



Herstelzorg

Sneller herstel van dagelijks functioneren
na een ziekenhuisopname



Herstelzorg

Sneller herstel van dagelijks functioneren
na een ziekenhuisopname

Deze publicatie is ook als online document
beschikbaar. Ga daarvoor naar
publicaties.zonmw.nl/herstelzorg

Inhoudsopgave

	Inleiding	5
1	Transmurale Zorgbrug	8
	Werkwijze	8
	Kernelementen	8
	Onderzoek	9
	Resultaten & conclusie	9
	Meer informatie	9
	Publicaties over de Transmurale Zorgbrug	10
2	Zorgprogramma voor Preventie en Herstel na ziekenhuisopname (ZPH)	12
	Werkwijze	12
	Kernelementen	12
	Onderzoek	13
	Resultaten & conclusie	13
	Meer informatie	14
	Publicaties over het Zorgprogramma voor Preventie en Herstel	14
3	HerstelZorg (programma)	16
	Werkwijze	16
	Kernelementen	16
	Onderzoek	16
	Resultaten & conclusie	17
	Meer informatie	17
	Publicaties over het HerstelZorgProgramma	17
4	Tweedelijns Zorg- en WelzijnsStandaard (ZWS-2)/GIDZ	19
	Werkwijze	19
	Kernelementen	19
	Onderzoek	19
	Resultaten & conclusie	20
	Meer informatie	20
	Publicaties over De Zorg- en WelzijnsStandaard voor de tweede lijn	20
5	Zorgpad Geriatrische Revalidatiezorg	23
	Werkwijze	23
	Kernelementen	23
	Onderzoek	24
	Resultaten & conclusie	24
	Meer informatie	24
	Publicaties over het Zorgpad Geriatrische Revalidatiezorg	25
	Uitleiding	27
	Literatuur	28



*Meer aandacht voor nazorg en
betere begeleiding thuis kan
functieverlies van ouderen
verminderen of voorkomen.*

Inleiding

In 2008 is het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) opgezet, om de zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen te verbeteren en de wetenschappelijke onderbouwing ervan te versterken.

Binnen het NPO zijn diverse projecten uitgevoerd ter behoud en herstel van functioneren en voorkomen van sterfte van kwetsbare ouderen na een (acute, niet geplande) ziekenhuisopname. Deze projecten vallen onder de noemer *herstelzorg*. Ze zijn opgezet vanuit de gedachte dat een proactieve aanpak in het ziekenhuis, meer aandacht voor nazorg en betere begeleiding thuis functieverlies van ouderen kan verminderen of mogelijk zelfs voorkomen. Met functieverlies wordt een achteruitgang in de activiteiten van het dagelijks leven (ADL) bedoeld.

Deze brochure biedt een overzicht van vijf projecten *herstelzorg* en is bedoeld voor professionals, werkzaam in ouderen-, zorg- en welzijnsorganisaties die de kwaliteit van leven van (kwetsbare) ouderen verder willen verbeteren. Over alle projecten is uitgebreid (wetenschappelijk) gepubliceerd. Deze brochure omvat per project een kort overzicht van werkwijze, kernelementen en resultaten van *herstelzorg*.

De projecten hadden tot doel om de oudere kwetsbare patiënt optimaal en efficiënt te laten herstellen na een ziekenhuisopname. Op de manier zoals ouderen dat graag willen. Ouderenparticipatie is dan ook de rode draad bij alle projecten geweest. Ouderen zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling, beoordeling, uitvoering en evaluatie van de projecten. Het bleek een onmisbaar perspectief: ouderen hebben ervaringsdeskundigheid, ze hebben een breder gezichtsveld en bekijken vraagstukken vanuit een samenhangend geheel van domeinen (zorg, wonen en welzijn).

Een soepele overgang van ziekenhuis naar huis

Voor oudere patiënten die in een ziekenhuis worden opgenomen, breekt rondom ontslag naar huis een onzekere tijd aan. Veel ouderen krijgen na een opname te maken met sterfte en functieverlies.

Na een acute ziekenhuisopname heeft 30% van de ouderen te maken met blijvende beperkingen in hun functioneren, waardoor ze vaker thuiszorg nodig hebben en een grote kans lopen op heropname. De mogelijkheid om zelfstandig thuis te wonen komt daarmee in het gedrang.

De huidige zorg voor ouderen in het ziekenhuis kenmerkt zich door een focus op de ziekte waarvoor de patiënt is opgenomen. Zeker bij ouderen met een toenemende mate van complexe problematiek schiet een ziektegerichte benadering te kort. Niet alleen de ziekte, maar ook aspecten die ten gevolge van de opname ontstaan (zoals bijvoorbeeld comorbiditeit, bedrust, inactiviteit, een slechte voedingstoestand, gebrek aan sociale steun) dragen bij aan verminderde zelfredzaamheid van ouderen. Daarnaast is de zorg bij de overgang van het ziekenhuis naar de thuissituatie vaak onvoldoende afgestemd. Zo ontbreekt vaak een tijdige ontslagplanning, waardoor de behoefte aan (aanvullende) zorg thuis onvoldoende is geïnventariseerd en veranderingen in medicatiegebruik of andere aandachtspunten slechts summier met de patiënt zijn besproken.

De projecten *herstelzorg* zijn opgezet vanuit de gedachte dat een proactieve en reactiverende aanpak in het ziekenhuis, meer aandacht voor een goede overdracht, voor nazorg en betere begeleiding thuis, sterfte kan voorkomen en functiebehoud en zelfredzaamheid van ouderen kan bevorderen.

De projecten hanteerden allemaal hetzelfde doel: het voorkomen dan wel beperken van functionele achteruitgang bij ouderen die in het ziekenhuis worden opgenomen en het vergroten van de mogelijkheden van ouderen om zo lang mogelijk zelfredzaam en zelfstandig te blijven. Om de kans op functieverlies bij ouderen na een (acute) ziekenhuisopname te verminderen of, beter nog, te voorkomen werden hoog-risico ouderen direct bij opname geïdentificeerd, werd een inventarisatie van geriatrie problemen gedaan, een zorgplan gericht op reactivering opgesteld, veel aandacht aan de overdracht besteed en systematische nazorg geboden.

Hoewel vergelijkbaar in doelstelling, verschillen de projecten in de wijze waarop en aan welke patiëntengroep de reactivering en (na)zorg werd geboden en georganiseerd. Ook het aantal en de leeftijd van de deelnemende ouderen verschilt per project.

Deze brochure geeft een beknopt overzicht van vijf projecten *herstelzorg*. Het betreft achtereenvolgens – in willekeurige volgorde – de projecten:

- 1 Transmurale Zorgbrug (TZB)
- 2 Zorgprogramma voor Preventie en Herstel na ziekenhuisopname (ZPH)
- 3 Herstel Zorg Programma (HZP)
- 4 Tweedelijns Zorg- en WelzijnsStandaard (ZWS-2)
- 5 Zorgpad Geriatrische Revalidatiezorg

*De Transmurale Zorgbrug
richt zich op het behoud van
functioneren en zelfstandig-
heid van ouderen na ontslag
uit het ziekenhuis.*



1 Transmurale Zorgbrug

Een brug slaan tussen ziekenhuis en thuis voorkomt sterfte



Werkwijze

De Transmurale zorgbrug (TZB) richt zich op behoud van functioneren en zelfstandigheid van ouderen na ontslag uit het ziekenhuis door:

- 1 Verbeterde ziekenhuiszorg;
- 2 Begeleide overgang naar huis door een wijkverpleegkundige;
- 3 Systematische nazorg in de thuissituatie.

