

De WijkKliniek: zorg in de buurt voor kwetsbare ouderen

auteurs

**BIANCA
BUURMAN**

hoogleraar Acute
Ouderenzorg AMC,
lector Transmurale
Ouderenzorg HvA,
verpleegkundige

**ROSANNE VAN
SEBEN**

gezondheidsweten-
schapper, promovenda
afdeling
Ouderengeneeskunde,
AMC

In juli 2018 zal in Amsterdam Zuidoost de WijkKliniek zijn deuren openen. De WijkKliniek is het resultaat van een innovatieve samenwerking tussen Cordaan, het AMC en Zilveren Kruis. Het concept is ontwikkeld op basis van praktijkvragen, wensen van ouderen zelf en eerder onderzoek. In dit artikel beschrijven de auteurs hoe ze het concept hebben ontwikkeld, wat ouderen belangrijk vinden rondom acute zorg, welke *evidence-based* strategieën ze toepassen en hoe ze deze nieuwe vorm van acute ouderenzorg zullen evalueren.



TREFWOORDEN

- Ouderenzorg
- Wijkkliniek

In het ziekenhuis staat vooral behandeling voor het medische probleem centraal en is er weinig aandacht voor de stappen die nodig zijn voor een optimale terugkeer naar huis. In de WijkKliniek staan naast acute medische hulp, ook goede ondersteuning en begeleiding naar huis centraal. De kliniek is onderdeel van Eben Haëzer, een locatie voor ouderen die normaal gesproken in het ziekenhuis worden opgenomen vanwege acute medische problemen, zoals ernstige benauwdheid, hoge koorts en ontregelde diabetes.

PRAKTIJKVOORBEELD

Mevrouw Gosliga is 92 jaar, woont zelfstandig, heeft vijf verschillende chronische ziekten, beginnende geheugenproblemen, mobiliteitsproblemen en valt geregeld. Met ondersteuning van de wijkverpleegkundige redt ze zich nog zelf thuis. Haar dochter woont op een uur afstand. Als mevrouw Gosliga een beginnende pneumonie heeft, krijgt ze van de huisarts antibiotica voorgeschreven. Toch verslechtert ze en wordt ze toenemend benauwd. Vervolgens ligt ze veel op de bank en raakt verward. Haar



CORRESPONDENTIE
BIANCA BUURMAN,
B.M.VANES@AMC.NL

dochter komt kijken hoe het gaat en belt verschrikt 112. De benauwdheid en koorts zijn namelijk flink toegenomen. Met de ambulance wordt mevrouw Goslinga naar het ziekenhuis vervoerd. In het ziekenhuis ligt ze veel op bed en herstelt ze langzaam. Na tien dagen kan mevrouw naar huis, maar eenmaal thuis is ze verzwakt, lukt lopen nauwelijks en heeft ze nieuwe medicatie voorgeschreven gekregen. De huisarts krijgt de overdracht uit het ziekenhuis na een week, maar als gevolg van een bijwerking van de medicatie is mevrouw dan alweer gevallen. Binnen 14 dagen is ze weer terug in het ziekenhuis met een nieuwe pneumonie.

