

# GERIATRISCHE REVALIDATIE

**Wilco Achterberg**  
eerste geneeskundige Topaz,  
hoogleraar ouderengeneeskunde  
LUMC, Leiden

**Eva Willems**  
specialist ouderengeneeskunde  
Topaz, Leiden

**Simon Mooijaart**  
internist-ouderengeneeskunde  
LUMC, Leiden

**Sjaak van der Linden**  
SEH LUMC, Leiden

TE VEEL KWETSBARE OUDEREN BELANDEN NA DE SEH IN HET ZIEKENHUIS

## Van SEH naar geriatriesche revalidatie

Het aantal ouderen op de SEH groeit hard. Veel van hen zijn te kwetsbaar om terug te keren naar huis en belanden in een ziekenhuisbed. In Leiden wordt een andere optie uitprobeerde: de geriatriesche revalidatie.



GETTY IMAGES

**O**udere patiënten verblijven langer op de SEH dan jongere, zien daar meer verschillende specialisten en hebben een grotere kans te worden opgenomen in het ziekenhuis. De toename van het aantal ouderen en het feit dat ze steeds langer thuis blijven wonen leidt dus tot een exponentiële toename in zorgconsumptie en ook in SEH-bezoek. Een ziekenhuisopname is lang niet altijd de beste oplossing voor deze patiënten; snelle verwijzing naar geriatrische revalidatie soms wel.

### Casus

*Mevrouw Jansen is gevallen. Zij woont alleen in een flat, twee hoog zonder lift. Nu is ze op de Spoedeisende Hulp, met heel veel pijn in haar linker knie. Er is niets gebroken, maar er is wel een fors hematoom op haar knie en door de antistolling is er ook een bloeding in de spier opgetreden, waardoor lopen even niet mogelijk is. Naar huis is dus geen optie: hoe komt zij de trap op? Hoe gaat zij zelfstandig naar het toilet in haar appartement? Ervaring leert dat hier nieuwe problemen uit kunnen ontstaan, zoals krachtverlies door immobiliteit, hernieuwd vallen, uitdroging en doorligwonden. Voor een opname in het ziekenhuis is geen medische noodzaak en dat is in dit soort gevallen ook niet de goede plek. Wat mevrouw Jansen nodig heeft, is een opname in de geriatrische revalidatie (GR). Daar kan ze gericht oefenen wat het herstel bevordert, want van in bed liggen wordt het mobiliteitsprobleem alleen maar groter. De ergotherapeut kan alvast nadenken over hulpmiddelen en aanpassingen die thuis straks nodig zijn. De specialist ouderengeneeskunde kan haar begeleiden met het instellen van de juiste pijnstilling en het stoppen en herstarten van de antistolling. Met al deze maatregelen kan mevrouw Jansen straks veiliger en sneller weer naar huis.*

*Maar hoe komt mevrouw Jansen van de SEH in de GR? Het Leids Universitair Medisch Centrum en Topaz werkten een aanpak uit. Dit artikel schetst de eerste ervaringen.*

### Assesment

Bij de overheveling van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet in 2013 was het

alleen mogelijk om na een ziekenhuisopname naar de geriatrische revalidatie te gaan. In Medisch Contact is hier al aandacht voor gevraagd (MC 8/2013: 420). Hierop heeft het ministerie van VWS het Zorginstituut Nederland (ZiN) om advies gevraagd. In juni 2014 adviseerde ZiN: '... de toegang tot de GR te verbeteren door deze zorg voor een specifieke patiëntengroep ook toegankelijk te maken zonder een voorafgaand ziekenhuisverblijf'. Vanaf januari 2015 is dit mogelijk geworden. Voorwaarde voor GR is dat een geriatrisch assessment heeft plaatsgevonden. Bijvoorbeeld door een klinisch geriater, die heeft vastgesteld dat de patiënt kwetsbaar is, tot de doelgroep behoort én dat er een initieel behandelplan is opgesteld. Uit zo'n assessment moet blijken welke zorg is aangewezen, bijvoorbeeld of de oudere gebaat is bij geriatrische revalidatie of beter in een revalidatiecentrum kan worden geholpen. Op basis van deze beleidsverandering is in juni 2015 door een aantal professionals het initiatief gestart om patiënten met een acuut functieverlies rechtstreeks vanaf de SEH van het LUMC op te nemen in de GR van Topaz.

### De procedure

Op de SEH is de factor tijd erg belangrijk. Procedures voor overplaatsing moeten dus kort en efficiënt zijn. In de pilotfase hebben artsen en verpleegkundigen samen gezocht naar de optimale balans tussen efficiëntie en informatievergaring. Doel was om de triage voor de GR zo in te richten dat een patiënt met een goede indicatie door de juiste specialist naar de GR werd verwezen. Daarnaast wilden we niet dat de organisatie op de SEH onder druk zou komen bijvoorbeeld omdat patiënt veel langer op de SEH verblijft.

Allereerst signaleert de verpleegkundige of er sprake is van een kwetsbare oudere met een acuut functieverlies, waardoor de patiënt niet veilig (met hulp) naar huis kan. Vervolgens worden in- en exclusiecriteria getoetst. De verpleegkundige vult een aantal vragenlijsten in over functioneren en kwetsbaarheid en

vervolgens maakt de internist-ouderengeneeskunde een klinische beoordeling (*geriatric assessment, GA*) en bespreekt die met de specialist ouderengeneeskunde.

