

Kwetsbare ouderen verblijven er onnodig lang en vaak

De SEH heeft dringend meer ouderengeneeskunde nodig

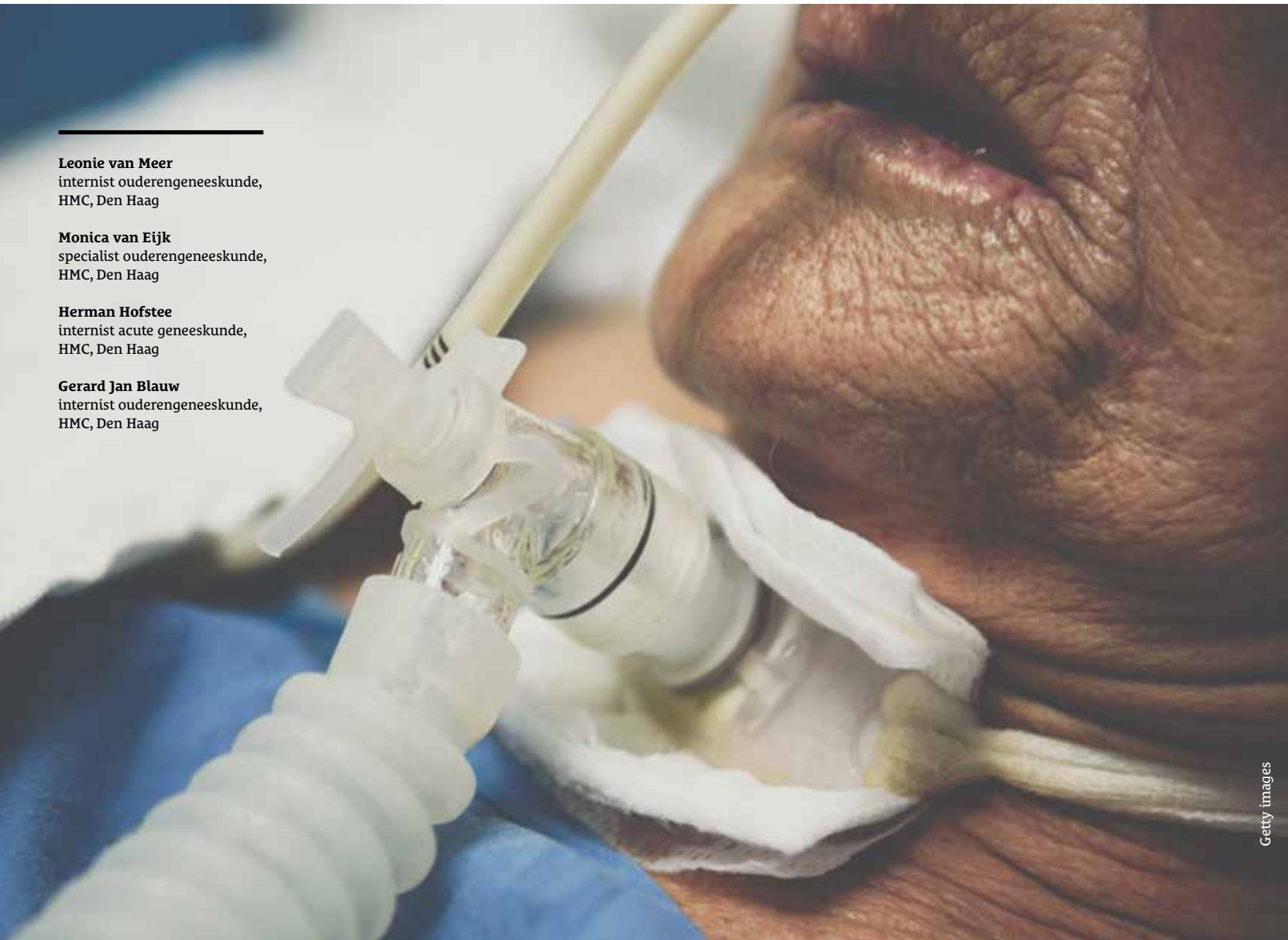
Oudere kwetsbare SEH-patiënten krijgen daar vaak niet de behandeling die ze verdienen. SEH-professionals missen daartoe de expertise. Er is dan ook meer ruimte nodig voor ouderengeneeskunde, iets wat het HMC Westeinde met succes heeft gedaan.