In de TZB worden **ouderen van 65 jaar en ouder**, die acuut worden opgenomen in een ziekenhuis, gescreend op mogelijk (verhoogd) risico op functieverlies. De screening (met ISAR-HP of VMS-vragen) bestaat uit vier korte vragen en wordt door een afdelingsverpleegkundige afgenomen. Bij een (verhoogd) risico op functieverlies wordt vervolgens een geriatrisch assessment (CGA) afgenomen door een verpleegkundige of arts met specifieke kennis over de geriatrie. Daarna wordt een zorgbehandelplan opgesteld.

Gedurende de opname worden voorbereidingen getroffen voor de overgang naar huis (of verpleeghuis). Vooruitlopend op ontslag komt de wijkverpleegkundige of praktijkondersteuner ouderenzorg al in het ziekenhuis kennismaken met de patiënt en diens mantelzorger en wordt het CGA en zorgbehandelplan doorgenomen. Zo kan de wijkverpleegkundige vroegtijdig signaleren of en, zo ja, welke zorg en hulpmiddelen bij thuiskomst nodig zijn en hier alvast op anticiperen. De huisarts ontvangt tijdig een schriftelijke overdracht. Ook de patiënt zelf ontvangt duidelijke informatie bij ontslag: over medicatie, het aanspreekpunt binnen en buiten kantooruren, in welke situaties de patiënt of naaste contact op moet nemen met het ziekenhuis of huisarts, hoe het revalidatietraject thuis er uit ziet en welke aandachtspunten (bijvoorbeeld over voeding en beweegadviezen) voor de ouderen en naasten van belang zijn.

Binnen twee dagen na ontslag bezoekt de wijkverpleegkundige de patiënt thuis. Daarna volgt nog een aantal huisbezoeken. De huisbezoeken staan in het teken van medicatieveiligheid, hulpmiddelen, sociale participatie en ondersteuning van de mantelzorger.



Kernelementen

De kernelementen van de [TZB](#):

- 1 Alle ouderen van 70 jaar en ouder die acuut worden opgenomen in het ziekenhuis worden **gescreend** op het risico op functieverlies (met [ISAR-HP](#) of [VMS-vragen](#)).
- 2 Bij een score van 2 of hoger (verhoogd risico op functieverlies) krijgt een oudere een **comprehensive geriatric assessment (CGA)**, waarbij de geriatrische problematiek in kaart wordt gebracht.
- 3 Samen met de oudere wordt een **zorgbehandelplan** opgesteld (over afdelingen en specialismen heen). De prioriteiten van de oudere (en de rol van familie en vrienden) zijn daarin leidend.
- 4 **Bezoek van wijkverpleegkundige of praktijkondersteuner** ouderenzorg aan de patiënt in het ziekenhuis.
- 5 **Huisbezoeken** van de wijkverpleegkundige of praktijkondersteuner ouderenzorg na twee dagen en na twee, zes, twaalf en 24 weken na ontslag.



Onderzoek

De TZB is gedurende het onderzoek geïmplementeerd in drie Amsterdamse ziekenhuizen (Academisch Medisch Centrum, het Flevoziekenhuis en het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis) in samenwerking met 350 huisartspraktijken en drie thuiszorgorganisaties (Cordaan, Zorggroep Almere en Buurtzorg Nederland). Inmiddels zijn in het hele land implementatietrajecten gestart.

In totaal kwamen 1.070 opeenvolgende patiënten (die acuut werden opgenomen in een van de drie ziekenhuizen) in aanmerking om deel te nemen aan het onderzoek. Uiteindelijk werden 674 **ouderen van 65 jaar en ouder** geïnccludeerd (337 in de interventiegroep en 337 in de controlegroep). De effecten van het transmurale zorgtraject zijn geëvalueerd in een gerandomiseerde klinische trial. Hierbij ontving de helft van de ouderen het transmurale zorgbrug-model, de andere helft werd op de gebruikelijke manier uit het ziekenhuis ontslagen.

Als uitkomstenmateneffect werden functioneren (ADL), sterfte zes maanden na ziekenhuisopname, kwaliteit van leven, cognitief functioneren en zorgconsumptie meegenomen.



Resultaten & conclusie

De Transmurale Zorgbrug tussen eerste en tweede lijn **vermindert sterfte van oudere patiënten**, 30 dagen na opname, met 36%. Zes maanden na ziekenhuisopname is deze reductie 26%. Er werd geen effect gevonden op ADL en cognitief functioneren. Ouderen die zorg volgens TZB-protocol kregen werden een dag eerder ontslagen.

Uit de procesevaluatie van deze TZB-studie kwam verder naar voren dat er **minder medicatiefouten** worden gemaakt en dat de **samenwerking tussen zorgverleners verbeterde** bij toepassing van de TZB. De **warme overdracht** en de eerste drie huisbezoeken bleken het meest waardevol. Het werd hierbij van meerwaarde gezien om het eerste huisbezoek binnen 48 uur na thuiskomst af te leggen. Zo konden onduidelijkheden omtrent medicatie tijdig worden opgelost met de patiënt. Bovendien werd de patiënt door wijkverpleegkundigen het meest kwetsbaar bevonden in de eerste periode na ontslag.

Wijkverpleegkundigen zijn erg positief over de proactieve werkwijze. Ze vinden het prettig om de kwetsbare ouderen eerder en beter in beeld te hebben. Ouderen vinden het prettig iemand te hebben die begeleiding biedt na een ziekenhuisopname. Ook ervaren zij de verpleegkundige als wegwijzer tussen verschillende instanties als zeer behulpzaam.

Wat betreft kosteneffectiviteit werd in het onderzoek gevonden dat patiënten met de TZB-zorg gemiddeld 9,5 dagen in het ziekenhuis doorbrachten, ten opzichte van gemiddeld 10,6 dagen ligduur van patiënten zonder TZB. Alhoewel dit verschil niet significant bleek, zijn de baten van één dag korter in het ziekenhuis groter dan de kosten van inzet van de TZB. De interventie is hiermee kosteneffectief.



Meer informatie

www.effectieveouderenzorg.nl
www.beteroud.nl



Publicaties over de Transmurale Zorgbrug

Seben, R., Geerlings, S. E. & Buurman, B. M. (2017). 10 tips voor een goede transmurale overdracht. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 161, p. D1031.

Buurman, B. M., & de Rooij, S. E. (2015). Functieverlies ouderen bij acute opname in ziekenhuis. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 159, [A8185].

Buurman, B. M., Parlevliet, J. L., Allore, H. G., Blok, W., van Deelen, B. A. J., van Charante, E. P. M., de Haan, R. J. & de Rooij, S. E. (2016). Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. Jama Internal Medicine, 176(3), 302-309.

Van Rijn, M., Buurman, B. M., Vroomen, J. L. M., Suijker, J. J., ter Riet, G., van Charante, E. P. M., & de Rooij, S. E. (2016). Changes in the in-hospital mortality and 30-day post-discharge mortality in acutely admitted older patients: retrospective observational study. Age and Ageing, 45(1), 41-47.