IMPACT VAN EEN ACUTE ZIEKENHUISOPNAME

Het verhaal van mevrouw Gosliga staat niet op zichzelf. In 2016 meldden 800.000 65-plussers zich op de spoedeisende hulp (SEH), een stijging van 19 procent ten opzichte van 2015. Deze toename is groter dan op basis van demografische veranderingen verwacht kan worden.¹ Van alle ouderen die de SEH bezoeken wordt ongeveer 35 procent opgenomen, wat betekent dat jaarlijks 280.000 ouderen acuut in het ziekenhuis terechtkomen. Er spelen verschillende factoren een rol in het ontstaan van een acute zorgvraag bij ouderen. Zo is bij veel van hen sprake van multimorbiditeit en daardoor polyfarmacie. Daarnaast kampen veel ouderen met geriatrische syndromen zoals cognitieve problemen, vallen en functionele beperkingen.² Een kleine ontregeling kan hierdoor een cascade aan problemen in gang zetten, zoals bij mevrouw Gosliga. Niet alleen heeft zij medisch-specialistische zorg nodig voor haar pneumonie; door de aanwezige cognitieve en mobiliteitsproblemen ontwikkelt zij ook een delier tijdens opname en kampt ze na opname met een achteruitgang in functioneren. Dit ziekenhuisgerelateerd functieverlies zien we bij 30 procent van de ouderen, die vervolgens een hoog risico hebben op verminderde kwaliteit van leven, verpleeghuisopname en sterfte.^{2,3} Ook wordt 20 procent heropgenomen kort

na ontslag.⁴ Hoe meer comorbiditeit en geriatrische problemen er spelen des te groter de kans is op een heropname of functieverlies.^{2,4,5} Ouderen komen daarmee vaak in een vicieuze cirkel terecht.

PRAKTIJKVRAAG

Samen met de verpleegkundigen en artsen van de SEH, de geriatrie in het ziekenhuis, wijkverpleging, specialist ouderengeneeskunde, huisartsen en ouderen zelf, hebben we een analyse gemaakt van knelpunten in de zorg voor ouderen met acute zorgvragen. De belangrijkste uitkomst was dat er momenteel een gat wordt ervaren tussen wat thuis kan en wat in het ziekenhuis kan. Bovendien wordt er te weinig nagedacht over hoe we het met elkaar beter kunnen doen.

We zijn in Bradford, Engeland geweest om te kijken hoe daar de acute zorgketen voor ouderen functioneert. We waren onder de indruk. Hier kan, in zogenaamde acute *community-care clinics*, complexe zorg buiten de muren van het ziekenhuis geboden worden. Met betere uitkomsten voor ouderen en een daling in het aantal acute presentaties op de SEH. Wij zijn toen gaan nadenken hoe we in Nederland ook buiten de muren van het ziekenhuis de zorg het best kunnen organiseren. Vanuit verschillende perspectieven formuleerden we de volgende onderzoeksvragen:

- Welke groep is gebaat bij ziekenhuiszorg buiten de muren van het ziekenhuis, maar dichtbij de huisarts en de wijkverpleegkundige?
- Hoe kunnen we ouderen zodanig begeleiden dat zij drie maanden na een acute gebeurtenis beter functioneren en minder vaak ongepland worden heropgenomen?
- Wat vraagt het bieden van ziekenhuiszorg buiten het ziekenhuis van de samenwerking tussen SEH, ziekenhuis, huisarts, wijkverpleegkundige en verpleeghuis?

PERSPECTIEF VAN DE PATIËNT

Het concept van de WijkKliniek komt voort uit ervaringen van patiënten. Zij zijn actief betrokken geweest bij de ont-

wikkeling ervan. Wij vroegen ouderen die in het voorafgaande jaar een acute ziekenhuisopname doormaakten om hun ervaringen te beschrijven. Bijna allemaal geven ze aan dat de ziekenhuisopname hun functioneren heeft aangetast. Veel ouderen vinden dat ze in het ziekenhuis onvoldoende werden begeleid richting de thuissituatie en dat ontslag veelal plotseling komt. Eenmaal thuis ervaren ze nog allerlei symptomen zoals vermoeidheid, valangst, apathie en verminderde eetlust. Klachten die herstel in de weg staan. Persoonlijke begeleiding en aandacht vinden zij essentieel, zowel voor zichzelf als voor mantelzorgers.

