

Effectieve ouderenzorg, de Transmurale Zorgbrug als voorbeeld

Kent u het sprookje van de soepsteen? Sprookjes zijn een heel nuttige manier om nieuw gedachtegoed te verbeelden. De soepsteen gaat erover hoe u met een steen, wat groenten en kruiden uit de moestuin, restjes eten van de vorige dag en veel creativiteit in tijden van schaarste een heel prima soep kunt maken die vele monden kan voeden. Hoe verhoudt zich dat dan tot zorg vraagt u zich misschien af? Dat zal ik u in dit artikel proberen uit te leggen.

Door: S.E.J.A. de Rooij

De afgelopen jaren is er in rap tempo een kentering gekomen in het denken over welzijn en zorg voor ouderen. Weliswaar lijkt dit enerzijds te worden ingegeven van overheidswege door kostenbeheersing, maar wel degelijk spelen veranderingen in het denken over ouder worden door de ouderen zelf de grootste rol hierbij. Tegelijk met meer aandacht voor welbevinden, individuele zelfredzaamheid, gezondere leefgewoonten, levensloopbestendig wonen en een andere rol voor informele netwerken, zijn ook nieuwe vormen van samenleven ontstaan: stadsdorpen, virtuele leefgemeenschappen en Huizen voor de Buurt, gerund door vrijwilligers, veelal ouderen zelf. Het zelf vormgeven van de oude dag met accenten op succesvol verouderen en gezonder ouder worden heeft in toenemende mate weinig meer gemeen met het oude 'aanbodgerichte' denken vanuit de professionele welzijns- en gezondheidszorg.

Via gebruik van e-health en m-health zal het beroep dat op de professionele zorg, huisarts,

wijkverpleegkundige, medisch specialist en ziekenhuis wordt gedaan ook een ander karakter krijgen: van 'zegt u het maar' naar 'u zegt dat wel maar'. Niet alleen de vorm van het contact met professionele hulpverleners is reeds aan het veranderen (telemedicine, screen-to-screen) maar ook de inhoud. De resultaten van de ingezette zorg worden anders gewogen, overlevingswinst en administratieve uitkomsten worden steeds meer vervangen door de meer patiënt relevante uitkomsten, fysiek functioneren, kwaliteit van leven, ervaren over- en onderbehandeling en zorgbehoefte. Daarnaast zijn de noodzaak en (dus ook) de kosten van diagnostische en therapeutische mogelijkheden toenemend onderwerp van maatschappelijk debat aan het worden (moet alles wat kan, prijs van geneesmiddelen, inzet van de Da Vinci-robot) en ook komt de vraag 'wat mogen de kosten per gewonnen levensjaar zijn' steeds meer op.

In dit artikel wordt achtereenvolgens stilgestaan bij de oudere van nu, wat er met de kennis van nu in de nabije toekomst zal gaan veranderen en hoe we hier als professionals mee kunnen omgaan. Ook staan we stil bij grote zorgexperimenten die we als ouderennetwerk de afgelopen jaren met veel partners hebben uitgevoerd als bijdrage aan effectieve ouderenzorg.

Nu

De oudere van nu is toenemend actief op internet en heeft een sociaal netwerk dat steeds vaker ook via de sociale media contact onderhoudt met elkaar. Deze ontwikkeling betreft



Sophia de Rooij

ruim 60 procent van de hedendaagse ouderen. Informatie over gezondheid en welzijn bereikt deze groep ouderen via veel meer wegen dan alleen via professionals. Veel van deze ouderen zijn slechts incidenteel in beeld bij de professionele zorg. Door de beschikbare informatie op internet ontstaan bij deze 'self-supporting' ouderen wel nieuwe vraagstukken zoals de betrouwbaarheid van de aangeboden informatie. Bij ouderen met nieuwe en bestaande zorgvragen groeit de behoefte aan zelfregie, zelfzorg en goede ondersteuning hierbij als voorwaarden om langer zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen. Het accent van deze ondersteuningsbehoefte komt hierbij steeds meer te liggen op preventie van fysieke en cognitieve beperkingen, zelfmanagement van de aanwezige chronische ziekten en in de laatste plaats pas op ondersteuning bij beperkingen. 'Preventie en voorzorg' is beter dan 'acceptatie en aanpassen' lijkt het adagium van het nieuwe ouder worden te gaan worden.

