

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Screening op kwetsbaarheid bij ouderen op de SEH

Carmen S. van Dam, Marijke C. Trappenburg, Mike J.L. Peters, Laura C. Blomaard, Jacinta A. Lucke en Simon P. Mooijaart

Samenvatting

Bij acuut zieke ouderen is er een hoog risico op ongewenste gezondheidsuitkomsten, zoals functieverlies, zorgafhankelijkheid of overlijden.

Screeninginstrumenten kunnen helpen om op de SEH ouderen te identificeren bij wie het risico op ongewenste uitkomsten hoog is. Een uitgebreid geriatrisch onderzoek ('comprehensive geriatric assessment', CGA) en passende interventies, zoals inventarisatie van benodigde nazorg, ontslaginstructies en 'advance care planning' (ACP), kunnen helpen om de uitkomsten te verbeteren.

Implementatie van screening op kwetsbaarheid op de SEH vereist een toegesneden aanpak.

De huidige screeninginstrumenten verschillen in de populatie waarvoor ze bedoeld zijn, het moment waarop ze toegepast moeten worden, de uitkomstmaten en voorspellende eigenschappen. De APOP-screener is in Nederlandse ziekenhuizen ontwikkeld en gevalideerd.

Een screeningsinstrument is onderdeel van brede scholing, bewustwording, aanpassing van zorgprocessen en protocollen en implementatie van passende interventies die zijn gericht op het verbeteren van uitkomsten voor acuut zieke ouderen.

Casus

Onze patiënt, een hoogopgeleide man van 82 jaar, woont zelfstandig met huishoudelijke hulp. Zijn voorgeschiedenis vermeldt hypertensie en diabetes mellitus type 2 waarvoor hij respectievelijk lisinopril en metformine gebruikt. Op zaterdagmiddag komt hij met de ambulance naar de SEH, omdat hij is gestruikeld. De traumascreening brengt geen bijzonderheden aan het licht. Wel heeft hij een lichte hypertensie (170/80 mmHg) en een regulaire pols van 70 slagen/min. Vóór ontslag wordt een kwetsbaarheidsscreening verricht, waaruit aanwijzingen voor een cognitieve stoornis en een verhoogd risico op ondervoeding naar voren komen. De mantelzorgster wordt gebeld en deze vertelt dat patiënt vaak zijn medicijnen vergeet en soms ook vergeet te eten. Na overleg wordt dagelijkse thuiszorg voor de medicatietoediening en ondersteuning bij de maaltijden opgestart. Fysiotherapie wordt aanbevolen om valincidenten te voorkomen. Tot slot sturen we de huisarts een brief met de uitslag van de screening en de interventies die wij hebben ingezet.

Per jaar bezoeken ongeveer 800.000 ouderen de Spoedeisende Hulp (SEH).¹ In 2016 was 33% van alle SEH-bezoekers 65 jaar of ouder.¹ Op basis van de vergrijzing verwacht men dat het aantal ouderen op de SEH over 10 jaar met 10% gegroeid is.² Ouderen verblijven langer op de SEH, mede door de complexe problemen waarmee zij zich presenteren.³ Een SEH-bezoek resulteert vaker in een opname en ouderen die naar huis worden ontslagen komen vaker terug naar de SEH.¹ Ouderen ondervinden ook vaker ongewenste uitkomsten na een SEH-bezoek. In de eerste 3 maanden na het bezoek ervaart 20% functionele achteruitgang, 25% komt opnieuw naar de SEH en 10% komt te overlijden.^{3,4}

Screening op kwetsbaarheid

Internationale werkgroepen en commissies adviseren om ouderen al op de SEH te screenen op het risico op ongewenste uitkomsten.⁵⁻⁷ Afgelopen jaar werd ook in ons land een beleidsnota gepresenteerd met daarin het advies om iedere oudere patiënt bij binnenkomst in het ziekenhuis te screenen.⁸ Wanneer bij de screening het risico op een ongewenste gezondheidsuitkomst groot is, wordt een patiënt 'kwetsbaar' geacht en wordt een uitgebreid geriatrisch onderzoek ('comprehensive geriatric assessment', CGA) aanbevolen.^{6,7,9}

Een CGA is effectief als het gaat om het verbeteren van de uitkomst bij acuut zieke ouderen.¹⁰ Het vergroot de kans om 3-12 maanden na het SEH-bezoek nog in leven te zijn en thuis te wonen.¹⁰ Gezien de tijd die vereist is om een CGA uit te voeren, is het niet haalbaar om deze bij iedere patiënt op de SEH uit te voeren. Wel kunnen op de SEH de principes van een CGA worden toegepast, zodat bij patiënten met een hoog risico op ongewenste uitkomsten interventies worden ingezet die gericht zijn op het leveren van passende zorg en een spoedig herstel. Deze werkwijze stelt voorwaarden aan het screeningsinstrument: het moet eenvoudig te gebruiken zijn en het moet hoog-risicopatiënten effectief aanwijzen.

