

Transmurale communicatie binnen de wondzorg: een sleutel tot geïntegreerde patiëntenzorg

Hilde Claessen, Magali Nys, Suzanne Stijven, Marie-Line Himpe*

Inleiding

De incidentie en prevalentie van patiënten met een complexe wonde neemt toe (1,2). Tegelijkertijd wordt de gezondheidszorg meer gespecialiseerd en staan de beschikbare middelen onder druk. Een patiënt met een wonde wordt opgevolgd door verschillende professionele hulpverleners van de eerste, tweede en derde lijn. Door deze gefragmenteerde zorg verloopt de inter- en multidisciplinaire communicatie niet alleen via verschillende media, maar is deze ook inhoudelijk gekenmerkt door een sterke variabiliteit (3). Systematische transmurale communicatie tussen deze hulpverleners leidt tot efficiënte, effectieve en veilige patiëntgerichte zorg (4). Naarmate de complexiteit van de zorg toeneemt, vergroot ook het veiligheidsrisico en neemt het belang van communicatie toe (5).

In wetenschappelijke literatuur wordt transmurale communicatie vaak besproken in de context van geïntegreerde zorgmodellen en de coördinatie tussen ziekenhuizen en eerstelijnszorg. Transmurale communicatie is echter breder en gaat over alle vormen van informatie-uitwisseling tussen eerste, tweede en derde lijn. Dit artikel tracht een aanzet te geven om de transmurale communicatie tussen hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg van een patiënt met een wonde te optimaliseren en benoemt concreet de topics die ten minste aanwezig moeten zijn.

Communicatietools

In het Belgische zorglandschap zijn diverse elektronische patiëntendossiers beschikbaar waarbij uitwisseling van (para)medische informatie makkelijker traceerbaar is en niet afwijkt van de originele communicatie. Ondanks de voordelen van digitale communicatie zijn er nog andere vormen van communicatie. Zo heeft mondelinge communicatie als voordeel dat bepaalde klemtonen en nuances beter gelegd worden en er mogelijkheid is om directe dialoogvoering op te zetten. Het is belangrijk om doorzicht een keuze te maken tussen de verschillende soorten communicatie (3,6,7). Artificiële intelligentie ontwikkelt zich in een snel tempo en vindt ook zijn intrede binnen de gezondheidszorg. De komende jaren zal duidelijk worden welke rol artificiële intelligentie kan spelen binnen de transmurale communicatie (8).

Beïnvloedende factoren

Goede transmurale communicatie is noodzakelijk voor het garanderen van kwaliteitsvolle zorg, maar is uitdagend in de praktijk omwille van verschillende beïnvloedende

factoren (3). Een aantal relevante factoren worden hieronder verder toegelicht.

Beschikbare tijd

Tijdsgebrek, al dan niet gekoppeld aan een korte ligduur, is een barrière voor transmurale communicatie. Zo wordt de beschikbare tijd minder groot waardoor soms de kans gemist wordt om met andere zorgpartners te communiceren. Een efficiënt zorgproces vereist een minimum aan bijkomende werkbelasting voor zowel de zender als de ontvanger van de communicatie. Een signaal in de mailbox kan dit proces vergemakkelijken, evenals de communicatie tussen digitale dossiers, ontslagbrieven en verwijsbrieven waardoor automatische invulling plaatsvindt. Een ondersteunende lay-out waarbij belangrijke zaken eruit springen, een goede leesbaarheid, een digitale uitwisseling en een betrouwbaar computersysteem zijn eveneens cruciaal (3,5,6,9,10). Het ontbreken van één uniform en betrouwbaar digitaal platform is niet uitnodigend (10). Zo blijkt dat de professionele hulpverleners in België die deel uit kunnen maken van een multidisciplinair team van een patiënt met een wonde, met verschillende softwarepakketten werken die onderling vaak niet met elkaar kunnen connecteren. Overheidssteun is noodzakelijk om ondersteunende wetgeving en financiële drempels weg te werken (3). Dit maakt deel uit van een groter geheel en zit niet in de scope van dit artikel. Mondelinge communicatie vraagt meer tijd, maar kan weldoordacht toch effectief en efficiënt zijn (7).

Decentralisatie

Het versnipperde zorglandschap in België bemoeilijkt de

transmurale communicatie. Het beschikken over een breed netwerk van belangrijke stakeholders kan hierbij helpen. Verder is het creëren van een draagvlak en een cultuur waarin het belang van ontslagcommunicatie wordt benadrukt, noodzakelijk. Teamgeest, korte afstand tussen tweede- en eerstelijnszorg en richtlijnen rond communicatie dragen bij aan deze cultuur (5,9).

Patiëntgecentreerd

De communicatie kan best aangepast worden aan de individuele patiënt. Hierbij dient onder andere rekening gehouden te worden met de vooropleiding. Zo zal iemand die medisch geschoold is beter de medische termen begrijpen en is het aanbevolen om vakjargon te vermijden bij patiënten met weinig medische kennis. Taalbarrières kunnen overbrugd worden door tolken of digitale vertaalapps in te zetten. Communicatie die rekening houdt met de patiënt in zijn geheel verbetert de uitkomsten, mentale gezondheid, patiënttevredenheid en vermindert het gebruik van gezondheidsdiensten. De patiënt wordt hierdoor automatisch centraal gesteld in het (wond) zorgproces. Bij transmurale communicatie moet ook informatie staan over de wensen en bezorgdheden van de patiënt, evenals hun graad van betrokkenheid bij de communicatie over de zorg (3,9).

Communicatievaardigheden

Hulpverleners moeten inzicht hebben in het grotere geheel, kennis en ervaring bezitten, bereidwilligheid tonen en het netwerk kennen. Daarnaast moeten ze de patiënt en de mantelzorger goed kennen zodat communicatie op maat kan gegeven worden. Vorming rond communicatie is essentieel voor hulpverleners. Nurse-led communicatie kan overwogen worden als aanvullend of vervangend. Hierbij kunnen verpleegkundigen als leidersfiguren ingezet worden om de transmurale communicatie al dan niet volledig over te nemen van artsen waarmee ze nauw samenwerken (3,5,9,10).

Minimale inhoud

Het streven naar uniformiteit bij verpleegkundigen die werkzaam zijn in eerste, tweede en derde lijn met een juiste balans tussen niet te veel en niet te weinig informatie verhoogt efficiëntie van transmurale communicatie en continuïteit van zorg. Recent is het TIME concept uitgebreid naar de TIME clinical decision support tool (TIME CDST). Deze tool zorgt voor een systematische, holistische aanpak. Op die manier kan TIME CDST mee vorm geven aan de inhoud van het integrale zorgproces in het algemeen en transmurale communicatie in het bijzonder (11).

Opvolging

Het meten van efficiëntie van het communicatieproces is essentieel voor de opvolging (controle, voortgangsbewa-

king). Factoren zoals de tijdsbesteding van artsen en verpleegkundigen, de hospitalisatieduur, stress bij zorgverleners en patiëntervaringen beïnvloeden de veiligheid van zorg. Dit biedt de mogelijkheid om de transmurale communicatie te monitoren en bij te sturen waar nodig. Door regelmatige opvolging kunnen knelpunten tijdig worden geïdentificeerd en aangepakt, wat bijdraagt aan een continue verbetering van de zorgkwaliteit.

Sterke punten

Multidisciplinaire benadering: de thuisverpleegkundige betreft een referentieverpleegkundige wondzorg voor extra expertise, wat de holistische benadering van de zorg bevordert. Deze samenwerking illustreert een positieve toepassing van de interdisciplinaire communicatie en patiëntgerichte benadering. Patiëntgecentreerde zorg: door verbeterde communicatie tussen ziekenhuis en thuisverpleging worden bezoeken van de patiënt aan het ziekenhuis beperkt, wat aantoont dat de zorg wordt afgestemd op de behoeften van de patiënt.

Verbeterpunten

Beschikbare tijd en efficiëntie: de aanvankelijke problemen bij de informatie-uitwisseling wijst op een gebrek aan tijd en een gebrek aan gestructureerde communicatie. Het ontbreken van een rechtstreeks aanspreekpunt in het ziekenhuis resulteert in vertragingen en inefficiëntie.

Communicatievaardigheden: de communicatie verloopt via de mantelzorger, wat leidt tot misverstanden en verminderde efficiëntie. Dit onderstreept de noodzaak voor directe communicatie tussen zorgverleners onderling om problemen met informatieoverdracht te voorkomen.

Valkuilen

Decentralisatie: het gebrek aan een uniform digitaal platform zorgt ervoor dat de communicatie gefragmenteerd is. Zorgverleners werken met verschillende softwarepakketten die niet met elkaar verbonden zijn, wat leidt tot informatieverlies en inefficiëntie.

Opvolging en evaluatie: de communicatie over het gebruik van negatievedruktherapie kan onvoldoende worden opgevolgd door een gebrek aan duidelijke afspraken over wie verantwoordelijk is voor welke aspecten van de zorg. Dit benadrukt de noodzaak voor regelmatige opvolging en effectieve evaluatie om knelpunten tijdig te identificeren en aan te pakken.

Casuïstiek

Patiënt X is opgenomen in het ziekenhuis naar aanleiding van een geplande coronaire bypass-operatie. Na wonddehiscentie beslist de arts in het ziekenhuis om de postoperatieve wonde met negatieve druktherapie te behandelen. Met goedkeuring van de patiënt en de mantelzorger beslist de arts om de patiënt te ontslaan en ambulante zorg op te starten. De thuisverpleegkundige krijgt de vraag van de mantelzorger om dagelijks controle van de negatieve druktherapie uit te voeren. Bij de opstart van de zorg thuis blijkt dat er weinig informatie beschikbaar is voor de thuisverpleegkundige. Het contact met het ziekenhuis verloopt moeilijk daar er geen rechtstreeks aanspreekpunt is. De communicatie tussen ziekenhuis en thuisverpleging verloopt initieel via de mantelzorger waardoor er geen rechtstreekse dialoog is tussen de professionele hulpverleners. Bijkomend is het ziekenhuis niet op de hoogte van de expertise die aanwezig is bij de thuisverpleegkundige omtrent negatieve druktherapie en zijn wederzijdse verwachtingen niet op elkaar afgestemd. De thuisverpleegkundige heeft na akkoord van de patiënt/mantelzorger haar collega die referentieverpleegkundige wondzorg is, gecontacteerd met de vraag om opnieuw contact te zoeken met het ziekenhuis. De referentieverpleegkundige wondzorg heeft bij het contact gevraagd naar de nodige informatie en de opening gecreëerd om verbandswissel afwisselend thuis en in het ziekenhuis uit te voeren. De patiënt en diens mantelzorger kunnen hierdoor bezoeken aan het ziekenhuis beperken. Concrete afspraken over hoe en wat wanneer gecommuniceerd wordt tussen het ziekenhuis en de thuisverpleging heeft geleid tot een kwaliteitsvolle patiëntgecentreerde zorg op maat. Deze casus belicht zowel de sterke punten als de verbeterpunten en de valkuilen in transmurale communicatie.

Conclusie

Incidentie en prevalentie van complexe wonden neemt toe, waardoor transmurale communicatie tussen hulpverleners in de eerste, de tweede en de derde lijn essentieel is voor patiëntgerichte zorg. Dit artikel benadrukt het belang van systematische communicatie om veilige, efficiënte en effectieve zorg te waarborgen. Diverse factoren, zoals tijdgebrek, decentralisatie van de zorg en patiëntgerichtheid beïnvloeden de efficiëntie van transmurale communicatie. Daarnaast is regelmatige opvolging cruciaal om knelpunten tijdig te identificeren en aan te pakken. De ontwikkeling van een uniform communicatietool, zoals het TIME clinical decision support tool, kan helpen om de kwaliteit van het integrale wondzorgproces te optimaliseren. Casuïstiek toont de uitdagingen van efficiënte transmurale communicatie en het belang van samenwerking tussen alle stakeholders voor betere zorgresultaten.

Literatuurlijst

1. Martinengo L, Olsson M, Bajpai R, et al. **Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies.** *Ann Epidemiol.* 2019;29:8-15.
2. Alvarez-Irusta L, Van Durme T, Lambert AS, et al. **People with chronic wounds cared for at home in Belgium: Prevalence and exploration of care integration needs using health care trajectory analysis.** *Int J Nurs Stud.* 2022;135:104349.
3. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, et al. **Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations.** *Int J Clin Pract.* 2015;69(11):1257-67.
4. Schubert S, Marzloff G, Ryder S, et al. **Establishing a Comprehensive Wound Care Team and Program.** *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2022;33(4):805-10.
5. Boddy N, Barclay S, Bashford T, et al. **How can communication to GPs at hospital discharge be improved? A systems approach.** *BJGP Open.* 2022;6(1).
6. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, et al. **Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists.** *J Hosp Med.* 2007;2(5):314-23.
7. Arora V, Johnson J, Lovinger D, et al. **Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis.** *Qual Saf Health Care.* 2005;14(6):401-7.
8. Callens S. **De gezondheids en zorg beroepen van de toekomst.** 2023.
9. Weetman K, Spencer R, Dale J, et al. **What makes a "successful" or "unsuccessful" discharge letter? Hospital clinician and General Practitioner assessments of the quality of discharge letters.** *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):349.
10. Schwarz CM, Hoffmann M, Schwarz P, et al. **A systematic literature review and narrative synthesis on the risks of medical discharge letters for patients' safety.** *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):158.
11. Moore Z, Dowsett C, Smith G, et al. **TIME CDST: an updated tool to address the current challenges in wound care.** *J Wound Care.* 2019;28(3):154-61.

* Hilde Claessen, *stafmedewerker wondzorg en stomazorg, Wit-Gele Kruis, Antwerpen*
Magali Nys, *verpleegkundige specialist wondzorg, Regionaal Ziekenhuis Tienen*
Suzanne Stijven, *referentie specialist wondzorg, Wit-Gele Kruis, Limburg*
Marie-Line Himpe, *verpleegkundig specialist wondzorg, Algemeen Ziekenhuis Groeninge, Kortrijk*
Allen Werkgroep lid WCS België.