



Transitie-experiment Geriatisch Netwerk Rotterdam en Omgeving

Zorgprogramma voor Preventie en Herstel: een persoonsgerichte, integrale interventie ter preventie van functieverlies na ziekenhuisopname.

Status: gehonoreerd 25 mei 2009

Projectleider en penvoerder

Prof.dr. J.P. Mackenbach
Erasmus MC
Maatschappelijke Gezondheidszorg

Projectleden

- T.J.E.M. Bakker, psychogeriatr, lid Raad van Bestuur Argos Zorggroep / afdeling Verpleeghuisgeneeskunde VU medisch centrum Amsterdam
- Dr. M. Koopmanschap, institute for Medical Technology Assessment, Erasmus MC Rotterdam
- Prof. dr. J. Mackenbach, Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC Rotterdam
- Mw. dr. A. Nieboer, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Prof. dr. E.W. Steyerberg, Medische Besliskunde, Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC Rotterdam
- Dr. J. Van Wijngaarden, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam

Projectadviseurs

- Mw. dr. T. van der Cammen, Klinische Geriatrie, Erasmus MC Rotterdam
- Prof.dr. D.J.H. Deeg, EMGO Instituut, VU Medisch Centrum Amsterdam
- Dr. J. Krulder, Klinische Geriatrie, Vlietland Ziekenhuis Vlaarding
- Prof. dr. M.W. Ribbe, Verpleeghuisgeneeskunde van VU medisch centrum Amsterdam

Samenvatting

Probleemstelling

Van de 65-jarigen die in het ziekenhuis worden opgenomen functioneert ongeveer 35% na ontslag slechter dan vóór de opname. Opvallend is, dat een groot deel van deze functieproblematiek niet samenhangt met de primaire reden van opname. De ziekenhuisopname zelf leidt kennelijk in veel gevallen tot functieverlies, bv. door gebrek aan fysieke activiteit, of depressieve gevoelens. Functiestoornissen spelen een grote rol bij de ervaren kwaliteit van leven, bij de noodzaak tot permanente intramurale opname (ook in het 'verkeerde bed'), en bij de ervaren belasting van de mantelzorg.

Doelstelling

Het Zorgprogramma voor Preventie en Herstel (ZPH) is een interventie om dit ziekenhuisgerelateerde functieverlies tegen te gaan. Het doel van het ZPH is om risicofactoren voor onnodig functieverlies vroegtijdig te onderkennen, door preventieve interventies verder functieverlies te voorkomen, een snelle terugkeer naar de thuissituatie te bevorderen en daar het functieherstel te behouden. Daarnaast heeft het ZPH het doel om de

belasting van de mantelzorger te verminderen en de kwaliteit van de zorg zowel zorginhoudelijk als procesmatig te verbeteren.

Zorgprogramma voor Preventie en Herstel

Binnen het ZPH worden bestaande behandelmethodes en trajecten voor reactivering van kwetsbare ouderen op een dusdanige wijze georganiseerd dat ze beter passen bij de behoeften van de oudere en daardoor betere effecten zullen opleveren voor de oudere en mantelzorger.

Het ZPH kent drie onderdelen:

1. Vroeg beginnen: reacterende behandeling start binnen 48 uur na opname in het ziekenhuis;
2. Intensieve nabehandeling (via het Centrum voor Preventie en Herstel (CPH) voor een deel van de kwetsbare ouderen);
3. Intensieve nazorg in de eerste lijn gericht op reactivering en functiebehoud in de thuissituatie m.b.v. een casemanager met geriatrische deskundigheid.

Daarbij gebruikmakend van een integrale, multidisciplinaire benadering en een doelgerichte, methodische aanpak (Goal Attainment Scaling).

Hiermee bevat het ZPH elementen die met de huidige stand van de wetenschap en consensus onder zorgverleners als noodzakelijk worden geacht voor een succesvolle reactivering van ouderen, zoals vroeg starten met behandeling, intensieve nazorgprogramma's thuis en een multidisciplinaire strakke methodiek. Vernieuwend is, dat deze elementen in een integraal zorgprogramma worden gepresenteerd van de start van behandeling in het ziekenhuis tot en met nazorg thuis.

Meerwaarde

De meerwaarde van het ZPH berust op de combinatie van effectieve onderdelen in een samenhangend programma. Door al vanaf de ziekenhuisopname en ook er na te interveniëren beoogt het ZPH-programma de functieproblematiek in de oudere bevolking te verminderen. Het programma is proactief gericht op reactivering, in plaats van het meer afwachtende concept van een herstelafdeling in het ziekenhuis of de huidige reactiveringszorg in verpleeghuizen. De nazorg in de eerste lijn levert bovendien niet alleen een groter behoud op van de behaalde effecten van de behandeling en herstelinterventies in het ziekenhuis en van het CPH en de verpleeghuisreactiveringsafdelingen, maar leidt tevens tot een toename in kennis en kunde in de eerstelijnspraktijk van geriatrische problematiek en herstelmogelijkheden.

