

KLINISCHE LES

Betere ziekenhuiszorg voor ouderen

STURING OP KWETSBAARHEID EN PATIËNTDOELEN

Yvonne Schoon, Marianne B. van Iersel, Didy E. Jacobsen, Jan W.A. Smit, Menko-Jan de Boer en Marcel G.M. Olde Rikkert

DAMES EN HEREN,

De huidige ziekenhuiszorg is sterk ziektegericht en kenmerkt zich steeds meer door superspecialisaties en technologische innovaties. Ook is er een trend naar concentratie van de medisch specialistische zorg in zogenaamde kernziekenhuizen. Dit lijkt haaks te staan op de behoefte aan integratie van zorg en het afwezen van interventies bij kwetsbare oudere patiënten die meerdere problemen tegelijk hebben. Om ook hen goede zorg te bieden zijn nieuwe kwaliteitsverbeteringen urgent nodig.

Om de kwetsbare oudere patiënt te laten profiteren van medische innovaties en passende, kwalitatief goede zorg te bieden staat het expliciet bepalen van de doelstellingen van deze patiënt en zijn of haar kwetsbaarheid voorop.¹ Het aantal kwetsbare ouderen zal naar verwachting toenemen van de huidige 600.000 tot 1 miljoen in 2030 (bron: Sociaal en Cultureel Planbureau, www.scp.nl). Jongere patiënten en vitale ouderen hebben meestal een enkelvoudig probleem. Daarentegen vindt bij kwetsbare ouderen een complexe interactie plaats tussen meerdere ziekten en beperkingen, en is er een verminderde reservefunctie van de organen. Dit maakt dat deze patiëntengroep al bij relatief beperkte stress of ziekte een groot risico heeft op complicaties en nadelige uitkomsten, zoals functieverlies en een langere opnameduur.² Het maakt ook dat de huidige ziektegerichte benadering niet past bij deze multiplexe complexe problemen. Aangezien ouderen in veel ziekenhuizen meer dan 50% van de ligdagen voor hun rekening nemen, zijn er in de huidige complexe ziekenhuiszorg transities nodig om kwetsbare ouderen tijdig te herkennen en hen passende en veilige zorg te bieden.³

De hoge complexiteit van het moderne ziekenhuis wordt bepaald door de aanwezigheid van vele interacterende factoren van medische, verpleegkundige, financiële, bestuurskundige en infrastructurele aard. Samen bepalen deze factoren de kwaliteit van een ziekenhuisbehandeling en verklaren ze ook de grote variatie in de kwaliteit van ziekenhuiszorg. Om deze variatie te verminderen is in het afgelopen decennium veel geïnvesteerd in richtlijnontwikkeling, ketenafspraken en veiligheidsbeleid. Tegelijkertijd nemen de risico's op niet goed gecoördineerde zorg juist toe door toenemende specialisatie binnen de medisch specialismen en door implementatie van steeds geavanceerdere technologieën.

UMC St Radboud, Nijmegen.

Afd. Geriatrie: drs. Y. Schoon, dr. M.B. van Iersel, prof.dr. M.G.M.

Olde Rikkert, geriater; dr. D.E. Jacobsen, internist
ouderengeneeskunde.

Afd. Algemeen Interne Geneeskunde: prof.dr. J.W.A. Smit, internist.

Afd. Cardiologie: prof.dr. M.J. de Boer, cardioloog.

Contactpersoon: drs. Y. Schoon (y.schoon@ger.umcn.nl).

Een oudere patiënt met meerdere problemen heeft grote kans in aanmerking te komen voor meerdere technische interventies. Wanneer deze interventies niet heel goed aansluiten bij de vraag van deze oudere, slaat dit zorgaanbod al snel om van gewenste waardecreatie naar risicovolle onnodige zorg. De kwetsbare oudere patiënt is daarbij een soort lakmoesproef voor de veiligheid van het ziekenhuis en vormt een extra uitdaging vanwege de noodzaak van integratie van zorg. Het optellen van interventies uit afzonderlijke richtlijnen is bij hen immers niet effectief, veilig of doelmatig.³ Het gezamenlijk bepalen van de concrete doelen van een behandelingsperiode kan echter wel leiden tot het adequaat prioriteren en sturen van de zorg; hierbij wordt meerwaarde gerealiseerd en de technische mogelijkheden worden passend benut.⁴

In dit artikel illustreren we aan de hand van 2 casussen hoe specialistische ziekenhuiszorg kan worden aangepast aan de complexe medische problematiek van kwetsbare ouderen. Een aanvullende geriatrische behandeling, in dit geval door een Geriatrie in de Ziekenhuizen (GIDZ)-team dat met een protocol werkt, kan de doelen en de complexe problemen van deze patiënten beter bedienen. De evaluatie hiervan vraagt om aangepaste, patiëntgerelateerde uitkomstindicatoren van effectiviteit en veiligheid.

