

Kortdurende zorg bij ouderen als antwoord op spoedzorg

Bianca Buurman-van Es

De Spoedeisende Hulp staat onder druk, onder andere omdat steeds meer ouderen er een beroep op doen – meer dan de demografische ontwikkeling zou doen verwachten. Extra capaciteit binnen de ziekenhuizen creëren is niet de oplossing. Beter kan men investeren in 24/7 beschikbare, kortdurende zorg door eerstelijnsverblijven, *hospital at home*-teams en kleine buurtziekenhuizen.

Van de huisartspatiënten van 85 jaar en ouder, en van de ouderen die wijkverpleging ontvangen, belandt jaarlijks een derde op de Spoedeisende Hulp. Elk jaar bezoeken 800.000 65-plussers de SEH; 35% wordt vervolgens in het ziekenhuis opgenomen.¹ Dat zijn vooral ouderen die kwetsbaar zijn, multimorbiditeit hebben, functionele problemen ervaren of al eerder een ongeplande ziekenhuisopname hebben meegemaakt.² De impact van een spoedopname is groot: 20% van de acuut opgenomen ouderen is binnen dertig dagen weer terug in het ziekenhuis, 30% verlaat het ziekenhuis met nieuwe beperkingen in het functioneren en 20% overlijdt binnen drie maanden.³⁻⁵ Het aantal bezoeken aan de Spoedeisende Hulp is extra snel gestegen sinds 2015, toen de transitie van de langdurige zorg plaatsvond waardoor meer ouderen thuis bleven wonen. De *Marktscan acute zorg 2017* laat zien dat niet alleen de instroom van ouderen buiten kantoor tijden stijgt, maar ook het aantal ouderen dat via de ambulance binnenkomt.¹

WAT IS HET PROBLEEM?

Door de stijgende levensverwachting zal niet alleen het aantal kwetsbare ouderen en ouderen met een of meer chronische ziekten de komende jaren groeien, maar zullen ook de ziektelast en het gemiddelde aantal chronische ziekten per individu toenemen.⁶ Men schat dat daardoor het aantal bezoeken van ouderen aan de SEH met 25% gaat toenemen, terwijl dat op basis van de demografische ontwikkeling 8% zou moeten zijn.⁷ Die extra zorg moet geboden worden met minder mensen en sowieso zou men die zorg liever in een eerder stadium geven, dicht bij de patiënt.⁸ De huisartsenzorg, de wijkverpleegkundige zorg en de ziekenhuiszorg zullen gezamenlijk moeten nadenken over een oplossing.

Proactieve ouderenzorg buiten kantoor tijd

In de afgelopen tien jaar is er in Nederland veel onderzoek



Jaarlijks bezoeken 800.000 65-plussers de SEH.

Foto: Hollandse Hoogte

gedaan naar de effectiviteit van proactieve ouderenzorg in de huisartsenpraktijk. Artsen, verpleegkundigen en patiënten zijn tevreden, maar het aantal acute ziekenhuisopnames daalt vooralsnog niet.^{9,10} In de thans gangbare proactieve zorgmodellen, waarvan de meeste zijn ontwikkeld vóór de transitie van de langdurige zorg, werken huisarts en praktijkverpleegkundige of wijkverpleegkundige nauw samen.¹¹ Dat begint meestal met een inventarisatie van kwetsbare oudere patiënten (*case finding*), gevolgd door een geriatrisch assessment en regelmatige huisbezoeken. Op zichzelf heeft men bij deze chronische zorgverlening de patiënten goed in beeld, maar men is niet toegerust op complexe zorgvragen die zich voordoen buiten de openingstijden van de praktijk. Als dan een huisbezoek vanuit de huisartsenpost geen soelaas biedt, wordt de patiënt doorgestuurd naar de SEH, waar kennis over de context – hoe woont de patiënt en hoe verzorgt die zichzelf? – grotendeels ontbreekt.

