



Effectiviteit en kosteneffectiviteit van proactieve, multidisciplinaire, geïntegreerde zorg voor ouderen met complexe problemen in de eerste lijn: IPD meta-analyse

Yvonne Drewes

Sectie Ouderengeneeskunde, master Vitality and Ageing

JW Blom, WB van den Hout, WPJ den Elzen, YM Drewes, N Bleijenberg, IN Fabbricotti, APD Jansen, GIJM. Kempen, R Koopmans, WM Looman, RJF Melis, SF Metzelthin, EP Moll van Charante, ME Muntinga, ME Numans, FGH Ruikes, SLW Spoorenberg, T Stijnen, JJ Suijker, NJ de Wit, K Wynia, AW Wind, J Gussekloo. On behalf of the TOPICS-MDS research consortium.



Inleiding

- Proactieve, geïntegreerde zorg voor ouderen in toekomstvisie ouderenzorg van het NHG (2007)

“Ouderen met complexe problematiek hebben samenhangende en pro-actieve zorg nodig, waarin de wensen en doelen van de oudere en diens mantelzorgers centraal staan”

- NPO: acht studies met proactieve geïntegreerde zorg voor ouderen in de huisartspraktijk
- Studies verzamelden ‘The Older Persons and Informal Caregivers Survey Minimum DataSet (TOPICS-MDS)’

Acht studies

1. Opsporing van kwetsbaarheid
2. Geïntegreerde, multidisciplinaire zorg



Opsporingsmethode kwetsbaarheid

Studie	Instrument
Geriatrisch Zorgmodel	Voorselectie door huisarts gebaseerd op 3 criteria, daarna PRISMA-vragenlijst per telefoon
Zorg/Welzijn Standaard	Easycare-TOS (voorselectie door huisarts obv criteria, dan huisbezoek bij (mogelijke) kwetsbaarheid)
SamenOud	GFI-vragenlijst + Intermed per post
FIT	ISAR-PC-vragenlijst per post
ISCOPE	ISCOPE-vragenlijst per post
OM U	U-PRIM algoritme (multimorbiditeit, polyfarmacie, 'care-gap', FI)
Zorg uit Voorzorg	GFI-vragenlijst per post
Ketenzorg Walcheren	GFI-vragenlijst per post

Overeenkomsten

1. Inventarisatie van zorgbehoefte (aansluitend aan opsporing)
2. Zorgplan als basis voor multidisciplinaire zorg
3. Multidisciplinair overleg met 'zorgplan-team' en andere betrokken zorgverleners
4. Evaluatie en vervolg van zorgplan

Verschillen

1. Methode van inventarisatie zorgbehoefte
2. Mate van protocollair werken binnen zorgplan
3. Casemanager/uitvoerder zorgplan
3. Samenstelling multidisciplinair overleg/aanvullend team zorgprofessionals
4. Intensiteit van interventie

Onderzoeksvraag

Wat is de (kosten)effectiviteit van geïntegreerde zorg voor ouderen die met behulp van een opsporingsinstrument, kwetsbaar blijken te zijn?



Nulmeting en vervolgmeting na 12 maanden:

Primaire uitkomstmaat

- Behoud van zelfredzaamheid: Katz-15 (ADL-vragenlijst, score van 0-15)

Secundaire uitkomstmaten

- Kwaliteit van leven (0-10)
- Psychisch welzijn (SF36, 0-100)
- Ervaring van sociale belemmering

Two-stage IPD meta-analyse

1. Analyse per studie
Linear mixed models (continue variabelen) en *generalised estimated equations* (dichotome variabelen), gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, baseline scores en clustering per huisartspraktijk
2. Gepoolde meta-analyse in STATA

Karakteristieken per studie

Studie	Omvang studie	Leeftijd (mediaan)	Vrouw (%)	Verzorgings huis (%)	Katz 15 (mediaan)	>2 chronische ziekten (%)
Geriatrisch Zorgmodel	1147	81.1	67	7	3	97
Zorg/Welzijn Standaard	536	82.2	66	excl	5	56
SamenOud	602	80.8	66	18	3	82
FIT	2283	82.7	64	13	2	81
ISCOPE	1104	83.2	74	16	4	92
OM U	2214	74.0	55	excl	1	69
Zorg uit Voorzorg	346	77.3	58	6	2	92
Ketenzorg Walcheren	437	81.7	64	17	3	91

Resultaten (vervolg)

Overige secundaire uitkomstmaten

- Psychisch welzijn niet significant (ns)
- ervaren sociale belemmering ns

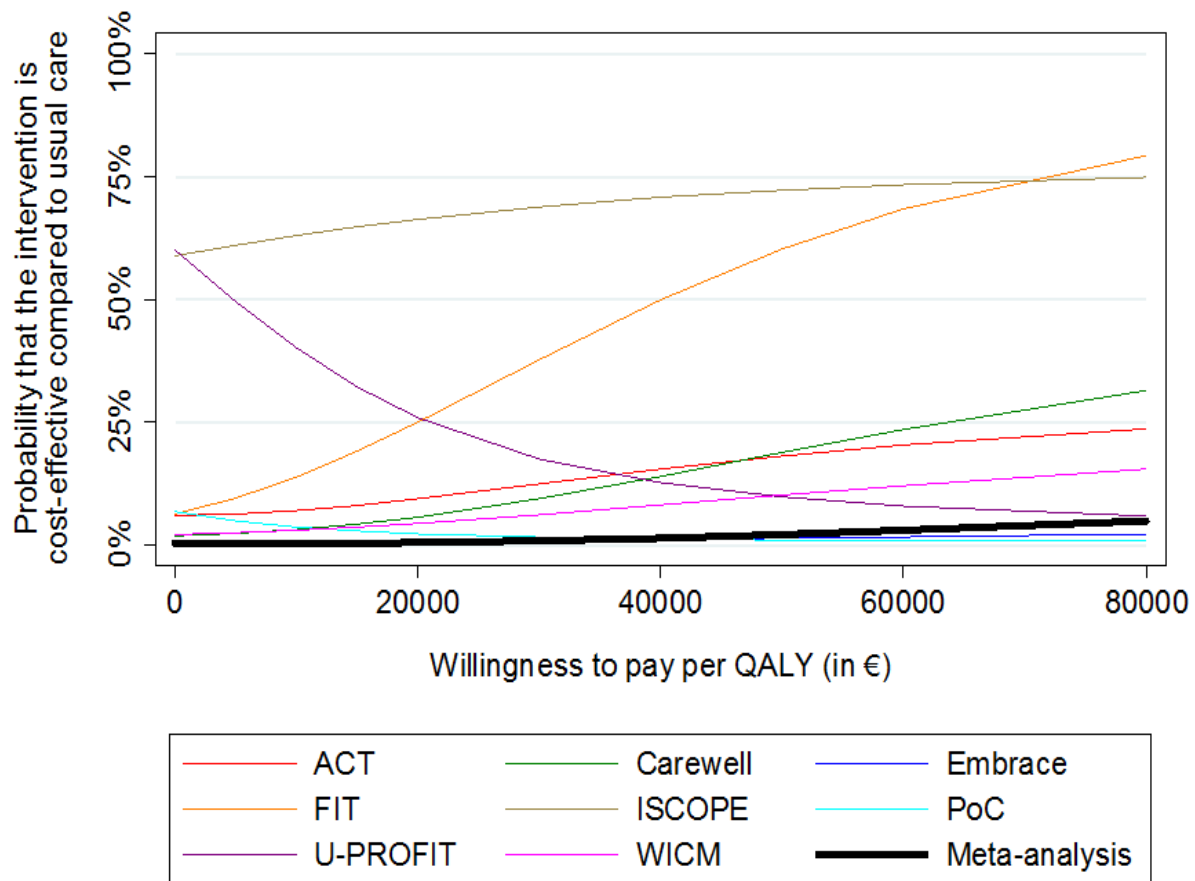
Analyse in subgroepen

- Geslacht ns
- Leeftijd ns
- Opleidingsnivo ns
- Woonsituatie ns
- Gebruik van thuiszorg ns

Zorgkosten

Totale zorgkosten

911 euro p.p. (95% BI: 408-1414 euro) hoger in interventiegroep



Waarom geen effect te meten? (1)

Focus toch teveel op gezondheid of medische aspecten geweest, te weinig op dagelijks functioneren en participatie?

Zorg voor de ouderen in de huisartspraktijk is al op een hoog niveau zodat een zorgverandering niet direct te zien is aan functionele uitkomstmaten bij de oudere zelf

Huisartsen in controlepraktijken zijn ook al bezig met verbetering zorg doordat het onderwerp veel in de belangstelling staat

Duur van follow up te kort?

Waarom geen effect te meten? (2)

De focus van de interventie is breed zodat effect op onderdelen moeilijk is aan te tonen

Intensiteit van de interventie zou hoger moeten zijn om effect te veroorzaken op functionele maten

Interventies mogelijk niet goed aansluitend op behoeften van geselecteerde groep

Conclusie

Combinatie van opsporing van kwetsbaarheid en aanbieden van integrale zorg laat na 12 maanden geen duidelijk positief effect zien op het behoud van zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van de betrokken ouderen

Proactieve geïntegreerde ouderenzorg was ook niet kosten effectief in vergelijking met gebruikelijke zorg

Verder onderzoek

Toekomstige studies richten op het ontrafelen van de elementen van pro-actieve, geïntegreerde zorg:

- Welke ouderen lopen risico op achteruitgang in zelfredzaamheid?
- Met welke interventie kan dit risico op achteruitgang verminderd worden?
- Welke uitkomstmaten zouden we moeten gebruiken?