Patiënt A, een 98-jarige vrouw, werd opgenomen op de afdeling Heelkunde met een heupfractuur. Bij onderzoek door het GIDZ-team op de Spoedeisende Hulp bleek zij zeer kwetsbaar te zijn. Ze had regelmatig COPD-exacerbaties, matig ernstige aortaklepstenose met secundair hartfalen, recente delirante episodes door recidiverende urineweginfecties en vermindering van zelfredzaamheid. Hierdoor werd haar risico op een nieuw delier en andere complicaties als zeer hoog ingeschat. Vanwege de ernstige pijnklachten van patiënte en haar doel weer zelfstandig en zonder pijn te kunnen lopen, was een operatie geïndiceerd.

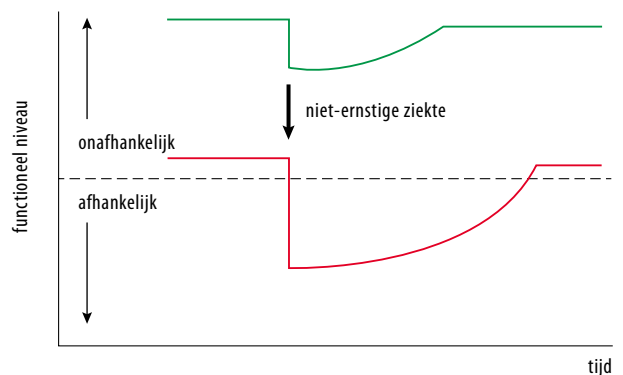
De ingreep werd goed voorbereid, onder meer door correctie van een hyponatriëmie (natrium: 125 mmol/l). Hierdoor kon ze pas 22 h na opname worden geopereerd. Patiënte kreeg profylactisch lage doseringen haloperidol en met de chirurg en anesthesist werd overlegd over de mogelijkheden om stress tijdens de ingreep te beperken. Na de geslaagde plaatsing van een kop-halsprothese werd patiënte snel gemobiliseerd door het vroeg reactiveren door verpleegkundigen, de geriatrisch fysiotherapeut en vrijwilligers. De geriater stuurde het medicatie- en infuusbeleid bij om de invloed van de ingreep op de volumebalans te minimaliseren.

Ondanks het hoge risico op complicaties had patiënte een gunstig postoperatief herstel. Ze kon functionele afstanden lopen met de rollator en na 7 dagen in het ziekenhuis kon ze verder revalideren in haar eigen verzorgingshuis.

Patiënt B, een 81-jarige man, werd voor analyse van piekende koorts opgenomen op de afdeling Interne Geneeskunde. Zijn uitgebreide medische voorgeschiedenis omvatte een dementiesyndroom sinds 2 jaar, op basis van de ziekte van Alzheimer en uitgebreide vasculaire schade. Bij opname had hij een delier, maar was hij nog mobiel. Het GIDZ-team was binnen 24 h na opname betrokken en reconstrueerde uit een aanvullende heteroanamnese en contact met de huisarts een langdurig traject van geleidelijk verminderd functioneren, met recent snellere achteruitgang.

Gedurende de opname ging patiënt verder achteruit, werd hij bedlegerig en kon hij niet goed meer slikken. Bij lichamelijk onderzoek waren er geen aanwijzingen voor een beroerte of andere nieuwe ziekten. De oorzaak van de koorts bleef onduidelijk en wij overwogen PET-CT-onderzoek.

Na overleg met de familie had het GIDZ-team aanvankelijk als doel gesteld hem te laten herstellen van zijn delier. Dit doel veranderde echter na uitwisseling van gegevens tussen de klinisch geriater, de huisarts en de internist-infectioloog, gesprekken met de familie, en een multidisciplinair overleg met de direct betrokken hulpverleners. Zij beoordeelden allemaal, inclusief de hoofdbehandelaar, dat de kwaliteit van leven van patiënt matig was, met weinig kans op goed herstel. De behandeling werd daarom gericht op vermindering van pijn en ongemak. Het geplande onderzoek werd geannuleerd en het ontslag werd voorbereid. Dit was in lijn met de eerder geuite wensen van patiënt. Na een ziekenhuisopname van 5 dagen overleed patiënt thuis met palliatieve thuiszorg. De familie was dankbaar voor het terughoudende ziekenhuisbeleid en de goede thuiszorg.



