

Richtlijn Versie: 1 Auteur(s): prof. dr. S.E.J.A. de Rooij

drs. A.W.A. van der Neut



UMCG Acute Zorg

Comprehensive Center

Documentnr:

AUTORISATIE

Naam: S. de Rooij

Datum: 01-04-2018

Inhoud

1. Doel.....	1
2. Toepassingsgebied.....	1
3. Proces	2
4. Specifieke werkwijzen.....	3
4.1. Aanmelding en ontvangst	3
4.2. Medische triage op de SEH.....	4
4.3. Time out op de SEH.....	5
4.4. Opname.....	5
5. Verantwoordelijkheden.....	7
5.1. Eigenaarschap.....	7
5.2. Hoofdbehandelaarschap.....	7

1. Doel

In deze UMCG richtlijn is beschreven hoe het bestaan van kwetsbaarheid bij ouderen direct bij aankomst in het UMCG tijdig kan worden herkend en behandeld, ongeacht het somatische probleem waarvoor zij in het UMCG komen. De richtlijn heeft als doel tijdige herkenning van kwetsbaarheid en de domeinen waarin die kwetsbaarheid zich manifesteert, betere zorg en nazorg voor deze ouderen (verpleegplannen in EPIC gebaseerd op de domeinen van de VMS score) en het daardoor voorkomen van – vaak impactvolle- complicaties zoals vallen, delier, nieuwe infecties en heropnames. Deze richtlijn is gebaseerd op de domeinen van de VMS score - VMS kwetsbare oudere ziekenhuispatiënt.