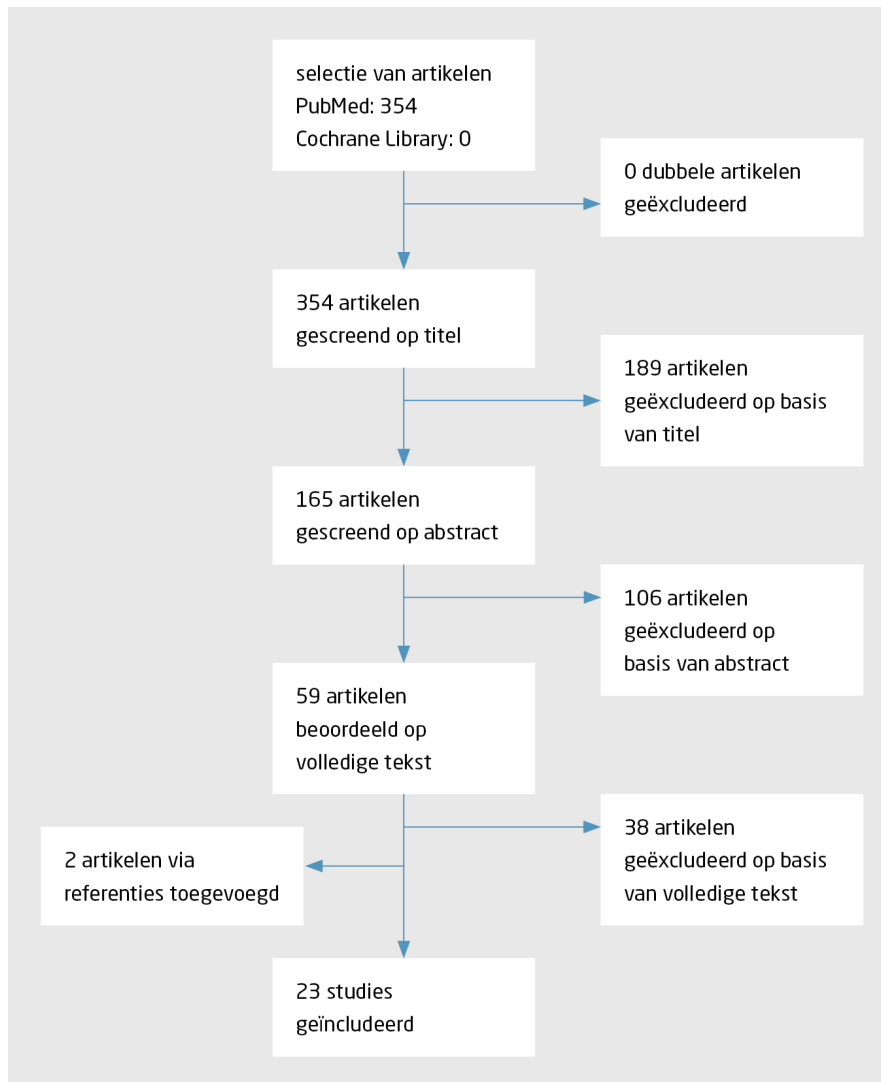
Er is veel onduidelijkheid over de screening op het risico op ongewenste uitkomsten bij acuut zieke ouderen op de SEH. Zowel over

de opbrengst van de screening als over het meest geschikte instrument zijn vragen. In dit overzichtsartikel beschrijven wij de voor- en nadelen van deze screening. Wij bespreken met welke uitgangspunten rekening gehouden moet worden bij het kiezen en implementeren van een screeningsinstrument.

Literatuuronderzoek

Voor dit overzicht verrichtten wij een zoekactie in Medline met de volgende MESH-termen en hun synoniemen: ‘emergency medicine’, ‘older adults’, ‘frailty’ en ‘screening’. Hierbij zochten wij naar Nederlandstalige of Engelstalige artikelen die in de afgelopen 10 jaar waren gepubliceerd. Via referenties voegden wij relevante artikelen toe. Artikelen kwamen in aanmerking voor inclusie wanneer het gebruik van een screeningsinstrument om kwetsbaarheid bij ouderen op de SEH vast te stellen werd besproken.

In totaal hebben wij 23 artikelen meegenomen in dit overzicht (figuur 1).



