Universiteit
Leiden
The Netherlands

Proactive care programs in the emergency department: effectiveness and feasibility

Loon, M. van

Citation

Loon, M. van. (2023, April 13). *Proactive care programs in the emergency department: effectiveness and feasibility*. Retrieved from https://hdl.handle.net/1887/3593961

Version:	Publisher's Version
License:	Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden
Downloaded from:	https://hdl.handle.net/1887/3593961

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

CHAPTER 9

| Nederlandse samenvatting

De Spoedeisende Hulp (SEH) is een afdeling die wordt bezocht door patiënten van alle leeftijden en uit alle lagen van de bevolking, wanneer zij een acuut gezondheidsprobleem hebben. Over het algemeen staan patiënten op de SEH open voor hulp en voorlichting. Wanneer er een relatie bestaat tussen de reden van het SEH-bezoek en hun gedrag of fysieke beperkingen, zijn veel patiënten bereid om dit te erkennen als de oorzaak van hun SEH-bezoek. Dit maakt de SEH een potentieel geschikte plek voor het signaleren van risicovol gedrag en fysieke of sociale kwetsbaarheid, en voor daarop aansluitende patiëntenvoorlichting en het initiëren van verdere ondersteuning.

In de afgelopen tien jaar zijn steeds meer Nederlandse SEHs met programma's gestart binnen de reguliere SEH-zorg om patiënten op te sporen die risico lopen op bepaalde gezondheidsproblemen. Deze patiënten krijgen dan extra zorg en interventies aangeboden, die gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit van zorg op de SEH en/of het in gang zetten van nazorg na ontslag. Deze programma's kunnen worden beschouwd als proactieve zorgprogramma's, aangezien patiënten met een verhoogd risico proactief worden opgespoord en behandeld. Dit in tegenstelling tot reactieve zorg, die wordt verleend als reactie op het acute gezondheidsprobleem van de patiënt.

In dit proefschrift zijn de effectiviteit en de haalbaarheid geëvalueerd van twee proactieve zorgprogramma's die zijn uitgevoerd op de SEHs van het Haaglanden Medisch Centrum in Den Haag, met als doel een bijdrage te leveren aan het optimaliseren van de spoedeisende zorg.

In het eerste deel van dit proefschrift evalueerden we een programma dat was gericht op screening en interventie voor risicovol alcoholgebruik bij volwassen SEH-patiënten.

In **hoofdstuk 2** werd onderzocht wat het effect was van routine screening op en het verrichten van interventies bij risicovol alcoholgebruik op de alcoholconsumptie van SEH-patiënten. Daarnaast werd de haalbaarheid van het programma op de SEH onderzocht. Gedurende de studieperiode van een jaar werd meer dan de helft van de 41900 SEH-patiënten van 18 jaar en ouder gescreend op risicovol alcoholgebruik met behulp van de Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C). Van de gescreende patiënten had 10% een verhoogde AUDIT-C score. Volgens het onderzoeksprotocol zouden al deze patiënten een informatiefolder moeten ontvangen en kwamen ze in aanmerking voor een kort, motiverend gesprek met een daarvoor opgeleide SEH-verpleegkundige of arts. Echter, minder dan de helft van deze patiënten kreeg uiteindelijk een interventie. Twee derde ontving alleen een informatiefolder en ongeveer een derde ontving zowel een folder als een motiverend gesprek. Minder dan de helft van de patiënten met een verhoogde AUDIT-C score

werd bereikt voor telefonische follow-up drie maanden na het bezoek aan de SEH. Van de patiënten die geen enkele interventie hadden gekregen, had een derde het alcoholgebruik verminderd of gestaakt in de drie maanden na ontslag vanaf de SEH. Deze percentages waren hoger bij de groepen patiënten die een informatiefolder, een motiverend gesprek, of beide hadden gekregen. Mannelijk geslacht, een alcohol-gerelateerd SEH-bezoek en SEH-presentaties vanwege een intoxicatie, hoofdletsel, gastro-intestinale bloeding of een wond bleken geassocieerd met risicovol alcoholgebruik.

Omdat we ontdekten dat bijna de helft van de SEH-patiënten werd gemist bij het routinematig screenen op risicovol alcoholgebruik op de SEH, onderzochten we in **hoofdstuk 3** in hoeverre patiënt-en personeelsgerelateerde factoren zorgden voor het falen van de screening. Daarnaast onderzochten we of patiënten die niet waren gescreend risicofactoren hadden voor risicovol alcoholgebruik. Voor deze studie gebruikten we gegevens uit de alcohol screening en interventiestudie in hoofdstuk 2. In deze studie werd van elke patiënt alleen het eerste SEH-bezoek tijdens de studieperiode geïncludeerd. Van de 28019 SEH-patiënten werd twee derde gescreend op risicovol alcoholgebruik. Als patiënten niet werden gescreend, was dat meestal vanwege personeelsgerelateerde redenen en slechts in een kwart van de gevallen vanwege patiënt-gerelateerde redenen (weigeren of niet in staat zijn om mee te werken). Opvallend was dat patiënten met risicofactoren voor risicovol alcoholgebruik minder vaak gescreend werden dan patiënten zonder risicofactoren. De hoogste prevalentie van risicofactoren werd gevonden bij patiënten die niet konden of wilden meewerken met de screening.

In het tweede deel van dit proefschrift onderzochten we het effect van telefonische nazorg voor zelfstandig wonende, oudere patiënten na ontslag vanaf de SEH op gezondheidsgerelateerde uitkomsten.