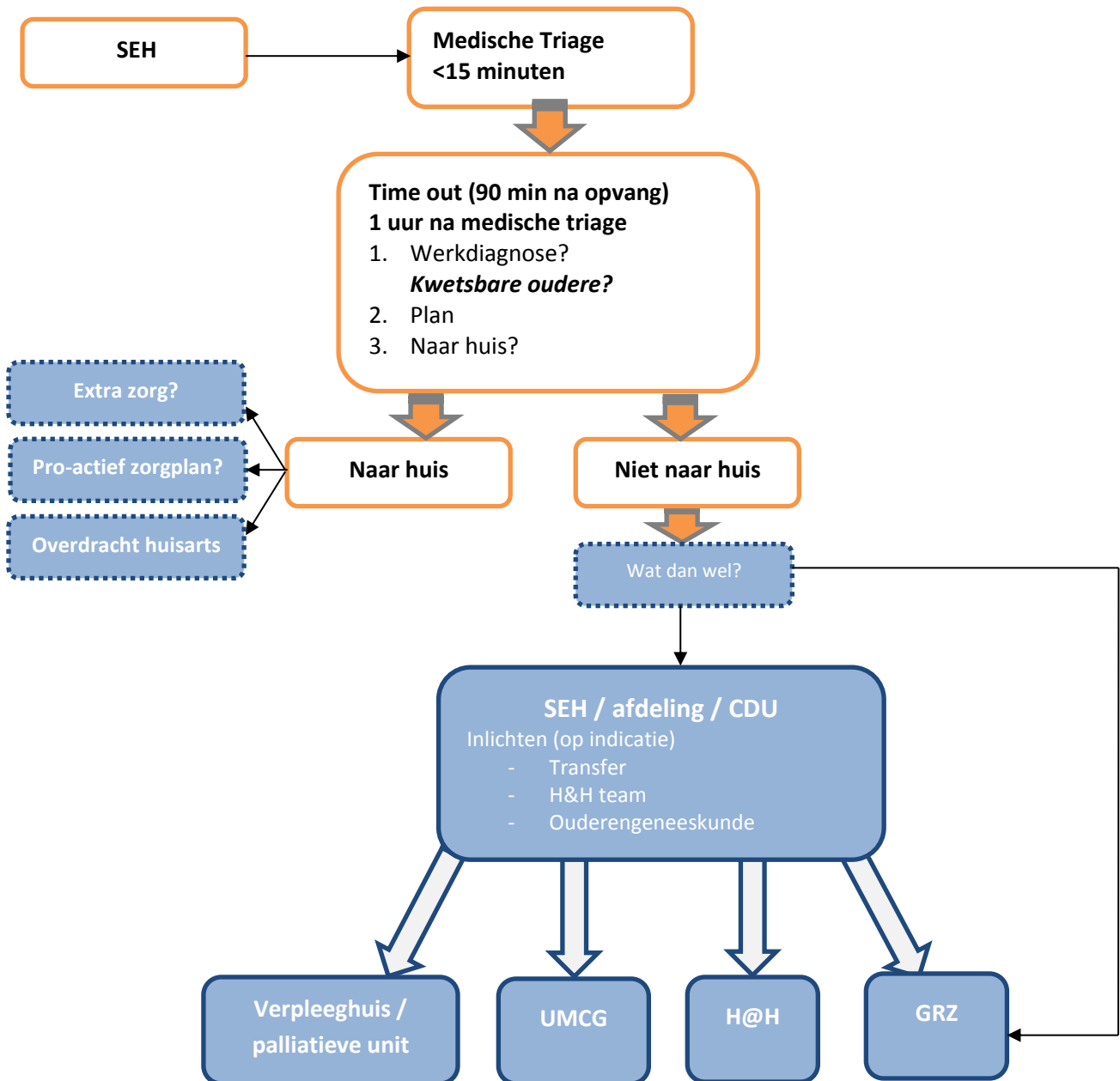
2. Toepassingsgebied

Alle 65+ers die worden opgenomen in het UMCG op een verpleegafdeling, IC of de SEH, ongeacht somatiek en specialisme. Deze patiënten komen meestal via de SEH. Patiënten die als kwetsbaar worden aangemerkt en die we als UMCG daarom extra zorg willen bieden, komen niet als 'kwetsbare ouderen' op de SEH binnen. Zij worden aangemeld met een gebroken heup, verwardheid, met een longontsteking, vage buikklasten of een andere veelal atypische ziektepresentatie en uiten hierbij klachten die somatisch en/of psychisch van aard zijn. Op de SEH, IC of verpleegafdeling, moet worden bepaald of er sprake is van kwetsbaarheid. Kwetsbare ouderen zijn patiënten van 65 jaar of ouder die door fysieke en/of cognitieve beperkingen niet meer zelfstandig de regie over hun gezondheid kunnen voeren. Dit uit zich in dat zij:

- Vaak fysieke en cognitieve beperkingen hebben
- Zorgvragen hebben op meerdere vlakken (mul, en bij meerdere disciplines/medisch specialisten)
- Verschillende medicijnen tegelijk gebruiken
- Niet zonder anderen de regie over hun zorg kunnen voeren en niet zondermeer zelfstandig naar huis kunnen
- Zowel acute, chronische patiënten of palliatieve patiënten kunnen zijn
- Zorgvragen hebben op meerdere domeinen, lichamelijk, psychisch, sociaal en functioneel

3. Proces

Op de SEH verloopt het proces van de 65+er als volgt:



4. Specifieke werkwijzen

4.1. Aanmelding en ontvangst

Bij het verwijzen (door de huisarts, medisch specialist/112/doktersdienst) zijn er een aantal zaken van belang om uit te vragen en te controleren in het EPD:

- Is er zorg thuis voor de patiënt/kan de patiënt na ziekenhuis weer terug naar huis? Of moet er thuis thuiszorg geregeld worden of uitgebreid worden als die al betrokken was.
- Zijn er behandelaanwijzingen bekend:
 - o Zijn er behandelaanwijzingen bij een vorige opname afgesproken of bij de huisarts al wel bekend?
 - o Is er sprake van een officieel proactief palliatief plan?
- Specifiek voor de SEH: Een spoedpresentatie ouderen met subacute multiproblematiek, danwel beoordeling voor de GRZ kan in overleg met de ouderengeneeskunde ook (eventueel de volgende dag) op het UCO danwel op E3VA worden gezien voor eventuele (dag)opname. Vraag altijd aan de verwijzend huisarts: kan het ook morgenvroeg? Zoja, dan overleg met consulent ouderengeneeskunde. Zonee, dan verwijzen naar de SEH. Patiënten met een GRZ beoordeling moeten niet naar de SEH verwezen worden, deze dienen bij voorkeur worden gezien op het UCO, tijdens kantooruren.

