



Mirjam Groeneveld-Vervoorn
Masterthesis Public Administration
Juni 2020

SAMENWERKING RONDOM DE OVERDRACHT

een onderzoek naar samenwerking rondom de
overdracht van kwetsbare ouderen tussen de afdeling
E4 van het Medisch Spectrum Twente en
samenwerkende zorginstellingen uit de eerste lijn.

Samenwerking Rondom de Overdracht

een onderzoek naar samenwerking rondom de overdracht van kwetsbare ouderen tussen de afdeling E4 van het Medisch Spectrum Twente en samenwerkende zorginstellingen uit de eerste lijn.

Student:

Mirjam Groeneveld-Vervoorn

Supervisors:

Prof Dr. A. Need

Dr P.J. Klok

Ingeleverd als gedeeltelijke uitvoering van de vereisten voor de opleiding:
Master of Science,
Programma Public Administration,
Specialisatie Policy and Governance,
Universiteit van Twente

Juni 2020

Voorwoord

Een nieuwe uitdaging, dat was de reden voor mij na een tijd fulltime te hebben gewerkt een fulltime studie op te pakken en mijn baan op te zeggen en een nieuw avontuur aan te gaan. Een uitdaging is het zeker geweest. Ten eerste om van fulltime werknemer naar fulltime student te gaan. Daarnaast was het uitdagend om de overgang van HBO naar wetenschappelijk onderwijs te maken. De laatste en grootste uitdaging was wel het schrijven van de scriptie. Maar nu is het dan eindelijk zover, de scriptie is af!

Voor u ligt het resultaat. Ik ben er trots op. Ik ben blij dat ik dit heb mogen doen in samenwerking met mijn huidige werkgever, het MST. Daarbij spreek ik mijn speciale dank uit aan de afdeling E4, teamhoofd Ingrid Geessink-Tank en Heidi Pot-Witbreuk voor de mogelijkheid die zij mij hebben geboden om onderzoek te mogen doen op de afdeling E4. Daarnaast spreek ik ook mijn dank uit voor de kritische maar ook positieve opmerkingen van mijn begeleiders; Prof. Dr. Ariana Need en dr. Pieter-Jan klok

Daarnaast dank ik mijn familie voor het meelesen van de scriptie en voor de betrokkenheid. Als laatste dank ik mijn man voor zijn betrokkenheid en support.

Nu is het klaar en begint er een nieuw hoofdstuk, een nieuwe uitdaging die ik vol vertrouwen tegemoet ga.

Mirjam Groeneveld-Vervoorn
Mei 2020

Samenvatting Nederlands

Deze scriptie betreft een onderzoek naar samenwerking rondom de overdracht van een kwetsbare oudere van de afdeling E4 van het MST naar de eerste lijn. Waarbij samenwerking rondom de overdracht wordt gedefinieerd als: zorgverleners als vertegenwoordigers van verschillende zorginstellingen die elkaar helpen door een volledige, correcte en tijdige overdracht, die alle informatie en kennis bevat om het gezamenlijke doel te behalen: het waarborgen van continuïteit van zorg. De overdracht bestaat (in dit onderzoek) uit de medische ontslagbrief, het actueel medicatie-overzicht en de verpleegkundige overdracht.

Het onderzoek heeft als doel gehad aanbevelingen te doen ter verbetering van samenwerking rondom de overdracht. Hiervoor zijn de volgende twee onderzoeksvragen beantwoordt:

1. Wat gaat er goed en minder goed in de samenwerking rondom de overdracht van kwetsbare ouderen tussen de zorgverleners van het MST en de samenwerkende zorginstellingen?
2. Welke factoren maken dat in de samenwerking rondom de overdracht van kwetsbare ouderen tussen de zorgverleners van het MST en de samenwerkende zorginstellingen goed of minder goed gaat?

Het onderzoek betrof een case study, waarbij middels een documentenanalyse en zowel gestructureerde als semigestructureerde interviews is getracht de onderzoeksvragen te beantwoorden.

Uit de resultaten blijkt dat samenwerking rondom de overdracht gedeeltelijk goed gaat. Ten aanzien van de verschillende onderdelen blijkt dat de verpleegkundige overdracht voor het grootste gedeelte volledig, tijdig en compleet was en het AMO in geen van de onderzochte overdrachten volledig, tijdig en compleet aanwezig is geweest bij de eerste lijn. Ook kwam naar voren dat factoren: doelen en eigenbelang, formalisatie en bestuur maar gedeeltelijk aanwezig waren bij samenwerking rondom de overdracht van de kwetsbare oudere van de afdeling E4 van het MST en de eerste lijn.

Geconcludeerd kan worden dat de verzending van het AMO het minst goed gaat en de verpleegkundige overdracht het beste. Ten aanzien van de factoren: doelen en eigen belang, formalisatie en bestuur zijn de belangrijkste bevindingen dat gezamenlijke doelstellingen tussen de artsen en apothekers ontbreken ten aanzien van een goede medicatie-overdracht en tussen artsen van het MST. Ten aanzien van Ten aanzien van formalisatie blijkt dat een goede uitwisselingsstructuur van het AMO tussen het MST en de eerste lijn ontbreekt en dat de kennis ontbreekt Ten aanzien van de factor bestuur kan worden gezegd dat goede evaluatie-momenten en terugkoppeling vanuit het MST ontbreekt wanneer er projecten worden gestart die samenwerking rondom de overdracht bespreken. Ook bestaan er geen overlegmomenten tussen artsen van de afdeling E4 en apotheker over de medicatie-overdracht, maar alleen overlegmomenten op hoger managementniveau.

De voornaamste aanbevelingen zijn: een overleg plannen tussen artsen en apothekers van de afdeling E4, dat er bij MST-overstijgende projecten (tav. de overdracht) een goede terugkoppeling en evaluatie plaatsvindt, Dat het bestaande protocol voor de overdracht naar verpleeg- en verzorgingshuizen aangepast en geïmplementeerd wordt en de aanbeveling om een goed actueel medicatie overzicht automatisch door te sturen en de invulling hiervan in overleg te doen met de verschillende betrokken partijen.

Summary

Introduction

The Dutch Health Inspection (IGJ) stated that the continuity of care for vulnerable elderly patient is not guaranteed. This is because the (written) handover between hospital and first-line care. Oftentimes the handover is incorrect, incomplete or not on time. Especially for the elderly patient this is a problem because of the fragile state of his/her health. And when information is incorrect, incomplete or not in time, this could mean that continuity of care is not guaranteed. The Medisch Spectrum Twente (Hospital Enschede, the Netherlands) also sees this as a problem and wanted to know what the factors of influence are regarding continuity of care and the handover.

When looking at the handover this research focuses on the three main parts of the handover. These are the written medical discharge letter, the written medication handover and the written nurse's handover of the vulnerable elderly patient from the ward E4 of MST to the first-line care.

According to the literature the handover is the most fundamental, used and important form of collaboration between health care providers. Which could mean that when collaboration surrounding the handover improves, continuity of care is better guaranteed.

Therefore this research focuses on the collaboration surrounding the handover. The goal of this research is to gain insight in the factors that are of influence, when looking at collaboration surrounding the handover and provide recommendations for improvement. The following questions will be answered in this research:

1. What is going well and going not so well when looking at collaboration surrounding the handover between ward E4 of MST and the collaborative health care institutions.
2. What are the factors that make collaboration surrounding the handover going well and going not so well.

Policy Framework

When looking at collaboration surrounding the handover a variety of rules and regulations apply. Health care providers need to abide by the rules stated by the government, but also apply those rules on institutional and individual level. This means that health care providers need to make their own protocols and procedures according to the rules and regulations stated by the government and abide by them. This can be done on institutional level but also on individual or healthcare providers level. The MST had different procedures regarding the handover on either institutional level and individual level.

Theory

Collaboration surrounding the handover in this research is defined as health care providers as representatives of the different health care institutions that help each other by providing a complete, correct and timely handover that consists of all information and knowledge. This in order to guarantee the continuity of care, which is the common goal

When looking at the literature four variables are of importance when looking at collaboration surrounding the handover. These are: Goals and interests, formalisation, internalisation and governance. D'Amour et al (2008) stated that the existence of these three variables are of importance when looking at interorganisational collaboration between healthcare institutions. D'Amour stated that these variables influence collaboration and created a model stating that when these variables are visible this means that this active collaboration is taking place. The assumption is that when active collaboration is taking place, it means that the care given by the health care providers improves.

The following theoretical model will be tested in this research. This research will look at the presence of the variables. Whereby the presence of the variables means that this contributes to a positive influence and the absence of the variables means that this contributes to a negative influence.

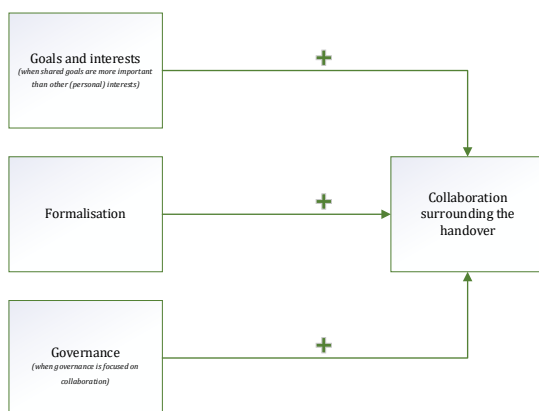


Figure 1: theoretical model

Methodology

This research is a qualitative case study in which collaboration between the ward E4/MST and the first-line care is researched. For answering the first question six handovers of elderly vulnerable patient admitted and discharged for Urology or Surgical Oncology between the December the 1st and December the 15th of 2019 were researched. This was done by interviewing the responsible health care providers in the first-line and doing an analysis of the written handovers by using an assessment framework. For answering the second question sixteen involved and responsible health care providers were interviewed, using an interview-protocol. These were physicians, nurses and pharmacists. According to the operationalised variables the data was analysed. Indicators for the operationalised variables are also operationalized. Which mean that for goals and interests, both terms are operationalized. For formalisation there are two indicators: Formalisation tools and information exchange. For governance there are four indicators: Centralization, leadership, support for innovation and connectiveness. This is also done to improve the validity of this research. Because of the potential privacy and ethical issues by researching the different handovers, this research was submitted to the ethical commission of the University of Twente and the Medical ethical commission Twente. Both gave their approval for this research.

Results

In this section the results of the research are outlined. This is done by summarizing the results of the two different research questions.

		Patient 1.1		Patient 1.2		Patient 2.1		Patient 2.2		Patient 3.1		Patient 3.2	
		T	Z	T	Z	T	Z	T	Z	T	Z	T	Z
Medical discharge letter	<i>Correct</i>	J	J	N	J	N	-	N	J	N	J	J	J
	<i>Complete</i>	N	N	N	J	N	-	N	N	N	J	N	J
	<i>on time</i>	J	J	J	J	N	N	J	J	J	J	J	J
Medication	<i>Correct</i>	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-
	<i>Complete</i>	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-
	<i>on time</i>	N	N	N	N	N	N	N	N	J	N	N	N
Nursing handover	<i>Correct</i>	N.v.t.		N.v.t.		J	J	N	J	J	J	J	-
	<i>Complete</i>	N.v.t.		N.v.t.		J	J	N	J	J	J	J	-
	<i>on Time</i>	N.v.t.		N.v.t.		J	J	J	J	J	J	J	N

Table 1: Results handover T= Assessment framework , Z=health care provider, J=yes, N=No.

Table 3 shows the results for the first research question. It shows that the when looking at the different parts of the handover there are different results. First the medical discharge paper in none of the cases goes totally well. In five cases the medical discharge paper was on time, meaning within 24hrs after discharge. When the letter was correct and complete according to the health care professional responsible for the care of the vulnerable elderly the none of the letters had included a NTBR-policy or the social status of the person. When looking at the medication handover all of them were incorrect and incomplete. Only in one case the medication handover was send in time, but unfortunately not received by the pharmacy. For the nurse’s handover two handover were completely correct, complete and on time.

Looking at the results for the second research question the results for the different factors are summarized.

Goals and interests

The different physicians have different goals and interests. The main thing that all the physicians find important is that the letter is in time, consists information about the treatment that has taken place at the hospital and also includes what is expected of the physicians of the first-line care and which responsibilities are being transferred to the first-line health care provider. They all say that this needs to be done short and brief. Other interests for the specialist geriatric care in the nursing homes are that for them the letter also consists information regarding the overall health of the patient.

When looking at the pharmacists both health care providers have similar goals and interest when looking at the medication handover, which are linked to continuity of care. But they are subject to the interests and goals of the medical professional, because they are the ones that prescribe the medication and are partly responsible for sending a medication transfer.

When looking at the nursing handover all the nurses have similar goals and interests. Although there are also differences. The nurses in the hospital want to provide a handover

that consists of information regarding the treatment and the nursing interventions. But the community nurses also want a more holistic approach in which also information is given about the social status.

Formalisation

When looking at the medical discharge letter. Formats differ when looking at Urology and Surgical oncology. The physicians use their own format and do not change this when a patient is an elderly vulnerable patient. Also NTBR-policy is oftentimes not included into the letter. The letter is send through a digital system, but only to the general practitioners and not the geriatric health care specialist at the nursing homes. This is at the moment still being done on paper.

When looking at the medication handover it is apparent that there are different medication handovers being used which all have different purposes and is not the same as the medication handover for the pharmacy. First of all there are the prescriptions and the physicians also include the medication in the medical discharge letter. There are different protocols and procedures available regarding the medication handover. The physicians of the MST know these protocols. But they do not know that next to the prescription they are responsible for sending a medication handover to the pharmacy. The geriatric health care specialist of the nursing homes state that the medication handover includes oftentimes a lot of double information

For the nursing handover the different nurses all say there is a standard format that is used, which is detailed and also includes a part which is especially focused on the vulnerable elderly patient. The format does not include a part for specific care around wound care and stomate care, which needs to be included separately. The nursing handover is send digitally in some cases, depending on the organisation the patient is transferred to. The nurses of the MST give the (written) handover to the patient, who gives it to the nurses in the first-line care.

Governance

The physicians of the MST play a central role regarding collaboration surrounding the handover, because they are responsible for sending the letter but also decides what information is included in the letter. Leadership is visible through a coordinator that stands between the first-line care and the MST. Also is shows through the initiatives of the MST in which they invited health care professionals to talk about the handover. Unfortunately this has not been successful and the different health care providers never received an evaluation or saw improvement. Connectiveness is there between the different health care providers on an individual level when feedback needs to be given, but also when there are questions and when a complex patient is being transferred. Also there is connectiveness between the coordinator and the MST.

When looking at the medication handover the pharmacists of the MST play a central role, together with the physician. This is because the Pharmacists sends and verifies the medication handover, but are subject to the information provided by the physicians. The coordinator medication that stands between the first-line care and the MST together with the TAO initiates meetings between MST and the first-line care. They introduce proposals for improvement, but are dependent on the physicians for successful implementation. There is a means of central connectiveness between the pharmacists, because there is a

medication point at the MST that has a central phone number on which the pharmacist in the first-line care can use to ask questions and give feedback.

The nurses also play a central role regarding the nursing handover. They are responsible for the information in the nursing handover and also decides what information is included in the handover. Leadership is shown through the initiatives the E4 has taken to include nurses from home care services to a meeting and talk about the nursing handover. Also an evaluation was given to all nurses. The nurses from the first-line care stated that they were included into different meetings and projects by MST to improve the handover. Unfortunately they never received a evaluation and did not see improvement. There is connectiveness between the different nurses, but only on individual level where the nurses sometimes give each other feedback, ask questions about a handover or with complex cases. But this can be difficult because of all the different departments and the amount of health care workers. There is also connectiveness on a managerial level where calamities or structural things are being discussed.

Conclusion

What is going well and going not so well when looking at collaboration surrounding the handover between ward E4 of MST and the collaborative health care institutions.

Collaboration surrounding the handover only goes well in part when looking at the results from previous chapter. It can be concluded that none of the six handover that were analysed totally went well according to both the health care providers and the assessment framework. None of them was completely correct, complete and on time.

When looking at the different parts of the handover the medical handovers were on time five times, but all the letters were incomplete because they lacked NTBR-policies. Also four letters did not include information regarding the social status of the patient. When looking at the medication handover none of them were received by the pharmacists in the first-line care. Only one was send when the medication point (medicatiepunt) of MST was involved. But still all the medication handovers were incomplete and incorrect according to the assessment framework. When looking at the nursing handover, it can be stated that in three cases the nursing handovers were correct, complete and complete according to the nurses and the assessment framework.

Together this means that collaboration surrounding the handover only goes well in part. Most of the time the handovers are in time thus is guaranteed most. Correctness and completeness is partly visible when looking at the medical discharge letter and the nursing handover. But none the medication handovers were correct, complete and timely.

What are the factors that make collaboration surrounding the handover going well and going not so well.

A lot of research is done regarding the handover, but research regarding collaboration surrounding the handover is lacking. In order to understand and gain insights that contribute to improve collaboration surrounding the handover. Therefore a theoretical framework has been made, in which three variables are included that are relevant for this research. These are goals and interests, formalisation and governance. This study is done using a qualitative research method (case study) in order to gain insights about the visibility of the different variables when looking at collaboration surrounding the

handover. And follows the assumption when the variables are present (visible) this means there is a positive relationship between the independent and dependant variable.

When looking at goals and common interests it can be stated that those are present when looking at the pharmacists and nurses. The pharmacist and the nurses are aware of each other's interests and try to adapt and use this information. But the pharmacist states that this not always works, because of pharmacists are professionals that have strong opinions. When looking at the physicians there are common goals and interest, but also conflicting ones. This together means, that although there are conflicting goals and interests, there also are similar ones, which means this variable is partly present and therefore it is possible that this has a positive relation to collaboration surrounding the handover, but improvements have to be made in regards of knowing each other goals and interests especially between the physicians and the pharmacists.

When looking at formalisation it can be stated that the variables formalisation tools and exchange of information are partly present. There are guidelines available but not all of them are used by the health care professionals. And the formats for the handover are used, but still the health care provider of the MST decides what information is put in. When looking at the medication handover there are guidelines and a format. But sending the medication handover only goes well, when medicatiepunt has been included to verify the medication and send the medication handover. The physicians do not know about sending an medication handover themselves. Also the different handovers are either done digitally and on paper, for which are clear guidelines. Only the nurses do not know about the nursing handover being send digitally and the physicians do not know about sending a medication handovers themselves when they do not involve medicatiepunt. This together means that that although formalisation tools and information exchange is present, improvements have to be made to be fully present.

When looking at governance it can be stated that governance only is partly present. Centralisation is visible in the central role the different health care providers of the MST have when sending the handover. When looking at the medication point the central role is shared between the pharmacists and the physicians, only the physicians do no take their responsibilities regarding their role. Regarding leadership the MST have initiated different meeting in which they included different health care providers to join. Unfortunately the health care providers stated that that they did not see improvements they only saw improvements of the meeting initiated by the nurses of the ward E4. Also the pharmacists state that when introducing innovations, they miss the input of the physicians. Connectiveness is visible on an individual level and also on managerial level. On individual level there is contact when health care workers need information or have questions and feedback. Often it takes time to talk to the right person. Only the pharmacists have a central phone number for the pharmacists of the first-line care to ask questions and give feedback. On managerial level there is connectiveness when structural and calamities need be discussed. Together this means that for the governance to be fully presents improvements need to be made.

This research does not try to say anything about causal links between collaboration surrounding the handover and the independent variables. This means that the conclusions of this research does not provide scientific proof about the influence of the independent variables on the dependant variable. This research only gives information about the different independent variables being present in part or completely. Therefore

the only conclusion is that the presence of the different independent variables means that there is positive correlation between the dependant and the independent variable. This is based on the results of the research that has been done together with information provided in literature. Also the results of this research give a clear guidance for improvement possibilities regarding the topic of this research.

Recommendation

The recommendations of this research are grouped by the different part of the handover. For the medical the medical discharge letter the main recommendation is to properly introduce and use the format already available for the patient that goes to an elderly home after being discharged. For the medication handover the main recommendation is to improve collaboration between the different disciplines. This can be done first by inviting the different disciplines to a meeting to discuss the problems. For the nurses handover there is the recommendation for the stomate and wound information to be introduced into the general nurses format.

Discussion

Further research is needed, because this research is not generalizable. There are different options for further research. First the role of the vulnerable elderly patient needs to be further researched. Second this research does not give an answer to the question whether continuity of care is really influenced by collaboration surrounding the handover. Therefore further research is needed, where also the before and after situation is taken into account. The last possible option is to look at collaboration from the health care providers in the first-line care to the MST. This research only looks at collaboration surrounding the handover from MST to the first-line. However when all is taken into account, this research does attribute to more knowledge and insights regarding collaboration surrounding the handover.

Verklarende woordenlijst:

AMO: Actueel Medicatie Overzicht

DSV: Digitaal Dossier Verpleging

Eerstelijnszorg: is de zorg waarvan iedereen gebruik kan maken zonder verwijzing. Hieronder vallen onder andere zorg van huisartsen, tandartsen, fysiotherapie, apothekerszorg, thuisverpleging, maatschappelijk werk, psychologische zorg.

EPD: Elektronisch Patiënten Dossier

LSP: Landelijk schakelpunt, oftewel het digitaal platform waarmee zorgverleners digitaal informatie met elkaar kunnen delen. Dit kan alleen wanneer patiënten hiervoor expliciet toestemming hebben gegeven.

NTBR/Geen IC beleid: Not To Be Reanimated: Niet reanimeren, geen beademing/Geen intensive care opname

Transferbureau: ondersteunt in de zoektocht naar een plek voor patiënten die niet thuis kunnen verblijven en zorg elders nodig hebben.

Tweedelijnszorg: is zorg van alle hulpverleners waarvoor een verwijzing nodig is.

POINT: Punt Overdracht, Informatie, Naslag en Transfers. Het digitale samenwerkingsplatform biedt ondersteuning voor transfers en zorgoverdrachten tussen zorginstellingen.

X-care: Digitaal medisch systeem waar het MST veel van haar medische patiënten informatie in vermeldt, zoals afspraken, medische ontslagbrieven en waaraan het verpleegkundig dossier is gekoppeld.

Zziver: Beveiligde mail

Tabel 1: De afhankelijke variabelen	50
Tabel 2: De Onafhankelijke Variabelen.....	50
Tabel 3: Resultaten onderzoek overdracht	60
Tabel 4: doelen en eigen belang medische ontslagbrief.....	66
Tabel 5: Samenvatting belangen en doelstellingen apotheker	67
Tabel 6: Samenvatting doelen en eigenbelang verpleegkundigen	68
Tabel 7: Formalisatie medische ontslagbrief.....	74
Tabel 8: Formalisatie AMO	74
Tabel 9: Formalisatie verpleegkundige overdracht.....	75
Tabel 10: Bestuur Medische ontslagbrief	80

Inhoudsopgave

Voorwoord	
Samenvatting	
Summary	
Verklarende woordenlijst	
Lijst van tabellen en figuren	
Inhoudsopgave	13
1. Inleiding	14
1.1 Aanleiding onderzoek	15
1.2 Context onderzoek	16
1.4 Continuïteit van zorg	17
1.6 Stand van zaken in de literatuur	18
1.7 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen	19
1.8 leeswijzer	20
2 Beleidskader overdracht	21
2.1 Inleiding	21
2.2 Juridisch kader	21
2.3 De medische ontslagbrief	22
2.4 Medicatie-overdracht	25
2.4.1 Actueel Medicatie Overzicht	25
2.4.2 Het ontslagrecept	26
2.5 De verpleegkundige overdracht	28
2.6 Proces overdracht MST naar de eerstelijns zorg	30
2.7 Samenvatting	31
3. Theoretisch kader	32
3.3 Interorganisationele samenwerking	33
3.4. Interorganisationele samenwerking analyseren	35
3.5 Effectiviteit van samenwerking	37
3.5.1 Bestuur	38
3.5.2 doelen en eigen belang	39
3.5.3 Formalisatie	40
3.5.4 Internalisatie	42
3.6 Theoretisch model	42
4. Methodologie	46
4.1. Inleiding	46
4.2. Onderzoek setting	46
4.3 Onderzoeksmethode	46
4.4 De onderzoekseenheden	47
4.5. Dataverzamelmethode	48
4.5.1 Dataverzameling onderzoeksvraag 1	48
4.5.2 Dataverzameling deelvraag 2	49
4.6 Operationalisatie	50
5. Resultaten	54
5.1 Inleiding	54
5.2 Onderzoeksvraag 1: Wat gaat goed en minder goed in de samenwerking rondom de overdracht?	54

5.2.1 Ontslag naar huis zonder thuiszorg.....	55
5.2.2 Ontslag naar huis met thuiszorg	56
5.2.3 Ontslag naar vervolginstelling.....	57
5.2.4 Samenvatting onderzoek overdrachten.....	60
5.3 Onderzoeksvraag 2: Welke factoren maken dat in de samenwerking rondom de overdracht van kwetsbare ouderen tussen de zorgverleners van het MST en de samenwerkende zorginstellingen goed of minder goed gaat?	61
5.3.1 Doelen en eigen belang	61
5.3.1.1 De medische ontslagbrief.....	61
5.3.1.2. Het Actueel Medicatie Overzicht	63
5.3.1.3. De verpleegkundige overdracht	64
5.3.2. Formalisatie.....	69
5.3.2.1. De medische ontslagbrief.....	69
5.3.2.2. Het Actueel Medicatie Overzicht	70
5.3.2.3 De verpleegkundige overdracht	71
5.3.3 Bestuur.....	75
5.3.3.1. De medische ontslagbrief.....	75
5.3.3.2. Het actueel medicatie-overzicht.....	77
5.3.3.3. De verpleegkundige overdracht	78
6. Conclusie, aanbevelingen en discussie	88
6.1. Inleiding.....	84
6.2 Conclusie onderzoeksvraag 1: wat gaat er goed en minder goed in de samenwerking rondom de overdracht van kwetsbare ouderen tussen de zorgverleners van het MST en de samenwerkende zorginstellingen?	84
6.3. Conclusie onderzoeksvraag 2: welke factoren maken dat de samenwerking rondom de overdracht van kwetsbare ouderen tussen de zorgverleners van het MST en de samenwerkende zorginstellingen goed of minder goed gaat?	85
6.4 Aanbevelingen.....	88
6.4 Discussie	91
Referenties.....	94

Bijlage 1a-1c: Interview protocol

Bijlage 2: Opbouwschema dataverzameling

Bijlage 3a: Toetsingskader overdrachten

Bijlage 3a-3i: Toetsingskader overdrachten

Bijlage 4: Resultaten gestructureerde interviews overdracht

Bijlage 5a-5q: Schema resultaten semigestructureerde interviews

Bijlage 6a-6q: Transcripties semigestructureerde interviews

Bijlage 7: medische-, medicatie en verpleegkundige overdracht naar verpleeg-en/of verzorgingshuis, vervolginstelling

1. Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoek

Het Medisch Spectrum Twente (MST) draagt bij aan de continuïteit van zorg van kwetsbare ouderen door middel van het schrijven van een overdracht naar de zorginstellingen waar een kwetsbare oudere naar wordt overgedragen bij ontslag uit het MST: het ziekenhuis. Bij ontslag schrijft de verantwoordelijk arts een ontslagbrief (verder in dit onderzoek ook wel een overdracht genoemd) naar de huisarts of bij overplaatsing naar een verpleeghuis naar de verantwoordelijk verpleeghuisarts. De apotheker van het MST stuurt een medicatie-overzicht naar de (eigen) apotheek van de kwetsbare oudere. De verantwoordelijk verpleegkundige schrijft een verpleegkundige overdracht bij ontslag wanneer verpleegkundige zorg nodig is na ontslag uit het ziekenhuis.

De bovengenoemde zorgverleners zijn allen betrokken bij de overdracht en hebben allen een eigen verantwoordelijkheid bij het schrijven van de overdracht. Eenieder schrijft vanuit zijn eigen expertise en verantwoordelijkheid een deel van de overdracht, zodat de continuïteit van zorg wordt gewaarborgd voor de kwetsbare oudere na ontslag. Echter in juni 2015 stelde de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) in een rapport dat de continuïteit van zorg onvoldoende wordt gewaarborgd bij kwetsbare ouderen wanneer zij uit het ziekenhuis worden ontslagen. Oorzaak is een onvolledige, incorrecte en/of niet tijdige overdracht. De IGZ (2015) benoemt specifiek de overdracht als oorzaak voor het niet kunnen waarborgen van de continuïteit van zorg, omdat dit het belangrijkste middel is voor informatie-uitwisseling tussen het ziekenhuis (tweedelijns zorg) en andere zorginstellingen, zoals de huisarts, thuiszorg, apotheek, verpleeghuizen etc. (eerstelijns zorg) (IGJ, 2015; NHG & FMS, 2018). De eerstelijns zorg is afhankelijk van de informatie die door het ziekenhuis wordt geleverd over de kwetsbare oudere en wanneer het ziekenhuis onjuiste, onvolledige en of niet tijdig de overdracht levert kan dit ertoe bijdragen dat continuïteit van zorg niet wordt gewaarborgd (IGZ, 2015; Riesenber, Leisch, & Cunningham, 2010). De eerstelijns zorg moet dan ontbrekende informatie op andere wijze verkrijgen. Daarnaast kan ontbrekende en/of incorrecte informatie leiden tot discontinuïteit van zorg, wat weer kan leiden tot verslechtering van de gezondheidssituatie van de kwetsbare oudere (IGZ, 2015). Hoewel er problemen bestaan rondom de overdracht in de gehele zorgsector zijn juist kwetsbare ouderen er bij gebaat dat de continuïteit van zorg wordt gewaarborgd, omdat er een fragiele balans bestaat tussen gezondheid en ziekte bij deze groep (Flink et al., 2015; IGJ, 2015). De IGZ (2015) stelt dat het probleem wordt onderkend door de ziekenhuizen in Nederland, maar door verschillen in bedrijfscultuur, de beleving van het probleem, het niet naleven van richtlijnen en de hoeveelheid en functieverschillen van professionals die betrokken zijn bij de overdracht van kwetsbare ouderen, blijven de problemen bestaan (IGJ, 2015).

Ook het MST herkent zich in het beeld dat wordt geschept door de IGZ. De feedback die het MST ontvangt vanuit de omliggende zorginstellingen is dat de overdracht met enige regelmaat incompleet, niet tijdig of zelfs incorrect is. Hierdoor wordt de continuïteit van zorg van kwetsbare ouderen niet gewaarborgd bij ontslag uit het MST. Voor het MST is daarom de vraag wat nu de onderliggende factoren zijn die van invloed zijn op continuïteit van zorg en hoe de overdracht verbeterd kan worden, zodat continuïteit van zorg beter gewaarborgd kan worden.

Dit onderzoek zal zich richten op de vraag hoe de overdracht van de kwetsbare oudere van en naar het MST verbeterd kan worden. Maar voordat er dieper ingegaan wordt op het onderzoek, zal dit hoofdstuk eerst ingaan op de context van het onderzoek, gevolgd

door een uitleg van de termen: overdracht, continuïteit van zorg en kwetsbare oudere. Wanneer deze termen zijn beschreven wordt ingegaan op de stand van zaken in de literatuur, de onderzoeksvraag en onderzoeksdoel met als laatste een inleiding in de opzet van het onderzoek.

1.2 Context onderzoek

De verwachting is dat er de komende tijd door de vergrijzing een stijging zal zijn van de opnames van kwetsbare ouderen op de afdeling E4 van het MST. In 2017 is ongeveer de helft van de patiënten opgenomen op de afdeling E4 70 jaar en ouder (MST, 2017). De verwachting is dat dit in de toekomst alleen zal toenemen, waardoor er ook een toename zal zijn van kwetsbare ouderen (MST, 2017).

Wanneer een kwetsbare oudere wordt ontslagen, worden de betrokken zorginstellingen op de hoogte gebracht van ontslag en wordt hen een overdracht toegestuurd. De overdracht van de kwetsbare oudere kan uit meerdere delen bestaan. Ieder specialisme die bij de behandeling van de kwetsbare oudere betrokken is heeft namelijk zijn eigen deel. Dus heeft de kwetsbare oudere naast medische nazorg, ook verpleegkundige zorg of fysiotherapie nodig na ontslag, dan schrijven vertegenwoordigers van de verschillende specialismen die betrokken zijn bij de zorg van de kwetsbare oudere een overdracht gericht aan de zorgverlener die de zorg overneemt na ontslag. Dit onderzoek richt zich op de meest voorkomende overdrachtsvormen¹. Dit zijn de medische overdracht oftewel de medische ontslagbrief, het medicatie overzicht en de verpleegkundige overdracht (IGJ, 2015). Zoals hierboven beschreven, zijn de betrokken zorginstellingen verschillend per kwetsbare oudere. Dit is namelijk afhankelijk van welke zorg de kwetsbare oudere nodig heeft bij ontslag uit het ziekenhuis. Dit betekent concreet dat wanneer een kwetsbare oudere met ontslag gaat naar huis, zonder verpleegkundige zorg, alleen de huisarts en de eigen apotheek op de hoogte worden gebracht van het ontslag door middel van een ontslagbrief van respectievelijk de medisch specialist en apotheek van het MST. Wanneer een kwetsbare oudere verpleegkundige zorg nodig heeft na ontslag, zal naast het medicatieoverzicht en de medische ontslagbrief ook een verpleegkundige overdracht worden geschreven, gericht aan de thuiszorg. Wanneer een kwetsbare oudere naar een verpleeg/verzorgingshuis gaat na ontslag uit het MST, dan wordt de medische ontslagbrief niet alleen naar de huisarts verstuurd, maar ook naar de verpleeghuisarts.

In de volgende paragrafen zal dieper ingegaan worden op de termen overdracht, kwetsbare oudere en continuïteit van zorg. Dit zodat de terminologie verder in dit onderzoek duidelijk en helder is. Als eerste zal ingegaan worden op de overdracht, daarna zal de term continuïteit van zorg worden gedefinieerd. Als laatste zal de term kwetsbare oudere worden besproken.

¹ Dit onderzoek heeft plaatsgevonden onder 'normale' omstandigheden, waarmee wordt bedoeld dat eventuele Corona gerelateerde maatregelen en omstandigheden niet van toepassing zijn en/of zijn geweest.

1.3 Overdracht

De overdracht wordt veelvuldig gebruikt door zorgverleners om zorg over te dragen, zodat continuïteit van zorg gewaarborgd wordt. De overdracht wordt zowel mondeling als schriftelijk gegeven en verkregen door zorgverleners. Binnen zorginstellingen wordt gebruik gemaakt van zowel de mondelinge als de schriftelijke overdracht, waar juist tussen zorgverleners van verschillende zorginstellingen voornamelijk gebruik wordt gemaakt van de schriftelijke overdracht (IGZ, 2015, Riesenber, Leisch, & Cunningham, 2010). Zowel de mondelinge als de schriftelijke overdracht bestaat uit patiënten-informatie die nodig is om de patiënt, goede, juiste en volledige zorg te verlenen (Riesenber, Leisch, & Cunningham, 2010). De informatie bevat onder andere een goede medische en verpleegkundige diagnose, voorstellen voor het uitvoeren van een juiste/effectieve behandeling en, in het geval van een medicatie-overzicht, een actueel medicatie-overzicht (Hammelburg, Lubbers, & Nauta, 2014). De patiënten-informatie wordt verkregen van zowel de patiënt als de betrokken zorgverlener(s). De informatie wordt door de zorgverlener van het MST overgedragen naar de betrokken zorgverlener van de zorginstelling. Door de informatie vanuit de overdracht te delen, is het mogelijk beleid af te stemmen en kan een situatie worden bereikt, waarin het resultaat beter is, dan een situatie waarin de informatie en kennis niet wordt gedeeld. Dit betekent dat continuïteit van zorg beter gewaarborgd wordt wanneer informatie en kennis wordt gedeeld (Haggerty et al., 2003; Hammelburg et al., 2014). Omdat volgens de IGZ (2015) de belangrijkste informatie van de overdracht de medische ontslagbrief, het medicatie-overzicht en de verpleegkundige overdracht zijn, zal dit onderzoek zich richten op deze drie delen van de overdracht. Omdat dit onderzoek zich richt op de overdracht tussen zorginstellingen wordt in dit onderzoek de overdracht gedefinieerd als: 'de overdracht is de informatie en kennis verzameld en gedeeld door verschillende zorgverleners; artsen, verpleegkundigen en apothekers en bevat alle patiënten-informatie die nodig is om continuïteit van zorg te waarborgen wanneer een patiënt overgedragen wordt naar een andere zorginstelling. In hoofdstuk 2 zal verder ingegaan worden op het concept overdracht, de wettelijke bepalingen, richtlijnen, protocollen en hoe de verschillende onderdelen van de overdracht in de praktijk worden vormgegeven.

1.4 Continuïteit van zorg

Voor een kwetsbare oudere die het ziekenhuis verlaat betekent continuïteit van zorg dat zorg in de vervolgsetting tijdig en correct is en toegespitst op het individu. Haggerty et al. (2003) geven de volgende definitie: 'Continuïteit van zorg houdt in dat zorg voor het individu op een consistente en samenhangende manier met aandacht op het individu en de individuele medische zorg, kan worden voortgezet wanneer een individu wisselt van zorgsetting, zowel binnen een organisatie als tussen zorginstellingen' (Haggerty et al., 2003, p. 1220). Dus om continuïteit van zorg te waarborgen moet zorg starten op het moment dat de kwetsbare oudere dit nodig heeft. Daarnaast moet dit de zorg zijn die nodig is voor de individuele kwetsbare oudere, zodat de gezondheidssituatie stabiel blijft of zelfs verbetert. Volgens Haggerty et al. (2003) heeft continuïteit van zorg drie dimensies; informationele, management en relationele continuïteit van zorg.

Informationele continuïteit van zorg houdt in dat informatie over eerdere gebeurtenissen en de huidige situatie het mogelijk maken om de zorg voor individueel geschikt te laten zijn. Management continuïteit van zorg is een samenhangende en consistente aanpak om een gezondheidsprobleem te managen, dat op een responsieve wijze kan omgaan met veranderende behoeften van

patiënten. Relationale continuïteit van zorg houdt in dat er een continue therapeutische relatie is tussen de patiënt en een of meerdere zorgverleners' (Haggerty et al., 2003, p. 1220).

De focus van dit onderzoek ligt op informationele en management continuïteit, omdat het gaat over de overdracht geschreven en ontvangen door de verschillende zorgverleners van zorginstellingen. De focus ligt niet op de therapeutische relatie tussen patiënt en zorgverlener. Naast dat continuïteit van zorg afhankelijk is van meerdere dimensies, zijn ook meerdere partijen verantwoordelijk voor het waarborgen van de continuïteit van zorg. Deze partijen kunnen zowel zorgverleners zijn als de zorginstellingen. (Haggerty et al., 2003; IGJ, 2015). Dus zowel zorginstellingen als zorgverleners hebben samen de verantwoordelijkheid continuïteit van zorg te waarborgen, zodat zorg tijdig en correct is en afgestemd op de individuele situatie van de kwetsbare oudere.

1.5 Kwetsbare ouderen

Kwetsbaarheid bij ouderen betekent dat de kans op complexe gezondheidsproblemen vergroot is. Dit betekent dus dat niet alle kwetsbare ouderen complexe zorgproblemen hebben, maar ze een verhoogd risico op het ontwikkelen van complexe gezondheidsproblemen en functieverlies hebben (*kwetsbare ouderen*, 2009). Dit is vooral wanneer van zorgsetting wordt gewisseld. Kwetsbare ouderen zijn ouderen boven de 70 en die aan een of meerdere van de volgende criteria voldoen: valgevaarlijk, een of meerdere lichamelijke beperkingen, verminderde eetlust, gewichtsafname, vergeetachtigheid en/of patiënten die een delier hebben meegemaakt in het verleden (VMS, 2016). Wanneer deze problemen worden onderschat kan dit leiden tot ernstige gezondheidsproblemen (VMS, 206).

