

L.S.

Reagerende op de houtskoolschets acute zorg schrijven wij nu namens de onderzoeksgroep Acute Ouderenzorg in het AmsterdamUMC. Een belangrijke kracht van onze onderzoeksgroep is dat het bestaat uit artsen, verpleegkundigen, paramedici en gezondheidseconomen uit de eerste en tweedelij. Vanuit ons expertisegebied ontwikkelen en optimaliseren we de zorg voor ouderen in de acute zorgketen en combineren we wetenschap, patiëntenzorg, onderwijs, en beleid. Vanuit deze kennis hebben wij de houtskoolschets bestudeerd en formuleren we onze opmerkingen en adviezen.

Indeling

Om overzichtelijkheid te bevorderen worden de suggesties van de onderzoeksgroep besproken vanuit de paragrafen in hoofdstuk 4. Wij richten ons in onze feedback specifiek op de oudere patiënt.

4.1. Het ideale acute zorglandschap- uitgangspunten in de houtskoolschets acute zorg

Het uitgangspunt zou moeten zijn dat we een goed werkend zorgsysteem creëren, dat in staat is om 24/7 zorg te kunnen leveren, ook in de eerstelij. Een goed werkend zorgsysteem houdt voor ons in dat het leidt tot betere uitkomsten voor ouderen, zoals minder functieverlies, thuis kunnen wonen, en voorkomen van acute verwardheid. Deze indicatoren van kwaliteit van de acute zorg mogen meer centraal staan.

4.1.1 Investeer in wijkverpleging

Jaarlijks komen er 800.000 70-plussers op de spoedeisende hulp. Van de bijna 600.000 mensen die wijkverpleging ontvangen komt 30% jaarlijks op de SEH. Er is winst te behalen door thuis tijdig subacute zorgvragen te signaleren en te voorkomen dat deze vragen escaleren. Op steeds meer plekken is het mogelijk om in het weekend en buiten kantooruren ouderen op te nemen in het eerstelijnsverblijf. Tegelijkertijd is de wijkverpleging nog onvoldoende in staat is om op acute situaties thuis in te spelen. Willen we dat we meer acute zorgvragen thuis kunnen behandelen, dan vraagt dat ten eerste investeringen in de wijkverpleging: zowel in termen van het kunnen bieden van ziekenhuiszorg thuis, in crisiszorg voor mensen met dementie, in opleiding om meer complexe zorg thuis te leveren en in het positioneren van de verpleegkundig specialist. De transitiegelden, bedoeld om zorg te kunnen verschuiven, moeten worden geïnvesteerd in doorontwikkeling van de wijkverpleging, in plaats van te worden ingezet ter compensatie van het salaris van medisch specialisten. Het vraagt dat er kostendekkende tarieven zijn voor (specialistische) wijkverpleegkundige zorg en de inzet van de verpleegkundig specialist. Qua organisatie zou de wijkverpleging zowel chronische als acute zorg moeten kunnen leveren. De chronische zorg wordt dan op wijkniveau ingezet, de acute zorg op regionaal niveau. In de huidige covid-pandemie is hier regionaal en organisatieoverstijgend meer geëxperimenteerd en wij vinden het belangrijk dat vast te houden. Om dat te bereiken zijn bovenstaande investeringen nodig.

4.1.2. Thuis tenzij voor kwetsbare ouderen meer als leidend adagium

Ten tweede mag het uitgangspunt dat acute zorg meer thuis geboden kan worden sterker worden neergezet als leidend adagium. In ons huidige zorgstelsel zijn we geneigd zijn om acute zorg buiten de thuissituatie te bieden; op een SEH, in een eerstelijnsverblijf, in een ziekenhuis. Voor een deel van de mensen is dat goed en noodzakelijk. Dat geldt echter niet altijd voor hele kwetsbare ouderen met bijvoorbeeld dementie. In de thuissituatie kunnen mensen zich vaak nog net staande houden en hebben daar hun dagelijkse routines die hen houvast geven. Een verplaatsing naar een eerstelijnsverblijf of SEH betekent dat iemand uit deze routines wordt gehaald, waardoor een grotere terugval plaatsvindt en iemand niet meer naar huis kan terugkeren. Zeker voor kwetsbare mensen met dementie zou meer geredeneerd mogen worden vanuit het principe: we leveren acute zorg thuis, tenzij. Bij zorgspectrum in Houten zijn bijvoorbeeld multidisciplinaire geriatrische teams, die