4.2. Medische triage op de SEH

Iedere patiënt krijgt op de SEH in principe binnen 15 minuten een medische triage. Bij de medische triage zijn de behandelaanwijzing en aanwijzingen uit een eventueel proactief zorgplan een aandachtspunt. Afhankelijk van de verwijzreden kan er na de medische triage van een oudere (hieronder verstaan we: iedere 65+er) voor gekozen worden om:

- Het traject op de SEH door te zetten. Dit zal bij de meerderheid van de patiënten het geval zijn, bijvoorbeeld
 - ✓ indien er sprake is van een acuut probleem [dwz exacerbatie/complicatie bestaand probleem danwel acute ziekte zoals heupfractuur of PCI]
 - ✓ indien eerst direct aanvullende diagnostiek nodig is om een concreet behandelplan in te zetten alvorens de patiënt naar CDU of afdeling gaat
 - ✓ indien de patiënt mogelijk direct na analyse op de SEH naar huis kan.
- De patiënt direct over te plaatsen naar de Critical Decision Unit (CDU). Bijvoorbeeld bij de patiënt die niet acuut ziek is maar er wel sprake is van een onhoudbare thuissituatie vanwege een medische aanleiding. Deze patiënten kunnen mogelijk bij de aanmelding herkend worden. Nadat de patiënt ABCDE is vrijgegeven kan de patiënt op de CDU verder in kaart gebracht worden door middel van een Korte Inventarisatie Kwetsbare Oudere (KIKO). Daar kan dan ook besloten worden wat het vervolgetraject moet worden:
 - ➔ Hospital at Home zorgprogramma (H@H)
 - ➔ Opname in ziekenhuis, eventueel met TransMurale Zorgbrug
 - ➔ Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) [beoordeling hiervoor vindt plaats in ziekenhuis, echter bij voorkeur niet via SEH maar via UCO]
 - ➔ Verpleeghuisopname/palliatieve unit (VPH)

Na de medische triage besluit de behandelaar op dat moment wie op de SEH (en eventueel CDU) de hoofdbehandelaar van de patiënt zou moeten zijn. Dit kan een lid van het kernteam van de SEH zijn maar ook een specialist. Met de specialisten in het kernteam van de SEH is afgesproken dat zij binnen 15 minuten na oproep op de SEH zijn. Met de hoofdbehandelaar van de patiënt en consulenten die betrokken moeten worden, wordt afgesproken op welk tijdstip iedereen aanwezig is om consulten uit te voeren en overleg te voeren voor de patiënt. Dit vindt bij voorkeur plaats vóór de time-out.

Voor patiënten die met een valincident worden aangemeld op de SEH of waarvan bij de medische triage blijkt dat ze door een val op de SEH zijn gekomen, is het van belang de d.d. aios chirurgie in te schakelen – ook als er geen duidelijk letsel is - én de achterwacht ouderengeneeskunde om telefonisch consult te vragen, om in kaart te brengen wat het valrisico voor de patiënt is.

4.3. Time out op de SEH

Voor iedere patiënt op de SEH wordt 90 minuten na binnenkomst een time-out verricht waarin naast de algemene zaken in het bijzonder wordt besproken:

- Of de patiënt mogelijk kwetsbaar is (ja/nee). Noteer in EPD tenminste welke VMS-domeinen extra aandacht vragen.
- Of de patiënt waarschijnlijk wordt opgenomen of niet

Bij ontslag (zowel vanaf de SEH als de verpleegafdeling) zijn twee zaken van belang:

