

Nederlandse Vereniging  
voor **Klinische Geriatrie**



## **ACUTE ZORG voor ouderen met een kwetsbare gezondheid**

**Geriatrische expertise is onmisbaar**



**juli 2025**

## MISSIE

*Elke oudere patiënt met een kwetsbare gezondheid heeft recht op een geriatrische benadering en/of beoordeling, ook in de acute zorg.*

### ***'I have a dream': de wenselijke situatie***

Een oudere met een kwetsbare gezondheid en met een acute klacht weet waar hij/zij terecht kan met deze klacht. Door ook een specialist met geriatrische expertise te betrekken, vindt er tijdig een goede beoordeling plaats, zodat deze oudere snel en adequaat de zorg krijgt die passend is bij de vraag. Dat kan variëren van acute opname in het ziekenhuis via de spoedeisende hulp (SEH) tot bijvoorbeeld intensievere inzet van welzijnsorganisaties (sociale domein).

### ***Voorbeeld wenselijke situatie***

Meneer Jansen van 86 jaar is thuis, in zijn levensfase bestendige woonomgeving, gevallen en kan niet meer overeind komen. Via zijn alarmsysteem krijgt hij contact met de buurvrouw. Omdat hij ernstige buikpijn heeft, waarschuwt ze de huisarts. De huisarts kent meneer Jansen en heeft in het afgelopen jaar al vaker zijn behandelwensen besproken, middels advanced care planning (ACP) gesprekken. Hij is op de hoogte van zijn comorbiditeit, polyfarmacie, matige conditie en loophulpmiddelen. Meneer Jansen krijgt maaltijdvoorziening en de administratie is door zijn kinderen overgenomen. De huisarts overlegt met meneer Jansen over de situatie en zijn behandelwens. Besloten wordt om hem voor diagnostiek in te sturen naar de SEH. De huisarts zorgt voor een warme overdracht waarin naast de val en buikklachten ook de conditie van de patiënt en diens verwachtingen worden besproken. Op de SEH wordt hij opgevangen door de chirurg wegens verdenking acute buik. Omdat uit de overdracht blijkt dat er sprake is van een oudere met een kwetsbare gezondheid, wordt tevens de klinisch geriater\* betrokken. De SEH-verpleegkundige, de chirurg en de klinisch geriater brengen hem breed in kaart. Wanneer blijkt dat er sprake is van darmobstructie door een colontumor wordt samen met meneer Jansen besproken wat de behandelopties zijn. De winst en de risico's die van een operatie kunnen worden verwacht, worden afgewogen tegen de kwetsbaarheden en behandelwensen van meneer Jansen.

### **Achtergrond**

In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) – aanvulling op het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt beschreven wat er moet veranderen om de zorg in de toekomst toegankelijk te houden. Deze casus illustreert een situatie waarin voorzien is in zelfstandige huisvesting die passend is voor ouderen die op sommige vlakken ondersteuning nodig hebben. Ook de winst van proactieve zorgplanning door een betrokken huisarts komt naar voren, net als het belang van een warme overdracht en interdisciplinair overleg om tot een passende behandelstrategie te komen. Vaak loopt het anders dan in onze casus. Regelmatig is de patiënt niet goed bekend in de eerste lijn en/of heeft proactieve zorgplanning niet plaats gevonden. Soms is de huisarts niet op de hoogte van alternatieven van een SEH-beoordeling of is er een gebrek aan tijd om hierover in overleg te gaan met mantelzorgers en professionals.

Een orgaanspecialist ontvangt en beoordeelt de patiënt op de SEH. De ernst van ziekte wordt vaak onderschat. Wanneer de problematiek op het terrein van een ander specialisme lijkt te liggen, worden deze in consult gevraagd of doorverwezen. Niet zelden is dat pas na enige tijd en wordt er extra aanvullend onderzoek aangevraagd. Er wordt dan serieel gewerkt, dus na elkaar i.p.v. naast of met elkaar. De ligduur op de SEH loopt dan fors op. Informatie over het functioneren van de patiënt op psychisch, functioneel en sociaal niveau komt niet of pas laat naar voren. De gevolgen van polyfarmacie worden niet altijd meegenomen en de behandelwens van de patiënt wordt niet altijd

---

\* overall waar klinisch geriater staat kan ook internist ouderengeneeskunde gelezen worden

uitgevraagd en meegewogen waardoor een acute behandeling wordt ingezet die soms niet meer gewenst is.