1.6 Stand van zaken in de literatuur

Nu de termen overdracht, continuïteit van zorg en kwetsbare oudere zijn gedefinieerd, zal hieronder verder worden ingegaan op de stand van zaken in de literatuur betreffende de overdracht. In de afgelopen jaren zijn er diverse onderzoeken gedaan naar de overdracht. Zo zijn er diverse pogingen gedaan om te onderzoeken wat een overdracht is en wat de factoren zijn die van invloed zijn op een overdracht, die tijdig, compleet en correct is (Philibert, 2009; Riesenberget al., 2010). Hieronder wordt dieper ingegaan op de stand van zaken in het onderzoeksveld tot nu toe. Overdrachten die de continuïteit van zorg waarborgen worden beïnvloed door een wijde variëteit aan factoren. Deze zijn volgens Riesenberget al. (2010) onder te verdelen in een achttal categorieën: communicatie-, standaardisatie-, materiaal-, omgevings-, tijd-, ervaring-, complexiteit en menselijke barrières (Riesenberget al., 2010). Als eerste categorie stellen Riesenberget al. (2010) en Scotten, Manos, Malicoat, and Paolo (2015) dat barrières in communicatie ontstaan door gebrekkige communicatievaardigheden (Riesenberget al., 2010; Scotten et al., 2015). Ook stellen zij dat barrières in de communicatie ontstaan door culturele, sociale en hiërarchische verschillen. Als tweede categorie zijn er barrières rondom de standaardisatie welke ontstaan door de verschillende visies die bestaan rondom de overdracht binnen zorginstellingen en tussen zorginstellingen. Als derde categorie is materiaal een barrière, doordat bijvoorbeeld de zorgverlener geen toegang heeft tot een computer. Als vierde categorie heeft de omgeving een invloed op de overdracht, doordat bij het proces van de overdracht schrijven, een zorgverlener bijvoorbeeld te veel wordt gestoord. Als vijfde categorie heeft tijdsdruk en of te weinig tijd invloed op de overdracht. De zesde categorie zijn de barrières die ontstaan rondom de effectiviteit van informatie-

uitwisseling bij de overdracht die afhankelijk is van de ervaring van de zorgverlener. Onder de ervaring van de zorgverlener wordt ook verstaan de kennis en educatie van de zorgverlener. Als zevende categorie heeft complexiteit van de zorg invloed op de overdracht. Als achtste en laatste categorie zijn er de menselijke factoren die van invloed zijn op de overdracht, zoals (Philibert, 2009; Riesenberget al., 2010). Het is duidelijk wat de barrières zijn die van negatieve invloed zijn op de overdracht. Wat opvalt, is dat de barrières, hierboven beschreven, barrières zijn vanuit het perspectief van degene die de overdracht schrijft; de zender. Barrières resulterend vanuit de samenwerking, tussen zender en ontvanger, worden niet meegenomen terwijl diverse onderzoekers aangeven dat de overdracht de meest fundamentele, meest gebruikte en de belangrijkste vorm van samenwerking is tussen zorginstellingen en zorgverleners (Fuji, Abbott, & Norris, 2013; Riesenberget al., 2010). Ook Barsotini and Wainer (2005) stellen dat voor een betere overdracht betere samenwerking noodzakelijk is, omdat dezelfde factoren die samenwerking beïnvloeden ook de overdracht beïnvloeden (Barsotini & Wainer, 2005). Diverse onderzoekers stellen zelfs dat bewuste samenwerking tussen organisaties meer effectief, efficiënter en kwalitatiever is in het bieden van complexe zorg, dan wanneer organisaties niet samenwerken. Dit zou betekenen dat wanneer samenwerking tussen het MST en zorginstelling bewuster wordt vormgegeven door middel van de overdracht, continuïteit van zorg beter gewaarborgd zal worden (Provan & Kenis, 2008; Ring & Van de Ven, 1994; San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005; Smith, Carroll, & Ashford, 1995). Daarnaast Stellen Fuji et al. (2013); Riesenberget al. (2010) dat de overdracht de meest voorkomende en belangrijkste vorm van samenwerking is (Fuji et al., 2013; Riesenberget al., 2010). Dit zou betekenen dat wanneer samenwerking rondom de overdracht verbetert, de continuïteit van zorg beter kan worden gewaarborgd. Echter hier mist nog onderzoek naar. Voor dit onderzoek zal daarom verder gekeken worden naar de samenwerking rondom de overdracht. Er zal gekeken worden naar hoe samenwerking rondom de overdracht verbeterd kan worden tussen het MST en de samenwerkende regionale zorginstellingen. Samenwerking rondom de overdracht wordt in dit onderzoek gedefinieerd als volgt: zorgverleners als vertegenwoordigers van verschillende zorginstellingen die elkaar helpen door een tijdsige, volledige en complete overdracht, die alle informatie en kennis bevat om het gezamenlijke doel te behalen: het waarborgen van continuïteit van zorg. Om samenwerking rondom de overdracht te onderzoeken, zal daarom verder ingegaan worden op de factoren die van invloed zijn op samenwerking. Om te kijken welke indicatoren er zijn die aangeven of er succesvolle samenwerking rondom de overdracht plaatsvindt. Als dat bekend is, zal ingegaan worden op de eventuele verbetermogelijkheden. Hierbij worden de bovenstaande barrières, beschreven in deze paragraaf, niet meegenomen in het onderzoek omdat in dit onderzoek de focus zal liggen op de samenwerking rondom de overdracht. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op het onderzoeksdoel en de onderzoeksvragen.

1.7 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen

Als doel heeft dit onderzoek inzicht te verkrijgen in de factoren die van invloed zijn op de samenwerking tussen de verschillende samenwerkende zorginstellingen in Enschede en regio op het gebied van de overdracht en continuïteit van zorg. Dit inzicht dient ertoe te leiden dat er verschillende adviezen en aanbevelingen gedaan kunnen worden om tot een succesvolle samenwerkingsrelatie tussen de zorginstellingen en de zorgverleners te komen waardoor de overdracht een goede bijdrage aan het waarborgen van de continuïteit van zorg van de kwetsbare oudere kan geven. De onderzoeksvragen luiden daarom als volgt:

1. Wat gaat er goed en minder goed in de samenwerking rondom de overdracht van kwetsbare ouderen tussen de zorgverleners van het MST en de samenwerkende zorginstellingen?
2. Welke factoren maken dat in de samenwerking rondom de overdracht van kwetsbare ouderen tussen de zorgverleners van het MST en de samenwerkende zorginstellingen goed of minder goed gaat?

1.8 leeswijzer

In deze paragraaf wordt ingegaan op de wijze waarop het onderzoek heeft plaatsgevonden. In dit eerste hoofdstuk is de aanleiding en probleemstelling van het onderzoek beschreven. Het tweede hoofdstuk beschrijft het beleidskader, waarin wordt uitgelegd wat de overdracht inhoudt en welk beleid er bestaat ten aanzien van de overdracht tussen de afdeling E4 van het MST en samenwerkende zorginstellingen. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op het theoretisch kader en wordt het theoretisch model beschreven met hypothesen. In hoofdstuk 4 wordt het methodologisch kader besproken, waarin de wijze van onderzoek wordt verantwoord. In hoofdstuk 5 worden de resultaten besproken aan de hand van de deelvragen beschreven in hoofdstuk 1. En in het laatste hoofdstuk wordt het onderzoek afgesloten met de conclusie, waarbij wordt ingegaan op de hypothesen en de hoofdvraag, waarbij ook aanbevelingen zullen worden gedaan en een de discussie wordt beschreven.

2 Beleidskader overdracht

2.1 Inleiding

In hoofdstuk 1 is al kort ingegaan op de overdracht. In dit hoofdstuk zal specifiek ingegaan worden op de verschillende deelgebieden van de overdracht: de medische ontslagbrief, de verpleegkundige overdracht en het medicatie-overzicht en gaat in op wat deze precies inhouden en welk beleid er bestaat voor de verschillende overdrachten. Echter, voorafgaand aan het bespreken van de verschillende overdrachten wordt ingegaan op het juridisch kader ten aanzien van de overdracht. Hierin wordt besproken aan welke wettelijke eisen de overdracht dient te voldoen. Na het juridisch kader wordt ingegaan op de specifieke overdrachten van de verschillende beroepsgroepen waarin het landelijk beleid, de richtlijnen vanuit de beroepsgroepen en de procedures en werkinstructies vanuit de betrokken instellingen aan bod komen.

2.2 Juridisch kader

Wanneer gekeken wordt naar de overdracht zijn er diverse wettelijke bepalingen van belang. In Nederland zijn er verschillende wettelijke bepalingen die tot doel hebben de kwaliteit van de gezondheidszorg te bewaken en te bevorderen. In het geval van dit onderzoek zijn er diverse wettelijke bepalingen van belang wanneer er gekeken wordt naar de overdracht. Deze wettelijke bepalingen geven aan wat zorgverleners van elkaar mogen en kunnen verwachten en aan welke kwalitatieve eisen de verleende zorg dient te voldoen. Ten aanzien van de overdracht zijn de Wet op de Beroepen in de Individuele gezondheidszorg (wet BIG), de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (Wgbo) van belang en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van belang (van Meersbergen, 2014). In de wet BIG worden de deskundigheidsgebieden van de verschillende beroepsgroepen, werkzaam in de zorg, beschreven (wet BIG, 1993). De wet BIG geeft een kader, waarin zorgverleners weten wat men elkaars deskundigheid mag en kan verwachten ten aanzien van geboden zorg. Ten aanzien van samenwerking rondom de overdracht is zodoende geen onduidelijk over de verantwoordelijkheden die de zorgverleners hebben en wat men qua deskundigheid van elkaar mag en kan verwachten. Voor de overdracht betekent dit, dat een medische ontslagbrief door een arts of verpleegkundig specialist moet zijn geschreven, dit valt namelijk binnen zijn/haar deskundigheidsgebied en verantwoordelijkheden (V&VN, 2011; van Meersbergen, 2014). Dit geldt ook voor de verpleegkundige overdracht en het actueel medicatie-overzicht. Waar de wet BIG spreekt over de verantwoordelijkheden van de zorgverleners is in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) vastgelegd welke randvoorwaarden er bestaan ten aanzien van dossiervoering. Zo stelt de WGBO dat een dossier alle relevante en noodzakelijke informatie ten aanzien van de gezondheid van een patiënt moet bevatten, die nodig is om goede zorg te kunnen verlenen aan een patiënt (KNMG, 2004). Ten aanzien van de overdracht houdt dit in dat een overdracht alle noodzakelijke informatie ten aanzien van de gezondheid van een patiënt moet bevatten om goede zorg te kunnen verlenen aan een patiënt (KNMG, 2004). Ook de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz, 2016) is van belang wanneer er gekeken wordt naar de overdracht. In deze wet is vastgelegd wat goede zorg precies inhoudt. Ten aanzien van samenwerking rondom de overdracht is deze wet van belang omdat het de eis stelt dat wanneer zorgverleners samenwerken er duidelijke afspraken moeten zijn ten aanzien van de verdeling van de taken en de verantwoordelijkheden (van Meersbergen, 2014). In het geval van samenwerking rondom de overdracht betekent dit dat er een duidelijke

verdeling van de taken en verantwoordelijkheden moet zijn beschreven in richtlijnen, zowel op beroepsniveau als instellingsniveau (van Meersbergen, 2014).

Vanuit de wettelijke bepalingen, oftewel het juridisch kader, kan worden afgeleid wie waarvoor verantwoordelijk is en welke consequenties er bestaan voor het niet naleven van de regels. Zo is vanuit de Wet Big de zorgverlener verantwoordelijk voor het correct verrichten van de handelingen binnen zijn eigen deskundigheidsgebied en geeft de Wkkgz aan op welke wijze een instelling goede zorg moet bieden en geeft de WGBO aan welke informatie een dossier van een patiënt moet bevatten. Echter de normen vanuit het juridisch kader zijn algemeen geformuleerd en het is de verantwoordelijkheid van de zorgverleners en zorginstellingen zelf om invulling te geven aan het juridisch kader en de zorg op een goede manier in te richten, zodat zoals in het geval van dit onderzoek continuïteit van zorg gewaarborgd wordt bij samenwerking rondom de overdracht (IGJ, 2015; V&VN, 2011; van Meersbergen, 2014). De inrichting van het juridisch kader kan uit meerdere dingen bestaan, onder andere uit richtlijnen, handleidingen en kwaliteitssystemen. Deze komen tot stand door samenwerking tussen de zorgverleners zelf, door brancheorganisaties of bijvoorbeeld door regionale samenwerkingsverbanden van zorgverleners en instellingen. De richtlijnen en overige documenten zijn er ter ondersteuning van de zorgverlener en bieden houvast in het nemen van beslissingen en leveren van goede zorg (V&VN, 2011). Richtlijnen maken deel uit van de professionele standaard voor zorgverleners. Dit betekent dat er verwacht wordt van zorgverleners dat zij zich aan de richtlijnen houden, al is afwijken van de richtlijn toegestaan mits goed gemotiveerd en gerapporteerd (V&VN). De normen (voortkomend uit de richtlijnen, handleidingen et cetera) die door de zorgverleners breed worden gedragen zijn in principe alleen geldend binnen de eigen beroepsgroep (van Meersbergen, 2014). Echter, een overtreding van een norm kan leiden tot de conclusie dat er in bepaalde gevallen een wettelijke schending heeft plaatsgevonden, waardoor de norm ook kan gelden voor iemand die niet binnen de beroepsgroep valt. Dit kan leiden tot de conclusie dat in bepaalde gevallen een civiel-, strafrechtelijke- en of tuchtrechtelijke procedure volgt.

Zoals hierboven besproken zijn er diverse wettelijke bepalingen die beschrijven binnen welke kaders samenwerking rondom de overdracht dient plaats te vinden. Echter zoals eerder al benoemd, zijn dit zeer algemene normen en zoals beschreven is het aan de beroepsgroepen, brancheorganisaties etc. om invulling te geven aan de wettelijke kaders. Maar het geeft wel aan dat de overdracht dient te voldoen aan een aantal kwaliteitseisen en dat dit ook wettelijk is vastgelegd. In de volgende paragraaf zal specifiek ingegaan worden op de normen en eisen die gesteld worden aan de verschillende overdrachten. Als eerste zal in de onderstaande paragraaf worden ingegaan op de medische ontslagbrief, waarna wordt ingegaan op het medicatie-overzicht en de verpleegkundige overdracht.

2.3 De medische ontslagbrief

In deze paragraaf wordt ingegaan op de medische ontslagbrief, waarbij wordt gekeken naar de wettelijke bepalingen, richtlijnen en de invulling die het MST en samenwerkende instellingen hebben ten aanzien van de overdracht. In de medische ontslagbrief dient de informatie opgenomen te worden over de gezondheid van de patiënt en de uitgevoerde verrichtingen en andere relevante informatie die voor de hulpverlening relevant zijn. Het heeft als primaire doel de kwaliteit en continuïteit van zorg te waarborgen (IGJ, 2015; KNMG, 2004). IGJ (2015) geeft aan dat de kwaliteit van de medische ontslagbrief mede de kwaliteit van zorg die aan de patiënt wordt geboden bepaalt (IGJ, 2015). Het KNMG

(2004) geeft aan wat er in de medische ontslagbrief moet staan en gebruiken hier als kader de wet WGB0.

In artikel 454 lid 1 van de wet WGB0 staat dat de hulpverlener (...) een dossier in(richt) met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens over de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is. (KNMG, 2004, p. 17)

Volgens KNMG zijn dit de gegevens die noodzakelijk zijn voor 'goed hulpverlenerschap', oftewel voor het waarborgen van kwaliteit en continuïteit van zorg (KNMG, 2004). Het KNMG (2015) geeft ook aan welke minimale vereisten, oftewel inhoud, die een medische ontslagbrief moet bevatten om te kunnen voldoen aan het 'goed hulpverlenerschap'. Hieronder de vereisten:

- De inhoud van het medisch handelen (de historie, de anamnese, het onderzoek, de diagnose, het behandelplan of zorgplan, de correspondentie, de behandeling, de verrichtingen, de begeleiding, de resultaten van de behandeling en de verpleging
- Gegevens die een rol spelen bij het onderhouden van de continuïteit van zorg;
- Gegevens die voor een patiënt ook bij volgende behandeling, onderzoek en begeleiding relevant blijven (vastlegging van persoonsgebonden gegevens);
- Schriftelijke wilsverklaringen van de patiënt zoals de non-reanimatieverklaring, de euthanasieverklaring of het donorcodicil. (KNMG, 2004, p. 17).

Dit zijn echter enkel en alleen handvaten die gebruikt kunnen worden voor de medische ontslagbrief. Echter zorgen deze vereisten nog steeds voor een groot verschil in dossiervoering onder en tussen zorgverleners (KNMG, 2004). Ook kunnen artsen, wanneer zij dit nodig achten, afwijken van de richtlijnen, mits goed geargumenteed (NHG & FMS, 2018). In 2018 hebben de medische specialisten federatie (FMS) en het Nederlands huisartsen genootschap (NHG) gezamenlijk een (hernieuwde) richtlijn ontwikkeld die de informatie-uitwisseling tussen huisarts en medische specialist bespreekt, waaronder ook de medische ontslagbrief (NHG & FMS, 2018). De Nederlandse vereniging voor klinische geriatrie heeft deze richtlijn meegenomen in het zorgpad wat in 2018 is ontwikkeld en dat zich specifiek richt op de kwetsbare oudere die met ontslag gaat vanuit het ziekenhuis (NVKG, 2018). Hieronder staat vermeld welke informatie en onderdelen in een medische ontslagbrief van een kwetsbare oudere vermeld dient te worden:

- Reden van verwijzing;
- Relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit;
- Bevindingen bij onderzoek;
- Behandeladviezen;
- Risicoprofiel en kwetsbaarheid;
- Behandelwens, beperking en reanimatiebeleid;
- Basisset medicatiegegevens;
- Gegevens contactpersoon;
- Gegevens betrokken hulpverleners (NHG & FMS, 2018, p. 23).

NMG en FMS geven aan dat snelheid prevaleert over volledigheid. Dit betekent dat binnen 24u na ontslag er een medische ontslagbrief naar de huisarts moet zijn verstuurd. Dit kan betekenen dat de brief niet volledig is en op een later moment een definitieve medische ontslagbrief kan worden verstuurd (NHG & FMS, 2018). Ze geven aan dat dit komt omdat de huisarts na ontslag de verantwoordelijkheid van de zorg deels of volledig krijgt overgedragen en een brief is het hier het signaal voor (NHG. & FMS, 2018). In het geval van een ontslag naar een vervolginstelling, zoals een verpleeghuis, wordt een kopie van de ontslagbrief ook naar de vervolginstelling gestuurd.

Het MST heeft ten aanzien van de medische ontslagbrief geen vastomlijnde afspraken. De specialist mag naar eigen professionaliteit besluiten hoe een brief eruitziet en welke informatie hij/zij in deze brief vermeldt, met inachtneming van de bestaande landelijke richtlijnen. Wanneer er gekeken wordt naar een ontslag van een kwetsbare oudere naar verpleeg en verzorgingshuizen is er binnen het MST wel een format opgesteld voor deze patiënten in samenspraak met verpleeghuisartsen en huisartsen uit de regio (MST, 2015). De medische ontslagbrief van een kwetsbare oudere die met ontslag gaat naar een vervolginstelling dient vanuit het MST de volgende punten te hebben:

- Bovengenoemde patiënt was van tot opgenomen op de afdeling
- Reden van opname:
- Voorgeschiedenis:
- Therapie en beloop:
- Complicaties:
- Medebehandelaars: Functionele status bij ontslag: Sociale situatie:
- Diagnose bij ontslag: Therapie bij ontslag:
fysiotherapie/ergotherapie/logopedie/diëtiste/.....
- Medicatie bij ontslag:
- Beleidsafspraken behandelbeperkingen: NTBR / geen IC:
- Controle afspraak: (MST, 2015).

Bovenstaand format komt overeen met de richtlijn van NGH en FMS. Er bestaan verschillen in gebruik van terminologie, zoals behandeladviezen en behandelwensen, die in de brief opzet van het MST overeenkomen met therapie met ontslag en beleidsafspraken behandelbeperkingen. Er zijn ook punten die niet voorkomen in de briefopzet van het MST, maar het MST (2015) geeft aan dat het aan de zorgverlener zelf is, om deze richtlijnen te gebruiken en dat deze mogen worden aangepast naar de eigen professionaliteit, mits goed beargumenteerd (MST, 2015).

In dit hoofdstuk is achterwege gelaten de overige informatie, als BSN, adresgegevens et cetera die ook in de medische ontslagbrief vermeld dienen te worden. Dit is achterwege gelaten omdat dit onderzoek zich richt op de zorginhoudelijke informatie van de overdracht. Ook voor het medicatie overzicht en de verpleegkundige overdracht is dit van toepassing. In de volgende paragraaf wordt beschreven welke landelijke normen er bestaan voor een medicatie-overdracht van een kwetsbare oudere.

2.4 Medicatie-overdracht

Wanneer er gekeken wordt naar het medicatie-overzicht, dient zowel gekeken te worden naar het Actueel Medicatie Overzicht (AMO) als naar het ontslagrecept. Deze twee documenten bestaan naast elkaar, waarvan het AMO een bredere doelgroep kent dan alleen het recept naar de apotheek, omdat het ook naar de huisarts en verpleeg- en/of verzorgingsinstellingen kan worden gestuurd. In verschillende richtlijnen en procedure beschrijvingen wordt de term medicatie-overzicht gebruikt, waarmee het AMO wordt bedoeld. In het vervolg worden beide termen gebruikt, maar waarmee wel hetzelfde bedoeld wordt. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op het AMO.

2.4.1 Actueel Medicatie Overzicht

Een AMO is een lijst van alle geneesmiddelen die een patiënt gebruikt. Het AMO bestaat om een zorgvuldige overdracht te laten plaatsvinden ten aanzien van de medicatie die een patiënt gebruikt ten tijde van ontslag uit het ziekenhuis (KNMP, 2013). Een huisarts heeft namelijk deze informatie nodig, wanneer er andere medicatie voorgeschreven dient te worden en heeft zodoende een overzicht van alle actuele medicatie, zowel gewijzigde en gestopte medicatie. Daarnaast is het AMO bedoeld voor een patiënt om mee te nemen naar een arts in het ziekenhuis. KNMP (2013) stelt in de richtlijn URS medicatie-overzicht 2.0 uit 2013 dat een medicatie-overzicht aan onderstaande normen moet voldoen:

- Op het overzicht staat – naast de instelling als afzender- ook de startdatum van de meest recente ziekenhuisopname zodat duidelijk wordt dat het om een ontslag document gaat.
- Op het overzicht wordt alleen medicatie uit G-standaard groepen met een GPK vermeld die in de URS nader zijn gespecificeerd. Eventuele hulpmiddelen dienen separaat op het ontslagrecept vermeld te worden.
- Als het medicatie-overzicht voorafgaande aan het ontslag gemaakt wordt, dient het systeem de geplande situatie bij ontslag weer te kunnen geven.
- Thuismedicatie die ongewijzigd gecontinueerd moet worden in de thuissituatie staat altijd bij de “huidige medicatie”. Als bron kan “thuismedicatie” vermeld worden onder de “actuele voorschrijver” of de naam van de eerste voorschrijver toegevoegd worden aan de actuele voorschrijver.
- Van thuismedicatie waarvan het gebruik gewijzigd is staat het oude gebruik onder “recent beëindigde medicatie” en het nieuwe gebruik onder “huidige medicatie”
- Thuismedicatie die gestopt is in het ziekenhuis moet duidelijk onder “recent beëindigde medicatie” vermeld staan met een reden van stoppen. (KNMP, 2013, p. 4).

De richtlijn geeft ook aan dat aan welke eisen een medicatie-overzicht moet voldoen, dit zijn de minimale vereisten:

- Medicatiegegevens patiënt
 - Welke werkzame stof;
 - Dosering en (indien kuur) gebruiksduur;
 - Toedieningsvorm;
 - Sterkte per toedieningseenheid of verpakking;
 - Indien van toepassing: Contra-indicaties, allergieën/ intoleranties en ADE (ernstige bijwerkingen);

- Indien van toepassing: LAB waarden (indien beschikbaar en indien patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven). Op dit moment is alleen wettelijk geregeld dat de afwijkende nierfunctiewaarden beschikbaar zijn voor voorschrijvers en apothekhoudende huisartsen (KNMP, 2013, p. 5)

Het KNMP (2013) geeft ook een wenselijke situatie aan ten aanzien van vereisten en inhoudelijke normen ten aanzien van de AMO. Dit is echter op dit moment nog niet haalbaar door de verschillende ICT-systemen van de verschillende zorginstellingen en zorgverleners die hiervoor nog niet zijn ingericht (KNMP, 2013). Hieronder de vereisten die wenselijk zijn volgens het KNMP:

- Wenselijke situatie:
- Voorgescreven, ter hand gestelde, toegediende en gebruikte medicatie, de sterkte, dosering en de toedieningsvorm van het geneesmiddel, gebruiksperiode, inclusief eventuele vermelding dat het gebruik van een geneesmiddel voortijdig is gestopt.
- Gebruik van alcohol en/of drugs (aard en duur).
- De reden van starten/stoppen/wijzigen van medicatie en de initiator hiervan.
- 1e voorschrijver en actuele voorschrijver.
- De apotheken die deze geneesmiddelen hebben verstrekt.
- Afgeleide of indien beschikbaar contra-indicatie onderdeel co-morbiditeit.
- Afgeleide of indien beschikbaar contra-indicatie onderdeel. Geneesmiddel allergie/intolerantie en ADE (ernstige bijwerkingen).
- Op aanvraag kunnen de volgende gegevens worden verstrekt:
- Laboratoriumgegevens.
- Indicatie, indien nodig om de dosering te kunnen beoordelen (KNMP, 2013, p. 5).

2.4.2 Het ontslagrecept

Voor het ontslagrecept, dat een losstaand document is, zijn geen vastomlijnde afspraken. Echter moet het wel voldoen aan de volgende wettelijke eisen:

- Naam en werkadres van de aangeduide beroepsbeoefenaar.
- Stofnaam of merknaam van het geneesmiddel in de aangegeven.
- De voorgeschreven hoeveelheid.
- De voorgeschreven sterkte.
- De wijze van gebruik.
- Identificatie van de patiënt.
- Ondertekening van de desbetreffende beroepsbeoefenaar dan wel, zonder te zijn ondertekend.

Ook is landelijk afgesproken over het ontslagrecept dat:

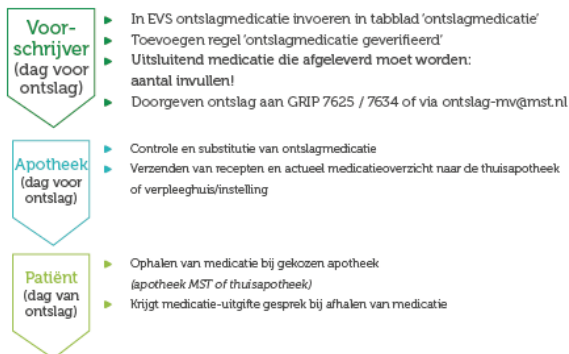
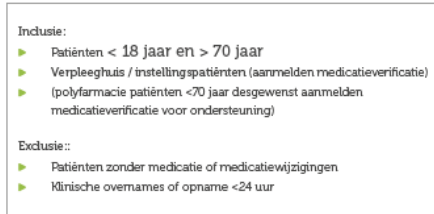
- Het een duidelijke verwijzing moet bevatten naar het bijbehorend Medicatieoverzicht omdat dit eventueel belangrijke informatie kan bevat over thuismedicatie die gestopt moet worden als bepaalde thuismedicatie gecontinueerd moet worden, maar de patiënt nog voldoende op voorraad heeft de

voorschrijver “0” op het recept moet vermelden achter dit middel in overleg met de regio er ook voor gekozen kan worden om alleen maar afleveren “ ja” of “nee” op het recept te melden en hoeveelheden aan de apotheker over te laten (KNMP, 2013, p.3)

In vergelijking met de medische ontslagbrief, waar alleen de arts en, of verpleegkundig specialist bij betrokken zijn, zijn bij de medicatie-overdracht diverse zorgverleners betrokken. De arts, oftewel de voorschrijver, is verantwoordelijk voor de medische ontslagbrief, de ontslagrecepten in combinatie met een actueel medicatie-overzicht (KNMP, 2008). De apotheker is verantwoordelijk voor het veilig ter hand stellen en bewaken van de aan het de patiënt voorgeschreven medicatie. De apothekers zorgt er tevens voor dat de processen zodanig zijn ingericht, dat er altijd een actueel medicatie-overzicht is bij elk overdrachtsmoment. Daarnaast is de zorginstelling verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg, waarbij in het kwaliteitssysteem is vastgelegd op welke wijze (hoe, waar, wanneer en door wie) gegevens met betrekking tot voorschrijven, ter hand stellen, bewaken en toedienen van geneesmiddelen worden vastgelegd en overgedragen (KNMP, 2013).

In het adherentiegebied van het MST zijn er geen afspraken tussen MST en samenwerkende apothekers ten aanzien van de medicatie-overdracht. Echter het MST heeft een protocol ten aanzien van ontslag en medicatieverificatie waarin ook wordt gerefereerd aan richtlijn medicatieveiligheid en aan het VMS thema: medicatie veiligheid en die specifiek is gericht op de kwetsbare ouderen (VMS, 2008, MST, 2015). MST (2015) zegt in de werkbeschrijving medicatieverificatie dat er conform het VMS thema medicatieverificatie bij ontslag uit het MST een actueel medicatie-overzicht dient te worden opgesteld en het ontslagreceptuur te worden geschreven en ondertekend door de arts en verstuurd naar de huisarts/openbare apotheek (VMS, 2008, MST, 2015). Dit dient zo snel mogelijk te worden verstuurd en tenminste 24 uur na ontslag beschikbaar te zijn voor de volgende schakel (VMS, 2008, MST, 2015). In het MST kunnen artsen voor een complex ontslag van met name kwetsbare ouderen het medicatiepunt inschakelen. Het medicatiepunt zorgt voor de medicatieverificatie en de juiste afgifte van medicatie bij ontslag. Hieronder een kort overzicht dat wordt gebruikt voor de medicatie verificatie, met daarin de voorwaarden, zoals welke patiëntencategorie wordt meegenomen: de kwetsbare oudere, in dit geval en welke exclusie redenen er zijn om het medicatiepunt niet in te schakelen. Het medicatiepunt inschakelen is echter niet verplicht, wel gewenst, maar het is aan de voorschrijver wel/niet het medicatiepunt in te schakelen. Het is uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de voorschrijver om te zorgen voor medicatie-overzicht dat wordt verstuurd naar de eigen apotheek en huisarts. Hieronder in figuur 5 een zakkaart dat gebruikt wordt door de artsen en verpleegkundig specialisten die werkzaam zijn op de klinische afdelingen. Hier staat de werkwijze medicatie-verificatie bij ontslag beknopt beschreven.

► Medicatieverificatie ontslag



Figuur 1: zakkaart medicatieverificatie ontslag

In het adherentiegebied van het MST zijn er geen regionale afspraken/werkprocedures ten aanzien van het medicatieoverzicht gevonden. De Twentse apothekersorganisatie (TAO-UA, z.d.) stelt wel dat ze zich inzetten voor een goede communicatie en samenwerking eerste en tweede lijn, waarbij er korte lijnen zijn en overleg mogelijk en maken daarbij gebruik van de geldende richtlijnen (TAO-UA, z.d.).

2.5 De verpleegkundige overdracht

In deze paragraaf wordt ingegaan op de eisen en inhoud van een verpleegkundige overdracht. V&VN (2011) heeft een richtlijn ontwikkeld die de verpleegkundige overdracht beschrijft. V&VN stelt dat de overdracht door de verpleegkundige beschouwd moet worden als de schriftelijke eindevaluatie van het zorgproces (V&VN, 2011). Daarnaast dient het de kwaliteit en continuïteit van zorg te waarborgen bij ontslag uit het ziekenhuis. Dit houdt in dat de overdracht informatie moet bevatten die nodig is om het zorgproces na overplaatsing voort te zetten. V&VN geeft aan dat de overdracht minimaal de volgende elementen bevat:

De verpleegkundige overdracht bevat ten minste de volgende elementen:

- De verleende zorg
- Aan wie de zorg wordt overgedragen
- Door wie de zorg wordt overgedragen
- Per wanneer de zorg wordt overgedragen

De actuele ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses

- De beoogde resultaten/doelen
- De redenen van overplaatsing of ontslag naar huis
- De redenen voor de voortzetting van de zorg
- Met de patiënt gemaakte afspraken
- Bij wie de patiënt na ontslag terecht kan met vragen

(V&VN, 2011, p.13)

Daarnaast moet de overdracht aan de volgende criteria voldoen:

- Zorgvuldig, juist, controleerbaar, systematisch, volledig
- Bondig: de verslaglegging moet ter zake doende informatie bevatten. Hoofd- en bijzaken moeten onderscheiden worden.
- Eenduidig: de verslaglegging moet waar mogelijk voor de gebruiker bekende begrippen bevatten. Onbekende terminologie, afkortingen, jargon en woorden of zinnen die verschillend geïnterpreteerd kunnen worden moeten vermeden worden.
- Objectief: als sprake is van een interpretatie van objectieve observaties en gegevens dan moet dat aangegeven worden. Oordelen moeten deugdelijk onderbouwd zijn.
- Concreet, bijvoorbeeld door het gedrag van de cliënt te beschrijven.
- Herleidbaar: genoteerde gegevens moeten voorzien zijn van een naam of een op de persoon herleidbare paraaf of code, van een datum en zo nodig van een tijdsaanduiding.

(V&VN, 2011)

V&VN (2011) stelt nog een paar vereisten waar de verpleegkundige rekening mee moet houden wanneer er een overdracht wordt geschreven (V&VN, 2011). Door de schrijver van de overdracht moet rekening worden gehouden met de kennis en kunde van de ontvangende verpleegkundige. Daarnaast is helder wie verantwoordelijk is voor het schrijven van de overdracht. Ook komt in de overdracht naar voren hoe de zorg is verlopen en welke zorg de patiënt nog nodig heeft. Zorgverleners zijn zelf verantwoordelijk voor welke gegevens zij in de overdracht opnemen, waarbij wel de bovenstaande elementen worden meegenomen in de overdracht.

In de richtlijn worden de NANDA, NIC en NOC als classificatiesystemen weergegeven die als hulpmiddel gebruikt kunnen om zorg eenduidig, gestandaardiseerde manier van communiceren tussen verschillende verpleegkundigen (V&VN, 2011).

De diagnoses zijn verdeeld over dertien domeinen en er zijn 141 concepten, ieder concept bestaat weer uit verschillende verpleegkundige diagnoses. De NANDA maakt gebruik van de PES structuur: P (probleem) E (etiologie) S (signs and symptoms). Aan de verpleegkundige diagnoses van de NANDA worden verpleegkundige interventies gekoppeld vanuit de NIC (nursing intervention classification). Deze bestaat uit zeven domeinen en 500 interventies. Iedere interventie bestaat uit een label, een definitie en een overzicht van activiteiten. Tot slot wordt er gebruik gemaakt van zorgresultaten. Deze worden volgens de NOC (Nursing Outcome Classification) geclassificeerd. Hiermee wordt de uitgevoerde zorg geëvalueerd en kunnen de verpleegkundigen en andere zorgverleners de vooruitgang van de patiënt bijhouden. Een zorgresultaat bestaat uit een label, een

definitie, en een lijst van indicatoren. Deze worden op een vijf punts beoordelingschaal gescoord. De NOC is even eens als de NIC in zeven domeinen verdeeld (V&VN, 2011, p.21).

Binnen het MST zijn geen richtlijnen gevonden ten aanzien van de verpleegkundige overdracht al bestaat er wel één format voor de verpleegkundige overdracht, die door alle verpleegkundigen wordt gebruikt. Dit format heeft de bovenstaande elementen uit de richtlijn verpleegkundige rapportage en verslaglegging opgenomen in het format en richt zich ook nog specifiek op de kwetsbare ouderen.

Ook zijn er geen afspraken binnen het adherentiegebied ten aanzien van de overdracht. Wel wordt de overdracht steeds meer digitaal verzonden naar de zorginstellingen die digitaal werken (MST, 2019). Dit betekent dus dat de verpleegkundige overdracht digitaal wordt verzonden naar de ontvangende partijen. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op het proces van de overdracht.

2.6 Proces overdracht MST naar de eerstelijns zorg

MST (2019) beschrijft in de procedure ontslag waar de gehele overdracht, zowel het medisch, verpleegkundig en medicatie gedeelte, precies aan voldaan moet worden. Het beschrijft de verschillende verantwoordelijkheden ten aanzien van de overdracht. Het beschrijft hier de algemene ontslagprocedure.

Als eerste wordt hierop ingegaan door te werken met een duidelijke ontslagdatum waardoor iedereen weet wat de verwachte ontslagdatum is. Er kan dan toegewerkt worden naar het daadwerkelijke ontslag en tijdig kan worden gestart met het schrijven van de overdracht, zodat deze ten tijde van ontslag klaar kan zijn. Het beschrijft drie fases, waar in fase 1 een goede anamnese wordt afgenomen, die bij ontslag kan worden gebruikt als informatiebron voor het schrijven van de verschillende overdrachten. In fase 2 is het ontslag ingang gezet en wordt toegewerkt de medische ontslagbrief af te hebben de dag voor ontslag, zodat deze uiterlijk binnen 24u na ontslag kan worden verstuurd naar de huisarts (bij ontslag in het weekend heeft het de voorkeur dat de ontslagbrief al op vrijdag gereed is). De verpleegkundige daarentegen controleert of de medische ontslagbrief gereed is, het medicatieoverzicht is verstuurd (digitaal) naar de apotheek en of de eigen overdracht gereed is (zo nodig). In fase 3 is het van belang dat de behandelend arts de medische ontslagbrief daadwerkelijk digitaal verstuurd en zorgt de verpleegkundige dat de verpleegkundige overdracht op papier wordt meegegeven bij ontslag. Ook wordt het verpleegkundige ontslag digitaal verzonden naar de aangesloten instellingen, echter alleen wanneer er een overdracht is van een patiënt die is aangemeld via het transferbureau.

Ten aanzien van een ontslag naar verpleeg- en verzorgingshuizen zijn er binnen het MST nog specifieke regels, die specifiek van toepassing zijn op een overdracht naar een verpleeg- en verzorgingshuis (MST, 2015). De arts maakt de medische ontslagbrief gereed de dag voor ontslag en zorgt dat de medicatieverificatie plaatsvindt ook de dag voorafgaand aan het ontslag. De verpleegkundige is daarnaast ook verantwoordelijk voor medicatieverificatie bij ontslag en geeft bij het daadwerkelijk ontslag de medische ontslagbrief, het medicatie-overzicht en de verpleegkundige overdracht mee. De afdelingssecretaresse heeft daarin ook de taak, dat het medicatiepunt wordt ingeschakeld, waarbij hij/zij aangeeft naar welke instelling de patiënt gaat. Tevens brengt hij/zij, wanneer er blijkt dat er op de dag van ontslag documenten ontbreken, de arts op de hoogte en zorgt hij/zij ervoor dat de ontbrekende documenten alsnog worden

verzameld. Hierbij wordt ook beschreven, wanneer documenten niet aanwezig zijn, dit een reden kan zijn om het ontslag te annuleren. Eventueel kunnen de ontbrekende documenten voor 11u op de dag van ontslag verstuurd worden via e-mail/fax. De apothekersassistent van de medicatieverificatie controleert het medicatieoverzicht en de ontslagrecepten en faxt dit naar de openbare apotheek van de betreffende instelling voor 11u op de dag van ontslag. Dit kan echter alleen wanneer medicatie-verificatie is ingeschakeld.

2.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk is er ingegaan op het juridisch kader, de richtlijnen en protocollen na aanleiding van de verschillende deelgebieden van de overdracht: de medische ontslagbrief, de verpleegkundige overdracht en het medicatie-overzicht. Hierbij is naar voren gekomen dat samenwerking rondom de overdracht binnen de kaders van de wet moeten worden uitgevoerd. Ook is in dit hoofdstuk beschreven hoe de verschillende beroepsgroepen hier invulling aan hebben gegeven op zowel landelijk als binnen het adherentiegebied van het MST. Hierbij komt naar voren dat binnen het MST er diverse protocollen bestaan die het proces en de afspraken rondom de overdracht beschrijven. Deze protocollen maken inzichtelijk hoe samenwerking rondom de overdracht nu wordt vormgegeven op beleidsniveau. Om vervolgens te onderzoeken of samenwerking rondom de overdracht de continuïteit van zorg waarborgt, wordt in het volgende hoofdstuk ingegaan op wat de theorie zegt over samenwerking rondom de overdracht.

3. Theoretisch kader

3.1 Inleiding

In het eerste hoofdstuk is beschreven dat de overdracht de meest voorkomende en belangrijkste vorm van samenwerking is tussen zorginstellingen. Ook is beschreven dat samenwerking effectiever, kwalitatiever en efficiënter is in de aanpak van complexe zorgproblemen, wat dus zou betekenen dat wanneer samenwerking rondom de overdracht effectief, kwalitatief en efficiënt is, continuïteit van zorg beter gewaarborgd kan worden. Om te onderzoeken welke factoren invloed uitoefenen op samenwerking rondom de overdracht, zowel positief als negatief, wordt de literatuur geraadpleegd. In dit hoofdstuk worden deze factoren beschreven. Als eerste wordt stilgestaan bij de betekenis van samenwerking binnen de literatuur, waarna als tweede wordt ingegaan op interorganisationele samenwerking. Als derde zal er ingegaan worden op het analyseren van samenwerking. Als vierde wordt ingegaan op de effectiviteit van samenwerking. Als laatste zal het theoretisch model beschreven worden, wat getest zal worden in dit onderzoek.