1. Nazorg. Indien de patiënt niet wordt opgenomen, moet met de patiënt en eventuele naasten worden geïnventariseerd of de benodigde zorg voor de patiënt thuis aanwezig is, en zo niet, wat door de transferverpleegkundigen of huisarts moet worden geregeld. De transferverpleegkundigen moeten voor 15.00 worden ingeschakeld voor ontslag de volgende dag. Bijzonder aandachtspunt is dat voor ontslag van sommige verpleegafdelingen de patiënt in aanmerking kan komen voor de Transmurale Zorgbrug (geldt in Groningen en Drenthe, maar alleen wanneer er een “warme overdracht” plaatsvindt). De patiënt kan in overleg met de behandelend arts en de transferverpleegkundige eventueel verlengd op de CDU blijven totdat de transferverpleegkundige in de thuissituatie alles heeft kunnen regelen. Indien de patiënt een kandidaat is voor GRZ, dan kan dezelfde werkwijze met verlengde observatie (max 24 uur) en inschakelen van de transferverpleegkundige worden gehanteerd.
2. Proactief zorgplan. Op basis van de “Surprise question” (verbaast het mij als deze patiënt binnen een jaar komt te overlijden?) neemt de hoofdbehandelaar de beslissing om het palliatief team in te schakelen danwel de huisarts met een email met de suggestie een pro-actief zorgplan opstellen via huisarts of hoofdbehandelaar [zie website palliatief team voor voorbeeld PA zorgplan]¹. Indicaties voor het inschakelen van het palliatief team bij een patiënt die in een palliatief traject zit:
 - a. Meer dan 1 zorgvraagstuk (somatisch, levensbeschouwend, psychologisch)
 - b. Als coördinatie van zorg rondom het levenseinde nodig is
 - c. Wanneer een patiënt niet zelfstandig naar huis kan

(NB. Indien deze zaken die spelen in een curatief traject, kan de consultant internist-ouderengeneeskunde worden ingeschakeld al dan niet ism de transferverpleegkundigen).

4.4. Opname

Verpleegafdelingen willen graag in de overdracht vermeld krijgen welke geriatrische aspecten er bij de patiënt en diens behandeling op de SEH zijn opgevallen. Benoem daarom naar aanleiding van de time out in de medische en verpleegkundige overdracht deze aspecten (indien aanwezig).

Voor alle patiënten van 65 jaar of ouder geldt dat binnen de eerste 24 uur in het UMCG de VMS score moet worden afgenomen. Dit geldt voor (on)geplande klinische opname, op verpleegafdeling of IC of bij een verlengde observatie op de CDU: binnen de eerste 24 uur van opname moet de VMS score worden afgenomen, door de verpleegkundige en in EPIC ingevoerd worden. De VMS criteria corresponderen met de in EPIC uitgewerkte verpleegplannen. Dit betekent dat opvallendheden uit de VMS score in het verpleegplan komen te staan.

¹ <http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/noordgroningen/Hulpverleners/Provinciaal-Palliatief-Team-Groningen/Proactieve-zorgplanning>

Het doel van het screenen op kwetsbaarheid met de VMS score is het realiseren van een meer gepersonaliseerd verpleeg- en nazorgplan. Bijzonderheden (verhoogde risico's/scores) worden door de verpleegkundige in het EPD gezet. De verpleegkundige deelt deze bijzonderheden met de zaalarts tijdens de eerstvolgende ochtendvisite, zodat zij samen specifieke zorg voor de patiënt kunnen regelen. Tijdens de opname wordt door beiden gemonitord of de situatie rondom de aandachtspunten van kwetsbaarheid verandert. De verpleegkundige is verantwoordelijk voor observeren en signaleren, de arts legt ook vast in de ontslagberichten hoe hier mee is omgegaan tijdens het ziekenhuisverblijf.

Er zijn diverse acties denkbaar wanneer er een positieve VMS score in het verpleegplan wordt opgenomen. Enkele voorbeelden:

Risico op vallen	bedhekje, aanpassingen thuis	link*
Ondervoeding	diëtist bellen	link*
Risico op delerium	4AT doen, psychiater / internist-ouderengeneeskunde bellen	link*
Dagelijks functioneren	Bij fysieke beperkingen fysiotherapeut bellen, medische hulpmiddelen voor thuis bestellen door de transferverpleegkundige	link*

Wanneer behoefte is aan meer concrete invulling van de vastgestelde kwetsbaarheid, kan naast de VMS score met deze vier domeinen ook gebruik gemaakt worden van aanvullende instrumenten om een nog completer beeld van de patiënt te krijgen. Deze meetinstrumenten dienen te worden gebruikt door verpleegkundige en/of zaalarts en de uitkomsten daarvan dienen te worden gerapporteerd in het EPD. Bij twijfel over het gebruik of de uitkomsten ervan, neem contact op met de consultant internisten-ouderengeneeskunde. De meetinstrumenten zijn:

