

Verbetering van ziekenhuisontslag

Steeds meer patiënten behoeven overdracht van zorg vanuit het ziekenhuis naar huis. Echter, het ontslagproces verloopt vaak niet optimaal en dit kan leiden tot vermijdbare behandelingen en kostbare heropnames. Er is weinig bekend over de factoren die ten grondslag liggen aan een ineffectief en onveilig ontslagproces. In een grote Europese studie naar de overdracht van zorg tussen de eerste en tweede lijn (HANDOVER) hebben wij onderzoek gedaan naar deze onderliggende factoren en welke 'best practices' kunnen worden gebruikt om het ontslagproces te verbeteren.

Door: G. Hesselink en H. Wollersheim

De overdracht van zorg is een kritische fase in het zorgtraject van veel patiënten. In het bijzonder bij het ontslag van patiënten uit het ziekenhuis waarbij de zorg de organisatiegrenzen overschrijdt. Aandacht voor de veiligheid van de overdracht van zorg vanuit het ziekenhuis wordt op nationaal en internationaal niveau steeds belangrijker gevonden gezien de trend naar kortere ziekenhuisopnames, de verplaatsing van meer zorgactiviteiten naar de eerste lijn en de groei van chronische en oudere patiënten, die frequente en complexere overdrachten behoeven (Mistiaen et al., 1999). Het ontslagproces verloopt echter niet altijd optimaal. Er is sprake van inadequate informatieoverdracht van de zorgverlener naar de patiënt en tussen zorgverleners (Kripalani et al., 2007). Daarnaast wordt het ontslagproces vaak gekenmerkt door een gebrekkige coördinatie van de zorg tussen de eerste en tweede lijn (Moore et al., 2007; Boockvar et al., 2004). De consequenties van een suboptimale overdracht van zorg vanuit het ziekenhuis kunnen verstrekkend zijn. Studies hebben aangetoond dat bijna één op de vijf patiënten te maken heeft met negatieve gevolgen van een overdracht van ziekenhuis naar huis. Van deze negatieve gevolgen was 62 procent te voorkomen of te verbeteren (Forster et al., 2003; 2004). Een suboptimaal ontslagproces kan uiteindelijk leiden tot levensbedreigende situaties, vermijdbare behandelingen en kostbare heropnames (Friedman en Basu, 2004; Foekema en Hendrix, 2004/6; Leendertse et al., 2008). Ondanks een groeiende aandacht voor het verbeteren van overdrachtsituaties, zowel bij verwijzing naar als bij ontslag uit het ziekenhuis

(zie: BOOST project, Society of Hospital Medicine; STAAR project, Institute for Healthcare Improvement) is er weinig bekend over de factoren die ten grondslag liggen aan een ineffectief en onveilig ontslagproces. In een grote Europese studie naar de overdracht van zorg tussen de eerste en tweede lijn (HANDOVER) hebben wij een explorierend kwalitatief onderzoek gedaan naar deze onderliggende factoren. Onze aandacht ging hierbij in het bijzonder uit naar de invloed van organisatiecultuur op het ontslagproces, oftewel: groepspecifiek gedrag van zorgverleners, dat voortkomt uit gedeelde overtuigingen, assumpties, normen en waarden van individuen in de organisatie (Schein, 1992; Brown, 1995). Met deze bevindingen in ons achterhoofd hebben wij vervolgens onderzocht welke 'best practices' kunnen worden gebruikt om het ontslagproces te verbeteren.

Onderliggende belemmerende en bevorderende factoren

In totaal zijn in vijf EU-landen 192 individuele interviews en 26 focusgroep interviews gehouden met patiënten, naasten en betrokken artsen en verpleegkundigen uit de eerste en tweede lijn. De audio opgenomen interviews zijn per land in de eigen nationale taal uitgetypt en door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar en op inductieve wijze geanalyseerd. Hiervoor gebruikten wij de 'grounded theory' benadering van Corbin en Strauss (1990). De transcripten werden in het Engels gecodeerd. Coderen is een interpretatief proces waarbij conceptuele labels worden toegekend aan relevante tekstpassages in het transcript (Corbin en Strauss, 1990). Een lijst met codes, die



Hub Wollersheim



Gijs Hesselink

door het internationale team van onderzoekers was ontwikkeld, gaf richting aan een uniforme codering van de verzamelde data in alle betrokken landen. De landspecifieke bevindingen werden vervolgens vergeleken, in thema's ondergebracht en ten slotte beschreven in een aantal projectrapporten en wetenschappelijke artikelen. Vier belangrijke bevindingen kwamen hieruit naar voren.

Verschillende werelden

Veel artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis en in de eerste lijn geven aan te werken in twee verschillende werelden. Het ontbreekt aan voldoende inzicht in de wensen, vaardigheden en werkzaamheden van zorgverleners in de andere lijn. Daarnaast blijkt, met name uit de uitspraken van zorgverleners in het ziekenhuis, een sterke interne gerichtheid. Dit heeft tot gevolg dat een zorgvuldige overdracht van zorg – vaak mede beïnvloed door tijdsdruk – wordt gezien als van ondergeschikt belang. Er bestaat bovendien een gebrek aan wederzijds respect en vertrouwen.