Verhaegh, K. J., Buurman, B. M., Veenboer, G. C., de Rooij, S. E., & Geerlings, S. E. (2014). The implementation of a comprehensive discharge bundle to improve the discharge process: a quasi-experimental study. The Netherlands Journal of Medicine, 72(6), 318-325.

Buurman, B. M., Hoogerduijn, J. G., de Haan, R. J., Abu-Hanna, A., Lagaay, A. M., Verhaar, H. J., Schuurmans, M. J., Levi, M. & de Rooij, S. E. (2011). Geriatric Conditions in Acutely Hospitalized Older Patients: Prevalence and One-Year Survival and Functional Decline. Plos one, 6(11), [26951].

Buurman, B. M., van den Berg, W., Korevaar, J. C., Milisen, K., de Haan, R. J., & de Rooij, S. E. (2011). Risk for poor outcomes in older patients discharged from an emergency department: feasibility of four screening instruments. European journal of emergency medicine, 18(4), 215-220.

Buurman, B. M., Parlevliet, J. L., van Deelen, B. A. J., de Haan, R. J., & de Rooij, S. E. (2010). A randomised clinical trial on a comprehensive geriatric assessment and intensive home follow-up after hospital discharge: the Transitional Care Bridge. BMC Health Services Research, 10, [296].

Het Zorgprogramma is gericht op vermindering van functieverlies bij oudere patiënten, betere samenwerking tussen zorgprofessionals, beter geïnformeerde patiënten en reductie van zorglast.



2 Zorgprogramma voor Preventie en Herstel na ziekenhuisopname (ZPH)

Een coördinerend casemanager met geriatrische kennis en kunde die vanaf het begin van de ziekenhuisopname tot en met intensieve nazorg met je meedenkt



Werkwijze

Het Zorgprogramma voor Preventie en Herstel (ZPH) bestaat uit interventies die de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van kwetsbare **patiënten van 65 jaar en ouder** na een ziekenhuisopname proberen te bevorderen. De aanpak is gericht op vermindering van functieverlies bij oudere patiënten, betere samenwerking tussen zorgprofessionals, beter geïnformeerde patiënten en reductie van zorglast bij mantelzorgers.

Het ZPH kenmerkt zich door de start van geïntegreerde **reactiverende behandeling binnen 48 uur na opname in het ziekenhuis, intensieve nabehandeling** (eventueel via een Centrum voor Preventie en Herstel (CPH)) en **intensieve nazorg** in de eerste lijn; vanaf het eerste begin gecombineerd met een **casemanager** met geriatrische deskundigheid.

ZPH start met het invullen van een scorelijst binnen 48 uur na opname in het ziekenhuis. Dit gebeurt door de verpleegkundige en de patiënt/mantelzorger. Op basis daarvan stelt een multidisciplinair team – bestaande uit verpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, geriater, praktijkondersteuner en casemanager – een geïntegreerd individueel verpleeg- en behandelplan op. Als het nodig is, volgt de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis nog een kort herstelprogramma in een speciaal Centrum voor Preventie en Herstel (CPH). De casemanager verricht ook na thuiskomst intensieve nazorg.



Kernelementen

De kernelementen van [ZPH](#) omvatten:

- 1 Vroegtijdige identificatie van patiënten met verhoogd risico op functieverlies (met [ISAR-HP](#) screeningsinstrument) binnen 48 uur na ziekenhuisopname, indien noodzakelijk gevolgd door inzet van geïntegreerde reactiverende behandeling (op basis van een individueel [verpleeg- en behandelplan](#)) gericht op functiebehoud.
- 2 Beschikbaarheid van **interdisciplinaire geriatrie-expertise**.
- 3 **Geïntegreerde intensieve nabehandeling** voor een selecte patiëntengroep in een Centrum voor Preventie en Herstel.
- 4 **Begeleiding en ondersteuning van mantelzorgers** door relevante professionals.
- 5 **Coördinatie tot en met intensieve nazorg** in de gehele zorgketen door een casemanager met geriatrie-expertise.



Onderzoek

ZPH werd geïmplementeerd op drie afdelingen (geriatrie, interne geneeskunde en cardiologie) in het Vlietland Ziekenhuis. Voor de vergelijking werden twee controleziekenhuizen in de regio geselecteerd (Sint Franciscus Ziekenhuis en Ruwaard van Putten Ziekenhuis).

Per ziekenhuis werden kwetsbare patiënten van 65 jaar en ouder met een verhoogd risico op functieverlies geïdentificeerd. In het interventieziekenhuis kwamen in de pre-interventiefase 985 patiënten (en indien mogelijk mantelzorgers) in aanmerking om mee te doen. Van deze groep werden 460 patiënten geïnccludeerd. Na case-mix controle werden 143 patiënten (31%) meegenomen in de analyse. In de post-interventiefase werden 2.811 patiënten geïdentificeerd voor deelname. Van hen werden 959 patiënten geïnccludeerd. Na case-mix controle bleven 699 patiënten (73%) over voor de analyse. Van de 4.972 mogelijk geschikte patiënten in de controleziekenhuizen werden 1.676 geïnccludeerd. 540 patiënten (32%) werden meegenomen in de analyse.

De effecten van ZPH op het functioneren en kwaliteit van leven van ouderen werden geëvalueerd in een prospectieve niet gerandomiseerde gecontroleerde trial (prospective nonrandomized controlled trial) in drie ziekenhuizen. ZPH werd in een ziekenhuis geïmplementeerd, twee andere ziekenhuizen fungeerden als controle ziekenhuizen.

Dit resulteerde in drie settings:

- Ziekenhuis met klinische geriatrie en ZPH tot in de eerste lijn (interventieziekenhuis);
- Ziekenhuis met klinische geriatrie, met ziekenhuis verplaatste zorg, zonder nazorg in de eerste lijn (controleziekenhuis).
- Ziekenhuis zonder klinische geriatrie, zonder ziekenhuis verplaatste zorg, zonder nazorg in de eerste lijn (controleziekenhuis).

Er werden twee soorten analyses verricht. Een 'within-hospital analysis' waarbij in het interventieziekenhuis patiënten in de pre- en post-implementatiefase werden vergeleken en een 'between-hospital analysis' waarin patiënten in het interventieziekenhuis werden vergeleken met patiënten uit de twee controleziekenhuizen.

Als uitkomstmaten werden gehanteerd functioneren (ADL en IADL), cognitief functioneren, kwaliteit van leven, depressie, vallen, heropname, sterfte en kosten. Daarnaast werden ervaren zorglast en kwaliteit van leven bij mantelzorgers meegenomen.



Resultaten & conclusie

Zorg volgens ZPH had geen effect op lichamelijk functioneren, noch in de analyse binnen het interventieziekenhuis (pre- en post-interventiefase) als in de analyse tussen de ziekenhuizen. Oudere patiënten met een risico op functionele achteruitgang die zorg ontvingen op basis van ZPH verschilden niet in termen van activiteiten van dagelijks leven (ADL) of instrumentale activiteiten van het dagelijks leven (IADL) van controlepatiënten.