Vermijdbare spoedzorg

Sommige groepen patiënten zijn oververtegenwoordigd bij spoedopnames. Bij 20% van alle bezoeken aan een SEH blijken zogeheten *ambulatory sensitive conditions* in het spel te zijn: problemen, bijvoorbeeld bij COPD, hartfalen, urineweginfectie of pneumonie, die in de eerste lijn voorzien en behandeld hadden kunnen worden.¹² Een recente analyse laat zien dat het aantal spoedopnames van deze patiënten 36% lager zou uitvallen als zij meer controle en zelfmanagementvaardigheden zouden hebben. Ook sociaal-economische status (SES)

DE KERN

- Het aantal spoedopnames van ouderen neemt sterk toe; nogal vaak gaat het om een probleem bij een chronische ziekte dat te voorzien was.
- Proactieve zorg voor ouderen blijft nog te veel beperkt tot de huisartsenpraktijk in kantoor tijd.
- De oplossing, kortdurende zorg in de eerste lijn en een betere verbinding tussen wonen, welzijn en zorg, is in Nederland nog onderontwikkeld.
- Er is vooral grote behoefte aan voorzieningen voor triage, diagnostiek en kortdurende behandeling in of dicht bij de thuissituatie.

speelt een rol: patiënten uit wijken met een lage SES worden vaker ongepland opgenomen.^{13,14} Een andere groep bij wie vaak een spoedopname plaatsvindt, zijn terminale patiënten: het overkomt de helft van de patiënten in hun laatste drie levensmaanden.¹⁵ De oorzaak is in dat geval vooral een gebrek aan *advance care planning* bij ouderen die orgaanfalen hebben of kwetsbaar zijn: artsen overleggen te weinig met hen over mogelijke problemen en behandelwensen.¹⁶ Daardoor zijn ze angstiger dan nodig is en minder goed voorbereid op wat er thuis allemaal kan gebeuren.¹⁷ Men schat dat een kwart van alle heropnames na ontslag uit een ziekenhuis vermijdbaar zou zijn.¹⁸

WAT IS DE OPLOSSING?

We bespreken kort een aantal systeeminterventies en individuele interventies waarvan de internationale literatuur heeft laten zien dat ze kunnen helpen.

Integrale aanpak

Een systematische review liet zien dat interventies voor kwetsbare ouderen nog te veel domeinspecifiek worden ontwikkeld, bijvoorbeeld alleen voor de huisartsenpraktijk.¹⁹ Spoedopnames zijn alleen te voorkomen als men een verbinding weet te leggen tussen het sociale domein, de eerste lijn, de kortdurende zorg (eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatie) en de ziekenhuiszorg. In Schotland is in de afgelopen tien jaar zo'n integrale samenwerking opgebouwd; sindsdien is de ziekenhuiszorg met 10% afgenomen terwijl men 10% groei verwachtte.²⁰ Of een dergelijke systeemaanpak ook in Nederland effectief zou zijn, is wel een onderzoek waard.

De verbinding tussen de woonsituatie, het sociale en het medische domein is in Nederland nog niet vanzelfsprekend. Doordat verpleeghuisbedden gesloten zijn, wonen meer kwetsbare ouderen thuis. Zij hebben passende woningen nodig, maar die zijn er onvoldoende en nieuwe woonvormen voor ouderen laten op zich wachten. Wel is aan de cijfers te zien dat investeringen binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) invloed hebben op het aantal spoedopnames: hoe hoger de investeringen van de gemeente, hoe lager het aantal acute ziekenhuisopnames (al weten we nog

niet welke WMO-interventies de meeste impact hebben).²¹ Verder hebben veel huisartsenpraktijken in de afgelopen jaren via sociale wijkteams vorm gegeven aan de verbinding tussen het sociale en het medische domein.

