

Henk Maassen

h.maassen@medischcontact.nl

@medischcontact

Celine Hendriks

c.hendriks@medischcontact.nl

@medischcontact

GRONINGEN PLEIT VOOR BREDERE INVOERING VAN HOSPITAL@HOME

Ouderen herstellen beter thuis dan in het ziekenhuis

Vanwege infectiegevaar en valrisico's is het ziekenhuis vaak niet de beste plek voor kwetsbare ouderen met een acute ziekte. In Groningen willen ze dat deze patiënten de benodigde zorg zoveel mogelijk thuis krijgen.



Sophia de Rooij deed enkele jaren geleden onderzoek naar wat er was gebeurd met acuut opgenomen ouderen, drie maanden nadat ze uit het ziekenhuis waren ontslagen. 'Ik vergeet nooit meer het moment dat een verpleegkundige bij me kwam en

zei dat er bijna niemand meer in leven was', vertelt de hoogleraar geriatrie-ouderengeneeskunde (UMC Groningen). 'Dat bleek achteraf een wat vertekende constatering; maar na 639 patiënten kwamen we toch op 30,4 procent sterfgevallen. Met andere woorden: we hadden in

het ziekenhuis heel erg ons best gedaan en toch was binnen drie maanden bijna een derde van de patiënten dood. Hoe kon dat? Wat was hier fout gegaan? Of ging het om heel kwetsbare mensen die toevallig ook nog eens net in het ziekenhuis hadden gelegen?'



Internist in opleiding Maaïke Pouw (links) en hoogleraar geriatrie-ouderengeneeskunde Sophia de Rooij stuiten van meet af aan op hindernissen in het bestaande zorgsysteem.

patiënten krijgen voor hun ontslag in het ziekenhuis al bezoek van een wijkverpleegkundige, die daarna de patiënten nog een aantal keren thuis bezoekt. Volgens De Rooij toont dit aan dat voor sterftereductie niet altijd ‘rocket science of dure innovatieve medicijnen’ nodig zijn. ‘Het gaat er simpelweg om dat mensen de draad weer oppakken, hun routine hervinden en dat ze daarbij geholpen worden.’

Het andere idee, Hospital@Home – voluit: het *Hospital at Home Care Program* – werd dertig jaar geleden al gelanceerd door de Amerikaanse geriater Bruce Leff. Centrale gedachte: zorg die kwetsbare patiënten in het ziekenhuis krijgen, kan in veel gevallen beter thuis worden geleverd, in de wetenschap dat het ziekenhuis voor hen niet de beste plek is vanwege infectiegevaar en valrisico’s (zie *kader* voor een casus op blz. 17). De Rooij weet dat deze aanpak vooral is opgepakt in Australië, Engeland, Italië en een aantal Franssprekende landen. ‘Strikt genomen kennen wij het in Nederland ook, maar op bescheiden schaal, want zodra je een patiënt thuis intraveneus antibiotica geeft, doe je eigenlijk aan Hospital@Home.’

Grootschalig introduceren

De Rooij wil nu in samenwerking met alle betrokken professionals en instanties, onder wie huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, SEH-artsen, ambulancezorg, wijkverpleegkundigen, thuiszorgorganisaties, apothekers en zorgverzekeraars Hospital@Home grootschaliger introduceren in de regio Groningen. De aandacht zal daarbij vooral gefocust zijn op dementerende patiënten die met een acute aandoening (blaasontsteking bijvoorbeeld) normaal gesproken voor opname in aanmerking zouden komen. Omdat juist deze patiënten bij

ziekenhuisopname een nog wat hoger risico op complicaties, blijvende verpleeghuisopname en vroegtijdige sterfte lopen.

De Rooij: ‘Medisch-technisch kunnen zij de benodigde zorg ook nu al thuis krijgen, maar organisatorisch zijn er beren op de weg. Bovendien willen we vragen beantwoorden als: is het voor de patiënt beter dan een ziekenhuisbehandeling? En wat is kosteneffectiever: ziekenhuisopname of Hospital@Home?’ Daarom wil ze een studie doen die de haalbaarheid moet aantonen.

Bestaande, internationale studies geven overigens ook nu al antwoorden, zegt promovenda en internist in opleiding Maaïke Pouw. ‘Men vindt minder complicaties, en patiënten zijn tevredener over de zorg.’

