

Artsen en verpleegkundigen op de spoedeisende hulp herkennen onderliggende problemen bij 70-plussers vaak niet. Het Tergooiziekenhuis bracht daar verandering in, met een speciaal team voor de oudere patiënt: het GEM-team.

Tekst Malou van Hintum | Foto Linelle Deunk

Annemarieke De Jonghe en Vera Hogervorst

‘Een gebroken heup? Vaak is er meer aan de hand’

Jullie hebben samen het GEM-team bedacht, oftewel het Geriatric Emergency Medicine-team. Waarom moest zo'n team er komen?

Annemarieke De Jonghe (klinisch geriater): “Een aantal jaren geleden zag ik op de SEH oudere mensen met een gebroken heup met wie wel wat meer aan de hand was dan alleen dat. Maar om erachter te komen wát dan precies, was geriatrische expertise nodig.” Vera Hogervorst (verpleegkundig specialist geriatrie): “Annemarieke vroeg mij om op de SEH te gaan observeren, maar vooral niet in te grijpen. Twee weken lang liep ik met elke oudere op de SEH mee en verzamelde ik gegevens. Elke keer bedacht ik hoe anders de beoordeling was geweest als wij van geriatrie betrokken waren

geweest. In deze periode is het idee voor het GEM-team ontstaan.”

Wat doet het GEM-team?

De Jonghe: “Het GEM-team onderzoekt ouderen met een kwetsbare gezondheid die met een acuut probleem naar de SEH komen – ze zijn bijvoorbeeld gevallen – maar die daarnaast verschillende chronische ziekten hebben waarvoor ze allerlei medicijnen gebruiken. Ze hebben bovendien vaak aandoeningen die niet herkend worden, zoals blaasontsteking of hartritmestoornissen.”

Waarom worden die aandoeningen niet herkend?

De Jonghe: “Omdat ze gepaard gaan met andere, vaak vagere, symptomen dan we zien bij jongere patiënten. Maar intussen spelen ze een rol bij het ontstaan van het

acute probleem waarvoor mensen naar de SEH komen. Het GEM-team bekijkt welke rol dat is, en wat dat betekent voor de passende zorg voor deze patiënten.”

Hoe weten jullie als GEM-team dat je in actie moet komen?

Beiden: “De SEH-verpleegkundige die de intake van de patiënt doet, stelt aan de patiënt – of diens naaste – een aantal vragen om te bepalen of de patiënt meerdere gezondheidsproblemen heeft. Is dat zo, dan wordt het GEM-team opgeroepen. De verpleegkundig specialist geriatrie of de arts-assistent werkt vervolgens samen met de hoofdbehandelaar die het acute probleem onderzoekt, zoals een internist of chirurg. Zo kunnen we meteen kijken naar zaken die op ons expertisegebied liggen.”



CV

Annemarieke De Jonghe (50) (rechts) en **Vera Hogervorst (41)** werken in het Tergooi MC in Hilversum. De Jonghe is klinisch geriater, medisch manager Regionale Samenwerking Tergooi-VVT en medisch specialist manager vakgroep geriatrie. Hogervorst is verpleegkundig specialist geriatrie en werkt aan een proefschrift over acute ouderenzorg op de SEH. Het GEM-team won de Innovatieprijs Geriatriedagen 2023.

●

‘We stellen uitgebreide vragen naar iemands aandoeningen en klachten’

Hoe gaat een GEM-team precies te werk?

Hogervorst: “We stellen uitgebreide vragen naar iemands lichamelijke aandoeningen en klachten, en gaan na of iemand psychische klachten heeft zoals geheugenproblemen en stemmingsklachten. Ook gaan we na of iemand zelfstandig kan functioneren en hoe het lopen gaat. Heeft iemand loophulpmiddelen nodig, zoals een rollator? We kijken naar beperkingen door slechter

horen en/of zien, en naar zelfzorg zoals douchen, aankleden, koken en zelf boodschappen doen. Ook stellen we vragen over het sociale netwerk, mantelzorg en thuiszorg. Deze brede blik zorgt ervoor dat we snel goede en passende behandelingen en passende zorg kunnen bieden.”

Wat gebeurt er als al die informatie is verzameld?