Zowel voor de logistiek op de SEH als voor een complete inhoudelijke beoordeling is het van belang dat de oudere met een kwetsbare gezondheid op de SEH in (mede) behandeling wordt gezien door een klinisch geriater.

In het visiedocument Acute Zorg van de Federatie Medisch Specialististen (FMS) van 2025 worden 4 categorieën acute patiënten beschreven. De meerwaarde van gezamenlijke behandeling bij ouderen met een kwetsbare gezondheid zit vooral in twee van deze categorieën, namelijk *'Patiënten met een ongedifferentieerde zorgvraag'* en *'Patiënten met chronische problematiek, die acuut ontregelt'*.

De eerste groep betreft patiënten waarbij een acute zorgvraag speelt, maar (nog) niet duidelijk is op welk gebied deze zorgvraag primair ligt. Het kan hierbij gaan om acute somatische en/of psychische problematiek, vaak gecompliceerd door problematiek in het functionele domein (de patiënt kan niet meer staan) of het sociale domein (het gaat niet meer thuis). De tweede groep is vaak al onder behandeling bij één of meerdere specialisten in het ziekenhuis. In beide gevallen is de kans groot dat de patiënt zich met een atypische presentatie zal presenteren, zoals verwardheid of ondertemperatuur. Vaak is er sprake van multimorbiditeit en bijkomende polyfarmacie. Ook zal een relatief simpel (medisch) probleem de zelfredzaamheid direct ernstig beïnvloeden. Tevens loopt de patiënt een groot risico op blijvende functionele achteruitgang. Bij zorgpersoneel op de SEH is vaak onvoldoende bekendheid met de 'atypische presentatie', hierdoor wordt de ernst van de situatie vaak onderschat, bijvoorbeeld bij verwardheid als uiting van een myocardinfarct of sepsis. Deze onderschatting kan leiden tot delay van diagnostiek en behandeling, wat potentieel levensbedreigend is voor de patiënt. Overschatting van de problematiek kan ook leiden tot potentieel vermijdbare complicaties door overbehandeling. De SEH is ingesteld op risico-inschatten, waarbij de tendens is eerder teveel te doen dan te weinig. Door deze complexiteit is de eerste opvang, diagnostiek, behandeling en het vaststellen van het te voeren beleid niet zo eenvoudig te protocolleren als voor patiënten met herkenbare problematiek. Veelal is een meer integrale interprofessionele aanpak op medisch-specialistisch niveau nodig, met een snelle opvolging van diagnostische onderzoeken, gevolgd door soms complexe afwegingen en interventies op meerdere domeinen. Wanneer dit niet gebeurt, is de kans op onnodige functionele achteruitgang groot. Goede afstemming met de ketenpartners, zoals de verpleeghuizen, is van groot belang. Wanneer er geen ziekenhuis indicatie is, heeft de patiënt dikwijls acuut meer ondersteuning nodig, bijvoorbeeld met thuiszorg of door middel van tijdelijke revalidatie.

#### Uitdagingen:

- Snel groeiende zorgvraag (met schaarste zorgaanbieders/ -verleners)
- Lange ligduur op de SEH
- Onderschatting (en overschatting) van de urgentie
- Missen van relevante gezondheidsproblemen door atypische presentatie
- Besluitvorming zonder alle relevante informatie
- Afstemming in de keten

Om meerdere redenen moeten bovenstaande uitdagingen worden aangegaan:

- Patiënten en zorgpersoneel hebben last van SEH presentatiestops door te hoog aanbod van patiënten en te lange ligduur waardoor continuïteit van zorg in het geding is.
- Lange ligduur leidt tot ondervoeding, decubitus, pijn, verhoogd risico op delier, ongemak, onzekerheid.
- Het is een belasting voor de mantelzorg.

