



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in systeem-en procesinnovatie in de
gezondheidszorg

Masterthesis

***Ontslagbrieven als fundament in het proces van transmurale communicatie: een
kwaliteitsverbeterproject***

Evi Jans

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in systeem-en procesinnovatie in de gezondheidszorg

PROMOTOR :

Prof. dr. Jochen BERGS



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be

Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2023
2024



Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in systeem-en procesinnovatie in de
gezondheidszorg

Masterthesis

***Ontslagbrieven als fundament in het proces van transmurale communicatie: een
kwaliteitsverbeterproject***

Evi Jans

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in systeem-en procesinnovatie in de gezondheidszorg

PROMOTOR :

Prof. dr. Jochen BERGS

Ontslagbrieven als fundament in het proces van transmurale communicatie: een kwaliteitsverbeterproject

Evi Jans¹, Sanne Thijs³, Jochen Bergs^{1,2}

¹ Hasselt Universiteit, Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen, Diepenbeek, België

² THINK³ Simulation & Innovation Lab, Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen, Universiteit Hasselt, Diepenbeek, België

³ Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk, België

Abstract

Achtergrond: Het gezondheidszorgsysteem ondergaat aanzienlijke transformaties, gedreven door demografische trends en de noodzaak tot kostenefficiëntie en patiëntgerichte zorg. In deze context is een naadloze overgang van ziekenhuis naar thuiszorg essentieel, en hiervoor dient essentiële informatie van het ziekenhuis naar de eerstelijnszorgverstrekkers te worden doorgegeven. Echter, wijst onderzoek op tekortkomingen in de huidige overdracht, zoals vertraagde of ontbrekende ontslagbrieven, gebrek aan uniformiteit en onvolledige informatieoverdracht. Het Ziekenhuis Oost-Limburg en de eerstelijnszones Maasland en Kemp en Duin worden geconfronteerd met vergelijkbare uitdagingen. Deze gebreken kunnen de zorgcontinuïteit en patiëntveiligheid in gevaar brengen.

Doelstelling: Dit kwaliteitsverbeterproject richt zich op het proces rond ontslagbrieven en streeft ernaar de tekortkomingen in de huidige overdracht van deze brieven van het ziekenhuis naar de eerstelijnszorgverstrekkers te identificeren. Het hoofddoel is om aanbevelingen te presenteren voor het optimaliseren van dit overdrachtsproces.

Methoden: De methodologie volgde de *BPM lifecycle*, gericht op de tweede, derde en vierde fasen. Tijdens de ontdekkingsfase werden kwalitatieve interviews uitgevoerd om informatie te verzamelen, resulterend in een huidige *as-is* procesmodel. Vervolgens werden tekortkomingen geïdentificeerd en gegroepeerd in de analysefase. In de herontwerpfase werden oplossingen geformuleerd tijdens een co-creatieve workshop, die nadien werden geanalyseerd via een thematische inhoudsanalyse. De rapportage van het onderzoek volgde de SQUIRE 2.0-rapportagerichtlijnen.

Resultaten: De analyse van het huidige *as-is* procesmodel onthulde vijf tekortkomingen. Prioriteit werd toegekend aan twee uitdagingen, namelijk de overdrachtsverantwoordelijkheid van de patiënt en de ineffectieve ontvangst van ontslagbrieven ondanks het gebruik van een eHealth-platform. Op basis hiervan werden verbeterstrategieën geformuleerd, waaronder op korte termijn de implementatie van een kleurcoderingssysteem en checklists op enveloppen, educatieve initiatieven voor zowel personeel als patiënten, en de invoering van geautomatiseerde herinneringsberichten. Op lange termijn werd voorgesteld om een uniform digitaal patiëntendossier te implementeren en om de betrokkenheid van mutualiteiten te bevorderen. Deze interventies zijn gericht op het verhogen van de efficiëntie en betrouwbaarheid van de informatieoverdracht.

Conclusie: De geïdentificeerde tekortkomingen in dit onderzoek benadrukken de noodzaak aan verbeteringen in het proces van informatieoverdracht vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn. Voorgestelde strategieën, waaronder kleurcodering en checklists, bieden concrete mogelijkheden voor verbeteringen op korte termijn, terwijl op lange termijn de focus kan worden verlegd naar het invoeren van een uniform digitaal patiëntendossier. Dit roept op tot verder onderzoek om de effectiviteit van dergelijke interventies na implementatie te evalueren, evenals om aandacht te besteden aan de drie geïdentificeerde tekortkomingen die in dit onderzoek niet verder zijn behandeld.

Trefwoorden: transmurale communicatie, informatieoverdracht, ziekenhuisontslag, ontslagbrieven, procesoptimalisatie, zorgcontinuïteit, narratief onderzoek

1. Introductie

Gezondheidszorg bevindt zich op meerdere vlakken in een tijdperk van transformatie en wordt steeds complexer. Deze ontwikkeling wordt gedreven door trends zoals de vergrijzing en de stijgende prevalentie van chronische aandoeningen [1, 2]. In 2023 was reeds één op de vijf personen in Vlaanderen 65 jaar of ouder, en had bijna 18% van de bevolking het statuut van een chronische aandoening wat een stijging van 6% sinds 2020 vertegenwoordigt [3]. Deze ontwikkelingen leggen een groeiende druk op de zorginfrastructuur en benadrukken de noodzaak tot een efficiënte en effectieve zorgoverdracht, die steeds dringender wordt. Daarnaast voegen de financiële beperkingen een extra laag van complexiteit toe aan de zorgverlening, waarbij ziekenhuizen gedwongen worden de verblijfsduur van patiënten te verkorten. Parallel hieraan wordt de zorgverlening steeds meer patiëntgericht, met speciale aandacht voor de groeiende voorkeur van patiënten om zo lang mogelijk in hun eigen thuissituatie verzorgd te worden [4]. Al deze transformaties benadrukken het belang van investeringen in ambulante en transmurale zorg, essentieel voor een naadloze overgang van ziekenhuiszorg naar thuiszorg.

Een effectieve transmurale patiëntenoverdracht, essentieel voor het waarborgen van zorgkwaliteit, vereist een sterke interprofessionele en collegiale samenwerking. Het is van cruciaal belang dat alle benodigde patiënteninformatie correct en tijdig van het ziekenhuis naar de eerstelijnszorgverleners wordt overgedragen. Onderzoek toont echter aan dat de huidige overdrachtspraktijken vaak tekortschieten, met als gevolg dat de informatie-uitwisseling inadequaat en inaccuraat is. Ontslagdocumenten missen frequent de vereiste uniformiteit en standaardisatie, wat leidt tot incomplete overdrachten. Vaak arriveren deze documenten laattijdig, of in sommige gevallen worden ze geheel niet verstrekt. Bovendien is er vaak geen directe mondelinge overdracht van informatie [5, 6]. Deze tekortkomingen kunnen resulteren in onduidelijkheid over de vereiste zorg in de eerste lijn, wat cruciale zorgprocedures kan hinderen. Dit kan leiden tot ernstige consequenties zoals onnodige heropnames of medicatiefouten, waardoor de patiëntveiligheid in gevaar komt [7].

