



# PRAKTISCHE FICHE

## COMPONENT 7 : intra- en transmurale zorgcontinuïteit

In deze fiche vindt u een inleidende context die zorgcontinuïteit duidt als onderdeel van geïntegreerde zorg. We beschrijven de beoogde doelstellingen van zorgcontinuïteit en geven enkele verduidelijkende definities. We geven praktische tips over hoe deze component kan worden uitgewerkt in uw project en enkele praktijkvoorbeelden die als inspiratie kunnen dienen. Daarna worden enkele aandachtspunten gegeven waarmee rekening dient gehouden te worden tijdens het opmaken van interventies gericht op deze component. Tenslotte wordt nog een idee gegeven van de huidige status omtrent zorgcontinuïteit op nationaal vlak.

### 1. Context

#### Definitie:

Transmurale zorgcontinuïteit kan men bekomen wanneer alle betrokken actoren, dat wil zeggen patiënt en mantelzorg, 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijn, en welzijnspartners, naadloos op elkaar zijn afgestemd. De patiënt ervaart geen onderbreking tussen thuiszorg en zorg verleend in het ziekenhuis.

We denken eerst aan de gevolgen wanneer er geen continuïteit bestaat in de zorg van een patiënt. Het gebeurt dat een palliatieve patiënt door omstandigheden opgenomen wordt in de spoed, daar intensieve behandelingen krijgt en tenslotte overlijdt in het ziekenhuis terwijl deze patiënt niet wilde sterven in het ziekenhuis. Er is een breuk in het zorgplan van de patiënt en door een gebrek aan zorgcontinuïteit, worden de doelstellingen van de patiënt niet langer opgevolgd.

Een ander voorbeeld is een patiënt die ontslagen wordt uit het ziekenhuis en thuisverpleging krijgt. De patiënt volgt zijn/haar medicatieschema niet correct en wordt opnieuw opgenomen in het ziekenhuis. De heropname had vermeden kunnen worden als de zorgcontinuïteit tussen ziekenhuis en thuiszorg was gegarandeerd.

We kunnen verder denken aan interactie van medicatie die door verschillende zorgverleners wordt voorgeschreven, onnodig herhalen van onderzoeken wanneer een patiënt binnen de muren van het ziekenhuis verhuist naar een andere afdeling, ... Zo bestaat er een waaier aan voorbeelden van “incidenten” die vermijdbaar zijn met correcte zorgcontinuïteit.

De huidige trend is om de duur van de hospitalisatie te verkorten en zo snel mogelijk over te schakelen op extramurale zorg. Patiënten voelen zich immers vaak beter in hun vertrouwde thuishouding en een beter welbevinden van patiënt in zijn vertrouwde omgeving, draagt bij tot een verhoogde levenskwaliteit. De grote uitdaging is dan om de **transmurale** zorgcontinuïteit te garanderen. Om de opname in of het ontslag uit het ziekenhuis voor te bereiden, is overleg tussen de actoren van de 1<sup>ste</sup> en de 2<sup>de</sup> lijn fundamenteel;



alle onderdelen van de behandeling moeten geïntegreerd zijn om de patiënt continue zorg te garanderen, dat wil zeggen dat er geen enkele onderbreking voelbaar mag zijn tussen de thuiszorg en de zorg die werd verleend in het ziekenhuis (= seamless care). Bovendien moet de zorg en hulp verleend in het ziekenhuis of erbuiten rekening houden met de situatie van de patiënt. Dit brengt met zich mee dat bijvoorbeeld thuiszorg correct en tijdig op de hoogte is van het ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis en zo de nodige voorbereidingen kan treffen. Ook wanneer een patiënt wordt gehospitaliseerd voor een acuut probleem en wordt behandeld in een gespecialiseerde eenheid, is het essentieel dat het medisch en verzorgend team correct wordt geïnformeerd over de algemene toestand van de patiënt. Dit kan gaan over de verschillende (bio-psycho-sociale) problemen waarmee hij geconfronteerd wordt, het medicatieschema op het ogenblik van de opname, de doelstellingen die worden nagestreefd in de thuisomgeving, etc.

Intramurale zorgcontinuïteit betekent dat de verschillende diensten waar een patiënt gebruik van maakt of nood aan heeft binnen de muren van het ziekenhuis op elkaar zijn afgestemd. Tijdens de hospitalisatie moet er gezorgd worden voor efficiënte medische coördinatie voor patiënten die in verschillende ziekenhuisdiensten behandeld worden. Het is dus onontbeerlijk dat de informatie doorstroomt en toegankelijk is van bij de aankomst van de patiënt op een nieuwe dienst. Dat wordt makkelijker gemaakt als de dossiers worden gedeeld binnen de ziekenhuizen.

