



BEELD: ANP

DUBBEL KWETSBAAR

Niet herkennen van comorbiditeit bij ouderen leidt tot complicaties

Het merendeel van de ziekenhuispatiënten is ouder dan 65 jaar. Het is zaak de hoogrisicopatiënten onder hen tijdig te herkennen en maatregelen te nemen om complicaties te voorkomen.

S.E.J.A. DE ROOIJ c.s.

De goede gezondheidszorg van de laatste decennia wordt nog steeds verzilverd: we worden met meer mensen alsmaar ouder. Dankzij deze verzilvering zal nog decennia een toenemend beroep worden gedaan op

zorginstellingen als het ziekenhuis. Nu al wordt meer dan de helft van het aantal ziekenhuisdagen gebruikt voor patiënten van 65 jaar en ouder. Dit brengt gevolgen met zich mee die we als maatschappij moeten onderkennen. Zo brengt een groot deel van de (zeer) oude mensen zijn laatste levensdagen door in het ziekenhuis. We mogen ervan uitgaan dat dit vaak een weloverwogen keuze is van patiënten en hun familie. Zij hopen met een behandeling in het ziekenhuis het tij nog te keren, en daarna met behoud van kwaliteit van leven de draad thuis weer op te pakken. Dit is echter helaas niet altijd haalbaar.

Gelukkig is het meestal goed bespreekbaar met patiënten en familie dat opname in het ziekenhuis op hoge leeftijd vanwege een acute ziekte, het reële risico met zich meebrengt deze ziekte niet te overleven. Veel minder vanzelfsprekend is het dat door de combinatie van hoge leeftijd en acute ziekte

een groter risico bestaat op vermijdbare fouten die overlijden tot gevolg hebben.¹ Dit is eigenlijk nooit goed uit te leggen. De groep 'kwetsbare ouderen' heeft daarom extra aandacht als het gaat om patiëntveiligheid.

VERMIJDBAAR

De exacte oorzaken van een verhoogd risico op vermijdbare complicaties bij deze oudere groep zijn onbekend. Wel weten we dat naast menselijke fouten vooral comorbiditeit, een hoge leeftijd en gebrek aan therapietrouw een verhoogd risico geven. Maar helaas is dit eigenlijk geen nieuws sinds in 1991 de Harvard Medical Practice Study verscheen.² De vraag is hoe deze hoogrisicopatiënten tijdig zijn te herkennen en welke maatregelen vermijdbare complicaties kunnen voorkomen.

Vooral oudere patiënten die door een veelvoud van stoornissen in lichamelijk en/of geestelijk functioneren, >>

<< al dan niet in combinatie met een ontregelde sociale situatie, een complex ziektebeeld vertonen (de 'kwetsbare ouderen'), moeten tijdig worden herkend. Acute ziekte leidt bij hen tot afnemende zelfredzaamheid. Kenmerkend voor deze geriatrische patiënten is dat verschillende gelijktijdig optredende aandoeningen de ouderdomsverschijnselen compliceren. De praktijk wijst uit dat de vaak atypisch gepresenteerde ziektebeelden in de meeste gevallen samengaan met één of meer syndromen uit de zogenaamde *geriatric giants*: geestelijke achteruitgang, instabiliteit (vallen), veranderd gedrag en incontinentie. Maar ook tot voor kort gezonde ouderen kunnen door een acute ziekte tot de groep kwetsbare ouderen gaan behoren.

Zowel artsen als verpleegkundigen letten bij opname echter vrijwel nooit op deze syndromen. Het vaststellen van comorbiditeit gebeurt daardoor vaak niet of te laat, waardoor (vermijdbare) complicaties kunnen optreden. Het systematisch screenen bij opname op factoren die met complicaties zijn geassocieerd, maakt de groep kwetsbare ouderen zichtbaar. Hierdoor is het mogelijk te anticiperen op complexe zorg en de juiste behandeling te bieden.

DELIRIUM

Acuut opgenomen ouderen en dus ook geriatrische patiënten liggen op allerlei afdelingen in het ziekenhuis, maar vooral op de afdelingen Inwendige Geneeskunde, Chirurgie, Cardiologie, Longziekten en de Intensive Care. In het Academisch Medisch Centrum Amsterdam loopt dit traject vrijwel altijd via de Spoedeisende Hulp of via de Eerste Harthulp.

