

Hulpmiddel voor toewijzen schaarse capaciteit geriatrische teams

Kwetsbare patiënten opsporen met VMS

dr. Noor Heim,
onderzoeker Herstelzorg,
Leids Universitair Medisch
Centrum

Dit artikel is geschreven
namens de werkgroep
onderzoek van het
HerstelZorgProgramma
(onderdeel van het Nationaal
Programma Ouderenzorg).
Daarin zijn deskundigen
betrokken uit het LUMC, het
Diaconessenhuis Leiden,
het Rijnland ziekenhuis in
Leiderdorp en het Bronovo
ziekenhuis in Den Haag.

Correspondentieadres:
n.heim@lumc.nl
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De capaciteit van specialisten ouderengeneeskunde en geriaters is te klein om alle ouderen die in een ziekenhuis belanden te bezoeken. Er is daarom een methode nodig om de meeste kwetsbare ouderen eruit te pikken. Het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) kan daarbij helpen.

Het jaarlijkse aantal ziekenhuisopnames stijgt snel in Nederland en opnames van ouderen hebben daarin een almaar groeiend aandeel. Zeker 30 procent van deze ouderen kampt na ziekenhuisopname met blijvend functieverlies en 20 procent wordt afhankelijk van zorg.¹ Ouderen met complexe problematiek – een combinatie van somatische, cognitieve en/of psychosociale problemen – hebben een groter risico op functieverlies en zouden moeten worden opgespoord om hen tijdig de benodigde interventies te kunnen bieden. De capaciteit van geriatrische teams is echter ontoereikend om alle oudere patiënten te zien. Daarom is er behoefte aan screeningsmethoden waarmee de meest kwetsbare groep kan worden geïdentificeerd. Met het thema Kwetsbare Ouderen binnen het VMS-programma wordt beoogd om vermijdbaar functieverlies door complicaties tijdens een ziekenhuisopname bij de klinische oudere patiënt te voorkomen. Onderdeel van het VMS is het identificeren van risicofactoren bij alle klinische patiënten van 70 jaar en ouder. Alle Nederlandse ziekenhuizen worden geacht de screening en de benodigde preventieve en

behandelinterventies te hebben geïmplementeerd.²

De screening van het VMS richt zich op de vier grootste geriatrische problemen die geassocieerd zijn met functieverlies – delier, vallen, ondervoeding en fysieke beperkingen – en maakt gebruik van instrumenten die speciaal zijn ontworpen om de risico's op die problemen te identificeren (zie *figuur 1*). Hoewel de screening al in veel Nederlandse ziekenhuizen is ingevoerd, is nog nauwelijks bekend of met de VMS-screeningsprocedure inderdaad ouderen met een verhoogd risico op functieverlies kunnen worden herkend.

Onderzoek

Op basis van data verzameld in vier ziekenhuizen (LUMC, Rijnland ziekenhuis, Diaconessenhuis Leiden, Bronovo) hebben we het VMS-screeningsinstrument getoetst. In een populatie van 883 patiënten van 70 jaar en ouder die minimaal twee dagen opgenomen werden, onderzochten we of met behulp van de VMS-screeningsmethode kon worden voorspeld welke oudere patiënten een ongunstige (behandel)uitkomst zouden hebben drie maanden na opname. Een ongunstige uitkomst was gedefinieerd als het ontstaan van (extra) beperkingen in de activiteiten van het dagelijks leven (ADL), een zorgzwaartepakket van 3 of hoger, of overlijden.

De screening richt zich op delier, vallen, ondervoeding en fysieke beperkingen

1. VMS-screeningsinstrument in de praktijk

VMS

ADL	score ¹ ≥ 2?	<input type="checkbox"/>	→	doorverwijzen fysio- en/of ergotherapeut
------------	-------------------------	--------------------------	---	--

voeding	SNAQ ² ≥ 2 of MUST ² ≥ 1?	<input type="checkbox"/>	→	voedingsassistent of diëtist inschakelen
----------------	---	--------------------------	---	--

vallen	patiënt gevallen afgelopen half jaar?	<input type="checkbox"/>	→	risicofactoren inventariseren
---------------	---------------------------------------	--------------------------	---	-------------------------------

delier	score ³ ≥ 1?	<input type="checkbox"/>	→	3 x daags DOSS afnemen
---------------	-------------------------	--------------------------	---	------------------------

aantal risicofactoren

patiënt jonger dan 80 jaar? Vraag bij 3 of 4 risicofactoren → **RODE VLAG**

patiënt 80 jaar of ouder? Vraag bij 1 of meer risicofactoren → **RODE VLAG**

1 Meer dan twee van de zes vragen op de Katz adl-test positief.

2 SNAQ: Short Nutritional Assessment Questionnaire.

MUST: Malnutrition Universal Screening Tool.