Doelgroep

Het Zorgprogramma voor Preventie en Herstel (ZPH) richt zich op ouderen (65+) met een hoog risico op functieverlies, gezien de aanwezigheid van meerdere determinanten van functieverlies, gedurende opname in het ziekenhuis. In een pilotstudie bleek dat ca. 40% van de opgenomen patiënten van 65 jaar en ouder tot deze groep kan worden gerekend. Veel van deze ouderen hebben vier of meer risicofactoren voor een verminderde zelfredzaamheid, zoals vallen in de voorgeschiedenis, gebruik van vier of meer medicijnen tegelijkertijd, gewichtsverlies van meer dan één kilo in de afgelopen maand, de aanwezigheid van psychiatrische functiestoornissen (angst, depressie). De ouderen kunnen zowel acuut als electief opgenomen zijn.

Evaluatie

Vraagstelling

De hoofdvraag is of het ZPH voor kwetsbare ouderen, opgenomen in het ziekenhuis, leidt tot kwalitatief betere zorg die kosteneffectief is in vergelijking met in Nederland gebruikelijke geriatrische zorg (met of zonder klinische geriatrie en met of zonder ziekenhuis verplaatste zorg).

Onderzoeksopzet

In de evaluatie van het ZPH wordt gebruikgemaakt van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden in een quasi-experimenteel onderzoeksdesign. De effecten op

functioneren en kwaliteit van leven van ouderen worden in een prospectieve cohortstudie gemeten, en het CPH wordt geëvalueerd door middel van een randomized controlled trial (RCT).

Settings

In de studie zullen drie typen ziekenhuizen deelnemen met verschillende niveaus van geriatrische zorg:

- a. een ziekenhuis zonder klinische geriatrie, zonder ziekenhuis verplaatste zorg en zonder nazorg in de eerste lijn (Ruwaard van Putten, Spijkenisse);
- b. een ziekenhuis met klinische geriatrie, ziekenhuis verplaatste zorg/zorghotel en zonder nazorg in de eerste lijn (St. Franciscus Gasthuis met De Stroom Opmaat Groep, Rotterdam);
- c. een ziekenhuis met klinische geriatrie en ZPH tot in de eerste lijn (Vlietland Ziekenhuis en de Argos Zorggroep, regio Nieuwe Waterweg Noord)

Onderzoeksgroepen

Gedurende 1 jaar worden via een triage met de ISAR bij de totale instroom van 65-plussers (7000 per locatie) kwetsbare ouderen geïdentificeerd (4500 per locatie). Uit deze groep wordt een aselecte steekproef van 900 kwetsbare ouderen per locatie samengesteld. Op de interventielocatie worden daarnaast 400 kwetsbare ouderen geïdentificeerd die in aanmerking komen voor het CPH. Deze groep wordt gerandomiseerd over ZPH in- of exclusief verblijf in het CPH.

Follow-up en gegevensverzameling

Er worden gegevens verzameld bij opname, 3 en 12 maanden na opname over de primaire uitkomstmaten voor ouderen en de mantelzorger (fysiek functioneren, kwaliteit van leven, en ervaren belasting), risicofactoren van functieverlies, en indicatoren van het zorgproces. Voor een goede beoordeling van de effecten van het ZPH worden kwantitatieve procesindicatoren gemeten, die betrekking hebben op de behandelintegriteit van het ZPH (bv welke disciplines waren bij de behandeling betrokken). Daarnaast wordt via een audit de kwaliteit van de geleverde zorg en het zorgtraject in de drie settings gedetailleerd in kaart gebracht. De uitkomsten op 3 en 12 maanden worden vergeleken tussen de drie locaties met statistische correctie voor verschillen in casemix en behandelregimes ('confounders').

Beoogde resultaten

Naar verwachting zal het Zorgprogramma voor Preventie en Herstel leiden tot:

- verbeteringen in structuur- en proceskwaliteit van de zorg voor kwetsbare ouderen tijdens en na ziekenhuisopname;
- een beter functioneren en betere kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen;
- een lagere belasting van de mantelzorgers;
- een kortere duur van intramuraal verblijf na ziekenhuisopname,
- vermindering van heropnames,
- vermindering van verpleeghuisopnames,
- en vermindering van de 'verkeerde-bed'-problematiek;
- en een betere kosteneffectiviteit van de zorg voor kwetsbare ouderen tijdens en na ziekenhuisopname.

Op grond van de uitgebreide informatie over het zorgproces in de drie settings en de succes- en beperkende factoren die uit de kwalitatieve analyses naar voren komen, zal na afloop van het experiment voor de controlelocaties een programma ontworpen worden dat functieverlies kan voorkomen. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de evaluatieresultaten op de interventielocatie.

Meer informatie

- Prof.dr. Ewout Steyerberg, hoogleraar medische besliskunde, Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, tel: 010-703 8470, e.steyerberg@erasmusmc.nl
- Dr. Anna Nieboer, medisch socioloog (UHD), instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, 010-408 2804, nieboer@bmg.eur.nl
- www.erasmusmc.nl/genero