3.2 Samenwerking

Deze studie onderzoekt de samenwerking rondom de overdracht. Samenwerking wordt door diverse academische disciplines beschreven en onderzocht omdat het als een centraal probleem wordt gezien bij elke collectieve onderneming (Smith et al., 1995). Smith et al. (1995) stellen dat de meeste definities van samenwerking het proces van samenwerking beschrijven, dat gericht is op individuen, groepen en organisaties die bij elkaar komen, communiceren en psychologische relaties vormen voor wederzijds gewin of voordeel (Smith et al., 1995). Zo ontwikkelden D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodríguez, and Pineault (2008) een multidimensionaal model om samenwerking te onderzoeken dat specifiek gericht is op de gezondheidszorg, waar niet alleen gekeken wordt naar de relaties tussen individuen, groepen en organisaties, maar ook naar de structuur die samenwerking kan aannemen. Zij definiëren samenwerking in termen van actief, in ontwikkeling en afwezig en gaan uit van de gedachte dat samenwerking plaatsvindt voor het gezamenlijke gewin (D'Amour et al., 2008). Zij beschrijven actieve samenwerking als volgt: "samenwerking die succesvol is ondanks onzekerheden in het zorgsysteem. Specifiek beschrijven zij actieve samenwerking als zorginstellingen die met elkaar verbonden zijn en elkaar vertrouwen en daarbij gezamenlijke doelen hebben aangenomen waarbij ze eensgezind zijn over de regels en mechanismen van bestuur. Het resultaat van de samenwerking is dat het professionele handelen veranderd wordt op basis van overeenstemming over de verdeling van interprofessionele en interorganisationele verantwoording en er introductie van innovatieve praktijken kan plaatsvinden. Daarnaast beschrijven ze dat naast actieve samenwerking, samenwerking zich ook nog in de ontwikkelingsfase kan bevinden, waarbij nog verbeteringen mogelijk en/of noodzakelijk zijn en de diensten van de samenwerkingsrelatie nog niet optimaal zijn. Ook beschrijven ze samenwerking die nog niet plaatsvindt, waarbij enerzijds conflicten aanwezig zijn die actieve samenwerking onmogelijk maken en/of samenwerking kan helemaal afwezig zijn, wat betekent dat diensten die geboden worden niet op elkaar aansluiten waardoor zorg die geboden wordt ineffectief is en de continuïteit van zorg niet kan waarborgen (D'Amour et al., 2008). Hierbij is de achterliggende gedachte dat zorgprofessionals, als vertegenwoordigers van de verschillende zorginstellingen met elkaar willen samenwerken om zorg te verbeteren. In dit onderzoek wordt bovenstaande opvatting gevolgd dat samenwerking die op een actieve wijze

plaatsvindt tussen twee of meer afhankelijke zorginstellingen meer succesvol (oftewel efficiënter, effectiever en kwalitatiever) en innovatiever is in het bieden van complexe zorg, dan wanneer zorginstellingen deze zorg zelfstandig aanbieden (D'Amour et al., 2008; Provan & Kenis, 2008). Omdat dit onderzoek zich specifiek richt op samenwerking rondom de overdracht, oftewel een vorm van samenwerking wordt samenwerking rondom de overdracht in dit hoofdstuk gedefinieerd als; zorgverleners als vertegenwoordigers van verschillende zorginstellingen die elkaar helpen door een volledige, correcte en tijdige overdracht, die alle informatie en kennis bevat om het gezamenlijke doel te behalen: het waarborgen van continuïteit van zorg. Waarbij de gedachte wordt gevolgd dat het gezamenlijke doel alleen behaald wordt wanneer er actieve samenwerking rondom de overdracht plaatsvindt tussen de zorgverleners van de zorginstellingen. Om verder te onderzoeken op welke wijze samenwerking rondom de overdracht plaatsvindt, wordt ingegaan op interorganisatorische samenwerking, omdat interorganisatorische samenwerking de samenwerking bespreekt tussen verschillende organisaties, of in het geval van dit onderzoek, de samenwerking tussen de verschillende zorginstellingen.

3.3 Interorganisatorische samenwerking

Wanneer samenwerking plaatsvindt tussen zorginstellingen, oftewel interorganisatorische samenwerking wordt in de literatuur veelvuldig gesproken over 'integrated care', in het Nederlands ook wel ketenzorg genoemd. Ketenzorg kenmerkt zich doordat zorgverleners van verschillende zorginstellingen binnen een bepaalde regio, verbonden zijn aan elkaar door middel van een systeem. Dit houdt in dat binnen de ketenzorg iedere zorginstelling een deel van de zorg verleent en daarin eigen verantwoordelijkheden en taken heeft. Ketenzorg is daarnaast specifiek geconcentreerd rondom een ziekte- en of zorgprobleem (Campbell, Hotchkiss, Bradshaw, & Porteous, 1998; Raak, Paulus, & Mur-Veeman, 2005). Ketenzorg wordt dus gekenmerkt door een ziekte- en of zorgprobleem, dat zorginstelling-overstijgend is. In het geval van dit onderzoek is het zorgprobleem de continuïteit van zorg van de kwetsbare oudere en daarin werken diverse zorgverleners, zoals verpleegkundigen, artsen en apothekers van de verschillende zorginstellingen met elkaar samen. Ketenzorg kan een oplossing zijn voor complexe, gezondheidsproblemen, omdat het zorgverleners van individuele zorginstellingen met elkaar doet samenwerken, zodat gezamenlijk het complexe zorginstelling-overstijgende gezondheidsprobleem wordt aangepakt (Campbell et al., 1998). Van der Aa en Konijn (2001) stellen dat dit komt doordat dat binnen de ketenzorg gezamenlijk gekeken wordt naar het zorgprobleem en de context van het desbetreffende zorgprobleem door de zorgverleners van de verschillende zorginstellingen. (Van der Aa en Konijn, 2001). Wanneer er gezamenlijk wordt gewerkt aan de oplossing van een zorgprobleem betekent dit dat er wederzijdse afhankelijkheid ontstaat tussen de verschillende zorginstellingen. De zorginstellingen hebben elkaar dus nodig in het bieden van zorg aangaande een zorginstellings-overstijgend zorgprobleem. Echter ketenzorg is alleen één van de vormen van interorganisatorische samenwerking die wordt besproken in de literatuur. Vanuit verscheidene wetenschappelijke disciplines wordt op een verschillende manier naar interorganisatorische samenwerking in de publieke sector gekeken, waarbij niet alleen gesproken wordt over ketenzorg, maar ook wordt gesproken over samenwerking in netwerken (Boonstra, 2007; Bruijn & Heuvelhof, 1999). Een netwerk wordt getypeerd door een verscheidenheid aan actoren met ieder eigen belangen, middelen en macht die met elkaar deelnemen aan een onderlinge relatie en deel uitmaken van deze onderlinge relatie (Bruijn & Heuvelhof, 1999). Provan and Kenis

(2008) definiëren een netwerk in de publieke sector als meerdere autonome organisaties die met elkaar samenwerken voor het gemeenschappelijk doel en niet alleen voor het eigen belang (Provan & Kenis, 2008). Hierbij is wederzijdse afhankelijkheid een belangrijke voorwaarde, voor het ontstaan en blijven bestaan van samenwerking, omdat wederzijdse afhankelijkheid betekent dat actoren zonder elkaar niet de gewenste doelen kunnen bereiken (Kickert, Klijn, & Koppenjan, 1997; Klijn & Koppenjan, 2012).

In dit onderzoek staat samenwerking rondom de overdracht centraal tussen regionale zorginstellingen, wat naast een ketenprobleem ook als netwerkprobleem kan worden beschouwd, omdat de samenwerking rondom de overdracht plaatsvindt binnen een netwerk. Om dit duidelijk te maken wordt de typologie van Heffen en Klok gebruikt (Van Heffen & Klok, 2000). Zij maken onderscheid in verschillende regels en kenmerken van actoren, waarbij de verschillen de bestuursvorm bepalen, oftewel of samenwerking plaatsvindt in een netwerk, of juist binnen een hiërarchisch systeem of juist een marktsysteem. Hieronder wordt een analyse gegeven van samenwerking rondom de overdracht aan de hand van onderstaande kenmerken, beschreven in figuur 1.

Diagram 3: Three state models as action arenas

Interaction Rules:	Multi-centric (market)	Uni-centric (hierarchy)	Pluri-centric (network)
Position	Seller Buyer	Authorities Citizen	Member Non-member
Boundary	non-restrictive: free entry for buyers and sellers	Authorities: restrictive Citizen: non-restrictive (except for foreigners)	Restrictive or non-restrictive
Authority	Freedom to act on own property (not on property of others), limited only by constitutional and general legal rules	Authorities: freedom to take decisions assigned to position by constitutional legal rules, in accordance with procedures. Citizen: freedom to use civil rights, also in relation to authorities	Members: specific positions might have specific authority, members mostly included in collective decisions Non-members: no specific authority, only as citizen
Aggregation	Bilateral agreement and spontaneous through individual action and price setting	Authorities decide on basis of constitutional rules	Consultation, multi-actor agreement, spontaneous through individual actions
Scope	Freedom, only limited by constitutional legal rules	For each authority-position specified by constitutional rules	Interconnected members' activities
Pay-off	Exchange of goods through payment	Decided by authorities, but limited by general rules	Decided by collective and individual decisions, mostly aimed at benefits of members with exclusion of non-members
Information	Truthful specification of prices and product characteristics	Specified in constitution, public motivation of decisions by authorities	Perhaps specified, mostly restricted to members
Actor's Preferences	Personal interest	Authorities: linked to position, common interest Citizen: personal interest	Mix of common (members only) and personal interest
Information processing capacities	Personal/organisational	Authorities: organisational (bureaucratic and political) Citizen: personal/organisational	Personal/organisational and exchange by members
Selection criterion	Personal interest	Authorities: common interest Citizen: personal interest within limits of decisions by authorities	Mix of personal and common (members only) interest
Resources	Personal/organisational	Authorities: organisational and political Citizen: personal/organisational	Personal/organisational and exchange with members

Figuur 2 (Van Heffen & Klok, 2000)

Samenwerking rondom de overdracht kan getypeerd worden als samenwerking die plaatsvindt tussen verschillende zorginstellingen, waarbij de verschillende zorgverleners, zoals artsen, verpleegkundigen en apothekers de verschillende zorginstellingen vertegenwoordigen (position rule). In samenwerking rondom de overdracht is de toegang tot samenwerking rondom de overdracht afhankelijk van de zorgvraag van de kwetsbare oudere, omdat de zorgvraag bepaalt welke zorgverleners zijn betrokken bij de zorg van de kwetsbare oudere (boundary rule). Al moet wel vermeld worden dat ook de voorkeur van de kwetsbare oudere invloed heeft op de samenwerkende zorginstellingen, dit omdat de kwetsbare oudere mag kiezen welke zorgaanbieder hij/zij graag wilt (authority rule). Ook is samenwerking rondom de overdracht afhankelijk van beschikbaarheid van plekken in de vervolginstelling. De verschillende zorginstellingen hebben invloed op samenwerking rondom de overdracht doordat zij mede bepalen welke informatie en kennis in de overdracht terecht komt, al is dit wel afhankelijk van geldende richtlijnen en regelgeving, maar daarbinnen is uiteindelijk het de verantwoordelijkheid van de zorginstellingen welke informatie en kennis de overdracht bevat (scope rule). Zij bepalen dus welke informatie en kennis zij in de overdracht vermelden, maar ook op welke wijze deze wordt ontvangen en verzonden (aggregation rule). Informatie vanuit de samenwerking rondom de overdracht is alleen toegankelijk voor de verantwoordelijke zorgverleners aan wie de zorg van de kwetsbare oudere is overgedragen (pay-off rule). Naast de interaction rules worden hebben ook de verschillende actoren invloed op de samenwerking. Ten aanzien van samenwerking rondom de overdracht hebben de verschillende zorginstellingen eigen voorkeuren, eigen belangen, maar delen het algemeen belang voor het waarborgen van continuïteit van zorg en de uitgewisselde informatie en kennis door middel van de overdracht is daarvan afhankelijk. Er bestaat een wederzijdse afhankelijkheid omdat de verschillende zorgverleners informatie en kennis van elkaar nodig hebben om samenwerking rondom de overdracht te doen slagen en continuïteit van zorg te kunnen waarborgen. De bovenstaande analyse maakt duidelijk dat samenwerking rondom de overdracht plaatsvindt binnen een netwerk van zorginstellingen, omdat de meeste kenmerken overeenkomen met het netwerk. Daarom zal in volgende paragraaf dieper worden ingegaan op welke wijze samenwerking binnen een netwerk, oftewel interorganisatiele samenwerking, kan worden geanalyseerd.

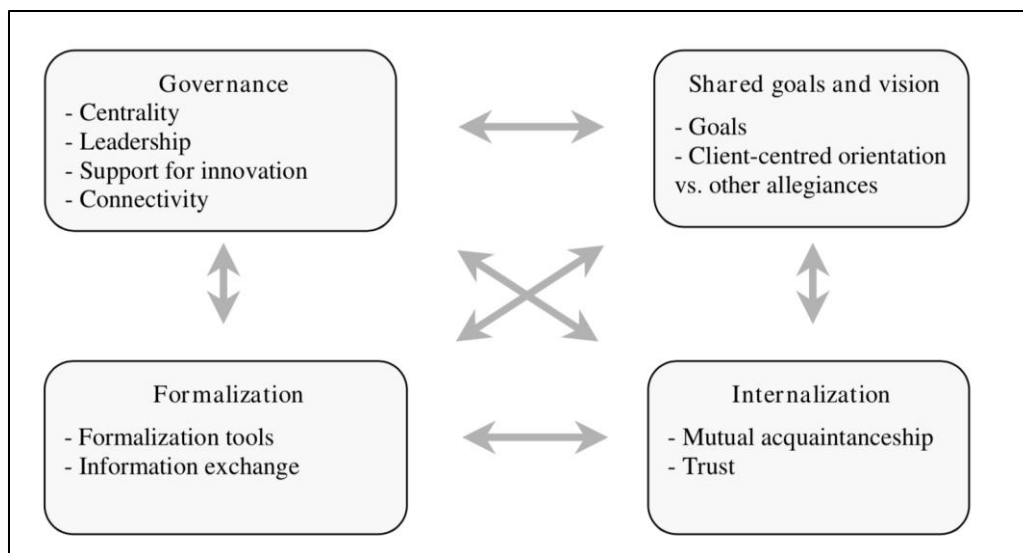
3.4. Interorganisatiele samenwerking analyseren

Wanneer samenwerking in een netwerk geanalyseerd wordt, zijn er in de literatuur verschillende manieren beschreven waarop interorganisatiele samenwerking geanalyseerd kan worden. Provan, Fish, and Sydow (2007) beschrijven dat wanneer onderzoek gedaan wordt naar netwerken dit op diverse manieren gedaan kan worden, weergegeven in figuur 2.

Independent Variable or Input Focus	Dependent Variable or Outcome Focus	
	Individual Organizations	Collectivities of Organizations
Organizational variables	Impact of organizations on other organizations through dyadic interactions	Impact of individual organizations on a network
Relational or network variables	Impact of a network on individual organizations	Whole networks or network-level interactions

Figuur 3: Onderzoek dimensies (Provan et al., 2007, p.483)

Als eerste kan er gekeken worden naar de kenmerken en eigenschappen van de organisaties om zodoende de onderlinge relaties te verklaren. Ten tweede kan er gekeken worden naar de individuele organisaties en hun acties om de uitkomsten op het netwerk-niveau te verklaren. Als derde kan de impact van structuur en gedrag op netwerk-niveau op de individuele organisatie bekeken worden. De laatste manier is het beschrijven van de impact van de multi-level acties en structuren op de uitkomst op het netwerk-niveau (Provan et al., 2007). Verder stellen zij dat er twee dimensies zijn waarop onderzoek kan plaatsvinden: onderzoek dat gericht is op de organisatie (micro-niveau) en onderzoek dat gericht is op het netwerk (macro-niveau) (Provan et al., 2007). Theorieën die zich specifiek richten op de eerste dimensie, waarin de invloed van de individuele organisatie op de acties en uitkomsten van een netwerk worden onderzocht, zijn theorieën met een egocentrisch perspectief. Bij deze theorieën wordt geanalyseerd wat de positie is van de actor ten overstaan van het netwerk. Hierbij ligt de focus op de gevolgen van een op netwerk-niveau genomen beslissing op de individuele organisatie. Vragen worden beantwoord als; heeft een actor een centrale positie in het netwerk, wat is de relatie van de actor ten overstaan van andere actoren, hoe sterk is de relatie met andere actoren? De tweede dimensie richten zich op de uitkomsten van een netwerk als geheel en kijken niet naar de gevolgen voor de individuele organisatie, maar richten zich dus op het netwerk in het algemeen. De focus hiervan is op structuren en processen van het gehele netwerk. Volgens Provan et al. (2008) veronderstellen deze theorieën en perspectieven dat een netwerk bestaat uit meerdere organisaties die samenwerken naar een gezamenlijk doel en dat het succes van een individuele organisatie wel of niet van invloed kan zijn op de resultaten van het gehele netwerk. D'Amour et al. (2008) beschrijft een model dat specifiek gericht is op het analyseren van een gezondheidsnetwerk. Hierbij ligt de focus op de uitkomst van het netwerk, waarbij wordt gekeken naar het behalen van gezamenlijke doelstellingen en de invloed van de individuele zorginstelling op netwerk-niveau. D'Amour et al. trachten zowel organisatie-niveau als ook het zorgverlenersniveau te combineren om de samenwerking te analyseren van het netwerk (oftewel keten). Dit model gaat ervan uit dat samenwerking geanalyseerd kan worden op basis van vier dimensies, waarbij zij een tiental indicatoren hebben geoperationaliseerd. Twee van de dimensies omvatten de relaties tussen de individuele actoren en twee van de dimensies omvatten de organisationele setting.



Figuur 4: the four dimensional model of collaboration (D'amour et al., 2008 p.3)

Figuur 3 laat de vier dimensies zien. Deze zijn onderling verbonden en beïnvloeden elkaar. De eerste dimensie is 'shared goals and vision'. Dit refereert aan de aanwezigheid van gezamenlijke doelen die door het gehele team zijn toegeëigend, het bewust zijn van tegengestelde belangen en motieven en het verschil in definitie en verwachting ten aanzien van samenwerking. De tweede dimensie is 'internalization', wat refereert aan de kennis van actoren ten aanzien van hun afhankelijkheid en de belangrijkheid om deze te managen, wat zich vertaalt in zich thuis voelen, kennis van elkaars waarden, disciplines en vertrouwen. De derde dimensie is 'formalization'. Dit omvat de gestructureerde klinische zorg, dat beschrijft in welke mate gedocumenteerde procedures, waarin gecommuniceerd wordt wat het gewenste gedrag en uitkomsten zijn, worden gebruikt. Formalisatie maakt verwachtingen en verantwoordelijkheid duidelijk. De organisationele dimensie is 'governance': dit refereert aan hoe het leiderschap functioneert dat samenwerking ondersteunt. Bestuur geeft sturing en steun aan de professionals die innovaties implementeren, gerelateerd aan interprofessionele en interorganisationele samenwerking. Door de interactie tussen de vier dimensies grijpen zij tezamen het proces van samenwerking. D'amour stelt dat samenwerking ook beïnvloedt wordt door externe factoren en structurele factoren, als middelen, financiën en beleid, maar die vallen buiten het model, al dienen zij wel meegenomen te worden in het bepalen van de determinanten van het samenwerkingsproces (D'Amour et al., 2008). In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de effectiviteit van samenwerking.

3.5 Effectiviteit van samenwerking

Tot zover is alleen beschreven op welke wijze samenwerking plaats kan vinden en op welke wijze dit geanalyseerd kan worden. Maar om verder te kunnen onderzoeken wat effectieve interorganisationele samenwerking inhoudt, is het noodzakelijk te kijken naar de verschillende factoren die de literatuur beschrijft voor succesvolle samenwerking. Onmogelijk is om alle factoren te beschrijven, omdat samenwerking een multidimensionaal fenomeen is, waarbij veel verschillende factoren van invloed zijn. Gevolgd wordt het model van D'Amour et al, die specifiek een model ontwikkelden om samenwerking tussen gezondheidsinstellingen te kunnen analyseren, zoals in voorgaande paragraaf is beschreven (D'Amour et al., 2008). Hieronder wordt invloed van

de indicatoren beschreven ten aanzien van samenwerking rondom de overdracht. Daarin wordt als eerste ingegaan op bestuur, waarna achtereenvolgend wordt ingegaan op doelen en eigen belang, formalisatie en internalisatie.

3.5.1 Bestuur

Samenwerking rondom de overdracht wordt uitgevoerd door zorgverleners van verschillende zorginstellingen. Coördinatie en sturing is noodzakelijk in het sturen van interacties tussen actoren om zodoende het gewenste resultaat te bereiken (D'Amour et al., 2008; Klijn & Koppenjan, 2012). Provan and Kenis (2008) beschrijven een drietal bestuursvormen voor de publieke sector waarop coördinatie en sturing kan plaatsvinden (Provan & Kenis, 2008). Zij beschrijven welke bestuursvormen in welke situatie het meest succesvol kunnen zijn. Als eerste benoemen zij een bestuursvorm waarbij organisaties in de publieke sector (oftewel zorginstellingen) samen bepalen hoe en welke acties het netwerk ondernemen. De tweede bestuursvorm die zij benoemen bestaat uit een organisatie, ook wel de NAO genoemd, die niet deelneemt aan de samenwerkingsrelatie maar die de activiteiten van het netwerk coördineert. Als laatste bestuursvorm beschrijven zij een structuur met een lead-organisatie. Deze lead-organisatie coördineert de activiteiten van de samenwerkende organisaties (zorginstellingen), maar is daarnaast ook onderdeel van het netwerk (Provan & Kenis, 2008). Provan and Kenis (2008) onderscheiden een viertal factoren die het succes van de bestuursvorm beïnvloeden. Dit zijn: het aantal deelnemers in het netwerk, doel consensus en netwerkcompetenties en vertrouwen. De mate van vertrouwen is belangrijk omdat dit bepaalt welke bestuursvorm het meest effectief is. De coördinatie in het netwerk is afhankelijk van het aantal deelnemers. Namelijk bij een netwerk met veel deelnemers is een andere bestuursvorm gewenst, dan wanneer er een klein aantal deelnemers zijn in het netwerk. Ook is doelconsensus belangrijk voor de effectiviteit, want als er doelconsensus bestaat is het meer waarschijnlijk dat de samenwerking effectief is, dan wanneer er conflicten bestaan tussen de verschillende deelnemers. Ook zijn de competenties belangrijk van de verschillende actoren, omdat deze mede het succes bepalen van de samenwerking.

Bestuur kan ook beschreven worden in termen van centraliteit, leiderschap, support voor innovatie en connectiviteit. Hierbij wordt ingegaan op welke wijze deze indicatoren van invloed zijn op de samenwerking en wordt niet specifiek ingegaan op de bestuursvorm van de samenwerking (D'Amour et al., 2008). D'Amour et al., (2008) beschrijft centraliteit als volgt: het stelt dat er een duidelijke en expliciete richting bestaat, die bedoeld is om acties te sturen, wat in dit geval samenwerking rondom de overdracht betreft. Belangrijk is dat de centrale organisaties zijn betrokken bij zowel het implementeren van het proces als de structuur van samenwerking rondom de overdracht. Managers kunnen een duidelijke invloed uitoefenen op samenwerking rondom de overdracht, mede door de afspraken die zijn kunnen maken met managers van andere zorginstellingen (D'Amour et al., 2008). Leiderschap omschreven zij als noodzakelijk in de het ontwikkelen van interprofessionele en interorganisationele samenwerking. Leiderschap neemt verschillende vormen aan en kan worden gecategoriseerd als ontwikkelend of gerelateerd zijn aan de positie. Het kan zijn dat leiderschap wordt uitgeoefend door een manager of door een professional die het initiatief neemt tot samenwerking rondom de overdracht. Leiderschap wordt gedeeld tussen de verschillende zorginstellingen en is afhankelijk van afspraken. Wanneer leiderschap gerelateerd is aan de positie en macht van een zorginstelling, dan moeten alle partners de mogelijkheid hebben om deel te nemen in het besluitvormingsproces waarin hun mening wordt gehoord (D'Amour et al.,

2008). Daarnaast wordt bestuur beïnvloedt door support voor innovatie omdat samenwerking leidt tot nieuwe activiteiten en/of omdat het bestaat uit het verdelen van de verantwoordelijkheden tussen de verschillende zorgverleners en zorginstellingen, wat dus tot veranderingen in de klinische praktijk en het delen en de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners kan leiden. Als laatste beschrijft D'amour connectiviteit wat refereert aan het feit dat zorgverleners en zorginstellingen met elkaar verbonden zijn. Wat betekent dat er plekken bestaan voor discussie en er relatievorming plaatsvindt tussen de verschillende deelnemers van de samenwerking. Connectiviteit is het tegenovergestelde van niet-verbonden zijn, of geïsoleerd of alleen zijn. Connectiviteit kan coördinatieproblemen oplossen en maakt het mogelijk om aanpassingen te maken die nodig zijn voor een succesvolle samenwerkingsrelatie. De vorm die connectiviteit bijvoorbeeld kan aannemen om succesvolle samenwerking te bereiken is de aanwezigheid van feedbacksystemen, comités etc. Samenvattend is beschreven dat bestuur besproken kan worden door de structuur en daarin de succes en faalfactoren te beschrijven. Ook kan worden benoemd of bestuur van de samenwerkingsrelatie effectief is, door bovenstaande indicatoren te beschrijven. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op doelen en eigen belang.

3.5.2 Doelen en eigen belang

Samenwerking rondom de overdracht vindt plaats om continuïteit van zorg te waarborgen. Samenwerking rondom de overdracht gebeurt met een doel en voor een reden. Provan and Milward (2001) stellen dat redenen voor publieke organisaties (waaronder ook zorginstellingen) om samen te werken gebaseerd zijn op de 'value' die het geeft aan de mensen oftewel patiënten (Provan & Milward, 2001). Zo stellen D'amour et al (2008) dat gezamenlijke doelstellingen het startpunt zijn voor samenwerking en gezamenlijke doelstellingen patiëntenzorg kunnen verbeteren (D'Amour et al., 2008). De gezamenlijke doelstellingen in de zorg zijn vrijwel altijd gerelateerd aan patiëntenzorg (D'Amour et al., 2008; Hammelburg et al., 2014). Echter in vrijwel alle gevallen bestaat er een complexe structuur aan belangen, die bestaan uit patiënten-belangen, organisatiebelangen, professionele belangen, enz. Dit kan betekenen dat belangen tussen zorginstellingen niet met elkaar overeenkomen of zelfs tegenstrijdig kunnen zijn, wat de patiëntenzorg niet ten goede komt (D'Amour et al., 2008). Volgens Provan and Milward (2001) en Feiock (2007) en Evans (2010) is eigenbelang onder te verdelen in vier factoren: cliënten-uitkomsten, kosten, legitimiteit en middelen-acquisitie (Evans, 2010; Feiock, 2007; Provan & Milward, 2001). De eerste factor: cliënten-uitkomst (oftewel patiënten-uitkomst) is een breed begrip en kan dus anders zijn dan het waarborgen van continuïteit van zorg. Voorbeelden van patiënten-uitkomsten zijn uitkomsten van de medische behandeling, zoals operaties, oncologische behandelingen etc. De tweede factor is kosten(besparing). Provan and Milward (2001) stellen dat kostenbesparing voor grote organisaties een reden is voor samenwerking met andere zorginstellingen terwijl voor kleinere zorginstellingen samenwerking juist extra kosten met zich kan meebrengen (Provan & Milward, 2001). De ontvangende zorginstellingen zijn gebaat bij een goede overdracht omdat ze weinig middelen hebben om zelfstandig alle middelen (patiënten-informatie en kennis) te verkrijgen; oftewel de derde factor: middelen-acquisitie, terwijl de grote zendende zorginstelling voldoende middelen heeft om aan de patiënten-informatie en kennis te komen. De vierde factor: legitimiteit wordt verkregen door middel van de prestaties die geleverd worden door de zorginstellingen, wat in het geval van dit onderzoek het waarborgen van de continuïteit van zorg is (Provan & Milward, 2001). Wanneer patiënten-informatie ontbreekt, incorrect en of niet tijdig is, kan de continuïteit

van zorg niet gewaarborgd worden en kan de legitimiteit van zowel de zendende als ontvangende organisatie ondermijnd worden, omdat ze de continuïteit van zorg niet kunnen waarborgen. Geconcludeerd kan worden dat eigenbelang het gemeenschappelijk doel zowel kan ondermijnen als kan dienen.

Echter waar voor zorginstellingen cliënten-uitkomsten, kosten, legitimiteit en middelen-acquisitie een rol spelen, zo speelt voor zorgverleners het eigen domein een belangrijke rol in een succesvolle samenwerkingsrelatie (Kleingeld, 1996). Wanneer het eigen domein wordt bedreigd of wordt ingeperkt heeft dit invloed op de samenwerking. Het eigen domein is voor de zorgverleners constant aan verandering onderhevig. Artsen zijn van oudsher verantwoordelijk voor geleverde zorg en zijn daardoor ook verantwoordelijk voor de overdracht (Kleingeld, 1996). Verpleegkundigen en apothekers zijn hierbij ondersteunend, al hebben zij binnen het eigen domein ook de verantwoordelijkheid een goede complete en tijdige overdracht te geven (Kleingeld, 1996). De afgelopen jaren is de verpleegkundige een steeds belangrijkere rol gaan spelen door opkomst van de verpleegkundig specialisten. Deze nemen veel taken over van artsen. Bij hun aanwezigheid zijn de verpleegkundig specialisten degene die de medische overdracht schrijven. Dit maakt dat het domein van de verpleegkundige specialist uitbreidt, wat door de artsen als bedreiging kan worden gezien van het eigen domein. Kleingeld (1996) stelt daarom dat bij samenwerking tussen zorgverleners gelijkwaardige betrokkenheid belangrijk is, want wanneer men zich bedreigd voelt in het eigen domein kan dit de samenwerking schaden (Kleingeld, 1996; Krogt, 1995).

Samenvattend kan gesteld worden dat wanneer meerdere zorgverleners van verschillende zorginstellingen samenwerken er vrijwel altijd conflicterende belangen en doelen bestaan (D'Amour et al., 2008; Provan & Milward, 2001). Ondanks dat kan het waarborgen van continuïteit van zorg zowel de zorginstellingen als de zorginstellingen baten. D'Amour et al. (2008) stellen namelijk dat wanneer succesvolle samenwerking plaatsvindt goede patiëntenzorg wordt gepromoot en wanneer goede patiëntenzorg wordt gepromoot kan dit ertoe bijdragen dat de continuïteit van zorg beter wordt gewaarborgd (D'Amour et al., 2008). Ook Provan and Kenis (2008) stellen dat wanneer het publieke doel wordt gediend, de verschillende organisaties het meest effectief zijn in het aanbieden van effectieve complexe zorg, wat zou betekenen in dit onderzoek; waarborgen van continuïteit van zorg. De volgende paragraaf gaat verder in op de rol van formalisatie ten aanzien van samenwerking.

3.5.3 Formalisatie

Formalisatie refereert aan de wijze waarop gedrag van zorgverleners is vastgelegd. Voor zorgverleners is het belangrijk te weten wat er van hen verwacht wordt en wat ze kunnen verwachten van anderen. Dit kan op verschillende wijzen worden geuit, zoals door richtlijnen, protocollen, informatiesystemen etc. (Hage & Aiken, 1969). Deze manieren verschaffen informatie aan de zorgverlener op welke wijze hij/zij dient te handelen wanneer onzekerheid bestaat over te nemen actie (Hage & Aiken, 1969). Ook wanneer zorgverleners elkaar niet kennen is formalisatie een middel dat helpt om verantwoordelijkheden te verduidelijken en schept het duidelijkheid over de verwachtingen die zorgverleners van elkaar mogen hebben (D'Amour et al., 2008). Volgens D'Amour et al. (2008) en Hage and Aiken (1969) is formalisatie daarom een duidelijke indicator voor samenwerking tussen zorgverleners van zorginstellingen (D'Amour et al., 2008; Hage & Aiken, 1969). Zo stellen Hage and Aiken (1969) dat formalisatie gezien kan worden als codificatie van het gedrag van zowel de zorginstelling, als van de zorgverleners. Daarnaast heeft formalisatie een controlefunctie, omdat de

zorginstellingen de richtlijnen en regels gebruiken om zorgverleners te kunnen aanspreken op hun handelen (Hage & Aiken, 1969). Samenvattend heeft formalisatie dus een aantal functies. Ten eerste kan het aangeven op welke wijze een zorgverlener dient te handelen in een bepaalde situatie. Ten tweede helpt het de verantwoordelijkheden van de zorgverleners te verduidelijken. Ten derde kan het dienen als controlefunctie zodat zorgverleners door de bestaande richtlijnen en protocollen kunnen worden aangesproken op gedrag dat niet overeenkomt met de geldende richtlijnen en protocollen. Ten vierde kan de mate van formalisatie aangeven of er samenwerking plaatsvindt.

Gedrag van zorgverleners is vastgelegd door middel van formalisatie, maar de zorgverlener kan zelf bepalen op welke wijze uiting wordt gegeven aan gedrag wat is vastgelegd. In het geval van samenwerking rondom de overdracht zijn de artsen, verpleegkundigen en apothekers van het MST degene die de overdracht schrijven en communiceren met de verantwoordelijk zorgverleners van de andere zorginstellingen. Met elkaar zijn zij degenen die de continuïteit van zorg waarborgen en zijn zij de uitvoerders van de samenwerking. Deze rol leidt tot een zekere beslissingsvrijheid in hoe de overdracht wordt vormgegeven, omdat de zorgverlener besluit welke informatie en kennis wel of juist niet in de overdracht wordt vermeld. Daarom zijn de zorgverleners niet alleen de uitvoerders van beleid, maar maken zij ook beleid (Lipsky, 2010). Evans (2010) en Lipsky (2010) stellen dat deze eigenschap specifiek is voor werknemers in de publieke sector. Zij stellen dat de zekere beslissingsvrijheid; oftewel de discretionaire ruimte inherent is aan de publieke sector (Evans, 2010; Lipsky, 2010). Dit kan ertoe leiden dat het gedrag van de zorgverlener kan afwijken van de opgestelde regels, zowel van buitenaf (wettelijk kader, beroepscode etc.) als van binnenuit (regels, richtlijnen en protocollen van de zorginstellingen en beroepsgroepen). Dit kan komen doordat de zorgverlener vindt dat dit noodzakelijk is, omdat de zorgverlener vanuit zijn eigen expertise en hiermee afwijk van de 'gelijke behandeling' dat van hem/haar wordt verwacht vanuit de zorginstelling. Daarnaast werkt een zorgverlener in een omgeving waar doelstellingen onduidelijk en/of vaag kunnen zijn. Toch wordt er van een zorgverlener verwacht dat de zorgverlener goede kwalitatieve zorg biedt. Ook zorgen beperkte en schaarse middelen ervoor dat de beslissingen die zij nemen in de praktijk af kunnen wijken van de regels en richtlijnen. De zekere beslissingsvrijheid van de zorgverlener kan er toe leiden dat er niet altijd gehandeld wordt naar de richtlijnen en afspraken die aanwezig zijn binnen de keten. Ook kan het ertoe leiden dat beleid ontstaat 'zoals het voorkomt op de werkvloer', wat dus betekent dat de informatie en kennis in de overdracht, niet overeenkomt met geldende regels en richtlijnen. Echter, zorgverleners hebben de discretionaire ruimte ook nodig om de regels en richtlijnen te kunnen toepassen op specifieke situaties van een cliënt, oftewel een patiënt. Volgens Evans (2010) en Lipsky (2010) kunnen zorgverleners namelijk alleen functioneren in een omgeving met conflicterende, tegenstrijdige en vage doelen wanneer ze een zekere beslissingsvrijheid oftewel discretionaire ruimte hebben in het werk wat ze doen (Evans, 2010; Lipsky, 2010). Bakker en Van Waarden (1999) stellen dat de uitvoering van beleid betekent dat er verbinding gemaakt wordt tussen cliënten, regels en situaties. In de praktijk moeten richtlijnen en regels dus geïnterpreteerd worden aan de hand van individuele situaties van de zorgverleners, wat betekent dat regels geleidelijk aan meer of minder aangepast worden (Bakker & van Waarden, 1999). Van der Veen stelt dat de uitvoering van beleid gezien kan worden als: '...een sociaal proces dat plaatsvindt tussen bijvoorbeeld ambtenaren en cliënten en dat slechts ten dele wordt gestuurd door wetten en regels' (Van der Veen, 1990). Dit betekent

dat alhoewel gedrag van zorgverleners kan zijn vastgelegd door regels en richtlijnen, deze maar ten dele de samenwerking rondom de overdracht sturen, omdat zorgverleners de regels en richtlijnen kunnen aanpassen, als zij dit noodzakelijk achten en ook omdat de regels en richtlijnen moeten toepassen op specifieke situaties.

3.5.4 Internalisatie

Vertrouwen is een voorwaarde voor interorganisationele samenwerking. D'Amour et al (2008) stellen dat samenwerking alleen kan bestaan wanneer zorgverleners vertrouwen hebben in elkaars competenties, omdat vertrouwen onzekerheid reduceert. Doordat men vertrouwt in elkaars competenties accepteert men onzekerheid, want men heeft positieve verwachtingen van andermans intenties en of gedrag (Provan & Kenis, 2008). Wanneer positieve verwachtingen uitkomen resulteert dit in vertrouwen en kan dit onzekerheid verminderen en de uitkomst van samenwerking ten goede komen (D'Amour et al., 2008). Hierbij moet worden opgemerkt dat vertrouwen ontstaat door het kennen van elkaar zowel op professioneel als persoonlijk vlak, waarbij ze elkaars waarden en competenties kennen (D'Amour et al., 2008). Echter als zorgverleners elkaar niet vertrouwen, kan dit ertoe leiden dat zorgverleners geneigd zijn verantwoordelijkheden dichter bij zichzelf te houden wat samenwerking en het behalen van gezamenlijke doelstellingen lastig maakt. Wanneer gekeken wordt naar interorganisationele samenwerking is het belangrijk de distributie van vertrouwen te kennen en te weten of vertrouwen tussen de zorgverleners of vertrouwen tussen zorginstellingen juist van groter belang wordt geacht. Vertrouwen tussen zorgverleners betreft de competenties van de zorgverleners, waar vertrouwen tussen zorginstellingen vooral om de dienst draaien wat wordt geleverd (D'Amour et al., 2008; Provan & Kenis, 2008). Bijvoorbeeld is vertrouwen wijdverbreid onder de zorgverleners, of bestaat vertrouwen alleen tussen organisaties? En is het noodzakelijk voor effectieve samenwerking dat iedereen in het netwerk elkaar vertrouwd of is het belangrijk dat vertrouwen in de zorginstelling van belang is en vertrouwen dus gefocust is op de zorginstelling? Provan and Kenis (2008) stellen dat het level van vertrouwen dat nodig is voor een goede samenwerking afhankelijk is van de bestuursvorm. Dit betekent dus dat de bestuursvorm mede bepaalt of vertrouwen tussen de zorginstellingen (de organisaties) belangrijker wordt geacht, of juist tussen de zorgverleners. Hierbij moet worden opgemerkt dat samenwerking altijd plaatsvindt tussen zorgverleners, maar vertrouwen kan dus gebaseerd zijn op de bekwaamheid van de zorginstelling in het algemeen en/of op basis van de competenties van de individuele zorgverleners.

3.6 Theoretisch model

Om een aantal onafhankelijke variabelen te kunnen selecteren die relevant zijn voor het onderzoek naar samenwerking rondom de overdracht, is een terugblik op de beschreven theorie van belang. In het afgelopen hoofdstuk is gekeken naar interorganisationele samenwerking. Hierin is specifiek ingegaan op het model van D'Amour et al. Volgens D'Amour et al. (2008) is interorganisationele samenwerking een multidimensionaal fenomeen is dat beïnvloed wordt door doelen, voorkeuren, formalisatie, internalisatie en bestuur (D'Amour et al., 2008). D'Amour et al. (2008) heeft samenwerking onderzocht als 'structuration model of collaboration', wat zich richt op samenwerking tussen zorginstellingen op organisatie- en zorgverlenersniveau (D'Amour et al., 2008). Het model leidt uiteindelijk tot informatie over de samenwerking tussen zorginstellingen, waarbij drie verschillende niveaus van samenwerking worden benoemd: actieve samenwerking, ontwikkelende samenwerking en potentiële/latente samenwerking. Hierbij is de aanname dat bij intensieve samenwerking de zorg verbetert omdat

samenwerking prestaties verbetert (D'Amour et al., 2008; Smith et al., 1995). Het model van D'Amour wordt als uitgangspunt genomen in dit hoofdstuk. De reden hiervoor is dat alhoewel samenwerking rondom de overdracht een samenwerkingsmoment is, het ook interorganisationale samenwerking betekent waardoor de factoren die succesvolle interorganisationale samenwerking beïnvloeden ook relevant zijn voor samenwerking rondom de overdracht (Riesenberg et al., 2010). Dit is dan ook de reden dat voor dit onderzoek dezelfde factoren, die succesvolle interorganisationale samenwerking beïnvloeden, worden meegenomen voor het onderzoek naar samenwerking rondom de overdracht. Daarnaast is dit model als uitgangspunt genomen omdat het zich ook specifiek richt op interorganisationale samenwerking tussen zorginstellingen op zowel organisatie als zorgverlenersniveau. In het model van D'Amour et al., (2008) worden bestuur, doelen en eigen belang, formalisatie en internalisatie besproken.

Bestuur

Voor dit onderzoek is bestuur relevant en wordt deze factor meegenomen in dit onderzoek. D'Amour stelt dat de aanwezigheid van centraliteit, leiderschap en support voor innovatie en connectiviteit een positieve invloed heeft op de kwaliteit van samenwerking (D'Amour et al., 2008). Voor dit onderzoek is het relevant de aanwezigheid van bovenstaande indicatoren te onderzoeken. Wanneer gekeken wordt naar centraliteit kan het zijn dat de aanwezigheid van afspraken tussen zorginstellingen op instellingsniveau een positieve invloed hebben op samenwerking rondom de overdracht, waarbij de afwezigheid betekent dat er geen duidelijke richting door de instelling wordt geboden ten aanzien van de acties van de zorgverleners die de overdracht versturen en ontvangen. Tevens is de aanwezigheid van leiderschap relevant met de veronderstelling dat de aanwezigheid van duidelijke afspraken ten aanzien van verantwoordelijkheden, waarbij de zorgverleners van de verschillende zorginstellingen invloed kunnen uitoefenen op samenwerking rondom de overdracht. Daarnaast is support voor innovatie relevant, omdat de aanwezigheid van deze indicator betekent dat samenwerking rondom de overdracht ten positieve kan beïnvloeden. De aanwezigheid van de indicator connectiviteit is van belang, omdat het aangeeft dat de zorginstellingen met elkaar verbonden zijn wat kan leiden tot aanpassingen die een positieve invloed hebben op samenwerking rondom de overdracht.