Overmorgen

Als we de oudere met zijn hulpvraag daadwerkelijk centraal stellen en zijn behoefte aan zelfregie, zelfzorg en zelfmanagement echt serieus willen nemen, kunnen we in ieder geval constateren dat er op korte termijn behoefte is aan nieuwe zorgconcepten. En als het dan gaat om echte innovaties in de zorg, dan betreft dat niet alleen de ontwikkeling en inzet van moderne medische technologie, die vaak wordt aangeboden in tweedelijns en derdelijns zorgcentra.

Als we uitgaan van de wijk binnen een gemeente of stad als de nieuwe omgeving en eenheid waarbinnen zelfzorg en preventie, welzijn, zorg en aanvullende diensten gaan worden geboden, zijn hier juist innovatieve zorgconcepten nodig om kwalitatief goede zorg toegankelijk en betaalbaar te houden en dichtbij de cliënt gesitueerd. Het gewenste resultaat van integrale zorg en welzijn is hierbij leidend en niet het aantal verrichtingen. Hierbij past dat anders wordt gekeken naar de organisatie van zorg; bijvoorbeeld met nieuwe samenwerking van huisartsen en wijkverpleging, nieuwe verbindingen van ziekenhuis en eerstelijnszorg. Binnen de langdurige zorg ontstaat een beweging naar langer thuis (ook bij aanzienlijke beperkingen); ook zijn er nieuwe bewegingen naar ziekenhuiszorg in de thuissituatie waarbij ouderen medisch-specialistische zorg en/of begeleiding krijgen in samenhang met intensieve verpleging thuis. Interdisciplinaire samenwerking omdat gezondheidszorg vooral teamwork is, geen patchwork. Naast samenwerking vergt

dit nieuwe denken niet alleen katalyseren van de hiervoor benodigde bewustwording bij de cliënt maar ook een open houding bij de zorgprofessional voor deze nieuwe ontwikkelingen, geplaatst in een nieuw zorglandschap.

Hoe ziet dit nieuwe zorglandschap eruit in de nabije toekomst? Een aantal concrete voorbeelden van wetenschappelijk onderbouwde nieuwe werkwijzen die gezamenlijk effectieve ouderenzorg gaan bieden, wordt gegeven en er wordt ingegaan op hoe deze verkregen inzichten kunnen worden vertaald naar de dagelijkse praktijk.

Sinds 2008 is de Kring OuderenZorg (KOZ) AMC en partners actief met meer dan 50 partners. KOZ wilde met deze samenwerking de gezondheids- en welzijnszorg integreren en innoveren. Vanuit de wensen en behoeften van en in samenspraak met ouderen en hun mantelzorgers is de ambitie langzaam verschoven naar het bieden van effectieve ouderenzorg. Goede samenwerking tussen ouderen(organisaties) en zorg-, welzijns- en kennisinstellingen is hiervoor onontbeerlijk. Maar ook openstaan voor suggesties en je als onderzoekers en professionals scherp willen laten houden door de zorgen en wensen van de doelgroep zelf ble-

Wat is bekend?

