectiecriteria voor good practices. Met name de veldnormen voor informatieoverdracht worden weinig expliciet gebruikt als kader of basis voor de overdracht. Er worden wel inhoudelijke 'kapstokken of kaders' gebruikt maar deze zijn echter veelal gebaseerd op (zorginhoudelijke) methodologische- en classificatie indelingen, zoals de verpleegclassificatie van Gordon of de International classification of functioning, disability and health (ICF). De ontwikkeling van de diverse veldnormen is in de praktijk een wat gescheiden wereld van practices die werken aan het verbeteren van informatieoverdracht.

Tevens is over de effectiviteit van potentiële good practices erg weinig bekend. Geen van de potentiële good practices is wetenschappelijk onderzocht op effect, van één is een afstudeeronderzoek gevonden. Gezien gebrek aan wetenschappelijke evidentie is gekozen om breder te kijken dan de vooraf opgestelde selectiecriteria, daarbij is met name gekeken naar een bredere uitrol van de potentiële good practice in Nederland. Het projectteam heeft de volgende drie initiatieven geselecteerd als good practices:

1. POINT (Punt voor Overdracht, Informatie, Naslag en Transfer). Deze good practice kent de grootste landelijke uitrol, een afstudeeronderzoek van Boersma (Boersma, 2008) wijst op enkele positieve resultaten. Het betreft elektronische overdracht voor kwetsbare oudere patiënten tussen ziekenhuis en VVT. Dit draagt o.a. bij aan beter transferproces. Informatie die gedeeld wordt is van betere kwaliteit omdat er in plaats van notities op een formulier er nu op gestructureerde wijze informatie verzameld en gedeeld wordt. In het rapport worden ook nadelen vermeld en factoren benoemd die een rol spelen in de werking van POINT.
2. Transmurale overdracht Eindhoven. Deze good practice betreft een regionaal voorbeeld in de regio Eindhoven, onder betrokkenen heerst tevredenheid over de manier van werken. De overdracht betreft hier een combinatie van een elektronische en schriftelijke overdracht met behulp van het EPD voor CVA patiënten tussen ziekenhuis en VVT. Er zijn geen wetenschappelijke resultaten bekend.
3. Transmurale Zorgburg Amsterdam. Dit betreft een regionale good practice in Amsterdam, onder betrokkenen heerst een tevredenheid over de werkwijze. Tussentijdse resultaten laten betere samenwerking tussen zorgverleners, beter voorgelichte ouderen door een patiëntbrief, goed functioneren van ouderen en minder vermijdbare heropnames en medicatiefouten zien. De wetenschappelijke resultaten van het project worden eind 2013 verwacht.

Meer informatie over de good practices is te vinden in de uitwerking van good practices conform het ontwikkelde format (bijlage 8). Naast good practices die zich in een implementatiefase bevinden, zijn er in het veld ook potentiële good practices die nog in een opstartfase verkeren. We noemen de meest potentiële good practices:

4. Elektronisch Verpleegkundig Dossier Apenio. Deze potentiële good practice beoogt standaardisatie en kwalitatieve borging van zorgprocessen en bijbehorende zorgpaden. Daarbij wordt gebruik gemaakt van o.a. de kernset e-overdracht. Apenio® is een web gebaseerd transmuraal Elektronisch Verpleegkundig Dossier voor zowel acute als langdurige zorg. Apenio® wordt inmiddels aan 22.000 bedden toegepast in Duitsland en Oostenrijk. De Isala klinieken in Zwolle zijn de eerste instelling in Nederland die overgaan naar dit elektronisch verpleegkundig dossier, in november 2012 gaat de Nederlandse versie ontwikkeld door CarePoint Nederland B.V live.

5. Medisch kerndossier Zorgportaal Rijnmond. Het Medisch Kerndossier maakt gebruik van de internationale standaard Continuity of Care Document (CCD). Het dossier is op dit moment nog in de pilotfase en daardoor alleen beschikbaar voor een aantal groepen chronisch zieke patiënten van het Erasmus MC. Dat wordt de komende tijd uitgebreid.

Burgers kunnen straks ook op het Zorgportaal Rijnmond hun eigen medische kerndossier met patiëntgegevens beheren.

Ook zagen we dat potentiële good practices die aanvankelijk een good practice leken, soms achterhaald werden door tegenvallende ervaringen. Een voorbeeld hiervan is het elektronisch transmuraal overdrachtsdossier (eTOD) uit Midden Brabant. Hoewel onderzoek wees op positieve resultaten, waren gebruikerservaringen minder positief, dat men het overdrachtsdossier inmiddels niet meer gebruikt. Uiteindelijk is gebleken, dat het aanvankelijke doel, het slechts eenmaal invoeren van de gegevens, niet een blijvend resultaat is. Omwille van het feit dat systemen niet met elkaar matchen zou er dubbel ingevoerd moeten worden, dit wordt in de praktijk niet altijd gedaan.

5.4 Conclusie

Via koepelorganisaties en landelijke verbeterprogramma's is weinig informatie te vinden over het onderwerp informatieoverdracht. Wel zijn er in Nederland diverse initiatieven die proberen de informatieoverdracht tussen ziekenhuis en VVT te verbeteren op regionaal of lokaal niveau. Onze inventarisatie is gezien de benodigde focus en grootte, niet uitputtend. Sommige regio's kiezen voor praktische regionale oplossingen, al dan niet voor een specifieke patiëntgroep. Op steeds meer plekken in Nederland wordt het systeem POINT gebruikt. Initiatieven zijn veelal (nog) niet wetenschappelijk onderzocht en niet gebaseerd op de veldnormen. In de regio Rijnmond is men bezig met de ontwikkeling van een medisch kerndossier op basis van de CCR, op dit moment wordt er een eerste pilot uitgevoerd in CVA ketens. In Zwolle start men met de implementatie van een transmuraal Elektronisch Verpleegkundig Dossier gebaseerd op de kernset e-overdracht. Nictiz is met diverse spelers in gesprek om te kijken hoe de integratie van de e-overdrachtset verder logistiek vormgegeven kan worden bijvoorbeeld in het systeem POINT. Ook wordt er steeds vaker aandacht besteed aan het ontwikkelen van inzage in het dossier voor de patiënt. Zo loopt er in Den Haag een project waarbij patiënten toegang krijgen tot het overdrachtsdossier en gevraagd worden naar hun ervaringen. In Amsterdam heeft Transmurale Zorgbrug een patiëntbrief ontwikkeld, informatie die ook voor de patiënt bestemd is.

Samenvattend kan worden gesteld dat er in Nederland diverse initiatieven zijn die een verschillende aanpak en aanleiding kennen. Voorbeelden lijken inhoudelijk veelal gebaseerd op methodologische- of professionele classificatie indelingen, initiatieven welke gebruik maken van de CCR en/of kernset e-overdracht zijn nog een ontwikkelingsfase. Er zijn echter geen good practices op het gebied van informatieoverdracht tussen ziekenhuis en VVT in Nederland voorhanden welke voldoen aan alle gedefinieerde criteria en de criteria 'wetenschappelijk onderbouwd' en 'gebaseerd op de veldnormen'. Ook in het rapport van Nictiz (Nictiz, 2010b) "Regionale samenwerkingsorganisaties voor zorg en ICT" was zichtbaar dat initiatieven zich meestal richten op informatieoverdracht tussen ziekenhuizen en huisartsen, maar dat er wel vaak plannen zijn om te verbreden naar V&V, paramedici of jeugd- en welzijnsinstellingen.

Onze inventarisatie laat zien dat dit soort ontwikkelingen ook tijd kosten gezien het aantal beschikbare voorbeelden nog (steeds) beperkt is.

6 Stand van zaken Continuity of Care Record

6.1 Inleiding

De Continuity of Care Record (Ferranti et al., 2006) beschrijft een gestandaardiseerde methodiek om de meest relevante algemene en specifieke informatie per patiënt over te dragen tussen zorginstellingen. Daarmee lijkt de CCR een geschikt instrument om informatie over kwetsbare oudere patiënten over te dragen tussen ziekenhuizen en VVT. Er wordt verwacht dat de CCR zal bijdragen aan onder andere, het voorkomen van medicatiefouten en het dubbel uitvoeren van testen en screenings bij een patiënt (ibid). De stand van zaken ten aanzien van de bekendheid, acceptatie en invoer van de CCR in Nederland is onduidelijk. In dit hoofdstuk beantwoorden we de onderzoeksvraag: wat is de stand van zaken ten aanzien van de bekendheid, acceptatie en invoer van de CCR in Nederland?

6.2 Methode

Om na te gaan in welke mate de CCR in Nederland bekend, geaccepteerd en ingevoerd is, zijn verschillende bronnen geraadpleegd. Naast de literatuurstudie zoals beschreven in hoofdstuk 2 en 3 is informatie ingewonnen door middel van een expertraadpleging. Deze raadpleging is geïntegreerd in de raadpleging zoals beschreven onder onderzoeksvraag 4 en zijn hiertoe telefonisch onder meer bevraagd over de mate van bekendheid en acceptatie van de CCR in Nederland (zie bijlage 5).

6.3 Resultaten

Uit de research op het internet is gebleken dat de CCR bij een aantal organisaties zowel bekend als geaccepteerd is te weten: Nictiz; Universitair Medische Centra's (UMC's); Zorgportaal Rijnmond; Nederlands Normalisatie-instituut (NEN). Uit de expertraadpleging bleek dat slechts enkelen in meer of mindere mate bekend zijn met de CCR. Alleen Nictiz en Branchbelang Thuiszorg Nederland (BTN) gaven aan bekend te zijn met de CCR. De website van Nictiz geeft informatie over de CCR en documenten die betrekking hebben op de CCR. Omdat de expertraadpleging weinig informatie opleverde heeft de projectgroep aanvullend een extra ronde experts benaderd welke nauw betrokken zijn bij de CCR ontwikkelingen (zie bijlage 6). Tevens heeft de projectgroep een oproep gedaan op de Linkedin groep 'Continuity of Care Record/Document (CCR/CCD)' betreffende de onderzoeksvraag.

Lopende initiatieven

In de Staat van Gezondheidzorg (2011) heeft de IGZ gesignaleerd dat ICT de knelpunten bij overdracht niet kan oplossen zonder standaardisatie. Er is toen een oproep gedaan aan het zorgveld om te komen met een minimale kerndataset, standaard terminologie en technische uitwisselingsstandaarden. Nauw betrokkenen geven aan dat de Universitair Medische Centra (UMC's) in Nederland het initiatief hebben genomen om samen te werken op het gebied van standaardisatie van uitwisseling van zorggegevens. Als eerste concrete stap is het project: 'Generieke Overdrachtsgegevens' gestart. Dit project richt zich op het definiëren van een generieke, specialisme onafhankelijke, set van gegevenselementen en –definities in een aantal overdrachtsscenario's. Daarbij wordt gebruik gemaakt van bestaande standaarden en bouwstenen als CCR/CCD, coderingen en terminologiestelsels. Nictiz levert, naast expertise, de projectleider voor het project. De regio's Amsterdam, Twente, Friesland, Den Haag, Leiden en Rotterdam hebben hun interesse uitgesproken een portaal te ontwikkelen op basis van CCR. Deze regio's komen daarover regelmatig bijeen in het zogenaamde Regionaal Architectuur Platform en zijn bezig met een plan te schrijven om de CCR meer op de kaart te zetten in Nederland. Daarnaast loopt een traject van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) om de 17 thema's van de CCR verder uit te werken. De regio Rotterdam is een van de weinige regio's in Nederland waar men bezig is met de implementatie van de CCR, de andere regio's bevinden zich in een inventarisatiefase waarin zij bezig zijn met het creëren van acceptatie bij belangrijke partners. In de regio Rotterdam loopt een pilot waarin men inventariseert in de CVA-keten of het medisch kerndossier geschikt kan zijn als keteninformatiesysteem op basis van het CCR. Tevens loopt er een project om de CCR te implementeren in Zorgdomein in samenwerking met Zorgportaal. Jan Hazelzet van ErasmusMC heeft in samenwerking met de IGZ, NPCF en de Regieraad het initiatief genomen een 'taskforce Doorstart ICT zorg (werktitel)' te organiseren welke bijeenkwam op 14 september 2012. Het doel van deze bijeenkomst was o.a. de bekendheid en acceptatie betreffende CCR te vergroten. De essentie volgens de Taskforce is, dat het gaat om een noodzakelijke minimale dataset, te gebruiken bij de overdracht, die leidt tot kwalitatief goede zorg voor de patiënt. Hierbij werd de volgende metafoor van een serviceboekje voor de auto gebruikt maar dan toegepast op de patiënt: hierin gaan een aantal bladzijden over de medische inhoud, een aantal bladzijden over verpleging/verzorging en misschien nog een aantal bladzijde over specifiekere ziektebeelden.

