

1.2 Nederlandstalige functiebeschrijving van ontslagmanagement in de psychiatrische ziekenhuizen¹

Ontslagmanagement omvat de voorbereiding van het ontslag uit het ziekenhuis bij patiënten met een risico op bemoeilijkt ontslag en/of een risico op fundamenteel herval na ontslag, met als doel om fundamenteel herval na ontslag te voorkomen. Dit kan gerealiseerd worden door vanaf de opname in het ziekenhuis een kwaliteitsvolle verwijzing naar een aangepast thuis- of thuisvervangend milieu voor te bereiden en de zorgcontinuïteit in het algemeen te bevorderen. Hiervoor dienen *interdisciplinaire* samenwerkingsprocessen in het ziekenhuis te worden uitgewerkt, alsook tussen het ziekenhuis en de extramurale structuren.

De functie van ontslagmanagement situeert zich op drie niveaus: het micro-, meso- en macroniveau. Het micro-niveau heeft betrekking op de individuele relaties met de patiënt. Het meso-niveau is op zijn beurt gericht op de werking in het ziekenhuis, ter bevordering van de zorgcontinuïteit. Het macro-niveau omvat alle interacties van het ziekenhuis met de extramurale sector en de bevoegde overheden.

Op **micro-niveau** is ontslagmanagement bedoeld om het ontslag van de patiënt zo vroeg mogelijk voor te bereiden, beginnend vanaf de opname in het ziekenhuis. Hierbij wordt de patiënt volgens een gestructureerd proces van vijf stappen opgevolgd: (1) screening van hoog-risicopatiënten; (2) een brede, maar diepgaande gegevensverzameling van de fysieke, psychische en sociale gezondheidsnoden van de patiënt; (3) het interdisciplinair bepalen van zorgdoelen en opstellen van een geïndividualiseerd *zorg- en/of reïntegratieplan*, in samenwerking met de patiënt en indien mogelijk, zijn omgeving; (4) uitvoering van het zorg- en/of reïntegratieplan en (5) een regelmatige evaluatie en bijsturing van de vooropgestelde doelen en acties.’ (Moons, P., Steeman, E., Wouters, B., Indenkleef, S., Bollen, S., Manhaeve, D., et al., 1999)

¹ Alle cursief gedrukte woorden zijn opgenomen in een verklarende woordenlijst achteraan het functieprofiel.

Fase 1 (screening van hoogrisicopatiënten) omvat het *systematisch screenen* van patiënten met als doel de hoogrisicopatiënten te weerhouden voor ontslagmanagement, ontslagmanagement starten bij deze hoogrisicopatiënten en het betrekken van de familie en mantelzorger, indien mogelijk.

Fase 2 (een brede, maar diepgaande gegevensverzameling van de fysieke, psychische en sociale gezondheidsnoden van de patiënt) omvat een interdisciplinaire gegevensverzameling en het bijhouden van een interdisciplinair dossier. Hierbij worden de behoeften van patiënten en die van hun mantelzorger(s) op holistische wijze geëvalueerd.

Fase 3 (het interdisciplinair bepalen van zorgdoelen en opstellen van een zorg- en/of reïntegratieplan, in samenwerking met de patiënt, rekening houdend met zijn persoonlijke doelstellingen en zijn omgeving) omvat een interdisciplinaire patiëntenbespreking en daarbij horende verslaggeving. Tijdens deze interdisciplinaire patiëntenbespreking zijn alle relevante leden van het interdisciplinaire team aanwezig, al dan niet op een gelijktijdig moment. Deze bespreking heeft het identificeren en rapporteren van de zorgnoden, het formuleren van gemeenschappelijke doelstellingen en het opstellen en evalueren van een interdisciplinair zorgplan tot doel. Het verslag van de interdisciplinaire patiëntenbespreking omvat bijvoorbeeld de identificatie van de concrete zorgvragen/zorgnoden; de gemeenschappelijke doelstellingen; de interdisciplinaire zorgplanning; de rapportage van de zorguitkomsten en eventueel de evaluatie en bijsturing van doelstellingen en zorgplanning.

In **fase 4** (het uitvoeren van het zorg- en/of reïntegratieplan) kunnen volgende elementen worden opgenomen:

- psycho-educatie van de patiënt en zijn mantelzorger(s), indien mogelijk
- therapeutische educatie: therapietrouw, ...
- de patiënt en zijn mantelzorger(s) informeren over de beschikbare extramurale diensten
- het organiseren van een *zorgoverleg*
- het opstellen van een interdisciplinair *ontslagplan*
- de geplande *ontslagdatum* *tijdig bekend maken*
- het overmaken van ontslagdocumenten.
- het uitwerken van een ambulant programma tijdens de opname
-

Fase 5 (een regelmatige evaluatie en bijsturing van de vooropgestelde doelen en acties) verwijst naar een continue evaluatie en bijsturing van fase 3 en 4.

Een goede kennis van de sociale kaart is onontbeerlijk binnen het kader van ontslagmanagement. Enkel op die manier kan de hoogrisicopatiënt de meest gepaste setting van zorg krijgen. Belangrijk is dat bij ontslagmanagement de patiënt en indien mogelijk, de betrokken mantelzorger(s), centraal staan.

Om de doelstellingen op micro-niveau te bereiken, werkt de ontslagmanager nauw samen met de sociale dienst, indien hij/zij daar geen deel van uitmaakt, en met de verpleegeenheden.

Op **meso-niveau** worden de volgende specifieke doelstellingen nagestreefd:

- permanent bijdragen tot een cultuur van ontslagmanagement in het ziekenhuis
- actiepunten met betrekking tot het beleid inzake zorgcontinuïteit dat door het ziekenhuis wordt gevoerd, voorstellen en uitwerken (institutionele doelstellingen)
- ontslagmanagement in het organigram van het ziekenhuis opnemen; ontslagmanagement krijgt een afzonderlijke plaats in het functionele en/of structurele organigram van het ziekenhuis en de functie is verder gespecificeerd
- initiëren en/of faciliteren van de voortgezette opleiding van het personeel, die specifiek gericht is op de beginselen van zorgcontinuïteit en de concrete toepassing ervan
- ervoor zorgen dat gegevens die nuttig zijn voor de zorgcontinuïteit worden opgenomen in het interdisciplinaire, en bij voorkeur geïnformatiseerde, dossier van de patiënt
- interdisciplinaire synergie creëren en uitwerken in alle eenheden en diensten
- randvoorwaarden en instrumenten creëren die de implementatie van ontslagmanagement op micro-niveau faciliteren

Om deze doelstellingen te bereiken, neemt de ontslagmanager, of de coördinator van ontslagmanagement, deel aan een *formele groep, werkgroep of stuurgroep* voor ontslagmanagement en stelt initiatieven voor zorgcontinuïteit voor. Deze groep kan deel uitmaken van een reeds bestaande groep of kan opgericht worden, doch heeft steeds tot doelstelling om ontslagmanagement en initiatieven voor zorgcontinuïteit op regelmatige basis te bespreken. Deze initiatieven kunnen gepland, gecoördineerd, uitgevoerd en geëvalueerd worden binnen een “cel continuïteit”. Deze cel kan geïntegreerd worden binnen bestaande kwaliteitscellen in het ziekenhuis, op voorwaarde dat alle personen die betrokken zijn bij de

continuïteit van zorg hier deel van uitmaken. Een dergelijke kwaliteitscel kan samengesteld worden uit de ontslagmanager(s) of de coördinator(en) van ontslagmanagement, vertegenwoordiger(s) van het verpleegkundig departement, vertegenwoordiger(s) van de sociale dienst, een vertegenwoordiger van de paramedici, een psychiater, alsook andere personen die bij de continuïteit van zorg betrokken zijn.

De kwaliteitscel is tevens de plaats waar informatie wordt uitgewisseld en waar vragen vanuit interdisciplinaire teams beantwoord worden. De cel vergadert minstens twee keer per jaar. Ze zorgt tevens voor het ontwikkelen en/of verbeteren van de evaluatie-instrumenten voor ontslagmanagement, alsook de voortgezette opleiding van het personeel. Tot slot stelt deze cel een activiteitenverslag op conform de vereisten van de overheid en een vertegenwoordiger neemt deel aan de intervisiebijeenkomsten die door de overheid worden georganiseerd.

De doelstellingen van ontslagmanagement op **macro-niveau** zijn de volgende:

- samenwerkingsverbanden met de extramurale diensten ontwikkelen en/of bevorderen, en ontslagmanagement inschakelen in de bestaande zorgprogramma's
- synergie met andere ziekenhuizen uitwerken
- deelnemen aan locoregionale overlegplatforms/comités voor zorgcontinuïteit (vb. de vroegere lokale begeleidingscomités, overleg binnen de Geïntegreerde Dienst Thuiszorg (GDT), enz.)
- signaalfunctie naar beleidsmakers inzake tekorten die ervaren worden om de transmurale zorgcontinuïteit te garanderen

Om dit te bereiken dient ontslagmanagement tegemoet te komen aan de doelstellingen van het ziekenhuis. Het werk van ontslagmanagement is onlosmakelijk verbonden met dat van de kwaliteitscel "zorgcontinuïteit" in het ziekenhuis. Door deelname aan de locoregionale overlegplatforms/comités voor zorgcontinuïteit (vb. de vroegere begeleidingscomités, overleg binnen GDT, enz.) werkt ontslagmanagement op macro-niveau met alle actoren samen aan de ontwikkeling en het gebruik van instrumenten, communicatiemiddelen, dossiers en samenwerkingsprotocollen. Het locoregionale overlegplatform/comité vergadert minstens twee keer per jaar en kan tevens een plaats voor reflectie en ontwikkeling van een netwerk zijn tussen ontslagmanagers .

Verklarende woordenlijst

- **Hoogrisicopatiënten:** Een psychiatrische patiënt die een hoog risico heeft op bemoeilijkt ontslag en/of een hoog risico heeft op fundamenteel herval na ontslag uit het ziekenhuis.
- **Interdisciplinair:** Interdisciplinariteit betekent letterlijk 'tussen de disciplines'. Het gaat om een benaderingswijze waar niet vastgehouden wordt aan de eigen discipline of het eigen vakgebied. Het onderscheidt zich van het concept “multidisciplinariteit” doordat de nadruk gelegd wordt op samenwerking tussen de verschillende disciplines eerder dan dat verschillende betrokken disciplines op zichzelf werken.
- **Fundamenteel herval:** Fundamenteel herval is een terugkeer naar een (oorspronkelijk) probleemstellend gedragspatroon, stemming, toestand of symptomatologie, die optreedt na een periode van stabilisatie/beterschap, waardoor zelfstandig functioneren door de cliënt niet meer mogelijk is vanwege decompensatie op verschillende levensdomeinen. Er is een hernieuwde nood aan intensieve gespecialiseerde professionele ondersteuning binnen een residentiële of ambulante setting.
- **Ontslagdatum tijdig bekend maken:** De datum waarop de patiënt het psychiatrische ziekenhuis of de ziekenhuis zal verlaten, wordt minimum 5 dagen voor het geplande ontslag bekend gemaakt aan de patiënt.
- **Ontslagmanagement:** Ontslagmanagement omvat de voorbereiding van het ontslag uit het ziekenhuis bij patiënten met een risico op bemoeilijkt ontslag en/of een risico op fundamenteel herval na ontslag, met als doel om fundamenteel herval na ontslag te voorkomen.
- **Ontslagmanagement op micro-niveau:** “is de fasische en gestructureerde ontslagvoorbereiding die start bij opname in het ziekenhuis, waarbij voor patiënten met een complexe of continuïteitsproblematiek en hun mantelzorger(s) een geïndividualiseerd zorgpakket, interdisciplinair en in overleg met externe hulpverleners wordt samengesteld en uitgevoerd. Dit zorgpakket omvat zowel klinische, organisatorische als financiële aspecten, en beoogt een optimale reïntegratie in het thuismilieu. De methodiek van dit zorgproces wordt gecoördineerd en opgevolgd door de ontslagmanager.” (Moons et al., 2005)
- **Ontslagmanagement op meso-niveau:** is het creëren van een ziekenhuisbrede cultuur die de zorgcontinuïteit bewaakt en bevordert zodat ontslagmanagement op micro-niveau efficiënt kan uitgevoerd worden. De methodiek van dit proces wordt opgevolgd en gecoördineerd door een (eventueel reeds bestaande) formele groep, werkgroep of stuurgroep, al dan niet ingebed in een bestaande kwaliteitscel. (Moons et al., 2005)

- **Ontslagmanagement op macro-niveau:** situeert zich in de samenwerkingsverbanden met extramurale diensten en beleidsmakers zodoende zorgcontinuïteit en preventie van fundamenteel herval te realiseren, alsook de toepassing van de methodiek van ontslagmanagement op micro- en meso-niveau mogelijk te maken
- **Ontslagplan:** Het interdisciplinair plan met vermelding van afspraken en regelingen betreffende het ontslag en de nazorg van een patiënt, ten behoeve van de zorgcontinuïteit.
- **Formele groep, werkgroep of stuurgroep:** Een adviserende commissie, belast met beleidsvoorbereidende werkzaamheden. Verschillende departementen en diensten die betrokken zijn bij de continuïteit van zorg zijn hierin vertegenwoordigd. Deze groep kan deel uit maken van een reeds bestaande groep binnen het ziekenhuis, doch kan ook autonoom opgericht worden. Deze groep heeft tot doel om alle betrokken partners binnen het ziekenhuis op regelmatige tijdstippen te laten overleggen over de implementatie van ontslagmanagement en andere initiatieven voor zorgcontinuïteit.
- **Systematische screening:** Georganiseerde systematische procedure die wordt toegepast na opname van een patiënt met als doel hoogrisicopatiënten te kunnen detecteren.
- **Zorgoverleg:** Interdisciplinair overleg en overleg tussen hulpverleners, patiënt en/of mantelzorger(s), al dan niet op gelijktijdig moment aanwezig, betreffende de huidige en toekomstig aangeboden zorg voor de patiënt.
- **Zorgplan:** Een plan samengesteld voor één patiënt waarin alle interdisciplinaire doelstellingen en interventies worden samengevat. Een zorgplan brengt alle professionele en niet-professionele hulpverleners, met hun specifieke functie(s), betrokken bij de zorg voor de patiënt, in kaart.