Trial

Pouw en De Rooij denken niet onmiddellijk aan een gerandomiseerde en gecontroleerde trial. Die komt waarschijnlijk in een later stadium. Maaïke Pouw: ‘Dat kan alleen als je precies weet wat je interventie gaat zijn. Maar juist die gaan we al doende nog perfectioneren.’ Inclusie- en exclusiecriteria zijn er al wel. Iedereen met cognitieve stoornissen van 65 jaar of ouder die op de SEH komt, wordt op de gangbare wijze gezien. Daar wordt

‘We dwingen niemand, nee is nee’

bepaald hoe ziek de patiënt is. Dat gebeurt op basis van de klinische blik van de spoedartsen en aan de hand van de score volgens de MEWS-tabel. Met dit *Modified Early Warning System* worden de vitale functies van een patiënt objectief gemeten, waarbij aan de verkregen waar-

Het legde de kiem voor twee ideeën: de transmurale zorgbrug en Hospital@Home. Het eerste, die zorgbrug, functioneert nu in dertig ziekenhuizen en heeft het percentage sterfgevallen onder deze kwetsbare groep met 25 procent vermindert. Het komt simpelweg hierop neer:

den een cijfer wordt verbonden. Hoe hoger de som van deze cijfers, hoe slechter de vitale functies, hoe sneller moet worden gehandeld. Scoort een patiënt hoger dan 2 dan blijft hij altijd in het ziekenhuis.

Komt een patiënt in aanmerking voor Hospital@Home, dan is de laatste, maar cruciale vraag: wil de patiënt dat ook? De Rooij: 'We dwingen niemand. Nee is nee. Studies uit het buitenland wijzen overigens uit dat van alle mensen die geschikt zijn, ongeveer de helft kiest voor het ziekenhuis. Ik verwacht in het begin wekelijks één à twee patiënten.'

Qua uitkomstmaten, denken De Rooij en Pouw niet alleen aan mortaliteit of heropnames, maar vooral aan zogenaamde *patient reported experience measures* (PREM's), en dan met name aan de uitkomstmaat 'time spent at home', gedefinieerd als de hoeveelheid dagen die de patiënt over een tijdspanne van zes maanden thuis heeft doorgebracht. De Rooij legt uit: 'Kwaliteit van zorg vang je in objectieve en subjectieve maten. We meten uiteraard sterfte, maar patiënten zijn zelf vooral geïnteresseerd in functio-

'Een handgreep op het toilet, dat kon dus niet binnen één dag'

neren, in de mate waarin hun wereld al dan niet ingrijpend verandert, in het gevoel dat ze grip houden op hun leven.'

Hindernissen

Er is nog een reden om een haalbaarheidsonderzoek te doen, zegt De Rooij: 'Er moet een beweging op gang komen. We zijn al ruim twee jaar bezig om met partners zoals de thuiszorg, huisartsen, gemeenten en zorgverzekeraars Hospital@Home van de grond te krijgen.' Zo'n studie is daartoe een geschikt vehikel, denken De Rooij en Pouw. Twee conferenties en gesprekken met uiteenlopende regionale organisaties wezen al uit dat

de animo 'in potentie' groot is. Maar de voorgestelde herinrichting van de acute zorg voor de patiënt met dementie is er niet van vandaag op morgen. Het betekent ook herinrichting van werkprocessen, soms dwars door bestaande structuren heen.

Haast als vanzelf stuiten De Rooij en Pouw daarbij van meet af aan op hindernissen in het bestaande zorgsysteem. Bijvoorbeeld als het gaat om de financiering. In principe krijgt het Hospital@Home-zorgprogramma te maken met drie wetten: de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning), de Zvw (Zorgverzekeringswet) en de Wlz (Wet langdurige zorg). 'Wie gaat er nou winkelen met drie huishoudboekjes?', vraagt De Rooij retorisch. Bij de uitvoering van één wet kan het al spaak lopen, weet ze. Een voorbeeld: 'Ik had een gesprek met de wethouder die gaat over zorg. Hij wilde graag meedoen aan onze haalbaarheidsstudie. Hij vroeg wat daarvoor nodig was, en ik stelde het volgende, veelvoorkomende probleem aan de orde. Een patiënt kan na gezien te zijn in het ziekenhuis de volgende ochtend naar huis, en daarom moeten

er een hoog-laagtoilet en een hoog-laagbed komen. En o ja, er moeten ook meteen een paar handgrepen in de muur van het toilet worden geplaatst. Soms duren zulke woningaanpassingen in het kader van de Wmo wel drie maanden, maar daar kunnen we in dit project uiteraard niet op wachten. Tja, dat kon dus niet binnen één dag, volgens de wethouder. Dat is dus een hindernis. Eigenlijk wel vreemd, want we hebben al een stille revolutie achter de rug: de palliatieve zorg, die gebeurt grotendeels thuis, en daarbij kunnen zaken wel heel snel worden geregeld.' Maaike Pouw noemt nog zo'n 'puntje', de kwestie van de toedienlijst. 'Het

Patiënten willen vooral grip houden op hun leven.



