



beeld: Rosa Media

Nieuwe kansen voor transferafdelingen in ziekenhuizen

Kwetsbare ouderen nooit uitbehandeld

Dineke Janse van Mantgem, specialist ouderengeneeskunde, OsiraGroep, transferafdeling VUmc Amsterdam

Correspondentieadres:
d.vmantgem@vumc.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Transferafdelingen bieden een oplossing voor de verkeerde-bedproblematiek en leveren zorg op maat aan kwetsbare ouderen in de postacute fase van hun ziekteverloop. De financiering schiet echter tekort.

Samenwerkingsovereenkomsten tussen ziekenhuizen en woonzorginstellingen vormen de basis voor transferafdelingen. Op een dergelijke afdeling – soms ook schakelafdeling of transitorium genoemd – wordt verpleeghuiszorg gegeven aan geriatrische patiënten die orgaanspecialistisch zijn uitbehandeld en om uiteenlopende redenen nog niet naar huis kunnen. Als basis voor die behandeling dient het geriatrisch revalidatieconcept.

Nachtelijke onrust

De heer Pieterse, 86 jaar, woont zelfstandig. Hij heeft tweemaal per dag thuiszorg omdat hij in zijn zelfredzaamheid tekortschiet en vergeetachtig wordt. Daardoor kan hij zijn eigen situatie niet meer goed overzien. Meneer loopt met een rollator en is in huis gevallen. Het gevolg hiervan is een collumfractuur. Hij wordt opgenomen en door de chirurg geopereerd; hij krijgt een Gamma-nagel om de fractuur te stabiliseren. Na de ingreep mag hij

Acht dagen na de operatie gaat deze patiënt naar de transferafdeling

zes weken lang zijn been alleen aantappend belasten. Tijdens zijn verblijf op de afdeling Heelkunde is postoperatief een katheter ingebracht en een antibioticum voorgeschreven vanwege een urineweginfectie en blaasretentie. Ook was er sprake van ernstige verwardheid ten gevolge van een delier. Bovendien trad lekkage op van sereus vocht uit de operatiewond en ontstond er decubitus op de stuit.

De uroloog adviseerde om de patiënt op de poli terug te laten komen, zes weken na de operatie. De klinisch geriater schreef voor de nachtelijke onrust Haldol voor. Omdat deze patiënt chirurgisch is uitbehandeld wordt hij - in

afwachting van een revalidatieplek in het verpleeghuis - op de achtste dag na de operatie opgenomen op de transferafdeling van hetzelfde ziekenhuis. De specialist ouderengeneeskunde stelt een multidisciplinair behandelplan op.

Op dag twaalf na de operatie krijgt de heer Pieterse opnieuw koorts en is hij dyspnoisch. Vastgesteld wordt dat hij last heeft van boezemfibrilleren, een pneumonie en decompensatio cordis. De nierfunctie verslechtert.

De vocht- en voedingsintake zijn door het verzorgend personeel onvoldoende bijgehouden.

De specialist ouderengeneeskunde overlegt met de internist die voor een consult naar de transferafdeling komt. Behandeling volgt. De chirurg komt langs om de operatiewond te beoordelen die blijft lekken. Ook deze overlegt met de specialist ouderengeneeskunde over de verdere behandeling. De blaaskatheter wordt verwijderd en daarna meet het verplegend personeel via bladderscannen het residu na mictie. Patiënt heeft een residu van 500 ml en moet eenmalig worden gekatheteriseerd.

Aangezien er geen verpleegkundige aanwezig is, wordt de specialist ouderengeneeskunde gebeld om dat te doen. Het mobiliseren onder begeleiding van de fysiotherapeut verloopt moeizaam. Patiënt is gezien zijn cognitieve disfunctie nauwelijks leerbaar en blijft valgevaarlijk.

Er is inmiddels een plaats vrijgekomen op een revalidatieafdeling. De heer Pieterse verhuist. In het verpleeghuis blijkt de patiënt niet revalideerbaar, wordt dementie vastgesteld en is de patiënt naar een psychogeriatrische afdeling overgeplaatst.

niet alleen de behandeling van de patiënt ten goede maar ook de intercollegiale samenwerking. Bovendien worden daardoor heropname in het ziekenhuis en bezoeken aan de polikliniek voorkomen. Ook tijdens de opname op de afdeling Heelkunde zijn meerdere specialisten betrokken bij de behandeling van deze patiënt. Daarbij is het niet altijd duidelijk is, wie de regie voert en de eindverantwoordelijkheid draagt. Een minpunt is dat deze patiënt al voor de opname op de transferafdeling was aangemeld als revalidatiepatiënt. Dit is onterecht omdat beoordeling van een patiënt in de acute fase van het ziek zijn vaak geen juist beeld oplevert. Bovendien ontbrak een geriatrisch assessment. In de praktijk betekende dat voor de patiënt een belastende tweede overplaatsing van een revalidatie- naar een psychogeriatrische afdeling. Als er meer tijd was uitgetrokken en er een beter gekwalificeerd team was geweest, zou er een zorgvuldiger keuze zijn gemaakt voor de meest geschikte vervolgvoorziening. Dan zou het ook niet nodig zijn geweest dat