Intra- en transmurale zorgcontinuïteit houdt nauw verband met component 6 “Overleg en coördinatie”. Als er door een acuut probleem een breuk is in het zorgplan (zie voorbeeld hoger), dan is het dankzij overleg en coördinatie tussen de verschillende zorgverleners dat er continuïteit kan verzekerd worden van het zorgplan en het respecteren van de doelstellingen van de patiënt.

Doelstellingen van intra- en transmurale zorgcontinuïteit:

- De coördinatie tussen het ziekenhuis, de 1<sup>ste</sup> lijn én de sociale diensten garanderen :
  - ✓ De zorgcontinuïteit garanderen: de uitwisseling van informatie zoveel mogelijk stimuleren, zodat de overgang tussen de gespecialiseerde zorg (ziekenhuis) en de ambulante zorg (thuis) verloopt zonder onderbreking
  - ✓ De continuïteit garanderen van de geneesmiddelenbehandelingen : het risico op discrepanties, op doseerfouten en op verwarring over geneesmiddelen zoveel mogelijk beperken.
  - ✓ De opname in en het ontslag uit het ziekenhuis voorbereiden met de patiënt, zijn omgeving en de eerstelijnsverleners
  - ✓ Heropnames in het ziekenhuis vermijden die het resultaat zouden zijn van een gebrek aan coördinatie tussen 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijn.
- De zorgcoördinatie binnen het ziekenhuis versterken aan de hand van multidisciplinair overleg :
  - ✓ Streven naar continuïteit op alle mogelijke niveaus : zorg, geneesmiddelen, administratie, begeleiding van de omgeving, etc.
  - ✓ De verschillende actoren binnen het ziekenhuis sensibiliseren aangaande een globale behandeling van de patiënt



In het kader van de globale doelstellingen<sup>1</sup> van het plan Geïntegreerde zorg, leidt intra- en transmurale zorgcontinuïteit tot een verbetering van de zorgkwaliteit (bv. minder fouten doordat informatie gedeeld wordt), een efficiënter gebruik van de beschikbare middelen (bv. minder dubbele onderzoeken bij verhuis van afdeling) en een verbetering van de levenskwaliteit van de zorgverleners (vb. geen frustratie bij thuiszorg omdat het ontslag uit het ziekenhuis onvoorbereid is).

## 2. Praktische tips en acties om deze component uit te werken

### 1. Liaisonpersoon

Het is zaak te kijken welke functies momenteel bestaan bij de partners van het consortium, In vele ziekenhuizen bestaan bijvoorbeeld liaisonverpleegkundigen. Een liaisonverpleegkundige zorgt er samen met de patiënt voor dat de zorg in het ziekenhuis, of de nazorg in thuisverpleging, afgestemd is op de gezondheidstoestand en thuissituatie van de patiënt. De ziekenhuizen beschikken ook over een “sociale dienst”. Hun optreden blijft echter beperkt, soms door een gebrek aan onderlinge coördinatie, maar vooral door het feit dat hun opdracht gefragmenteerd is: ofwel gericht op een specifieke groep patiënten (bv. geriatrisch of psychiatrisch), ofwel gericht op een specifieke episode van de behandeling (bv. ontslag uit het ziekenhuis).

Deze bestaande functies moeten geëvalueerd worden: zijn ze voldoende uitgebreid om continuïteit te garanderen? Staat de liaisonpersoon in contact met alle betrokken actoren (patiënt, huisarts, specialist, ...)?

Er kunnen extra opdrachten toegekend worden aan bestaande functies of men kan kijken of bepaalde functies kunnen samensmelten of gedeeld worden. Bovendien zal deze persoon nauw samenwerken met een casemanager (zie praktische fiche case management)

Een praktijkvoorbeeld uit België, in het kader van het tweede meerjarig Programma Kwaliteit en Veiligheid van de patiënt:

In het Universitair Ziekenhuis Gent werkt men in het kader van het tweede meerjarige programma Kwaliteit en Patiëntveiligheid in de ziekenhuizen aan het project “Naadloze farmaceutische zorg voor patiënten met orale chemotherapie” met de ziekenhuisapotheker als liaisonpersoon: de ziekenhuisapotheker belt na een week na aflevering van orale cytostatica de patiënt thuis op, hij vervolledigt het mediactieschema aan de hand van de

<sup>1</sup> Triple Aim doelstelling (verbeteren gezondheid bevolking & zorgkwaliteit, efficiënter gebruiken middelen), equity verhogen en verbeteren van de levenskwaliteit van de gezondheidsprofessionals (cfr. [Gids voor pilootprojecten](#))



medicatie die de patiënt aangeeft nog te nemen, controleert interacties en neemt indien nodig contact op met de betrokken artsen. Indien de patiënt toestemt wordt het geneesmiddelenoverzicht gedeeld met de officina apotheker.