In **hoofdstuk 4** beschreven we een systematisch literatuuronderzoek, waarin het effect van telefonische nazorg na een bezoek aan de SEH voor patiënten van 65 jaar en ouder op gezondheidsgerelateerde uitkomsten werd geëvalueerd, vergeleken met controle interventies of standaard zorg. Slechts twee gecontroleerde onderzoeken van hoge kwaliteit voldeden aan de selectiecriteria, met in totaal 2120 patiënten. Er werd geen effect gevonden van telefonische nazorg op het aantal herbezoeken op de SEH, ziekenhuisopnames, het verkrijgen van voorgeschreven medicatie of het naleven van vervolgafspraken. Echter, de meerderheid van de patiënten die in aanmerking kwam voor telefonische nazorg kon niet worden bereikt of weigerde deel te nemen aan het onderzoek.

In **hoofdstuk 5** presenteerden we onze eigen pragmatische, gerandomiseerde, gecontroleerde studie, waarin we het effect van telefonische nazorg op het aantal

ongeplande ziekenhuisopnames en ongeplande herbezoeken op de SEH binnen 30 dagen na ontslag hebben onderzocht. In deze studie werden zelfstandig wonende patiënten van 70 jaar en ouder verdeeld in twee groepen: patiënten die in de oneven maanden de SEH bezochten, kregen een telefonisch nazorggesprek (interventiegroep) en patiënten die in de even maanden de SEH bezochten kregen een telefonische tevredenheidsenquête (controlegroep) binnen 24 uur na ontslag vanaf de SEH. Ruim een derde van de patiënten die in aanmerking kwam voor een telefoongesprek werd niet gebeld en een derde werd niet bereikt door het SEH-personeel na maximaal drie belpogingen, met name door een tekort aan beschikbaarheid van SEH-verpleegkundigen. Uiteindelijk werd een derde van de 9836 patiënten telefonisch bereikt en was bereid deel te nemen aan het gesprek. Tussen de twee patiëntengroepen werd geen statistisch significant verschil gevonden in het aantal ongeplande ziekenhuisopnames en/of herbezoeken binnen 30 dagen na ontslag vanaf de SEH. Er werd eveneens geen gunstig effect van telefonische nazorg aangetoond binnen subgroepen, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, woonsituatie en mate van drukte op de SEH tijdens ontslag.

Om te begrijpen waarom veel interventies, die worden geïnitieerd tijdens of na ontslag vanaf de SEH geen reductie geven van het aantal ongeplande herbezoeken op de SEH, onderzochten we in **hoofdstuk 6** of er een associatie bestond tussen karakteristieken van patiënten en het SEH-bezoek van zelfstandig wonende SEH-patiënten van 70 jaar en ouder en ongeplande herbezoeken op de SEH. Daarnaast onderzochten we de redenen voor de ongeplande herbezoeken op de SEH van deze patiënten. Voor deze studie werden observationele data van controlegroep patiënten uit de pragmatische gerandomiseerde gecontroleerde studie gebruikt, die is beschreven in hoofdstuk 5. Van de 1659 patiënten in de controlegroep hadden er 222 (13,4%) minstens één ongepland herbezoek binnen 30 dagen na ontslag vanaf de SEH. We vonden verschillende patiëntkenmerken en karakteristieken van het SEH-bezoek die geassocieerd waren met ongeplande herbezoeken op de SEH. De meerderheid van de patiënten die retour kwamen naar de SEH, deden dat om medische redenen, namelijk vanwege dezelfde ziekte als het voorafgaande SEH-bezoek of vanwege een nieuwe klacht. Herbezoeken vanwege patiëntgerelateerde redenen kwamen minder vaak voor. Ook patiënten met drie of meer ongeplande herbezoeken kwamen het vaakst terug vanwege dezelfde ziekte als het voorafgaande SEH-bezoek.

Hoofdstuk 7 bevat de algemene discussie, methodologische overwegingen, klinische implicaties van de belangrijkste bevindingen en een perspectief voor toekomstig onderzoek en toekomstige interventies en programma's. Hoewel de hypothese was dat de twee proactieve zorgprogramma's die werden geëvalueerd in dit proefschrift effectief zouden zijn, konden we er geen duidelijke voordelen van aantonen voor de patiënt. Bovendien bleek de haalbaarheid van de proactieve zorgprogramma's beperkt, aangezien veel patiënten die ervoor in aanmerking kwamen niet werden

bereikt, zowel om personeels-als patiëntgerelateerde redenen. De bevindingen suggereren dat detectie van risicopatiënten mogelijk is op de SEH, maar dat het uitvoeren van extra interventies door SEH-personeel, naast de reguliere zorg, niet haalbaar en niet effectief blijkt. Aanvullende interventies kunnen wellicht beter in een later stadium en op een andere locatie dan de SEH worden uitgevoerd. Dit vraagt om een goede samenwerking tussen de betrokken zorgorganisaties in de keten. Daarnaast zou een betere coördinatie van de zorg voor risicopatiënten de sleutel kunnen zijn tot het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het welzijn van deze patiënten. Het zou bovendien kunnen gaan bijdragen aan het verminderen van de druk op de spoedeisende zorg.

De bevindingen in dit proefschrift benadrukken de waarde van wetenschappelijke evaluatie van interventieprogramma's op de SEH, ook van programma's die bij aanvang evident zinvol lijken. Meer onderzoek naar SEH-processen, interventies en karakteristieken van SEH-patiënten is nodig om de organisatie en de kwaliteit van de zorg op de SEH te optimaliseren en om in de toekomst weloverwogen beleidskeuzes te maken.