

De ontwikkeling en validering van een transferdocument voor de zorgoverdracht tussen de residentiële en de acute zorgsector: een voorbeeld uit de regio Leuven, Vlaams Brabant

Auteurs: Maartje Wils, Els Devriendt, Koen Milisen, Johan Flamaing

Samenvatting Achtergrond

Wanneer ouderen vanuit een residentiële naar een acute zorgsetting worden doorverwezen kan belangrijke informatie met betrekking tot de zorg zoek raken. Daarnaast neemt het concept vroegtijdige zorgplanning een steeds prominentere plaats in binnen de ouderenzorg, maar het blijft een uitdaging om de resultaten van dit proces over de verschillende zorgsettings heen te communiceren. De ontwikkeling van een goede methode voor informatietransfer is dus een sleutelement bij de zorgoverdracht van de oudere patiënt.

Doel

Deze studie had als doel om een gestandaardiseerd transferdocument te ontwikkelen en te valideren binnen een samenwerkingsverband tussen de residentiële en acute zorgsector in Leuven, Vlaams-Brabant.

Methode

Na literatuurstudie werd een topiclijst gegenereerd die als basis diende voor een Delphi-ronde waaraan 16 experts uit zowel de residentiële als de acute zorgsector deelnamen. Daarna werd het document beoordeeld op inhoudsvaliditeit door een groep van negen experts uit de acute en residentiële zorgsetting. Tot slot werd de indrukvaliditeit beoordeeld door twee verpleegkundigen en twee artsen, at random gekozen uit bovenstaande settings.

Resultaten

Alle 44 subthema's vertoonden een uitstekende inhoudsvaliditeit. De scale content validity universal agreement ($S-CVI_{UA}$) voor het gehele transferdocument was 0,68. De average scale content validity ($S-CVI_{Ave}$) was 0,96. Na een tweede en laatste Delphi-ronde werd een definitief transferdocument opgesteld bestaande uit acht thema's en 50 subthema's.

Conclusie

Op basis van deze resultaten werd een gestandaardiseerd transferdocument ontwikkeld en gevalideerd.

The development and validation of a standardised transfer sheet for care transitions between residential and acute care settings in Leuven, Belgium

Abstract Background

When elderly patients are transferred from a residential to an acute care setting, important information regarding their health care can be lost. Over the past years, the concept of advance care planning has also been given a more prominent place in the care for the elderly. However it remains a challenge to communicate the results achieved by this process when patients are referred to another health care setting. Developing a sound method for transferring information is a key element in the transitional care for the elderly patient.

Objectives

In collaboration with the residential and acute care settings in Leuven, Flemish Brabant, Belgium this study aimed to develop a validated, standardized transfer-sheet.

Methods

After a literature search a topic list was generated to be used as the basis for a Delphi-procedure in which 16 experts from both the acute and the residential care settings participated. The transfer-sheet was then evaluated for content validity by an expert-panel ($n=9$) from the acute and residential care settings. Face validity was assessed by two nurses and two doctors, randomly selected from the above settings.

Results

All 44 subthemes in the transfer-sheet showed excellent content validity. The scale content validity universal agreement ($S CVI_{UA}$) for the entire transfer-sheet was 0.68. The average scale content validity ($S CVI_{Ave}$) was 0.96. After a second and final Delphi-round a final transfer-sheet was constructed consisting of 8 themes and 50 sub-themes.

Conclusions

Based on these results standardized transfer-sheet was developed and validated.

Kernwoorden: geriatrie, transmurale zorg, vroegtijdige zorgplanning

Keywords: Advance care planning, Geriatrics, Transitional care

Inleiding

Als een logisch gevolg van de vergrijzing neemt het aantal ouderen dat via de spoeddiensten in de acute ziekenhuizen wordt opgenomen toe. Tot 17,6% van de 75-plussers die zich aanmelden op spoedgevallen in het UZ Leuven wordt doorverwezen vanuit een woonzorgcentrum [¹]. Tijdens deze zorgoverdracht kan de continuïteit in dienstverlening voor de geriatrische patiënt zoek raken [²].

Volgens de American Geriatrics Society omvat het concept zorgoverdracht (transitional care) alle acties die de coördinatie en continuïteit van zorg bewaken wanneer een patiënt van de ene zorgverlenende locatie naar de andere wordt overgebracht [³]. Correcte overdracht van informatie is hier een cruciaal gegeven. Een goede communicatie tussen de doorverwijzende en de ontvangende zorgsetting resulteert in betere uitkomsten voor de patiënt, zoals een kortere verblijfsduur en verbeterde functionaliteit [⁴]. Bovendien kan kennis over de voorafgaande cognitieve en functionele toestand van een patiënt de medische besluitvorming in een urgente situatie ondersteunen en gerichter maken [⁵].

Tijdens momenten van zorgoverdracht lopen oudere patiënten een verhoogd risico op adverse events zoals medicatiefouten [⁶] en onder- of overbehandeling [⁷] ten gevolge van foute of onvolledige informatieoverdracht. Verschillende factoren dragen bij aan het informatieverlies. Een belangrijke factor is het geriatrisch profiel van de doorverwezen patiënten [³]. De oudere patiënt is vaak zelf niet in staat te communiceren over de reden van de transfer omwille van de acute medische toestand of een vooraf bestaand cognitief deficit. Anderzijds worden de cognitieve vermogens van de patiënt vaak gehinderd door zijn fysieke toestand in een acute medische situatie [²]. Een tweede belangrijke oorzaak van verlies van informatie situeert zich bij de zorgverlener [³]. De verwijzende en de ontvangende zorgsetting dienen met elkaar te communiceren om het verlies van informatie tegen te gaan. Dit gebeurt het best rechtstreeks en mondeling, maar in de praktijk is dit vaak om organisatorische redenen zoals werkdruk en personeelsplanning niet haalbaar. Een derde oorzaak van informatieverlies tijdens de zorgoverdracht naar een acute setting is de gebruikte methode voor transfer van informatie [³]. Transferdocumenten op papier kunnen zoek raken tijdens de overbrenging van de patiënt [²]. Elektronische transferdocumenten zijn op dit moment in Vlaanderen nog niet voldoende ontwikkeld of geïmplementeerd. Daarnaast wordt

informatie soms gewoon niet meegegeven, of de informatie is niet volledig of ze raakt zoek tijdens de transfer. De ontwikkeling van een goede methode voor informatietransfer is dus een sleutelement bij de zorgoverdracht van de oudere patiënt. Een mogelijke methode om de informatietransfer te verbeteren zijn transferdocumenten.

