Verbeterplan

Afstudeerproject ‘werken aan zorgverbetering’

HBO-Verpleegkunde

Hogeschool van Amsterdam

*’’Ontslagmanagement bij ouderen op de spoedeisende hulp’’*

Opdrachtnemers: C. Jonkers (500605121)

D. van Zuijlen (500513692)

Opleiding: HBO-Verpleegkunde

Opleidingsinstituut: Hogeschool van Amsterdam

Instelling: Regionaal ziekenhuis in Noord-Holland

Periode: 1 September 2014 tot en met 30 Januari 2015

Studiegidsnummer: G-VERP 4512AFZVPA

Aantal woorden: 9996 woorden (exclusief voorblad, inhoudsopgave, tabellen, literatuurlijst en bijlagen)

Inleverdatum: 9 januari 2015

# Voorwoord

Geachte lezer,

Voor u ligt het verbeterplan ’’ontslagmanagement bij ouderen op de spoedeisende hulp’’, gemaakt door de opdrachtnemers Charlotte Jonkers en Danny van Zuijlen, beide laatstejaars student HBO-Verpleegkunde aan de Hogeschool van Amsterdam (HvA).

Dit verbeterplan is onderdeel van het afstudeerproject ’’werken aan zorgverbetering’’ en verkregen op de spoedeisende hulp (SEH) van een regionaal ziekenhuis in Noord-Holland, nader te noemen als opdrachtgever.

In dit afstudeerproject wordt onderzoek gedaan naar het ontslagproces van patiënten van 65 jaar en ouder, die vanaf de SEH met ontslag naar huis gaan.

Het doel van deze afstudeeropdracht is het verminderen van het aantal patiënten van 65 jaar en ouder die terugkomen of nabellen nadat zij de SEH van het ziekenhuis hebben bezocht. Dit doel willen de opdrachtnemers bereiken door het ontslagbeleid van ouderen van 65 jaar en ouder die de SEH van het ziekenhuis bezoeken te verbeteren, door het doen van aanbevelingen.

Binnen het afstudeerproject worden de volgende beslisdocumenten gemaakt:

* Projectplan
* Individuele literatuurstudies
* Verbeterplan
* Implementatieplan
* Overdrachtsrapport
* Individueel leerverslag

Wij willen bij dezen de volgende personen bedanken voor hun bijdrage aan dit project:

- De leidinggevenden van de SEH, voor het aanbieden van deze afstudeeropdracht,

deskundige bijdrage en de tijd en begeleiding op de afdeling.

- De medewerkers kwaliteit en veiligheid, voor hun deskundigheid met betrekking tot de onderzoeksmethoden en haar enthousiasme.

- De Medewerkers geriatrie hun deskundigheid met betrekking tot specifieke geriatrie.

- De arts geriatrie, voor haar deskundigheid met betrekking tot specifieke geriatrie.

- De verpleegkundigen op de afdeling, voor de tijd en begeleiding.

- De specialistische verpleegkundigen van de afdelingen SEH en geriatrie, voor het meewerken aan interviews.

Charlotte Jonkers en Danny van Zuijlen

Amsterdam, 9 januari 2014

# Abstract/Samenvatting

**INLEIDING –** In Nederland is er sprake van vergrijzing. Dit heeft ook zijn weerslag op de spoedeisende hulp van een regionaal ziekenhuis, waar ouderen na een korte opname weer met ontslag naar huis gaan.

Echter, uit cijfers blijkt dat 38% van de ouderen vaak weer terugkomen of terugbellen naar de SEH. Zij hadden problemen thuis of vragen over de (na)zorg. Een eerste inventarisatie toont dat voor de oudere patiënt niets wordt vastgelegd over de ontslagprocedure.

**DOEL –** Het doel van deze afstudeeropdracht is het verminderen van het aantal patiënten van 65 jaar en ouder die terugkomen of nabellen nadat ze de SEH van het ziekenhuis hebben bezocht.

**METHODEN –** Er zijn literatuurstudies gedaan, waarbij is gezocht in de databases PubMed, Cochrane en Cinahl. Het kwalitatief onderzoek bestond uit interviews met deskundigen en de focusgroep. Het kwantitatief onderzoek bestond uit dossieronderzoek en participerende observatie. Voor het dossieronderzoek is gekeken naar de reden waarom ouderen in 2014 één of meerdere malen terugkwamen op de SEH.

De variabelen die zijn gebruikt voor participerende observatie bij verpleegkundigen gedurende vier dagen zijn mimiek, de tijd nemen, folders geven, ontslaggesprek en screenen op wat dan ook. Er is best practice onderzoek gedaan door middel van interviews met leidinggevenden van SEH’s van andere ziekenhuizen.

**RESULTATEN –** Uit literatuuronderzoek is gebleken dat het geven van informatie bij ontslag aan ouderen op zichzelf staand geen significant effect heeft op het terugkomen naar de SEH. Het blijkt wel effectief te zijn om een ontslagtraject in te voeren waarbij er ook na ontslag een follow-up is. Tevens bleek dat verschillende screeningsinstrumenten op zichzelf staand geen significant effect hebben op het verminderen van het terugkomen naar de SEH. Wel kunnen met screeningsinstrumenten problemen worden opgespoord en daarop vervolginterventies worden ingezet, waardoor het terugkomen kan worden verminderd.

Uit het dossieronderzoek blijkt dat 50% van de ouderen die weer terugkwamen, terugkwamen met dezelfde klacht als de eerste opname of een nieuwe klacht. Er wordt niet geregistreerd of patiënten thuis problemen ervaren met de voorgeschreven zorg.

Uit interviews blijkt dat er behoefte is aan een eenduidig beleid t.a.v. het ontslag van ouderen. Er is behoefte aan screening om de hulpvraag objectief en meetbaar te maken en het moet duidelijk worden waar er zorg geregeld moet worden buiten kantooruren.

Dit wordt tevens ook bevestigd door het best practice onderzoek.

De gebruikte variabelen uit de participerende observatie gegeven aan dat er niet wordt gescreend bij opname en dat er geen beleid is bij het ontslag voor ouderen vanaf de SEH.

**CONCLUSIE EN DISCUSSIE -** Op de SEH van het ziekenhuis is geen protocol aanwezig waarin het ontslag van een oudere patiënt wordt ingeregeld die naar huis gaat. Er wordt niet gescreend, geen folder meegegeven en er wordt geen ontslaggesprek gevoerd. Feit is dat 38% van ouderen na een eerste bezoek op de SEH een tweede bezoek brengen. In 50% van de gevallen met dezelfde klacht.

Op basis van de resultaten is het wenselijk dat er een gestandaardiseerd proces wordt ontwikkeld van opname tot en met ontslag voor de oudere patiënt op de SEH. Onderdelen in dit proces kunnen zijn: screenen op kwetsbaarheid, het voeren van een ontslaggesprek, het nabellen vanuit de SEH na een verblijf en geriatrie verpleegkundigen eerder in consult te vragen.

Niet alles kon onderzocht worden en afbakening was noodzakelijk. In een vervolg onderzoek zou de effectiviteit van interventies na de screening onderzocht kunnen worden om daar een uitspraak over te kunnen doen. Een beperking in het huidige onderzoek was dat het nabellen van patiënten om wettelijke redenen niet mogelijk was. Hierdoor kon de mening van de patiënt niet mee worden genomen in dit onderzoek.

**Trefwoorden:** Ouderen ⋅ Spoedeisende Hulp ⋅ Ontslagproces ⋅ Screenen ⋅ Informatievoorziening ⋅ Heropname



Inhoud

[Voorwoord 2](#_Toc427334043)

[Abstract/Samenvatting 3](#_Toc427334044)

[1. Inleiding 6](#_Toc427334045)

[1.1 Aanleiding 7](#_Toc427334046)

[1.2 Probleem 7](#_Toc427334047)

[1.3 Doelstelling 8](#_Toc427334048)

[1.4 Vraagstelling 8](#_Toc427334049)

[1.4.1 Hoofdvraag 8](#_Toc427334050)

[1.4.2 Deelvragen per categorie 8](#_Toc427334051)

[1.5 Setting en belanghebbenden 9](#_Toc427334052)

[1.6 Micro-, meso- en macroniveau 9](#_Toc427334053)

[1.6.1 microniveau 9](#_Toc427334054)

[1.6.2 mesoniveau 9](#_Toc427334055)

[1.6.3 macroniveau 9](#_Toc427334056)

[1.7 Wettelijk kader 9](#_Toc427334057)

[1.8 Probleem in perspectieven 10](#_Toc427334058)

[1.9 Inhoud/Opbouw verbeterplan 11](#_Toc427334059)

[1.10 begrippenkader 11](#_Toc427334060)

[2. Methode 12](#_Toc427334061)

[2.1 Literatuuronderzoek 13](#_Toc427334062)

[2.1.1 informatievoorziening bij ontslag 13](#_Toc427334063)

[2.1.2 screeningsinstrumenten 14](#_Toc427334064)

[2.2 Kwalitatief onderzoek 16](#_Toc427334065)

[2.2.1 Interviews professionals 16](#_Toc427334066)

[2.2.2 Interviews patiënten 17](#_Toc427334067)

[2.2.3 Focusgroep 18](#_Toc427334068)

[2.3 Kwantitatief onderzoek 18](#_Toc427334069)

[2.3.1 Dossieronderzoek 18](#_Toc427334070)

[2.3.2 Participerende observatie 19](#_Toc427334071)

[2.4 Best practice 19](#_Toc427334072)

[3. Resultaten 20](#_Toc427334073)

[3.1 Literatuuronderzoek 20](#_Toc427334074)

[3.1.1 informatievoorziening bij ontslag 20](#_Toc427334075)

[3.1.2 screeningsinstrumenten 22](#_Toc427334076)

[3.2 Kwalitatief onderzoek 24](#_Toc427334077)

[3.2.1 Interviews professionals 24](#_Toc427334078)

[3.2.2 Interviews patiënten 26](#_Toc427334079)

[3.2.3 Focusgroep 26](#_Toc427334080)

[3.3 Kwantitatief onderzoek 27](#_Toc427334081)

[3.3.1 Dossieronderzoek 27](#_Toc427334082)

[3.3.2 Participerende observatie 30](#_Toc427334083)

[3.4 Best practice 31](#_Toc427334084)

[4. Conclusie 32](#_Toc427334085)

[5. Discussie 33](#_Toc427334086)

[6. Aanbevelingen 35](#_Toc427334087)

[7. Literatuurlijst 39](#_Toc427334088)

[8. Bijlagen 41](#_Toc427334089)

[Bijlage 1: Tabel van bewijslast 42](#_Toc427334090)

[Bijlage 2: Tabel dossieronderzoek 43](#_Toc427334091)

[Bijlage 3: Vragenlijsten 43](#_Toc427334092)

[Bijlage 4: Uitgewerkte interviews professionals SEH en geriatrie 45](#_Toc427334093)

[Bijlage 5: Focusgroep 55](#_Toc427334094)

[Bijlage 6: Uitgewerkte interviews andere ziekenhuizen 66](#_Toc427334095)

[Bijlage 7: Risico-analyse 73](#_Toc427334096)

[Bijlage 8: Print screens literatuuronderzoek 75](#_Toc427334097)

[Bijlage 9: Data dossieronderzoek 80](#_Toc427334098)

[Bijlage 10: Toestmmingsbrief onderzoek 98](#_Toc427334099)

[Bijlage 11: Screeningsprotocol geriatrie/SEH 100](#_Toc427334100)

[Bijlage 12: KATZ-ADL 6 101](#_Toc427334101)

[Bijlage 13: ISAR-HP 102](#_Toc427334102)

1. Inleiding

Dit verbeterplan is gemaakt voor de Spoedeisende Hulp (SEH) van een regionaal ziekenhuis in Noord-Holland. Op de SEH komen patiënten met een breed scala aan acute klachten. Een groot deel van deze patiënten zijn patiënten van 65 jaar of ouder. Omdat de regio van het ziekenhuis, net als de rest van Nederland, snel vergrijst is de verwachting dat er in de aankomende jaren steeds meer ouderen de SEH zullen bezoeken. (1,2).

Het ziekenhuis is een perifeer ziekenhuis met 250 bedden in Noord-Holland die patiënten opneemt een bepaalde regio. Per jaar bezoeken ongeveer 11.000 patiënten de SEH waarvan 32% 65 plussers(2). De SEH is onderdeel van het ziekenhuis en heeft plek voor 14 patiënten die spoedeisende hulp behoeven. Op de SEH werken 25 verpleegkundigen, vijftien artsen, doktersassistenten en gipsmeesters.

## 1.1 Aanleiding

Oudere patiënten die na ontslag van de SEH naar huis gaan, komen vaak terug of bellen terug met vragen over de (na)zorg of verkeerd begrepen informatie. De leidinggevende geeft aan dat hier al 8 jaar klachten over binnenkomen maar dat er nog geen concrete oplossing voor het probleem is gevonden.

## 1.2 Probleem

Verpleegkundigen en leidinggevenden van de afdeling SEH van het ziekenhuis in Noord-Holland krijgen regelmatig te maken met oudere patiënten. Net als de rest van Nederland vergrijst ook de regio waar het ziekenhuis onder valt, 16.8 procent van de inwoners is 65 jaar of ouder(1). Om voor deze steeds groter wordende groep ook kwalitatief goede zorg te kunnen leveren moet de zorg aan deze doelgroep worden aangepast. Oudere patiënten komen na ontslag naar huis vaak terug op de SEH of bellen terug. Het gaat dan om vragen over de (na)zorg of informatie die de patiënt verkeerd heeft begrepen. In de periode 2012-2013 maakten er volgens de SEH 6.266 ouderen gebruik van de SEH waarvan er 2.362(38%) een of meerdere keren opnieuw werden opgenomen.

Op de SEH is geen procedure aanwezig die het ontslag van ouderen naar huis regelt. Hierdoor is er geen eenduidig beleid aanwezig en weten verpleegkundigen niet hoe ze de zorg specifiek voor ouderen die met ontslag gaan moeten regelen. De patiënt moet nu onnodig terugkomen, terwijl het ontslagbeleid eerder beter geregeld had kunnen worden. Leidinggevenden waarmee gesproken is, geven aan dat dit probleem al jaren speelt en dat de huidige patiëntenzorg hier erg onder lijdt. Bovendien wordt de oudere nu elke keer uit zijn/haar sociale omgeving gehaald, kost een nieuwe opname op de SEH zowel de ouderen als het ziekenhuis veel geld en verhoogt het de werkdruk.

Uit een van de door de opdrachtnemers eerder uitgevoerde literatuurstudie blijkt dat ouderen die terugkomen of terugbellen naar de SEH dit grotendeels doen omdat ze een verminderde zelfredzaamheid hebben ten gevolge van functieverlies. Uit deze literatuurstudie komt ook naar voren dat ouderen als achterliggende reden bij een opname op de SEH vaak aangeven dat ze het thuis niet zelfstandig meer redden.