Oudere patiënten van de afdelingen interne geneeskunde en cardiologie die zorg op basis van ZPH ontvingen, hadden significant een iets hoger cognitief functioneren, minder symptomen van depressie en een hogere ervaren gezondheid één jaar na opname dan oudere patiënten die gebruikelijke zorg ontvingen in de controleziekenhuizen. De klinische relevantie hiervan is gelet op het kleine effect beperkt. De overall treatment fidelity (i.c. kwaliteit van de uitvoering) lag evenwel onder de 50%.

Het **casemanagement** werd als **positief** ervaren. De aanwezigheid van een coördinerend case-manager met geriatrie kennis en kunde vanaf het begin van de ziekenhuisopname tot en met intensieve nazorg werd als positief ervaren door de ouderen. Casemanagers gaven aan dat zij de patiënt beter konden informeren en ondersteunen, ook in de thuissituatie. Zorgverleners van het ZPH vonden dat de overdracht van patiënt en patiëntinformatie verbeterde.

Analyses binnen het interventieziekenhuis waarbij patiënten gedurende de pre- en post-interventiefase van ZPH werden vergeleken, lieten in de loop van de tijd geen verschil zien in functioneren, depressie en kwaliteit van leven. Er werden geen relevante verschillen gevonden in kwaliteit van leven en zorglast bij mantelzorgers. De kosten van zorg vanaf ziekenhuisopname tot één jaar na behandeling waren hoger voor patiënten die zorg volgens ZPH ontvingen. De hogere kosten van ZPH en de kleine effecten op cognitie, depressie en ervaren gezondheid suggereren dat ZPH, in zijn huidige vorm, niet rendabel zal zijn.



Meer informatie

www.erasmusmc.nl

www.beteroud.nl



Publicaties over het Zorgprogramma voor Preventie en Herstel

De Vos, J.B.M., K.J.E. Asmus, T.J.E.M. Bakker, P.L. de Vreede, J.D.H. van Wijngaarden, E.W. Steyenberg, J.P. Mackenbach & A.P. Nieboer (2015). Integrale interventie ter voorkoming van functieverlies bij ouderen tijdens ziekenhuisopname: het Zorgprogramma voor Preventie en Herstel. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 46 (1), 12-27.

Asmus, K.J.E., L.E. Flinterman, M.A. Koopmanschap, A.P. Nieboer, T.J. Bakker, J.P. Mackenbach & E.W. Steyenberg (2015). Evaluation of the Prevention and Reactivation Care Program (PReCaP) for the hospitalized elderly: a prospective nonrandomized controlled trial. Clinical Interventions in Aging, 10, 649-661.

Hartgerink, J.M., J.M. Cramm, T.J.E.M. Bakker, J.P. Mackenbach & A.P. Nieboer (2015). The importance of older patients' experiences with care delivery for their quality of life after hospitalization. BMC Health Services Research, 15 (311).

Hartgerink, J.M., Cramm, J.M., de Vos, A.J., Bakker, T.J., Steyenberg, E.W., Mackenbach, J.P., Nieboer, A.P. Situational awareness, relational coordination and integrated care delivery to hospitalized elderly in The Netherlands: a comparison between hospitals, in BMC Geriatr. 2014;14:3.

De Vos, A.J.B.M., Bakker, T.J.E.M., De Vreede, P.L., Van Wijngaarden, J.D.H., Steyenberg, E.W., Mackenbach, J.P., Nieboer, A.P. The Prevention and Reactivation Care Program: intervention fidelity matters, in BMC Health Services Research 2013, 13:29. Nederlandse samenvatting.

Hartgerink, J.M., Cramm, J.M., van Wijngaarden, J.D., Bakker, T.J., Mackenbach, J.P., Nieboer, A.P. A framework for understanding outcomes of integrated care programs for the hospitalised elderly, in Int J Integr Care. 2013 Nov 28;13: e047.

De Vos, A.J.B.M., Asmus-Szepesi, K.J.E., Bakker, T.J.E.M., De Vreede, P.L., Van Wijngaarden, J.D.H., Steyenberg, E.W., Mackenbach, J.P., Nieboer, A.P. Integrated approach to prevent functional decline in hospitalized elderly: the Prevention and Reactivation Care Program (PReCaP), in BMC Geriatrics 2012, 12:7. Nederlandse samenvatting.

Cramm, JM, JM, Hartgerink JM, De Vreede PL, Bakker TJ, Steyenberg EW, Mackenbach JP, Nieboer AP. The relationship between older adults' self-management abilities, well-being and depression, in Eur J Ageing 2012, DOI 10.1007/s10433-012-0237-5. Nederlandse samenvatting.

Kirsten, J.E., Asmus-Szepesi, K.J.E., de Vreede, P.L., Nieboer, A.P., Van Wijngaarden, J.D.H., Bakker, T.J.E.M., Steyenberg, E.W., Mackenbach, J.P. Evaluation design of a reactivation care program to prevent functional loss in hospitalised elderly: A cohort study including a randomised controlled trial, in BMC Geriatrics 2011, 11: 36. Nederlandse samenvatting.

In het HerstelZorgProgramma werken zorgverleners samen aan het behoud van zelfredzaamheid van ouderen vanaf 70 jaar in een kwetsbare positie die worden opgenomen in een ziekenhuis.



3 HerstelZorg (programma)

Minder negatieve behandeluitkomsten door focus op herstel en behoud van zelfredzaamheid



Werkwijze

Het HerstelZorgProgramma (HZZP) richt zich op behoud van zelfredzaamheid van ouderen vanaf 70 jaar in een kwetsbare positie die worden opgenomen in een ziekenhuis. Zorgverleners van verschillende instellingen werken in multidisciplinaire teams aan individuele zorg, afgestemd op de patiënt.

Het HerstelZorgProgramma richt zich op voorzorg, ziekenhuiszorg en herstelzorg:

- 1 Voorzorg gaat over maatregelen die de beginconditie van de oudere optimaliseren en complicaties voorkomen.
- 2 Ziekenhuiszorg gaat zowel over medisch-technische interventies als over zorg die gericht is op behoud van functionaliteit en het bereiken van herstel.
- 3 Herstelzorg betreft maatregelen voor het herstel van de oudere na ziekenhuisopname.

Samen bevatten deze onderdelen de hele zorgketen die loopt van de eerstelijnszorg voorafgaand aan een ziekenhuisopname, tot de nazorg (in de meeste gevallen weer in de eerste lijn). Het doel daarbij is de fasen zo goed mogelijk op elkaar aan te laten sluiten om zo ouderen optimaal te kunnen laten herstellen van een ziekenhuisopname.



Kernelementen

De kernelementen van HZZP omvatten:

- 1 Een trapsgewijze **screening- en monitoringprocedure** ([ISAR](#)-Identification of Seniors at Risk) voor en tijdens ziekenhuisopname waardoor ouderen met een verhoogd risico op achteruitgang in functieverlies in een vroegtijdig stadium geïdentificeerd worden en proactief preventieve maatregelen genomen kunnen worden.
- 2 **Ontwikkeling van zorgpaden** die multidisciplinair, instellingoverschrijdend en functiegericht zijn waardoor de zorg op elkaar wordt afgestemd en de geriatrische zorg beter wordt ingezet, overgedragen en geborgd.
- 3 **Inzet van een onafhankelijk trajectbegeleider** die de oudere door het herstelproces begeleidt en hoofdbehandelaar(s) adviseert over het inschakelen van zorg (bijv. fysiotherapie, thuiszorg), verblijf in instelling, en/of woningaanpassingen.