- Onderschatting van de urgentie is schadelijk. De patiënt wordt niet met de juiste urgentie opgevangen. Onderzoeken en behandeling worden te laat of niet ingezet.
- Overschatting kan ook schade opleveren, door overbehandeling en te gehaste beslissingen zonder goede overeenstemming en een helicopterview.
- Wanneer er te smal wordt gekeken, worden niet direct alle relevante gezondheidsproblemen gevonden. Dat leidt tot lange ligduur, onterecht ontslag vanaf de SEH en herpresentaties waarbij de patiënt in een slechtere conditie is geraakt.
- Wanneer niet alle informatie beschikbaar is voor besluitvorming, zullen patiënten vaker onterecht worden ontslagen of juist worden opgenomen voor interventies die niet meer gewenst zijn.
- Goede afstemming in de keten maakt dat er zorg op de juiste plek geleverd kan worden, waardoor alleen patiënten met een ziekenhuis indicatie worden opgenomen.

### **Oplossingsrichtingen om tot de gewenste situatie te komen**

Zoals ook in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) beschreven, ligt een deel van de oplossing buiten het ziekenhuis, namelijk in het sociale domein en in de eerste lijn. In deze alinea noemen we kort andere oplossingen, maar de focus ligt op oplossingsrichtingen, bekeken vanaf de SEH. De SEH is bij uitstek de plaats om een snelle en intensieve beoordeling te doen, alhoewel geriatrisch diagnostisch goed uitgeruste spoedpoli's ook een deel van de patiëntenstroom zouden kunnen opvangen, mits goed getrieerd. Daarnaast zal de basiskennis over ouderenzorg van alle zorgprofessionals die in de acute zorg met ouderen werken op een goed niveau moeten zijn. Om zo de grote groep ouderen die met dubbele vergrijzing een beroep doen op de zorg, ook kwalitatief goede zorg op alle gebieden kan blijven krijgen.

#### **1. Organisatie van zorg**

##### ***Snelle beoordeling, maar niet op de SEH***

Spoedbeoordeling door een Specialist Ouderengeneeskunde.

- Een deel van de (sub) acute problemen kunnen goed beoordeeld worden door een specialist ouderengeneeskunde, middels een huisbezoek. Bijvoorbeeld wanneer gedragsproblemen, verminderd functioneren en/of sociale problematiek op de voorgrond staan.

Spoedpolikliniek Geriatrie.

- Voor een deel van de patiënten geldt dat zij niet acuut ziek zijn, maar dat er een subacute knik in het functioneren is. Op een poliklinische spoedvoorziening kunnen deze patiënten snel worden beoordeeld om slechtere uitkomsten en verdere escalatie te voorkomen. Snelle diagnostiek (bv. laboratoriumonderzoek, ECG, en CT scan) moet beschikbaar zijn en de mogelijkheid om te kunnen escaleren bij instabiliteit van de patiënt. Korte en snelle lijnen binnen het ziekenhuis en met de zorgaanbieders in de keten zijn van belang.

*Voorbeelden van innovatieve zorgvormen:*

- Spoedpoliklinieken in verschillende ziekenhuizen.
- De SubAcute Zorgstraat (SAZ) in Rotterdam. Onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater worden subacute problemen gezien en daarmee SEH-bezoeken voorkomen.
- Het Transmuraal Coördinatie Centrum Almere. Zij bezoeken ouderen thuis om opname te voorkomen.

#### **2. Beoordeling op de SEH**

Snelle triage

- Het is van belang om fitte ouderen snel te onderscheiden van hen met een kwetsbare gezondheid. Fitte ouderen kunnen prima alleen door een orgaanspecialist worden gezien.