FIGUUR 1 Kwetsbaarheid van oudere patiënten voor een plotselinge achteruitgang in het functioneren door een relatief geringe, intercurrente ziekte. Bij patiënt A ging het om een ongecompliceerde urineweginfectie.

BESCHOUWING

Deze 2 casussen illustreren dat de toevoeging van een geriatrie analyse en de daaruit volgende behandel- en begeleidingsadviezen aan een specialistische behandeling belangrijk is om deze te complementeren en zo nodig bij te sturen. Deze werkwijze leidde tot een door de patiënt gewenste, maar zeer verschillende uitkomst. Bij patiënt A waren het eerder doorgemaakte delier en de forse achteruitgang in het algeheel functioneren belangrijke waarschuwingssignalen voor een toegenomen kwetsbaarheid, wat een sterk verhoogd operatierisico impliceert (figuur 1). De meerwaarde van de aanvullende geriatrie behandeling was profylaxe met lage doseringen haloperidol en beperking van stress tijdens de operatie. Hierdoor werd het ontstaan van een delier voorkomen.

Ook patiënt B was beter af met het beleid dat door de

internist en geriater samen werd vormgegeven. De meerwaarde bestond hier in belangrijke mate uit het voorkomen van onnodige zorg. De paradox is dat de meerwaarde hier niet is af te leiden uit de kwaliteitsindicatoren en uitkomstmaten die nu in het ziekenhuis worden gehanteerd, zelfs niet wanneer die zouden worden uitgebreid met een analyse van het functioneren bij en de sterfte na ontslag. Toch is het zeer aannemelijk dat de kwaliteit van leven van patiënt B toenam, tegen lagere zorgkosten. Patiëntgerelateerde uitkomstmaten die de kwaliteit van leven, het realiseren van individuele doelen, en het reduceren van onnodige zorg en zorgkosten kunnen meten, ontbreken vooralsnog.

ZIEKENHUISBREDE VERBETERPROJECTEN

Uit ons systematische literatuuronderzoek blijkt dat er tot nu toe geen goed onderzoek verricht is naar ziekenhuisbrede verbeterprojecten voor ouderen.⁵ Er zijn wel

GIDZ-interventie	reguliere zorg	onderdelen (O) met hun doelen (D) en doelgroep (DG)
A	A	A O: triage op kwetsbaarheid met VMS D: alle ouderen > 70 jaar identificeren die voldoen aan de kwetsbaarheidscriteria DG: alle opgenomen patiënten ≥ 70 jaar
B C		B O: vervolgscreening door geriatrie verpleegkundige D: alle ouderen > 70 jaar identificeren die voldoen aan de kwetsbaarheidscriteria DG: alle ouderen met positieve VMS, patiënten met dementie of woonachtig in verpleeghuis
D E F		C O: doelbepaling D: doel bepalen dat oudere bij opname heeft DG: alle kwetsbare ouderen
G H I		D O: medicatiebeoordeling D: evaluatie polyfarmacie naar veiligheid en effectiviteit DG: alle kwetsbare ouderen
J		E O: behandelplan D: opstellen van het individuele behandelplan DG: alle kwetsbare ouderen
		F O: medebehandeling door GIDZ-team D: geriatrie adviezen geven gedurende de behandeling en op onderdelen de behandeling overnemen afhankelijk van vraag DG: alle kwetsbare ouderen
		G O: activering door vrijwilligers D: vroegtijdig lichamelijk, psychisch en sociaal stimuleren van herstel DG: alle kwetsbare ouderen
		H O: maatregelen voor preventie delier D: verminderen van delierincidentie DG: alle kwetsbare ouderen
		I O: uitwisseling over aanpassing richtlijn beleid D: invasieve procedures evalueren op wenselijkheid, effectiviteit en veiligheid DG: alle kwetsbare ouderen met geplande invasieve procedures
		J O: afstemming ontslag op zorgbehoefte patiënt en overdracht thuiszorg D: passend en verantwoord ontslag realiseren, met optimale kans voor herstel en lagere kans op heropname DG: alle kwetsbare ouderen

FIGUUR 2 Schematische weergave van de Geriatrie in de Ziekenhuizen(GIDZ)-interventie.⁷ Links staan de onderdelen die worden uitgevoerd in de GIDZ-interventie of in de reguliere zorg, en rechts staat een uitleg van de gebruikte letters. Onderdelen die tegelijkertijd worden uitgevoerd staan naast elkaar; onderdelen die achtereenvolgens worden uitgevoerd staan onder elkaar. Vierkanten geven onderdelen weer waarvan de inhoud vaststaat; cirkels geven onderdelen weer waarvan de inhoud flexibel is. VMS = veiligheidsmanagementsysteem.

