

Ongeplande heropnames in Belgische ziekenhuizen: belang van kwaliteit van zorg in het ziekenhuis en kwaliteit van zorgovergang

Ziekenhuisheropnames kunnen worden gedefinieerd als nieuwe opnames in het ziekenhuis binnen een specifiek tijdsinterval na een voorafgaandelijk ontslag uit het ziekenhuis. Ze komen frequent voor, zijn duur voor de maatschappij en kunnen voor patiënten negatieve gevolgen hebben. Omdat een belangrijk aandeel van de ongeplande heropnames mogelijk voortvloeit uit suboptimale kwaliteit van zorg en dus vermijdbaar is, worden ongeplande ziekenhuisheropnames gebruikt als indicator voor kwaliteit van zorg. De doelstelling van dit onderzoek was om na te gaan hoe heropnames ten gevolge van een suboptimale kwaliteit van zorg in het ziekenhuis of ten gevolge van een suboptimale zorgtransitie van ziekenhuis naar huis vermeden kunnen worden. Door gebruik te maken van verschillende onderzoeksmethoden werden vier operationele doelstellingen uitgewerkt. Het eerste doel was om ongeplande ziekenhuisheropnames in België te onderzoeken en had betrekking op: incidentie van ongeplande ziekenhuisheropnames, identificatie van patiëntengroepen die het meest frequent worden heropgenomen en identificatie van risicofactoren voor heropname. Het tweede doel was om ontslaginterventies te identificeren die effectief te zijn in het reduceren van ziekenhuisheropnames binnen de drie maanden na het ontslag en om inzicht te krijgen in hun effect op mortaliteit, gebruik van de dienst spoedopname (SO) en patiëntentevredenheid. Het derde en vierde doel was om de oorzaken te kennen van heropnames die verband houden met suboptimale kwaliteit van zorg in het ziekenhuis en met suboptimale kwaliteit van de zorgtransitie van ziekenhuis naar huis. Een exploratief cross-sectioneel onderzoek werd uitgevoerd om inzicht te krijgen in het fenomeen van ziekenhuisheropnames in België (eerste doel). We analyseerden de Belgische MZG-data (minimale ziekenhuisgegevens) en beschikten over gegevens van 1.130.491 patiënten ontslagen in 2008. Het percentage ongeplande heropnames 30 dagen na ontslag was 5.2%. Het grootste aantal heropnames werd gevonden voor patiënten opgenomen voor COPD (14.7% heropnames), hartfalen (14.0%) en pneumonie (9.4%). De belangrijkste redenen voor heropnames waren cardiovasculaire en pulmonaire aandoeningen (respectievelijk bij 16.8% en 13.3% van de heropnames) en 10.4% van alle heropnames was het gevolg van een complicatie. We identificeerden verschillende factoren die het risico op heropname doen toenemen: mannelijk geslacht, leeftijd, ontslag tegen medisch advies, ziekte-ernst, aantal co-morbiditeiten, voorafgaande bezoeken aan de dienst SO, ontslagbestemming, ontslag op vrijdag, ligduur en het niet gepland-zijn van de opname. Omdat meerdere voorafgaande bezoeken aan de dienst SO een belangrijke risicofactor voor heropnames zijn, moeten deze bezoeken aanleiding geven tot acties om de zorg te coördineren tussen zorgprofessionals en dit samen met patiënten en hun mantelzorgers. Een andere belangrijke bevinding is dat het risico op heropname toeneemt met de ligduur in het ziekenhuis. Daarom moet het uitstellen van het ontslag van patiënten die klaar zijn voor ontslag vermeden worden. Samenvatting 201 We voerden een gesystematiseerd literatuuronderzoek uit om de effectiviteit van ontslaginterventies in het vermijden van ziekenhuisheropnames te onderzoeken (tweede doel) en onderzochten 51 studies. Ontslaginterventies werden gedefinieerd als interventies ontwikkeld om de zorgtransitie van ziekenhuis naar huis te vergemakkelijken of om problemen na het ontslag te voorkomen en werden – minstens gedeeltelijk – uitgevoerd door ziekenhuis professionals. We toonden aan dat ontslaginterventies het risico op heropname significant verminderden (met 23%) en patiëntentevredenheid verbeterden. Deze interventies verminderden echter noch het risico op bezoek aan de dienst SO, noch het risico op mortaliteit. De meest effectieve ontslaginterventies

waren interventies die werden opgestart tijdens het ziekenhuisverblijf en verder liepen na het ontslag uit het ziekenhuis en interventies gericht op 'patient empowerment'. Ook ontslag planning – een interventie om patiënten gedurende hun verblijf in het ziekenhuis voor te bereiden op hun ontslag – verminderde het aantal heropnames tot drie maanden na het ontslag. Complexe interventies die uit veel verschillende componenten bestaan, waren niet superieur in vergelijking met interventies die uit één enkele component bestaan. We voerden een prospectief cohort onderzoek uit om inzicht te krijgen in de oorzaken van heropnames gerelateerd aan suboptimale kwaliteit van ziekenhuiszorg (derde doel) en suboptimale kwaliteit van zorgtransitie van ziekenhuis naar huis (vierde doel). Dit gebeurde voor drie patiëntengroepen: patiënten met hartfalen, pneumonie en totale heup/knieprothese. Voor elke patiëntengroep werden ziekenhuizen met hoge en lage heropnameratio's geselecteerd. Om de impact van kwaliteit van ziekenhuiszorg te bepalen, onderzochten we adverse events (AEs) (schade ten gevolge van medische zorg) ontstaan in het ziekenhuis in ziekenhuizen met sterk uiteenlopende heropnameratio's. In totaal werden 100 AEs gevonden in de 296 onderzochte dossiers (30.1% van de patiënten had AEs). We konden geen associatie vinden tussen AEs ontstaan in het ziekenhuis en heropnames. Evenmin konden we een associatie vinden tussen AEs en negatieve uitkomsten na het ontslag (mortaliteit, bezoek aan de dienst SO of heropname). De impact van kwaliteit van zorgtransities werd onderzocht door het evalueren van vijf elementen: voorbereid zijn op het ontslag, educatie van patiënten en mantelzorgers, betrokkenheid van huisartsen bij het ontslagproces en tijdigheid en volledigheid van de ontslagbrief. In het algemeen vonden we veel ruimte voor verbetering op het gebied van zorgtransities. We stelden vast dat patiënten met hartfalen in ziekenhuizen met hoge heropnameratio's minder voorbereid waren in vergelijking met patiënten in ziekenhuizen met lage heropnameratio's. We konden ook aantonen dat meer negatieve gebeurtenissen na het ontslag plaatsvonden bij patiënten van wie de huisarts de ontslagbrief niet tijdig ontving. Summary / samenvatting 202 Om te besluiten kunnen we stellen dat ongeplande ziekenhuisheropnames frequent voorkomen voor bepaalde patiëntengroepen. Het risico op heropname wordt beïnvloed door patiënt- en ziekte gerelateerde factoren, evenals door het ziektebeeld van de patiënt, het aantal voorafgaande bezoeken aan de dienst SO en de verblijfsduur in het ziekenhuis met een toename van het risico bij langere verblijfsduren. Op basis van dit onderzoek kunnen we 'patient empowerment', communicatie met eerste lijn en het tijdig voorbereiden van patiënten voor ontslag identificeren als belangrijke domeinen om ongeplande ziekenhuisheropnames te voorkomen.