juist voor deze groep tijdelijk zorg kunnen opschalen en de mantelzorger optimaal kunnen ondersteunen.

4.2. Meer acute zorg thuis óf dichtbij huis

Acute zorgvragen van ouderen zijn heel divers. Het kan ontstaan doordat een oudere valt, doordat er een exacerbatie is van een chronische ziekte, doordat er een levensbedreigende acute ziekte is zoals een CVA of het kan een crisissituatie bij dementie of psychiatrische aandoening zijn. In een goede werkende acute zorgketen kunnen al deze zorgvragen op de juiste manier worden getriageerd en opgevolgd. Primair moeten we meer inzetten op voorkomen van acute zorgvragen en onderkennen dat triage bij kwetsbare ouderen ingewikkeld is door atypische ziektepresentatie.

4.2.1 Voorkomen is beter dan genezen

Er is veel discussie of acute zorgvragen te voorkomen zijn. Wij willen drie groepen belichten:

1. Ouderen met chronische ziekten

Er is internationaal consensus dat bij ouderen met 'ambulatory sensitive conditions (ASC)', dat zijn aandoeningen waarbij aannemelijk is dat zorg thuis of dichtbij huis geboden kan worden, meer ingezet kan worden op voorkomen van acute zorgvragen door betere monitoring en zelfmanagement. Voorbeelden van ASC zijn hartfalen, COPD, nierfalen, ontregeling van diabetes. In Nederland wordt nog veel te weinig ingezet op zelfmanagement, activatie en doelen stellen. We verwachten vanuit de zorg dat iedereen leefstijlinstructies begrijpt, maar vaak zijn deze ingewikkeld of sluiten niet aan bij de prioriteiten van patiënten zelf. Bij iemand met een slechte woning en financiële problemen is het geen prioriteit om leefstijl te veranderen, maar zal eerst naar huisvesting en schulden gekeken moeten worden. Het werken met doelen en op basis daarvan inzetten op zelfmanagement en activatie is effectief in voorkomen van ziekenhuisopnames, ook bij patiënten met meerdere chronische ziekten of lage sociaal-economische status. Mensen met ASC zijn degenen die acute zorg thuis kunnen krijgen. Dit mag nog specifiek genoemd worden.

2. Ouderen met dementie die wachten op plaatsing in een verpleeghuis

Kwalitatief onderzoek naar cliënten die gebruik maken van het eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg of consulten van de specialist ouderengeneeskunde thuis laat zien dat er vaak al langdurig sprake is van een achteruitgang in functioneren (fysiek, cognitief dan wel psychisch). Deze geleidelijke achteruitgang vraagt continue anticiperen en aanpassen in de thuissituatie. Dit vraagt nog om een cultuurverandering in de zorg voor thuiswonende ouderen. Huisartsenzorg is vaak reactief wanneer er een probleem is, terwijl de oudere patiënt thuis een proactieve opvolging vraagt om tot juiste aanpassingen en ondersteuning in de thuissituatie te kunnen komen. Casemanagers ondersteunen bijvoorbeeld cliënten met dementie en hun mantelzorger en dit is kosteneffectief. Hiernaast is de hoeveelheid beschikbare WLZ-plekken en de drempel die geldt voor toegang tot de langdurige zorg iets waar onze volle aandacht naartoe moet gaan. Regelingen die doorstromen in de weg staan zoals verschillen in eigen bijdragen tussen wijkverpleging en WLZ-indicatie, lange wachttijden voor CIZ indicatiestellingen en ingewikkelde regelingen wanneer iemand wel of niet gebruik mag maken van een plek, zullen gewijzigd moeten worden. Ouderen die wachten op een verpleeghuisplaatsing komen vaak via een crisissituatie de WLZ in. Er mag meer aandacht zijn in de houtschoolschets voor deze groep.