Onderzoek

Het project werd uitgevoerd in vier ziekenhuizen in de regio Leiden en Den Haag (LUMC, Rijnland ziekenhuis, Diaconessenhuis Leiden en Bronovo) in samenwerking met ketenpartners in de regio (thuiszorg, huisartsen, verpleeghuizen).

Kwetsbare ouderen vanaf 70 jaar, met een opname op de afdelingen orthopedie, neurologie, urologie en algemene chirurgie in één van de vier deelnemende ziekenhuizen, werden benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. In totaal participeerden 1.933 patiënten van 70 jaar en ouder in het onderzoek (813 patiënten in de pre-interventiefase en 904 patiënten in de post-interventiefase).

Om de effecten en kosten van het HerstelZorgProgramma te kunnen evalueren is een voor-na vergelijking gemaakt van twee patiëntencohorten die in verschillende periodes werden samen-gesteld (prospectief cohortonderzoek). Er werd een vergelijking gemaakt tussen de groep patiënten die het HerstelZorgprogramma hebben ontvangen (post-interventiefase) en de groep patiënten die dit programma niet hebben ontvangen (pre-interventie fase).

Als belangrijkste uitkomstmaat werd 'negatieve behandeluitkomst' gehanteerd, een gecombineerde maat waarin functionele achteruitgang, zorggebruik en overlijden drie maanden na opname werd meegenomen. Daarnaast werd gekeken naar het aantal dagen dat de patiënt in het ziekenhuis lag en werd vastgelegd of patiënten teruggingen naar huis of naar een zorginstelling.



Resultaten & conclusie

Door inzet van het HerstelZorgProgramma nam onder kwetsbare patiënten het risico op negatieve behandeluitkomsten in alle vier deelnemende ziekenhuizen af. Bij kwetsbare patiënten **daalde de incidentie van ongewenste uitkomsten van 49% naar 35%**. Bij niet-kwetsbare patiënten bleef de incidentie van ongewenste uitkomsten ongewijzigd. Patiënten lagen korter in het ziekenhuis. **De zorgkosten** in de herstelfase na een ziekenhuisopname **bleven gelijk**. Er werden na afloop van het HerstelZorgProgramma geen significante veranderingen gezien in het percentage ouderen dat na hun ziekenhuisopname al dan niet naar huis kon terugkeren.

Het HerstelZorgProgramma heeft mogelijk een kostenbesparend effect op de medische zorg zonder dat er extra kosten bij de langdurige zorg terecht komen.



Meer informatie

www.awo-nzh.nl

www.beteroud.nl



Publicaties over het HerstelZorgProgramma

Bouman, M. Transmurals borgt innovaties. Boardroom Zorg, maart 2014. p.28-30.

Heim, N., Kwetsbare patiënten opsporen met VMS. Medisch Contact, januari 2013. 68 nr. 2 p. 94-96

Bouman, M. Eenduidige overdracht en transmurale digitalisering via POINT. Tijdschrift LVW, jaargang 14 (1): p.18-19

Heim, N., H. Rolden, E.M. van Fenema, A.W.E. Weverling – Rijnsburger, J.P. Tuijl, P. Jue, A.M. Oleksik, A.J.M. de Craen, S.P. Mooijaart, G.J. Blauw, R.G.J. Westendorp, R.C. van der Mast & I.E.C. van Everdinck, The development, implementation and evaluation of a transitional care programme to improve outcomes of frail older patients after hospitalisation, Age and Ageing, 2016. 45 (5): p 643–651

Heim, N., E.M. van Fenema, A.W.E. Weverling-Rijnsburger, J.P. Tuijl, P. Jue, A.M. Oleksik, M.J. Verschuur, J.S. Haverkamp, G.J. Blauw, R.C. van der Mast, R.G.J. Westendorp, Optimal screening for increased risk for adverse outcomes in hospitalised older adults. Age and Aging, 2015; 44: 239–244

De Zorg- en WelzijnsStandaard voor de tweede lijn is een minimum kwaliteitsstandaard gericht op herstel, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van oudere patiënten.



4 Tweedelijns Zorg- en WelzijnsStandaard (ZWS-2)/GIDZ

Activerende behandeling verbetert de zelfstandigheid van patiënten en verlaagt de belasting van mantelzorgers



Werkwijze

De Zorg- en WelzijnsStandaard voor de tweede lijn (ZWS-2) is een minimum kwaliteitsstandaard gericht op herstel, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van oudere patiënten (met meerdere aandoeningen) die worden opgenomen in het ziekenhuis. Het uitgangspunt van ZWS-2 is het vergroten van kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de zorg voor ouderen met complexe problematiek.

De standaard legt een accent op specifieke behoeften van kwetsbare ouderen, zelfredzaamheid en welzijn, vermindering van zorgbehoefte en minder belastende zorg en behandelingen. In het ziekenhuis worden kwetsbare ouderen gescreend (VMS vragenlijst). Indien nodig is er een multidisciplinair overleg, wordt er een uitgebreid geriatrisch onderzoek uitgevoerd en worden geschoolde vrijwilligers ingezet om kwetsbare oudere patiënten te activeren. De terugkeer naar huis wordt zorgvuldig uitgevoerd.



Kernelementen

De kernelementen van [ZWS-2](#) omvatten:

- **Screening en assessment** op kwetsbaarheid met de VMS criteria (Veligheids Management Systeem).
- **Beoordeling van kwetsbaarheid** en complexiteit van de zorg door verpleegkundige en arts.
- Opstellen van een **individueel zorg en welzijns actieplan** voor ouderen met complexe problematiek en een risico op kwetsbaarheid.
- Het organiseren van **multidisciplinair overleg**.
- Het uitvoeren van een **medicatie review**.
- Het aanbieden van een **activeringsprogramma o.l.v. vrijwilligers** (gericht op stimuleren van voeding, mobiliteit, cognitie, sociale activiteit).
- Speciale aandacht voor de **transfer van en naar het ziekenhuis** en continuïteit in het zorg- en welzijnsactieplan.



Onderzoek

Het project werd uitgevoerd in vier grote afdelingen van het Radboudumc (longziekten, cardiothoracale chirurgie, heilkunde en algemene interne geneeskunde).

Het project ZWS-2 was een transitieproject en is inmiddels over het hele Radboudumc en andere delen van het land uitgerold. ZWS-2 staat nu bekend als [GIDZ](#) (Geriatric In De Ziekenhuizen). GIDZ is een innovatief zorgverbeterprogramma voor de zorg aan kwetsbare ouderen die opgenomen zijn in het ziekenhuis en is nu reguliere zorg.

In de voormeting (pre-interventiefase) kwamen van de 427 opgenomen **ouderen van 70 jaar en ouder**, 370 in aanmerking voor deelname. Van deze groep werden 191 patiënten geïnccludeerd in de studie. In de nameting (post-interventiefase) werden 205 patiënten geïnccludeerd.