LEERPUNTEN

- Kwetsbare ouderen vormen een steeds belangrijkere patiëntengroep in het ziekenhuis, zowel wat betreft het aantal patiënten als het aantal verrichtingen.
- De huidige ziekenhuiszorg is hoog-specialistisch en op technologie gericht, en past slecht bij de behoeften van kwetsbare oudere patiënten en hun verhoogde risico's op nadelige uitkomsten.
- De huidige proces- en uitkomstmaten van kwaliteit van ziekenhuiszorg zijn ongeschikt om het effect van behandeling op kwaliteit van leven of het behalen van individuele patiëntdoelen vast te leggen.
- Door het toenemende aanbod van technische interventies is bepaling van de doelen en van de aard en ernst van de kwetsbaarheid van oudere patiënten noodzakelijk om tot effectieve, vraaggestuurde en doelmatige ziekenhuiszorg te komen.

goede gerandomiseerde studies uitgevoerd op geïsoleerde ziekenhuisafdelingen of bij bepaalde deelgroepen, zoals het 'Hospital elder life programme' (HELP). Dit is een succesvolle multicomponentinterventie ter voorkoming van een delier. Het inzetten van de HELP-interventie resulteerde in een daling van de delierincidentie op algemeen medische afdelingen van 15 naar 10%.⁶

In het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg hebben wij in het UMC St Radboud een op de Nederlandse ziekenhuissetting aangepaste HELP-strategie ontwikkeld en geëvalueerd in de vorm van een transitieproject. Dit is de eerder genoemde interventie Geriatrie in de Ziekenhuizen. Hierin kregen kwetsbare oudere patiënten naast delierpreventieve maatregelen een gidsfunctie bij de indicatiestelling en de uitvoering van ziekenhuisinterventies. Met gidsfunctie wordt bedoeld dat het GIDZ-team samen met de patiënt en behandelend specialist richting geeft aan de doelstellingen en behandelkeuzes tijdens de ziekenhuisopname. Ook zetten we vrijwilligers in om functieverlies te voorkomen.

De GIDZ-interventie start met bepaling van de kwetsbaarheid van de patiënt. Bij alle kwetsbare ouderen wordt een aantal interventies gestart, aangepast aan hun individuele doelen en problemen. Dit betekent een systematische beoordeling van de voorgeschreven medicatie, dagelijkse begeleiding door een geriatrische verpleegkundige en inzet van een vrijwilligersteam voor lichamelijke, psychische of sociale activering. Voor dit vrijwilligersteam wierven we in ons project 30 vrijwilligers en trainden hen. De geriater wisselde informatie uit met de hoofdbehandelaar over de aanpassing van diagnostiek en interventies aan de kwetsbaarheid en doelen van de patiënt. De verschillende onderdelen van de GIDZ-interventie kunnen

schematisch worden weergegeven volgens een methodiek die is ontwikkeld voor complexe interventies (figuur 2).⁷

IMPLEMENTATIE EN EFFECTEVALUATIE

Uit de procesevaluatie van ons transitieproject bleek dat 50-90% van de deelinterventies daadwerkelijk uit te voeren was door de GIDZ-interventiefdelingen. Dit is een goed implementatieniveau vergeleken met andere implementatiestudies in de VS.⁸ We evalueerden de GIDZ-uitkomsten met een voor- en een nameting in een quasi-experimentele onderzoeksofzet; dat is bij veel van dergelijke complexe interventies de maximaal haalbare ofzet.⁵ Het vaststellen van gevoelige uitkomstmaten, geschikt voor ziekenhuisinterventies, vraagt daarbij specifieke aandacht.⁴

De uitkomstmaten die wij kozen waren met name gericht op het objectief vaststellen van de aanwezigheid van een delier en het functionele niveau. Tijdens de voormeting had slechts circa 10% van de patiënten een delier; in de HELP-interventiestudie werd deze lage delierincidentie pas gehaald na implementatie van de interventie.⁶ Na invoering van de GIDZ-interventie daalde de incidentie niet verder. Wel zagen we een significante verbetering van het functioneren 3 maanden na ontslag en een daarmee samenhangende vermindering van de mantelzorgbelasting (deze onderzoeksresultaten zijn nog niet gepubliceerd).

De HELP-interventiestudie was kosteneffectief.⁹ Bij dergelijke complexe interventies is echter meestal geruime tijd nodig om de totale doelmatigheidswinst te realiseren. Dit heeft te maken met het langzaam tot stand komen van een omvangrijke ziekenhuis transitie en het aanpassen van de bestaande praktijkvoering.