Doelen en eigen belang

Doelen en eigen belang zijn relevant voor dit onderzoek omdat samenwerking rondom de overdracht gebeurt met een doel en voor een reden. Zoals D'Amour stelt zijn gezamenlijke doelstellingen het startpunt voor samenwerking, wat ook zeker kan gelden voor samenwerking rondom de overdracht. Dit betekent dat wanneer alle zorgverleners continuïteit van zorg nastreven als doel dit een positieve invloed heeft op samenwerking rondom de overdracht. In het theoretisch kader is beschreven dat er vrijwel altijd meerdere belangen en doelstellingen spelen. Deze kunnen continuïteit van zorg zowel ondermijnen als dienen. Wanneer doelstellingen en eigen belang goede patiëntenzorg promoten draagt dit bij aan continuïteit van zorg. In het geval van dit onderzoek betekent dit wanneer goede patiëntenzorg wordt of/en continuïteit van zorg wordt nagestreefd als doelstelling dit een positieve invloed heeft op samenwerking rondom de overdracht. De aanwezigheid van andere belangen zoals beschreven in paragraaf 3.5.2 kunnen samenwerking rondom de overdracht negatief beïnvloeden.

Formalisatie

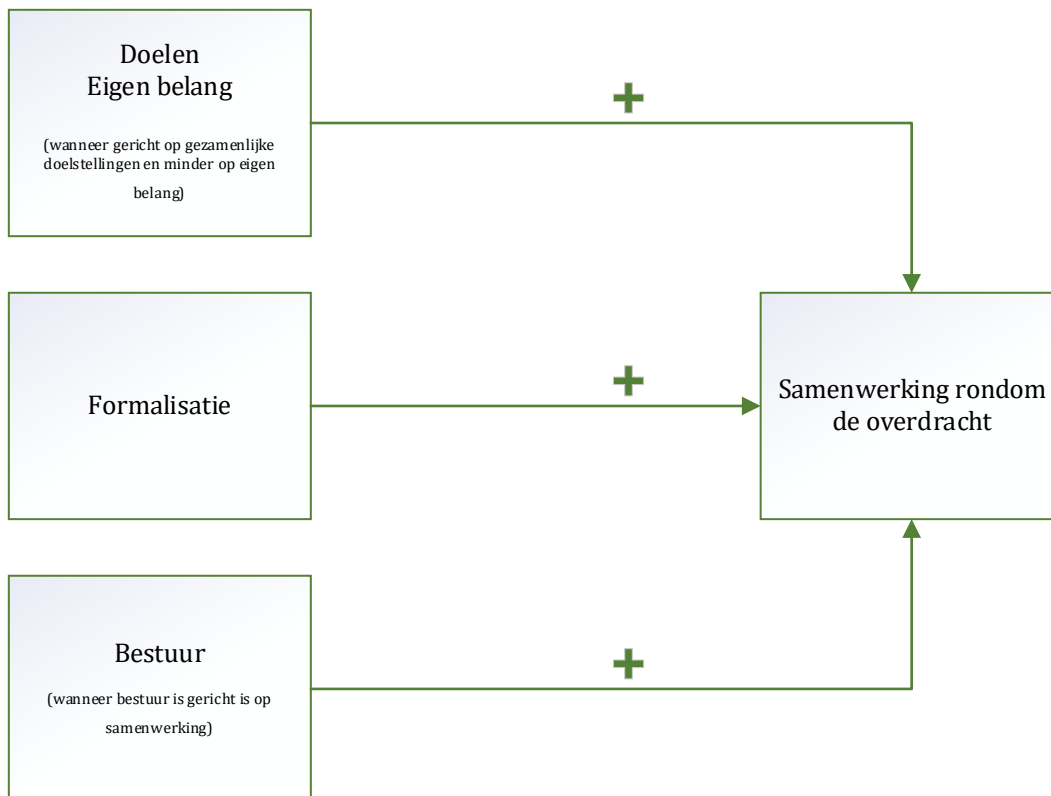
Formalisatie is relevant voor dit onderzoek, omdat het helderheid en duidelijk verschaft ten aanzien van verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners van de zorginstellingen ten aanzien van samenwerking rondom de overdracht. Hierbij wordt de veronderstelling gevolgd dat wanneer er duidelijke en heldere afspraken zijn ten aanzien van de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners dat dit een positieve invloed heeft op samenwerking rondom de overdracht. Wanneer heldere en duidelijke afspraken ontbreken. Daarnaast heeft de aanwezigheid van een goede informatiestructuur een positieve invloed op samenwerking rondom de overdracht.

Internalisatie

Vertrouwen is een voorwaarde voor interorganisatorische samenwerking. Daarnaast stelt D'Amour dat elkaar kennen een positieve invloed heeft op interorganisatorische samenwerking tussen zorgverleners. De veronderstelling is ook dat is dat vertrouwen en elkaar kennen van invloed kunnen zijn op samenwerking rondom de overdracht.

Samenwerking rondom de overdracht vindt plaats tussen een zeer grote variëteit en hoeveelheid zorgverleners, waarin deze zorgverleners elkaar en elkaars competenties niet of nauwelijks kennen, waardoor de aanname is dat internalisatie in het geval van dit onderzoek geen grote invloed heeft op de samenwerking rondom de overdracht. D'Amour et al (2008) stelt namelijk dat vertrouwen samenwerking ten positieve beïnvloedt wanneer dit is gebaseerd op het feit dat men elkaar en elkaars competenties kent, waardoor er onderling vertrouwen ontstaat tussen de samenwerkende partijen en personen (D'Amour et al., 2008). Dit is dan ook een van de redenen om deze variabele niet mee te nemen in dit onderzoek. Daarnaast heeft ook tijd en grootte van de masterscriptie ertoe geleid dat de invloed van deze variabele op samenwerking rondom de overdracht niet nader onderzocht wordt.

In voorafgaande paragrafen is kort samengevat welke variabelen relevant zijn voor dit onderzoek en welke variabelen worden meegenomen in dit onderzoek. Aan de hand van deze variabelen is in figuur 4 het theoretisch model schematisch weergegeven. In dit onderzoek zal worden gekeken naar de aanwezigheid van de hier boven beschreven variabelen. Waarbij de aanwezigheid van een indicator betekent dat dit bijdraagt aan positieve invloed op samenwerking rondom de overdracht en waarbij afwezigheid betekent dat dit bijdraagt aan een negatieve invloed op samenwerking rondom de overdracht. Oftewel de samenwerking rondom de overdracht wordt belemmerd. Hierbij wordt D'Amour et al. (2008) gevolgd die stelt dat de aanwezigheid van de indicatoren betekent dat er actieve samenwerking plaatsvindt, wat in het geval van dit onderzoek betekent dat er actieve samenwerking rondom de overdracht is, wat betekent dat zorgprestaties worden verbeterd (D'Amour et al., 2008; Smith et al., 1995).



Figuur 5: Theoretisch model

In het volgende hoofdstuk zal de methodologie van het onderzoek in detail worden besproken. Waarna in de hoofdstukken daarna door middel van de resultaten een antwoord zal worden gegeven op de onderzoeksvragen.

4. Methodologie

4.1. Inleiding

Nadat in vorige hoofdstukken de literatuur is besproken en het theoretisch model is beschreven, zal dit hoofdstuk verder ingaan op de wijze en uitvoering van het onderzoek. Als eerste zal worden ingegaan op de onderzoek setting, als tweede zal de onderzoeksmethode worden beschreven, als derde de dataverzamelmethode, als vierde de onderzoekseenheden, als vijfde de operationalisatie, als zesde de data-analyse, als zevende wordt ingegaan op de validiteit en betrouwbaarheid en als laatste op ethiek en privacy.

4.2. Onderzoek setting

In het geval van dit onderzoek is gekeken naar de samenwerking rondom de overdracht tussen afdeling E4 van het MST en de zorginstellingen waar kwetsbare ouderen na ontslag naartoe worden overgedragen. De E4 is een afdeling waar patiënten zijn opgenomen voor oncologische- kaak, gastro-enterologische, gynaecologische en mammachirurgie. Voor dit onderzoek zijn alleen kwetsbare ouderen die vallen onder de specialismen urologie en gastro-enterologische oncologische chirurgie betrokken. Dit zijn namelijk de specialismen waarvan de meeste opnames plaatsvinden op de afdeling E4.

4.3 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek richt zich op samenwerking rondom de overdracht van de kwetsbare oudere tussen de afdeling E4 van de het MST en zorginstellingen uit de eerste lijn. In deze paragraaf wordt beschreven welke onderzoeksmethode zijn gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden en daarmee ook de hypothesen te testen. Kijkend naar de onderzoeksvragen en de hypothesen is dit onderzoek toetsend maar ook adviserend. Toetsend omdat het onderzoek toetst of de beschreven factoren in het literatuuronderzoek van invloed zijn op samenwerking rondom de overdracht. Dit wordt gedaan door de hypothesen te toetsen. Het is daarnaast ook adviserend omdat het als doel heeft aanbevelingen te geven ter verbetering.

In deze situatie past de multi-method case study het beste. De case study methode is de eerste keuze wanneer onderzoek wordt gedaan binnen een bestaande setting. In het geval van dit onderzoek is dat aan de orde omdat samenwerking rondom de overdracht tussen het MST en zorginstellingen onderzocht gaat worden en de samenwerking rondom de overdracht onmogelijk is te isoleren of te simuleren (Creswell & Creswell, 2017). Zo stellen ook Swanborn (2010) en Yin (2013) dat wanneer een te onderzoeken sociaal fenomeen in een bestaande setting onmogelijk is te isoleren of te simuleren, de casestudy methodiek zeer geschikt is als methode voor onderzoek (Swanborn, 2010; Yin, 2013). Ook sluit de wijze van onderzoek aan bij de keuze voor een case study omdat een casestudie een hoog niveau van concept validiteit toestaat. Het geeft de mogelijkheid indicatoren te identificeren en te meten die het best de theoretische concepten (in het geval van dit onderzoek: samenwerking rondom de overdracht) representeren (Yin, 2013). Daarnaast is kenmerkend voor een case study dat er relatief weinig onderzoekseenheden zijn. Met weinig onderzoekseenheden is het mogelijk een sociaal fenomeen in de diepte en breedte te verkennen en te beschrijven (Swanborn, 2010; Yin, 2013). Tot slot is het een multi-method case study omdat er diverse kwalitatieve dataverzamelmethode gebruikt worden voor dit onderzoek (Creswell & Creswell, 2017). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews met een document analyse die

gecombineerd wordt met een gestructureerd interview. In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op de onderzoekseenheden.

4.4 De onderzoekseenheden

Om empirische uitspraken te doen in dit kwalitatieve onderzoek, wordt maar één case, namelijk samenwerking rondom de overdracht tussen de afdeling E4 van het MST en zorginstellingen waar de kwetsbare ouderen bij ontslag naar toe gaan, in volle breedte en diepte bestudeerd. Om uiteindelijk zo goed mogelijk antwoord te geven op de onderzoeksvragen is het van belang samenwerking rondom de overdracht in al zijn verscheidenheid te onderzoeken (Plochg, 2007). Daarom zijn uit zowel de eerste lijn als tweede lijn verschillende respondenten geselecteerd die de samenwerking rondom de overdracht uitvoeren en dus representeren. Het is namelijk belangrijk de mening en ervaring van de betrokken zorgverleners mee te nemen in dit onderzoek. Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen zorgverleners vanuit de eerste lijn en tweede lijn. Dit zodat er bepaald kan worden of samenwerking rondom de overdracht door beide groepen op dezelfde manier wordt ervaren en of perspectieven overeenkomen met elkaar. De selectie voor zorgverleners uit de eerste lijn is tot stand gekomen door zorgverleners uit het adherentiegebied van MST te vragen of zij bereid waren mee te werken aan een onderzoek ten aanzien van samenwerking rondom de overdracht. Hiervoor zijn de Twentse Huisartsen Onderneming Oost Nederland (THOON), Tussen De Lijnen, Twentse Apothekers Organisatie (TAO-UA), Zorgnet Oost, het Transferbureau van het MST en kwaliteitsadviseur transmurale zorg MST, Medicatiepunt MST, Livio, Liberein, Carintreggeland (de laatste drie zijn thuiszorg en verpleeghuisinstellingen) en individuele zorgverleners benaderd. Voor de semigestructureerde interviews zijn 20 respondenten geselecteerd. Uiteindelijk zijn vanuit de eerste lijn vier huisartsen geïnterviewd, twee verpleeghuisartsen, twee apothekers en zes verpleegkundigen waarvan vier verpleegkundigen vanuit de thuiszorg en twee verpleegkundigen werkzaam in het verpleeghuis. Daarnaast zijn vanaf de afdeling E4 van het MST de betrokken zorgverleners zoals de arts-assistent urologie, verpleegkundig specialist chirurgie, apotheker, apothekersassistente medicatiepunt en vier verpleegkundigen geïnterviewd. Er is enkel gekozen voor de betrokken en uitvoerende zorgverleners van de afdeling E4, omdat zij degene zijn die samenwerking rondom de overdracht vormgeven en uitvoeren.

Er is gekozen voor een relatief klein aantal onderzoekseenheden, zodat deze case in alle breedte en diepte kan worden bestudeerd. De verschillende respondenten die gekozen zijn, zijn selectief gekozen om zodoende representativiteit te bereiken. Dit zal wanneer dit op een aselechte wijze wordt gedaan, bemoeilijkt worden, want vanuit alle beroepsgroepen en uit zowel de eerste als tweede lijn zijn respondenten nodig. Wanneer dit aan toeval zou zijn overgelaten, zou representativiteit moeilijk zijn te realiseren (Plochg & Zwieten, 2007, p80). Het onderzoek vindt plaats binnen een tijdsbestek van een jaar. In verband met pragmatische redenen als haalbaarheid, beschikbaarheid en tijd van de zorgverleners en onderzoeker zijn de betrokken zorgverleners geïnterviewd in een tijdsbestek van 12 maanden: februari 2019 tot en met januari 2020 (Swanborn, 2010). De operationalisatie van de interviews wordt in de paragraaf 4.6 beschreven.

Om te kijken of de meningen en ervaringen terug te zien zijn in de daadwerkelijke samenwerking rondom de overdracht zijn er ook negen overdrachten onderzocht aan de hand van een documentanalyse en gestructureerde interviews met de betrokken zorgverleners uit de eerste lijn. Hier is net als hierboven een selectie in gemaakt. Namelijk

ook hier geldt: wanneer er geen selectie wordt toegepast bij een relatief kleine groep onderzoekseenheden kan dit leiden tot uitkomsten van het onderzoek die niet representatief zijn voor het fenomeen wat onderzocht wordt (Swanborn, 2010). De overdrachten zijn gekozen op basis van inhoudelijke en pragmatische criteria namelijk zowel op basis van specialisme als op de zorgvraag en binnen de tijdspanne van 1 december 2019 tot 14 december 2019.

De overdrachten die zijn gekozen zijn overdrachten van de kwetsbare ouderen die met ontslag zijn gegaan vanaf de afdeling E4 van het specialisme Urologie en Chirurgische Oncologie. Overdrachten van de overige specialismen op de afdeling zijn buiten beschouwing gelaten, omdat deze specialismen relatief weinig opnames hebben op de afdeling E4. Dit betekent dat overdrachten van de kaakchirurgie, gynaecologie, keel-, neus- en oorheelkunde buiten beschouwing zijn gelaten. De zorgvraag van de kwetsbare oudere bij ontslag bepaalt welke zorgverleners betrokken zijn bij de zorg van de kwetsbare ouderen na ontslag. Dit is waarom er ook geselecteerd is op de zorgvraag van de kwetsbare oudere. De eerste groep zijn de kwetsbare ouderen die zonder thuiszorg naar huis gaan. Voor deze eerste groep bestaat de overdracht enkel uit een AMO en een medische ontslagbrief. De tweede groep zijn de kwetsbare ouderen die thuiszorg krijgen na ontslag. Voor deze tweede groep bevat de overdracht naast het AMO, de medische ontslagbrief ook een verpleegkundige overdracht. De derde groep bestaat uit de kwetsbare ouderen die naar een vervolginstelling gaan voor onder andere geriatrische revalidatie (GRZ) of kortdurend eerstelijnsverblijf (ELV). Voor deze derde groep is de overdracht hetzelfde als de tweede groep. Echter wordt bij deze derde groep de medische ontslagbrief niet alleen naar de huisarts gestuurd, maar ook naar de specialist ouderengeneeskunde van de vervolginstelling. Van iedere groep is minimaal één overdracht per specialisme geselecteerd. Ten aanzien van de overdrachten is gekozen voor een onderzoeksperiode van twee weken: 1 december 2019 tot 14 december 2019. Hiervoor is gekozen omdat het een recente weergave geeft van hoe samenwerking rondom de overdracht gaat ten tijde van de afronding van het onderzoek. Ook is hiervoor gekozen omdat binnen dit tijdsbestek er ook voldoende overdrachten beschikbaar waren vanuit alle groepen hierboven beschreven. Daarnaast zorgt de korte tijdspanne ervoor dat de zorgverleners die verantwoordelijk zijn voor samenwerking rondom de overdracht, dit goed herinneren, waardoor de verkregen informatie recent is.

4.5. Dataverzamelmethode

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de dataverzamelmethode, waar per onderzoeksvraag, zoals vermeld in paragraaf 1.7, wordt beschreven welke dataverzamelmethode gebruikt worden voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. De wijze van dataverzamelmethode is voorgelegd aan de Ethische commissie van de Universiteit Twente ter beoordeling waarbij toestemming is verleend te vinden onder aanvraagnummer: 18949.

4.5.1 Dataverzameling onderzoeksvraag 1

Deelvraag 1: Wat gaat er goed en minder goed in de samenwerking rondom de overdracht van kwetsbare ouderen tussen de zorgverleners van het MST en de samenwerkende zorginstellingen?

De eerste onderzoeksgroep: de verschillende betrokken zorgverleners uit de eerste lijn en van de afdeling E4 van het MST zijn geïnterviewd middels een semigestructureerd interview afgestemd op het type zorgverlener. De semigestructureerde interviews zijn

afgenomen om zodoende inzicht te krijgen in de beleving, ervaring en mening van de zorgverleners (Ploch, 2007). In bijlage I zijn de interviewprotocollen opgenomen. In het interview zijn vragen opgesteld aan de hand van Tabel 2. Tabel 2 beschrijven de indicatoren die de leidraad vormen voor het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag. Zoals hierboven beschreven zijn de vragen afgestemd op het type zorgverlener. Hierbij is getracht om dezelfde set vragen aan iedere zorgverlener te stellen, afgestemd op de specifieke zorgverlener. In bijlage II is de interviewgide opgenomen die ingaat op welke vragen aan de verschillende zorgverleners zijn gesteld aan de hand van tabel 1. De interviews hebben gemiddeld 20 minuten geduurd.

De tweede onderzoeksgroep is onderzocht middels gestructureerde telefonische interviews en een documentanalyse van de overdrachten aan de hand van een toetsingskader. Aan de hand van het beleidskader beschreven in hoofdstuk 2 is er een toetsingskader ontwikkeld dat gebruikt is om de overdrachten te analyseren. Hierbij is Holsti (1969) gevolgd. Holsti (1969) stelt namelijk dat wanneer geschreven documenten worden geanalyseerd op systematische wijze, dit de mogelijkheid geeft tot het analyseren van een fenomeen (Holsti, 1969). Voor het opstellen van het toetsingskader zijn de indicatoren uit tabel 1 en 2 als leidraad genomen. Aan de hand van dit toetsingskader zijn de geselecteerde overdrachten geanalyseerd om zodoende een antwoord te geven op wat goed en/of minder goed gaat ten aanzien van samenwerking rondom de overdracht, waarbij de indicatoren uit tabel 1 steeds al leidraad zijn genomen. Het toetsingskader met resultaten is te vinden in bijlage III. Ook zijn de betrokken zorgverleners uit de eerste lijn telefonisch benaderd, waarin een kort gestructureerd telefonisch interview afgenomen is, waarbij is gevraagd of de ontvangen overdracht correct, volledig en tijdig was. In bijlage IIIa is hiervoor het protocol opgenomen. Door de verschillende dataverzamelmethode bij de beide onderzoeksgroepen was het de verwachting dat de verzamelde data voldoende informatie geeft om antwoord te kunnen geven op de eerste onderzoeksvraag.

4.5.2 Dataverzameling deelvraag 2

Deelvraag 2: Welke factoren maken dat de samenwerking rondom de overdracht van kwetsbare ouderen tussen de zorgverleners van het MST en de samenwerkende zorginstellingen goed of minder goed gaat?

Voor de beantwoording van deze deelvraag zijn dezelfde dataverzamelmethode gebruikt als beschreven in paragraaf 4.5.1. Echter om antwoord te geven op deelvraag 2, moet gekeken worden welke factoren de samenwerking goed en/of minder goed laten gaan. In hoofdstuk 3 is er een theoretisch model beschreven dat aangeeft welke variabelen samenwerking goed en of minder goed kunnen laten gaan, oftewel of ze positieve of negatieve invloed hebben op samenwerking rondom de overdracht. In tabel 2 zijn de indicatoren beschreven, ontwikkeld naar aanleiding van het literatuuronderzoek en theoretisch model. Bijlage II beschrijft in de interviewgide welke verschillende vragen gebruikt (per type zorgverlener) zijn voor dataverzameling aan de hand van de indicatoren in tabel 3. In paragraaf 4.7 wordt ingegaan op de data-analyse waarin specifiek wordt ingegaan op de wijze waarop de verzamelde data geanalyseerd is om een antwoord te kunnen geven op deze deelvraag. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de operationalisatie van de variabelen.

4.6 Operationalisatie

In voorgaand hoofdstuk is een theoretisch model opgesteld, bestaande uit 3 onafhankelijke variabelen en een afhankelijke variabele, die in deze paragraaf geoperationaliseerd worden aan de hand van indicatoren. In onderstaande tabel 2 en 3 zijn de definities en indicatoren en waardes opgenomen voor de afhankelijke en onafhankelijke variabelen, dit zodat duidelijk is wat verstaan wordt onder de variabelen. Echter om te meten of de onafhankelijke variabelen door hun aanwezigheid bijdragen aan een positieve en of negatieve invloed op de afhankelijke variabele. Ook is het gedaan om de antwoorden van de respondenten op de juiste wijze te interpreteren. Daarom vindt er naast de semigestructureerde interviews ook een documentanalyse van de overdrachten plaats zoals beschreven in paragraaf 4.5.1. Dit om te kijken of de ervaring en meningen van de respondenten geïnterviewd door middel van de semigestructureerde interviews overeenkomen met de daadwerkelijke samenwerking rondom de overdracht.

Tabel 2: De afhankelijke variabele

AFHANKELIJKE VARIABELE	INDICATOR
SAMENWERKING RONDOM DE OVERDRACHT <i>ZORGVERLENERS ALS VERTEGENWOORDIGERS VAN VERSCHILLENDE ZORGINSTELLINGEN DIE ELKAAR HELPEN DOOR EEN TIJDIGE, CORRECTE EN VOLLEDIGE VVERDRACHT, DIE ALLE INFORMATIE EN KENNIS BEVAT OM HET GEZAMENLIJKE DOEL TE BEHALEN: HET WAARBORGEN VAN CONTINUÏTEIT VAN ZORG.</i>	Tijdigheid <i>De Overdracht Is Binnen 24 Uur Na Ontslag Beschikbaar Voor De Vervolginstelling.</i>
	Correctheid <i>Bevat De Juiste Informatie, Zonder Fouten, Niet Afwijkend Van De Gestelde Regels En Of Eisen.</i>
	Volledigheid <i>Compleet, Waaraan Niets Ontbreekt</i>

Tabel 3: De onafhankelijke variabelen

ONAFHANKELIJKE VARIABELEN	INDICATOREN
DOEL EN EIGEN BELANG	Doel <i>Deze Indicator Is Gerelateerd Aan De Professionele Waarden Ten Aanzien Van Het Gezamenlijke Doel Continuïteit Van Zorg, Waarbij Wordt Gekeken Naar De Aanwezigheid En Overeenkomsten In De Doelstellingen Ten Aanzien Van Continuïteit Van Zorg. Het Identificeren Van Gezamenlijke Doelstellingen Is Het Startpunt Voor Samenwerking, Want Gezamenlijke Doelstellingen Kunnen Ertoe Leiden Dat Continuïteit Beter Gewaarborgd Wordt En Het Is De Verwachting Dat Het Nastreven Van Deze Doelstelling De Gezondheid Van De Kwetsbare Oudere Ten Goede Komt (D'amour Et Al, 2008)</i>
	Eigen Belang <i>Over Het Algemeen Bestaat Er Een Complexe Structuur Aan Belangen Die Bestaan Uit Een Variëteit Aan Verschillende Belangen: Van Patiënten, Van Zorgprofessionals, Private Belangen Enz. Het Resultaat Is Dat De Belangen Van De Verschillende Samenwerkende Zorginstellingen Niet Met Elkaar Overeenkomen Of Alleen Maar Deels Met Elkaar Overeenkomen. Gezamenlijk Aanpassingen, Maakt Het Nodig Om Met Elkaar Te Onderhandelen. Soms Is Dit Mogelijk, En In Andere Gevallen Is Dit Niet Aanwezig. Het Risico Is Wanneer Er Niet Onderhandeld Wordt Over Gemeenschappelijke Doelen, Dit Zal Resulteren In Gedrag Dat De Private Doelstellingen Zal Voortrekken, Wat Leidt Tot Zorg Die Niet Gefocust Is Op Het Waarborgen Van De Continuïteit Van Zorg En Dus De Gezondheid Van De Kwetsbare Oudere (D'amour Et Al, 2008).</i>
FORMALISATIE	Formalisatie Benodigdheden <i>Formalisatie Is Een Belangrijke Methode Om Helderheid En Duidelijk Te Verkrijgen Over De Verantwoordelijkheden Van De Verschillende Zorgverleners Van De Zorginstellingen Ten Aanzien Van De Overdracht. Daarnaast Geeft Het Duidelijkheid Over Hoe De Verantwoordelijkheden Worden Gedeeld Ten Aanzien Van De Overdracht. Er Bestaan Zeer Veel Verschillende Types Van Formalisatie 'Tools' Zoals; Interorganisatiele Overeenkomsten, Protocollen, Informatiesystemen Etc. Voor Zorgverleners Is Het Belangrijk Te Weten Wat Er Van Hen Verwacht Wordt En Wat Zij Kunnen Verwachten Van Anderen (D'amour Et Al, 2008).</i>
	Uitwisseling Van Informatie

	<i>Dit Refereert Aan Het Bestaan En Goed Gebruik Van Een Informatiestructuur, Dat Toestaat Dat Er Een Snelle En Complete Overdracht Van Informatie En Kennis Plaatsvindt (D'amour Et Al, 2008)</i>
BESTUUR	<p>Centraliteit</p> <p><i>Dit Stelt Dat Er Een Duidelijke En Expliciete Richting Bestaat, Bedoeld Om Acties Van De Verschillende Zorgverleners Te Sturen. Belangrijk Is Dat De Centrale Zorginstellingen Betrokken Zijn Bij De Samenwerking Rondom De Overdracht En Bij Het Implementeren Van Bijv. Structurele Veranderingen Rondom De Samenwerking Rondom De Overdracht. Hierin Kunnen Managers Of Vertegenwoordigers Van De Zorginstelling Een Duidelijke Invloed Uitoefenen Op Samenwerking Rondom De Overdracht, Mede Door De Afspraken Die Zijn Kunnen Maken Met Managers En Vertegenwoordigers Van Andere Zorginstellingen (D'amour Et Al, 2008)</i></p>
	<p>Leiderschap</p> <p><i>Leiderschap is noodzakelijk in de het ontwikkelen van interprofessionele en interorganisatiele samenwerking. Leiderschap neemt verschillende vormen aan en kan worden gecategoriseerd als ontwikkelend of gerelateerd zijn aan de positie. Het kan zijn dat leiderschap wordt uitgeoefend door een managers of door professionals die het initiatief neemt tot samenwerking rondom de overdracht. Leiderschap wordt gedeeld tussen de verschillende zorginstellingen en is afhankelijk van afspraken. Wanneer leiderschap gerelateerd is aan de positie en macht van een zorginstelling, dan moeten alle partners de mogelijkheid hebben om deel te nemen in het besluitvormingsproces waarin hun mening wordt gehoord (D'Amour et al., 2008).</i></p>
	<p>Support voor innovatie</p> <p><i>Samenwerking leidt tot gezamenlijke activiteiten die bestaan uit het verdelen werken aan de verschillende verantwoordelijkheden tussen de verschillende zorgverleners van de zorginstellingen. Dit maakt dat er dus veranderingen in de klinische praktijk kunnen plaatsvinden door het delen en het gezamenlijk werken aan de gezamenlijke activiteiten. Deze veranderingen representeren echte innovaties die ontwikkeld moeten worden en moet worden geïmplementeerd. Samenwerking kan niet plaatsvinden, wanneer de zorgverleners van de zorginstellingen niet betrokken zijn bij het innovatieproces en de samenwerking.</i></p>
	<p>Connectiviteit</p> <p><i>Connectiviteit refereert aan het feit dat zorgverleners van de verschillende zorginstellingen met elkaar verbonden zijn. Dat er plekken zijn waar discussie plaatsvindt en relatievorming plaatsvindt tussen hen. Connectiviteit is het tegenovergestelde van niet-verbonden zijn, of geïsoleerd of alleen zijn. Connectiviteit kan coördinatieproblemen oplossen en maakt het mogelijk dat er aanpassingen kunnen worden gemaakt. Connectiviteit kan dit snel bereiken. De vorm die het aanneemt kan zijn door middel van feedback systemen, comités etc.</i></p>

4.7 Data-analyse

In deze paragraaf wordt ingegaan op welke wijze de verzamelde data, zoals beschreven in paragraaf 4.5, is geanalyseerd. Analyseren van verzamelde gegevens moet op een systematische manier geïnterpreteerd worden, zodat de onderzoeksvragen beantwoorde kunnen worden (Plochg & Van Zwieten, 2007, p. 87). Als eerste is het daarom van belang dat de antwoorden van de geïnterviewde respondenten door middel van de semigestructureerde interviews zo nauwkeurig mogelijk worden geregistreerd. Dit is gerealiseerd door geluidsopnamen van de semigestructureerde interview en de gestructureerde vragen van het interview. De geluidsopnames zijn daarna getranscribeerd en gecodeerd. Per transcriptie zijn de verschillende indicatoren met kleur gearceerd, waarbij per variabele een andere kleur is gebruikt. Door middel van deze kleurenanalyse is getracht verbanden te leggen en patronen te herkennen omtrent de invloed van de onafhankelijke variabele op de afhankelijke variabele. Ook voor de informatie verkregen door de documentanalyse is het van belang dat dit op een systematische manier gebeurt. Dit betekent dat iedere overdracht aan de hand van het toetsingskader door de onderzoeker is geanalyseerd en per overdracht is beschreven of de overdracht wel/niet voldoet aan het toetsingskader, waarbij de reden daartoe beschreven is in het toetsingskader. Nadat iedere overdracht is geanalyseerd zijn deze ook gecodeerd. De overdracht en daarbij behorende toetsingskader zijn geanalyseerd door de verschillende indicatoren met kleur te arceren, waarbij per variabele een andere kleur is gebruikt. Ook hierbij is door middel van de kleurenanalyse getracht verbanden te leggen en patronen te herkennen omtrent de invloed van de onafhankelijke variabele op de onafhankelijke variabele. In hoofdstuk 5 wordt verder ingegaan op de interpretatie van de verkregen data, waarmee uiteindelijk in hoofdstuk 6 de conclusie en aanbevelingen volgen.

4.8 Validiteit en betrouwbaarheid

Deze paragraaf gaat in op de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. Een case study heeft als beperking dat het niet generaliseerbaar is oftewel de externe validiteit van een case study is laag. Dat het onderzoek niet generaliseerbaar is komt door het beperkte aantal onderzoekseenheden (Yin, 2013). Er wordt namelijk maar één afdeling onderzocht in dit onderzoek en de vraag die hierbij ontstaat, is in hoeverre de resultaten van één afdeling ook gelden voor andere afdelingen van het MST en daarmee dus ook voor andere ziekenhuizen. De kracht van dit onderzoek ligt echter niet in de generaliseerbaarheid maar in het feit dat verschillende overdrachten worden vergeleken en betrokken zorgverleners worden geïnterviewd wat leidt tot een dieper en breder inzicht in samenwerking rondom de overdracht en de factoren die dit beïnvloeden.

In het onderzoek is rekening worden met zowel inhoudsvaliditeit als validiteit van het onderzoek als geheel. Validiteit gaat erover dat de onderzoeker daadwerkelijk meet en beschrijft wat hij/zij ook echt wil meten en wil beschrijven (Boeije, 2005, p.145). Validiteit begint bij de manier van dataverzameling. In dit onderzoek zijn een tweetal methodes om data verzamelen beschreven. Validiteit is getracht te bereiken door de operationalisatie van de variabelen en de indicatoren, zoals beschreven in tabel 1 en 2 als leidend te nemen voor dit onderzoek. De operationalisatie is gebaseerd op het literatuuronderzoek uit hoofdstuk 3. Dit betekent dat zowel de semigestructureerde interviews als de gestructureerde interviews en het toetsingskader zijn gebaseerd op de operationalisatie van de variabelen en de daarbij behorende indicatoren. Daarnaast zijn beide dataverzamelingmethoden beoordeeld door de thesisbegeleiders om zodoende de nauwkeurigheid van de operationalisatie te vergroten.

Om de validiteit van dit onderzoek als geheel te vergroten is getracht tijdens de interviews de interpretatie van het onderzoek zo valide mogelijk te houden. Plochg & van Zwieten (2007) geven aan dat wanneer de onderzoeker zich teveel kan identificeren met het onderzoeksobject dat interpretatie en werkelijkheid te veel door elkaar kunnen gaan lopen, oftewel 'going native' (Plochg & van Zwieten, 2007). In het geval van dit onderzoek is dat zeker mogelijk omdat de onderzoeker werkzaam is op de afdeling waar de onderzoeker ook onderzoek doet. Daarom is het van belang om tijdens de interviews zo nu en dan de respondent bevestiging te vragen van de door de onderzoek geïnterpreteerde antwoorden. Het principe 'going native' geldt ook voor het gehele onderzoek, omdat de onderzoeker de verzamelde data interpreteert. Daarom is tijdens de data-analyse de geschreven inhoud tussentijds gecontroleerd door de scriptiebegeleiders, dit om zodoende de eigen interpretatie van het onderzoek zo valide mogelijk te houden.

Naast de validiteit is de betrouwbaarheid van het onderzoek van groot belang. Betrouwbaarheid gaat over de noodzaak dat bij een herhaalde meting dezelfde resultaten worden behaald (Vennix, 2010, p. 186). In dit onderzoek is allereerst getracht de betrouwbaarheid van het interview te vergroten door hetzelfde interviewprotocol te gebruiken bij iedere respondent. Daarnaast is in het interview protocol ingegaan op de anonimiteit van de respondent en is de verwachting geweest dat door dit te benoemen, de sociaal wenselijke antwoorden zijn vermeden en de respondent naar waarheid antwoord hebben gegeven op de gestelde vragen.

4.9 Ethiek en Privacy

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van overdrachten van kwetsbare ouderen en worden diverse zorgverleners geïnterviewd. Op geen enkele wijze is persoonlijke informatie van de kwetsbare ouderen gebruikt in dit onderzoek. Echter mocht persoonlijke informatie zijn gebruikt, dan alleen ter ondersteuning van dit onderzoek en altijd geanonimiseerd. Dit geldt ook voor de respondenten; informatie verkregen uit de interviews is niet te herleiden tot een persoon.

Voorafgaand aan het onderzoek is het onderzoek voorgelegd aan de Ethische commissie van de Universiteit Twente en de Medisch Ethische Commissie Twente (METC). Dit is gedaan omdat voor dit onderzoek gebruik is gemaakt van overdrachten van kwetsbare ouderen en ook zijn diverse zorgverleners geïnterviewd. Door de Ethische commissie van de Universiteit Twente is het onderzoek goedgekeurd onder nummer: 18949. Omdat er verder geen medische en persoonsgegevens worden gebruikt in dit onderzoek heeft het METC-Twente bepaald dat het onderzoek niet WMO-Plichtig is en heeft de Raad van Bestuur van het MST toestemming verleend voor het onderzoek (METC kenmerk: K18-66). Het METC heeft wel aangegeven dat de overdrachten niet als bijlagen aan dit onderzoek mogen worden toegevoegd. Dit in verband met de kans op herleidbaarheid van de patiëntgegevens. De onderzoeker bewaart een (beveiligd) document binnen de (eigen) beveiligde ICT-omgeving van het MST met daarin alle codes van de overdrachten en kan daarmee de overdrachten waar nodig traceren.

5. Resultaten

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Dit om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen zoals beschreven in hoofdstuk 1. In paragraaf 5.2 wordt ingegaan op wat er goed en minder goed gaat in de samenwerking rondom de overdracht. In paragraaf 5.2 wordt antwoord gegeven op de tweede onderzoeksvraag: Welke factoren hebben invloed op samenwerking rondom de overdracht?

5.2 Onderzoeksvraag 1: Wat gaat goed en minder goed in de samenwerking rondom de overdracht?

In deze paragraaf wordt ingegaan op wat er goed en minder goed gaat in samenwerking rondom de overdracht. Om daarop een antwoord te geven is gekeken naar de correctheid, volledigheid en tijdigheid van de overdrachten. Aan de hand van deze indicatoren wordt getracht een antwoord te geven op deze onderzoeksvraag. Correctheid betekent dat de overdrachten de juiste informatie bevatten en voldoen aan de geldende wetgeving, richtlijnen en protocollen. Volledigheid betekent in het geval van samenwerking rondom de overdracht dat de overdracht compleet is en dat geen informatie ontbreekt in de overdracht. Tijdigheid betekent dat de verschillende overdrachten binnen 24u na ontslag beschikbaar zijn voor de vervolginstelling.

Vanuit de interviews met de betrokken zorgverleners, zoals beschreven in Bijlage 6, komt duidelijk naar voren wat de betrokken zorgverleners goed en of minder goed vinden gaan ten aanzien van de overdracht. Hieronder wordt kort ingegaan op de ervaringen van de verschillende betrokken zorgverleners betreffende correctheid, volledigheid en tijdigheid van de overdracht. De huisartsen geven aan dat de medische ontslagbrieven van de chirurgie over het algemeen goed zijn (Bijlage 6a-c). Echter de medische ontslagbrief van de urologie is niet altijd correct, volledig en tijdig volgens de huisartsen (Bijlage 6a). Ten aanzien van het AMO geven twee huisartsen en twee specialist ouderengeneeskunde aan dat het AMO met enige regelmaat onduidelijk en incompleet is (Bijlage 6a, 6c, 6d Bijlage 6e r15-19). Verder geeft specialist ouderengeneeskunde 1 aan dat het AMO met grote regelmaat niet tijdig aanwezig is, waardoor medicatie te laat wordt ingevoerd bij de instelling wat leidt tot het niet kunnen delen van de medicatie door de verpleging van de instelling (Bijlage 6d. r11-13). Ook de verpleegkundigen vanuit de instelling geven aan dat het AMO regelmatig niet meekomt met de patiënt. En wanneer het meekomt ook vaak niet kloppend is (Bijlage 6h, r228-233). De verpleegkundigen geven aan dat dit vooral op vrijdagmiddag een probleem geeft, omdat na vrijdagmiddag en in het weekend geen apotheek aanwezig is om de medicatie te leveren. De apotheker vanuit het MST geeft aan dat het versturen van de AMO naar de apotheken in de eerste lijn met grote regelmaat niet goed gaat, tenzij het medicatiepunt wordt ingeschakeld (Bijlage 6p. r293-303). Dit wordt beaamd door de apotheker vanuit de eerste lijn (Bijlage 6p r10-12, r26-30, r137). Ten aanzien van de verpleegkundige overdracht geven drie verpleegkundigen vanuit de eerste lijn en twee verpleegkundigen van de afdeling E4 van het MST aan dat de verpleegkundige overdracht over het algemeen correct, volledig en tijdig is. Ze geven wel aan dat specifieke zorg, als wondzorg, stomazorg, catheterzorg en insuline, niet in de verpleegkundige overdracht vermeldt staat (Bijlage 6h r.8-11).

Naast de ervaringen van de zorgverleners zijn ook zes overdrachten onderzocht. Dit is gedaan aan de hand van drie verschillende ontslagsituaties beschreven in paragraaf 4.4:

ontslag naar huis zonder zorg, ontslag naar huis met thuiszorg en het ontslag naar een vervolginstelling. In de volgende paragraaf worden de onderzoeksresultaten hiervan besproken. In elke ontslagsituatie was het doel om zowel een overdracht van een urologische als een chirurgische patiënt te onderzoeken. Echter is in het geval van 'ontslag naar huis met thuiszorg' in de beperkte tijdspanne van het onderzoek geen urologische patiënt geweest die met thuiszorg naar huis is gegaan. Daarom is gekozen twee overdrachten van een chirurgische patiënt te onderzoeken, omdat deze wel binnen de tijdspanne van het onderzoek plaatsvonden. In de volgende paragraaf wordt als eerste ingegaan op het ontslag naar huis zonder thuiszorg.