3 Meer dan een vraag positief van drie vragen over delier.

De screening van het VMS richt zich op vier geriatrische problemen die geassocieerd zijn met functieverlies: ADL-beperkingen (beperkingen bij activiteiten in het dagelijks leven), ondervoeding, vallen en delier. Ouderen met een verhoogd risico op functieverlies krijgen een rode vlag.

Leeftijd bleek de belangrijkste voorspeller van een ongunstige behandeluitkomst drie maanden na opname. Het absolute risico op een ongunstige behandeluitkomst was ruim twee keer hoger bij ouderen boven de 80 dan bij ouderen tussen de 70 en 80 jaar.

De verschillende VMS-risicogebieden bleken afzonderlijk weinig voorspellend te zijn, maar het aantal risicogebieden waarop de patiënten positief scoorden, had een grote voorspellende waarde. Patiënten van 70 tot 80 jaar die drie of vier positieve scores hadden op het VMS, hadden een aanzienlijk hoger risico op een ongunstige behandeluitkomst. Bij 80-plussers was het risico bij een positieve score op minimaal één VMS-risicogebied al dusdanig hoog, dat deze patiënten als kwetsbaar worden aangemerkt.

Beslisboom

In *figuur 2* zijn de voorspellende factoren weergegeven in een beslisboom. Bij het toepassen van deze beslisboom werd een sensitiviteit gevonden van 68 procent en een specificiteit van 73 procent. De kans op een ongunstige behandeluitkomst na een positieve uitslag op deze test bedroeg 47 procent, terwijl er 87 procent kans was dat een ongunstige behandeluitkomst uitbleef na een negatieve uitslag. 39 procent van de patiënten werd op deze manier als kwetsbaar geïdentificeerd. In een nieuw cohort waarin we het model

valideerden, bleef de specificiteit gelijk, terwijl de sensitiviteit lager uitpakte.

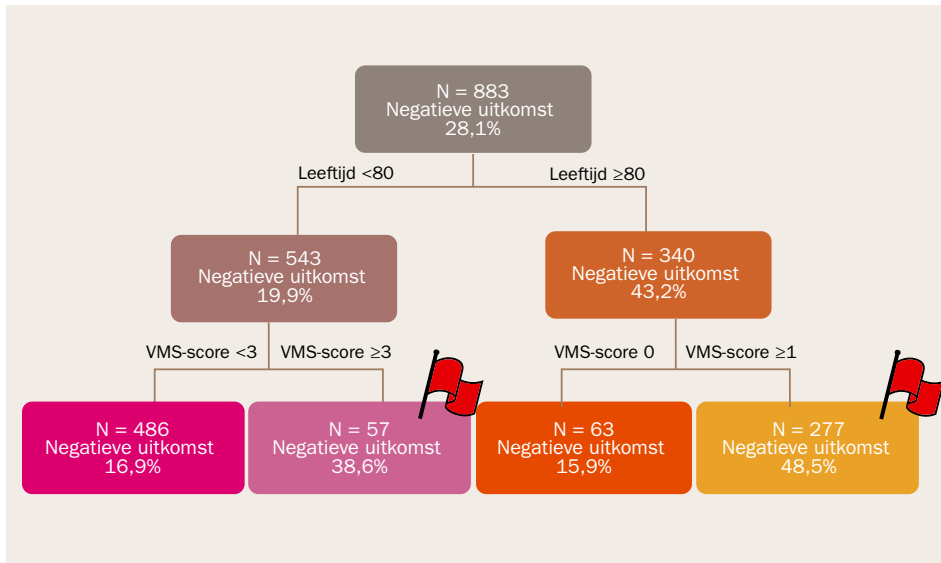
Maar een klein deel van de patiënten die goed herstelden, werd ten tijde van de opname wel als kwetsbaar aangemerkt door het VMS-instrument. Je kunt aannemen dat een deel van deze patiënten, die onterecht positief lijken te zijn gescreend, ook in de huidige praktijk als kwetsbare patiënt is herkend, de juiste behandeling heeft gekregen en uiteindelijk toch goed herstelde.