In 2002 is het AMC gestart met een onderzoek naar kwetsbare ouderen op de afdeling Inwendige Geneeskunde, met speciale aandacht voor delirium bij opname. Deze studie is bekend als de DEFENCE-I-studie: *study to Develop strategies Enabling Frail Elderly New Complications to Evade*.³

De afgelopen vijf jaar (2002-2007) werden bij bijna zevenhonderd acuut in het ziekenhuis opgenomen patiënten van 65 jaar en ouder diverse metingen verricht naar onder andere comorbiditeit. Bijna 40 procent van deze groep ouderen werd opgenomen met een infectie, veelal een longontsteking of een acute blaasontsteking. Uit de studie bleek dat bijna 30 procent van deze acuut opgenomen



Ruim een kwart van de acuut opgenomen 65-plussers overlijdt binnen drie maanden na opname.

ouderen problemen heeft met het geheugen, variërend van (lichte) geheugenstoornissen door een acute verwardheid tot een reeds vóór opname bestaande dementie met daarbij een delirium. Bij nadere analyse bleek tevens dat 10,4 procent van deze groep kwam te overlijden in het ziekenhuis; dit percentage loopt op tot 26,5 procent binnen drie maanden na ontslag. Ruim een kwart van de acuut opgenomen 65-plussers komt dus binnen drie maanden vanaf opname te overlijden. Van de patiënten met een delirium overleed zelfs ruim 50 procent in deze periode. De oorzaken voor deze hoge sterfte bij delirium zijn nog niet

bekend. Opvallend is dat er een grote 'nasterfte' bestaat. Daar wordt momenteel nader onderzoek naar gedaan.

SCREENING

Eind 2005 is gestart met de DEFENCE-II-studie, een multicenterstudie in meerdere ziekenhuizen naar een verbeterde herkenning van factoren die kunnen leiden tot (te voorkomen) functieverlies rondom ziekenhuisopname. De studie wordt deels gefinancierd door ZonMw en behalve in het AMC ook op de afdelingen Inwendige Geneeskunde in het Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp en in het UMC Utrecht uitgevoerd.

SAMENVATTING

- Bij de groep kwetsbare ouderen wordt een groot aantal bijkomende problemen niet tijdig herkend bij ziekenhuisopname, zoals ondervoeding, stemmingsklachten, delirium of geheugenverlies. Onderbehandeling is daarvan het gevolg.
- Deze groep is extra kwetsbaar voor vermijdbare schade als gevolg van fouten in de zorg.
- Een goede (landelijke) systematische benadering voor het opsporen van deze problematiek en een effectieve strategie om de veiligheid voor deze groep te bevorderen ontbreekt.
- Het DEFENCE-model voorziet in een systematische screening op kwetsbaarheid en daaraan gekoppelde interventies.

Andere MC-artikelen over comorbiditeit bij ouderen vindt u via onze website: www.medischcontact.nl/dezeweek.

dr. S.E.J.A. de Rooij,
internist ouderengeneeskunde, Academisch Medisch Centrum Amsterdam, projectleider DEFENCE-II-studie

dr. M.J. Schuurmans,
lector Universitair Medisch Centrum Utrecht en Hogeschool Utrecht, faculteit Gezondheidszorg, medeprojectleider DEFENCE-II-studie

drs. E.A. van Gemert,
verpleegkundig specialist ouderengeneeskunde/geriatrie, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

drs. B.M. Buurman,
verpleegkundig onderzoeker, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

dr. S.M. Smorenburg,
coördinator patiëntveiligheid, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

Namens de overige leden van de DEFENCE-studiegroep.

Correspondentieadres: s.e.derooij@amc.uva.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Referenties

1. Onbedoelde schade in het ziekenhuis, EMGO instituut, Nivel 2007. 2. Harvard Medical Practice Study. NEJM 1991; 324 (6): 370-6. 3. Comorbiditeit bij acuut opgenomen oudere patiënten als risicofactor voor sterfte in het ziekenhuis of binnen 3 maanden na ontslag. NTvG 2007, in press.

