

Worden patiënten met zorg ontslagen?*

EEN ONDERZOEK NAAR DE PERCEPTIES VAN PATIËNTEN, NAASTEN EN ZORGVERLENERS

Gijs Hesselink, Lisette Schoonhoven, Myrra Vernooij-Dassen en Hub Wollersheim

+ GERELATEERD ARTIKEL Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157:A6394

- DOEL** Inzicht verkrijgen in de factoren en onderliggende oorzaken die een patiëntgericht ziekenhuisontslag belemmeren vanuit het perspectief van patiënten, naasten en zorgverleners.
- OPZET** Kwalitatief onderzoek.
- METHODE** 192 individuele interviews en 26 focusgroepinterviews werden gehouden met patiënten die recentelijk waren ontslagen, met hun naasten en betrokken artsen en verpleegkundigen in de eerste en tweede lijn. In de interviews werd gevraagd naar recente ervaringen met en opvattingen over het ontslagproces. Het onderzoek werd verricht in 9 ziekenhuizen en hun eerstelijns omgeving in 5 EU-landen. Interviewtranscripten werden landelijk op inductieve wijze geanalyseerd aan de hand van de gefundeerde-theoriebenadering. De landspecifieke bevindingen werden vervolgens vergeleken en in thema's ondergebracht.
- RESULTATEN** Uit de analyse kwamen 4 belangrijke thema's naar voren: (a) een standaard-ontslaggereguleerder ontbrak vaak als gevolg van tijdgebrek en de primaire focus van zorgverleners op het verlenen van optimale zorg; (b) patiënten werden niet structureel betrokken bij het plannen van ontslag en het organiseren van nazorg; (c) patiëntspecifieke wensen en behoeften werden onvoldoende herkend en onjuist ingeschat; en (d) externe factoren, zoals druk op het vrijmaken van bedden en wisselende diensten van zorgverleners in het ziekenhuis, belemmerden een patiëntgericht ontslag.
- CONCLUSIE** De kwaliteit van het ontslagproces, en daarmee samenhangend de kans op onnodige, kostbare heropnames, werd grotendeels beïnvloed door de mate waarin zorgverleners rekening willen en kunnen houden met patiëntspecifieke wensen en behoeften. Een standaard-ontslaggereguleerder waarin patiënten worden gehoord en gecontroleerd op het begrijpen van verkregen informatie kan ervoor zorgen dat patiënten beter voorbereid worden ontslagen uit het ziekenhuis.

Patiëntgerichtheid is 1 van de 6 pijlers voor kwaliteitsverbetering die antwoord moeten bieden op de huidige tekortkomingen in de gezondheidszorg.¹ Patiëntgerichte zorg wordt geassocieerd met positieve uitkomsten zoals: een afname van onveilige zorg, een toename van tevredenheid bij patiënten, een betere sociaal-emotionele toestand van patiënten, en toegenomen medicatietrouw.²⁻⁴ Hoewel een breed gedragen definitie van patiëntgerichte zorg ontbreekt,⁵ formuleerde Berwick in 2009 3 algemene stelregels waaraan patiëntgerichte zorg moet voldoen: (a) de behoeften van de patiënt staan centraal ('The needs of the patient come first'); (b) de patiënt en naasten worden betrokken bij en geïnformeerd over elke belangrijke stap in het zorgproces ('Nothing about me without me'); en (c) elke patiënt is uniek en moet als zodanig worden benaderd ('Every patient is the only patient').⁶

Patiëntgerichtheid is essentieel tijdens het ontslagproces van patiënten uit het ziekenhuis.^{7,8} Ondanks de toenemende aandacht voor patiëntgerichtheid blijken veel patiënten nog steeds het ziekenhuis onvoldoende voorbereid te verlaten.^{9,10} Uit een studie blijkt 1 op de 4 ontslagen patiënten onvoldoende geïnstrueerd te zijn over de nazorg en over hun medicijngebruik.¹¹ Andere studies

* Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in *BMJ Qual Saf* (2012;21: i39-49.) Suppl 1 door Hesselink G, Flink M, Olsson M, et al. en the European HANDOVER Research Collaborative met de titel 'Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, relatives and care providers'. Afgedrukt met toestemming.

Radboud Universitair Medisch Centrum, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Nijmegen.