3. Ouderen in de laatste levensfase

Juist in het laatste jaar van het leven maken patiënten gebruik van acute zorg, door een toename van symptoomlast. Jaarlijks overlijden er bijna 152.000 mensen in Nederland en het bespreken van behandelwensen in het laatste jaar is nog absoluut geen gemeengoed. Advance care planning, waarbij geanticipeerd wordt op wat thuis zou kunnen gebeuren en wat patiënten dan kunnen doen is belangrijk. Dat alleen is echter niet effectief, er zou ook een mogelijkheid moeten zijn om thuis deze zorg te bieden. Uit een systematische review van onze groep blijkt dat transmuraal werkende teams, bestaande uit verpleegkundigen en artsen uit de eerste en tweede lijn die in staat zijn om zorg thuis te bieden, acute opnames te voorkomen en overlijden op de plek van voorkeur te realiseren. In de regio Amsterdam, Gooi- en Vechtstreek en West-Friesland wordt momenteel geëxperimenteerd met

transmurale palliatieve teams (Pallisupport), waarbij bespreken van wensen, scholing van zorgprofessionals en zorg thuis kunnen leveren centraal staan. Met IKNL en NZA is gewerkt aan experimentele bekostiging (TAPAS prestatie). Palliatieve zorgvragen worden niet benoemd in de houtskoolschets, terwijl een deel van de acute zorgvragen is van mensen in het laatste jaar van het leven.

4.2.2 Scheiden complexe en niet-complexe zorg moeilijk bij ouderen door atypische klachten

Kenmerkend voor kwetsbare ouderen, is dat zij zich atypisch presenteren, zoals met acute verwardheid of vallen, als er onderliggend een ander probleem speelt, zoals een infectie. Bij kwetsbaren ouderen ontbreken typische klachtenpatronen die richtinggevend zijn in het bepalen van de urgentie/inschatten van de diagnose. De triage die nu wordt toegepast (zowel telefonisch als fysiek) is gebaseerd op typische patroonherkenning bij gezonde volwassenen, waardoor de ernst van de klachten bij kwetsbare ouderen soms niet onderkend wordt. Het is essentieel dat kennis en expertise over geriatrische zorgvragers toeneemt, om zo de juiste inschatting voor zorg te kunnen maken. Dit is momenteel nog onvoldoende onderdeel van de opleiding van SEH/ambulanceprofessionals. Omdat ouderen als gevolg van ziek zijn een delier kunnen ontwikkelen en daardoor niet altijd zelf een accurate omschrijvingen kunnen geven van eigen klachten of beloop is de kans op ondertriage en daarmee verkeerde allocatie, onderdiagnostiek en -behandeling met potentiële schade aanzienlijk. Met name het uitgangspunt in de houtskoolschets dat er makkelijk onderscheid gemaakt kan worden tussen complexe en niet-complexe klachten is onjuist. Dat moet beter worden uitgewerkt.

Ons voorstel is om ervoor te zorgen dat we triagemethodieken ontwikkelen en valideren, die in staat zijn om ernstige klachten bij ouderen te herkennen en hen vervolgens de juiste zorg te bieden. Wij adviseren om zeer terughoudend te zijn in het vroegtijdig scheiden van patiëntenstromen en vroeg in het traject van een acute zorgvraag een inhoudelijk expert (geriater, internist ouderengeneeskunde specialist ouderengeneeskunde of verpleegkundig specialist) de patiënt te laten beoordelen om onjuiste zorg, complicaties en onnodige kosten te voorkomen. Een aantal goede voorbeelden zijn nu te vinden in het Tergooi ziekenhuis, waar een 'geriatric emergency medicine team' kwetsbare ouderen beoordeelt en vervolgens op basis van een uitgebreider assessment doorverwijst. Ook in het Amsterdam UMC werken geriater op de SEH, waardoor er een ombuiging van acute zorg voor deze groep zichtbaar is. 25% van de ouderen wordt niet meer in het Amsterdam UMC opgenomen, maar in de WijkKliniek, waar ziekenhuiszorg in het verpleeghuis wordt geboden en waarmee we bouwen aan meer 24/7 acute zorg dichtbij huis.