De lagere sensitiviteit, vooral in het validatie-cohort, baart wel zorgen, omdat die impliceert dat er patiënten worden gemist door het instrument. Het VMS-screeningsinstrument is kortom een hulpmiddel om een inschatting te maken van de kwetsbaarheid van een patiënt en kan daarom helpen bij het verdelen van schaarse capaciteit in geriatrische consultatie-teams, maar er kan niet blind op worden gevaren.

Interventies

In de ziekenhuizen die deelnamen aan het onderzoek wordt de VMS-screeningsmethode sinds kort toegepast als hulpmiddel bij het toewijzen van schaarse capaciteit van geriatrische teams. Een groot voordeel is dat de tijdsinvestering die nodig is – ten opzichte van de toch al verplichte toepassing van het VMS – nihil is.

2. Beslisboom VMS-screeningsmodel



De beslisboom op basis van de VMS-vragenlijsten en leeftijd. Per cel staat het aantal patiënten vermeld en het percentage daarvan dat na drie maanden een negatieve behandeluitkomst had. Groepen met een verhoogd risico op een ongunstige uitkomst binnen drie maanden na opname zijn voorzien van een rode vlag.

SAMENVATTING

- Het VMS-thema kwetsbare ouderen omvat een procedure om te screenen op delier, ondervoeding, fysieke beperkingen en vallen.
- Bij minimaal drie positieve scores bij 70-80-jarigen of minimaal één bij 80-plussers is er een verhoogd risico op een ongunstige uitkomst na een ziekenhuisopname.
- Het inschakelen van een multidisciplinair geriatriesch team is dan noodzakelijk.

We hopen met de implementatie van het VMS-screeningsmodel de aandacht te vestigen op kwetsbare oudere patiënten en te bereiken dat iedere behandelaar of verpleegkundige zich ervan bewust is dat bij een positieve screeningsuitslag de standaardzorg onvoldoende is om achteruitgang in functioneren te voorkomen en het inroepen van aanvullende expertise geïndiceerd is. Vervolgonderzoek zal zich richten op twee zaken. Ten eerste is nog niet duidelijk hoe haalbaar en (kosten)effectief de interventies zijn. Dat geldt voor de interventies die in de VMS-praktijk gids worden aanbevolen (zie *figuur 1*), maar ook voor de inzet van geriatri-sche teams bij patiënten die volgens het voorgestelde beslismodel een verhoogde kans hebben op achteruitgang van het functioneren. Ten tweede zal de omvang van de groep positief gescreende oudere patiënten binnen de ziekenhuispopulatie mogelijk nog te groot zijn voor de specialist om te beoordelen. Het is daarom goed om te onderzoeken welke meervoudige problematiek door de eigen behandelend arts voldoende beoordeeld en behandeld kan worden. 



De voetnoten en meer artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl.

Cadeaus

Een bakje oesters op het dak van mijn auto, twee rode rozen in mijn postvak of een manshoog schilderij voor de deur van mijn spreekkamer. Zodra een behandeling ten einde loopt, komen ze er weer aan: de cadeaus van de patiënten.

Aarzelend stond ik met de oesters in m'n handen naast m'n auto. Wat precies maakte het nou zo raar? De suggestie die van een oester uitgaat? Dat de gever zelf afwezig was? Dat ze op het dak van mijn auto lagen? En wacht eens even: van wie waren ze nou eigenlijk? 'Bedankt voor alle goede zorgen', zei het kaartje. Mee naar huis nemen voelde niet goed. Delen met collega's net zo vreemd.

Aan de gang van zaken rondom zo'n cadeau valt af te lezen met welke problemen een patiënt in het dagelijks leven kampt; grenzeloze patiënten, grenzeloze cadeaus. Het cadeau zelf, de waarde maar vooral ook de manier waarop het wordt overhandigd, bevestigen nogal eens de diagnose. En de betrekkelijkheid van mijn geniale behandelinterventies. Ik blijf me erover verbazen. En me er ongemakkelijk bij voelen. Op de valreep worden de grenzen van de arts-patiëntrelatie maar wéér eens verkend. Het aannemen van dure cadeaus is *not done*. Die moeten retour gever. Met veel dank voor het gebaar en uitgebreide uitleg. Dat aannemen in strijd is met de regels van de beroepsgroep. Maar soms is niet zo gemakkelijk uit te maken wat beter is: aannemen of weigeren. Weigeren kan het contact met een patiënt ook schaden. Want een cadeau kan ook gewoon een uiting zijn van waardering. Een oprechte blijk van tevredenheid, voor een succesvol geleverde dienst.

Paul Dinant,
aios psychiatrie