



# Interprofessioneel samenwerken en opleiden

12 Oktober 2023

Dr. M. van Eijk, specialist ouderengeneeskunde

Dr. M.J. Verhoef, AIOS specialisme  
ouderengeneeskunde

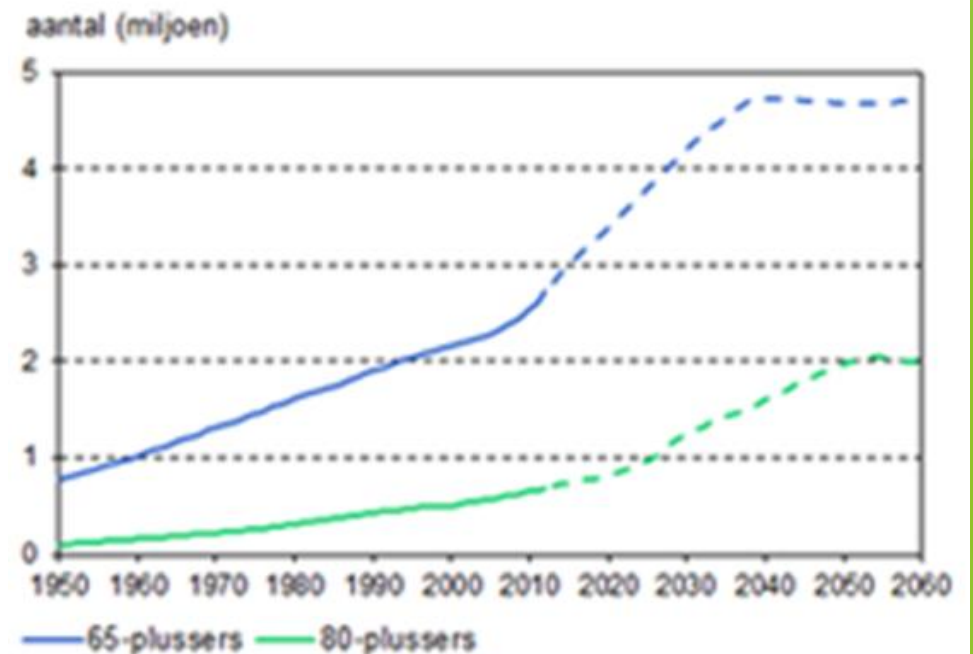
# Onze patiënten

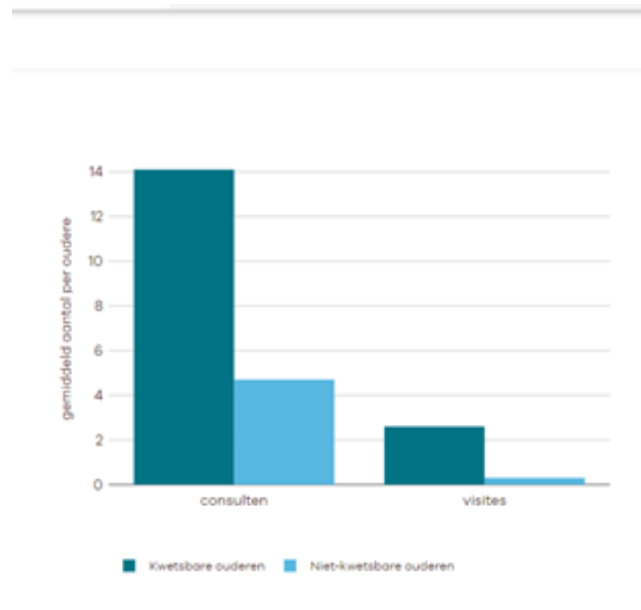
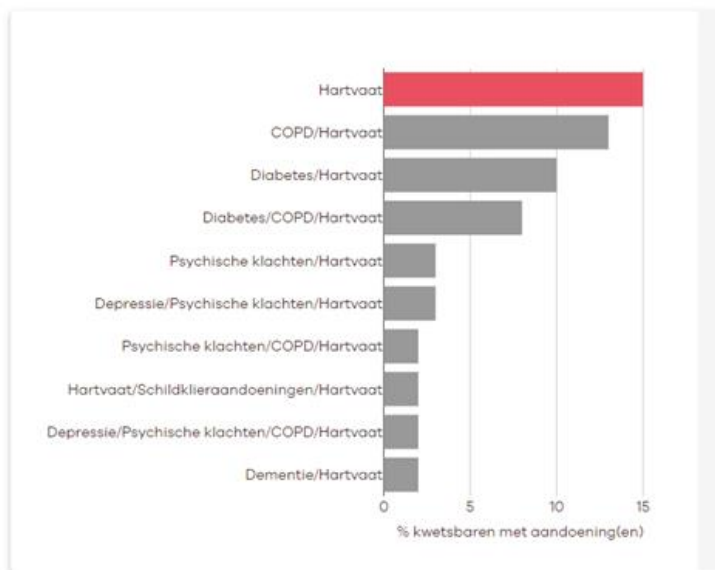
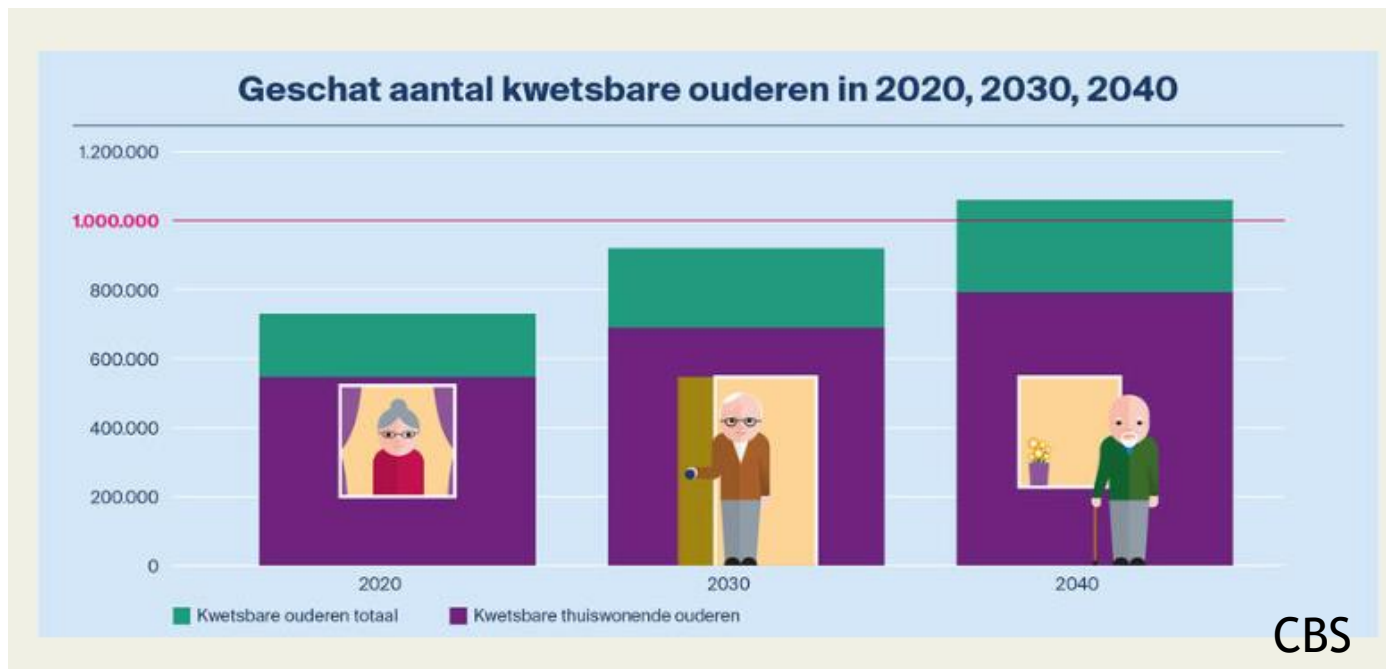