4.2.3 Bieden van acute zorg dichtbij huis: Virtual Ward en WijkKliniek

Er zijn twee goede voorbeelden van het behandelen van acute zorgvragen dichtbij huis: de virtual ward/hospital@home waarbij mensen met ASC acute zorg thuis aangeboden krijgen en de WijkKliniek waarbij ziekenhuiszorg binnen het verpleeghuis wordt geboden.

Het OLVG en Cordaan ontwikkelen de virtual ward momenteel voor hartfalen, COPD, palliatieve zorg, neurologische patiënten en kwetsbare ouderen. Een gemene deler is de samenwerking tussen ziekenhuis, wijkverpleging en huisarts met als gemeenschappelijk doel patiënten samen zorg te bieden en in gezamenlijk dossier te werken en te monitoren. De effecten moeten nog onderzocht worden. Hospital@home en Virtual Wards zijn in Engeland en de VS al wel vaker onderzocht en het is in ieder geval even (kosten)effectief als ziekenhuiszorg. De samenstelling van de virtual ward teams zijn divers: bijvallers maakt een fysiotherapeut deel uit van het team, bij COPD de longarts/verpleegkundige en wijkverpleegkundige en bij kwetsbare ouderen de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en praktijk/wijkverpleegkundige.

Niet voor iedereen is H@H of virtual ward geschikt. Een voorwaarde is dat er een mantelzorger in huis is, die kan monitoren of dat de mantelzorger niet overbelast is. Een tweede innovatie die wel al

in Nederland is onderzocht en nu verder wordt verspreid is de WijkKliniek. In de WijkKliniek werken Amsterdam UMC en Cordaan samen om acute ziekenhuiszorg te bieden op een afdeling het verpleeghuis, dichtbij huis. Er worden ouderen opgenomen met een ziekenhuisindicatie en er wordt alles gedaan om functieverlies, acute verwardheid, heropnames te voorkomen en met succes. Er wordt minder delier gezien dan in het ziekenhuis en 25% minder heropnames. De totale trajectkosten voor de opname in de WijkKliniek en de 6 maanden erna laat zien dat het 3000 euro per patiënt goedkoper is, terwijl de uitkomsten beter zijn. De WijkKliniek wordt al in de houtskoolschets genoemd, en we kunnen melden dat de WijkKliniek op meer plekken in Nederland verspreid wordt.

4.2.4 Bieden van acute zorg thuis: competenties van medewerkers

Acute zorg dichterbij huis bieden betekent dat zorgprofessionals de juiste competenties nodig hebben. Voor acute ouderenzorg betekent het dat zowel acute zorg kennis nodig is, als ook geriatrische kennis. Met name om diagnostiek en behandeling thuis te kunnen initiëren zijn acute zorg kennis- en vaardigheden nodig, die bij wijkverpleegkundigen verder ontwikkeld kunnen worden. De basis acute zorgopleiding die momenteel is ontwikkeld als de start van specialistische opleidingen in de acute zorg, zou ook aangeboden kunnen worden in de wijkverpleging en verpleeghuizen om beter in te kunnen spelen op acute zorgvragen thuis.

Om adequaat te kunnen triëren bij ouderen is het bovendien noodzakelijk om kennis te hebben over ziektepresentatie bij kwetsbare ouderen (zie 4.2.2). Op die post moet de inhoudelijke expertise aanwezig zijn om gelijk de juiste conclusie te trekken en de juiste zorg hierbij te kunnen indiceren.