ZIEKENHUISZORG AFSTEMMEN OP INDIVIDUELE PATIËNTDOELEN

Het geschikt maken van hoogwaardige ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen zal de komende tijd een iteratief proces blijken. Nieuwe, veelbelovende ziekenhuisprocedures, zoals de recent ontwikkelde transkatheter-aortaklepvervangingen, moeten onderzocht worden op effectiviteit, veiligheid en doelmatigheid bij ouderen met een verschillende mate van kwetsbaarheid.¹⁰ In principe zijn deze invasieve innovaties immers allemaal effectief, maar tegelijkertijd ook risicovol en kostbaar wanneer ze breed worden ingezet voor de grote groep oudere patiënten.

Dames en Heren, bij kwetsbare ouderen moet de specialistische, ziektegerichte ziekenhuiszorg worden aangepast. Door implementatie van de interventie Geriatrie in de Ziekenhuizen is mogelijk winst te halen in het herstel van het functioneren van kwetsbare oudere patiënten tijdens en na een ziekenhuisopname. De meerwaarde is vaak gelegen in een geriatrische analyse van de mate van reversibiliteit van een snelle verslechtering van het func-

tioneren die leidt tot aanpassing of het afzien van verder onderzoek, en het starten van een symptomatische behandeling die beter aansluit op de individuele doelen en op het ziektebeloop van de patiënt. Deze aanpak voorkomt bovendien onnodige en belastende zorg. De maatschappelijke vraag naar verbeterprojecten is groot en er is ambitie tot verdere opschaling van deze projecten. Innovatie in de transitiefase moet daarom gepaard gaan met een goede wetenschappelijke evaluatie.

Wij vinden dat ouderen het enerzijds verdienen om te profiteren van medische vooruitgang in de ziekenhuizen, maar dat ze anderzijds moeten worden beschermd tegen aanbodgedreven verruiming van indicatiestellingen en behandelingen waarvan de risico's de voordelen overstemmen en die niet zijn afgestemd op de individuele patiëntdoelen. Deze doelbepaling is een voorwaarde voor doelmatige zorg en kan veel onnodige en ongewenste zorg voorkomen.¹¹ De kwaliteit van leven van de oudere patiënt en de kwaliteit van onze ziekenhuiszorg zijn beide te kostbaar om in de waagschaal te leggen door

zonder koerswijziging de grote groep ouderen te willen behandelen.

Franka Bakker en Anke Persoon verrichtten een wetenschappelijke evaluatie van de GIDZ-interventie. Het GIDZ-team, bestaande uit Jan Oudenes, Maartje Beek, Marleen Lenkens, Francis Straatsma, Marlies Hoogsteen, Lieveke Kremers, Andrew Tan, Jorien Thannhauser, Esther Feskens, Trudy Jacobs en Christa Hummelen-van Vessem, implementeerde de GIDZ-interventie en voerde deze uit.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: M.G.M. Olde Rikkert ontving een onderzoeksubsidie van ZonMw. Formulieren met belangenverklaringen van alle auteurs zijn beschikbaar bij dit artikel op www.ntvg.nl (zoeken op A6224; klik op 'Belangenverstrengeling').

Aanvaard op 6 juli 2013

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157:A6224

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/KLINISCHEPRAKTIJK**

LITERATUUR

- 1 McMurdo ME. Make hospitals good for older people. *BMJ*. 2013;346:f867.
- 2 Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381:752-62.
- 3 Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition--multimorbidity. *JAMA*. 2012;307:2493-4.
- 4 Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care--an alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med*. 2012;366:777-9.
- 5 Bakker FC, Robben SH, Olde Rikkert MG. Effects of hospital-wide interventions to improve care for frail older inpatients: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2011;20:680-91.
- 6 Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med*. 1999;340:669-76.
- 7 Perera R, Heneghan C, Yudkin C. Graphical method for depicting randomised trials of complex interventions. *BMJ*. 2007;334:127-9.
- 8 Bradley EH, Webster TR, Baker D, Schlesinger M, Inouye SK. After adoption: sustaining the innovation. A case study of disseminating the hospital elder life program. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:1455-61.
- 9 Rizzo JA, Bogardus ST Jr, Leo-Summers L, Williams CS, Acampora D, Inouye SK. Multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients: what is the economic value? *Med Care*. 2001;39:740-52.
- 10 Kievit PC. Symptomatic severe aortic stenosis in the TAVI era: heart team assessment for all. *Neth Heart J*. 2012;20:485-6.
- 11 Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ*. 2012;345:e6572.