Er is een design toegepast met een voormeting, waarbij patiënten werden geïnccludeerd in de periode voorafgaand aan de implementatie van ZWS-2, en een nameting, waarbij patiënten werden geïnccludeerd in de periode na de implementatie van ZWS-2.

Als belangrijkste uitkomstmaten werden delirium tijdens ziekenhuisopname, cognitieve achteruitgang, achteruitgang in functioneren gedurende ziekenhuisopname, ongeplande heropnames, verandering in functioneren na drie maanden follow up en mantelzorgbelasting meegenomen.



Resultaten & conclusie

ZWS-2 verbetert de zelfstandigheid van patiënten en verlaagt de belasting van mantelzorgers.

Kwetsbare ouderen functioneren drie maanden na ontslag beter dan kwetsbare ouderen bij wie ZWS-2 niet is ingezet. Ook de belasting voor de mantelzorger is lager in vergelijking met de situatie zonder ZWS-2.

Er werd geen significant effect gevonden op het percentage patiënten met delier, cognitieve achteruitgang, achteruitgang in functioneren gedurende ziekenhuisopname of aantal heropnames. Er zijn **geen kostenbesparende effecten** gevonden.

Zowel **patiënten** als **hulpverleners** zijn **overwegend positief** over ZWS-2. Alle afdelingen waren enthousiast en hebben gevraagd om door te gaan. Over het algemeen was de transitie redelijk snel te maken. Het bleek eenvoudig om vrijwilligers te werven. De vrijwilligers beoordeelden de training als positief. Met name de nieuwe opzet van de screening op kwetsbaarheid, vaste medicatie-reviews, advies over doelbepalingen door ouderen en het multidisciplinair overleg (MDO) worden als belangrijke succesresultaten van ZWS-2 beschouwd. De activerende interventies (bewegen, activiteiten, oriënteren, voeding) werden door de patiënten en vrijwilligers positief beoordeeld.



Meer informatie

www.netwerk100.nl

www.beteroud.nl



Publicaties over De Zorg- en WelzijnsStandaard voor de tweede lijn

Radboud actueel september 2012: ZWS: efficiënte, samenhangende zorg voor ouderen (interview met ZWS-casemanager en mantelzorger van ZWS-patiënt)

Bakker, F.C., A. Persoon, Y. Schoon, M.G.M. Olde Rikkert. Screening ouderen op veiligheidsrisico's en kwetsbaarheid: 80% SCORE VOLDOENDE?! TVZ, december 2012, nummer 6, p 53-55.

Cappon, S., F.C. Bakker, Y. Schoon, M. Olde Rikkert, M. Nieuwboer. Samen sterker in ouderenzorg. Zorgmarkt 2012, nr 10, p. 47-49.

Bakker, F.C., A. Persoon, Y. Schoon, M.G.M. Olde Rikkert. Een nieuw zorgmodel voor kwetsbare ouderen in ziekenhuizen met een belangrijke rol voor vrijwilligers. Zorgmarkt, 2012, nr 5, p.12-14.

Bakker, F.C. Evaluating transition towards tailored hospital care for elderly people. Radboud University Nijmegen. 2015 ISBN 978-94-6259-487-6

Bakker, F.C., Persoon, A., Schoon, Y., Olde Rikkert, M.G. Uniform presentation of process evaluation results facilitates the evaluation of complex interventions: development of a graph. J Eval Clin Pract, 2015 Feb;21(1):97-102.

Bakker, F.C., Persoon, A., Schoon, Y., Olde Rikkert, M.G.M. The CareWell in Hospital questionnaire: a measure of frail elderly inpatient experiences with individualized and integrated hospital care. J Hosp Med 2014;9(5):324-9.

Bakker, F.C., Persoon, A., Bredie, S.J.H., van Haren-Willems, J., Leferink, V.J., Noyez, L., Schoon, Y., Olde Rikkert, M.G.M. The CareWell in Hospital program to improve the quality of care for frail elderly inpatients: Results of a before-after study with particular focus on surgical patients. Am J Surg 2014;208(5):735-46.

Bakker, F.C., A. Persoon, M.F. Reelick, B.C. van Munster, M.E. Hulscher, M.G.M. Olde Rikkert. Evidence From multicomponent interventions: value of process evaluations. JAGS, 2013; 61 (5): 844-845.

Bakker, F.C., A. Persoon, Y. Schoon, M.G.M. Olde Rikkert. Hospital Elder Life Program integrated in Dutch hospital care: a pilot. JAGS, 2013; 61 (4): 641-642.



van Breugel Group

Klant: *De Bree*

Afdeling: *Revalidatie*

Naam: *De Bree*

Merk: *De Bree*

Type: *De Bree*

Order: *1669*

Zichtzending: *1669*

rechten opstellen

☐ reparatie

☐ verplaatsing

☐ afbreuk

☐ depot

☐ retour uitbreiden

Met het Zorgpad Geriatrie Revalidatiezorg wordt geprobeerd de kwaliteit van de zorg voor de cliënt en mantelzorgers te verbeteren.

5 Zorgpad Geriatrische Revalidatiezorg

Verbetering van dagelijkse activiteiten, meer terugkeer naar de thuissituatie, minder zorglast van mantelzorgers en lagere (zorg-)kosten



Werkwijze

Na een ziekenhuisopname revalideren veel ouderen in een instelling voor geriatrische revalidatiezorg. Ze komen in dit traject in aanraking met veel verschillende zorgverleners. Binnen het project 'Op weg naar Herstel' is een zorgpad ontwikkeld **voor patiënten van 65 jaar en ouder** met complexe problematiek, **die na een ziekenhuisopname worden opgenomen op een afdeling voor geriatrische revalidatiezorg (GRZ)** en vervolgens terugkeren naar de thuissituatie. Het zorgpad omvat heldere afspraken over de afstemming van de zorg tussen ziekenhuis, GRZ-afdeling en zorgorganisaties in de eerste lijn. Zo zijn er bijvoorbeeld afspraken vastgelegd over triage, overdracht, transfer en communicatie tussen zorgverleners van het ziekenhuis, de geriatrische revalidatiezorg en de eerste lijn. Steeds is er in het zorgpad extra aandacht voor patiënten en mantelzorgers.

Het zorgpad beslaat het hele traject van ziekenhuisopname, geriatrische revalidatiezorg en ontslag naar de thuissituatie. Met het zorgpad wordt geprobeerd de kwaliteit van de zorg voor de cliënt en mantelzorgers te verbeteren en te zorgen dat een cliënt steeds op het juiste moment de juiste zorg en behandeling krijgt. De geriatrische revalidatiezorg kent vier diagnosegroepen: cliënten met een CVA, trauma-orthopedie, electieve orthopedie en 'overige diagnosen'. Dit zorgpad richt zich op 'overige diagnosen', dit zijn bijvoorbeeld ouderen met complexe problemen op het gebied van hart, longen, neurologie of inwendige ziekten. Het zorgpad is ontwikkeld en geïmplementeerd door middel van literatuuronderzoek, consultatie van experts en werkgroepen van zorgverleners, patiënten en mantelzorgers.



Kernelementen

De belangrijkste kernelementen van het [zorgpad](#) zijn:

- 1 Het hele zorgtraject wordt gecoördineerd door een zorgpadcoördinator. De zorgpadcoördinator optimaliseert de transfers en overdracht tussen verschillende zorgsettings. Hij of zij vormt de schakel tussen de zorgprofessionals van het ziekenhuis, de geriatrische revalidatie-afdeling en de eerste lijn en is het aanspreekpunt voor deze zorgverleners gedurende het zorgtraject.
- 2 Met behulp van een nieuw ontwikkeld [triage-instrument](#) worden de juiste patiënten in het ziekenhuis geïdentificeerd voor de geriatrische revalidatiezorg.
- 3 **Ouderen en hun mantelzorgers worden actief betrokken.** De zorg en behandeling worden nauw afgestemd op de (toekomstige) woon- en leefsituatie van de cliënt en mantelzorgers, waarbij zelfredzaamheid en actieve deelname aan het dagelijks leven belangrijke uitgangspunten zijn.
- 4 De **overdrachten** in het hele traject worden uiterlijk op de dag van ontslag verstuurd naar de organisatie die vervolgzorg levert. In de overdracht staat informatie die nodig is om op een veilige manier vervolgzorg te leveren.
- 5 Er vindt op structurele basis **overleg** plaats tussen zorgverleners van het ziekenhuis, de geriatrische revalidatiezorg en eerstelijns zorgaanbieders. Tijdens dit overleg worden knelpunten in de samenwerking besproken en wordt de samenwerking geoptimaliseerd.



Onderzoek

Het onderzoek vond plaats in de regio Maastricht-Heuvelland. Zorgverleners werkzaam binnen de ouderenzorg in het ziekenhuis, de geriatrische revalidatiezorg en in de eerste lijn (waaronder transferconsulenten, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, thuiszorgorganisaties en huisartsen) werden hierbij betrokken. Momenteel wordt het zorgpad actief verspreid in andere regio's in Zuid-Limburg.

De doelgroep van het zorgpad bestond uit zelfstandig wonende 65-plussers met complexe problematiek die na een ziekenhuisopname werden opgenomen op een afdeling voor geriatrische revalidatiezorg. Ook de mantelzorgers werden bij het zorgpad betrokken. Het totaal aantal geïncludeerde patiënten in het evaluatieonderzoek bedroeg 49 patiënten en 26 mantelzorgers in de pre-interventiefase en 113 patiënten en 37 mantelzorgers in de interventiefase.

De effecten van het zorgpad zijn geëvalueerd in een prospectieve cohortstudie waarbij twee cohorten van patiënten en mantelzorgers negen maanden werden gevolgd. Het referentiecohort werd geïncludeerd in de periode april 2011 t/m mei 2012. In deze periode was het zorgpad nog niet geïmplementeerd (pre-interventiefase). Het zorgpadcohort werd geïncludeerd in de periode mei 2013 t/m augustus 2014. In deze periode werd het zorgpad gefaseerd geïmplementeerd in de reguliere zorg (interventiefase).

Als uitkomstmaten werden zelfredzaamheid, dagelijkse activiteiten, participatie, kwaliteit van leven en psychisch welbevinden meegenomen. Bij mantelzorgers werd gekeken naar ervaren zorglast, kwaliteit van leven, ervaren gezondheid en objectieve zorgbelasting. Daarnaast is nagegaan wat de effecten van het zorgpad waren op zorggerelateerde kosten onder patiënten.



Resultaten & conclusie

Onderzoek toont aan dat het zorgpad een **positief effect** heeft op **dagelijkse activiteiten** van ouderen. Bij vergelijking van de twee cohorten laten de resultaten na drie maanden een verbetering zien in het uitvoeren van bredere dagelijkse activiteiten van patiënten, zoals hobby's en activiteiten buitenshuis. Tevens keert een **groter percentage ouderen na ontslag terug naar de thuissituatie** en is de **ervaren zorglast van mantelzorgers lager**. Daarnaast zijn de **(zorg-)kosten** gemiddeld ruim €10.000 per oudere **verminderd** (per 9 maanden).

Zorgverleners ervaren de **afspraken** in het zorgpad als bijzonder **nuttig** en ze vinden het gemakkelijker om met en aan elkaar terug te koppelen. Het zorgpad draagt bij aan een **verbeterde doorstroom** van cliënten. Daarnaast heeft het zorgpad gezorgd voor afstemming en duidelijke afspraken tussen ketenpartners, wat zich uit in meer samenhang en betere continuïteit van zorg.

Ouderen geven aan dat na implementatie van het zorgpad **beter rekening wordt gehouden met hun persoonlijke wensen en behoeften**. Vanwege deze positieve effecten is een vervolgproject gestart en wordt ernaar gestreefd het zorgpad verder te verspreiden in Zuid-Limburg en de rest van het land.



Meer informatie

www.academischewerkplaatsouderenzorg.nl
www.beteroud.nl



Publicaties over het Zorgpad Geriatrische Revalidatiezorg

Everink, I.H.J., van Haastregt, J.C.M., Kempen, G.I.J.M. & Schols, J.M.G.A. (2015). Op weg naar herstel: ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een zorgpad. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 40 (1).

Everink, I.H.J., van Haastregt, J.C.M., Kempen, G.I.J.M., Dielis, L.M., Maessen, J.M.C., Schols, J.M.G.A. (2015). Uitdagingen in de geriatrische revalidatiezorg: de ontwikkeling van een zorgpad. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 46:104-112.

Everink, I.H.J., van Haastregt, J.C.M., Kempen, G.I.J.M. & Schols, J.M.G.A. (2018). Building Consensus on an Integrated Care Pathway in Geriatric Rehabilitation: A Modified Delphi Study Among Professional Experts. Journal of Applied Gerontology, 1-26.

Everink, I.H.J., van Haastregt, J.C.M., Evers, S.M.A.A., Kempen, G.I.J.M. & Schols, J.M.G.A., (2018). An economic evaluation of an integrated care pathway in geriatric rehabilitation for older patients with complex health problems. PLoS One, 13 [2].

Everink, I.H.J., van Haastregt, J.C.M., Maessen, J.M.C., Schols, J.M.G.A., & Kempen, G.I.J.M. (2017). Process evaluation of an integrated care pathway in geriatric rehabilitation for people with complex health problems. BMC Health Services Research, 17, [34].

Everink, I.H.J. (2017). Geriatric rehabilitation: Development, implementation and evaluation of an integrated care pathway for patients with complex health problems. Proefschrift. Maastricht: Datawyse/Universitaire Pers Maastricht.

Everink I.H.J., van Haastregt, J.C.M., van Hoof, S.J.M., Schols, J.M.G.A., Kempen, G.I.J.M. (2016). Factors influencing home discharge after inpatient rehabilitation in geriatric patients: a systematic review. BMC Geriatrics, 16(1): 5.

A photograph of a group of people, primarily young women, sitting at a table in what appears to be a meeting or workshop. The woman in the foreground is looking intently to the right. Behind her, another woman is also looking in the same direction. A third person is partially visible on the right. On the table, there are papers, a white plastic cup, and a blue marker. The background is slightly blurred, showing an indoor setting with a door.