Functieverlies bij ouderen houdt in dat ouderen na een opname in het ziekenhuis minder goed zelfstandig voor zichzelf kunnen zorgen. Deze schade is blijvend en betekent voor de patiënt van 65 jaar en ouder dat ze afhankelijker zijn van zorg, minder zelfredzaam zijn en de kans groter is dat ze niet meer thuis kunnen wonen(3).

## 1.3 Doelstelling

Het doel van deze afstudeeropdracht is het verminderen van het aantal patiënten van 65 jaar en ouder die terugkomen of nabellen nadat ze de SEH van het ziekenhuis hebben bezocht.

Dit doel willen de opdrachtnemers bereiken door het ontslagbeleid van ouderen van 65 jaar en ouder die de SEH van het ziekenhuis bezoeken te verbeteren, door het doen van aanbevelingen. Het eindproduct zal dan bestaan uit aanbevelingen voor de medewerkers van de SEH, welke gebaseerd zijn op de resultaten van alle onderzoeksmethoden. De verwachting is dat na het implementeren van de aanbevelingen het aantal heropnames van ouderen op de SEH zal verminderen.

## 1.4 Vraagstelling

### 1.4.1 Hoofdvraag

Naar aanleiding van de probleemstelling is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

*Op welke wijze kan het ontslagbeleid van patiënten van 65 jaar en ouder het beste vormgegeven worden op de spoedeisende hulp zodat het aantal patiënten wat terugkomt op de SEH vanwege vragen of onduidelijkheden met betrekking tot de nazorg wordt verminderd?*

### 1.4.2 Deelvragen per categorie

Deelvragen over de huidige situatie:

*1. Wat is de huidige situatie op de SEH van het ziekenhuis ten aanzien van het regelen van het ontslag bij ouderen*? (interviews en participerende observatie)

*2. Welke problemen ondervinden ouderen op de SEH van het ziekenhuis het meeste na hun ontslag naar huis?* (dossieronderzoek, interviews)

Deelvragen over de gewenste situatie:

*3. Wat is de gewenste situatie op de SEH van het ziekenhuis ten aanzien van het regelen van het ontslag van ouderen?* (interviews en focusgroep)

Deelvragen over evidence-based practice:

*4. Welke screeningsinstrumenten, om functionele achteruitgang vast te stellen bij patiënten van 65 jaar of ouder, zijn er volgens de literatuur, die al toegepast kunnen worden op de SEH, zodat nabellen of terugkomen van ouderen na ontslag vanaf de SEH kan worden verminderd? (literatuuronderzoek)*

*5. Welke vormen van informatievoorziening zijn er en wat is volgens de literatuur de beste vorm van informatievoorziening voor ouderen die met ontslag gaan vanaf de SEH?* (literatuuronderzoek)

Deelvragen over best practice:

*6. Hoe regelen SEH-afdelingen van andere (academische) ziekenhuizen het ontslag van patiënten van 65 jaar en ouder?* (interviews andere ziekenhuizen)

Deelvragen over de mening van verpleegkundigen:

*7. Welke verbeterpunten hebben verpleegkundigen over de ontslagregeling van patiënten van 65 jaar en ouder vanaf de SEH?* (interviews)

## 1.5 Setting en belanghebbenden

De setting betreft de afdeling SEH van een regionaal ziekenhuis in Noord-Holland. Op deze afdeling werken specialistische verpleegkundigen die een vervolgopleiding IC-Verpleegkundige of SEH-Verpleegkundige hebben gedaan. Deze verpleegkundigen en de patiënten van 65 jaar en ouder zijn de eerste stakeholders binnen dit hele project. Verder zijn de afdelingen geriatrie en kwaliteit en veiligheid betrokken.

## 1.6 Micro-, meso- en macroniveau

### 1.6.1 microniveau

De opdrachtnemers verstaan onder microniveau de patiënten die de SEH van het ziekenhuis bezoeken en hun directe verpleegkundigen op de afdeling SEH van het ziekenhuis die de patiënten verzorgen. Op deze afdeling vindt het afstudeeronderzoek plaats. De doelgroep zijn ouderen die op de SEH komen en de verpleegkundigen die op de SEH werken. Wat betreft de verpleegkundigen richtten de opdrachtnemers zich op het verpleegkundig handelen in het ontslagproces van de oudere patiënt. Er is op dit moment geen procedure op de afdeling voor het ontslagproces, ook niet voor ouderen.

### 1.6.2 mesoniveau

De opdrachtnemers verstaan onder mesoniveau het regionale ziekenhuis. Het ziekenhuis is een ziekenhuis in een regio in Noord-Holland. De kernwaarden zijn patiëntgericht, professioneel en ondernemend. Kwaliteit en veiligheid is hierbij een heel belangrijk onderdeel. Een van de hierbij horende speerpunten is het bewaken van kwaliteitszorg. Een resultaat hiervan is dat het ziekenhuis zich heeft laten toetsen op kwaliteitsaspecten door de NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg) en zo de NIAZ-accreditatie heeft behaald. Sinds 2009 is het ziekenhuis geaccrediteerd(2,4-6). Behalve de SEH is er voor het afstudeeronderzoek ook gebruik gemaakt van de afdelingen geriatrie en kwaliteit en veiligheid.

### 1.6.3 macroniveau

De opdrachtnemers verstaan onder macroniveau de landelijke ziekenhuizen en het veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Dit systeem behandelt elf thema’s, waaronder kwetsbare ouderen. Het VMS stelt dat iedere patiënt van 70 jaar en ouder gescreend moet worden op kwetsbaarheid en dat bij een verhoogd risico passende interventies toegepast dienen te worden. Om op functieverlies te screenen raad het VMS aan om de KATZ-ADL6 score te gebruiken(2,7).

Tenslotte zien de opdrachtnemers de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)en de Nederlandse Zorgautoriteit ook als macroniveau. Deze zijn verantwoordelijk voor het controleren van de kwaliteit van zorg in Nederlandse zorginstellingen. Het is een onafhankelijke inspectie die aangekondigd en onaangekondigd de kwaliteit van zorg controleert op de werkvloer(8).

## 1.7 Wettelijk kader

**1.7.1 Kwaliteitswet**

De instelling is volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) verplicht om de kwaliteit van zorg binnen de instelling te bewaken, beheersen en verbeteren. Volgens de KWZ zijn instellingen hier zelf verantwoordelijk voor en verplicht om deze te toetsen en verbeteren(9,10).

Het ziekenhuis is dus verplicht om de kwaliteit van zorg voor oudere patiënten te toetsen en te verbeteren, iets wat nu nog niet stelselmatig gebeurd.

**1.7.2 WGBO**

De wet op geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) stelt dat iedere patiënt recht heeft op informatie over de medische situatie(11).

Voor ouderen op de SEH houdt dit in dat de patiënt recht heeft op informatie over zijn ziekte. Veel ouderen raken in de war van lang op de SEH liggen, zijn gestrest en weten niet precies wat hun overkomt. Omdat het begrijpelijk is dat ouderen op dat moment niet goed in staat zijn om informatie op te vangen is het belangrijk dat ze dit later nog eens verteld wordt of dat er een familielid is die de informatie ook tot zich neemt.

**1.7.3 Wet BIG**

Verpleegkundigen zijn volgens de wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg(BIG) verplicht om de kwaliteit van zorg te verbeteren en te bewaken(12).

Verpleegkundigen op de SEH zijn dus verplicht om de kwaliteit van zorg voor ouderen te verbeteren tijdens opname en ontslag. Ook zijn zij volgens de wet BIG verplicht om de kwaliteit van zorg te bewaken. Uit ons dossieronderzoek blijkt dat er niet wordt geregistreerd en dat patiënten terugkomen omdat ze na ontslag naar huis de zorg niet meer aankonden. Verschillende medewerkers van de SEH geven echter wel aan dat dit een groeiend probleem is.

## 1.8 Probleem in perspectieven

**1.8.1 Patiënt**

Ouderen komen vaak terug naar de SEH of bellen na hun opname met vragen. Het zorgverbeteringsproject richt zich op de problemen die patiënten ervaren bij thuiskomst na een opname. Er worden aanbevelingen gedaan voor het verbeteren van het ontslagproces zodat dit aansluit bij de wensen en de behoeften van ouderen. Het belang voor ouderen hierbij is dat zij minder vaak terug hoeven te komen na ontslag doordat de zorg beter geregeld is en zij meer duidelijkheid krijgen.

**1.8.2 verpleegkundigen**

De verpleegkundigen lopen na de patiënt het meest tegen de problemen rondom het ontslagproces aan. Omdat er geen richtlijn is omtrent het ontslag van ouderen is er geen eenduidig beleid rondom ouderen die na een opname op de SEH met ontslag gaan. Het belang voor de verpleegkundige is dat ouderen beter met ontslag gaan en minder terug hoeven te komen. Hierdoor gaat er minder tijd naar het terugkomen van ouderen, waardoor de werkdruk daalt. Daardoor kan meer tijd besteed worden aan de patiënten die nu op de afdeling liggen en zal de kwaliteit van zorg omhoog gaan. De verpleegkundige is degene die de aanbevelingen moet gaan toepassen in de praktijk en zal de zorgverbetering gaan implementeren op de afdeling.

De werkgroep ouderen speelt een belangrijke rol in het verbeteren van het ontslagproces van ouderen op de SEH omdat deze bezig zijn met het verbeteren van de ouderenzorg op de afdeling. Het bestaan van de werkgroep en de deelname van een aantal verpleegkundigen van de SEH aan deze werkgroep geeft aan dat er behoefte is aan verandering in de zorg voor oudere patiënten.

Verpleegkundigen zijn volgens de wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg(BIG) verplicht om de kwaliteit van zorg te verbeteren en te bewaken(12). Verpleegkundigen op de SEH zijn dus verplicht om de kwaliteit van zorg voor ouderen te verbeteren tijdens opname en bij ontslag.

**1.8.3 Organisatie**

Het ziekenhuis heeft in samenwerking met twee ouderenzorginstellingen een project opgestart in het ZIEKENHUIS om een transmurale zorgbrug te maken voor oudere kwetsbare patiënten. Hierbij werken het ziekenhuis en de thuiszorg beter samen zodat de zorg zo goed mogelijk op de patiënt is afgesteld. De SEH valt buiten deze implementatie van de zorgbrug. Het is in het belang van de organisatie dat de ouderen minder terugkomen omdat dat mogelijk in de kosten zou schelen en het zorgt voor een betere doorstroming op de SEH.

Uit het feit dat het ziekenhuis deze zorgbrug wil implementeren blijkt dat ze de kwaliteit en effectiviteit van zorg voor ouderen willen verbeteren.

De instelling is volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) verplicht om de kwaliteit van zorg binnen de instelling te bewaken, beheersen en verbeteren. Volgens de KWZ zijn instelling hier zelf verantwoordelijk voor en verplicht om deze te toetsen en verbeteren(9,10).

Het ziekenhuis is dus verplicht om de kwaliteit van zorg voor ouderen patiënten te toetsen en te verbeteren, iets wat nu nog niet stelselmatig gebeurd.

## 1.9 Inhoud/Opbouw verbeterplan

Dit verbeterplan is opgebouwd uit verschillende hoofdstukken.

In de methodesectie staan de gebruikte methoden die toegepast zijn om de hoofd- en deelvraag te beantwoorden.

In de resultatensectie is de analyse van de resultaten van alle onderzoeksmethoden weergegeven.

In de discussiesectie en conclusiesectie staat beschreven wat de resultaten zijn van het onderzoek, welke knelpunten de resultaten beïnvloedt heeft en worden er aanbevelingen gedaan.

In de bijlage zijn onder andere de ingevulde vragenlijsten, uitgewerkte interviews, print-screens van het zoekresultaat en gevonden protocollen toegevoegd.

## 1.10 begrippenkader

|  |  |
| --- | --- |
| **Begrip** | **Betekenis** |
| SEH | Spoedeisende hulp |
| Ouderen | Personen van 65 jaar of ouder |
| Screening | Het nauwkeurig onderzoeken van problemen aan de hand van een vragenlijst(16-19,21) |
| Ontslag | Het verlaten van het ziekenhuis na een opname |
| ADL | Algemeen dagelijkse levensverrichtingen­(7) |
| Zelfredzaamheid | De mate van zelfstandigheid waarmee een patiënt de ADL kan uitvoeren. |
| Voorlichting | Het aanbieden van informatie die de patiënt helpt om betere keuzen te maken. |
| Ontslaggesprek | Het voeren van een gesprek nog voor de oudere de deuren van het ziekenhuis verlaat |
| ANW-uren | Avond, nacht, weekend uren. Uren die niet binnen de werkweek van, dus van 17:00 tot 09:00. vallen en feestdagen. |

Tabel 1: Begrippen

# Methode

In deze methodesectie wordt beschreven welke methoden zijn gebruikt om de hoofd- en deelvragen te beantwoorden.

## 2.1 Literatuuronderzoek

### 2.1.1 informatievoorziening bij ontslag

Om te onderzoeken welke vorm van informatievoorziening het meest effectief is bij ouderen die vanaf de SEH met ontslag gaan is onderstaand literatuuronderzoek gedaan.

**Onderzoeksvraag:** Welke vormen van informatievoorziening zijn er en wat is volgens de literatuur de beste vorm van informatievoorziening om ouderen voorlichting te geven bij ontslag zodat ze niet terug hoeven te komen naar de SEH?

**Populatie**

De populatie betreft patiënten van 65 jaar en ouder die na een opname in het ziekenhuis met ontslag gaan.

**Zoekstrategie**

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is gezocht naar wetenschappelijke artikelen in de databases PubMed, CINAHL en Cochrane. Er is eerst heel breed gezocht naar artikelen, maar later is er specifieker gezocht en zijn er meer verschillende zoektermen aan de searchstring toegevoegd en is gecombineerd met OR en AND. Hierbij is gelet op MeSH-termen. Een overzicht van de PICO en zoektermen is weergegeven in tabel 2.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PICO |  | Zoektermen |
| P | ouderen die met ontslag gaan | elderly, older people, aged, old persons, patient discharge |
| I | Informatie voorziening bij ontslag | verbal information, patient discharge education, information at discharge, discharge instructions, patient education, pamphlet, written information, discharge letter, discharge paper, |
| C |  |  |
| O | voorkomen van een heropname | readmission, hospital readmission, rehospitalization, rehospitalizations |
| **Searchstring**  (((((((aged) AND aged) AND patient discharge) AND ((((readmission) OR hospital readmission) OR rehospitalization) OR rehospitalizations)) AND ((((patient discharge education) OR information at discharge) OR discharge instructions) OR pamphlet) ) AND "aged"[Filter] ) AND "english"[Filter] ) AND "has abstract"[Filter] | | | |
| **MeSH termen**  Patient discharge, aged, patient discharge education, patient discharge instructions en  pamphlets | | | |

Tabel 2: PICO van de onderzoeksvraag, de bijbehorende zoektermen en seachstring.