5.2.1 Ontslag naar huis zonder thuiszorg

In deze paragraaf wordt achtereenvolgens de overdracht van de urologische patiënt (patiënt 1.1) en de chirurgische patiënt (patiënt 1.2) besproken. Bij een ontslag naar huis zijn enkel een medische ontslagbrief en bij gewijzigde en/of gestarte medicatie een AMO en ontslagrecept nodig.

Patiënt 1.1

De medische ontslagbrief van patiënt 1.1 is op onderdelen correct, onvolledig, en tijdig verstuurd. De huisarts vond de brief correct, onvolledig en tijdig. Hij vond de brief correct omdat er geen foutieve informatie in de brief stond (Bijlage 4, Tabel 1). Echter vond de huisarts de brief onvolledig, omdat er in de brief niet werd ingegaan op zijn verantwoordelijkheid ten aanzien van de patiënt in de thuissituatie (Bijlage 4, tabel 1). De huisarts gaf aan dat de brief onduidelijk was over de verwachting die de uroloog heeft ten aanzien van de zorg die de huisarts aan de patiënt moet geven na ontslag (Bijlage 4, Tabel 1). Dit gaf hij aan omdat de brief onduidelijk is over de prognose en eventuele behandelopties die er nog zijn voor de patiënt (Bijlage 4, Tabel 1). Dit betekent dat de brief niet duidelijk aangeeft welke verantwoordelijkheden en taken worden overgedragen aan de huisarts (Bijlage 3a). De huisarts vond de brief tijdig, omdat deze binnen 24u na ontslag uit het ziekenhuis is ontvangen door de huisarts (Bijlage 4, Tabel 1, Bijlage 3a). Vanuit het toetsingskader bleek dat de brief correct, onvolledig en tijdig was (Bijlage 3a) De brief is onvolledig omdat de punten voorgeschiedenis, NTBR en sociale status missen (Bijlage 3a).

Het AMO van patiënt 1.1 is onvolledig, incorrect en niet verstuurd naar de eigen apotheek. De eigen apotheek van de patiënt gaf wel aan dat binnen het LSP is te zien dat er een recept Fraxiparine is afgegeven bij de politheek (Bijlage 4, tabel 1). Het recept voldoet aan de geldende regels en richtlijnen (Bijlage 3a). Wat verder opvalt is dat in de medische brief beschreven staat dat de patiënt Tramadol mag gebruiken in de thuissituatie, echter is Tramadol niet voorgeschreven (Bijlage 3a). Het AMO wat niet verstuurd is wel inzichtelijk binnen het digitale medicatie systeem (EVS) van het MST. Echter is deze incorrect en onvolledig. Het recept voor Fraxiparine is het enige wat vermeldt staat onder het kopje 'huidige medicatie', terwijl uit de medische ontslagbrief blijkt dat de thuismedicatie die de patiënt gebruikt gecontinueerd moet worden bij ontslag.

Patiënt 1.2

De medische ontslagbrief van patiënt 1.2 is op onderdelen incorrect, volledig en tijdig verzonden. De huisarts gaf aan dat de brief correct en volledig was en ook tijdig was ontvangen (Bijlage 4, tabel 1). De huisarts gaf aan het prettig te vinden dat de brief duidelijke instructies gaf die zelfs mondeling met de huisarts zijn besproken. Ook is in deze brief aandacht voor de kwetsbaarheid van de patiënt, omdat er specifiek wordt ingegaan op de diarree klachten die bij oudere patiënten kunnen optreden bij de start van zijn of haar nieuwe medicatie (Bijlage 4, tabel 1) Aan de hand van het toetsingskader blijkt de brief tijdig te zijn verstuurd. Echter aan de hand van de geldende richtlijnen en regels missen een tweetal punten namelijk NTBR-beleid en sociale status van de patiënt (Bijlage 3b).

Het AMO van patiënt 1.2 is incorrect, op onderdelen onvolledig en niet verstuurd naar de eigen apotheek. Bij patiënt 1.2 is een recept verstuurd naar de politheek, wat inzichtelijk is voor de eigen apotheek via het LSP (Bijlage 4, tabel 1). Het recept voldoet aan de geldende regels en richtlijnen (Bijlage 3b). Echter, het AMO wat inzichtelijk is voor het MST, laat zien dat er geen huidige medicatiegegevens in staan. Het enige wat op het AMO te lezen is, is een recept voor Kaliumchloride en er staat vermeldt dat de patiënt allergisch is voor bepaalde medicatie (Bijlage 3b).

5.2.2 Ontslag naar huis met thuiszorg

In deze paragraaf wordt achtereenvolgens de overdracht van twee chirurgische patiënten besproken. Bij een ontslag naar huis met thuiszorg wordt een medische ontslagbrief, een AMO en een verpleegkundige overdracht verstuurd.

Patiënt 2.1

De medische ontslagbrief van patiënt 2.1 is incorrect, onvolledig en niet verstuurd. De medische ontslagbrief van patiënt 2.1 bleek zes dagen na ontslag nog niet verstuurd te zijn. Echter was de brief wel op de dag van ontslag al definitief gemaakt en dus klaar voor verzending (Bijlage 3c). De huisarts gaf aan nu informatie op een andere wijze te moeten vergaren. De huisarts heeft de informatie uit de brief van de spoedeisende hulp gehaald. Patiënt 2.2 werd namelijk twee dagen na ontslag heropgenomen. Vanuit het toetsingskader bleek dat er in de medische ontslagbrief geen voorgeschiedenis, sociale status en NTRBR-beleid staat vermeldt (Bijlage 4, Tabel 2).

Het AMO van de patiënt 2.1 is incorrect, onvolledig en niet verstuurd. In Tabel 2 van Bijlage 4 is te lezen dat er geen AMO is verstuurd van patiënt 2.1 (Bijlage 4, Tabel 2). De eigen apotheek kon wel de uitgegeven recepten inzien via het LSP (Bijlage 4, Tabel 2). De nieuw gestarte medicatie was uitgegeven bij de politheek van het ziekenhuis. Het AMO, wat ook inzichtelijk is binnen het MST, gaf alleen als huidige medicatie aan: de nieuw gestarte medicatie. Echter werd de huidige thuismedicatie zoals beschreven in de medische ontslagbrief niet meegenomen in het AMO. Dit alles betekent dat het AMO van patiënt 2.1 incorrect, onvolledig en niet tijdig is.

De verpleegkundige overdracht van patiënt 2.1 is correct, volledig en tijdig verstuurd. De verpleegkundige overdracht werd door de verpleegkundige van de thuiszorg aangemerkt als tijdig, correct en volledig (Bijlage 4, tabel 2). De overdracht is op papier meegegeven aan de patiënt bij ontslag en in dit geval ook digitaal verzonden naar de thuiszorg. De overdracht bevatte alle elementen volgens de geldende richtlijnen en regels (Bijlage 3c).

Ook is er in de verpleegkundige overdracht aandacht voor kwetsbaarheid van de patiënt en zijn er duidelijke aandachtspunten in opgenomen, waar de verpleegkundigen van de thuiszorg op moeten letten: zoals wondzorg en defecatie (Bijlage 3c). Dit maakt dat de overdracht als tijdig, correct en volledig kan worden aangemerkt.

Patiënt 2.2

De medische ontslagbrief van patiënt 2.2 is incorrect, onvolledig, maar wel tijdig verstuurd. De huisarts gaf aan de brief binnen 24 uur na ontslag te hebben ontvangen (Bijlage 4, Tabel 2). De huisarts vertelde echter de brief niet volledig te vinden, omdat er geen informatie in stond ten aanzien van de PA-uitslag² (Bijlage 4, tabel 2). De huisarts gaf aan dat in de brief wel wordt ingegaan op het feit dat de PA is besproken met de patiënt, maar in de brief ontbreekt de PA-uitslag. De huisarts vindt de informatie te summier. De brief bevat echter wel informatie betreffende de PA-uitslag alleen staat deze informatie ergens anders in de brief. (Bijlage 3d). Vanuit het toetsingskader blijkt dat er niet wordt ingegaan op de sociale status van de patiënt. Ook ontbreekt het NTBR-beleid en de voorgeschiedenis. Dit alles maakt dat de informatie wel juist is, maar niet geheel correct en volledig is, omdat de informatie niet overeenkomt met de huidige regels en richtlijnen ten aanzien van de medische ontslagbrief.

Het AMO van patiënt 2.2 is niet verstuurd. De apotheek gaf aan: 'recepten zijn wel aanwezig, maar we hebben geen AMO ontvangen, wat betekent dat er geen ontslagbericht en ontslagmedicatie aanwezig is' (Bijlage 4, tabel 2). De apotheek gaf wel aan de recepten in te kunnen zien via het LSP binnen 24 uur na ontslag. Het AMO wat beschikbaar is binnen het systeem van het MST, laat zien dat de eigen thuismedicatie op het overzicht niet gecontinueerd is, terwijl in de medische ontslagbrief wordt gesproken over continuering van de eigen thuismedicatie (Bijlage 3d). Dit alles betekent dat in het geval van patiënt 2.2 het AMO incorrect, onvolledig en niet is verstuurd is.

De verpleegkundige overdracht van patiënt 2.2 kan worden aangemerkt als onvolledig, incorrect en tijdig. De verpleegkundige van de thuiszorg gaf aan dat de overdracht tijdig, correct en volledig was. De overdracht is ook op papier meegegeven aan de patiënt, waardoor de verpleegkundige tijdens het eerste zorgmoment de overdracht kon inzien en kon meenemen in het zorgplan voor de thuiszorg (Bijlage 4, tabel 2). Naar aanleiding van het toetsingskader kan worden gezegd dat de overdracht correct en tijdig was. Enkel ontbreekt de informatie over de PA-uitslag en de daarbij behorende zorgproblemen die relevant kunnen zijn voor de thuiszorg (Bijlage 3d).

5.2.3 Ontslag naar vervolginstelling

Bij een ontslag naar een vervolginstelling gaat de medische ontslagbrief afhankelijk van nazorginstelling naar de specialist ouderengeneeskunde of huisarts. Voor deze ontslagsituatie zijn wederom twee patiënten gevolgd. De chirurgische patiënt heeft als behandelaar in de eerste lijn een huisarts en de urologische patiënt heeft de specialist ouderengeneeskunde als behandelaar in de eerste lijn.

² PA uitslag: Pathologisch Anatomisch uitslag oftewel weefsel uitslag, waarbij de patholoog anatoom tumorkenmerken bepaalt. Dit kan het behandeladvies van een arts bepalen en kan een prognose over de gezondheid van de patiënt geven.

Patiënt 3.1

De medische ontslagbrief van patiënt 3.1 is incorrect, onvolledig en tijdig. Zoals gebruikelijk bij een ontslag naar een zorginstelling is de medische ontslagbrief met de patiënt meegegeven bij ontslag en was deze tijdig aanwezig volgens de specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde gaf aan de brief correct en volledig te vinden (Bijlage 4, tabel 3). Aan de hand van het toetsingskader blijkt dat de brief geen NTBR-beleid en voorgeschiedenis bevat (Bijlage 3e). Wel gaat de brief in op de sociale status; er wordt namelijk gesproken over beleid dat gezamenlijk met familie tot stand is gekomen. In de brief is een duidelijk advies. In de brief is een duidelijk advies gegeven ten aanzien van verantwoordelijkheden voor de specialist ouderengeneeskunde. Wat opvalt is dat er in de brief wordt gesproken over thuiszorg in plaats van de vervolginstelling waar deze patiënt permanent verblijft.

Het AMO van patiënt 3.1 is incorrect, onvolledig maar wel tijdig verstuurd. Het AMO is verstuurd en is er contact geweest tussen het medicatiepunt en de eigen apotheek over het herstarten van de baxterrol³ (Bijlage 4, tabel 3). De eigen apotheek heeft de dag voor ontslag de recepten ontvangen om op de dag van ontslag te kunnen starten met de baxterrol. Hoewel in dit geval wel een AMO is verstuurd naar de eigen apotheek, kon de eigen apotheek dit niet terugvinden in de mailbox ten tijde van het telefonisch interview. Echter kon het wel de recepten inzien die zijn voorgeschreven en waren doorgestuurd via het LSP (Bijlage 4, tabel 3). De verpleegkundige van de zorginstelling, die het AMO ook heeft ontvangen, gaf aan dat de medicatie mistte op het AMO. Naar aanleiding van dossieronderzoek en aan de hand van het toetsingskader bleek dat op de dag van ontslag de medicatie nog gewijzigd was. Dit terwijl het AMO al een dag voorafgaand aan het ontslag was verstuurd naar de apotheek en naar de verpleegkundige van de vervolginstelling (Bijlage 3e). Dit is ook de gang van zaken, wanneer het medicatiepunt wordt ingeschakeld voor de medicatie-overdracht, zie ook hoofdstuk 2.4.

De verpleegkundige overdracht van patiënt 3.1 was correct, volledig en tijdig. De verpleegkundige van de instelling gaf aan dat de verpleegkundige overdracht aanwezig was tijdens het eerste contactmoment (Bijlage 4, Tabel 3). Ook gaf de verpleegkundige aan geen informatie te missen en de informatie uit de overdracht volledig te vinden (Bijlage 4, Tabel 3). Ook aan de hand van het toetsingskader kan worden gesteld dat de overdracht volledig, correct was en tijdig is verstuurd (Bijlage 3e).

Patiënt 3.2

De medische ontslagbrief van patiënt 3.2 was correct, onvolledig en tijdig verzonden. De brief wordt door de huisarts als correct en volledig beschouwd en daarnaast heeft ze de brief tijdig ontvangen (Bijlage 4, Tabel 3). De huisarts vond dat de brief goed geschreven was. De voorgeschiedenis hoefde niet in de brief van de huisarts, omdat de huisarts de patiënt al langere tijd kent en dus deze informatie al kent. In het geval van deze brief was het voor de huisarts belangrijker dat de brief tijdig was, in plaats van volledig. Naar

³ Baxterrol: een sliert met doorzichtige plastic zakjes, met in ieder zakje precies de medicijnen die een patiënt op een bepaald moment moet innemen, voor een periode van 1-3 weken.

aanleiding van het toetsingskader komt naar voren dat de medische ontslagbrief de sociale status en het NTBR-beleid mist (bijlage 3f). Verder is de brief heel helder in de beschrijving van het probleem, waar de patiënt mee was opgenomen, en welke behandeling heeft plaatsgevonden ten tijde van de opname. Ook neemt de brief naast de minimale eisen ook een huidige medicatielijst op in de brief die correct is (Bijlage 3f).

Voor patiënt 3.2 was het AMO was incorrect, onvolledig en is niet verstuurd. Wel was inzichtelijk voor de eigen apotheek via het LSP, dat er antibiotica was gestart ten tijde van de ontslagdatum. Hierbij gaf de apotheek aan het recept duidelijk te vinden en daarbij kon ze zien dat het recept was uitgegeven door de politheek van het MST. (Bijlage 4, Tabel 3). Na aanleiding van het toetsingskader kwam naar voren dat het AMO enkel de nieuw gestarte medicatie bevatte, maar de thuismedicatie ontbrak, terwijl in de medische ontslagbrief wel werd aangegeven dat de patiënt zijn eigen thuismedicatie moest continueren na ontslag (Bijlage 3f).

De verpleegkundige overdracht van patiënt 3.2 was correct, volledig en niet tijdig verstuurd. Tussen de zorginstelling van patiënt 3.2 en het MST is afgesproken dat de verpleegkundige overdrachten digitaal worden verstuurd via mail. Daarnaast ontvangen ze de overdracht ook op papier wanneer de patiënt wordt opgenomen. Deze gebruiken ze enkel ter controle. In het geval van patiënt 3.2 was er ten tijde van ontslag geen digitale overdracht verstuurd vanuit het MST. De verpleegkundige van de zorginstelling gaf wel aan dat de overdracht op papier aanwezig was bij opname in de zorginstelling. Tot deze conclusie kwam de verpleegkundige na het doorlezen van het verpleegkundig dossier van de patiënt. De verpleegkundige gaf echter aan de verpleegkundige overdracht niet gezien te hebben. Op basis van rapportages uit het verpleegkundig dossier gaf de verpleegkundige aan dat de overdracht correct en volledig was (Bijlage 4, Tabel 3). Aan de hand van het toetsingskader kan worden gesteld dat de overdracht correct, volledig en tijdig is verstuurd. De overdracht is in dit geval tijdig verstuurd, omdat protocollair is vastgelegd dat de verpleegkundige overdracht op papier wordt meegegeven aan de patiënt bij ontslag, over een digitale overdracht wordt niet gesproken in de protocollen van het MST (Bijlage 3f).

5.2.4 Samenvatting onderzoek overdrachten

Wanneer wordt gekeken naar de onderzochte overdrachten dan kan worden geconcludeerd dat bij geen enkele patiënt de overdracht volledig goed gaat. Tabel 4 laat dit goed zien. In onderstaande tabel wordt per onderdeel van de overdracht aangegeven of ze correct, volledig en tijdig waren waarin het toetsingskader en de ervaring van de zorgverlener wordt beschreven.

		Patiënt 1.1		Patiënt 1.2		Patiënt 2.1		Patiënt 2.2		Patiënt 3.1		Patiënt 3.2	
		T	Z	T	Z	T	Z	T	Z	T	Z	T	Z
Medische ontslagbrief	<i>Correct</i>	J	J	N	J	N	-	N	J	N	J	J	J
	<i>Volledig</i>	N	N	N	J	N	-	N	N	N	J	N	J
	<i>Tijdig</i>	J	J	J	J	N	N	J	J	J	J	J	J
Actueel Medicatie overzicht	<i>Correct</i>	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-
	<i>Volledig</i>	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-
	<i>Tijdig</i>	N	N	N	N	N	N	N	N	J	N	N	N
Verpleegkundige overdracht	<i>Correct</i>	N.v.t.		N.v.t.		J	J	N	J	J	J	J	-
	<i>Volledig</i>	N.v.t.		N.v.t.		J	J	N	J	J	J	J	-
	<i>Tijdig</i>	N.v.t.		N.v.t.		J	J	J	J	J	J	J	N

Tabel 4: Resultaten onderzoek overdracht, T=Toetsingskader, Z=Zorgverlener, J=Ja, N=Nee.

5.3 Onderzoeksvraag 2: Welke factoren maken dat in de samenwerking rondom de overdracht van kwetsbare ouderen tussen de zorgverleners van het MST en de samenwerkende zorginstellingen goed of minder goed gaat?

In deze paragraaf wordt met behulp van de verkregen informatie uit de semigestructureerde interviews een antwoord gegeven op de tweede onderzoeksvraag. Hierbij wordt het theoretisch model gevolgd dat is beschreven in hoofdstuk 2.4. Als eerste zal worden ingegaan op doelen en eigen belang. Als tweede wordt ingegaan op formalisatie en als laatste op bestuur. Hierbij worden in de sub-paragrafen steeds de medische ontslagbrief, het AMO en de verpleegkundige overdracht besproken, ook in die volgorde.

5.3.1 Doelen en eigen belang

Vanuit de theorie worden gemeenschappelijke doelen ten aanzien van continuïteit van zorg gezien als het startpunt voor samenwerking. De gezamenlijke doelstellingen kunnen ertoe leiden dat continuïteit van zorg beter gewaarborgd wordt en het nastreven van de doelstelling komt de gezondheid van de patiënt ten goede. Echter bestaat er ook een complex systeem van belangen, doelstellingen die gedeeltelijk overeenkomen met de gezamenlijke doelstellingen, waarbij gekeken moet worden en of onderhandeld moet worden om de gemeenschappelijke doelstelling: in dit geval continuïteit van zorg te waarborgen. Hierbij worden de verschillende onderdelen van de overdracht beschreven, waarbij wordt ingegaan op de doelstellingen en de belangen van de betrokken zorgverleners. De paragraaf sluit af met een samenvatting waarin de vraag wordt beantwoord of de doelstellingen en het eigen belang van de betrokken zorgverleners overeenkomen met de gezamenlijke doelstelling: waarborgen van continuïteit van zorg.

5.3.1.1 De medische ontslagbrief

De huisartsen geven aan dat ze het van belang vinden dat duidelijk in de brief vermeldt staat wat van hem/haar verwacht wordt ten aanzien van de patiënt. Zo geeft Huisarts 1 aan dat een goede medische brief van een kwetsbare oudere dient om de huisarts goed in te lichten over de patiënt. (Bijlage 6a, r34-41). Hierbij benoemd huisarts 1 specifiek dat onder het kopje beleid duidelijk vermeldt moet worden wat er van de huisarts verwacht wordt (Bijlage 6a, r427-429). Huisarts 2 vertelt dat de specialist door middel van de medische ontslagbrief informatie beschikbaar stelt aan de huisarts waarmee de verantwoordelijkheid van de zorg gedeeltelijk of geheel wordt overgedragen aan de huisarts (Bijlage 6b, r255-257). 'Je draagt de patiënt niet over je draagt die verantwoordelijk.... is een gedeelde verantwoordelijkheid, dus eigenlijk is het, wat je overdraagt is dat je informatie ter beschikking stelt. Je stelt die informatie ter beschikking die men invoert rondom de patiënt' (Bijlage 6b r255-257). Daarnaast geeft Huisarts 3 aan dat er in de medische brief moet staan wat er is gebeurd tijdens de opname en hoe de huisarts moet handelen nu de patiënt met ontslag is, waarbij Huisarts 3 conclusie, beleid en medicatie als belangrijkste punten beschouwt van de medische ontslagbrief (Bijlage 6c r.46-47; Bijlage 6c, r254-355). Hierbij geeft de huisarts ook aan dat conclusie steekhoudend moet zijn en beleid bepalend voor de toekomst (Bijlage 6c r.87-89).

Verder worden door de huisartsen verschillende punten benoemd die voor hen van belang zijn. Huisarts 1 geeft aan dat de brief kort en bondig dient te zijn (bijlage 6a, r84-87). De huisarts geeft ook aan dat ten aanzien van de medische brief er veel meningen zijn, mede door de hoeveelheid disciplines (Bijlage 6a, r456-457). Huisarts 2 geeft aan dat

wanneer een brief ontbreekt er een zorgvacuüm ontstaat (Bijlage 6b, r75-81). Huisarts 2 geeft verder aan dat tijdigheid belangrijk is, voornamelijk bij kwetsbare ouderen, omdat de huisarts bij deze patiëntencategorie graag zo spoedig mogelijk op huisbezoek wil na ontslag uit het ziekenhuis (Bijlage 6a, r20-26). Huisarts 3 zegt dat hij geholpen wordt, wanneer er goede dossiervoering is, al geeft de huisarts aan dat de specialisten in diens optiek schrijven voor de eigen dossiervoering (Bijlage 6c. r.71-73, r.110). Voor de huisarts moet een brief makkelijk en snel leesbaar zijn, wat bij chirurgie vaak wel is, maar ook inherent is aan chirurgie. Dit is omdat de huisarts aangeeft per dag 15-30 brieven van medisch specialisten te moeten lezen (bijlage 6c r.89).

De specialisten ouderengeneeskunde geven beiden aan het van belang te vinden dat de brief kloppend en tijdig aanwezig is. Beiden geven aan het belangrijk te vinden dat de brief tijdig aanwezig is, wat betekent dat de ontslagbrief aanwezig is op het moment van opname van de patiënt in de nazorginstelling (Bijlage 6d r.221, 223; Bijlage 6e, r350-354). Daarnaast vindt specialist ouderengeneeskunde 1 dat een medische ontslagbrief kort en bondig moet zijn, waarin duidelijk vermeld is wat het beleid is (Bijlage 6d, r161-169). Ook geeft specialist ouderengeneeskunde 2 aan dat de medische ontslagbrief moet kloppen en dat de belangrijke dingen erin moeten staan: dus bijvoorbeeld niet alleen dat een patiënt een longcarcinoom heeft, maar ook welke stadiering van de ziekte de patiënt heeft (Bijlage 6e r342-349).

De specialisten ouderengeneeskunde vertellen het belangrijk te vinden dat de medische brief naast de zorg rondom de behandeling die heeft plaatsgevonden ook informatie bevat rondom de algehele gezondheidssituatie van de patiënt. Beide specialisten geven aan dat de verwachtingen anders zijn en dit betreft de generalistische kijk van de specialist ouderengeneeskunde tegenover de specialistische kijk van de specialist in het ziekenhuis (Bijlage 251-224; Bijlage 6e r357-363). Beide specialisten zouden graag in de brief niet alleen informatie willen ten aanzien van de plaatsgevonden behandeling en beleid daaromtrent, maar ook informatie omtrent de algehele gezondheidssituatie (Bijlage 251-224; Bijlage 6e r357-363). Specialist Ouderengeneeskunde 1 geeft aan dat de huidige medische ontslagbrieven vanaf de urologie en chirurgie hier niet aan voldoen (Bijlage 6e, r153-165). Voor beide specialisten ouderengeneeskunde geldt, dat wanneer de brieven niet voldoen, dit betekent dat ze de informatie op andere wijze moeten verkrijgen, zoals de intake, de verpleegkundige overdracht. Dit kost tijd en kan ook negatieve impact hebben op de zorg die zij aan de patiënt leveren (Bijlage 6e, r40-42).

De arts-assistent en de verpleegkundig specialist geven aan als doel van de medische brief, dat de medische ontslagbrief de behandeling beschrijft, met het beleid en de verantwoordelijkheden die worden overgedragen aan de huisarts, waarbij alles kort en bondig wordt beschreven. De arts-assistent van de urologie geeft aan dat de brief de volgende doelstellingen heeft: dat het vertelt welke zorg is die de urologie nog moet bieden, wat het verdere beleid is, of de patiënt nog terug dient te komen en wat verder nog binnen de verantwoordelijkheid van de urologie valt (bijlage 6f r5-12). De verpleegkundig specialist geeft aan het doel van de ontslagbrief is om de huisarts middels een kort en bondige brief in te lichten 'zo kort mogelijk, zo duidelijk mogelijk de huisarts informeren over wat er zich in het ziekenhuis heeft afgespeeld' (Bijlage 6g, r5-6). Ze geeft aan voor ogen te houden wat de huisartsen nodig hebben aan informatie en daarbij niet specifiek in te gaan op kwetsbaarheid, behalve als zij dit van belang acht voor de huisarts (Bijlage 6g r15-23). De art-assistent zegt, de brief ook zo kort en bondig mogelijk te

houden, doordat hij meerdere op een dag moet schrijven en soms ook uit gemakzucht en omdat hij vindt dat de verwijsbrieven die hij van de huisarts krijgt ook niet voldoen aan de eisen van een goede verwijsbrief (Bijlage 6f, r151-154). Zo beschrijft hij in de brief geen NTRB en voorgeschiedenis (Bijlage 6f, r.122-127). Hij tracht wel aandacht te geven aan kwetsbaarheid (Bijlage 6f, r128-132).

5.3.1.2. Het Actueel Medicatie Overzicht

De apotheker vanuit het MST geeft aan dat een overdracht een compleet overzicht moet zijn voor de volgende schakel in de keten om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen. Zo vertelt ze 'het medicatie overzicht compleet hebben, wat gebruikt de patiënt nu omdat dan de volgende in de keten daar gebruik van maakt' (Bijlage 6p, r23-24). Wanneer het niet compleet is dan kost het tijd dit op te lossen (bijlage 6p, r28-33). De apotheker geeft aan dat continuïteit van zorg niet wordt gewaarborgd omdat de artsen niet meewerken en weigeren een medicatie-overzicht te sturen (Bijlage 6p r58-58). Hierbij geeft ze ook aan dat apothekers en huisartsen het AMO niet verwerken (Bijlage 6p, r28-33). De apotheker vanuit de eerste lijn geeft aan dat het AMO er is om de continuïteit van zorg te waarborgen van de kwetsbare patiënt. Zo geeft ze aan dat ontslag een kritiek punt is in verband met de zorgvraag van de kwetsbare oudere en daarmee de AMO belangrijk is om de continuïteit van zorg te waarborgen (Bijlage 6q, r32;r44;r65).

Ik denk dat het ook echt bijdraagt aan de continuïteit van die zorg dus enerzijds het actueel maken van het overzicht van die patiënt op dat moment waar die patiënt dan vervolgens ook de die patiënt opgenomen is geweest wat per definitie vaak een complexe situatie is en waarbij veel wijzigingen plaats hebben gevonden. Ik zou graag dan die patiënt vervolgen en wellicht in de het afleveren wellicht na een aantal weken ook nog eens contact met de patiënt van goh hoe gaat het nou en meer intensieve begeleiden eigenlijk in De wijzigingen die hebben plaats gevonden denkt misschien dat dat misschien ook meer gezien moet worden (bijlage 6q, r. 212-219).

Daarnaast geeft de apotheker uit de eerste lijn aan dat het AMO voor de apotheker van belang is om twee redenen: controle en signalering. Controle, omdat het de apotheek de mogelijkheid geeft de medicatie te controleren op fouten, contra-indicaties en doseringen. Ook signalering zodat wanneer er een patiënt komt om zijn thuismedicatie bij de apotheek op te halen, bij dit contact extra aandacht wordt gegeven aan de gewijzigde situatie omdat zoals de apotheker aangeeft dit een kritisch moment is, met veel wijzigingen, informatie voor de patiënt (Bijlage 6q, r16-18 r32, r51-53). Ook geeft de apotheker uit de eerste lijn aan afhankelijk te zijn van de voorschrijver en de wijze waarop de specialist/arts de medicatie voorschrijft (Bijlage 6q, r331-334).

Ten aanzien van het AMO geven zowel de arts-assistent en de verpleegkundig specialist aan dit niet te versturen. Ze zijn op de hoogte van de werkwijze ten aanzien van de medicatie-overdracht bij kwetsbare ouderen, waarbij ze het medicatiepunt moeten inschakelen. Ze is echter niet op de hoogte van het bestaan van het AMO, maar alleen van medicatie uitwisseling via het LSP en dat de politheek een medicatieoverzicht verstuurt naar de eigen thuisapotheek waarvan het ontslag gaat via het medicatiepunt (Bijlage 93-97). De verpleegkundig specialist geeft aan dat de werkwijze van het medicatiepunt voor medicatieverificatie voelt als extra werk, in vergelijking van de vroegere werkwijze, waarbij voor haar meer werk uit handen werd genomen en ook een deel medicatiebeoordeling werd gedaan (Bijlage 6g r133-136). Beide zorgverleners richten zich op de medische ontslagbrief, waarin voor hen de belangrijkste ontslagmedicatie

vermeld wordt. De verpleegkundig specialist benoemt hierbij alle ontslagmedicatie. De arts-assistent benoemt enkel de ontslagmedicatie relevant na de behandeling die heeft plaatsgevonden. Verder geeft ze aan dat een medicatielijst vanuit het programma lastig is te kopiëren naar de medische ontslagbrief (Bijlage 6g r72-75). Verpleegkundige 2 geeft ten aanzien van het medicatie-overzicht aan, dat dit sporadisch met de patiënt meekomt, maar ze gebruiken voor de zorg enkel het overzicht dat zij krijgen van de apotheek van de patiënt (Bijlage 6j, r133-140).

5.3.1.3. De verpleegkundige overdracht

Verpleegkundigen vanuit de eerste lijn geven verschillende punten aan die zij belangrijk vinden aan de verpleegkundige overdracht. De verpleegkundigen vanuit de zorginstelling geven aan dat de overdracht de medische behandeling moet bevatten, zorgvraag en bijzonderheden (Bijlage 6h, r8-11). Ze missen regelmatig specifieke zorg rondom catheterzorg, stoma en wondzorg (Bijlage 6h r8-11). Voor verpleegkundige 1 van de thuiszorg dient de overdracht volledig en kloppend te zijn (Bijlage 6i, r71-85). Hierbij benoemt ze heel specifiek ook de behandeling: 'Wat dan aan echt aan behandeling is gebeurd, of vind ik wel belangrijk, voor het beeld wat er is gebeurd en wat iemand dan voor zorg nodig heeft'(Bijlage 6i, r71-85). De verpleegkundige zou graag zien dat er ook ingespeeld zou worden op de thuissituatie, maar de verpleegkundige geeft aan dat het ziekenhuis geen zicht heeft op de thuissituatie (Bijlage 6i, r83-85). Hierbij geeft de verpleegkundige aan dat de medische ontslagbrief en het medicatie-overzicht ook gewenst zijn, omdat zoals de verpleegkundige aangeeft 'dan weet ik wat er echt is gebeurd' (Bijlage 6i, r175-179). Ze vertelt verder dat het voor de verpleegkundigen van het MST moeilijk is om een goed beeld te schetsen in de overdracht, als de patiënt maar twee dagen op de afdeling heeft gelegen, waardoor de verpleegkundige overdracht niet altijd kloppend is (Bijlage 6i, r353-357). Voor de verpleegkundige 2 van de thuiszorg moet de overdracht alle informatie bevatten omtrent de zorgvrager: 'Een overdracht is informatievoorziening, alle informatie omtrent de zorgvragen, of dat medicatie is, materialen, inlichtingen van mantelzorgers, andere instanties' (Bijlage 6j, r109-111). Verder geeft de verpleegkundige aan dat een goede overdracht ertoe kan bijdragen dat een patiënt niet meer terugkomt in het ziekenhuis (Bijlage 6j, r181-182). De verpleegkundige geeft ook aan dat het ziektebeeld voor de thuiszorg op 2 komt en de mens op 1 in vergelijking met het ziekenhuis 'longprobleem versus patiënt' (Bijlage 5j, r114-115). Verpleegkundige 3 en 4 van de thuiszorg geven tijdens een gezamenlijk interview aan dat de overdracht de behandeling en de zorg, die de patiënt nodig heeft, moet bevatten. De verpleegkundigen zouden graag zien dat er in de overdracht wordt ingegaan op de specifieke zorg die de patiënt heeft gekregen (Bijlage 6k, r220-223). Hierbij vertellen ze dat de overdracht extra belangrijk is bij een kwetsbare oudere, omdat deze niet altijd goed kan vertellen welke zorg hij/zij nodig heeft (Bijlage 248-249).

De overdracht begint voor de verpleegkundigen uit de eerste lijn al bij de eerste aanmelding via de zorgbemiddelaar. Verpleegkundige 2 van de thuiszorg geeft aan dat de overdracht al begint bij het pre-advies en de zorgvraag vanuit het transferbureau van het MST (Bijlage 6j, r90-99). Ook verpleegkundige 3 geeft aan dat de overdracht begint bij het pre-advies en dit is voorkennis voor de latere verpleegkundige overdracht (Bijlage 6k, r15-19). Echter geeft verpleegkundige 3 het pre-advies niet als overdracht te zien, maar enkel als informatie voor de indicatiestelling, terwijl de andere verpleegkundige aangeeft de informatie te gebruiken voor het zorgplan en de indicatie (Bijlage 6k, r75-76; r421-423).

De verpleegkundigen vanaf de afdeling E4 geven aan dat de verpleegkundige overdracht duidelijkheid verschaft ten aanzien van de zorgvraag die door de eerste lijn moet worden geboden. Verpleegkundige 1 van het MST geeft aan dat het doel van de overdracht voor haar betekent dat de zorg op een goede manier wordt voorgezet en je een zo goed mogelijke overgang hebt van het ziekenhuis naar de thuissituatie. Hierbij zegt zij: 'Dat je een zo mooi mogelijke overgang hebt, zeg maar, van het ziekenhuis naar de thuissituatie. Dus dat zij ook weten wat hier is gebeurd en wat de opnamereden is geweest en dat ze thuis door kunnen gaan met de behandeling. In ieder geval dat die patiënt weer helemaal zelfstandig wordt. De zorg voortzetten op een goede manier' (Bijlage 5l, r.58-59; Bijlage 6l, r15-18). Verpleegkundige 3 geeft aan dat de overdracht de continuïteit van zorg moet waarborgen, waarbij deze verpleegkundige aangeeft dat voor haar het voorkomen van functieverlies bij kwetsbare ouderen ook belangrijk is (Bijlage 5n, r17-20). Verpleegkundige 4 geeft aan dat het doel van de overdracht is dat de thuiszorg zo goed mogelijk kan aansluiten op de zorg die gegeven is het ziekenhuis en op de hoogte is van de zorgvraag ten aanzien van ADL, maar ook op de hoogte is van bijzonderheden (Bijlage 6o, r20-25). Hierbij geeft de verpleegkundige ook aan dat het beschrijven van de behandeling belangrijk is in de overdracht (Bijlage 6o, r144-156). Deze verpleegkundige geeft echter wel aan dat tijdsdruk en complexiteit van de casus invloed heeft op het behalen van dit doel en de uiteindelijke kwaliteit van de overdracht (Bijlage 6o, 31-34; r110-111). Verder geeft ze aan dat haar ervaring als thuiszorgverpleegkundige een andere blik op de overdracht heeft gegeven, echter gebruikt ze deze op dit moment niet of onvoldoende (Bijlage 6o, r158-159). Hierbij geeft ze als voorbeeld aan het schrijven in gewone taal en niet het gebruik van vaktermen. Ook het ingaan op de huidige situatie bij ontslag en niet op wat moet gebeuren, omdat dit volgens haar meer de rol is van de thuiszorg (Bijlage 6o 233-239).

Verder geven de individuele verpleegkundigen daarnaast allen nog een ander punt aan die van belang zijn voor hen wanneer zij een overdracht schrijven: zoals de holistische blik op de patiënt, begrijpelijk zijn, functieverlies voorkomen en duidelijk beschrijven van de plaatsgevonden behandeling (Bijlage 5n, r17-20). Dit geven ze aan in de eigen functie als verpleegkundige met als aandachtsgebied de geriatrische patiënt. Hierbij geeft verpleegkundige 1 van het MST aan dat de holistische blik op de patiënt belangrijk is om te verwerken in de overdracht (Bijlage 6l, r.36). Verpleegkundige 2 geeft aan: 'dat het duidelijk wordt voor de verpleegkundigen, verzorgenden of wie dan ook waar de patiënt naar toe gaat, thuiszorg, verpleeghuis, wat voor patiënt het is en wat aan zorgvraag verwacht wat ze moeten doen en waarom heeft de patiënt in het ziekenhuis gelegen, dat heeft eigenlijk mijn hoofddoel' (Bijlage 6m, r38-42). Verder geeft verpleegkundige 2 aan dat de overdracht begrijpelijk geschreven moet worden (Bijlage 6m, r38-42). Ook geeft de verpleegkundige aan dat het aanmeldformulier voor haar geen overdracht is (Bijlage 6m, r81-85).

5.2.2.4 Samenvatting resultaten doelen en eigen belang

In deze paragraaf wordt een samenvatting gegeven van de bovenstaande resultaten. In tabel 4 wordt een overzicht gegeven van de genoemde doelstellingen en belangen van de artsen wanneer er wordt gesproken over de medische ontslagbrief.

	Belangen en doelstellingen t.o.v. continuïteit van zorg	Neutrale belangen en doelstellingen t.o.v. continuïteit van zorg	Overige/teggengestelde belangen en doelstellingen T.o.v. continuïteit van zorg
Huisartsen	<ul style="list-style-type: none"> - Weten wat beleid is/hoe te handelen na ontslag - Verantwoordelijkheid overdragen - Tijdig 	Kort Bondig	<ul style="list-style-type: none"> - ‘Wordt brief wel voor de huisarts geschreven?’
Specialist ouderengeneeskunde	<ul style="list-style-type: none"> - Tijdig - Volledig - Beleid - Verantwoordelijkheden - Gezondheidssituatie van de kwetsbare oudere 	Kort Bondig	<ul style="list-style-type: none"> - Niet alleen behandeling en verantwoordelijkheden, maar ook algehele gezondheidssituatie van kwetsbare oudere.
Arts-assistent MST	<ul style="list-style-type: none"> - Beleid en verantwoordelijkheden overdragen - Tijdig 	Kort Bondig	<ul style="list-style-type: none"> - Tijdsdruk - ‘Wij krijgen geen goede verwijsbrief, dus waarom zou ik een goede ontslagbrief schrijven?’
Verpleegkundig specialist MST	<ul style="list-style-type: none"> - Beleid en verantwoordelijkheden overdragen - Tijdig 	Kort Bondig	

Tabel 5: Doelen en eigen belang medische ontslagbrief

De huisartsen uit de eerste lijn geven allen aan belang te hebben bij een brief die duidelijk maakt wat het beleid is, zodat de arts weet hoe te handelen na ontslag. Daarbij worden door twee huisartsen benoemd dat zij in verband met de hoeveelheid brieven die zij dagelijks krijgen, de brief kort en bondig mag zijn. Ook geeft één huisarts aan dat door de hoeveelheid zorgverleners de meningen over een ‘goede’ medische ontslagbrief verdeeld zijn, waarbij deze huisarts het idee heeft dat de medische ontslagbrief wordt geschreven voor het eigen dossier en niet om de huisarts op een goede wijze in te lichten.

Kijkend naar de belangen van de specialist ouderengeneeskunde, dan komen dezelfde belangen naar voren als voor de huisartsen. Hierbij is ook van belang dat de informatie, die zij nodig hebben om goede zorg te kunnen verlenen, meer moet bevatten dan alleen

informatie omtrent de behandeling die heeft plaatsgevonden. De specialist ouderengeneeskunde zou graag ook informatie willen zien ten aanzien van de algehele gezondheidssituatie. Dit ontbreekt vaak bij de brieven van de urologie en chirurgie

Kijkend naar de belangen van zorgverleners uit het MST komt naar voren dat de doelstellingen die zij hebben ten aanzien van de medische overdracht grotendeels gelieerd zijn aan patiënten-uitkomsten, maar ook eigen belang speelt een rol. Zo komt naar voren dat zij het belangrijk vinden dat door middel van een kort en bondige brief de huisarts/specialist ouderengeneeskunde ingelicht wordt over het beleid en de verantwoordelijkheden die worden overgedragen. Echter de arts-assistent geeft aan dat tijd van invloed is op de kwaliteit van de overdrachten.

