

50 Tinten grijs op de SEH

Aanbevelingen gericht op proactieve verpleegkundige zorg voor kwetsbare ouderen op de spoedeisende hulp van het Laurentius ziekenhuis.

Roos Helwegen

Studentnummer: 1605108

Opleidingsinstituut: AvansPlus

Opleiding: Bachelor tot verpleegkunde

Afstudeerbegeleider: Rachida Handor

Tweede beoordelaar: Chanta Middelplaats

Laurentius Ziekenhuis Roermond

Datum: 30 oktober 2018

Voorwoord

Voor u ligt het sluitstuk van mijn opleiding bachelor tot verpleegkunde, 50 tinten grijs op de SEH". Een onderzoek hoe de verpleegkundige zorg proactief en op maat af te stemmen op de individuele zorgbehoefte van kwetsbare ouderen op de SEH van het Laurentius ziekenhuis. Ik heb dit onderwerp gekozen omdat het aantal kwetsbare oudere patiënten op de SEH in de toekomst sterk zal toenemen en ik kansen zag om de verpleegkundige zorg meer toe te spitsen op het zoveel mogelijk voorkomen van zorggerelateerde schade, functieherstel en behoud van autonomie.

Het tot stand komen van deze scriptie was nooit gelukt zonder de hulp van vele mensen. Daarvoor wil ik iedereen bedanken die mij op welke wijze dan ook tot hulp en steun zijn geweest. In het bijzonder mijn opdrachtgever, Marit van der Meer, en mijn werkbegeleider, Robert Eggels, die mij hun vertrouwen gaven. De informanten voor hun bereidheid tot deelname aan het onderzoek en hun waardevolle bijdrage aan deze scriptie. Verder wil ik mijn dank uitspreken naar de docent en scriptiebegeleider Rachida Handor voor haar coaching en inzet. Tot slot mijn gezin, collega's, vrienden en familie die me de tijd en ruimte hebben gegeven om deze studie tot het einde te voltooien.

Roos Helwegen

Roermond, 30 oktober 2018

Samenvatting

Inleiding: Ten gevolge van de vergrijzing neemt het aantal 65-plussers die de SEH bezoeken toe. Hiermee groeit ook de groep kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen. Kwetsbare ouderen hebben minder reserves waardoor bij een ziekenhuisopname een verhoogd risico op zorggerelateerde schade, functieverlies en verlies van autonomie. Een deel van deze negatieve gevolgen kan echter vermijdbaar zijn door vroegtijdige herkenning van risicopatiënten en gerichte en op maat afgestemde zorg.

Methode: Allereerst is een literatuurstudie verricht op welke wijze ouderen met een verhoogde kans op kwetsbaarheid kunnen worden geïdentificeerd op een SEH. Vervolgens zijn de beïnvloedbare bedreigingen voor functionaliteit en zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen bij een SEH en/ of een ziekenhuisopname bestudeerd. In een kwalitatief onderzoek is met behulp van interviews naar de kennis, mening en ervaring van deskundigen gevraagd hoe de bevindingen uit de literatuurstudie in dagelijkse praktijk op een SEH gerealiseerd kunnen worden en welke competenties daarvoor nodig zijn.

Doel: Gefundeerde aanbeveling op micro-, meso- en macroniveau toegespitst op proactieve zorg voor de kwetsbare ouderen op de SEH van het Laurentius ziekenhuis (LZR).

Resultaten: Volgens de experts dienen alle patiënten van 70 jaar ouder gescreend te worden op een verhoogd risico op functieverlies. Vervolgens kunnen maatregelen getroffen worden gericht op preventie van zorggerelateerde schade, functieherstel en behoud van autonomie.

Discussie: Zowel de literatuur als de praktijk zijn eenduidig dat op maat afgestemde interventies op de SEH bij kwetsbare ouderen zal leiden tot vermindering van een aantal negatieve gezondheidsuitkomsten.

Conclusie: De routinezorg en de competenties van de zorgverleners op de SEH van het LZR blijken niet volledig afgestemd op de noden van de kwetsbare ouderen. Daarnaast ontbreekt het aan stelselmatige registratie van kwetsbaarheid en risicofactoren waardoor vervolgzorg vaak niet op maat is afgestemd.

Aanbevelingen: Structurele aanpassingen in de werkwijze op de SEH. Een aandachtsvelder met geriatrische expertise bewaakt de kwaliteit van zorg aan kwetsbare ouderen op de SEH. Een integrale werkgroep dient een protocol/ stroomschema op te stellen met de te nemen maatregelen, nadat een verhoogd risico op functieverlies op de SEH is gesignaleerd. De landelijke opleidingen voor zorgprofessionals op de SEH en scholingen op afdelingsniveau dienen meer aandacht te besteden aan de geriatrische problematiek. In dit onderzoek is niet de kosteneffectiviteit en implementatiestrategie onderzocht. Hiervoor worden vervolgonderzoeken geadviseerd.

Abstract

Introduction: Due to the ageing population, the number of over-65's which visit the emergency department (ED) is increasing. This leads to an increase in the group of frail elders with complex health issues. Frail elders have less physical buffer, and therefore have an increased risk of healthcare related harm, functional decline and loss of autonomy upon hospital admission. These negative consequences are, in part, avoidable due to the early recognition of at-risk patients and implementation of focused, tailor made care.

Methods: Firstly, a literature study was performed in order to determine how to identify the frail elderly patient in the ED. Subsequently, the avoidable threats to the autonomy and functioning of frail elders during a visit to the ED and/or a hospital admission were studied. In a qualitative study design, interviews were performed in which expert opinion, knowledge and experiences were used to determine how the results of the literature study could be implemented in the daily practice of the ED and which competencies were necessary.

Aim: Well founded recommendations on micro-, meso- en macro level adapted towards the proactive care of the frail elderly in the ED of the Laurentius Hospital(LZR).

Results: According to the experts, all patients over 70 years old should be screened for an increased risk at functional decline. Subsequently, extra precautions can be taken aimed at the prevention of health related harm, improvement of function and preservation of autonomy.

Discussion: Clinical practice and literature are both consistent in their assertion that tailor-made interventions aimed at the frail elderly in the ED may lead to a reduction in the number of negative health outcomes.

Conclusions: Routine care and the competences of the healthcare providers in the ED do not appear to be well adapted to the needs of the frail elderly. Furthermore, a systematic registration of vulnerability and risk factors is lacking, which can prevent follow-up care from being well tailored to the needs of the elder.

Recommendations: Structural adjustment to the working method in the ED. A colleague with geriatric expertise to monitor the quality of care for the vulnerable elder in the ED. A comprehensive task force to design a protocol/flowchart with the necessary interventions which must be taken once an increased risk for functional decline has been identified. The national training and education for healthcare professionals in the ED, as well as department-based training, should focus more attention on the geriatric patient and their specific challenges. In this study cost effectiveness and implementation strategies were not further investigated. Additional research is therefore advised.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1. Inleiding	1
1.1 Aanleiding	1
1.2 Functieverlies	1
1.3 Definitie kwetsbaarheid.....	2
1.4 Beroepsrelevantie en wetgeving.....	2
1.5 Probleemanalyse.....	3
1.6 Doelstelling en afbakening.....	3
1.7 Hoofdvraag.....	3
1.8 Deelvragen	4
1.9 Leeswijzer	4
Hoofdstuk 2. Methode literatuuronderzoek.....	5
2.1 Vooronderzoek	5
2.2 Theoretisch kader	6
2.3 Zoekstrategie	6
2.4 Resultaten literatuuronderzoek deelvraag 1	7
2.5 Resultaten literatuuronderzoek deelvraag 2	10
Hoofdstuk 3. Methode praktijkgericht onderzoek.....	13
3.1 Onderzoeksdesign	13
3.2 Onderzoekspopulatie.....	113
3.3 Dataverzameling en meetinstrumenten	15
3.4 Uitkomstmaten	15
3.5 Procedures en ethische verantwoording.....	15
3.6 Data-analyse.....	15
3.7 Kwaliteitsborging van het onderzoek.....	16
Hoofdstuk 4. Resultaten.....	18
4.1. Huidige werkwijze en gevolgen.....	18
4.2 Gewenste werkwijze en screenen.....	20
4.3 Effecten van screenen.....	20
4.4 Keuze screeningsinstrument.....	22
4.5 Professionele expertise.....	22
Hoofdstuk 5. Discussie	25
5.1 Deelvraag 1	25

5.2 Deelvraag 3	26
5.3 Deelvraag 4.	27
5.4 Methodologie en beperkingen van het onderzoek.....	28
Hoofdstuk 6. Conclusie en aanbevelingen	30
6.1 Conclusie.....	30
6.2 Beantwoording van de hoofdvraag	30
6.3 Aanbevelingen op micro-, meso- en marconiveau.....	31
Bronvermelding.....	34
Bijlage 1: DESTEP factoren	37
Bijlage 2: Organisatiebeschrijving	38
Bijlage 3: Schema Engels- en Nederlandstalige zoektermen	39
Bijlage 4. Stroomdiagrammen en zoekcriteria literatuurstudie.....	40
Bijlage 5: APOP vragenlijst.....	44
Bijlage 6: Risk / VMS vragenlijst LZR.....	45
Bijlage 7: Wervingsbrief	46
Bijlage 8. Informed Consent brief.....	47
Bijlage 9. Topiclijst en begrippen	48
Bijlage 10. Coderingsschema's	50
Bijlage 11. Verklaring praktijkrelevantie.	63
Bijlage 12: Begrippenlijst.....	64

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In Nederland neemt de drukte op de spoedeisende hulp (SEH) steeds meer toe. Eén van de oorzaken van deze drukte is de toenemende vergrijzing. Met de vergrijzing groeit ook de groep 65-plussers met één of meer chronische aandoeningen en de aanwezigheid van één of meer geriatrische syndromen. Geriatrische syndromen (geriatric giants) zijn (gezondheids)problemen die relatief vaak bij ouderen voorkomen zoals vallen, geheugenproblemen en dementie, gezichts- en gehoorstoornissen, beperkingen in het dagelijks functioneren, incontinentie, depressie, eenzaamheid en polyfarmacie (www.vtv2018.nl). Deze problemen veroorzaken een vermenging van klachten die een complex en domein overstijgende zorgvraag opleveren (www.vtv2018.nl).

Volgens interne cijfers van het Laurentius Ziekenhuis (LZR) was in 2017, 43% van de SEH-bezoekers 65 jaar of ouder (zie bijlage 2). Volgens de landelijke voorspellingen neemt op basis van demografische verschuivingen het aantal ouderen boven de 65 jaar op de SEH alleen nog maar toe (Buijs, 2017). Ten gevolge van de aanwezigheid van multiproblematiek hebben veel ouderen intensievere zorg nodig en liggen ze regelmatig meer dan vier uur op de SEH. Hiermee wordt een sterk beroep gedaan op de capaciteit van de SEH (Buijs, 2017). In slechts 40% van deze SEH-bezoeken blijkt het om noodzakelijke medisch specialistische zorg te gaan (ACTIZ, 2018). Bij de overige bezoekers gaat het om ouderen met bijvoorbeeld een welzijnsklacht of respijtzorg waarvan de huisarts vindt dat thuisblijven niet langer verantwoord is (ACTIZ, 2018). Landelijke cijfers laten zien dat 68% van de ouderen die de SEH bezoeken worden opgenomen in het ziekenhuis (ACTIZ, 2018). Een ziekenhuisopname zonder medische specialistische noodzaak betekent onnodige bezetting van ziekenhuisbedden en onnodige blootstelling aan risico's. Bij 30-60% van de ouderen ontstaat tijdens de ziekenhuisopname al dan niet blijvend functieverlies als gevolg van, onder andere, zorggerelateerde complicaties (VMSzorg, 2009).

1.2 Functieverlies

Functieverlies betekent een vermindering van zelfredzaamheid waardoor het zelfstandig wonen wordt bedreigd (VMSzorg, 2009). Een deel van dit functieverlies is niet te voorkomen, omdat het onderdeel is van het verloop van de ziekte (VMSzorg, 2009). Een deel van het functieverlies kan echter vermijdbaar zijn door vroege herkenning van risicopatiënten en gerichte preventieve zorg ((VMSzorg, 2009). Door het vervolgens systematisch toepassen van proactieve interventies kunnen de meeste zorg gerelateerde complicaties worden voorkomen (Buurman & De Rooij, 2015). Wanneer dit goed wordt uitgevoerd kan het zelfs

een positief effect hebben op het zelfstandig functioneren na een ziekenhuisopname, de opname duur en onnodige ziekenhuis- en heropnames voorkomen (NVKG, 2010).

1.3 Definitie kwetsbaarheid

Ouderen die zich melden op de SEH vormen geen homogene groep. Niet alle ouderen met lichamelijke beperkingen zijn kwetsbaar. Andersom hebben niet alle kwetsbare ouderen lichamelijke beperkingen (Van Hintum, 2011). De vraag is: wanneer is er sprake van kwetsbaarheid? Kwetsbaarheid bij ouderen kent meerdere definities. In de VMS-veiligheidsbundel staat beschreven dat kwetsbaarheid een specifieke conditie bij ouderen is die geassocieerd wordt met een verhoogd risico op vooral fysiek functieverlies (VMSzorg, 2009). Volgens de huidige inzichten is het alleen kijken naar lichamelijke gezondheid van ouderen te beperkt (Van Hintum, 2011). Inmiddels omvatten de meest moderne benaderingen van kwetsbaarheid, naast de fysieke component, ook sociale en cognitieve of psychische componenten (Van Hintum, 2011). In deze scriptie wordt de definitie van kwetsbaarheid aangehouden zoals beschreven door dhr. Robbert Gobbens:

“Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van opeenstapelingen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten zoals functieverlies, ziekenhuisopname of zelfs overlijden” (Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee, Van Assen, & Schols, 2011).

1.4 Beroepsrelevantie en wetgeving

Dankzij de samenwerking tussen de huisartsenposten (HAP) en de SEH's melden zich minder patiënten met lichte zorgvragen op de SEH (Buijs, 2017). Het gevolg hiervan is dat de patiënten die naar de SEH zijn verwezen complexere problematieken hebben (Buijs, 2017). Dat geldt al helemaal voor kwetsbare ouderen met multiproblematiek (RIVM, 2018).

In Nederland verplicht de Zorgverzekeringswet (Zvw) instellingen om verantwoorde zorg te leveren die voldoet aan de kwaliteitsstandaard van de beroepsgroep (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Bovendien stelt de wet BIG dat beroepsbeoefenaren over de nodige bekwaamheid moeten bezitten om kwaliteit van zorg te bevorderen en te bewaken. Onder bekwaamheid wordt kennis, vaardigheden en attitude begrepen (V&VN, z.d.).

Gezien vanuit het wettelijk perspectief plus de voorspelling van de toenemende vergrijzing en de daarmee toenemende complexiteit van de zorgvragen, vraagt dit om een efficiënte organisatie van de acute zorg met specifieke competenties van de zorgverleners op de SEH.

1.5 Probleemanalyse

In de huidige werkwijze start het zorgproces (zie figuur 1) op de SEH van het LZR met een beoordeling en urgentiebepaling volgens de standaard van het Nederlands Triage Systeem (NTS). Deze triage wordt direct bij binnenkomst uitgevoerd door een triage verpleegkundige. Het doel van triage is dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener komt en de juiste behandeling of zorg krijgt (Bureau NTS, 2018a). Volgens de NTS-standaard is deze beoordeling gebaseerd op klachten, symptomen en vitale parameters. Naast deze triage vindt er geen systematische identificatie van patiënten met een verhoogd risico op functieverlies plaats. Hierdoor bestaat de kans dat bepaalde (potentiële) geriatrische problemen niet worden erkend en te eenzijdig naar de oudere patiënt wordt gekeken. Dit kan ertoe leiden dat de zorg onvolledig is afgestemd op de individuele zorgbehoefte van ouderen.

1.6 Doelstelling en afbakening

Het doel van dit onderzoek is om de opdrachtgever van het LZR aanbevelingen te geven toegespitst op efficiënte en doeltreffende zorg voor de (toekomstige) instroom van (kwetsbare) ouderen op de SEH. Deze aanbevelingen zijn op micro-, meso- en macroniveau en gericht op het ontwikkelen van proactieve verpleegkundige zorg op de SEH.

1.7 Hoofdvraag

Om bovenstaande doelstelling te kunnen bereiken is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

“Welke bijstellingen in het zorgproces op de SEH in het Laurentius Ziekenhuis zijn nodig om de verpleegkundige zorg gestructureerd en proactief af te stemmen op de individuele zorgbehoefte van (kwetsbare) ouderen van 70 jaar en ouder?”

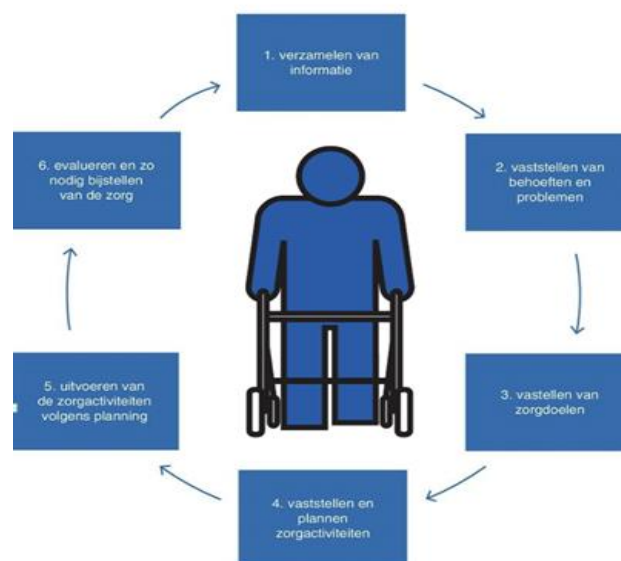
1.8 Deelvragen

De deelvragen die hieruit voortkomen zijn:

1. Op welke wijze kunnen ouderen vanaf 70 jaar met een verhoogde mate van kwetsbaarheid, en daarmee een verhoogde kans op functionele achteruitgang, worden geïdentificeerd op een SEH?
2. Welke beïnvloedbare bedreigingen voor functionaliteit en zelfredzaamheid hebben kwetsbare ouderen bij een SEH en/ of een ziekenhuisopname?
3. Welke verpleegkundige competenties zijn nodig om de zorg aan de kwetsbare ouderen op de SEH in het Laurentius ziekenhuis op maat af te stemmen op de individuele zorgbehoefte?
4. Wat betekent proactieve en persoonsgerichte zorg aan kwetsbare ouderen voor de samenwerking en afstemming in het gehele zorgproces op de SEH?

1.9 Leeswijzer

Hoofdstuk twee beschrijft het vooronderzoek, het theoretisch kader en de methode van het literatuuronderzoek. Hoofdstuk drie beschrijft de methodologie van het praktijkonderzoek. In hoofdstuk vier volgen de resultaten. In hoofdstuk vijf zijn de meest opvallende resultaten uit het praktijkonderzoek vergeleken met de literatuur die antwoord geven op de deelvragen. Tevens worden in dit hoofdstuk de beperkingen van het onderzoek belicht. Hoofdstuk zes presenteert de conclusie met een overkoepeld antwoord op de onderzoeksvragen en de daarbij behorende aanbevelingen op micro-, meso- en macroniveau. Op blz. 66 bevindt zich de begrippenlijst.



Figuur 1: Het verpleegkundig proces.

Hoofdstuk 2. Methode literatuuronderzoek

2.1 Vooronderzoek

2.1.1 Oriëntatie op het onderwerp

Voor de eerste oriëntatie op het onderwerp kwetsbare ouderen in de acute zorg is breed gekeken naar trends en toekomstige ontwikkelingen, de veranderende zorgvraag en de hierdoor ontstane knelpunten in de acute zorg. Hiervoor is onder andere gebruik gemaakt van de zoekmachines Google en Google Scholar en de zoektermen 'kwetsbare ouderen' en 'acute zorg' of spoedeisende hulp. Bestudeerd zijn grijze publicaties van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en van de branchevereniging Actiz. De gezamenlijke bevindingen bevestigen dat de huidige spoedzorg overbelast is door de toename van ouderen met multiproblematiek. De voorgestelde oplossingsrichtingen zijn: een betere inrichting van de spoedzorgketen en optimalisatie van het ziekenhuisproces voor kwetsbare ouderen.

2.1.2 Overige literatuur en informatiebronnen

Ter nadere oriëntatie op deze oplossingsrichtingen is gezocht naar literatuur in boeken (Bakker, Habes, Quist, Van der Sande, & De Vrie, 2017) richtlijnen (VMSzorg, 2009; NVKG2010), vaktijdschriften (NTvG) en rapporten (ACTIZ, 2018; Berdowski, De Kousemaeker, Van der Steeg, & De Groot, 2017). Ook zijn gesprekken gevoerd met dhr. G. Kousemaeker, adviseur en zorgveranderaar. Verder is het symposium "Care for Frailty" bezocht waarin de multidisciplinaire benadering van de oudere in een kwetsbare positie centraal stond (EDU-line Updates, z.d.). Er is contact gezocht met de gastspreker van dit symposium dhr. R. Gobbens, lector Gezondheid en Welzijn van kwetsbare ouderen, verbonden aan de Hogeschool Inholland.

Naar aanleiding van een publicatie in de media is het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) bezocht waar een grootschalig onderzoek plaatsvindt naar de Acut Presenterende Oudere Patiënt, de zogenoemde APOP-studie.

Binnen de instelling is met kwaliteitsfunctionarissen gekeken naar prestatie-indicatoren over kwetsbare ouderen, de samenwerking in de keten en het keurmerk senior friendly hospital. Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met enkele leden van de ouderencommissie.

Nadat de verschillende knelpunten van kwetsbare ouderen in de acute zorg inzichtelijk waren gemaakt, werd het onderzoek afgebakend naar het verpleegkundige zorgproces van kwetsbare ouderen op de spoedeisende hulp van het Laurentius ziekenhuis.

2.2 Theoretisch kader

Om het theoretisch kader voor deelvraag 1, 2 en 3 te bepalen is een literatuurstudie verricht. Het theoretisch kader vormt een raamwerk voor het onderzoek gebaseerd op theoretische inzichten met betrekking tot het onderwerp van de deelvraag (De Jong et al., 2016).

Voor deelvragen 1 en 2 werd het boek “klinisch redeneren bij ouderen” van T. Bakker (Bakker et al., 2017), het vaktijdschriften NtvG en de richtlijnen CGA voor consult en medebehandeling bestudeerd (NVKG, 2013). Vervolgens werd een literatuursearch in Cochrane, PubMed en CINAHL verricht. Daarvoor werd onderstaande zoekstrategie gehanteerd. Voor de schematische weergaven van de zoekstrategie van de afzonderlijke deelvragen, wordt verwezen naar bijlage 4.

Ten behoeve van deelvraag 3 werd het beroepsprofiel 2020 (V&V 2020, 2012) en de deelprofielen SEH- en geriatrieverpleegkundigen geraadpleegd (Opleidingscommissie Spoedeisendehulp verpleegkundige, 2016; VVVG, 2004).

2.3 Zoekstrategie

2.3.1 PICO

Om concrete en beantwoordbare vragen te formuleren werd de PICO-regel toegepast. De letters PICO staan voor Patiënt of populatie, Intervention, Comparison (wat is het alternatief) en welke Outcome (resultaat) zou het moeten hebben (Munten, Verhoef, & Kuiper, 2016).

2.3.2 Zoektermen

Voor de volgende stap werden zoektermen opgesteld. De onderzoeksvraag en de deelvragen waren hierin bepalend. De volgende Engelstalige zoektermen werden opgesteld: elderly patiënt, emergency department, screening frailty, adverse health outcome, functional decline, risk factors, hospitalization (bijlage 3). Bij het bepalen van zoektermen is gebruik gemaakt van Medical Subject Headings (MESH) (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Van Dekker-Doorn, & Rosendal, 2016).

2.3.3 Databanken

Relevante artikelen zijn gevonden in Cochrane, PubMed en CINAHL door verschillende zoektermen te combineren met de booleaanse operatoren AND en OR.

2.3.4 Methodologische in- en exclusiecriteria

De inclusiecriteria waren Engelstalige en Nederlandstalige artikelen gerelateerd aan de onderzoeks- en/of deelvragen, het hoogste niveau van bewijs zoals systematic reviews, artikelen niet ouder dan 5 jaar en full tekst. De exclusiecriteria waren geen Engels- of

Nederlandstalige artikelen; niet gerelateerd aan de onderzoek- of deelvraag; artikelen ouder dan 5 jaar en geen full tekst beschikbaar.

2.4 Resultaten literatuuronderzoek deelvraag 1

Op welke wijze kunnen ouderen vanaf 70 jaar met een verhoogde mate van kwetsbaarheid, en daarmee een verhoogde kans op functionele achteruitgang, worden geïdentificeerd op een SEH?

2.4.1 Zoekstrategie

Bijlage 4 toont de schematische weergave van de zoekstrategie bij de deelvragen.

2.4.2. Screeningsinstrumenten

Niet alle ouderen die zich op een SEH melden zijn kwetsbaar. Maar vaak zijn de problemen op het gebied van fysiek, cognitief, functioneel en/of sociaal functioneren ook niet direct zichtbaar. Om op een methodische wijze patiënten te kunnen identificeren met een verhoogd risico op kwetsbaarheid, en daarmee een verhoogde kans op functionele achteruitgang, zijn screeningsinstrumenten ontwikkeld (Bakker et al., 2017).

2.4.3 De VMS-vragenlijst kwetsbare ouderen

De VMS-vragenlijst is geen screeningsinstrument voor functieverlies of kwetsbaarheid (Bakker et al., 2017). Het is een samenvoeging van vragen uit verschillende instrumenten: de Katz-ADL, de SNAQ-score, vragen naar valrisico en om het risico op het ontwikkelen van een delier in te schatten. Ze geven goed het risico weer op de vier geriatrische problemen: vallen, ondervoeding, delier en ADL-beperking (Bakker et al., 2017). Vanuit het VMS thema kwetsbare ouderen heeft de IGZ ieder ziekenhuis verplicht om, alleen in geval van een ziekenhuisopname, deze VMS-vragen binnen 24 uur af te nemen (VMSzorg, 2009).

Het LZR heeft deze VMS-vragen in 2009 verwerkt in de RISK-lijst, die terug te vinden is in de verpleegkundig anamnese bij een ziekenhuisopname. RISK staat voor risico inventarisatie score lijst kwetsbare ouderen (zie bijlage 6). Aan de uitkomsten van deze score worden automatisch interventievoorstellen geplaatst in het verpleegkundig activiteitenplan van de patiënt. De VMS-vragenlijst is nooit op een SEH in Nederland getest.

2.4.4 Sreeningsinstrument voor de SEH

Om te onderzoeken welk instrument voor een spoedeisende hulp het meest geschikt is om risicopatiënten te identificeren, zijn de richtlijnen van de CGA geraadpleegd. Uit tien studies die wereldwijd op een SEH werden uitgevoerd bleek geen enkel screeningsinstrument

voldoende predictieve waarde te hebben om ongewenste gezondheidsuitkomsten of sterfte bij ouderen op een SEH te voorspellen. Daarbij bleek slechts één van de tien studies in Nederland uitgevoerd door Hoogerduijn et al, 2005 (NVKG, 2010). De instrumenten die zijn getest zijn ISAR, TRST, Rumican en Rowland. Deze studies zijn in de periode tussen 1999 en 2011 uitgevoerd.

Vervolgens is naar recentere literatuur in Cochrane, PubMed en CINAHL gezocht. Hiervoor werden de volgende zoektermen Frail elderly, older, emergency department, riskfactors, adverse outcome en screening instruments gecombineerd met de booleaanse operatoren AND en OR. Met deze zoekstrategie werd in PubMed de systematische review en meta-analyse “Risk factors and screenings instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients” van Carpenter et.al (2015) gevonden. Deze systematische review kwantificeert de prognostische nauwkeurigheid van een gevalideerd screeningsinstrument om patiënten op een SEH te onderscheiden met een verhoogde kans op nadelige gezondheidsresultaten op korte termijn (Carpenter et al., 2015). Hieronder werd gerekend: onverwachte herbezoeken aan de SEH, onverwachte klinische heropnames, functionele achteruitgang, opname in een verzorgingshuis of overlijden. Drie instrumenten werden geëvalueerd in een meta-analyse: de ISAR (Identification of Senior At Risk), de TRST (Triage Risk Screening Tool) en de VIP (Variables Indicative of Placement Risk). De conclusie van deze meta-analyse was dat geen enkel instrument pragmatisch, nauwkeurig en betrouwbaar bleek te zijn in een SEH-setting (Carpenter et al., 2015).

Opmerking: In de richtlijnen van de CGA (2010) is terug te vinden dat de organisatie van de spoedeisende hulpen in landen buiten Europa anders is dan in Nederland. In Amerika en Canada, waar de meeste screeningsinstrumenten zijn ontwikkeld, is de maximale verblijfsduur op de SEH vier dagen. In Nederland is dit maximaal 24 uur. De resultaten van de studies die in Amerika en Canada zijn uitgevoerd, zijn dan ook niet goed toepasbaar op de Nederlandse situatie (NVKG, 2010).

2.4.5 APOP-screeningsinstrument

In Nederland is in 2012 in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), met subsidie van de Zon. Mw, een studie opgezet met als doel de zorg voor de zich acuut presenterende ouderen te verbeteren, de zogenoemde APOP-studie (LUMC, 2012b).

De ambitie is onder andere een gevalideerd voorspellingsinstrument voor een SEH (binnen Europa) te ontwikkelen waarmee ouderen te identificeren die een grote kans op functionele achteruitgang en/of sterfte hebben. Bij de aanvang van de studie werden gegevens over drie domeinen beoordeeld: demografie, ernst van de ziekte en geriatrische metingen (De Gelder et al., 2016). Hiervoor werden variabelen uit andere meetinstrumenten geselecteerd die de

hoogst voorspellende waarde hebben op verlies van functionaliteit en mortaliteit (ISAR, 6CIT, KATZ, MMSE, MEWS- en APACHE II-scores). Daarbij werd gekeken naar de klinische bruikbaarheid in de praktijk. Uit deze selectie stelden men een nieuw voorspellingsmodel samen, de zogenoemde de APOP-screener (De Gelder et al., 2016). Het huidige model omvat leeftijd, geslacht, wijze van aankomst op de SEH, behoefte aan regelmatige hulp, hulp bij baden/ douchen, ziekenhuisopname in de voorafgaande zes maanden en verminderde cognitie (De Gelder et al., 2018). Het instrument werd getest en gevalideerd door middel van cross-validatie in vier Nederlandse ziekenhuizen (LUMC, Alrijne ziekenhuis, HMC Bronovo en in het Erasmus Medisch Centrum. Hierbij werd gevonden dat de APOP-screener in alle vier de ziekenhuizen (zowel academisch als perifeer) op dezelfde manier voorspellend bleek te zijn op de uitkomsten (De Gelder et al., 2018). Dit betekent dat het hoogstwaarschijnlijk op een zelfde manier zal werken in een ander ziekenhuis in Nederland.

De APOP-screener kan worden geïntegreerd in het bestaande ziekenhuissysteem HIX. Het toepassen van de APOP-screener neemt gemiddeld 93 seconden in beslag. De resultaten zijn uitgedrukt in percentages verhoogd risico op functieverlies en/of sterfte binnen drie maanden. Wanneer er aanwijzingen zijn voor een verminderde cognitie is dit daarbij apart vermeld. Na het voltooien van de screeningsvragen ontvouwt zich een lijst met maatregelen en interventies die tijdens het verblijf op de SEH ingezet kunnen worden. Deze maatregelen en interventies staan beschreven in een adviesschema zoals in het LUMC wordt gehanteerd.

In geval van ontslag wordt de uitslag van de screening automatisch gegenereerd uit HIX en in de huisartsenbrief opgenomen. Tevens volgen adviezen voor papieren ontslaginstructies voor de patiënt. In geval van een ziekenhuisopname volgen adviezen voor de overdracht aan de overnemende afdeling en de specifieke maatregelen die genomen zijn. In bijlage 5 bevinden zich de vragen van de APOP-screener met daarbij een uitleg wat de uitkomsten betekenen.

2.4.6 Conclusie literatuurstudie deelvraag 1

De APOP screener identificeert betrouwbare patiëntgerelateerde parameters die direct bij binnenkomst op een SEH aanwezig zijn. Deze parameters zijn door iedereen makkelijk, snel en nauwkeurig te meten. Dit maakt dat het een pragmatisch en betrouwbaar instrument is voor een SEH-omgeving om patiënten van 70 jaar en ouder te identificeren op een verhoogde mate van kwetsbaarheid en daarmee een verhoogde kans op functionele achteruitgang.

2.5 Resultaten literatuuronderzoek deelvraag 2

“Welke beïnvloedbare bedreigingen voor functionaliteit en zelfredzaamheid hebben kwetsbare ouderen bij een ziekenhuisopname?”

2.5.1 Zoekstrategie

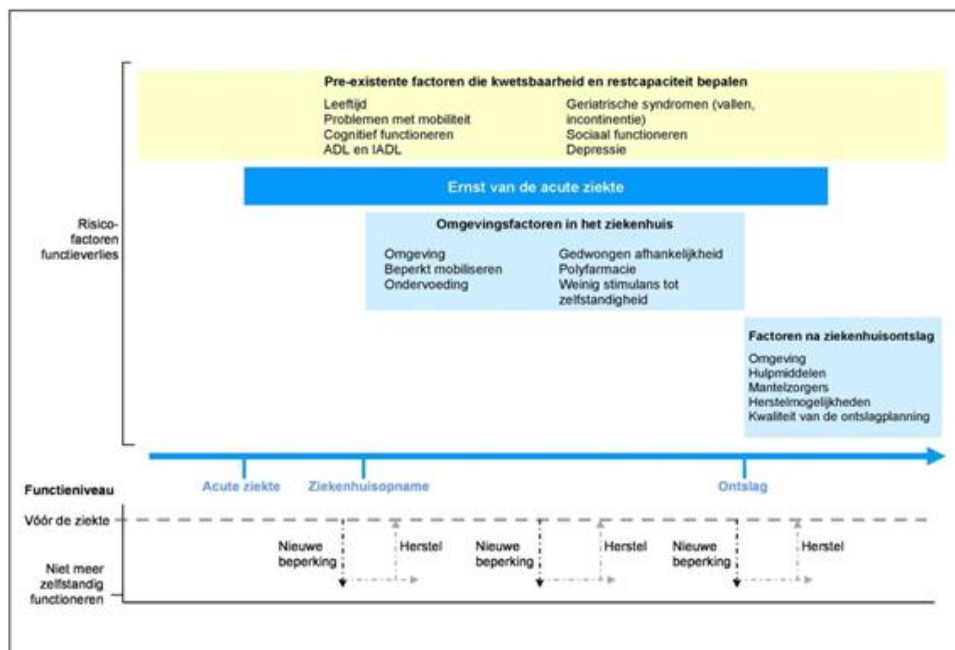
Bijlage 4 toont de schematische weergave van de zoekstrategie bij de deelvragen.

2.5.2 Zorg gerelateerde complicaties

Kwetsbare ouderen hebben weinig functionele reserves. Het gevolg is een verhoogde gevoeligheid voor de negatieve effecten van diverse stressoren zoals een acute ziekte (Bakker et al., 2017). Dat maakt dat een ziekenhuisopname voor kwetsbare ouderen risicovol is vanwege een verhoogde kans op complicaties zoals een infectie, decubitus, ondervoeding, delirium, bijwerkingen van medicatie of een val (VMSzorg, 2009; Buurman & De Rooij, 2015; Van Seben, Reichardt, & Smorenburg, 2016). Deze zorggerelateerde complicaties worden gedefinieerd als een adverse event (onbedoelde schade) bij een patiënt met als gevolg tijdelijk of een blijvend functieverlies en/ of een verlengde ziekenhuisopname (Van Seben et al., 2016).

2.5.3 De relatie tussen persoonlijke risicofactoren en ziekenhuisprocedures

Naast zorggerelateerde schade zijn er een aantal determinanten die een rol spelen bij functieverlies. De determinanten die bepalen of een oudere daadwerkelijk achteruit gaat in functioneren en of de oudere weer kan herstellen, zijn schematisch weergegeven in figuur 2. Bron: Buurman & De Rooij (2015).



Figuur 2. Determinanten functieverlies.

De determinanten die van invloed zijn op de negatieve uitkomsten bij ouderen na een ziekenhuisopname zijn onderverdeeld in:

- **Pre-existente factoren** die kwetsbaarheid en restcapaciteit bepalen. Dit zijn o.a. leeftijd en de aanwezigheid van geriatrische problemen bij de acute opname, zoals bestaande beperkingen in het functioneren, mobiliteitsproblemen, geheugenproblemen, valproblematiek, het sociaal functioneren, de aanwezigheid van een depressie en een slechte voedingstoestand bij opname (Buurman & De Rooij, 2015; Zisberg, Shadmi, Gur-Yaish, Tonkikh, & Sinoff, 2015; Van Seben et al., 2016).
- **Ernst van de acute ziekte.** Buurman en de Rooij (2015) en Van Seben (2016) beschreven dat diverse mechanismen daarbij mogelijk een rol spelen. Zo stelden ze dat de inflammatoire respons een grote aanslag op het immuunsysteem pleegt wat bij ouderen met een beperkte reservecapaciteit grote gevolgen kan hebben (Buurman & De Rooij, 2015; Van Seben et al., 2016). Het acute inflammatoire respons gaat immers gepaard met ziektegedrag zoals verminderde eetlust, veel slapen, motorische deprivatie en een sombere stemming (Buurman & De Rooij, 2015; Van Seben et al., 2016). Een slechte voedingstoestand en verminderde mobiliteit en bedrust is desastreus voor ouderen omdat de botdichtheid en de spiermassa versneld verminderen (Buurman & De Rooij, 2015; Van Seben et al., 2016).
- **Omgevingsfactoren en zorg in het ziekenhuis.** Zisberg et al. (2015) heeft in Israël een onderzoek verricht naar het effect van ziekenhuisinterventies op functieverlies bij zeshonderdachtenveertig patiënten boven de 70 jaar. Ze toonden aan dat Interventies als een perifeer infuus, continu monitoring van hartritme en andere vitale parameters, zuurstoftoediening, blaaskatheterisatie, fixatiemateriaal en overmatige hulp bij ADL, een belemmering vormden bij het (zelfstandig) mobiliseren en veroorzaken hierdoor een acuut verlies van autonomie (Zisberg et al.2015). Ten gevolge van deze belemmeringen in het zelfstandig functioneren neemt de kans op het ontwikkelen van diverse geriatrische complicaties en syndromen toeneemt, zoals een delirium, incontinentie, depressie, vallen, decubitus e.d. Daarnaast geeft bedrust een verhoogde kans op decubitus, trombose, luchtweginfectie, slikproblemen enz. Samenvattend concludeerden Zisberg et al.(2015) dat immobiliteit, slechte voeding, onvoldoende continentie zorg, hoger gebruik van geneesmiddelen en het veelal weinig stimuleren van de zelfstandigheid en mobiliteit de belangrijkste factoren zijn die bijdragen aan het ontstaan van beperkingen in het functioneren (Zisberg et al., 2015).
- **Factoren na ziekenhuisontslag.** Buurman en de Rooij (2015) en Van Seben (2016) benadrukten dat een goede kwaliteit van de ontslagplanning, de overdracht naar de

overnemende zorgverlener en een follow up na ontslag, de kans op functionele achteruitgang verminderd (Buurman & De Rooij, 2015; Van Seben et al., 2016).

2.5.4 Conclusie literatuurstudie deelvraag 2.

De grootste bedreigingen voor functionaliteit en zelfredzaamheid voor kwetsbare ouderen bij een ziekenhuisopname zijn de persoonsgebonden risicofactoren, zoals leeftijd, diagnose, cognitieve status, geslacht, verminderde functionele status (ADL, IADL), de cognitieve status, comorbiditeit (m.n. kanker), incontinentie, decubitus en voedingsstatus.

De belangrijkste beïnvloedbare ziekenhuisfactoren zijn mobiliteit, continenzorg, voedingsintake en ontslagmanagement. Dit zijn de factoren waar de verpleegkundigen op de SEH vroeg in het zorgproces op kunnen inspelen door klinisch te redeneren bij ouderen en het leveren van een kwalitatief hoge zorg gericht op preventie van zorggerelateerde schade, functieverlies en behoud van zelfstandigheid en autonomie. Om de coördinatie en continuïteit van zorg te waarborgen is het van wezenlijk belang om de ontslaginstructies in schriftelijke vorm aan te bieden.

Hoofdstuk 3. Methode praktijkgericht onderzoek

3.1 Onderzoeksdesign

Om antwoord te vinden op de hoofd- en deelvragen werd naast de literatuurstudie een kwalitatief praktijkonderzoek verricht. Het doel van het kwalitatief onderzoek is om volgens de Grounded Theory een gefundeerde theorie te ontwikkelen (De Jong et al., 2016). Hiervoor werd gezocht naar professionele kennis en ervaring op het gebied van kwetsbare ouderen op een SEH, maar ook de afwegingen die daarbij wordt gemaakt. Onderzocht zijn op welke wijze ouderen met een verhoogd risico op functieverlies stelselmatig in kaart gebracht kunnen worden op een SEH (deelvraag1); welke verpleegkundige competenties nodig zijn om de zorg patiëntgericht af te stemmen op de kwetsbare ouderen (deelvraag 3) en wat deze proactieve en persoonsgerichte zorg voor de samenwerking en afstemming in het gehele zorgproces op de SEH betekent (deelvraag 4). Het praktijkonderzoek had zowel een beschrijvend karakter ten aanzien van de huidige werkwijze op de SEH als een verkennend karakter ten aanzien van de beantwoording van de hoofd- en deelvragen.

3.2 Onderzoekspopulatie

Om een zo breed mogelijk inzicht vanuit verschillende perspectieven te krijgen is gekozen voor een integrale benadering van de onderzoekspopulatie omdat ervaringen van verschillende experts veel kennis en inzichten weerspiegelen. Daarin zit juist de kracht (Munten et al., 2016). In totaal werden zeven informanten volgens het principe van purposive sampling geselecteerd op basis van hun autoriteit en representativiteit (De Jong et al., 2016). Informant 1, 2 en 4 gaven informatie over de huidige werkwijze op de SEH. Informant 3, 4 en 5 deelden hun kennis en ervaring waar de zorg aan zou moeten voldoen volgens de vakliteratuur en de richtlijnen. Informant 6 en 7 deelden hun kennis, ervaringen en met welke attitude deze standaard werd vormgegeven in de dagelijkse praktijk op een SEH van zowel een academisch ziekenhuis als van een perifeer ziekenhuis.

3.2.1 In- en exclusiecriteria van de onderzoekspopulatie



3.2.2 De informanten

De informanten die werden benaderd voor een face-to-face interview zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1: Geselecteerde informanten en de descriptoren.

Informant	Functie	Descriptoren	Deelvraag
1	SEH-arts	Arts gespecialiseerd in de spoedeisende geneeskunde en eindverantwoordelijk voor de zorg op de SEH van alle aanwezige patiënten tot aan de overdracht aan een andere medisch specialist of huisarts. Zij kan haar inzicht en ervaring geven over het huidige zorgproces van de geriatrische patiënt op de SEH.	1 en 4
2	SEH-verpleegkundige van het LZR	Tevens ervaring in de thuiszorg. Ze kan, naast haar mening en ervaring over het huidige zorgproces op de SEH, haar ervaringen delen over de zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn.	1 en 4
3	Lector Welzijn en Gezondheid kwetsbare ouderen	Als lector legt hij een verbinding tussen onderwijs, praktijk en onderzoek. Hij gaf informatie over hoe professionals in de praktijk, de gezondheid en het welzijn van kwetsbare ouderen kunnen bevorderen, en welke competenties daarvoor nodig zijn. Daarnaast een nieuwe definitie kwetsbaarheid en screeningsinstrument ontwikkeld.	1, 2, 3 en 4
4	Klinisch geriater in het LZR	Een medisch specialist die de oudere patiënt met een (bedreigende) achteruitgang in het functioneren, onderzoekt en behandelt, zowel op lichamelijk, psychisch als sociaal vlak.	1,2 en 4
5	Geriatric verpleegkundige en bestuurslid V&VN geriatric	Inhoudsdeskundige op het gebied van verplegen van kwetsbare ouderen. Ze deelde haar inzichten welke interventies vroegtijdig op de SEH kunnen worden ingezet ter preventie van zorggerelateerde complicaties bij een geriatric patiënt.	2 en 3
6	SEH-verpleegkundige van een perifeer ziekenhuis.	Inclusiecriteria: gebruik van het screeningsinstrument (ISAR) op de SEH met daaraan verbonden een protocol/werkafpraak kwetsbare ouderen.	1, 3 en 4
7	Arts-onderzoeker in een academisch ziekenhuis	Ze is betrokken bij een studie om de zorg voor de acuut presenterende ouderen te verbeteren. Onderdeel van deze studie is het ontwikkelen van een screeningsinstrument om ouderen met een verhoogd risico op ongewenste uitkomsten zoals functieverlies en sterfte snel, nauwkeurig en betrouwbaar te identificeren op een SEH.	1, 3 en 4

3.3 Dataverzameling en meetinstrumenten

Voor het verzamelen van kennis, vaardigheden, attitudes en opinies werd gekozen voor semi-structurele interviews. Op basis van literatuur werd een topiclijst samengesteld. De topics werden gebruikt voor de interviewkaarten van de verschillende informanten om een zo hoog mogelijke verzadiging na te streven. Naast de vragen op de interviewkaart werd gebruik gemaakt van diepte-interviews om tot bredere inzichten te komen (Verhoef et al., 2016). Per informant vond één meetmoment plaats door middel van een face-to-face interview in een voor hén vertrouwelijke omgeving.

3.4 Uitkomstmaten

De uitkomstmaten van het onderzoek zijn professionele kennis en ervaringen van experts op het gebied van kwetsbare ouderen in de acute zorg. Wat is “gaande”, wat is nodig en wat werkt wel en wat werkt niet in de dagelijkse praktijk. Hun inzichten leiden, gezamenlijk met de inzichten van wetenschappelijke literatuur, tot onderbouwde aanbevelingen voor bijstellingen in het (verpleegkundig) zorgproces van kwetsbare ouderen op de SEH in het Laurentius Ziekenhuis.

3.5 Procedures en ethische verantwoording

Door middel van een wervingsbrief werd iedere informant uitgenodigd (bijlage 7) . De deelname aan het onderzoek vond plaats op vrijwillige basis. In de wervingsbrief werd vermeld dat het interview zou worden opgenomen ten behoeve van de data-analyse. Voorafgaand aan het interview werd aan de informant toestemming gevraagd om de gegevens te gebruiken voor de doelen die in de wervingsbrief vermeld stonden. Bij het tekenen van het informed consentformulier (bijlage 8) werd toestemming door de informant gegeven.

3.6 Data-analyse

Het verzamelde materiaal werd volgens de inductieve methode geanalyseerd door data van de huidige werkwijze op de SEH te vergelijken met data van de inzichten van de experts om tot beantwoording van de hoofd- en deelvragen te komen. De kwalitatieve verwerking van gegevens vond plaats volgens de zes stappen van het analyseproces van Verhoef (Verhoef et al., 2016). Uit de codering zijn 8 kernthema's ontstaan: professionele expertise, de huidige werkwijze, de gevolgen van de huidige werkwijze, de wenselijke werkwijze, screenen, effect van screenen, keuze screeningsinstrument, bijstellingen en afstemmen.

3.7 Kwaliteitsborging van het onderzoek

Om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te borgen werden een aantal maatregelen getroffen.

3.7.1 Validiteit en betrouwbaarheid

Om de externe validiteit (generaliseerbaarheid) van het onderzoek te borgen is er gebruik gemaakt van:

- Triangulatie door het verzamelen van gegevens via interviews met gevarieerde en representatieve bronnen. Deze bronnen vormen gezamenlijk een brede expertise vanuit verschillende perspectieven (Munten et al., 2016). Om de kracht van het bewijs te vergroten is het inclusie criterium gehanteerd dat de informanten óf een autoriteit zijn in hun vakgebied, óf een vertegenwoordiger van hun vakgroep zijn in de organisatie waarin ze werkzaam zijn. In totaal zijn zeven informanten geïnterviewd.
- Saturatie. Bij aanvang van het onderzoek werd een lijst met topics gebruikt die na de eerste analyse werd aangevuld met onderwerpen die uit deze analyse volgden. (Verhoef et al., 2016). Door zoveel mogelijk topics bij de verschillende informanten te gebruiken werd naar een zo hoog mogelijke saturatie gestreefd (Munten et al., 2016). De saturatie werd bereikt nadat uit de datacollectie en -analyse geen nieuwe informatie meer naar voren kwam.

Om de interne validiteit van het onderzoek te borgen is er gebruik gemaakt van:

- Bijhouden van memo's. Gedurende het onderzoek werden memo's bijgehouden die mogelijk van invloed konden zijn op de resultaten (Munten et al., 2016).
- Begripsvaliditeit:
 - Topiclijst: Om ervoor te zorgen dat de onderwerpen die van belang werd geacht voor het onderzoek bij de verschillende informanten aan bod kwamen, werd op basis van literatuurstudie een topic lijst samengesteld.
 - Interviewkaart: Ten behoeve van de semigestructureerde interviews werd een interviewkaart samengesteld met wat algemene vragen. Door middel van diepte-interview werd doorgevraagd op het moment de respondent iets interessants zei of wanneer de onderzoeker een antwoord wilde verifiëren of niet goed begreep.
 - Peer review. Door middel van peer review werden de topiclijst en de vragen op de interviewkaart gevalideerd op inhoud (inhoudsvaliditeit) en getest in een proefinterview (face-validity) (Munten et al., 2016).

3.7.2 betrouwbaarheid

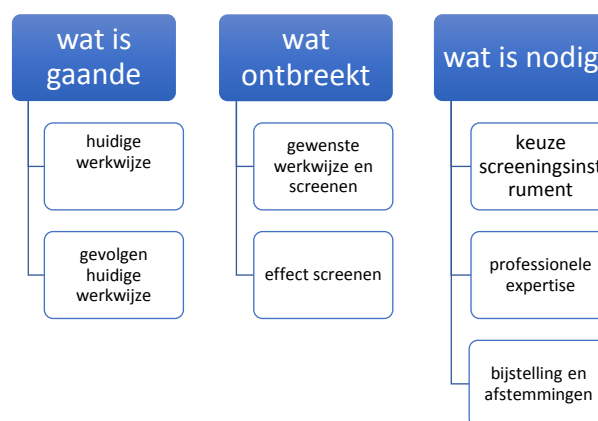
Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te borgen werd gebruik gemaakt van:

- Member checking. Iedere opname van een interview werd direct letterlijk uitgetypt (transcriberen). Alle zinnen die niet relevant waren voor het beantwoorden van de hoofd- of deelvragen werden uit het transcript verwijderd. Er werd een samenvatting van de transcripten gemaakt die aan de informanten werd voorgelegd om vast te stellen of de uitwerking voor hen herkenbaar was (Verhoef et al., 2016).
Hen werd gevraagd om dit per mail te bevestigen.
- Peer-debriefing. Door middel van peer debriefing werd een controle op de interpretaties van de resultaten uitgevoerd door twee collegae (Verhoef et al., 2016). Deze procedure werd uitgevoerd bij het coderen van de data. De controle op de interpretatie van competenties werd uitgevoerd en beoordeeld door een opleidingsfunctionaris. Het hoofdstuk resultaten werd op kwaliteit en leesbaarheid beoordeeld door een, recent op masterniveau afgestudeerde, collega.

Hoofdstuk 4. Resultaten

Dit hoofdstuk geeft de resultaten uit het praktijkonderzoek weer. Uit de codering zijn 8 kernthema's geselecteerd: professionele expertise, huidige werkwijze, de gevolgen van de huidige werkwijze, gewenste werkwijze, screenen, effecten van screenen, keuze screeningsinstrument en bijstellingen en afstemmingen in het zorgproces.

Met behulp van deze kernthema's is in kaart gebracht wat volgens de experts "gaande" is, wat ontbreekt in de huidige werkwijze en wat nodig is om de zorg voor de kwetsbare oudere op de SEH op maat af te stemmen op de individuele zorgbehoefte. Zie figuur 3.



Figuur 3. Kernthema's.

4.1. Huidige werkwijze en gevolgen

Volgens de informanten 1,2, 4 en 5 werden de risicofactoren op functieverlies bij ouderen, in de huidige werkwijze op de SEH in LZR, niet volgens een bepaalde standaard of methodiek geïdentificeerd. Informant 1 en 2 hebben aangegeven dat bij binnenkomst de urgentie en zorgbehoefte vastgesteld worden volgens de standaard van het Nederlands Triage Systeem. Ze hanteerden daarbij geen specifieke geriatrische anamnese of screeningsmethode. Opvallend was dat alle informanten unaniem aangaven dat kwetsbaarheid met alleen triage niet volledig aan het licht gebracht kan worden. Informant 4 beschreef waarom de uitkomsten van de triage niet altijd betrouwbaar zijn bij ouderen als volgt:.

“De vitale parameters bij ouderen zijn niet altijd betrouwbaar. Ze krijgen geen koorts, ze vertonen geen versnelde pols bij al die bètablokkers die ze onder de leden hebben.

Dan komt de patiënt op basis van deze parameters eruit als niet urgent en blijkt dan toch hartstikke septisch te zijn” (informant 3).

Op de vraag wat kwetsbaarheid voor hen betekende gaven alle informanten aan dat het om problemen in meerdere domeinen ging. De informaten 1 en 2 gaven aan dat het identificeren van deze kwetsbaarheid in de huidige werkwijze plaats vond op basis van de individuele inzichten van de zorgverlener die op dat moment bij de patiënt betrokken is. De opinie van informant 1 was dat screenen op een verhoogd risico van functieverlies en kwetsbaarheid een taak van de huisarts is.

“ Ik vind screenen op kwetsbaarheid een taak voor de huisarts en niet voor de tweede-lijn. Want hier op de SEH hebben we daar geen tijd voor. Het is niet voor niets dat de patiënten hier vaak meer dan 4 uur liggen, en dan komt die screening er nog bovenop. En ja, ga je die patiënt naar huis sturen dan maakt een hoge risk score in theorie niets uit voor je beleid, want je hebt al besloten dat ie naar huis gaat. Dus ja, dat vind ik een lastige wat de meerwaarde daarvan zou kunnen zijn.” (informant 1)

Informant 1 beschreef dat bij ouderen op de SEH, in de huidige werkwijze naast het medische probleem waar de patiënt mee komt, vooral gezocht wordt naar tekenen van een delirium. Aanvullend wordt in de voorgeschiedenis gezocht of tijdens een eerdere ziekenhuisopname acute verwardheid is geregistreerd. Informant 4 herkende dat op de SEH vaak binnen dit ene domein werd gezocht. Informant 3 t/m 7 gaven aan dat door de aandacht te richten naar één domein van het totaal functioneren het risico bestaat dat bepaalde problemen bij ouderen niet worden gesignaleerd..

“We zien wel eens in het dossier van de patiënt dat er een aantal SEH bezoeken zijn geweest. Dan een verwonding, dan een trauma capitis, weken later gevallen en een heup gebroken. Dat zijn eigenlijk signalen dat er meer aan de hand is. Wanneer je dat eerder geïdentificeerd had, was misschien die ene fractuur niet nodig geweest. Je zou het voor sommigen als een gemiste kans kunnen beschouwen” (informant 4).

Daarnaast merkte informant 4 op dat de gesignaleerde (potentiële) risicofactoren op de SEH vaak niet werden gerapporteerd. Volgens informant 4 was het gevolg hiervan dat deze (potentiële) risicofactoren tijdens de ziekenhuisopname dan ook niet werden gemonitord. Ze deelde de ervaring dat er patiënten zijn geweest die dien ten gevolge tijdens de opname verder in de problemen waren gekomen. Zowel informant 4 als informant 5 waren van mening dat dit vaker tot een verlengde opnameduur had geleid. De informaten 2 t/m 7 deelden hun ervaring en opinie dat wanneer gesignaleerde risicofactoren niet geregistreerd worden dit ook zijn weerslag heeft op de overdracht naar de eerste lijn. Informant 4 gaf was

in het verleden vaker opgevallen dat in de ontslagbrief van de SEH wel de somatische klacht en de daarbij behorende behandeling stond beschreven, maar vaak niets over gesignaleerde risicofactoren. Volgens de informant 4 en 5 vertelden onafhankelijk van elkaar dat de huisartsen in de regio de behoefte hebben aangegeven, geïnformeerd te willen worden over de in het ziekenhuis gesignaleerde mate van kwetsbaarheid. Informant 4 gaf hierbij de rede dat het met regelmaat is voorgekomen dat ouderen niet bij de huisarts komen maar er wel een aantal SEH bezoeken zijn geweest. Informant 7 beschreef waarom een volledige overdracht naar de huisarts bij kwetsbare ouderen belangrijk is:

“Zeker bij ouderen die zelf niet meer de regie kunnen houden over hun ziekte en het beloop en het eigenlijk niet meer kunnen bevatten wat er allemaal gebeurt, is het heel belangrijk dat er goede informatie van de ene naar de andere zorgverlener gaat. In geval van ontslag van de SEH geven we de informatie en regie door aan de huisarts. Die kent de patiënt het beste en weet in te schatten wat nodig is en wat niet” (informant 7).

4.2 Gewenste werkwijze en screenen

Informant 3 en 7 onderstreept het belang om vanuit de SEH een compleet beeld te vormen en de informatie door te geven aan de huisarts of overnemende afdeling of instantie om er verder mee aan de slag te gaan. Informant 1 zei dat in het kader van deze samenwerking het belangrijk is dat zorgverleners in de keten dezelfde taal spreken. Informant 3 t/m7 beschreven dat door middel van een korte vragenlijst, snel en methodisch de mate van kwetsbaarheid in kaart gebracht kan worden. Informant 4 beschreef dat door te werken met een screeningsmethode de mate van kwetsbaarheid voor iedereen tevens inzichtelijk wordt gemaakt doordat het geregistreerd staat in het EPD van de patiënt.

4.3 Effecten van screenen

De informanten 6 en 7 deelden de ervaring dat na de invoering van de screeningsmethodiek, tevens de alertheid op (potentiële) risicofactoren bij ouderen binnen hun team op de SEH is verhoogd. Opvallend was dat de informanten 3, 4 en 5 de opinie deelden dat screenen op kwetsbaarheid ook zijn effect heeft op de awareness bij de zorgverleners. De informanten 1 en 2 kon zich wel voorstellen dat screenen een hulpmiddel is om de awareness bij de zorgverleners te verhogen. Informant 2 illustreerde deze opvatting met de volgende uitspraak:

“Wanneer je zou screenen zet je je voelsprietten uit en breng je dingen op gang”
(Informant 2).

Alle informanten benadrukten dat screenen alleen dan zinvol werd geacht wanneer er ook wat met de uitslagen wordt gedaan. Anders werd het screenen zinloos geacht. Informant 3 t/m 7 beschreven dat de uitkomsten van het screenen handvatten kan bieden voor in te zetten vervolgacties. Informant 3, 6 en 7 beschreven dat de screening onderdeel van een protocol of werkwijze moet zijn, zodat vaststaat hoe de uitkomsten sturend zijn voor het nemen van vervolgacties en de inzet andere disciplines.

“Wanneer er problemen zijn met het lopen en evenwicht, schakel je fysiotherapie in. Zijn er problemen op het sociale vlak denk dan aan maatschappelijk werk. Met andere woorden de mate van kwetsbaarheid stuurt de inzet van disciplines” (informant 3).

Informant 7 illustreerde hoe op de SEH in het LUMC bepaalde vervolgacties na het screenen bij de verpleegkundigen onder de aandacht werden gebracht door interventievoorstellen in hun werkscherm oplichten. Deze interventies waren vooral gericht op patiëntniveau zoals, ondervoeding-, decubitus-, val- en delierpreventie. Op procesniveau werden instructies voorgesteld voor de informatieoverdracht naar de volgende afdeling of bij ontslag.

Screenen heeft volgens informant 3 t/m 7 ook zijn effect op de overdracht naar de overnemende zorgverleners. Het belang van een goede overdracht werd geïllustreerd door informant 2:

“Ik heb bij mensen thuis gewerkt en dan is het een gemis wanneer zaken niet in kaart zijn gebracht. Dan is het werken op ‘Gods gratie’ (informant 2).

Informant 4, 5 6 en 7 bevestigden dat de uitkomsten van mate van kwetsbaarheid sturend kunnen zijn in het maken van het medische beslissingen, in samenspraak met de patiënt en familie.

“Wanneer je iemand naar huis kunt sturen, maar die loopt niet heel erg makkelijk en je schat in dat je die dezelfde avond misschien weer terugkrijgt omdat ze opnieuw gevallen is en een heup breekt, ja dan leg je ze toch liever hier in een bedje.” (informant 1)

“Wanneer iemand heel oud en kwetsbaar blijkt te zijn, is het dan medisch zinvol om te reanimeren?” (Informant 6)

“De uitkomsten van de screening kunnen een aanleiding zijn dat je met de patiënt aan tafel gaat zitten en vraagt wat wilt u eigenlijk nog? Dan helpt het wanneer je een voorspellend

percentage hebt op verder functieverlies of sterfte. Er zijn mensen die zeggen dat die heftige operatie niet meer te willen, of juist wel om verder functieverlies tegen te gaan” (informant 7).

4.4 Keuze screeningsinstrument

Volgens informant 3, 6 en 7 is het bij de keuze van een screeningsinstrument belangrijk dat je van tevoren bepaalt wat je wilt meten en met welk doel. Informant 3, 4, 6 en 7 gaven aan dat dit afhangt van welke visie over kwetsbaarheid je hanteert: kijk je alleen naar het functioneren of ook naar de andere componenten van kwetsbaarheid? Informant 6 en 7 gaven expliciet aan dat het screeningsinstrument op een SEH snel en op een eenvoudige manier te hanteren moet zijn, anders krijgen andere werkzaamheden een hogere prioriteit en wordt het screenen achterwege gelaten. Informant 3 en 7 adviseerden om een instrument te kiezen wat zich bewezen heeft op validiteit en betrouwbaarheid bij de doelgroep. Volgens de ervaringen van informant 4 is gebleken dat de uitslagen van de RISK-vragen vaak vals positief zijn waarbij ook nog eens de vraag gesteld kan worden of deze uitslagen de geijkte informatie geven voor op een SEH. Informant 7 bevestigde dat de APOP-screener een gevalideerd instrument voor een SEH is, waarmee binnen gemiddeld anderhalve minuut het risico op functieverlies en sterfte, met een hogere voorspellende waarde dan andere instrumenten, in kaart gebracht kan worden direct na triage. Ze omschreef het belang van een gevalideerd en betrouwbaar instrument als volgt:

“Het is belangrijk dat je met screenen de echte hoog risicopatiënten eruit haalt die baat hebben bij vervolgenterventies, anders doe je dingen voor niets en is het niet haalbaar” (informant 7).

4.5 Professionele expertise

Op de vraag over welke competenties de zorgverleners zouden moeten beschikken bij de zorg voor ouderen op de SEH werd door alle informanten aangegeven dat kennis van geriatrie en attitude richting ouderen heel belangrijk is. Daarnaast werden een aantal vaardigheden benoemd die essentieel zijn bij de zorg voor de kwetsbare ouderen.

Kennis: “De zorgverlener moet in staat kunnen zijn om klinisch te redeneren bij ouderen en verbanden te leggen tussen de verschillende problemen, oorzaken en mogelijke gevolgen. Daarvoor heb je veel kennis nodig” (informant 3).

Attitude: “Bij ouderen met meerdere problemen en atypische ziektepresentatie, of juist heel typische geriatrische syndromen, moet je verder kijken om hen goed te kunnen helpen”

(informant 7). Probeer het totaalplaatje compleet te krijgen door vooruit te kijken en ook al met het ontslag bezig te zijn, dan kun je al een boel winnen” (informant 5).

Vaardigheden op het gebied van communicatie: “Identificeren van risicofactoren van kwetsbaarheid is best complex. Je ziet het niet meteen bij binnenkomst dat bepaalde zaken problemen kunnen geven. Daarom moet je doorvragen” (informant 5). “Daarvoor heb je bepaalde technieken nodig om te achterhalen hoe het daadwerkelijk zit” (informant 3).

Samenwerkingsvaardigheden: “Om het een succes te laten zijn heb je andere partijen in de hele keten nodig die met kwetsbare ouderen te maken krijgen en er vervolg aan geven” (informant 3).

Informant 1 en 2 gaven aan dat er na de opleiding tot SEH-arts of SEH-verpleegkundige geen scholingsprogramma op het gebied van geriatrie verplicht wordt gesteld, zoals dit wel geldt voor specifieke trainingen op het gebied van bijvoorbeeld traumaopvang, reanimatie en voorbehouden handelingen. De laatst gevolgde scholing op het gebied van geriatrie bleek voor zowel de artsen als voor de verpleegkundigen jaren geleden. Paradoxaal is dat alle informanten aangaven dat scholing op het gebied van geriatrie als noodzakelijk wordt geacht gezien de complexiteit van de problematieken die een oudere patiënt kan hebben.

4.6 Bijstellen en afstemming

Informant 4 en 5 gaven aan dat het wenselijk zou zijn dat om bij ouderen vroeger in het zorgproces op de SEH te screenen op risicofactoren zodat op de SEH al interventies gestart kunnen worden en interventies voortgezet door de overnemende zorgverlener in eerste of tweede lijn. Van interventies die op de SEH al opgestart konden worden werden interventies op het gebied van decubitus, vallen, ondervoeding en oriëntatie benoemd. Informant 1 zei hierover:

“Er zijn een heleboel zaken die wij niet hoeven te regelen, dat kunnen verpleegkundigen net zo goed. Het enige is dat wij de geriater moeten bellen. Dus ik denk dat een heel groot deel al door verpleegkundigen te ondervangen is en een ander deel voor ons.” (Informant 1)

Door informant 4 en 5 werd aangegeven dat de SEH sneller een beroep kan doen op het geriatriesch team voor een geriatriesch assessment op de SEH. Informant 1 en 4 gaven onafhankelijk van elkaar aan dat er op de SEH meer behoefte is aan geriatrie expertise.

“Op de SEH zou iemand met geriatrie expertise, naast de dokter, met een andere blik naar de ouderen met een verhoogde mate van kwetsbaarheid kunnen meekijken.”

(Informant 4).

“Of je zou een soort anderhalve eerstelijns verpleegkundige moeten hebben met geriatrische expertise die de link is tussen de huisarts en de geriater. Er is toch vaak een hele hoop zorgvraag regelen en dat is niet perse iets wat bij de dokter op de SEH moet liggen.”

(Informant 1)

Informant 3, 6 en 7 onderstreepte het belang om het een succes te laten zijn onderling goede afspraken te maken.

“Stem het onderling goed af. Zorg dat je een goed vervolgtraject hebt. Alleen iemand screenen op kwetsbaarheid en er wordt niets mee gedaan, schiet je niets mee op”

(Informant 6).

Hoofdstuk 5. Discussie

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het onderzoek vergeleken met de literatuur en wordt antwoord gegeven op de deelvragen 1,3 en 4. Deelvraag 2 werd reeds beantwoord in hoofdstuk 2. Het hoofdstuk sluit af met de methodologie van het onderzoek waarbij wordt ingegaan op de validiteit van dit onderzoek, keuzen, bevindingen en de beperkingen.

5.1 Deelvraag 1

Omdat niet alle ouderen kwetsbaar zijn, is het volgens de informanten belangrijk om juist die patiënten te herkennen die baat hebben bij vervolgenterventies, anders doe je dingen voor niets en is het niet haalbaar. Uit de interviews is gebleken dat het identificeren van (potentiële) risicofactoren bij kwetsbare ouderen naar individueel inzicht niet de gewenste resultaten geeft met als gevolg dat het regelmatig is voorgekomen dat (potentiële) risicofactoren niet, of maar gedeeltelijk werden opgemerkt op de SEH. Volgens de richtlijnen CGA (NVKG, 2013) is om die rede ten minste een goede inventarisatie van de medische voorgeschiedenis, een heteroanamnese, een functionele anamnese en een sociale anamnese bij de ouderen noodzakelijk. Informant 3 en 7 deelden hun kennis hoe in de dagelijkse praktijk, met behulp van een gevalideerd screeningsinstrument, elementen uit deze anamneses snel en methodisch risicopatiënten herkent kunnen worden. De effectiviteit van deze vroegsignalering is onderzocht in de systematische review “Efficacy of ED –based interventions designed to reduce re-paet visits and other adverse outcomes for older patients after discharge van Karam, G., Radden, Z., Berall, L. E., Cheng, C., & Gruneir, A. (2015). Ze onderzochten de effectiviteit van een aantal interventies op de SEH gericht op het terugdringen van onder andere ziekenhuisopnames, opname in een verzorgingstehuis en sterfte na een SEH bezoek. Ondanks het gebrek aan consistentie in de verschillende studies, bleek het gebruik van een screeningsinstrument geassocieerd te zijn met verbeterde uitkomsten. De verklaring die ze hiervoor gaven was dat de implementatie van een risico voorspellingsinstrument in een SEH leidt tot betere gerichtheid van interventies doordat zorgverleners zich beter focussen op het verminderen van complicaties en de uitslagen een aanleiding vormen voor een geriatrisch vervolgonderzoek. Uit de literatuurstudie in hoofdstuk twee is gebleken dat de APOP screener het meest betrouwbare en pragmatische instrument is voor een SEH.

5.1.1 Conclusie van deelvraag 1:

Een screeningsinstrument maakt het mogelijk om volgens een gestructureerde en methodische wijze ouderen vanaf 70 jaar met een verhoogde mate van kwetsbaarheid, en daarmee een verhoogde kans op functionele achteruitgang en sterfte, vroegtijdig te

identificeren. Volgens de huidige inzichten is de APOP-screener het meest geschikte screeningsinstrument voor een SEH.

5.2 Deelvraag 3

In het beroepsprofiel V&V 2020 (2012) van verpleegkundigen wordt uitgegaan van de CanMeds-gebieden. CanMeds staan voor Canadian Medical Education Directives for specialists. Er wordt een onderscheid gemaakt in zeven competentie gebieden die onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Hierbij vormt de zorgverlener de kern van de beroepsuitoefening (V&V 2020, 2012). Tijdens de interviews werd aan de informanten gevraagd welke competenties nodig zijn voor de zorg van kwetsbare ouderen op de SEH. Het meest opvallend was dat alle informanten aandroegen dat kennis van geriatrie zeer belangrijk is. Vooral voor het besef van de (potentiële) problemen die kwetsbare ouderen bij een SEH- en ziekenhuisopname hebben. Volgens de Lector, de geriater en de geriatrieverpleegkundige van het LZR komt daarbij de moeilijkheid dat deze (potentiële) problemen vaak niet direct zichtbaar zijn doordat: ouderen uiten zich minder helder, horen vaak slecht, hebben onduidelijke klachten en vaak een atypische ziektepresentatie (Buijs et al., 2017; Bakker et al., 2017). Zowel de literatuur als de praktijk zijn er eenduidig in dat de zorg voor kwetsbare ouderen op de SEH vraagt om specifieke kennis, vaardigheid en een juiste attitude. De componenten van de competentiegebieden die naar voren kwamen tijdens de interviews zijn naast de literatuur gelegd (Bakker et al., 2017; Opleidingscommissie SEH-verpleegkundige, 2016; VVVG, 2004):

- Klinisch redeneren bij ouderen en indiceren van zorg (zorgverlener).
- Persoonsgerichte communicatie (communicator).
- Continuïteit van zorg en multidisciplinair samenwerken (samenwerkingspartner).
- Onderzoekend vermogen, professionele reflectie en morele sensitiviteit (reflectieve EBP-professional).
- Preventiegericht analyseren en adviseren (gezondheidsbevorderaar).
- Coördinatie van zorg, veiligheid bevorderen (organisator).
- Kwaliteit van zorg leveren, professioneel gedrag (kwaliteitsbevorderaar).

5.2.1 Conclusie deelvraag 3

Om de juiste zorg af te stemmen op de individuele zorgbehoefte van kwetsbare ouderen op de SEH zijn klinisch- en preventiegericht redeneren, methodisch handelen, integrale samenwerking en een kwalitatieve hoge basiszorg nodig. Dit vereist specifieke kennis, vaardigheden en attitude gericht op geriatrische patiënten

5.3 Deelvraag 4.

Meerdere informanten gaven aan dat wanneer deze vroegsignalering van risicopatiënten direct bij binnenkomst op de SEH zou plaatsvinden, ook vroegtijdig interventies kunnen worden geïnitieerd. Volgens de literatuur van Buurman & De Rooij (2015); Bakker et al.(2017) en Zisberg et al.(2015) dienen deze interventies zich te richten op de beïnvloedbare ziekenhuisfactoren, zoals mobiliteit, continentiezorg, voedingsintake. Dit ter preventie van zorggerelateerde schade, zoals decubitus, vallen, urineweginfectie bij (niet gerechtvaardigde) blaaskatheterisatie, onnodig nuchter houden, en onvoldoende stimulering van mobiliteit en zelfzorg.

Conform de richtlijnen CGA (NVKG, 2013) is het na deze vroegsignalering ook raadzaam om na te gaan welke patiënten in aanmerking komen voor een verdere systematische geriatrische beoordeling, het zogenoemde comprehensive geriatric assessment (NVKG, 2010). Zowel een geriatrisch verpleegkundige als een klinisch geriater hebben een rol in het afnemen van het CGA (Bakker, 2017). Of het CGA daadwerkelijk leiden tot een vermindering van functieverlies en sterfte is recent onderzocht in een Cochrane review (Ellis, Whitehead, Robinson, O'Neill, & Langhorne, 2017). De volgende uitkomstmaten zijn in kaart gebracht: institutionalisering, mortaliteit, de mate van zelfredzaamheid, patient reported outcome measures (PROMs), patiënttevredenheid en de zorgkosten. In deze Cochrane review is een hoog bewijs gevonden dat dit uitgebreid geriatrisch onderzoek (CGA) een positief effect heeft op het zelfstandig functioneren van ouderen na een ziekenhuisopname (Ellis et al., 2017). Andere cruciale aspecten waren: op maat gemaakte behandelplannen; gerichte kennis en ervaring op en gebied van geriatrie en meer betrokkenheid van patiënt en doelen bij de behandeling (Ellis et al., 2017). Er is een laag bewijs voor de kosteneffectiviteit van een CGA, mede omdat de verschillende studies andere uitkomstmaten hanteerden. Daarom werd een nader onderzoek naar kosteneffectiviteit geadviseerd.

In deze review is niet de context van een SEH meegenomen en welke onderdelen van het CGA op een SEH door welke professional uitgevoerd dient te worden. In de huidige bedrijfsvoering op de SEH wordt de SEH-patiënten, vanwege hun tijdelijke verblijf, vaak vergeleken met poliklinische patiënten. Volgens de richtlijnen CGA (NVKG, 2013) wordt ook voor deze patiënten een verbetering van functionele status en een lagere kans op institutionaliseren verwacht bij een CGA. Informant 4 gaf aan dat een volledig CGA een veel te uitgebreid onderzoek is voor een SEH, mede omdat het een multidisciplinair onderzoek is en het hierdoor te veel tijd in beslag neemt voor op een SEH. Volgens informant 4 en 5 kunnen wel onderdelen van een CGA op een SEH plaatsvinden door een geriatrisch verpleegkundige of door een klinisch geriater. Of deze maatregelen op een SEH daadwerkelijk tot verbeterde uitkomsten leidt is onderzocht in de systematische review van

Karam, G et al.(2015). “Efficacy of ED –based interventions designed to reduce repeat visits and other adverse outcomes for older patients after discharge”. De conclusie was dat, ondanks gebrek aan consistentie tussen de verschillende studies, een geriatrische medebeoordeling op de SEH, door (meestal) een verpleegkundig zorgverlener, tot betere uitkomsten heeft geleid in combinatie wanneer de risicopatiënten met een screeningsinstrument werden geïdentificeerd.

5.3.1 Conclusie deelvraag 4

Proactieve en persoonsgerichte zorg voor kwetsbare oudere patiënten op de SEH betekent een goede basiszorg ter preventie van zorggerelateerde schade. Voor de hoog risicopatiënten, die met behulp van een screeningsinstrument zijn geïdentificeerd, is het raadzaam een aanvullend geriatrisch onderzoek te doen naar de (potentiële) risicofactoren in het fysieke, functionele, psychische en sociale domein. Hier zijn tenminste onderdelen van het CGA voor nodig, die door het geriatrieteam kunnen worden uitgevoerd. Vervolgens kunnen vroegtijdig maatregelen worden getroffen op de gesignaleerde en beïnvloedbare risicofactoren. Om ervoor te waken dat het proces van diagnostiek en deze vroegtijdige maatregelen mekaar niet hinderen dient continu afstemming worden gezocht tussen de zorgverleners die bij de zorg voor de patiënt betrokken zijn. In een zorgmodel of stroomschema kan inzichtelijk worden gemaakt op welk moment vervolgacties kunnen worden geïnitieerd.

5.4 Methodologie en beperkingen van het onderzoek.

Om gefundeerde antwoorden te vinden op de onderzoeksvragen 1,3 en 4 is gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign. Met behulp van dit onderzoeksdesign kon het verzamelde materiaal uit de literatuurstudie getoetst worden aan de dagelijkse praktijk. De literatuurstudie vormde daarbij het theoretisch kader voor de richting gevende vragen aan de informanten. Een sterk punt van dit onderzoek zijn de inclusiecriteria voor de informanten waarbij ze óf een autoriteit zijn op het gebied van kwetsbare ouderen óf konden spreken vanuit de discipline waarin de informant werkzaam is. Daarmee zijn representatieve en gevarieerde bronnen verzameld waardoor de kracht van het bewijs is vergroot. Hun gezamenlijke ervaringen weerspiegelen veel kennis en inzichten.

Een ander sterk punt is de dataverzamelingstechniek. Met behulp van diepte-interviews werd, naast de experts opinion, naar achterliggende afwegingen gezocht. Met deze techniek kon de onderzoeker de informanten laten spreken; op zoek naar wat is “gaande”, wat ontbreekt en wat is nodig om zorg op maat te bieden voor kwetsbare ouderen op de SEH. Na zeven diepte-interviews bleek het saturatiepunt bereikt doordat overeenkomsten in de

antwoorden werden gezien en zich geen nieuwe informatie meer aandiende. Hiermee concludeert de onderzoeker dat zeven interviews voldoende blijken te zijn.

Tijdens het hele onderzoeksproces werden kennis, meningen en ervaringen constant met elkaar vergeleken waarbij bevindingen werden bevestigd, aangescherpt of gecorrigeerd. Bij de data-analyse werden connecties tussen de bevindingen gelegd op zoek naar kernthema's die centraal bleken te staan om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Deze kernthema's werden vervolgens vergeleken met de literatuur. Met behulp van deze Grounded Theory methode werden gefundeerde antwoorden gevonden op de onderzoeksvragen. De onderzoeker concludeert hieruit dat het kwalitatieve design een geschikte methode van data-verzameling is geweest.

En van de andere sterke punten is dat de onderzoeker een medewerker van de SEH in het LZR is, en hierdoor veel kennis heeft van de dagelijkse praktijk op een SEH. Hierdoor konden de vragen toegespitst worden op deze context. Dit hield echter ook een beperking in omdat de onderzoeker zelf geen expert is op het gebied van geriatrie, waardoor vragen soms minder scherp of specifiek gesteld konden worden. Een andere beperking is dat de onderzoeker weinig ervaring heeft bij het uitvoeren van het onderzoek en analyseren van data. Dit kan een vertekening geven door te sterk in een bepaalde richting te denken tijdens het analyseproces. Verder kan een vertekening bij de data-analyse zijn ontstaan doordat de onderzoeker mogelijk suggestieve vragen heeft gesteld. Om deze effecten te elimineren zijn diverse procedures en maatregelen getroffen, zoals triangulatie, saturatie, peer review op diverse onderdelen, membercheck en peer debriefing op de onderzoeksresultaten door twee collega's. Met deze maatregelen op het gebied van validiteit en betrouwbaarheid kan gesteld worden dat bij een herhaling van dit onderzoek het zoveel mogelijk tot dezelfde resultaten zal leiden.

Hoofdstuk 6. Conclusie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk toont de conclusie van het onderzoek. Er wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag. Tevens volgen aanbevelingen op micro- meso- en macroniveau.

6.1 Conclusie

Kwetsbare ouderen op de SEH worden gezien als een complexe patiëntencategorie. Ze hebben andere (potentiële) problemen dan jongere patiënten die in verschillende domeinen gezocht moet worden. De moeilijkheid is daarbij is dat deze (potentiële) problemen vaak niet direct zichtbaar zijn en specifieke kennis en vaardigheid van de hulpverlener vragen. Om deze (potentiële) problemen te achterhalen blijkt de routinezorg en de huidige kennis en vaardigheid over geriatrische problemen op de SEH van het Laurentius ziekenhuis niet volledig voldoet aan de huidige inzichten gebaseerd op literatuur- en praktijkonderzoek. Ten eerste omdat de huidige werkwijze op de SEH te zeer gefocust is op het somatische probleem waar de patiënt mee komt. Ten tweede ontbreekt het aan een systematische en methodische vroegsignalering van risicopatiënten die (potentiële) problemen op het psychische, fysieke, functionele en/ of sociale vlak kunnen hebben. Ten derde wordt te eenzijdig gekeken naar (potentiële) geriatrische problemen, namelijk hoofdzakelijk naar het cognitief functioneren. Deze cognitieve problemen zijn vaak lastig te herkennen, waardoor regelmatig niet opgemerkt op de SEH. Ten vierde ontbreekt het aan stelselmatige registratie van mogelijk toch gesignaleerde risicofactoren waardoor vervolgzorg niet op de hoogte is en niet goed blijkt afgestemd.

6.2 Beantwoording van de hoofdvraag

Om de verpleegkundige zorg gestructureerd en proactief op maat af te stemmen op de individuele zorgbehoefte bij patiënten van 70 jaar en ouder is, naast aandacht voor het medische probleem, vroegsignalering van kwetsbaarheid noodzakelijk. Om dit op een methodische manier te laten plaatsvinden is een screeningsmethodiek noodzakelijk. Vervolgens kan gekeken worden in welke domeinen de zorgvragen zich bevinden. De daaruit voortvloeiende interventies zijn proactief gericht op zoveel mogelijk voorkomen van zorggerelateerde schade, functieherstel en behoud van autonomie. Daarbij wordt veel aandacht besteed aan het geven van voorlichting en (schriftelijk) advies over leefregels en voorzieningen, en is er aandacht voor de begeleiding van de mantelzorger. Bij ontslag van de SEH wordt de mate van kwetsbaarheid en voorgestelde interventies zowel in de medische, als in de verpleegkundige verslaglegging schriftelijk vastgelegd en overgedragen naar de overnemende zorgverlener in de keten en/ of mantelzorger.

6.3 Aanbevelingen

6.3.1 De aanbevelingen op microniveau:

- Er dient een mindset te komen over kwetsbare ouderen. Kwetsbare ouderen vormen een complexe patiëntencategorie waarbij meer zorg nodig is dan de routine zorg op een SEH. Dit kan bereikt worden door de kennis van geriatrie te vergroten door middel van scholing.
- Een inventarisatie van het kennisniveau over geriatrie bij alle zorgverleners op de SEH. Hiermee wordt in kaart gebracht waar bijspijkeren van kennis en vaardigheden nodig wordt geacht.
- De scholing en training op het gebied van geriatrie dient structureel in het scholingsprogramma van de SEH opgenomen te worden.
- Op de SEH een aandachtsfunctionaris kwetsbare ouderen aanstellen met geriatrische expertise.
- De SEH dient een visie aan te nemen over wat kwetsbaarheid in de acute zorg betekent die past binnen op de visie van het Laurentius ziekenhuis.
- Alle patiënten van 70 jaar en ouder dienen met behulp van een screeningsinstrument structureel en methodisch gescreend te worden op kwetsbaarheid en daarmee het risico op verder functieverlies en sterfte.
- De uitkomsten van de screening staan geregistreerd in het elektronische patiëntendossier en in de overdracht naar de overnemende zorgverlener.
- SEH-verpleegkundige initiëren vroegtijdig interventies gericht op het voorkomen van onbedoelde zorggerelateerde schade.
- Het is aan te bevelen om vroegtijdig in het zorgproces op de SEH in overweging nemen of de expertise van het geriatrisch team aanvullend kan zijn in de proactieve zorg die gericht is op functiebehoud, zelfstandigheid en autonomie.

6.3.2 De aanbevelingen op mesoniveau zijn:

- Een integrale werkgroep samen stellen met disciplines die betrokken zijn bij de acute zorg en/ of vervolgzorg voor kwetsbare ouderen.
- Een voorzitter van deze werkgroep benoemen die inspraak heeft in de gehele keten.
- Een voor het hele ziekenhuis geldende visie over kwetsbaarheid uitdragen die past binnen de visie en missie van het Laurentius ziekenhuis.
- Regelmatig de integrale afspraken in de keten, omtrent de overdracht van kwetsbare ouderen naar een overnemende zorgverlener, doorlopen volgens de PDCA-cyclus.

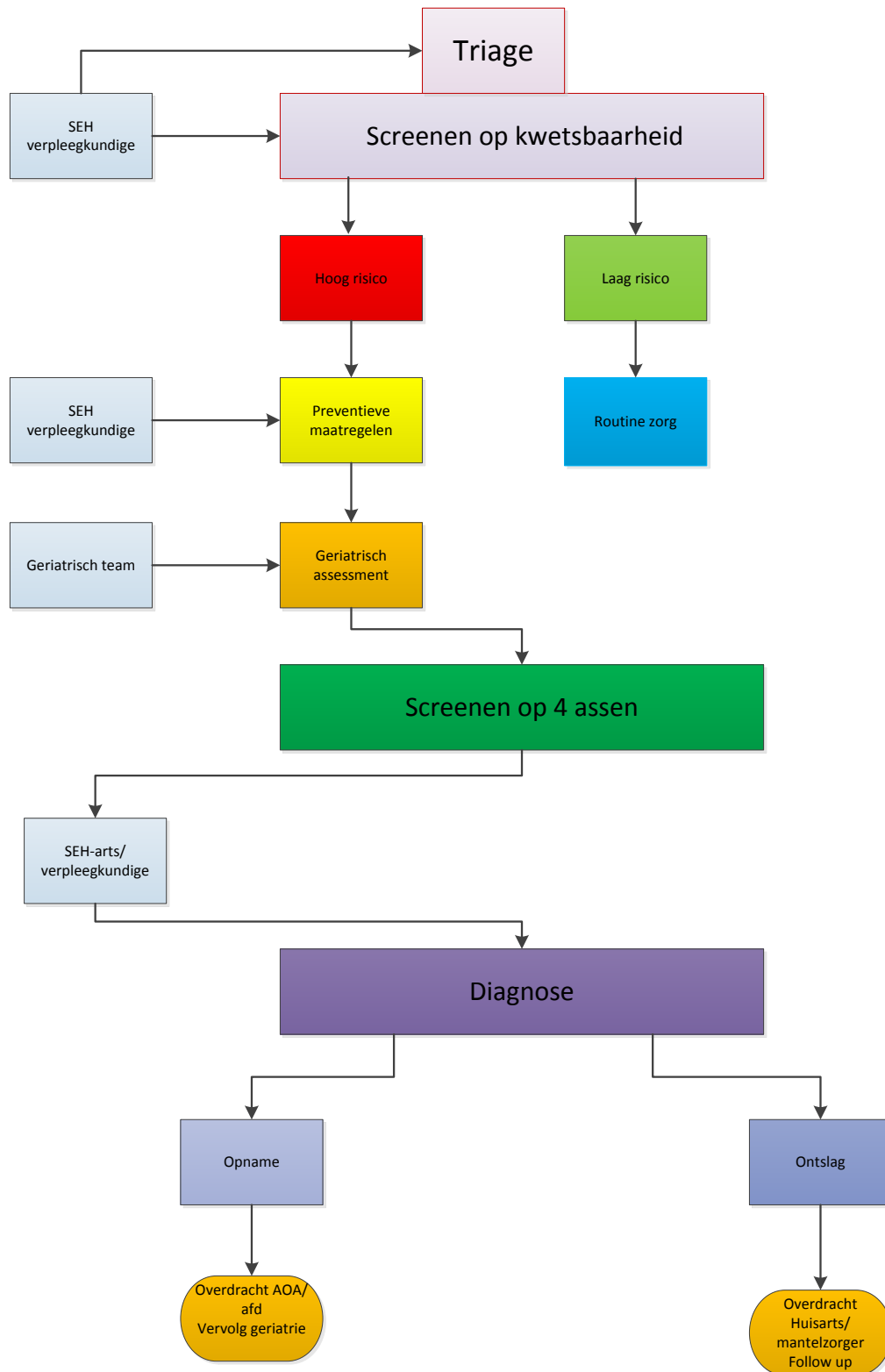
- Regionaal afstemming bereiken om voor kwetsbare ouderen de juiste zorg op de juiste plaats te krijgen.
- Een focusgroep van kwetsbare ouderen en/ of diens mantelzorgers samenstellen waarmee een inventarisatie van knelpunten in het huidige (acute) zorgaanbod gemaakt kan worden en van de omgeving waarin dit wordt aangeboden.
- Gezamenlijk met de verpleegkundigen op de SEH, inventariseren of de APOP-screener het meest geschikte instrument voor de SEH is om patiënten van 70 jaar en ouder te screenen op vooraf gestelde doelen.
- Het gekozen screeningsinstrument integreren in het bestaande ziekenhuissysteem zodat de uitkomsten van de screening geregistreerd staan in het EPD van de patiënt en voor andere betrokken disciplines zichtbaar en overdraagbaar worden.
- Een zorgmodel of stroomschema* samen stellen waarbij duidelijk wordt aangegeven welke zorgverlener op de SEH welke vervolgstappen dient te ondernemen na het signaleren van hoog risicopatiënten op verder functieverlies of sterfte.
- De interne audits afstemmen op de SEH-context om de kwaliteit van de zorg aan kwetsbare ouderen in de acute setting te borgen.
- Een implementatiestrategie opzetten om de voorgestelde veranderingen een succes te laten worden.

6.2.3 De aanbevelingen op macroniveau zijn:

- Een landelijke richtlijn voor een zorgmodel ten behoeve van kwetsbare ouderen op de Nederlandse spoedeisende hulpen.
- Een screeningsinstrument te ontwikkelen die de geijkte informatie geeft en pragmatisch is voor een SEH-setting.
- Landelijke kwaliteitsindicatoren voor een SEH opstellen die de kwaliteit van de acute zorg aan kwetsbare ouderen borgen.
- Landelijke afstemming bereiken om de juiste zorg op de juiste plaats te krijgen voor kwetsbare ouderen.
- Voldoende financiële middelen beschikbaar te stellen om de juiste zorg op de juiste plaats te faciliteren.
- De opleiding SEH-arts en SEH-verpleegkundige dienen meer aandacht te besteden aan de complexiteit bij kwetsbare ouderen.

*Voorbeeld stroomschema proces kwetsbare ouderen op de SEH

Proces kwetsbare ouderen op de SEH



Bronvermelding

- ACTIZ. (2018, 6 februari). Jaarlijks ruim 300.000 ouderen onnodig in ziekenhuisbedden. [Rapport]. Geraadpleegd op 26 mei 2018, van <https://www.actiz.nl/nieuws/ouderenzorg>
- Bakker, T., Habes, V., Quist, G., Van der Sande, J., & De Vrie, W. (2017). *Klinisch redeneren bij ouderen. Functiebehoud en levensloopsperspectief*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Berdowski, J., De Kousemaeker, G., Van der Steeg, M. F., & De Groot, F. (2017). *De Spoedpatiënt centraal*. Geraadpleegd van https://www.spoedzorgnet.nl/sites/default/files/documents/toekomstvisie_spoedzorg_szn_fluent_22_juni_2017_def1.1.pdf
- Buijs, M. (2017, 14 september). Overspoelen kwetsbare thuiswonende ouderen de spoedeisende hulp? *NTvG*, 17(161:C3646), 4.
- Bureau NTS. (2018b, 28 september). Nederlandse Triage Standaard - Homepage. Geraadpleegd op 18 juni 2018, van <https://de-nts.nl/>
- Buurman, B., & De Rooij, S. (2015, 31 maart). Functieverlies ouderen bij acute opname in ziekenhuis. *NTvG*, 2015(159:A8185), 7.
- Carpenter, C. R., Shelton, E., Fowler, S., Suffoletto, B., Platts-Mills, T. F., Rothman, R. E., & Hogan, T. M. (2015). Risk Factors and Screening Instruments to Predict Adverse Outcomes for Undifferentiated Older Emergency Department Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 22(1), 1–21. <https://doi.org/10.1111/acem.12569>
- De Gelder, J., Jucke, J., De Groot, B., Fogteloo, A., Anten, S., Mesri, K., . . . Mooijaart, S. (2016, 1 juni). Predicting mortality in acutely hospitalized older patients: a retrospect. Geraadpleegd op 21 maart 2018, van https://link.springer.com/article/10.1007/s11739-015-1381-7?wt_mc=internal.event.1.SEM.ArticleAuthorOnlineFirst
- De Gelder, J., Lucke, J., Blomaard, A., Fogteloo, A., Anten, S., Steyerberg, E., . . . Mooijaart, S. (2018, 1 september). Optimization of the APOP screener to predict functional decline or mortality in older emergency department patients: Cross-validation in four prospective cohorts. Geraadpleegd op 20 september 2018, van <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0531556518300184?via%3Dihub>
- De Jong, A., De Maesschalck, L., Legius, M., Vandenbroele, H., Glorieux, M., & Visser, M. (2016). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

- EDU-line Updates. (z.d.). Uitkomsten symposium Care for Frailty. Geraadpleegd op 2 juni 2018, van <https://www.edu-line.nl/2018/06/uitkomsten-symposium-care-for-frailty.html>
- Ellis, G., Whitehead, M. A., Robinson, D., O'Neill, D., & Langhorne, P. (2006). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, . <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006211>
- Gobbens, R., Luijckx, K., Wijnen-Sponselee, R., Van Assen, M., & Schols, J. (2011, april). Wetenschappelijke definities en metingen van kwetsbaarheid. Geraadpleegd op 11 april 2018, van <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/wetenschappelijke-definities-en-metingen-van-kwetsbaarheid>
- Karam, G., Radden, Z., Berall, L. E., Cheng, C., & Gruneir, A. (2015). Efficacy of emergency department-based interventions designed to reduce repeat visits and other adverse outcomes for older patients after discharge: A systematic review. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(9), 1107–1117. <https://doi.org/10.1111/ggi.12538>
- Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag | Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Geraadpleegd op 25 mei 2018, van <https://www.vtv2018.nl/kwetsbare-ouderen>
- LUMC. (2012b). APOP Studie - Doel en opzet. Geraadpleegd op 20 maart 2018, van <http://www.apop.eu/index.cfm?p=70BCD455-F842-4A67-8FD4CEC94434565D>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018, 3 augustus). Kwaliteitseisen zorginstellingen. Geraadpleegd op 2 oktober 2018, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/kwaliteitseisen-zorginstellingen>
- Munten, G., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- NVKG. (2010). Comprehensive geriatric assessment (CGA). Geraadpleegd op 23 april 2018, van http://file:///P:/Downloads/Comprehensive_geriatric_assessment_CGA_.pdf
- NVKG. (2013). Richtlijnen Comparehnsive Geriatric Assessment bij consult en medebehandeling [Richtlijnen]. Geraadpleegd op 10 mei 2018, van <https://mijn.venvn.nl/databanken/richtlijnen/Lists/Databank%20richtlijnen/Attachments/31/Richtlijn%20Comprehensive%20Geriatric%20Assessment%20-%20addendum.pdf>
- Opleidingscommissie Spoedeisendehulpverpleegkundige (2016). *Deskundigheidsgebied en Eindtermen Opleidingseisen van de opleiding tot SEH-verpleegkundige*. Geraadpleegd van https://www.czo.nl/sites/default/files/opleidingseisen_spoedeisendehulpverpleegkundige_versie_1.1._1_september_2016.pdf

- RIVM (2018b). Prestatie-indicatoren gezondheidszorg/zorgbehoeften/Beterworden/Volksgezondheidszorg.info. Geraadpleegd op 28 september 2018, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/prestatie-indicatoren-voor-gezondheidszorg/beter-woorden>
- V&V 2020. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige 2020*. Geraadpleegd van https://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf
- V&VN. (z.d.). Wet BIG bewaakt kwaliteit zorg, beschermt patient | V&VN. Geraadpleegd op 2 oktober 2018, van <https://www.venvn.nl/Themas/Wet-en-regelgeving/Wet-BIG>
- Van der Stek, D. (z.d.). DESTEP analyse voor het analyseren van je macro omgeving. Geraadpleegd op 9 oktober 2018, van <https://www.strategischmarketingplan.com/externe-analyse/destep-analyse/>
- Van Hintum, M. (2011, 28 april). Kwetsbare ouderen in de praktijk - SCP [Rapport]. Geraadpleegd op 23 oktober 2018, van https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2011/Kwetsbare_ouderen_in_de_praktijk
- Van Seben, R., Reichardt, L., & Smorenburg, S. (2016, februari). Interventies gericht op de verbetering van de (transmurale) ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen. Geraadpleegd op 16 juni 2018, van <http://www.bensajetcentrum.nl/publications/interventies-gericht-op-de-verbetering-van-de-transmurale-ziekenhuiszorg-voor-kwetsbare-ouderen/>
- Van Sterkenburg, P., & Pijnenburg, W. (1984). *Van Dale. Groot woordenboek hedendaags Nederlands*. Utrecht/ Antwerpen, Nederland: Van Dale Lexicografie.
- Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Van Dekker-Doorn, C., & Rosendal, H. (2016). *Zorgbasics. Praktijkgericht onderzoek.*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- VMSzorg. (2009, september). Pagina niet gevonden - VMSzorg. Geraadpleegd op 22 april 2018, van https://www.vmszorg.nl/wp-content/uploads/2017/web_2009.0104_praktijkgids_kwetsbare_ouderen.pdf
- VVVG. (2004). *Beroepsdeelfprofiel geriatrieverpleegkundige*. Geraadpleegd van <https://geriatrie.venvn.nl/Portals/27/over%20ons/BDPGeriatrieverpleegkundige.pdf>
- Zisberg, A., Shadmi, E., Gur-Yaish, N., Tonkikh, O., & Sinoff, G. (2015). Hospital-Associated Functional Decline: The Role of Hospitalization Processes Beyond Individual Risk Factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(1), 55–62. <https://doi.org/10.1111/jgs.13193>

Bijlage 1: DESTEP factoren

DESTEP is een afkorting voor zes factoren die samen een beeld geven van de macro-economische omgeving, namelijk: demografisch, economisch, sociaal-cultureel, technologisch, ecologisch en politiek-juridisch. Met de DESTEP-analyse worden omgevingsfactoren geanalyseerd waarop een organisatie geen directe invloed heeft. (Van der Stek, z.d.). In onderstaand overzicht de factoren van de DESTEP-analyse weergegeven.

Factoren	Beschrijving
D emografische	Eén van de oorzaken van de toenemende drukte op de SEH is de vergrijzing in Nederland. In 2017 waren er meer dan 3,1 miljoen 65-plussers waarvan 0,7 miljoen 80-plussers. De verwachting is dat er in 2040 4,7 miljoen 65-plussers zijn, 26% van de bevolking (SCP, 2011).
E conomische	Ten gevolge van de aanwezigheid van multiproblematiek hebben veel ouderen intensievere zorg nodig en liggen ze regelmatig meer dan vier uur op de SEH en wordt 68% opgenomen in het ziekenhuis. Hiermee wordt een groot beroep gedaan op de capaciteit van de SEH's en de ziekenhuizen (Buijs, 2017).
S ociaal/culturele	Sociaal: Er wordt een groot beroep gedaan op mantelzorgers die de toenemende complexer wordende zorg vaak niet (meer) aan kunnen (Vegting, 2017). Cultureel: We leven in een tijdperk leven waarin mensen meteen een antwoord willen op zorgvragen. Patiënten worden mondiger en stellen hogere eisen aan de gezondheidszorg. Het gevolg van de groeiende claimcultuur is dat zorgprofessionals in de eerste lijn liever “het zekere voor het onzekere” nemen en sneller insturen naar een SEH voor diagnostiek en zorg (Berdowski, 2017).
T echnologische	Met de telecommogelijkheden bellen mensen sneller 112 (Berdowski, 2017).
E cologische	Duurzaamheid: juiste zorg op de juiste plek (Actiz, 2018)
P olitiek/juridische	De politieke keuzes: Waarbij men aanstuurt naar zolang mogelijk zelfstandig wonen en steeds meer verzorgingshuizen worden gesloten. In de thuiszorg is bezuinigd en een schrijnend tekort aan personeel (Actiz, 2018). Juridisch: De Zorgverzekeringswet (Zvw) stelt instellingen de verplichting om verantwoorde zorg te leveren die voldoet aan de kwaliteitsstandaard van de beroepsgroep (Rijksoverheid, 2018). Bovendien stelt de wet BIG dat beroepsbeoefenaren over de nodige bekwaamheid moeten bezitten om kwaliteit van zorg te bevorderen en te bewaken. Onder bekwaamheid wordt kennis, vaardigheden en attitude begrepen (V&VN, 2018).

Bijlage 2: Organisatiebeschrijving

Het Laurentius Ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis voor de inwoners van Midden-Limburg en levert kwalitatief hoogstaande, klantgerichte, toegankelijke en efficiënte zorg voor het groot pallet aan medisch specialistische zorg en de daartoe benodigde verpleging en verzorging. Volgens de kerngetallen van 2016 beschikt het ziekenhuis over 290 bedden. Er werken 150 medisch specialisten, zo'n 1.670 medewerkers en 240 vrijwilligers. Jaarlijks zijn er circa 14.000 klinische opnames met een gemiddelde verpleegduur van 4,95 dagen en 13.918 opnames dagverpleging (Laurentius Ziekenhuis Roermond). De afdeling spoedeisende hulp is, 7 dagen per week en 24 uur per dag, beschikbaar voor acute medische zorg. Dagelijks worden er 40 tot 60 patiënten van allerlei specialismen behandeld. De patiënten zijn verwezen door een huisarts, ambulancedienst of melden zich aan het loket. Alle patiënten worden direct bij binnenkomst getriëerd volgens het Nederlands triage standaard (NTS). De NTS is een standaard voor triage in de keten acute zorg. Onder triage wordt het dynamische proces van het bepalen van de urgentie en de bijbehorende vervolgactie verstaan (De stichting NTS, sd). In de acute zorg richt de triagist zich in het bijzonder op het beschrijven van de klachten en symptomen van de vitale functies en de bedreigingen van ledematen en organen. Het doel is de kwaliteit in de acute zorg te verhogen, zodat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener komt en de juiste behandeling of zorg krijgt (De stichting NTS, sd). De focus ligt hierbij vooral op het oplossen van medische problemen. Er wordt bij de triage van kwetsbare ouderen verder niet gekeken naar de thuissituatie of andere geriatrische problemen. De afdeling spoedeisende hulp bestaat uit 7 behandelkamers en 1 trauma opvangkamer met apparatuur voor röntgendiagnostiek. Volgens interne gegevens zijn er in 2017 in totaal 17.826 SEH bezoeken geweest, waarvan 43%, 65 jaar of ouder (Datawarehouse LZR).

Productiecijfers Spoedeisende hulp Laurentiusziekenhuis.

Productiecijfers SEH													
Jaar/Maand	jan	feb	mrt	apr	mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Totaal
2013	1.419	1.410	1.536	1.560	1.549	1.554	1.434	1.566	1.525	1.426	1.352	1.426	17.757
2014	1.553	1.398	1.554	1.561	1.586	1.555	1.508	1.421	1.498	1.433	1.477	1.468	18.012
2015	1.469	1.411	1.545	1.389	1.461	1.425	1.444	1.330	1.452	1.424	1.329	1.392	17.071
2016	1.431	1.418	1.589	1.454	1.548	1.437	1.526	1.438	1.529	1.473	1.420	1.542	17.805
2017	1.538	1.395	1.535	1.573	1.627	1.505	1.460	1.406	1.426	1.482	1.445	1.434	17.826
2018	1.538	1.369	1.579	1.456	1.055								6.997

Productiecijfers SEH per leeftijdsgroep												
Jaar: 2017	januari	februari	maart	april	mei	juni	juli	augustus	september	oktober	november	december
Tot 18 jaar	166	202	241	259	256	225	191	191	225	205	205	191
Tussen 18 en 65 jaar	735	609	689	719	771	734	660	646	661	716	697	632
Ouder dan 65 jaar	648	600	619	611	621	563	615	574	541	566	549	620

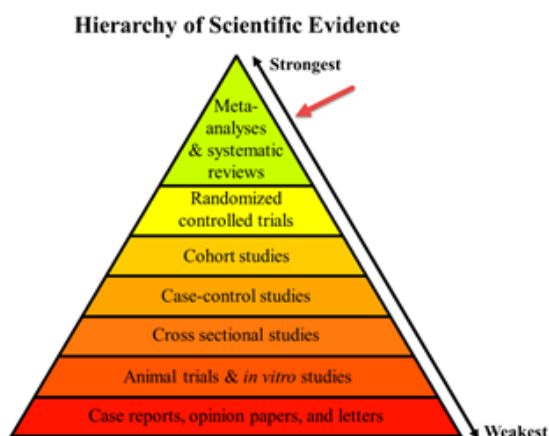
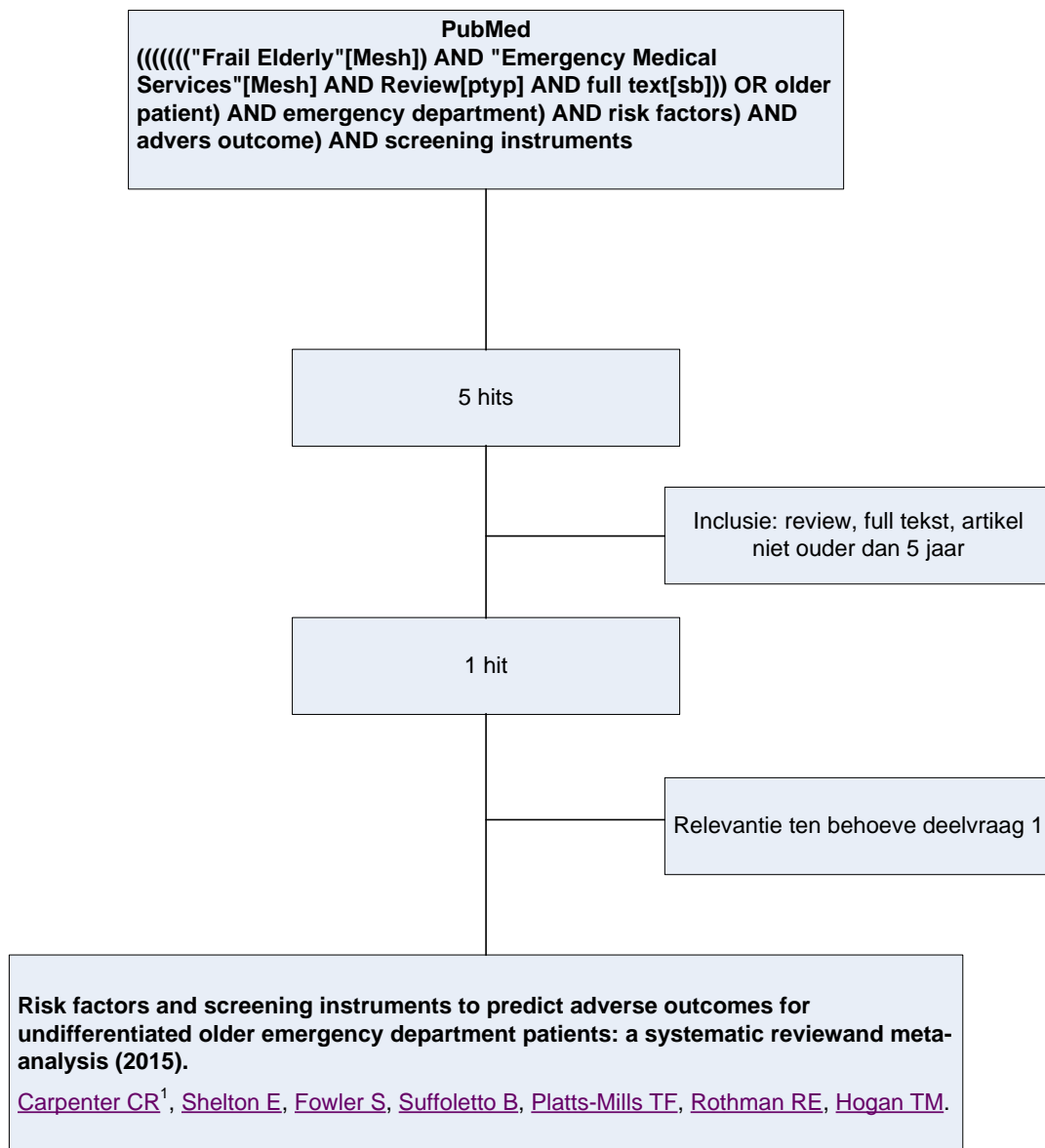
Bron: Datawarehouse LZR

Bijlage 3: Schema Engels- en Nederlandstalige zoektermen

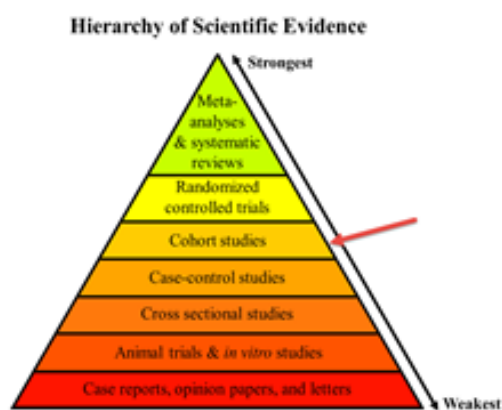
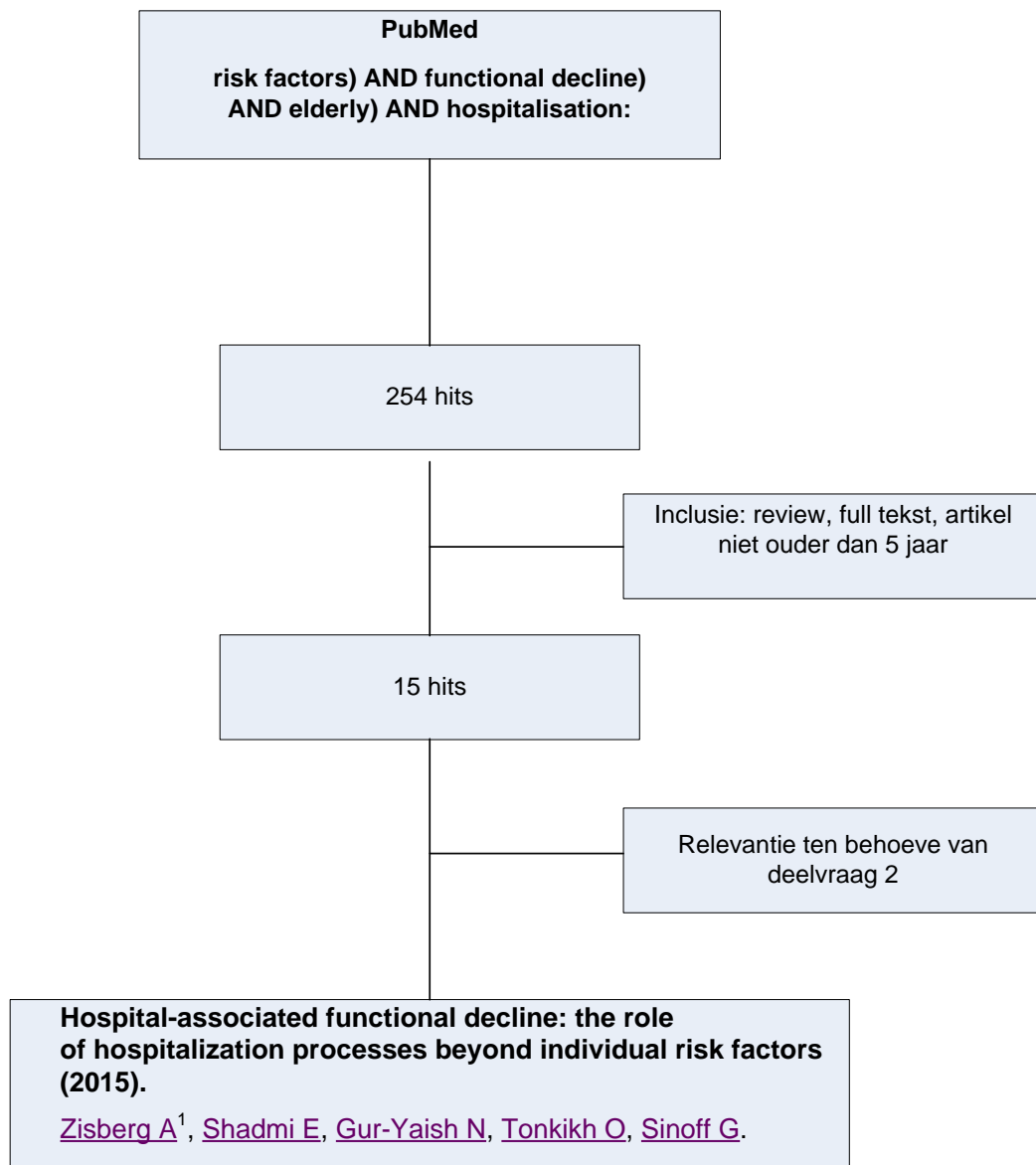
Engelstalige zoektermen	Nederlandstalige zoektermen
Elderly patient	Oudere patiënt
Geriatric patient	Geriatrische patiënt
Emergency department	Spoedeisende hulp afdeling
Frail	Kwetsbaar
Screening frailty	Screening kwetsbaarheid
Functional decline	Functionele achteruitgang
Geriatric assessment	Geriatrisch onderzoek
Adverse health outcome	Slechte gezondheidsuitkomst
Risk factors	Risico factoren
Hospitalization	Ziekenhuisopname
Hospital complications	Ziekenhuis complicaties

Bijlage 4. Stroomdiagrammen en zoekcriteria literatuurstudie

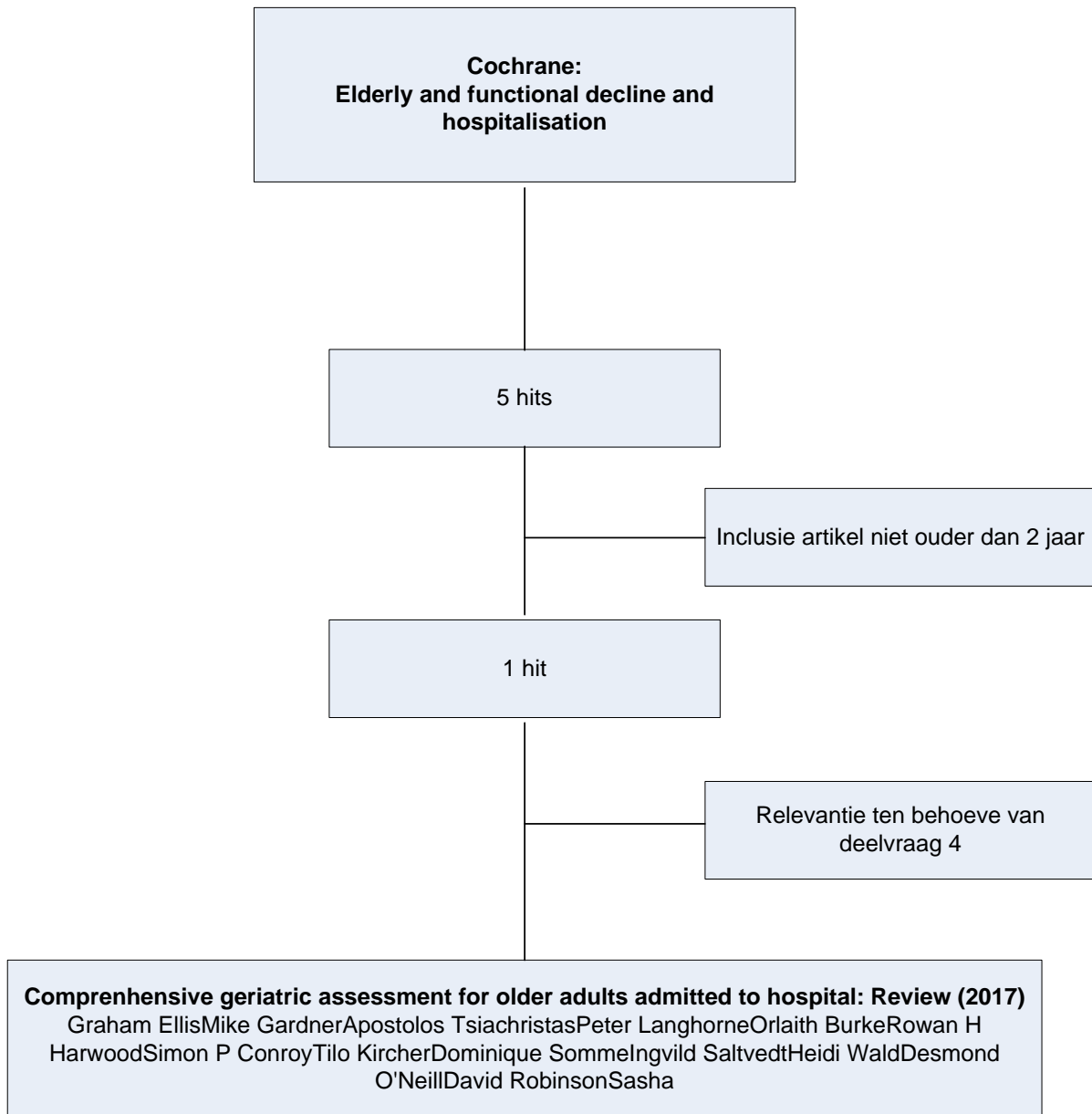
Zoekverantwoording deelvraag 1



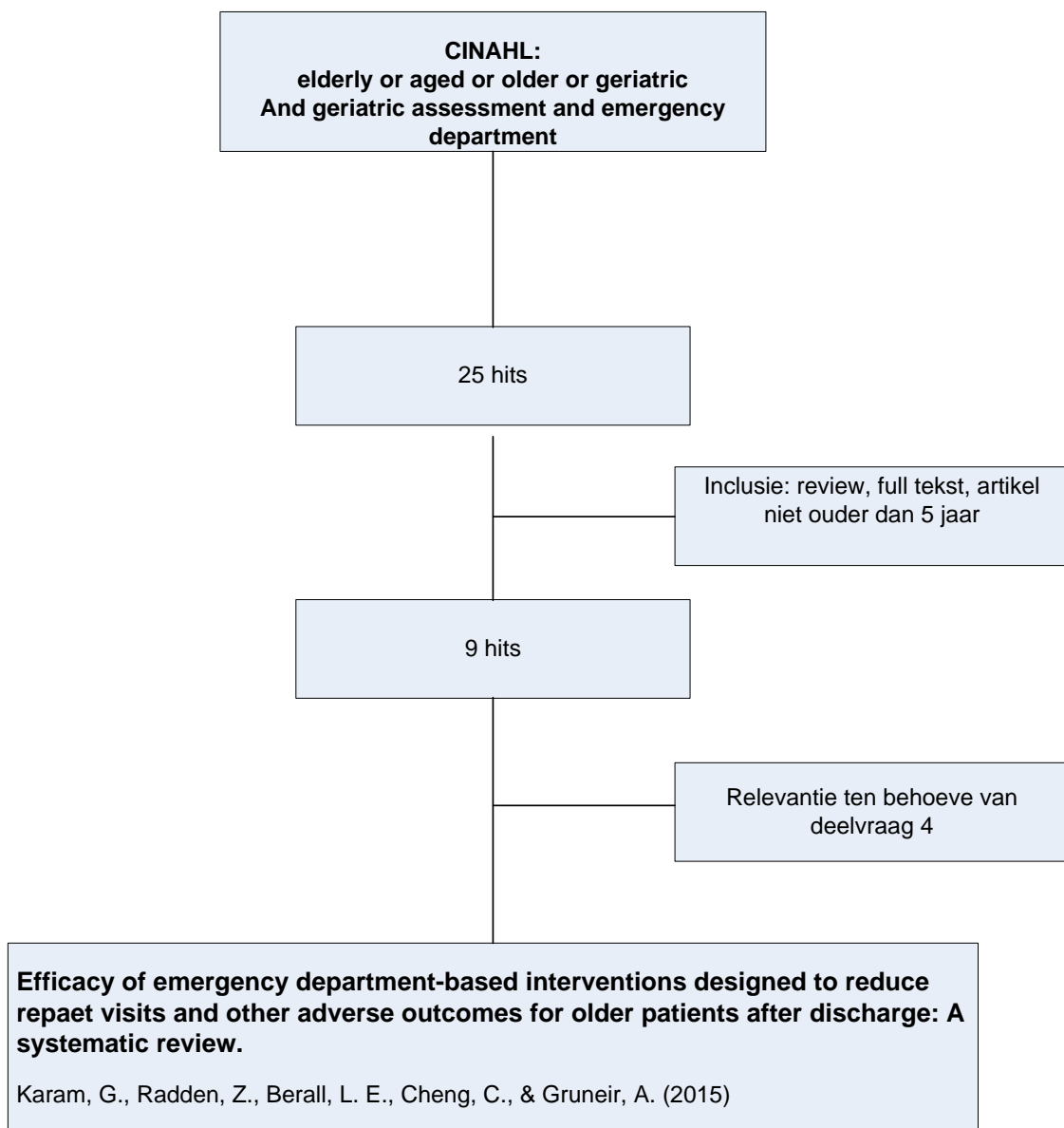
Zoekverantwoording deelvraag 2



Zoekverantwoording deelvraag 4



Zoekverantwoording deelvraag 4



Hierarchy of Scientific Evidence



Bijlage 5: APOP vragenlijst

De negen vragen van de APOP screener die aan alle oudere patiënten (70 jaar en ouder) op de SEH gesteld worden zijn:

1. Leeftijd
2. Geslacht
3. Aankomst per ambulance
4. Had de patiënt voor SEH bezoek regelmatig hulp nodig van iemand?
5. Had de patiënt voor SEH bezoek hulp nodig bij baden of douchen?
6. Is de patiënt in het afgelopen half jaar opgenomen geweest in een ziekenhuis?
7. Is bij de patiënt de diagnose dementie vastgesteld?
8. Geheugen-vraag: In welk jaar zijn we nu?
9. Geheugen-vraag: Kunt u de maanden in omgekeerde volgorde benoemen?

De laatste twee vragen zijn vragen om de aandacht en geheugen te testen. Deze vragen zijn geselecteerd uit de gevalideerde 6-item Cognitive Impairment Test.

Wat betekenen de uitkomsten?



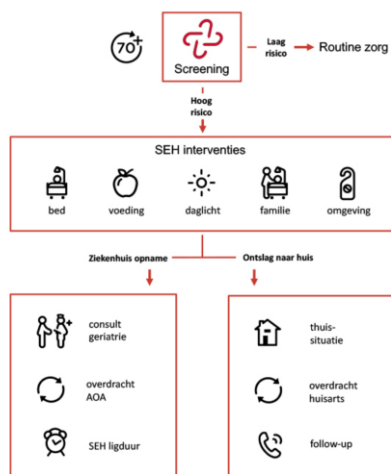
Hoog risico op ongewenste uitkomsten

Tot deze groep hoort de 20% van de ouderen met het hoogste risico op mortaliteit of functionele achteruitgang binnen 3 maanden. Alle patiënten in deze hoog risicogroep hebben een risico van 60% op deze ongewenste uitkomsten.



Aanwijzingen voor cognitieve stoornissen

Dit kan ofwel zijn omdat er vooraf al stoornissen waren (zoals de aanwezigheid van dementie), ofwel het zijn nieuwe stoornissen in het kader van een delier of een andere acute oorzaak. Als groep hebben al deze ouderen hoog risico op het hebben of ontwikkelen van een delier. Preventie, vroege herkenning en behandeling daarvan zijn van groot belang.



Bron: website www.apop.eu

Bijlage 6: Risk / VMS vragenlijst LZR

	<i>RISK – aangepast VMS</i>	<i>Score</i>
1	Bent u bij een eerdere ziekte of ziekenhuisopname acuut verward geweest?	ja = 1 nee = 0
2	Heeft patiënt klachten over zijn geheugen of bekend met dementie?	ja = 1 nee/soms = 0
3	Hebt u in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij de zelfverzorging	ja = 1 nee = 0
4	Hebt u hulp nodig bij het aan- en uitkleden?	ja = 1 nee = 0
5	Hebt u hulp nodig bij baden of douchen?	ja = 1 nee = 0
6	Hebt u hulp nodig bij het naar de toilet gaan?	ja = 1 nee = 0
7	Maakt u gebruik van incontinentiemateriaal?	ja = 1 nee = 0
8	Hebt u hulp nodig bij het lopen?	ja = 1 nee = 0
9	Hebt u hulp nodig bij een transfer van bed naar stoel?	ja = 1 nee = 0
10	Bent u in de afgelopen zes maanden één of meer keer gevallen?	ja = 1 nee = 0
11	Was de directe aanleiding van de opname in het ziekenhuis een valpartij?	ja = 1 nee = 0
12	Ondervindt patiënt problemen in dagelijks leven door slecht zien?	ja = 1 nee = 0
13	Ondervindt patiënt problemen in dagelijks leven door slecht horen?	ja = 1 nee = 0
14	Is patiënt de afgelopen maanden veel afgevallen zonder dit te willen? (3 kg in 1 maand of meer dan 6 kg in 6 maanden)	ja = 1 nee = 0
15	Gebruikt patiënt momenteel 4 of meer verschillende soorten medicijnen?	ja = 1 nee = 0
	<i>SNAQ</i>	
	Vragen met score overnemen	

Interpretatie score aangepaste RISK:

Maximale score 15

Een totaalscore van ≥ 4 betekent kwetsbare patiënt → Signalering: Overweeg consult geriatrie.
Voorstel is om het afkappunt van 4 voorlopig te handhaven en dit na 6 maanden te evalueren.

Verhoogd delierrisico

Één van de vragen 1,2 of 3 positief → Signalering: Starten DOS

Verhoogd risico functieverlies

Op de vragen 4 t/m 9 score ≥ 2 → Signalering naar afdeling revalidatie (fysiotherapie of ergotherapie)

Verhoogd valrisico

Één van de vragen 10 of 11 positief → Signalering: Starten interventies valpreventie
Stratify verval

Verhoogd risico op ondervoeding → Signalering handhaven

Bron: intranet.lzr

Bijlage 7: Wervingsbrief

Beste...

Mijn naam is Roos Helwegen en zoals reeds telefonisch besproken ben ik ten behoeve van de opleiding HBO-verpleegkundige bezig met een afstudeerscriptie. Het onderwerp betreft kwetsbare ouderen op de spoedeisende hulp. Ter informatie geef ik u de onderzoeksvraag van het onderzoek:

“Welke bijstellingen in het zorgproces voor de kwetsbare ouderen op de SEH in het Laurentius ziekenhuis zijn nodig om de zorg proactief af te stemmen op de individuele zorgbehoefte?”

Dit onderwerp is tot stand gekomen omdat de zorg voor kwetsbare ouderen met (potentiële) multiple problemen complex is en deze categorie patiënten meer risico's lopen bij een SEH-bezoek en een ziekenhuisopname. Door deze risico's te identificeren kun je er ook op anticiperen. De vraag is hoe we dat op de spoedeisende hulp het beste kunnen doen.

Het doel van mijn onderzoek zijn aanbevelingen voor een gestructureerde en proactieve werkwijze op de SEH van het Laurentius Ziekenhuis die is toegespitst op de zorg voor kwetsbare ouderen. Dit ter preventie van ongewenste gezondheidsuitkomsten en het voorkomen van onnodige ziekenhuis-/ en heropnames.