Zorgverlening heeft meer prioriteit dan administratieve taken

Artsen en verpleegkundigen identificeren zich het meest met hun primaire taak, namelijk het daadwerkelijk verlenen van zorg in het 'hier en nu'. Hiervoor zijn ze immers, zo is hun overtuiging, arts of verpleegkundige geworden. Administratieve taken, zoals het (op tijd) schrijven van ontslagbrieven en het plannen van nazorg, worden beschouwd als een last. Dit heeft tot gevolg dat deze werkzaamheden vooruit worden geschoven of uitgesteld.

Omgang met reflectie en kwaliteitsverbetering

Terugkoppeling van fouten of misverstanden bij overdrachtsituaties blijkt nauwelijks plaats te vinden. Dit komt door tijdgebrek, maar ook door een sceptische houding van artsen en verpleegkundigen tegenover het nut van het terugkoppelen van fouten of misverstanden. Eerdere ervaringen met terugkoppeling bleken teleurstellend, soms zelfs negatief en men gaf aan dat de meerwaarde ten behoeve van kwaliteitsverbetering niet duidelijk was. Veel artsen en verpleegkundigen gaven aan niet getraind en/of opgeleid te zijn in het goed inrichten van overdrachtsituaties en het gebruik van 'evidence-based' checklists of richtlijnen. Verschillende artsen en verpleegkundigen koppelden terug dat het integreren van innovaties vaak afhangt van de juiste 'mindset'; wanneer de organisatie een verleden had van mislukte pogingen om de overdracht te verbeteren, waren de bereidwilligheid en het geduld met nieuwe innovaties/werkwijzen gering.

Aandacht voor patiëntspecifieke wensen en behoeften

Patiënten gaven aan te worden ontslagen zonder dat er een goede afstemming van zorg op hun specifieke wensen en behoeften had plaatsgevonden. Een gebrekkige aandacht van zorgverleners voor de emotionele ondersteuning van de patiënt en een overschatting van de zorgcapaciteiten en de aanwezige faciliteiten in de thuissituatie, werden zowel door zorgverleners als door patiënten, opgevoerd als belangrijke oorzaken.

Identificeren van 'best practices'

Om zicht te krijgen op 'best practices', die de overdracht van zorg tussen zorgverleners in eerste en tweede lijn verbeteren, hebben we systematisch publicaties verzameld waarin interventies in randomized controlled trials (RCTs) werden getest op hun effectiviteit. Gezocht werd naar relevante publicaties in PubMed, CINAHL (the Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), PsychInfo, EMBASE en Cochrane databases. Studies die voldeden aan alle inclusiecriteria werden geëvalueerd op: de kenmerken van de interventie, de gebruikte uitkomstmaten en gevonden effecten en de setting en methodologische kwaliteit van de studie waar de interventie in werd getest.

Bevindingen

Vijfentwintig van het totaal aantal van 36 studies die voldeden aan alle inclusiecriteria, hadden een of meer significante effecten ten faveure van de interventiegroep. Vrijwel alle studies (34) beschreven een interventiebundel bestaande uit diverse activiteiten, personen en/of materialen. Kenmerken van effectieve interventies waren: medicatieverificatie, elektronische hulpmiddelen voor het tijdig schrijven van een duidelijke ontslagbrief, ontslagplanning, betrokkenheid van zowel eerste- en tweedelijnszorgverleners in de follow-up na ontslag, het gebruik van elektronische ontslagberichten naar huisartsen en (beveiligde) toegang voor huisartsen naar relevante informatie gerelateerd aan de zojuist ontslagen patiënt. Drie studies beschreven interventies met de intentie om het gedrag van zorgverleners te beïnvloeden. Dit door middel van: persoonlijke ontmoetingen tussen zorgverleners in de eerste en tweede lijn om de samenwerking bij ontslagsituaties te bevorderen (Naylor et al., 2004), een uitnodiging vanuit het ziekenhuis naar de huisarts om te assisteren in het plannen van ontslag (Rutherford en Burge, 2001) en persoonlijke contactlegging vanuit het ziekenhuis met de huisarts en het sturen van medische literatuur naar de huisarts om de kans op opvolging van zorgaanbevelingen te vergroten (Siu et al., 1996).

Een belangrijke beperking van de literatuurstudie was, dat de gevonden studies sterk varieerden in gebruikte uitkomstmaten, in populatieomvang en in de klinische setting waarin interventies werden getest. Tevens werden het doel van de interventie en de specifieke interventiecomponenten in vrijwel alle studies slecht beschreven.