GETTY IMAGES

BLAUWE PLEKKEN

Ze komt op mijn poli vanwege blauwe plekken op haar benen. Een jaar of acht geleden is ze voor hetzelfde probleem al eens gezien door mijn collega, en uit deze analyse zijn geen afwijkingen naar voren gekomen. Ik geef aan dat ik de kans dat ik nu afwijkingen ga vinden klein acht, en vraag haar vervolgens wat de reden is geweest om hiermee weer naar de huisarts te gaan.

Nou, zegt ze zachtjes, en kijkt even om zich heen alsof ze zeker wil weten dat niemand het hoort: 'Ik ben nu 74 jaar, en mijn man is zes jaar geleden overleden. Sinds kort heb ik een vriend, en ik vind die blauwe plekken zo lelijk!'

Ik peins even en suggereer haar dan dat als het haar zo stoort ze er ook make-up op zou kunnen smeren. 'Zou dat kunnen?' vraagt ze verbaasd.

Ik knik.

Met een grote glimlach staat ze op en verlaat zonder verder onderzoek de spreekkamer.

CASUS: ALFONS

Alfons (81) is al jaren longpatiënt en hij is toenemend vergeetachtig. Regelmatig wordt hij een paar dagen opgenomen in het ziekenhuis voor de behandeling van een opleving van zijn COPD. Bij zijn laatste bezoek aan de SEH wordt hem gevraagd of hij in plaats van in het ziekenhuis, thuis behandeld wil worden. Hij moet daar even over nadenken. Komt de zorg dan niet te veel op de schouders van zijn vrouw, kinderen en thuiszorg te liggen? Zijn vrouw Ria (79), die Alfons met veel toewijding verzorgt, vindt het echter wel een fijn idee om haar man dicht bij haar te hebben en om niet telkens heen en weer te hoeven rijden naar het ziekenhuis. Ook zijn dochter Mieke, zelf wijkverpleegkundige, is direct enthousiast. Samen besluiten ze het experiment aan te gaan. Er wordt een infuuspomp voor medicatie en zuurstofapparaat geregeld, waarna Alfons thuis verder kan worden behandeld. De huisarts en wijkverpleging komen extra langs. De longarts in het ziekenhuis en de geriater zijn beschikbaar voor overleg en kijken zo op afstand mee. Alle betrokkenen zijn tevreden over de ziekenhuiszorg die wordt verleend in de thuissituatie.

Bron: hospitalathome.nl.

medicatieoverzicht thuis in de vorm van die lijst moet direct beschikbaar zijn en gewijzigd kunnen worden. In het huidige systeem is dat voor bijvoorbeeld de apotheken moeilijk te realiseren. Ook dat moet dus anders.'

Kosten en baten

Bij het verplaatsten van zorg zoals dat bij Hospital@Home gebeurt, neemt het ziekenhuis minder patiënten op en moet de thuiszorgorganisatie bereid zijn meer gespecialiseerde verpleegkundigen aan te nemen en in te zetten. Kosten en baten komen dus niet bij dezelfde partij terecht. Bovendien zijn waarschijnlijk consulten door de specialist ouderengeneeskunde in eerste lijn nodig. Dat zit nog niet standaard in het basispakket, maar is nu wel weer even gedekt, weet De Rooij. Hoe kosteneffectief maakt dat Hospital@Home? 'Het antwoord op die vraag vereist anders denken over kosten maken en delen binnen de Zorgverzekeringswet, meent ze. Haar redenering gaat zo: 'In het project transmurale zorgbrug bezoekt de wijkverpleegkundige een patiënt in het ziekenhuis voor diens ontslag, en

nadien driemaal thuis. Dat kost inclusief overhead 50 euro per uur. De thuiszorgorganisatie investeert dus 200 euro. Het ziekenhuis heeft gemiddeld een dag minder ligduur. Dat kost 750 euro. Je bespaart dus 550 euro. We weten uit ons onderzoek: je moet zestien mensen bezoeken om één mensenleven te redden. Dus bespaar je zestienmaal 550 euro, dat is 8800 euro.' Mutatis mutandis zou Hospital@Home soortgelijke uitkomsten moeten opleveren: daar is de besparing op het ziekenhuisverblijf wellicht nog groter, maar er staan hogere kosten in de thuiszorg tegenover. 'Maar ja, wat is dat eigenlijk, besparen in de zorg?', verzucht De Rooij. 'Een patiënt die dood is kost helemaal niks.' ■

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

Heeft u ook een perikel? Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl