



Transmurale zorgbrug tussen 1e en 2e lijn

Transitie experiment

Projectleiders

Dr. S.E.J.A. de Rooij: s.e.derooij@amc.uva.nl; koz@amc.uva.nl

Dr. Bianca Buurman: b.m.vanes@amc.uva.nl

Drs. Juliette Parlevliet : j.l.parlevliet@amc.uva.nl

Telefoonnummer: 020-5665991

Startdatum: 1 april 2010, tijdsduur 36 maanden

Open voor deelname: ja, geïnteresseerde ziekenhuizen kunnen contact opnemen

Probleem

Jaarlijks wordt 14% van de 65-plussers (acuut) opgenomen in het ziekenhuis. Bij ontslag blijkt dat er in veel gevallen sprake is van functieverlies, gedefinieerd als een achteruitgang in de Activiteiten van het Dagelijks leven (ADL). Niet alle ouderen hebben een even groot risico op achteruitgang in ADL, dit is onder andere afhankelijk van de functionele status bij opname. Het proactief opsporen van ouderen met een verhoogd risico op functieverlies kan slechte uitkomsten na ziekenhuisopname voorkomen. De huidige zorg voor ouderen in het ziekenhuis kenmerkt zich echter door een focus op de ziekte waarvoor de patient is opgenomen. Daarnaast is de overgang van het ziekenhuis naar de thuissituatie vaak ongecoördineerd en bereikt de informatie de huisarts vaak pas laat. Proactieve zorg tijdens ziekenhuisopname gecombineerd met een gecoördineerd verpleegkundig nazorgprogramma is in Nederland geen standaardzorg

Oplossing

Onderzoeken of een transmurale interventie leidt tot meer functiebehoud en zelfstandigheid van ouderen na ontslag uit het ziekenhuis. Het gaat om geïntegreerde zorg door een wijkverpleegkundig die tot ver over de muren van het ziekenhuis reikt. Het onderzoek vindt plaats in 3 ziekenhuizen en met thuiszorgorganisaties en huisartsenpraktijken in het werkgebied rond de 3 ziekenhuizen. Het effect van de geïntegreerde nazorg wordt getest in een Randomized Clinical Trial, wat betekent dat de helft van de ouderen wel de nazorg ontvangen en de andere helft op de gebruikelijke manier uit het ziekenhuis wordt ontslagen.

Doelgroep

Acuut opgenomen patiënten van 65 jaar en ouder met een verhoogde kans op functieverlies, vastgesteld met de Identifications of Seniors at Risk-Hospitalized patients (ISAR-HP), op afdelingen inwendige geneeskunde in 3 ziekenhuizen in Nederland.

Aanpak

Alle ouderen krijgen tijdens ziekenhuisopname zorg volgens het DEFENCE-zorgmodel. Dit zorgmodel bestaat uit 3 stappen; 1) screenen op verhoogd risico op functieverlies met de ISAR-HP, 2) een geriatrisch assessment bij ouderen met een verhoogd risico op functieverlies 3) gevolgd door een multidisciplinaire interventie op basis van het zorg-behandelplan. Voor ziekenhuisontslag worden ouderen gerandomiseerd. De ouderen in de interventiegroep krijgen een transitiecoach toegewezen, een HBO-opgeleide wijkverpleegkundige, die de oudere nog tijdens ziekenhuisopname bezoekt en vervolgens nog 5 keer na ziekenhuisontslag.

Het tweede bezoek vindt plaats 2 dagen na ziekenhuisontslag en focust zich dan op de medicatie en ingezette zorg. Het zorg-behandelplan wordt in de thuissituatie voortgezet. De wijkverpleegkundige heeft laagdrempelig contact met de huisarts.

Verwacht resultaat

1. Implementatie van een proactief zorgmodel, het DEFENCE-zorgmodel in de deelnemende ziekenhuizen
2. Een toolkit voor geriatrische problemen, te raadplegen via www.effectieveouderenzorg.nl
3. Een evidence-based protocol voor de huisbezoeken na ziekenhuisopname
4. Een opleiding praktijkondersteuning ouderenzorg, dat zich richt op integrale zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie
5. Één aanspreekpunt voor de patiënt en zijn mantelzorger tijdens en na ziekenhuisopname
6. Het behoud van functioneren, de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van patiënten.
7. Structurele financiering voor de verpleegkundige nazorg.