In lijn met deze uitdagingen staan het Ziekenhuis Oost-Limburg en de eerstelijnszones Maasland en Kemp en Duin voor vergelijkbare hindernissen. Eerdere verkenningen binnen deze eerstelijnszones hebben aangetoond dat ontslagbrieven vaak ontbreken of vertraagd bij de eerstelijnszorgverleners aankomen, en dat ze niet altijd de benodigde informatie bevatten. Het aanpakken van deze kwesties zou de continuïteit en veiligheid van zorg van het ziekenhuis naar de thuissituatie aanzienlijk verbeteren, waarbij een doelgerichte respons essentieel is om deze overdrachten te optimaliseren.

Onderzoeksdoel en onderzoeksvraag

Dit kwaliteitsverbeterproject onderzoekt het proces van transmurale informatieoverdracht vanuit het ziekenhuis naar de eerstelijnszorgverstrekkers. Het doel is om de tekortkomingen in het huidige overdrachtsproces te identificeren en strategieën voor te stellen om de efficiëntie van dit proces te optimaliseren. Het onderzoek richt zich specifiek op de overdracht van drie typen ontslagbrieven – afkomstig van artsen, paramedici en verpleegkundigen – en beperkt zich tot het proces van het ziekenhuis naar de eerste lijn. De onderzoeksvraag luidt als volgt: Hoe verloopt het huidige proces rond ontslagbrieven in transmurale communicatie vanuit het ziekenhuis naar de eerstelijnszorgverstrekkers en hoe kan dit proces verbeterd worden?

2. Methodologie

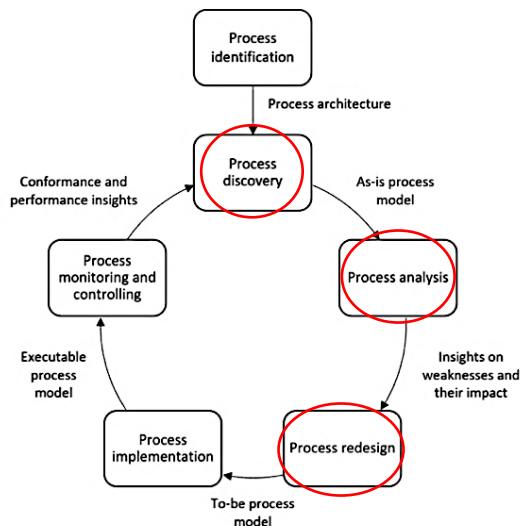
In dit onderzoek werd een narratieve onderzoeksbenadering toegepast, een aanpak die toegang geeft tot nieuwe perspectieven, gedachten of ervaringen [8]. Het onderzoek werd gerapporteerd volgens de SQUIRE 2.0-rapportagerichtlijnen voor quality improvement projecten [9].

2.1 Context

Deze studie vormt een integraal onderdeel van het bredere project 'ontslagmanagement' geïnitieerd door het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL). Dit project wordt uitgevoerd in samenwerking met de eerstelijnszones Maasland en Kemp en Duin, en het THINK³ simulation & innovation lab van Universiteit Hasselt.

2.2 Methodologische aanpak voor dataverzameling en -analyse

De methodologie voor dataverzameling en -analyse volgde de cyclus van *Business Process Management (BPM lifecycle)*, een gestructureerde aanpak om bedrijfsprocessen voortdurend te optimaliseren door middel van continue verbetering [10]. Deze cyclus omvat fasen van procesidentificatie tot monitoring, zoals gevisualiseerd in Figuur 1.



Figuur 1. Business Process Management (BPM) lifecycle

Dit kwaliteitsverbeterproject concentreerde zich op de tweede, derde en vierde fasen van de *BPM lifecycle*. De initiële fase van procesidentificatie was reeds uitgevoerd door het projectteam van het ZOL en de eerstelijnszones. Op basis van de resultaten van deze fase is besloten dat dit onderzoek zich zou richten op het overdrachtsproces van ontslagbrieven. De verdere fasen van de *BPM lifecycle*, met name implementatie en monitoring, vallen buiten de scope van dit onderzoek en zullen door het projectteam worden behandeld na afronding van dit onderzoek.

De volgende paragrafen bieden een gedetailleerde beschrijving van de methoden en tools die werden toegepast gedurende de verschillende fasen van de *BPM lifecycle*.

2.2.1 Ontdekkingsfase van het proces

De fase van procesontdekking heeft als doel informatie over het bestaand proces te verzamelen met het oog op het uitwerken van een *as-is* procesmodel [10]. Een procesmodel biedt een conceptuele weergave van hoe bedrijven hun processen uitvoeren, door relevante activiteiten, gebeurtenissen, toestanden, controlestroomlogica, enzovoort te specificeren [11]. De kwalitatieve interview based discovery methode werd toegepast om informatie omtrent het procesverloop te verzamelen bij domeinexperten [12]. Deze informatie werd verkregen via open interviews met zorgprofessionals. De selectie van deelnemers werd uitgevoerd via een doelgerichte steekproefname, waarbij het waarborgen van diversiteit in kennis en perspectieven van essentieel belang was. In totaal werden 11 zorgprofessionals geïnterviewd, waarvan 5 werkzaam bij het Ziekenhuis Oost-Limburg (2 artsen, 1 verpleegkundige, 1 ergotherapeut en 1 kinesitherapeut) en 6 bij de eerstelijnszones (2 huisartsen, 2 verpleegkundigen, 1 ergotherapeut en 1 kinesitherapeut).

Na het verzamelen van informatie werd het procesmodel gevisualiseerd met behulp van de digitale tool Signavio, waarbij gebruik werd gemaakt van de *Business Process Modeling Notation (BPMN)* [10, 13]. Deze notatie, die algemeen erkend wordt als de standaard voor het visueel weergeven van processen, werd gekozen vanwege de brede acceptatie en het gebruiksgemak bij zowel eenvoudige als complexe processen. Het model werd ontwikkeld met als doel om zo transparant en begrijpelijk mogelijk te zijn voor alle belanghebbenden in de gezondheidssector. Hierop volgend werd een gedetailleerde toelichting van het BPMN-model opgesteld in de vorm van een procesbeschrijving.