Regie

Deze casus maakt een aantal zaken duidelijk. Op de transferafdeling heeft de specialist ouderengeneeskunde de regie, en vindt er overleg plaats met de orgaanspecialisten die op consultbasis worden geraadpleegd. Dat komt



De kwalitatieve onderbezetting kan leiden tot onnodige fouten

de arts moest komen om een katheter in te brengen en was de vocht- en voedselinname van begin af aan zorgvuldig bijgehouden.

De huidige teamsamenstelling op een transferafdeling vloeit voort uit het feit dat de verpleeghuissector heeft besloten zich vooral op het woonklimaat te richten en de behandelsector daaraan ondergeschikt te maken. De consequentie hiervan is dat

het verplegend personeel kwalitatief niet voldoende is geschoold om een signalerende en coördinerende taak uit te oefenen. Deze kwalitatieve onderbezetting kan leiden tot on-

nodige fouten waardoor de gezondheid van de oudere patiënt in gevaar komt. Het spanningsveld tussen woonzorgafdeling en behandelafdeling waar ouderen multidisciplinair worden begeleid, komt op een transferafdeling het scherpst tot uiting. De formatie voor artsen en paramedici – beide ten onrechte geënt op de verpleeghuissituatie – is in de huidige situatie te gering om de kwetsbare oudere patiënten op een zorgvuldige wijze te verplegen en te behandelen. Bovendien is het niet mogelijk om een psycholoog in te schakelen in het behandelproces.

Proactief

De kosten op een transferafdeling zijn aanzienlijk lager dan op een ziekenhuisafdeling. Deze zorg wordt op dit moment gefinancierd uit de

AWBZ in zogenaamde zorgzwaartepakketten (ZZP's). Voor de meeste patiënten wordt een ZZP9 afgegeven; daarin zijn vier behandeluren per week opgenomen. Het ministerie van VWS is van plan in 2012 de revalidatie uit de AWBZ over te hevelen naar de zorgverzekeringswet (Zvw). Verenso, de beroepsgroep voor specialisten ouderengeneeskunde, heeft in juli 2010 het rapport 'Behandelkaders Geriatrische Revalidatie' uitgebracht, dat een aanzet moet geven voor een functiegerichte betaling op maat uit de Zvw. Er kan dan veel beter worden ingespeeld op de individuele zorg- en behandelbehoefte van de kwetsbare ouderen dan nu het geval is, en er kan een meer gekwalificeerd geriatrisch team worden ingezet. Op die manier wordt het mogelijk om een bijdrage te leveren zoals is beschreven in het KNMG-standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen'. Daarin wordt gesteld dat medische zorg voor deze groep meer is dan het behandelen van een aandoening. De zorg moet proactief zijn en gericht op behoud van zelfredzaamheid en het voorkomen van functieverlies. Versnippering van zorg – in het bijzonder in ziekenhuizen – moet in goede banen worden geleid en kwetsbare ouderen moeten in de postacute fase worden behandeld door een arts met geriatrische competenties. Zorgvuldige beoordeling van de mogelijkheden voor een vervolgvoorziening vraagt om een breed geriatrisch assessment. Er is immers een scala aan voorzieningen waar ouderen zorg kunnen ontvangen toegespitst op hun specifieke zorgvraag. In

Transferafdelingen zijn een goede oplossing voor ouderen die na een medisch-specialistische behandeling nog niet naar huis kunnen.



SAMENVATTING

- Kwetsbare oudere patiënten die worden opgenomen in een ziekenhuis, hebben te kampen met meerdere problemen op verschillende domeinen.
- Ontslag na de medisch-specialistische behandeling is niet altijd verantwoord door de complexiteit van de problematiek.
- Opname op een transferafdeling biedt kansen om hun conditie te optimaliseren en te zoeken naar de juiste vervolgvoorziening.
- Voor echte zorg op maat is voor transferafdelingen een andere financieringsstructuur noodzakelijk.

verpleeghuizen zijn niet alleen somatische, psychogeriatrische en revalidatieafdelingen maar ook afdelingen voor patiënten met niet aangeboren hersenletsel, korsakov- of psychiatrische problematiek, en palliatieve afdelingen. Er zijn kleinschalige woonvoorzieningen met diverse aandachtsgebieden. In verzorgingshuizen zijn herstelbedden, meerzorgafdelingen, logeerbedden voor tijdelijk verblijf en uiteraard ook appartementen om in te wonen. Het vereist kennis van de somatische, functionele en cognitieve vaardigheden van een patiënt om een juiste keuze te maken en te voorkomen dat kwetsbare ouderen onnodig meerdere malen moeten worden overgeplaatst.