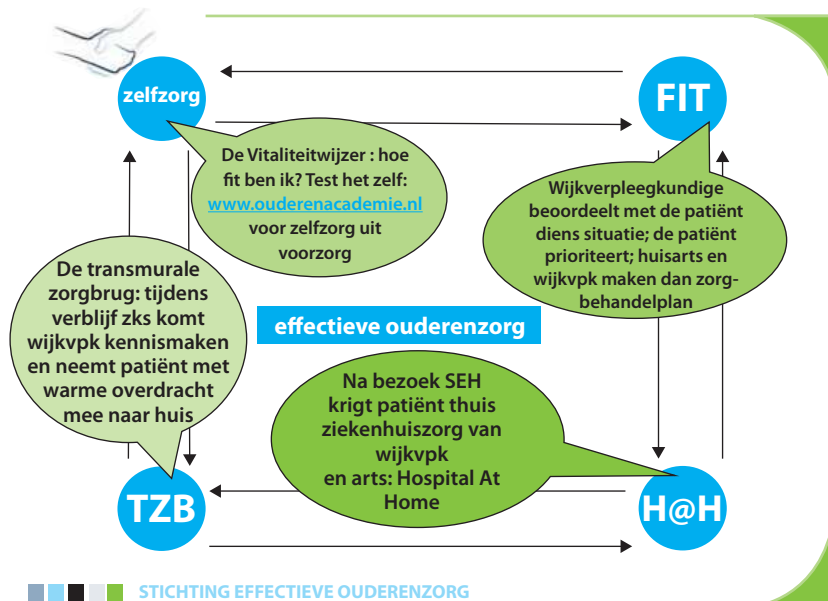
Gezond ouder worden betekent voor degene die er al over nagedacht heeft niet alleen zo lang mogelijk gezond blijven, dus voorkomen, uitstellen en adequaat behandelen van ziekten, maar ook het voorkomen van beperkingen en ongemakken die de oude dag kunnen vergezellen. Behoud van fysiek functioneren is de sleutel tot zelfredzaamheid, sociaal participeren, waardigheid en welbevinden.

In de fase waar niet alleen ziekten maar ook beperkingen hun intrede hebben gedaan en een acute ziekte om direct handelen vraagt, dient dit handelen vooral de doelen van de patiënt na te streven en niet per se gericht te zijn op technische ingrepen ten behoeve van levensverlenging. Bij goede ouderenzorg gaat het om weten wanneer te behandelen, te behouden of te berusten. Dit vraagt om tijdige communicatie en afstemming met ouderen en hun naasten maar ook tussen hun behandelaren. Randvoorwaarden zijn adequate scholing van artsen, verpleegkundigen en van de ouderen zelf. Ook telt een optimale inzet van technologie. Wetenschappelijke inzichten ondervangen daarnaast onheuse onderbehandeling en belastende overbehandeling. Als de oplossing er nog niet is, dan creëren we hem, samen met de doelgroep.

Wat is nieuw?

Effectieve ouderenzorg is te bieden door de zorg die in de eerste lijn en in de tweede lijn wordt geboden, beter op elkaar te laten aansluiten. Eigenlijk wisten we dit al lang. Wat is dan de innovatie? Effectieve ouderenzorg vraagt niet alleen om een nieuwe werkelijkheid, maar ook om revolutionaire zorgconcepten en bereidheid tot innovaties en samenwerking. Dat durven in te richten met partners is nieuw. De geschetste zorgconcepten vormen samen de hoekstenen van het nieuwe zorghuis, de inrichting moeten de doelgroep en de professionals samen doen.

Deze zorgconcepten vertonen in samenhang een aanzet tot effectieve ouderenzorg. Wij, in ieder geval de vooruitstrevende zorgprofessionals onder ons, zijn aan zet om hier gezamenlijk soep van te maken, de wijkverpleegkundige is hierbij onze soepsteen.



Figuur 1. Innovatieve zorgconcepten in onderlinge samenhang ten behoeve van effectieve ouderenzorg

ken de weg te wijzen naar effectieve ouderenzorg.

De KOZ is onderdeel van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Het NPO stamt ook uit 2008 en is een initiatief van VWS. Het NPO is ontstaan als reactie op de versnipperde zorg voor kwetsbare ouderen. VWS vroeg de acht universitaire medisch centra in de praktijk te onderzoeken hoe het bieden van ouderenzorg beter kan. Het doel was minimaal te komen tot een samenhangend zorgaanbod dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen. Voor ouderen zou deze nieuwe weg moeten leiden tot meer zelfredzaamheid, meer functiebehoud en minder terug hoeven vallen op de zorg. Het NPO stelde ons als KOZ in de gelegenheid een aantal innovatieve zorgexperimenten in te richten, eigenlijk ook te lezen als innovaties in de zorg omdat ze anders aangrijpen dan de huidige zorg. Via deze en nog uit te voeren experimenten beogen we te komen tot effectieve ouderenzorg. Dit is ouderenzorg die aansluit bij de doelen die ouderen zelf stellen: behandelen, behouden van functioneren of berusten in het onvermijdelijke en hierbij de kwaliteit van leven bewaken.