2.2.2 Analysefase van het proces

Het doel van de fase procesanalyse is om een grondig inzicht te verkrijgen in de zwaktes van het huidige procesverloop [10]. Hiervoor werd een kwalitatieve procesanalyse toegepast. Tijdens de interviews met de zorgprofessionals werd bevraagd welke tekortkomingen ze ervaren vanuit hun eigen ervaring. Deze tekortkomingen werden vervolgens gegroepeerd op basis van hun onderlinge samenhang en nadien beknopt beschreven.

Op 25 maart 2024 kwamen 6 zorgprofessionals (3 verpleegkundigen, 1 ergotherapeut, 1 kinésist en 1 huisarts) samen voor een workshop in het ZOL. Tijdens deze workshop werd allereerst het procesmodel gepresenteerd en werden de tekortkomingen in het huidige proces gekaderd. De deelnemers werden geselecteerd tijdens de fase van procesontdekking door te informeren tijdens de interviews wie beschikbaar was op de datum van de workshop. Tijdens deze sessie werd vervolgens nagedacht over de prioritisering van de zwaktes in het huidige proces. Het is immers niet haalbaar om in de volgende fase van herontwerp alle pijnpunten tegelijkertijd aan te pakken. Dit denkproces werd gefaciliteerd door gebruik te maken van een *PICK-chart* [10]. Een *PICK-chart* is een visuele tool met vier kwadranten die de zwaktes rangschikt op basis van moeilijkheidsgraad en potentiële meerwaarde, om zo prioriteiten voor procesverbetering vast te stellen.

2.2.3 Herontwerpfase van het proces

In de fase van procesherontwerp is het doel om oplossingen of verbeterstrategieën te identificeren die de geïdentificeerde tekortkomingen kunnen aanpakken [10]. Hierover werd tevens nagedacht tijdens de co-creatieve workshop op 25 maart, waarbij belanghebbenden actief werden betrokken bij het ontwikkelen van oplossingen. Deze kwalitatieve strategie benut diverse perspectieven, kennis en ervaringen om meer innovatieve en waardevolle resultaten te bereiken die beter aansluiten bij de behoeften en wensen van eindgebruikers (*user centered approach*) [14]. Om de workshop zo efficiënt mogelijk te laten verlopen werd een handleiding voor de facilitator opgesteld (zie bijlage 1).

Tijdens de co-creatieve workshop werden zowel de nominale groepstechniek als de LEGO® Serious Play®-methodologie ingezet om ideeën te genereren en de groepsdynamiek te bevorderen.

Voor het genereren van ideeën werd LEGO® Serious Play® gebruikt, waarbij de vier kernprocessen werden gevolgd: vraagstelling, constructie, delen en reflectie. Deelnemers werden gevraagd om de ideale oplossing voor een specifiek probleem, geselecteerd via de PICK-chart in de vorige fase, uit te bouwen tot een individueel visueel 3D-model met LEGO®-stukken. Vervolgens legden ze de betekenis ervan uit aan hun mededeelnemers om nadien te reflecteren op waargenomen inzichten en verbanden. LEGO® Serious Play® creëert een omgeving waarin de voordelen van het spelen met lego kunnen helpen bij het naar boven brengen van ideeën, gedachten en kennis die anders moeilijk toegankelijk zouden zijn geweest onder conventionele omstandigheden [15, 16].

Er werd bovendien een nominale groepstechniek gebruikt, waarbij zowel de individuele ideevorming een rol speelt als de groepsdynamiek. Deelnemers beginnen met het genereren van individuele ideeën, die vervolgens zonder beïnvloeding worden gepresenteerd. Daarna worden alle ideeën verzameld en door de groep geëvalueerd, waarbij prioriteiten worden vastgesteld en consensus wordt bereikt. Deze techniek moedigt de bijdrage van alle deelnemers aan [17]. De workshop sessie duurde drie uur, waarbij de gegevens werden vastgelegd via notities tijdens de workshop. De beschrijvingen van de 3D-modellen en open vragen werden vervolgens iteratief geanalyseerd door middel van inductieve thematische inhoudsanalyse [18].

2.3 Ethische overwegingen

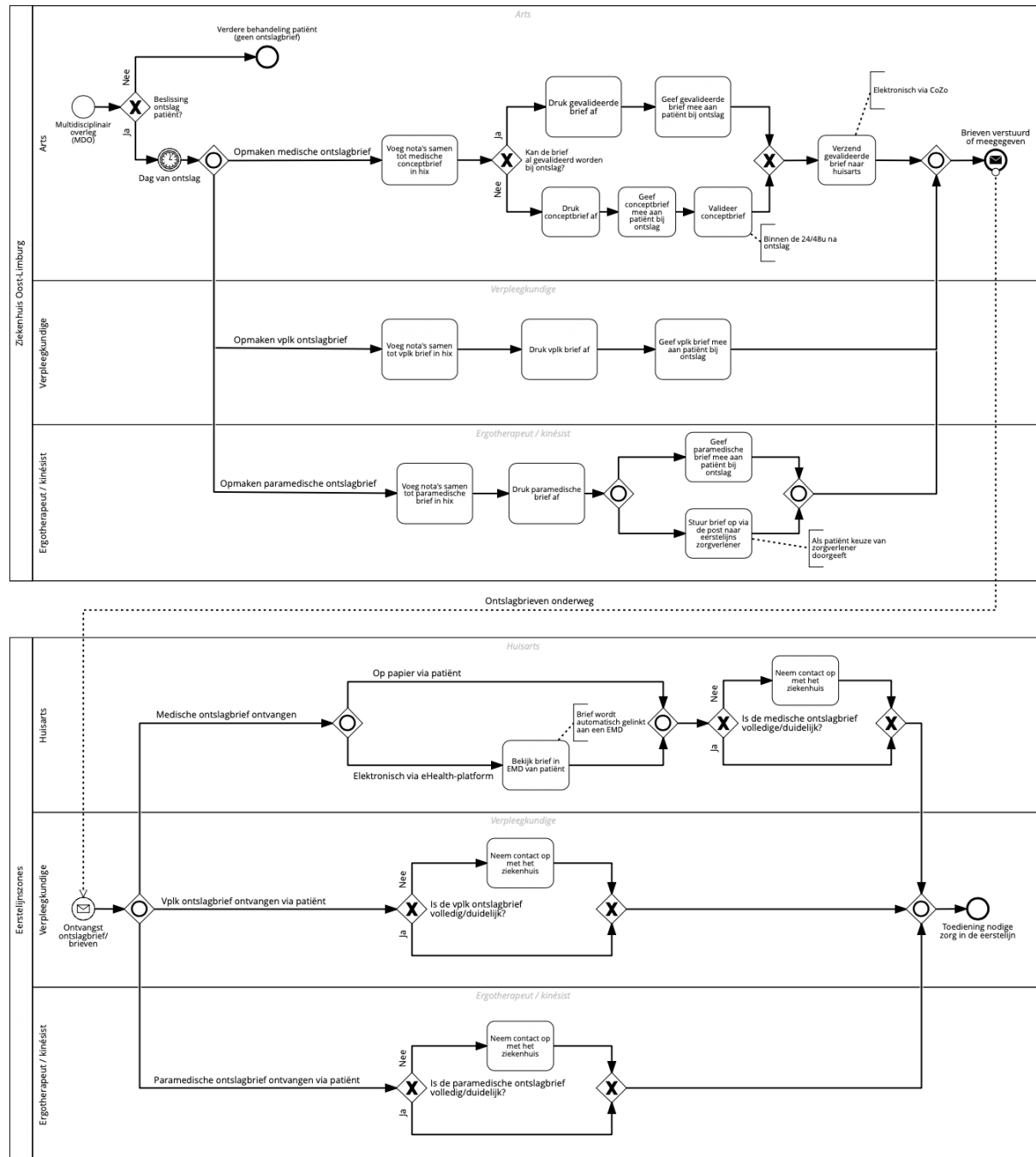
Het onderzoek werd goedgekeurd door de ethische commissie van het Ziekenhuis Oost-Limburg. Er werd geïnformeerde toestemming verkregen van de zorgprofessionals door instemming met hun deelname aan de interviews en de workshop, met volledige kennis van het doel van het onderzoek.