# De 'silver tsunami'

Demografie: vergrijzing

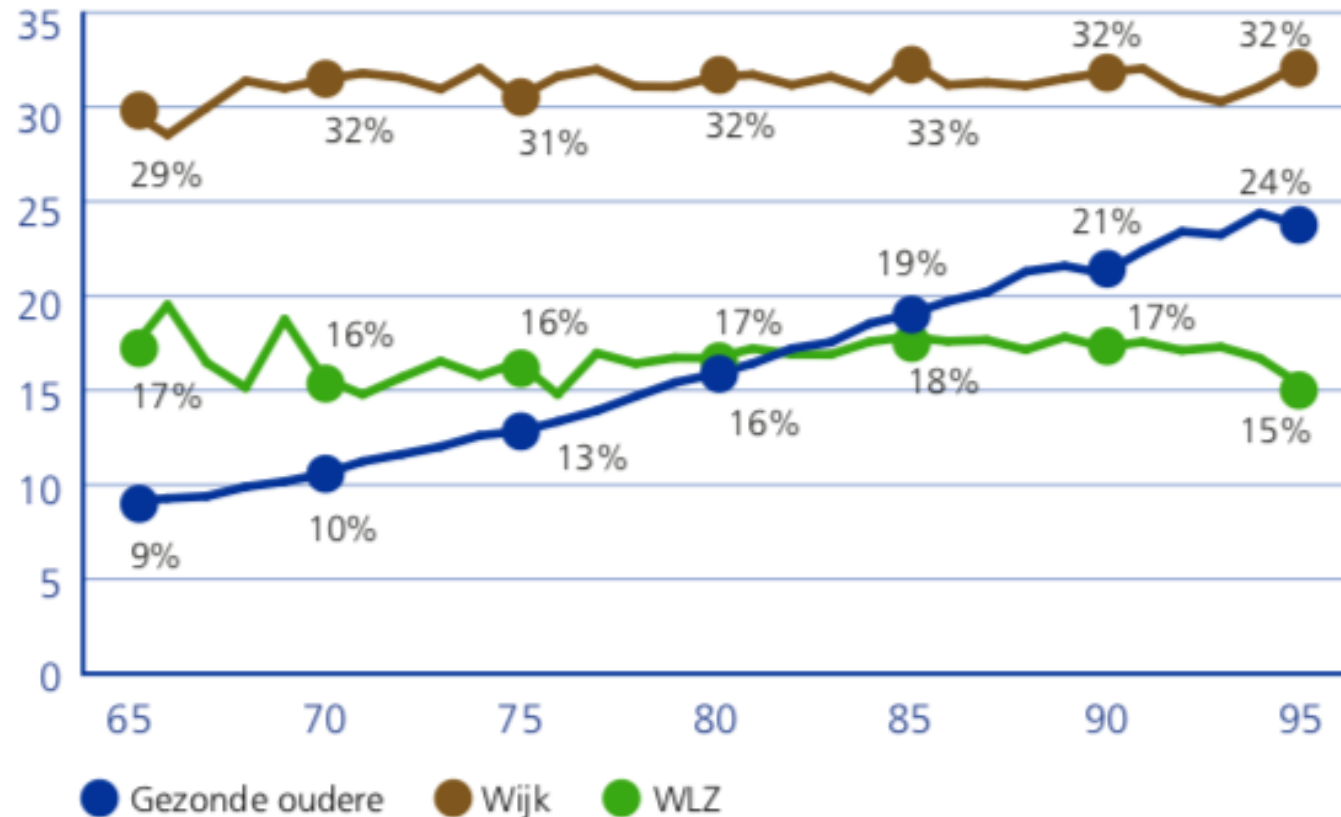
- Doelstelling overheid: zo lang mogelijk thuis
- Verplaatsing chronische zorg van 2<sup>e</sup> lijn naar 1<sup>e</sup> lijn
- ▶ → Druk op eerste lijn neemt toe