### Vijftien patiënten

Na vijftien patiënten is deze aanpak geëvalueerd. Zowel kwetsbare ouderen, als het ziekenhuis en het verpleeghuis beoordeelden de samenwerking als positief. De patiënten waren gemiddeld 80 jaar, driekwart was vrouw en ook driekwart was vanwege een val naar de SEH gekomen. Elf patiënten hadden een fractuur (die conservatief werd behandeld) en vier van hen hadden daarnaast nog een ander probleem. Verder was er een patiënt met een bloeding, een met een contusie, een met een luxatie en een met een infectie. Hoewel elke patiënt als kwetsbaar werd beoordeeld bij het geriatrisch assessment (onder andere vanwege veel comorbiditeit en polyfarmacie), had een minderheid voor het SEH-bezoek thuiszorg of een loophulpmiddel. Een op de drie had een mantelzorg, de cognitie was gemiddeld redelijk goed en er was sprake van een matige tot ernstige beperking van de zelfstandigheid in de ADL-taken (Barthel-index 14 op een schaal 0-20). Bij de meeste patiënten werd aanvullend laboratorium- en beeldvormend onderzoek op de SEH uitgevoerd. Alle patiënten gingen na een verblijf van gemiddeld 31 dagen in de GR weer naar huis; de meesten met thuiszorg, een loophulpmiddel en fysiotherapie.

### Indicatiestelling

In het project 'van SEH naar GR' blijkt vooral de juiste indicatiestelling een heikel punt. GR is een 'product' met een definitie die niet direct door iedereen in de keten op dezelfde manier wordt

#### Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie is geïntegreerde multidisciplinaire zorg die gericht is op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag-belastbare ouderen na een acute aandoening of functionele achteruitgang.

## Vooral de juiste indicatiestelling blijft een heikel punt

begrepen (zie kader). Wanneer kan iemand niet meer naar huis terug, wanneer is iemand kwetsbaar, wanneer is er alleen maar rust nodig om te herstellen, wanneer is één therapeut voldoende, en wanneer is multidisciplinaire revalidatie noodzakelijk? Een patiënt dient verminderd belastbaar te zijn, maar helemaal niet belastbaar kan ook een probleem zijn.

Een SEH heeft naast de daar werkende artsen en verpleegkundigen te maken met een heel scala aan medisch specialisten (in opleiding), die zeker in een opleidingsziekenhuis ook nog voortdurend wisselen: hoe houd je iedereen op de hoogte van de mogelijkheden, de regels en procedures? Vanzelfsprekend is er hier een plek voor continue scholing van (nieuwe) ziekenhuismedewerkers, waarin specialisten ouderengeneeskunde een rol kunnen spelen. Ook kunnen we veel meer gebruikmaken van interdisciplinair leren. Wij vinden het zinvol om regionaal gezamenlijke opleidingsmomenten te organiseren waaraan verschillende medisch specialisten, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde in opleiding deelnemen. Het thema 'herstel van ouderen' is daarvoor bij uitstek geschikt (zie ook MC 22/2015: 859).

### 'Niet kwetsbaar genoeg'

Er komen steeds meer ouderen op de SEH. Sommigen hebben geen indicatie voor een ziekenhuisopname, kunnen niet naar huis terug en hebben ook geen indicatie voor de GR. Zij zijn 'niet kwetsbaar genoeg', hebben slechts verzorging of enkelvoudige

therapie nodig, of zouden naar huis kunnen met goede en gerichte verzorging/verpleging thuis. Dat betekent dat naast de procedure 'van SEH naar GR' er nog andere routes moeten worden ingericht. Bijvoorbeeld een regeling met wijkverpleging zodat een oudere rechtstreeks vanuit de SEH naar huis kan en daar direct de juiste zorg krijgt. Of een regeling waarbij ouderen naar een eerstelijnsverblijf (ELV) kunnen (zie ook het artikel van Vreeburg e.a. in dit nummer).

Daarnaast moeten we voortdurend blijven onderzoeken wat de kenmerken zijn van kwetsbare ouderen die op de SEH komen, en hoe hun prognose of zorgtraject is te verbeteren. Uit een studie naar acuut presenterende oudere patiënten (de APOP-studie, [www.apop.eu](http://www.apop.eu)) is gebleken dat 10 procent van de ouderen die op de SEH komen binnen drie maanden overlijdt, en 20 tot 40 procent na het SEH-bezoek veel slechter functioneert. In deze studie zijn instrumenten ontwikkeld om direct bij binnenkomst op de SEH de ouderen te selecteren met het grootste risico op negatieve uitkomsten zoals mortaliteit en functionele achteruitgang. Die triage is te gebruiken om beschermende maatregelen te nemen en om de medische behandeling aan te passen aan de belastbaarheid en wensen van de patiënt. Bovenal zal het de bewustwording vergroten van zowel ouderen, mantelzorgers en alle hulpverleners op de Spoedeisende Hulp over de kwetsbaarheid van deze patiënten. Dat is ook de belangrijke eerste stap in het bedenken waar in de hele zorgketen deze patiënt met dit acute probleem het best op zijn plek is. ■

### Contact

w.p.achterberg@lumc.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

### web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).