Oplossing

Op de transferafdeling van VUmc te Amsterdam worden jaarlijks gemiddeld 386 kwetsbare oudere patiënten opgenomen. Van hen gaat 36 procent na ontslag naar huis en ruim 61 procent naar een vervolgvoorziening, 2 procent overlijdt tijdens de opname. De gemiddelde ligduur is 23 dagen. De meeste patiënten komen van de afdelingen Traumatologie, Neurochirurgie en Orthopedie.

Transferafdelingen zijn een goede oplossing voor oudere patiënten die in het ziekenhuis liggen en niet naar huis kunnen nadat de medisch-specialistische behandeling is afgerond. De veronderstelling dat de geriatrische patiënten die op een transferafdeling zijn opgenomen medisch uitbehandeld zijn, is een misvatting. De patiënten zijn medisch-specialistisch uitbehandeld maar de geriatrische problematiek dient zich in volle omvang aan. In de postacute fase is de problematiek die zich voordoet bij de kwetsbare oudere van andere aard dan op een verblijfsafdeling in een verpleeghuis. Veelal hebben zij ten gevolge van de ziekte waarvoor ziekenhuisopname en medisch-specialistische behandeling nodig was, nieuwe functionele beperkingen gekregen. Zij hebben baat bij een probleemgeoriënteerde behandeling: het verbeteren van conditie en functioneel niveau volgens het geriatrisch revalidatieconcept, met als oogmerk kwaliteit van leven. Geriatrische revalidatie behelst geïntegreerde multidisciplinaire zorg, die gericht is op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laagbelastbare ouderen (*frail elderly*) na een acute aandoening of achteruitgang. De behandelregie ligt bij een specialist ouderengeneeskunde, bij voorkeur opgeleid als kaderarts geriatrische revalidatie. De unieke gelegenheid doet zich hier voor dat de orgaanspecialist als consulent aan het bed van de patiënt snel beschikbaar is waardoor de

uitwisseling van medische expertise effectief verloopt.

Oudere patiënten op de transferafdeling zijn extra kwetsbaar voor ontsparingen op somatisch of cognitief functioneren. Onderzoek bevestigt dat: bij geriatrische patiënten komen atypische ziektepresentatie zoals delier en geestelijke en lichamelijke beperkingen veel frequenter voor dan tot nu toe bekend is. Met als gevolg dat belangrijke complicaties te laat worden gediagnosticeerd en er een risico ontstaat op vermijdbare sterfte.¹ Ook het inspelen op de psychische en sociale behoeften van de oudere kwetsbare patiënt wordt als een wezenlijk onderdeel van de zorg op de transferafdeling gezien zodat een gedegen advies over de plaats in de vervolgvoorziening kan worden gegeven. Door multidisciplinaire observatie en onderzoek worden patiënten zorgvuldig in kaart gebracht. Op basis daarvan adviseert de specialist ouderengeneeskunde over de uitplaatsing. Voorbereiding op ontslag uit het ziekenhuis wordt zo inhoudelijk gewaarborgd. Daarna kan de transfervverpleegkundige de nazorg regelen. Op deze manier krijgt de oudere patiënt een behandeling op maat en kan op de kosten die een ziekenhuisopname met zich meebrengt, aanzienlijk worden bezuinigd.

Tarieven

De complexe zorg die deze groep patiënten nodig heeft, vereist echter niet alleen de deskundigheid van de specialist ouderengeneeskunde, maar ook gekwalificeerde verpleging en een geriatrisch georiënteerd multidisciplinair team van paramedici en een psycholoog. In de huidige setting zijn de transferafdelingen met moeite in staat de voorkomende problematiek het hoofd te bieden door de kwalitatief te poevere personeelsbezetting. Als de tariefsystemen inderdaad worden aangepast en de behandel-functie buiten de AWBZ wordt gefinancierd, ligt hier een prachtige kans een bijdrage te leveren aan een sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. 

Referentie

1. Rooij SE de, Buurman BM, Korevaar JC, Munster BC van, Schuurmans MJ, Lagaaai AM, Verhaar HJJ, Levi M. Comorbiditeit bij acuut opgenomen oudere patiënten als risicofactor voor sterfte in het ziekenhuis of binnen 3 maanden na ontslag. NTVG 2007; 151: 1987-93.



Wekelijks vindt u een video op onze site waarin een auteur een actueel artikel extra toelicht. Deze week bespreekt Dineke Janse van Mantgem de transferafdeling.