G. Hesselink, MA, MSc, gezondheidswetenschapper; dr. L. Schoonhoven, verplegingswetenschapper; prof.dr. M. Vernooij-Dassen, medisch socioloog; dr. H. Wollersheim, internist.
Contactpersoon: G. Hesselink (G.Hesselink@iq.umcn.nl).

beschrijven gevoelens van angst en onzekerheid bij patiënten die recentelijk zijn ontslagen.^{12,13} Algemeen wordt aangenomen dat de kans op medische fouten en ziekenhuisheropnames groter is wanneer patiënten angstig, onvoorbereid en met onvoldoende kennis over hun medische situatie het ziekenhuis verlaten.⁸

In dit artikel doen wij verslag van een onderzoek bij patiënten, naasten en zorgverleners naar hun ervaringen met en opvattingen over het ontslagproces. Doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen in de oorzaken, die een patiëntgericht ontslag belemmeren. Het identificeren van deze factoren en onderliggende oorzaken kan helpen in het ontwikkelen en implementeren van effectieve interventies om het ontslagproces te verbeteren.

PATIËNTEN EN METHODEN

SETTING EN PARTICIPANTEN

Een kwalitatief onderzoek naar de overdracht van zorg is uitgevoerd in 9 ziekenhuizen en hun eerstelijnsomgeving in 5 EU-landen: Nederland, Spanje, Polen, Italië en Zweden. Er werden 4 academische en 5 regionale ziekenhuizen geselecteerd, die varieerden in grootte van 127 tot 1042 bedden.

Participanten waren patiënten, naasten en hun betrokken zorgverleners (artsen en verpleegkundigen) in de eerste en tweede lijn. Deelnemende patiënten voldeden aan een aantal algemene inclusiecriteria (tabel 1). Een ethische commissie verleende toestemming voor het uitvoeren van dit onderzoek.

GEGEENSVERZAMELING EN -ANALYSE

Deelnemers werden individueel of in een focusgroepbijeenkomst geïnterviewd. De interviews werden per land letterlijk getranscribeerd van een geluidsopname en uitgetypt in de eigen nationale taal. De transcripten werden

TABEL 1 Inclusiecriteria voor deelname aan een interviewstudie naar percepties en ervaringen van patiënten, naasten en zorgverleners met het ziekenhuisontslag

kenmerk	inclusie criterium
leeftijd	18 jaar of ouder
1 van de volgende diagnoses	diabetes, COPD, hartfalen of polyfarmacie*
opgenomen op de afdeling	Interne Geneeskunde, Longziekten, Cardiologie of Chirurgie
ontslagen naar	huis of een verpleegtehuis

* Gebruik van 6 of meer geneesmiddelen

in het Engels gecodeerd. Coderen is een interpretatief proces waarbij conceptuele labels worden toegekend aan relevante tekstpassages in het transcript. Een lijst met codes, die door het internationale team van onderzoekers was ontwikkeld tijdens een aantal eerdere bijeenkomsten, gaf richting aan een uniforme codering van de data in alle betrokken landen. Tijdens periodieke overlegmomenten werden codes verder aangescherpt, nieuwe codes toegevoegd en werden codes op basis van inhoudelijke verwantschap ondergebracht in categorieën.

Onafhankelijk van elkaar analyseerden 2 onderzoekers de transcripten op inductieve wijze. Hiervoor gebruikten wij de gefundeerde-theorie ('grounded theory') benadering van Corbin en Strauss.^{14,15} De gefundeerde-theoriebenadering is een vorm van kwalitatief onderzoek waarbij een theorie wordt opgebouwd door fasen van dataverzameling en -analyse af te wisselen. De dataverzameling werd gestopt zodra er geen nieuwe codes of categorieën meer werden geïdentificeerd en datasaturatie was bereikt.¹⁶ De lokale analyses over belemmerende factoren voor een patiëntgericht ontslag werden vervolgens vergeleken. De gevonden categorieën en thema's werden geverifieerd door de onderzoekers uit de betrokken landen en voorzien van passende citaten om belangrijke bevindingen kracht bij te zetten. Uiteindelijk werd op basis van de bevindingen een hypothese gevormd.

RESULTATEN

In totaal werden 192 individuele interviews gehouden met 46 artsen en 38 verpleegkundigen uit het ziekenhuis, 39 huisartsen, 16 wijkverpleegkundigen en 53 patiënten of naasten (tabel 2). In totaal werden 26 focusgroepinterviews gehouden; de groepen varieerden in grootte van 3 tot 9 personen. Uit de analyse kwamen 4 belangrijke thema's naar voren: (a) prioriteit van het ontslaggesprek; (b) betrokkenheid van de patiënt in de besluitvorming; (c) aandacht voor en omgang met patiëntspecifieke wensen en behoeften; en (d) externe factoren (tabel 3).

DE PRIORITEIT VAN HET ONTSLAGGESPREK

Patiënten en zorgverleners voerden een sterke nadruk van zorgverleners op het verlenen van zorg aan patiënten en een gebrek aan tijd voor overdrachtstaken op als belangrijke belemmerende factoren voor het adequaat en tijdig informeren van de patiënt over het naderende ontslag. Geïnterviewde artsen en verpleegkundigen identificeerden zich het meest met hun primaire taak, namelijk het daadwerkelijk verlenen van optimale zorg in het 'hier en nu'. Hiervoor zijn ze immers arts of verpleegkundige geworden. Het informeren van de patiënt gebeurde dikwijls gehaast, tussen andere zorgactiviteiten door en vlak voordat de patiënt het ziekenhuis verlaat. Daarnaast

TABEL 2 Internationale studie naar percepties en ervaringen van patiënten, naasten en zorgverleners met het ziekenhuisontslag; aantal interviews en participanten per land

land	individuele interviews; n	participanten; n				
		patiënten of naasten	ziekenhuisartsen	ziekenhuisverpleegkundigen	huisartsen	wijkverpleegkundigen
Nederland	32	8	8	8	8	0
Spanje	30	8	6	5	7	4
Polen	65	23	16	10	13	3
Italië	27	5	7	6	5	4
Zweden	38	9	9	9	6	5
totaal	192	53	46	38	39	16
	focusgroepinterviews; n					
Nederland	5	7	8	5	5	6
Spanje	5	3	8	6	9	7
Polen	6	10*	4	7	4	7
Italië	5	9	4	8	7	0
Zweden	5	8	6	6	6	6
totaal	26	37	30	32	31	26

*2 focusgroepinterviews werden gehouden met patiënten.

vonden ontslaggesprekken plaats op een tijdstip waarop de naaste er vaak niet bij kon zijn. Dit had tot gevolg dat patiënten en naasten het ziekenhuis verlieten terwijl zij onvoldoende geïnformeerd waren over de ziekenhuisbehandeling en de nazorg. Met name oudere geïnterviewde patiënten gaven vaak aan dat zij verrast waren en niet in staat waren om belangrijke informatie te onthouden wanneer ze ogenschijnlijk plotseling en zonder een duidelijk ontslaggesprek werden ontslagen.

DE BETROKKENHEID VAN DE PATIËNT IN DE BESLUITVORMING

Patiënten ervoeren hun betrokkenheid bij de besluitvorming over het ontslagmoment en bij het organiseren van nazorg wisselend. Verschillende patiënten vertelden dat ze voldoende inspraak hadden in hoeveel nazorg nodig was en door wie de nazorg werd verleend. Er waren ook patiënten bij wie het verzoek werd gehonoreerd om de ontslagdatum uit te stellen omdat ze zich mentaal of fysiek nog niet klaar voelden om het ziekenhuis te verlaten. Andere patiënten hadden echter het gevoel te worden genegeerd in hun voorkeuren. Ze zagen zich voor een voldongen feit geplaatst. Huisartsen beschreven tevens situaties waarin hun patiënten plotseling en onverwacht het ziekenhuis dienden te verlaten. Artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis gaven aan dat ze soms te maken kregen met situaties waarin de voorkeuren van de patiënt conflicteerden met hun eigen medische en ver-

pleegkundige behoeften of met andere belangen zoals het vrijmaken van een bed voor nieuwe urgent opgenomen patiënten.

AANDACHT VOOR PATIËNTSPECIFIEKE WENSEN EN BEHOEFTE

Meerdere patiënten beschreven situaties waarin ze werden ontslagen zonder voldoende medicijnen, hulpmiddelen en gedetailleerde instructies, voor henzelf en naasten, om de zorg zelfstandig te kunnen continueren. Zowel zorgverleners als patiënten gaven als belangrijke oorzaken hiervoor aan dat vanuit het ziekenhuis de zorgcapaciteiten en de aanwezige faciliteiten in de thuissituatie overschat werden en onvoldoende kritisch afgewogen werden.

Hoewel voornamelijk ziekenhuisverpleegkundigen het belang onderstreepten van emotionele ondersteuning van de patiënt rondom ontslag, kwam in de interviews met patiënten en naasten een gebrek aan compassie, een luisterend oor en aan een geruststellende houding naar voren. Patiënten gaven aan deze vorm van ondersteuning wel zeer op prijs te stellen op de momenten waarop angst, onzekerheid en zorgen over het naderende ontslag hen parten begonnen te spelen. Zij zagen emotionele ondersteuning als een kleine, maar belangrijke investering van de zorgverlener, die in hun optiek vaak voornamelijk gefocust was op hun medische en verpleegkundige zorgvragen. Artsen en verpleegkundigen droegen een gebrek

TABEL 3 Studie naar percepties en ervaringen van patiënten, naasten en zorgverleners met het ziekenhuisontslag; weergegeven zijn thema's, categorieën en citaten gerelateerd aan de overdracht van zorg bij ziekenhuisontslag

thema	categorie	bijbehorende citaten
de prioriteit van het ontslaggesprek	tijdgebrek	ziekenhuisarts: 'Soms verloopt dat [ontslaginstructies] niet goed (...) want die arts-assistent is dan druk bezig en wordt naar een spoedgeval geroepen. En de patiënt die zit te popelen om naar huis te gaan. Ja, op een gegeven moment moet je de patiënt dan laten gaan, maar dan heb je die mondelinge overdracht niet gehad.'
	prioriteit ligt bij medische en verpleegkundige zorgverlening ontbreken van een standaardontslaggesprek	ziekenhuisarts: 'Dat [het ontslaan van patiënten] is ook iets waar wij ons eigenlijk bijna niet mee bezig houden. (...) echt alleen de medische zorg valt binnen onze scope.' ziekenhuisverpleegkundige: 'Er wordt wel veel met de patiënt besproken, maar dat wordt de hele dag door een beetje gedaan. Er wordt geen moment genomen waarop je zegt van: "dit heb ik geregeld, dat heb ik geregeld." Het doel moet een ontslaggesprek zijn (...) maar er wordt niet echt voor gezeten. Zo van: "nu gaan we eens even uw ontslag doornemen." Dat is misschien wat formeler, maar het doel is duidelijker.'
de betrokkenheid van de patiënt in de besluitvorming	inbreng van de patiënt	patiënt: 'Drie artsen kwamen bij mij aan bed (...) en dan is het van: "U bent uitbehandeld en wij hebben een plek voor u gevonden." En ik kan gaan. (...) Ze dwingen je eigenlijk gewoon (...) ze zijn een beetje autoritair.'
	conflicterende belangen	ziekenhuisverpleegkundige: 'Ik begrijp wanneer een patiënt zegt: "Ja, ik ga deze medicijnen niet innemen." (...) Dat is zijn eigen verantwoordelijkheid. Helaas zien we wel deze patiënten vaak terugkeren in het ziekenhuis.'
de aandacht voor en omgang met patiëntspecifieke wensen en behoeften	afweging van de capaciteiten van de patiënt en benodigde hulpmiddelen	patiënt: 'Na mijn teenamputatie werd ik naar huis gestuurd met twee rolletjes verband en twee gaasjes. Er werd mij verteld dat ik zelf mijn wond moest verzorgen. (...) Nou mijn teen kreeg de ene bloeding na de andere.'
	emoties van de patiënt en emotionele ondersteuning door zorgverleners	naaste: 'Het was duidelijk dat mijn moeder bang was om naar huis te gaan. Iets meer compassie en begrip zou fijn zijn geweest en had het allemaal wat makkelijker gemaakt. (...) er was wel een gesprek, vlak voor het ontslag, maar dat was zeer medisch-technisch. Niet in de zin van "Kijkt u uit om weer naar huis te gaan?"'
	kwaliteit van informeren bij ontslag	huisarts: 'Het ziekenhuis begrijpt niet dat de informatie aan de patiënt niet meer moet zijn dan een pagina. Patiënten komen hier met een complete set aan brochures. (...) Dat is geen informatie.' patiënt: 'De cardioloog stond naast me en zei allerlei dingen in het Latijn. Ik dacht: "Waar heeft hij het over? Ik spreek geen Latijn!"'
externe factoren	informatieoverdracht van tweede- naar eerstelijnszorgverleners	ziekenhuisarts: 'Soms informeren we de thuiszorg te laat. Echt te dicht op het ontslagmoment en dan hebben ze geen tijd om de overdracht te organiseren.'
	wisselende diensten	ziekenhuisarts: 'We hebben te maken met avonddiensten, nachtdiensten en weekenddiensten. (...) Jouw opvolger, die de zorgtaken overneemt, heeft ook tijd nodig om de patiënt te leren kennen. (...) Dit kan betekenen dat de informatieoverdracht niet zo uitgebreid is als normaal gesproken, omdat je de patiënt niet goed genoeg kent.'
	bereikbaarheid van zorgverleners in het ziekenhuis	huisarts: 'Ik denk dat een patiënt makkelijker toegang zou moeten hebben tot zijn behandelend specialist. Ik bedoel, als hij net een paar dagen ontslagen is en hij heeft naar aanleiding van die [ziekenhuis]opname nog een vraag, dan vind ik het raar dat het via de huisarts moet. Daar loopt een patiënt dan ook nog wel eens tegen aan.'
	beddendruk	ziekenhuisverpleegkundige: 'Soms heeft de arts een beslissing genomen om de patiënt te ontslaan en dan heb je het gevoel dat het eigenlijk een beetje te vroeg is. Maar je hebt hier eigenlijk niet veel keuze, omdat de druk [op bedden] zo hoog is.'
	ontslag rondom weekenden	patiënt: 'Vrijdag kwamen ze mij vertellen dat ik de volgende dag naar huis kon gaan. Maar zaterdag was alles dicht en konden ze mij niks meegeven (...) geen brieven of middelen. Ik kreeg wel een briefje mee wanneer ik bij de dokter terug moest komen, maar voor de rest was er weinig. (...) Toen heb ik het zelf maar bekeken met de medicijnen totdat ik twee weken later terug moest komen.'

aan tijd en aan medische en verpleegkundige routine aan als belangrijke oorzaken.

Onvolledige en onduidelijke informatie en instructies aan patiënten rondom het moment van ontslag over hun nazorg werden veelvuldig genoemd als belemmerende factoren voor een patiëntgericht ontslag. Patiënten gaven aan dat zorgverleners vaak onbegrijpelijk vakjargon gebruikten. Wijkverpleegkundigen en huisartsen gaven aan dat patiënten werden overladen met verbale en geschreven – vaak irrelevante – informatie. Dat leidde volgens hen tot verwarring bij patiënten en maakte het voor patiënten lastig om kennis te onthouden die van belang was om zelf de zorg te kunnen continueren. Daarnaast gaven patiënten aan dat ze te snel en te gehaast werden geïnformeerd en daardoor niet in staat waren alle belangrijke informatie goed op te nemen. Vaak ontbrak de tijd om vragen te stellen of gedetailleerde uitleg te verkrijgen over hun ziekenhuisbehandeling en geplande nazorg. Aan de andere kant beschreven ziekenhuisverpleegkundigen verschillende methoden om de duidelijkheid van informatie te waarborgen, namelijk: naasten betrekken in het ontslagproces, zelfzorgactiviteiten demonstreren, belangrijke informatie aan patiënten herhalen, controleren of patiënten de verkregen informatie en instructies daadwerkelijk begrijpen, en belangrijke informatie in de ontslagbrief markeren of onderstrepen.

EXTERNE FACTOREN

Zorgverleners in het ziekenhuis voelden soms de druk om patiënten snel en wellicht zelfs te vroeg te ontslaan vanwege financiële redenen en vanwege de constante druk op het aantal beschikbare bedden. Volgens geïnterviewde artsen en verpleegkundigen was een suboptimaal patiëntgericht ontslag ook te wijten aan de wisselende diensten. Zij beschreven situaties waarin de patiënt werd ontslagen door een zorgverlener, die net met zijn of haar dienst begon en daardoor niet voldoende op de hoogte was van de medische geschiedenis, specifieke behoeften en voorkeuren van de patiënt en de behoeften van de zorgverleners in de eerste lijn. De betrokkenheid van meerdere artsen en verpleegkundigen zorgde volgens hen tevens voor verwarring bij het ontslag, doordat verschillende zorgverleners regelmatig tegenstrijdige informatie verstrekten.

Een vaak genoemd probleem was het ontslag van patiënten vlak voor of tijdens het weekend. Ondanks dat artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis aangaven dat dergelijke ontslagsituaties specifieke aandacht vereisen, ervoeren patiënten en hun huisartsen regelmatig problemen met het direct verkrijgen van thuiszorg, hulpmiddelen en medicijnen.

Patiënten vonden het moeilijk de arts of verpleegkundige in het ziekenhuis die verantwoordelijk was voor of

betrokken was bij het ontslag te bereiken. Patiënten werd vaak geadviseerd om na het ontslag contact met de huisarts op te nemen, terwijl de huisarts niet altijd op de hoogte was gebracht van de behandeling in het ziekenhuis en van de aanbevolen nazorg.

BESCHOUWING

In dit onderzoek werd op grote schaal kwalitatief onderzoek gedaan naar de ervaringen met en opvattingen over het ontslagproces van patiënten, naasten en zorgverleners in de eerste en tweede lijn.

Conflicterende belangen Onze bevindingen maken duidelijk dat de kwaliteit van het ziekenhuisontslag wordt beïnvloed door de mate waarin zorgverleners, gedreven door professionele overtuigingen en door organisatiefactoren die buiten de directe invloed van de zorgverlener liggen, rekening houden met patiëntspecifieke wensen en behoeften. Het adequaat plannen van het ontslag en het informeren van de patiënt en naasten laat te wensen over. Een standaard-ontslaggesprek ontbreekt vaak en het informeren van de patiënt vindt doorgaans gehaast plaats en tussen de overige zorgactiviteiten door. Belangrijke oorzaken die zorgverleners hiervoor aandroegen zijn een gebrek aan tijd en de prioriteit die ligt bij het verlenen van optimale zorg. Ook worden patiënt en naasten niet altijd voldoende betrokken bij de besluitvorming over het moment van hun ontslag en over de nazorg die moet worden georganiseerd. Veel geïnterviewde zorgverleners benadrukten het belang van een gezamenlijke besluitvorming en van het tijdig informeren van de patiënt over het naderende ontslag, maar gaven ook aan hierin te worden belemmerd door een gebrek aan tijd. Zorgverleners worden vaak geconfronteerd met deze conflicterende belangen.¹⁷ Dit is een belangrijk verbeterpunt, te meer omdat studies hebben aangetoond dat de kwaliteit en veiligheid van zorg stijgt en zorgkosten dalen wanneer zorgverleners, patiënten en naasten adequaat samenwerken in het zorgtraject.^{18,19}

Onvoldoende afstemming Verder blijkt dat informatie, instructies en de georganiseerde nazorg regelmatig onvoldoende zijn afgestemd op de specifieke wensen en behoeften van de individuele patiënt. Dit is het gevolg van een overschatting van en onvoldoende aandacht vanuit het ziekenhuis voor de kennis, kunde en de thuissituatie van de patiënt. Artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis anticiperen daarnaast onvoldoende op de emotionele behoeften van de patiënt. De consequentie is dat veel patiënten bij ontslag ongeïnformeerd blijken te zijn over belangrijke details van hun behandeling. En dat zij onzeker en onvoorbereid zijn op wat hen na het ziekenhuisontslag te wachten staat. Echter, klaar zijn voor ontslag gaat verder dan enkel de fysieke, medische staat

LEERPUNTEN

- Steeds meer patiënten hebben overdracht van zorg vanuit het ziekenhuis naar huis nodig.
- Veel patiënten voelen zich echter onvoorbereid bij ontslag uit het ziekenhuis doordat onvoldoende rekening wordt gehouden met hun specifieke wensen en behoeften.
- Dit kan leiden tot vermijdbare behandelingen en kostbare heropnames.
- Belangrijke factoren die een patiëntgericht ontslag belemmeren zijn: gebrek aan tijd, druk op het aantal beschikbare bedden in het ziekenhuis en de primaire focus van zorgverleners op het verlenen van medisch en verpleegkundige urgente zorg.
- Een standaard-ontslaggesprek waarin gecontroleerd wordt of de patiënten de verkregen informatie begrepen hebben, kan een belangrijke bijdrage leveren aan een patiëntgericht ontslag.

van de patiënt. Het betekent ook dat de patiënt emotioneel, cognitief en psychologisch in staat is het ziekenhuis te verlaten,^{20,21} en een thuissituatie aantreft die passend is om de vaak benodigde nazorg adequaat op te kunnen vangen.

Beperkingen Ons onderzoek kent een aantal beperkingen. Patiëntgerichte zorg in het ontslagproces werd geanalyseerd en vergeleken in 5 landen met elk hun eigen, unieke gezondheidssysteem en bijbehorende financieringsstructuur, wetgeving en organisatiekenmerken. Lokale invloeden op de kwaliteit van het ontslagproces zijn wellicht ondergewaardeerd door de omvang van het onderzoek. Het transcriberen van de interviews in de nationale taal van de deelnemende landen heeft de kans op misinterpretatie van de data vergroot.²² Echter, een valide vertaling van de bevindingen naar het Engels en uniformiteit in de methodologische aanpak werden gewaarborgd door het gebruik van een gestandaardiseerd codeboek, frequente ontmoetingen en een pilot-analyse waarbij bevindingen werden gedeeld, vergeleken en bediscussieerd.

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Op basis van onze bevindingen hebben wij enkele aanbevelingen voor de praktijk: het invoeren van een stan-

daard-ontslagprotocol, educatie en training voor zorgverleners gerelateerd aan patiëntgerichte zorg bij ontslag, en het invoeren van een standaard-ontslaggesprek met de patiënt en naasten waarbij patiënten worden geïnformeerd en geïnstrueerd, maar ook de mate waarin zij de verkregen informatie hebben begrepen geëvalueerd wordt door de patiënten deze zelf te laten herhalen of te demonstreren ('teach-back').²³⁻²⁸ Specifieke strategieën om de kwaliteit van informatieoverdracht te verbeteren zijn: het gebruik van afbeeldingen, videofragmenten en van voorbeeldcasuïstiek.^{29,30} Het gebruik van elektronische berichtgeving aan de huisarts en thuiszorgverpleegkundige kan een tijdige overdracht van specifieke medische en sociaalpsychologische informatie faciliteren.^{31,32} Dergelijke initiatieven kunnen ervoor zorgen dat patiënten beter voorbereid worden ontslagen uit het ziekenhuis. Daarmee wordt de kans op onnodige heropnames en overbodige kosten verkleind.

CONCLUSIE

Patiënten worden vaak met onvoldoende kennis en inspraak over hun nazorg ontslagen uit het ziekenhuis. De kwaliteit van het ontslagproces, en daarmee samenhangend de kans op onnodige, kostbare heropnames, werd grotendeels beïnvloed door de mate waarin zorgverleners rekening willen en kunnen houden met patiëntspecifieke wensen en behoeften. Een standaard-ontslaggesprek waarin patiënten worden gehoord en gecontroleerd op het begrijpen van verkregen informatie kan ervoor zorgen dat patiënten beter voorbereid uit het ziekenhuis worden ontslagen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: formulieren met belangverklaring zijn beschikbaar bij dit artikel op www.ntvg.nl (zoeken op A6097; klik op 'Belangenverstrengeling'). The Framework Programme of the European Commission verstrekte een beurs (subsidienummer: FP7-HEALTH-F2-2008-223409) aan het Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) te Nijmegen, waar G. Hesselink, H. Wollersheim, L. Schoonhoven en M. Vernooij-Dassen werkzaam zijn, en vergoedde reiskosten.

Aanvaard op 13 maart 2013

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157:A6097

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

LITERATUUR

- 1 Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the twenty-first century. Washington: National Academies Press; 2001.
- 2 Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patientcentered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49:796-804.

- 3 Mead N, Bower P. Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2002;48:51-61.
- 4 Wolf DM, Lehman L, Quinlin R, et al. Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. *J Nurs Care Qual.* 2008;23:316-21.
- 5 Epstein RM, Franks P, Fiscella K, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med.* 2005;61:1516-28.
- 6 Berwick DM. What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. *Health Aff.* 2009;28:w555-w565.
- 7 Hesselink G, et al. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, relatives and care providers. *BMJ Qual Saf.* 2012;21:139-49.
- 8 Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:549-55.
- 9 Parry C, Coleman EA, Smith JD, et al. The care transitions intervention: a patient-centered approach to ensuring effective transfers between sites of geriatric care. *Home Health Care Serv Q.* 2003;22:1-17.
- 10 Bull MJ, Kane RL. Gaps in discharge planning. *J Appl Gerontol.* 1996;15:486-500.
- 11 Schoen C, Osborn R, Squires D, et al. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff.* 2011;30:2437-48.
- 12 Slieper CF, Hyle LR, Rodriguez MA. Difficult discharge: Lessons from the oncology setting. *Am J Bioeth.* 2007;7:31-2.
- 13 Naylor MD. Transitional care of older adults. *Annu Rev Nurs Res.* 2002;20:127-47.
- 14 Corbin J, Strauss A. Grounded theory research: procedures, canons, and evaluative criteria. *Qual Sociol.* 1990;13:3-21.
- 15 Johnson JK, Barach P, Vernooij-Dassen M. Conducting a multicentre and multinational qualitative study on patient transitions. *BMJ Qual Saf.* 2012;21 Suppl 1:i22-8.
- 16 Boeije H. *Analyseren in kwalitatief onderzoek.* Amsterdam: Boom; 2005.
- 17 Connolly M, Grimshaw J, Dodd M, et al. Systems and people under pressure: the discharge process in an acute hospital. *J Clin Nurs.* 2009;18:549-58.
- 18 Longtin Y, Sax H, Leape LL, et al. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc.* 2010;85:53-62.
- 19 Anthony MK, Hudson-Barr DC. Successful patient discharge: A comprehensive model of facilitators and barriers. *J Nurs Adm.* 1998;28:48-55.
- 20 Heine J, Koch S, Goldie P. Patients' experiences of readiness for discharge following a total hip replacement. *Aust J Physiother.* 2004;50:227-33.
- 21 Miller JM, Piacentine LB, Weiss M. Coping difficulties after hospitalization. *Clin Nurs Res.* 2008;17:278-96.
- 22 Larkin PJ, Dierckx de Casterlé B, Schotsmans P. Multilingual translation issues in qualitative research: reflections on a metaphorical process. *Qual Health Res.* 2007;17:468-76.
- 23 Lewin SA, Skea Z, Entwistle VA, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;CD003267.
- 24 Clarke CM, Persaud DD. Leading clinical handover improvement: a change strategy to implement best practices in the acute care setting. *J Patient Saf.* 2011;7:11-8.
- 25 Clark HH, Brennan SE. Grounding in communication. In: Resnick LB, Levine JM, Teasley SD, eds. *Perspectives on socially shared cognition.* Washington: American Psychological Association, 1991:127-49.
- 26 Doak C, Doak L, Root J. *Teaching patients with low literacy skills.* 2nd edn. Philadelphia, PA: JB Lippincott; 1996.
- 27 Schillinger D, Piette J, Grumbach K, et al. Closing the loop. Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med.* 2003;163:83-90.
- 28 White M, Garbez R, Carroll M, Brinker E, Howie-Esquivel J. Is "teach-back" associated with knowledge retention and hospital readmission in hospitalized heart failure patients? *J Cardiovasc Nurs.* 2013;28:137-46.
- 29 Houts PS, Doak CC, Doak LG, et al. The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns.* 2006;61:173-90.
- 30 Katz MG, Kripalani S, Weiss BD. Use of pictorial aids in medication instructions: a review of the literature. *Am J Health Syst Pharm.* 2006;63:2391-7.
- 31 Afilalo M, Lang E, Léger R, et al. Impact of a standardized communication system on continuity of care between family physicians and the emergency department. *CJEM.* 2007;9:79-86.
- 32 Tripp JS. Development and evaluation of notifications to inform primary care providers of summary documentation for their patients' hospital visits [proefschrift]. The University of Utah. Salt Lake City, UT; 2009.