#### Grotere efficiëntie op de SEH

- Doordat de klinisch geriater direct na aankomst van de patiënt in medebehandeling kan komen, wordt voorkomen dat er veel tijd overheen gaat, alvorens een volgende specialist wordt geconsulteerd. Hierdoor wordt de ligduur verkort en de efficiëntie vergroot.

#### Complete beoordeling

- (mede)Behandeling door een klinisch geriater brengt specialistische kennis over ouderen met een kwetsbare gezondheid met zich mee. Deze patiënten, die multiproblematiek hebben in meerdere domeinen, worden goed in kaart gebracht middels een (beperkt) Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). Daarbij wordt polyfarmacie meegenomen, evenals de uitkomsten van eerdere advance care planning en de huidige behandelwensen van de patiënt. Met de mogelijkheid van snelle (aanvullende) diagnostiek die de SEH biedt, kan zo een afgewogen behandelplan worden opgesteld, in samenspraak met de hoofdbehandelaar.

#### Opname in geval van een ziekenhuisindicatie

- Uiteindelijk valt de beslissing of er een indicatie is voor opname in het ziekenhuis. Goede afspraken in de keten zijn van belang om te zorgen dat alleen patiënten met een ziekenhuis indicatie worden opgenomen. Andere zorgvragen kunnen, vanaf de SEH, elders worden ondergebracht, bijvoorbeeld thuis met thuiszorg, op een tijdelijke revalidatie plek of op een PG-crisisplek. Zie hiervoor ook de volgende alinea 'Betere afstemming in de zorg rondom de patiënt'.

#### Voor ouderen geschikte omgeving

- Bij voorkeur heeft de SEH een ruimte beschikbaar voor een voor ouderen geschikt verblijf. Hierdoor kunnen complicaties zoals delier, pijn en decubitus ten gevolge van het SEH bezoek worden voorkomen. Gedacht kan worden aan een prikkelarme kamer, het beschikbaar zijn van eten (als er geen operatie indicatie is), en een prettige stoel (als de patiënt niet onnodig op de brancard hoeft te liggen). Denk daarnaast aan informatie voor de mantelzorgers waarin wordt uitgelegd wat de bedoeling is en welke bijdrage zij kunnen leveren, zoals het belang van informatie voor de hetero anamnese, overzicht van medicatie en het zorgen dat visus- en gehoorondersteuning aanwezig is.

#### Voorbeelden van innovatieve zorgvormen:

- GEM-werkwijze van Tergooi.
- Dijklander Ziekenhuis en Stichting Omring t.a.v. samenwerken in de keten.

### **3. Betere afstemming in de zorg rondom de patiënt**

#### Interprofessioneel samenwerken

- Regelmatig gaat een patiënt nog teveel heen en weer tussen professionals op de SEH. De kunst is om de juiste professionals zo snel mogelijk en zo doelmatig mogelijk bij elkaar te brengen. Juist voor die patiënt met multimorbiditeit en meerdere zorgvragen waarbij de regie vaak ontbreekt. Zie de [Richtlijn 'Multimorbiditeit en regie in het ziekenhuis'](#) in de Richtlijndatabase en Bijlage 1 voor de uitwerking.

#### Voorbeelden van innovatieve zorgvormen:

- ISA-model: Intensieve Samenwerkings Afdeling in het Jeroen Bosch Ziekenhuis.
- Multi Disciplinaire Afdeling Deventer Ziekenhuis.

### **4. Betere afstemming in het ziekenhuis**

- Door betere interprofessionele afstemming en samenwerking tussen de klinisch geriater, andere specialisten en de acute professional kan de patiënt sneller in kaart worden gebracht en kan er een adequaat behandelplan worden opgesteld. Interprofessioneel betekent samenwerken om inhoudelijk betere zorg te krijgen, maar ook optimaal samenwerken als zorgverleners onderling.