Gezien de eerdergenoemde complexiteit van de oudere patiënt en zijn of haar complexe interactie met het systeem is het essentieel om te investeren in onderwijsprogramma's gericht op herkennen van oudere problematiek, optimaal diagnosticeren en behandelen alsmede wie te raadplegen lokaal voor alle zorgmedewerkers werkzaam op een SEH. Onderwerpen die hier specifieke aandacht behoeven zijn advance care planning en doelen stellen die maken dat de juiste beslissingen samen met de patiënt worden gemaakt.

4.2.5 Data delen is noodzakelijke randvoorwaarde

Een voorwaarde om meer acute zorg thuis te realiseren is dat gegevens worden gedeeld. Zonder de juiste informatie is er vaak geen juiste zorg te regelen. In het specifiek geldt dit voor de oudere patiënt, die frequent verward is bij presentatie en niet op hoogte is van voorgeschiedenis en medicijn gebruik. Recent kwalitatief onderzoek van onze groep naar ouderen die gebruik maken van ELV en GRZ liet zien dat transitie momenten binnen de zorg nog steeds erg kwetsbaar zijn. Dit geldt ook voor de transitie van huis naar ziekenhuis en vice versa. Als de huisarts al gesproken heeft over behandelwensen dan is dit momenteel nergens in te zien. In de Covid-pandemie is er met een opt-out procedure gewerkt en dit heeft het inzetten van de juiste zorg bevorderd. Als behandelwensen bekend zijn, of de medicatie die iemand gebruikt, dan is de kans op fouten kleiner. Wij zien het als essentieel dat de opt-out procedure blijft bestaan om samenwerking in de keten te realiseren.

Een succesvol bottom-up voorbeeld van EPD delen is een door en voor gebruikers ontwikkelde methode uit Catalonië, Spanje. In Catalonië is sinds 2008 door het regionale ministerie van gezondheid gestart met een platform waar verschillende zorgorganisaties en EPDS op aangesloten zijn. Het gaat niet om een gedeeld EPD maar om een platform welke hulpverleners kunnen gebruiken om gegevens uit andere EPDs na te zoeken en informatie met andere hulpverleners te delen. Wij hebben dit in de praktijk gezien. Waar je ook als hulpverlener het dossier opent, je ziet altijd de behandelwensen, laatste bezoeken aan hulpverleners met link naar rapportage, het niveau van dagelijks functioneren, meest recente medicatie, mantelzorgers en belangrijkste gezondheidsproblemen. In één oogopslag is een samenvatting beschikbaar.

4.2.5 Artificial intelligence biedt grote kansen voor bepalen van de impact van nieuw beleid vóór implementatie

In de afgelopen jaren zijn er veel grote beleidsveranderingen geïmplementeerd, zoals decentralisatie van de gemeentelijke ondersteuning en de transitie van de langdurige zorg die niet de gewenste effecten hadden en zelfs negatief uitpakten hebben. Bij de implementatie van nieuw beleid is anticiperen op de effecten in de hele keten belangrijk. Dit geldt zeker ook voor de acute zorg. Als zorg verschoven wordt, dan heeft dat impact op alle organisaties die acute zorg bieden en op de gemeente, woningbouw en sociale voorzieningen. Met data science/artificial intelligence kunnen met bestaande data en projecties voor de toekomst simulatiemodellen gemaakt waarbij de effecten op de gehele keten kunnen worden doorgerekend.

Momenteel probeert onze onderzoeksgroep simulatiemodellen te maken voor de acute ouderenzorgketen met de studie 'DOLCE VITA' (data-driven optimization for a vital elderly care system in the Netherlands). In een samenwerking tussen zowel medisch inhoudelijke als wiskundige expertise maken we een passend simulatiemodel voor het acute ouderenzorgnetwerk in Amsterdam. Tevens met als doel om een model te maken dat te extrapoleren valt naar het hele Nederlandse zorgsysteem. Deze simulatiemodellen bieden enerzijds inzicht in de impact van beleidsveranderingen en bieden ook de mogelijkheid om te bepalen welke innovaties in het acute systeem de moeite waard zijn om in te investeren.