Het normeninstituut NEN heeft het 'Platform CCR-CCD' opgericht, met als voornaamste doelstelling de uitwisseling van kennis en ervaring op het vlak van CCR en CCD standaarden en hun toepassing, en het signaleren en voorkomen van tegenstijdige of overlappende activiteiten.

Mate van invoering CCR

Experts geven verschillende oorzaken aan waarom de CCR nog niet landelijk ingevoerd is in Nederland. Ten eerste lijkt er geen consensus te zijn over de minimale dataset die noodzakelijk is om kwalitatief goede zorg te leveren aan de patiënt. Enkele experts geven aan dat de CCR voornamelijk medisch georiënteerd is en er onduidelijkheid bestaat in hoeverre de e-overdracht past in de CCR. Tevens speelt een professionele oorzaak dat veel zorgprofessionals het lastig (veel werk) vinden om alle gegevens zoals bedoeld in de

CCR in te vullen. Een andere oorzaak betreft een technische oorzaak: de ICT systemen zijn nog niet in staat om de CCR en kernset e-overdracht te verwerken. In Rotterdam heeft men het opensource systeem Tolven aangepast aan de CCR. Enkele experts geven aan dat ICT leveranciers terughoudend zijn met betrekking tot CCR. Het overgaan van de afzonderlijke overdracht systemen naar de CCR vergt medewerking van de ICT-bedrijven die de reeds bestaande elektronische systemen hebben ontwikkeld, waarbij vervolgens niet uitgesloten kan worden dat hier het financiële aspect een rol speelt.

Binnen de zogenoemde 'Continuity of Care Record/Document' Linkedin groep, bestaande uit 175 leden, wordt gediscussieerd over het al dan niet toepassen van CCR in Nederland. In de Linkedin groep stelt men de flexibiliteit en de aanpasbaarheid van CCR in lokale omstandigheden ter discussie. Er wordt geopteerd voor een langere termijn optie; een profiel van de CEN/ISO 13606 EHR-communicatie standaard om flexibel klinische informatie modellen te maken waarmee alle samenwerkende partijen zelf kunnen vaststellen wat ze willen uitwisselen. Er worden vrijwel geen initiatieven genoemd waar men de CCR gebruikt. Medischegegevens.nl geeft aan de CDA/CCR als standaard voor informatie-uitwisseling te gebruiken. Tevens valt op dat in de Linkedin groep diverse termen gebruikt worden, er lijkt nog onvoldoende eenduidigheid te zijn in het gebruik van taal.

6.4 Conclusie

Samenvattend kan worden gesteld dat op dit moment de CCR bij een beperkte groep bekend is en geaccepteerd. Voornamelijk de academische wereld is bekend met de CCR en enkele experts op het vlak van E-health. Dit hangt samen met het feit dat de CCR nog in ontwikkeling is, academische centra zijn met het uitwerken van de CCR velden bezig. Universitair Medische Centra in Nederland hebben het initiatief genomen om samen te werken op het gebied van standaardisatie van uitwisseling van zorggegevens. Er lijkt een beweging op gang te zijn om meer bekendheid te geven aan de CCR en de acceptatie te vergroten. De IGZ heeft in 2011 het onderwerp geagendeerd en stimuleert de op gang zijnde beweging. Implementatie vindt plaats in de regio Rotterdam. In de ouderenzorg en in de eerste lijn is de CCR nog relatief onbekend. Het gebruik en de ontwikkeling van de CCR bevindt zich nog duidelijk in een ontwikkelfase, van (uitgebreide) implementatie is nog geen sprake. Dit correspondeert met de ontwikkelingsfase waarin het onderwerp zich bevindt en de (altijd aanwezige) wens tot 'op maat' maken van informatie en uit te wisselen gegevens.

7 Beperkingen van het onderzoek

Zoals elk onderzoek, heeft ook dit onderzoek zijn beperkingen. In de hoofdstukken die de individuele onderzoeksvragen beantwoordden zijn al verschillende van deze beperkingen aangestipt, zoals de mate waarin ziekenhuizen de herkomst en bestemming van hun patiënten registreren in de LMR en het ontbreken van cijfers over thuiszorggebruik van kwetsbare ouderen in de LMR.
Een andere beperking is de afbakening van het onderhavige onderzoek. Deze afbakening is in overleg met de IGZ bepaald, zoals uiteengezet is in hoofdstuk 1. De focus van het onderzoek lag daarmee op informatieoverdracht die plaatsvindt tussen ziekenhuizen en instellingen binnen de VVT. Kwetsbare ouderen hebben zeer waarschijnlijk met meer dan alleen deze zorgaanbieders te maken, en daarnaast ook met welzijnsinstellingen en andersoortige dienstverleners. Dit onderzoek biedt geen inzicht in de stand van zaken rondom informatieoverdracht buiten ziekenhuizen en VVT, dit neemt niet weg dat ook deze instellingen bij de informatieoverdracht over kwetsbare ouderen betrokken dienen te worden.
Voor hoofdstukken 2 en 3 geldt dat het doel van de literatuurstudie was om een goed overzicht te verschaffen in de stand van zaken rondom normen voor informatieoverdracht en oorzaken van niet complete, correcte en/of tijdige informatieoverdracht. Om het literatuuronderzoek in een beperkt tijdsbestek te kunnen uitvoeren is specifiek gefocust op verschenen reviews en artikelen over de Nederlandse situatie, waardoor andersoortige relevante studies gemist kunnen zijn. De literatuurstudie is gericht uitgevoerd, waarbij gezocht is aan de hand van gestandaardiseerde zoekwoorden (MESH terms) en in vooraf vastgestelde databases. De gebruikte databases en de hierin gebruikte zoekwoorden hebben met name een medische basis. Gevolg hiervan voor hoofdstuk 3 is dat de gepresenteerde bevindingen daarmee niet een uitputtend beeld geven van de inzichten die zijn verschenen in andere relevante vakgebieden zoals communicatiewetenschappen.
Voor het in kaart brengen van (potentiële) good practices en de stand van zaken rondom de CCR is ervoor gekozen om de expertraadpleging te starten bij koepelorganisaties en verbeterprogramma's, om zo binnen de beschikbare tijd het onderzoek uit te kunnen voeren. Via de sneeuwbalmethode zijn meer relevante experts opgespoord, maar het is mogelijk dat niet alle kennis op het gebied van good practices en de stand van zaken rondom de CCR verzameld is. Daarnaast bleek tijdens de expertraadpleging dat veel van de gezochte informatie niet breed beschikbaar was, maar slechts te vinden was bij specifieke personen in de koepelorganisaties of verbeterprogramma's. Gezien bovenstaande gekozen insteek en beschikbaarheid van informatie pretenderen we dan ook niet een uitputtende inventarisatie van good practices en de bekendheid van de CCR weergegeven te hebben in dit rapport.

Literatuurlijst

Actiz, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LEVV, LVH et al. (2008). Richtlijn overdracht medicatiegegevens.

Alstveit, KL., Aase, K., & Barach, P. (2012). *Adressing risk factors for transitional care of the elderly - literature review*.

Bassi, J., Lau, F., & Bardal, S. (2012). Use of information technology in medication reconcilliation: a scoping review. *Res.Social Adm Pharm., 8,* 60-75.

Berendsen, A. J. (2008). *Samenwerking tussen huisarts en specialist: wat vinden de patiënten en de dokters?* Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Boersma, A. (2008). To the Point.

Bolscher, A., Fonk, H., & (SINGER) (2012). *'Proeven uit de proeftuinen - 2" Procesmonitor Proeftuinen Geriatrische Revalidatie Eindmeting 2012*.

Branbergen, D. (2012). Vloeiend tussen eerste en tweede lijn. *Medisch Contact, 05-04-2012*.

Bransen, E., Hulsbosch, L., Nicholas, S., & Wolf, J. (2003). *Kwetsbare mensen over samenhang in de zorg: deelstudie in het kader van de rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over de Staat van de Gezondheidszorg 2003: ketenzorg voor chronisch zieke mensen*. Utrecht: Trimbos-Instituut.

Brouwers, J., Janssen, M, Van Lent-Evers, N., and De Smet, P. (2010). Medicatieoverdracht nog lang niet veilig. *Medisch Contact, 13-10-2010*.

Chime, F., Fieldsmith, R., Van, S. S., Kindred, C., & Carter, S. (2009). House calls. *RN., 72,* 22-28.

Clay, B. J., Halasyanami, L., & Stucky (2008). Results of a medication reconcilation survey from the 2006 society of hospital medicine national meeting. *J Hosp Med, 3,* 466-472.

Coleman, E. A. (2003). Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am.Geriatr.Soc., 51,* 549-555.

Eekhof, J. A. H., Heijmans, M., Meskers van Geel, A., and Assendelft, W. (2010). Een slak laat sporen na. *NTVG; 154:A2895*.

Ferranti, J. M., Musser, R. C., Kawamoto, K., & Hammond (2006). The Clinical Document Architecture and the Continuity of Care Record: A Critical Analysis. *Journal of the American Medical Informatics Association 13 (3)., 13*.

Hellema, F. G., Kinds, J. E., Boelens, A. M., Bos, I., Luttik, M. L., Stallinga, H. A. et al. (2002). ICF-instrumenten voor continuïteit van zorg. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 112,* 55-59.

Hennessey, B. & Suter, P. (2011). The Community-Based Transitions Model: one agency's experience. *Home.Healthc.Nurse, 29,* 218-230.

Hickman, L., Newton, P., Halcomb, E. J., Chang, E., & Davidson, P. (2007). Best practice interventions to improve the management of older people in acute care settings: a literature review. *J Adv.Nurs., 60,* 113-126.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2011). *Staat van de gezondheidszorg 2011. Informatie-uitwisseling in de zorg: ICT lost knelpunten zonder standaardisatie van de informatie-uitwisseling niet op*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Israëls A., Laan J.van der, de Bruin A, .Ploemacher J, & .Verweij G (2011). *HSMR 2010: methodological report* The Hague/Heerlen.

IvVM. (2011). Overdracht van medicatiegegevens in de praktijk voor zorgcoördinatoren in verpleeg-/verzorgingshuizen en thuiszorg.

Johnson, J. K. & Barach, P. (2009). Patient care handovers: what will it take to ensure quality and safety during times of transition? *MJA, 190,* 110-112.

Jongbloed, S. (2006). Grip op diabetes mellitus. *Medisch Contact*.

Karapinar-Carkit, F., Janssen, M. J. A., Borgsteede, S. D., van den Bemt, P. M. L. A., & Zoer, J. (2011). Praktisch, veilig en helder. Ontslagrecept: dé stap naar de ideale transmurale overdracht. *Alert, Kwartaalmagazine MediRisk,* 10-12.

KIZ, Astma Fonds, Diabetesvereniging Nederland, Reuma Patiëntenbond, VSN, Zorgbelang Nederland et al. (2011). Minimale voorwaarden voor goede ketenzorg.

KNMG (2010). *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. KNMG-standpunt*.

KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP et al. (2010). Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling.