Uit de informatie zoals hierboven beschreven komt naar voren dat er diverse doelstellingen en belangen zijn ten aanzien van de medische ontslagbrief. Dit komt overeen met de stelling dat waar meerdere zorgverleners samenwerken er altijd meerdere (tegengestelde) belangen en doelstellingen aanwezig zijn (d'Amour et al., 2008). De tegenstellende belangen komen het sterkst naar voren bij de arts-assistent en specialist ouderengeneeskunde. Bij de arts-assistent omdat deze aangeeft niet altijd een volledige medische ontslagbrief te sturen door tijdsdruk, maar ook omdat zijn belang ten aanzien van een goede verwijsbrief door de huisarts niet wordt waargemaakt. Voor de specialist ouderengeneeskunde omdat die niet alleen het beleid wil weten na aanleiding van de ingreep die heeft plaats gevonden in het ziekenhuis, maar ook informatie omtrent de algehele gezondheidssituatie willen weten. Met als doel zodoende goede zorg te kunnen leveren.

	Belangen en doelstellingen t.o.v. continuïteit van zorg	Overige/tegengestelde belangen en doelstellingen T.o.v. continuïteit van zorg
Apotheker eerste lijn	<ul style="list-style-type: none"> - Volledig, tijdig - Signaalfunctie - Controle functie 	<ul style="list-style-type: none"> - Afhankelijk van de voorschrijver MST - Eigenwijze apothekers: veel verschillende meningen
Apotheker MST	<ul style="list-style-type: none"> - Compleet voor de volgende schakel 	<ul style="list-style-type: none"> - Afhankelijk van de voorschrijver
Voor-schrijver/ artsen	<ul style="list-style-type: none"> - Goed voorschrijven ontslagmedicatie 	<ul style="list-style-type: none"> - AMO is niet mijn verantwoordelijkheid bij een kwetsbare oudere, maar van de apotheek of de verpleegkundige, enkel medicatie overdracht in de medische ontslagbrief

Tabel 6: Doelen en eigen belang AMO

Kijkend naar het belang van de apothekers ten aanzien van het actueel medicatie-overzicht dan komt naar voren dat het belang van de apotheker ten aanzien van het AMO gelieerd is aan de patiënten-uitkomsten, middelen-acquisitie maar ook legitimiteit van de zorgverlener. Dit blijkt uit de informatie verkregen uit de interviews. De apotheker geeft namelijk aan dat het AMO continuïteit van zorg kan waarborgen, maar ook de apotheker van informatie voorziet, die ze op andere wijze niet kan verkrijgen dan door het AMO en ook geeft het de apotheker de informatie om goede zorg te leveren aan de kwetsbare oudere, wanneer deze bij de apotheek langskomt. Dit komt ook naar voren bij de

apotheker uit het MST, die eveneens stelt dat het AMO de continuïteit van zorg moet waarborgen. Echter ook hier speelt middelen-acquisitie een rol. Namelijk om continuïteit van zorg te waarborgen als apotheker van het MST is er informatie nodig van de voorschrijver. Dikwijls ontbreekt deze informatie, waarmee ook de legitimiteit van de apotheker uit het MST kan worden ondermijnd, omdat het voor hen niet mogelijk is een goed AMO te versturen. Echter kijkend naar de artsen van het MST dan komt naar voren dat er ten aanzien van het AMO geen doelstellingen bestaan. Ze vinden het niet de verantwoordelijkheid van de arts om dit versturen, mede omdat ze niet op de hoogte zijn van hun verantwoordelijkheid, maar ook omdat ze de medicatie-overdracht middels de medische ontslagbrief doen. Ze kennen enkel de verantwoordelijkheid ten aanzien van een medicatie-overdracht door het inschakelen van het medicatiepunt bij een ontslag voor kwetsbare ouderen. Dit kost hen tijd en levert weinig op. Uit de verkregen informatie komt naar voren dat de doelstellingen en het belang van de apotheker uit de eerste lijn en het MST grotendeels overeenkomen. Kijkend naar de voorschrijver, waarvan de apothekers afhankelijk zijn ten aanzien van het AMO, dan komen gezamenlijke doelstellingen naar voren, namelijk een goede medicatie-overdracht. Er komen ook duidelijk tegengestelde belangen naar voren, namelijk wie draagt verantwoordelijkheid voor een goed actueel medicatie-overzicht en wat houdt een goede medicatie-overdracht in?

	Belangen en doelstellingen t.o.v. continuïteit van zorg	Neutrale belangen en doelstellingen t.o.v. continuïteit van zorg	Overige/tegengestelde belangen en doelstellingen T.o.v. continuïteit van zorg
Verpleegkundigen eerste lijn	<ul style="list-style-type: none"> - Behandeling - Thuisituatie - Duidelijke zorgvraag en beschrijving bij wonden/stoma en catheterzorg - 	<ul style="list-style-type: none"> - makkelijk leesbaar 	<ul style="list-style-type: none"> - Overdracht begint bij het pre-advies - Holistische blik - Overdracht is meer dan alleen de papieren overdracht
Verpleegkundigen MST	<ul style="list-style-type: none"> - Behandeling - Zorgvraag in de thuisituatie 	<ul style="list-style-type: none"> - makkelijk leesbaar 	<ul style="list-style-type: none"> - Voorkomen functieverlies - Holistische blik

Tabel 7: Doelen en eigenbelang verpleegkundige overdracht

De belangen van de verpleegkundigen zijn grotendeels belangen gelieerd aan patiëntenuitkomsten, maar ook legitimiteit. Bij de verpleegkundige overdracht komt naar voren dat de verpleegkundigen vanuit de eerste lijn ten aanzien van de verpleegkundige overdracht het van belang vinden dat de overdracht zowel behandeling als de daarbij behorende zorgvraag bevat op het moment van ontslag. Dit zodat ze goede zorg kunnen verlenen aan de patiënt. Echter zij geven allen een net andere prioriteit aan verschillende onderdelen van de overdracht. Zo vindt de één het belangrijk dat de behandeling goed is beschreven, terwijl de ander meer waarde hecht aan de thuisituatie van de patiënt. Ook geven de verpleegkundigen aan dat voor hen de overdracht begint bij het pre-advies en de overdracht meer is dan alleen de verpleegkundige overdracht die op papier wordt meegegeven door de patiënt.

Wanneer gekeken wordt naar de doelstellingen van de verpleegkundigen van het MST, dan komt naar voren dat ook zij het belangrijk vinden dat er goede patiëntenzorg wordt geleverd aan de patiënt en de doelstellingen zijn allen gelieerd aan de waarborgen van continuïteit van zorg. Echter komt ook naar voren dat de verpleegkundigen ook andere doelstellingen hebben die alhoewel gelieerd zijn aan de continuïteit van zorg, erg specifiek zijn, zoals de voorkoming van functieverlies bij een kwetsbare oudere. Uit de informatie verkregen uit de interviews komt naar voren dat de belangen en doelstellingen van zowel de verpleegkundigen uit de eerste lijn en verpleegkundigen uit het MST voor een gedeelte met elkaar overeenkomen en goede patiëntenzorg promoten. Er zijn ook verschillen. Dit omdat blijkt dat de definitie van goede informatie voor de verpleegkundigen van de eerste lijn en de verpleegkundigen van het MST verschillen. Bij de verpleegkundigen van het MST ligt de nadruk op de behandeling en zorgvraag na aanleiding van de opname, terwijl bij de verpleegkundigen vanuit de eerste lijn de nadruk ligt op de holistische kijk op de patiënt en begint de overdracht voor hen al bij het pre-advies. Al zijn de verpleegkundigen uit het MST wel van op de hoogte en proberen ze daar aandacht aan te geven.

5.3.2. Formalisatie

Vanuit de theorie is formalisatie een belangrijke methode om helderheid en duidelijkheid te verkrijgen over de verschillende verantwoordelijkheden van de zorgverleners en hoe deze worden gedeeld tussen de zorgverleners ten aanzien van de overdracht. De aanwezigheid en of afwezigheid kan betekenen dat samenwerking rondom de overdracht goed en of minder goed gaat. Dit geldt ook voor de aanwezigheid van een informatiestructuur, welke toestaat dat er een snelle en complete overdracht plaatsvindt tussen het MST en de overige instellingen. Hieronder wordt ingegaan op formalisatie naar aanleiding van de interviews met de betrokkenen. Als eerste wordt ingegaan op de medische ontslagbrief, waarna het AMO en de verpleegkundige overdracht worden besproken met een samenvatting als afsluiting.

5.3.2.1. De medische ontslagbrief

De huisartsen geven aan dat per specialisme en zorgvrager het format van de medische ontslagbrief kan verschillen. Dit wordt door hen als normaal beschouwd, omdat de informatie die in een ontslagbrief dient te staan kan verschillen per specialisme. De brief wordt verder digitaal ontvangen. Huisarts 1 geeft aan dat de verschillende specialisten verschillende formats gebruiken voor de medische ontslagbrief (Bijlage 6a, r220-228). Hierbij geeft de huisarts aan dat verwerking van de brief afhankelijk is van de kwetsbaarheid van de patiënt (Bijlage 6a r.220-228). De huisartsen geven aan dat de brief op digitale wijze wordt ontvangen (Bijlage 6b. r281-282;Bijlage 6c r.168). De digitale systemen zijn alleen niet op zo'n manier op elkaar aangesloten om bijvoorbeeld meer gegevens uit te wisselen dan alleen de medische ontslagbrief (Bijlage 6a, r67-68). Huisarts 3 geeft aan dat het format van de chirurgie duidelijk is (Bijlage 6c r38-41).

De specialisten ouderengeneeskunde uit de eerste lijn geven aan dat zij de medische ontslagbrief op papier ontvangen op het moment dat de patiënt wordt opgenomen in de zorginstelling. De medische ontslagbrief is onderdeel van de overdracht die ook bestaat uit het medicatie-overzicht en de verpleegkundige overdracht. Specialist ouderengeneeskunde 1 geeft aan dat het niet mogelijk is voor het MST om de medische ontslagbrief op digitale wijze naar de specialist ouderengeneeskunde te versturen. Dit komt doordat het niet mogelijk is in het digitale systeem van MST (X-care) om de

specialist ouderengeneeskunde als hoofdbehandelaar aan te merken in de eerste lijn (Bijlage 6d r.47-49). Verder geven de specialisten ouderengeneeskunde beiden aan dat de brief qua opzet prima is. Wel mist vaak het NTBR beleid (Bijlage 6e, r195-200).

De verpleegkundig specialist en arts-assistent vanuit het MST gebruiken een zelfgekozen format voor de brief en zijn niet op de hoogte van het format van de kwetsbare oudere. De arts-assistent geeft aan één format te gebruiken, waarbij hij de voorgeschiedenis weglaat en geen NTBR-beleid in de brief vermeldt. (Bijlage 6f, r.127-128). De arts-assistent is niet de op de hoogte van het bestaan van een format brief voor de kwetsbare oudere (Bijlage 6f, r.33-35). De verpleegkundig specialist vertelt tijdens het interview dat ze een standard format gebruikt met verschillende keuzemogelijkheden en dit zelfs ten dele heeft ontwikkeld ten tijde van haar opleiding om zodoende niets te vergeten (Bijlage 6g r27-31). Verder geeft ze aan geen aandacht aan kwetsbaarheid te geven in de brief. (Bijlage 6g r33-35). Daarnaast geeft de verpleegkundig specialist aan niet op de hoogte te zijn van het format betreffende ontslag naar vervolginstellingen (oftewel kwetsbare ouderen) want dit staat niet in X-care (Bijlage 6g r39-41). Er bestaan namelijk diverse formats voor medische ontslagbrieven en deze verschillen per specialisme. De verpleegkundig specialist geeft aan dit format nog nooit te hebben gezien (Bijlage 6g r47-54).

Ten aanzien van de uitwisseling van de overdracht vertelt de verpleegkundig specialist dat de medische ontslagbrief naar de huisartsen op digitale wijze wordt verstuurd. Dit gebeurt in samenspraak met het secretariaat van de chirurgie, waarbij de verpleegkundig specialist de brief definitief maakt en de brief door het secretariaat verzonden wordt naar de huisarts (Bijlage 6g r202-208, r93-97). In het geval van een overname naar een vervolginstelling gaat de medische ontslagbrief nog op papier mee met de patiënt ten tijde van ontslag. De verpleegkundig specialist is hiervan op de hoogte. Echter de arts-assistent benoemt dat hij er pas achter kwam op de dag van ontslag van een patiënt die naar een verpleeghuis ging, dat de brief op papier met de patiënt mee moest (Bijlage 6f, r.212-213).

5.3.2.2. Het Actueel Medicatie Overzicht

Ten aanzien van het AMO geeft de apotheker vanuit het MST aan dat er protocollen aanwezig zijn en dat het versturen van het AMO digitaal gaat (Bijlage 6p, r33). Voor het versturen van het AMO voor de kwetsbare oudere is er de mogelijkheid om het medicatiepunt in te schakelen, dit wordt volgens de apotheker alleen onvoldoende gedaan (Bijlage 6p, r45-52). De apotheker geeft aan dat dit komt door de onwetendheid van de artsen of omdat artsen dit gewoon zelfstandig doen (Bijlage 6p, r45-52). Het versturen van het AMO gaat digitaal, via mail en/of fax. Het huidige voorschriftsysteem (TDR) voorziet niet in het automatisch digitaal verzenden van het AMO en dit moet dus handmatig worden verstuurd via de mail/zziver⁴ (Bijlage 6p r322-328). Daarnaast moeten de artsen veel handelingen doen om een medicatie-overdracht te maken en daarna op te sturen (Bijlage 6p 142-153). Ook is de uitwisseling van het AMO lastig door de verschillende ICT-systemen van de apothekers en huisartsen, waardoor ze zijn aangewezen op uitwisseling via de mail/zziver (Bijlage 6p r110-112). Iedere apotheek verwerkt deze overdracht op zijn eigen manier (Bijlage 6p, r114-116). Recepten kunnen wel digitaal worden verzonden en zijn via het LSP voor alle artsen in zowel de eerste lijn

⁴Beveiligde mail

als de tweede lijn in te zien (Bijlage 6p, r322-328). Van recepten die via de politheek gaan stuurt de politheek via LSP een overzicht. Ze sturen alleen niet structureel een AMO door naar de eigen apotheek, al zijn ze daar sinds kort wel mee begonnen volgens de apotheker van het MST (Bijlage 6p, r53-55).

De apotheker vanuit de eerste lijn geeft aan dat er op dit moment vrijwel nooit een AMO wordt opgestuurd na het ontslag van een kwetsbare oudere uit het MST. Over het AMO bestaat een duidelijk format volgens de apotheker uit de eerste lijn (Bijlage 6q r20-26). Echter geeft de apotheker aan dat deze richtlijn niet wordt opgevolgd (Bijlage 6q r310-313). Recepten worden via het LSP gedeeld en dat is inzichtelijk voor zowel de apothekers, artsen in het ziekenhuis en de huisartsen uit de eerste lijn (Bijlage 6q r92-97). Het AMO wordt niet gedeeld door de politheek van het MST, de politheek voorziet alleen in de verwerking van mutaties en stoprecepten via het LSP (Bijlage 6q r92-97). Sinds de invoering van een nieuw voorschrijfsysteem een aantal jaren terug in het MST, waarmee recepten digitaal kunnen worden verstuurd, wordt het AMO niet meer structureel verstuurd (Bijlage 6q, r92-97). Er bestaan dus twee systemen naast elkaar; LSP en het AMO (Bijlage 6q r212-219). Wanneer de apotheker spreekt over het AMO en wat zij verwacht van een AMO, blijkt dat dit overeenkomt met de geldende richtlijnen en normen (Bijlage 6q, r20-26).

Verschillende artsen geven aan dat er geen eenduidige werkwijze is ten aanzien van medicatie-overdracht. Huisarts 1 geeft aan dat de ontslagrecepten vaak via de politheek gaan, waar ze geen overzicht van krijgen, en is de uitgifte van de recepten enkel te zien binnen LSP (bijlage 6a, r157-168). Er bestaan verschillende systemen ten aanzien van medicatie-uitwisseling, wat goede uitwisseling van een AMO mede lastig maakt, naast het feit dat er geen afspraken bestaan over het uitwisselen van een actueel medicatie-overzicht in de regio (Bijlage 6c r216-221). De specialisten ouderengeneeskunde geven aan dat wanneer er een actueel medicatie-overzicht wordt meegestuurd dit veel dubbele informatie bevat en dat het veel tijd kost om dit overzicht goed door te nemen (Bijlage 6d, r108-111).

De verpleegkundig specialist is op de hoogte van het werkwijze medicatieverificatie voor ontslag bij een kwetsbare oudere (Bijlage 6g r133-136). De verpleegkundig specialist geeft ook aan zich aan deze werkwijze te houden en bij een ontslag van een kwetsbare oudere het medicatiepunt in te schakelen. Daarnaast is ze is niet op de hoogte van het bestaan van het AMO, maar alleen van medicatie uitwisseling via het LSP en dat de politheek een medicatieoverzicht verstuurd naar de eigen thuisapotheek waarvan het ontslag gaat via het medicatiepunt (Bijlage 93-97). Verder geeft ze aan dat een medicatielijst vanuit het medicatie voorschrijfprogramma lastig is te kopiëren naar de medische ontslagbrief (Bijlage 6g r72-75). Verpleegkundige 2 geeft ten aanzien van het medicatie-overzicht aan dat dit sporadisch met de patiënt meekomt, maar ze gebruiken voor de zorg enkel het overzicht dat zij krijgen van de apotheek van de patiënt (Bijlage 6j, r133-140).

5.3.2.3 De verpleegkundige overdracht

De verpleegkundigen vanuit de eerste lijn ontvangen de overdracht zowel op papier als (sommige) digitaal. De verpleegkundige vanuit de instelling geeft aan dat de verpleegkundige overdracht zowel digitaal overkomen, als op papier met de patiënt bij opname (Bijlage 6h r163-69, r202-210). Hierbij wordt de digitale overdracht voorafgaand aan de opname verwerkt in het zorgplan en wordt de papieren overdracht gebruikt ter

controle bij het intakegesprek (Bijlage 6h, r253-255). Verpleegkundige 1 van de thuiszorg geeft aan dat zij de verpleegkundige overdracht op papier ontvangt van de patiënt bij de eerste intake (Bijlage 6h, r15-19). Verpleegkundige 2 van de thuiszorg geeft aan dat de verpleegkundige overdracht zowel op papier als digitaal wordt ontvangen (Bijlage 6j r.128-129)

Twee verpleegkundigen geven verschillende meningen ten aanzien van het format dat gebruikt wordt voor de overdracht vanuit het MST. Verpleegkundige 2 van de thuiszorg geeft aan het format van de verpleegkundige overdracht prima te vinden, alleen ontbreekt het wondbeleid (Bijlage 6j, r140-143). Verpleegkundige 2 geeft wel aan dat het format er voor hem niet echt toe doet, mits alle informatie maar goed in de overdracht staat (Bijlage 6j, r140-143). Verpleegkundige 3 en 4 geven aan dat zij het format van de overdracht te onoverzichtelijk vinden, waarbij de aandacht voor ADL teveel naar voren komt (Bijlage 6k, r325-329). Verpleegkundige 4 van de thuiszorg geeft aan dat de overdracht overeenkomt met de intake die de verpleegkundigen hebben met de patiënt (Bijlage 6k, 203-212).

Ten aanzien van de overdracht geven de verpleegkundigen aan deze op verschillende wijzen te verwerken. Twee verpleegkundigen beginnen al met het schrijven van een zorgplan voor een patiënt op het moment dat er een aanmelding is geweest en een pre-advies is afgegeven ten aanzien van de zorgvraag, waarbij ze de papieren overdracht enkel als controle gebruiken (Bijlage 6h r5-9). De verpleegkundigen vanuit de instelling geven aan dat bij de verwerking van de overdracht ze niet altijd de informatie uit de overdracht overnemen, maar ook eigen beleid volgen (Bijlage 6h, r44-56). De verpleegkundigen verwerken de overdracht middels een intake bij de patiënt in het zorgplan (Bijlage 6k, r24-27). Verder geven de verpleegkundigen ten aanzien van behandelingen, die beschreven worden in de overdracht, aan zelf protocollen te hebben die zij gebruiken voor de voortzetting van de zorg (Bijlage 6k 451-459).

De verpleegkundigen van de afdeling E4 van het MST hebben verschillende meningen ten aanzien van het format. Verpleegkundige 1 van het MST geeft aan dat de overdracht een format heeft, waarin ze alles kwijt kan en waarin ook voor kwetsbare ouderen er een kopje bestaat (Bijlage 6l, r112-114). De verpleegkundige geeft aan de sociale status van de patiënt wat moeizaam te kunnen beschrijven, doordat er relatief weinig open ruimte is voor eigen input, of om toevoegingen te doen in de overdracht (Bijlage 6l, r161-168). Ook bestaat er een aparte overdracht voor de stoma-overdracht (Bijlage 6l 39-40). Verder wordt het schrijven vergemakkelijkt doordat voorgeschiedenis automatisch in het format komt te staan (Bijlage 6l, r112). Verpleegkundige 2 geeft aan dat de overdracht impliciet is gebaseerd op de gezondheidspatronen van Gordon. Ook geeft ze aan dat bij het uitprinten de verschillende kopjes en onderwerpen door elkaar gehusseld worden (Bijlage 6m, r154). Verder geeft de verpleegkundige aan dat de verpleegkundige overdracht een apart kopje bevat voor de kwetsbare oudere, alhoewel de verpleegkundige dit dubbel vindt, omdat alle punten ook terugkomen binnen de al bestaande overdracht en ook binnen de gezondheidspatronen van Gordon kunnen worden meegenomen (Bijlage 6m, r159-163). Daarnaast geeft ze aan dat de stoma-overdracht niet verwerkt is in de overdracht, maar dit een aparte overdracht is (Bijlage 6m, r249-250). Ook geeft ze aan dat wondbeleid niet kan worden beschreven in de overdracht, omdat bijvoorbeeld 'roodheid van een wond' niet goed kan worden beschreven (Bijlage 6m, r.142;r249-250). Dit wordt beaamd door verpleegkundige 4 die

stelt dat in het format wondzorg niet goed kan worden beschreven (Bijlage 6o, r201-205). Verpleegkundige 3 geeft aan dat het invullen van een goede anamnese bijdraagt aan de informatie die nodig is voor het schrijven van een goede verpleegkundige overdracht (Bijlage 6n, r56-60). Verder wordt er aan het format van de verpleegkundige overdracht niets meer veranderd tot aan het aanstaande EPD (Bijlage 6n, r347).

Twee verpleegkundigen geven aan op de hoogte te zijn van het protocol in het MST ten aanzien van het schrijven van de overdracht. Voor het ontslag bestaat er een checklist voor ontslag en een protocol, waarbij het schrijven van de overdracht een onderdeel is, dat dient te worden afgevinkt. De verpleegkundige geeft aan dat het schrijven van de overdracht een proces kan zijn, wat nog aangepast kan/moet worden tot aan het moment van ontslag en niet altijd direct is af te vinken middels een checklist (Bijlage 6l, 85-90). Een andere verpleegkundige geeft aan dat er volgens de afspraken van de afdeling, en het protocol nog te laat wordt begonnen met het schrijven van de overdracht (Bijlage 6m, r186-196). Verpleegkundige 4 geeft aan dat voor het schrijven van de overdracht een anamnese nodig is om te gebruiken (Bijlage 6o, r41-43). Verder vertelt de verpleegkundige dat zij tracht zo snel mogelijk te beginnen met de overdracht (Bijlage 6o, r140-142). Verpleegkundige 4 van het MST geeft aan dat ze zich zoveel mogelijk houdt aan de checklist (Bijlage 6o, r201-205).

Alle verpleegkundigen van de afdeling E4 geven aan dat de overdracht op papier wordt meegegeven bij ontslag (Bijlage 6m, r220-23; Bijlage 6m, r249-250; Bijlage 6n, r347). De verpleegkundigen van het MST geven de overdracht mee met de patiënt en zijn niet op de hoogte dat de overdracht ook digitaal wordt verstuurd via POINT of via e-mail (Bijlage 6m, r249-250; Bijlage 6m, r229-230).

5.3.3.4 Samenvatting Formalisatie

Samenvattend kan worden gesteld dat ten aanzien van de medische ontslagbrief de twee zorgverleners vanaf de afdeling E4 maar deels op de hoogte zijn van de richtlijnen ten aanzien van de format voor ontslag naar een vervolginstelling en dit ook niet gebruiken. In kader van de medische ontslagbrief bepalen zij welke informatie in de brief komt, doordat zij bepalen welk format ze gebruiken. Zo stelt Van der Veen (1990) dat, alhoewel gedrag is vastgelegd, dat zorgverleners voor een gedeelte bepalen hoe ze deze vormgeven. Dit blijkt ook uit de interviews met de zorgverleners van het MST (Van der Veen, 1990). Dit beeld komt overeen met de artsen uit de eerste lijn, die aangeven dat het format verschilt per arts en specialisme. Ondanks dat de formats verschillen, geven de zorgverleners wel aan dat ze door de brieven weten wat beleid is ten aanzien van de patiënt en dat dat het duidelijkheid kan geven ten aanzien van de verantwoordelijkheden; twee van de functies van formalisatie, die worden beschreven door Hagen en Aiken (Hagen & Aiken, 1969).

	Formalisatie benodigheden	Uitwisseling van informatie
Artsen	<ul style="list-style-type: none"> - Format ontslagbrief verschilt per specialisme en arts - Missen- NTBR 	- Digitale uitwisseling van de ontslagbrief
Specialist ouderengeneeskunde	<ul style="list-style-type: none"> - Format ontslagbrief verschilt per specialisme en arts - Missen-NTBR beleid 	- Papieren uitwisseling van de ontslagbrief

Verpleegkundig specialist	<ul style="list-style-type: none"> - Gebruikt vast format en past aan waar dit nodig wordt geacht - Is niet op de hoogte van bestaan format ontslabrief voor vervolginstelling 	- Digitale uitwisseling van de ontslagbrief
Arts-assistent	<ul style="list-style-type: none"> - Gebruikt standard format, echter geen voorgeschiedenis en NTBR - Niet op de hoogte van format vervolginstelling 	- Digitale uitwisseling van de ontslagbrief

Tabel 8: Formalisatie medische ontslagbrief

Ten aanzien van het AMO komt duidelijk naar voren dat er voor de apothekers een duidelijke werkwijze, format en uitwisselingsstructuur bestaat ten aanzien van het AMO. Al geven beide apothekers aan dat deze afspraken niet altijd bijdragen aan het versturen van een volledig, tijdig en correct AMO. Zo geven ze aan dat er een aantal belemmerende factoren zijn: Dit komt omdat er diverse belemmerende factoren bestaan binnen de bestaande werkwijze, format en de informatiestructuur.

	Formalisatie benodigheden	Uitwisseling van informatie
Apotheker MST	<ul style="list-style-type: none"> - Protocollen voor medicatieverificatie bij ontslag zijn aanwezig - Format van AMO is duidelijk 	- Digitale uitwisseling via Zziver of via Point (verstuurd door de voorschrijver/medicatiepunt)
Apotheker eerste lijn	<ul style="list-style-type: none"> - Protocollen voor medicatieverificatie zijn aanwezig - Format voor AMO is duidelijk 	- Digitale AMO via beveiligde mail
Artsen/zorgverleners MST	<ul style="list-style-type: none"> - Zijn op de hoogte van werkwijze medicatieverificatie bij ontslag voor de kwetsbare ouderen - Medicatie-overzicht maken via voorschrijfsysteem heeft veel stappen 	<ul style="list-style-type: none"> - niet op de hoogte van digitale uitwisseling AMO via mail/behalve via het medicatiepunt - Medicatie-overdracht gaat via de medische ontslagbrief
Specialist ouderenge neeskunde	<ul style="list-style-type: none"> - AMO format is duidelijk - Veel dubbele informatie in het AMO 	- AMO digitaal ontvangen wanneer medicatiepunt is ingeschakeld

Tabel 9: Formalisatie AMO

Samenvattend kan worden gesteld dat ten aanzien van de verpleegkundige overdracht alle verpleegkundigen op de hoogte zijn van de richtlijnen ten aanzien van de overdracht van een kwetsbare ouderen en hier zich ook aan proberen te houden. De verpleegkundigen van het MST bepalen welke informatie wel en of niet in de verpleegkundige overdracht komt, ondanks een vaststaand format. Ook voegen zij wanneer dit nodig is, een stoma-overdracht of/en een wondbeleid toe in een van de open tekstvakken van het format. Dit betekent dat de verpleegkundigen, ondanks dat er een vaststaand format is, bepalen hoe de overdracht wordt vormgegeven en wel of juist niet wordt gedeeld. Dit komt ook naar voren, wanneer gekeken wordt naar de verpleegkundigen uit de eerste lijn. Het format is vaststaand, maar de informatie in de overdracht wordt bepaald door de verpleegkundigen vanaf de afdeling E4 van het MST. Ten aanzien van een goede uitwisselingsstructuur blijkt dat er twee uitwisselingsstructuren naast elkaar bestaan; zowel digitale verzending van de overdracht

en de papieren overdracht,. Hierbij blijkt dat twee van de vier eerste lijn instellingen gebruik maken van de digitale verpleegkundige overdracht. De verpleegkundigen van de afdeling E4 zijn niet op de hoogte van de digitale verzending van de overdracht en geven deze nog altijd op papier mee bij ontslag.

	Formalisatie benodigheden	Uitwisseling van informatie
Verpleegkundigen eerste lijn	<ul style="list-style-type: none"> - Vast format – gedetailleerd/veel informatie - Mist ruimte voor wond-overdracht 	<ul style="list-style-type: none"> - Digitale uitwisseling overdracht met papieren overdracht - Alleen papieren overdracht
Verpleegkundigen MST-(E4)	<ul style="list-style-type: none"> - Vast format - Vast onderdeel in de overdracht voor kwetsbare ouderen - Veel aandacht voor ADL - Losse stoma-overdracht - Geen ruimte voor wondoverdracht 	<ul style="list-style-type: none"> - Papieren overdracht wordt meegegeven aan de patiënt bij ontslag.

Tabel 10: Formalisatie verpleegkundige overdracht

5.3.3 Bestuur

Uit de theorie blijkt dat er diverse manieren zijn om naar bestuur te kijken. In dit onderzoek is gekozen om te kijken naar de aanwezigheid/afwezigheid van de volgende indicatoren: aanwezigheid van centraliteit, leiderschap, support voor innovatie en connectiviteit. Hieronder wordt ingegaan op de informatie uit de verkregen semigestructureerde interviews met de betrokken zorgverleners. Hieronder wordt als eerste ingegaan op de medische ontslagbrief. Als tweede op het AMO en als derde op de verpleegkundige overdracht, waarna met een korte samenvatting wordt afgesloten.

5.3.3.1. De medische ontslagbrief

Centraliteit

De artsen en/of verpleegkundig specialisten hebben een centrale rol in samenwerking rondom de overdracht. Zo stelt één van de huisartsen dat de medische ontslagbrief door de specialisten van het MST worden geschreven, wat maakt dat deze zorgverleners bepaald welke informatie in de medische ontslagbrief komt te staan en op welke wijze deze wordt verstuurd (Bijlage 6b, r191-196).

Leiderschap

Leiderschap ten aanzien van samenwerking rondom de overdracht is zichtbaar doordat de zorgverleners van het MST het initiatief nemen tot het schrijven van een brief. Ook is leiderschap zichtbaar in de initiatieven die het MST heeft genomen ten aanzien van verbetering van de medische ontslagbrief, waarbij ook zorgverleners vanuit de eerste lijn zijn betrokken en is leiderschap zichtbaar in de rol van de eerste/tweedelijns coördinator. Ten aanzien van leiderschap zijn er diverse initiatieven en projecten door het MST gestart ter bevordering van een goede medische ontslagbrief. De zorgverleners vanuit de eerste lijn hebben hier later alleen nooit meer iets van vernomen. Huisarts 1 geeft aan dat er een transmurale brug is opgezet vanuit het MST (Bijlage 6a, r7-9). Specialist ouderengeneeskunde 2 geeft aan dat het MST in het verleden het initiatief nam tot veranderingen (Bijlage 6e, r286-297). Bijvoorbeeld de transmurale brug en een overleg ten aanzien van de overdracht naar de eerste lijn, maar hier heeft ze na deelneming nooit

meer wat van vernomen (Bijlage 6e, r286-297). Er is tijdens het laatstgenoemde overleg ook een opzet gemaakt ten aanzien van het medische ontslag voor verpleeghuizen. Hierover heeft de specialist ouderengeneeskunde echter nooit meer wat vernomen (Bijlage 6e, 369-376). Vanuit de eerste lijn is er een coördinator eerste tweede lijn die de belangen behartigt van de eerste lijn. Deze coördinator wordt ook bij structurele dingen ingeschakeld om te bemiddelen, te zoeken naar een oplossing of een oplossing vanuit de huisartsen te bespreken met het ziekenhuis (Bijlage 6c, r140-153).

Support voor innovatie

Support voor innovatie komt volgens de zorgverleners naar voren binnen de diverse initiatieven die zijn ontplooid om bij te dragen aan het verbeteren van de medische ontslagbrief. Zoals bij leiderschap is beschreven heeft het MST diverse initiatieven ontplooid ter verbetering van de overdracht. Hierbij zijn diverse zorgverleners betrokken. Huisarts 1 geeft bijvoorbeeld aan dat zij haar ideeën ten aanzien van de overdracht in verschillende overleggen in het verleden heeft voorgelegd, onder andere bij de transmurale brug en bij een overleg ten aanzien van de overdracht (Bijlage 6a, r7-9). Daarnaast kwam bij de overleggen duidelijk naar voren de verschillende meningen van de verschillende disciplines innovatie lastig maakt (Bijlage 6a r456-457; r19-25). Ook geeft de specialist ouderengeneeskunde aan nooit meer iets te hebben vernomen van de hierboven besproken initiatieven of verbetering hiervan heeft waargenomen (Bijlage 6e, r286-297). Ook wordt door de artsen uit de eerste lijn feedback gegeven. Het geven van feedback is erg persoonsafhankelijk en blijft steken bij een individuele zorgverlener, waarbij de zorgverleners aangeven het idee te hebben dat met organisatie gebonden feedback weinig wordt gedaan door het MST. Feedback komt bij één persoon binnen de organisatie aan (bijlage 6a, r7-9). Bij een centrale organisatie met meerdere schuiven is alleen gedecentraliseerd feedback mogelijk (Bijlage 6a. r314-319). Terwijl de huisarts aangeeft dat de feedback veelal niet persoonlijk is maar organisatiegericht (Bijlage 6a r325-328). Huisarts 2 zegt dat hij weinig verandering ziet terwijl hij wel feedback geeft middels enquêtes en visitaties en ook structurele dingen doorgeeft aan de coördinator eerste/tweedelijnszorg (Bijlage 6b, r163-168, r191-196). Hij geeft ook duidelijk aan dat feedback over verschillende schijven gaat en door de verschillende systemen voor communicatie komt er niets terecht van veranderingen (Bijlage 6b, r138-243). Hij geeft wel aan dat inhoudelijke vragen ten aanzien van de overdracht gesteld kunnen worden aan de betreffende zorgverlener in het ziekenhuis en dat dit ondanks alle schuiven wel redelijk gaat (Bijlage 6b, r180-190).

Connectiviteit

Connectiviteit tussen de eerste en tweede lijn ten aanzien van de medische ontslagbrief is er zowel op zorgverleners niveau als op organisatieniveau. Dit blijkt uit het bestaan van de eerste tweedelijns coördinator (Bijlage 6a, r116-122; r441-450). Daarnaast geeft Huisarts 1 aan dat er contact bestaat tussen de zorgverleners door elkaars overdrachten, en door een warme overdracht tussen de individuele zorgverleners (Bijlage 6a, r116-122; r441-450). Verder geeft hij aan dat de mate van connectiviteit tussen zorgverleners afhankelijk is van de complexiteit van de casus (Bijlage 6a, r115-122). Huisarts 3 neemt persoonlijk contact op met zorgverleners om vragen te stellen ten aanzien van de medische ontslagbrief, mocht hij dit nodig achten. Hierbij geeft hij aan dat dit vrijwel altijd goed verwerkt wordt (Bijlage 6c r135-138). Hij zegt dat hij weinig verandering ziet terwijl hij wel feedback geeft middels enquêtes en visitaties en ook structurele dingen doorgeeft aan de coördinator eerste/tweedelijnszorg (Bijlage 6b, r163-168, r191-196). Specialist

ouderengeneeskunde 1 geeft aan dat bij feedback ze contact opneemt middels het secretariaat en dat het fijn is als er onderling contact is met elkaar als zorgverleners (Bijlage 6d 65-68 Bij bijzonderheden of vragen, vraagt ze haar secretariaat om contact op te nemen met de betrokken arts-assistent (bijlage 6e, r.103-105). De verpleegkundig specialist van het MST geeft aan dat zij specifieke situaties contact opneemt met de huisarts (Bijlage 6g, r240-244).

5.3.3.2. Het actueel medicatie-overzicht

Centraliteit

Ten aanzien van het AMO heeft het MST een coördinator eerste tweedelijns aangesteld ter verbetering van de medicatie-overdracht en ter verbetering van samenwerking tussen de eerste en tweedelijns. Deze heeft een centrale rol in het verbeteren van de medicatie-overdracht. Ten aanzien van het AMO is de Raad van bestuur van mening dat er een goede medicatie-overdracht is bij de kwetsbare ouderen en dat het helpt om een coördinator eerste tweedelijns te hebben om dit goed te stroomlijnen (Bijlage 6q, r100).

Leiderschap

Vanuit zowel de apothekers uit het MST als apothekers vanuit de eerste lijn wordt er actief onderling overlegd en nemen beide deel aan initiatieven en initiëren initiatieven. De apotheker vanuit het MST geeft aan dat er contact is met medische specialisten en apothekers zowel intern als extern. Ook wordt er verbinding gezocht met de eerstelijns (Bijlage 6p 196-199). De apotheker vanuit de eerste lijn is betrokken bij de implementatie van en nieuwe werkwijze naar aanleiding van een nieuwe aanstaande richtlijn ten aanzien van medicatie-overdracht, samen met een apotheker uit de eerste lijn (Bijlage 6q, r6-18). Verder geeft de apotheker aan dat de eerste lijn bij het MST een overleg heeft geïnitieerd met als doel om volgens de richtlijnen te werken ten aanzien van de medicatie-overdracht. Dit is ook overgenomen door het MST in het verleden en hiervoor proberen ze in de regio ook aan te werken (Bijlage 6q r6-18). Echter met de invoering van het nieuwe voorschrijfsysteem is deze afspraak weer ongedaan gemaakt (Bijlage 6q r298-300). De verschillende organisaties maken overleg en een eenduidige werkwijze lastig, waarbij de verscheidenheid aan meningen en systemen het ook lastig maken te komen tot een goede samenwerking (Bijlage 6q r237-241; 254-255). Verder zijn er ten aanzien van ontslag geen specifieke overlegmomenten van het AMO, wel bestaat overleg tussen MST en TAO-UA over de ontslag en opname (Bijlage 6q r230-241). Hierbij wordt getracht in de regio Twente afspraken te maken ten aanzien van ontslagprocedure en dit ook uit te proberen (Bijlage 6q r.92-97).

Support voor innovatie

Bij het implementeren van nieuwe protocollen zijn de apothekers afhankelijk van de medisch specialisten, maar ook van de digitale systemen en de onderlinge samenwerking. Volgens de apotheker uit het MST is de rolopvatting van de arts ten aanzien van de medicatie-overdracht een factor dat een rol speelt bij het gebruik van het medicatiepunt bij een ontslag van een kwetsbare oudere (Bijlage 6p r227). Ook bestaat er veel onwetendheid over het AMO versus het recept (Bijlage 6p r36-30). Wel wordt er sinds kort tijdens het introductieprogramma voor artsen aandacht besteedt aan het versturen van een AMO en het bestaan van het medicatiepunt (Bijlage 6p r53-55). Verder bestaat er welwillendheid voor overleg en verbetering onder voornamelijk de jonge medische specialisten, maar verhindert de hoeveelheid aan digitale systemen een goede uitwisseling van het AMO (Bijlage 6p r248-262). Volgen de apotheker uit de eerste lijn is

constructief overleg mogelijk en de voorschrijvers staan open voor overleg met TUA (Bijlage 6q, r147-153).

Connectiviteit

Er is connectiviteit middels een telefoonnummer van het medicatiepunt op organisatieniveau alsook dat er contact bestaat tussen het TAO-UA (Twentse Apothekers Vereniging) en de eerste tweedelijns coördinator vanuit het MST. De apotheker uit het MST stelt dat er goed contact bestaat tussen de apothekers eerste en tweede lijn (Bijlage 6p r53-55) Er is een algemeen telefoonnummer bij medicatievragen en er is nu de mogelijkheid voor het bijvoegen van het AMO in POINT (voor de verpleegkundige) (; Bijlage 6q, r139-141). Zowel de apotheker als thuiszorg geeft aan hier ook gebruik van te maken (Bijlage 6n r596-605;Bijlage 6p, r163-168). Verder bestaat er contact met medische specialisten en apothekers, zowel intern als extern, en wordt er ook verbinding gezocht met de eerste lijn (Bijlage 6p 196-199). Verder bestaat er contact met de coördinator eerste/tweedelijns zorg van het MST en de TAO-UA (Bijlage 6q, r139-141).