In de internationale literatuur (voornamelijk uit de VS) vinden we een aantal gestandaardiseerde transferdocumenten terug [2 , 8 , 9]. Deze documenten worden op papier of elektronisch doorgegeven bij een transfer van een patiënt uit de residentiële naar de acute zorgsetting. Inhoudelijk vertonen deze documenten grote overeenkomsten. Zij vermelden allen patiëntgegevens zoals naam en geboortedatum, gegevens van de doorverwijzers, medische informatie en gegevens rond de premorbide functionele en cognitieve toestand van de patiënt [2 , 8 , 9]. Deze gegevens werden ook in dit ontwikkelde transferdocument opgenomen. Een belangrijk verschil met de bestaande transferdocumenten is de integratie van het concept vroegtijdige zorgplanning. Dit concept vinden we terug in de aanduiding van een vertegenwoordiger, de eventuele aanwezigheid van een wilsverklaring en de onderhandelde zorgafspraken en behandeldoelen.

Het gebruik van een gestandaardiseerd transferdocument kan leiden tot een significante daling van ontbrekende informatie bij de zorgoverdracht [8]. Volgens Terrell et al. stijgt de gedocumenteerde informatie (zoals de premorbide cognitieve en functionele toestand van de patiënt) na een spoedopname bij het gebruik van een gestandaardiseerd transferdocument significant [2].

Ook in de regio Vlaams-Brabant werden reeds verschillende transferdocumenten voor zorgoverdracht gebruikt, maar deze waren zeer divers en niet gestandaardiseerd. De meeste documenten bestonden uit een groot aantal pagina's, wat minder bruikbaar is in een urgent medische situatie. Deze documenten bevatten ook weinig gegevens rond vroegtijdige zorgplanning. Het proces rond vroegtijdige zorgplanning krijgt de laatste jaren een steeds prominentere plaats in het zorgbeleid binnen de residentiële zorgvoorzieningen [10]. Vroegtijdige zorgplanning is een geïndividualiseerd zorgconcept waarbij voor elke patiënt anticiperend op het verloop van een ziekteproces, en eventueel ook het levenseinde, bepaalde behandelingsafspraken worden gemaakt [11]. Overbodige transfers naar de acute zorgsetting in de laatste levensfase kunnen hierdoor bijvoorbeeld vermeden worden. Het vooraf plannen van zorg helpt zorgverleners om correct te handelen in acute medische situaties en eventueel tijdige besluitvorming tot palliatieve zorg te realiseren [12]. Het proces van vroegtijdige zorgplanning maakt het mogelijk documentatie zoals een therapiebeperkingscode of een wilsverklaring te verkrijgen om het medische besluitvormingsproces te staven [13].

Het is een uitdaging om de door de patiënt toevertrouwde informatie uit het complexe proces van vroegtijdige zorgplanning op een accurate manier over de verschillende zorgsettings heen te communiceren. Eén mogelijkheid hiertoe is het vertalen van de verkregen gegevens in behandeldoelen [14]. Een gedetailleerd overzicht van de meest gebruikte behandeldoelen is terug te vinden onder bijlage 1. Deze behandeldoelen en andere informatie verkregen uit het proces van vroegtijdige zorgplanning (wilsverklaringen, aangeduide vertegenwoordiger, afspraken rond therapiebeperving en DNR-beleid) vormen een belangrijk onderdeel van de essentiële informatie tijdens zorgoverdracht. Een gestandaardiseerd transferdocument met aandacht voor deze resultaten van het proces vroegtijdige zorgplanning kan helpen om voor een specifieke patiënt het juiste zorgtraject te bepalen [5].

De bestaande transferdocumenten in de regio Vlaams-Brabant werden allen op papier aangeboden, er was nog geen universele elektronische informatiedrager in de regio beschikbaar. In de toekomst zal het Resident Assessment Instrument (RAI) [15] mogelijk een belangrijke rol spelen in de transfer van informatie.

De transmurale samenwerking is een erg belangrijke schakel in dit proces. Vanuit een samenwerking tussen de residentiële en acute sector in Leuven, Vlaams-Brabant werd in 2013 een gestandaardiseerd transferdocument ontwikkeld. Het ontwikkelde transferdocument werd beoordeeld op inhoudsvaliditeit en indrukvaliditeit.

Methodologie

De ontwikkeling van het transferdocument gebeurde in vijf fasen: de topicgeneratie, een eerste Delphi-ronde, het meten van inhoudsvaliditeit, een tweede Delphi-ronde en het meten van indrukvaliditeit [16].

Topicgeneratie

In deze fase werd er gezocht naar de meest relevante thema's en subthema's om op te nemen in een transferdocument tussen de residentiële en acute zorgsetting. In de databanken Pubmed en Cinahl werd gezocht naar relevante artikelen over bestaande transferdocumenten, gepubliceerd tussen januari 2000 en december 2013, om essentiële topics voor het transferdocument te identificeren. Zoektermen waren transfer sheet, transfer form, advance care planning, advance directives, care goals, transitional care.

Daarnaast werden verschillende bestaande transferdocumenten van woonzorgcentra uit de regio Leuven, Vlaams-Brabant met elkaar vergeleken en extra items voor de topiclijst werden daaruit weerhouden.

Eerste Delphi-ronde

Om het transferdocument te ontwikkelen werd een groep van experts uitgenodigd om deel te nemen aan een Delphi-procedure. Een Delphi-procedure bestaat uit het systematisch verzamelen en verwerken van de opinie van deskundigen over een bepaald inhoudelijk thema [17]. Het kan gaan om een ethische of inhoudelijke beoordeling van bijvoorbeeld een behandelrichtlijn, maar de procedure kan ook betrekking hebben op de inhoud en inhoudsvaliditeit van een te ontwikkelen schaal of document. Hier was het de bedoeling consensus te bereiken wat betreft de inhoud van het transferdocument. Zestien experts uit de residentiële en acute zorgsector namen deel aan deze procedure. Er werd getracht deze groep samen te stellen zodat ze representatief zou zijn voor de uiteindelijke eindgebruikers van het document. Vanuit de residentiële setting bestond het panel uit coördinerende en raadgevende artsen (CRA's) uit verschillende woonzorgcentra ($n = 4$), een verantwoordelijke bewonerszorg ($n = 1$), leden van de algemene directie van een woonzorgcentrum ($n = 2$), een medewerker kwaliteitsbeleid ($n = 1$) en een medewerker van de sociale dienst ($n = 1$). De acute zorgsector werd vanuit het UZ Leuven vertegenwoordigd door een hoofdverpleegkundige geriatrie ($n = 1$), een psycholoog van het palliatief support team ($n = 1$), een verpleegkundig manager ($n = 1$), een geriater ($n = 1$), een hoofdverpleegkundige spoedgevallen ($n = 1$) en artsen van de dienst urgentiegeneeskunde ($n = 2$).

Aan de hand van de topiclijst werd elk thema en subthema besproken in een multidisciplinair overleg met al deze experts, in functie van de wenselijkheid om opgenomen te worden in het transferdocument. Er werd steeds getracht volledige consensus hierover te bereiken. Ook de globale structuur en de vormgeving van het transferdocument werden besproken. Het gesprek werd opgenomen met een bandrecorder. Het opgenomen gesprek werd daarna letterlijk uitgetypt. De gegevens werden anoniem verwerkt. De thema's en subthema's waarover consensus bereikt werd, werden opgenomen in een vragenlijst voor verdere validering.

Metten van inhoudsvaliditeit

Het ontwikkelde transferdocument werd getest op inhoudsvaliditeit [17 , 18]. De inhoudsvaliditeit werd beoordeeld door een tweede groep experts ($n = 9$). De samenstelling van deze groep experts was vergelijkbaar met de die van de groep experts die deelnamen aan de Delphi-procedure. Voor de residentiële setting bestond de groep van experts uit één coördinerend- en raadgevend arts, één kwaliteitsmedewerker en twee verantwoordelijken bewonerszorg. De acute zorgsector werd vertegenwoordigd door het UZ Leuven met twee hoofdverpleegkundigen geriatrie, één geriater, één hoofdverpleegkundige spoedgevallen en één psycholoog van het palliatief supportteam.

Aan deze experts werd gevraagd om de relevantie van elk thema en subthema van het transferdocument te beoordelen aan de hand van een 4-punt Likert schaal, waarbij: 4 = zeer relevant, 3 = relevant, 2 = enigszins relevant en 1 = niet relevant. Deze experts werd ook gevraagd per thema aan te geven of het thema duidelijk was. Bijkomend werd gevraagd of bepaalde thema's of subthema's anders geformuleerd dienden te worden en of er thema's of subthema's ontbraken. Indien dit het geval was werden de experts aangemoedigd om voorstellen tot verbetering te doen.

Voor elk item afzonderlijk werd een item-content validity index berekend (I-CVI). De I-CVI voor elk afzonderlijk item is de proportie experts die het item als valide beoordelen (een score van 3 of 4) [17 , 18]. Voor het gehele transferdocument werd

een scale – content validity index berekend (S-CVI). Om de scale content validity index te berekenen zijn verschillende methodes mogelijk. Eén methode is het nastreven van ‘universal agreement’ tussen de experts, waarbij de S-CVI bestaat uit de proportie items van het transferdocument dat als valide werd beoordeeld (score 3 of 4) door alle bevroegde experts (S-CVI_{UA}).

Een tweede methode om de S-CVI te verkrijgen is het berekenen van de I-CVI voor elk afzonderlijk item van het transferdocument, om daarna het gemiddelde I-CVI (S-CVI_{Ave}) van alle items van het document te berekenen [17].

Ter evaluatie werden volgende cut-off scores gebruikt: I-CVI van 0.78 of hoger, S-CVI_{Ave} van 0.90 of hoger en S-CVI_{UA} van 0.80 of hoger werden beschouwd als een goede score [18]. Pollit en Beck raden aan om minstens twee experts te raadplegen om de inhoudsvaliditeit te beoordelen. Aanvaardbare waarden voor S-CVI zijn echter moeilijker te bereiken wanneer het aantal experts toeneemt. Vandaar dat voor de S-CVI een lagere afkapwaarde gehanteerd wordt [19]. Een correctie voor toevallige overeenstemming (chance agreement) werd berekend op de CVI. Voor elke I-CVI werd de modified kappa statistiek berekend (k^*), dit is een maat voor overeenstemming: namelijk de overeenstemming tussen de experts over de relevantie van een bepaald item [17]. Als gouden standaard werd de normering van Fleiss (1981) [20] en Cicchetti en Sparrow (1960) [21] gebruikt om elke k^* te beoordelen als matig ($k^* = 0,40$ tot $0,59$), goed ($k^* = 0,60$ tot $0,74$) of uitstekend ($k^* \geq 0,74$) [17 , 20 , 21].

Tweede Delphi-ronde

Na de inhoudsvalidering werd een eerste versie van een transferdocument ontworpen en dit werd ter goedkeuring opnieuw voorgelegd aan de experts uit de eerste Delphi-ronde.

Beoordelen van indruksvaliditeit

In een laatste fase van de ontwikkeling van het transferdocument werd de indruksvaliditeit ervan beoordeeld door een verpleegkundige en een arts uit de residentiële zorgsector, en tevens door een verpleegkundige en een arts uit de acute zorgsector ($n = 4$). Hen werd gevraagd via een vragenlijst het document te beoordelen op vormgeving, leesbaarheid, duidelijkheid en bruikbaarheid.

Resultaten

Topicgeneratie

Uit de vergelijking van verschillende bestaande transferdocumenten (Care Solutions, OCMW Leuven, Woonzorgnetwerk Dijleland, verpleegkundig ontslagdocument dienst geriatrie UZ Leuven) en de literatuurstudie werden 8 thema's en 31 subthema's verkregen. Deze thema's werden opgenomen in een topiclijst die als basis diende voor de eerste Delphi-procedure. Het volledige proces van itemgeneratie is terug te vinden in tab. 2.

Eerste Delphi-ronde

Tijdens de eerste Delphi-ronde bleek zowel vanuit de urgentiediensten als vanuit de woonzorgcentra wel degelijk een behoefte te bestaan aan het ontwikkelen van een transferdocument. Meerdere woonzorgcentra maakten al gebruik van een transferdocument bij doorverwijzing van bewoners. Het betrof hier verpleegkundige transferdocumenten, die zich vooral richtten op de functionele status van de patiënt, aangevuld met een door de arts geschreven medische verwijsbrief. Op de spoedgevallendiensten merkte men echter dat slechts een minderheid patiënten toekomt met deze transferdocumenten. De getransfereerde informatie die wel op spoed terecht komt is dan vaak niet terug te vinden op de hospitalisatieafdeling waar de patiënt uiteindelijk opgenomen wordt, zodat de zorgverleners daar dus niet op de hoogte zijn van premorbide functionele en cognitieve status van de patiënt.

Na de algemene inleiding werden alle inhoudelijke items afzonderlijk besproken. Voor alle 8 thema's en 31 subthema's werd aan de experts gevraagd of het zinvol zou zijn deze in het document op te nemen. Er werd ook gevraagd eventuele aanvullingen te doen. Inhoudelijke consensus werd snel gevonden voor thema's fysiek en psychisch functioneren. Rond het thema vroegtijdige zorgplanning was consensus in de eerste Delphi – ronde echter moeilijker te bereiken. Een eerste bedenking was om het thema niet te benoemen als vroegtijdige zorgplanning, maar als 'onderhandelde zorgafspraken'. Deze zijn het resultaat van het proces vroegtijdige zorgplanning dat heeft plaatsgevonden in de residentiële setting voor de opname in het ziekenhuis. Een tweede bedenking was dat de behandeldoelen A, B, C, Ct (bijlage 1) vaker gebruikt worden in de residentiële setting, maar in de acute ziekenhuissetting zijn deze nog niet goed gekend. In de acute zorgsetting wordt

eerder gewerkt met therapiebeperkingscodes (DNR). Toch werd vanuit beide zorgsectoren het belang benadrukt om zowel de behandeldoelen als de therapiebeperkingscodes (bijlage 1) in het transferdocument op te nemen, om op die manier zicht te krijgen op elkaars manier van werken en de communicatie hieromtrent gaandeweg te verbeteren. Ook de interpretatie van de codes varieerde. Vooral wat betreft code B: functiebehoud was er inhoudelijke onduidelijkheid. De codes dienen inhoudelijk verder uitgekristalliseerd te worden. Niettemin werd gekozen om deze gestandaardiseerde behandeldoelen te gebruiken. De noodzaak van duidelijke en snelle communicatie rond behandelafspraken bij zorgtransfers werd namelijk zeer hoog ingeschat. Er werd ook gevraagd de behandeldoelen en therapiebeperkingscodes (DNR) gedetailleerder als subthema's te beschrijven. Het subthema 'palliatieve zorg' werd geschrapt en een extra behandeldoel 'Ct' werd toegevoegd als subthema.

Na de aanvullingen uit de Delphi-procedure werd een vragenlijst ontwikkeld met 9 thema's en 44 subthema's. Deze vragenlijst werd gebruikt om de inhoudsvaliditeit van het transferdocument te beoordelen.

Metten van inhoudsvaliditeit

Een tweede groep experts werden uitgenodigd om de inhoudsvaliditeit van het document te beoordelen. Negen van de tien daartoe uitgenodigde experts (responsrate 90 %) vulden de vragenlijst in.

Inhoudsvaliditeit per item:

Alle 44 subthema's vertoonden een uitstekende inhoudsvaliditeit ($I-CVI \geq 0,78$) en $k^* \geq 0,74$) (tab. 1). Er was dus geen noodzaak om items te schrappen. Het subthema heilkundige voorgeschiedenis vertoonde een goede tot uitstekende inhoudsvaliditeit ($I-CVI = 0,78$, $k^* = 0,76$). Uit de opmerkingen van de experts uit de Delphi-procedure bleek echter dat het niet nodig was de medische voorgeschiedenis op te splitsen in medische en heilkundige voorgeschiedenis. Dit werd immers als te tijdrovend beschreven. Daarom werd deze opsplitsing in het uiteindelijke transferdocument geschrapt en vervangen door een blanco schrijfruimte, in te vullen door de verwijzende arts.

Tabel 1 Evaluatie inhoudsvaliditeit

	Sub-thema's	Aantal experts die het subthema scoorden	Aantal experts die 3 of 4 scoorden	I-CVI^a	p_c^b	k*^c	Evaluatie^d
Eerste luik: zorginformatie							
Thema 1: Patiëntgegevens							
	1. Naam	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	2. Geboortedatum	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	3. Contactpersoon	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	4. Vertegenwoordiger	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	5. Taal	7	6	0,86	0,055	0,85	uitstekend
	6. Burgerlijke stand	8	7	0,88	0,031	0,87	uitstekend
Thema 2: Psychisch functioneren							
	7. MMSE	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	8. Oriëntatie in tijd	8	8	1,00	0,004	1,00	uitstekend
	9. Oriëntatie in ruimte	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend

	10. Moeilijk hanteerbaar gedrag	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	11. Stemming	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
Thema 3: Functionele status							
	12. Wassen	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	13. Kleden	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	14. Mobiliteit	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	15. Hulpmiddel	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	16. Incontinentie	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	17. Valrisico	9	8	0,89	0,018	0,89	uitstekend
	18. Verminderde visus	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	19. Verminderd gehoor	8	8	1,00	0,004	1,00	uitstekend
Thema 4: Voeding							
	20. Dieet	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	21. Slikproblemen aanwezig	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	22. Drank indikken	9	8	0,89	0,018	0,89	uitstekend
	23. Gemalen voeding	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	24. Sondevoeding	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	25. Voedselweigering	9	8	0,89	0,018	0,89	uitstekend
	26. Hulp bij voeding	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
Thema 5: Medicatie							
	27. Medicatie pletten	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	28. Inname alleen/onder toezicht	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
Tweede luik: medische informatie							
Thema 6: Gegevens van de doorverwijzer							
	29. Doorverwijzende arts	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend

	30. Contactgegevens behandelende huisarts	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	31. Naam, afdeling en contactpersoon WZC	9	8	0,89	0,018	0,89	uitstekend
Thema 7: Belangrijke medische voorgeschiedenis							
	32. Medisch	9	8	0,89	0,018	0,89	uitstekend
	33. Heelkundig	9	7	0,78	0,070	0,76	uitstekend
	34. Allergieën	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
Thema 8: Reden voor doorverwijzing							
	35. Reden voor doorverwijzing	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
Thema 9: Onderhandelde zorgafspraken							
	36. Behandeldoel A: alles doen	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	37. Behandeldoel B: behoud van functies	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	38. Behandeldoel C: comfortzorg	9	9	1,00	0,002	1,00	uitstekend
	39. Behandeldoel Ct: comfortzorg terminaal	9	8	0,89	0,018	0,89	uitstekend
	40. DNR code 0	9	8	0,89	0,018	0,89	uitstekend
	41. DNR code 1	9	8	0,89	0,018	0,89	uitstekend
	42. DNR code 2	9	8	0,89	0,018	0,89	uitstekend
	43. DNR code 3	8	7	0,88	0,031	0,87	uitstekend
	44. Voorafgaandelijke wilsverklaring	8	7	0,88	0,031	0,87	uitstekend
		S-CVI _{Ave} ^e		0,96			
		S-CVI _{UA} ^f		0,68			

^aI-CVI (item content validity index) = aantal experts die 3 of 4 scoorden/aantal experts die het sub-thema beoordeelden

p_c (probability of a chance occurrence, kans op toeval) = $N!/(A!(N-A)!) * 0.5^N$ met N = het aantal experts en A = aantal experts die 3 of 4 scoorden

k^* = kappa designating agreement on relevance: maat voor overeenstemming $k^* = (I-CVI - p_c)/(1 - p_c)$

d Evaluatie criteria voor kappa: matig = k of 0,40-0,59; goed = k of 0,60-0,74 en uitstekend = $k > 0,74$

$S-CVI_{Ave}$ (average Scale Content Validity Index) = gemiddelde van de I-CVI

$S-CVI_{UA}$ (Scale Content Validity Index universal agreement) = proportie van sub-thema's die een score van 3 of 4 kregen toegewezen door alle experts

Inhoudsvaliditeit voor het gehele transferdocument:

De scale content validity universal agreement ($S-CVI_{UA}$) voor het gehele transferdocument was 0,68. Dit wil zeggen dat enkele van de 44 subthema's niet door alle experts unaniem als relevant beschouwd werden. Voor deze studie werden negen experts geïncludeerd. Hoe groter het aantal experts en items, hoe lager de S-CVI zal zijn. Daarom werd ook de average scale content validity ($S-CVI_{Ave}$) berekend. Met een $S-CVI_{Ave}$ score van 0,96 kunnen we dan toch voorzichtig besluiten dat de inhoudsvaliditeit aanvaardbaar is.

Tweede Delphi-ronde

Op basis van de uitkomsten van de inhoudsvalidering en de opmerkingen van de tweede groep experts werd een transferdocument opgesteld, met negen thema's en 49 subthema's. Dit transferdocument werd tijdens een tweede en laatste Delphi-ronde ter goedkeuring voorgelegd aan de eerste groep van experts. De volgorde van de thema's in het document werd na dit overleg nog gewijzigd. Het uiteindelijke transferdocument bevat drie grote luiken: patiëntgegevens, zorginformatie en medische informatie. Er werd tevens gevraagd expliciet te vermelden dat de gegevens op het transferdocument de premorbide toestand van de patiënt dienen te beschrijven, niet de toestand op het moment van doorverwijzing.

In totaal bevat het uiteindelijke transferdocument (bijlage zie downloads) acht thema's (psychisch functioneren, functionele status, voeding, medicatie, gegevens van de doorverwijzer, belangrijke medische voorgeschiedenis, reden voor doorverwijzing en onderhandelde zorgafspraken). Deze acht thema's zijn onderverdeeld in 50 subthema's met elk nog een gedetailleerdere onderverdeling. Het volledige proces van itemgeneratie is terug te vinden onder tab. 2.

Tabel 2 Proces van itemgeneratie

Thema's	Sub-thema's	Topic generatie	Delphi 1	Inhoudsvalidering	Delphi 2	Indrukvalidering	Finaal transferdocument	Luiken
Patiëntgegevens	Naam	+					+	Patiëntgegevens
	Geboortedatum	+					+	
	Contactpersoon		+				+	
	Aangeduide vertegenwoordiger		+				+	
	Taal		+				+	
	Burgerlijke stand		+				+	
Psychisch functioneren	Diagnose dementie	+	-	+			+	Zorginformatie
	MMSE	+					+	
	Oriëntatie in tijd	+					+	

Orientatie in ruimte	+					+	
Moeilijk hanteerbaar gedrag	+					+	
Stemming	+					+	
Functionele status	Wassen	+					+
	Kleden		+				+
	Mobiliteit	+					+
	Loophulpmiddel		+				+
	Incontinentie	+					+
	Valrisico	+					+
	Verminderde visus	+					+
	Verminderd gehoor	+					+
Voeding	Dieet	+					+
	Gebitsprothese			+			+
	Slikproblemen	+					+
	Drank indikken	+					+
	Gemalen voeding	+					+
	Sondevoeding	+					+
	Niets per os			+			+
	Voedselweigerin g	+					+
	Hulp bij voeding		+				+
Medicatie	Medicatie pletten		+				+
	Inname alleen/onder toezicht		+				+
	Zuurstoftherapie			+			+
Gegevens van de	Doorverwijzende arts	+					+
	Behandelende	+					+
doorverwijzer Medische	huisarts Medisch	+					Medische informatie
voorgeschiedenis	Naam WZC Heelkundig	+	+			+	
s							

Allergjeen		+					+
Verwijsbrief in bijlage				+			+
Medicatielijst			+	-			+
Reden voor doorverwijzing	Blanco	+					+
Onderhandelde zorgafspraken	Voorafgaandelijke wilsverklaring	+					+
	Behandeldoel A	+					+
	Behandeldoel B	+					+
	Behandeldoel C	+					+
	Behandeldoel Ct		+				+
	Geen behandeldoel afgesproken				+		+
	DNR 0	+					+
	DNR 1		+				+
	DNR 2		+				+
	DNR 3		+				+
	Geen DNR-beleid afgesproken				+		+
Palliatieve zorg	+		-				
Totaal sub-thema's	31		44	49	49		50

Meten van indrukvaliditeit

In de laatste ontwikkelingsfase van het transferdocument werd de indrukvaliditeit beoordeeld door twee verpleegkundigen en twee artsen uit de residentiële en acute zorgsector. Aan hen werd gevraagd de bruikbaarheid, leesbaarheid en duidelijkheid van het document te beoordelen. De bruikbaarheid en duidelijkheid werden unaniem positief beoordeeld. Wat leesbaarheid betreft werd op basis van de feedback van de deelnemers de lay-out en de lettergrootte van het document een laatste maal aangepast.

Discussie

Deze studie beschrijft de resultaten van de ontwikkeling en validering van een transferdocument voor de zorgoverdracht van patiënten tussen de residentiële en de acute zorgsector in de regio Leuven, Vlaams Brabant. Nadat het document inhoudelijk opgesteld werd aan de hand van een literatuurstudie en Delphi-procedure werd het document beoordeeld op inhoudsvaliditeit en indrukvaliditeit.

De inhoudsvaliditeit voor elk afzonderlijk subthema in het document was uitstekend ($I-CVI \geq 0,78$). Wanneer minder dan vijf experts de inhoudsvaliditeit beoordelen kan slechts een cut-off score van 1.00 worden geaccepteerd voor de I-CVI. Wanneer echter zoals hier het geval is meer dan zes experts deelnemen kan men een cut-off score van 0,78 hanteren [19]. Om de inhoudsvaliditeit van het gehele transferdocument te meten zijn twee methodes mogelijk. Een eerste methode is het berekenen van de scale content validity index universal agreement ($S-CVI_{ua}$). De $S-CVI_{ua}$ voor het gehele transferdocument

was 0,68, wat onder de afkapwaarde van 0,80 ligt. Dat wil zeggen dat het aantal subthema's dat door alle experts unaniem relevant bevonden werd matig was. Hieruit zouden we dus moeten concluderen dat het ontwikkelde document een matige inhoudsvaliditeit bezit. Gezien het aantal experts dat aan deze studie deelnam toch vrij hoog was ($n=9$) is het minder realistisch een universele overeenstemming te bereiken. Vandaar dat de waarde van de $S-CVI_{UA}$ hier lager ligt. Er bestaat echter een tweede methode om de inhoudsvaliditeit van het gehele transferdocument te berekenen: de average scale content validity index ($S-CVI_{Ave}$). De $S-CVI_{Ave}$ berekent het gemiddelde van de inhoudsvaliditeit van alle subthema's. De $S-CVI_{Ave}$ voor het gehele transferdocument was 0,96. Dit is ruim boven de afkapwaarde van 0,90, de gemiddelde $S-CVI$ was dus goed. De literatuur suggereert beide waarden ($S-CVI_{UA}$ en $S-CVI_{Ave}$) te rapporteren, maar rekening te houden met de beperking van de $S-CVI_{UA}$ wanneer veel experts geïncludeerd werden [19].

Hierop voortgaande kunnen we concluderen dat de inhoudsvaliditeit van het document voldoende is aangezien gemiddeld genomen de overgrote meerderheid van experts de verschillende items als valide beschouwde.

Een aantal sterktes en zwaktes in dit onderzoek kunnen beschreven worden. Vooreerst zijn de mogelijkheden om de psychometrische aspecten van een dergelijk transferdocument te berekenen beperkt. Het meten van interne consistentie is niet mogelijk gezien het document zich richt op de transfer van bestaande informatie, het is geen meetinstrument [22]. Het meten van inter- of intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid is daardoor ook geen optie [22]. Om het document toch zo valide mogelijk op te stellen werd gebruik gemaakt van literatuuronderzoek enerzijds en expertkennis via de Delphi-procedure anderzijds. Een andere zwakte van het onderzoek is dat de inhoudsvaliditeit om redenen van tijdsinvestering slechts eenmalig gemeten werd, hoewel in de literatuur wordt aanbevolen dit herhaalde malen te doen [18]. Een sterkte van het onderzoek is de hoge response rate bij de aangeschreven experts, zowel tijdens de Delphi procedure als tijdens de latere bevraging rond inhoudsvaliditeit. Tijdens de Delphi-procedure werd binnen deze studie een grote bereidheid tot ontwikkeling en implementatie van het transferdocument ervaren, zowel vanuit de residentiële als vanuit de acute zorgsector. Men was het er over eens dat een dergelijk document een meerwaarde zou kunnen betekenen in de dagelijkse zorgpraktijk. Beide expertgroepen werden tevens evenwichtig samengesteld met deelnemers afkomstig uit zowel de residentiële als de acute zorgsector, artsen en verpleegkundigen, managers en beleidsmedewerkers. Toch is het niet zonder meer te verantwoorden de gegevens te extrapoleren naar een grotere regio gezien de specifieke situatie van het Leuvense zorglandschap, met name de aanwezigheid van een groot universitair ziekenhuis en een beperkt aantal perifere ziekenhuizen in de regio. Een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle implementatie van het document is namelijk de betrokkenheid van alle zorgactoren bij de ontwikkeling van het document. In een meer gevarieerd zorglandschap, met meerdere kleinere ziekenhuizen, zou dit wellicht moeilijker te organiseren zijn, maar dit is niet onhaalbaar.

Uit de literatuur blijkt dat het systematisch gebruik van een gestandaardiseerd transferdocument een significant effect heeft op de afname van verlies van informatie en de toename van documentatie van informatie bij een transfer van een oudere patiënt uit een residentiële zorgsetting naar een dienst spoedgevallen [2 , 8]. Om dit te garanderen moet het document bepaalde essentiële gegevens bevatten, namelijk patiëntgegevens (naam, leeftijd), zorggerelateerde gegevens (premorbidie cognitieve en functionele status) en medische informatie (voorgeschiedenis, medicatie en behandeldoelen) [2 , 8 , 9]. Tijdens de verschillende rondes met de experts werden deze gegevens ook steeds als essentiële informatie aangeduid en toegevoegd aan het transferdocument.

Het ontwikkelde transferdocument bestaat uit een recto verso gedrukt document dat op papier wordt meegegeven bij de zorgoverdracht van een patiënt vanuit de residentiële naar de acute zorgsector. Een minpunt van deze methode is dat de transferdocumenten kunnen zoek raken. Ze kunnen ook worden beschreven als arbeidsintensief omdat ze handmatig (met pen of tekstverwerker) moeten worden ingevuld en niet automatisch up-to-date gehouden worden vanuit het elektronische zorgdossier. Het gebruik van een transferdocument op papier heeft echter wel het voordeel dat het snel toegankelijk en beknopt is en dat het momenteel door alle verschillende partners in de zorg gebruikt kan worden als universele methode. Gezien elk woonzorgcentrum in de regio over een eigen en verschillend elektronisch zorgdossier beschikt is het momenteel niet evident om informatie op een andere (bijvoorbeeld elektronische) gestandaardiseerde manier over te brengen.

De bestaande transferdocumenten in de regio Vlaams-Brabant werden allen op papier aangeboden, er was nog geen universele elektronische informatiedrager in de regio beschikbaar. In de toekomst zal de technologie uiteraard een grotere rol spelen bij de doorstroming van informatie tussen de verschillende actoren in de zorg. Om de zorgoverdracht dan te optimaliseren is een universeel zorgdossier noodzakelijk, dat aandacht heeft voor alle facetten van zowel het residentiële als acute zorgbeleid. Een dergelijk universeel communicatiemiddel is mogelijks het Resident Assessment Instrument (RAI).

RAI werd oorspronkelijk in de Verenigde Staten ontwikkeld als een beoordelingsinstrument om de gezondheids- en welzijnssituatie van ouderen in instellingen op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier in beeld te brengen. Zorgoverdracht en transfer van informatie zijn tevens primaire doelstellingen van RAI. In België liep van juni 2010 tot juli 2011 het pilootproject BelRAI [23 , 24]. Momenteel is dit in de regio Vlaams-Brabant nog niet geïmplementeerd. Het nu ontwikkelde transferdocument zou in een overgangsfase de informatieoverdracht tussen de residentiële en de acute zorgsector reeds kunnen bevorderen en tevens een verhoogde aandacht bewerkstelligen voor het concept vroegtijdige zorgplanning, een concept dat tot heden slecht beperkt aanwezig is in de BelRAI. Later zouden een aantal essentiële items uit het transferdocument kunnen worden opgenomen in de BelRAI. De premorbide cognitieve en functionele status worden zeer goed gedocumenteerd in de BelRAI maar wat betreft het concept vroegtijdige zorgplanning, met name onderhandelde zorgafspraken en behandeldoelen, kan dit ontwikkelde document een inhoudelijke aanvulling op de BelRAI zijn.

Vroegtijdige zorgplanning is een vrij nieuw concept binnen de ouderenzorg [10]. In de internationale literatuur worden 'advance directives' (voorafgaande wilsverklaringen) genoemd als belangrijke informatie bij transfers [25]. In het transferdocument worden deze gebundeld onder onderhandelde zorgafspraken: de resultaten van het proces vroegtijdige zorgplanning (met name de wilsverklaring, de aangeduide vertegenwoordiger en de gekozen behandeldoelen). Tijdens de Delphi-ronde en de validatieprocedure werd dit aspect als zeer relevant beoordeeld. Het vertalen van met de patiënt onderhandelde zorgafspraken naar duidelijke en uitvoerbare zorgrichtlijnen vormt een uitdaging voor de toekomst. Behandeldoelen kunnen dit proces mogelijks ondersteunen [14]. Zowel tijdens de Delphi-procedure als uit de opmerkingen van de tweede groep experts bleek duidelijk dat er vaak een verschillende interpretatie is aangaande de inhoud van de behandeldoelen. Zeker 'code B: Functiebehoud' zou in de toekomst verder uitgewerkt moeten worden. Momenteel is bijvoorbeeld niet duidelijk voor welke patiëntenpopulatie dit behandeldoel van toepassing kan zijn, welke therapieën hier aan de orde zijn en welke therapiebeperkingskeuzes hier gemaakt dienen te worden. Verder onderzoek naar de inhoudelijke invulling van de behandeldoelen is nodig.

Daarnaast zal er bij de implementatie van het transferdocument voldoende aandacht moeten zijn voor de educatie van doorverwijzende en ontvangende zorgverleners wat betreft het onderwerp vroegtijdige zorgplanning, behandeldoelen en therapiebeperking. Een bedenking daarbij is dat in de acute zorgsetting de behandeldoelen van het concept vroegtijdige zorgplanning niet gebruikt worden en dus minder gekend zijn. In de residentiële setting sluiten de behandeldoelen meer aan bij het continue zorgbeleid, afspraken rond therapiebeperking zijn eerder geschikt in een acute zorgsetting [26]. Het vinden van een gemeenschappelijk beleid rond dit onderwerp zal een uitdaging zijn voor de toekomst.

Dit transferdocument werd ontwikkeld om het verlies van informatie bij de transfer van patiënten uit de woonzorgcentra naar de afdeling spoedgevallen van een acuut ziekenhuis te voorkomen. Het spreekt voor zich dat een dergelijk transferdocument ook gebruikt kan worden bij een electieve opname (bijvoorbeeld naar een daghospitaal geriatrie of een afdeling cardiale heelkunde). Verder focust het transferdocument momenteel op de zorgtransfer van de residentiële naar de acute setting maar uiteraard kan bij een zorgtransfer in omgekeerde richting ook verlies van informatie optreden. Dit aspect zal bij de implementatie van het transferdocument verder opgenomen worden. Ook de zorgoverdracht tussen de eerstelijnszorg bij thuiswonende ouderen en de acute zorgsector behoeft aandacht in de toekomst.

Conclusie

Op basis van de resultaten van de Delphi-procedure en de inhoudsvalidering werd een gestandaardiseerd transferdocument ontwikkeld. Dit document werd geïmplementeerd in de regio Vlaams Brabant, België. Op deze manier werd transferinformatie tussen de residentiële en acute zorgsetting gestandaardiseerd. Gezien het echter een document op papier betreft blijft uiteraard de kans op verlies van informatie bestaan. Momenteel lopen in de regio Vlaams Brabant verschillende

vervolgstudies die de haalbaarheid van een elektronische versie van het document zullen nagaan.

Auteurs

Maartje Wils

Dienst Geriatrie, UZ Leuven campus Gasthuisberg
Dienst Geriatrie, UZ Leuven campus Gasthuisbergen, Leuven
e-mail: maartje.wils@uzleuven.be

Els Devriendt

Dienst Geriatrie, UZ Leuven en Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, KU Leuven
Dienst Geriatrie UZ Leuven, Leuven

Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, KU Leuven, Leuven

Koen Milisen

Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde (accentVV), KU Leuven, Dienst Geriatrie, UZ Leuven
Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, KU Leuven, Leuven

Dienst Geriatrie, UZ Leuven, Leuven

Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, Leuven

Johan Flamaing

Dienst Geriatrie, UZ Leuven en Departement Klinische en Experimentele Geneeskunde, KU Leuven
Dienst Geriatrie, UZ Leuven, Leuven

Departement Klinische en Experimentele Geneeskunde, KU Leuven, Leuven

Literatuurlijst

1. Deschodt M. Multidisciplinary geriatric consultation teams in acute hospitals: organizational aspects and outcomes. Leuven: Doctoraat in de Biomedische Wetenschappen, KULeuven; 2013.
2. Terrell B, Brizendine E, Bean W, Giles B, Davidson J, Evers S, Stier P, Cordell W. An extended care facility to emergency department transfer form improves communication. *Acad Emerg Med*. 2005;12:114-8. 10.1111/j.1553-2712.2005.tb00845.x
3. Coleman E. 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. 10.1046/j.1532-5415.2003.51185.x
4. Gittel J, Fairfield K, Bierbaum B, Head W, Zuckerman J. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning and length of stay. *Med Care*. 2000;38:807-19. 10.1097/00005650-200008000-00005

5. LaMantia M, Scheuneman L, Viera A, Busby-Whitehead J, Hanson L. Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58777-82. 10.1111/j.1532-5415.2010.02776.x
6. Williams S, Moore C, Wisnevesky J. Assessing medical errors related to the continuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med.* 2002;17218-
7. Anderson M, Helms I. Communication between continuing care organizations. *Res Nurs Health.* 1995;1849-57. 10.1002/nur.4770180107
8. Cwinn M, Foster A, Cwinn A, Hebert G, Calder L, Stiel I. Prevalence of information gaps for seniors transferred from nursing homes to the emergency department. *CJEM.* 2009;11462-71.
9. Zafirau W, Snyder S, Hazelett S, Bansal A, Mc Mahon S. Improving transitions: efficacy of a transfer form to communicate patients. *Am J Med Qual.* 2012;27291-96. 10.1177/1062860611427413
10. De Gendt C, Bilsen J, Vander Stichele R, Deliëns L. Nursing home policies regarding advance care planning in Flanders, Belgium. *Eur J Public Health.* 2009;20189-94. 10.1093/eurpub/ckp121
11. Jeong SY, Higgins I, Mc Millan M. The essentials of Advance Care Planning for end-of-life care for older people. *J Clin Nurs.* 2010;19389-97. 10.1111/j.1365-2702.2009.03001.x
12. Ghijsebrechts G, Van de Wiele M, De Lepeleire J. Vroegtijdige zorgplanning in rusthuizen: een verkenning. *Tijdschr Geneesk.* 2009;65(5):180-5.
13. Gillick M. The use of advance care planning to guide decisions concerning the use of artificial nutrition and hydration. *Nutr Clin Pract.* 2006;21126-33. 10.1177/0115426506021002126
14. Raes A, Bogaert H, De Lepeleire J. Vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra. *Huisarts Nu.* 2010;39275-80.
15. Instruments-InterRai (2014) geraadpleegd op 12 oktober 2014 via <http://www.interrai.org/instruments.html>
16. Mishel M. Methodological studies: instrument development. *Advanced design in Nursing Research.* Newbury park: Sage; 1989.
17. Polit D, Beck C, Owen S. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health.* 2007;30459-67. 10.1002/nur.20199
18. Lynn M. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res.* 1986;35382-6. 10.1097/00006199-198611000-00017
19. Polit D, Beck C. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29489-97. 10.1002/nur.20147
20. Fleis JL. Statistical methods for the rates and proportions. New York: John Wiley; 1981.
21. Cicchetti D, Sparrow S. Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: application to assessment of adaptive behavior. *Am J Ment Defic.* 1981;86127-37.
22. Polit D, Beck C. In: *Essentials of nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice.* Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008.
23. BelRAI- Een uniforme en webbased (online) registratie van interRAI-beoordelingsinstrumenten (2014) geraadpleegd op 13 september 2014 via <https://www.ehealth.fgov.be/nl/application/applications/BELRAI.html>
24. Devriendt E, Wellens NIH, Flamaing J, Declercq A, Moons P, Boonen S, Milisen K. The interRAI Acute Care instrument incorporated in an eHealth system for standardized and web-based geriatric assessment: strengths, weaknesses, opportunities and threats in the acute hospital setting. *BMC Geriatr.* 2013;1390-10.1186/1471-2318-13-90
25. Shanley C, Whitmore E, Conforti D, Masso J, Jayasinghe S, Griffiths R. Decisions about transferring nursing home residents to hospital: highlighting the roles of advance care planning and support from local hospital and community health services. *J Clin Nurs.* 2010;202897a906-
26. Lisaerde J, Wils M. In: *Cahier Ouderenzorg: Palliatieve zorg bij personen met dementie.* België: Kluwer; 2012.