

Nieuw subspecialisme biedt uitkomst voor ongedifferentieerde patiënt

‘Spoedinternist’ kan acute zorg versterken

Ineke W.E.M. Schouten,
internist acute geneeskunde,
OLVG, Amsterdam

Douwe Dekker,
internist acute geneeskunde
in opleiding, OLVG/ AMC,
Amsterdam

Sabine H.A. Diepeveen,
internist acute geneeskunde,
Isala Klinieken, Zwolle

Dit artikel is geschreven
namens de gehele Sectie Acute
Geneeskunde, Nederlandse
Internisten Vereniging.¹

Correspondentie:
W.E.M.Schouten@olvg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: ANP Photo

De concentratie van spoedeisende zorg vormt een bedreiging voor patiënten met een diffuse opnamediagnose. Internisten acute geneeskunde menen dat zij een sleutelrol kunnen spelen bij de snelle beoordeling van deze patiënten op de SEH.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) pleit in een recent rapport voor concentratie van complexe spoedeisende zorg.²

ZN maakt daarbij onderscheid tussen zes acute zorgstromen, waarvan er vijf nader zijn uitgewerkt: multitrauma, cerebrovasculair accident, acuut myocardinfarct, geruptureerd abdominaal aneurysma aorta en spoedeisende geboortezorg.

Bij elkaar opgeteld vertegenwoordigen de patiënten in deze vijf zorgstromen echter maar een zeer beperkt deel van het totaal aantal patiënten dat een SEH bezoekt. De zesde zorgstroom ‘overige spoedeisende zorg (zowel snijdend als niet-snijdend)’ is in volume de grootste groep. De veelal complexe ziektebeelden binnen deze heterogene categorie zijn in de kwaliteitsvisie niet verder uitgewerkt. ZN volstaat met de constatering dat de aanwezigheid van een intensive care voor deze ongedifferentieerde patiënten voldoende garanties biedt.

Deze veronderstelling is naar ons idee onjuist. Het is onze stellige overtuiging dat er juist voor deze groep patiënten gevaar schuilt in de voorgestelde concentratie van zorg en de daarmee gepaard gaande superspecialisatie.

Multimorbiditeit

Probleem is dat een belangrijke groep patiënten binnen de categorie ‘overige spoedeisende zorg’

Internist acute geneeskunde

Binnen de interne geneeskunde is een nieuw aandachtsgebied ontwikkeld: acute interne geneeskunde. Aiossen interne geneeskunde kunnen tijdens hun specialistenopleiding voor deze differentiatie kiezen. De internist acute geneeskunde is een generalist met discipline-overstijgende kennis en vaardigheden die bij een complexe acute presentatie een integrale benadering kan hanteren. Inmiddels zijn er 122 internisten acute geneeskunde werkzaam in de Nederlandse ziekenhuizen.

bij presentatie geen duidelijke diagnose heeft. Het betreft ongedifferentieerde patiënten, van wie het klachtenpatroon en de comorbiditeit vaak te complex is om een enkelvoudige diagnose te stellen. Deze patiënten kenmerken zich vaak door hogere leeftijd, aanwezigheid van een of meerdere chronische aandoeningen en polyfarmacie. Maar multimorbiditeit betreft zeker niet alleen de geriatrische patiënten. Er zijn patiënten uit alle leeftijdscategorieën met chronische ziekten, waaronder cardiovasculaire problematiek, diabetes mellitus met complicaties, chronische nierinsufficiëntie/dialyse-behandeling, hiv-infectie, systeemziekten en oncologische aandoeningen.

Langdurig verblijf op de SEH vergroot het risico op overlijden

De eerste opvang, diagnostiek, behandeling en het vaststellen van het te voeren beleid is voor deze ongedifferentieerde patiënten niet altijd zo eenvoudig te protocolleren als voor patiënten met enkelvoudige problematiek. Ondanks het feit dat het hoogcomplexere patiëntenzorg betreft, zijn de vitale functies slechts zelden zodanig bedreigd dat opname op een intensive care nodig is (5% van de patiënten op de SEH-afdeling). De betrokkenheid van een ic-afdeling bij de acute opvang is dan ook zelden geïndiceerd en biedt daarom geen garantie voor optimale zorg. Zonder goede coördinatie kan de zorg voor deze patiënten op sterk geprofileerde spoedeisendehulpafdelingen verzanden in een veelvoud aan consulten en behandelaars.³ Overbodige diagnostiek, toename van kosten

en vertraging van een adequate opvang en behandeling zijn dan het gevolg. Het is bekend dat een langdurig verblijf op de SEH onveilig is en het risico op overlijden vergroot.⁴ Bovendien ondermijnt dit de patiënttevredenheid.

