

ORGANISATIE

dr. Willemien van de Water
arts-assistent in opleiding tot
chirurg, Alrijne Ziekenhuis

drs. Ariane van Loevezijn
arts-assistent niet in opleiding,
Alrijne Ziekenhuis

drs. Jephtha van den Bremer
chirurg, Alrijne Ziekenhuis

EEN GAPEND GAT TUSSEN TE GOED VOOR HET ZIEKENHUIS
EN TE SLECHT VOOR THUIS

Meer noodbedden voor kwetsbare ouderen nodig

Als er geen medische reden is voor een ziekenhuisverblijf, maar ontslag naar huis ook geen optie is, volgt vaak een opname op 'sociale indicatie'. Overheid en zorgverzekeraars moeten hiervoor meer fysieke mogelijkheden, noodbedden, scheppen.

Voor kwetsbare ouderen die tijdelijk niet thuis kunnen wonen, maar die medisch gezien ook niet in het ziekenhuis horen, zijn de mogelijkheden beperkt. In een uitzending van Nieuwsuur van november 2015 sprak hoogleraar ouderengeneeskunde Jos Schols van een gapend gat tussen de zorg thuis en die in een instelling.¹

Patiënten die zich presenteren op de spoedeisende hulp (SEH) en na analyse geen medische opname-indicatie hebben, maar zich ook thuis niet kunnen redden, worden opgenomen op sociale indicatie. In de praktijk gaat het bij 5 procent van de chirurgische opnames om een sociale opname. Meestal betreft het oudere patiënten en speelt pre-existente achteruitgang in functioneren een rol, waarbij de presentatie op de SEH de laatste zet is

naar een onhoudbare of onverantwoorde thuissituatie.

Voor ons was dit reden om de frequentie van en de redenen voor sociale opnames vanaf de SEH naar de afdeling Chirurgie in het Alrijne Ziekenhuis, locatie Leiderdorp te onderzoeken.

Bij 5 procent van de chirurgische opnames gaat het om een sociale opname





GETTY IMAGES

1. Complicaties bij patiënten die zich op de SEH presenteerden

	n (68)	%
cardiaal	4	5,9
delier	12	17,6
heropname	2	2,9
infectie*	26	38,2
nieren/urinewegen**	9	13,2
overlijden	3	4,4
overig***	12	17,6

* pneumonie, urineweginfectie

** blaasretentie, nierinsufficiëntie

*** collaps, dehydratie, doorgeschoten INR/hematoom, elektrolytstoornis, obstipatie

2. Locatie waar de patiënten na ontslag naartoe gingen

	n (151)	%
extramuraal		
naar huis + thuiszorg	50	33,1
intramuraal		
verpleeghuis n.n.o.*	29	19,2
revalidatieplek	59	39,1
overig**	6	4,0
overig		
overleden	3	2,0
onbekend	4	2,6

* n.n.o.: niet nader omschreven

** zorghotel, opname psychiatrie, verzorgingshuis

Sociale indicatie

We hebben alle chirurgische patiënten beoordeeld die in 2014 en 2015 op de SEH van de locatie Leiderdorp kwamen. Een sociale opname was gedefinieerd als een opname zonder medische indicatie. Op basis van statusonderzoek verzamelden we gegevens over thuissituatie, complicaties, opnameduur en ontslag.

In deze periode werden in totaal 3166 patiënten opgenomen op de afdeling Chirurgie vanaf de SEH. Van hen werden 151 patiënten (4,8%) opgenomen op sociale indicatie. Bijna evenveel chirurgische

patiënten (126; 4,0%) moesten vanaf de SEH worden overgeplaatst naar een ander ziekenhuis, omdat in het Alrijne Ziekenhuis geen plaats was. Vanuit de meeste patiënten van de 151 waren 65 jaar of ouder, vrouw en alleenwonend. Het merendeel woonde thuis (n=132; 87%), ongeveer de helft van hen ontving thuiszorg (n=61).

De diagnose op de SEH betrof in vrijwel alle gevallen een aandoening aan het bewegingsapparaat. Bij de meeste patiënten met een fractuur ging het om een bekkenfractuur of een pols- of bovenarm-

fractuur. In het geval van een contusie had de helft van de patiënten een contusie van de heup.

Gemiddeld werd 1,3 bed per dag op de afdeling Chirurgie bezet door een patiënt zonder medische indicatie.

Tijdens opname werden 68 complicaties geregistreerd bij 52 patiënten (34%) (zie tabel 1). Na ontslag gingen de meeste patiënten tijdelijk of blijvend naar een verpleeghuis, revalidatieplek of andere vorm van intramurale zorg (n=94, 62%) (zie tabel 2).

Eerstelijnsverblijf

Een kortdurende opname in een instelling, ook wel eerstelijnsverblijf genoemd, werd tot enkele jaren geleden geregeld vanuit de AWBZ. De AWBZ is vervangen door drie nieuwe wetten. De Wet langdurige zorg (Wlz) regelt de zorg voor mensen met een zware, langdurige zorgbehoefte, zoals kwetsbare ouderen. De Rijksoverheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz. Huishoudelijke hulp en dagbesteding zijn ondergebracht in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die wordt gecoördineerd door de gemeente. Tot slot zijn persoonlijke verzorging en verpleging thuis overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zw), die wordt georganiseerd door de zorgverzekeraars. Onder deze laatste wet valt ook het eerstelijnsverblijf; een kortdurend verblijf in een instelling voor mensen die om medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen.