KNMP & WSO-Richtlijn. (2011). Farmaceutische zorg bij ontslag uit het ziekenhuis - Samenvattingskaart.

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlandse Orthopedische Vereniging, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, & Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2010). *Ketenzorg Aspecifieke Lage Rugklachten*.

Kripalani, S. (2007). Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians. Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA, 297*.

Labots-Vogelesang, S. M., Heijboer-Vinks, I. C., van Aarnhem, A. M. S., Folmer, H., Giesen, A. G. M., de Leest, K. et al. (2009). LESA - Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis. *Huisarts en Wetenschap, 52,* 7-12.

LaMantia, M. A., Scheunemann, L. P., Viera, A. J., Busby-Whitehead, J., & Hanson, L. C. (2010). Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: a systematic review. *J Am.Geriatr.Soc., 58,* 777-782.

Langelaan, M., Baines, R. J., & al (2010). *Monitor Zorggerelateerde Schade 2008* NIVEL en EMGO+ instituut.

McCloskey, R. & van den Hoonaard, D. (2007). Nursing home residents in emergency departments: a Foucauldian analysis. *J Adv.Nurs., 59,* 186-194.

medicatieoverdracht.nl. (2009). Spoorboekje medicatieoverdracht.

Middelveldt, I. & Vos, M. (2011). *Rapportage deelonderzoek oncologisch zorgproces. Staat van de Gezondheidszorg 2011: achtergrondstudie naar de rol van ICT in een verantwoorde informatievoorziening in de zorgketen longcarcinoom*. Utrecht: Intergraal Kankercentrum Nederland.

Minkman M. (2012). *Developing Integrated Care. Towards a development model for integrated care.* Kluwer, Deventer.

Minkman M., Ahaus K., & Huijsman R. (2010). Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg: ketenkennis gebundeld in een generiek toepasbaar kwaliteitsmodel . *M&O: Tijdschrift voor Management en Organisatie, 64,* 26-43.

Morley, J. E. (2010). Transitions. *Journal of the American Medical Directors Association, 11,* 607-611.

Murray, L. M. & Laditka, S. B. (2010). Care transitions by older adults from nursing homes to hospitals: implications for long-term care practice, geriatrics education, and research. *J Am.Med Dir.Assoc., 11,* 231-238.

Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, & Nederlandsche Internisten Vereeniging (2010). *Multidisciplinaire richtlijn Hartfalen 2010*.

Ng, J. K., Uildriks, R., & (NPCF) (2010). *Sleutelen aan de zorgpaden voor herstelgerichte zorg*.

NHG & NIV. (2012). Landelijke Transmurale Afspraak Diabetes mellitus type 2.

NHG & NVN. (2004). Landelijke Transmurale Afspraak TIA/CVA.

NHG & NVR. (2002). Landelijke Transmurale Afspraak Reumatoïde artritis.

NHG & NVVC. (2003). Landelijke transmurale afspraak Acuut Coronair Syndroom.

NHG & NVVC. (2005). Landelijke Transmurale Afspraak Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct.

Nictiz (2010a). *E-overdracht in de care: een inventarisatie*.

Nictiz (2010b). *Regionale samenwerkingsorganisaties voor zorg en ICT* Den Haag.

Nictiz. (2011). Kernset E-overdracht.

Nictiz. (2012a). Dataset voor patiëntoverdracht in de care sector.

Nictiz. (23-5-2012b). Factsheet: Elektronisch Verpleegkundig Overdrachtsbericht. Nictiz.

Nijssen, W. & Westeneng, T. (2002). *Transmurale communicatie vervaagt de grenzen: een onderzoek naar de verpleegkundige overdracht van thuiszorgorganisatie De Vierstroom naar afdeling interne A4 van het Groene Hart Ziekenhuis*. Ede: Christelijke Hogeschool Ede.

Payne S, Kerr, C., Hawker, S., Hardey M, & Powell J (2002). The communication of information about older people between health and social care practitioners. *Age and Aging, 31,* 107-117.

PwC. (2010). Achtergrondstudie ten behoeve van deStaat van de Gezondheidszorg 2011: informatieoverdracht in twee zorgketens.

Raak A.van, Groothuis, S., van der Aa, R., Limburg, M., & Vos, L. (2010). Shifting stroke care from the hospital to the nursing home: explaining the outcomes of a Dutch case. *J Eval.Clin.Pract., 16,* 1203-1208.

Sociaal en Cultureel Planbureau (2011). *Kwetsbare Ouderen. SCP-publicatie 2011-10* Den Haag: SCP.

Stichting Transmurale Zorg Den Haag eo. (2011). Regionale Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens.

Strawbridge WJ, Shema SJ, Balfour JL, Higby HR, & Kaplan GA (1998). Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *Journal of Gerontology, 53B,* S9-S16.

Ten Cate, M. (2006). De transmurale overdracht. Meer dan weer een nieuw formulier. *Pallium, 8,* 171-173.

Terrell, K. M., Hustey, F. M., Hwang, U., Gerson, L. W., Wenger, N. S., & Miller, D. K. (2009). Quality indicators for geriatric emergency care. *Academic Emergency Medicine, 16,* 441-449.

Trachtenberg, M. & Ryvicker, M. (2011). Research on transitional care: from hospital to home. *Home.Healthc.Nurse, 29,* 645-651.

V&VN & NU91. (2011). Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging, 2011.

van den Berg, W. A. M., Helfrich, E., Colen, H. B. B., & Neef, C. (2002). Een instrument dat de medicatieveiligheid vergroot. *Pharmaceutisch Weekblad, 137,* 1544-1547.

Van den Brink-Muinen, A. & Wagner, C. (2004). *Risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening* Utrecht: NIVEL.

van Splunteren, P., Minkman, M., and Huijsman, R. (2004). Doorbraak in Ketenzorg. *Medisch Contact*.

van, Raak. A., Groothuis, S., van der Aa, R., Limburg, M., & Vos, L. (2010). Shifting stroke care from the hospital to the nursing home: explaining the outcomes of a Dutch case. *J Eval.Clin.Pract., 16,* 1203-1208.

Verenso. (2009). Nota Medische Verslaglegging.

VMS. (2008). Praktijkgids 'Medicatieverificatie bij opname en ontslag.

VMS. (2009). Praktijkgids "Kwetsbare ouderen".

Wenger, N. S. & Young, R. T. (2007). Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. *J Am.Geriatr.Soc., 55 Suppl 2,* S285-S292.

Woodhouse KW & al. (1988). Who are the frail elderly? *Q J Med, 68,* 505-506.

World Health Organization, Joint Commission, & World Health Organization collaborating center for patient safety solutions (2007). Communication during patient handovers. *Patient Safety Solutions, 1,* 1-4.

Bijlage 1
Door de projectgroep opgestelde lijst met koepelorganisaties en landelijke verbeterprogramma's

Koepelorganisaties

- Actiz, organisatie voor zorgondernemers
- Artsenapotheker.nl
- BTN - Branchebelang Thuiszorg Nederland
- CBO/TNO – Kwaliteitsinstituut CBO
- Centramed, risicoverzekeraar medische aansprakelijkheid
- CVZ / Nederlands Zorginstituut (NZi)
- Inspectie voor de Gezondheidszorg
- IvVM - Instituut voor Verantoord Medicijngebruik
- Kennisnetwerk CVA Nederland
- KNMG - Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten (inclusief specifiek genoemde specialismen)
- LEVV - Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging
- LOC - Landelijke Organisatie Cliëntenraden
- LSR - Landelijk steunpunt op het gebied van (mede)zeggenschap
- LVG - Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
- Medicatieoverdracht.nl
- Medirisk, medische aansprakelijkheidsverzekeraar
- Netwerken palliatieve zorg
- NFU - Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- NHG - Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nictiz, landelijke expertisecentrum dat ontwikkeling van ICT in de zorg faciliteert
- NPCF - Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
- NVZ - Vereniging van Ziekenhuizen
- OMS - Orde van Medisch Specialisten
- RGO – Raad voor Gezondheidsonderzoek
- RVZ – Raad voor Volksgezondheid en Zorg
- V&VN - Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde
- ZonMw
- ZN - Zorgverzekeraars Nederland

Landelijke Verbeterprogramma's

- Disease Management programma
- In voor Zorg!
- Kwaliteit in Zicht
- Landelijk Dementie Programma
- Nationaal Programma Ouderen
- Proeftuinen Geriatrische Revalidatie
- VMS – Veiligheidsmanagementsysteem; VeiligheidsProgramma
- Zichtbare Schakel
- Zorg voor Beter

Extra toegevoegd voor Good Practices in onderzoeksvragen 4 en 5

- Mednet.nl
- Regi Alkmaar - Zorgring
- Sleutel-transfer
- UMC Maastricht
- Zorgnetwerk Midden-Brabant
- ZWIP - Zorg- en WelzijnsInfoPortaal

Bijlage 2
Veldnormen en hun vindplaats

Informatieoverdracht algemeen

Richtlijn HASP: informatie uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen
http://nhg.artsennet.nl/k_informatieuitwisseling.htm

Nota Medische Verslaglegging. Dossiervoering door de specialist ouderengeneeskunde
Op te vragen bij Verenso

Praktijkgids "Kwetsbare ouderen"
http://www.vmszorg.nl/Documents/Tools_Extras/Thema's/KO/web_2009.0104_praktijkgids_kwetsbare_ouderen.pdf

Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling (incl. checklist)
http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Handreiking-verantwoordelijkheidsverdeling-bij-samenwerking-in-de-zorg-2010.htm

Sleutelen aan de zorgpaden voor herstelgerichte zorg (inclusief Zorgpaden herstelgerichte zorg - Wat patiënten belangrijk vinden)
http://www.npcf.nl/index.php?searchword=overdracht&ordering=popular&searchphrase=all&Itemid=22&option=com_search&vragen=1

Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen: KNMG-standpunt
http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Sterke-medische-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-1.htm

Kernset E-overdracht
http://www.venvn.nl/Vakdossiers/EZorg/Eoverdracht.aspx

Minimale voorwaarden voor goede ketenzorg
http://www.pgosupport.nl/mailings/FILES/plugin_content/215/KIZ_minimale%20voorwaarden%20voor%20goede%20ketenzorg.pdf

Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging, 2011
http://www.diliguide.nl/document/4060/verpleegkundige-en-verzorgende-verslaglegging.html

Dataset voor patiëntoverdracht in de care sector, incl achtergronddocument
http://www.nictiz.nl/page/Publicaties?mod[360][i]=485

Quality indicators for geriatric emergency care [ARTIKEL]
Academic Emergency Medicine, 2009; 16: 441-449

Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders [ARTIKEL]
Journal of the American Geriatrics Society, 2007; 55: S285-S292

Aandoeningsspecifiek

Landelijke Transmurale Afspraak Reumatoïde arthritis
Huisarts en Wetenschap, 2002;45(10):544–547

Landelijke transmurale afspraak Acuut Coronair Syndroom
Huisarts en Wetenschap, 2003; 46 (14): 844-847

Landelijke Transmurale Afspraak TIA/CVA
Huisarts en Wetenschap, 2004;47(11):521-526

Landelijke Transmurale Afspraak Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct
Huisarts en Wetenschap, 2005;48(5):232-235

Multidisciplinaire richtlijn Hartfalen 2010
http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/NIV/Betrokkenbij/MDR+Hartfalen+ definitief+7juni2010.pdf

Landelijke Transmurale Afspraak Diabetes mellitus type 2
Huisarts en Wetenschap, 2012; 55(1), S1-S12