Graag wil ik met u hierover in gesprek gaan omdat u als lector “Welzijn en Gezondheid kwetsbare ouderen” informatie kan geven over hoe professionals in de praktijk de gezondheid en het welzijn van kwetsbare ouderen kunnen bevorderen en welke competenties daarvoor nodig zijn.

Zoals via de mail besproken zal het interview face-to-face plaatsvinden in een vertrouwelijke omgeving. Het zal naar verwachting ongeveer een half uur tot drie kwartier duren. Het gesprek zal worden opgenomen, waarna alle verkregen gegevens, vertrouwelijk zullen worden verwerkt. De uitwerking van het interview zal met u gecontroleerd worden of de verkregen informatie volledig en juist is. Daarnaast kunt u aangeven of de gegevens gebruikt kunnen worden voor het onderzoek.

Via uw secretariaat is het gesprek op 14 augustus om 10.30 uur ingepland in ruimte 2A-07, Boelelaan 1109 te Amsterdam. U kunt me bereiken per mail: roos.helwegen@lzt.nl of telefonisch: 06-11616250.

Ik hoop u hierbij voldoende te hebben geïnformeerd en dank u bij voorbaat voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Roos Helwegen
Spoedeisende Hulp-verpleegkundige Laurentius Ziekenhuis Roermond
Student Bachelor of Nursing

Bijlage 8. Informed Consent brief

Titel onderzoek: “Welke bijstellingen en verbeteringen in het zorgproces voor de geriatrische patiënt op de SEH in het Laurentius ziekenhuis zijn nodig om de zorg proactief af te stemmen op de individuele zorgbehoefte?”

Methode: Kwalitatief praktijkgericht onderzoek

Verantwoordelijk onderzoeker: Roos Helwegen

In te vullen door de deelnemer:

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en het doel van het onderzoek. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik deel wil nemen. Mijn deelname is geheel op vrijwillige basis. Ik behoud het recht om op elk moment, zonder opgaaf van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Ik weet dat het interview wordt opgenomen met audioapparatuur en dat mijn gegevens zo snel mogelijk verwerkt zullen worden voor analyse en/ of wetenschappelijk presentaties. De opname zal na uitschrijven van de tekst worden verwijderd van de audioapparatuur.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan. Mocht er aanleiding zijn om de gegevens te gebruiken voor een ander onderzoeksdoel dan zal opnieuw toestemming aan mij worden gevraagd.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Bijlage 9. Topiclijst en begrippen

Kwetsbaarheid bij ouderen	Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals functiebeperkingen, opname of overlijden (Gobbens et.al, 2010).
Geriatrische problemen	Geestelijke achteruitgang, ondervoeding, immobiliteit, instabiliteit/vallen, veranderd gedrag (delirium) polyfarmacie en incontinentie. De 4 meest risico volle geriatrische problemen, die worden geassocieerd met functieverlies en daarmee achteruitgang in ADL en IDL, te weten: delirium, vallen, ondervoeding en fysieke beperkingen (VMSzorg, 2009)
Kenmerken kwetsbare ouderen	Hoge leeftijd, multimorbiditeit, geriatrische syndromen, interdepentie (onderlinge samenhang) van somatische, psychische en sociale problematiek en interactie tussen ouderdom en ziekte (Buurman &De Rooy, 2007; VMSzorg, 2009).
Holistische benadering	Verschillende optredende aandoeningen compliceren de ouderdomsverschijnselen. Het vraagt een bredere kijk op de patiënt en veel inzet om bijkomende problemen en daarmee (vermijdbaar) functieverlies te voorkómen (Bakker et al., 2017)
Iatrogene schade	Complicaties bij een ziekenhuisopname zoals een infectie, decubitus, ondervoeding, delirium, bijwerkingen van medicatie of een val (VMSzorg, 2009; Buurman et al, 2015)
Functieverlies	Functieverlies betekent minder goed in staat zijn om zelfstandig activiteiten te verrichten, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Activiteiten van het dagelijks leven (ADL), zoals zich wassen en aankleden, en zich in huis verplaatsen. ➤ Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (IADL), zoals koken, het huishouden en boodschappen doen. (VMSzorg, 2009)
Identificeren van verhoogd risico op verder functieverlies.	Herkennen van risicopatiënten. Signaleren van aanwezigheid van geriatrische problemen. (VMSzorg, 2009)
Interveniëren op risicofactoren	Momofactoriele interventies richten zich uitsluitend op kracht, voeding, somberheid of eenzaamheid. Multifactoriele interventies worden vooraf gegaan door een CGA-assessment (NVKG,2010).
Screeningsinstrument	Instrument om het objectiveren van <ul style="list-style-type: none"> ➤ Risicofactoren op functioneel functieverlies of sterfte ➤ Mate van kwetsbaarheid (Bakker et al., 2017)
Doel screeningsinstrument	Identificeren van risicopatiënten (Bakker et al., 2017).
Psychometrische eigenschappen van een instrument	Betrouwbaarheid betekent wanneer bij herhaalde metingen dezelfde uitkomsten worden gemeten. Validiteit van een instrument. Meet het wat je wilt meten? (De Jong et al, 2016)

Responsiviteit van het instrument	Kloppen de uitslagen of is het vaak vals positief/ negatief? (De Jong et al, 2016)
De predicatieve waarde	Kloppen de voorspellende waarden (De Jong et al., 2016)
Hanteerbaarheid screeningsinstrument	Eenvoudig en snel in te vullen door verpleegkundige. Doel moet duidelijk zijn Goede face validity (oordeel van de expert) Inhoudsvaliditeit: vragen die er toe doen (De Jong et al., 2016).
Triage volgens NTS	Onder triage wordt het dynamische proces van het bepalen van de urgentie en de bijbehorende vervolgactie verstaan (Bureau NTS, 2018).
Zorgproces op de SEH	Aanmelding/ inschrijving/ uitvoeren diagnostiek/ definiëren behandelaar/ behandelen patiënt, registratie geleverde zorg/ opname of ontslag. Tijdens het proces op de spoedeisende hulp kan bepaald worden dat meerdere specialismen betrokken worden, die elk zelf de geleverde zorg dienen te registreren. (Bureau NTS, 2018)
Competentiegebieden	Kern van de beroepsuitoefening is de verpleegkundige als zorgverlener Alle andere bekwaamheden: samenwerkingspartner, EBP-professional, kwaliteitsbevorderaar, gezondheidsbevorderaar, organisator en kwaliteitsbevorderaar (V&V 2020, 2012).

Bijlage 10. Coderingschema's

Informant 1	Tekstfragment	Open coderen	Axiaal coderen	Selectief coderen
SEH-arts LZR	Je kan op meerdere vlakken kwetsbaar zijn, zowel lichamelijk als cognitief of wanneer je het allemaal in je eentje moet rooien	Op meerdere domeinen problemen	Holistische benadering	Professionele expertise
	We werken niet volgens een standaardiseerde werkwijze of protocol maar naar individueel inzicht	Niet volgens standaard werken maar naar inzicht	Identificeren naar inzicht	Huidige werkwijze
	Ik vind screenen op kwetsbaarheid een taak voor de huisarts en niet voor de tweede lijn.	Screenen is een taak voor de huisarts	Professionele verantwoordelijkheid	-Huidige denk-/ werkwijze
	Er wordt bijv. in de voorgeschiedenis gekeken naar eerder doorgemaakt delier, en dan consulteer je de geriater	Kijken naar eerder doorgemaakt delier	Signaleren in 1 domein	Gevolgen huidige werkwijze
	Je hebt natuurlijk wel de verantwoordelijkheid als de patient naar huis gaat dat het goed geregeld is.	Verantwoordelijkheid van arts bij ontslag van SEH	Professionele verantwoordelijkheid	- Gewenste werkwijze
	Ik kan me voorstellen dat je awareness creëert wanneer je bij binnenkomst niet alleen triert maar ook screent met een kleine vragenlijst	Kleine vragenlijst verhoogt awareness	Awareness verhogen	Effect gewenste werkwijze
	Er zijn een heleboel zaken die wij niet hoeven te regelen, dat kunnen verpleegkundigen net zo goed. Het enige is dat wij de geriater moeten bellen. Dus ik denk dat een heel groot deel al door verpleegkundigen te ondervangen is en een ander deel voor ons.”	heel groot deel is door verpleegkundigen te ondervangen is en een ander deel voor de artsen	Taakverdeling	- Gewenste werkwijze
	In het kader van de samenwerking is het belangrijk dat we dezelfde taal gaan spreken	Dezelfde taal spreken	Uniforme communicatie	Gewenste werkwijze
	Ik vind niet dat de SEH-arts alles moet regelen. Je zou een soort functie moeten hebben die tussen de eerste en tweede lijn instaat	Een functie tussen eerste en tweede lijn	Voorstel taakherschikking	Gewenste werkwijze
	De een heeft wat meer feeling voor de pitfalls bij ouderen dan de andere	Feeling voor pitfalls wisselend per teamlid	Intuïtieve professionele expertise	Huidige werkwijze
	We hebben geen aparte geriatrie stage tijdens de opleiding. Scholingen en cursussen op het gebied van geriatrie zijn niet verplicht	Vrijblijvende scholing geriatrie	Borging kennis arts	Huidige werkwijze

Informant 2	Tekstfragment	Open coderen	Axiaal coderen	Selectief coderen
SEH vpk LZR	Kwetsbare ouderen zijn mensen op leeftijd die iets nodig hebben maar daar ontbreekt het aan waardoor ze niet meer alleen kunnen functioneren	Op meerdere domeinen problemen	Holistische benadering	Professionele expertise
	Je signaleert kwetsbaarheid door het stellen van vragen aan de patient en de familie.	Signaleren van kwetsbaarheid door vragen stellen	Identificeren naar inzicht	Huidige werkwijze
	Op een brancard kun je niet draaien en heb je het risico om decubitus te ontwikkelen of om te vallen.	vroegsignalering voor patiëntveiligheid	Proactieve verpleegkundige zorg	Huidige werkwijze
	Wat we kunnen doen is vooruitdenken, bijvoorbeeld een lopend infuus geven bij verdenking dehydratie	Vroegsignalering en interventies inzetten	Proactieve verpleegkundige zorg	Gewenste werkwijze
	Wanneer je zou screenen zet je je voelsprietten uit en breng je dingen op gang	Screenen=Voelsprietten uitzetten en vervolgen geven aan	Proactieve verpleegkundige zorg	Effect screenen
	Je kunt natuurlijk van alles signaleren, maar wanneer er niets mee wordt gedaan is het over en uit	Het moet wel zinvol zijn	Sturende factoren	Gevolgen huidige werkwijze
	Ik heb bij mensen thuis gewerkt en dan is het een gemis wanneer er zaken niet in kaart zijn gebracht en dan is het werken op "Gods gratie"	Werken op Gods gratie	Samenwerken in de keten	Gevolgen huidige werkwijze
	We hebben geen scholingen op het gebied van geriatrie, dat zou wat mij betreft meer urgentie hebben dan hoe je een katheter moet inbrengen	Geen scholing geriatrie voor verpleegkundige	Borging kennis verpleegkundige	Huidige werkwijze

Informant 3	Tekstfragment	Open coderen	Axiaal coderen	Selectief coderen
Lector kwetsbare ouderen	Om recht te doen aan het integraal functioneren van mensen heb ik een nieuwe definitie van kwetsbaarheid opgesteld om te benadrukken dat het gaat om het totaal functioneren, dus lichamelijk tezamen met psychisch en sociaal functioneren.	Richten op het totaal functioneren	Holistische benadering	Professionele expertise
	In de definitie leg ik kort uit dat kwetsbaarheid beïnvloed kan worden door veel verschillende factoren welke tot negatieve gevolgen kan leiden zoals functieverlies of zelfs sterfte.	Beïnvloedende factoren voor kwetsbaarheid	Complexiteit van kwetsbaarheid	Professionele expertise
	Inherent aan kwetsbaarheid is dat problemen op verschillende domeinen van het functioneren op elkaar ingrijpen.	Op elkaar ingrijpen van problemen	Complexiteit van kwetsbaarheid	Professionele expertise
	Je moet veel vragen stellen om goed in beeld te krijgen wat nou precies de problemen zijn bij ouderen. Je hebt bepaalde technieken nodig om te achterhalen hoe het daadwerkelijk zit. Bepaalde somatische klachten zijn vaak uitingen van psychische problemen. Zo kan pijn op de borst een uiting zijn van eenzaamheid.	Veel vragen stellen ter inventarisatie van behoeften en problemen	Complexiteit van kwetsbaarheid	Professionele expertise
	Met screenen breng je componenten van kwetsbaarheid in kaart welke aangrijpingspunten bieden voor interventies.	Screenen biedt aangrijpingspunten	Sturende factoren	Effect screenen
	Op het moment dat je een vragenlijst invult over kwetsbaarheid wordt je er ook op gewezen en wordt je er bewust van zodat je gericht vervolggacties kan opzetten en vervolgzorg beter kan afstemmen.	Bewust worden waardoor gericht vervolg zorg inzetten	Awareness zorgverlener	Effect screenen
	Screenen vind ik belangrijk maar het moet wel zinvol zijn, je moet er wel wat mee doen en die informatie geef je ook weer door aan de overnemende afdeling of aan de huisarts.	Screenen moet zinvol zijn	Doeltreffende zorg	Bijstellen en afstemmen
	Bepaal wat eerst wat je wilt meten, kwetsbaarheid of risico op functieverlies en met welk doel. Kies dan een instrument wat zich bewezen heeft op het gebied van validiteit en betrouwbaarheid bij de doelgroep en wat makkelijk hanteerbaar is.	Bepaal wat je wilt weten	Psychometrische eigenschappen screeningsinstrument	Keuze screeningsinstrument

Vervolgor	Belangrijk is dat het screeningsinstrument meet wat je wilt weten en draagvlak heeft over meerdere disciplines.	Draagvlak over meerdere disciplines	Integraal draagvlak	Keuze screenings instrument
	Wanneer er specifieke problemen zijn met lopen en evenwicht schakel je fysiotherapie in. Zijn problemen op het sociale vlak denk dan aan maatschappelijk werk. Met andere woorden de mate van kwetsbaarheid stuurt de inzet van disciplines.	Mate van kwetsbaarheid stuurt de inzet van disciplines	Sturende factoren	Effect screenen
	Het is belangrijk om vanuit een SEH compleet beeld te vormen en de informatie doorgeeft aan de huisarts of overnemende afdeling of instantie waarmee ze verder aan de slag kunnen.	Overdracht in de keten	Doeltreffende zorg	Gewenste werkwijze
	De zorgverlener moet in staat kunnen zijn om klinisch te redeneren bij ouderen en verbindingen te leggen tussen de verschillende problemen, oorzaken en mogelijke gevolgen. Daarvoor heb je veel kennis nodig	Verbindingen leggen tussen problemen, oorzaken en gevolgen.	Klinisch redeneren bij ouderen	Professionele expertise
	Maar om echt iets te kunnen bewerkstelligen en te interveniëren heb je wel een bepaalde houding en attitude nodig.	Nodig om iets te bewerkstelligen	Houding en attitude	Professionele expertise
	Je hebt ook samenwerkingsvaardigheden nodig met name als het gaat om het veranderen. Vaak gaat het om gedragsveranderingen en dat doet een sterk appél op je communicatieve vaardigheden.	Vaardigheden nodig om gedrag te veranderen	Samenwerkingsvaardigheden en communicatieve vaardigheden	Professionele expertise
	Om het een succes te laten zijn heb je andere partijen in de hele keten nodig die er mee te maken gaan krijgen en er vervolg aan geven.	Alle partijen in de keten betrekken	Afstemmen in de keten	Gewenste werkwijze

Informant 4	Tekstfragment	Open coderen	Axiaal coderen	Selectief coderen
Geriatr LZR	Kwetsbaarheid is afhankelijk de definitie die je hanteert. Als geriatrie hanteren we mensen die op meerdere domeinen problemen hebben zoals somatisch, functioneel, psychisch en/ of in het sociale domein	Op meerdere domeinen problemen	Holistische benadering	Professionele expertise
	Je identificeert kwetsbaarheid door heel veel te vragen, en een stukje onderbuikgevoel. Je hebt ook hulpmiddelen waarmee je objectieve parameters gebruikt.	Identificeren met en zonder hulpmiddel	Subjectieve en objectief identificeren	Professionele expertise
	De nadruk op de SEH ligt wel heel erg op de somatiek en wordt de cognitieve status vaak niet gerapporteerd.	SEH is gericht op somatiek en onvolledige rapportage	Geen doeltreffende zorg	Gevolgen huidige werkwijze
	We zien wel eens dat er een aantal SEH bezoeken zijn geweest, dan dit gebroken, dan daar een verwonding enzovoort. Terwijl dat eigenlijk signalen zijn hier is meer aan de hand. Wanneer je dat eerder had geïdentificeerd was misschien die ene fractuur niet nodig geweest. Je zou het voor sommige mensen als een gemiste kans kunnen beschouwen.	Gemiste risico factoren	Geen doeltreffende zorg	Gevolgen huidige werkwijze
	Wat ik merk is dat vaak alleen cognitieve stoornissen op de SEH geassocieerd wordt met kwetsbaarheid.	Vaak wordt alleen cognitieve stoornissen met kwetsbaarheid geassocieerd	Identificeren risicofactoren naar inzicht	Professionele expertise
	Wanneer een delier of ondervoeding niet erkent wordt op de SEH is het gevolg dat ze tijdens de opname niet gemonitord worden en in de problemen komen, wat bij sommige de opnameduur kan verlengen.	Niet herkend wordt niet gemonitord	Gevolgen foutieve inschatting	Gevolg huidige werkwijze
	Met triage beoordeel je de klachten, symptomen en vitale functies en die zijn niet altijd betrouwbaar bij ouderen. Ze krijgen geen koorts, ze krijgen geen snelle pols bij al die bètablokkers die ze onder de leden hebben. Dan komen patiënten eruit als niet urgent en zijn dan toch hartstikke septisch.	Onder triage door alleen NTS	Gevolgen ziektegerichte benadering	Gevolgen huidige werkwijze SEH
	De RISK lijst is een gemodificeerde VMS-screeningsbundel maar is zeer vaak vals positief.	RISK lijst is vaak vals positief	Lage predictieve waarde meetinstrument	Gevolgen huidige werkwijze

geriater	De RISK is op een SEH ook afneembaar. De vraag is of het de geijkte informatie geeft. Ik denk dat de APOP screener meer inzicht geeft voor de awareness op de SEH want het geeft percentages risico op functieverlies of sterfte. Dat werkt heel duidelijk. De RISK zou je er naast moeten blijven afnemen zolang het een VMS criterium is.	RISK geeft niet de geijkte informatie voor een SEH	Meet wat je wilt weten	Keuze screeningsinstrument
	Het mooie van een screeningsmethode is dat het geregistreerd wordt en voor iedereen inzichtelijk wordt. De uitkomst kan sturend zijn waar je met je medisch beleid naar toe gaat in samenspraak met patiënt en/of familie. Met name bij de twijfelgevallen.	Screenen maakt kwetsbaarheid voor iedereen inzichtelijk en kan sturend zijn voor beleid	Sturende factoren	Effect screenen
	Het komt wel eens voor dat mensen een paar keer zijn opgenomen waarbij nooit herkent is dat er een dementie onder ligt en die worden dan steeds maar weer in het in het ziekenhuis opgenomen. Of met medicatieproblemen of met vallen. Als het bij jullie niet herkend wordt dan zijn er heel veel afdelingen waarbij het dan ook niet herkend zal worden. Want men gaat door op het medische probleem waar de patiënt mee komt.	Niet herkend wordt niet gemonitord	Gevolgen gemiste geriatrie problemen	Gevolgen huidige werkwijze
	Ik denk dat de SEH-vpk geschoold moeten zijn zodat ze het beter herkennen, en dan zou een verpleegkundige die specifiek geschoold is voor de geriatrie op de SEH al kunnen beginnen met behandeling en die behandeling ook door kunnen zetten naar een verpleegafdeling. Dat zijn toch uren winst die te behalen zijn. Vanaf moment 1	Kennis nodig om te herkennen Uren winst te behalen door specifieke kennis geriatrie	Pro actieve zorgverlening	Bijstellen en afstemmen

Informant 5	Tekstfragment	Open coderen	Axiaal coderen	Selectief coderen
Geriatric vpk	Kwetsbare ouderen zijn mensen van 70 jaar en ouder die niet alleen problemen hebben in het somatische domein maar ook op cognitief functioneren en/of in het sociaal maatschappelijke vlak. Wanneer er één kaartje uit hun systeem valt dan stort het hele kaartenhuis in elkaar.	Op meerdere domeinen problemen	Holistische benadering	Professionele expertise
	Identificeren van kwetsbaarheden is best complex. Je ziet het niet meteen bij binnenkomst dat bepaalde zaken problemen kunnen geven. Daarom moet je doorvragen en heb je kennis nodig zodat je zaken anders gaat beoordelen.	Identificeren is complex	Complexiteit kwetsbare ouderen	Professionele expertise
	Je zou op een SEH kunnen identificeren met een screeningslijstje op de risicogebieden van de 4 domeinen. Daarmee kristalliseer je uit of je te maken hebt met een cognitief of een sociaal probleem en staat het meteen geregistreerd.	Met screenen kristalliseer je problemen uit	Identificeren en registreren met screeningsinstrument	Effect screenen
	Het effect van screenen is dat je bij een hoog risicopatiënt meteen al een geriater kunt inschakelen waardoor je met name de sociale indicaties kunt tackelen. Ik ben ervan overtuigd dat je hierdoor een ziekenhuisopname soms weet te vermijden of anders kunt sturen. Misschien heeft het ook wel zijn effect op het voorkomen van een heropname.	Direct een geriater inschakelen bij een hoog risicopatiënt	Sturende factoren	Effect screenen
	Het is een gegeven feit dat ten gevolge van immobilisatie bij een ziekenhuisopname het functioneren bij een kwetsbare oudere alleen maar doet afnemen. We kijken dus altijd tijdens opname hoe kwaliteit van leven te behouden.	Interveniëren op kwetsbaarheid om kwaliteit van leven te behouden	Proactieve verpleegkundige zorg	Gewenste werkwijze
	De rol die een verpleegkundige moet hebben is om zoveel mogelijk de thuissituatie na te bootsen door interventies in te zetten zoals gewoon de kleren aan te houden, te mobiliseren, niet te veel infuuslijnen en kabels en proberen het totaalplaatje compleet te krijgen door ook naar de thuissituatie te kijken en direct al met ontslag	Interveniëren op kwetsbaarheid thuissituatie nabootsen	Proactieve verpleegkundige zorg	Bijstellen en afstemmen

	bezig te zijn, dan kun je al een boel winnen.			
Geriatricie vpk	Wanneer je de RISK vragenlijst alleen maar bij een opname afneemt laat je voor mijn gevoel iets liggen omdat je dan niet naar de andere assen hebt gekeken. Wanneer je ook naar bijvoorbeeld het functioneren thuis kijkt kun je gerichter en proactief naar dat ontslag toe werken.	Screenen helpt met vooruit kijken	Sturende factoren	Effect screenen
	Onderzoek heeft aangetoond dat wanneer je mensen eten aanbiedt, ze zich comfortabeler voelen en zich anders gaan presenteren waardoor je een betere beeldvorming krijgt	Mensen voelen zich comfortabel wanneer ze iets te eten krijgen	Proactieve verpleegkundige zorg	Professionele expertise
	Een grote klok met dag, datum en tijd helpt mee aan de oriëntatie van de patient, want er gebeurt toch al een heleboel op een SEH wat ze vaak niet meer kunnen volgen.	Interventie delierpreventie	Doeltreffende zorg	Bijstellen en afstemmen
	Een stuk kennis vergroten bij de SEH verpleegkundigen op de 4 assen, dus het somatische, psychische, sociale en functionele vlak en dat bij alles in het achterhoofd meenemen, ook naar het ontslag zodat je tijdig vervolgzorg kunt aanvragen.	Kennis gebaseerd op de 4 assen ook met het oog op ontslag	Holistische benadering	Bijstellen en afstemmen

Informant 6	Tekstfragment	Open coderen	Axiaal coderen	Selectief coderen
SEH vpk Zuiderland	Kwetsbare ouderen zijn mensen die op leeftijd zijn en met een aandoening komen en niemand hebben die zich over hen bekommert	Op meerdere domeinen problemen	Holistische benadering	Professionele expertise
	Met alleen een triage krijg je de kwetsbaarheden niet boven water. Dat zie je pas op het moment wanneer je langer in gesprek bent en zijn lichamelijke en geestelijke toestand gaat beoordelen	Met alleen triage krijg je kwetsbaarheden niet boven water	gevolg ziektegerichte benadering	Professionele expertise
	Door het stellen van vragen aan de patiënt en de familie met behulp van een screeningsformulier leggen we de kwetsbaarheid vast in het dossier.	Werken met een screeningsinstrument	Identificeren en registreren van risicofactoren	Effect screenen
	Het screeningsinstrument wat we hanteren is door een werkgroep gekozen op basis van wat we willen weten en met welke vragen dat het beste naar voren komt	Meten wat we willen weten	Psychometrische eigenschappen	Keuze screeningsinstrument
	Een uitgebreide vragenlijst werkt niet op een SEH, daar hebben we de tijd niet voor en dan vult niemand het in.	Voor een uitgebreide vragenlijst hebben we geen tijd op een drukke SEH	Hanteerbaarheid screeningsinstrument	Keuze screeningsinstrument
	De ISAR is een makkelijk screeningsinstrument wat je opent in het EPD van de patiënt en de antwoorden zijn ja of nee, heel kort en heel snel breng je kwetsbaarheid in kaart	Kort en snel breng je kwetsbaarheid in kaart	Hanteerbaarheid screeningsinstrument	Keuze screeningsinstrument
	Er is geen weerstand geweest in het team omdat het een makkelijk en snel instrument is, je hoeft alleen maar te klikken.	Je hoeft alleen maar te klikken	Hanteerbaarheid van instrument	Keuze screeningsinstrument
	Door te screenen op kwetsbaarheid ga je er eigenlijk bij stilstaan, in hoeverre en in welke mate is deze patiënt kwetsbaar?	Door te screenen ga je er bij stilstaan	Awareness verhogen	Effect screenen
	Door de administratieverplichting ben je wel weer tijd kwijt	Administratieverplichting	Tijdsinvestering	Effect screenen
	Aan de uitkomsten van het screenen zit van alles aan gekoppeld zoals bijvoorbeeld consult geriater of je schaal thuiszorg op	Vervolg geven aan screenen	Sturende factoren	Effect screenen
	De uitkomsten kunnen bepalend zijn voor het medische beleid. Wanneer iemand heel oud en	Uitkomsten bepalend voor het beleid	Sturende factoren	Effect screenen

	kwetsbaar is, is het dan medisch zinvol om te reanimeren?			
SEH vpk Zuiderland	Wanneer een patient onrustig is en daardoor een verhoogd valrisico heeft dan is een speciaal bed met een tent eromheen voor hun eigen veiligheid	Interveniëren op verhoogd valrisico	Proactieve verpleegkundige zorg	Gewenste werkwijze
	Kwetsbaarheid is ook gerelateerd aan oudermishandeling. Wanneer dat óók positief scoort dan moet er ook maatschappelijk werk bijkomen.	Kwetsbaarheid is gerelateerd aan ouderenmishandeling	Awareness zorgverlener	Effect screenen
	Stem het onderling goed af. Zorg dat je een goed vervolgtraject hebt. Alleen iemand screenen op kwetsbaarheid en er wordt verder niets mee gedaan schiet je niets mee op	Stem het onderling goed af en bepaal een vervolgtraject	Afstemmen en samenwerken in de hele keten	Bijstellen en afstemmen

Informant 7	Tekstfragment	Open coderen	Axiaal coderen	Selectief coderen
Arts-onderzoeker	De meeste screeningsinstrumenten zijn niet ontworpen voor een werksetting op een SEH en hebben vaak niet de best voorspellende waarde waardoor een heleboel mensen als hoog risico patient worden bestempeld maar waarbij maar bij een klein deel van deze patiënten ook daadwerkelijk achteruitgang is.	Identificeren met een bestaand screeningsinstrument niet voor een SEH	Hanteerbaarheid en voorspellende waarde screeningsinstrument	Bijstellen en afstemmen
	De vms vragen zijn nooit onderzocht of je er ook echt de hoog risicopatiënten mee uithaalt en of het leidt tot betere uitkomsten voor de patiënt.	VMS vragen zijn nooit onderzocht	Psychometrische eigenschappen nooit getest	Keuze screeningsinstrument
	Het is belangrijk dat je ook de echte hoog risicopatiënten eruit haalt en baat hebben bij vervolgenterventies, anders doe je dingen voor niets en is het niet haalbaar.	Goed identificeren anders doe je dingen voor niets	Belang psychometrische eigenschappen	Keuze screeningsinstrument
	De screening moet leiden tot een bewustwording van hey, dit is een kwetsbare oudere, hier moet ik op een andere manier naar kijken en bepaalde dingen starten	Bewustwording hier moet ik iets mee. Attitude vpk	Awareness verhogen	Effect screenen
	Op dit moment kunnen we alleen maar zeggen dat screenen zich terug verdient op patiëntniveau omdat je nu betere zorg op de SEH geeft. We zijn er druk mee bezig om ook winst te behalen op proces niveau.	Door te screenen kun je betere zorg leveren	Doeltreffende zorg	Effect screenen
	De APOP screener is gebaseerd op variabelen die de hoogste voorspellende waarde hebben op verlies van functionaliteit en mortaliteit, en variabelen die direct bij binnenkomst op de SEH al aanwezig zijn en het meest betrouwbaar en snel door iedereen gemeten kan worden.	Hanteerbaarheid en voorspellende waarde screeningsinstrument	Psychometrische eigenschappen APOP-screener	Keuze screeningsinstrument
	De uitslagen van de screening kunnen een aanleiding zijn dat je met de patiënt om de tafel gaat zitten en vraagt wat wilt u eigenlijk nog?. Dan helpt het wanneer je een voorspellend percentage hebt op risico verder functieverlies of sterfte. Er zijn mensen die zeggen dat je die heftige operatie dan maar niet meer moeten doen, of juist wel om verder functieverlies tegen te gaan.	Uitslag van screenen kan helpen bij besluitvorming	Sturende factoren	Effect screenen

Art oz	Met scholingen willen we laten zien waarom het belangrijk is om te screenen op de SEH, en dat het om betere uitkomsten voor de patient gaat. Wanneer we dat terug geven motiveren we de verpleegkundigen.	Nut van screenen door scholing Motivatie verhogen	Scholing	Professionele expertise
	Niet elke oudere patient is een kwetsbare oudere waarbij je verder moet kijken dan alleen het medische probleem en dat kan je schiften door te screenen	Schiften met een screeningsinstrument	Doeltreffende zorg	Effect screenen
	Wat je ziet is dat er op een SEH wordt gewerkt volgens de treat first what kills first, maar bij oudere patiënten met meerdere problemen en atypische ziektepresentaties of juist heel typische geriatrische problemen moet je verder kijken dan dat om hen goed te kunnen helpen.	Nadeel eenzijdige ziektebenadering	Noodzaak holistische benadering	Professionele expertise
	Het effect van screenen is dat er extra aandacht is voor risicopatiënten zodat je de zorg hierop kunt afstemmen en een gerichtere overdracht naar de overnemende partijen kan maken.	Awareness kwetsbaarheid bevordert het samenwerken, afstemmen en overdragen van zorg	Awareness vergroten	Effect screenen
	We willen voorkomen dat mensen doordat ze een hoog risico aangewezen krijgen langer op een SEH liggen doordat er consulterende diensten bij komen vanwege hun kwetsbaarheid. In geval van ontslag SEH schakelen we de huisarts in en bellen de patient binnen 24 uur op om te vragen of alles goed is gegaan.	Vervolgen geven aan gesignaleerd hoog risico patiënt	Sturende factoren	Bijstellen en afstemmen
	Belangrijk is om de ligduur op de SEH zo kort mogelijk te houden omdat uit onderzoek is gebleken dat een langere ligduur op de SEH gepaard gaat met slechtere uitkomsten.	Langere ligduur op de SEH gaat gepaard met slechtere uitkomsten	Doeltreffende zorg	Bijstellen en afstemmen
	Consulten kunnen ook op een verpleegafdeling plaatsvinden. We willen voorkomen dat mensen vanwege hun kwetsbaarheid langer op de SEH moeten verblijven	Consulten kunnen ook op de afdeling plaatsvinden	Doeltreffende zorg	Bijstellen en afstemmen
	De coördinerend verpleegkundige van de dag houdt bij of de patiënten zijn teruggebeld (meestal) door de triage verpleegkundige omdat het in de ochtenduren vaak het rustigste is.	Organisatie van nazorg	Werkproces SEH	Bijstellen en afstemmen

Vervolg arts-onderzoeker	In het werkscherm van de verpleegkundige is te zien of een patiënt nog gescreend moet worden. Uit pilotstudies is naar voren gekomen dat wanneer je een screeningsinstrument niet opneemt in het EPD, mensen dat dan ook niet doen.	Aanpassingen ICT	Randvoorwaarden scheppen	Gewenste werkwijze
	Zeker bij ouderen die zelf niet meer de regie kunnen houden over hun ziekte en het beloop en het eigenlijk niet meer kunnen bevatten wat er allemaal gebeurt is het heel belangrijk dat er goede informatie van de ene naar de andere zorgverlener gaat.	Overdracht tussen de zorgverleners	Multidisciplinair samenwerken	Gewenste werkwijze
	Belangrijk is een de kennis en attitude richting ouderen, en de communicatie tussen de verschillende zorgverleners en met de patiënt	Attitude en communicatie	Competenties zorgverleners	Professionele expertise
	Je moet eerst kijken wie de belangrijke key users zijn en dan samen kijken wat doen we al en hoe kunnen we gaan screenen op de SEH	Samen kijken wat doen we al en hoe gaan we verder	Multidisciplinair samenwerken	Bijstellen en afstemmen
	Het is belangrijk dat mensen inzien dat screenen thuis hoort bij de routine zorg. Door het screeningsinstrument in het EPD te implementeren zorg je ervoor dat mensen het ook echt gaan doen. Dat is wel een belangrijke factor voor het te laten slagen	Screenen moet bij routine zorg gaan horen	Competenties zorgverleners	Bijstellen en afstemmen
	De VMS bundel is verplicht vanuit de inspectie. Daarnaast hebben de uitkomsten van de VMS vragen invloed op het verpleegkundig activiteitenplan. Daarom wordt hij nog naast de APOP screener op de verpleegafdeling alsnog gebruikt.	VMS vragen verplicht vanuit de inspectie	Doeltreffende zorg	Huidige werkwijze
	Wanneer patiënten met een hoog risico niet in het ziekenhuis worden opgenomen geven we de regie over aan de huisarts. Die kan het beste inschatten wat er nodig is. Het is niet bij iedereen nodig of wenselijk om door te sturen naar een geriater.	Huisarts regie geven	Samenwerken in de keten	Bijstellen en afstemmen

Bijlage 11. Verklaring praktijkrelevantie.



Verklaring praktijkrelevantie

Naam deelnemer BoN	Roos Helwegen
Onderwerp afstudeerproject	Proactieve en gestructureerde zorg voor kwetsbare ouderen op de Spoedeisende Hulp
Organisatie afstudeerproject	Avans +
Naam vertegenwoordiger organisatie	Marit van der Meer
Functie vertegenwoordiger organisatie	Manager spoedplein, Laurentiusziekenhuis Roermond

Motivatie bruikbaarheid, haalbaarheid en praktijkrelevantie door vertegenwoordiger organisatie

Praktijkrelevantie:

Ten gevolge van de vergrijzing en extramuralisatie van zorg is het aantal bezoeken op de SEH gestegen. Vanwege de multiproblematiek van deze patiënten liggen ze doorgaans langer op de SEH en moeten ze ook vaker opgenomen worden vergeleken met jongere patiënten. Een ziekenhuisopname gaat gepaard met een hoger risico op complicaties met (verder) functieverlies of zelfs(op korte termijn) overlijden als gevolg.

In de VMS bundel kwetsbare ouderen wordt dan ook aangestuurd op een vroegtijdige en systemische identificatie van geriatrische problemen gericht op het voorkomen van onbedoelde en vermijdbare schade en het verbeteren van ziekenhuisuitkomsten.

Bruikbaarheid en haalbaarheid:

Omdat de ligduur voor deze categorie patiënten op de SEH vanwege de multiproblematiek regelmatig oplopen tot 3-6 uur liggen hier mogelijkheden voor het verbeteren van de zorg gericht op het voorkomen van onbedoelde en vermijdbare schade en het verbeteren van audituitkomsten.

Datum en handtekening deelnemer	
Datum en handtekening vertegenwoordiger organisatie	Manager Spoedplein:  SEH arts:   lesca 250110

Bijlage 12: Begrippenlijst

- Adverse event:** Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt (synoniem is zorggerelateerde schade (RIVM, 2018b).
- Beroepsdeelprofiel:** Een verbijzondering van het verpleegkundig beroepsprofiel, gericht op een expliciete beschrijving van verpleegkundige beroepsuitoefening, verbonden aan een niveau en verbonden aan een welomschreven groep zorgvragers (Opleidingscommissie SEH-verpleegkundige, 2016)
- CGA:** Comprehensive geriatric assessment is een multidisciplinair onderzoek dat de multiple problemen van een oudere zo veel mogelijk opspoor, beschrijft en verklaart en de capaciteit en zorgbehoeften van de persoon onderzoekt, om zo te komen tot een gecoördineerd en integraal zorgplan voor het individu (NVKG, 2010).
- Competentie:** Een continu te onderhouden en te ontwikkelen combinatie van vaardigheden, kennis, attitude en persoonskenmerken, nodig om in een bepaalde werksituatie adequaat, effectief en efficiënt te handelen (Opleidingscommissie SEH-verpleegkundige, 2016).
- Deelgebied:** Een te onderscheiden deel of terrein van verpleegkundige beroepsuitoefening, op basis van een representatieve groepering van zorgvragers. Dat wil zeggen een groepering van zorgvragers met eigen, herkenbare en te generaliseren zorgvragen(Opleidingscommissie SEH-verpleegkundige, 2016).
- Differentiatie:** Een te onderscheiden vorm van verpleegkundige zorg aan specifieke zorgvragers binnen een bepaald deelgebied op een

bepaald niveau (Opleidingscommissie SEH-verpleegkundige, 2016)

Functieverlies: Functieverlies betekent een vermindering van zelfredzaamheid. Daarbij ontstaan problemen om zelfstandig activiteiten te verrichten, waaronder:

- Activiteiten van het dagelijks leven (ADL), zoals zich wassen en aankleden, en zich in huis verplaatsen.
- Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (IADL), zoals koken, het huishouden en boodschappen doen (Bakker et al., 2017).

Geriatrisch patiënt: (NVKG, 2010) "Is een oudere patiënt die kwetsbaar is of bedreigd wordt door kwetsbaarheid en verminderde zelfredzaamheid. De geriatrische patiënt onderscheidt zich van andere patiënten door:

- a. De (grote kans op) kwetsbaarheid of 'het wankelende lichamelijke, psychische en sociale evenwicht';
- b. De meestal hoge leeftijd;
- c. Ziektebeelden en/of handicaps die met hoge leeftijd zijn geassocieerd;
- d. De interacterende multi-morbiditeit;
- e. De grote individuele variabiliteit;
- f. Het vaak prevaleren van verbetering van zelfredzaamheid, mobiliteit en kwaliteit van leven boven verlenging van levensduur."

Geriatrische problemen: Geestelijke achteruitgang, ondervoeding, immobiliteit, instabiliteit/ vallen, veranderd gedrag (delirium) polyfarmacie en incontinentie (VMSzorg, 2009). De 4 meest risico volle geriatrische problemen, die worden geassocieerd met functieverlies en daarmee achteruitgang in ADL en IDL, te weten: delirium, vallen, ondervoeding en fysieke beperkingen (NVKG, 2010).

- Geriatrische syndromen:** Een geriatrisch syndroom is een symptoom of een symptomencomplex bij de geriatrische patiënt als gevolg van meerdere aandoeningen en risicofactoren. Voorbeelden zijn cognitieve achteruitgang en acute verwardheid, depressieve stemming, instabiliteit (vallen), afwijkend gedrag, incontinentie en toegenomen zorgafhankelijkheid.
Ieder van deze aandoeningen op zichzelf hoeven geen klachten te geven, maar hoe meer aandoeningen tegelijk hoe groter de kans op symptomen. Een geriatrisch syndroom bestaat dus uit meerdere oorzaken (NVKG, 2010).
- Kwetsbaarheid:** Kwetsbaarheid is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden) (Gobbens et al., 2011).
- Multimorbiditeit:** Multimorbiditeit is het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten (WHO-criteria). Co-morbiditeit betreft bijkomende aandoeningen bij een hoofddiagnose. Beide begrippen hangen nauw samen met de kernbegrippen toegenomen kwetsbaarheid ('frailty'), het gemiddeld afgenomen functieniveau, de afname van accuratesse van de interne regelmechanismen en afname van homeostase (NVKG, 2010).
- Proactief:** Waarbij je niet afwacht, maar vooruitdenkt: een proactief beleid voeren (Van Dale).
- Screenen:** Het in kaart brengen van risicopopulaties voor een bepaalde aandoening of uitkomst (Bakker et al., 2017)
- Vermijdbare schade:** Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het onvoldoende handelen volgens de professionele standaard en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of

permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt.

Potentieel vermijdbare schade is zorggerelateerde schade die meer dan waarschijnlijk vermijdbaar was (RIVM, 2018b).

Verpleegkundig zorgproces: Beoordeling op basis van voorwaardelijke kennis, screening en assessment, diagnose, planning, interventie en evaluatie (Bakker et al., 2017).

Zorgbehoefte:

Vanuit professioneel perspectief:

Klinische richtlijnen, protocollen en standaarden - verder in deze tekst meestal kortweg aangeduid als richtlijnen - vormen een schriftelijke neerslag van de 'state-of-the-art' van zorgprofessionals over datgene wat patiënten bij bepaalde klachten of aandoeningen aan zorg behoeven. Ze vormen dan ook een benadering voor de zorgbehoefte. Men spreekt daarbij vaak van de 'geobjectiveerde' of ook wel 'geprotocolleerde' zorgbehoefte (RIVM, 2018b).

Zorgbehoefte:

Vanuit het patiënten perspectief:

De manier waarop patiënten/cliënten/consumenten hun zorgbehoefte uiten, is in eerste instantie meestal specifiek. Ze hebben er namelijk primair behoefte aan, dat het door hen ervaren gezondheidsprobleem wordt gereduceerd en/of gecompenseerd danwel wordt weggenomen. In latere instantie kan de zorgbehoefte door patiënten vaak specifieker worden aangegeven. De zorgbehoefte vanuit het patiënten perspectief is behalve met hun gezondheidstoestand ook vaak sterk verweven met sociaal-cultureel bepaalde voorkeuren van patiënten over de manier waarop zorg aan hen wordt verleend (RIVM, 2018b).

Zorggerelateerde schade: Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt (RIVM, 2018b).