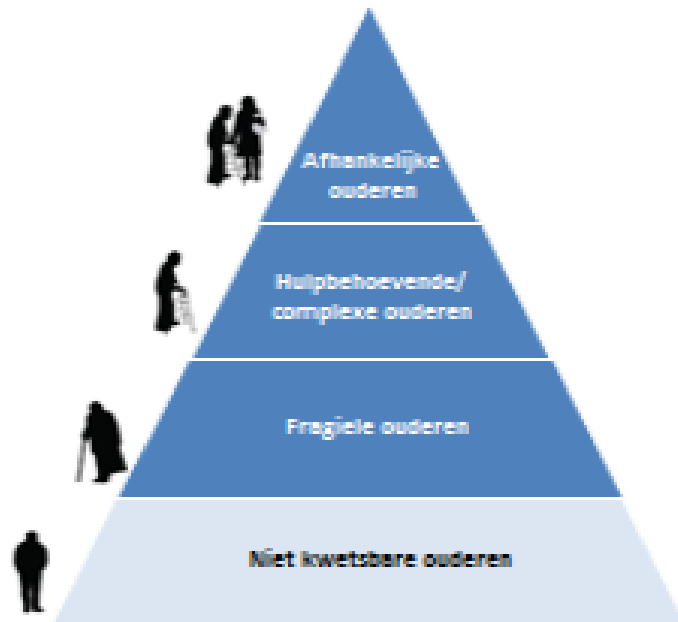
# Kans dat een oudere op de SEH belandt



Bron: Vektis

➤ 25% van de SEH bezoeken kunnen worden voorkomen (Purdy ea. 2012)

# Pyramide 80+



## Clinical Frailty Scale\*

- 1 **Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.
- 2 **Well** – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.
- 3 **Managing Well** – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.
- 4 **Vulnerable** – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.
- 5 **Mildly Frail** – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.
- 6 **Moderately Frail** – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 **Severely Frail** – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 **Very Severely Frail** – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. **Terminally Ill** - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

### Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

\* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

© 2009, Version 1.2\_EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

# Casus 1 SEH bezoek; Alleenstaande, 90-jarige man

RvK: gevallen tijdens doe  
'net' thuis)

Relevante voorgeschiede

Medicatie: geen

CGA

SNAQ 3; er is sprake van

Katz ADL 0/6; Is volledig

PMS 3/3/3; loopt alle afs

Valrisico 1/1; is vandaag

6CIT 18/28; score 11-28 i

Delierisico 2/3; er zijn g



1: gaat nog


2: stoornis  
veest

# APOP predictiemodel; 90 dgn

## Functionele achteruitgang

### Mortaliteit

APOP



Start APOP screening ED →

What do the results mean? →

Background →

Video Animations →

Scientific Context →

This version of the APOP screener (v2.0) is based on scientific research (De Gelder, Experimental Gerontology, 2018)

By using the APOP screener you agree to the terms and conditions of the [disclaimer](#).

v2.0 Copyright © LUMC

[NL - DE - APOP website](#) - [Disclaimer](#)

<https://screener.apop.eu>

#### Determinanten

#### Odds ratio (95% BI)

Leeftijd	1.30 (1.21-1.40)
Mannelijk geslacht	0.93 (0.78-1.12)
Aankomst per ambulance	1.58 (1.32-1.91)
Hulp nodig bij ADL/iADL	1.71 (1.39-2.10)
Hulp nodig met douchen/ in bad	1.76 (1.40-2.21)
Opgenomen geweest in het ZH in afgelopen 6 mnd	1.54 (1.27-1.87)
Verminderde cognitie	1.29 (1.06-1.57)



# Laag risico vs Hoog risico

(interne geneeskunde)