Leonie van Meer
internist ouderengeneeskunde,
HMC, Den Haag

Monica van Eijk
specialist ouderengeneeskunde,
HMC, Den Haag

Herman Hofstee
internist acute geneeskunde,
HMC, Den Haag

Gerard Jan Blauw
internist ouderengeneeskunde,
HMC, Den Haag



CASUS: MEVROUW P

Mevrouw P is 95 jaar en al jaren dement. Ze woont zelfstandig met thuiszorg en veel mantelzorg. Op een zaterdagochtend komt haar zoon langs en ziet zijn moeder in de woonkamer op de grond liggen. Het bed is onbeslapen. Hij belt de ambulance, hij krijgt haar zelf niet overeind. Mevrouw P wordt naar de SEH gebracht. Daar zegt zij dat ze niet snapt waarom ze in het ziekenhuis is, ze voelt zich prima. De aandacht is op dat moment goed vast te houden, de 'recall' ('terughalen') is gestoord. De vitale parameters zijn niet afwijkend en er is geen zichtbaar letsel.

De conclusie na verder onderzoek luidt: ongecompliceerde urineweginfectie waarvoor een kuur nitrofurantoïne, geen aanwijzingen voor traumatisch letsel. Helaas komt men tot deze conclusie nadat er vijf uren zijn verstreken. Uren waarin drie verschillende specialismen werden betrokken (de neurologie bij trauma capitis, de chirurgie bij twijfel over een mogelijke fractuur, en tot slot de interne geneeskunde) en meerdere beeldvormende onderzoeken zijn verricht. Intussen raakte mevrouw P verward en onrustig en kreeg ze haloperidol.

Er is geen opname-indicatie voor het ziekenhuis, maar in deze toestand – verward, dus ook onvoldoende in staat tot veilig mobiliseren – kan ze niet naar huis. Het lukt niet om een spoedplek te vinden in een verpleeghuis en mevrouw wordt opgenomen in het ziekenhuis.

Het is bekend, en in het dagelijks werk evident, dat de groep oudere kwetsbare SEH-patiënten slechte uitkomsten heeft, lang op de SEH verblijft en met veel complicaties te maken krijgt, zoals

delier, vallen en functionele achteruitgang. Van hen wordt een relatief hoog percentage onterecht in het ziekenhuis opgenomen, vaak omdat er een zorgprobleem is ontstaan. Bij ontslag vanaf de SEH naar huis, zien we in deze groep frequent een nieuw spoedbezoek. De meeste professionals op de SEH missen de tools en de tijd om deze problematiek voldoende aan te pakken en dit maakt behandeling van de oudere kwetsbare patiënt moeilijk en impopulair, terwijl de krapte er juist zo groot is.

Interprofessioneel

Om de situatie te verbeteren is een overstijgende blik nodig, naast de somatische, orgaan-specifieke zorgvorm die de SEH typeert. Verder moet er een intensievere samenwerking zijn met de eerste lijn en de VVT-sector (verpleeghuis/thuiszorg). In het HMC Westeinde is dit gerealiseerd door een nieuwe werkwijze op de SEH in te voeren. Om dit financieel duurzaam

Om de situatie te verbeteren is een overstijgende blik nodig

te maken, is het niet als project gefinancierd, maar ingebed in de reguliere zorg, door uitbreiding van de formatie ouderengeneeskunde. Die extra inzet wordt bekostigd uit de opbrengst van reguliere dbc's ouderengeneeskunde en uit een toegenomen efficiency. Ze gaat dus niet ten koste van andere zorg.