Conclusie

Ons onderzoek laat zien dat patiënten én zorgverleners (in de eerste en tweede lijn) het ontslag uit het ziekenhuis vaak als suboptimaal ervaren. Problemen worden voornamelijk door patiënten en zorgverleners uit de eerste lijn ervaren aangezien zij hier uiteindelijk mee worden geconfronteerd en moeten omgaan met de consequenties van een suboptimale overdracht. Een suboptimaal ontslagproces en daarmee een grotere kans op onnodige en kostbare heropnames wordt vaak beïnvloed door organisatiefactoren, die buiten de invloed van zorgverleners om plaatsvinden (bijvoorbeeld een hoge werkdruk, beddendruk of een gebrek aan een uniform informatiesysteem tussen zorgverleners in de eerste en tweede lijn), maar ook door het gedrag van de zorgverleners. Er zijn echter verbaazingwekkend weinig interventies, getest in gecontroleerde studies, die zich richten op het beïnvloeden/veranderen van professioneel gedrag van zorgverleners. De heterogeniteit in de huidige bestaande interventies, en de studiekeurmerken waarin ze zijn getest, maken het nu niet mogelijk verstrekkende conclusies te trekken over het effect van een interventie op de kwaliteit en veiligheid van ziekenhuisontslag in een specifieke lokale setting. Toch hebben wij, op basis van onze bevindingen, enkele aanbevelingen voor de praktijk geformuleerd om het ontslagproces effectiever en veiliger te maken:

- Het organiseren van bijeenkomsten op lokaal/regionaal niveau tussen artsen en verpleegkundigen in eerste en tweede lijn. Dit om het begrip voor elkaars capaciteiten en behoeften bij ontslag te vergroten en daarmee de samenwerking te bevorderen.
- De inzet van educatie- en trainingsprogramma's gericht op het ontslagproces. Enerzijds om (nieuwe) 'evidence-based' werkwijzen (zoal checklists en protocollen) te introduceren. Anderzijds om zorgverleners, op de werkvloer en in opleiding, te laten begrijpen hoe hun eigen denken en handelen de kwaliteit en veiligheid van het ontslagproces sterk kunnen beïnvloeden, teneinde de integratie van nieuwe werkwijzen in de dagelijkse praktijk te stimuleren.
- Standaard een medicatieverificatie bij het moment van ontslag.

- De inzet van een transferverpleegkundige of ontslagcoördinator.
- Het gebruik van een gestandaardiseerde (elektronische) ontslagbrief.

Literatuur

- Boockvar, K., Fishman, E., Kyriacou, C.K. et al., Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities, *Archives of Internal Medicine*, 164, 2004, 545-550.
- Brown, A., *Organizational culture*, Pitman Publishing, London, 1995.
- Foekema, H. en C. Hendrix, [Mistakes are expensive, An investigation into medical transcription errors, (Part 2)] *Fouten worden duur betaald, Een onderzoek naar medische overdrachtsfouten (deel 2)*, TNS NIPO, Amsterdam, 2004.
- Forster, A.J., Murff, H.J., Peterson, J.F. et al., The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital, *Annals of Internal Medicine*, 138, 2003, 161-167.
- Forster, A.J., Clark, H.D., Menard, A. et al., Adverse events affecting medical patients following discharge from hospital, *Canadian Medical Association Journal*, 170, 2004, 345-349.
- Friedman, B. en J. Basu, The rate and cost of hospital readmissions for preventable conditions, *Medical Care Research and Review*, 61, 2004, 225-240.
- Kripalani, S., LeFevre, F., Philips, C.O. et al., Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care, *JAMA*, 297, 2007, 831-841.
- Leendertse, A.J., Egberts, A.C., Stoker, L.J. en P.M. van den Bemt, HARM Study Group Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands, *Archives of Internal Medicine*, 168, 2008, 1890-1896.
- Mistiaen, P., Duijnhouwer, E. en T. Ettema, The construction of a research model on post-discharge problems based on a review of the literature 1990-1995, *Social Work in Health Care*, 29, 1999, 33-68.
- Moore, C., McGinn, T. en E. Halm, Tying up loose ends: discharging patients with unresolved medical issues, *Archives of Internal Medicine*, 167, 2007, 1305-1311.
- Naylor, M.D., Brooten, D.A., Campbell, R.L., Maislin, G., McCauley, K.M. en J.S. Schwartz, Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial, *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 2004, 675-684.
- Preen, D.B., Bailey, B.E.S., Wright, A. et al., Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care, intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial, *International Journal for Quality in Health Care*, 17, 2005, 43-51.
- Rutherford, A. en B. Burge, General practitioners and hospitals. Continuity of care, *Australian Family Physician*, 30, 2001, 1101-1107.
- Schein, E.H., *Organisational culture and leadership*, 2nd ed., Jossey-Bass, San Francisco, 1992.
- Siu, A.L., Kravitz, R.L., Keeler, E., Hemmerling, K., Kington, R., Davis, J.W. et al., Postdischarge geriatric assessment of hospitalized frail elderly patients, *Archives of Internal Medicine*, 156, 1996, 76-81.

Informatie over de auteurs

Drs. Gijs Hesselink is junior onderzoeker bij IQ healthcare (UMC St Radboud) en doet als promovendus onderzoek naar de rol van organisatiecultuur in overdrachtsituaties bij ziekenhuisontslag (e-mail: G.Hesselink@iq.umcn.nl).

Dr. Hub Wollersheim is internist en sectiehoofd 'Quality of hospital and integrated care' en plaatsvervangend afdelingshoofd van IQ healthcare van het UMC St Radboud te Nijmegen, tevens lid van de redactie van KiZ.