**Table 2. Short-term clinical outcomes in older patients acutely hospitalised for internal medicine**

	APOP screening result			p-value*
	All (n = 319)	'Low risk' (n = 225)	'High risk' (n = 94)	
Hospital LOS in days (median; IQR)	4 (1-8)	3 (1-7)	5 (3-10)	0.006
In-hospital mortality, n (% (95%CI))	21 (6.6 (4.4-9.9))	13 (5.8 (3.4-9.7))	8 (8.5 (4.4-15.9))	0.381
<b>Discharge</b>	<b>(n = 296)*</b>	<b>(n = 210)*</b>	<b>(n = 86)*</b>	
<b>Discharge to former place of residence, n (% (95%CI))</b>				< 0.001
(Semi) Independent at home	220 (74.3 (69.1-79.0))	173 (82.4 (76.7-86.9))	47 (54.7 (44.2-64.8))	
Nursing home	24 (8.1 (5.5-11.8))	6 (2.9 (1.3-6.1))	18 (20.9 (13.7-30.7))	
<b>New institutionalisation at discharge, n (% (95%CI))</b>				
Other hospital	19 (6.4 (4.2-9.8))	17 (8.1 (5.1-12.6))	2 (2.3 (0.6-8.1))	
Nursing home	17 (5.7 (3.6-9.0))	7 (3.3 (1.6-6.7))	10 (11.6 (6.4-20.1))	
Rehabilitation	8 (2.7 (1.4-5.2))	2 (1.0 (0.3-3.4))	6 (7.0 (3.2-14.4))	
Hospice	6 (2.0 (0.9-4.4))	4 (1.9 (0.7-4.8))	2 (2.3 (0.6-8.1))	
Other	2 (0.7 (0.2-2.4))	1 (0.5 (0.1-2.7))	1 (1.2 (0.2-6.3))	

LOS = length of stay; n = number; 95% CI = 95% confidence interval

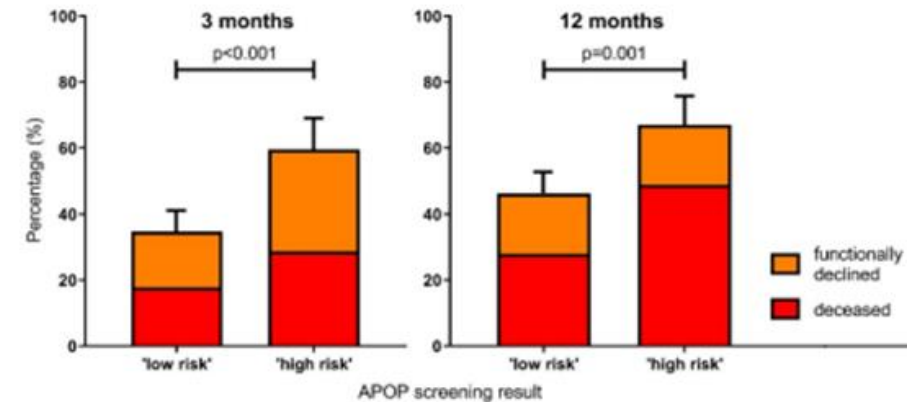
\*: p-value between groups measured by  $\chi^2$  for categorical values and Mann-Whitney U test for non-parametric variables.

\*: Numbers of survivors being discharged after admission

Missing information for 'low risk' patients: hospital LOS (1), in-hospital mortality (2), discharge destination after admission (2)

Missing information for 'high risk' patients: hospital LOS (1)

**Figure 2. Functional decline and mortality, 3 and 12 months after acute hospitalisation stratified by APOP screening result**



Percentage of patients deceased or with decline in functioning compared to the level of functioning at baseline (2 weeks before hospitalisation), at 3 months and at 12 months after acute hospitalisation. Percentages are stratified by the APOP screening result in the ED. Absolute numbers at 3-month follow-up: 'Low risk' patients, n = 40 deceased, n = 38 functional declined. 'High risk' patients, n = 27 deceased, n = 29 functional decline. Absolute numbers at 12-month follow-up: 'Low risk' patients, n = 63 deceased, n = 41 functional decline. 'High risk' patients, n = 46 deceased, n = 17 functional decline.