De huisartsenpraktijk: proactieve ouderenzorg en advance care planning

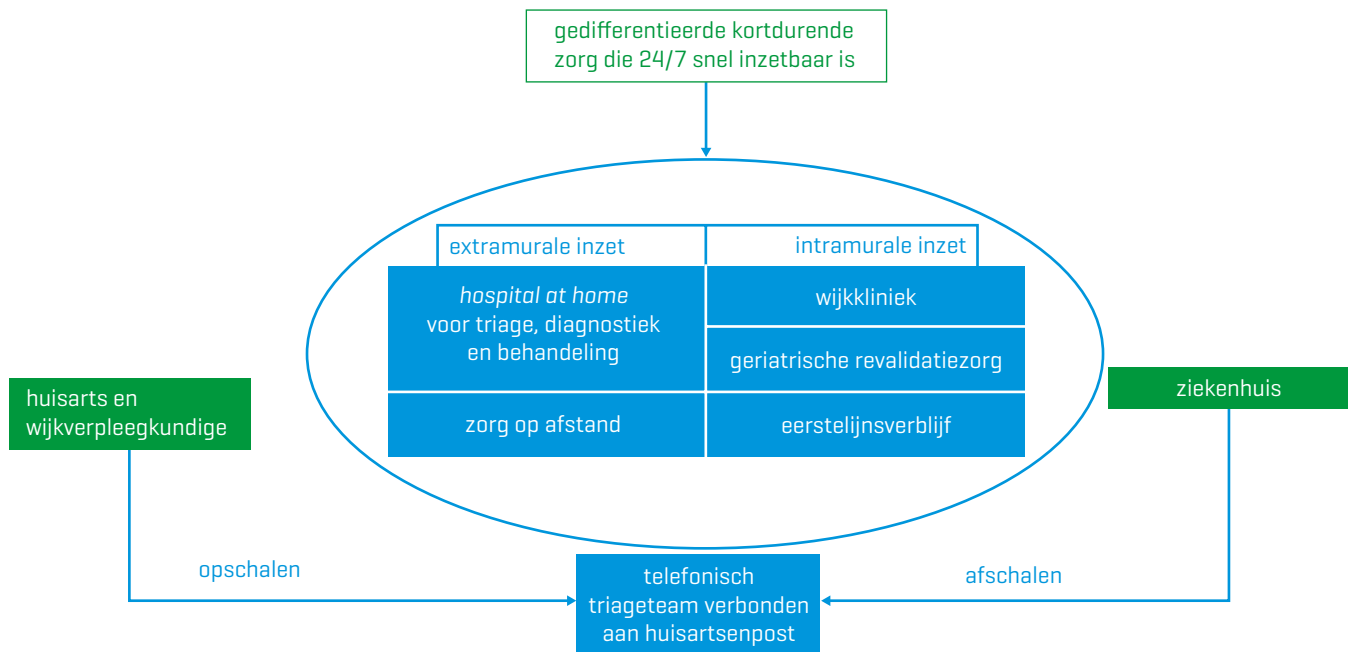
De proactieve ouderenzorg in Nederland is momenteel vooral gericht op het inventariseren van wensen, het identificeren van geriatrische problemen en het volgen van deze problemen in de tijd. Meer aandacht voor het versterken van zelfmanagementvaardigheden lijkt zinvol om het aantal spoedopnames terug te dringen. Als ouderen meer controle hebben over hun chronische ziekte, herkennen ze een eventuele achteruitgang beter en kunnen ze op de problemen anticiperen. Bij COPD en hartfalen zijn zulke zelfmanagementinterventies effectief gebleken, maar ze vragen wel om meer integratie tussen chronische zorgprogramma's en ouderenzorgprogramma's dan nu het geval is.²² Bij een oudere met een complexe zorgvraag zou een huisarts bijvoorbeeld laagdrempelig de hulp van een specialist ouderengeneeskunde moeten kunnen inroepen.