Medicatieoverdracht
Praktijkgids 'Medicatieverificatie bij opname en ontslag
http://www.vmszorg.nl/Documents/Tools_Extras/Thema's/Medicatieverificatie/web_2008.0101_praktijkgids_medverificatie.pdf
Richtlijn overdracht medicatiegegevens, inclusief handreikingen voor de praktijk
http://www.medicatieoverdracht.nl/artikelen/raadplegen.asp?display=2&atoom=9008&atoomsrt=2&actie=2&menuitem=189
Spoorboekje medicatieoverdracht
http://www.zorgvoorveilig.nl/FTP_NHG/3/Spoorboekje%20medicatieoverdracht.pdf
Farmaceutische zorg bij ontslag uit het ziekenhuis – Samenvattingskaart
http://www.knmp.nl/organisatie-regelgeving/normen-en-richtlijnen/richtlijnen/KNMPRichtlijnsamenvattingkaartfarmzorgbijziekenhuisontslag.pdf
Overdracht van medicatiegegevens in de praktijk voor zorgcoördinatoren in verpleeg-/verzorgingshuizen en thuiszorg
http://www.medicatieoverdracht.nl/artikelen/raadplegen.asp?display=2&atoom=10783&atoomsrt=2&actie=2
Regionale Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens
http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/nieuws%20NEW/Regionale_Richtlijn_Overdracht_van_Medicatiegegevens.pdf
LESA Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis
http://www.artsenapotheker.nl/huisarts/zoeken.html?query=overdracht&dossierId=0&x=58&y=7 Huisarts en Wetenschap 52(4) april
High 5's SOP for Medication Reconciliation
http://www.cbo.nl/Downloads/1392/KIZ20110406_High%205's.pdf ; KIZ 21 (4): 26-29

Bijlage 3
Zoekstrategieën gebruikt in het literatuuronderzoek voor onderzoeksvragen 1 en 2

Zoekstrategie PubMed database
Inclusie:
- gepubliceerd in de laatste tien jaar
- Nederlandse situatie en / of kenmerk Review
- Engelstalig of Nederlandstalig

(("Continuity of Patient Care"[Mesh] OR "Patient Discharge"[Mesh]) OR ("transitional care"[All Fields] OR "care transition"[All Fields])) AND ("Nursing Homes"[Mesh] OR "Residential Facilities"[Mesh:NoExp] OR "Long-Term Care"[Mesh] OR "home care services"[MESH] OR "Health services for the aged"[MESH] OR "homes for the aged"[MESH] OR "community health nursing"[MESH] OR "Assisted Living Facilities"[Mesh])

Zoekstrategie CINAHL database
Inclusie:
- gepubliceerd in de laatste tien jaar
- Nederlandse situatie en / of kenmerk Review
- Engelstalig of Nederlandstalig

(MH "Continuity of Patient Care+") OR (MH "Patient Discharge+") OR (MH "transitional care") OR (MH "care transition") AND (MH "Nursing Homes+") OR (MH "Residential Facilities+") OR (MH "Long-Term Care+") OR (MH "Homes for the Aged+") OR (MH "Assisted Living Facilities+") OR (MH "home care services+") OR (MH "Health services for the aged+") OR (MH "community health nursing+")

Gezamenlijk resultaat na ontdubbelen binnen en tussen databases: 224

Zoekstrategie NIVEL database
Inclusie:
- gepubliceerd in de laatste tien jaar

Trefwoorden	Resultaten
Overdracht	185
Transmuraal	0
Transfer	40
Ontslag	322
Continuïteit EN zorg	86
Informatie EN zorg	78
Norm EN zorg	40
Standaard EN zorg	15
Richtlijn EN zorg	56
Protocol EN zorg	63
Procedure	0
Werkwijze	0

Totaal na ontdubbelen: 163

Zoekstrategie Invert database
Inclusie:
- gepubliceerd in de laatste tien jaar

Trefwoorden	Resultaten
Overdracht	19
Transmuraal	30
Transfer	8
Informatieoverdracht	2
Elektronisch	14

Totaal na ontdubbelen: 72

Zoekstrategie NTVG
Inclusie:
- gepubliceerd in de laatste tien jaar
- valt onder de rubriek 'onderzoek' en/of 'klinische praktijk'

Trefwoorden	Resultaten
Overdracht	81
Transfer	25
Ontslag	373
Continuïteit zorg	24
Overdracht en transfer	3
Overdracht en ontslag	11
Overdracht en continuïteit zorg	5
Ontslag en transfer	3
Ontslag en continuïteit zorg	2
Overdracht en transmuraal	1
Ontslag en transmuraal	7

Totaal na ontdubbelen: 68

Zoekstrategie Medisch Contact
Inclusie:
- contenttype Tijdschriftartikel
- gepubliceerd in de laatste tien jaar

Trefwoorden	Resultaten
Overdracht en transmuraal	14
transfer en transmuraal	2
ontslag en transmuraal	22
continuïteit van zorg en transmuraal	18
overdracht transmurale zorg	15
transfer en transmurale zorg	4
ontslag en transmurale zorg	24
continuïteit van zorg en transmuraal	34

Totaal na ontdubbelen: 61

Zoekstrategie TGG:
Opgenomen in PubMed search

Zoekstrategie TvO
Geen zoekfunctie beschikbaar voor dit tijdschriften. Alle op de website beschikbare titels zijn handmatig gescreend aan de hand van de trefwoorden overdracht, transfer en transmuraal. Er zijn geen titels gevonden die relevant leken voor dit onderzoek.

Zoekstrategie TSG
Inclusie:

- gepubliceerd in de laatste tien jaar

Trefwoorden	Resultaten
Overdracht	23
Transfer	9
Ontslag	12
Continuïteit zorg	44
Overdracht transfer	1
Overdracht ontslag	1
Overdracht continuïteit zorg	3
Ontslag transfer	1
Ontslag continuïteit zorg	3
Overdracht transmuraal	2
Ontslag transmuraal	1
Transmuraal continuïteit zorg	2
Transmuraal transfer	0

Totaal na ontdubbelen: 73

Bijlage 4 Oorzaken voor (niet) complete, correcte en/of tijdige informatieoverdracht

Titel, auteurs, jaar	Zoekstrategie *1 = internationaal, review; 2 = internationaal, NL situatie; 3 = NL tijdschrift; 4 = rapport, 5 = snowball*	Genoemde oorzaken voor NIET correct/compleet/tijdig overdragen	Genoemde factoren voor WEL correct/compleet/tijdig overdragen	Tussen welke instellingen					Richting overdracht		Tussen welke disciplines		welke informatie		hoe uitgewisseld	
				ziekenhuis	verpleeghuis	verzorgingshuis	thuiszorg	huisarts	ziekenhuis naar VVT	VVT naar ziekenhuis	Artsen	verpleegkundigen	specifieke overdrachtsinformatie	generieke overdrachtsinformatie	schriftelijk	elektronisch
Compleetheid overdracht																
Transmurale communicatie vervaagt de grenzen. Nijssen W en Westeneng T, 2002.	2	men weet van elkaar niet welke informatie gewenst is, elke sector heeft eigen focus en vult vanuit eigen gezichtspunt overdracht in.		x			x		x	x		x	x	x	x	x
Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. Coleman EA, 2003.	1	Van medewerkers wordt al veel gevraagd en zij hebben niet de tijd of nemen niet het initiatief als ontvangende partij om aanvullende informatie te vragen wanneer overgedragen documentatie incompleet is		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Doorbraak in Ketenzorg. Van Splunteren P, Minkman M, Huijsman R, 2004.	3		Afstemmen van informatie op de behoefte van de ontvanger	x	x				x		x	x	x	x	?	?
LESA Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis. NHG, KNMP, WINAp, 2009.	4	Het ontbreken van aflevergegevens van een andere dan de eigen apotheek		x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x
Research on transitional care: from hospital to home. Trachtenberg M, Ryvicker M, 2011.	1		elektronisch gegenereerde ontslagbrieven hebben meer kans alle relevante patientinformatie te bevatten	x				x	x		x	x	x	x	x	x
Correctheid overdracht																
Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: a systematic review. LaMantia, M. A., et al, 2010.	1		goed ontwikkelde en gestructureerde overdrachtsdossiers kunnen de frequentie en accuraatheid van de overdracht van medicatielijsten en patientwensen ten aanzien van einde behandeling (advance directives) verbeteren	x	x				x	x	x	x	x	x	?	?
Tijdigheid overdracht																
Transmurale communicatie vervaagt de grenzen. Nijssen W en Westeneng T, 2002.	2	VVT naar ZKH: acute opname, onbekende opname, mantelzorger draagt zorg over, het idee dat op de zkh afdeling geen behoefte is aan een overdracht, onduidelijkheid waar patient ligt, geen afspraken over overdracht		x			x		x	x		x	x	x	x	x
Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. Coleman EA, 2003.	1	gebrek aan informatiesystemen		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Doorbraak in Ketenzorg. Van Splunteren P, Minkman M, Huijsman R, 2004.	3		Afspraken maken over tijdigheid van overdracht	x	x				x		x	x	x	x	?	?

Titel, auteurs, jaar	Zoekstrategie *1 = internationaal, review; 2 = internationaal, NL situatie; 3 = NL tijdschrift; 4 = rapport, 5 = snowball*	Genoemde oorzaken voor NIET correct/compleet/tijdig overdragen	Genoemde factoren voor WEL correct/compleet/tijdig overdragen	Tussen welke instellingen					Richting overdracht		Tussen welke disciplines		welke informatie		hoe uitgewisseld	
				ziekenhuis	verpleeghuis	verzorgingshuis	thuiszorg	huisarts	ziekenhuis naar VVT	VVT naar ziekenhuis	Artsen	verpleegkundigen	specifieke overdrachtsinformatie	generieke overdrachtsinformatie	schriftelijk	elektronisch
Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians. Implications for Patient Safety and Continuity of Care. Kripalani S, et al, 2007	5		using relatively basic information systems that merged patients' administrative and clinical data into a structured template.	x				x	x		x		x	x	x	x
Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: a systematic review. LaMantia, M. A., et al, 2010.	1		goed ontwikkelde en gestructureerde overdrachtsdossiers kunnen de frequentie en accuraatheid van de overdracht van medicatielijsten en patientwensen ten aanzien van einde behandeling (advance directives) verbeteren	x	x				x	x	x	x	x	x	?	?
Een slak laat sporen na. Eekhof JAH, Heijmans M, Meskers van Geel A, Assendelft W, 2010	3	verschillen in perceptie van tijdigheid.		x				x	x		x		x	x	x	x
Niet gespecificeerd: correct/compleet/ tijdig																
Het Farmaceutisch Opname en Ontslag Coördinatiepunt, Een instrument dat de medicatieveiligheid vergroot. W.A.M. van den Berg, E. Helfrich, H.B.B. Colen, C. Neef, 2002	4	Gebrek aan afstemming tussen door instellingen gebruikte automatiseringssystemen	gebruik van een eenduidig EPD waarin algemene en specifieke clientgegevens zijn opgenomen	x	x				x	x			x	x	x	
ICF instrument voor continuiteit van zorg. Hellema FG, Kinds JE, Boelens AM et al., 2002	3		Door een eenduidig referentiekader voor meerdere disciplines, en daarmee eenduidige interpretatie van begrippen en een eenheid in taal verbetert de onderlinge communicatie en afstemming in zorgverlening.	x	x		x		x			x	x	x	x	
Transmurale communicatie vervaagt de grenzen. Nijssen W en Westeneng T, 2002.	2	Literatuuronderzoek en empirisch onderzoek: niet bestaan van afspraken of bestaande afspraken zijn niet duidelijk ingevoerd: onduidelijkheid over verantwoordelijkheid, vrijblijvendheid, slechte bereikbaarheid, niet op de hoogte zijn van elkaars mogelijkheden en beperkingen, afhankelijkheid van individuen binnen organisaties. Grote diversiteit in overdrachtsprocedures en -formulieren. Geen eenduidig taalgebruik, waardoor verschillen in interpretatie van informatie optreden. Empirisch onderzoek: niet op de hoogte zijn van elkaars focus en informatiebehoeften, geen gebruik van standaard begrippen.	Literatuuronderzoek: Gebruik van gestandaardiseerde verpleegkundige begrippen, eenduidige werkwijze.	x			x		x	x		x	x	x	x	

