Marcel Levi is internist en bestuursvoorzitter van het AMC

Marcel Levi

De opnames kenmerkten zich altijd door een gebrek aan coördinatie

VINCENT BOON

Draaideurpatiënten

Naarmate de opnameduur in het ziekenhuis korter wordt, neemt het aantal heropnames kort na ontslag toe. Door sommige artsen en verpleegkundigen wordt zo'n heropname als een soort nederlaag beschouwd omdat het erop zou kunnen wijzen dat de patiënt te vroeg is ontslagen. Anderzijds wordt gemakkelijk vergeten dat tegenover elke patiënt die wordt heropgenomen door een in eerste instantie mogelijk te korte opnameduur, vele patiënten staan die profiteren van een korter ziekenhuisverblijf en dus een afname van alle risico's en ongemakken die daarbij horen.

Er zijn echter ook patiënten die van een ziekenhuisheropname wel een heel frequente gebeurtenis maken. In mijn afgelopen dienst rond het kerstweekeinde zag ik diverse patiënten die zich niet alleen binnen een of twee dagen na ontslag weer meldden op de SEH en weer opgenomen moesten worden maar bij wie dit ook alweer de vijfde tot tiende (of soms zelf nog meer) opname was in de afgelopen maanden. De opnames voor per patiënt telkens ongeveer dezelfde reden hadden dikwijls plaatsgevonden op verschillende afdelingen, of soms zelfs in verschillende ziekenhuizen, maar kenmerkten zich altijd door een verbluffend gebrek aan coördinatie rondom de verleende zorg. Veelal ging het om patiënten met een complexe multimorbiditeit in uiterst wankel evenwicht, een zwakke thuissituatie, nauwelijks enige sociale hulpomgeving en een – helaas – tamelijk afwezige adequate eerstelijnszorg.

Statistieken uit de Verenigde Staten tonen dat deze patiënten bij uitstek behoren tot de 5 procent mensen die 50 procent van de curatieve zorgkosten veroorzaken. Maar nog los van de economische impact is het duidelijk dat deze complexe patiëntengroep medisch tekortkomt. Door hen precies zo te benaderen en te behandelen als alle andere patiënten, zijn ze vaker binnen dan buiten de ziekenhuismuren, ondergaan ze niet zelden ic-behandelingen die voorkomen hadden kunnen worden en is bij het zoveelste ontslag uit het ziekenhuis ondanks alle goede bedoelingen al vrij precies te voorspellen dat het op korte termijn weer mis zal gaan.

Er is vrij veel medisch-wetenschappelijke literatuur over deze patiëntencategorie. Daarin wordt beschreven dat er geen makkelijke oplossingen zijn en generieke maatregelen weinig effectief blijken, onder andere omdat het om een breed scala aan problemen kan gaan. Inderdaad betreft het vaak combinaties van veelal chronische aandoeningen bij mensen die soms ook gedragsproblemen hebben of een problematische sociale situatie. In tegensteling tot wat vaak wordt gedacht gaat het veelal om mensen die ondanks alle problemen niet aan het eind van hun leven zijn, dus het is aannemelijk dat de draaideuropnames nog jarenlang kunnen voortduren. In een recent JAMA-artikel werd een andere benadering van deze groep patiënten beschreven. Draaideurpatiënten werden in een speciaal multidisciplinair programma opgenomen, onder regie van verpleegkundigen die nauw in contact stonden met de betrokken medisch specialisten maar ook met de huisarts en de thuiszorg. Ze onderhielden intensief contact met de patiënt en konden tijdig interveniëren als er thuis iets niet goed dreigde te gaan. Deze interventie toonde een verbetering van de zelf aangegeven gezondheidssituatie en tevredenheid bij patiënten en bleek tegelijkertijd herhaalde ziekenhuisopnames te voorkomen.

Bij mijn eerste kennismaking met het Engelse zorgstelsel bleek dat daar exact dezelfde patiëntengroep bestaat en waren er gevorderde plannen ook met een dergelijk draaideurteam te beginnen. Het zou heel goed kunnen dat dit voor de Nederlandse situatie ook een zinvol en potentieel kostenbesparend initiatief is. ■