Het bespreken van behandelwensen is een eerste stap om ongewenste ziekenhuisopnames te voorkomen. In veel huisartsenpraktijken is *advance care planning* al een vast onderdeel van de proactieve ouderenzorg en steeds meer wijken hebben zogeheten PaTz-teams, waarin patiënten met een palliatieve zorgbehoefte proactief worden besproken. De KNMG heeft handreikingen palliatieve zorg opgesteld voor artsen en patiënten.^{23,24} Op een aantal punten is zeker nog winst te behalen: anticiperen op wat er thuis zou kunnen gebeuren, delen van de behandelwensen in de keten en samenwerkingsafspraken maken op het gebied van specialistische palliatieve zorg.²⁵ Maar wel staat vast dat transmuraal werkende specialistische palliatieve zorgteams het aantal ongewenste ziekenhuisopnames reduceren en de symptoomlast verminderen.²⁶ Het wetenschappelijk bewijs voor deze interventie is tot nog toe beperkt tot oncologische aandoeningen en niet toegespitst op de Nederlandse praktijk. In vijf regio's in Noord-Holland loopt momenteel een trial, Pallisupport, naar de effecten van *advance care planning*, beter delen van behandelwensen in de keten en ondersteuning van transmurale palliatieve teams bij kwetsbare ouderen. De trial sluit aan op proactieve ouderenzorgprogramma's en er nemen ook kaderhuisartsen palliatieve zorg aan deel.

Kortdurende zorg: eerstelijnsverblijf en ziekenhuiszorg dichtbij

In Nederland staat de kortdurende zorg nog in de kinderschoenen. In de zorgverzekeringswet is sinds 2017 het eerstelijnsverblijf opgenomen: een korte opname, waarna de patiënt naar huis kan terugkeren. Dat lukt lang niet altijd: 30 tot 40% stroomt door naar een permanente plek in het verpleeghuis en er is gemiddeld slechts anderhalf uur per patiënt per week beschikbaar voor diagnostiek en behandeling. Er zijn nog

Figuur Model voor kortdurende op- en afschaalbare zorg in de eerste lijn



Kortdurende zorg is gedifferentieerd, snel inzetbaar en 24/7 beschikbaar. Ze ondersteunt de zorg die huisarts en wijkverpleegkundige bieden: de zorg in de thuissituatie kan op tijd geïntensiveerd worden en zo nodig worden opgeschaald tot intramurale ziekenhuiszorg in de buurt. Deze kortdurende zorg wordt tijdelijk ingezet en weer overgedragen zodra het acute probleem voldoende behandeld is.

belangrijke onbeantwoorde vragen: waarom stromen ouderen in in een eerstelijnsverblijf, waarom lukt het thuis niet en op welke manier kan hun zorgvraag het best worden behandeld tijdens het verblijf? Ook in de triage naar de goede plek is verbetering mogelijk, al moet gezegd worden dat veel regio's al triagepunten hebben waar huisartsen kunnen inbellen voor hulp bij het vinden van de juiste plek.

In vergelijking met het buitenland heeft Nederland een goed systeem van wijkverpleegkundige zorg en huisartsenposten. Wat nog wel beter kan, is de mogelijkheid om de zorg in de thuissituatie snel op te schalen en dat ook 24/7 te kunnen doen: de zorg zo mogelijk thuis bieden en zo nodig direct op de juiste plek. De [figuur] schetst een model voor zulke op- en afschaalbare kortdurende (ziekenhuis)zorg dicht bij huis. Met deze vormen van kortdurende zorg wordt momenteel geëxperimenteerd in de Wijkkliniek in Amsterdam-Zuidoost. Het doel is functieverlies, heropnames en delier te verminderen bij patiënten met COPD, hartfalen en pneumonie.²⁷ Internationaal is deze kortdurende zorg effectief gebleken, in Nederland wordt het effect nog onderzocht.²⁸

Transmurale zorgtrajecten

Een laatste optie om spoedopnames terug te dringen is heropnames te voorkomen door middel van een transmurale zorgtraject. Internationaal is er veel bewijs dat deze vorm van *transitional care* het aantal ziekenhuisopnames vermindert.^{29,30} Een Nederlands voorbeeld is de transmurale zorgbrug, met als kerncomponenten goede overdracht van gegevens, snel huisbezoek binnen 48 uur na ontslag uit het ziekenhuis en

zorgcoördinatie door een verpleegkundige. In Nederland is alleen effect op de sterfte aangetoond, maar dat was vóór 2015, toen het percentage heropnames in Nederland veel lager lag dan in andere landen.⁷

Voor de huisartsenpraktijk zou zo'n traject betekenen dat de zorg na ziekenhuisopname een expliciete plek zou moeten hebben in proactieve zorgprogramma's. Er is een uitgebreide handleiding beschikbaar.³¹

HOE VERDER?