Functiebehoud In Transitie: FIT-zorgmodel

Momenteel besteden veel groepen zorgprofessionals aandacht aan proactieve ouderenzorg bij thuiswonende ouderen. Niet altijd gebeurt dit echter op systematische wijze en zelden is de beoogde werkwijze wetenschappelijk onderzocht op (kosten)effectiviteit. Functiebehoud in Transitie is het eerstelijns

transitie-experiment van de Kring OuderenZorg AMC & partners waarbij een praktijkverpleegkundige of wijkverpleegkundige samen met de huisarts oudere patiënten met een verhoogd risico op functieverlies begeleidt door middel van maximaal zes huisbezoeken. Voor dit experiment is een gevalideerd screeningsinstrument beschikbaar (Identification of Seniors At Risk, ISAR-PC), een systematisch onderzoek naar 25 bij ouderen veelvoorkomende problemen en een protocol voor multidisciplinaire begeleiding. De complete geriatrische analyse en de protocollen voor de verpleegkundigen en de huisarts zijn ook verwerkt in een digitale ouderenzorgmodule die samen met een ICT-partner voor de iPad is ontwikkeld en reeds door meer dan 400 huisartsen in delen van Nederland wordt gebruikt.

In de zomer van 2014 worden de laatste resultaten verwacht van de tweejarige gerandomiseerde FIT-studie onder bijna 12.000 thuiswonende ouderen van 70 jaar en ouder in de regio Noord-Kennemerland. Van hen ontvingen er 6000 gewone zorg en uit de 6000 anderen werd uiteindelijk 18 procent geselecteerd die baat zou kunnen hebben bij proactieve wijkverpleegkundige begeleiding bij somatische, psychische en sociale problemen middels het FIT-zorgmodel. Als uitkomst is het fysiek functioneren, immers de sleutel tot sociaal participeren, na twee jaar gekozen. Ouderen mochten zelf prioriteren aan welke vastgestelde problemen ze samen met de wijkverpleegkundige wilden werken. In de huisbezoeken werden ze coachend begeleid. Dit coachend begeleiden vormde samen met de sociale omgeving van de oudere een van de sleutelementen van het door Inholland verzorgde onderwijs.

Door deze methodiek in de huisartsenpraktijk te implementeren zal een oudere naar verwachting ook met de juiste informatie in het ziekenhuis kunnen worden opgenomen en zal er regionaal vloeiende zorg kunnen worden geboden rondom acute en chronische zorgbehoefte. De digitale ondersteuning van de overdracht van informatie zal hier zeker aan bijdragen.

De oudere patiënt in het ziekenhuis

Goede proactieve zorg in de eerste lijn leidt tot minder ziekenhuisopnames, dat is de verwachting. Maar voor de oudere patiënt van nu is een acute ziekenhuisopname niet altijd te voorkomen en is ziekenhuisverblijf ook een risicovolle gebeurtenis. Ongeveer 30 procent van deze ouderen heeft drie maanden na opname nieuwe beperkingen in het functioneren en 25 procent komt binnen deze periode te

overlijden. Bij een acute ziekenhuisopname heeft 75 procent van de oudere patiënten multimorbiditeit en daarnaast gemiddeld vijf geriatrie problemen, zoals een delier, polyfarmacie en mobiliteitsproblemen. Goede begeleiding tijdens en na ziekenhuisbehandeling is nog niet de norm voor deze patiëntengroep. In 2002 (Defence I-studie) en 2005 (Defence II-studie) waren we al gestart met de ontwikkeling van verbeterde herstellzorg. Dit gebeurde als eerste door het in kaart brengen van de geriatrie problemen bij acuut in het ziekenhuis opgenomen ouderen en vervolgens hun vervolgtraject te beschrijven.