Figuur 1
Stroomdiagram van het literatuuronderzoek

Screeningsinstrumenten

Het begrip ‘kwetsbaarheid’ is lastig te operationaliseren. Er is geen eenduidige definitie of gouden standaard voor. Bovendien is het verband tussen kwetsbaarheid en de gezondheidsuitkomsten onduidelijk en sterk afhankelijk van de situatie. De meeste screeninginstrumenten zijn predictiemodellen die een voorspelling geven op basis van de leeftijd, comorbiditeit en risicofactoren voor geriatrische syndromen.¹¹ Tabel 1 geeft een overzicht van de patiëntkenmerken waarop gescoord moet worden in veelgebruikte screeningsinstrumenten.

instrument	te scoren kenmerken	score		afkapwaarde*
		nee	ja	
CFS ¹⁸	vitaliteit op basis van klinisch oordeel:			
	erg vitaal		1	risico op negatieve
	redelijk vitaal		2	uitkomsten bij score ≥ 4
	redelijk vitaal met behandelde comorbiditeit		3	
	ogenschijnlijk kwetsbaar		4	
	mild kwetsbaar		5	
	matig kwetsbaar		6	
	erg kwetsbaar		7	
ISAR ²²	ADL-afhankelijkheid	0	1	risico op negatieve
	visusstoornissen	0	1	uitkomsten bij totale score
	cognitieve stoornissen	0	1	≥ 2
	ziekenhuisopname in voorgaande 6 maanden	0	1	
	polyfarmacie	0	1	
	acute functionele achteruitgang	0	1	
ISAR-HP ¹⁵	IADL-afhankelijkheid	0	1	risico op functionele
	gebruik loophulpmiddel	0	2	achteruitgang bij totale score
	begeleiding bij reizen	0	1	≥ 2 †
	opleiding/scholing na het 14e levensjaar	1	0	
VMS ¹⁶	delier (3 items)	0	≥ 1	70-80 jaar: risico op
	val in de afgelopen 6 maanden	0	1	negatieve uitkomsten bij
	Katz-ADL-index (6 items)	0-1	≥ 2	score ≥ 3 ;
	voedingsstatus (SNAQ-score) (3 items, maximumscore 5)	0-1	≥ 2	> 80 jaar: risico op negatieve uitkomsten bij score ≥ 1
APOP ⁴	leeftijd	berekening	$\geq 50\%$	kans op functionele
	geslacht	op basis		achteruitgang†
	ingebracht met ambulance	van een	of $\geq 25\%$	kans op overlijden
	iADL-ondersteuning	algoritme	binnen 3 maanden	
	hulp bij baden/douchen			
	ziekenhuisopname in voorgaande 6 maanden			
	cognitieve stoornissen			

CFS: Clinical Frailty Scale; ISAR(-HP): Identification of Seniors At Risk(-Hospitalised Patients); VMS: Veiligheidsmanagementsysteem; APOP: Acuut presenterende oudere patiënt; SNAQ: Short Nutritional Assessment Questionnaire; IADL: instrumentele activiteiten in het dagelijks leven.

* Negatieve gezondheidsuitkomst is gedefinieerd als: functionele achteruitgang en/of hogere zorgbehoefte of overlijden na een follow-upduur van 12 maanden.

† Functionele achteruitgang gedefinieerd als: ≥ 1 punt toename op de Katz-ADL-index na een follow-upduur van 3 maanden.

Tabel 1
Instrumenten om de kwetsbaarheid van ouderen te meten

De screeninginstrumenten beogen ongewenste gezondheidsuitkomsten te voorspellen, en deze variëren per instrument. De meest bestudeerde uitkomsten zijn functionele achteruitgang, institutionalisering (opname in een verzorgings- of verpleeghuis), ziekenhuisopname, opnieuw de SEH bezoeken en overlijden.¹¹ Vaak worden deze gecombineerd tot één uitkomstmaat waarop het afkappunt van de test wordt bepaald. Hoewel te verwachten is dat het risico op ongewenste uitkomsten een gradering vertoont, worden de meeste screeninginstrumenten pragmatisch ingezet als dichotome testen. Dit leidt tot een ‘zwart-witte’ typering van ouderen als kwetsbare versus niet-kwetsbare mensen, terwijl het instrument idealiter een risicoschatting geeft.

Algemene testeigenschappen

De meeste instrumenten hebben een hoge sensitiviteit en een lage specificiteit. Met andere woorden: bij een negatieve

screeningsuitslag is de kans op een ongewenste uitkomst klein, maar de waarde van een positieve screeningsuitslag is onzeker omdat er veel fout-positieve uitslagen zijn.¹¹ Bij het verhogen van de afkapwaarde neemt de specificiteit van een instrument toe, maar zal een aantal acuut zieke ouderen worden gemist voor wie interventies wel toegevoegde waarde hebben. Bij een hogere afkapwaarde hebben interventies voor de populatie als geheel mogelijk minder opbrengst, maar ze zijn wel doelmatiger.¹¹

Het ideale instrument

Het ideale prognostische instrument moet op individueel niveau de beoogde uitkomst kunnen voorspellen.¹² Bij risicovoorspelling is het belangrijk om instrumenten niet alleen te beoordelen op het onderscheidend vermogen (de 'area under the curve', AUC), maar ook naar de voorspellende eigenschappen op zich te kijken.¹³