Het nieuwe adagium is 'Zorg op de juiste plek'. Dat is een mooi uitgangspunt, maar nog beperkt onderbouwd dus nieuwe ontwikkelingen moeten goed gemonitord worden. Wat betekent het bijvoorbeeld voor de opleiding van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en wijkverpleegkundigen? Welke competenties hebben zij nodig in *hospital at home*-teams of binnen de kortdurende zorg? Welke diagnostische en technologische faciliteiten moeten in de eerste lijn 24/7 beschikbaar zijn om de gang naar het ziekenhuis te voorkomen? En hoe vinden we passende bekostigingsmodellen wanneer de grenzen tussen generalistische en medisch-specialistische zorg vervagen?

De huisartsen hebben in Woudschoten nieuwe kernwaarden en kerntaken geformuleerd. Met die waarden en taken in het achterhoofd is het een mooie uitdaging om de huisartsenzorg te versterken met kortdurende zorg als voorziening waar zorgcoördinatie, zorggerelateerde preventie en spoedzorg voor kwetsbare patiënten samenkomen.³² ■

LITERATUUR

1. Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan acute zorg 2017. Utrecht, NZa, 2018.
2. Pedersen MK, Meyer G, Uhrenfeldt L. Risk factors for acute care hospital readmission in older persons in Western countries: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep* 2017;15:454-85.
3. Buurman BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, Abu-Hanna A, Lagaay AM, Verhaar HJ, et al. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. *PLoS One* 2011;6:e26951.
4. Boyd CM, Landefeld CS, Counsell SR, Palmer RM, Fortinsky RH, Kresevic D, et al. Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:2171-9.
5. Van Seben R, Reichardt LA, Aarden JJ, Van der Schaaf M, Van der Esch M, Engelbert RH, et al. The course of geriatric syndromes in acutely hospitalized older adults: The Hospital-ADL Study. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20:152-8.e2.
6. Kingston A, Robinson L, Booth H, et al. Projections of multimorbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model. *Age Ageing* 2018;47:374-80.
7. Buurman BM, Parlevliet JL, Allore HG, Blok W, Van Deelen BA, Moll van Charante EP, et al. Comprehensive geriatric assessment and transitional care in acutely hospitalized patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2016;176:302-9.
8. De juiste zorg op de juiste plek. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018. www.dejuistezorgopdejuiste-plek.nl, geraadpleegd september 2019.
9. Bleijenberg N, Drubbel I, Schuurmans MJ, Dam HT, Zuithoff NP, Numans ME, et al. Effectiveness of a proactive primary care program on preserving daily functioning of older people: a cluster randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:1779-88.
10. Suijker JJ, Van Rijn M, Buurman BM, Ter Riet G, Moll van Charante EP, De Rooij SE. Effects of nurse-led multifactorial care to prevent disability in community-living older people: cluster randomized trial. *PLoS One* 2016;11:e0158714.
11. Verlee E, Van der Sande R, Abel R, Brandon S, De Groot J, Quist-Anholts GW, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: NHG/V&VN, 2017.
12. O' Cathain A, Knowles E, Turner J, Maheswaran R, Goodacre S, Hirst E, et al. Explaining variation in emergency admissions: a mixed-methods study of emergency and urgent care systems. *Health Serv Deliv Res* 2014;2:48.
13. Nagasako EM, Reidhead M, Waterman B, Dunagan WC. Adding socioeconomic data to hospital readmissions calculations may produce more useful results. *Health Aff (Millwood)* 2014;33:786-91.
14. Lindenauer PK, Lagu T, Rothberg MB, Avrunin J, Pekow PS, Wang Y, et al. Income inequality and 30 day outcomes after acute myocardial infarction, heart failure, and pneumonia: retrospective cohort study. *BMJ* 2013;346:f521.