Titel, auteurs, jaar	Zoekstrategie *1 = internationaal, review; 2 = internationaal, NL situatie; 3 = NL tijdschrift; 4 = rapport, 5 = snowball*	Genoemde oorzaken voor NIET correct/compleet/tijdig overdragen	Genoemde factoren voor WEL correct/compleet/tijdig overdragen	Tussen welke instellingen					Richting overdracht		Tussen welke disciplines		welke informatie		hoe uitgewisseld	
				ziekenhuis	verpleeghuis	verzorgingshuis	thuiszorg	huisarts	ziekenhuis naar VVT	VVT naar ziekenhuis	Artsen	verpleegkundigen	specifieke overdrachtsinformatie	generieke overdrachtsinformatie	schriftelijk	elektronisch
Grip op diabetes mellitus. Schmit Jongbloed, 2006.	3	Samenwerking blijkt moeilijk door het ontbreken van een duidelijk aanspreekpunt voor huisartsen. Er ontbreekt een duidelijke organisatie van de huisartsen waarmee regioafspraken gemaakt kunnen worden tussen zowel huisarts en ziekenhuis als tussen diabetesverpleegkundigen en praktijkondersteuners		x				x	x	x	x	x	x	x	?	
De transmurale overdracht. Meer dan weer een nieuw formulier. Ten Cate M, 2006.	3	voor verpleegkundigen in het ziekenhuis is het niet altijd duidelijk wat wijkverpleegkundigen nodig hebben aan informatie. Artsen en verpleegkundigen moeten transmuraal leren denken.		x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	?
Best practice interventions to improve the management of older people in acute care settings: a literature review. Hickman, L., et al., 2007.	1		het vroeg inzetten van een alles omvattend ontslag plannings proces	x	x	x	x		x		x	x	?	?	?	?
Nursing home residents in emergency departments: a Foucauldian analysis. McCloskey R, Van den Hoonaard D, 2007.	1	verschil in prioriteiten van professionals in verschillende organisaties, weinig kennis van (en begrip voor) elkaars rollen en funties in het zorgproces van de patient		x	x					x	x	x	?	?	?	x
Samenwerking tussen huisarts en specialist. Wat vinden de patiënten en de dokters? Berendsen AJ, 2008.	4		Opstellen van richtlijnen voor (digitale) verwijsbrieven, verwijsafspraken en terugverwijsbrieven.	x				x	x	x	x		x	x	x	?
Results of a medication reconcilation survey from the 2006 society of hospital medicine national meeting. Clay BJ, Halasyamani L, Stucky ER, Greenwald JL, Williams MV, 2008.	5	gebrek aan kennis over medicatie, afwezigheid van medicatielijsten van voor de opname, niet beschikbaar zijn van dossiers van buiten en taalbarriers zijn barriers om medicatie vertificatie te implementeren. Dit geldt voor zowel papieren als elektronische medicatie vertificatie, maar wel vaker bij papieren implementatie.		x	x	x			x	x	x		x	x	x	x
House calls. Chime F, Van Sell S, Carter S, Fieldsmith R, Kindred C, 2009.	1	basis redenen voor misinformatie zijn "chart" fouten, nalatigheid, onleesbaarheid, niet geleverde informatie, en achterstalig papierwerk. de hoofdoorzaken hiervan zijn werkdruk van artsen, schrijffout van arts, en artsen die slecht getraind zijn in het ontslagproces, onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor het ontslag. Geen gestandariseerde database van een provider om alle benodigde informatie van een ontslagen patienten samen te brengen.		x			x		x		x	x	x	x	?	x

Titel, auteurs, jaar	Zoekstrategie *1 = internationaal, review; 2 = internationaal, NL situatie; 3 = NL tijdschrift; 4 = rapport, 5 = snowball*	Genoemde oorzaken voor NIET correct/compleet/tijdig overdragen	Genoemde factoren voor WEL correct/compleet/tijdig overdragen	Tussen welke instellingen					Richting overdracht		Tussen welke disciplines		welke informatie		hoe uitgewisseld	
				ziekenhuis	verpleeghuis	verzorgingshuis	thuiszorg	huisarts	ziekenhuis naar VVT	VVT naar ziekenhuis	Artsen	verpleegkundigen	specifieke overdrachtsinformatie	generieke overdrachtsinformatie	schriftelijk	elektronisch
Care transitions by older adults from nursing homes to hospitals: implications for long-term care practice, geriatrics education, and research. Murray LM, Laditka SB, 2009.	1	Slechte communicatie tijdens transities en ontoereikend begrip van de SEH en ziekenhuis procedures onder medewerkers van verpleeghuizen leidt vaak tot onnodige SEH transfers en ziekenhuisopnamen. Verschillen in cultuur tussen ziekenhuis en verpleeghuizen.	gebruik maken van faxen en van korte gestandaardiseerde overdrachtsformulieren waarin informatie specifiek is afgestemd op de ontvangende partij, verbeteren van relaties tussen zorgaanbieders, verbeteren van begrip tussen zorgaanbieders. Lesprogramma's om begrip van elkaars cultuur te verhogen. Samenwerkingsverbanden creeren. Standaardiseren van ziekenhuis ontslagformulieren. Informatie aanbieden over verzorgingshuispersoneel, procedures en middelen. Bij ouderen: overdracht aanpassen aan ouderdomsverschijnselen, bijvoorbeeld altijd informatie over hun cognitive status verschaffen. Gebruik maken van IT om verschillende systemen tussen aanbieders te koppelen	x	x					x	x	x	x	x	x	x
Quality indicators for geriatric emergency care. Terrell, K. M., et al., 2009.	1		gestandaardiseerde overdrachtsformulieren	x	x				x	x	x	x	x	x	x	x
Nota Medische Verslaglegging (inclusief folders Dossiervorming Verantwoorde Zorg en Positionering van de Specialist Ouderengeneeskunde). Verenso, 2009.	4		Gebruikt de specialist ouderengeneeskunde codering bij het registeren dan is het gewenst om aan te sluiten bij internationale standaarden ICPC of ICD. Communicatie met huisarts en medisch specialist wordt hiermee ondersteund. Het bevordert de duidelijkheid bij overdracht van informatie.	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Patient care handovers: what will it take to ensure quality and safety during times of transition? Johnson JK, Barach P, 2009	5	gebrek aan standaardisatie en te veel variatie tussen disciplines en organisaties in wijze waarop de overdracht wordt uitgevoerd	standaardisatie van overdracht, lokaal maatwerk zodat clinici zich verantwoordelijk voelen, Aanpassen van standaard protocollen aan behoeften van zorgteams.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Een slak laat sporen na. Eekhof JAH, Heijmans M, Meskers van Geel A, Assendelft W., 2010.	3	verschillen in perceptie van tijdigheid, volledigheid en juistheid. Gescheiden werelden waardoor continuiteit van zorg voor patient ondermijd wordt. Urgentere zaken dan schrijven van ontslagbrief. Onoplettendheid bij huisarts of patient verwijsbrief wel ophaalt voor bezoek aan specialist. Gebrek aan uitleg aan patient dat deze de verwijsbrief mee dient te nemen voor de specialist.	Wanneer huisartsen en specialisten zich meer bewust zijn dat de zorg voor een patiënt doorgaat waar hun eigen zorg ophoudt, leidt dit tot meer volledige en tijdige informatieoverdracht.	x				x	x	x	x		x	x	x	x	x
e-Overdracht in de Care Een inventarisatie. Nictiz, 2010.	4	Lastig om tot eenheid van taal en begrippen te komen in het zorgdossier	Een gestandaardiseerde elektronische overdracht, zodat gegevens eenvoudig kunnen worden hergebruikt in een volgende instelling	x	x	x	x		x	x		x	x	x	x	x

Titel, auteurs, jaar	Zoekstrategie *1 = internationaal, review; 2 = internationaal, NL situatie; 3 = NL tijdschrift; 4 = rapport, 5 = snowball*	Genoemde oorzaken voor NIET correct/compleet/tijdig overdragen	Genoemde factoren voor WEL correct/compleet/tijdig overdragen	Tussen welke instellingen					Richting overdracht		Tussen welke disciplines		welke informatie		hoe uitgewisseld	
				ziekenhuis	verpleeghuis	verzorgingshuis	thuiszorg	huisarts	ziekenhuis naar VVT	VVT naar ziekenhuis	Artsen	verpleegkundigen	specifieke overdrachtsinformatie	generieke overdrachtsinformatie	schriftelijk	elektronisch
Ketenrichtlijn Aspecifieke Lage rugklachten. Koninklijk Nederlands Genootschap Fyiotherapie e.a., 2010.	4	Het ontbreken van eenduidige taakopvattingen bij de zorgverleners en voldoende kennis van elkaars taakopvattingen.	Richtlijnen voor de informatieoverdracht	x				x			x		x	x	x	x
Sleutelen aan de zorgpaden voor herstelgerichte zorg. NPCF, 2010.	4	Verplegend personeel heeft beperkte toegang tot het multidisciplinair patiëntendossier		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
Transitions. Morley JE, 2010.	1	gewoonte van artsen om op patienten te vertrouwen in het geven van informatie, wat niet realistisch is bij kwetsbare ouderen.	De simpele strategie van een medicatielijst is een van de meest krachtige tools om fouten bij overdracht terug te dringen. Heldere verantwoordelijkheden bij overdracht. Een universeel elektronisch patientdossier benaderbaar door alle professionals	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Shifting stroke care from the hospital to the nursing home: explaining the outcomes of a Dutch case. van, Raak A., et al, 2010.	2	privacy wetgeving houdt overdracht van informatie tussen instellingen tegen (wet BIG): vertrouwelijkheid van patientinformatie. Verschillende routines en gewoontes, die moeilijk aan te passen zijn. Gebrek aan expliciete regels over informatieuitwisseling tussen instellingen en coordinatie daarvan.	Geautomatiseerd volgsysteem	x	x				x		x	x	?	?	x	x
Medicatieoverdracht nog lang niet veilig. Brouwers J, Janssen M, Van Lent-Evers N,De Smet P, 2010.	3	geen regiefunctie in zorgketen, en wanneer wel regiefunctie, dan onvoldoende inzicht in totale medicatieprofiel van patient (onvoldoende inzicht in gegevens van alle zorgverleners betrokken bij patient)	werken met standaard voor actueel medicatieoverzicht, goed controleren en informeren	x				x			x		x	x	x	x
Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. KNMG, 2010.	4	niet beschikbaar zijn van beknopte informatievoorziening (brief) waarin standaard onderwerpen beschreven zijn.	Digitale gegevensuitwisseling tussen alle betrokkenen als randvoorwaarde voor multidisciplinaire samenwerking.	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Multidisciplinaire richtlijn Hartfalen. NHG, NVVC, NIV, 2010.	4	Er bestaan meerdere dossiers (huisarts, ziekenhuis) waarvan de inhoud niet altijd tijdig aangepast is.	Het ontvangen van tegenstrijdige informatie en steeds opnieuw „hetzelfde" verhaal moeten vertellen schaadt het patiëntvertrouwen in behandelaars. Een hartfalendagboek waar alle zorgverleners gebruik van maken wordt als waardevol omschreven. Het voordeel is dat de patiënt dan altijd de informatie bij zich kan hebben. Een toekomstig landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD) zal mogelijk een beter alternatief zijn	x				x	x	x	x		x	x	x	x