Om de privacy van de deelnemers te waarborgen, werden alle verzamelde gegevens geanonimiseerd en veilig opgeslagen. Identificeerbare informatie zoals namen en contactgegevens werden niet bewaard. De Universiteit Hasselt zal de onderzoeksgegevens gedurende 30 jaar bewaren, waarna gegevens definitief verwijderd worden.

3. Resultaten

3.1 Ontdekkingsfase: procesmap en procesbeschrijving

Figuur 2 geeft een visuele representatie van het huidige procesmodel weer, dat tot stand is gekomen na een grondige analyse van de verzamelde gegevens tijdens de ontdekkingsfase.



Figuur 2. Huidige as-is procesmodel

Om de procesmap te verduidelijken volgt een gedetailleerde beschrijving van het procesmodel. De procesmap is opgedeeld in twee groepen (*pools*): het ZOL en de eerstelijnszones. Deze groepen zijn verder onderverdeeld (*lanes*) naar de verschillende zorgprofessionals die verantwoordelijk zijn voor elke taak. Hierdoor wordt het procesmodel overzichtelijk en is het duidelijk welke stappen in welke organisatie worden uitgevoerd en door welke zorgverlener.

3.1.1 Proces Ziekenhuis Oost-Limburg

Het proces begint in het ZOL wanneer het multidisciplinair overleg plaatsvindt. Tijdens dit overleg wordt de toestand van de patiënt besproken, waarop een besluit door de arts wordt genomen of de patiënt ontslagen kan worden. Indien de patiënt nog niet op ontslag mag blijft de patiënt in het ziekenhuis voor verdere behandeling en eindigt het proces zonder dat er ontslagbrieven worden opgesteld. Indien de patiënt wel op ontslag mag start op de dag van ontslag het opstellen van de ontslagbrief(en). Hierbij wordt bepaald welke brieven van toepassing zijn voor de patiënt. Dit kan één brief zijn, zoals de medische ontslagbrief, maar het kunnen ook meerdere brieven zijn als de patiënt ook een verpleegkundige en/of paramedische ontslagbrief nodig heeft.

De medische ontslagbrief wordt door de arts opgesteld. De eerste stap bestaat uit het samenvoegen van de dagelijks bijgewerkte notities tijdens het verblijf tot een conceptbrief in het elektronisch patiëntendossier HiX. Binnen het HiX-programma zijn verschillende opties beschikbaar om tot dit concept te komen, maar deze details vallen buiten de scope van deze procesmap.

Na het opstellen van de conceptbrief wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende disciplines om te bepalen of de ontslagbrief meteen kan worden gevalideerd of niet. Bij internistische diensten zoals geriatrie, waar patiënten verblijven waarbij de gezondheidssituatie op het laatste moment nog snel kan veranderen, wordt geen gevalideerde ontslagbrief meegegeven bij ontslag. In plaats daarvan wordt de conceptbrief afgedrukt en meegegeven aan de patiënt, en binnen 24/48 uur na ontslag gevalideerd. Bij diensten zoals orthopedie wordt de ontslagbrief wel meteen gevalideerd, afgedrukt en meegegeven aan de patiënt, omdat er doorgaans niet meer veel verandert aan de toestand van de patiënt. In beide gevallen wordt de gevalideerde medische brief nadien nog elektronisch verstuurd naar de huisarts in de eerste lijn via het CoZo zorgplatform.

Voor de verpleegkundige en paramedische ontslagbrieven volgt het proces grotendeels dezelfde stappen. Ook hier worden de dagelijks bijgewerkte notities samengevoegd tot een brief in het elektronisch patiëntendossier HiX. Vervolgens wordt de brief afgedrukt en meegegeven aan de patiënt bij ontslag. In het geval van de paramedische ontslagbrief kan het voorkomen dat de patiënt de gegevens van de zorgverlener in de eerste lijn doorgeeft. In dat geval wordt de ontslagbrief rechtstreeks vanuit het ziekenhuis via de post naar deze zorgverlener verstuurd. Het proces binnen het ZOL eindigt zodra de nodige brieven zijn meegegeven of verstuurd naar de eerste lijn.

3.1.2 Proces eerstelijnszones Maasland, en Kemp en Duin

Het proces zet zich voort in de eerste lijn zodra de vereiste ontslagbrieven zijn ontvangen. Hierna kan het proces één, twee of alle drie de paden volgen, afhankelijk van welke brieven zijn verstuurd of meegegeven en vervolgens zijn aangekomen vanuit het ziekenhuis.

In eerste instantie ontvangt de huisarts de brief via een elektronisch e-health platform, en mogelijk ook rechtstreeks van de patiënt. De huisarts controleert vervolgens of de brief volledig en duidelijk is. Als dit niet het geval is neemt de huisarts telefonisch contact op met het ziekenhuis om de ontbrekende informatie te verkrijgen. Als de ontslagbrief wel volledig en duidelijk is, wordt meteen de benodigde zorg verleend.

De brieven van verpleegkundigen en paramedici in de eerste lijn doorlopen dezelfde procedure. De eerstelijnszorgverlener ontvangt de brief via de patiënt (voor paramedische brieven soms ook via de post vanuit het ZOL). De zorgverlener controleert of de brief duidelijk en volledig is. Als dit niet het geval is, neemt de zorgverlener net als de huisarts telefonisch contact op met het ziekenhuis. Als de brief wel volledig en duidelijk is, wordt meteen de benodigde zorg verleend.