Uit deze eerdere studies onder acuut opgenomen ouderen in meerdere Nederlandse ziekenhuizen bleek dat het zorgtraject van acuut opgenomen ouderen aanzienlijk kon worden verbeterd door:

1. een systematische opsporing van ouderen met een verhoogd risico op functionele achteruitgang direct bij ziekenhuisopname: niet alle ouderen hebben de intensievere aandacht en begeleiding nodig van een geriatrieteam;
2. het systematisch diagnosticeren van de aanwezige geriatrie problemen die naast de acute en chronische ziekte(n) bestaan;
3. een betere overdracht tussen ziekenhuis en thuissituatie: de medische overdracht arriveert vaak laat in de thuissituatie waardoor onduidelijkheid ontstaat over de (nieuwe) medicatie;
4. individuele begeleiding na ziekenhuisontslag: veel oudere patiënten worden naar huis ontslagen met gewijzigde medicatie, nieuwe leefregels en veranderde fysieke omstandigheden zonder dat het ziekenhuis zich ervan vergewist dat de zorg thuis goed aansluit;
5. de zorg thuis niet alleen te richten op ondersteuning maar ook op herstellen en zelf de regie voeren over dit herstelproces.

Van Transitional Care naar een Transmurale Zorgbrug

In de Verenigde Staten waren reeds meerdere studies verricht naar zogenoemde 'Transitional Care'. De twee grondleggers van dit concept, Eric Coleman en Mary Naylor, hadden beiden onafhankelijk van elkaar laten zien dat begeleiding van oudere ziekenhuispatiënten door een speciaal opgeleide verpleegkundige minder heropnames oplevert. Meerwaarde van de interventie was dat deze verpleegkundige zowel in het ziekenhuis als in de thuissituatie vooral ook ouderen en hun mantelzorgers coachte in herstel na ziekenhuisbehandeling. In Neder-

land was deze vorm van herstellzorg nog niet ontwikkeld. Dit concept werd in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) vertaald naar het transitie-experiment de Transmurale ZorgBrug.

De Transmurale Zorg Brug

Fase 1: Geriatrieteam biedt aanvullende zorg tijdens opname

Oudere patiënten die langer dan twee dagen in het ziekenhuis zijn opgenomen, krijgen naast de behandeling van de acute ziekte ook een evaluatie door het geriatrieteam. Dit team bestaat uit een gespecialiseerde verpleegkundige en een geriater. Binnen 48 uur worden alle nieuwe patiënten onderzocht middels een screeningsinstrument (ISAR-HP, 4 korte vragen) dat ouderen met een verhoogd risico op functioneverlies kan selecteren. Deze ouderen krijgen een onderzoek naar aanwezigheid van geriatrie problemen (CGA), gevolgd door een interventie op maat. Deze interventie wordt opgestart door de verpleegkundige maar mocht een oudere vijf of meer geriatrie problemen hebben of een psychisch probleem (zoals een delier) dan komt de geriater zelf ook in consult. De prioritering die de oudere zelf aan de problemen geeft is leidend bij het uiteindelijke zorgbehandelplan.

Fase 2: Overdracht in het ziekenhuis

Centraal in de transmurale zorgbrug is de begeleiding van de oudere door een 'transitiecoach', een verpleegkundige met deskundigheidsniveau 5, werkzaam in de eerste lijn (in de huisartspraktijk of in de wijk). Deze verpleegkundige maakt 'kennis' met de oudere en zijn mantelzorger in het ziekenhuis. De verpleegkundige krijgt tijdens een overdracht van het geriatrieteam ook het zorgbehandelplan mee. Dit zorgbehandelplan vormt de basis voor de verdere begeleiding na het ziekenhuisontslag.

