

Lessons learned COVID19 zorg in ziekenhuis; visie vanuit klinische geriatrie

5.1.2e

Geleerd hebbend in de intensieve afgelopen periode van:

- de actieve regionale triage werkgroep voor oudere patiënten met de verwijsvraag wel/niet ziekenhuisopname, in welk verband hoog frequent periodiek overleg met huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde uit de regio Nijmegen werd gevoerd (7/24 'geriafoon lijn' hiervoor);
- het hiervoor als Radboudumc staf klinische geriatrie zelf hebben uitgevoerd en gesuperviseerd in de patiëntenzorg voor kwetsbare oudere patiënten op de SEH Radboudumc;
- regelmatig overleg met de artsen van het palliatieve zorgteam betrokken bij COVID-19 zorg in het Radboudumc;
- de ervaringen van 10 geriatrie verpleegkundigen van de afdeling geriatrie die langdurig op de COVID afdelingen en IC van het Radboudumc hebben gewerkt;
- de feedback van vele mantelzorgers op het beleid in ziekenhuizen en langdurige zorg uit de regio en verder;
- een ronde tafeloverleg in het Radboudumc met alle bij COVID-19 betrokken specialismen en verpleegkundige vertegenwoordigers;
- ervaringen gerapporteerd op de nazorg polikliniek van het Radboudumc en van ouderen met een dementie en herstellend van COVID-19 op de opname afdeling en polikliniek geriatrie/ Radboudumc Alzheimer Centrum;

Vanuit deze ervaringen wil ik graag op persoonlijke titel de volgende aandachts- en leerpunten voorstellen (niet gerangschikt naar belangrijkheid, maar naar tijdstip in het COVID-19 ziekteverloop):

- In het hele zorgpad van triage voor ziekenhuisopname, via de belangrijke beslismomenten in het ziekenhuis, tot en met ontslag, is scholing in assessment van kwetsbaarheid en multimorbiditeit van de oudere COVID-19 patiënt (bv met de 'clinical frailty scale') noodzakelijk om hierop doelen, diagnostiek en interventies goed te kunnen afstemmen.
- Het samen met patiënt en familie behandeldoelen kunnen bepalen en het samen kunnen beslissen over zinvolle interventies vraagt concrete beslissing ondersteunende hulpmiddelen en training in interdisciplinaire samenwerking tussen specialisten en generalisten om dit in de ad-hoc teams in de praktijk (die elkaar niet goed kennen) goed en tijdig te kunnen doen.
- Er is meer aandacht en coaching noodzakelijk op goede interprofessionele samenwerking en communicatie tussen verpleegkundige en arts, omdat dit vanwege isolatiemaatregelen en ad-hoc teams vaak niet gerealiseerd kon worden in de stress van de covid-19 piek.
- Ook tijdens de fase van intensieve (zuurstof) behandeling van kwetsbare oudere patiënten buiten de IC is het zinvol om termijnen van behandeling en tijdige herbeoordeling af te spreken, omdat de COVID-19 zelf en de bedlegerigheid daardoor, vaak een ernstig functieverlies op somatisch en psychisch terrein met zich meebrengt, die bij aanvang van de ziekte niet goed is in te schatten. Dit vraagt periodieke herbeoordeling van prognose en aanpassing van beleid.

- Er lijkt ook ruimte en noodzaak in de IC behandeling bij vooral als (nog) niet kwetsbaar (of zogenaamde 'pre-frail' patiënten (met een clinical frailty scale van 3-4) ingeschatte oudere patiënten, om hen vaker tussentijds te beoordelen qua prognose om zo onnodig lange behandeling met lage slaagkans door toegenomen kwetsbaarheid te voorkomen.
- Patiënten met een (matige of ernstige) dementie vragen specifieke begeleiding en zijn door hun hoge kwetsbaarheid voor een delier bij COVID-19 en de prikkelrijke ziekenhuis omgeving waarschijnlijk beter af in daartoe ingerichte zorgunits in de langdurige zorg.
- Op de polikliniek en opname afdeling hebben wij gezien dat de sociale distantie/isolatie en het stoppen van begeleiding/dagbesteding bij kwetsbare mensen veelvuldig heeft geleid tot ernstige problemen; niet alleen psychosociaal, maar ook somatisch. Dit betrof bv. mensen die niet of nauwelijks meer aten (mensa dicht / familie komt nauwelijks). En het beleid verminderde vaak de draagkracht, waardoor het hele biopsychosociale systeem rond de patiënt ontregelde.
Als één van de vele voorbeelden: de patiënt van mijn spoedpoli vorige week: het was een fitte en vitale man van 87, die door corona-periode alles voor zijn dementerende echtgenote alleen moest, incl. het huishouden en die 8 kg was afgevallen, veel spiermassa en spierkracht had verloren, niet meer bewoog en geen toekomst meer zag door deze overbelasting. Het indringende leerpunt: een intelligente lockdown voor ouderen dient zo vertaald te worden dat ze hulp kunnen blijven krijgen en kunnen blijven bewegen.
- Er moet een veel betere afstemming komen tussen ziekenhuis zorg en langdurige zorg bij patiënten die na ziekenhuisopname ondersteuning en herstel nodig hebben. In de afgelopen periode bleken zeer frequent verstoringen van het zorgpad door allerlei verschillende, niet rationale eisen van negatieve sars-cov-2 testen rond overplaatsing naar de langdurige zorg.
- Er is meer harmonisatie van bezoekbeleid gewenst bij kwetsbare ouderen (met en zonder cognitieve stoornissen) over het gehele zieketraject in langdurige zorg en in het ziekenhuis. Nu varieerde dit vaak op voor naasten onbegrijpelijke wijze tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen. Dit leverde onnodige schade op voor patiënten en naasten en ook een hoge emotionele belasting voor zorgmedewerkers (ook door agressieve bejegening; zie verder).
- Er is meer inzet gewenst voor symptoomverlichting, kwaliteit van leven en evt. sterven, dus van palliatieve zorg voor mensen die ernstige vormen van COVID-19 hebben en hun familie.
- Politici en deskundigen uit binnen en buitenland gebruiken frequent metaforische oorlogstaal tegen het virus. Dat lokt echter een legitimatie van "oorlogshandelingen" uit bij burgers en dat is wel het laatste wat je wilt als professional. Op sommige plaatsen konden familieleden zich niet neerleggen bij een strikt isolatiebeleid: mede verleid door deze oorlogsmetafoor werd te vaak verbaal of fysiek agressief gedrag gebruikt. Dit leidde er bijvoorbeeld toe dat twee instellingen hekken om hun instelling plaatsten....
Laten we bij nieuwe virusgolven dus ophouden met gebruik van metaforen die onbedoeld een kader schetsen voor agressie en onbezonnenheid.