In veel gevallen zal de huisarts naar een eerstelijnsverblijf of 'noodbed' verwijzen. Nogal eens is bij het verwijzen van kwetsbare patiënten geen noodbed beschikbaar, of pas na een wachttijd. Uit een peiling van de Landelijke Huisartsen Vereniging in 2015 bleek dat 38 procent van de huisartsen hier tegenaan loopt.²

Als patiënten na analyse op de SEH niet naar huis kunnen en er geen noodbed beschikbaar is, vallen zij tussen wal en schip en moeten zij worden opgenomen. Voor de oudere patiënt betekent dit een afname in de kwaliteit van zorg, omdat

Het is redelijk dat overheid en zorgverzekeraars hier de regie nemen

hij of zij in het ziekenhuis niet de zorg ontvangt die op dat moment nodig is, en men daarbij een risico loopt op complicaties tijdens opname. Ook voor de maatschappij betekent dit een afname in de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld doordat andere patiënten vanwege ruimtegebrek moeten worden overgeplaatst. Daarnaast worden onnodige kosten gemaakt door oneigenlijk gebruik van medische middelen.

Schippers

In november 2015 heeft staatssecretaris Van Rijn toegezegd 20 miljoen euro extra vrij te maken voor een tijdelijk verblijf in een zorginstelling, om zo het gat tussen thuis en ziekenhuis op te vullen.³ In een Kamerbrief van 30 mei jl. geeft minister Schippers nogmaals aan dat het belangrijk is maatwerk te bieden voor mensen met een kwetsbare gezondheid die kortdurend moeten terugvallen op intensievere zorg in het eerstelijnsverblijf. Hiertoe wordt het eerstelijnsverblijf vanaf 2017 ondergebracht in de Zorgverzekeringswet. Zij onderstreept dat de mogelijkheid tot kortdurende opname op dit moment nog een ontbrekende schakel is in de zorg dicht bij huis.⁴

Graag zouden wij zien dat er meer mogelijkheden komen om patiënten bij plotselinge veranderingen in de thuis-situatie of ervaren gezondheid, zoals bij presentatie op de SEH, direct vanaf de SEH te kunnen overplaatsen naar een noodbed in een verpleeghuis om vanaf hier te analyseren welke zorg de patiënt

PRAKTIJKPERIKEL

DOKTER EN PATIËNT

Als dokter vind ik het lastig om patiënt te zijn, zeker omdat ik nog in onzekerheid verkeer over de diagnose en wacht op nader onderzoek. Ik heb een afspraak voor een scan gekregen voor over vier weken. Niet alleen vanwege mijn klachten, maar ook omdat tijdens mijn arbeidsongeschiktheid collega's een extra hoge werkdruk hebben, wil ik de scan vervroegen. Het ziekenhuis waar ik onder behandeling ben is gefuseerd met een ander ziekenhuis en dus informeer ik naar de wachttijden op de andere locatie. Daar is voldoende plek en kan de scan binnen een paar dagen plaatsvinden. Valt dat even mee! De vriendelijke

IK INFORMEER NAAR DE WACHTTIJDEN

assistente vertelt me dat ik alleen maar hoeft te zorgen dat de aanvraag bij hen terecht komt... Dat regel ik wel even, denk ik. Dus ik bel met de poliassistente van mijn eigen arts. Tot mijn verbazing vertelt ze dat de uitvoering van het onderzoek door collega's elders onmogelijk is. En wel om de volgende twee redenen: er zou geen goed overleg mogelijk zijn tussen de specialist

en de radioloog op de verschillende locaties, en men zou de scan niet kunnen uitlezen vanwege de verschillende systemen. Ik laat me zo snel niet uit het veld slaan, dus probeer ik nog aan te halen dat met alle moderne technieken communicatie echt geen probleem hoeft te zijn. Ook bied ik aan dat ik 10 euro zal betalen voor een kopie-cd-rom en de scan zal meenemen naar het polibezzoek. Maar het is tevergeefs, want van de vriendelijke secretaresse in het ultramoderne nieuwe ziekenhuis verneem ik dat mijn specialist geen cd-drive op de computer heeft. Even overweeg ik nog om te zeggen dat ik mijn eigen laptop wel meeneem. Maar omdat ik verwacht nog regelmatig de poli te moeten bezoeken, besluit ik verder niets tegen haar in te brengen. Dus wacht ik nu nog steeds op mijn scan en diagnose. Zoals gezegd: het is moeilijk om (als dokter) patiënt te zijn.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

(tijdelijk) behoeft. Dat voorkomt onnodige opname in het ziekenhuis. Op basis van de wettelijke bepalingen lijkt het ons redelijk dat de overheid en de zorgverzekeraars de regiefunctie nemen om dit probleem op te lossen. Wij gaan ervan uit dat ze kunnen rekenen op de volledige inzet en bereidwilligheid van ziekenhuizen en betrokken specialisten om dit probleem aan te pakken. ■

contact

willemienvandewater@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

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