Sinds februari 2022 maakt de triageverpleegkundige op de SEH bij alle patiënten boven de 70 jaar een inschatting van kwetsbaarheid, naast de reguliere triage op medische urgentie op basis van de Manchester Triage System. Patiënten die positief scoren op kwetsbaarheid, krijgen een icoon op het overzichtsscherm (zie afbeelding) en dat is het signaal voor het team van de ouderengeneeskunde om proactief een consult te doen. Dit is een snelle beoordeling middels een beperkt Comprehensive Geriatric Assessment,

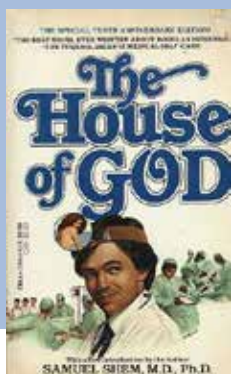
waaruit uiteenlopende adviezen volgen over proportionaliteit van behandelingen, nazorg en proactieve zorgplanning. Het team van de ouderengeneeskunde, dat bestaat uit geriatrisch verpleegkundigen, internisten ouderengeneeskunde en specialisten ouderengeneeskunde, is op werkdagen van 8.00 tot 20.00 uur beschikbaar op de SEH. De specialisten ouderengeneeskunde zijn in deeltijd werkzaam in de VVT-sector en in deeltijd in dienst van het ziekenhuis. Juist deze interprofessionele samenwerking is een grote succesfactor in de verbeterde doorstroming van de kwetsbare oudere patiënt in de keten. Het proactieve consult op de SEH geeft richting aan de juiste vorm van zorg vanaf de eerste presentatie. Tevens is de indicatiestelling voor een eventuele overplaatsing naar een andere zorginstelling beter, wat de samenwerking met en de overplaatsing naar de zorginstelling sneller en makkelijker maakt.

Succesvol ontslag

Op jaarbasis komen er ongeveer 60 duizend patiënten naar de SEH van het HMC Westeinde. Een kwart van hen is ouder dan 70 jaar en van die groep wordt 75 procent als kwetsbaar getreerd. Gemiddeld ziet het interprofessionele team ouderengeneeskunde veertien patiënten per dag. De nieuwe werkwijze wordt zowel door de professionals op de SEH als de patiënten zelf gedragen en gewaardeerd. De doorlooptijd op de SEH neemt niet toe door het 'kwetsbare-ouderenconsult'. In de eerste zes maanden is de zorgindicering op de SEH verbeterd, waardoor de directe overplaatsing naar een andere zorg-



Icoon voor kwetsbaarheid, dat primair dient als signalering voor het team van de ouderengeneeskunde, maar als neveneffect heeft dat de bewustwording van de kwetsbaarheid van patiënten bij de betrokken zorgverleners toeneemt.



In 1978 kwam het boek *The House of God* uit, geschreven door Samuel Shem (pseudoniem voor Stephen Bergman). Deze roman beschrijft de situatie in een opleidingsziekenhuis in Boston (USA) in de vroege jaren zeventig. Dit lijkt lang geleden en toch is het boek nog altijd actueel en herkenbaar. Zo hebben kwetsbare oudere patiënten de bijnaam GOMER's, acroniem voor Get Out of My Emergency Room, en worden zij neergezet als ongeliefd, lastig en zeer impopulair om op te nemen op je afdeling.

instelling met meer dan 50 procent is toegenomen. Met enkele zorginstellingen zijn inmiddels zorgpaden ontwikkeld, waarbij patiënten op de SEH worden geïndiceerd door het team ouderengeneeskunde voor kortdurende opname onder de eerstelijnsverblijfsregeling (hoogcomplex) of spoedopname Geriatrie Revalidatie Zorg (GRZ). Hierdoor wordt verderop in de keten, in de VVT-sector, een hoger percentage succesvol ontslag naar huis bereikt na bijvoorbeeld tijdelijke elv-opname (eerstelijnsverblijf).