Ook na opname wordt de samenwerking gecontinueerd, bijvoorbeeld door het consultatieve team Geriatrie. Zij kunnen korte, beperkte adviezen geven tot en met intensieve medebehandeling leveren. Daarnaast zou idealiter op elke afdeling waar een significant aantal ouderen met een kwetsbare gezondheid opgenomen wordt, de beschikbaarheid moeten zijn over een huiskamer met activiteitenbegeleiding, ouderen vriendelijk ingerichte patiëntenkamers/ruimtes en een geriatrisch geschoold multidisciplinair team, dat ook op structurele basis betrokkenheid bij de MDO's heeft. Deze samenwerking moet zowel op verpleegkundig als medisch niveau plaats vinden (analoog aan de normen uit kwaliteitskader Spoedzorgketen).

*Voorbeeld van innovatieve zorgvormen:*

- Geriatrische traumatologie unit.

*Afstemming over de keten heen*

- Een deel van de ouderen met een kwetsbare gezondheid met een acute ontregeling hoeft niet in het ziekenhuis opgenomen te worden, maar kan ook (tijdelijk) niet naar huis. Deze ouderen hebben òf zorg òf revalidatie òf een mix daarvan nodig of soms kan extra inzet van het sociale domein al voldoende zijn. Op dit moment is het zo dat de keuze en indicatiestelling voor verzorgings- en verpleeghuiszorg beperkt zijn, waardoor veel ouderen niet in aanmerking komen. Daarnaast is de 24/7 toegang vaak zeer beperkt. Ook voor deze ouderen geldt dat de zorg ongedifferentieerd is en over de domeinen heen reikt (psychiatrisch/cognitief). Goede regionale afstemming is van belang, waarbij vraag en aanbod bij elkaar worden gebracht. Brede en snel toegankelijke voorzieningen onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde zijn noodzakelijk. Vanaf de SEH moet zorg in de VVT direct beschikbaar zijn. Het is van belang dit mee te nemen bij het inrichten van de regionale acute zorg.

*Voorbeeld van innovatieve zorgvormen:*

- Deventer ziekenhuis, beschikbaarheid transferbureau 7 dagen per week tot 22u, ook voor huisartsen en SEH.

**Leidraad 'acute zorg voor de oudere patiënt'**

Tijdens het opstellen van deze patient journey wordt door een multidisciplinaire werkgroep met klinisch geriateren en internisten-ouderengeneeskunde de eerste stappen gezet om de leidraad "Acute zorg voor de oudere patiënt" vorm te geven. Verwachte looptijd van de ontwikkeling hiervan is 1,5 jaar. De verwachting is dat daarvoor in veel ziekenhuizen al regioplannen voor acute zorg worden ontwikkeld in het kader van de transformatie, zoals beschreven in het IZA.

(NB: in juli 2025 is de [Leidraad Organisatie van spoedzorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid](#) gepubliceerd.)

Vanuit onze visie met betrekking tot de beste zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid en een acute zorgvraag, zijn er een aantal zaken die daarbij 'musthaves' zijn:

- De héle patiënt staat centraal.
- Alleen beoordeling op de SEH als dat elders (thuis, VVT, spoedpoli etc) niet gepast is.
- (mede)Beoordeling middels een (beperkt) CGA door een klinisch geriater.
- Interprofessionele samenwerking dat functioneert als een team rondom de patiënt en dat besluitvorming doet mét de patiënt.
- Voorbeeld nemen aan innovatieve zorgvormen.
- Alleen opname in ziekenhuis wanneer er een ziekenhuis indicatie is.
- Goede afstemming in de keten om zo andere zorgvragen elders te kunnen faciliteren.

### **Samenvatting**

Voortkomend uit de urgentie zoals beschreven in het AZWA en IZA is de acute zorg in ontwikkeling. Ouderen met een kwetsbare gezondheid zijn vaak 'patiënten met een ongedifferentieerde zorgvraag' of 'patiënten met een acuut op chronische zorgvraag bij multimorbiditeit'. Elke oudere patiënt met een kwetsbare gezondheid en een acute zorgvraag heeft wat ons betreft recht op een geriatrische (mede)beoordeling. Daarom pleiten wij voor verandering in het denken en in de organisatie van de acute zorgketen. De klinisch geriater treedt op als expert, om samen met andere specialisten in het ziekenhuis en in de gehele keten, de optimale zorg te leveren, zodat deze kwalitatief goed en ook nog eens efficiënt is. Middels het (beperkt) CGA en in samenspraak met de hoofdbehandelaar, wordt er een afgewogen beslissing genomen, mét de patiënt en diens naasten. Besproken wordt welke zorgvraag er ligt en waar die zorg het best kan worden geleverd. Zo wordt duidelijk wat voor deze specifieke patiënt de beste en de juiste zorg is op de juiste plek.