15. Van den Block L, Pivodic L, Pardon K, Donker G, Miccinesi G, Moreels S, et al. Transitions between health care settings in the final three months of life in four EU countries. *Eur J Public Health* 2015;25:569-75.
16. Sharp T, Moran E, Kuhn I, Barclay S. Do the elderly have a voice? Advance care planning discussions with frail and older individuals: a systematic literature review and narrative synthesis. *Br J Gen Pract* 2013;63:e657-68.
17. De Korte-Verhoef MC, Pasman HR, Schweitzer BP, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. How could hospitalisations at the end of life have been avoided? A qualitative retrospective study of the perspectives of general practitioners, nurses and family carers. *PLoS One* 2015;10:e0118971.
18. Leppin AL, Gionfriddo MR, Kessler M, Brito JP, Mair FS, Gallacher K, et al. Preventing 30-day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA Intern Med* 2014;174:1095-107.
19. Hendry A, Vanhecke E, Carriazo AM, Lopéz-Samaniego L, Espinosa JM, Sezgin D, et al. Integrated care models for managing and preventing frailty: a systematic review for the European Joint Action on Frailty Prevention (ADVANTAGE JA). *Transl Med UniSa* 2019;19:5-10.
20. Hendry A. Creating an enabling political environment for health and social care integration. *Int J Integr Care* 2016;16:7.
21. Winkel E, De Kousemaeker G; onderzoeksbureau fluent. Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorgketen voor ouderen. Utrecht: ActiZ, 2018.
22. Jonkman NH, Westland H, Trappenburg JC, Groenwold RH, Bischoff EW, Bourbeau J, et al. Do self-management interventions in COPD patients work and which patients benefit most? An individual patient data meta-analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2016;11:2063-74.
23. Van der Plas AG, Pasman HRW, Schweitzer B, Onwuteaka-Philipsen BD. Improving palliative care provision in primary care: a pre- and post-survey evaluation among PaTz groups. *Br J Gen Pract* 2018;68:e351-9.
24. Niet alles wat kan, hoeft. Utrecht: KNMG, 2018. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/niet-alles-wat-kan-hoeft.htm>, geraadpleegd september 2019.
25. Plat FM, Peters YA, Smits M, Giesen PH. Knelpunten in de palliatieve spoedzorg. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0244-2.
26. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;6:CD007760.
27. Kiers B. AMC en Cordaan starten miniziekenhuis in de wijk. *Zorgvisie*, 25 mei 2018.
28. Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Kalra L, Wilson AD, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;9:CD007491.
29. Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S, Geerlings SE, De Rooij SE, Buurman BM. Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health Aff (Millwood)* 2014;33:1531-9.
30. Le Berre M, Maimon G, Sourial N, et al. Impact of transitional care services for chronically ill older patients: a systematic evidence review. *J Am Geriatr Soc* 2017;65:1597-608.
31. Hartel L, Buurman BM, De Rooij SE. Handleiding transmurale zorgbrug. Amsterdam/Groningen: Amsterdam UMC/UMCG, 2018. <https://www.amc.nl/web/specialismen/geriatrie-ouderengeneeskunde-1/acute-ouderenzorg/transmurale-zorgbrug.htm>, geraadpleegd september 2019.
32. Toekomst Huisartsenzorg: Kerntaken in de praktijk. Utrecht: NHG/LHV/VPH/Ineen, 2019. <https://toekomsthuisartsenzorg.nl>, geraadpleegd juli 2019.

Buurman-van Es BM. Kortdurende zorg bij ouderen als antwoord op spoedzorg. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0362-x. Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Interne geneeskunde, geriatrie, Amsterdam: prof. dr. B.M. Buurman-van Es, verpleegkundige niet-praktiserend, hoogleraar Acute ouderenzorg, b.m.vanes@amsterdamumc.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.