Titel, auteurs, jaar	Zoekstrategie *1 = internationaal, review; 2 = internationaal, NL situatie; 3 = NL tijdschrift; 4 = rapport, 5 = snowball*	Genoemde oorzaken voor NIET correct/compleet/tijdig overdragen	Genoemde factoren voor WEL correct/compleet/tijdig overdragen	Tussen welke instellingen					Richting overdracht		Tussen welke disciplines		welke informatie		hoe uitgewisseld	
				ziekenhuis	verpleeghuis	verzorgingshuis	thuiszorg	huisarts	ziekenhuis naar VVT	VVT naar ziekenhuis	Artsen	verpleegkundigen	specifieke overdrachtsinformatie	generieke overdrachtsinformatie	schriftelijk	elektronisch
Achtergrondstudie ten behoeve van deStaat van de Gezondheidszorg 2011: informatieoverdracht in twee zorgketens. PWC, 2010.	4	De ontvangende instelling ontvangt vaak verschillende overdrachtsdocumenten op verschillende tijdstippen, en de inhoud daarvan is niet altijd consistent. Partijen weten niet van elkaar welke informatie gewenst is. Men heeft geen toegang tot of kan geen toegang krijgen tot elkaars dossiers. Elke discipline hanteert eigen taalgebruik. Onvoldoende nagedacht over inrichting van elektronisch dossier, waardoor relevante informatie moeilijk gevonden kan worden. Verschillen in mate van automatisering tussen instellingen. Automatisering en informatievoorziening richt zich vaak op een keten, veel ouderen met co- en multimorbiditeit die zich in verschillende ketens bevinden terwijl informatie nog steeds aandoeningsgericht wordt opgeslagen en overgedragen. Ketens kennen elkaars informatiebehoefte niet		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Use of information technology in medication reconcilliation: a scoping review. Bassi j, Lau F, Bardal S, 2010.	5		gebruik van IT oplossingen maakt medicatieverificatie gemakkelijker, met name voor het verkrijgen van medische histories, het vergelijken van medicatie en het verduidelijken en achterhalen van verschillen	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		x
The Community-Based Transitions Model: one agency's experience. Hennessey B, Suter P, 2011.	1	Het huidige zorgsysteem is gefragmenteerd, elke zorgaanbieder opereert onafhankelijk. Er is onduidelijkheid over verantwoordelijkheden wanneer een patient met meerdere aanbieders te maken heeft. Zorgaanbieders worden apart betaald / afgerekend zonder financiele incentives om zorg te coordineren tussen aanbieders in de keten.	mogelijkheid om patientinformatie elektronisch te delen, identificeren van informatie elementen die van waarde zijn voor de samenwerkende aanbieders.	x			x	x	x		x	x	x	x	x	x
Praktisch, veilig en helder. Ontslagrecept: dé stap naar de ideale transmurale overdracht. F. KARAPINAR-ÇARKIT, M.J.A. JANSSEN, S.D. BORGSTEEDE, P.M.L.A. VAN DEN BEMT EN J. ZOER, 2011.	4	Gebrekkige controle van de medicatie bij opname en ontslag; onvoldoende aandacht voor het ontslaggesprek met de patiënt; onvolledige informatie aan de apotheken in de eerste lijn; gebruik van een verouderde ontslagbrief	Farmaceutisch consulenten controleren bij opname en ontslag de medicatie van de patiënt op fouten; een consulent voert een dag voor het ontslag een gesprek met de patiënt, print en laat het ontslagrecept tekenen door een arts, waarop het ASP het doorstuurt naar de volgende zorgverlener in de eerste lijn; één document voor het ontslagrecept voor alle zorgverleners	x	x		x	x	x		x			x	x	x

Titel, auteurs, jaar	Zoekstrategie *1 = internationaal, review; 2 = internationaal, NL situatie; 3 = NL tijdschrift; 4 = rapport, 5 = snowball*	Genoemde oorzaken voor NIET correct/compleet/tijdig overdragen	Genoemde factoren voor WEL correct/compleet/tijdig overdragen	Tussen welke instellingen					Richting overdracht		Tussen welke disciplines		welke informatie		hoe uitgewisseld	
				ziekenhuis	verpleeghuis	verzorgingshuis	thuiszorg	huisarts	ziekenhuis naar VVT	VVT naar ziekenhuis	Artsen	verpleegkundigen	specifieke overdrachtsinformatie	generieke overdrachtsinformatie	schriftelijk	elektronisch
Rapportage deelonderzoek oncologisch zorgproces Staat van de Gezondheidszorg 2011. Achtergrondstudie naar de rol van ICT in een verantwoorde informatievoorziening in de zorgketen longcarcinoom. VIKC - Vereniging Integrale Kanker Centra, 2011.	4	geen afspraken over inhoud van overdracht, onvoldoende besef van wat voor de ontvangende partij belangrijke informatie is, informatie wordt door ziekenhuis aan de patient meegegeven, maar bereikt verpleeghuisarts nooit, geen afspraken over overdracht in zijn algemeenheid (met name met verpleeghuis). Dossiers zijn niet over en weer (digitaal) inzichtelijk. Ongelijke infrastructuur, niet altijd allen aangesloten op (beveiligd) regionaal netwerk. Weinig interactie tussen medici en verpleegkundigen, elke groep heeft eigen infrastructuur en werkwijzen voor informatieoverdracht. IT in care vaak sluitpost.	formalisatie van zorgproces (bijvoorbeeld in zorgpaden) en van het multidisciplinair overleg. Integrale zorgdossiers.	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Staat van de Gezondheidszorg 2011 Informatie-uitwisseling in de zorg: ICT lost knelpunten zonder standaardisatie van de informatieuitwisseling niet op. IGZ, 2011.	4	geen koppeling tussen ICT systemen van verschillende zorgaanbieders, eerst vullen eigen dossier voordat een gezamenlijk dossier wordt ingevuld. Gedrag van zorgprofessionals, gebrek aan kennis van elkaars informatiebehoefte, ontbreken van standaarden voor overdracht. Geen afspraken over informatieoverdracht voor patienten die buiten een gestandaardiseerde zorgketen vallen. Verschillen in mate van automatisering en gebruik van type applicaties tussen instellingen/sectoren waardoor vaak geen geautomatiseerde overdracht mogelijk is: overdracht op papier met mogelijkheid tot missen informatie, typefouten, etc. Geen gestandaardiseerde en goed doordachte inrichting van elektronische dossiers waardoor belangrijke informatie gemakkelijk gemist wordt. Met overgang van papieren naar digitale overdracht een transitie periode waarin twee stromen naast elkaar bestaan en onduidelijk is wat waar staat aan informatie. Geen afspraken over inhoud van overdracht en verantwoordelijke voor overdracht.	standaardisatie van de informatieoverdracht: welke gegevens dienen in welke situatie uitgewisseld te worden.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Research on transitional care: from hospital to home. Trachtenberg M, Ryvicker M, 2011.	1		Gestandaardiseerde wijze van rapporteren bij ontslag: ontslag samenvattingen die alle informatie bevatten die huisarts nodig heeft. Elektronisch gegenereerde ontslagbrieven hebben meer kans bij de huisarts aan te komen wanneer zij worden geprint en er een kopie wordt meegeven aan patienten. Onslagprocedure die is aangepast op de complexe geriatrische patient, met aangepaste informatievoorziening aan de huisarts	x				x	x		x	x	x	x	x	?

Titel, auteurs, jaar	Zoekstrategie *1 = internationaal, review; 2 = internationaal, NL situatie; 3 = NL tijdschrift; 4 = rapport, 5 = snowball*	Genoemde oorzaken voor NIET correct/compleet/tijdig overdragen	Genoemde factoren voor WEL correct/compleet/tijdig overdragen	Tussen welke instellingen					Richting overdracht		Tussen welke disciplines		welke informatie		hoe uitgewisseld	
				ziekenhuis	verpleeghuis	verzorgingshuis	thuiszorg	huisarts	ziekenhuis naar VVT	VVT naar ziekenhuis	Artsen	verpleegkundigen	specifieke overdrachtsinformatie	generieke overdrachtsinformatie	schriftelijk	elektronisch
Vloeiend tussen eerste en tweede lijn. Branbergen D, 2012.	3		structureel contact met duidelijke inhoud, voor beide partijen zinvol en motiverend en waaraan adequaat vervolg op plaatsvindt. Bestuurlijke visie ter ondersteuning van samenwerking. Medisch Coordinerend Centrum (MCC) waarin regionale transmurale afspraken geformuleerd worden.	x				x	x	x	x			x	?	x
ELEKTRONISCH VERPLEEGKUNDIG OVERDRACHTSBERICHT. Nictiz, 2012.	4	Onleesbare overdracht, geen eenduidig taalgebruik, overdracht komt later	Gebruik van het elektronisch verpleegkundig overdrachtsbericht	x	x	x			x	x		x	x	x		x
Meldactie Samenwerking tussen zorgverleners November - Januari 2012. NPCF, 2012.	4	Medische gegevens van patiënt niet gebundeld in één dossier		x				x			x			x	x	x
"Proeven uit de proeftuinen - 2" Procesmonitor Proeftuinen Geriatrische Revalidatie. Eindmeting 2012. SINGER, 2012.	4	De verpleegkundige overdracht uit het ziekenhuis blijkt niet aan te sluiten bij de taal en aanpak van het verpleeghuis		x	x				x			x	?	?	x	x
Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. NHG, NVKG, OMS, e.a., 2012.	4	Knelpunten met betrekking tot samenwerking in de keten waren: ☐ competenties van de zorgverlener; ☐ ICT ondersteunt de samenwerking bij het omzetten van medicatie niet; ☐ de mogelijkheden om stoppen en starten van medicatie te documenteren is onvoldoende; ☐ wie is verantwoordelijk (als aanvulling op wie de regie heeft); ☐ de communicatie tussen zorgverleners (in bijzonder bij overdracht situaties van of naar ziekenhuis, verpleeghuis en verzorgingshuis) kan beter.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Adressing risk factors for transitional care of the elderly - literature review. Alstveit, KL, Aase K, Barach P.	5	gebrek aan gezamenlijk ICT systeem. Ineffectieve communicatie en gebrek aan holistisch denken: elke partij richt zich op de eigen taken en middelen en niet op het systeem als geheel. Geen verantwoordelijkheid voor (verbetering van) communicatie. Verschillende organisaties of deelsectoren van de zorg opereren geisoleerd van elkaar, er is geen partij/manier die zorgaanbieders verantwoordelijk houdt wanneer er zich problemen voordoen. Geen verantwoordelijke in de overdracht	begrip creeren van eigen rol in het zorgsysteem van de patient, begrip creeren van complementariteit aan elkaar.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

Bijlage 5
Gesprekleidraad

In opdracht van de Inspectie voor Gezondheidzorg (IGZ) voert Vilans, in samenwerking met andere partijen, een onderzoek uit naar goede voorbeelden op het gebied van 'informatieoverdracht tussen ziekenhuis – VVT'. Het doel van het onderzoek is inzicht te verkrijgen in de stand van zaken met betrekking tot overdracht van patiëntgegevens van ziekenhuis naar VVT en andersom, in het bijzonder met betrekking tot kwetsbare ouderen. Het onderzoek dient ter ondersteuning een passende toezichtmethode op de overdracht van (complete, correcte en tijdige) patiëntinformatie te ontwikkelen.

Op basis van een literatuurstudie en expertraadpleging hebben we enkele voorbeelden gevonden waaronder het initiatief […]. Klopt het dat u betrokken bent bij dit initiatief?

Ervaring
1. Kunt u meer vertellen over het initiatief?
2. Welke meerwaarde biedt deze manier van overdracht?
3. Hoe wordt het initiatief ervaren door zorgverleners?
4. Hoe wordt het initiatief ervaren door patiënten?
5. Wat verloopt goed? En wat zijn ontwikkelpunten?

Onderbouwing
6. Wat is er bekend over de resultaten van het initiatief?
7. In welke mate is het initiatief wetenschappelijk onderbouwd?
8. Welke documenten zijn er beschikbaar waar we informatie kunnen vinden over de resultaten van het initiatief?
9. Op welke veldnormen is het initiatief gebaseerd? *(lijst veldnormen per mail verstuurd)*

Implementatie reikwijdte
10. Sinds wanneer bestaat het initiatief?
11. Betreft het een regionaal initiatief of kent het initiatief een bredere uitrol?
12. Zo ja, waar en hoeveel ziekenhuizen/VVT?

Doelgroep en wijze van informatieoverdracht (zover niet bekend op basis van literatuur)
13. In hoeverre betreft het initiatief informatieoverdracht tussen ziekenhuis en VVT? En huisarts?
14. Richt het initiatief zich (ook) op kwetsbare ouderen?
15. Is er sprake van een gestandaardiseerd overdrachtsdossier?
16. Is er sprake van elektronische en/of schriftelijke overdracht?

17. Zijn er nog andere zaken die u van belang acht te vertellen over het initiatief en die nog niet aan de orde zijn geweest?

De Continuity of Care Record (CCR) beschrijft een gestandaardiseerde methodiek om de meest relevante algemene en specifieke informatie per patiënt over te dragen tussen zorginstellingen.

18. In hoeverre bent u bekend het de CCR?
19. In hoeverre zijn ziekenhuizen en VVT instellingen volgens u bekend met de CCR?
20. In hoeverre is de CCR volgens u in Nederland geaccepteerd?
21. In hoeverre is de CCR in Nederland ingevoerd? Waar werkt men volgens het CCR?

Afsluiting
22. Kent u experts welke mogelijk nog andere Good Practices kennen?
23. Kent u experts welke ons meer kunnen vertellen over de bekendheid, acceptatie en invoer van CCR in Nederland?
24. Indien we het voorbeeld als goed voorbeeld selecteren beschrijven wij het voorbeeld volgens een vast format, mogen we de uitwerking aan u voorleggen om te toetsen of de beschrijving klopt?

Bedankt voor uw tijd en medewerking.

Bijlage 6
Expertraadpleging

Experts van koepelorganisaties, landelijke verbeterprogramma's en enkele regionale projectleiders

nr	dhr/mw	naam	organisatie	functie
1.	dhr	Althuis, T. van	NHG	Senior staff member
2.	mw	Bavel, H. van	Stichting HaCa, platform voor samenwerking. Huisartsen & Catharina-ziekenhuis	Coördinator
3.	dhr	Beek, van der J.	CarePoint Nederland BV.	Directeur
4.	mw	Bekkering, J.	GERRIT Diensten BV	Projectleider Platform Groningen
5.	mw	Bent, E. van der	Actiz	manager team Cliënt, Kwaliteit en Innovatie
6.	mw	Bolle, F.	Beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland	Woordvoerder en lobbyist
7.	mw	Bolscher, A.	Proeftuinen Geriatrische Revalidatie	Procesbegeleider
8.	mw	Buurman, B.	Transmurale Zorgbrug tussen de 1e en 2e lijn (TZB)	Senior onderzoeker
9.	dhr	Claassens, J.	Maastricht UMC	Hoofd Medisch Maatschappelijk Werk
10.	mw	Cromwijk, A.	Zorgnetwerk Midden-Brabant	Projectleider en penvoerder
11.	dhr	Denis, R.	In Voor Zorg!	Tranchemanager
12.	mw	Diermanse, I.	In Voor Zorg!	In voor zorg-coach
13.	mw	Everdinck, I. van	HerstelZorgProgramma	Projectdirecteur
14.	dhr	Fiolet, H.	Maastricht UMC+	Directeur Patiëntenzorg Maastricht UMC+
15.	mw	Gaasbeek, M. van	Azora	Manager benadeling en begeleiding
16.	mw	Gilse, Y. van	LOC	Directeur
17.	mw	Hamersma, A.	NPCF	Senior beleidsmedewerker
18.	dhr	Hazelzet, J.	Erasmus MC Rotterdam	Kinder-intensivist en chief medical information officer
19.	dhr	Helsdingen, H.E. van	Bureau voor advies, project-, proces- en interimmanagement in de zorg	Taakgroep Waarneem en medicatiegegevens bij Landelijke Huisartsen Vereniging
20.	dhr	Hesselink, G	IQ Healthcare at UMC St. Radboud	Promovendus en junior researcher
21.	mw	Hillenga, L.	LOC	Beleidsmedewerker
22.	mw	Hordijk, L.	VMS	Adviseur
23.	dhr	Huijgevoort, B. van	Zorgnetwerk Midden-Brabant	Ketencoördinator Hersenletselnetwerk Midden Brabant
24.	mw	Jong, R. de	Stichting Transmurale Zorg Den Haag	Projectleider

nr	dhr/mw	naam	organisatie	functie
25.	mw	Koekkoek, E.	LSR	Consultant clientperspective
26.	mw	Laar, T. van der	Kennisnetwerk CVA	Beleidsmedewerker Ketenzorg
27.	mw	Leeuwen, M. van	Stichting Transmurale Zorg Den Haag	Directeur
28.	mw	Miedema, M.	Zorgring NHN	Directeur
29.	mw	Munts, C.	BTN	Beleidsmedewerker
30.	mw	Noorlander, T.	KNMP	Senior Beleidsadviseur ICT
31.	dhr	Oosterbaan, T.	Parelsnoer	Adviseur
32.	dhr	Peelen, E.	ZZP-er; Sleutelnet B.V.	Projectleider implementatie POINT
33.	mw	Roos, A. de	UMC Utrecht	Projectmanager Medicatie 3.0: een positieve injectie!
34.	dhr	Roos, F.	Verenso	Directeur
35.	dhr	Schuurmans, A.	NFU	Senior beleidsmedewerker Inhoudelijke zaken
36.	Dhr	Sprenger, M.	Nictiz	Senior adviseur ICT en Innovatie
37.	mw	Snijder, C.	Regionaal ZorgCommunicatie Centrum	Programmamanager
38.	mw	Vernhout, T.	In Voor Zorg!	Tranchemanager
39.	mw	Vincentie, I.	Zorgnetwerk Midden-Brabant	Projectleider
40.	mw	Voorthuis, I.	Vilans	Senior programmamedewerker kwaliteit en innovatie ouderenzorg
41.	mw	Vreeke, E.	Nictiz; Zelfstandig ondernemer	Adviseur e-care
42.	dhr	Weerdenburg, W.	Zorgportaal Rijnmond	Programmamanager
43.	mw	Weggelaar, AM.	Adviseur en onderzoeker Erasmus Universiteit	voormalig programmamanager Zorgportaal Rijnmond
44.	mw	Westering N. van de	Catharina zkh Eindhoven	Master Neurorevalidatie en Innovatie; Funktioneel beheerder verpleegkundig EPD
45.	mw	Woudhuizen, C.	V&VN	Hoofd/programmamanager verzorgenden
46.	mw	Wynia, K.	SamenOud	Programmaleider
47.	mw	Zijp, E.	Inspectie voor de Gezondheidszorg	Coördinerend/Specialistisch Senior Inspecteur
48.	dhr	Zondervan, R.	Actiz	Adviseur Zorg & Technologie en informatiearchitect

Bijlage 7
Groslijst Good Practices informatieoverdracht van ziekenhuis – VVT

	Voorbeeld	Organisaties	Korte beschrijving	Ziekenhuis - VVT	Regionaal/ landelijk	Gebruik van CCR	Kwetsbare ouderen	Schriftelijk/ elektronisch	Gebaseerd op veldnormen	Bewezen effectiviteit	Eindoordeel
1	POINT	Op dit moment werken 25 ziekenhuizen en meer dan 500 AWBZ instellingen met POINT. Zie voor andere referenten	POINT (Punt voor Overdracht, Informatie, Naslag en Transfers) ondersteunt het werkproces waarin patiënten vanuit ziekenhuizen worden overgedragen naar de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)-zorgaanbieders, en andersom.	Ja	L	Nee	Ja	E	Nee	Boersma 2008	good practice
2	Transmurale overdracht Eindhoven	Regio Eindhoven	Een combinatie van digitale en schriftelijke overdracht met behulp van een EPD.	Ja	R	Nee	Ja	E+S	Nee	Intern document	good practice
3	Patiëntenbrief Transmurale Zorgbrug AMC	AMC, OLVG en Flevo Ziekenhuis	Combinatie van patiëntbrief, die iedere patiënt na ontslag mee naar huis krijgt, en inzet van transitiecoaches met als doel met functiebehoud en zelfstandigheid te realiseren bij ouderen na ontslag uit het ziekenhuis.	Ja	R	Nee	Ja	S	Enkele	Onderzoek loopt	Aanwijzingen voor positieve resultaten. Niet specifiek gericht op V&V.
4	Elektronisch-Transmuraal OverdrachtsDossier (eTOD)	CVA-keten regio Midden – Brabant.	Digitale overdracht van zorginhoudelijke gegevens, multidisciplinair met als doel de overdracht te verbeteren en de kosten die de tot dusverre gebruikte	Ja	R	Nee	Ja	E	Nee	Eind verslag (ZonMw)	Door de praktijk niet ervaren als good practice

	Voorbeeld	Organisaties	Korte beschrijving	Ziekenhuis - VVT	Regionaal/ landelijk	Gebruik van CCR	Kwetsbare ouderen	Schriftelijk/ elektronisch	Gebaseerd op veldnormen	Bewezen effectiviteit	Eindoordeel
			schriftelijke overdacht (TOD) met zich meebracht, te reduceren. eTOD is een onderdeel van PVS (Patiëntvolgsysteem).								
5	Nazorgtraject-formulier	Proeftuin geriatrische revalidatie	Afspraken over de overdracht van ziekenhuis naar verpleeghuis. Nazorgtrajectformulier gebaseerd op SAMPC model.	Ja	R	Nee	Ja	S	Nee		Gericht op afspraken
6	Medicijnenpaspoort Rijnstate	Rijnstate	Ziekenhuisorganisatie Rijnstate in Arnhem introduceert het medicijnpaspoort, waarmee patiënten aan hun behandelende arts(en) kunnen laten zien welke geneesmiddelen zij gebruiken. Patiënten houden zelf de actuele medicijngegevens bij.	Ja	R	Nee	Ja	S	Enkele		Niet overdracht in brede zin, vooral medicatiegegevens
7	EDIFACT berichten	Bijvoorbeeld regio Alkmaar, Friesland en regio Arnhem	Op initiatief van Medisch Centrum Alkmaar (MCA) en de Huisartsenorganisatie Noord-Kennemerland (HONK) maken de huisartsen sinds 2008 gebruik van elektronische verwijzing, op basis van vaste sjablonen. Beveiligde e-mail (gekoppeld aan HIS).	Ja	L	Nee	Ja	E	Nee		Niet overdracht in brede zin, betreft meer een verwijssysteem
8	EPD	Bijvoorbeeld Medisch Centrum Haaglanden (Den	Patiënten van het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) kunnen vanaf nu online in hun medische dossier	Nee	R	Nee	Ja	E	Nee		Betreft niet specifiek overdracht tussen

	Voorbeeld	Organisaties	Korte beschrijving	Ziekenhuis - VVT	Regionaal/ landelijk	Gebruik van CCR	Kwetsbare ouderen	Schriftelijk/ elektronisch	Gebaseerd op veldnormen	Bewezen effectiviteit	Eindoordeel
		Haag en Leidschendam) en Nijmegen	kijken. “Het EPD is voor artsen, medischegegevens.nl is gemaakt voor de patiënt.”								ziekenhuis en VVT
9	SAMPC overdrachts-formulier	ZZG herstelhotel UMC st Radboud, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) en St. Maartenskliniek	Dit formulier bevat alleen items die specifiek voor de CVA-zorg zijn. De ziekenhuizen vullen de verzamelde observaties en interventies gegevens in op het SAMPC-overdracht. Binnen ZZG Herstelhotel wordt dit formulier gebruikt als anamneseformulier.	Ja	R	Nee	Ja	S	Nee		Betreft niet de manier van overdracht. Het is eerder een methodiek.
10	Elektronisch Ouderen Dossier Netwerk ouderenzorg Regio Noord – Samen Oud	Huisartsen Pekela, Huisartsen Stadskanaal, Huisartsen Veendam, OZG, Menzis, Refaja Ziekenhuis, Tinten welzijnsgroep, UMCG, Welstad, Zorgbelang Groningen en Zorggroep Meander	Een project van Netwerk Ouderenzorg Regio Noord. Binnen het project is het zorgmodel Samen Oud ontwikkeld. Dit model deelt ouderen door middel van een vragenlijst in groepen in: van zelfstandig tot zeer kwetsbaar. Dat wordt opgeslagen in een systeem waardoor de huisarts in één oogopslag kan zien welke ouderen complexe problemen hebben en wie welke zorg nodig heeft.	Nee	R	Nee	Ja	E	Nee		Niet specifiek overdracht ziekenhuis-VVT
11	Project Op weg naar het Elektronisch	Regionale Stichting	April 2006 is een pilot begonnen binnen 4 instellingen. De vier pilots	Nee	L	Nee	Ja	E	Nee		Betreft niet specifiek