**Limits**

In PubMed zijn de artikelen gefilterd op Engelstalige artikelen omdat er geen vertaler beschikbaar is gesteld. Ook is er gefilterd op aged, zodat de artikelen die gevonden zijn over ouderen van 65 jaar en ouder gaan en dus aansluiten bij de doelgroep. In CINAHL zijn de artikelen gefilterd op Engelse artikelen, artikelen over personen van 65 jaar en ouder en op mensen omdat het onderzoek zich richt op personen van 65 jaar en ouder.

**Inclusie criteria**

- Het artikel gaat over het ontslag van ouderen naar huis na een opname in het ziekenhuis

- Het artikel bevat informatie over de informatievoorziening bij ontslag na een opname in het ziekenhuis

De volgende tabel geeft weer hoeveel artikelen er per database zijn gevonden. In totaal zijn er vier artikelen gebruikt voor het onderzoek.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Database | Aantal artikelen gevonden na zoekactie | Aantal geschikt na screening titel en abstract | Aantal geschikt na screening op volledige tekst | Aantal geschikt na screening op kwaliteit | Aantal artikelen na ontdubbelen |
| PubMed | 412 | 17 na titel  5 na abstract | 3 | 2 | 2 |
| CINAHL | 44 | 10 na titeL  4 na abstract | 2 | 2 | 2 |
| Cochrane | 306 | 3 na titel  1 na abstract | 0 | 0 | 0 |
| Totaal | 762 | 30 na titel  10 na abstract | 6 | 5 | 4 |

Tabel 3: Artikelen per databank en zoekresultaat

### 2.1.2 screeningsinstrumenten

Uit een eerder uitgevoerde literatuurstudie naar effectieve verpleegkundige interventies in het ontslagtraject bij patiënten van 65 jaar en ouder op de spoedeisende hulp die het terugkomen na een eerder bezoek verminderen, blijkt dat patiënten op de SEH vaak een verhoogd risico hebben op functionele achteruitgang. Verder kwam naar voren dat het in kaart brengen van deze ouderen door te screenen helpt om onopgeloste problemen op te sporen. Screeningsinstrumenten kunnen bijdragen aan het verminderen van het terugkomen op de SEH als de onopgeloste problemen worden aangepakt met vervolginterventies. Om meer inzicht te krijgen in screeningsinstrumenten en erachter te komen welke screeningsinstrumenten screenen op functieverlies is deze extra literatuuronderzoek uitgevoerd.

**Onderzoeksvraag:** Welke screeningsinstrumenten, om functionele achteruitgang vast te stellen bij patiënten van 65 jaar of ouder, zijn er volgens de literatuur, die al toegepast kunnen worden op de SEH, zodat nabellen of terugkomen van ouderen na ontslag vanaf de SEH kan worden verminderd?

**Populatie**

De populatie betreft patiënten van 65 jaar en ouder die zijn opgenomen op de spoedeisende hulp en met ontslag gaan naar huis.

**Zoekstrategie**

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is gezocht naar wetenschappelijke artikelen in de databases PubMed, CINAHL en Cochrane.

Er is eerst heel breed gezocht naar artikelen, maar later is er specifieker gezocht en zijn er meer verschillende zoektermen aan de searchstring toegevoegd en is gecombineerd met OR en AND. Hierbij is gelet op MeSH-termen. Een overzicht van de PICO en zoektermen is weergegeven in tabel 4.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PICO |  | Zoektermen |
| P | Ouderen van 65 jaar en ouder die na een bezoek aan de spoedeisende hulp met ontslag gaan naar huis | Elderly people, elderly patients, older people, older patients, aged, aging, ageing  Emergency ward, emergency department(s), emergency room  patient discharge, leaving hospital, hospital discharge |
| I | Screenen op functieverlies | Screening, assessment, functional decline, loss of function |
| C | - | - |
| O | Het na ontslag terugbellen en/of terugkomen van de oudere patiënt op de SEH | Patient readmission, revisits, return hospital, rehospitalisation |
| **Searchstring**  ((((((((((((Elderly people) OR elderly patients) OR older people) OR older patients) OR aged) OR aging) OR ageing)) AND (((Emergency ward) OR emergency room) OR emergency department)) AND (((patient discharge) OR leaving hospital) OR hospital discharge)) AND ((Screening) OR assessment)) AND ((functional decline) OR loss of function)) AND ((((Patient readmission) OR revisits) OR return hospital) OR rehospitalisation) | | | |
| **MeSH-termen**  Aged, persons, patients, hospital, patient discharge, screening, patient readmission. | | | |

Tabel 4: PICO van de onderzoeksvraag, de bijbehorende zoektermen en seachstring

**Limits**

Omdat er weinig artikelen werden gevonden bij het zoeken in de databases is verder geen gebruik gemaakt van limits.

**Selectiecriteria**

Voordat de gevonden artikelen gebruikt konden worden in deze literatuurstudie, moesten zij voldoen aan de volgende selectiecriteria:

Inclusiecriteria:

* De patiëntenpopulatie betreft ouderen vanaf 65 jaar.
* Het instrument is bestemd en bedoeld voor de afdeling spoedeisende hulp.
* Het artikel onderzocht het effect van screeningsinstrumenten en/of assessments.
* Het artikel heeft als outcome het terugbellen of terugkomen op de SEH.

Exclusiecriteria:

* De patiënt is bekend met vergevorderde dementie, vanwege hun beperkingen en ervanuit wordt gegaan dat zij niet meer thuis wonen.

**Selectieprocedure**

Er zijn in totaal 353 artikelen gevonden, welke zijn gescreend op titel, waarna dertien artikelen overbleven. Vervolgens is er gescreend op abstract, waarna zes artikelen overbleven. Daarna werden de artikelen volledig gescreend en beoordeeld op kwaliteit met de Cochrane checklist. Dit wordt schematisch weergegeven in tabel 5.

Van de vijf artikelen was er een dubbel, dat wil zeggen dubbele artikelen of een systematic review die de RCT al bevatte. Uiteindelijk bleven vier artikelen over om de onderzoeksvraag mee te beantwoorden.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Databases en limits | Aantal zoekresultaten | Aantal geschikt na screening titel en abstract | Aantal geschikt na screening op volledige tekst | Aantal geschikt na screening op kwaliteit | Aantal na ontdubbelen |
| Pubmed  Limits: Geen | 10 | 9 na titel  6 na abstact | 6 | 5 | 4 |
| Cochrane  Limits: geen | 343 | 4 na titel  0 na abstract | 0 | 0 | 0 |
| CINAHL  Limits: geen | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| *Totaal* | *353* | *13 / 6* | *6* | *5* | *4* |

|  |
| --- |
| Totaal geïncludeerde studies op basis van meerdere zoekresultaten, screening en kwaliteitsbeoordeling: **4** |

Tabel 5: artikelen per databank en zoekresultaat.

## 2.2 Kwalitatief onderzoek

### 2.2.1 Interviews professionals

Om een inzicht te krijgen in de huidige situatie en de gewenste situatie op de SEH, zijn er interviews afgenomen met verpleegkundigen van de SEH en de geriatrie, de teamleider en een arts.

Van te voren zijn door de opdrachtnemers vragen opgesteld aan de hand van de aanleiding, probleem en de eerder uitgevoerde literatuurstudies. Deze vragen zijn terug te vinden in bijlage 3.

Geriatrie richt zich op oudere patiënten, de doelgroep in dit onderzoek(2). De arts van de geriatrie is geselecteerd omdat zij veel ouderen behandelt die meerdere malen op de SEH zijn opgenomen. Op de afdeling geriatrie maakt zij een uitgebreide probleemanalyse.

De afdelingsleider SEH is geselecteerd omdat deze de opdracht heeft verstrekt en daarom weet wat de problemen zijn.

Een aantal verpleegkundigen zijn geselecteerd vanwege de betrokkenheid die ze hebben bij ouderen op de SEH.

Een aantal verpleegkundigen van de geriatrie zijn geselecteerd vanwege hun specifieke kennis over ouderen en hun lopende projecten om ouderenzorg te verbeteren.

Een opdrachtnemer heeft aantekeningen gemaakt en twee opdrachtnemers hebben het interview afgenomen.

De interviews waren gestructureerd. Om door te kunnen vragen, maar de antwoorden wel met elkaar te kunnen vergelijken, is ook gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews.

De interviews duurden gemiddeld 15 minuten. Vooraf is er toestemming gevraagd aan de betreffende persoon om het interview te mogen afnemen. Dit gebeurde per mail of telefoon.

**Topics**

* Informatievoorziening
* Ontslaggesprek
* Ontslagprocedure
* Screenen

De interviews zijn direct na de uitvoering uitgewerkt (bijlage 4) en besproken met de betreffende persoon, waarna aanpassingen zijn verricht of goedkeuring is verkregen.

Er is geanalyseerd hoe de informatievoorziening verloopt bij patiënten van 65 jaar en ouder, hoe het ontslag in het algemeen werd geregeld voor ouderen en of er een ontslaggesprek gevoerd wordt. Ook is gevraagd hoe het ontslagproces en het ontslaggesprek eruit moet zien en hoe men tegenover een screeningsinstrument staat.

### 2.2.2 Interviews patiënten

De patiënten die in het dossieronderzoek zijn opgenomen, zijn geïncludeerd op volgorde van het meest recente SEH bezoek.

Verder moesten zij aan verschillende inclusiecriteria voldoen:

* De patiënt is 65 jaar of ouder
* De patiënt is meerdere keren opgenomen geweest
* Het ontslag betrof ontslag naar huis

Om patiënten te kunnen nabellen is toestemming gevraagd aan de medisch ethische commissie en de jurist van het ziekenhuis(bijlage 10).

Van te voren zijn door de opdrachtnemers vragen opgesteld aan de hand van de aanleiding en probleem (bijlage 3).

### 2.2.3 Focusgroep

De focusgroep had als doel meerdere participanten tegelijkertijd te kunnen interviewen en een discussie omtrent het onderwerp. Aan de hand van de uitkomsten van deze discussie kon de analyse plaatsvinden.

Er werden drie verpleegkundigen van de werkgroep ouderen van de SEH geïncludeerd omdat zij met ouderen op de SEH werken. Daarom weten zij wat er speelt en hebben zij de benodigde kennis van de huidige situatie.

Er werden twee verpleegkundigen, één verpleegkundig specialist en één arts van de geriatrie geïncludeerd omdat zij specifieke kennis hebben binnen de geriatrie en dus ook over ouderen.

In totaal werden zeven participanten geïncludeerd exclusief de opdrachtnemers.

De topics waarover gesproken werd waren:

* Informatievoorziening
* Ontslaggesprek
* Ontslagprocedure
* Screenen

De focusgroep werd gepland afhankelijk van wanneer de meeste participanten aanwezig konden zijn. Helaas kon de arts vanwege zijn beperkte aanwezigheid in het ziekenhuis niet aanwezig zijn bij het gesprek.

Het gesprek is gevoerd op maandag 20 oktober 2014.

## 2.3 Kwantitatief onderzoek

### 2.3.1 Dossieronderzoek

Naar aanleiding van een verkregen lijst met data (bijlage 9), is geselecteerd op meest recente opnames.

Deze lijst bevatte gegevens van patiënten van 65 jaar en ouder die meerdere keren zijn opgenomen via de SEH en met ontslag zijn gegaan naar huis.

De selectie is uitgevoerd door een doktersassistent. Omdat deze niet bij het onderzoek betrokken was is het risico op een selectiebias lager.

Dit anoniemedossieronderzoek met 52 geïncludeerde patiënten, is uitgevoerd met als doel inzicht te krijgen waarom zij terugkwamen op de SEH. Om herkenning te voorkomen hebben patiënten een nummer gekregen bij de verwerking van de data. Het dossieronderzoek bevat gegevens over 2014.

**Analyse**

Met behulp van beschrijvende statistiek werden de gevonden resultaten geanalyseerd.

De uitkomstmaten van de redenen van terugkomen zijn gecategoriseerd in: de huidige klachten bleven aan, controle afspraak (gipskamer), nieuwe klachten en complicaties en doorverwijzingen naar academische ziekenhuizen(N=52).

### 2.3.2 Participerende observatie

Om een inzicht te krijgen in de huidige situatie is gebruik gemaakt van participerende observatie. Hierdoor kunnen er gerichter aanbevelingen worden gedaan. In totaal kon er vier dagen worden meegelopen. Er is door de opdrachtnemers zelf een checklist ontworpen om daar de observaties mee te doen. De variabelen uit de checklist waren: de tijd nemen, mimiek, ontslaggesprek, folders en screenen. De checklist is gebaseerd op de aanleiding van het project, literatuurstudies en uitkomsten van interviews(bijlage 2).

De koppeling aan een verpleegkundige gebeurde door de praktijkopleider, hierdoor was het risico op selectiebias klein.

Tijdens het meelopen is de verpleegkundigen niet verteld waarop er werd geobserveerd, er is alleen verteld dat er werd gekeken naar wat er allemaal gebeurt op de SEH.

Hierdoor is de kans op performance bias verkleind.

## 2.4 Best practice

Om een inzicht te krijgen in hoe andere SEH’s van andere ziekenhuizen het ontslagproces regelen van ouderen, zijn interviews gehouden. De interviews zijn grotendeels telefonisch gehouden vanwege de korte termijn waarin het onderzoek plaatsvond. Eén geïnterviewde wilde het interview niet telefonisch houden, dit interview is daarom persoonlijk afgenomen. De ziekenhuizen betroffen perifere en academische ziekenhuizen door heel Nederland.

Er zijn in totaal vijftien ziekenhuizen benaderd voor het afnemen van het interview, vijf daarvan gaven toestemming. Er is gekozen voor semi-gestructureerd interviews zodat het zeker was dat de antwoorden pasten bij de deelvraag maar er wel ruimte was om door te vragen. De interviews duurden gemiddeld 10 minuten. Van te voren zijn door de opdrachtnemers vragen opgesteld aan de hand van de aanleiding en probleem. Deze zijn terug te vinden in bijlage 3.

Medewerkers van de SEH’s van de volgende instellingen hebben een interview gegeven:

- De SEH van en regionaal ziekenhuis 1

- De SEH van het een academisch ziekenhuis 1

- De SEH van een regionaal ziekenhuis 2

- De SEH van een regionaal ziekenhuis 3

- De SEH van het een academisch ziekenhuis 2

**Topics**

- Screeningsinstrumenten

- Informatie voorziening bij ontslag

- Problemen thuis

- Algemene gang van zaken bij ontslag naar huis vanaf de SEH

**Analyse**

Er is geanalyseerd welke screeningsmethoden er gebruikt werden, welke informatievoorziening er beschikbaar is voor patiënten van 65 jaar en ouder, hoe het ontslag in het algemeen werd geregeld voor ouderen en waarom ouderen terugkomen na ontslag naar huis.

In bijlage 6 zijn de interviews terug te vinden.

# Resultaten

In de resultatensectie worden de resultaten uit de verschillende onderzoeksmethoden beschreven, om de hoofd- en deelvragen te beantwoorden. Alle interviews worden samenvattend weergegeven.