APOP = Acutely Presenting Older Patient screener

# IKOS

APOP → probleem haalbaarheid tijd SEH HMC (2-3 min)

IKOS: Inschatting Kwetsbare Oudere SEH → circa 30 sec

- Sociale context verpleeghuis?
- Presentatie met val?
- Sprake van dementie?
- Vindt u deze patiënt kwetsbaar?



*Kwetsbaar indien  $\geq 1$  positief*



*interdisciplinaire beoordeling door internist- /  
specialist ouderengeneeskunde*

# Artikel medisch contact Sept 2023

ouderen

34

MC 99, 28 september 2023

Kwetsbare ouderen verblijven er onnodig lang en vaak

## De SEH heeft dringend meer ouderengeneeskunde nodig

Oudere kwetsbare SEH-patiënten krijgen daar vaak niet de behandeling die ze verdienen. SEH-professionals missen daartoe de expertise. Er is dan ook meer ruimte nodig voor ouderengeneeskunde, iets wat het HMC Westeinde met succes heeft gedaan.



# Casus 2 poliverwijzing 75-jarige vrouw

Gaarne uw evaluatie van bovenstaande patient bij  
spec. HV optimaliseren van zorg  
recent CAD waarbij meerdere UWI  
Uroloog eval geen vervolg aldaar

bij fam mn zorgen om onvold med.handelen  
waarbij iom fam een eval via u tbv feedback mogelijke verbeterings punten in  
plan

- kwetsbare ouderen plan 25-07-2023 opzet door drs. HUISARTS  
nu betrokken: dieetist, ergo therapie, thuiszorg via PGB.

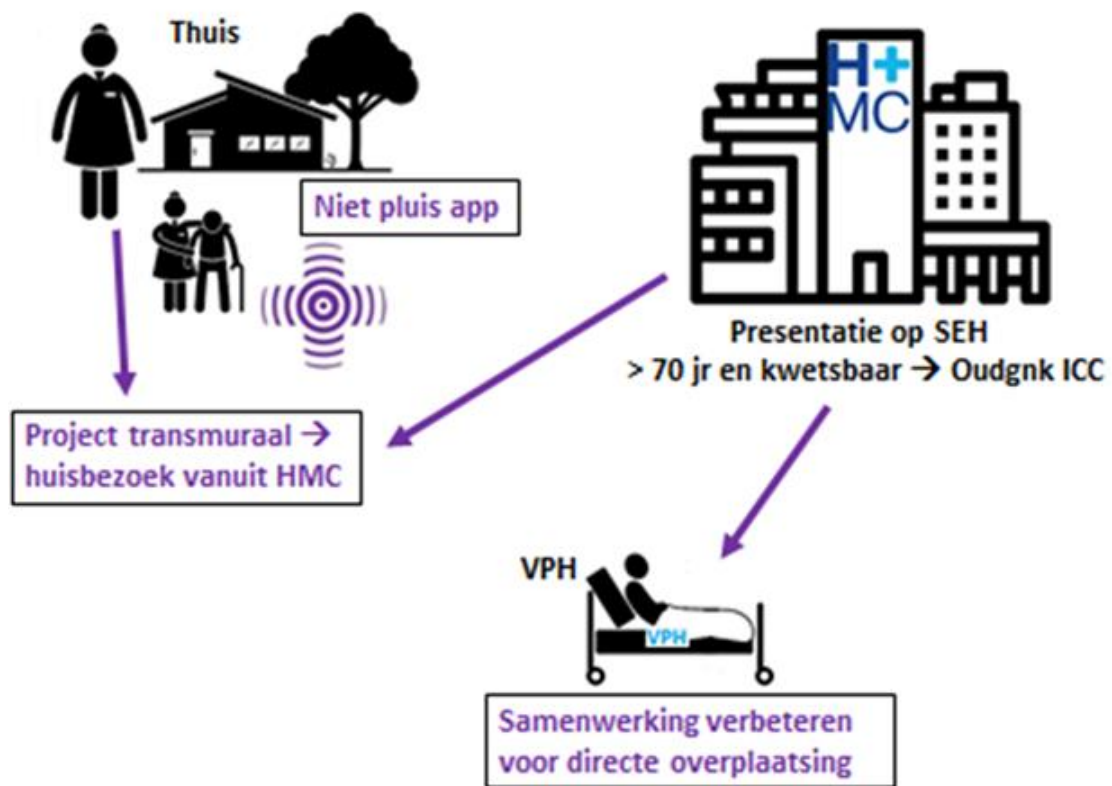
Hulpvraag: evaluatie en mogelijke opties voor verbeteren vd behandeling.







