

Dossier De oudere in het ziekenhuis



In dit dossier besteden we aandacht aan het European Nursing Congress *Caring for Older People*, dat begin oktober in Rotterdam plaatsvond. Het thema waarvoor we gekozen hebben is de keten die de oudere doorloopt wanneer hij opgenomen wordt in een ziekenhuis.

In dit dossier

- **Overgangprocessen in het leven van ouderen**

Verpleegkundigen hebben meer vaardigheden en tijd nodig om voldoende aandacht te kunnen geven aan de overgangprocessen in het leven van oudere mensen.

- **Het zijn de kleine dingen die het doen**

Hoogleraar David Richards van de University of Exeter onderzoekt of de verpleegkundige zorg te verbeteren is met een systeem dat in de sportwereld veel vruchten heeft afgeworpen.

- **Afstemmen op de patiënt**

Ria den Hertog onderzocht hoe verpleegkundigen in het ziekenhuis in hun besluitvorming rekening houden met de voorkeuren van patiënten. Welke kennis zetten zij daarvoor in?

- **Ouderen voorbereiden op opname**

Op hartoperatieafdelingen groeit het aantal postoperatieve complicaties continu, vooral bij oudere patiënten. De Hogeschool Utrecht startte een onderzoekslijn om zulke complicaties te voorkomen.

- **De rol van het niet-pluisgevoel**

Oudere patiënten hebben baat bij vroege herkenning van een verslechtering van hun situatie. Het 'niet-pluisgevoel' van verpleegkundigen blijkt een goede voorspeller van zo'n verslechtering te zijn.

- **Transmurale zorgbrug vermindert sterfte**

De transmurale zorgbrug combineert goede geriatrische zorg tijdens ziekenhuisopname met begeleiding door een wijkverpleegkundige na ontslag. Met succes: minder mensen overlijden.

- **Innovatieve geriatrische zorg**

Door vergrijzing zien vrijwel alle ziekenhuisafdelingen een stijging van het percentage oudere patiënten. Zij hebben een forse kans op complicaties en op functieverlies.

Lezing Marit Kirkevold

Overgangsprozessen in het leven van ouderen

Verpleegkundigen hebben meer vaardigheden en tijd nodig om voldoende aandacht te kunnen geven aan de overgangsprozessen in het leven van oudere mensen. Dat zegt hoogleraar verpleegkunde Marit Kirkevold van de Universiteit van Oslo. Zij ontwikkelt hiervoor samen met haar collega's trainingen en een meetinstrument.



Veronique Huijbregts

Marit Kirkevold onderscheidt in het leven van oudere mensen persoonlijke transities en transities in de zorg. De persoonlijke transities hebben te maken met afnemende gezondheid, kracht en mobiliteit. Het is belangrijk dat verpleegkundigen de gevolgen daarvan tijdig herkennen, zegt Kirkevold. 'Zulke veranderingen bedreigen ouderen in hun bestaan als onafhankelijk en autonoom persoon. Verpleegkundigen die hier inzicht in hebben, kunnen hen beter steunen en helpen controle over hun leven te houden.' Ook de transities binnen de gezondheidszorg zelf houden Kirkevold bezig, met name de overgang van ziekenhuis naar huis. 'Mijn instituut heeft onderzoek gedaan naar de continuïteit van zorg. Dit blijkt voor de oudere patiënt en diens naasten een complex fenomeen te zijn. De *clinical pathways* waarmee wij werken, zijn opgezet vanuit het perspectief van het gezondheidszorgsysteem. Als we de zorg vanuit het perspectief van de oudere persoon en zijn familie zouden organiseren, was die minder ingewikkeld. We zouden bijvoorbeeld meer met casemanagers werken.'

Heropnames

In Noorwegen, waar Kirkevold werkt, neemt net als in Nederland de opname-

duur in het ziekenhuis af. Dat impliceert een groter risico op complicaties thuis. 'De oudere wordt behandeld voor de ziekte waarvoor hij is opgenomen. Maar meestal spelen er méér gezondheidsproblemen. Die zijn bij ontslag niet per se opgelost, mogelijk zelfs verergerd. De oudere heeft bijvoorbeeld moeite met eten of last van pijn of uitputting. Als de thuiszorg dan onvoldoende extra uren heeft gekregen, gaat het thuis al snel fout. Heropname komt in Noorwegen veel voor.' Kirkevold wil nu ziekenhuisverpleegkundigen trainen om de conditie en behoeften van de patiënt en diens naasten te bepalen en te vertalen in praktische zorg thuis, en om de samenwerking met de zorg buiten het ziekenhuis te regelen. Dan wordt het voor de thuiszorg makkelijker om thuis goede zorg te geven.

Trainingsprogramma's

Kirkevold onderzoekt ook hoe verpleegkundigen ziekenhuisopnames mee kunnen voorkomen. 'Het vraagt kennis en inzicht om overgangsprozessen op persoonlijk niveau te signaleren en tijdig in te grijpen. We zetten daarvoor nu nieuwe trainingsprogramma's op, zodat thuis-

zorgverpleegkundigen complexe ziekten kunnen herkennen en vermijdbare verslechtering helpen bestrijden.'

In Oslo is inmiddels ervaring opgedaan met een eenvoudig instrument waarmee verpleegkundigen hun oudere patiënten systematisch kunnen 'scoren'. Achteruitgang in gezondheid, zoals gewichtsverlies of veranderingen in bloeddruk, vallen zo sneller op. Via een elektronische link krijgt de huisarts hiervan een signaal, zodat die tijdig zorg aan zijn patiënt kan geven. Deze aanpak blijkt effectief, zegt Kirkevold. 'Nu kan er bijtijds worden ingegrepen, ten gunste van de patiënt maar ook van de zorg.'

Eenzaamheid

In Noorwegen komt eenzaamheid onder ouderen veel voor. Dat komt deels doordat zij hun sociale rollen kwijtraken. Maar het komt ook doordat ze, mede door het overheidsbeleid, zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Thuiszorgverpleegkundigen komen dit probleem vaak tegen in hun werk, maar hebben zelden tijd om hier iets mee te doen. 'Ik heb veel verpleegkundigen gesproken die hier treurig over zijn. Ze zien dat de ouderen hun aandacht nodig hebben en willen graag met hen praten over hun sociale behoeften, maar ze hebben er gewoon geen tijd voor.' ■

Lezing David Richards

Het zijn de kleine dingen die het doen

In 2013 luidde het Francis-rapport in het Verenigd Koninkrijk de noodklok: verpleegkundigen zouden de basisbehoeften van hun patiënten verwaarlozen. Hoogleraar David Richards van de University of Exeter onderzoekt nu of de verpleegkundige zorg te verbeteren is met een systeem dat in de sportwereld veel vruchten heeft afgeworpen. Daar leidt een optelsom van marginale verbeteringen tot substantieel betere prestaties.

Veronique Huijbregts

In meerdere rapporten in het Verenigd Koninkrijk is de noodklok geluid over de kwaliteit van de verpleegkundige zorg, omdat verpleegkundigen hun basiszorg zouden verwaarlozen, vertelt David Richards. Ze doen dat niet met opzet, voegt hij eraan toe. Oorzaak is eerder dat verpleegkundigen steeds meer specialistische zorg geven en managementtaken doen. Richards onderschrijft de aanbeveling van het Francis-rapport dat verpleegkundigen weer meer aandacht moeten besteden aan de basiszorg. Hij noemt taken als de patiënt wassen en helpen bij de toiletgang, zorgen dat hij voldoende eet en drinkt, in de gaten houden hoe hij slaapt en goed met hem communiceren. 'Wat wij *caring* noemen. En dat met compassie en zorg, zoals iedereen graag wil.' Dat verpleegkundigen hun basiszorgtaken teveel verzaken, gaat vermoedelijk ook op voor andere landen van Europa, zegt Richards, die behalve hoofd van de onderzoeksgroep voor complexe interventies ook voorzitter is van de European Academy of Nursing Science (EANS).

'We worstelen allemaal met dezelfde gezondheidsproblemen en hebben overal te maken met een steeds ouder wordende bevolking en meer mensen met chronische ziekten. En de zorg moet overal versoberen. Dus dit probleem is niet beperkt tot Engeland.'

Ommekeer

Zijn eigen ervaring als ziekenhuispatiënt betekende voor Richards een ommekeer in zijn denken. Vóór zijn opname wilde hij, in navolging van Nederlands verpleegkundig onderzoek, veelbelovende interventies voor kwaliteitsverbetering van essentiële onderdelen van verpleegkundige zorg afzonderlijk toetsen. Gekluisterd aan zijn ziekenhuisbed ontdekte hij dat juist de moeilijk meetbare aandacht voor kleine ongemakken voor de patiënt een wereld van verschil maakt. Hij geeft een voorbeeld: liggend in zijn bed zat de draad van zijn infuus bij elke beweging in de weg. Dat ongemak duurde totdat een verpleegkundige het – eindelijk – opmerkte en de draad met een klein mouwtje aan zijn arm vastzette. Wat een opluchting! En wat was hij blij dat hij op



een gegeven moment twee urinalen kreeg, zodat hij niet bang hoefde te zijn dat zijn urinaal vol zou zijn als hij moest plassen.

Marginale verbeteringen

Richards raakte geïnteresseerd in een systeem dat in de Engelse sportwereld tot opzienbarend betere prestaties had geleid, in het Engels omschreven als '*the amalgamation of small gains*'. Deze integrale optelsom van marginale verbeteringen, van bijvoorbeeld 1% betere voeding voor de sporters en andere ogenschijnlijk kleine verbeteringen, bleek tot substantieel betere uitkomsten te leiden. De Engelse wielploeg werd hierdoor in korte tijd een ploeg van wereldniveau, vertelt hij. In zijn huidige onderzoek, dat pas van start is gegaan, wil Richards kijken of het systeem toepasbaar is in de verpleegkundige zorg. Literatuuronderzoek, interviews met sportcoaches en -teams en gesprekken met verpleegkundigen vormen het materiaal waarop hij in 2017 de klinische *trial* zal baseren. 'Al behalen we bij de verpleegkundige zorg maar de helft van het sportsucces, dan maakt dat nog een gigantisch verschil,' verwacht Richards. Van die verbeteringen zullen vooral oudere mensen profiteren, onderstreept hij. Zij vormen per slot het leeuwendeel van alle patiënten in ziekenhuizen én daarbuiten. ■

Lezing Ria den Hertog

Afstemmen op de patiënt

Ria den Hertog onderzocht hoe verpleegkundigen in het ziekenhuis in hun besluitvorming rekening houden met de voorkeuren van patiënten. Welke kennis zetten zij daarvoor in? En wat zegt de bestaande literatuur erover?

Ria den Hertog

Achtergrond

Het paradigma van de *evidence based practice* bestaat uit drie elementen; één daarvan is bewijs uit wetenschappelijk onderzoek. In verpleegkundige interventies wordt vooral op dat element gesteund. Veel minder aandacht gaat uit naar de twee andere belangrijke componenten, professionele expertise en voorkeuren van patiënten (Sackett et al., 2000). Uit onderzoek blijkt dat patiënten die actief betrokken zijn bij de verpleegkundige besluitvorming tevredener zijn en hoger scores op patiëntuitkomsten (Florin et al., 2008). Hoewel sommige bronnen ouderen als 'volgzaam' bestempelen in de zorg, blijkt uit andere onderzoeken dat ook deze doelgroep prijs stelt op inbreng van hun perspectief (Smoliner et al., 2009). Zorgvuldig afgestemde, goede zorg is alleen mogelijk als verpleegkundigen in hun besluitvorming rekening houden met het levensverhaal en de voorkeuren van individuele patiënten. In de verpleegkundige ethiek is hernieuwde aandacht voor de professionele wijsheid in de besluitvorming (o.a. Kinsella & Pitman, 2012), maar empirische gegevens hierover zijn nog schaars. Het doel van deze studie was om een substantieve theorie te ontwikkelen over hoe goede verpleegkundigen in het ziekenhuis in hun besluitvorming rekening houden

met de voorkeuren van patiënten en welke kennis zij daarvoor inzetten.

Methode

Deze *grounded theory*-studie bestond uit een literatuurverkenning, een interview-onderzoek (n = 27) en een observatie-onderzoek (n = 7). Respondenten zijn gewonnen door aan verpleegkundigen te vragen om collega's voor te dragen die bekend staan om hun 'excellente' verpleegkundige-patiëntcontacten. Dataverzameling en data-analyse vonden deels naast elkaar plaats in het proces van constante vergelijking om de centrale concepten te vinden. Op basis van de resultaten is een 'theorie' ontwikkeld over welke kennis verpleegkundigen inzetten en deze is vergeleken met bestaande literatuur om de houdbaarheid te toetsen.

Resultaten

De derde belangrijke component in EBP is 'patiëntvoorkeuren'. In het literatuuronderzoek werd duidelijk dat de operationalisering van die component sterk afhangt van welke wetenschappelijke traditie de auteur aanhangt. In zowel kwantitatief als kwalitatief georiënteerde artikelen worden geen aanwijzingen gegeven over hoe rekening te houden met patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming. Het empirisch onderzoek bevestigde dat de respon-

denten de kennis hebben om hun zorg af te stemmen op voorkeuren van individuele patiënten. In de interviews vertellen de verpleegkundigen unaniem dat zij afstemmen op gevoelens van veiligheid en vertrouwen, omdat patiënten dan toegankelijk zijn en zorgtaken optimaal uitgevoerd kunnen worden. Zij creëren vanaf het eerste kennismakingsmoment in de zorg tot aan ontslag uit het ziekenhuis een sociale verbondenheid met de patiënt. De respondenten zetten impliciete en intuïtieve tools in om de verpleegkundige-patiëntrelatie tot stand te brengen en te onderhouden. Zij maken snel een 'klik', gebruiken hun antenne om te monitoren en communiceren open door empathische vragen te stellen over hoe de patiënt zich voelt en waar hij zich eventueel zorgen om maakt of juist blij mee is. Met de zo verzamelde kennis over de patiënt creëren zij, vaak onbewust, een breed referentiekader voor de besluitvorming. Daarin worden ook de inbreng van familie en (multidisciplinaire) collega's meegenomen. De respondenten vertellen zich in de zorg voortdurend te richten op de ervaren kwaliteit van leven door de patiënten. Zij ondersteunen patiënten in het maken van perspectiefwisselingen: 'Als u goed eet, oefent, kunt u...' of: 'U kunt niet meer naar huis, maar wel...'. Een van de respondenten gaf een krachtige typering van de attitude waarmee deze verpleegkundigen in de zorg staan: 'Leer mij hoe ik het best voor u kan zorgen in deze situatie.'

Conclusie

Verpleegkundigen in het ziekenhuis, die bekend staan om hun goede zorgrelatie met de patiënt, slagen er in om rekening te houden met patiëntvoorkeuren in hun dagelijkse besluitvorming omdat zij beschikken over afstemmingskennis. Zij weten welke specifieke informatie zij van deze patiënt nodig hebben

en hoe zij die kunnen achterhalen. Zij zetten hiervoor impliciete en intuïtieve *tools* in als 'klik', 'antenne' en 'referentiekader creëren'. Afstemmingskennis is een niet eerder in de literatuur beschreven onderdeel van de professionele kennis van verpleegkundigen. Het gebruik van de tools staat niet vermeld in competentiebeschrijvingen en wordt niet via leerstof in de opleidingen aangeboden. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen of het hier mogelijk gaat om collectieve, impliciete kennis in de verpleegkundige beroepsgroep die op de werkvloer wordt geleerd. Ook is onderzoek nodig naar de rol van afstemmingskennis in het balanceren van richtlijnen en protocollen, professionele expertise en individuele patiëntvoorkeuren om meer te begrijpen van de 'wijze' verpleegkundige besluitvorming in de *evidence based practice*. ■

Referenties

- Den Hertog-Voortman, R. (2015). *Patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming. Een theorie over afstemmingskennis in de acute zorg*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2008). Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. *Journal of Clinical Nursing* 17(21), 2935-44.
- Kinsella, E.A. & Pitman, A. (eds.) (2012). *Phronesis as professional knowledge. Practical wisdom in the professions*. Rotterdam: Sense Publishers.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM*. (2nd edition). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Smoliner, A., Hantikainen, V., Mayer, H., Ponocny-Seliger, E. & Them, C. (2009). Development and test-theoretical analysis of an instrument for data collection on patients' preferences and experiences concerning participation in nursing care decisions in acute hospitals [German]. *Pflege* 22(6), 401-9.

Lezing Roelof Ettema

Ouderen voorbereiden op opname

Op hartoperatieafdelingen groeit het aantal postoperatieve complicaties continu, vooral bij oudere operatiepatiënten. Het lectoraat Chronisch Zieken en Ouderenzorg van de Hogeschool Utrecht startte in 2008 een onderzoekslijn om zulke complicaties te voorkomen.

Roelof Ettema en Yvonne Jordens, Lectoraat Chronisch Zieken en Ouderenzorg Hogeschool Utrecht

Door de vergrijzing stijgt het aandeel ouderen dat een openhartoperatie ondergaat en daarmee het aantal complicaties bij deze patiëntengroep. Inmiddels ervaart bijna de helft van de oudere patiënten na een openhartoperatie een complicatie, zoals een delier, depressie, decubitus of een infectie. Deze patiënten komen het ziekenhuis in met een lager gezondheidsniveau dan gemiddeld. Dit maakt hen extra kwetsbaar voor zulke postoperatieve complicaties. Het gevolg: een vaak langer ziekenhuisverblijf en meestal een lagere kwaliteit van leven na de ziekenhuisopname.

PREDOCS-onderzoek

Verpleegkundigen van de hartoperatieafdelingen in het Isala Ziekenhuis in Zwolle, het UMC Utrecht en het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein stelden vast dat de zorg voor deze groep patiënten onvoldoende is. Reden voor het lectoraat Chronisch Zieken en Ouderenzorg van de Hogeschool Utrecht om te onderzoeken hoe bij deze patiëntengroep dergelijke complicaties te voorkomen. Hiervoor werd in 2008 de onderzoekslijn PREDOCS (PREvention Decline in Older Cardiac Surgery patients) gestart.

Methode

Het lectoraat ontwikkelde het onderzoeksprogramma in samenwerking met de drie ziekenhuizen, verplegingswetenschap en het Juliuscentrum voor epidemiologie van het UMC Utrecht en V&VN geriatrie. Het programma is gebaseerd op elf wetenschappelijke studies, waarbij meer dan 14.000 patiënten en ruim 250 verpleegkundigen en artsen betrokken waren (Ettema, 2014; Ettema et al., 2014; Ettema et al., 2012). Op dit moment wordt in een twaalfde studie het effect gemeten en de vroegtijdige resultaten zijn positief. Daarom is in januari 2016 een grote implementatiestudie van start gegaan in twaalf van de zestien hartoperatiecentra in Nederland. Daarbij wordt specifiek gekeken naar de kenmerken en de cultuur van verschillende ziekenhuizen. Wat de gewoontes in een bepaald ziekenhuis zijn in de omgang met patiënten en of het een academisch ziekenhuis of een topklinisch ziekenhuis is. Naast geografische kenmerken heeft dit laatste ook invloed op de kenmerken van de patiëntenpopulatie van een ziekenhuis. Bij dit onderzoek zijn twaalf ziekenhuizen betrokken (zie figuur 1). Het betreft instellingen uit heel Nederland, met ieder een eigen cultuur en achtergrond. Die

diversiteit is voor dit onderzoek van belang, want dat zal duidelijk maken waarop moet worden gelet als de interventie breed wordt ingevoerd. De resultaten van de implementatiestudie worden in de loop van 2018 verwacht.

Resultaten

De genoemde postoperatieve complicaties bij kwetsbare oudere patiënten kunnen worden voorkomen door het gezondheidsniveau van de patiënt al voor de ziekenhuisopname te verbeteren. In het PREDOCS-programma wordt eerst nagegaan of en op welke postoperatieve complicatie de patiënt in kwestie een verhoogd risico heeft. Op basis daarvan kan de patiënt gericht zijn gezondheidsniveau verbeteren en zo het risico op postoperatieve complicaties verminderen.

Het programma betreft een complexe verpleegkundige interventie en bestaat uit een adviesgesprek door een verpleegkundige twee tot vier weken voor de operatie. Het gesprek bestaat uit drie delen: 1) een algemeen deel voor alle patiënten waarin de verpleegkundige de oudere patiënt en zijn naasten belevingsgericht voorlicht over de ziekenhuisopname, 2) de identificatie van patiënten met een verhoogd risico op een postoperatieve complicatie (delier, depressie, decubitus of een infectie) en 3) het voorlichten van de geselecteerde patiënten over hoe ze vóór de ziekenhuisopname hun risico kunnen verminderen. Verreweg de meeste van de betreffende patiënten zijn electief: dat wil zeggen dat zij gepland staan voor een ziekenhuisopname. Dit betekent dat er voor de ziekenhuisopname tijd is voor een goede voorbereiding. In deze 'preopname'-periode kan worden nagegaan of de patiënt een verhoogd risico heeft op het oplopen van een delier, depressie, decubitus of een infectie. Als blijkt dat er een verhoogd risico

PREDOCS-ONDERZOEKSLIJN (2007 – 2018)

Ontwikkeling van de interventie (2007-2012)

1. Systematische review mate van vóórkomen postoperatieve complicaties
2. Systematische review preopname patiëntenkenmerken gerelateerd aan ziekenhuisproblemen
3. Systematische review effectieve preventieve interventies
4. Identificeren risicofactoren operatie en IC-complicaties (11.395 oudere OHO-patiënten)
5. Oorzakelijke relaties tussen beïnvloedbare preopname patiëntenkenmerken en postoperatieve complicaties (1761 oudere OHO-patiënten)
6. Ontwikkeling prognostische modellen voor selectie kwetsbare patiënten (n = 1761)
7. Interviews patiënten naar hun behoeften voor en tijdens opname (n = 9)
8. Survey verpleegkundigen naar opinies, vóórkomen en voorkómen (n = 250)
9. Interventie-ontwikkeling

Testen van de haalbaarheid van de interventie (2013-2016)

10. Klinische expertrondes (5 nationale experts, 3 verpleegkundigen en 3 chirurgen)
11. Haalbaarheidsstudie 70 pat. (Isala Ziekenhuis, St. Antonius Ziekenhuis, UMC Utrecht)

Testen van het effect van de interventie (2013-2016)

12. Stepped wedge klinische trial (n=444, Isala Ziekenhuis, St. Antonius ziekenhuis, UMC Utrecht)

Implementeren van de interventie (2016-2018)

13. Implementatie-onderzoek 12 hartcentra in Nederland (Isala Ziekenhuis, St. Antonius Ziekenhuis, UMC Utrecht, Maastricht UMC+, AMC, MCL, MST, Haga Ziekenhuis, Amphia Ziekenhuis, VU-MC, Radboud UMC, OLVG)

Figuur 1. De PREDOCS-onderzoekslijn: dertien studies op rij.

is, dan kan de patiënt met haar of zijn naasten gericht actie ondernemen om het eigen complicatierisico te verminderen.

Conclusie

Er werd een theoretische kostenanalyse gedaan naar de kosten van complicaties. Daaruit blijkt dat zes zware of zestien lichtere complicaties evenveel kosten als het aanstellen van een fulltime verpleegkundige op een afdeling cardiochirurgie voor een heel jaar. In dat jaar kan die verpleegkundige 900 tot 1000 PREDOCS-gesprekken voeren en daarmee meer dan honderd complicaties voorkomen. Behalve dat het veel leed bij patiënten voorkomt, is het PREDOCS-gesprek door de verpleegkundige daarmee ook bijzonder kosteneffectief. ■

Referenties

- Ettema, R.G.A. (2014). *Predicting and preventing postoperative decline in older cardiac surgery patients*. Doctoral thesis, Amsterdam, the Netherlands.
- Ettema, R., Harten, D. van, Hoogerduijn, J., Hoekstra, T. & Schuurmans, M. (2014). Nurses opinions regarding delirium care in the general hospital population and in cardiac surgery patients specifically: A multicentre survey among Dutch nurses. *International Journal of Clinical Medicine* 5, 1352-64.
- Ettema, R., Peelen, L., Koops-Oosterhuis, A., Meeuwen, E. van & Schuurmans, M. (2012). Malnutrition screening in older patients undergoing cardiac surgery: Both in preoperative patients not having an increased weight and in postoperative overfilled patients. *European Geriatric Medicine* 3, S9.

Lezing Gooske Douw

De rol van het niet-pluisgevoel

Oudere patiënten hebben, meer dan gemiddeld, baat bij vroege herkenning van een verslechtering van hun situatie. Dit omdat vooral zij risico lopen op complicaties tijdens ziekenhuisverblijf. Het 'niet-pluisgevoel' van verpleegkundigen blijkt een goede voorspeller van zo'n verslechtering te zijn.

Gooske Douw (Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede), Getty Huisman-de Waal (Radboud UMC, Nijmegen), Arthur van Zanten (Ziekenhuis Gelderse Vallei), Johannes van der Hoeven (Radboud UMC), Lisette Schoonhoven (University of Southampton, Southampton, UK).

In ziekenhuizen zijn spoedinterventiesystemen (SIS) ingevoerd om vroege herkenning en behandeling van vitaal bedreigde patiënten te verbeteren. Het doel is om ongeplande opnames op de Intensive Care Unit te voorkomen en overlevingskansen te vergroten (*Winters et al., 2013*). Zeker voor oudere patiënten is vroege herkenning van verslechtering van belang, omdat vooral zij risico lopen op complicaties tijdens ziekenhuisverblijf met mogelijk functieverlies tot gevolg.

Binnen het SIS kan een spoedinterventieteam (SIT) worden opgeroepen ter ondersteuning van de behandeling van patiënten op verpleegafdelingen. Zo'n team bestaat uit IC-artsen en -verpleegkundigen. Het oproepsysteem kan per ziekenhuis verschillen. Oproepcriteria zijn meestal afwijkende vitale functies waaraan punten toegekend worden op basis van de ernst van de afwijking. Die punten worden opgeteld tot de Early Warning Score (EWS) die de ernst van de verslechtering weergeeft. Vanaf een vastgesteld afkappunt wordt het SIT gebeld. Het 'niet-pluisgevoel' van verpleegkundigen speelt een rol bij het herkennen

van verslechtering (*Odell et al., 2009*), maar wordt niet altijd standaard meegenomen in de EWS. Bovendien kunnen verpleegkundigen dat niet-pluisgevoel vaak moeilijk onder woorden brengen (*Andrews et al., 2005*). Dit kan voor onzekerheid zorgen in de communicatie met artsen, zeker als de vitale functies niet of matig afwijkend zijn. Om het niet-pluisgevoel te objectiveren werd een systematische literatuurstudie gedaan. Naast 'intuïtief weten dat iets niet goed is', werden er signalen gevonden die samengevat zijn in negen indicatoren (*Douw et al., 2015*). Het belang van het niet-pluisgevoel en de onderliggende indicatoren bij het herkennen van verslechtering van patiënten werd in 2013 en 2014 onderzocht.

Methode

Verpleegkundigen van drie chirurgische afdelingen in Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede), een algemeen opleidingsziekenhuis, registreerden gedurende een jaar in iedere dienst bij iedere patiënt hun niet-pluisgevoel en welke signalen zij waarnamen. Hiervoor werd een meetinstrument gebruikt: de Dutch-Early-Nurse-Worry-Indicator-Score (DENWIS) (*Douw et al.,*

2016), waarin alle veelal objectieve maar niet-meetbare signalen uit de literatuurstudie (*Douw et al., 2015*) werden opgenomen (zie tabel 1).

De EWS had een afkappunt van 7. In de analyses werd ook gekeken naar het niet-pluisgevoel als dit afkappunt nog niet was bereikt, om te toetsen welke rol het speelt in een vroeg stadium van verslechtering. De uitkomstmaat was ongeplande ICU/CCU-opname of onverwacht overlijden. We onderzochten welke verbanden er tussen het niet-pluisgevoel of DENWIS-indicatoren en de uitkomstmaat waren. De Area-Under-the-Receiver-Operating-Characteristics-curve (AUROC) werd berekend om de voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel en DENWIS-indicatoren op de uitkomstmaat te bepalen. Een AUROC boven de 0,90 wordt gezien als een uitstekende voorspeller, AUROC 0,80-0,90 als goed, 0,70-0,80 als redelijk en <0,70 als slecht. Voor de uitgebreide beschrijving van de methode verwijzen we naar de publicatie van het onderzoek (*Douw et al., 2015*).

Resultaten

De gegevens van 3522 patiënten werden meegenomen in het onderzoek. Bij 102 (2,9%) patiënten was er sprake van ongeplande ICU/CCU-opname ($n = 97$) of onverwacht overlijden ($n = 5$). Significante verschillen tussen patiënten met deze uitkomstmaat en de groep patiënten die niet op de ICU/CCU werden opgenomen of onverwacht overleden (controlegroep), waren respectievelijk:

- Geslacht man: 60,8% versus 46,1% ($p = 0,003$)

Niet Pluis Gevoel/ongerustheid: 9 onderliggende indicatoren Dutch-Early-Nurse-Worry-Indicator-Score (DENWIS)⁽¹⁾

1 Verandering in ademhaling

- Hoorbare ademhaling
- Kortademig
- Niet in volzinnen kunnen praten
- Gebruik hulp ademhalingspijpen

2 Verandering in circulatie

- Verandering kleur: bleek, grijs
- Transpireren/klam
- Koud aanvoelen
- Verminderde doorbloeding
- Oedemen

3 Temperatuur

- Rillingen

4 Mentale verandering

- Apathie/slaperig
- Verward

5 Agitatie

- Rusteloos
- Angstig

6 Pijn

- Nieuwe pijn
- Toenemende of aanhoudende pijn

7 Een niet verwacht verloop

- Geen vooruitgang
- Opgezette buik/misselijk/braken
- Bloeding
- Duizelig
- Flauw vallen/vallen

8 Patiënt geeft aan

- Niet goed voelen
- Gevoel van naderend onheil

9 Subjectieve observatie verpleegkundige

- Verandering in gedrag
- Ziet er niet goed uit
- Blick in de ogen



Scientific Center for
Quality of Healthcare

Radboudumc

Ziekenhuis
Gelderse
Vallei

¹ Douw et al., Nurses' 'worry' as predictor of deteriorating surgical ward patients; a prospective cohort study of the Dutch-Early-Nurse-Worry-Indicator-Score. *International Journal of Nursing Studies*, accepted April 2016

Douw@zg.vu.nl

Tabel 1. Niet-pluisgevoel: onderliggende signalen samengevat in negen indicatoren.

- Leeftijd: 68,9 versus 59,3 ($p < 0,001$)
- Niet-reanimerenbeleid: 22,5% versus 6,3% ($p < 0,001$)
- Aantal dagen ziekenhuisopname: 29,2 versus 5,1 ($p < 0,001$)

Er was geen significant verschil in comorbiditeit tussen beide groepen: 38,2 versus 34,2% ($p = 0,399$). Voor 85% van de patiënten werd in de 24 uur voor ICU/CCU-opname of onverwacht overlijden een positief niet-pluisgevoel gescoord. Bij 70% van de patiënten was dat al bij een EWS kleiner dan 7. Voor de controlegroep was dat significant minder: respectievelijk 23% ($p < 0,001$) en 22% ($p < 0,001$). Er is een significant verband tussen de DENWIS-indicatoren en de uitkomstmaat ($p < 0,001$). De belangrijkste DENWIS-indicatoren waren: verandering in ademhaling, subjectieve observatie van verpleegkundige en verandering in circulatie. Het niet-pluisgevoel samen met alle onderliggende DENWIS-indicatoren voorspellen

ongeplande ICU/CCU-opname of onverwacht overlijden vrijwel even goed als de EWS (AUROC 0,87 versus 0,86). Het niet-pluisgevoel alleen, zelfs als de vitale functies in de EWS nog geen reden tot oproepen van het SIT geven bleken respectievelijk een goede en een redelijke voorspeller (AUROC 0,81 en 0,74 respectievelijk). Door toevoeging de DENWIS aan de EWS werd de voorspellende waarde verbeterd (AUROC 0,91).

Conclusie

Belangrijkste bevinding in deze studie is dat het niet-pluisgevoel van verpleegkundigen en onderliggende DENWIS-indicatoren op zichzelf goede voorspellers van verslechtering van de situatie van de patiënt zijn. Toegevoegd aan de EWS wordt dit instrument verbeterd van goede naar uitstekende voorspeller. Zelfs wanneer de vitale functies nog geen reden tot oproepen van een SIT zijn (EWS < 7), blijkt het niet-pluisgevoel alleen al een redelijke voorspeller van ongeplande ICU/CCU-opname of

onverwacht overlijden en is dus belangrijk in dit vroege stadium van verslechtering. Alle DENWIS-indicatoren laten individueel een associatie zien met ongeplande ICU/CCU-opname of onverwacht overlijden en kunnen voor verpleegkundigen een signaal zijn om alert te zijn en te handelen op verslechtering. De DENWIS geeft woorden aan het niet-pluisgevoel en kan een hulpmiddel zijn voor verpleegkundigen bij (interdisciplinaire) communicatie over achteruitgang in de conditie van patiënten. De resultaten van deze studie moeten gevalideerd worden op andere afdelingen en in andere ziekenhuizen. ■

Noot

Dit artikel is gebaseerd op het artikel Nurses' 'worry' as predictor of deteriorating surgical ward patients: A prospective cohort study of the Dutch-Early-Nurse-Worry-Indicator-Score. *International Journal of Nursing Studies* (2016) 59, 134-40.

Referenties

- Andrews, T. & Waterman, H. (2005). Packaging: a grounded theory of how to report physiological deterioration effectively. *Journal of Advanced Nursing* 52(5), 473-81.
- Douw, G., Schoonhoven, L., Holwerda, T., Huisman-de Waal, G., Zanten, A.R.H. van, Achterberg, T. & Hoeven, J.G. van der (2015). Nurses' worry or concern and early recognition of deteriorating patients on general wards in acute care hospitals: A systematic review. *Critical Care* 19, 230.
- Odell, M., Victor, C. & Olive, D. (2009). Nurses' role in detecting deterioration in ward patients: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing* 65(10), 1992-2006.
- Winters, B.D., Weaver, S.J., Pfoh, E.R., Yang, T., Pham, J.C. & Dy, S.M. (2013). Rapid-response systems as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of Internal Medicine* 158, 417-25.

Lezing Bianca Buurman

Transmurale zorgbrug vermindert sterfte

De ligduur in het ziekenhuis wordt steeds korter, waardoor een groot deel van het herstel thuis plaatsvindt. Een acute opname kan een grote impact hebben op het functioneren van (kwetsbare) ouderen: goede begeleiding is daarom van essentieel belang. De transmurale zorgbrug combineert goede geriatrische zorg tijdens ziekenhuisopname met begeleiding door een wijkverpleegkundige na ontslag. Met succes: minder mensen overlijden.

Bianca M. Buurman, senior onderzoeker & lector Transmurale Ouderenzorg AMC & HvA, verpleegkundige n.p.

Uit eerder onderzoek van onze groep blijkt dat de impact van een acute ziekenhuisopname op ouderen groot is (Buurman et al., 2011). Drie maanden na de opname is 20% overleden en 30% heeft nieuwe beperkingen in het dagelijks functioneren (bijv. problemen met zelfstandig wassen of lopen). Daarnaast volgt bij 10 tot 15% binnen 30 dagen na ontslag een nieuwe opname. Meestal is zo'n heropname in de eerste twee weken na ontslag, bijvoorbeeld door medicatiefouten of onvoldoende herstel. Niet alle ouderen hebben een verhoogd risico op deze slechte uitkomsten. Factoren die geassocieerd blijken met functieverlies, heropname en overlijden zijn:

- De geriatrische problematiek waarmee iemand in het ziekenhuis wordt opgenomen, zoals geheugenproblemen, moeite met ADL, depressie, multimorbiditeit.
- Ernst van de ziekte en invasiviteit van de ingreep.

- Zorg tijdens opname (mate van activeren, eiwitname, balans tussen slapen en activiteit).
- Zorg na ontslag: hoeveelheid begeleiding, follow-up op de geriatrische problemen, ondersteuning van de mantelzorg.

Transitional care

Omdat bekend was dat de impact van een acute ziekenhuisopname groot is, en

welke factoren erop van invloed kunnen zijn, hebben we vanaf 2009 gewerkt aan het verbeteren van de begeleiding van kwetsbare ouderen tijdens en na acute ziekenhuisopname. Dit heeft geresulteerd in de Transmurale Zorgbrug.

De zorgbrug is gestoeld op het *Transitional Care*-model van Naylor (1999) en Coleman (2006), beiden grondleggers op dit terrein. *Transitional care* wordt ingezet bij transitie uit het ziekenhuis en heeft als primair doel om heropnames te voorkomen (Naylor et al., 2011). In tegenstelling tot casemanagement wordt *transitional care* vooral kortdurend ingezet, meestal voor maximaal zes maanden. Een *systematic review* en meta-analyse van Verhaegh (2014) toonden aan *transitional care* effectief is bij het voorkomen van heropnames. Essentieel zijn daarbij drie componenten: zorgcoördinatie door een verpleegkundige, een snel huisbezoek na

Tabel 1. Meest voorkomende geriatrische problemen bij opname in het ziekenhuis (data van geriatrisch assessment interventiegroep).

Geriatrisch probleem	Definitie	Prevalentie (%)
Polyfarmacie	Gebruik van 5 of meer verschillende soorten medicijnen	80,8
(Risico op) ondervoeding	Score van 2 of hoger op de Short-nutritional assessment questionnaire (SNAQ)	53,2
Pijn	Pijnscore van 4 of hoger op het moment van opname in het ziekenhuis	52,1
Duizeligheid	Zelf-gerapporteerde duizeligheid bij opname	45,6
Val in de afgelopen 6 maanden	Is oudere 1 of meer keer gevallen in de afgelopen 6 maanden	45,3
Geheugenproblemen	Mini-mental state examination score van <24	40,4

ontslag en directe communicatie tussen specialist en huisarts. Met name de intensievere interventies die deze componenten bevatten en waarbij een aantal huisbezoeken wordt gedaan zijn effectief. Het Amerikaanse zorgmodel is naar de Nederlandse situatie vertaald, waarbij we twee zorgmodellen hebben gecombineerd: het complete geriatriesch assessment met een geriatrieteam en het *transitional care*-model. Zo wordt goede geriatrie zorg geleverd tijdens opname en wordt deze goed voortgezet na ziekenhuisopname (Buurman et al., 2010).

Doel van de zorgbrug

Het doel van de transmurale zorgbrug is om sterfte, functieverlies en heropnames na ziekenhuisopname bij kwetsbare ouderen te voorkomen door:

- Bij ziekenhuisopname kwetsbare ouderen op te sporen met de VMS-zorgcriteria (Heim et al., 2014) of de ISAR-HP (Hoogerduijn et al., 2012), de geriatrie sch problematiek te identificeren via een compleet geriatriesch assessment (CGA), het opstellen van een zorgbehandelplan en het activeren van ouderen tijdens opname. In dit gedeelte werken geriatrieteam en verpleegafdeling samen.
- Het verbeteren van de overgang tussen ziekenhuis en thuis door een 'warme overdracht', waarbij de wijkverpleegkundige het ziekenhuis bezoekt en de uitkomst van het CGA en het zorgbehandelplan overgedragen krijgt.
- De wijkverpleegkundige de oudere te laten volgen gedurende maximaal vijf huisbezoeken, waarin de geriatrie sch problemen verder worden vervolgd en behandeld, medicatieverificatie plaatsvindt, de mantelzorger ondersteund wordt en er begeleiding is in de eerste

kwetsbare maanden na de ziekenhuisopname.

Trial

Het effect van het geïntegreerde zorgpad van de transmurale zorgbrug werd getest in een gerandomiseerde klinische trial met 674 ouderen. De helft van de ouderen kreeg de transmurale zorgbrug-interventie, de andere helft werd op de gebruikelijke manier ontslagen uit het ziekenhuis en kreeg vooral hulp bij de ADL als nazorg nodig was. Primair waren we geïnteresseerd in het effect op het ADL-functioneren, en secundair op sterfte en heropname. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 80 jaar. In de tabel staan de meest voorkomende geriatrie sch problemen bij opname in het ziekenhuis. De interventie had geen effect op het ADL-functioneren. Wel was er een effect op sterfte. Bij de groep die zorg volgens de transmurale zorgbrug geleverd kreeg, was de sterfte 30 dagen na ontslag 37% lager dan bij de controlegroep (Buurman et al., 2016). Na 6 maanden was de sterftereductie nog steeds 26%. Ouderen die zorg volgens het transmurale zorgbrugprotocol kregen, werden een dag eerder ontslagen en de zorg was kosteneffectief: gemiddeld verbruiken ouderen die volgens de transmurale zorgbrug worden begeleid €2000 minder in de periode van opname t/m 6 maanden na ontslag. Heropnames werden echter niet voorkomen: in beide groepen was het percentage heropnames binnen 30 dagen 12%. Dit is overigens wel veel lager dan in de VS.

Seniorvriendelijk

De transmurale zorgbrug wordt momenteel in 25 ziekenhuizen in Nederland geïmplementeerd en is onderdeel van het keurmerk seniorvriendelijk ziekenhuis.

De zorg is als 'product' opgenomen in de inkoopgids voor de wijkverpleging, wat betekent dat de zorg ook structureel bekostigd is. ■

Referenties

- Buurman, B.M., Parlevliet, J.L., Deelen, B.A. van, et al. (2010). A randomised clinical trial on a comprehensive geriatric assessment and intensive home follow-up after hospital discharge: the Transitional Care Bridge. *BMC Health Services Research* 10,296.
- Buurman, B.M., Hoogerduijn, J.G., de Haan R.J., et al. (2011). Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. *PLoS One* 6, e26951.
- Buurman, B.M., Parlevliet, J.L., Allore, et al. (2016). Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine* 176, 302-9.
- Coleman, E.A., Parry, C., Chalmers, S., Min, S.J. (2006). The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine* 166, 1822-8.
- Heim, N., Fenema, E.M. van, Weverling-Rijnsburger, A.W., et al. (2015). Optimal screening for increased risk for adverse outcomes in hospitalised older adults. *Age and Ageing* 44(2), 239-44.
- Hoogerduijn, J.G., Buurman, B.M., Korevaar, J.C., et al. (2012). The prediction of functional decline in older hospitalized patients. *Age and Ageing* 41(3), 381-7.
- Naylor, M.D., Broton, D., Campbell, R., et al. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA* 281, 613-20.
- Naylor, M.D., Aiken, L.H., Kurtzman, E.T., et al. (2011). The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs* 30, 746-54.
- Verhaegh, K.J., MacNeil-Vroomen, Eslami, J.L., et al. (2014). Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health Affairs* 33, 1531-9.

Lezing Herbert Habets

Innovatieve geriatrische zorg

Door vergrijzing zien vrijwel alle ziekenhuisafdelingen een toename van het percentage oudere patiënten. Zij hebben een forse kans op complicaties en op functieverlies. Reden voor het Zuyderland Medisch Centrum om sterk in te zetten op samenwerking met de eerstelijns.

Herbert Habets, Walther Sipers, Bart Ament, Anneke van Dijk-de Vries, Erik van Rossum.

Een ziekenhuisopname is voor menig oudere een ingrijpende gebeurtenis. Niet alleen door de confrontatie met een enerverende, drukke, onbekende en technologische setting, maar ook door het forse risico op (deels vermijdbare) complicaties zoals een delier, ondervoeding en vallen. Een deel van de ouderen krijgt te maken met functieverlies: zij ervaren na een ziekenhuisopname nieuwe beperkingen in het dagelijks functioneren en kunnen basale dagelijkse activiteiten zoals zichzelf wassen, aankleden en lopen niet meer zelfstandig. Hierdoor wordt de kwaliteit van leven bedreigd, hun zelfstandigheid beperkt en is vaak thuiszorg of verpleeghuiszorg noodzakelijk.

Ziekenhuisbrede aanpak

Het Zuyderland Medisch Centrum in Sittard-Geleen bouwde de afgelopen tien jaar aan een ziekenhuisbrede aanpak ter preventie van vermijdbare complicaties en functieverlies bij opgenomen kwetsbare ouderen. Vanaf dag één werd samenwerking gezocht met de eerstelijnszorg: huisartspraktijken in de regio Westelijke Mijnstreek.

In het RAAK-programma *Continuïteit van Zorg* en het NPO-programma *Zorg uit Voorzorg* werd een ketenaanpak ontwikkeld en geïmplementeerd. Het ziekenhuisdeel van deze aanpak bestond uit verschillende delen:

- ziekenhuisbrede detectie van ouderen op basis van kwetsbaarheid (GFI) en specifieke risico's op complicaties,
- uitvoering van een geriatrisch assessment,
- het formuleren van preventieve adviezen voor hoofdbehandelaar en verpleegkundig afdelingsteam.

Daarnaast werden transitieverpleegkundigen ingezet conform de Transmurale Zorgbrug-aanpak. Twee transitieverpleegkundigen (een wijkverpleegkundige en een geriatrieverpleegkundige) regelden ontslag, zorgden voor overdracht van een gericht zorgplan, uitvoering van een nazorghuisbezoek binnen 24 uur na ontslag uit het ziekenhuis en overdracht naar praktijkondersteuner ouderenzorg of zorgtrajectbegeleider dementie. Deze namen vervolgens de begeleiding van de oudere en uitvoering van het zorgplan over. Een belangrijk onderzoeksresultaat

van dit NPO-programma was dat de werkwijze van het consultatieteam onvoldoende effectief was. Het formuleren van adviezen leidde niet zonder meer tot uitvoering van deze adviezen. Deze bevinding komt overeen met de resultaten van een gerichte literatuurstudie van Deschodt (2016) met betrekking tot de effectiviteit van consultatieteams.

Een en ander leidde tot de visie dat een intensievere aanpak nodig is. In dit kader werd afgelopen maanden een nieuw model ontwikkeld: *Co-management Kwetsbare Ouderen*. Doel daarvan is het voorkomen van vermijdbaar functieverlies en ziekenhuiscomplicaties. Dit door gestructureerde samenwerking tussen hoofdbehandelaar en het geriatrieteam van de vakgroep Klinische geriatrie/Ouderengeneeskunde tijdens de ziekenhuisopname en door zorgvuldige transitie en nazorg met behulp van de transmurale zorgbrug. In het geriatrieteam zitten de klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, geriatrie-fysiotherapeuten en geriatrieverpleegkundigen. Op indicatie worden ook de ergotherapeut en/of diëtiste betrokken.

Methode

Het zorgmodel *Co-management Kwetsbare Ouderen* wordt ingezet op drie verpleegafdelingen: Interne Geneeskunde, Algemene Chirurgie en Longziekten. Er wordt een pre- en post-testdesign gehanteerd. Allereerst werden 50 patiënten in de controlegroep geïnccludeerd: zij krijgen

de reguliere, gangbare ziekenhuiszorg. Ook in de interventiegroep worden 50 patiënten geïnccludeerd: bij hen wordt het zorgmodel *Co-management Kwetsbare Ouderen* uitgevoerd.

Het zorgmodel bestaat uit een aantal specifieke, gericht gekozen onderdelen:

1. **Ziekenhuisbrede detectie en digitaal beschikbare informatie met betrekking tot kwetsbaarheid en aanwezigheid van specifieke (deels vermijdbare) risico's.** De GFI en de specifieke

screenende vragen m.b.t. risico's maken deel uit van de verpleegkundige anamnese. Na afname van de anamnese door de afdelingsverpleegkundige binnen 24 uur zijn deze gegevens ziekenhuisbreed digitaal beschikbaar voor het geriatrieteam. Hieruit kunnen dagelijks de ouderen geselecteerd worden die voor de interventiegroep in aanmerking komen.

2. **Uitvoering van een gericht, specifiek geriatrisch assessment en het formuleren van enkele gerichte praktisch uitvoerbare adviezen.** De doelen worden in samenspraak met de patiënt vastgesteld en in het MDO van het geriatrieteam wordt gezamenlijk een zorgplan vastgesteld.

3. Een **systematische medicatie review** door de klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde.

4. **Uitvoering van een voedings- en mobiliteitsprogramma op maat.** Hierbij is een nieuwe, specifieke rol weggelegd voor de geriatrie-fysiotherapeut van het geriatrieteam en wordt op indicatie de diëtiste ingeschakeld. Het proactieve gerichte mobiliteitsprogramma is

een belangrijk onderdeel van de interventie.

5. **Dagelijkse ronde** van de geriatrieverpleegkundige/klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde op de deelnemende afdelingen, samenwerking van geriatrieverpleegkundige en **aandachtshouders kwetsbare oudere** (dit zijn twee verpleegkundigen per verpleegafdeling met een specifiek takenpakket ter behoeve van de zorgverlening rondom kwetsbare ouderen) en **participatie in het MDO** van de drie deelnemende afdelingen. Afgelopen voorjaar werd het onderwerp MDO en Kwetsbare Oudere onderzocht (*Cornelissen, 2016*) en werden aanbevelingen geformuleerd voor een efficiënte gerichte uitvoering van een MDO in het kader van Co-Management, die nu geïmplementeerd worden.

6. Inzet van de **Transmurale Zorgbrug** geleverd door de geriatrieverpleegkundigen van het geriatrieteam. Bij de ouderen in de interventiegroep wordt ontslag voorbereid en het zorgplan zorgvuldig overgedragen naar de eerstelijnsprofessionals. De ouderen worden binnen 48 uur na ontslag door de geriatrieverpleegkundige thuis bezocht om te checken of de zorgafspraken nagekomen worden en de medicatie-overdracht goed verloopt. Zo kunnen eventuele knelpunten vroegtijdig worden opgelost. Zo mogelijk is bij dit bezoek de praktijkondersteuner ouderenzorg, zorgtrajectbegeleider dan wel wijkverpleegkundige aanwezig, die de zorgcoördinatie overneemt.

7. **Continuïteit van zorg na ontslag in de thuissituatie** conform de aanpak

Transmurale Zorgbrug. Hierbij spelen huisarts, praktijkondersteuner ouderenzorg en/of zorgtrajectbegeleider de mentie en de geriatrie-fysiotherapeut een sleutelrol.

8. Deelnemende ouderen bezoeken drie maanden na ontslag de **polikliniek Geriatrie**. De interventieperiode en gegevensverzameling wordt dan afgerond.

Resultaten

Het onderzoek loopt nog. Voorjaar 2017 zullen de resultaten van deze aanpak beschikbaar zijn. ■

Auteurs

Herbert P.J.M. Habets, Zuyderland Medical Center, Sittard-Geleen, Hogeschool Zuyd, Heerlen; Walther H.W. Sipers, Zuyderland Medical Center, Sittard-Geleen; Bart H.L. Ament, Anneke van Dijk-de Vries, Maastricht University; Erik van Rossum, Hogeschool Zuyd, Heerlen.

Referenties

- Cornelissen, L.P.S. (2016). *The multidisciplinary team meeting for frail older patients in the hospital based on the principles of a co-management model. An explorative study in a hospital setting*. Thesis Master, Maastricht University.
- Deschodt, M. et al. (2016). Structure and processes of interdisciplinary geriatric consultation teams in acute care hospitals: a scoping review. *International Journal of Nursing Studies* 55, 98-114.
- Habets, H.P.J.M. (2010). Grijze wolken boven de witte wereld. Kwetsbare ouderen in het ziekenhuis. *Denkbeeld* 21, 5, 12-4.
- Zorg uit Voorzorg (2012). *Zorg op maat voor ouderen in een kwetsbare positie*. MCC-OMNES 2012. https://mcc-omnes.nl/system/ckeditor_assets/attachments/243/ZUVboek.pdf