

Bevindingen Delphi-studie

Module Opvang SEH

Stelling	% Consensus Eens		Opmerkingen uit vrije tekst veld
	Basis	Optimaal	
De onderdelen benoemd in de overdracht vanuit de verwijzer moeten aansluiten bij de lokale protocollen en NHG richtlijn.	95%	83%	Meestal komen mensen zonder verwijzing het is belangrijker dat artsen snel toegang krijgen tot gegevens
De behandelcode moet worden benoemd in de verwijsbrief (hiermee wordt ieder bekend beleid bedoeld variërend van volledig beleid tot volledig beperkt beleid).	81%	98%	Andere elementen die in overdracht behoren te staan: adequate voorgeschiedenis, medicatie overzicht, behandelafspraken, mate van kwetsbaarheid, dementie/cognitieve stoornis, eerder delier.
Indien het Samen Beslis moment geen duidelijke consensus oplevert, danwel medisch gezien ingewikkeld is, moet een MDO op de SEH ad-hoc mogelijk zijn met betrokkenheid van specialisme geriatrie / ouderengeneeskunde in de vorm van intercollegiaal overleg, (Na fysieke beoordeling door dit specialisme)	58%	93%	MDO wordt vaak verplaatst naar ochtend; Fysieke beoordeling geen vereiste; Zou voor acute moment al over moeten worden gesproken; mooi streven maar mogelijk niet haalbaar bij iedere patiënt (zorgvuldigheid vs tempo / efficiëntie)
Indien het Samen Beslis moment geen duidelijke consensus oplevert, danwel medisch gezien ingewikkeld is, moet een MDO op de SEH ad-hoc mogelijk zijn met betrokkenheid van specialisme huisarts / specialist ouderengeneeskunde.	61%	76%	Huisarts is niet altijd beschikbaar
Indien het samen beslis moment geen duidelijke consensus oplevert, danwel medisch ingewikkeld is, is een tweede gesprek op de volgende dag standaard en wordt patiënt daarvoor opgenomen.	78%	85%	
Een heupfractuurpatiënt verblijft maximaal 90 min op de Spoedeisende Hulp.	53%	83%	Kan gelden voor enkelvoudige patiënt maar niet alle patiënten; Aandacht voor complete plaatje vergt tijd en moet niet worden overhaast; Tijdslimiet stellen is onwenselijk; Indien uitkomst naar huis met conservatief beleid is 90 minuten niet mogelijk
Voor iedere heupfractuur patiënt moet een Fast-Track SEH pad beschikbaar zijn.	63%	78%	Fasttrack is mogelijk niet geschikt voor kwetsbare ouderen;
Op de SEH moet de volgende diagnostiek worden verricht (naast het vaststellen van de heupfractuur op X-bekken, X-heup of CT) <ul style="list-style-type: none"> • Globaal intern lab • Uitgebreid geriatrisch lab • X-Thorax (op indicatie) • ECG • Urinescreening • Bladderscan 	91% 81% 89% 87% 61% 86%	93% 80% 97% 89% 85% 97%	Urinescreening ook op indicatie; in praktijk wordt vaak catheter ingebracht in plaats van bladderscan;
Locoregionale anesthesie (bv femoraalblok) moet aan iedere heupfractuur patiënt worden aangeboden indien er geen sprake is van contra-indicatie en de operatie naar verwachting niet binnen 6 uur zal plaatsvinden.	79%	93%	Kan ook op afdeling om druk op SEH te verlagen
Er moet medicatieverificatie plaatsvinden binnen de eerste 24 uur na presentatie op de SEH	100%	100%	

Betrokkenheid van het specialisme geriatrie/interne ouderengeneeskunde moet plaatsvinden in de vorm van <ul style="list-style-type: none"> • Consultatie • Medebehandeling • Hoofdbehandeling 	76% 80% 21%	74% 91% 33%	Vraag is of het standaard moet plaatsvinden of afhankelijk van persoonlijke situatie (onderliggend lijden) ; er moet een indicatie aanwezig zijn voor consultatie van deze specialisme; hoofdbehandelaarschap kan ook verdeeld worden over opname; bij conservatief beleid geriater hoofdbehandelaar; idealiter zijn beide specialisme holistisch vertegenwoordigd
Betrokkenheid van het specialisme geriatrie / interne ouderengeneeskunde in de vorm van fysieke beoordeling moet plaatsvinden: <ul style="list-style-type: none"> • Op de SEH • Pre-operatief • Post-operatief 	27% 91% 78%	70% 89% 84%	Op indicatie op SEH bv bij geen operatie maar anders op afdeling; vraag is of betrokkenheid op SEH altijd fysiek moet zijn of dat het ook telefonisch kan;
Met iedere patiënt moet er een gesprek plaatsvinden gericht op verwachtingsmanagement, specifiek over het verwachte beloop van opname, de behandel- en revalidatiedoelen en verwachtingen.	84%	96%	spoed is mogelijk geen geriatric friendly setting voor dit gesprek; gelijk altijd wettelijk vertegenwoordiger betrekken
Aan iedere patiënt moet informatie over verwachte beloop van opname en behandeldoelen worden aangeboden (bv in de vorm van informatie folder)	85%	95%	
Er moet een valanalyse plaatsvinden inclusief een valrisicobeoordeling. (Analyseren van atypische ziektepresentatie van vallen met acute onderliggende ziekte minstens uitgesloten inclusief medicatiereview en intoxicaties) <ul style="list-style-type: none"> • Binnen 24 uur • Gedurende opname 	37% 75%	52% 88%	Valanalyse bij voorkeur op SEH voor gerichte valpreventie; Valanalyse voor zover dit mogelijk is; dit is tijdens opname nog gekleurd door revalidatie
Bij patiënten met een slechte performance score (ASA 4-5, BMI <18,5 of geen zelfstandige mobiliteit) moet een Samen Beslis moment (shared decision making met betrokkenheid van de patiënt) plaatsvinden gericht op wel of geen operatieve behandeling	98%	100%	Cognitieve status moet meegenomen worden (leerbaar genoeg?) ; ASA 3 patiënten moet je ook meenemen hierin;
De randvoorwaarden voor een Samen Beslis moment (shared decision making met betrokkenheid van de patiënt) zijn afdoende vastgelegd in een handleiding of lokaal protocol. Dit omvat ten minste het creëren van rust en het betrekken van naasten, en het zo nodig overleggen vooraf of betrekken van de betrokken huisarts, specialist ouderengeneeskunde of andere medisch specialist.	87%	85%	