## 3.1 Literatuuronderzoek

### 3.1.1 informatievoorziening bij ontslag

In onderstaande tabel is te zien welke studies er zijn geïncludeerd en wat het de uitkomsten van de afzonderlijke studies zijn. Er zijn drie studies in het onderzoek geïncludeerd met in totaal 868 patiënten.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Artikel | jaar | design | Populatie | interventies | uitkomst |
| Parker SG, Peet SM, McPherson A, Cannaby AM, Abrams K, Baker R, et al.  (13) | 2002 | Systematic review | 719 patiënten van 65 jaar of ouder met hartfalen of die een coronaire arterie graft bypass operatie moesten ondergaan. | Multidisciplinaire interventies gericht op de specifieke categorie patiënten waaronder huisbezoeken, multidisciplinaire voorlichting en nabellen. | Er is een significant verschil in het aantal heropnames tussen de controle en de interventie groep |
| Witherington EM, Pirzada OM, Avery AJ  (14) | 2006 | Retrospective case-note review | 108 patiënten tussen de 75 en 98 jaar | Maatregelen toepassen die de communicatie bij ontslag verbeteren. Het identificeren van gaten in de communicatie bij patiënten die opnieuw werden opgenomen. | Bij 54% van de heropgenomen patiënten waren er problemen in de communicatie bij ontslag. 21% van de patiënten ervaart daardoor problemen met de medicatie, 83% daarvan had voorkomen kunnen worden. |
| Koehler BE, Richter KM, Youngblood L, Cohen BA, Prengler ID, Cheng D, et al.  (15) | 2009 | Randomized controlled trial | 41 patiënten van 65 jaar en ouder | Het verstrekken van een aanvullende informatiebundel die zich richt op patiënten onderwijs, ontslagplanning en het geven van informatie over medicatie | De eerste 30 dagen na ontslag uit het ziekenhuis was er een significant verschil in het aantal heropnamen. Vanaf 60 dagen was dit verschil niet meer waarneembaar waaruit de auteurs de conclusie trokken dat er een gebrek aan zorg rondom de transitie naar huis en het gebrek aan follow-up is. |

Tabel 6: Geïncludeerde artikelen.

**Beantwoorden onderzoeksvraag**

Uit onderzoek blijkt dat er na ontslag vaak problemen optreden omdat de informatie na ontslag niet volledig was. Meer dan de helft van de heropnames als gevolg van onvoldoende informatievoorziening had voorkomen kunnen worden(14). Het geven van een informatiebundel na ontslag is alleen effectief als er ook follow-up van zorg is voor de patiënten als zij thuis zijn(15). Een multidisciplinaire interventie die onderzocht is bij een specifieke groep patiënten is effectief bij die patiëntencategorie(13).

Er moet dus meer onderzoek gedaan worden naar het geven van informatie bij ontslag van ouderen. Wel is gebleken dat een interventie alleen langdurig effectief is als de transitie naar huis goed verloopt en er een follow-up is voor patiënten(15).

Er moet dus naast een goede informatievoorziening bij ontslag ook voor een goede transitie naar huis worden gezorgd.

**Analyse**

Uit onderzoek blijkt dat er bij het ontslag van ouderen veel problemen zijn bij de communicatie(14). Eén studie onderzocht het verstrekken van een aanvullende informatie bundel bij ontslag met daarin informatie over de medicatie, onderwijs voor patiënten en ontslagplanning. Deze interventie geeft de eerste dertig dagen na ontslag een significant verschil met patiënten die dit niet ontvangen maar daarna niet meer(15).

Bij een specifieke doelgroep is een multidisciplinaire aanpak met voorlichting, educatie en huisbezoeken effectief, dit is echter niet onderzocht bij ouderen in het algemeen(13).

### 3.1.2 screeningsinstrumenten

**Feitelijke gegevens**

Na de screening en selectieprocedure zijn er in totaal vier artikelen geïncludeerd. Het betrof een systematic review (SR)(1), een analyse van een cohort study (4), een prospective multicenter study(2) en een prospective observational study (3). Een overzicht van de artikelen is verwerkt in tabel 7.

In totaal zijn er in de geïncludeerde artikelen 25 studies opgenomen.

De totale patiëntenpopulatie van alle studies betrof 13.583 patiënten.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Artikel | Jaar | Design | Populatie | Interventies | Uitkomst |
| Graf CE, Zekry D, Giannelli S, Michel JP, Chevalley T  (16) | 2010 | Systematic Review | Ouderen met verschillende leeftijden vanaf 65 jaar die van SEH met ontslag naar huis gingen.  22 studies  11401 patiënten | Interventiegroep:  Uitgebreide geriatrische assessment (CGA), al dan niet met  follow up (nabellen) en  bezoeken thuis.  Deze interventies verschillen per studie.  Controlegroep:  Gebruikelijke zorg. | De gevonden interventies waren niet statistisch significant in het verminderen van het terugkomen na ontslag van de SEH naar huis. Wel is gebleken dat de CGA gevolgd door passende interventies, als de score verhoogd blijkt, efficiënt is in het vaststellen van risico’s op bijvoorbeeld functionele achteruitgang, waardoor ouderen minder vaak terugkomen.  De resultaten verschillen per studie. |
| Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al.  (17) | 2008 | Prospective multicenter study | Ouderen met verschillende leeftijden vanaf 65 jaar die van SEH met ontslag naar huis gingen.  1306 patiënten | KATZ-ADL geriatrische evaluatie | De KATZ-ADL is niet statistisch significant in het verminderen van het terugkomen. Wel is gebleken dat de het efficiënt is om risicofactoren vroeg herkenbaar op te sporen. Een vroegtijdige signalering is belangrijk omdat op tijd bij een verhoogde score daarop kan worden ingespeeld, zodat het terugkomen kan worden verminderd. |
| Salvi F, Morichi V, Grilli A, Lancioni L, Spazzafumo L, Polonara S, et al.  (18) | 2012 | Prospective observational study | Ouderen met verschillende leeftijden vanaf 65 jaar die van SEH met ontslag naar huis gingen.  200 patiënten | ISAR Identification of Seniors at Risk | De ISAR is niet statistisch significant in het verminderen van het terugkomen. De ISAR is wel statistisch significant in het screenen van kwetsbaarheid (waaronder functionele achteruitgang) van ouderen, AUC 0.92 (95% CI 0.88-0.96, p<0.0001). Door deze problemen aan te pakken komen ouderen minder terug. |
| Wou F, Gladman JR, Bradshaw L, Franklin M, Edmans J, Conroy SP  (19) | 2013 | Secundaire analyse van een cohort-study | Ouderen met verschillende leeftijden vanaf 65 jaar die van SEH met ontslag naar huis gingen.  676 patiënten. | Verschillende screeningsinstrumenten om kwetsbaarheid in kaart te brengen | De screeningsinstrumenten zijn niet statistisch significant in het terugkomen op de SEH. Wel kunnen zij helpen bij het in kaart brengen van kwetsbaarheid. |

Tabel 7: Geïncludeerde artikelen.

**Analyse**

Graf e.a. zocht naar artikelen over onderzoeken naar het effect van comprehensive geriatric assessments en andere screeningsinstrumenten. Uit literatuuronderzoek bleek dat de CGA niet statistisch significant is in het verminderen van het terugkomen. De CGA gevolgd door passende interventies bij een verhoogde score is wel efficiënt in het verminderen van functieverlies, waardoor ouderen minder vaak terugkomen. Andere screeningtools die kunnen worden gebruikt zijn ISAR, BADL en TRST (16).

In het onderzoek van Laniènce werd gebruik gemaakt van de KATZ-ADL. Patiënten werden geïncludeerd via een intake, toestemming een randomisatie.

De KATZ-ADL 6 is niet statistisch significant in het verminderen van het terugkomen. Wel is gebleken dat de KATZ-ADL efficiënt is om risicofactoren die verbonden zijn aan een functionele achteruitgang en die een heropname zouden veroorzaken, vroeg herkenbaar op te sporen. Een vroegtijdige signalering is belangrijk omdat op tijd daarop kan worden ingespeeld, zodat het terugkomen kan worden verminderd(17).

In het onderzoek van Salvi werd de ISAR onderzocht. 200 patiënten van 65 jaar en ouder op de SEH werden geïncludeerd als zij 5 punten of lager scoorden op de Short portable Mental Status Questionnaire (SpMSQ). De ISAR is niet statistisch significant in het verminderen van het terugkomen. De ISAR is wel statistisch significant in het opsporen van kwetsbaarheid en mogelijke negatieve uitkomsten na de opname, ontvanger-operating characteristic curve (AUC) 0.92 (95% CI 0.88-0.96, p<0.0001). Door deze problemen aan te pakken komen patiënten minder vaak terug(18).

Bij het onderzoek van Wou werden vijf verschillende screeningsschalen getest. Deze instrumenten screenen verschillende aspecten zoals lichamelijke activiteiten en mobiliteit. De deelnemers werden ingedeeld in verschillende schalen afhankelijk van de gezonheidsstatus. Patiënten werden geïncludeerd op basis van inclusiecriteria die overeenkomen met dit literatuuronderzoek. De outcomes waren onder andere functionele achteruitgang en ongeplande heropnames.

De verschillende schalen kunnen helpen om kwetsbaarheid in kaart te brengen, maar zijn niet significant in het verminderen van ingeplande heropnames(19).

**Beantwoording onderzoeksvraag**

Geen van de gevonden screeningsinstrumenten om functionele achteruitgang vast te stellen zijn effectief in het verminderen van het terugkomen op de SEH.

De screeningsinstrumenten ISAR, KATZ-ADL en de CGA sporen onder andere functionele achteruitgang op en kunnen wel bijdragen aan het verminderen van het terugkomen op de SEH als na de opsporing onopgeloste problemen worden aangepakt(15-17,19). De ISAR is statistisch significant in het screenen van kwetsbaarheid(18). Voor de patiënt is deze uitkomst klinisch relevant omdat het terugkomen hierdoor kan worden verminderd.

## 3.2 Kwalitatief onderzoek

### 3.2.1 Interviews professionals

De interviews werden in de periode van 16 oktober tot en met 29 oktober afgenomen.

Totaal zijn er acht interviews afgenomen, waaronder zes verpleegkundigen, een afdelingsleider en een arts.

De resultaten worden hieronder in een samenvatting weergegeven, ingedeeld per topic:

* Informatievoorziening
* Ontslaggesprek
* Ontslagprocedure
* Screenen

**Informatievoorziening**

Gemiddeld gaven de ondervraagden een 5,8 aan de manier waarop de informatievoorziening nu verloopt. De ondervraagden vonden vooral de voorlichting over de behandeling goed gaan, maar vonden ook dat de overdracht beter kon, dat er een folder moet komen en dat ouderen niet zo hun lot overgelaten moeten worden.

Een ondervraagde gaf aan dat de technocratie goed gaat, wat blijkt uit dat bijvoorbeeld in het systeem vervolgafspraken goed gemaakt worden. Het digitale systeem zou met de tijd mee gaan. Daarom zou het gewenst zijn als er digitale folder die digitaal telkens aangepast kan worden, waardoor het met de actualiteit mee gaat.

Een andere ondervraagde gaf aan dat de instelling zelf af en toe contact opzoekt met de SEH om dingen te bespreken en dat dat goed gaat.

**Ontslaggesprek**

Bij de vraag wat er allemaal in een ontslaggesprek zouden moeten komen gaven de ondervraagden aan zij graag de volgende onderwerpen in het ontslaggesprek willen hebben:

* Welke voorzieningen zijn thuis aanwezig?
* Uitleg over de ondergane behandeling en de risico’s en complicaties daarvan
* Wanneer de patiënt waar hulp kan vragen, eventueel een lijst met telefoonnummers meegeven.
* Sociale vangnet, mantelzorg
* Medicijnen

Eén ondervraagde gaf aan dat de ervaring van de patiënt op de SEH er ook in moet, een andere ondervraagde gaf aan dat er ruimte moet zijn voor vragen van ouderen.

**Ontslagprocedure**

Alle ondervraagden gaven aan dat er geen procedure/protocol is voor het ontslag van ouderen, het verloopt precies hetzelfde als bij jongere mensen. Soms wordt er gevraagd naar de thuissituatie en wordt een inschatting gemaakt qua zorgbehoefte. Gemiddeld gaven de ondervraagden een 5,3 aan het verloop van het huidige ontslagproces. De ondervraagden vonden vooral de praktische kant goed gaan, zoals de krukkenuitleen, ontslagbrieven, de inschatting die verpleegkundigen maken over de hulp wat ouderen zouden moeten krijgen en wat binnen hun mogelijkheden ligt. In de avond, nacht en in het weekend zijn er korte lijntjes met de huisartsenpost. De ondervraagden vonden dat de informatievoorziening beter kon en dat er gescreend moet worden om de (na)zorg af te stemmen. Ook werd er aangegeven dat de geriatrische verpleegkundigen meer ingeschakeld moeten worden bij twijfelgevallen en dat daar ook meer aandacht moet komen bij de sociale en economische context.

Een geïnterviewde gaf aan dat onwil van de arts de oudere langer te houden ook een rol speelt in het ontslagverloop.

*Screenen*

Alle ondervraagden gaven aan dat er niet wordt gescreend op de SEH. Zes personen gaven aan positief te zijn over een invoering van een screeningsinstrument, één persoon zeer positief en één persoon had geen mening hierover. Een voorwaarde die aanwezig moet zijn bij het screenen, is dat het niet tijdrovend is en in het digitale dossier te integreren is. Een geïnterviewde verwijst naar andere ziekenhuizen waar wel wordt gescreend.

De volledig uitgewerkte interviews zijn verwerkt in bijlage 4.

### 3.2.2 Interviews patiënten

Naar aanleiding van de toestemmingsbrief (zie bijlage 10) is een gesprek geweest met de jurist. Deze wees de opdrachtnemers op de wetten die de privacy van de patiënten waarborgen. Om deze reden zijn de gegevens die de opdrachtnemers nodig hadden om te kunnen nabellen voor het verzameld door een doktersassistent. De doktersassistent heeft de patiënten gebeld en gevraagd om toestemming. Echter was er sprake van tijdsgebrek waardoor té weinig patiënten die toestemming gaven. Hierdoor was het niet mogelijk de mening van de patiënt in dit onderzoek te betrekken.

Dit heeft als gevolg dat geen gegevens konden worden verkregen over wat voor problemen ouderen ondervonden na ontslag thuis. Tevens kon er ook geen beeld worden verkregen over de ervaringen van de patiënt tijdens het ontslag.

### 3.2.3 Focusgroep

De focusgroep vond plaats op maandag 20 oktober 2014 om 15:15. De focusgroep duurde 45 minuten.

In totaal waren er vijf participanten aanwezig.