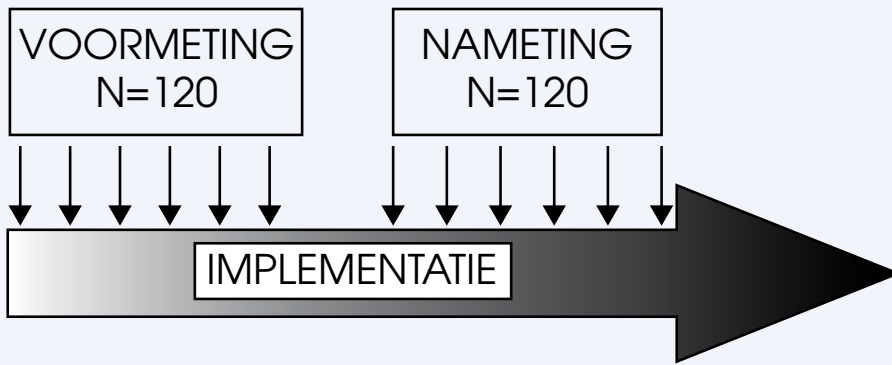
PERSPECTIEF VAN DE PROFESSIONALS

Samen met artsen en verpleegkundigen (vanuit de geriatrie en SEH), de specialist ouderengeneeskunde, huisartsen, fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen hebben we nagedacht over hoe we kunnen bijdragen aan het optimaliseren van de uitkomsten van ouderen na een acute opname. De belangrijkste focus van de WijkKliniek is gericht op goede zorg tijdens het acute moment en goed begeleid naar huis. De slogan is daarom ook 'De WijkKliniek: met zicht op thuis', refererend naar zorg in de buurt, met mensen die dichtbij staan en goede begeleiding naar huis.

EVIDENCE-BASED INTERVENTIES

We hebben vervolgens gekeken naar wat bekend is over 'goede zorg' voor ouderen tijdens en na een acute gebeurtenis. Wat is de impact daarvan op patiënt-relevante uitkomsten zoals dagelijks functioneren (kunnen uitvoeren van de ADL, het doen van betekenisvolle activiteiten), symptoomlast, overlijden op de plek van voorkeur, verminderen van heropnames en belasting van de mantelzorg? We verwachten dat de impact vergroot wordt als deze zorg in de buurt en in samenwerking met de huisarts en wijkverpleegkundige wordt geboden. Andere factoren die van invloed op "goede zorg" zijn:

- Het geven van de juiste medische zorg. Doordat ouderen vaak een atypische



FIGUUR 1 INTERRUPTED TIME SERIES

presentatie van klachten hebben zoals delier of functionele achteruitgang, wordt het onderliggende medische probleem niet altijd herkend. Om de juiste zorg te leveren, is het belangrijk om het team te scholen op het gebied van acute geriatrische zorg, inclusief ziektepresentatie en behandeling. Dit onderdeel omvat ook het voorbereiden van ouderen op het ontslag, mogelijke complicaties en medicatiebegeleiding.

- Het geven van een compleet geriatrisch assessment (CGA). Dit is een multidisciplinaire benadering van medische en geriatrische problemen, waarbij op vier assen de patiëntproblemen en doelen in kaart gebracht worden. Het gaat om somatiek (ziekten, medicatie, voeding, pijn), psychisch functioneren (angst, depressie, geheugenproblemen, delier), functioneel functioneren (vallen, ADL functioneren) en sociale inbedding (mantelzorg, hulpbronnen, eenzaamheid).
- Het voldoen aan *Advance care planning*. Hierin bespreken we welke doelen ouderen hebben, hoe de behandeling daarin past en of zij hebben nagedacht over plaats van overlijden.
- Het actief stimuleren van bewegen tijdens en na opname, zodat ouderen op hun oude niveau van functioneren naar huis kunnen. In veel ziekenhuizen zien we nu de focus op bewegen tijdens de opname met betere uitkomsten voor ouderen. Wij voegen daar ook het herstel in de thuissituatie aan toe.
- Het implementeren van de Transmurale Zorgbrug. Vanaf de opname ligt de focus op weer goed naar huis gaan. Sturing op goede begeleiding in de

transitie van ziekenhuis naar huis, samen met de huisarts en wijkverpleegkundige, is hierbij belangrijk.

- Het betrekken en ondersteunen van de mantelzorger. Dit is in het traject van opname tot na ontslag essentieel. Zo zijn er mogelijkheden voor *rooming-in* in de WijkKliniek en is er begeleiding mogelijk bij overbelasting.

OPENING

Op 1 juli 2018 gaan de deuren van de WijkKliniek open. In de WijkKliniek komen 24 bedden beschikbaar in een geïntegreerd centrum voor kortdurende zorg van Cordaan, waar onder andere ook eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg worden geboden. Het nieuwe centrum staat midden in de woonwijk, naast een huisartsenpraktijk en apotheek, en biedt mensen uit de buurt ook de mogelijkheid om deel te nemen aan activiteiten en samen te eten. Er is ook een post voor de wijkverpleging. Het verpleegkundig team zal bestaan uit 30 procent hbo-verpleegkundigen en 70 procent mbo-verpleegkundigen. Daarnaast leiden we verpleegkundig specialisten acute (geriatrische) zorg op.

OPNAME IN DE WIJKKLINIEK

In de WijkKliniek nemen wij patiënten op vanaf 65 jaar, die woonachtig zijn in de omgeving Amsterdam Zuid-Oost. Opname geschiedt direct vanaf de SEH in het AMC. Voordat een patiënt kan worden overgedragen vanaf de SEH moet er wel een diagnose en behandelplan zijn. Behalve bloedafname en ECG zijn er namelijk geen aanvullende

diagnostische mogelijkheden in de Wijk- Kliniek. Patiënten met veelvoorkomende aandoeningen, zoals exacerbatie COPD, urineweginfectie, decompensatio cordis, onregelde diabetes komen in aanmerking voor een opname.

Een opname in de WijkKliniek vanaf de SEH kan elke dag tussen 8 en 23 uur. De opname verloopt via de dienstdoende klinisch geriater, die tussen 8 en 23 uur beschikbaar is (WijkKliniek & AMC SEH).

Na een half jaar besluiten we of patiënten direct kunnen worden opgenomen vanuit huis om zo de druk op de SEH te verminderen. De maximale opnameduur in de WijkKliniek is 14 dagen. We zetten in op ontslag naar huis.

ONDERZOEK NAAR DE (KOSTEN) EFFECTIVITEIT, MEERWAARDE EN DIRECT OPNEMEN

De effectiviteit van de WijkKliniek op patiëntrelevante uitkomsten en zorgkosten meten we middels een *interrupted time series design*, met 120 patiënten in een voor- en nameting (zie figuur 1). We zullen kijken naar patiëntrelevante uitkomsten zoals ADL-functioneren, kwaliteit van leven, mantelzorgbelasting, uitstroom naar huis en overlijden op de plek van voorkeur. Om de kosten in kaart te brengen en te vergelijken met reguliere zorg kijken we naar de opnameperiode, heropnames, verpleeghuis-, GRZ- en ELV-opnames, SEH-, huisarts- en huisartsenpostbezoeken, inzet van wijkverpleegkundige, verzorgende, huishoudelijke hulp, paramedici en mantelzorger.

De waarde die het WijkKliniek-concept heeft voor alle *stakeholders* zullen wij ook onderzoeken. Hierbij gaat het om hoe, wat en waarom zorg in de WijkKliniek toevoegde waarde heeft voor de patiënt en kwaliteit van zorg.

Om dit inzichtelijk te maken zullen we kwalitatief onderzoek uitvoeren voor en na de opening van de WijkKliniek bij patiënten, mantelzorgers, professionals, bestuurders en beleidsmakers. Ook willen we inzichtelijk maken of het initiatief van de WijkKliniek een positief effect heeft op het perspectief van studenten op ouderen- en wijkzorg.

Omdat een van de doelstellingen van de WijkKliniek ook is om een groter percentage ouderen direct op te nemen, zonder tussenkomst van de SEH, monitoren we in het eerste half jaar alle patiënten en kijken we of een huisarts direct had willen insturen. Uiteindelijk willen wij op 35 procent van de ouderen inzetten die wij direct opnemen zonder tussenkomst van de SEH.

BETERE UITKOMSTEN VOOR OUDEREN

We hebben met elkaar patiëntrelevante uitkomsten geformuleerd die we willen behalen na ontslag uit de WijkKliniek.

Binnen een maand:

- 50 procent reductie van medicatiefouten;
- 90 procent wordt direct naar huis ontslagen;
- 25 procent reductie van ongeplande heropname (van 20 procent nu naar maximaal 15 procent straks).

Na drie maanden:

- 85 procent van de ouderen behoudt oude niveau van functioneren (ten opzichte van 70 procent nu);
- 20 procent reductie van ervaren symptoomlast na ziekenhuisopname (vermoeidheid, pijn, valangst);
- 25 procent reductie van ongeplande heropnames (van 35 procent naar maximaal 25 procent straks).

DOORONTWIKKELING VAN HET ZORGCONCEPT

In de toekomst zal de WijkKliniek zich doorontwikkelen. Wij verwachten dat binnen 3 tot 5 jaar de specialist ouderengeneeskunde of verpleegkundig specialist de coördinerend behandelaar zal zijn binnen de WijkKliniek. Het eerste jaar zullen we vooral gebruiken om te monitoren welke ouderen veilig opgenomen kunnen worden, bij welke zorg zij baat zijn en hoe zij de zorg hebben ervaren. Op basis van die informatie kunnen we vaststellen wat nodig is om de verantwoordelijkheden te verschuiven en hoe artsen en verpleegkundigen opgeleid kunnen worden om die doelen te bereiken.

Voor implementatie van de WijkKliniek worden zes voormetingen gedaan met in totaal 120 patiënten. Na implementatie worden opnieuw zes metingen gedaan om de effectiviteit van de WijkKliniek in kaart te brengen op patiëntrelevante uitkomsten en zorgkosten. Door meerdere voornametingen uit te voeren wordt er rekening gehouden met bepaalde trends in de uitkomstmaat. Er kan bijvoorbeeld al een dalende of stijgende trend zijn voordat de implementatie heeft plaatsgevonden of het kan een bepaalde periode duren voordat het effect van de interventie zichtbaar wordt. ●

REFERENTIES

- 1. De Kousemaeker G, Vandermeulen L.** Ontwikkelingen Langdurige Zorg 1.0 ed.. Fluent Healthcare 2017.
- 2. Buurman BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, e.a.** Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. *PLoS one.* 2011;6(11), e26951.
- 3. Portegijs E, Buurman BM, Es-sink-Bot ML, e.a.** Failure to regain function at 3 months after acute hospital admission predicts institutionalization within 12 months in older patients. *JAMA.* 2012;306(6), 569-576.
- 4. Kansagara D, Englander H, Salanitro A, e.a.** Risk prediction models for hospital readmission: a systematic review. *JAMA.* 2011;306(15), 1688-1698.
- 5. Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB.** Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". *JAMA.* 2011;306(16): 1782-1793.

Samenvatting

→ In juli 2018 gaat in Amsterdam Zuidoost de WijkKliniek, een kliniek voor ouderen met acute medische problemen, open.
→ De WijkKliniek kwam tot stand door samenwerking tussen Cordaan, het Academisch Medisch Centrum (AMC) en Zilveren Kruis.

→ In de WijkKliniek staan acute medische hulp, goede ondersteuning en begeleiding naar huis centraal.
→ Onderzoekers zullen de effectiviteit van de WijkKliniek op patiëntrelevante uitkomsten en zorgkosten meten.
→ Ook zullen ze onderzoeken welke waarde de WijkKliniek heeft voor de belanghebbenden.