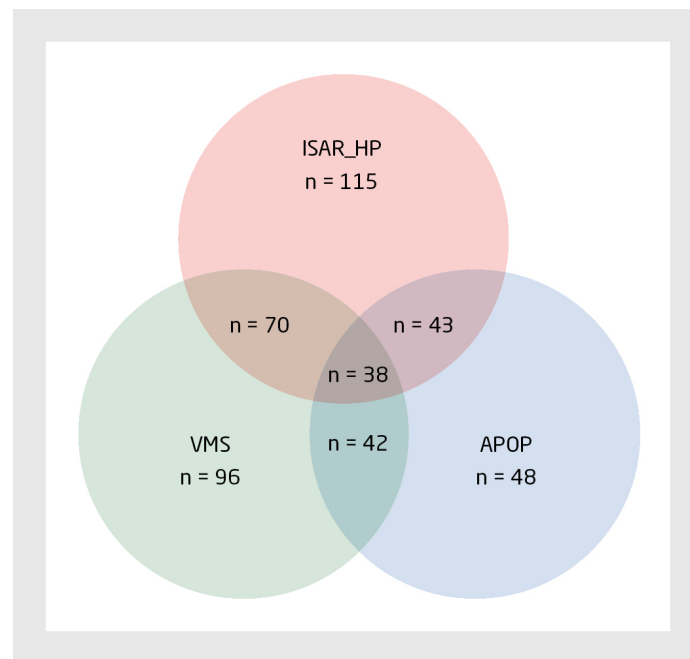
Het is belangrijk te beseffen dat de screeningsinstrumenten ontwikkeld zijn om ongewenste uitkomsten in de toekomst te voorspellen. Het zijn dus geen diagnostische instrumenten.¹³ De uitkomst is er nog niet op het moment dat de test een voorspelling geeft, in tegenstelling tot een diagnose, die gesteld wordt wanneer de ziekte al aanwezig is.¹³ De klinische betekenis van screening hangt dus ook af van het moment waarop de test wordt uitgevoerd en van de voorafkans op een ongunstige uitkomst.¹⁴

De eigenschappen van het instrument moeten passen bij het karakter van de screening. Een hoge positief voorspellende waarde (PPV) leidt tot identificatie van een relatief klein aantal patiënten die als groep een hoge kans hebben om de voorspelde uitkomst daadwerkelijk te ervaren. Voor ouderen op de SEH, waar tijd en middelen schaars zijn, lijkt het zinvol om te streven naar een instrument met een hoge PPV om vervolgacties effectief en doelmatig in te kunnen zetten.

Vergelijking van screeningsinstrumenten

Er is zoals gezegd geen gouden standaard voor 'kwetsbaarheid'. Het is dus lastig om de instrumenten met elkaar te vergelijken op hun accuratesse, te meer omdat ze verschillende uitkomsten voorspellen. Het is belangrijk te weten waar en in welke populatie het instrument is gevalideerd en welke uitkomsten – die klinisch relevant moeten zijn – het instrument beoogt te voorspellen, en wat de voorafkans op die uitkomsten is.^{11,14} Dit kan sterk afhankelijk zijn van het land en daarmee het gezondheidszorgsysteem waarin het instrument wordt toegepast.

Er zijn weinig instrumenten specifiek voor de SEH ontwikkeld. In Nederland worden onder andere de ISAR-HP, de VMS-screeningsbundel en de APOP gebruikt.^{4,15,16} De congruentie van deze instrumenten is laag, zoals figuur 2 laat zien. Slechts 8% van de patiënten die met een van deze instrumenten een positieve score voor kwetsbaarheid krijgt, scoort positief op alle drie.¹⁷



Figuur 2
Weinig overeenkomst tussen positieve uitslagen van screeningsinstrumenten

Overlap in de positieve uitslagen van de screeningsinstrumenten voor kwetsbaarheid die in Nederland veel gebruikt worden. Weergegeven zijn de aantallen personen van 70 jaar en ouder bij wie het instrument op de SEH van Ziekenhuis Amstelland of Amsterdam UMC, locatie VUmc een positieve score voor kwetsbaarheid gaf. De overlappende vlakken geven aan hoeveel personen op 2 of 3 testen een positieve score hadden (Aangepaste figuur op basis van eerder gepubliceerde data).¹⁷VMS:

Veiligheidsmanagementsysteem;¹⁶ ISAR-HP: Identification of Seniors At Risk-Hospitalized Patients;¹⁵ APOP: Acut presenterende oudere patiënt.⁴

Hoewel de 'Clinical frailty scale' (CFS),¹⁸ de VMS-screeningsbundel en de ISAR-HP ontwikkeld zijn voor gehospitaliseerde ouderen, worden ze ook gebruikt op de SEH. Vermoedelijk gebeurt dat omdat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) in Nederland de VMS-screeningsbundel en de ISAR-HP heeft aanbevolen voor gebruik in de kliniek.^{7,19} In tabel 2 geven wij een overzicht van deze veelgebruikte instrumenten en hun testeigenschappen. De laagste AUC in dit overzicht bedraagt 0,54 (CFS als voorspeller van terugkeer naar de SEH), de hoogste 0,75 (CFS als voorspeller van institutionalisering). Voor de meeste instrumenten is een samengestelde uitkomstmaat gebruikt die bestaat uit functionele achteruitgang, institutionalisering en overlijden binnen een bepaalde periode. De AUC hiervoor varieert van 0,69 (ISAR-HP en VMS-screeningsbundel) tot 0,73 (APOP). Gegeven de matige voorspellende waarden moet een individuele risicoschatting met voorzichtigheid gebeuren, als onderdeel van een optimaal zorgproces dat aansluit bij de behoefte en wensen van de acut zieke oudere patiënt.

instrument	setting	uitkomstmaat*	'area under the curve' (95%-BI)	testeigenschappen	instrument	setting	uitkomstmaat*	'area under the curve' (95%-BI)	testeigenschappen
CFS	gebaseerd op Canadees cohort ¹⁴ leeftijd ≥ 65 jaar n = 1299	sterfte binnen 70 maanden	0,70†		VMS	ontwikkeld in Nederland voor 70-plussers die ≥ 48 h opgenomen zijn ¹⁴ geen validering voor SEH n = 883	Samengestelde uitkomstmaat, binnen 3 maanden†	0,71†	sensitiviteit: 68% specificiteit: 74% PPV: 56% NPV: 86%
	validering voor SEH bij 75-plussers ²⁰ niet in Nederland n = 5764	institutionalisering binnen 70 maanden terug op SEH binnen 30 dagen	0,75†				Samengestelde uitkomstmaat, binnen 12 maanden†	0,69†	sensitiviteit: 66% specificiteit: 72% PPV: 44% NPV: 86%
		sterfte tijdens opname verlengde opnameduur ≥ 10 dagen	0,72 (0,69-1,75) 0,62 (0,61-0,64)						
ISAR	ontwikkeld voor 65-plussers op SEH ²¹ niet in Nederland n = 1885	Samengestelde uitkomstmaat, binnen 6 maanden†	0,71 (0,68-0,74)	sensitiviteit: 72% specificiteit: 58%	APOP	1e versie ontwikkeld in Nederland voor 70-plussers op SEH ⁴ n = 751	Samengestelde uitkomstmaat, binnen 3 maanden◊	0,73 (0,69-0,77)	# sensitiviteit: 39% specificiteit: 72% PPV: 59% NPV: 77% LR+: 3,30 LR-: 0,69
	validering voor SEH in Nederland ⁴ n = 751	Samengestelde uitkomstmaat, binnen 3 maanden◊	niet beschreven	sensitiviteit: 80% specificiteit: 48% PPV: 40% NPV: 84% LR+: 1,53 LR-: 0,42			2e versie optimalisatie voor 70-plussers op SEH ²³ n = 2629	Samengestelde uitkomstmaat, binnen 3 maanden◊	0,71 (0,69-0,73)
ISAR-HP	ontwikkeld in Nederland voor 65-plussers die ≥ 48 h op afd. Interne Geneeskunde zijn ¹⁵ geen validering voor SEH n = 492	functionele achteruitgang binnen 3 maanden	0,71 (0,66-0,76)	sensitiviteit: 87% specificiteit: 39% PPV: 43% NPV: 85%	CFS: Clinical Frailty Scale; ISAR(-HP): Identification of Seniors At Risk (Hospitalised Patients); VMS: Veiligheidsmanagementsysteem; APOP: Acute Presenterende Oudere Patiënt. PPV: positief voorspellende waarde; NPV: negatief voorspellende waarde; LR+: likelihoodratio van een positieve testuitslag; LR-: likelihoodratio van een negatieve testuitslag. * Als er een gecombineerde uitkomstmaat was, wordt alleen deze weergegeven. † Het oorspronkelijke artikel vermeldt geen betrouwbaarheidsinterval. ‡ Uitkomstmaat samengesteld uit: functionele achteruitgang, institutionalisering en overlijden. ◊ Uitkomstmaat samengesteld uit: functionele achteruitgang en overlijden. # Testeigenschappen voor de 20% patiënten met het hoogste voorspelde risico.				
	retrospectieve studie in Nederland onder 70-plussers die vanuit SEH opgenomen waren ¹² n = 1632	Samengestelde uitkomstmaat, binnen 3 maanden◊	0,69 (0,65-0,73)	sensitiviteit: 77% specificiteit: 55% PPV: 49% NPV: 81% LR+: 1,72 LR-: 0,41					

Tabel 2
Voorspellende waarden van veelgebruikte screeningsinstrumenten op de SEH

Voordelen van screening op kwetsbaarheid

Hoog-ricisopatiënten hebben waarschijnlijk het meeste baat bij interventies die gericht zijn op herstel en behoud van functie. Door hoog-ricisopatiënten al op de SEH te identificeren kunnen interventies zo vroeg mogelijk worden ingezet, ook bij ouderen zonder opname-indicatie.²⁴ Screening is dan een efficiënt middel om de zorg voor ouderen op de SEH te verbeteren, zowel inhoudelijk als procesmatig. Bovendien maakt de screening zorgverleners bewuster van de complexiteit van deze patiëntengroep, wat leidt tot meer op de patiënt georiënteerde zorg met een integrale aanpak.²⁵

Interventies waar hoog-ricisopatiënten baat bij kunnen hebben, zijn bijvoorbeeld maatregelen om delier te voorkómen of een beoordeling door een diëtist of fysiotherapeut.¹⁹ Ook het verrichten van een CGA is een interventie; deze bestaat uit een systematische probleeminventarisatie met als doel een behandelplan op te stellen voor zowel de korte termijn – het moment waarop de patiënt de arts bezoekt of opgenomen wordt – als de lange termijn.¹⁰

Een andere interventie is de planning van benodigde nazorg, zoals een ontslaggesprek of zorggesprek met een transferverpleegkundige. Juist op de SEH bieden zulke gesprekken voordelen. Het gesprek kan leiden tot aanvullende thuiszorg of de doorslag geven bij de beslissing om een patiënt op te nemen, bijvoorbeeld als de thuissituatie onveilig is.²⁶ Als op de SEH al snel duidelijk wordt dat de patiënt moet worden opgenomen, ongeacht de uitslagen van het onderzoek, kan de patiënt doorstromen naar de verpleegafdeling zonder de uitslagen af te wachten. Ook kan vroegtijdig een transferverpleegkundige worden ingezet om te zorgen voor een efficiënte overplaatsing van de patiënt naar een andere instelling.⁹

Daarnaast biedt de screening aanvullende informatie die van belang is bij de klinische besluitvorming, bijvoorbeeld in het geval van invasieve interventies zoals een acute chirurgische ingreep of de behandeling van traumapatiënten.^{24,25} Als uit de screening blijkt dat het risico op ongewenste uitkomsten hoog is, dan biedt dit een opening tot gesprek: wat is voor deze patiënt passende zorg?^{25,25} Behandelwensen en beperkingen kunnen in de acute situatie verhelderd worden of geagendeerd worden voor een later gesprek op de afdeling of met de huisarts. De aanvullende informatie wordt overgedragen aan de opvolgende zorgverlener om de continuïteit van de zorg te waarborgen.

Nadelen van screening op kwetsbaarheid

De screening heeft echter ook nadelen. Zo rijst de vraag hoe betrouwbaar de antwoorden van de patiënt zijn. Dat geldt zeker op de SEH, waar pijn, verwardheid en geneesmiddelen invloed kunnen hebben op de antwoorden. Ook gebeurt er op de SEH veel tegelijk, zowel voor de patiënt en diens mantelzorger als voor de zorgverlener. Mogelijkerwijs ervaart de patiënt screening onder die omstandigheden als belastend.²⁷

Er is veel discussie in de media over de screening op kwetsbaarheid bij ouderen. Soms wordt daarbij de suggestie gewekt dat screening leeftijdsdiscriminatie in de hand werkt en gericht is op kostenbesparing, omdat de screening bij een kwetsbare oudere aanleiding kan zijn om af te zien van een bepaalde behandeling. Ook in focusgroepen van degenen die acute zorg verlenen werd gezegd dat dit een groot bezwaar is.²⁵

Wij willen graag benadrukken dat screening van acut zieke ouderen tot doel heeft passende zorg te leveren, met extra inzet die gericht is op een spoedig herstel en betere uitkomsten voor de patiënt. Dit heeft geen financieel motief, hoewel het niet ondenkbaar

is dat tegen dezelfde kosten betere uitkomsten voor de patiënt kunnen worden bereikt. De inzet van extra zorg kan weliswaar meer kosten, maar daar staat een afname van kosten tegenover, dankzij minder complicaties, meer zelfredzaamheid en een hogere kwaliteit van leven. Het verdient wel aanbeveling deze financiële consequenties nader te bestuderen.

Implementatie

Zelfs het ideale screeningsinstrument is in de klinische praktijk afhankelijk van succesvolle implementatie. De voorwaarden hiervoor, zoals uitvoerbaarheid, effectiviteit, doelmatigheid van de interventies en tijdige evaluatie, zijn nog weinig onderzocht. Een dilemma daarbij is dat effectiviteit alleen kan worden bewezen als de complexe interventie succesvol kan worden geïmplementeerd. Implementatie en evaluatie gaan dus hand in hand, bij voorkeur in een 'plan-do-check-act'-cyclus.

Wij vonden een systematische review van 4 studies waarin de haalbaarheid van screening in de klinische praktijk was onderzocht.²⁴ Het uitvoeren van de screening kostte 1-10 minuten per instrument.²⁴ De screening werd bij 48% van de patiënten op de SEH uitgevoerd. Dergelijke lage voltooiingspercentages maken risicostratificatie moeilijk.