5.3.3.3. De verpleegkundige overdracht

Centraliteit

Ten aanzien van de verpleegkundige overdracht bepalen de verpleegkundigen van de afdeling E4 de informatie in de overdracht. De structuur van samenwerking wordt mede bepaald door de verpleegkundigen. Verpleegkundige van de thuiszorg 1 en 2 geven beiden aan dat het MST het format bepaalt, zij bepalen de informatie in de overdracht en bepalen het format (Bijlage 6i, r353-355;Bijlage 6m, r300-310).

Leiderschap

De verpleegkundigen van de afdeling E4 nemen initiatieven ter verbetering van de verpleegkundige overdracht, waarbij thuiszorg wordt betrokken. Zo vertelde een van de verpleegkundigen van de afdeling E4 dat er binnen de afdeling een gesprek is geïnitieerd, waarbij de verpleegkundigen van het MST de leiding namen ten aanzien van het gesprek (Bijlage 6j, r175-196, r219-221). Een van de verpleegkundige van de thuiszorg geeft aan hierbij aanwezig te zijn geweest (Bijlage 6j, r175-196).

Support voor innovatie

Binnen het MST en de afdeling E4 bestaan er initiatieven ter verbetering van de verpleegkundige overdracht, waarbij thuiszorg en nazorginstellingen worden betrokken, zoals ook hierboven beschreven. Zo vertelt een van de verpleegkundige van de afdeling E4 dat er ten aanzien van de verpleegkundige overdracht door de afdeling E4 contact is geweest met de grootste thuiszorginstelling in Enschede om eens te praten over de overdracht, waarbij ook diverse punten zijn opgepakt ten aanzien van de overdracht (Bijlage 6j, r175-196, r219-221). Ook zijn er diverse initiatieven geweest waarbij verpleegkundige 1 van de thuiszorg aanwezig was, zoals transmurale zorgbrug, rendementsprogramma ontslag, maar ook overleg over de overdracht van de kwetsbare ouderen. Hierbij is de verpleegkundige van de thuiszorg betrokken geweest. Echter ondanks de input die ze hebben gegeven, hebben ze niet het idee dat er iets is veranderd en daarnaast hebben ze nooit een terugkoppeling ontvangen hierover. (Bijlage 6j, r.196-175). Er wordt door de verpleegkundigen van de eerste lijn feedback gegeven aan de afdeling E4 over individuele overdrachten. Verpleegkundige 1 van het MST vertelde dat er ten aanzien van de overdracht contact is geweest met een thuiszorginstelling die vond dat er teveel medische taal werd gebruikt: 'We hebben laatst wel wat feedback terug

gehad van de thuiszorg zelf en dat het eigenlijk te medisch was dat we het niet te medisch moesten maken, want dat begrijpen ze niet en ik begrijp dat ook wel want ik begrijp zelf niet eens altijd alles..... De moeilijke woorden eruit te halen en afkortingen niet te gebruiken' (Bijlage 6l 124-137). De E4 heeft ook wat met deze feedback gedaan door dit binnen het team te bespreken en aan te passen (Bijlage 6l, r124-137). Er zijn twee verpleegkundigen vanuit het MST die aangeven feedback te geven op de overdracht van mede-collega's, terwijl twee verpleegkundigen aangeven dit niet te doen (Bijlage 5; Bijlage 6l, r48-49). Verpleegkundigen vanuit de thuiszorg geven aan te bellen met de afdeling E4 bij zorginhoudelijke vragen omtrent de verpleegkundige overdracht (Bijlage 6i, r222-224 Bijlage 6j, r158-163 Bijlage 6h r273-285).

Connectiviteit

Tussen verpleegkundigen van de afdeling E4 zijn en de eerstelijns zorg zijn er telefonische contactmomenten, door middel van overleg tussen organisaties, maar ook onderling tussen zorgverleners bij complexe overdrachten. Twee van de verpleegkundigen van het MST geven aan dat er af en toe mondeling contact is ten aanzien van een overdracht, waarbij complexiteit de mate van contact bepaalt (Bijlage 6j, 173-179; Bijlage 6o, r233-239). Ook vertelt een van de verpleegkundigen bij een complexe casus telefonisch contact op te nemen, ter bevestiging om te weten dat de overdracht duidelijk is en om eventuele dingen toe te lichten en uit te leggen. De deskundigheid van de thuiszorg kan tenslotte invloed hebben op de verwerking van de overdracht door de thuiszorg (bijlage 6m, r 235-239). Een van de verpleegkundigen vanuit het MST vindt het lastig om contact op te nemen met de thuiszorg over een overdracht, omdat er veel schakels zijn in de overdracht en het lang duurt of lastig is om de juiste persoon aan de telefoon te krijgen (Bijlage 6m 144-148). De verpleegkundigen vanuit de eerste lijn geven aan individueel te bellen bij vragen, onduidelijkheden en missende informatie. Dit is echter lastig door de hoeveelheid schuiven en doordat je vrijwel nooit de direct betrokkene aan de lijn krijgt (Bijlage 6k, r205; r323-330). Een van de verpleegkundige van de thuiszorg geeft aan dat dit intern voor hen gemakkelijker is om te doen dan extern, doordat je elkaar als externen niet altijd kent (Bijlage 6k, r296-298). Bij structurele dingen ten aanzien van de overdracht en/of calamiteiten geven de verpleegkundigen vanuit de thuiszorg aan dit te bespreken met de manager, die contact onderhoudt met de kwaliteitsadviseur transmurale zorg MST (Bijlage 6i, r241-249; Bijlage 6k, r241-249). De verpleegkundige vanuit de nazorginstelling geeft aan dat zij calamiteiten melden bij de specialist ouderengeneeskunde, die dit dan op haar buurt bespreekt met het MST. (Bijlage 6h, 291-295).

5.3.3.4 Samenvatting Bestuur

In deze paragraaf wordt een samenvatting gegeven ten aanzien van indicatoren: centraliteit, leiderschap, support voor innovatie en connectiviteit. Per onderdeel van de overdracht is er een overzichtstabel gemaakt. Als eerste zullen de resultaten ten aanzien van de medische ontslagbrief worden besproken, als tweede het AMO en als laatste de verpleegkundige overdracht.

Uit de resultaten komt naar voren dat de zorgverleners van het MST volgens de zorgverleners vanuit de eerste lijn een centrale rol in samenwerking rondom de overdracht spelen, omdat zij de medische ontslagbrief versturen en bepalen welke informatie in de medische brief komt te staan. Er zijn diverse initiatieven geweest ten aanzien van het beter waarborgen van de continuïteit van zorg door middel van de

medische ontslagbrief, zoals transmurale zorgbrug; overleg omtrent de overdracht van de kwetsbare oudere. Hierbij sloten artsen vanuit de eerste en tweedelijns aan en konden daarbij ook invloed uitoefenen op het besluitvormingsproces. Echter hebben zij hier nooit een terugkoppeling en of vervolg van gezien en ook hebben ze geen verbetering ervaren. Ook is er vanuit de eerste lijn een coördinator eerste/tweedelijns die invloed kan uitoefenen op het besluitvormingsproces binnen het ziekenhuis. Daarnaast vinden de artsen het geven van feedback of ideeën zeer lastig in verband met alle verschillende schijven en meningen en veelheid aan zorgverleners. Ten aanzien van de medische ontslagbrief bestaat er onderling contact tussen huisartsen/specialist ouderengeneeskunde en de specialisten van het ziekenhuis, bijvoorbeeld bij complexe casussen. Ook is er contact op organisatorisch niveau door de kwaliteitsadviseur en de eerste/tweedelijns coördinator (Tussen de Lijnen) over onder andere structurele vraagstukken die moeten worden aangepakt.

	Centraliteit	Leiderschap	Support voor innovatie	Connectiviteit
Huisartsen	Zorgverleners MST bepalen de informatie in een medische ontslagbrief.	eerste/tweedelijns coördinator.	Initiatieven geweest op MST-niveau ten aanzien van verbetering overdracht, maar geen verbetering van gezien.	Mogelijkheid om persoonlijk feedback te geven middels telefoon/via tussen de lijnen/enquêtes.
Specialist ouderen geneeskunde	MST centrale rol.	MST heeft diverse initiatieven genomen, waarbij ook zorgverleners uit de eerste lijn waren betrokken.	Initiatieven geweest op MST-niveau ten aanzien van verbetering overdracht, maar geen verbetering van gezien.	Mogelijkheid om persoonlijk feedback te geven middels telefoon of via coördinator eerste/tweedelijns en enquêtes.
Arts-assistent	Bepalen informatie/structuurbrief.	Nemen initiatief tot het schrijven van de brief.	-	Contact met zorgverleners gehad na aanleiding van vragen/feedback.
Verpleegkundig specialist	Bepalen informatie/structuurbrief.	Nemen het initiatief tot schrijven van de ontslagbrief.	-	Contact gehad met zorgverleners uit eerste lijn t.a.v. Feedback.

Tabel 11: Bestuur Medische ontslagbrief

Uit de verkregen informatie vanuit de semigestructureerde interviews komt naar voren dat de apothekers vanuit het MST een centrale rol spelen ten aanzien van het versturen AMO, wanneer het medicatiepunt wordt ingeschakeld. Ten aanzien van

verbeteringsvoorstellen nemen zowel de apotheker van het MST als de apotheker vanuit de TAO-UA initiatief. Onder hun leiderschap worden verbetervoorstellen gemaakt. Echter zijn ze in deze gevallen afhankelijk van de voorschrijver voor support om innovaties in te voeren. Er bestaat niet alleen contact onderling tussen de apothekers, maar ook tussen de apotheker van het MST en de medisch specialisten en artsen vanuit de eerste lijn. Ook is het mogelijk voor zorgverleners om contact op te nemen ten aanzien van medicatiegerelateerde vragen/opmerkingen met het medicatiepunt.

	Centraliteit	Leiderschap	Support voor innovatie	Connectiviteit
Apotheker eerste lijn	Voorschrijver heeft de centrale rol in het AMO, als voorschrijver. Echter de apotheker bepaalt de structuur van het AMO.	TAO-UA neemt initiatief tot contact en verbetervoorstelling	Bij verbetervoorstellen ten aanzien van het AMO zijn ze afhankelijk van de voorschrijver	Onderling contact met zowel medische staf, diverse voorschrijvers en apothekers uit de eerste lijn en TAO-UA.
Apotheker MST	MST heeft centrale rol in verzending/inhoud van het AMO.	Neemt initiatief voor verbetervoorstellen en neemt hiervoor ook contact op met de betrokkenen.	Bij verbetervoorstellen ten aanzien van het AMO zijn ze afhankelijk van de voorschrijvers/specialisten en de medewerking van hen ten aanzien van veranderingen.	Bij vragen en feedback is er de mogelijkheid contact op te nemen met het medicatiepunt in het MST
Arts-assistent	Arts is als voorschrijver verantwoordelijk voor medicatie voorschrijven en dus voor de inhoud van het AMO.	-	-	-
Verpleegkundig specialist	Arts is als voorschrijver verantwoordelijk voor medicatie voorschrijven en dus voor de	-	-	-

	inhoud van het AMO.			
Artsen eerste lijn	Coördinator eerste/ tweedelijns kan een centrale rol spelen in de verbetering van de medicatie-overdracht.	-	-	Er is de mogelijkheid om ten aanzien van medicatievragen contact op te nemen met medicatiepunt in het MST.

Tabel 12: Bestuur AMO

Ten aanzien van de verpleegkundige overdracht komt uit de resultaten naar voren dat de verpleegkundigen vanaf de afdeling E4 de informatie en structuur van de overdracht bepalen. Ten aanzien van de verpleegkundige overdracht zijn er diverse initiatieven geweest (geïnitieerd vanuit het MST en de afdeling E4), waarbij de nazorginstellingen actief zijn betrokken. Hierbij zijn verpleegkundigen vanuit de eerste lijn wel betrokken in het besluitvormingsproces, maar hebben nooit een terugkoppeling en of evaluatie ontvangen. Ze hebben wel terugkoppeling gekregen na een overleg dat heeft plaatsgevonden op de E4. Feedback van de thuiszorg wordt verwerkt in de werkwijze ten aanzien van de overdracht door de verpleegkundigen van de E4. Ook geven de zorgverleners van de afdeling E4 elkaar feedback. Verpleegkundigen vanuit de eerste lijn vertellen dat wanneer ze tegen structurele dingen aanlopen dit terugkoppelen aan het management, die het op zijn/haar buurt teruggekoppeld naar de kwaliteitsadviseur transmurale zorg in het MST. Ten aanzien van de verpleegkundige overdrachten zijn er contactmomenten naar aanleiding van complexe casussen/overdrachten tussen de verpleegkundigen van de eerste en tweede lijn. De verpleegkundigen van beide zijde geven wel aan dat de hoeveelheid schijven onderling contact lastig maakt. Ook is er contact tussen organisaties op managementniveau, doordat bij calamiteiten en structurele vragen rondom de overdracht dit op managementniveau wordt besproken met de kwaliteitsadviseur transmurale zorg MST

	Centraliteit	Leiderschap	Support voor innovatie	Connectiviteit
Verpleegkundigen MST	Schrijven de overdracht, verantwoordelijk voor de inhoud/verzending	Verpleegkundigen nemen het initiatief en de leiding bij overleggen ten aanzien van de overdracht	Feedback van thuiszorg wordt verwerkt en besproken binnen het verpleegkundig team van de E4. Persoonlijke feedback wordt besproken	Persoonlijke contact tussen zorgverleners t.a.v. de overdracht/ bijvoorbeeld bij complexe casuïstiek
Verpleegkundigen eerste lijn	Verpleegkundigen MST bepalen informatie en format van de	E4 heeft een overleg geïnitieerd ten aanzien van de overdracht	Verpleegkundigen van de thuiszorg hebben bij verschillende overleggen	Contact tussen de zorginstellingen door managers

	overdracht die wij ontvangen		geweest t.a.v. de overdracht, echter zonder dat er ooit een verbetering en terugkoppeling kwam. Met feedback wordt wat gedaan door de afdeling E4	Bij calamiteiten gaat dit via het management of de artsen van de instelling.
--	------------------------------	--	---	--

Tabel 13: Bestuur Verpleegkundige overdracht

6. Conclusie, aanbevelingen en discussie

6.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de conclusie, aanbevelingen en discussie. Als eerste zal in de conclusie een antwoord worden gegeven op de twee onderzoeksvragen. Nadat de onderzoeksvragen zijn beantwoord worden er aanbevelingen gedaan om de samenwerking rondom de overdracht te verbeteren. Dit hoofdstuk sluit af met de discussie.

6.2 Conclusie onderzoeksvraag 1: wat gaat er goed en minder goed in de samenwerking rondom de overdracht van kwetsbare ouderen tussen de zorgverleners van het MST en de samenwerkende zorginstellingen?

Uit de resultaten van de semigestructureerde interviews met de betrokken zorgverleners komt naar voren dat zij vinden dat de overdracht van een kwetsbare oudere met enige regelmaat onvolledig, incorrect en niet tijdig aanwezig is. Dit geldt voor zowel de medische ontslagbrief, het AMO en de verpleegkundige overdracht. Hierbij kwamen een drietal punten naar voren: Ten eerste, de medische ontslagbrief geeft onvoldoende informatie voor de specialist ouderengeneeskunde om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen. Ten tweede, de apothekers uit de eerste lijn geven aan geen AMO's te ontvangen van kwetsbare ouderen na ontslag. Ten derde bleek dat bij verpleegkundige overdracht de stoma en wondoverdracht niet goed verwerkt kan worden in het overdrachtsformat dat wordt gebruikt door het MST.

Ook bij de zestal onderzochte overdrachten bleek dat bij geen enkele kwetsbare oudere de overdracht volledig goed is gegaan. Bij geen enkele overdracht van een kwetsbare ouderen was de overdracht geheel correct, volledig en tijdig. Dit maakt dat bij geen van de kwetsbare ouderen samenwerking rondom de overdracht volledig goed gaat.

Wanneer wordt gekeken naar de medische ontslagbrieven dan blijkt dat de samenwerking rondom de medische ontslagbrief maar gedeeltelijk goed gaat. De zorgverleners geven in drie van de zes overdrachten aan de brief correct, volledig en tijdig te vinden. Echter wanneer gekeken wordt naar het toetsingskader dan komt naar voren dat er in alle brieven een NTBR-beleid ontbreekt en enkel in één brief wordt de sociale status besproken. Wel komt naar voren dat de medische ontslagbrief in vijf van de zes gevallen tijdig wordt verstuurd naar de huisarts en specialist ouderengeneeskunde.

Wanneer gekeken wordt naar het actueel medicatie overzicht dan blijkt dat samenwerking rondom het AMO niet goed gaat. In geen enkel geval was het AMO tijdig, correct en volledig. Enkel bij één overdracht is het AMO tijdig verstuurd, doordat het medicatiepunt was ingeschakeld. Echter is dit AMO niet door de eigen apotheek ontvangen. Ook bleek de inhoud van het verstuurd AMO niet volledig en kloppend. Dit omdat het AMO een dag voor ontslag verstuurd was, terwijl op de dag van ontslag nog ontslagmedicatie werd gewijzigd door de voorschrijver. Doordat geen enkel AMO is ontvangen door de apotheken uit de eerste lijn is er geen informatie beschikbaar ten aanzien van de mening van de apothekers ten aanzien van correctheid en volledigheid.

Wanneer gekeken wordt naar de verpleegkundige overdrachten dan komt naar voren dat samenwerking rondom de verpleegkundige overdracht grotendeels goed gaat. Drie van

de vier overdrachten waren correct, volledig en tijdig volgens het toetsingskader. Drie van de vier verpleegkundige overdrachten waren volgens de zorgverleners correct, volledig en tijdig. Bij één overdracht gaf de verpleegkundige van de zorginstelling aan de overdracht niet tijdig via de mail te hebben ontvangen, terwijl de verpleegkundige van de afdeling E4 de overdracht op papier meegeeft aan de patiënt bij ontslag. Hierdoor kon de verpleegkundige van de zorginstelling geen informatie geven over de correctheid en volledigheid van de overdracht.

Dit alles maakt dat samenwerking rondom de overdracht maar voor een gedeelte goed gaat bij de onderzochte overdrachten verzonden door de afdeling E4 van het MST. Tijdigheid wordt nog het meest gewaarborgd bij de overdracht. Correctheid en volledigheid bij de verpleegkundige overdracht en de medische ontslagbrief wordt maar gedeeltelijk gewaarborgd. Echter worden correctheid en volledigheid en tijdigheid bij het AMO bij geen enkele overdracht gewaarborgd verzonden vanaf de afdeling E4, van het MST.

6.3. Conclusie onderzoeksvraag 2: welke factoren maken dat de samenwerking rondom de overdracht van kwetsbare ouderen tussen de zorgverleners van het MST en de samenwerkende zorginstellingen goed of minder goed gaat?

Veel onderzoek is gedaan naar de overdracht, zowel de medische ontslagbrief, als het actueel medicatie-overdacht en de verpleegkundige overdracht. Echter ontbreekt onderzoek naar samenwerking rondom de overdracht bij kwetsbare ouderen. Om samenwerking rondom de overdracht bij kwetsbare ouderen beter te begrijpen en bij te dragen aan kennis en inzichten die kunnen bijdragen hieromtrent is in het theoretisch kader gekeken naar interorganisatorische samenwerking, hoe samenwerking kan worden geanalyseerd en naar de effectiviteit van samenwerking. Hierbij is specifiek gekeken naar relevante factoren die van belang zijn bij samenwerking rondom de overdracht. Uiteindelijk zijn een drietal factoren (oftewel de onafhankelijke variabelen) beschreven die kunnen maken dat (de afhankelijke variabele) samenwerking rondom de overdracht goed of minder goed gaat. Dit zijn doelen en eigenbelang, formalisatie en bestuur. Middels een kwalitatief onderzoek naar samenwerking rondom de overdracht van de kwetsbare oudere is gekeken naar de aanwezigheid van de verschillende factoren.

Wanneer gekeken wordt naar doelen en eigen belang dan blijkt dat er gezamenlijke doelstellingen en belangen aanwezig zijn ten opzichte van continuïteit van zorg bij de apothekers en de verpleegkundigen, maar ook andere belangen en tegenstrijdige belangen aanwezig zijn bij de artsen. Zowel de verpleegkundigen en de apothekers zijn op de hoogte van elkaars belangen en proberen zich daar op aan te passen. Echter bij de medici zijn naast doelstellingen en belangen ten aanzien van continuïteit van zorg ook andere belangen aanwezig zoals: zoals tijd, verschillende meningen over wat een 'goede' medische ontslagbrief precies inhoudt, één huisarts had het idee dat de medische brief niet voor de huisarts word geschreven, maar voor de eigen dossiervoering van de specialist. Daarnaast geven de specialisten ouderengeneeskunde aan dat zij graag zien dat de medische ontslagbrief ook ingaat op de algehele gezondheidssituatie van de kwetsbare oudere in plaats van zich alleen richt op de behandeling en de zorg die heeft plaatsgevonden in het ziekenhuis. De verschillende belangen bestaan allen naast elkaar, Ten aanzien van het AMO zijn naast de belangen van de apothekers ook de doelstellingen en belangen van de artsen van belang. Namelijk de apothekers zijn afhankelijk van de voorschrijver. Echter uit de resultaten blijkt dat de arts-assistent en verpleegkundig

specialist gedeeltelijk op de hoogte zijn van zijn/haar verantwoordelijkheid/taak ten aanzien van het AMO. Daarnaast vinden ze de taken die ze moeten uitvoeren ten aanzien van de medicatie-overdracht tijdrovend en vinden ze de huidige werkwijze niet bijdragen aan een goede medicatie-overdracht. Dit samen betekent, dat hoewel er tegenstrijdige doelen en belangen zijn, er ook gezamenlijke belangen en doelstellingen aanwezig zijn. Dit betekent dat deze variabele gedeeltelijk aanwezig is. Daarom is het mogelijk dat dit een positieve relatie heeft ten aanzien van samenwerking rondom de overdracht, maar verbeteringen moeten worden aangebracht met betrekking tot het kennen van elkaar doelen en belangen in het bijzonder tussen de artsen en de apothekers.

Formalisatie

Wanneer gekeken wordt naar formalisatie dan blijkt dat formalisatie benodigdheden en uitwisseling van informatie voor een gedeelte aanwezig zijn. Voor de verschillende onderdelen van de overdracht zijn zowel landelijke richtlijnen als op instellingsniveau protocollen aanwezig. Echter zijn de verpleegkundig specialist en de arts-assistent niet op de hoogte van het protocol voor de medische- en medicatie overdracht naar vervolginstellingen. Het format dat in het protocol wordt beschreven wordt niet gebruikt door beide zorgverleners. Zij bepalen zelf welk format en welke informatie ze in medische ontslagbrief vermelden. Dit beeld komt overeen met de artsen uit de eerste lijn, die aangeven dat het format en informatie verschilt per arts en specialisme. Ook bij de verpleegkundige overdracht bestaat een format, maar wordt de informatie in de overdracht bepaald door de verpleegkundigen vanaf de afdeling E4 van het MST. De verpleegkundigen uit de eerste lijn beaamen dit. Echter bij het AMO bestaat een discrepantie tussen de apothekers en de voorschrijvers. De verpleegkundig specialist vanuit het MST is alleen op de hoogte van het bestaan van het protocol rondom de medicatieverificatie door het medicatiepunt bij een kwetsbare patiënt. De arts-assistent is niet op de hoogte van het protocol rondom de medicatieverificatie. De uitwisseling van het AMO gaat volgens de apothekers in het MST enkel goed, wanneer het medicatiepunt wordt ingeschakeld en dit wordt ook beaamd door de apotheker uit de eerste lijn en de specialisten ouderengeneeskunde uit de eerste lijn. Echter hierbij geeft de specialist ouderengeneeskunde aan dat het AMO dat wordt verstuurd veel dubbele informatie bevat en voor hen onduidelijk kan zijn. De verschillende onderdelen van de overdracht worden op verschillende wijzen verstuurd. Zo wordt de medische ontslagbrief digitaal verstuurd, echter geldt dit alleen voor de huisartsen. Bij de specialist ouderengeneeskunde is dit nog op papier. Het AMO wordt digitaal verstuurd via beveiligde mail. Ten aanzien van de verpleegkundige overdracht blijken deze zowel op papier als digitaal verstuurd te worden. Echter zijn de verpleegkundigen van het MST niet op de hoogte van de digitale verzending. Alhoewel formalisatie gedeeltelijk aanwezig is, om volledig aanwezig te zijn, waarmee kan worden gezegd dat er een (volledig) positieve relatie bestaat tussen de aanwezigheid van formalisatie, dienen er verbeteringen te worden aangebracht, wanneer er gekeken wordt naar formalisatie.

Bestuur

Wanneer gekeken wordt naar bestuur dan blijkt dat bestuur voor een gedeelte aanwezig is bij samenwerking rondom de overdracht. Ten aanzien centraliteit komt naar voren dat de zorgverleners een centrale rol spelen bij de verschillende onderdelen van de overdracht. Waarbij de artsen een centrale rol spelen bij de medische ontslagbrief en de verpleegkundigen bij de verpleegkundige overdracht. Echter blijkt bij het AMO dat de centrale rol gedeeld wordt tussen de arts en de apotheker. Ten aanzien van leiderschap

komt naar voren dat vanuit het MST er diverse initiatieven ontplooid zijn op organisatieniveau ten aanzien van de overdracht. Hierbij sloten artsen, apothekers en verpleegkundigen vanuit de eerste en tweedelijnszorg aan en konden daarbij ook invloed uitoefenen op het besluitvormingsproces. Echter hebben zij hier nooit een terugkoppeling en of vervolg van gezien en ook hebben ze geen verbetering ervaren. Op zorgverlenersniveau zijn er ook initiatieven ten aanzien van het AMO door de apothekers, echter komt hier naar voren dat voor implementatie en borging ze afhankelijk zijn van de voorschrijver. Op afdelingsniveau is er door een verpleegkundige van de E4 een overleg geïnitieerd, waarbij verpleegkundigen vanuit de eerste lijn zijn betrokken en waarbij ook terugkoppeling is geweest tussen de partijen. Connectiviteit is gedeeltelijk aanwezig op zorgverlenersniveau doordat het merendeel van de zorgverleners aangeeft contact te hebben, bijvoorbeeld bij feedback, vragen en/of een complexe casus. Echter de hoeveelheid schijven maakt onderling contact lastig en er ontbreekt een vast aanspreekpunt bij de medici en de verpleegkundigen. Voor de apothekers uit de eerste lijn is er een vast aanspreekpunt: namelijk het medicatiepunt. Connectiviteit is niet alleen aanwezig op zorgverlenersniveau, maar ook op managementniveau. Zorgverleners uit de eerste lijn geven aan dat bij structurele dingen en calamiteiten ze dit doorgeven aan het management en die op hun buurt contact hebben met de kwaliteitsadviseur transmurale zorg binnen het MST. Alhoewel bestuur gedeeltelijk aanwezig is, om volledig aanwezig te zijn, waarmee kan worden gezegd dat er een (volledig) positieve relatie bestaat tussen de aanwezigheid van formalisatie, dienen er verbeteringen te worden aangebracht, wanneer er gekeken wordt naar bestuur.

In dit onderzoek is niet geprobeerd causale verbanden aan te tonen tussen samenwerking rondom de overdracht en de onafhankelijke variabelen. Dit betekent dat met de conclusies van dit onderzoek geen wetenschappelijk bewijs kan worden toegevoegd over de invloed van de onafhankelijke factoren op samenwerking rondom de overdracht. Aangehouden is dat de verschillende factoren in meer of mindere mate aanwezig zijn bij samenwerking rondom de overdracht. Hiermee kan wel worden geconcludeerd dat de aanwezigheid van de verschillende factoren aantonen dat er een positief verband bestaat tussen de aanwezigheid van de onafhankelijke factoren op de afhankelijke variabele. Dit is naast de resultaten van dit onderzoek gebaseerd op de literatuur. De literatuur geeft namelijk aan dat wanneer de bovenstaande factoren aanwezig zijn, dit betekent dat er een positieve invloed bestaat ten aanzien van samenwerking rondom de overdracht. Daarnaast geven de resultaten een duidelijke richting aan voor verbetermogelijkheden om samenwerking rondom de overdracht te verbeteren.

6.4 Aanbevelingen

In deze paragraaf worden de aanbevelingen gedaan ten aanzien van samenwerking rondom de overdracht. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op informatie uit de literatuur, resultaten verkregen in dit onderzoek en de aanbevelingen die zorgverleners zelf hebben gegeven tijdens de interviews. Uiteindelijk worden hieronder een aantal aanbevelingen gedaan. Iedere aanbeveling is gericht om samenwerking rondom de overdracht te verbeteren. Deze aanbevelingen gelden specifiek voor samenwerking rondom de overdracht tussen de afdeling E4 van het MST en samenwerkende zorginstellingen uit de eerste lijn. Als eerste worden er aanbevelingen gedaan ten aanzien van de medische ontslagbrief. Als tweede volgen de aanbevelingen ten aanzien van het AMO en als derde de aanbevelingen ten aanzien van de verpleegkundige overdracht. Deze paragraaf sluit af met een aantal algemene aanbevelingen.

6.4.1 De Medische ontslagbrief

1. Bij een overname naar een verpleeg- en/of verzorgingshuis dient de arts het vernieuwde protocol voor 'medische en medicatie overdracht naar een verpleeg en/of verzorgingshuis' op te volgen, zie Bijlage 7. Daarbij moet wel voldaan worden aan de volgende voorwaarden en opmerkingen:
 - a. Het protocol wordt voorgelegd ter goedkeuring aan de eigenaren van het protocol.
 - b. Het format voor de brief van de kwetsbare oudere dient als sjabloon/format te worden toegevoegd aan de overige sjablonen/formats voor een medische ontslagbrief.
 - c. Het vernieuwde protocol wordt opgenomen in het introductieprogramma voor de nieuwe arts-assistenten en verpleegkundig specialisten
 - d. Het vernieuwde protocol wordt onder de aandacht gebracht bij artsen middels de eigen communicatiekanalen van de chirurgie/urologie.
 - e. Het format (medische ontslagbrief) voor de kwetsbare oudere is het standard format dat wordt aangeboden binnen het vernieuwde EPD⁵ wanneer er een medische ontslagbrief wordt geschreven bij een ontslag naar verpleeg-en of verzorgingshuis.
2. In het vernieuwde EPD dient er de mogelijkheid te bestaan de specialist ouderengeneeskunde als behandelaar op te nemen binnen de eerste lijn. Dit zodat zij ook de medische ontslagbrief digitaal kunnen ontvangen.

6.4.2. Het AMO

1. Er dient jaarlijks een overleg plaats te vinden ten aanzien van de medicatie-overdracht. Hierbij zijn alle betrokken zorgverleners van de afdeling E4 aanwezig: artsen, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, secretaresse en apothekers en medewerkers van het medicatiepunt. In dit overleg worden de huidige (en nieuwe) werkwijze besproken daarnaast worden de knelpunten en verwachtingen besproken. Dit heeft als doel samenwerking rondom het medicatie-

⁵ Het MST is ten tijde van afronding van dit onderzoek bezig met vooronderzoek ten aanzien van een nieuw EPD. De verwachting is dat binnen twee jaar een nieuw EPD in gebruik wordt genomen.

overzicht te verbeteren. (dit kan ook eventueel breder worden getrokken naar een overleg ten aanzien van de gehele overdracht).

2. Er dient een overleg plaats te vinden op regionaal niveau met alle betrokken partijen vanuit eerste en tweedelijns op welke wijze een AMO ingevuld wordt binnen het adherentiegebied van het MST⁶
3. Voor iedere kwetsbare oudere wordt er standaard een AMO verstuurd naar de eigen apotheek, wanneer er tijdens de opname in het MST wijzigingen ten aanzien van de medicatie zijn geweest, zie hiervoor ook Bijlage 7. Hieronder voorwaarden en opmerkingen.
 - a. Bij ingebruikname van het vernieuwde EPD is het mogelijk automatisch een AMO te versturen naast de elektronische recepten bij kwetsbare ouderen.
 - b. Wanneer het medicatiepunt niet is ingeschakeld bij een ontslag, maar er wel medicatiewijzigingen hebben plaatsgevonden, dan dient de secretaresse van de afdeling het AMO te versturen. Dit wordt door de arts als opdracht in DSV opgenomen.
 - c. Er dient te worden onderzocht of er mogelijkheden zijn om via het LSP automatisch een AMO mee te sturen, in plaats van dat dit via Zziver/beveiligde mail wordt verstuurd.
4. Bij medicatiewijzigingen op de dag van ontslag, dient de arts dit door te geven aan het medicatiepunt (wanneer het medicatiepunt is ingeschakeld voor medicatieverificatie) Dit zodat het medicatiepunt de wijzigingen kan doorvoeren en eventueel een aangepast AMO kan versturen naar de eigen apotheek.
5. Het moet mogelijk zijn voor de arts om naast medicatieverificatie ook medicatiebeoordeling en een medicatie-ontslaggesprek aan te vragen bij het medicatiepunt. Dit hoeft niet standaard, maar dient wel op verzoek mogelijk te zijn. Hierbij kan het protocol voor ontslaggesprek binnen het MST gevolgd worden: FO-009200 Checklist ontslaggesprek

6.4.3 De verpleegkundige overdracht

1. Binnen de verpleegkundige overdracht dient er standaard een wondoverdracht en een stoma-overdracht opgenomen te worden. Voor de stoma-overdracht kan het huidige stomaformulier gebruikt worden. Voor de wondoverdracht zouden de adviezen uit onderstaande link kunnen worden gebruikt: <https://transmuralezorg.nl/wp-content/uploads/2019/06/wondoverdrachtformulier.pdf>
2. Ten aanzien van de verpleegkundige overdracht dient een duidelijke keuze te worden gemaakt ten aanzien van verpleegkundige methodiek, bijvoorbeeld Gordon of de e-overdracht van NICTIZ (NICTIZ, 2020). Hierbij komen de aparte

⁶ Hierbij dient in acht te worden genomen de vernieuwde richtlijn Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de ketengegevens (Actiz et al., 2019)

kopjes voor zorg rondom de kwetsbare oudere te vervallen in de verpleegkundige overdracht.

3. De digitale verzending van de verpleegkundige overdracht dient plaats te vinden op de dag van ontslag nadat de verpleegkundige overdracht door de afdelingsverpleegkundige definitief is gemaakt binnen DSV.
4. Het overleg omtrent de overdracht tussen de verpleegkundigen eerste lijn en de verpleegkundigen van de E4 dient periodiek (jaarlijks) plaats te vinden (en dus vervolg te krijgen).

6.4.4 Algemene aanbevelingen

1. Het dient mogelijk te zijn om als individueel zorgverlener vanuit de eerste lijn een VIM-melding (Veilig Incidenten Melden) te doen ten aanzien van een onvolledige, incorrecte en niet tijdige overdracht⁷.
2. Bij projecten waar zorgverleners uit de eerste lijn zijn betrokken dient altijd een terugkoppeling en evaluatie (door de projectleiders) plaats te vinden.
3. Er dient te worden nagevraagd/onderzocht bij de betrokkenen welke redenen er zijn dat projecten ter verbetering van de overdracht niet tot het gewenste resultaat hebben geleid in het verleden. De verkregen inzichten kunnen er toe bijdragen dat de valkuilen uit het verleden worden voorkomen bij de uitvoering van bovenstaande aanbevelingen. Deze inzichten dienen ook gedeeld te worden met degenen die betrokken zijn geweest ten tijde van het project.

⁷ Ten tijde van het onderzoek bleek dat er nog geen VIM-systemen aanwezig waren. Ten tijde van afronding van het onderzoek, is er voor de verpleegkundigen en artsen uit de eerste lijn de mogelijkheid VIM-meldingen te doen (oftewel veiligheids incidentie meldingen)

6.4 Discussie

In deze paragraaf wordt nader gekeken naar de resultaten van dit onderzoek. Namelijk bij dit onderzoek is gekeken naar de aanwezigheid van de onafhankelijke variabelen, doelen en eigen belang, formalisatie en bestuur. Uit de resultaten kwam naar voren dat de verschillende factoren in meer of mindere mate aanwezig waren bij samenwerking rondom de overdracht. Hieronder wordt ingegaan op de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. Als tweede wordt gekeken naar de onderzoeksresultaten en als laatste naar de beperkingen van dit onderzoek met aanbeveling voor vervolgrichtingen.

In paragraaf 4.8 is beschreven op welke wijze validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek getracht is te borgen. Als eerste is getracht via een interviewprotocol en een toetsingskader de overdrachten te onderzoeken van een chirurgische en een urologische kwetsbare oudere. Dit is echter niet gelukt, doordat bleek dat binnen de beperkte tijdsperiode van het onderzoek er geen ontslag van een urologische patiënt heeft plaatsgevonden die met thuiszorg naar huis ging. Tevens moet worden meegenomen dat dit onderzoek heeft plaatsgevonden over de duur van een jaar. Daarmee is het mogelijk dat er tijdens dit onderzoek veranderingen hebben plaatsgevonden in samenwerking rondom de overdracht die niet in dit onderzoek zijn meegenomen. Daarnaast zijn ook semigestructureerde interviews gehouden met betrokken zorgverlener. Hierbij is geprobeerd in ieder geval twee zorgverleners van iedere groep te interviewen. Vanwege de beperkte onderzoekstijd is er maar één apotheker vanuit de eerste lijn geïnterviewd. Wanneer vervolgonderzoek plaatsvindt is het aan te bevelen niet alleen overdrachten van urologische en chirurgische patiënten te onderzoeken die plaatsvinden vanaf de afdeling E4, maar ook overdrachten te onderzoeken van de andere specialismen op de afdeling, zoals de kaakchirurgie, gynaecologie. Daarnaast is het aan te bevelen ook meerdere apothekers te interviewen.

Daarnaast is in dit onderzoek de conclusie getrokken dat alle variabelen in meer of mindere mate aanwezig zijn en dus een positieve invloed hebben op samenwerking rondom de overdracht. Echter de aanwezigheid van de variabelen betekent niet altijd dat dit ook een positieve invloed heeft op samenwerking rondom de overdracht. Dit blijkt onder andere uit het feit dat alhoewel er duidelijke richtlijnen en protocollen zijn ten aanzien van het AMO, dat vanaf de afdeling E4 er alleen een AMO wordt verstuurd wanneer het medicatiepunt wordt ingeschakeld.

Ook is de aanname geweest dat wanneer samenwerking rondom de overdracht goed zou gaan, dit een positief effect zou kunnen hebben op het waarborgen van continuïteit van zorg. In dit onderzoek zijn daar wel sterke aanwijzingen gevonden, doordat zorgverleners en de literatuur dit beiden aangeven. Echter betekent dit niet dat die conclusie vanuit dit onderzoek kan worden getrokken, omdat dit onderzoek enkel samenwerking rondom de overdracht heeft onderzocht.

Endogene en exogene factoren kunnen ook van invloed zijn geweest op samenwerking rondom de overdracht. Als eerste kan de deskundigheid van de verpleegkundigen van invloed zijn op de kwaliteit van de overdracht en/of de kwaliteit van de verwerking van de overdracht. Ten tweede kan tijd en prioritering van invloed zijn op samenwerking rondom de overdracht. Hiermee wordt bedoeld dat de tijd die een zorgverlener heeft om een overdracht te schrijven en of te lezen invloed heeft op de kwaliteit van zowel de overdracht als de verwerking. Ten derde hebben de relaties tussen de apothekers en

artsen invloed op samenwerking rondom de overdracht, voornamelijk wanneer het de medicatie-overdracht betreft. Dit is in dit onderzoek niet nader onderzocht, omdat dit onderzoek zich richt op de verschillende onderdelen van de overdracht.

Kijkend naar theorie en de resultaten dan zijn er een aantal punten die opvallen. Wat naar voren komt in dit onderzoek is dat de factoren die samenwerking beïnvloeden, ook de samenwerking rondom de overdracht beïnvloeden. Dit komt duidelijk naar voren wanneer gekeken wordt naar de resultaten. Zo geven de verschillende geïnterviewde zorgverleners duidelijk aan dat de aanwezigheid en of afwezigheid van de factoren invloed heeft op samenwerking rondom de overdracht. Echter geven de resultaten van dit onderzoek geen inzicht op welke wijze de verschillende factoren elkaar kunnen beïnvloeden, omdat alleen gekeken is naar de factoren als op zichzelf staande factoren. Echter aanwijzingen zijn er dat de factoren elkaar onderling ook beïnvloeden. Zo lijkt de afwezigheid van gezamenlijke doelstellingen bij artsen en apothekers sterk samen te hangen met het niet naleven van de protocollen die bestaan ten aanzien van het AMO. Zo komt dit overeen met Lipsky (2010), die stelt dat wanneer er verschillende doelstellingen bestaan, de zorgverlener (werknemer publieke sector) zelf invulling geeft aan de bestaande richtlijnen en protocollen (Lipsky, 2010). Wat er dus toe leidt dat samenwerking rondom de overdracht niet altijd goed gaat, omdat de verschillende zorgverleners verschillende punten belangrijk vinden. Daarnaast geeft het theoretisch model dat gebruikt is voor onderzoek aan of er samenwerking plaatsvindt. Echter geeft het model geen inzicht in welke mate van aanwezigheid nodig is voor optimale samenwerking rondom de overdracht. Bijvoorbeeld er bestaat een uitwisselingssysteem tussen de artsen uit de eerste en tweedelijns zorg. Echter de vraag is of deze wel afdoende is, omdat artsen bijvoorbeeld aangeven, dat alhoewel ze een goed uitwisselingssysteem hebben, dit nog de nodige gebreken heeft en ze bijvoorbeeld graag een geïntegreerd EPD zien.