Een praktijkvoorbeeld uit België, in het kader van het tweede meerjarig Programma Kwaliteit en Veiligheid van de patiënt:

Zoals voorzien in de Geriatrische afdelingen, werkt men in Academisch Ziekenhuis Maria Middelaars (Gent) met een Interne Liaison Geriatrie (ILG), deze liaisonpersoon wordt systematisch ingeschakeld voor 75-plussers met een geriatrisch risicoprofiel opgenomen op andere dan geriatrische afdelingen. Er bestaat een proces dat vertrekt vanuit het verpleegkundig anamneseblad (initial assessment). De ILG verpleging heeft het mandaat om op eigen initiatief de nodige verpleegkundige en paramedische expertise bij te vragen. Ze coördineren deze zorg en zorgen ook voor een gestructureerd pluridisciplinair zorgplan/ Dit wordt dan overgenomen in het besluit van de medische ontslagbrief naar de huisarts, om zo de transmurale communicatie en opvolging te verzekeren.

## 2. Multidisciplinair overleg

Er bestaan al veel overlegstructuren (zie component 6 Overleg & Coördinatie), het is niet de bedoeling om nog nieuwe structuren in te richten. Zoals besproken in de inleiding, komt zorgcontinuïteit in het gedrang wanneer er zich specifieke situaties voordoen, zoals een acute opname in het ziekenhuis van een chronische patiënt. In dat geval is het belangrijk dat een functie bestaat die het overleg tussen de verschillende disciplines vergemakkelijkt of voorziet. Deze functie leunt heel dicht aan bij de hierboven besproken functie van een liaisonpersoon.

## 3. Checklijsten en standaardprocedures

Door procedures vast te leggen in standaarddocumenten en checklijsten, vermijd je dat er informatie enkel oraal wordt doorgegeven en soms verloren gaat. We halen het voorbeeld aan van [Southwark & Lambeth Integrated Care](#), een Brits samenwerkingsverband tussen lokale (sociale en zorg) diensten, ziekenhuizen, bevolking en huisartsen. Zij ontwikkelden [standaard ontslagpakketten](#): elk pakket heeft een checklijst met alle stappen die doorlopen moeten zijn voor de zorgoverdracht van een patiënt:

- Documenten die de patiënt in het bezit moet hebben (mediactiegebruik,...)
- Communicatie: iedereen die op de hoogte moet zijn, is dat
- Coördinatie: bijvoorbeeld is de thuisverpleging 2-4 dagen op voorhand geïnformeerd?

Deze procedures moeten opgesteld worden door een multidisciplinair team waar alle actoren in vertegenwoordigd zijn.



Een praktijkvoorbeeld uit België, in het kader van het tweede meerjarig Programma Kwaliteit en Veiligheid van de patiënt:

In ziekenhuis CHU & Psychiatrie de Mons (Bergen) werkt men met gestandaardiseerde procedures voor geriatrische patiënten: een “geriatrisch handboek” dat ter beschikking staat op het intranet; geüniformeerde documenten voor alle diensten voor ontslag en transfert, zowel intra- als extramuros, en gelinkt aan het geïntegreerd patiëntendossier.

### 3. Aandachtspunten/valkuilen

- Duidelijk bepalen wie verantwoordelijk is voor die coördinatie, organisatie van overleg (cfr. component 6)
- De functie van liaisonpersoon moet bekeken worden in overleg met zowel de 1<sup>ste</sup> lijn als de ziekenhuizen.
- Gebruik maken van het potentieel dat bestaat binnen de sociale dienst en van de andere diensten binnen het ziekenhuis

### 4. Huidige situatie in België:

Over heel België zijn sinds 2011 “Psy107” projecten opgestart om de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren (“Naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken”). Daarin zijn heel wat initiatieven opgestart om de samenwerking met de eerste lijn te bevorderen. In de publicatie “[Handboek Innovatieve praktijken](#)” staan de verschillende initiatieven. U kan hierin op zoek gaan naar bestaande initiatieven in uw regio.

In het kader van het Tweede Meerjarige Programma van de Kwaliteit en Veiligheid van de Patiënt in de Ziekenhuizen, van de Federale Overheidsdienst, is één van de thema’s “Transmurale zorgcontinuïteit”.  
<http://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/kwaliteit-van-zorg/patientveiligheid/tweede-meerjarige>