Deze bestonden uit de volgende personen:

* twee opdrachtnemers
* een verpleegkundig specialist geriatrie
* een verpleegkundige geriatrie
* een verpleegkundige SEH en tevens deelnemer van de werkgroep ouderen SEH

De geriater kon niet aanwezig zijn. Met de geriater is later een interview gehouden. De twee andere verpleegkundigen van de SEH en de werkgroep ouderen konden ook niet aanwezig zijn, evenals nog een verpleegkundige geriatrie.

Er is geen beleid van het ontslag van ouderen vanaf de SEH. Iedere verpleegkundige regelt dit op zijn eigen manier. Er wordt wel vaak naar de huisarts gebeld met de vraag om nazorg, maar in het weekend en na vijf uur zijn er geen mogelijkheden om een patiënt met zorg naar huis te sturen. Er wordt dan geprobeerd om de patiënt op sociale indicatie op te nemen. De focusgroep is niet tevreden over het ontslagproces zoals dat nu verloopt en zou graag willen dat het probleem meetbaar gemaakt wordt. Dan heeft men een objectief cijfer waarmee men sterker staat als men de nazorg of een tijdelijke opname voor een patiënt gaat regelen.

Er wordt door de focusgroep niet specifiek opgemerkt dat ouderen terugkomen omdat ze het thuis niet meer redden, hier wordt op de SEH vaak ook niet naar gevraagd vanwege de tijdsdruk. Wel merkt de geriatrie dat ouderen als ze na een aantal heropnamen op een andere afdeling worden opgenomen dat er wel degelijk problemen zijn in de zelfredzaamheid. Ouderen willen dit liever niet laten merken uit angst uit huis te worden gehaald, men moet voor zo’n gesprek dus rustig de tijd nemen, die tijd is er niet op de SEH.

Er is op dit moment geen screeningsinstrument, iedere verpleegkundige maakt hier zelf wel of geen inschatting in. Vaak is er geen tijd om hierover te praten. De geriatrie raadt wel aan om een screeningsinstrument te gebruiken zodat het probleem concreet en meetbaar gemaakt wordt. Dan kan er met de score naar de arts worden gegaan, deze kan hier dan niet meer omheen en moet de patiënt eventueel opnemen met een sociale indicatie. Nu wordt er naar de arts gelopen met aannames op basis van gevoel en staat men als verpleegkundige minder sterk. De focusgroep staat dus positief tegenover een screeningsinstrument maar zegt wel dat dit goed geïmplementeerd moet worden omdat het screenen anders verwaterd. Als voorbeeld wordt genoemd zorgen dat het in het nieuwe EPD wordt geïmplementeerd, zo hoeft een verpleegkundige weinig extra handelingen te verrichten.

Als extra opmerkingen geeft de focusgroep aan dat de brief naar de huisarts meer gestandaardiseerd zou moeten worden. Ook is het belangrijk dat daar ook de psychologische kant in komt te staan en de mate van zelfredzaamheid voor de opname omdat de huisarts een belangrijke rol speelt in het regelen van thuiszorg.

## 3.3 Kwantitatief onderzoek

### 3.3.1 Dossieronderzoek

**Resultaten**

In totaal zijn de dossiers van 22 mannen en 30 vrouwen onderzocht. De gemiddelde leeftijd was 74.69 jaar. De grootste hoeveelheid patiënten (50%) kwam terug omdat de huidige klachten aanhielden of verergerden. Deze aanhoudende klachten waren vooral cardiologische klachten, neurologische klachten, longklachten, pijnklachten en infecties. De overige redenen waren controle-afspraken (gipskamer), nieuwe klachten en/of complicaties en doorverwijzingen naar een ander ziekenhuis. Een overzicht is verwerkt in tabel 8 en 9.

Het dossieronderzoek toont aan dat de reden van terugkomen van de ouderen op de SEH zeer divers zijn, de redenen zijn bijna allemaal verschillend. Ook blijkt dat er niet is teruggebeld door patiënten of dat dit niet is geregistreerd.

De oorzaak waarom de klachten aanbleven is interessant omdat men daar wat aan kan doen. Echter zijn deze niet te achterhalen omdat patiënten niet nagebeld mochten worden.

|  |  |
| --- | --- |
| Reden van terugkomen | Aantal (N=52) |
| Categorie 1: huidige klachten bleven aan of verergerde | N=26 |
| Categorie 2: controleafspraak | N=16 |
| Categorie 3: nieuwe klachten en/of complicaties | N=9 |
| Categorie 4: doorverwezen naar academisch ziekenhuis | N=1 |

Tabel 8: categorieën

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr** | **M/V** | **Leeftijd** | **Reden van eerste opname** | **Reden van terugkomen na eerste opname** |
| **1** | V | 76 | Hoofdpijn | Langdurige hoofdpijnklachten |
| **2** | M | 67 | Algehele malaise bij nier cel ca. | Verdenking hersenmetastasen bij nier cel ca. |
| **3** | M | 73 | Recidief pijn klachten | Niersteen kolieken |
| **4** | V | 80 | Hoofdpijn | Hoofdpijn bij hypertensie |
| **5** | M | 88 | Heup fractuur | Controle na heupprothese OK |
| **6** | V | 70 | Schouder fractuur | Na poli controle toch operatie |
| **7** | V | 84 | Heup fractuur | Controle na heup OK |
| **8** | M | 67 | Benauwd | Controle bij verhoogd infectie parameters |
| **9** | M | 82 | Liesbreuk  CVA | Bespreken OK  Revalidatie, OK voor liesbreuk uitgesteld. |
| **10** | V | 69 | Pijn op de borst | Pantozol ophogen, verdenking reflux. |
| **11** | M | 75 | Benauwd | Controle en thuis extra zuurstof. |
| **12** | V | 67 | Gevallen op thorax | Toename pijn na trauma |
| **13** | M | 71 | Trombose been | Trombosedienst, controle poli chirurgie |
| **14** | V | 87 | Langer bestaande luxatie rechter knie | Opname voor OK voor revisie rechter knie |
| **15** | V | 84 | Urosepsis  Afasie,Apraxie | Overname neuroloog ivm afasie  Overplaatsing naar VUMC |
| **16** | V | 77 | Buikklachten | Laparoscopie galblaas |
| **17** | M | 78 | Koorts bij urineweg ontsteking  Trombosebeen | Controle na prostaat OK  Controle poli interne voor onderliggende problemen. |
| **18** | V | 86 | Benauwd | Medicatie gebruik bespreken. Heeft het meerwaarde |
| **19** | M | 67 | Gevallen  Gevallen op schouder | Uitsluiten verdere  Neurologischepathologie  Zorgprobleem opgelost, controle schouder |
| **20** | M | 75 | Epileptisch insult | Controle bij langdurig insulten |
| **21** | V | 70 | Fractuur metacarpale 5 rechter hand | Controle poli gips 1 week. 27-06 gips verwijderd, gaat goed. |
| **22** | V | 70 | Atrium fibrileren | Cardioversie |
| **23** | M | 70 | 3 rib fracturen in 10 en 11 | Controle poli chirurgie |
| **24** | M | 76 | Ritmestoornis | Cardioversie |
| **25** | V | 66 | Verdenking trombosebeen | Verdenking longembolie |
| **26** | V | 67 | Ontregelde diabeet | Controle bij diabetesverpleegkundige |
| **27** | V | 75 | Pijn op de borst | Controle bij verdenking acuut coronair syndroom |
| **28** | V | 76 | Exacerbatie COPD  Contusie heup | Controle poli long  Controle poli orthopedie |
| **29** | M | 79 | Trombosebeen | Controle poli long ivm verdenking longembolie |
| **30** | V | 73 | Zwelling roodheid arm | Controle SEH bij vermoeden van erysipelas |
| **31** | V | 68 | Buikklachten | Controle interne bij chemo |
| **32** | M | 70 | Palpitaties | Volgende dag poli cardio voor holte registratie |
| **33** | V | 82 | Liesbreuk | Controle poli chirurgie na OK |
| **34** | M | 70 | Urineretentie bij prostaat ca. | Recidief katheter verstopt. |
| **35** | V | 81 | Pijn op de borst | Controle poli long of het toch een pulmonaal probleem is. |
| **36** | M | 68 | Compartimentsyndroom | Volgende morgen acute afspraak poli chirurgie |
| **37** | V | 67 | Thoracale pijnklachten | Verdenking pleurodynie bij viraal infect |
| **38** | V | 68 | Verminderde intake | Dehydratie bij gastro enteritis |
| **39** | V | 70 | Benauwd | Pneumonie |
| **40** | M | 71 | Duizeligheid | Verdenking stamischemie |
| **41** | V | 77 | Hyponatriemie bij diuretica | Urine- en luchtweginfectie |
| **42** | M | 77 | Hypotensie | Controle via poli interne |
| **43** | M | 69 | Trauma capitis | Hoofdwond onder alcohol intox. |
| **44** | M | 68 | Onwel, verward | Psychiater in consult |
| **45** | V | 74 | Infect schouder | Septische artritis schouder |
| **46** | V | 74 | osteomyelitis rechter voet | perifeer vaatlijden |
| **47** | V | 66 | Pijn linker pols | septische artritis |
| **48** | V | 65 | Atrium fibrileren | Patiënt komt in aanmerking voor pulmonaal venen ablatie |
| **49** | M | 71 | koorts zonder duidelijke oorzaak | lage verdenking mycostisch aneurysma |
| **50** | V | 73 | Recidief collaps | Buikpijn bij ongecompliceerde urineweginfectie |
| **51** | M | 70 | zwelling bij wond li hand | Geïnfecteerde wond linker hand |
| **52** | V | 70 | Dyspneu | Dyspneu obv atelectase, pneumonie evt tumorprogressie. |

Tabel 9: uitkomsten dossieronderzoek (N=52)

### 3.3.2 Participerende observatie

De participerende observatie is uitgevoerd tussen 17 en 31 oktober. De diensten waren verschillend. De tijdsbreedte was tussen 09:00 en 21:30.

Er is telkens meegelopen met één verpleegkundige, door middel van een koppeling vooraf die door de praktijkopleider is uitgevoerd. Hierdoor is een risico op performance bias laag.

In totaal is het ontslagproces van dertig ouderen geobserveerd. Dit betrof het ontslagproces naar huis.

De klachten waarmee ouderen kwamen varieerde. Veel voorkomende klachten waren breuken, hartklachten en longklachten. Veelal bestond de behandeling uit röntgenfoto’s, bewaking van vitale functies, infusie en bloedafname. Verdere behandeling hierna was heel verschillend.

Uit de tabel die is ingevuld na het uitvoeren van participerende observatie blijkt dat er op de SEH van het ziekenhuis niet wordt gescreend op kwetsbaarheid bij opname. Ook blijkt dat ouderen geen specifieke informatie ontvangen bij ontslag naar huis en dat er geen uitgebreid ontslaggesprek plaatsvind. Wel nemen de verpleegkundigen de tijd voor ouderen en stralen ze rust uit tijdens de zorg (mimiek).

*Mimiek*

Bij alle dertig ouderen werd rustig gepraat, afgestemd op de ouderen en diens gehoor.

*Tijd nemen*

Bij alle dertig ouderen werd de tijd genomen en werd alles uitgelegd wat er werd gedaan.

*Folders*

Er is één keer een folder meegegeven, dit betrof een folder over krukken. Er werd negenentwintig keer geen folder gegeven.

*Screenen*

Bij geen van de ouderen werd gescreend op wat dan ook. Er is één keer wel gevraagd naar aanwezige mantelzorg.

*Ontslaggesprek*

Bij geen van de ouderen werd een ontslaggesprek gevoerd.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum/Tijd** | **Mimiek** | **Tijd nemen** | **Folders geven** | **Screenen** | **Ontslaggesprek:**  **Leefregels, medicatie, alles begrepen?** | **Aantal 65+**  **N= 30** |
| **17-10-2014**  **09:30-18:00** | N=12 | N=12 | N=1  Specifiek bij gipsen | N=0 | N=0 | N=12 |
| **21-10-2014**  **9.00- 16.00** | N=3 | N=3 | N=0 | N=0  Wel gevraagd naar aanwezige mantelzorg in de thuissituatie | N=0 | N=3 |
| **28-10-2014**  **13:00-21:30** | N=10 | N=10 | N=0 | N=0 | N=0 | N=10 |
| **31-10-2010** | N=5 | N=5 | N=0 | N=0 | N=0 | N=5 |

Tabel 10: resultaten participerende observatie

## 3.4 Best practice

De interviews werden in de periode van 16 oktober tot en met 29 oktober afgenomen.

In totaal zijn er vijf interviews afgenomen, waaronder drie perifere ziekenhuizen en twee academische ziekenhuizen. De gesproken medewerkers waren afdelingsleiders van de SEH, één interview is gedaan met een kwaliteitsmedewerker die werkzaam is op de SEH.

Uit de interviews (bijlage 6) blijkt dat ouderen vooral terugkomen naar de SEH met dezelfde klacht die nog niet verholpen is, met een nieuwe klacht of omdat ze het thuis niet meer redden. Ook wordt er door verschillende medewerkers aangegeven dat ouderen vaak terugkomen omdat de mantelzorger het niet meer red omdat deze zelf ook al op leeftijd is of omdat de patiënt na de opname de mantelzorg voor zij of haar partner niet meer aankan.

Van de vijf ondervraagden gaven er vier aan dat er gescreend wordt op kwetsbaarheid bij opname, twee screenen er op de VMS thema’s, een op valrisico en één ziekenhuis gebruikt de ISAR-HP score.

Zij geven bijna allemaal aan dat het screenen niet bij iedere patiënt gedaan wordt, één ziekenhuis geeft aan dat het zorgdossier niet kan worden afgesloten zonder te screenen. Omdat de verpleegkundige zo als het ware wordt gedwongen om de screening in te vullen gebeurt dit bij het grootste gedeelte van de patiënten. De ziekenhuizen hebben er geen zich op of de patiënten minder vaak terugkomen op de SEH sinds er gestart is met het screenen op kwetsbaarheid.

De meeste ziekenhuizen gaven aan dat de ontslagprocedure en het ontslaggesprek hetzelfde is als bij alle andere patiënten. Eén ziekenhuis geeft aan een contract met de thuiszorg te hebben waardoor patiënten dag en nacht naar huis kunnen met zorg en dat dit goed werkt. Een ander ziekenhuis geeft ook aan zulke afspraken te hebben gemaakt maar dat in de praktijk blijkt dat de instanties meestal vol zitten waardoor er een opname op sociale indicatie plaatsvindt. In het ziekenhuis waar alle ouderen na ontslag werden teruggebeld loopt momenteel een onderzoek naar de effectiviteit van nabellen op het aantal heropnames. De patiënten waren hierover zo tevreden dat ongeacht de uitkomst van het onderzoek de SEH hiermee doorgaat. Er is geen enkel ziekenhuis wat specifieke schriftelijke informatie heeft voor ouderen die met ontslag naar huis gaan.

Ouderen krijgen dezelfde informatie als alle andere patiënten bij het ontslaggesprek, er wordt niet specifiek op hun behoeften ingegaan.

# Conclusie

In deze sectie wordt de conclusie en het antwoord op de vraagstelling beschreven.