4.2.6 Effecten onderzoeken van verschuiving van zorg

Wij willen benadrukken dat onderzoek naar de verschuivingen in de acute zorgketen essentieel zijn. Te vaak wordt beleid geïmplementeerd, maar onvoldoende geëvalueerd. Willen we toewerken naar passende en kosteneffectieve zorg, dan is zorgevaluatie essentieel. Dit omvat de effectiviteit van nieuwe zorgvormen, de kosteneffectiviteit, de impact op bijvoorbeeld het arbeidsmarktvraagstuk maar ook het bereiken van patiëntrelevante uitkomsten. Kwalitatief onderzoek hoort hier nadrukkelijk ook bij. Wij verwachten dat de effecten niet gelijk in de eerste twee jaar zichtbaar zijn, maar dat hier drie tot vijf jaar voor nodig is.

4.3 Regionale zorgmeldkamers

Een integrale duidelijk te vinden regionale post voor acute problemen, inclusief psychische problematiek, functionele en sociale problemen zou kunnen maken dat patiënten beter op die passende plek behandeld kunnen worden. Een centraal triage punt, met eerdergenoemde aanvullende passende triagemethodiek en inrichting voor ouderen, moet dan de beste verdeling kunnen maken. Hierbij past een centraal regionaal punt voor het inschakelen van passende zorg. Een groot genoeg netwerk om altijd doorstroming te hebben, maar klein genoeg om stuurbaar en niet bureaucratisch te worden. Sinds 2015 zijn de regionale coördinatiepunten opgericht om inzicht te geven in beschikbare eerstelijnsverblijf (ELV) bedden. In sommige regio's zijn hier ook al opnamecapaciteit voor uitbreiding van thuiszorg, geriatrische revalidatiezorg (GRZ), respitzorg en WLZ-crisiszorg bij opgenomen. Ons advies is om gebruik te maken van de reeds bestaande initiatieven en samenwerkingen regionaal om te leren van best practices en om te voorkomen dat nieuwe structuren dienen te worden opgezet. Een voorbeeld van een dergelijke samenwerking is die van Cazhem in Haarlem (Medisch Contact 11, maart 2020).

Een belangrijke randvoorwaarde is dat de aangesloten VVT-organisaties ook daadwerkelijk follow-up zorg kunnen leveren en in ieder geval van maandag-zondag bereikbaar zijn overdag en in de avond. Is de organisatie van zorg hier niet op aangesloten, dan zal het onvoldoende ontlasten. De triagisten moeten voldoende getraind worden om atypische klachten te kunnen herkennen en toegang hebben tot data.

Met vriendelijke groet,
De onderzoeksgroep Acute Ouderenzorg van het AmsterdamUMC

Prof. dr. Bianca Buurman, hoogleraar acute ouderenzorg
Dr. Janet MacNeil-Vroomen, universitair docent dementiezorg en beleid
Dr. Marjon van Rijn, verpleegkundige en universitair docent palliatieve zorg
Dr. Remco Fransen, internist-ouderengeneeskunde en internist-acute geneeskunde
Drs. Oscar Smeekes, internist-ouderengeneeskunde in opleiding en promovendus op het Dolce Vita project
Drs. Judith van den Besselaar, klinisch geriater in opleiding en promovendus eerstelijnsverblijf
Drs. Daisy Kolk, fysiotherapeut en promovendus functioneren en revalidatie van kwetsbare ouderen
Drs. Iris van Doorne, verpleegkundige en promovendus transmurale palliatieve zorg
Drs. Marthe Ribbink, basisarts en promovendus WijkKliniek
Drs. Vera Hogervorst, verpleegkundig specialist en promovendus geriatric emergency medicine
Drs. Janet Bloemhof, verpleegkundige en promovendus verpleegkundige governance in ziekenhuizen