Gezien de omvang van de problematiek is ervoor gekozen om deze studies juist niet op een afdeling Klinische Geriatrie uit te voeren, maar op afdelingen waar nog niet systematisch naar alle mogelijke comorbiditeit en syndromen bij de groep kwetsbare ouderen wordt gekeken.

Het belangrijkste onderdeel van de DEFENCE-II-studie is het testen van het DEFENCE-model. Het model bestaat uit drie stappen. De eerste stap is identificatie van alle acuut opgenomen patiënten van 65 jaar en ouder. Dit gebeurt met een eenvoudig screeningsinstrument, de ISAR (*Identification of Seniors At Risk*), dat is aangepast aan de Nederlandse situatie op grond van uitkomsten uit de DEFENCE-I-studie. Bij een positieve score worden patiënten verder geëvalueerd op het bestaan van (geriatrie) problemen en syndromen zoals ondervoeding, polyfarmacie, fysieke beperkingen, verhoogd risico op vallen, decubitus en de aanwezigheid van een delirium en/of dementie. Een verpleegkundige met kennis van en ervaring met geriatrie problematiek verricht de metingen met gebruik van gevalideerde meetinstrumenten. De resultaten van deze screening en verdere analyse (*comprehensive geriatric assessment*) wijzen uit of verdere advisering dan wel medebehandeling door een consultatieteam geriatrie gewenst is. Maar ook in een ziekenhuis waar (nog) geen geriatrie zorg voorhanden is, kan het model worden ingezet.

Professionals maken het verschil tussen 'voorkómen van' en 'betreuren dat'

deling door een consultatieteam geriatrie gewenst is. Maar ook in een ziekenhuis waar (nog) geen geriatrie zorg voorhanden is, kan het model worden ingezet.

Het toepassen van dit model daar waar kwetsbare ouderen het ziekenhuis binnenkomen, leidt tot een betere herkenning, waardoor ook andere interventies gericht op behoud van functionaliteit mogelijk zijn. Onderzocht wordt of vermijdbare complicaties hierdoor minder vaak voorkomen.

NAZORG

Ook farmacotherapeutische zorg en nazorg na opname verdienen bij deze groep meer aandacht. Met gegevens uit de DEFENCE-I-studie is bijvoorbeeld een ontslagmatrix opgezet, waarbij per leeftijdsgroep en aandoening het te

verwachten aantal opnamedagen kan worden berekend. Met deze gegevens is het mogelijk om al bij opname een ontslagplanning voor te bereiden. Tevens is in het AMC een meldpunt ouderengeneeskunde gestart, waar behandelaren informatie kunnen opvragen over eventueel gediagnosticeerde psychogeriatrische comorbiditeit. Samen met de ziekenhuisapotheek en gefinancierd door onder andere de zorgvernieuwingsgelden van zorgverzekeraar AGIS zijn nu ook verbeterprojecten gaande, gericht op het in kaart brengen en, daar waar mogelijk, verbeteren van de farmacotherapeutische zorg, ontslagprocedure en informatieoverdracht aan de patiënt.

PROFESSIONALS

Het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor delirium en ook ziekenhuissterfte is van het grootste belang, niet alleen voor het stimuleren van patiëntveiligheid, maar in de eerste plaats voor een goede kwaliteit van de geboden ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen. Initiatieven zoals het bovenstaande dienen echter vooral vanuit professionals, in het bijzonder vanuit verpleegkundigen en artsen zelf te komen, daarbij gestimuleerd door patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars en (lokale en regio-

nale) overheden. De zorg voor kwetsbare ouderen is immers de verantwoordelijkheid van professionals; zij zijn het die het verschil maken tussen proactiviteit ('het voorkómen van') en reactiviteit ('het betreuren dat').

Een prestatie-indicator voor ziekenhuissterfte alleen is onvoldoende; veel sterfte treedt op na ontslag uit het ziekenhuis en dat zijn niet alleen ongeheelbare zieke patiënten. De vraag is niet alleen waarom delirium en functieverlies zo sterk met sterfte samenhangen. Maar ook of en hoe een vroegtijdige herkenning en aanpak van deze problemen het mogelijk maakt de gunstige effecten van een ziekenhuisbehandeling thuis te bestendigen. Niet voor een langer leven, maar voor een langer gezonder leven, en dus met meer welzijn. ■