Bij dit onderzoek op de SEH werd de volgende hoofdvraag gesteld:

*Op welke wijze kan het ontslagbeleid van patiënten van 65 jaar en ouder het beste vormgegeven worden op de spoedeisende hulp zodat het aantal patiënten wat terugkomt op de SEH vanwege vragen of onduidelijkheden met betrekking tot de nazorg wordt verminderd?*

Aan de hand van deelvragen is de hoofdvraag beantwoord.

Er wordt op de SEH té weinig aandacht besteed aan het ontslagproces van de oudere. Er is op de SEH geen protocol aanwezig. Er is wel een ziekenhuis-breed protocol waarin staat beschreven dat SEH-verpleegkundigen de oudere patiënt bij binnenkomst moeten screenen op kwetsbaarheid. Verpleegkundigen gaven aan zelf de situatie in te schatten bij het ontslag van een oudere en te doen wat er binnen hun bereik ligt.

Uit participerende observatie blijkt dat hierdoor niet gescreend wordt, geen folder gegeven wordt en geen ontslaggesprek wordt gevoerd.

Uit dossieronderzoek blijkt dat het gevolg hiervan is dat ouderen thuis problemen hebben met de zelfredzaamheid en functieverlies en terugkomen met dezelfde klachten of een verergering en/of complicaties. Dit blijkt ook uit literatuurstudies.

Uit literatuurstudies, de interviews met de focusgroep, professionals van de SEH en geriatrie van het ziekenhuis en de SEH’s van andere ziekenhuizen blijkt dat er meer aandacht moet komen voor het gehele ontslagproces en de nazorg(13-15). Hierbij kan screenen een onderdeel zijn(16-19,21). Er zijn screeningsingsinstrumenten beschikbaar die de mate van kwetsbaarheid van de oudere in kaart brengen, deze zijn echter niet effectief in het verminderen van het terugkomen. Screeningsinstrumenten zijn wel efficiënt en kunnen wel bijdragen aan het verminderen van het terugkomen op de SEH als na de opsporing de onopgeloste problemen worden aangepakt(16,17,19,21). Gezien de situatie op de SEH en de heersende tijdsdruk is het aan te bevelen eerst te screenen met de ISAR en als daar een hoge score uit komt de 90 minuten durende CGA af te nemen. Verder blijkt uit interviews en een literatuurstudie dat het gewenst is om ontslaggesprekken te voeren, informatievoorziening bij ontslag mee te geven en een volledige overdracht te schrijven(13-15). Uit interviews en best practice onderzoek komt naar voren dat de geriatrie laagdrempeliger in consult gevraagd moet worden en dat er moet worden nagebeld na ontslag. Dit alles zou in een standaard procedure moeten worden vastgelegd van opname tot ontslag.

De verwachting is dat na het opvolgen van de aanbevelingen het ontslagproces van ouderen gestandaardiseerd wordt waardoor er minder ouderen terugkomen. Echter, er is meer onderzoek nodig naar de verschillende soorten en de effectiviteit van de interventies die toegepast kunnen worden na het screenen op kwetsbaarheid.

De evaluatie kan plaatsvinden met de sleutelfiguur en de werkgroep aan de hand van de opgestelde kwaliteitsindicatoren.

# Discussie

In de discussiesectie wordt er uitleg gegeven over bevorderende en belemmerende factoren tijdens het project, de invloed daarvan op de resultaten en terugkoppeling naar de praktijk.

* **Algemeen**

Naar aanleiding van de probleemanalyse zijn er diverse onderzoeken gedaan. Het totale onderzoek heeft de opdrachtnemers en nieuw inzicht gegeven in het probleem. De verwachting van de opdrachtnemers was namelijk dat bijvoorbeeld uit het dossieronderzoek zou komen dat ouderen terugkwamen vanwege gebrek aan informatievoorziening. Echter bleek dit te gaan om onder andere aanhoudende klachten, hetgeen wat wel weer overeenkomt met de resultaten uit de best practice en participerende observatie.

De resultaten uit praktijk en literatuuronderzoeken blijken niet in de praktijk te worden toegepast en zijn daarom omgezet in aanbevelingen.

Uit de interviews blijkt dat men een beleid tijdens ANW-uren wil hebben. Hier is geen literatuur op teruggevonden, maar best practice ondersteunt dit wel. De gevonden ISAR uit meerdere literatuurstudies zal al toegepast moeten worden bij opname zodat er tijdig interventies kunnen worden toegepast. De opdrachtnemers hadden verwacht dat deze bij ontslag afgenomen zou moeten worden.

Er moet meer onderzoek gedaan worden naar de screeningsinstrumenten en de informatievoorziening bij grotere groepen patiënten. Tevens raden de opdrachtnemers aan om interviews met patiënten af te nemen. Dit omdat het niet in het project heeft kunnen plaatsvinden en de mening van de patiënt wel als belangrijk is voor de uitkomst van het onderzoek.

Tijdens dit onderzoek viel op dat het probleem heel omvangrijk was. Omdat dit onderzoek zo veel mogelijk is afgebakend, is meer onderzoek nodig naar effectiviteit van interventies na de screening. Tevens moet meer onderzoek gedaan worden naar duurzame oplossingen die ouderen helpen om voor langere tijd hulp te krijgen bij ontslag na een opname. Educatie werkt namelijk maar tijdelijk na ontslag(15).

* **Validiteit, resultaten en toepasbaarheid literatuuronderzoek**

Alle literatuurstudies zijn individueel uitgevoerd. Het gevolg hiervan is een risico op selectiebias, exclusiebias en publicatiebias. De artikelen die gevonden zijn waren niet van de hoogste classificatie in de bewijslast(22), er zijn namelijk geen richtlijnen gevonden over de onderwerpen van de literatuurstudies.

Ten tweede zou een hoge score op kwetsbaarheid juist een risico kunnen vormen op heropnames en dus niet het terugkomen verminderen. Dit is in tegenstelling met de vraagstelling. Hoe groter de kwetsbaarheid, bijvoorbeeld door comorbiditeit, hoe meer kans op het ziek zijn en daardoor een ziekenhuisopname.

* **Validiteit kwalitatief onderzoek**

Het nabellen van patiënten was om wettelijke redenen niet mogelijk. Dit kon alleen gedaan worden als er een medewerker op de afdeling was die de patiënten eerst om toestemming vroeg. Echter was er sprake van tijdsgebrek waren daardoor té weinig patiënten die toestemming gaven. Hierdoor was het niet mogelijk de mening van de patiënt in dit onderzoek te betrekken.

Het was juist interessant geweest om de oorzaak waarom de klachten aanbleven te achterhalen, zodat men daar gericht op kan anticiperen. Deze zijn echter niet te achterhalen omdat het niet is gerapporteerd in het dossier en wettelijk niet door de opdrachtgevers na gebeld kon worden.

Bij de interviews met professionals konden de opdrachtnemers minder personen interviewen dan vooraf als streven werd bedacht. Omdat er in verhouding een klein aantal van alle medewerkers die betrokken zijn bij de SEH is geïnterviewd zou dit een vertekend beeld kunnen geven.

Verder moet worden opgemerkt dat de aanbevelingen veelal op basis van de mening van alle geraadpleegde deskundigen en de opdrachtnemers tot stand zijn gekomen. Dit zou mede kunnen komen omdat er onvoldoende literatuur over beschikbaar was. Dit geld vooral voor het ontslaggesprek, de interactie met de huisartsenpost en de thuiszorg.

* **Validiteit dossieronderzoek**

Een doktersassistent heeft data verzameld op volgorde van laatste SEH-bezoek, hierdoor is een risico op bias klein. De gegevens zijn anoniem verwerkt in de resultaten waardoor er tevens sprake is van blindering.

* **Validiteit best practice**

Bij de interviews met andere ziekenhuizen hebben de opdrachtnemers de meeste personen per telefoon gesproken. De opdrachtnemers gaan ervan uit dat dit een ander beeld kan geven dan wanneer deze in persoon zijn afgenomen.

6. Aanbevelingen

In deze sectie worden de aanbevelingen uitgewerkt. Op basis van alle uitgevoerde onderzoeken zijn negen aanbevelingen gedaan. Bij het doen van aanbevelingen is gelet op de implementeerbaarheid, dit wordt nader uitgewerkt in het implementatieplan.

Per aanbeveling is een tabel gemaakt met de bewijslast, de micro-, meso- en macroniveau, waarbij micro de patiënt-verpleegkundige-relatie op de afdeling SEH betreft, de meso het ziekenhuis betreft en macro alle betreffende instellingen in de regio waar het ziekenhuis onder valt waar de ouderen mee te maken hebben. De aanbevelingen zijn beoordeeld door de opdrachtgever en goedgekeurd.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | A1 B C D E | Microniveau | Alle ouderen van 65 jaar en ouder die binnenkomen op de SEH screenen met de ISAR-HP, dat geïmplementeerd moet worden in het EPD. |

**Onderbouwing**

Uit literatuuronderzoek blijkt dat de screeningsinstrumenten ISAR en de KATZ-ADL helpen bij het in kaart brengen van kwetsbaarheid bij ouderen(16-18,19,21). Verpleegkundigen op de afdeling geven aan dat zij wel op kwetsbaarheid willen screenen maar dat hier te weinig tijd voor is in de hectiek op de afdeling. De ISAR-HP en de KATZ-ADL zijn korte screeningsinstrumenten en lijken op elkaar, maar de ISAR-HP heeft 4 vragen en de KATZ-ADL 6. De Verschillende verpleegkundigen geven aan dat ze het screenen wel zien zitten als dit in het EPD is geïmplementeerd, dan hoeven ze minder extra handelingen te verrichten dan wanneer de screening op papier plaatsvindt. Ook blijkt uit interviews dat in andere ziekenhuizen de gehele screening is geïmplementeerd in het EPD. Verpleegkundigen geven ook aan dat er weinig tijd is om vervolginterventies in te zetten als dit nodig blijkt te zijn. De vervolginterventies zijn door de opdrachtnemers ook niet onderzocht. Daarom is er ook aanbevolen dat de geriatrie een uitgebreide screening bij patiënten doet als ze als kwetsbaar worden gescreend (aanbeveling 3 en 4).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. | A1 A2 C D E | microniveau | Het uitvoeren van een uitgebreidere valscreening voor ouderen met een verhoogd valrisico. |

**Onderbouwing**

Uit literatuuronderzoek blijkt dat het screenen op valrisico’s efficiënt is in het vaststellen van de bestaande risico’s(16), deze interventie heeft echter geen significant verschil op het terugkomen. Deskundigen zijn van mening dat bij een verhoogd valrisico het aan te raden is om de patiënt uitgebreid te laten screenen door de geriatrie. Er zijn geen studies gedaan waaruit blijkt dat dit het aantal heropnames verminderd maar deskundigen raden dit sterkt aan door de observaties die zij in de praktijk hebben gedaan. Verschillende ziekenhuizen die zijn geïnterviewd geven aan hun patiënten met een verhoogd valrisico naar de geriatrie door te sturen, zo wordt het gebrek aan tijd wat er op de SEH is om uitgebreid te screenen ondervangen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3. | D E | Mesoniveau | Vraag de geriatrie in consult bij twijfelgevallen. |

**Onderbouwing**

Uit interviews met verpleegkundigen van de SEH en de geriatrie blijkt dat verpleegkundigen vaak te maken hebben met tijdsdruk. Als verpleegkundigen te weinig tijd hebben de zorgbehoefte van een oudere patiënt vast te stellen kan de geriatrie in consult gevraagd worden. Volgens een protocol van het ziekenhuis dienen ouderen bij binnenkomst gescreend te worden en bij een hoog risico de geriatrie ingeschakeld te worden. Dit protocol is te vinden in bijlage 11. Op dit moment geven verpleegkundigen echter aan dat dit screenen niet meer gebeurd op de SEH en dat er dus niet wordt gekeken naar de kwetsbaarheid van de patiënt. De geriatrie heeft aangegeven dat ze graag betrokken willen worden bij patiënten waarbij de zorgbehoefte onduidelijk is omdat ze de mogelijkheden hebben om deze patiënten uitgebreid te screenen en in gesprek te gaan over de thuissituatie. Criteria acht van het keurmerk seniorvriendelijk ziekenhuis, waar het ziekenhuis graag aan wil voldoen luidt ook dat bij twijfel de geriatrie ingeschakeld moet worden (20).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4. | A1 C D E | Mesoniveau | Als de geriatrie in consult komt, dan is het raadzaam dat zij de langere screening bij ouderen afnemen, de Comprehensive Geriatric Assessment. |

**Onderbouwing**

Uit literatuurstudie blijkt de GCA een goed instrument op functionele achteruitgang vast te stellen (16-18,21).

Volgens de richtlijn GCA duurt deze 90 minuten. Volgens verpleegkundigen van de SEH duurt dit te lang voor hen. Volgens de richtlijn doet voornamelijk de geriatrie de screening (21). Als de geriatrie in consult komt, kunnen zij, nadat de SEH-verpleegkundige de kortere screening KATZ-ADL of ISAR-HP gedaan heeft en daar een hoge score uit is gekomen, de langere GCA afnemen en de vervolgacties daarop bepalen wat kan resulteren in een vermindering van het terugkomen. De geriatrie heeft aangegeven dit al te doen in het ziekenhuis en dit wel voor de SEH te willen doen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5. | D E | Microniveau | Voer bij het ontslag een kort ontslaggesprek waarin minstens de volgende onderwerpen aan bod komen:   * Welke voorzieningen zijn thuis aanwezig? * Uitleg over de ondergane behandeling en de risico’s en complicaties daarvan * Wanneer de patiënt waar hulp kan vragen, eventueel een lijst met telefoonnummers meegeven. * Sociale vangnet, mantelzorg * Medicijnen |

**Onderbouwing**

Uit interviews met deskundige en verpleegkundigen blijkt dat er op dit moment geen ontslaggesprek gevoerd wordt op de SEH. Verpleegkundigen geven aan wel advies mee te geven bij ontslag maar hier is geen beleid voor, iedere verpleegkundige doet dit op zijn eigen manier. De verwachting is dat als er een gestructureerd ontslaggesprek wordt gevoerd waarbij de bovenstaande punten aan bod komen de patiënt en zijn mantelzorger beter geïnformeerd naar huis gaan. Als de patiënt en mantelzorger voldoende informatie ontvangen bij ontslag van zowel de arts als de verpleegkundige zal deze waarschijnlijk minder snel terugkomen of terugbellen met vragen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6. | A1  A2  C  D E | Microniveau  Mesoniveau | Bij het ontslag een folder meegeven waar in staat wat ouderen moeten doen bij problemen (in de zelfredzaamheid) thuis en hulpvragen. |