Afwijken van de richtlijn

Er zijn landelijk en wereldwijd verschillende voorbeelden van initiatieven die ditzelfde doel beogen. Voorbeelden uit eigen land zijn de APOP-screener, waarmee de mate van kwetsbaarheid bij ouderen op de SEH wordt ingeschat, en het GEM-team, dat is ontwikkeld in het Tergooi Medisch Centrum, waarbij naast triage op kwetsbaarheid ook een geriatrie beoordeling plaatsvindt. In de Verenigde Staten bestaan verschillende initiatieven, variërend van een betrokken geriatrie team tot een complete reorganisatie van de spoedeisende hulp waarbij

ouderen op een aparte afdeling behandeld worden. Wat de optimale strategie is, hangt af van veel factoren en kan per ziekenhuis en regio sterk variëren. Binnen ons eigen centrum hebben wij gemerkt dat de vaste aanwezigheid en met name de proactieve betrokkenheid van de ouderengeneeskunde op de SEH sleutels zijn tot succes. Het icoon voor de kwetsbaar getrieeerde patiënt dient als signalering, maar heeft als neveneffect dat de bewustwording van de kwetsbaarheid van patiënten bij alle betrokken zorgverleners toeneemt.

Natuurlijk zijn er nog beperkende factoren. Want hoewel de juiste indicering en ontwikkelde zorgpaden uitplaatsing verbeteren, blijft er een beddentekort in de VVT-sector. Ook is er ruimte voor verbetering wat betreft het feit dat het team van de ouderengeneeskunde alleen binnen de genoemde tijd beschikbaar is. Maar al met al heeft de huidige werkwijze een belangrijke meerwaarde, zonder dat het SEH-proces hierbij verstoord wordt. We realiseren ons dat dit afwijkt van het 'Kwaliteitskader Spoedzorgketen', in die zin dat in deze richtlijn uitgaat van reactieve betrokkenheid van ouderengeneeskunde bij een kwetsbare patiënt. De hoofdbehandelaar op de SEH bepaalt dan gaande het diagnostisch en behandelproces of ouderengeneeskundige expertise gewenst is. Onze ervaring is juist dat deze reactieve werkwijze – waarbij medisch specialisten de geriatrie problematiek onvoldoende herkennen – niet toereikend is. Juist door proactieve betrokkenheid van de ouderengeneeskunde valt er veel winst te behalen.

Volgende stap

Los van het voorgaande, valt het op dat de beslissing om in te sturen naar de SEH in veel gevallen niet passend is. Vaak speelt het zorg-

probleem dat is ontstaan bij de thuiswonende patiënt een bepalende rol. Een SEH-bezoek brengt grote risico's voor de kwetsbare oudere met zich mee en bovendien ontstaan lange wachttijden in de keten, waar de hele medische sector door geraakt wordt. De volgende stap zou wat ons betreft dan ook zijn om van screening aan de poort (SEH) te gaan naar screening vóór de poort (de wijk). Een voorbeeld hiervan wordt op dit moment in Engeland ontwikkeld, waarbij overleg plaatsvindt door het ambulancepersoneel met een geriatrater om in te schatten of behandeling op een SEH opportuun is voor de betreffende kwetsbare oudere, of dat een andere oplossing moet worden gezocht ('Silver Triage'). Deze 'Silver Triage' en andere interventies vóór de poort kunnen GOMER's (Get Out of My Emergency Room) in onze ogen veranderen in SAFER's (Stay Away From the Emergency Room). Dit vraagt om een nauwere samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. Medisch specialisten moeten worden betrokken in de wijk bij het opstellen van een proactief zorgplan (ACP) voor (kwetsbare) ouderen. Iets wat geheel in lijn is met het Integraal Zorgakkoord, dat veel nadruk legt op samenwerking en focus op passende zorg. Echter, het vraagt om een serieuze hervorming van de huidige organisatie en bekostiging van zorg, en dat zal tijd kosten.

In de tussentijd is proactieve betrokkenheid van de ouderengeneeskunde aan de poort uitvoerbaar, haalbaar en van grote meerwaarde. ●

contact

l.van.meer@haaglandenmc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl



→ Meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

De optimale strategie kan per ziekenhuis en regio sterk variëren