# Transmurale zorgstage



- HAIO
- AIOS SO
- Internist OG i.o.

# Casus 1 vervolg contact; Alleenstaande, 90-jarige man

Na 2 dgn na ontslag SEH huisarts zoekt contact met afdeling ouderengeneeskunde:

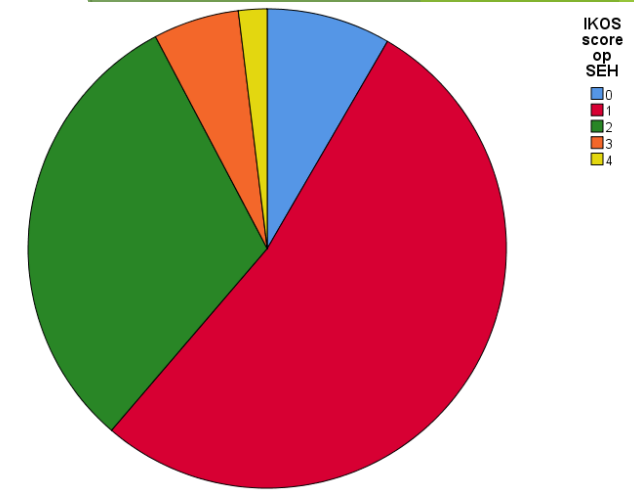
- ▶ Patient zit op spreekuur, niet verward. Weet alleen waarom hij bij de huisarts is. Bloed in de onderbroek, geen CAD in situ. Tevens geen symptomen van blaasretentie.
- ▶ Patient valt de laatste tijd vaker.
- ▶ Er is geen diagnose dementie.

Er wordt follow up afgesproken vanuit transmuraal team (stond al gepland)

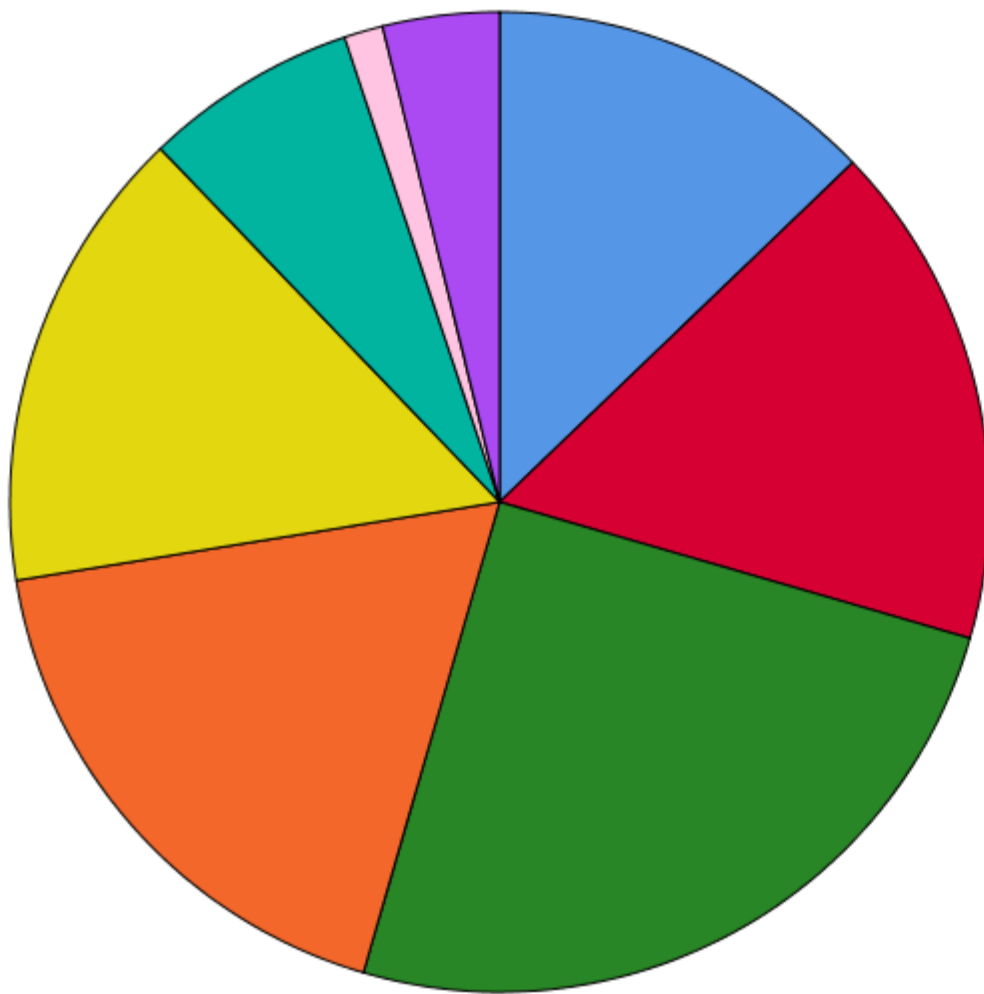
# Database 1 jaar (start 01-09-2022)