**Onderbouwing**

Uit literatuurstudie blijkt dat interventies gericht op het ontslag van ouderen alleen effect hebben als er ook een follow-up is voor patiënten na ontslag (13-15). Een onderdeel van dit proces zou op de SEH een folder met informatie over de nazorg kunnen zijn. Verschillende verpleegkundigen en deskundigen geven aan dat ouderen op de SEH vaak niet kunnen inschatten of zij het thuis wel of niet gaan redden met de zorg. Als er een screeningsinstrument is geïmplementeerd kan er gekeken worden welke patiënten wel met zorg naar huis moeten. In twijfelgevallen of als de patiënt weigert zou een folder uitkomst kunnen bieden zodat patiënten een uitweg hebben als te thuis de zorg niet meer redden. Een minder bekend probleem wat veel genoemd werd door deskundigen is dat patiënten vaak zelf ook mantelzorger zijn, de partner die ze verzorgen wordt niet gescreend bij opname. Thuis blijkt vaak dat de mantelzorg niet meer of tijdelijk niet kan worden gegeven. Als patiënten een folder meekrijgen met hun opties voor thuiszorg kunnen ze dit regelen in plaats van naar de eerste hulp terug te komen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7. | A2 C D E | Microniveau  Mesoniveau  Macroniveau | Bij de transitie naar huis zorgen voor een volledige overdracht naar huisarts en thuiszorg, waarin de psychosociale aspecten worden meegenomen. |

**Onderbouwing**

Uit literatuuronderzoek blijkt dat veel ouderen de informatie die ze bij ontslag hebben ontvangen niet goed begrijpen en/of onthouden(14). Er is aangetoond dat het aanbieden van een follow-up aan patiënten na ontslag het aantal heropnamen significant verminderd(13). Het is op de eerste hulp helaas niet mogelijk om deze follow-up aan te bieden omdat er geen tijd is voor huisbezoeken en multidisciplinaire voorlichting. Het nabellen was een onderdeel van de follow-up die wel kan worden toegepast op de SEH. 21% van de patiënten uit het onderzoek had bij thuiskomst problemen met de medicatie, hiervan had 83% voorkomen kunnen worden(14). De verwachting is dat als je medicatieproblemen vroegtijdig oplost de patiënt minder snel terug hoeft te komen vanwege medicatie gerichte klachten. De verwachting is dat vragen en problemen bij de patiënten door het nabellen tijdig worden ondervangen waardoor de patiënten minder terug hoeven te komen voor vragen en problemen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8. | D E | Miconiveau  Mesoniveau  Macroniveau | Beleid voor het regelen van zorg voor thuis tijdens de AWN-uren |

**Onderbouwing**

Uit interviews met andere ziekenhuizen blijkt dat er behoefte is aan een beleid voor patiënten die in die buiten kantooruren met ontslag naar huis gaan en zorgbehoeftig zijn. Het blijkt dat deze patiënten vaak niet opgenomen kunnen worden totdat de zorg rond is omdat specialisten geen patiënten op sociale indicatie opnemen. Hierdoor is het van groot belang dat er een beleid komt voor deze patiënten zodat de artsen en verpleegkundigen weten hoe ze de nazorg voor deze patiënten moeten regelen. Uit één interview blijkt dat een contract met de thuiszorg in de omgeving de oplossing kan brengen, er is daar afgesproken dat ze dag en nacht een patiënt kunnen aanmelden waardoor deze nooit zonder zorg naar huis gaat.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 9. | A2 D E | Microniveau  Macroniveau | Bel de oudere patiënt na een werkdag na ontslag na, waarin minstens de volgende onderwerpen aan bod komen:   * Is alles nog duidelijk? * Redden zij het thuis? * Zijn er nog vragen? * Wanneer en waar de patiënt hulp kan vragen |

**Onderbouwing**

Uit literatuuronderzoek blijkt dat veel ouderen de informatie die ze bij ontslag hebben ontvangen niet goed begrijpen en/of onthouden(14). Er is aangetoond dat het aanbieden van een follow-up aan patiënten na ontslag het aantal heropnamen significant verminderd(13). Het is op de eerste hulp helaas niet mogelijk om deze follow-up aan te bieden omdat er geen tijd is voor huisbezoeken en multidisciplinaire voorlichting. Het nabellen was een onderdeel van de follow-up die wel kan worden toegepast op de SEH. 21% van de patiënten uit het onderzoek had bij thuiskomst problemen met de medicatie, hiervan had 83% voorkomen kunnen worden(14). De verwachting is dat als je medicatieproblemen vroegtijdig oplost de patiënt minder snel terug hoeft te komen vanwege medicatie gerichte klachten. De verwachting is dat vragen en problemen bij de patiënten door het nabellen tijdig worden ondervangen waardoor de patiënten minder terug hoeven te komen voor vragen en problemen.

# Literatuurlijst

1. Nationale Atlas Volksgezondheid. Ouderen per gemeente 2013; 2014. URL: [http://www.zorgatlas.nl/beinvloedende-factoren/demografie/levensfase/ouderen-per-gemeente#breadcrumb](http://www.zorgatlas.nl/beinvloedende-factoren/demografie/levensfase/ouderen-per-gemeente), geraadpleegd op 18 september 2014.
2. Ziekenhuis. Jaarverslag Waterlandziekenhuis 2013. Purmerend: Waterlandziekenhuis; 2014.
3. Veiligheidsmanagementprogramma (VMS). Praktijkgids kwetsbare ouderen. Utrecht: VMS; 2009.
4. Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.4. 2013.
5. Nederlands Instituur voor Accreditatie in de zorg (NIAZ). Ziekenhuis; (n.d.). URL: [http://www.niaz.nl/ziekenhuizen/accreditatie-overzicht/ziekenhuizen/ziekenhuis-purmerend](http://www.niaz.nl/ziekenhuizen/accreditatie-overzicht/ziekenhuizen/waterlandziekenhuis-purmerend), geraadpleegd op 30 oktober 2014.
6. Waterlandziekenhuis. Waterlandziekenhuis behaalt NIAZ-heraccreditatie Waterlandziekenhuis behaalt NIAZ-heraccreditatieWaterlandziekenhuis behaalt NIAZ-heraccreditatieWaterlandziekenhuis behaalt NIAZ-heraccreditatieWaterlandziekenhuis behaalt NIAZ-heraccreditatieWaterlandziekenhuis behaalt NIAZ-heraccreditatieWaterlandziekenhuis behaalt NIAZ-heraccreditatieWaterlandziekenhuis behaalt NIAZ-heraccreditatie; (n.d.). URL: <http://www.wlz.nl/over-het-ziekenhuis/#/actueel/ziekenhuis-behaalt-niaz-heraccreditatie>, geraadpleegd op 31 oktober 2014.
7. Veiligheidsmanagementprogramma (VMS). Kwetsbare ouderen. Registratieformulieren KATZ-ADL; 2009. URL: <http://www.vmszorg.nl/_page/vms_inline?nodeid=4571&subjectid=6632>, geraadpleegd op 25 november 2014.
8. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Taken Nza; (n.d.). URL: <http://www.nza.nl/organisatie/overdenza/rollenentakennza/>, geraadpleegd op 3 november 2014.
9. Rijksoverheid. Kwaliteitseisen zorginstellingen; (n.d.). URL: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/kwaliteitseisen-zorginstellingen>, geraadpleegd op 28 oktober 2014.
10. Inspectie voor de gezondheidszorg (IGz). Kwaliteitswet zorginstellingen; (n.d.). URL: <http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/wetten/kwaliteitswet_zorginstellingen/>, geraadpleegd op 28 oktober 2014.
11. Rijksoverheid. Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO); (n.d.). URL: <https://www.dwangindezorg.nl/rechten/wetten/wgbo>, geraadpleegd op 2 november 2014.
12. Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport (VWS). Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG); (n.d.). URL: <https://www.bigregister.nl/registratie/inhetbigregister/wetenregelgeving/>, geraadpleegd op 28 oktober 2014.
13. Parker SG, Peet SM, McPherson A, Cannaby AM, Abrams K, Baker R, et al. A systematic review of discharge arrangements for older people. Health Technol Assess. 2002;6(4):1-183.
14. Witherington EM, Pirzada OM, Avery AJ. Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. Qual Saf Health Care. 2008 Feb;17(1):71-5. doi: 10.1136/qshc.2006.020842.
15. Koehler BE, Richter KM, Youngblood L, Cohen BA, Prengler ID, Cheng D, et al. Reduction of 30-day postdischarge hospital readmission or emergency department (ED) visit rates in high-risk elderly medical patients through delivery of a targeted care bundle. J Hosp Med. 2009 Apr;4(4):211-8. doi:
16. Graf CE, Zekry D, Giannelli S, Michel JP, Chevalley T Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: a systematic review. Aging Clinical and Experimental Research 2011 Aug;23(4):244-54.
17. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. Age ageing. 2008 Jul;37(4):416-22.
18. Salvi F, Morichi V, Grilli A, Lancioni L, Spazzafumo L, Polonara S, et al. Screening for frailty in elderly emergency department patients by using the Identification of Seniors At Risk (ISAR). The Journal of Nutrition, Health and Aging 2012 Apr;16(4):313-8.
19. Wou F, Gladman JR, Bradshaw L, Franklin M, Edmans J, Conroy SP. The predictive properties of frailty-rating scales in the acute medical unit. Age ageing 2013 Nov;42(6):776-81.
20. Seniorvriendelijk ziekenhuis. Kwaliteitsaspecten; (n.d.). URL: <http://www.seniorvriendelijkziekenhuis.nl/kwaliteitsaspecten/>, geraadpleegd op 3 november2014.
21. Golüke-Willemse G, Arends A, Huinink E, Willy van Maarschalkerweerd W, Veen C. Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG); 2010.
22. Burgers JS, Assendelft WJJ, Everdingen van JJE Evidence-based richtlijnen In: Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM Inleiding in evidence-based medicine klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Derde herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2008 p. 198.

# Bijlagen

Bijlage 1: Tabel van bewijslast

Bijlage 2: Tabel dossieronderzoek

Bijlage 3: Vragenlijsten

Bijlage 4: Uitgewerkte interviews professionals SEH en geriatrie

Bijlage 5: Focusgroep

Bijlage 6: Uitgewerkte interviews andere ziekenhuizen

Bijlage 7: Risico-analyse

Bijlage 8: Print screens literatuuronderzoek

Bijlage 9: Data dossieronderzoek

Bijlage 10: Toestmmingsbrief onderzoek

Bijlage 11: Screeningsprotocol geriatrie/SEH

Bijlage 12: KATZ-ADL 6

Bijlage 13: ISAR-HP

## Bijlage 1: Tabel van bewijslast

|  |  |
| --- | --- |
| Niveau | Interventie |
| A1 | Systematische reviews van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau (meta-analyse). |
| A2 | Gerandomiseerd vergelijkend onderzoek van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken. |
| B | Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2. |
| C | Niet vergelijkend onderzoek. |
| D | Mening van deskundigen (SEH’s, focusgroep en geïnterviewden) |
| E | Mening van de opdrachtnemers |

Tabel 13: Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies (22).

## Bijlage 2: Tabel dossieronderzoek

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum/Tijd** | **Mimiek** | **Tijd nemen** | **Folders geven** | **Screenen** | **Ontslaggesprek:**  **Leefregels, medicatie, alles begrepen?** | **Aantal 65+**  **N= 30** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Tabel 14 : criteria participerende observatie

## Bijlage 3: Vragenlijsten

**Vragen focusgroep (Deelvraag 3)**

1. Heeft u zicht hoe het ontslagproces t.a.v. ouderen verloopt op de SEH?
2. Hoe vind u dat momenteel het ontslagproces van ouderen op de SEH verloopt? cijfer van 0 tot 10 en toelichting?
3. Wat zijn veel gehoorde klachten als ouderen terugbellen na hun ontslag naar huis?
4. Hoe wordt op dit moment de zorgbehoefte vastgesteld van ouderen die met ontslag naar huis gaan vanaf de SEH?
5. Wat zou er volgens u beter kunnen aan het ontslagproces op de SEH?
6. Wat zou u de SEH vanuit uw vakgebied aanbevelen ter verbetering en waarom?
7. Hoe staat u tegenover invoering van een screeningsintrument om functieverlies bij binnenkomst te screenen
8. Had u nog vragen/ opmerkingen t.a.v. het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

**Vragen interviews professionals (Deelvragen 1, 3 EN 6)**

1. Kunt u in eigen woorden vertellen hoe het ontslag van ouderen vanaf de SEH op dit moment wordt geregeld?
2. Wat vind u van de manier waarop dit op dit moment wordt geregeld? cijfer van 0 tot 10 en toelichting?
3. Wat gaat er goed aan het ontslagproces van ouderen op de SEH?
4. Wat zou er volgens u beter kunnen aan het ontslagproces?
5. Hoe vind u dat momenteel de informatievoorziening bij ontslag t.a.v. ouderen op de SEH verloopt? cijfer van 0 tot 10.
6. Wat gaat er goed bij de informatievoorziening bij ouderen op de SEH?
7. Wat zou er volgens u beter kunnen aan de informatievoorziening?
8. Welke onderwerpen moeten er aan bod komen bij het ontslaggesprek?
9. Hoe wordt de zorgbehoefte van een patiënt van 65 jaar of ouder bepaald als deze met ontslag naar huis gaat?
10. Hoe staat u tegenover invoering van een screeningsintrument om functieverlies bij binnenkomst te screenen?
11. Had u nog vragen/ opmerkingen t.a.v. het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

**Vragen patiënten nabellen (Deelvraag 1)**

1. Waarom werd u opgenomen op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis?
2. Wat is de reden dat u weer terug bent gegaan naar de SEH of hebt teruggebeld?
3. Hoe vond u dat het ontslagproces is verlopen?
4. Hoe vond u de informatievoorziening? cijfer van 0 tot 10 en toelichting?
5. Had u alle informatie goed begrepen?
6. Had u achteraf nog vragen?
7. Had u achteraf knelpunten bij de dagelijkse bezigheden thuis?
8. Wat zou de SEH volgens u kunnen verbeteren aan het ontslagproces van ouderen?
9. Is er nog wat dat u wil melden wat wij vergeten zijn?

**Vragen SEH’S van andere perifere en academische ziekenhuizen (Deelvraag 7)**

1. In wat voor soort instelling werkt u?
2. Wat is uw functie?
3. Hoe regelen jullie het ontslag van ouderen?
4. Komen ouderen terug of bellen zij terug?
5. Kunnen jullie een top 3 geven aan redenen waarom zijn terugbelden of terugkwamen?
6. Welke problemen merken jullie dat ouderen thuis hebben?
7. Gebruiken jullie screeningsinstrumenten en welke?
8. Hoe verloopt het gebruik van screeningsinstrumenten?
9. Vermindert het gebruik van screeningsinstrumenten het terugkomen en nabellen van ouderen op jullie afdeling?
10. Wat doen jullie op het gebied van informatievoorziening bij ouderen en ontslag?
11. Welke punten komen er aan bod in jullie ontslaggesprek?
12. Had u nog vragen/opmerkingen t.a.v. het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

## Bijlage 4: Uitgewerkte interviews professionals SEH en geriatrie

**Semi-Gestructureerde Interview met SEH-verpleegkundige 1**

1. Hoe wordt het ontslag van ouderen vanaf de SEH op dit moment geregeld?

Standaard. Je bent klaar, dus naar huis. Soms met krukken. Maar dan houdt het zo’n beetje op. Hetzelfde als jongere mensen.