Centrale schakel

Uit zowel kwaliteits- als kostenoverwegingen is de groeiende groep ongedifferentieerde acute patiënten dan ook gebaat bij een beoordeling door een specialist met zowel een generalistische visie als een diepgaand inzicht in de interactie tussen verschillende gezondheidsproblemen. Overeenkomstig deze gedachte werd recentelijk de behoefte uitgesproken aan een 'multimorbiditeitsdokter'.⁵ De internist acute geneeskunde is vanwege zijn specifieke vaardigheden (zie *kader* links) bij



SAMENVATTING

- Superspecialisatie en concentratie van spoedzorg vormen een bedreiging voor de ongedifferentieerde patiënt met multimorbiditeit en polyfarmacie.
- Coördinatie van de acute opvang van deze patiëntencategorie is noodzakelijk
- De internist-acute geneeskunde is bij uitstek geschikt om deze rol te vervullen.

Coördinatie door deze internist voorkomt onnodige onderlinge consultaties

uitstek geschikt om in deze behoefte te voorzien.⁶ Door prioriteiten te stellen bij zowel de diagnostiek als de behandeling, kan deze specialist juist voor deze patiënten goede, snelle en kostenefficiënte zorg garanderen.


Samenwerking met de verschillende zorgverleners binnen de acutezorgketen is daarbij wel essentieel. Om dat te bewerkstelligen, zijn heldere afspraken over de precieze taakverdeling en tijdige onderlinge consultatie nodig. Deze afspraken zullen per ziekenhuis moeten worden ingevuld. In de meeste ziekenhuizen verrichten SEH-artsen de eerste triage en acute opvang van onverwezen patiënten. Als blijkt dat het gaat om een complexe patiënt met multiproblematiek die vrijwel zeker zal moeten worden opgenomen, kan vervolgens – primair en tijdig – de internist acute geneeskunde worden geconsulteerd.

In de huidige praktijk gebeurt het vaak dat na beoordeling door de SEH-arts achtereenvol-

gens verschillende orgaanspecialisten (cardioloog, neuroloog, longarts) worden geconsulteerd, die allen vaststellen dat er geen opname-indicatie is op hun vakgebied. Een

aanzienlijk deel van deze patiënten wordt vervolgens na een langdurig verblijf op de SEH alsnog opgenomen op een acute-opnameafdeling of een verpleegafdeling interne geneeskunde. Coördinatie door de internist acute geneeskunde kan de acute zorg voor deze patiënten in een stroomversnelling brengen en onnodige onderlinge consultaties voorkomen. Hierbij vormt de internist acute geneeskunde een centrale schakel tussen de SEH en de (interne) kliniek.

Niet vergeten

Profilering en concentratie van spoedeisende-zorgstromen is een goede ontwikkeling met oog op de kwaliteitsimpuls. De grote en groeiende groep ongedifferentieerde patiënten, al dan niet met multimorbiditeit, mag hierbij echter niet worden vergeten. Het nieuwe vakgebied acute interne geneeskunde heeft de expertise die nodig is om de kwaliteit en kostenefficiëntie van de zorg voor deze patiëntencategorie te verbeteren. 



Voor de voetnoten en meer over dit onderwerp gaat u naar dit artikel via www.medisch-contact.nl/artikelen.

veldwerk

Inrichting

Wat de operatiekamer voor de chirurg is, is de spreekkamer voor de psychiater. Het gesprek is de operatie. De psychiater zelf het instrument. Inmiddels heb ik heel wat spreekkamers van binnen gezien. Van spectaculair design tot aftandse gipswandjes. Van stapels papieren tot leren fauteuils in blauwe rook. De kamernood is doorgaans hoog en de aios struint wat af. In de kamer van een collega is het behelpen. Familiefoto's, beeldjes, spreuken en andere frutsels waarmee ik niet geassocieerd wil worden, probeer ik voordat de dag begint zo vakkundig mogelijk weg te moffelen. Zichtbaar speelgoed vreet aan mijn competenties. Het fenomeen flexplekken? Funest. Maar dat terzijde.

In de zorg is er steeds meer aandacht voor effecten van omgevingsfactoren. Er wordt zelfs onderzoek naar gedaan. Maar tegen het scherpe observatievermogen van patiënten kan niks op. 'Ongelukje gebeurd?' vroeg een patiënt, nadat ik op onbekend terrein een stoel onder een tafel vandaan trok. De stoffering van de stoel: vijftig tinten bruin. En toen ik tegen het decor van een dode plant een verhaal afstak over 'goede zorg', was het op zijn minst ongeloofwaardig. Het deurknopfenomeen had ik me anders voorgesteld; een gniffelende wachtkamer en ik, voor de deur van 'mijn' spreekkamer met de deurklink plotseling in mijn handen. Maar soms is het verrassend: een moeizaam gesprek neemt ineens een wending als de patiënt kwaad zijn motorjack aantrekt en aanstalten maakt om weg te gaan. Vlak voordat hij naar buiten wil gaan, valt zijn oog op een affiche van een Harley. Naast de deur aan de muur. 'Eeeej, je bent toffer dan ik dacht', zegt hij. Hij trekt zijn jas uit en gaat weer zitten.

Paul Dinant,
aios psychiatrie