Dit alles leidt tot de conclusie dat vervolgonderzoek nodig is. Voor dit onderzoek is enkel samenwerking rondom de overdracht van een kwetsbare oudere van één afdeling, namelijk de E4 van het MST naar de eerste lijn onderzocht. Dit maakt dat de onderzoekgegevens niet generaliseerbaar zijn. Diverse richtingen voor vervolgonderzoek zijn mogelijk. Er kan worden onderzocht wat de rol van de kwetsbare oudere is ten aanzien van samenwerking rondom de overdracht. Daarnaast is een andere onderzoeksrichting om te kijken of samenwerking rondom de overdracht continuïteit van zorg waarborgt bij kwetsbare ouderen. Hierbij moet dan ook de situatie voor ontslag en na ontslag worden meegenomen. Ook kan het goed te zijn hoe samenwerking rondom de overdracht gaat vanuit de eerste lijn naar het MST. Al deze onderzoeksrichtingen zijn mogelijk. Echter met dit onderzoek is een bijdrage geleverd aan de kennis en inzichten ten aanzien van samenwerking rondom de overdracht vanaf de afdeling E4 naar de eerste lijn.

Referenties

- Actiz, Associatie van ketenapotheken, FMS, FNT, GGD, GGZ, ... Zorgverzekeraars Nederland. (2019). *Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de keten*. Geraadpleegd van <https://www.knmp.nl/downloads/herziene-richtlijn-overdracht-van-medicatiegegevens-in-de-keten.pdf>
- Bakker, W. E., & van Waarden, F. (1999). *Ruimte rond regels: stijlen van regulering en beleidsuitvoering vergeleken*: Boom Koninklijke Uitgevers.
- Barsotini, C., & Wainer, J. (2005). Patterns of collaboration and non-collaboration among physicians *Groupware: Design, Implementation, and Use* (pp. 248-254): Springer.
- Boonstra, J. (2007). Ondernemen in allianties en netwerken: een multidisciplinair perspectief. *M & O: tijdschrift voor management en organisatie*, 61(3/4), 5-35.
- Bruijn, J. A., & Heuvelhof, E. F. (1999). *Management in netwerken*: Lemma.
- Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N., & Porteous, M. (1998). Integrated care pathways. *BMJ: British Medical Journal*, 316(7125), 133.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*: Sage publications.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodríguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC health services research*, 8(1), 188.
- Evans, A. (2010). *Professional Discretion in Welfare Services: Beyond Street-Level Bureaucracy*: Ashgate Publishing Ltd.
- Feiock, R. C. (2007). Rational choice and regional governance. *Journal of Urban Affairs*, 29(1), 47-63.
- Flink, M., Glas, S. B., Airoso, F., Öhlén, G., Barach, P., Hansagi, H., . . . Olsson, M. (2015). Patient-centered handovers between hospital and primary health care: An assessment of medical records. *International journal of medical informatics*, 84(5), 355-362.
- Fuji, K. T., Abbott, A. A., & Norris, J. F. (2013). Exploring care transitions from patient, caregiver, and health-care provider perspectives. *Clinical nursing research*, 22(3), 258-274.
- Hage, J., & Aiken, M. (1969). Routine technology, social structure, and organization goals. *Administrative science quarterly*, 366-376.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ: British Medical Journal*, 327(7425), 1219.
- Hammelburg, R., Lubbers, W. J., & Nauta, N. (2014). *Veranderende samenwerking in de zorg*: Bohn Stafleu van Loghum.
- IGJ. (2015). *Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd*. Retrieved from <https://www.igi.nl/documenten/rapporten/2015/06/18/continuïteit-van-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-vanuit-het-ziekenhuis-naar-verpleeg--en-verzorgingshuizen-thuiszorg-en-huisartsen-niet-gewaarborgd>:
- IGZ & VWS. (2008). *richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten*. Geraadpleegd van: https://www.medicatieoverdracht.nl/Media/Default/richtlijn/Richtlijn_Overdracht_van_Medicatiegegevens-def-20080425.pdf

- Kickert, W. J., Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. F. (1997). Introduction: A management perspective on policy networks; and conclusion: Managing networks in the public sector: Findings and reflections. *Managing complex networks. Strategies for the public sector*. London: Sage.
- Kleingeld, C. P. (1996). *Verantwoordelijke verpleging: heeft de verpleegkundige een eigen beroepsverantwoordelijkheid?* : Universiteit Utrecht, Faculteit Godgeleerdheid.
- Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. (2012). Governance network theory: past, present and future. *Policy & Politics*, 40(4), 587-606.
- KNMG. (2004). Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 3 Dossier en bewaartermijnen
- KNMG. (2013, 26 februari). *Aanbevolen werkwijze bij het gebruik van het medicatieoverzicht en recept bij ontslag*. Geraadpleegd op 6 januari 2020, van https://www.knmp.nl/patientenzorg/medicatieoverdracht/medicatieoverzicht/medicatieoverzicht-2.0/at_download/file_2
- KNMP. (2013). URS Medicatieoverzicht 2.0.
- Krogt, P. W. M. v. d. V. C. W. (1995). *Organisatie in beweging* (derde druk ed.). Utrecht: Uitgeverij Lemma BV.
- Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy: dilemmas of the individual in public services* (2nd Revised edition ed.). New York: Russel Sage Foundation.
- MST. (2015, 13 juli). *Medische- en medicatie overdracht van MST naar verpleeg- en verzorgingshuizen* [Procedure]. Geraadpleegd op 6 januari 2020, van <http://iprova.zmst.loc/iDocument/Viewers/Frameworks/ViewDocument.aspx?DocumentID=3c191bd4-ee4d-4cd0-8077-4c469a52e76a&NavigationHistoryID=6807419&PortalID=100&Query=overdracht+medische+>⁸
- MST. (2018a, 28 februari). *Ontslagproces* [Procedure]. Geraadpleegd op 6 januari 2019, van <http://iprova.zmst.loc/iDocument/Viewers/Frameworks/ViewDocument.aspx?DocumentID=4e395b19-8f67-4e33-aab2-cfe77b63a4a6&NavigationHistoryID=6807065&PortalID=100&Query=ontslag>⁹
- MST. (2018b, 6 september). *Opname-, verblijf- en ontslagprocedure voor cliënten van De Twentse Zorgcentra (DTZC)* [Procedure]. Geraadpleegd op 6 januari 2020, van <http://iprova.zmst.loc/iDocument/Viewers/Frameworks/ViewDocument.aspx?DocumentID=8edb68d8-0024-4b5c-bc41-a398ab31a0bb&NavigationHistoryID=6807464&PortalID=100&Query=opname+verblijf+en+ontslagprocedure>¹⁰
- MST. (2019, 28 november). *Medicatieverificatie bij ontslag* [werkinstructie]. Geraadpleegd op 6 januari 2020, van <http://iprova.zmst.loc/iDocument/Viewers/Frameworks/ViewDocument.aspx?DocumentID=041366fd-89f8-4da8-b08b-0ff56067add5&NavigationHistoryID=6807386&PortalID=100&Query=medicatieverificatie>¹¹
- NHG, & FMS. (2018). Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist.

⁸ Bron afkomstig van intranet MST (niet publiekelijk toegankelijk)

⁹ Bron afkomstig van intranet MST (niet publiekelijk toegankelijk)

¹⁰ Bron afkomstig van intranet MST (niet publiekelijk toegankelijk)

¹¹ Bron afkomstig van intranet MST (niet publiekelijk toegankelijk)

- NVKG. (2018). Zorgpad Kwetsbare ouderen over de keten en in het ziekenhuis
- Philibert, I. (2009). Use of strategies from high-reliability organisations to the patient hand-off by resident physicians: practical implications. *Quality and Safety in Health Care*, 18(4), 261-266.
- Plochg, T. (2007). *Handboek gezondheidszorgonderzoek* ([1e dr.]. ed.). Houten :: Bohn Stafleu van Loghum.
- Provan, K. G., Fish, A., & Sydow, J. (2007). Interorganizational networks at the network level: A review of the empirical literature on whole networks. *Journal of management*, 33(3), 479-516.
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory*, 18(2), 229-252.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public Administration Review*, 61(4), 414-423.
- Raak, A. v., Paulus, A., & Mur-Veeman, I. (2005). Why do health and social care providers co-operate? *Health policy*, 74(1), 13-23.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.12.006>
- Riesenberg, L. A., Leisch, J., & Cunningham, J. M. (2010). Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *AJN The American Journal of Nursing*, 110(4), 24-34.
- Ring, P. S., & Van de Ven, A. H. (1994). Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. *Academy of management review*, 19(1), 90-118.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, 19(sup1), 132-147.
- Scotten, M., Manos, E. L., Malicoat, A., & Paolo, A. M. (2015). Minding the gap: Interprofessional communication during inpatient and post discharge chasm care. *Patient education and counseling*, 98(7), 895-900.
- Smith, K. G., Carroll, S. J., & Ashford, S. J. (1995). Intra-and interorganizational cooperation: Toward a research agenda. *Academy of Management journal*, 38(1), 7-23.
- Swanborn, P. (2010). *Case study research: what, why and how?* : Sage.
- TAO-UA. (z.d.). Project *Eerste Tweede Lijn*. Geraadpleegd op 7 januari 2020, van <https://www.tao-ua.nl/projectgroep-eerste-tweede-lijn>
- V&VN. (2011). Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging.
- Van der Veen, R. (1990). De sociale grenzen van beleid: een onderzoek naar de uitvoering en effecten van sociaal beleid [The social boundaries of policy: a study into the implementation and effects of social policy]. *Leiden: Stenfert Kroese*.
- Van Heffen, O., & Klok, P.-J. (2000). Institutionalism: state models and policy processes *Governance in Modern Society* (pp. 153-177): Springer.
- van Meersbergen, D. (2014). Juridisch perspectief op samenwerken *Veranderende samenwerking in de zorg* (pp. 57-64): Springer.
- VMS. (2008). *Medicatieverificatie bij opname en ontslag*. Geraadpleegd op 6 januari 2020, van https://www.vmszorg.nl/wp-content/uploads/2017/03/web_2008.0101_praktijkgids_medverificatie.pdf
- Wet BIG. (1993, 11 november). Geraadpleegd op 6 januari 2020, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2020-01-01>
- WGBO. (1995, 1 april). Geraadpleegd op 6 januari 2020, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2020-01-01#Boek7>

Wkkgz. (2015, 7 oktober). Geraadpleegd op 6 januari 2020, van
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2020-01-0>
Yin, R. K. (2013). *Case study research: Design and methods*: Sage publications.

Bijlage 1a Interview protocol voor Huisarts/specialist ouderenzorg/apothekers

Datum:

No.

Respondent:

Dag:

Maand:

Jaar:

Uur:

Minuten:

Interviewplan

Mijn naam is Mirjam Groeneveld en voor mijn afstuderen doe ik onderzoek in samenwerking met het MST om samenwerking rondom de overdracht bij kwetsbare ouderen te onderzoeken, wanneer zij ontslagen worden uit het MST. Ik zou u graag wat vragen willen stellen aan de hand van het medicatie-overzicht/de medische brief/de verpleegkundige overdracht¹² die u heeft ontvangen van patiënt x. Daarnaast wil ik wat vragen stellen die gaan over de overdracht in het algemeen, waarbij ik specifiek wil ingaan op het samenwerkingsproces van de overdracht tussen u zorginstelling en het MST.

Er zijn geen goede of foute antwoorden. Ik zou graag willen dat u zegt wat u echt denkt en vindt. Alles wat u verteld zal vertrouwelijk blijven. Informatie zal ik nooit doorgeven aan derden en het verslag dat het MST en de Universiteit Twente krijgt is niet herleidbaar naar individuele personen. U ervaringen en ideeën zijn erg waardevol om samenwerking rondom de overdracht te verbeteren.

Het is voor mij moeilijk om goed te luisteren naar u en tegelijkertijd alles wat u verteld mee te schrijven. Om er zeker van te zijn dat u antwoorden goed overneemt, zou ik ons gesprek graag opnemen. Gaat u hiermee akkoord?

Interview vragen

Als eerste wil ik een aantal vragen stellen aan de hand van het medicatie-overzicht/de ontslagbrief/de verpleegkundige overdracht van patiënt x na het ontslag van afgelopen (datum invullen) die u heeft ontvangen uit het MST.

1. Klopt het dat de medische brief digitaal naar u wordt verzonden?
2. Wat vindt u van deze wijze van informatie-uitwisseling?
3. Zijn er ook andere manieren waarop de overdracht wordt gecommuniceerd?

1. Wat is volgens u het doel van de overdracht?
 - a. Voldoet deze overdracht volgens u aan dit doel?

¹² Omcirkelen wat van toepassing is

i. Waarom vindt u dat?

Door de IGZ wordt continuïteit van zorg als meest belangrijk doel aangemerkt van de overdracht

2. Vind u dat door deze overdracht de continuïteit van zorg gewaarborgd wordt?
 - a. Waarom vindt u dat?

Graag wil ik nu wat algemene vragen stellen over de overdracht

Maakt u hiervan gebruik?

3. Geeft u en of u zorginstelling feedback wanneer u een overdracht ontvangt die volgens u niet voldoet aan het doel van de overdracht?
 - a. Zo, nee welke reden(en) heeft u voor het niet geven van feedback?
 - b. Zo, ja wat wordt er met u feedback gedaan?
4. Op welke wijze verwerkt u de overdracht?
5. Hoeveel tijd bent u gemiddeld kwijt het verwerken van de overdracht?
6. Wanneer begint u met de verwerking van de overdracht?
7. Gebruikt u ook andere informatiebronnen tijdens het verwerken van de overdracht, zoals de het medicatie-overzicht, de verpleegkundige overdracht, of mondelinge informatie via andere zorgverleners?
8. Welke verstoringen kunnen tijdens de verwerking van de overdracht optreden? (Denk hierbij aan telefoontjes, acute situaties, geen computer aanwezig etc.)
 - a. Welke invloed hebben deze verstoringen op de kwaliteit van de verwerking van de overdracht?

Graag wil ik nu wat vragen stellen over de samenwerking rondom de overdracht tussen het MST en u zorginstelling, hierbij stel ik wat vragen over hoe de overdracht wordt vormgegeven tussen de verschillende zorginstellingen, waarbij ik graag wil weten of en welke onderlinge afspraken er bestaan ten aanzien van de overdracht en hoe deze tot stand komen.

9. Vind er overleg plaats waarin afspraken en inhoud van de overdracht worden besproken tussen u zorginstelling en de chirurgie?
 - a. Waar bestaat een overleg uit?
 - a. Hoe vaak is er overleg met het MST?
 - b. Welke partij neemt het initiatief hiervoor?
 - c. Volgen uit dit overleg afspraken ter verbetering van de overdracht
 - i. Zo ja, hoe worden deze afspraken gecommuniceerd?
 - ii. Worden deze afspraken tussen u zorginstelling en het MST periodiek geëvalueerd?
10. Bestaan er nog andere initiatieven los van de overlegmomenten, ter verbetering van de overdracht?
 - a. Zo, ja waar bestaan deze initiatieven uit?

Omdat in mijn onderzoek niet alleen de verpleegkundige overdracht, maar ook de medische brief en het medicatie-overzicht onderzocht worden, wil ik graag als laatste nog wat vragen stellen over deze overdrachten.

11. Heeft u weet van de overdracht van de andere specialismen?

12. Zou u het van meerwaarde vinden als u naast u eigen overdracht, de overdracht ook een verpleegkundig en medicatie-overzicht bevat heeft tot de verpleegkundige overdracht en medische overdracht?

a. Waarom vindt u dat?

Afronding

13. Wilt u nog iets toevoegen aan hetgeen al gevraagd/verteld is?

Bijlage Ib Interview protocol voor Zorgverleners MST

Datum:

No.

Respondent:

Dag:

Maand:

Jaar:

Uur:

Minuten:

Interviewplan

Mijn naam is Mirjam Groeneveld en voor mijn afstuderen doe ik onderzoek in samenwerking met het MST om samenwerking rondom de overdracht bij kwetsbare ouderen te onderzoeken, wanneer zij ontslagen worden uit het MST. Ik zou u graag wat vragen willen stellen aan de hand van de overdracht die u over patiënt x heeft geschreven. Daarnaast wil ik wat vragen stellen die gaan over de overdracht in het algemeen, waarbij ik specifiek wil ingaan op het algemene samenwerkingsproces van de overdracht tussen het MST en de zorginstellingen waar de kwetsbare oudere naar wordt overgedragen.

Er zijn geen goede of foute antwoorden. Ik zou graag willen dat u zegt wat u echt denkt en vindt. Alles wat u vertelt zal vertrouwelijk blijven. Informatie zal ik nooit doorgeven aan derden en het verslag dat het MST en de Universiteit krijgt is niet herleidbaar naar individuele personen. U ervaringen en ideeën zijn erg waardevol om samenwerking rondom de overdracht te verbeteren.

Het is voor mij moeilijk om goed te luisteren naar u en tegelijkertijd alles wat u vertelt mee te schrijven. Om er zeker van te zijn dat u antwoorden goed overneemt, zou ik ons gesprek graag opnemen. Gaat u hiermee akkoord?

Interview vragen

Door de IGZ wordt continuïteit van zorg als meest belangrijk doel aangemerkt van de overdracht

1. Vind u dat door deze overdracht de continuïteit van zorg gewaarborgd wordt?

Graag wil ik nu wat algemene vragen stellen over de overdracht

2. Geeft u feedback wanneer u een overdracht stuurt die volgens u niet voldoet?
 - a. Zo, nee welke reden(en) heeft u voor het niet geven van feedback?
 - b. Zo, ja wat wordt er met u feedback gedaan?
3. Hoeveel tijd bent u gemiddeld kwijt aan schrijven van de overdracht?
4. Wanneer begint u met de overdracht?

5. Waar haalt u de informatie vandaan voor het schrijven van de overdracht: Uit het medisch dossier, verpleegkundig dossier, anamnese en voorgeschiedenis van de patiënt, via de patiënt, en of via andere zorgverleners?
6. In hoeverre heeft u invloed op de inhoud van de overdracht?
 - a. Waarin komt deze invloed naar voren?
7. In hoeverre heeft u invloed op het format van de overdracht?
 - b. Waarin komt deze invloed naar voren?
8. Welke verstoringen kunnen tijdens de verwerking/schrijven van de overdracht optreden? (Denk hierbij aan telefoontjes, acute situaties, geen computer aanwezig etc.)
 - c. Welke invloed hebben deze verstoringen op de kwaliteit van de overdracht?

Graag wil ik nu wat vragen stellen over de samenwerking rondom de overdracht tussen het MST en de overige zorginstellingen, waarbij ik graag wil weten of en welke onderlinge afspraken en overlegmomenten er bestaan ten aanzien van de overdracht en hoe deze tot stand komen.

9. Vind er overleg plaats waarin afspraken en inhoud van de overdrachten worden besproken tussen het MST en overige zorginstellingen?
 - d. Hoe vaak is er overleg met het MST?
 - e. Waar bestaat een overleg uit?
 - f. Welke partij neemt het initiatief hiervoor?
 - g. Volgen uit dit overleg afspraken ter verbetering van de overdracht
 - iii. Zo ja, hoe worden deze afspraken gecommuniceerd?
 - iv. Worden de afspraken tussen het MST en overige zorginstellingen periodiek geëvalueerd?
14. Bestaan er nog andere initiatieven los van de overlegmomenten, ter verbetering van de overdracht?
 - a. Zo, ja waar bestaan deze initiatieven uit?

Omdat in mijn onderzoek niet alleen de verpleegkundige overdracht, maar ook de medische brief en het medicatie-overzicht onderzocht worden, wil ik graag als laatste nog wat vragen stellen over deze overdrachten

10. Heeft u weet van de overdracht van de andere specialismen?
11. Zou u het van meerwaarde vinden als u naast u eigen overdracht, de overdracht ook een verpleegkundig en medicatie-overzicht bevat heeft tot de verpleegkundige overdracht en medische overdracht?
 - a. Waarom vindt u dat?

Afronding

12. Wilt u nog iets toevoegen aan hetgeen al gevraagd/verteld is?

Bijlage Ic: Interview protocol voor verpleegkundige eerste lijn

Datum:

No. Respondent: _____

Dag: _____

Maand: _____

Jaar: _____

Uur: _____

Minuten: _____

Interviewplan

Mijn naam is Mirjam Groeneveld en voor mijn afstuderen doe ik onderzoek in samenwerking met het MST om samenwerking rondom de overdracht bij kwetsbare ouderen te onderzoeken, wanneer zij ontslagen worden uit het MST. Ik zou u graag wat vragen willen stellen aan de hand van de verpleegkundige overdracht, die u heeft ontvangen van patiënt x..... Daarnaast wil ik wat vragen stellen die gaan over de overdracht in het algemeen, waarbij ik specifiek wil ingaan op het samenwerkingsproces van de overdracht tussen u zorginstelling en het MST.

Er zijn geen goede of foute antwoorden. Ik zou graag willen dat u zegt wat u echt denkt en vindt. Alles wat u vertelt zal vertrouwelijk blijven. Informatie zal ik nooit doorgeven aan derden en het verslag dat het MST en de Universiteit Twente krijgt is niet herleidbaar naar individuele personen. U ervaringen en ideeën zijn erg waardevol om samenwerking rondom de overdracht te verbeteren.

Het is voor mij moeilijk om goed te luisteren naar u en tegelijkertijd alles wat u verteld mee te schrijven. Om er zeker van te zijn dat u antwoorden goed overneemt, zou ik ons gesprek graag opnemen. Gaat u hiermee akkoord?

Interview vragen

Graag wil ik wat vragen stellen over de overdracht in het algemeen

10. Hoe gaan de overdrachten in het algemeen?

13. Geeft u en of u zorginstelling feedback aan het MST wanneer u een overdracht ontvangt die volgens u niet voldoet?

b. Zo, nee welke reden(en) heeft u voor het niet geven van feedback?

c. Zo, ja weet u wat er wordt gedaan met u feedback gedaan?

De volgende vragen gaan over de wijze waarop u de overdracht verwerkt

14. Wat doet u met de informatie die u ontvangt uit de overdracht?

a. *Hoeveel tijd bent u hieraan kwijt?*

15. Wat is volgens u het doel van de overdracht in het algemeen?

a. Voldoet deze overdracht volgens u aan dit doel?

i. *Waarom vindt u dat?*

16. Wanneer begint u met de verwerking van de overdracht?

17. Gebruikt u ook andere informatiebronnen tijdens het verwerken van de overdracht, zoals de het medicatie-overzicht, de verpleegkundige overdracht, of mondelinge informatie via andere zorgverleners?

18. Welke verstoringen treden weleens op tijdens de verwerking van de overdracht op? (Denk hierbij aan telefoontjes, acute situaties, geen computer aanwezig etc)

b. Welke invloed hebben deze verstoringen op de kwaliteit van de verwerking van de overdracht?

Graag wil ik nu wat vragen stellen over de samenwerking rondom de overdracht tussen het MST en u zorginstelling, hierbij stel ik wat vragen over hoe de overdracht wordt vormgegeven tussen de verschillende zorginstellingen, waarbij ik graag wil weten of en welke onderlinge afspraken er bestaan ten aanzien van de overdracht en hoe deze tot stand komen.

19. Vindt er overleg plaats, waarin afspraken rondom de overdracht worden besproken tussen u zorginstelling en het MST?

c. Waar bestaat een overleg uit?

a. Hoe vaak is er overleg met het MST?

b. Welke partij neemt het initiatief hiervoor?

c. Volgen uit dit overleg afspraken ter verbetering van de overdracht

i. Zo ja, hoe worden deze afspraken gecommuniceerd?

ii. Worden deze afspraken tussen u zorginstelling en het MST periodiek geëvalueerd?

20. Bestaan er nog andere initiatieven los van de overlegmomenten, ter verbetering van de overdracht?

d. Zo, ja waar bestaan deze initiatieven uit?

Omdat in mijn onderzoek niet alleen de verpleegkundige overdracht, maar ook de medische brief en het medicatie-overzicht onderzocht worden, wil ik graag als laatste nog wat vragen stellen over deze overdrachten.

21. Heeft u weet van de overdracht van de andere specialismen?

22. Zou u het van meerwaarde vinden als u naast u eigen overdracht, de overdracht ook een verpleegkundig en medicatie-overzicht bevat heeft tot de verpleegkundige overdracht en medische overdracht?

e. Waarom vindt u dat?

23. Stel u mag verbetering aanbrengen in de overdracht, welke verbetering zou u dan als eerste willen doorvoeren?

Afronding

24. Wilt u nog iets toevoegen aan hetgeen al gevraagd/verteld is?

Bijlage 2: Opbouwschema dataverzameling

Afhankelijke variabele	Indicator	Data/Vragen
<p>Samenwerking rondom de overdracht <i>Zorgverleners als vertegenwoordigers van verschillende zorginstellingen die elkaar helpen door een kwalitatieve, efficiënte en effectieve overdracht, die alle informatie en kennis bevat om het gezamenlijke doel te behalen: het waarborgen van continuïteit van zorg</i></p>	<p>Structuur Wanneer er goede afspraken zijn tussen de zorginstellingen met betrekking tot de overdracht, er overlegmomenten bestaan over de overdracht, is de verwachting dat dit leidt tot betere communicatie, duidelijkere taakverantwoordelijkheden en taakverdelingen, wat zorgt voor minder incidenten ten aanzien van de overdracht wat leidt tot betere waarborging van de continuïteit van zorg bij ontslag uit het ziekenhuis.</p>	<p>Meerdere vragen/documentanalyse</p>
	<p>Proces Continuïteit van zorg wordt gewaarborgd wanneer er geen 'delay' optreedt, wat inhoudt dat de overdracht tijdig wordt aangemaakt, en ten tijde van ontslag beschikbaar is voor de zorginstelling die de zorg overneemt van het MST (Knight et al (2013).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Heeft u het medicatie-overzicht/de medische brief/de verpleegkundige overdracht binnen 24hr na ontslag uit het MST ontvangen? - Hoeveel tijd bent u gemiddeld kwijt het verwerken van de overdracht? - Wanneer begint u met de verwerking van de overdracht?
	<p>Uitkomst Continuïteit van zorg wordt gewaarborgd door de overdracht. Dit houdt in dat zorg voor het individu op een consistente en samenhangende manier met aandacht op het individu en de individuele medische zorg, kan worden voortgezet wanneer een individu wisselt van zorgsetting, zowel binnen een organisatie als tussen zorginstellingen' (Haggerty et al., 2003, p. 1220).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Heeft u informatie gemist in het medicatie-overzicht/de medische brief/de verpleegkundige overdracht van patiënt x? <ul style="list-style-type: none"> a. Zo, ja welke informatie mist u? - Vind u dat door deze overdracht de continuïteit van zorg gewaarborgd wordt? <ul style="list-style-type: none"> b. Waarom vindt u dat?

Onafhankelijke Variabelen	Indicatoren	Waarde	Data of vragen
Doel en eigen belang	<p>Doelen <i>Overeenkomsten in de doelstellingen ten aanzien van continuïteit van zorg op organisatieniveau, op zorgverlener niveau en op gezamenlijk niveau (D'Amour et al., 2008)</i></p> <p><i>Aanwezigheid van doelstellingen ten aanzien van continuïteit van zorg op organisatieniveau, zorgverlener niveau en op gezamenlijk niveau (D'Amour et al., 2008)</i></p>	<p>Doel aanwezig en komt overeen met elkaar</p> <hr/> <p>Doel deels aanwezig en/of deels tegenstrijdig</p> <hr/> <p>Doel niet aanwezig en/of tegenstrijdig</p>	<p>- Wat is volgens u het doel van de overdracht?</p> <p>a. Voldoet deze overdracht volgens u aan dit doel?</p> <p>i. Waarom vindt u dat?</p>
	<p>Eigen belang <i>Over het algemeen bestaat er een complexe structuur aan belangen die bestaan uit een variëteit aan verschillende belangen: van patiënten, van zorgprofessionals, private belangen enz.</i></p> <p><i>De belangen van de verschillende samenwerkende zorginstellingen komen niet met elkaar overeenkomen of alleen maar deels met elkaar overeenkomen wanneer private of organisatiedoelstellingen worden voorgehouden</i></p> <p><i>Gezamenlijk aanpassingen, maakt het nodig om met elkaar te onderhandelen. Soms is dit mogelijk, en in andere gevallen is dit niet aanwezig.</i></p> <p><i>Het risico is wanneer er niet onderhandeld wordt over gemeenschappelijke doelen, dit zal resulteren in gedrag dat de private doelstellingen zal voortrekken, wat leidt tot zorg die niet gefocust is op het waarborgen van de continuïteit van zorg en dus de gezondheid van de kwetsbare oudere (D'Amour et al., 2008).</i></p>	<p>Gericht zijn op het waarborgen van continuïteit van zorg</p> <hr/> <p>Professionele en/of zorginstellingsbelangen drijven de acties van de zorgverleners van de zorginstellingen</p> <hr/> <p>Eigen privé doelstellingen drijven de acties van de zorgverleners van de zorginstellingen</p>	<p>Meerdere vragen/documentanalyse</p>
Formalisatie	<p>Formalisatie benodigheden <i>Formalisatie is een belangrijke methode om helderheid en duidelijk te verkrijgen over de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners van de zorginstellingen ten aanzien van de overdracht. Daarnaast geeft het duidelijkheid over hoe de verantwoordelijkheden worden gedeeld ten aanzien van de overdracht.</i></p> <p><i>Er bestaan zeer veel verschillende types van formalisatie 'tools' zoals; interorganisatiele overeenkomsten, protocollen, informatiesystemen etc. Voor zorgverleners is het belangrijk te weten wat er van hen verwacht wordt en wat zij kunnen verwachten van anderen (D'Amour et al., 2008).</i></p>	<p>Er bestaan afspraken en regels die gezamenlijk zijn overeengekomen</p> <hr/> <p>Er bestaan geen gezamenlijk afgesproken afspraken en regels, of de afspraken vertegenwoordigen niet de praktijk of afspraken zijn nog in ontwikkeling</p> <hr/> <p>Er bestaan geen afspraken en regels, of regels en afspraken worden niet gerespecteerd, wat leidt tot conflicten</p>	<p>Data wordt verzameld middels documentanalyse</p>

Uitwisseling van informatie

Dit refereert aan het bestaan en goed gebruik van een informatiestructuur, dat toestaat dat er een snelle en complete overdracht van informatie en kennis plaatsvindt (D'Amour et al., 2008).

Er is een gezamenlijke infrastructuur voor het verzamelen en uitwisselen van informatie

Er is een incomplete informatie uitwisselingsinfrastructuur wat de uitwisseling van informatie ondermijnt, of niet goed genoeg is of op een verkeerde wijze wordt gebruikt.

Er is een relatieve afwezigheid van enige informatie-uitwisselingstructuur voor het uitwisselen of verzameling van informatie.

- Op welke wijze verwerkt u de overdracht?
- Hoeveel tijd bent u gemiddeld kwijt het verwerken van de overdracht?
- Wanneer begint u met de verwerking van de overdracht?
- Gebruikt u ook andere informatiebronnen tijdens het verwerken van de overdracht, zoals de het medicatie-overzicht, de verpleegkundige overdracht, of mondelinge informatie via andere zorgverleners?

Bestuur

Centraliteit

Dit stelt dat er een duidelijke en expliciete richting bestaat, bedoeld om acties van de verschillende zorgverleners te sturen.

Belangrijk is dat de centrale zorginstellingen betrokken zijn bij de samenwerking rondom de overdracht en bij het implementeren van bijv. structurele veranderingen rondom de samenwerking rondom de overdracht.

Hierin kunnen managers of vertegenwoordigers van de zorginstelling een duidelijke invloed uitoefenen op samenwerking rondom de overdracht, mede door de afspraken die zij kunnen maken met managers en vertegenwoordigers van andere zorginstellingen (D'Amour et al., 2008)

Sterke en actieve zorginstellingen die aanmoedigen tot consensus

De strategische en politieke rol van de zorginstellingen wordt alleen minimaal beschreven en gebruikt om aan te moedigen tot consensus

De afwezigheid van sterke en actieve zorginstellingen die niet aanmoedigen tot consensus

- Vind er overleg plaats waarin afspraken en inhoud van de overdracht worden besproken tussen u zorginstelling en het MST?
 - b. Waar bestaat een overleg uit?
 - b. Hoe vaak is er overleg met het MST?
 - c. Welke partij neemt het initiatief hiervoor?
 - d. Volgen uit dit overleg afspraken ter verbetering van de overdracht
 - i. Zo ja, hoe worden deze afspraken gecommuniceerd?

ii. Worden deze afspraken tussen u zorginstelling en het MST periodiek geëvalueerd?

Leiderschap

Leiderschap is noodzakelijk in de het ontwikkelen van interprofessionele en interorganisatiele samenwerking.

Leiderschap neemt verschillende vormen aan en kan worden gecategoriseerd als ontwikkelend of gerelateerd zijn aan de positie. Het kan zijn dat leiderschap wordt uitgeoefend door een managers of door professionals die het initiatief neemt tot samenwerking rondom de overdracht.

Leiderschap wordt gedeeld tussen de verschillende zorginstellingen en is afhankelijk van afspraken. Wanneer leiderschap gerelateerd is aan de positie en macht van een zorginstelling, dan moeten alle partners de mogelijkheid hebben om deel te nemen in het besluitvormingsproces waarin hun mening wordt gehoord (D'Amour et al., 2008).

Gedeeld overeengekomen leiderschap

Niet gefocust, gefragmenteerde leiderschap met weinig impact

Niet-overeengekomen monopolistisch leiderschap

- Vind er overleg plaats waarin afspraken en inhoud van de overdracht worden besproken tussen u zorginstelling en het MST?

h. Welke partij neemt het initiatief hiervoor?

Support voor innovatie

Samenwerking leidt tot gezamenlijke activiteiten die bestaan uit het verdelen werken aan de verschillende verantwoordelijkheden tussen de verschillende zorgverleners van de zorginstellingen.

Dit maakt dat er dus veranderingen in de klinische praktijk kunnen plaatsvinden door het delen en het gezamenlijk werken aan de gezamenlijke activiteiten.

Deze veranderingen representeren echte innovaties die ontwikkeld moeten worden en moet worden geïmplementeerd.

Samenwerking kan niet plaatsvinden, wanneer de zorgverleners van de zorginstellingen niet betrokken zijn bij het innovatieproces en de samenwerking.

Expertise dat aanmoedigt tot de introductie van samenwerking en innovatie

Sporadische of ad-hoc kennisdelen

Weinig of geen kennis beschikbaar om samenwerking en innovatie te steunen.

- Bestaan er nog andere initiatieven los van de overlegmomenten, ter verbetering van de overdracht?

a. Zo, ja waar bestaan deze initiatieven uit?

Connectiviteit

Connectiviteit refereert aan het feit dat zorgverleners van de verschillende zorginstellingen met elkaar verbonden zijn. Dat er plekken zijn waar discussie plaatsvindt en relatievorming plaatsvindt tussen hen.

Connectiviteit is het tegenovergestelde van niet-verbonden zijn, of geïsoleerd of alleen zijn. Connectiviteit kan coördinatieproblemen oplossen en maakt het mogelijk dat er aanpassingen kunnen worden gemaakt. Connectiviteit kan dit snel bereiken. De vorm die het aanneemt kan zijn door middel van feedback systemen, comités etc.

Vele mogelijkheden voor discussie

Ad hoc discussie mogelijkheden die alleen gerelateerd zijn specifieke issues.

Afwezigheid van discussie mogelijkheden

- Geeft u en of u zorginstelling feedback wanneer u een overdracht ontvangt die volgens u niet voldoet aan het doel van de overdracht?

a. Zo, nee welke reden(en) heeft u voor het niet geven van feedback?

b. Zo, ja wat wordt er met u feedback gedaan?

- Gebruikt u ook andere informatiebronnen tijdens het verwerken van de overdracht, zoals de het medicatie-overzicht, de verpleegkundige overdracht, of mondelinge informatie via andere zorgverleners?
- Heeft u weet van de overdracht van de andere specialismen?
- Zou u het van meerwaarde vinden als u naast u eigen overdracht, de overdracht ook een verpleegkundig en medicatie-overzicht bevat heeft tot de verpleegkundige overdracht en medische overdracht?

c. Waarom vindt u dat?

Bijlage 3a Toetsingskader overdracht (voorbeeld)

Toetsingskader <i>Patiënt 1.1. Urologie</i> <i>Ontslag naar huis zonder zorg</i>	Voldoet Ja/nee	Toelichting
<i>Medische ontslagbrief</i>		
De opvolgende zorgverlener is schriftelijk, maar uiterlijk binnen 24u geïnformeerd door middel van een ontslagbrief (bron)		
Veranderingen in het medisch handeling zijn voor de opvolgende zorgverlener duidelijk schriftelijk aangegeven (Bron: KNMG Standpunt ouderenzorg, maart 2010; pag. 50).		
De schriftelijke overdracht houdt rekening met de algemene en specifieke (ic kwetsbare ouderen) bij overdracht situaties veel voorkomende risico's (Bron: KNMG Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling, januari 2010; aandachtspunt 9).		
De medische ontslagbrief bevat minimaal de volgende informatie: <ul style="list-style-type: none"> - Bovengenoemde patiënt was van tot opgenomen op de afdeling - Reden van opname: - Voorgeschiedenis: - Therapie en beloop: - Complicaties: - Medebehandelaars: - Functionele status bij ontslag: - Sociale situatie: - Diagnose bij ontslag: - Therapie bij ontslag: fysiotherapie/ergotherapie/logopedie/diëtiste/..... - Medicatie bij ontslag: - Beleidsafspraken behandelbeperkingen: NTBR/geen IC - Controle afspraak: (Bron: NHG Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen, 2008; pag. 20-22 MST richtlijn medische brief kwetsbare ouderen) 3		
Er is een expliciete [schriftelijke] overdracht van taken en verantwoordelijkheden [aan de opvolgende zorgverlener]. (Bron: KNMG Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling, januari 2010; aandachtspunt 9).		
<i>Medicatie overdracht</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Op het overzicht staat – naast de instelling als afzender- ook de startdatum van de meest recente ziekenhuisopname zodat duidelijk wordt dat het om een ontslag document gaat. - Als het medicatieoverzicht voorafgaande aan het ontslag gemaakt wordt, dient het systeem de geplande situatie bij ontslag weer te kunnen geven. - Thuismedicatie die ongewijzigd gecontinueerd moet worden in de thuissituatie staat altijd bij de “huidige medicatie”. Als bron kan “thuismedicatie” vermeld worden onder de “actuele voorschrijver” of 		

<p>de naam van de eerste voorschrijver toegevoegd worden aan de actuele voorschrijver.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Van thuismedicatie waarvan het gebruik gewijzigd is staat het oude gebruik onder “recent beëindigde medicatie” en het nieuwe gebruik onder “huidige medicatie” - Thuismedicatie die gestopt is in het ziekenhuis moet duidelijk onder “recent beëindigde medicatie” vermeld staan met een reden van stoppen <ul style="list-style-type: none"> o BRON 		
<p><i>Een AMO dient tenminste de volgende gegevens te bevatten en dit format is leidend wanneer er een medicatie-overdracht plaatsvindt. Dit is wenselijk, maar niet noodzakelijk:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Voorgescreven, ter hand gestelde, toegediende en gebruikte medicatie, de sterkte, dosering en de toedieningsvorm van het geneesmiddel, gebruikperiode, inclusief eventuele vermelding dat het gebruik van een geneesmiddel voortijdig is gestopt.</i> - <i>Gebruik van alcohol en/of drugs (aard en duur).</i> - <i>De reden van starten/stoppen/wijzigen van medicatie en de initiator hiervan.</i> - <i>1e voorschrijver en actuele voorschrijver.</i> - <i>De apotheken die deze geneesmiddelen hebben verstrekt.</i> - <i>Afgeleide of indien beschikbaar contra-indicatie onderdeel co-morbiditeit.</i> - <i>Afgeleide of indien beschikbaar contra-indicatie onderdeel. Geneesmiddelallergie/intolerantie en ADE (ernstige bijwerkingen).</i> - <i>Op aanvraag kunnen de volgende gegevens worden verstrekt: Laboratoriumgegevens. Indicatie, indien nodig om de dosering te kunnen beoordelen.</i> 		
<p>Volgens de laatste richtlijn dient een medicatie-overzicht minimaal te bevatten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicatiegegevens patiënt - Welke werkzame stof; - Dosering en (indien kuur) gebruiksduur; - Toedieningsvorm; - Sterkte per toedieningseenheid of verpakking; - Indien van toepassing: Contra-indicaties, allergieën/ intoleranties en ADE (ernstige bijwerkingen); - Indien van toepassing: LAB-waarden (indien beschikbaar en indien patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven). Op dit moment is alleen wettelijk geregeld dat de afwijkende nierfunctiewaarden beschikbaar zijn voor voorschrijvers en apothekhoudende huisartsen. - Herkomst van het medicatieoverzicht <p>(VMS, 2015)</p>		
<p>Bij overdracht [naar opvolgende zorgverlener] is er een actueel medicatieoverzicht conform de richtlijn overdracht van medicatiegegevens zo snel als nodig is voor verantwoorde zorg, maar zeker binnen 24 uur beschikbaar. (Bron: Richtlijn overdracht van medicatiegegevens, 2008 en</p>		

Handreiking voor zes overdrachtssituaties. Bijlage bij de richtlijn overdracht van medicatiegegevens)		
---	--	--