	Voorbeeld	Organisaties	Korte beschrijving	Ziekenhuis - VVT	Regionaal/ landelijk	Gebruik van CCR	Kwetsbare ouderen	Schriftelijk/ elektronisch	Gebaseerd op veldnormen	Bewezen effectiviteit	Eindoordeel
	Cliënten Dossier	Zorgcentra de Kempen in Bladel; Stichting Brentano in Amstelveen, De Vitalis Zorggroep in Eindhoven Woonzorgcentrum en verpleeghuis Siloam, onderdeel van Zorggroep Rijnmond in Rotterdam.	hebben in 2008 in het project 'Op weg naar het Elektronisch Cliënten Dossier' een vervolg gekregen in tien zorgorganisaties uit de sector Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VV&T).								overdracht ziekenhuis – VVT
12	Zorg en WelwijnsInfoPortaal	UMC Radboud	Via het ZWIP wisselen zorgprofessionals onderling veilig en snel actuele zorg- en welzijnsinformatie uit. Het ZWIP brengt daarmee zorgprofessionals rondom een oudere in een virtuele omgeving bij elkaar en bevordert zo multidisciplinaire samenwerking.	Nee	R	Nee	Ja	E	Nee		Betreft niet specifiek overdracht ziekenhuis-VVT

Bijlage 8
Beschrijving Good Practices
8a: POINT

Naam:	**Contactpersonen:**
Punt voor Overdracht, Informatie, Naslag en Transfers (POINT)	• Mia van Leeuwen, Stichting Transmurale Zorg – Den Haag en omstreken, directeur, T 070-7000077, mia.vanleeuwen@transmuralezorg.nl • Eef Peelen, Care-Full; Zorg en ICT, 06-55173838, info@care-full.info
Algemeen	**Omschrijving onderdelen**
Doel van initiatief	POINT is een webapplicatie, ook wel gezien als een E-transfer en Overdrachtsdossier. Het doel van POINT is het ondersteunen van het werkproces waarin patiënten vanuit ziekenhuizen worden overdragen naar zorgaanbieders (AWBZ), en andersom.
Spreiding in Nederland	Op dit moment werken 25 ziekenhuizen en meer dan 500 AWBZ instellingen met POINT. Zie voor andere referenten http://www.verzorgdeoverdracht.nl/Referenten/Paginas/default.aspx/
Betrokken ziekenhuizen	In regio Haaglanden werken het Hagaziekenhuis, MCH, Ziekenhuis Bronovo, Sophia Revalidatie en Parnassia met POINT.
Betrokken VVT	Vrijwel alle VVT-Zorginstellingen in de regio Haaglanden werken met POINT, onder andere Florence, HWWZ, Saffier, Respect Zorggroep, Buurtzorg.
Doelgroep	Alle patiënten van ziekenhuis naar VVT en vice versa.
Schriftelijk/elektronisch	Elektronisch (koppeling met indicatiestelling).
Inhoud	POINT ondersteunt de verpleegkundige overdracht. De overdracht wordt geschreven op het moment dat de patiënt daadwerkelijke wordt overgeplaatst van de ene naar de andere zorginstelling.
ICT	POINT is ontworpen door ICT bedrijf Techxx.
Gebruik van CCR	Nee.
Gebruik van veldnormen	Nee. In de loop van 2012 zal echter de kernset e-Overdracht als een aanvullende optie in POINT worden aangeboden.
Resultaten	POINT draagt bij aan een beter transferproces. Dat gaat om drie kernwinsten:, namelijk verkorting van de procesduur, verkorting van de opnameduur en verbetering van de kwaliteit van overdracht. Daarmee faciliteert POINT het streven van samenwerkende partijen naar de juiste patiënt, de juiste zorg, de juiste plaats en het juiste tijdstip. Binnen de Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken wordt sinds 2004 ieder jaar een rapportage uitgebracht omtrent transfers in de regio Den Haag en omstreken (http://www.transmuralezorg.nl/content/view/233/352/).
Referenties (publicaties en onderzoeken)	• Broersma, A. (2008) To the POINT?: http://www.verzorgdeoverdracht.nl/SiteCollectionDocuments/Downloads/To%20The%20Point.pdf • Resultaten POINT Den Haag/Delft/Zoetermeer: http://www.transmuralezorg.nl/pdf/ketens/transferpunten/prestaties_transferpunten_2011.pdf • Bakker, H., Seyffert, S., Jansen, P., Spee, J. (2010) Een keten is zo sterk als de zwakste Schakel. Capgemini Nederland B.V: Utrecht : http://eerstelijn.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=RnQN7bq_ndc%3D&tabid=4324 • Artikelen, rapporten en presentaties: http://www.verzorgdeoverdracht.nl/Downloads/Paginas/Downloads.aspx
Materialen en links	• Filmpje met ervaringen van gebruikers: http://www.techxx.nl/ZorgEnWelzijn/Oplossingen/Paginas/POINT.aspx • Uitgebreide omschrijving van werkwijze POINT: http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/bedrijfsvoering/Werkwijze_POINT.pdf
Bijzonderheden	In de regio Den Haag omstreken wordt binnenkort een patiëntenportaal gelinkt aan POINT, zodat patiënten hun eigen gegevens kunnen inzien.

8b: Transmurale Overdracht Eindhoven

Naam:	**Contactpersoon:**
Transmurale overdracht Eindhoven	Nelleke van de Westering, Master Neurorevalidatie en Innovatie, Catharina ziekenhuis Eindhoven, T 040-2398086, nelleke.v.westering@catharinaziekenhuis.nl
Algemeen	**Omschrijving onderdelen**
Doel van initiatief	Verbeteren overdracht naar thuiswonende CVA-cliënten of cliënten die naar verzorgings- of verpleeghuis woning gaan
Spreiding in Nederland	Gebruik in Eindhoven.
Betrokken ziekenhuizen	Catharina Ziekenhuis Eindhoven.
Betrokken VVT	Catharina Ziekenhuis, Libra Zorggroep: locatie Blixembosch, Vitalis WoonZorg Groep: locaties Brunswijck, Peppelrode en Wissehaege, Archipel Kenniscentrum: locaties Dommelhoef en Orangerie, ZuidZorg.
Doelgroep	Specifiek voor CVA patiënten.
Schriftelijk/elektronisch	De overdracht is een combinatie van elektronisch en schriftelijk. De overdracht die digitaal wordt gemaakt, wordt uitgeprint en meegegeven met de patiënt voor de thuiszorg of verpleeg- en verzorgingshuizen.
Inhoud	De overdracht omvat gegevens uit zowel het verpleegkundig als medisch dossier en ook informatie van de fysiotherapie en de logopedie (uit hun eigen EPD) is erin opgenomen. Als een patiënt naar huis gaat, volgt de medische overdracht tussen neuroloog en huisarts digitaal. Dit omvat zowel de ontslagbrief als uitkomsten van screenings.
ICT	De overdracht is door de afdeling ICT van het ziekenhuis gebouwd in het EPD (firma ChipSoft), het verpleegkundige dossier. Hierdoor worden een aantal gegevens automatisch gevuld.
Gebruik van CCR	Nee.
Gebruik van veldnormen	Geen expliciete normen, als inhoudelijk verpleegkundige methodiek worden de criteria van Gordon gebruikt.
Resultaten	Er is tevredenheid over deze manier van werken, al heeft men idealiter alles digitaal. Dit is in de praktijk lastig realiseerbaar door de diversiteit van systemen. Periodiek wordt geëvalueerd of de overdrachten voldoen tijdens bijeenkomsten met ketenpartners. Vraag hierbij is altijd welke informatie heeft de ontvanger nodig, wat kan beter?
Referenties	Rapportage PWC (intern document).
Bijzonderheden	Semi-geïntegreerde overdracht, combinatie tussen elektronisch en papier als oplossing bij het niet volledig digitaal (kunnen) inrichten van de overdracht.

8c: Transmurale Zorgbrug

Naam:	**Contactpersonen:**
Transmurale Zorgbrug tussen 1e en 2e lijn	Bianca Buurman, AMC, T 020-5665991, b.m.vanes@amc.uva.nl
Algemeen	**Omschrijving onderdelen**
Doel van initiatief	Het doel van het project is behoud van zelfstandig functioneren bij ouderen na ziekenhuisopname. Om dit te bereiken wordt een wijkverpleegkundige ingezet die de overgang tussen ziekenhuis en thuissituatie coördineert en nazorg biedt.
Spreiding in Nederland	Uitgevoerd door drie ziekenhuizen van het netwerk Kring Ouderenzorg AMC en partners, 350 huisartsenpraktijken, thuiszorgorganisaties en andere partners.
Betrokken ziekenhuizen	AMC, OLVG en Flevoziekenhuis
Betrokken VVT	Het initiatief richt zich met name op overdracht naar wijkverpleegkundige en huisarts en/of verzorgingshuis, niet naar verpleeghuis.
Doelgroep	Acuut opgenomen patiënten van 65 jaar en ouder met een verhoogde kans op functieverlies op afdelingen inwendige geneeskunde in de drie ziekenhuizen in Nederland.
Schriftelijk/elektronisch	De overdracht is schriftelijk, de patiëntbrief digitaal.
Inhoud	De wijkverpleegkundige komt voor ontslag in het ziekenhuis op bezoek bij de oudere en diens mantelzorger om kennis te maken en de overdracht te regisseren. Het geriatrisch assessment dat bij ziekenhuisopname wordt afgenomen vormt de basis voor de begeleiding na ziekenhuisontslag. Na 2 dagen vindt een huisbezoek plaats waarin medicatieverificatie en informatievoorziening centraal staan. De wijkverpleegkundige werkt samen met oudere aan doelen gericht op herstel. De wijkverpleegkundige kan zich volledig richten op een goede overgang naar huis, kan tijdig alle nodige partijen in de eerste lijn inlichten en waar nodig de huisarts in schakelen.
ICT	-
Gebruik van CCR	Nee.
Gebruik van veldnormen	Ja (enkele veldnormen, zoals VMS, medicatieoverdracht en zorgpaden herstelgerichte zorg).
Resultaten	Tussentijdse resultaten zijn betere samenwerking tussen zorgverleners, beter voorgelichte ouderen door patiëntbrief, ouderen blijven goed functioneren en minder vermijdbare heropnames en medicatiefouten. De wetenschappelijke resultaten van het project worden eind 2013 verwacht.
Referenties	Buurman et al. (2010) A randomised clinical trial on a comprehensive geriatric assessment and intensive home follow-up after hospital discharge: the Transitional Care Bridge.
Materialen en links	Ervaringen van betrokkenen: www.effectieveouderenzorg.nl
Bijzonderheden	Er is een patiëntbrief die elke patiënt na ontslag mee naar huis krijgt. Hierin wordt in begrijpelijke taal uitgelegd wat de diagnose is, wat de belangrijkste wijzigingen in medicatie en leefregels zijn en hoe de oudere nazorg krijgt. De patiëntbrief is in 2012 genomineerd voor de IGZ-ZorgVeiligPrijs (video via http://vimeo.com/49826863). Tevens wordt er aan de slag gegaan met een ketenzorgdossier. Dit bevindt zich op dit moment in de startfase en betreft digitale overdracht naar huisarts (via Edifact).