Zorgverleners uit de acute zorg zeggen in focusgroepen dat onvoldoende tijd en beschikbaarheid barrières zijn voor de uitvoering van de screening.²⁵ Ook kwam naar voren dat artsen meer vertrouwen op hun klinische blik dan op de instrumenten. Wel gaf 75% van de zorgverleners aan dat zij de instrumenten opnieuw gebruiken als ze snel en makkelijk in het gebruik zijn.²⁵ De deelnemers aan de focusgroepen concludeerden dat toepasbaarheid vooral bepaald wordt door beknoptheid en simpliciteit.²⁵ Voorts lijken communicatie rondom dienstwisseling en onduidelijkheid over het moment van afname beperkende factoren voor dagelijks gebruik.³

Hoe verder?

In de literatuur blijven belangrijke vragen onbeantwoord: verbetert screening op de SEH ook daadwerkelijk patiëntuitkomsten? Wat is de toegevoegde waarde van screening boven de klinische blik? Zijn de interventies die op geleide van de screening worden ingezet voldoende effectief? Antwoorden ontbreken omdat een grootschalige, gestandaardiseerde aanpak nog nooit onderzocht is. Bovendien zijn de voorwaarden voor een succesvolle implementatie onvoldoende bekend. Implementatiestudies op Nederlandse SEH's kunnen inzicht geven of en zo ja, onder welke voorwaarden screeningprogramma's succesvol kunnen worden ingezet. Idealiter wordt de totale effectiviteit van een screeningsprogramma – inclusief implementatie en interventies – aangetoond met een grote effectstudie. Zonder succesvolle implementatie kan niet worden bewezen dat een screening en de daaruit voortkomende interventies ook effectief zijn als het gaat om het verbeteren van de uitkomsten voor patiënten. Dit zijn complexe en langdurige trajecten waarvoor onderzoek in meerdere ziekenhuizen nodig is. Daarom zijn samenwerking, uniformiteit en wetenschappelijke onderbouwing belangrijk.

Terug naar de casus

Bij de patiënt uit de casus aan het begin van dit artikel kwam dankzij de screening aan het licht dat hij door cognitieve problemen soms vergat zijn medicatie in te nemen en dat er een verhoogd risico op ondervoeding was. Er was een heteroanamnese afgenomen, waarna een gesprek over passende zorg kon volgen. Aan de hand van aanknopingspunten uit de screening werden vroegtijdig interventies ingezet, werd voorzien in een specifieke zorgbehoefte en was de continuïteit van zorg gewaarborgd.

Conclusie

De klinische meerwaarde van de screening op kwetsbaarheid van ouderen op de SEH is nog niet bewezen. Ook de juiste wijze van implementatie moet verder worden onderzocht. Volgens ons zijn er voldoende redenen om te beginnen met de implementatie, onder de voorwaarde dat die gedegen wordt geëvalueerd.

Het doel van de screening is tweeledig. Enerzijds maakt de screening de zorgverleners bewust van de complexiteit van deze patiëntenpopulatie, waardoor het zorgproces beter aansluit bij de behoefte en wensen van de acuut zieke oudere patiënt.

Anderzijds biedt de screening een mogelijkheid om een uitgebreid geriatrisch onderzoek in te zetten met passende interventies bij de kwetsbaarste groep.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D3538
- Amsterdam UMC, locatie VUmc, afd. Interne Geneeskunde, sectie Ouderengeneeskunde, Amsterdam: drs. C.S. van Dam, aios interne geneeskunde (tevens: Ziekenhuis Amstelland en Zaans Medisch Centrum, afd. Interne geneeskunde); dr. M.C. Trappenburg, internist-ouderengeneeskunde; dr. M.J.L. Peters, internist-ouderengeneeskunde en vasculaire geneeskunde. LUMC, afd. Interne Geneeskunde, sectie Ouderengeneeskunde, Leiden: drs. L.C. Blomaard, promovenda; dr. J.A. Lucke, aios SEH KNMG; dr. S.P. Mooijaart, internist-ouderengeneeskunde.
- Contact: C.S. van Dam (c.vandam@amsterdamumc.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

- Aanvaard op 31 juli 2019
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2019;163:D3538

Literatuur

1. [Marktscan acute zorg 2017](#). Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit; 2017.
2. [Monitor acute zorg 2018](#). Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit; 2018.
3. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med*. 2002;39:238-47. [doi:10.1067/mem.2002.121523](#). [Medline](#)
4. De Gelder J, Lucke JA, de Groot B, et al. Predicting adverse health outcomes in older emergency department patients: the APOP study. *Neth J Med*. 2016;74:342-52. [Medline](#).
5. Goldstein J, McVey J, Ackroyd-Stolarz S. The role of emergency medical services in geriatrics: bridging the gap between primary and acute care. *CJEM*. 2016;18:54-61. [Medline](#)
6. [Multimorbidity: clinical assessment and management](#). NICE guideline [NG56]. Londen: National Institute for Health and Care Excellence.
7. [De richtlijn 'Comprehensive geriatric assessment'](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A3815.
8. [Lachend tachtig. Een initiatiefnota voor een toekomstbestendige ouderenzorg](#). GroenLinks; 2018.
9. Conroy S, Parker S. Acute geriatrics at the front door. *Clin Med (Lond)*. 2017;17:350-3. [doi:10.7861/clinmedicine.17-4-350](#). [Medline](#)
10. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(9):CD006211. [doi:10.1002/14651858.CD006211.pub3](#). [Medline](#)
11. Pijpers E, Ferreira I, Stehouwer CDA, Nieuwenhuijzen Kruseman AC. The frailty dilemma. Review of the predictive accuracy of major frailty scores. *Eur J Intern Med*. 2012;23:118-23. [doi:10.1016/j.ejim.2011.09.003](#). [Medline](#)
12. Stassen P, Pijpers E. [Risikostratificatie op de Spoedeisende Hulp, een must](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A5274.
13. Cook NR. Use and misuse of the receiver operating characteristic curve in risk prediction. *Circulation*. 2007;115:928-35. [doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.106.672402](#). [Medline](#)
14. Cohen JF, Korevaar DA, Altman DG, et al. STARD 2015 guidelines for reporting diagnostic accuracy studies: explanation and elaboration. *BMJ Open*. 2016;6:e012799. [doi:10.1136/bmjopen-2016-012799](#). [Medline](#)
15. Hoogerduijn JG, Buurman BM, Korevaar JC, et al. The prediction of functional decline in older hospitalised patients. *Age Ageing*. 2012;41:381-7. [doi:10.1093/ageing/afs015](#). [Medline](#)
16. Heim N, van Fenema EM, Weverling-Rijnsburger AWE, et al. Optimal screening for increased risk for adverse outcomes in hospitalised older adults. *Age Ageing*. 2015;44:239-44. [doi:10.1093/ageing/afu187](#). [Medline](#)
17. Van Dam CS, Moss N, Schaper SA, et al. Screening instruments for identification of vulnerable older adults at the emergency department: a critical appraisal. *Acute Med*. 2018;17:124-9. [Medline](#)
18. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173:489-95. [doi:10.1503/cmaj.050051](#). [Medline](#)
19. [Praktijkgids Kwetsbare ouderen](#). Utrecht: VMS Veiligheidsprogramma; 2009.
20. Wallis SJ, Wall J, Biram RWS, Romero-Ortuno R. Association of the clinical frailty scale with hospital outcomes. *QJM*. 2015;108:943-9. [Medline](#)
21. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, et al. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:1229-37. [Medline](#)
22. De Gelder J, Haenen E, Lucke JA, et al. Optimising the ISAR-HP to screen efficiently for functional decline in older patients. *Neth J Med*. 2017;75:379-85. [Medline](#)
23. De Gelder J, Lucke JA, Blomaard LC. Optimization of the APOP screener to predict functional decline or mortality in older emergency department patients: Cross-validation in four prospective cohorts. *Exp Gerontol*. 2018;110:253-9. [Medline](#)
24. Elliott A, Hull L, Conroy SP. Frailty identification in the emergency department-a systematic review focussing on feasibility. *Age Ageing*. 2017;46:509-13. [doi:10.1093/ageing/afx019](#). [Medline](#)
25. Elliott A, Phelps K, Regen E, Conroy SP. Identifying frailty in the Emergency Department-feasibility study. *Age Ageing*. 2017;46:840-5. [doi:10.1093/ageing/afx089](#). [Medline](#)
26. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older patients in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med*. 2010;56:261-9. [doi:10.1016/j.annemergmed.2010.04.015](#). [Medline](#)
27. Maxwell CA, Mion LC, Mukherjee K, et al. Feasibility of screening for preinjury frailty in hospitalized injured older adults. *J Trauma*

Acute Care Surg. 2015;78:844-51. [doi:10.1097/TA.0000000000000551](https://doi.org/10.1097/TA.0000000000000551). [Medline](#)

Kernpunten

- Er is een toename van het aantal oudere patiënten op de Spoedeisende Hulp (SEH).
- Kwetsbare ouderen die met een acute aandoening naar de SEH komen, hebben een verhoogd risico op een ongewenste afloop, zoals functieverlies, zorgafhankelijkheid of overlijden.
- Er zijn verschillende screeningsinstrumenten om ouderen met een hoog risico op ongewenste uitkomsten te identificeren.
- Vroegtijdige screening op de SEH maakt het mogelijk om ouderen met het hoogste risico op ongewenste uitkomsten een passende interventie – al dan niet preventief – aan te bieden.
- Er is geen ideaal instrument om ouderen te screenen op kwetsbaarheid.
- Een screeningsinstrument voor kwetsbaarheid moet zorgvuldig worden gekozen op basis van het doel en de testeigenschappen.