## **BIJLAGE 1: Toelichting door de auteurs van dit artikel op: INTERPROFESSIONEEL SAMENWERKEN**

### **De kansen en oplossingen**

Er zijn meerdere manieren om de acute zorg te stroomlijnen. Een van de vaakst genoemde is het sorteren op hoog en laagcomplex en/of op spoed of geen spoed. Dat klinkt als een goede oplossing, echter juist bij de categorie 'oudere patiënten met een kwetsbare gezondheid' is de informatie om dit onderscheid te kunnen maken vooraf vaak niet beschikbaar. De pathologie die schuil gaat bij een patiënt met een atypische presentatie kan bij veel verschillende eindconclusies passen, zoals een laagcomplex zorgprobleem, een pneumosepsis, terminaal hartfalen of covid. Je kan de patiënt dus pas sorteren ná je analyse en voorsorteren leidt tot misclassificatie met risico's van dien bijvoorbeeld door patiënten met een pneumosepsis niet op de SEH te zien (time until needle neemt dan toe).

Een andere manier van voorsorteren is op vakgebied, dan ziet bijvoorbeeld de SEH arts alle verwijzingen op de SEH of juist een orgaanspecialist. Dat heeft ook zijn nadelen. De oudere patiënt met een kwetsbare gezondheid past nu eenmaal niet goed in een vakje, en ook niet goed in één vakgebied. De optie om alle verwijzingen door de SEH arts te laten beoordelen kent ook nadelen. Zij zijn breed opgeleid in acute zorg, dat is zeker hun kracht, maar ze bezitten geen specifieke geriatrie kennis en tevens zijn ze geen expert op alle gebieden. Juist bij complexe problemen kan er expertise nodig zijn van de medisch specialist.

### **De juiste richting wordt door de patiënt bepaald**

Wat is dan wel de juiste richting? Daarbij gaat het om efficiënte en kwalitatief goede zorg. Dat begint door initieel meteen goed naar de patiënt te kijken. Wanneer er breed wordt gestart en daarna pas richting wordt geven, kan de zorg doelmatiger. Bij elke patiënt moet men zich afvragen of het team compleet en complementair is en moet iedereen op de hoogte zijn van elkaars expertise. Dat heet interprofessioneel samenwerken. Hierbij worden kennisdomeinen gecombineerd, wordt er onderling goed samengewerkt én wordt er met de patiënt afgestemd. Dit laatste kan door één iemand te laten communiceren met de patiënt op de SEH en niet door vier dokters na elkaar die ieder alleen over hun eigen stukje vertellen. De basisgedachte zou moeten zijn: 1 patiënt, 1 team eromheen, 1 gezamenlijke opdracht, 1 communicatielij. Daarvoor zijn een aantal voorwaarden nodig, zoals elkaar en elkaars vakgebied kennen, non-hiërarchisch werken en echt vanuit de patiënt keuzes maken. De literatuur over interprofessioneel samenwerken laat zien dat deze werkwijze tot betere patiëntenzorg leidt en tot een betere doelmatigheid. Nu gebeurt het nog te vaak dat er drie dokters na elkaar de patiënt beoordelen om vervolgens te concluderen dat het "niet mijn vakgebied betreft". We hopen dat we dat op korte termijn heel erg ouderwets gaan vinden. Het laaghangende fruit is er: samenwerken als interprofessioneel team rondom de patiënt! Hiertoe moeten we hokjes, vakjes en vakgebieden en hiërarchie durven los te laten.