1. Onderzoek aandacht – korte bedside test : 4 AT (zie EPIC observatielijsten)
2. Aanwijzingen voor het bestaan van een delier: CAM-ICU in volgorde 1-2-4-3 op de IC en de DOS tbv het observeren van een delier en het beloop hiervan (zie EPIC observatielijsten)
3. Onderzoek naar de globale cognitie - korte bedside test: 6CIT (zie EPIC observatielijsten)
4. Kort Comprehensive Geriatric Assessment: G8, oa nuttig voor GRZ (zie EPIC observatielijsten)
5. Onderzoek vragenlijst ouderen mishandeling: op indicatie (zie EPIC observatielijsten)

4.5. Nazorg regelen tijdens de opname

De verpleegkundige bespreekt met de patiënt en/of naasten of de patiënt hulpmiddelen nodig heeft in de thuissituatie voor na ontslag. Indien dit het geval is, geeft de verpleegkundige dit door aan de transferverpleegkundige, zodat deze tijdig voor ontslag de benodigde hulpmiddelen kan regelen. Dit is ook mogelijk vanaf de SEH. Indicaties voor het inschakelen van transferverpleegkundigen zijn:

- Patiënt heeft op een bepaalde manier hulpmiddelen of zorg nodig
- Patiënt is alleenstaand of heeft een partner die insufficiënt voor patiënt kan zorgen
- Er is geen thuiszorg of deze is niet voldoende toereikend voor de zorgvraag
- Er is een risico op vallen
- Er zijn fysieke beperkingen

Ook hier geldt dat tijdig de transferverpleegkundige moet worden ingeschakeld zodra bekend is wat er geregeld moet worden. Voor thuiszorg de volgende dag is bellen voor 15.00 handig.

Wanneer de thuiszorg ingeschakeld wordt, in de overdracht benoemen dat cliënt aangemerkt is als kwetsbare ouderen met onderbouwing. De wijkverpleegkundige kan dan met de signalering en scorelijsten continuïteit bieden. Ook als de cliënt thuis daarna thuis dreigt te decompenseren, kan de thuiszorg deze info gebruiken om met huisarts danwel specialist overleggen over de voortgang en vervolgstappen (eventueel opname in het ziekenhuis, , intramuraal). Praktisch gezien dient de verpleegkundige met de thuiszorg te delen wat er globaal in het opnametraject is gebeurd, wat de verwachtingen en risico's zijn voor thuis.

4.6. Eigenaarschap

Deze UMCG richtlijn is een overeenkomst die voortkomt uit een werkgroep met gemandateerde zorgprofessionals van de afdelingen:

SEH/ Centrum Acute Zorg, Interne Geneeskunde, Universitair Centrum Ouderengeneeskunde, Cardiologie, Comprehensive Cancer Center, Longziekten en Tuberculose, Huisartsgeneeskunde/huisartsopleiding, Neurologie, (Trauma)chirurgie, UMC Groningen Thuis, Transferverpleegkundigen.

Het eigenaarschap van deze afspraken ligt bij het hoofd van het Universitair Centrum Ouderengeneeskunde (UCO). Deze is eindverantwoordelijk en aanspreekpunt voor alle zaken rondom dit beleid, en tevens verantwoordelijk voor de implementatie en borging ervan.

4.7. Hoofdbehandelaarschap

De hoofdbehandelaar is de arts waarvoor de patiënt wordt ingeschreven op de SEH of de dienstdoend medisch specialist van het specialisme bij wie de patiënt al onder behandeling is. Dit is afhankelijk van de aard van de klacht en daarmee het specialisme waar de patiënt voor wordt ingeschreven. De internist ouderengeneeskunde / klinisch geriater is in de meeste gevallen geen hoofdbehandelaar maar wordt in consult/medebehandeling gevraagd. Op de IC is de intensivist hoofdbehandelaar.