Fase 3: Begeleiding na ziekenhuisbehandeling

Binnen twee dagen na thuiskomst komt de verpleegkundige bij de oudere thuis op bezoek. Tijdens dit huisbezoek wordt onder meer de medicatie doorgenomen. Ondanks de medicatieoverdracht vanuit het ziekenhuis, worden regelmatig medicatieproblemen geïdentificeerd, zoals het niet hervatten (of onnodig dubbel) van medicatie die thuis werd gebruikt. Indien nodig overlegt de verpleegkundige met de huisarts of met de arts uit het ziekenhuis. Daarnaast wordt tijdens dit bezoek aandacht besteed aan het herstelproces.

Samen met de patiënt wordt nagegaan of afspraken met de thuiszorg toereikend zijn en of de mantelzorger in staat is aanvullende zorg te bieden. Indien nodig regelt de verpleegkundige de benodigde (extra) voorzieningen, zoals uitbreiding van thuiszorg of hulpmiddelen.

Twee weken na thuiskomst volgt een tweede huisbezoek. Tijdens dit bezoek wordt het zorgbehandelplan doorgenomen. De oudere zelf wordt nogmaals gevraagd naar zijn prioriteiten en welke doelen hij de komende periode zelf wil behalen. Ouderen blijken in de thuissituatie namelijk veel beter in staat hun prioriteiten aan te geven. Zo nodig wordt tijdens het huisbezoek ook een controleafspraak bij de medisch specialist voorbesproken. Na deze twee bezoeken volgen op zes weken, drie en zes maanden na ontslag uit het ziekenhuis nog drie contactmomenten. Hierbij wordt telkens het zorgbehandelplan als uitgangspunt genomen. De verpleegkundige beslist samen met de oudere hoeveel bezoeken daadwerkelijk nodig zijn. In de praktijk blijkt dat in de regel drie huisbezoeken, dus vier in totaal, voldoende zijn.

De transmurale zorgbrug heeft als uiteindelijk doel minder sterfte na ontslag, behoud van functioneren na ziekenhuisopname, minder vermijdbare heropnames en voorkomen van verpleeghuisopname. Momenteel lijkt er in ieder geval sprake van 40 procent sterftereductie en minder kosten door uitstel van verpleeghuisopname. Andere uitkomsten blijken ligduurverkortung en minder kosten te zijn door uitstel van opname in langdurige zorg.

Scholing en website

Alle verpleegkundigen die in het zorgexperiment participeren hebben een 10-daags scholingsprogramma gevolgd van Hogeschool InHolland en zijn daarmee tevens officieel opgeleid tot praktijkondersteuner huisarts,

gespecialiseerd in ouderenzorg. Deze verpleegkundigen werden speciaal geschoold in de methodiek van coachend begeleiden van oudere patiënten met multimorbiditeit en beperkingen. Inmiddels hebben ruim 150 verpleegkundigen deze scholing gevolgd. Zonder uitzondering geven zij aan dat zij meer oog hebben gekregen voor de behoeften maar ook voor de mogelijkheden van ouderen zelf.

Financiering

De wijkverpleegkundige zorg die nu wordt geleverd binnen het transitie-experiment is voortsnog niet regulier gefinancierd en wordt betaald uit de AWBZ terwijl de besparing ligt bij de Zvw.

Per ziekenhuispatiënt kost deze zorg ongeveer 360 euro (maximaal zes bezoeken van één uur). Deze zorg kan worden geïntegreerd in het reguliere takenpakket van de wijkverpleegkundige of gespecialiseerde praktijkondersteuner ouderenzorg. De besparing die een dag korter in het ziekenhuis verblijven oplevert is 500-700 euro. Een verpleeghuisdag kost 200 euro. De TZB is dus per saldo beter en goedkoper.

Toolkit

Door een projectgroep bestaande uit ouderen en professionals is een toolkit gemaakt bestaande uit 25 veelvoorkomende problemen bij ouderen met daarin de beschikbare kennis op het gebied van deze geriatrische problemen. De toolkit is beschikbaar via www.effectieveouderenzorg.nl. Alle vragenlijsten en onderdelen van beide besproken innovatieve zorgexperimenten zijn via deze site beschikbaar gesteld.

Informatie over de auteur

Prof.dr. Sophia de Rooij is internist-ouderengeneeskunde & klinisch geriater, e-mail sejaderooij@gmail.com.