*De projecten herstelzorg zijn
zowel in wetenschappelijk als
maatschappelijk opzicht van
groot belang. Zowel ouderen
als professionals benadrukken
de belangrijke meerwaarde.*

Uitleiding

Aandacht voor functiebehoud en -herstel loont

Alle projecten zijn wetenschappelijk geëvalueerd. Onderzocht is hoe de projecten bijdragen aan het behoud en herstel van functioneren van kwetsbare ouderen na een (acute) ziekenhuisopname. Het betroffen vier projecten met een proactieve aanpak in het ziekenhuis, meer aandacht voor overdracht en nazorg en betere begeleiding thuis en één project Geriatrische Revalidatiezorg. Waar de focus in de eerste vier projecten lag op ouderen die (acuut) worden opgenomen in het ziekenhuis, lag de focus van het vijfde project op ouderen met complexe problematiek die na een ziekenhuisopname werden opgenomen op een afdeling voor geriatrische revalidatiezorg.

De gemiddelde leeftijd van de geïncludeerde patiënten was 80 jaar. In de projecten *Transmurale Zorgbrug*, *Herstel Zorg Programma* en *Tweedelijns Zorg- en WelzijnsStandaard* gingen patiënten naar huis of verpleeghuis. In het *Zorgprogramma voor Preventie en Herstel na ziekenhuisopname* was voorzien in een extra centrum voor Preventie en Herstel. Het *Zorgpad op weg naar Herstel* voorzorg in een afdeling voor geriatrische revalidatiezorg.

De evaluaties laten in vier van de vijf projecten een positief effect zien. Resultaten worden gerapporteerd op het gebied van algemeen dagelijks functioneren, zorggebruik, zelfredzaamheid, ervaren belasting van mantelzorgers, terugkeer naar de thuissituatie, sterfte na opname, zorgkosten en tevredenheid.

De projecten *herstelzorg* zijn zowel in wetenschappelijk als maatschappelijk opzicht van groot belang. Zowel ouderen als professionals benadrukken de belangrijke meerwaarde. Ouderen geven bijvoorbeeld aan dat zij meer aandacht voor de overgang van ziekenhuis naar thuis ervaren. Ook de verbetering in overdracht en afstemming van zorg tussen organisaties c.q. met andere professionals wordt gewaardeerd. Professionals zijn meer alert op tekenen van kwetsbaarheid en ervaren dat aandacht voor functiebehoud en -herstel tijdens en na een ziekenhuisopname belangrijk is. Ouderen geven aan dat er meer rekening wordt gehouden met hun persoonlijke wensen en behoeften. Patiënten verblijven steeds korter in ziekenhuizen. Dat vraagt om betere nazorg en begeleiding thuis, zeker voor ouderen. Meer oog voor herstel van zelfredzaamheid en welbevinden hierin werd door de ouderen positief beoordeeld. Met andere woorden: bevorder dat ouderen zolang mogelijk zelfredzaam kunnen zijn en focus daarbij niet alleen op het bestrijden van ziekte, maar ook op het bevorderen van functioneren.

Ook de aanwezigheid van een coördinerend casemanager met geriatrische kennis en kunde vanaf het begin van de ziekenhuisopname tot en met intensieve nazorg werd als positief ervaren door de ouderen. Zorgprofessionals ervaren meer afstemming en duidelijke afspraken tussen ketenpartners, wat zich uit in meer samenhang en betere continuïteit van zorg. Daarnaast is er sprake van een betere transmurale overdracht van patiënten en voelen ouderen en mantelzorgers zich beter toegerust en geïnformeerd.

Tot slot

Een ziekenhuisopname is een risicovolle gebeurtenis voor veel ouderen. Veel oudere patiënten hebben tijdens het verblijf in het ziekenhuis een verhoogde kans op complicaties zoals een infectie, ondervoeding, delier (plotselinge verwardheid), doorligwonden, bijwerkingen van medicatie of een val. Veel van deze complicaties hebben lichamelijke en geestelijke achteruitgang van de oudere patiënt tot gevolg. Dit leidt tot onnodig functieverlies bij ouderen. Ouderen worden hierdoor afhankelijker van zorg en hun mogelijkheden om zelfredzaam te blijven worden bedreigd.

Het betekent dat waar mogelijk opnames voorkomen moeten worden en dat zowel in het ziekenhuis als in het nazorgtraject de focus moet liggen op herkenning van risicopatiënten in combinatie met gerichte preventieve maatregelen om functieverlies te voorkomen.

Om de overgang van ziekenhuis naar huis soepel te laten verlopen is zowel in het ziekenhuis, als tijdens de overgang van ziekenhuis naar huis en in de thuissituatie aandacht nodig voor functiebehoud en -herstel. Dit vraagt om een verschuiving van focus in de gezondheidszorg: van ziektegericht naar functiegericht.

Herstelzorgprogramma's ondersteunen ouderen bij het weer naar huis gaan en de draad thuis weer op te pakken. Met name de systematische screening op kwetsbaarheid, het afnemen van een geriatrisch assessment, de warme overdracht, de medicatiereview en geriatrische nazorg al dan niet thuis worden als succeselementen aangemerkt.

Literatuur

Gezondheidsraad. Zelfredzaamheid van ouderen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2018; publicatienr. 2018/12.

NGH, Leago, LHV. Visie Huisartsenzorg voor ouderen. Samen werken aan persoonsgerichte zorg. September 2017.

Buurman, B.M., de Rooij, S.E. Functieverlies ouderen bij acute opname in ziekenhuis. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 2015 Mar 31;159. A8185.

Hoogerduijn, J.G., Schuurmans, M.J. Kwaliteit van zorg voor ouderen thuis en in het ziekenhuisaanbevelingen vanuit de wetenschap met accent op verpleegkunde. Achtergrond-studie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ten behoeve van het advies Redzaam Ouder. RVZ juni 2012.

KNMG. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010.



ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren. ZonMw heeft als hoofdpodrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het Nationaal Programma Ouderenzorg kunt u contact opnemen met het secretariaat via e-mail ouderenzorg@zonmw.nl of telefoonnummer (070) 349 53 45.

Tekst Loes Schouten

Eindredactie Merel van Dalen, Lucinda van Ewijk, Rosalie Hendriks

Fotografie Beeldbank van de rijksoverheid

Ontwerp Katja Hilberg

September 2018

In 2008 is het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) opgezet, om de zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen te verbeteren en de wetenschappelijke onderbouwing ervan te versterken.

Binnen het NPO zijn diverse projecten uitgevoerd ter behoud en herstel van functioneren en voorkomen van sterfte van kwetsbare ouderen na een (acute, niet geplande) ziekenhuisopname. Deze projecten vallen onder de noemer herstelzorg. Ze zijn opgezet vanuit de gedachte dat een proactieve aanpak in het ziekenhuis, meer aandacht voor nazorg en betere begeleiding thuis functieverlies van ouderen kan verminderen of mogelijk zelfs voorkomen. Met functieverlies wordt een achteruitgang in de activiteiten van het dagelijks leven (ADL) bedoeld.

Deze brochure biedt een overzicht van vijf projecten herstelzorg en is bedoeld voor professionals, werkzaam in ouderen-, zorg- en welzijnsorganisaties die de kwaliteit van leven van (kwetsbare) ouderen verder willen verbeteren. Over alle projecten is uitgebreid (wetenschappelijk) gepubliceerd. Deze brochure omvat per project een kort overzicht van werkwijze, kernelementen en resultaten van herstelzorg.

ZonMw stimuleert
gezondheidsonderzoek en
zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl

