

Eerste ervaringen met patiënt gerapporteerde uitkomstmaten in de geriatrie

Marleen Hems · Marleen Harkes · Margriet Moret-Hartman · René J. F. Melis · Yvonne Schoon

Samenvatting

Achtergrond De kwaliteit van zorg in de klinische geriatrie is gericht op kwaliteit van leven en behoud van functionaliteit en derhalve moeilijk uit te drukken met uitkomstindicatoren als genezingskans of mortaliteit. Daarom zijn patiënt gerapporteerde uitkomstmaten (patient reported outcome measures, PROMs) in de geriatrie mogelijk betere indicatoren voor gezondheid. In 2015 gaf de NVKG de Commissie Kwaliteitsmeting de opdracht om een geschikte PROM te selecteren voor geriatrische ziekenhuispatiënten.

Methode/resultaten De werkgroep stelde vast dat het doel van de PROM is het meten van uitkomsten vanuit het perspectief van de oudere patiënt waarbij de klinisch geriater betrokken is bij de zorg. Vanuit de literatuur werden vier mogelijke PROMs geïdentificeerd, waarna middels vooraf gestelde selectiecriteria TOPICS-MDS als meest geschikte werd bevonden. Voor haalbaar gebruik in de zorg, is TOPICS-MDS middels een itemreductie-studie ingekort. Dit resulteerde in TOPICS-Short Form (SF). Achtereenvolgens werden twee pilots gedaan op drie ziekenhuisafdelingen geriatrie. De eerste pilot met TOPICS-MDS had een respons van 62 % en de tweede een respons van 37 %. Gedurende en na de opname verbeterde onder andere de functionaliteit (Katz-15).

Conclusie De TOPICS-SF werd gekozen als PROM en is uitvoerbaar in de praktijk. Een vervolgtraject met een grotere steekproef is nodig om aan te tonen dat deze PROM herstel en gezondheids- en welzijns winst bij ouderen kan meten.

Trefwoorden patient reported outcome measures (PROM) · zorgkwaliteit · uitkomstindicatoren · ziekenhuiszorg ouderen · TOPICS-SF

Patient reported outcome measures in geriatric care: first experiences

Abstract

Background There are difficulties in expressing the value of geriatric care in outcome measures such as recovery or mortality rates. Rather, the goal of geriatric care is to maintain quality of life and functionality. As such, patient reported outcome measures (PROMs) may be more effective in measuring the value health-care creates in geriatric patients. In 2015 the Dutch Geriatrics Society asked their Committee Quality of

Care Measurement to select a suitable PROM for the purpose of measuring the outcomes of geriatric hospital care.

Methods/results The goal of this PROM is to measure outcomes of an hospital admission in the perspective of the elderly patient who was admitted to a geriatric ward. A group of caregivers in geriatric care identified four possible PROMs in the literature and based on selection criteria the TOPICS-MDS was chosen as most suitable. To increase the feasibility of implementation in daily practice, an item reduction study was performed and this resulted in a short form: TOPICS-SF. Two pilot studies in three hospitals took place on a geriatric ward. A response of 62% was observed during the first pilot with TOPICS-MDS and a response of

37% was observed during the second pilot with TOPICS-SF. The Katz-15 improved during hospital stay and during one month at home after discharge.

Conclusion The TOPICS-SF has been selected as PROM for the older patient receiving geriatric care and is feasible in practice. More research in different settings and with different moments of measurements is needed to evaluate the responsiveness of TOPICS-SF and the conditions for feasible implementation in daily practice.

Keywords Patient reported outcome measures (PROM) · Quality of healthcare · Outcome measures · Hospital care elderly · TOPICS-SF

Inleiding

Voor een duurzaam zorgstelsel is het van belang gelijktijdig te streven naar betere zorg(ervaringen), betere gezondheid en betaalbaarheid [1]. Voor deze zogenaamde “triple aim” is – ondanks alle belangen(tegenstellingen) – in de zorg veel draagvlak. Patiënt gerapporteerde uitkomstmaten (patient reported outcome measures [PROMs]) zijn cruciaal om

te beoordelen of zorg leidt tot meer gezondheids- en welzijnswinst voor de patiënt. PROMs verschillen daarin van proces- en structuurmaten die vastleggen of voldaan wordt aan zorgstandaarden en van de patiëntervaringsmetingen (patient reported experience measures) die de ervaringen in het zorgproces vastleggen. In de geriatrie zijn PROMs misschien wel de belangrijkste uitkomstmaten. De betekenis en kwaliteit van het handelen van geriaters voor ouderen is moeilijk uit te drukken in de bestaande uitkomstmaten, zoals mortaliteit en morbiditeit. Behandeldoelen van ouderen zijn vaak niet te definiëren aan de hand van begrippen als genezen, ziektevrije periode of overleving. Voor ouderen zijn bijvoorbeeld behoud van zelfstandig functioneren, minder belasting van de mantelzorgers en kwaliteit van leven vaak van groter belang. Ouderen stellen daarin ook andere prioriteiten dan volwassenen van jongere leeftijd [2]. Juist die prioriteiten zijn belangrijk voor het leveren van goede zorg en voor het bepalen van de keuze van een PROM.

Het is daarnaast ook van belang te constateren dat de complexe en vaak gecombineerde gezondheidsproblematiek van ouderen zich slecht verhoudt tot veel behandel- en zorgrichtlijnen. Zorg conform de standaard is voor ouderen vaak niet optimaal of kan zelfs gezondheidsverlies betekenen [3]. Zolang we niet in staat zijn om zorgstandaarden te ontwikkelen die passend zijn voor patiënten met complexe systeemproblematiek [4], zijn structuur- en procesmaten die de kwaliteit van geleverde zorg meten in termen van voldoen aan standaarden van zorg dan ook voor ouderen ontoereikend. Hetgeen het belang van PROMs voor de geriatrie extra benadrukt.

Ondanks de gemiddeld hoge waardering van individuele patiënten wanneer zij in aanraking komen met geriatrie [5], is het de geriatrie niet goed gelukt om zijn meerwaarde voor de maatschappij goed uit te drukken in getallen [6, 7]. De “triple aim” en de bijbehorende aandacht die daarmee ontstaan is voor PROMs, biedt de geriatrie – die al een traditie heeft van op gestandaardiseerde wijze vastleggen van het functioneren en het welzijn van de oudere middels klinimetrie – dan ook uitgelezen kansen om de kwaliteit van de (ziekenhuis)zorg voor ouderen op duurzame wijze verder te verbeteren. Tevens maakt het de meerwaarde zichtbaar die de geriatrie voor individuele ouderen en de maatschappij als geheel daarin heeft.

Het meten van de kwaliteit van zorg door middel van een PROM kan verschillende doelen dienen. De uitkomsten kunnen gebruikt worden om op afdelings-, instellings- of landelijk niveau de effecten van de zorg met elkaar te vergelijken en te bespreken, en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Daarnaast kan een PROM input leveren voor het gesprek tussen zorgprofessional en patiënt, en het monitoren van individuele behandeltrajecten [8]. Niet alleen klinisch geriaters maar ook andere zorgprofessionals die betrokken zijn bij het

*Dit artikel is gebaseerd op het adviesrapport “Patient Reported Outcome Measures in de geriatrie” dat in december 2016 aangeleverd is aan het bestuur van de NVKG, op de geriatricdagen 2017 in een workshop gebracht werd en te downloaden is vanaf de NVKG website (Commissie Kwaliteitszaken). Een samenvattend artikel vanuit het adviesrapport verscheen reeds in *Ins&Ouds*, jaargang 2 2017. Het rapport is tot stand gekomen middels een werkgroep bestaande uit: Mw. drs. M. Harkes, klinisch geriater, Havenziekenhuis Rotterdam voorzitter werkgroep; Dhr. drs. J. van Campen, klinisch geriater, Slotervaartziekenhuis Amsterdam; Dhr. H. Habets, verpleegkundige/verplegingswetenschapper geriatrie, Zuyderland Medisch Centrum Sittard-Geleen; Mw. R. Lammers, beleidsadviseur Patiëntenfederatie Nederland; Mw. dr. T. Lans, oncologisch chirurg, Het Academisch Borstkankercentrum Erasmus MC – Havenziekenhuis; Mw. dr. Y. Schoon, klinisch geriater, Radboudumc Nijmegen; Mw. E. Willemsen, beleidsadviseur Unie KBO; Mw. drs. J. Wilmer, klinisch geriater, Catharina Ziekenhuis Eindhoven; Mw. drs. M. Hems, aios klinische geriatrie, Catharina Ziekenhuis Eindhoven; Mw. dr. M. Moret-Hartman, adviseur Kennisinstituut van Medisch Specialisten; Mw. drs. E. Kolsteren, junior adviseur Kennisinstituut van Medisch Specialisten.*

M. Hems
Catharina Ziekenhuis Eindhoven, Eindhoven, Nederland

M. Harkes (✉)
Geriatric, Havenziekenhuis Rotterdam, 70031, 3000
LN Rotterdam, Nederland
e-mail: marleen.harkes@havenziekenhuis.nl

M. Moret-Hartman
Kennisinstituut van Medisch Specialisten, Utrecht, Nederland

R. J. F. Melis · Y. Schoon
Radboudumc Nijmegen, Nijmegen, Nederland

zorgnetwerk van geriatrische patiënten zullen in de toekomst gebruik kunnen maken van de PROM. De PROM geeft dan inzicht in de kwaliteit van de gezamenlijk geleverde zorg, leidt tot inzicht in knelpunten bij de gezamenlijke zorg en na analyse hiervan kunnen verbeterpunten besproken en geïmplementeerd worden. Juist door in samenwerking te streven naar de continue verbetering van de geleverde zorg ontstaat waardegedreven zorg. Dit past ook in de toekomstvisie van de Nederlandse zorg: een integrale zorgpraktijk die verantwoordelijkheid draagt voor de gehele zorg- en welzijnsketen in plaats van “focused factories” die zich richten op het optimaliseren van een klein deel van de keten [9, 10].

In 2015 gaf de wetenschappelijke beroepsvereniging klinische geriatrie (NVKG) de commissie Kwaliteitsmeting de opdracht om een geschikte PROM te selecteren voor de geriatrische patiëntenzorg. Er werd vanuit deze commissie een werkgroep samengesteld met afgevaardigden vanuit verschillende beroepsverenigingen en organisaties betrokken bij geriatrie. De methodologische en procesmatige ondersteuning gedurende het project is geleverd door het Kennisinstituut van Medisch Specialisten. [zie dankbetuiging] Dit artikel rapporteert over het PROM selectieproces en de pilots met betrekking tot uitvoerbaarheid.

Methoden

Selectieprocedure van de PROM

De werkgroep bestond uit zorgprofessionals (artsen: klinisch geriater en chirurg, verpleegkundigen geriatrie), doelgroep vertegenwoordigers (ouderen en patiënten) en werd ondersteund door twee adviseurs van het Kennisinstituut van Medisch Specialisten. De werkgroep is in twee jaar tijd tien keer bijeengekomen.

De werkgroep heeft allereerst gediscussieerd over het beoogde doel van de PROM. Hierbij werd een drietal opties besproken: 1) vanuit patiëntperspectief een meerwaarde voor geriatrische ziekenhuiszorg aantonen, 2) het zorgtraject rondom de opname van geriatrische patiënt evalueren of 3) gebruiken als input voor gesprek tussen patiënt en zorgprofessional. Uiteindelijk besloot de werkgroep dat het doel, vanuit de opdracht van het NVKG, het beste aansluit bij de eerste van bovengenoemde opties. De overige doelen zijn zeker van belang maar hebben in dit stadium nog geen prioriteit. De doelgroep van de PROM zijn de oudere patiënten opgenomen in het ziekenhuis bij wie een klinisch geriatrater betrokken is.

Vervolgens werd vastgesteld welke uitkomstmaten de PROM moet meten. Kwaliteit van leven werd als centrale uitkomstmaat gesteld waarbij de domeinen fysiek functioneren, cognitie, zelfredzaamheid en algemeen dagelijks functioneren als meest relevant werden beschouwd. Een belangrijk punt van discussie was

in hoeverre de aspecten die de PROM vastlegt direct beïnvloedbaar moeten zijn door de zorg die door de geriatrie geleverd kan worden. Er is besloten dat eerst de kwaliteit van zorg uitgedrukt in uitkomsten betrouwbaar en valide gemeten moet kunnen worden, zodat vervolgens pas bekeken kan worden wat de gevolgen hiervan voor de zorg zijn.

Na het vaststellen van de beoogde uitkomstmaten volgde het selectieproces van een geschikte PROM. Conform de handreiking van het zorginstituut was de werkgroep van mening dat een bestaande, gevalideerde vragenlijst als PROM de voorkeur had boven het ontwikkelen van een nieuwe vragenlijst [11]. Mogelijke vragenlijsten werden geïnventariseerd via literatuuronderzoek en een enquête onder NVKG-leden. De geselecteerde vragenlijsten werden vervolgens beoordeeld aan de hand van vooraf gestelde criteria: vragenlijst meet relevante domeinen van ‘kwaliteit van leven’, omvang van vragenlijst, bestaande vragenlijst, aansluitend bij lopend wetenschappelijk onderzoek, geschikt voor vergelijking op individueel niveau, responsiviteit, kosten en aansluiting bij fysieke en cognitieve mogelijkheden van de patiëntengroep. Daarnaast is contact opgenomen met onderzoekers die betrokken waren bij de ontwikkeling van de geselecteerde vragenlijsten, indien het Nederlandse onderzoekers betrof. Hierbij werd gesproken of eventuele aanpassingen in de vragenlijst mogelijk waren.

Pilots

Na de selectie van een mogelijke PROM zijn twee pilots uitgevoerd. De eerste pilot had als doel het evalueren van de uitvoerbaarheid bij het afnemen van een PROM op de afdeling geriatrie. Deze pilot werd in januari – maart 2016 uitgevoerd. In drie ziekenhuizen, Catharinaziekenhuis (Eindhoven), Havenziekenhuis (Rotterdam) en Radboudumc (Nijmegen), werden gedurende één maand patiënten opgenomen op de geriatrische afdeling benaderd om te participeren. In deze periode werd de oorspronkelijke versie van de geselecteerde vragenlijst, de TOPICS-MDS (<http://topics-mds.eu>), gebruikt en afgenomen op drie meetmomenten: opname, ontslag en één maand na ontslag. Daarnaast werd voor iedere patiënt een casemixformulier ingevuld door de arts. De afdelingen mochten zelf bepalen op welke manier de PROM werd afgenomen: mondeling, schriftelijk of telefonisch. De tweede pilot had als doel het evalueren van de uitvoerbaarheid en respons van de ondertussen aangepaste en ingekorte vragenlijst namelijk de TOPICS-Short Form (TOPICS-SF). Deze pilot vond plaats in mei-juni 2016 in het Havenziekenhuis en Radboudumc. De PROM werd afgenomen op de eerste twee meetmomenten in het Radboudumc en op alle drie de meetmomenten in het Havenziekenhuis. Naar aanleiding van de eerste pilot zijn de in- en exclusiecriteria aangescherpt om daarmee de uit-

voerbaarheid te vergroten. Aangezien het onbekend is wat de succesfactoren voor PROM implementatie zijn, bepaalden de deelnemende ziekenhuizen onafhankelijk van elkaar hun eigen implementatiemethode van de PROM. De gehanteerde implementatiemethode per ziekenhuis bleef ongewijzigd gedurende de pilots.

De gegevens uit de pilots zijn ingevoerd in een geanonimiseerde dataset en vervolgens met behulp van beschrijvende statistiek geanalyseerd. De statistische analyses richtten zich op responspercentages op de verschillende meetmomenten, het beschrijven van de kenmerken van de patiëntengroep bij opname en het verloop in de patiëntgerapporteerde uitkomstmaten op de verschillende meetmomenten.

Resultaten

Selectieprocedure van de PROM

Literatuuronderzoek leverde vier mogelijke PROMs op. De PROM voor ouderen van het International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) werd door de werkgroep niet geschikt geacht omdat deze vragenlijst niet gevalideerd is, zich vooral richt op preventie en veel vragen bevat (30 vragen voor patiënt, 15 vragen voor zorgverlener). De digitale vragenlijst "Mijnkwaliteitvanleven.nl" bevat vragen over de persoonlijke situatie, mogelijkheden, beperkingen en gezondheid van patiënten waarbij zij ook de zorg en leefomgeving moeten waarderen. De vragenlijst belicht

het perspectief van mensen met een chronische aandoening of beperking, ouderen en mantelzorgers. De vragenlijst wordt al grootschalig ingezet en is geschikt om op meerdere momenten in te vullen. De vragenlijst is echter niet specifiek ontwikkeld voor kwetsbare ouderen en sluit daarmee niet goed aan bij de kwaliteit van zorg door de geriatrie. De "Achmea Kwaliteit van leven voor ouderen vragenlijst" is ontwikkeld door Zilverenkruis/Achmea en gaat enerzijds over de kwaliteit van leven, anderzijds over welzijn en functioneren. Het doel is het kunnen monitoren van kwaliteit van leven gegevens. Het voordeel is dat de vragenlijst al in gebruik en gevalideerd is, relevante onderdelen ten aanzien van functioneren en zelfredzaamheid bevat en de kwetsbare ouderen als doelgroep heeft. Er bestaan echter nog geen normgegevens en niet alle relevante domeinen die voorafgaand door de werkgroep werden vastgesteld zijn in deze vragenlijst opgenomen. TOPICS-MDS is een minimale dataset die is ontwikkeld bij de start van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) met een brede vertegenwoordiging van zorgprofessionals, gerontologen en methodologen op basis van consensus. Het primaire doel van TOPICS-MDS is op gestandaardiseerde wijze vastleggen wat de effecten zijn van ouderenzorg(innovatie) op kwaliteit van leven, welzijn en functioneren van de oudere patiënt. De TOPICS-MDS vragenlijst bestaat uit zowel demografische kenmerken als een aantal gevalideerde instrumenten voor het gebruik bij kwetsbare ouderen met relevante uitkomstmaten: meervoudige ziektelast, kwaliteit van leven, functionele beperkingen, geestelijke gezondheid en sociaal functioneren [12]. De werkgroep heeft deze vragenlijst uitgekozen als potentieel meest relevante PROM vanwege de aanwezigheid van tevoren vastgestelde relevante domeinen, juiste doelgroep en wetenschappelijk onderzoek naar de validiteit in de setting van de Nederlandse ouderenzorg [13]. Vervolgens is contact opgenomen met de onderzoeksgroep die heeft gewerkt aan het opstellen van de TOPICS-MDS vragenlijst. Op verzoek van de werkgroep heeft de onderzoeksgroep de TOPICS-MDS aangepast en ingekort. Deze aanpassingen waren gericht op gebruik in de klinische praktijk voor de kwetsbare ouderen en leidde tot de ontwikkeling van de TOPICS-SF. De TOPICS-SF is de verkorte versie van TOPICS-MDS, tot stand gebracht door middel van een itemreductiestudie (het aantal vragen in de vragenlijst werd gereduceerd en de meest informatieve items zijn behouden). Tevens werden bij items omtrent functioneren meerdere antwoordopties aangebracht om responsiviteit te bevorderen en eerder beschreven plafondeffect te verminderen [14]. Na deze aanpassingen werd voor de TOPICS-SF een studie naar de constructvaliditeit en responsiviteit uitgevoerd [15]. Hierna voldeed de TOPICS-SF aan alle criteria (bevat relevante domeinen, gevalideerd in wetenschappelijk onderzoek en expliciet gericht op kwetsbare ouderen door aantal vragen

Tabel 1 De 22 items van de TOPICS-SF

Multimorbiditeit	Taken in het dagelijks leven ('Hulp nodig bij ...')
Diabetes Mellitus	Baden of douchen
Hartfalen	Aankleden
Astma/chronische bronchitis/emfyseem	Opstaan vanuit de stoel
Urine-incontinentie	Lopen
Artrose	Boodschappen doen
Duizeligheid of vallen	Huishoudelijk werk
Gehoortoornis	Inname van medicatie
Visusstoornis	Sociaal functioneren
Emotioneel welbevinden	Pijnbeleving
Kalm	Cognitief functioneren
Depressief	Gezondheidstoestand (zelf-rapportage)
Blij	

De multimorbiditeitsitems worden van de casemixlijst overgenomen en zijn geen onderdeel van de vragen die aan de oudere wordt voorgelegd

te reduceren) en werd gekozen als PROM voor de geriatrie. De TOPICS-SF is vanaf oktober 2017 te vinden op de website van TOPIC-MDS: <http://topics-mds.eu/survey-instrument/>. Zie tab. 1 voor de 22 items van de TOPICS-SF.

Pilots; ervaringen

Aangezien de ziekenhuizen zelf bepaalden hoe de PROM werd geïmplementeerd op de afdeling waren er verschillen in uitvoering. Het Catharinaziekenhuis en Havenziekenhuis benaderden alleen patiënten die nieuw werden opgenomen in de maand van de pilot. Het Radboudumc benaderde tevens patiënten die bij start van de pilot reeds opgenomen waren en vervolgens tijdens de pilot met ontslag gingen, waardoor sommige patiënten niet participeerden bij opname maar wel bij ontslag. In het Catharinaziekenhuis en Radboudumc verstrekte de verpleegkundige de vragenlijst aan de patiënt, indien nodig nam zij of een familielid de vragenlijst samen met de patiënt door. In het Havenziekenhuis werd door een coassistent of arts de vragenlijst met de patiënt mondeling doorgenomen. De PROM één maand na ontslag werd in het Catharinaziekenhuis uitgereikt bij ontslag en gevraagd retour te zenden één maand na ontslag, terwijl in het Havenziekenhuis en het Radboudumc patiënten werden gebeld (door secretaresse, arts of verpleegkundige) om de PROM in te vullen. De tijd die benodigd was voor het invullen van de PROM was bij TOPICS-MDS ongeveer 15 minuten en bij de TOPICS-SF 10 minuten. De arts had gemiddeld drie minuten nodig om het casemixformulier per patiënt in te vullen. Naar aanleiding van de eerste pilot werden er tijdens de tweede pilot exclusiecriteria gehanteerd: taalbarrière, palliatief traject of verwachte opnameduur korter dan 48 uur. Er is gekozen voor deze criteria omdat anders geen of minder betrouwbare informatie wordt verkregen (taalbarrière) en geen herhaalde meting gedaan kan worden (korte opnameduur en palliatief traject).

Pilots; patiëntpopulatie

In totaal werden tijdens de twee pilots in alle deelnemende ziekenhuizen 223 patiënten opgenomen op de afdeling geriatrie. Dit betrof 130 patiënten voor de eerste pilot en 93 voor de tweede pilot. In de eerste pilot participeerden in totaal 81 patiënten (62% van 130) waarvan 20 patiënten 3 meetmomenten hadden (25% van 81). In de tweede pilot participeerden 34 patiënten (37% van 93) waarvan 10 patiënten 3 meetmomenten hadden (29% van 34).

Van de 115 patiënten (52% van 223) die akkoord gaven voor deelname hebben 90 patiënten geparticipeerd bij opname, 79 patiënten bij ontslag en 44 patiënten één maand na ontslag. Patiënten met het meetmoment één maand na ontslag hebben niet automatisch

3 meetmomenten, maar kunnen bijvoorbeeld ook alleen een meetmoment hebben bij ontslag en één maand na ontslag (zie fig. 1). Redenen voor beëindiging van de metingen tussentijds zijn eveneens beschreven in fig. 1. 108 patiënten (48%) participeerden niet in de pilots in verband met afwezigheid van de mantelzorg, korte opnameduur, taalbarrière, verwachting dat participatie te belastend is, logistieke redenen (bijvoorbeeld door dat verpleegkundige niet op de hoogte was) of door deelnamecriteria van de tweede pilot.

Pilots; kenmerken van opgenomen patiënten

Tab. 2 geeft een overzicht van de kenmerken van patiënten in de pilots. Bij opname was 44% ($n = 98$) van de patiënten zelfstandig mobiel met hulpmiddel hetgeen verbeterde naar 55% ($n = 123$) bij ontslag. De bedlegerigheid nam daarbij af van 19% ($n = 43$) bij opname naar 6% ($n = 14$) bij ontslag. Woon situatie voor opname was voornamelijk zelfstandig alleen of met anderen (115 [52%] respectievelijk 59 [27%]) waarbij vervolgens 133 patiënten (60%) met ontslag naar de eigen woonomgeving gingen.

Patiënten met drie meetmomenten gingen vaker na ontslag naar de eigen woonomgeving of revalidatie ($p = 0,03$) in vergelijking met patiënten die minder dan drie meetmomenten participeerden. Alhoewel statistisch significantie verder niet bereikt werd, is de groep patiënten die participeerde in de pilot vaker zelfstandig woonachtig voor opname, keerde vaker terug naar de eigen woonomgeving bij ontslag en had een betere mobiliteit. Dit suggereert dat de iets vitalere geriatrische ouderen vaker participeerden in de pilot.

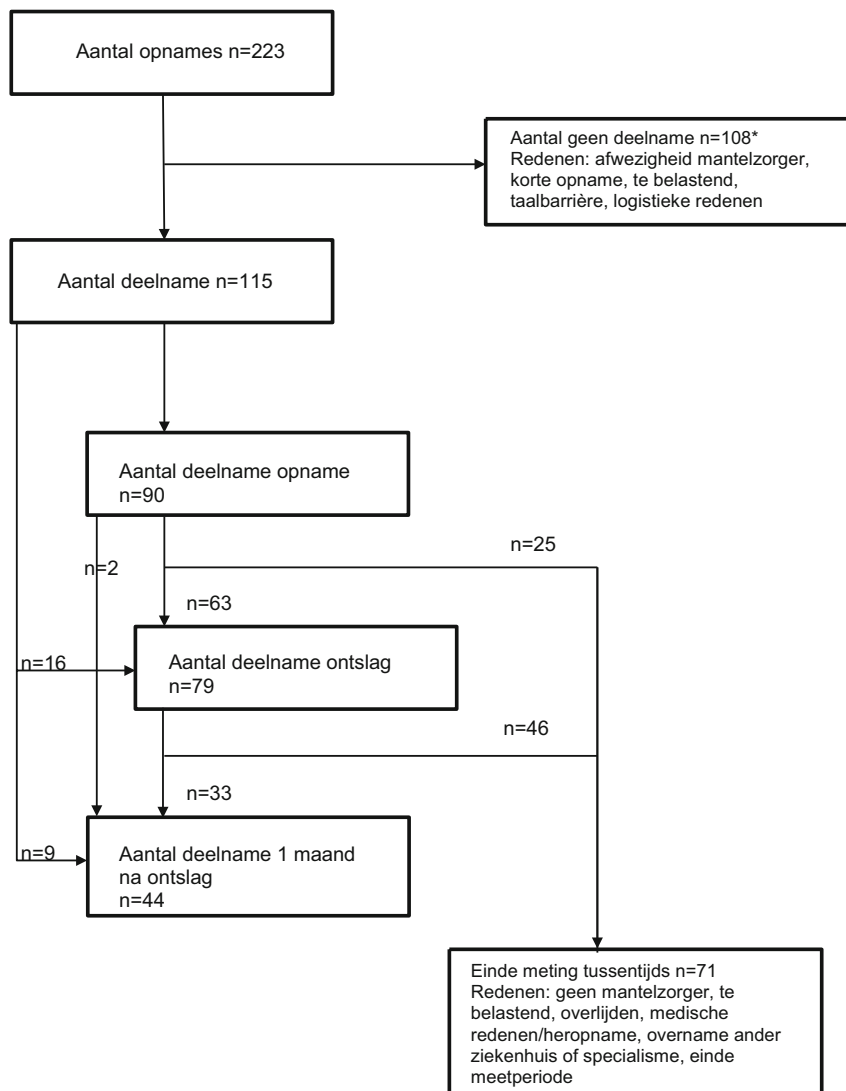
Pilots; patiëntgerapporteerde uitkomsten

Hoewel de pilots niet primair gericht waren op uitkomsten, beschrijven we hier een aantal trends in het verloop van de PROM van opname tot en met één maand na ontslag. Voor de patiënten van de eerste pilot laat fig. 2 zien dat – gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht – het aantal (I)ADL beperkingen gemeten met Katz-15 afnam ($p < 0,05$) en de EQ5D (niet significant) verbeterde ($p = 0,07$). De ervaren kwaliteit van leven gedurende en na de opname veranderde niet aantoonbaar ($p = 0,76$).

Discussie

De TOPICS-SF is gekozen als PROM voor de geriatrie: dit is een bestaande, gevalideerde vragenlijst die de vooraf vastgestelde relevante domeinen (functioneren, cognitie en zelfredzaamheid) meet in de zorg voor oudere patiënten.

Een aantal aspecten van de gekozen selectieroute behoeven nadere discussie. De doelgroep van de PROM is de in het ziekenhuis opgenomen oudere patiënt waar-



Figuur 1 Stroomdiagram studiepopulatie. (*Exclusiecriteria 2^e pilot: korte opname, taalbarrière en opname met palliatief beleid)

bij de geriater betrokken is bij de zorg. Vooral nog is tijdens de pilots ervoor gekozen om alleen patiënten te includeren die opgenomen zijn op de afdeling geriatrie. Dit is gedaan om een duidelijk beeld te krijgen van de PROMs ten aanzien van de zorg die wordt geleverd door een team van zorgprofessionals in de geriatrie. Daarnaast kost het ook meer implementatiekracht wanneer de PROM op meerdere afdelingen wordt geïntroduceerd.

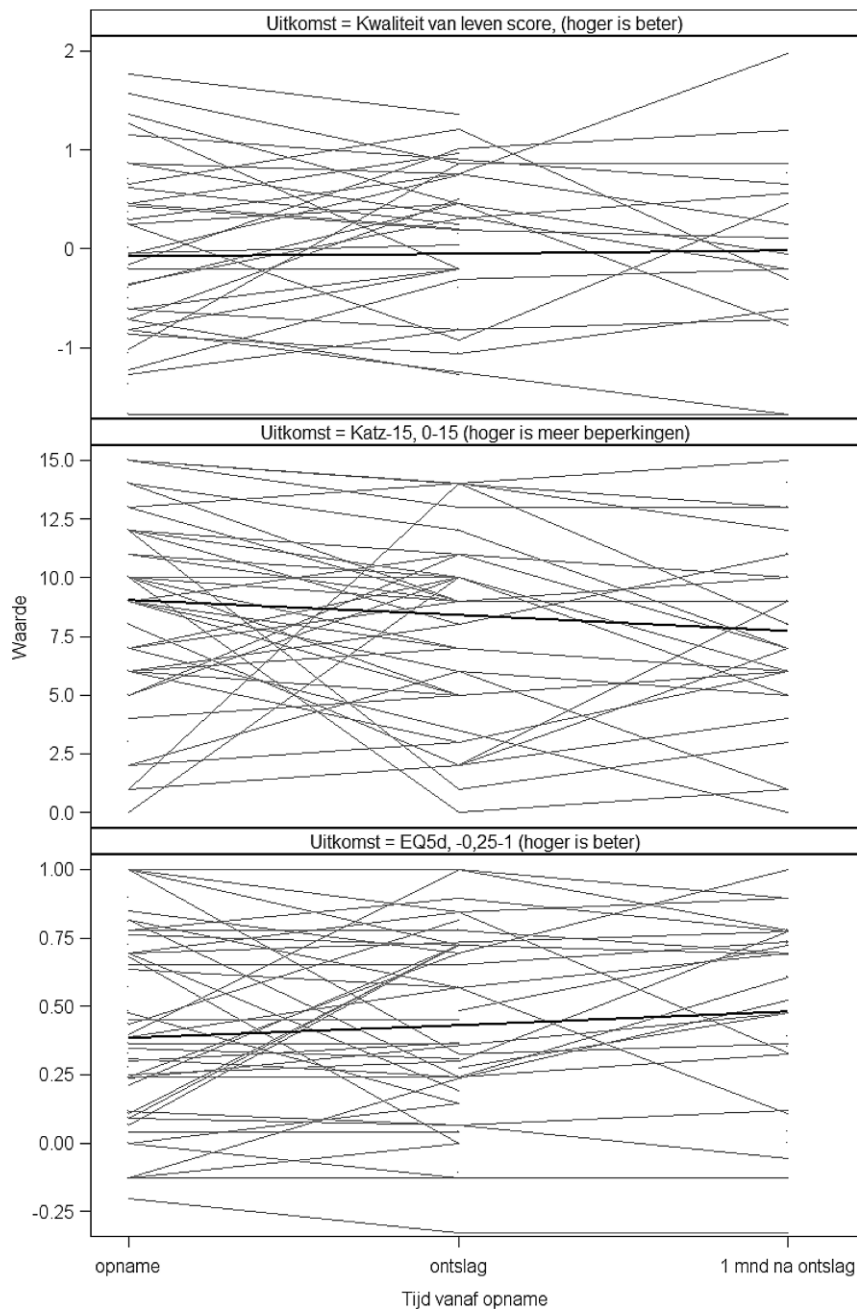
Na de eerste pilot zijn exclusiecriteria vastgesteld: opnameduur minder dan 48 uur, opname in de palliatieve fase en taalbarrière. Er is bewust gekozen om patiënten met cognitieve stoornissen niet te excluseren. Bij veel patiënten op de afdeling geriatrie is namelijk sprake van een milde cognitieve stoornis of dementie (zie tab. 2; 17 respectievelijk 44%). Indien zij geëxcludeerd worden dan geeft de PROM geen representatieve weergave van de zorg op een afdeling geriatrie [16].

Van alle kwetsbare oudere patiënten opgenomen op de afdeling geriatrie participeerde 52%. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de respons bij andere studies die één meetmoment hadden. Zo rapporteert het NIVEL-rapport “CQ-index ziekenhuisopname” een respons van 55% van personen die opgenomen waren in 78 ziekenhuizen en een ervaringenlijst kregen toegestuurd. Bij analyse van respondenten per leeftijdsgroep blijkt dat ouderen significant vaker antwoordden dan jongeren met een respons van 66% bij 75-plussers [17]. Een studie uit 2015 onderzocht de respons op patiënt gerapporteerde uitkomsten onder patiënten met colorectaal carcinoom [18]. In de groep patiënten ouder dan 80 jaar rapporteren de auteurs een respons van 61%. Een studie uit 2014 van Weenink onderzocht de respons voor een PROM bij patiënten uit de eerste lijn waarbij patiënten op baseline en na vier weken een vragenlijst toegestuurd kregen. Zij rapporteren een respons van 33% bij deze twee meetmomenten. Een

Tabel 2 Patiëntkenmerken				
	Totaal opnames <i>n</i> = 223	Geen deelname <i>n</i> = 108	Deelname <i>n</i> = 115	<i>p</i> -waarde ^a
<i>Leeftijd (SD)</i>	82,8 y (7,3)	82,6 y (7,5)	82,9 y (7,2)	<i>p</i> = 0,72
<i>Geslacht – Vrouw</i>	129 (58 %)	59 (55 %)	70 (61 %)	<i>p</i> = 0,35
<i>Burgerlijke staat*</i>				<i>p</i> = 0,88
Ongehuwd	15 (7 %)	7 (7 %)	8 (7 %)	
Gescheiden	11 (5 %)	7 (7 %)	4 (4 %)	
Duurzaam samenlevend	4 (2 %)	2 (2 %)	2 (2 %)	
Gehuwd	69 (31 %)	32 (30 %)	37 (32 %)	
Weduwe/Weduwenaar	121 (54 %)	58 (54 %)	63 (55 %)	
<i>Woonsituatie voor opname*</i>				<i>p</i> = 0,25
Zelfstandig alleen	115 (52 %)	53 (49 %)	62 (54 %)	
Zelfstandig met anderen	59 (27 %)	25 (23 %)	34 (30 %)	
Verzorgingstehuis	18 (8 %)	10 (9 %)	8 (7 %)	
Verpleeghuis	30 (14 %)	19 (18 %)	11 (10 %)	
<i>Verblijf bij ontslag*</i>				<i>p</i> = 0,19
Eigen woonomgeving	133 (60 %)	66 (61 %)	67 (58 %)	
Ander ziekenhuis	3 (1 %)	3 (3 %)	0	
Verpleeghuis – revalidatie	44 (20 %)	17 (16 %)	27 (24 %)	
Verpleeghuis – long stay	31 (14 %)	14 (13 %)	17 (15 %)	
Overlijden	11 (5 %)	7 (7 %)	4 (4 %)	
<i>Mobiliteit bij opname*</i>				<i>p</i> = 0,32
Bedlegerig	43 (19 %)	24 (22 %)	19 (16 %)	
Mbv 1–2 personen	50 (22 %)	25 (23 %)	25 (22 %)	
Zelfstandig met hulpmiddel	98 (44 %)	40 (37 %)	58 (50 %)	
Zelfstandig zonder hulpmiddel	26 (12 %)	14 (13 %)	12 (10 %)	
<i>Mobiliteit bij ontslag*</i>				<i>p</i> = 0,26
Bedlegerig	14 (6 %)	6 (6 %)	8 (7 %)	
Mbv 1–2 personen	50 (22 %)	28 (26 %)	22 (19 %)	
Zelfstandig met hulpmiddel	123 (55 %)	52 (48 %)	71 (62 %)	
Zelfstandig zonder hulpmiddel	26 (12 %)	15 (14 %)	11 (10 %)	
<i>Cognitie tijdens opname*</i>				<i>p</i> = 0,44
Geen stoornis	40 (18 %)	16 (15 %)	24 (21 %)	
Milde stoornis	37 (17 %)	15 (14 %)	22 (19 %)	
Dementie	98 (44 %)	51 (47 %)	47 (41 %)	
Stoornis NAO	41 (18 %)	23 (21 %)	18 (16 %)	
Onbekend	5 (2 %)	3 (3 %)	2 (2 %)	

^a *p*-waarden geanalyseerd met behulp van t-toets respectievelijk chi-kwadraat toets

* Missing items: burgerlijke staat *n* = 3, woonsituatie voor en na opname *n* = 1, mobiliteit bij opname *n* = 6, mobiliteit bij ontslag *n* = 10, cognitie *n* = 2



Figuur 2 Gemiddeld verloop (Zwarte ononderbroken lijn) in kwaliteit van leven, Katz-15 en EQ5D voor patiënten uit pilot 1 vanaf opname ($n = 64$) via ontslag ($n = 49$) tot één maand na ontslag ($n = 34$). De grijze ononderbroken lijnen geven het verloop van de individuele patiënten weer

belangrijk verschil ten opzichte van deze pilots is echter de gemiddelde leeftijd (63 jaar), kwetsbaarheid van de patiënten en de setting (eerste lijn) [19]. Gegevens van een PROM in een ziekenhuissetting met meerdere meetmomenten bij ouderen zijn ons niet bekend. Tijdens de pilots is gekozen voor één maand durende meetperiode waardoor ook veel patiënten niet aan drie meetmomenten konden deelnemen. Daarnaast zocht iedere afdeling naar een implementatie-werkwijze van de PROM op de afdeling. Dat PROM metingen op dit moment nog geen vast onderdeel van het zorgproces

zijn, heeft zeer waarschijnlijk ook bijgedragen aan een lagere respons.

Ondanks dat de pilots niet gericht waren op uitkomsten, lijkt er een trend te zijn ten aanzien van verbetering van (I)ADL taken. Eerdere studies toonden voornamelijk achteruitgang van (I)ADL tijdens opname [20, 21]. Hierbij zijn echter patiënten geëvalueerd die niet opgenomen waren op een afdeling geriatrie maar bijvoorbeeld op de afdeling interne geneeskunde. Andere studies die verricht zijn op de afdeling geriatrie of met interventies waarbij een geriatr betrokken

is, lijken een positieve verandering weer te geven. Zo onderzocht een studie uit 2002 het effect van een interventieteam (geriater, verpleegkundige en maatschappelijk werker) die een geriatrisch assessment verrichtte in 11 ziekenhuizen. Uitkomstmaten waren onder andere mortaliteit, gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven en mogelijkheid tot uitvoeren van ADL-taken. Er werd geen verschil in mortaliteit gevonden maar wel een verbetering in ADL-functioneren die hoger was in de groep patiënten met zorg vanuit het interventieteam [22]. Een meta-analyse van 13 studies met 6.839 patiënten rapporteerden vanaf het moment voor ziekenhuisopname tot ontslag een vermindering van de functionele achteruitgang indien patiënten zorg kregen op een acute geriatrische unit [23]. Een retrospectieve studie uit 2015 toont een significante verbetering in ADL, mobiliteit en cognitie bij ontslag in vergelijking met opname [24]. Het merendeel van deze studies ondersteunt hiermee onze overtuiging dat de kwaliteit van geriatrische zorg meetbaar is met behulp van patiënt gerapporteerde uitkomsten.

Conclusie

Op basis van de beschreven uitgangspunten heeft de werkgroep de TOPICS-SF vragenlijst gekozen als "PROM in de geriatrie": het instrument is gevalideerd, is kort en meet relevante geachte domeinen. Eerste

ervaringen met het afnemen van de PROM wijzen erop dat TOPICS-SF haalbaar en uitvoerbaar in de geriatrische ziekenhuiszorg te implementeren is. Daarmee dient de volgende stap zich aan, namelijk het goed implementeren van de PROM in de dagelijkse praktijk. De dataverzameling moet goed georganiseerd gaan worden. Daarbij moet de beste implementatiemethode vastgesteld worden en de toegevoegde waarde van het gebruik van de PROM in de geriatrische zorgpraktijk aangetoond worden. Hiervoor is een omvangrijkere pilot nodig met een grotere studiepoot op verschillende momenten en in verschillende settings (polikliniek en medebehandeling). Ook zal de interesse vanuit zorgverzekeraars voor de PROM hierbij bekeken worden. Daarnaast kan uitvoeriger gekeken worden naar de overige doelen van de PROM zoals eerder beschreven. Enerzijds, het gebruik van de vragenlijst in patiëntcontact waarbij de patiënt met behulp van deze vragenlijst ervaringen kan delen met zorgverleners, behandelopties beïnvloeden en een beter nagesprek voeren. Anderzijds zal samenwerking met andere zorgverleners in de keten bij afname van de PROM in de toekomst van belang zijn. De geriater zal zijn/haar inbreng in de keten kunnen aantonen, zichzelf kunnen vergelijken met collega's en zijn/haar handelen verbeteren. Kortom, een goede start is gemaakt om de kwaliteitsmeting bij de geriatrische patiënt naar een hoger niveau te tillen.

Literatuur

- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(3):759–69.
- Hofman CS, et al. The influence of age on health valuations: the older olds prefer functional independence while the younger olds prefer less morbidity. *Clin Interv Aging*. 2015;10:1131–9.
- Boyd CM, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294(6):716–24.
- Melis RJ, Gijzel SM, Olde Rikkert MG. Moving beyond multimorbidity as a simple count of diseases. *J Eval Clin Pract*. 2017;23(1):216. <https://doi.org/10.1111/jep.12693>.
- Huber JP, et al. Erhebung der Patientenzufriedenheit in der Geriatrie, Eine methodologische Pilotstudie. *Z Gerontol Geriatr*. 2008;41:124–31.
- Reuben DB. Meeting the needs of disabled older persons: can the fragments be pieced together? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006;61(4):365–6.
- Ouslander JG. The triple aim: a golden opportunity for geriatrics. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(10):1808–9.
- Dulmen SA van, et al. Patient reported outcome measures (PROMs) for goalsetting and outcome measurement in primary care physiotherapy, an explorative field study. *Physiotherapy*. 2017;103(1):66–72.
- Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363(26):2477–81.
- Federatie Medisch Specialisten. Visiedocument medisch specialist 2025. 2017.
- Zorginstituut Nederland. Handreiking voor het meten van kwaliteit van zorg met Patient Reported Outcome Measures. 2014.
- Brink D van den, et al. TOPICS-MDS: a versatile resource for generating scientific and social knowledge for elderly care. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2015;46(2):78–91.
- Lutomski JE, et al. The development of the older persons and informal caregivers survey minimum dataset (TOPICS-MDS): a large-scale data sharing initiative. *PLOS ONE*. 2013; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081673>.
- Lutomski JE, et al. Survey mode biases reporting of activities of daily living and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2419–21.
- Lutomski JE, et al. Responsiveness of the full-length and short form of the older persons and informal caregivers survey. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(9):804.
- Taylor JS, DeMers SM, Vig EK, Borson S. The disappearing subject: exclusion of people with cognitive im-

- pairment and dementia from geriatrics research. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:413–9.
17. Nivel. CQ-index ziekenhuisopname: meetinstrumentontwikkeling – kwaliteit van de zorg tijdens ziekenhuisopnames vanuit het perspectief van de patiënten. 2009.
 18. Horevoorts NJE, Vissers PAJ, Mols F, Thong MSY, Poll-Franse LV van de. Response rates for patient-reported outcomes using web-based versus paper questionnaires: comparison of two invitational methods in older colorectal cancer patients. *J Med Internet Res.* 2015;17(5):e1111.
 19. Weenink JW, Braspenning J, Wensing M. Patient reported outcome measures (PROMs) in primary care: an observational pilot study of seven generic instruments. *BMC Fam Pract.* 2014;15:88.
 20. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, Sebens H, Winograd CH. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med.* 1996;156(6):645–52.
 21. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, Burant CJ, Landefeld CS. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:451–8.
 22. Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, Phibbs C, Lavori P. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med.* 2002;346(12):905–12.
 23. Fox MT, Persaud M, Maimets I, O'Brien K, Brooks D, Tregunno D, Schraa E. Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:2237–45.
 24. Bordne S, Schulz RJ, Zank S. Effects of inpatient geriatric interventions in a German geriatric hospital. *Z Gerontol Geriatr.* 2015;48:370–5.