Het proces eindigt wanneer alle zorgverleners in de eerste lijn de juiste zorg kunnen verlenen.

3.2 Analysefase: tekortkomingen in het huidige proces

De kwalitatieve bevragingen hebben diverse tekortkomingen in het huidige proces aan het licht gebracht. Deze werden gegroepeerd in vijf categorieën.

3.2.1 Gebrek aan herinneringsfuncties en overzicht in elektronisch patiëntendossier (HiX)

In eerste instantie hebben zorgverleners in het ZOL een gebrek aan herinneringen en overzicht in het elektronisch patiëntendossier (EPD) geïdentificeerd als een uitdaging. Het huidige EPD (HiX) registreert de opgestelde en verzonden ontslagbrieven niet, wat kan leiden tot potentiële lacunes in het overdrachtsproces. Deze tekortkoming benadrukt het menselijke aspect van vergeetachtigheid en kan de continuïteit van zorg in gevaar brengen.

3.2.2 Verantwoordelijkheid voor overdracht bij de patiënt

Een tweede categorie van tekortkomingen betreft de verantwoordelijkheid voor het overdragen van ontslagbrieven aan zorgverleners in de eerste lijn. Vaak wordt geconstateerd dat deze taak aan de patiënten zelf wordt overgelaten, wat niet altijd consistent wordt uitgevoerd. Deze inconsistentie kan leiden tot vertragingen of zelfs het niet ontvangen van cruciale informatie in de eerste lijn.

3.2.3 Communicatieproblemen tussen eerste lijn en ziekenhuis

Communicatieproblemen tussen eerstelijnszorgverstrekkers en het ziekenhuis vormen een derde categorie van tekortkomingen. Deze problemen ontstaan doordat de ontvangen brieven onduidelijke of onvolledige informatie bevatten, wat eerstelijnszorgverleners dwingt om contact op te nemen met het ziekenhuis. Dit verstoort de effectieve zorgoverdracht aanzienlijk. Bovendien is het vaak onduidelijk wie in het ziekenhuis rechtstreeks gecontacteerd kan worden, wat leidt tot vertragingen bij het bereiken van de juiste persoon. Daarnaast wordt vertrouwelijke medische informatie vaak niet telefonisch doorgegeven, waardoor eerstelijnszorgverleners in het ongewisse blijven over de benodigde zorg.

3.2.4 Ineffectieve ontvangst van ontslagbrieven ondanks eHealth-platform

Ondanks de beschikbaarheid van het eHealth-platform voor huisartsen, blijkt uit de bevindingen dat ontslagbrieven nog steeds vertraagd of helemaal niet worden ontvangen. Deze vierde categorie van geïdentificeerde tekortkomingen kan verschillende oorzaken hebben, waaronder technische problemen met het platform, inconsistenties in het verzendproces vanuit het ziekenhuis, of mogelijk zelfs gebrek aan bewustzijn of training bij zorgverleners over het belang van het tijdig ontvangen van ontslaginformatie. Hoewel de exacte oorzaak niet bekend is, is het duidelijk dat de ontvangst van ontslagbrieven via deze weg suboptimaal is.

3.2.5 Verkeerde ontvangst van ontslagbrieven

Ten slotte betreft een vijfde categorie van tekortkomingen de situatie waarin zorgverleners in de eerste lijn onjuiste ontslagbrieven ontvangen die bedoeld zijn voor andere patiënten. Dit wijst mogelijk op fouten in het documentatieproces binnen het ziekenhuis, wat ernstige gevolgen kan hebben voor de continuïteit en kwaliteit van zorg.

Deze vijf geïdentificeerde tekortkomingen vormen cruciale aandachtspunten voor verbetering binnen het overdrachtsproces van ontslagbrieven, en benadrukken de noodzaak van gerichte interventies om de kwaliteit en efficiëntie van de zorgoverdracht te verbeteren. Tijdens de workshop op 25 maart werd besloten om prioriteit te geven aan twee van de vijf tekortkomingen voor de fase van procesherontwerp. Dit besluit werd genomen omdat het niet haalbaar bleek om alle zwakke punten tegelijk aan te pakken. Deze twee tekortkomingen omvatten enerzijds de verantwoordelijkheid voor overdracht van de patiënt, en anderzijds, de ineffectieve ontvangst van ontslagbrieven ondanks het gebruik van het eHealth-platform.

3.3 Herontwerpfase: verbeterstrategieën

Na het identificeren van de belangrijkste tekortkomingen en het vaststellen van prioriteiten werden concrete strategieën voor verbetering geformuleerd om de uitdagingen aan te pakken en de informatieoverdracht te optimaliseren.

3.3.1 Verbeterstrategieën op korte termijn

Een eerste verbeterstrategie om de efficiëntie in de overdracht van ontslagbrieven te verhogen, is het toepassen van een kleurcoderingssysteem gebaseerd op het specialisme van de zorgverlener. Dit houdt in dat ontslagbrieven verschillende kleuren krijgen afhankelijk van de discipline van de ontvangende zorgverlener – bijv. paars voor kinesitherapeuten en geel voor verpleegkundigen. Het gebruik van duidelijk onderscheidende kleuren vergemakkelijkt het identificeren van de brieven, wat leidt tot een snellere en accuratere levering aan de juiste zorgverleners.

Een tweede verbeterstrategie is het invoeren van checklists op de enveloppen van ontslagbrieven. De checklists kunnen fungeren als controlemechanismen waarmee zowel ziekenhuispersoneel als de patiënten kunnen verifiëren dat alle noodzakelijke stappen zijn genomen voordat de ontslagbrief wordt overhandigd of verzonden. Elke checklist moet specifieke instructies bevatten die essentieel zijn voor de betreffende type ontslagbrief. Deze instructies zorgen voor een laatste kwaliteitscheck voordat de brief het ziekenhuis verlaat. Verder kan de checklist een educatieve rol vervullen door op de enveloppen een herinnering voor de patiënt te plaatsen om de brief af te geven aan de eerstelijnszorgverlener. Dit verhoogt de betrokkenheid van patiënten bij hun eigen zorgproces en onderstreept hun rol in de veilige en effectieve overdracht van essentiële medische informatie.

De implementatie van zowel strategie één als twee vergt minimale middelen en kan snel worden geïmplementeerd. Niettemin is het van essentieel belang om het ziekenhuispersoneel en de patiënten grondig te instrueren over het correcte gebruik van de kleurgecodeerde enveloppen en checklists, om zo de effectiviteit ervan te garanderen.

Hieruit volgt een derde strategie die inhoudt dat zowel patiënten als personeel educatie ontvangen over het belang en de correcte toepassing van ontslagbrieven. Een effectieve strategie zou zijn om zorgprofessionals te trainen om patiënten en hun naasten uitvoerig te informeren over de inhoud en het belang van ontslagbrieven. Zorgverleners kunnen gebruik maken van scripts of checklists om te zorgen dat alle essentiële informatie effectief gecommuniceerd wordt. Bovendien zou het ziekenhuis infosessies, filmpjes en brochures kunnen ontwikkelen die gericht zijn op het vergroten van de kennis van patiënten en hun naasten over het proces van ontslagbrieven. Deze educatieve materialen moeten toegankelijk zijn in termen van taal en formaat, afgestemd op diverse patiëntenpopulatie.

Een laatste efficiënte manier om de overdracht van ontslagbrieven op korte termijn te verbeteren is het versturen van geautomatiseerde herinneringsberichten aan patiënten na hun ontslag. Deze berichten kunnen patiënten eraan herinneren te controleren of ze alle relevante documenten, inclusief ontslagbrieven, hebben ontvangen en doorgegeven aan hun eerstelijnszorgverleners. Dit initiatief zou niet alleen de patiëntbetrokkenheid verhogen, maar ook de kans vergroten dat de informatie correct en tijdig in handen van de eerstelijnszorgverleners komt.

3.3.2 Verbeterstrategieën op lange termijn

Een eerste verbeterstrategie op lange termijn is het ontwerpen en implementeren van een uniform digitaal patiëntendossier. Dit platform dient als een centrale hub voor alle patiëntgegevens, beschikbaar voor zorgverleners in zowel ziekenhuizen als de eerstelijnszorg, evenals voor de patiënten zelf. Het huidige versnipperde landschap van verschillende elektronische formats leidt vaak tot verwarring, inconsistenties in informatieoverdracht, en communicatieproblemen. Door een geïntegreerd digitaal systeem te gebruiken wordt de communicatie binnen en tussen zorgteams verbeterd, wat de patiëntveiligheid ten goede komt.

Dit systeem zou kunnen werken met unieke patiënt-ID's om zorgverleners directe toegang te geven tot relevante documenten en de medische geschiedenis van patiënten. Dit verbetert niet alleen de efficiëntie van informatieoverdracht, maar vermindert ook de kans op fouten en vertragingen die vaak voorkomen bij het gebruik van meerdere systemen. Verder zou de toegang tot dit platform gereguleerd kunnen worden door functieprofielen, waardoor elke zorgverlener alleen toegang heeft

tot voor zijn of haar rol relevante informatie (*role-based access control*). Gezondheidszorggegevens bevatten namelijk gevoelige informatie die handhaving van vertrouwelijkheidsmechanismen op dossiers vereist om de privacy van patiënten te beschermen en toegang door onbevoegde personen te voorkomen.

Als laatste strategie werd aanbevolen om mutualiteiten te betrekken bij het overdrachtsproces van informatie. Mutualiteiten hebben doorgaans toegang tot actuele informatie over de zorgverleners van hun leden. Deze informatie kan geïntegreerd worden in het ziekenhuissysteem zodat bij ontslag automatisch de relevante documenten worden verzonden naar de juiste eerstelijnszorgverleners. Dit verbetert de continuïteit van de zorg aanzienlijk. Idealiter zou er een pop-up moeten verschijnen in het elektronisch patiëntendossier bij ontslag met de namen van de eerstelijnszorgverleners die de zorg overnemen, om te verzekeren dat de ontslagbrieven efficiënt en nauwkeurig worden verdeeld.

4. Discussie

Het doel van dit project voor kwaliteitsverbetering was om het huidige proces rond ontslagbrieven in transmurale communicatie vanuit het ziekenhuis naar de eerstelijnszorgverstrekkers te analyseren en te verbeteren. De geïdentificeerde tekortkomingen benadrukken de dringende noodzaak om de efficiëntie en veiligheid van de informatieoverdracht te verbeteren. Desondanks zijn de resultaten bemoedigend, aangezien verschillende verbeterstrategieën uit de co-creatieve workshop zijn gebaseerd op bewezen methoden en door literatuur ondersteunde strategieën.

De geconstateerde tekortkomingen bevestigen voorgaande literatuur, maar bieden daarnaast ook vernieuwde inzichten. Zoals in eerdere studies beschreven, toont dit onderzoek aan dat de huidige informatie-uitwisseling vaak inadequaat en onnauwkeurig is. Zo werd bijvoorbeeld een inadequate overdracht vastgesteld wanneer eerstelijnszorgverleners onjuiste ontslagbrieven ontvingen van andere patiënten, wat de onnauwkeurigheid benadrukt die ook in de literatuur wordt bevestigd [5]. Bovendien werd vastgesteld dat ontslagbrieven vaak laat werden ontvangen, zelfs wanneer een eHealth-platform werd gebruikt. Hoewel dit in de literatuur als een oplossing wordt voorgesteld, bleek het in dit onderzoek niet altijd effectief te zijn [6]. De bevindingen ondersteunen ook de literatuur over het gebrek aan directe mondelinge overdracht en voegen toe dat, wanneer er wel communicatie is, deze vaak gebrekkig en tijdrovend is tussen eerstelijnszorg en ziekenhuizen [5].

Opvallend is dat de bevindingen suggereren dat het een uitdaging kan zijn wanneer de patiënt verantwoordelijk wordt gehouden voor het overdragen van ontslagbrieven. Eerder onderzoek toont echter aan dat het betrekken van patiënten als beheerders van hun eigen medische informatie bewezen voordelen heeft voor zowel patiënttevredenheid als betrokkenheid. Patiënten die actief betrokken zijn bij hun zorg en duidelijke instructies na ontslag krijgen, worden minder vaak opnieuw opgenomen en ervaren betere gezondheidsresultaten [19, 20]. De mogelijke verbeterstrategie van educatie kan hierin dus een belangrijke rol spelen.

De voorgestelde verbeterstrategieën om de geconstateerde tekortkomingen aan te pakken, vertonen positieve resultaten in de literatuur. Ten eerste wordt kleurcodering al effectief toegepast in medische settings om communicatie te vereenvoudigen en fouten te verminderen, zoals tijdens spoedtriage om patiëntencasussen snel te beoordelen en te prioriteren. Deze principes kunnen ook worden toegepast in administratieve processen om de afhandeling van ontslagbrieven te stroomlijnen. Hoewel specifiek onderzoek naar de effectiviteit van kleurgecodeerde ontslagbrieven nog nodig is, toont bestaande literatuur aan dat kleurcodering een waardevol hulpmiddel kan zijn om de organisatie en efficiëntie in zorginstellingen te verbeteren [21]. Het is belangrijk om een gestandaardiseerde kleurcoderingsaanpak te implementeren over verschillende zorginstellingen heen om verwarring te voorkomen en de effectiviteit van deze aanbeveling te maximaliseren [21, 22]. Daarnaast tonen eerdere studies aan dat checklists in medische settings, zoals in operatiekamers, het aantal vergeten stappen significant verminderen en de algehele zorgresultaten verbeteren [23, 24]. Een checklist op de enveloppen zou dus ook dergelijke voordelen kunnen bieden.

Wanneer we kijken naar de lange termijn verbeteropties, blijkt uit de literatuur dat *role-based access control* een bewezen methode is voor het beheren van toegangsrechten op basis van rollen. Deze

methode biedt een effectieve benadering om toegang tot vertrouwelijke patiëntgegevens te reguleren. Door de implementatie van tijds- en locatiebeperkingen kan de toegang tot deze gegevens worden beperkt tot geautoriseerde momenten en locaties, waardoor veiligheid en vertrouwelijkheid worden gewaarborgd [25]. Ondanks veelgebruikte toepassingen zijn er ook uitdagingen waarmee rekening moet worden gehouden. Dit omvat onder andere de noodzaak van speciale toegang in noodgevallen, oplossingen gebaseerd op de context en situatie, het segmenteren van toegang en complexe scenario's waarin meerdere domeinen betrokken zijn, enz. [26]. Ten slotte biedt de huidige literatuur, voor zover bekend, geen verdere informatie over de effectiviteit van het betrekken van mutualiteiten in de ontslagprocedure. Aanvullend onderzoek op dit gebied is noodzakelijk.

4.1 Aanbevelingen

Op basis van de vastgestelde tekortkomingen en voorgestelde verbeterstrategieën wordt aanbevolen dat de praktijk een duidelijk implementatieplan ontwikkelt en uitvoert, met een focus op kortetermijnoplossingen. Prioritaire interventies omvatten de implementatie van een kleurcoderingssysteem, checklists, educatie en geautomatiseerde herinneringsberichten. Deze geïntegreerde aanpak vereist minimale middelen en kan snel worden uitgevoerd, mits zowel ziekenhuispersoneel als patiënten grondig worden geïnstrueerd. Het implementeren van deze maatregelen kan aanzienlijke verbeteringen in de efficiëntie en veiligheid van zorgoverdracht op korte termijn opleveren, in afwachting van verdere langetermijnbeleidsmaatregelen.

Op lange termijn kan het beleid gericht zijn op de ontwikkeling en implementatie van een uniform digitaal patiëntendossier. Dit systeem, dat gebruikmaakt van unieke patiënt-ID's en een functiegebaseerde toegangscontrole, heeft als doel de communicatie en informatieoverdracht tussen zorgverleners te verbeteren en de privacy van patiënten te waarborgen. Bovendien kunnen mutualiteiten worden betrokken om de continuïteit van zorg te bevorderen door relevante documenten automatisch naar de juiste zorgverleners te verzenden bij ontslag. Hoewel deze geïntegreerde aanpak verder onderzoek vereist, biedt deze potentieel aanzienlijke voordelen voor de efficiëntie en veiligheid van de zorgoverdracht.

Aanbevelingen voor verder onderzoek dienen aan te vangen met de evaluatie van de voorgestelde verbeterstrategieën na implementatie. Door de impact van deze maatregelen op het proces van overdracht van ontslagbrieven te evalueren, kunnen eventuele aanpassingen worden doorgevoerd. Dit onderzoek zou met name gericht moeten zijn op het meten van verbeteringen in efficiëntie, nauwkeurigheid en snelheid van de overdracht, evenals het verzamelen van feedback van zowel zorgverleners als patiënten over hun ervaringen met de nieuwe procedures. Hierbij kan dus ook kwantitatieve data worden toegevoegd, aangezien we nu enkel voornamelijk de focus hebben gelegd op kwalitatieve data.

Daarnaast is het cruciaal om de focus te verleggen naar andere geïdentificeerde tekortkomingen die tijdens de analysefase aan het licht zijn gekomen, maar waarvoor in dit onderzoek nog geen verbeterstrategieën zijn ontwikkeld. Onderzoekers dienen zich te richten op het aanpakken van problemen zoals het gebrek aan herinneringen of overzicht in HiX, communicatieproblemen tussen de eerstelijnszorg en het ziekenhuis, en de onjuiste ontvangst van ontslagbrieven. Bovendien is het belangrijk om ook de omgekeerde overdracht te onderzoeken, namelijk van de eerstelijnszorg naar het ziekenhuis. Uit de interviews is gebleken dat zich in dit proces ook vaak problemen voordoen, wat verdere aandacht vereist.

4.2 Limitaties en sterktes

De bevindingen moeten worden beschouwd binnen het kader van enkele beperkingen. Ten eerste, aangezien het onderzoek gebaseerd is op interviews en een workshop, is er afhankelijkheid van de beschrijvingen en interpretaties van domeinexperts die bij het onderzoek betrokken zijn. Dit brengt het risico met zich mee dat deze personen percepties hebben die mogelijk niet volledig generaliseerbaar zijn. Verder is het onderzoek beperkt tot één ziekenhuis met een specifiek elektronisch patiëntendossier (HiX), en twee eerstelijnszones. Mogelijks zijn ervaringen elders anders.

Desondanks heeft het onderzoek ook sterke punten. Ondanks dat interview- en workshop-gebaseerde methoden zwaktes hebben op het gebied van objectiviteit, kunnen ze waardevolle diepere inzichten bieden in het onderzoek. Het betrekken van domeinexperts biedt ook inzichten in de contextuele details. Daarnaast is een kwalitatieve collaboratieve aanpak waardevol omdat het deelnemers de mogelijkheid biedt om deel te nemen aan zinvolle discussies en inzichten te delen over hoe zij de huidige praktijk zouden optimaliseren aan hun individuele behoeften en voorkeuren.

Een ander sterk punt is de betrokkenheid van verschillende expertises met verschillende functies, wat heeft bijgedragen aan een brede kijk op het onderwerp.

5. Conclusie

De geïdentificeerde tekortkomingen in het proces van ontslagbrieven tussen het ziekenhuis en eerstelijnszorgverstrekkers benadrukken de dringende noodzaak om de efficiëntie en veiligheid van de informatieoverdracht te verbeteren. Prioritaire interventies omvatten de implementatie van een kleurcoderingssysteem, checklists, educatie en geautomatiseerde herinneringsberichten. Deze aanpak vereist minimale middelen en kan snel worden uitgevoerd, mits zowel ziekenhuispersoneel als patiënten grondig worden geïnstrueerd. Op lange termijn kan het beleid zich richten op de ontwikkeling en implementatie van een uniform digitaal patiëntendossier, inclusief betrokkenheid van mutualiteiten voor een naadloze informatieoverdracht. Verder onderzoek is nodig om de effectiviteit van deze verbeterstrategieën te evalueren, evenals om aandacht te besteden aan de drie geïdentificeerde tekortkomingen die in dit onderzoek niet verder zijn behandeld.

Dankwoord

Graag bedank ik promotor prof. dr. Jochen Bergs en begeleidster Sanne Thijs voor hun voortdurende ondersteuning bij het realiseren van deze masterproef. Zonder hun consistente bereikbaarheid en kwalitatieve feedback doorheen het gehele traject was er niet tot hetzelfde resultaat geraakt. Verder was de inzet van Jolien Noens en Tine Van Esser uit de eerstelijnszones van onmisbare waarde bij het realiseren van de studie. Eveneens wil ik alle deelnemers bedanken voor hun inzet en tijd om deel te nemen aan dit onderzoek. Zonder hun bereidwillige medewerking zou dit onderzoek niet tot een waardevol eindresultaat zijn gekomen.

Referenties

1. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009;374(9696):1196-208.
2. Yach D, Hawkes C, Gould C, Hofman K. The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *JAMA*. 2004;291(21):2616-22.
3. Statistiek Vlaanderen België: Vlaamse Statistische Autoriteit 2023. Available from: <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen>.
4. De Vlieghe K, Aertgeerts B, Declercq A, Milisen K, Sermeus W, Moons P. Shifting care from hospital to home: a qualitative study. *Primary Health Care* 2015;25, 9, 26-33.
5. Kripalani S, LeFevre F, Phillips C, Williams M, Basaviah P, Baker D. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *Jama*. 2007;297(8):831-41.
6. Kattel S, Manning D, Erwin P, Wood H, Kashiwagi D, Murad M. Information Transfer at Hospital Discharge: A Systematic Review. *J Patient Saf*. 2020;16(1):e25-e33.
7. Jones C, Jones J, Richard A, Bowles K, Lahoff D, Boxer R, et al. "Connecting the Dots": A Qualitative Study of Home Health Nurse Perspectives on Coordinating Care for Recently Discharged Patients. *J Gen Intern Med*. 2017;32(10):1114-21.
8. Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare. Fifth ed ed: Wiley-Blackwell; 2023.
9. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(12):986-92.
10. Dumas M, La Rosa M, Mendling J, Reijers HA. Fundamentals of Business Process Management. Berlijn: Springer 2018.
11. Recker J, Rosemann M, Indulska M, Green P. Business Process Modeling- A Comparative Analysis. *Journal of the Association for Information Systems*. 2009;10(4).
12. Bhaumik S, Rajagopalan R. Elicitation techniques to overcome knowledge extraction challenges in 'as-is' process modelling: perspectives and practices. *International Journal of Process Management and Benchmarking*. 2009;3(1):47-59.
13. SAP Signavio | Business Process Transformation Suite. Available from: <https://www.signavio.com>.
14. Fusco F, Marsilio M, Guglielmetti C. Co-creation in healthcare: framing the outcomes and their determinants. *Emerald insight*. 2023;34:1-26.
15. Blair S, Rillo M. Serious Work: How to Facilitate Meetings & Workshops Using the Lego Serious Play method. 3 ed: Promeet; 2016. 252 p.
16. Dann S. Facilitating Co-Creation Experience in the Classroom with Lego Serious Play. *Australasian Marketing Journal*. 2018;26(2).
17. Boddy C. The Nominal Group Technique: an aid to Brainstorming ideas in research. *Qualitative Market Research*. 2012;15(1):6-18.
18. Thomas R. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Evaluation Association*. 2006;27(2).
19. Weetman K, Dale J, Scott E, Schnurr S. Adult patient perspectives on receiving hospital discharge letters: a corpus analysis of patient interviews. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):537.

20. Weetman K, Dale J, Scott E, Schnurr S. Discharge communication study: a realist evaluation of discharge communication experiences of patients, general practitioners and hospital practitioners, alongside a corresponding discharge letter sample. *BMJ Open*. 2021;11(7):e045465.
21. Shrivastava S, Bobhate Shrivastava P, Ramasamy J. Color coding: a tool to enhance the quality of health care in low resource settings. *Healthcare in Low-resource Settings*. 2014;2.
22. Ashworth I, El Dali A, ElDeib O, Altoub A, Pasha F, Butt T. Variability of emergency color codes for critical events between hospitals in Riyadh. *Ann Saudi Med*. 2015;35(6):450-5.
23. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9.
24. Thomassen O, Storesund A, Softeland E, Brattebo G. The effects of safety checklists in medicine: a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2014;58(1):5-18.
25. Tiwari B, Kumar A. Role-based access control through on-demand classification of electronic health record. *Int J Electron Healthc*. 2015;8(1):9-24.
26. de Carvalho Junior MA, Bandiera-Paiva P. Health Information System Role-Based Access Control Current Security Trends and Challenges. *J Healthc Eng*. 2018;2018:6510249.

Bijlagen

Bijlage 1: Facilitatorgids workshop

Tijd	Planning	Acties
11:00	Vorbereiding	Print alle vereiste documenten uit. Maak 3D-modellen van lego voor de 5 tekortkomingen. Bespreek nog een leer het verloop van de workshop.
12:30	Set up	Zet de tafels klaar en leg alle benodigde tools klaar. Zet de PowerPoint-presentatie klaar.
START WORKSHOP		
13:00	Verwelkoming en kennismaking	Verwelkom de deelnemers bij aankomst. Bespreek het verdere verloop van de workshop. Voer een kennismaking uit met een icebreaker waarbij de deelnemers zich kort voorstellen en een attribuut kiezen om een leuk weetje over zichzelf te delen.
13:10	Voorstelling voorlopige resultaten	Overloop het huidige as-is procesmodel. Besprek het huidige as-is procesmodel met gemarkeerde tekortkomingen. Geef een samenvatting van de tekortkomingen.
13:20	Prioritisering tekortkomingen	Laat de deelnemers met behulp van een PICK-chart kiezen welke tekortkomingen tijdens de workshop worden aangepakt.
13:30	Uitleg LEGO® Serious Play®	Geef een korte uitleg over de brainstormmethode die we gaan gebruiken: LEGO® Serious Play®. Verduidelijk de spelregels van de brainstormsessie.
13:45	Brainstorm	Start de brainstormsessie: laat deelnemers individueel LEGO-modellen bouwen van hun oplossingen, laat iedereen zijn model uitleggen en stimuleer vervolgens discussie door vragen en opmerkingen van anderen.
15:30	Project canvas	Converteer de brainstormresultaten naar concrete verbeteropties die worden opgenomen in het projectplan.
15:50	Feedback en afronding	Verzoek om feedback over de workshop. Reserveer tijd voor eventuele vragen. Bedank de deelnemers voor hun deelname.
EINDE WORKSHOP		