De Jonghe: “De verpleegkun- ▶

dig specialist of arts-assistent bespreekt met de hoofdbehandelaar alle uitkomsten en overlegt met de patiënt wat die het liefst wil. Daarbij werkt de arts-assistent onder supervisie van de geriater en heeft een verpleegkundig specialist overleg met de geriater als de situatie complex is. Als iemand niet in het ziekenhuis opgenomen hoeft te worden – of dat zelf niet wil – gaat de transferverpleegkundige passende zorg buiten het ziekenhuis regelen: een tijdelijke plek in een zorginstelling of mantel- of thuiszorg thuis. Meestal lukt dat goed.”

Kunnen alle patiënten dat aan, meteen praten over behandelwensen?

Beiden: “Door corona hebben veel ouderen die toch al ziektes onder de leden hadden, erover nagedacht welke behandelingen ze wel en niet wilden hebben. Denk aan reanimatie en behandeling op de intensive care. Maar niet iedereen heeft duidelijk voor ogen wat hij of zij wel of niet wil bij kwetsbaarheid en ziekte. Met deze patiënten moeten we voorzichtig beginnen aan een gesprek over passende zorg op de juiste plek.”

Zo’n gesprek gaat dus niet over de keuze uit behandeloptie A of B, maar over de vraag hoe mensen nog zo goed mogelijk kunnen leven?

Beiden: “Ja. Er komen hier ook mensen binnen die hier helemaal niet hadden willen zijn, omdat ze niet meer naar het ziekenhuis willen. Dan is de SEH een mooie plek om in samenspraak met zorgverleners te kijken hoe iemand zo snel mogelijk weer naar huis kan met de juiste ondersteuning.

Andersom gebeurt trouwens ook: dat er gedacht wordt dat iemand heel kwetsbaar is, maar dat ons onderzoek aantoont dat iemand nog fit is en bijvoorbeeld een operatie juist wel gewenst is.”

Zijn mensen zelf weleens verbaasd dat er veel meer aan de hand is dan de klacht waarmee ze kwamen?

Hogervorst: “Als mensen komen vanwege een val en een gebroken heup hebben, zijn ze blij dat wordt nagegaan waarom ze nou eigenlijk zijn gevallen. Want als dat een aandoening is zoals de niet herkende hartritme stoornissen, longontsteking of blaasontsteking die we eerder al noemden, wil je die niet over het hoofd zien.”

Waren jullie collega’s meteen enthousiast over deze aanpak?

De Jonghe: “We werken al heel goed samen op de afdelingen in het ziekenhuis waar een geriatrieteam vaak in medebehandeling is. Samenwerken op de SEH was een logisch vervolg, al was het wel een beetje omdenken voor de SEH. De SEH-verpleegkundigen wilden weten wat we precies van ze verwachtten. En we hebben de internisten, de traumachirurgen en alle andere specialisten die op de spoedeisende hulp werken, gevraagd of ze het wel zagen zitten dat wij langszij gingen werken om vanuit ons eigen expertisegebied naar een aantal zaken te kijken. Elke zorgverlener wordt er vrolijk van als je goede zorg kunt leveren en dat zien de collega’s voor hun ogen gebeuren. Zo worden onze directe collega’s vanzelf onze ambassadeurs.”

‘Een bredere blik zorgt ervoor dat we snel goede zorg kunnen bieden’

De Inspectie Gezondheidszorg wil dat bij alle 70-plussers die op de SEH komen, wordt gecheckt of ze (ooit) zijn gevallen.

Hogervorst: “Dat klopt. Er zijn ook medische richtlijnen die adviseren een check te doen op botontkalking of polyfarmacie (het gebruik van meerdere medicijnen tegelijkertijd, red.). Maar lang niet elke oudere die op de SEH komt voor een beoordeling door bijvoorbeeld een internist of chirurg, heeft naast die hoofdbehandelaar een GEM-team nodig. De meeste 70-plussers zijn fit. We kijken wél mee als het gaat om ouderen met meerdere aandoeningen, omdat zij een kwetsbare gezondheid hebben.”

Wat vinden patiënten ervan?

Beiden: “Ze vinden het heel fijn dat er aandacht is voor meer dan alleen hun ziekte. Ze voelen zich ook goed betrokken bij de keuzes in hun behandeling. Dat is prettig om te horen, want daardoor weten we dat het een goede zet was om op deze manier te gaan werken.” ■

Als je een mantelzorg hebt, kan die soms meehelpen in het ziekenhuis: www.plusonline.nl/mantelzorg-in-het-ziekenhuis