## N=162

Variabele	Uitkomst	Bereik
Leeftijd	81 jaar	(60-97 jaar)
Geslacht	48% man	
Clinical Frailty Scale score	4.5	(1-9)
Bekend op de afdeling OG	29%	
Follow up na ontslag	67%	Oa huisbezoek
Volgend SEH bezoek	15%	Sinds start
Succesvolle interventie	64%	



# Ingestuurd voor:



## Hoofdbehandelaar op SEH

- SEH
- Interne
- Chirurgie
- Neurologie
- Cardiologie
- Longgeneeskunde
- KNO
- Overig

# Casus 1 vervolg thuis; Alleenstaande, 90-jarige man

## 1. Somatisch:

- Er zijn aanwijzingen voor gewichtsverlies
- Eerdere retentieblaas. Anamnestic geen mictieklachten. Bij LO geen retentieblaas.
- Cardiovasculaire aandoeningen normaal ECG, wel orthostase. DD autonome disfunctie bij vasculair parkinsonisme.
- Overmatig alcoholgebruik

## 2. Functioneel:

- Is volledig zelfstandig in ADL taken
- Loopt binnen en buiten zonder hulpmiddelen, wel wat schuifelende gang. DD bij vasculair parkinsonisme.
- Verhoogd valrisico. Multifactorieel. Anamnestic geen valangst.

## 3. Psychisch/cognitief:

- Geen aanwijzingen voor een depressieve stoornis
- Er zijn aanwijzingen voor een cognitieve stoornis met weinig tot geen ziekte-inzicht
- Verhoogd delierrisico

## 4. Sociaal:

- Woont alleen op de tweede etage zonder lift
- Krijgt thuiszorg en huishoudelijke hulp
- Heeft een casemanager



# Succes?

- ▶ Aanvullende gesprekken over wensen ten aanzien van proactieve zorg
- ▶ Uitgebreide medicatiereview met adviezen voor aanpassing
- ▶ Cognitief profiel beter in kaart
- ▶ Functionele profiel beter in kaart
- ▶ Valproblematiek
- ▶ Aanvullende zorgdiagnostiek
- ▶ Zinnige zorg



[M.van\\_Eijk.PHEG@LUMC.nl](mailto:M.van_Eijk.PHEG@LUMC.nl)

[M.Verhoef@umail.Leidenuniv.nl](mailto:M.Verhoef@umail.Leidenuniv.nl)

Bedankt voor uw  
aandacht !