1. Wat vind u van de manier waarop dit op dit moment wordt geregeld? cijfer van 0 tot 10 en toelichting?

Ik ben niet tevreden. Als ouderen thuis zijn, ondervinden zij problemen met de zelfredzaamheid. Er wordt hier niet voldoende gekeken naar wat ouderen kunnen. Attendeer mensen op de sociale wijkteams en de 24-uursservice als mensen in nood zijn. Let op de decentralisatie nu de gemeente de WMO krijgt.

1. Wat gaat er goed aan het ontslagproces van ouderen op de SEH?

De praktische kant, poliafspraken worden gemaakt, maar de sociale situatie wordt onderschat.

1. Moet er meer aandacht komen voor de sociale situatie voor ouderen?

Ja zeker. De achteruitgang van de ouderen gaan vaak hier al achteruit. Er wordt teveel gehandeld naar de standaard handelingen en men vergeet te kijken naar de sociale omgeving van de oudere, familie en mantelzorgers bijvoorbeeld. Ook naar cultuurgebonden overtuigingen wordt niet gekeken.

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan het ontslagproces?

De sociale context en zeker ook de economische context. Soms doe je interventies niet in het voordeel van de patient. Over mantelzorg wordt niet nagedacht. Zie de patient in zijn geheel, dus mw X met een gebroken been, niet het gebroken been.

1. Wat gaat er goed bij de informatievoorziening bij ouderen op de SEH?

Alle technocratische dingen, afspraken maken maar geen folder.

1. Er staat op de site van de SEH van het ziekenhuis een folder over nazorg, bent u daarvan op de hoogte?

Ja natuurlijk weet ik dat. Met die folder kan men niet uit de voeten.

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan de informatievoorziening?

Ik zou de folder graag willen digitaliseren. Dit omdat de folder dan actueel kan worden bijgehouden. Als de folder dan een update behoeft op grond van de nieuwste inzichten, dan is dat gauw gedaan. Bij het ontslag zou de folder dan alleen iedere keer uitgeprint moeten worden.

1. Welke onderwerpen moeten er aan bod komen bij het ontslaggesprek?

Je kan het ontslaggesprek opdelen in twee delen, deel een over de benodigde zorg na ontslag thuis, kennis over de diagnose en medicijnen. Deel twee over de ervaring op de SEH, de tevredenheid, tips en de check van de afspraken.

1. Hoe wordt de zorgbehoefte van een patiënt van 65 jaar of ouder bepaald als deze met ontslag naar huis gaat?

Dit wordt niet gedaan, behalve als er overduidelijk iets ernstigs aan de hand is waar op voorhand al moet worden gezegd dat thuiszorg of overplaatsing naar verpleeghuis nodig is.

1. Hoe staat u tegenover invoering van een screeningsinstrument om functieverlies bij binnenkomst te screenen?

Positief. In een ander regionaal ziekenhuis hebben ze een geriater die betrokken is bij screening van ouderen op de SEH en zich met de zorg bemoeid. Hier is de geriater en maar 3 dagen in de week.

1. Wat zou u er van vinden als de ICT zou regelen dat er in het systeem bij sommige vragen bij categorieën, nog extra vragen voor ouderen naar boven komen, zodra dit een risico vormt?

Top! Dat moet ook!

1. Had u nog vragen/ opmerkingen tav het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

Ik mis de betrokkenheid van de familie. Wat zijn de mogelijkheden of de onmogelijkheden daarbij?

Gaat de familie mee naar de SEH?

Over het algemeen wel. Als er dan geen familie mee gaat dan zie je vaak dat er wel een verzorger of begeleider mee gaat als ze onder begeleiding wonen.

**Gestructureerde Interview met SEH-verpleegkundige 2**

1. Hoe wordt het ontslag van ouderen vanaf de SEH op dit moment geregeld?

Er zijn geen vaste afspraken m.b.t. het ontslag van ouderen. Het is afhankelijk van de arts en verpleegkundige hoe hiermee wordt omgegaan.

1. Wat vind u van de manier waarop dit op dit moment wordt geregeld? cijfer van 0 tot 10 en toelichting?

een 6

1. Wat gaat er goed aan het ontslagproces van ouderen op de SEH?

Er wordt wel gekeken "binnen onze mogelijkheden ", om de kwetsbare oudere patiënt goed met ontslag te laten gaan. Maar vaak zijn het twijfelgevallen die het moeilijk maken; wel of niet naar huis.

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan het ontslagproces?

standaard ontslagproces voor de oudere patiënt en betere informatievoorziening wat ze bijvoorbeeld thuis nog kunnen nalezen. Dus een soort nazorgfolder met telefoonnummers en instanties. Duidelijkheid wanneer welke zorg ingeschakeld kan worden.

1. Hoe vind u dat momenteel de informatievoorziening bij ontslag t.a.v. deren op de SEH verloopt? cijfer van 0 tot 10.

Een 6

1. Wat gaat er goed bij de informatievoorziening bij ouderen op de SEH?

Er wordt wel goed mondeling uitgelegd wat de nazorg is thuis en wanneer ze terug moeten komen. Ze krijgen een afsprakenkaart mee en eventueel een patiënten folder.(gipsuitleg)

In sommige gevallen heeft de SEH arts contact opgenomen met de huisarts voor het inschakelen van extra zorg.

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan de informatievoorziening?

Duidelijke en beknopte informatie mee kunnen geven op papier met telefoonnummers van extramurale zorg ed.

1. Welke onderwerpen moeten er aan bod komen bij het ontslaggesprek?

Thuissituatie, is er mantelzorg, moet er extra zorg geregeld gaan worden. Ruimte voor vragen geven.

1. Hoe wordt de zorgbehoefte van een patiënt van 65 jaar of ouder bepaald als deze met ontslag naar huis gaat?

Dit wordt individueel gedaan door de betreffende verpleegkundige en arts.

1. Hoe staat u tegenover invoering van een screeningsintrument om functieverlies bij binnenkomst te screenen?

Als het maar kort en bondig is, en het mooiste zou zijn geïntegreerd in het EPD

1. Had u nog vragen/ opmerkingen tav het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

Geen vragen meer

**Gestructureerde Interview met SEH-verpleegkundige 3**

1. Kunt u in eigen woorden omschrijven hoe het ontslag van ouderen vanaf de SEH op dit moment geregeld wordt?

Dit is niet goed geregeld, er staat eigenlijk niets op papier, geen duidelijk protocol. Alle medewerkers schatten naar eigen inzicht in wat de patient aan hulp nodig heeft en regelen dit op dat moment.

1. Wat vind u van de manier waarop dit op dit moment wordt geregeld? cijfer van 0 tot 10 en toelichting?

Een 6, de verpleegkundigen die werkzaam zijn kunnen een redelijke inschatting maken en dat maakt dat de zorg uiteindelijk redelijk geregeld is maar daarmee wordt niet alles goed ondervangen. Door drukte kan het bijvoorbeeld zo zijn dat de inschatting niet goed gemaakt wordt waardoor de patient zonder zorg naar huis gaat.

1. Wat gaat er goed aan het ontslagproces van ouderen op de SEH?

Door goede inschatting van verpleegkundigen krijgen de meeste ouderen de juiste hulp. Voordeel is ook dat wij in de avond/nacht/weekend uren korte lijnen hebben met de HA welke ook ingeschakeld kan worden.

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan het ontslagproces?

Betere screening over wie in aanmerking komt voor zorg welke ook in drukte toe te passen is. Nazorg is er niet, er wordt geen enkele patiënt na gebeld om te kijken of het thuis gaat.

1. Hoe vind u dat momenteel de informatievoorziening bij ontslag t.a.v. ouderen op de SEH verloopt? cijfer van 0 tot 10.

Een 6

1. Wat gaat er goed bij de informatievoorziening bij ouderen op de SEH?

Goede voorlichting van de verkregen behandeling, er wordt ook altijd duidelijk verteld tot wie de patient zich kan richten als het niet gaat thuis

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan de informatievoorziening?

Het meegeven van een folder.

1. Welke onderwerpen moeten er aan bod komen een het ontslaggesprek?

Risico’s van de behandeling, complicaties van de behandeling, alarmsymptomen, mogelijkheden tot het verkrijgen van hulp

1. Hoe wordt de zorgbehoefte van een patiënt van 65 jaar of ouder bepaald als deze met ontslag naar huis gaat?

Niet, dit is een inschatting van de behandelend verpleegkundige op dat moment

1. Hoe staat u tegenover invoering van een screeningsintrument om functieverlies bij binnenkomst te screenen?

Positief.

1. Had u nog vragen/ opmerkingen t.a.v. het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

Nee, momenteel niet

**Gestructureerde Interview met SEH-verpleegkundige 4**

1. Hoe wordt het ontslag van ouderen vanaf de SEH op dit moment geregeld?

Het ontslag bij ouderen gaat eigenlijk hetzelfde als bij jongere mensen. Er gebeurd niet specifiek iets extra’s. Mensen kunnen thuiszorg bellen, in aanleunwoning wonen. Op De SEH doen wij er niet veel mee. Er zit geen verschil in jong en oud.

1. Wat vind u van de manier waarop dit op dit moment wordt geregeld? cijfer van 0 tot 10 en toelichting?

Ik vind het eigenlijk heel slecht. Er is geen overdracht, niet naar de wijk. Er wordt geen nazorg geregeld. Er wordt niets gescoord of gescreend. Er was vandaag bijvoorbeeld een buitenlandse mevrouw die zo slecht kon lopen met krukken dat ik eigenlijk vond dat zij niet naar huis kon.

1. Wat gaat er goed aan het ontslagproces van ouderen op de SEH?

Geen mening. Ik vind niet snel iets goed of niet goed.

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan het ontslagproces?

Er zou beter gescoord moeten worden op functies van ouderen.

1. Hoe vind u dat momenteel de informatievoorziening bij ontslag t.a.v. deren op de SEH verloopt? cijfer van 0 tot 10.

De overdracht naar de huisarts en de rol van de huisarts. De overdracht naar de thuiszorg kan ook veel beter.

1. Wat gaat er goed bij de informatievoorziening bij ouderen op de SEH?

Dat de instellingen zelf contact opnemen over hun cliënt, bijvoorbeeld of deze nog wel terugkomt ja of nee. Ook bellen zij waar ze rekening mee moeten houden als de cliënt terugkomt.

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan de informatievoorziening?

Uiteraard de overdracht, folders mee geven.

1. Welke onderwerpen moeten er aan bod komen bij het ontslaggesprek?

Welke hulp de patient thuis nodig heeft, het sociale vangnetwerk van de patient, medicatie bespreken en de therapietrouw. Neemt de oudere bijvoorbeeld zes keer Lasix in inplaats van twee.

1. Hoe wordt de zorgbehoefte van een patiënt van 65 jaar of ouder bepaald als deze met ontslag naar huis gaat?

Dit wordt niet gedaan.

1. Hoe staat u tegenover invoering van een screeningsintrument om functieverlies bij binnenkomst te screenen?

Wij hanteren de AMPLE hier op de SEH en bijbehorende controles, parameters enzovoort. Nu komt er bij kinderen met bepaalde omstandigheden automatisch een aantal vragen naar boven in het systeem als je bepaalde factoren aanklikt. Als dit bij ouderen ook zo gebeurd is het geen probleem, maar heb je tijd hiervoor? Of neem je in die tijd een andere ernstig zieke patiënt op?

1. Had u nog vragen/ opmerkingen t.a.v. het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

Nee

**Gestructureerde Interview met SEH-verpleegkundige 5**

1. Kunt u in eigen woorden omschrijven hoe het ontslag van ouderen vanaf de SEH op dit moment geregeld wordt?

Er wordt overlegd met de patiënt of de familie hoe de zorg thuis geregeld is. Gaat het lukken om bv met een gebroken arm naar huis te gaan. Heeft de patiënt bv al tafeltje dekje of thuiszorg. Er gaat een brief naar de huisarts. Korte uitleg gegeven door de arts over de eventuele nieuwe medicatie en waar die op te halen. Ik vraag altijd nog even na of ze de info van de arts goed begrepen hebben of dat ze nog vragen hebben aangezien artsen soms wat snel zijn en het dan wat lastig te volgen is voor de patiënt. Hangt wel zeer af van welke arts.

1. Wat vind u van de manier waarop dit op dit moment wordt geregeld? cijfer van 0 tot 10 en toelichting?

7, ik denk dat er zeker wel verbetering in te vinden is. Maar soms is dat wel lastig ivm tijdsdruk.

1. Wat gaat er goed aan het ontslagproces van ouderen op de SEH?

Navraag of ze het thuis gaan redden met de nieuwe aandoening of behandeling

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan het ontslagproces?

Er zou meer op papier moeten staan zodat mensen het na kunnen lezen. Er zou meer duidelijkheid moeten zijn hoe spoedthuiszorg te regelen. Als iemand vrijdagavond bij ons komt en thuiszorg nodig heeft kan je niet zeggen, ga maandag maar naar de huisarts. Om zelf thuiszorg te regelen ben je best wel wat tijd kwijt die er vaak niet is. Dan komt er mantelzorg bij kijken, die er dan wel moet thuis.

1. Hoe vind u dat momenteel de informatievoorziening bij ontslag t.a.v. ouderen op de SEH verloopt? cijfer van 0 tot 10.

Een 6.

1. Wat gaat er goed bij de informatievoorziening bij ouderen op de SEH?

Ze krijgen de info wel maar wat er blijft hangen bij de ouderen vraag ik mij wel eens af. Is vaak veel info in 1 keer.

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan de informatievoorziening?

Misschien meer op papier dat er nagelezen kan worden. Iemand de info laten geven die meer tijd heeft en het rustiger kan uitleggen.

1. Welke onderwerpen moeten er aan bod komen een het ontslaggesprek?

Nieuwe medicatie, wanneer nieuwe poli afspraak, hoe een poli afspraak te maken. Wanneer met de klacht terug te komen op de seh.

1. Hoe wordt de zorgbehoefte van een patiënt van 65 jaar of ouder bepaald als deze met ontslag naar huis gaat?

Navraag bij de patiënt of familie. Klinische blik, hoe staat de patiënt bv op de benen. Kan deze met krukken naar huis of moet er een rolstoel komen. Kunnen ze zelf wel naar het toilet, eten koken, hoe was de zorg voor binnenkomst seh?

1. Hoe staat u tegenover invoering van een screeningsintrument om functieverlies bij binnenkomst te screenen?

Als richtlijn kan het helpen. Het is zeker het proberen waard. Wel denk ik dat je klinische blik niet gemist kan worden. Patiënten bagatelliseren vaak omdat ze bang zijn niet naar huis te kunnen maar bv in een verzorgingshuis te komen. Ik denk dat mensen ook bang zijn daar niet meer weg te komen.

1. Had u nog vragen/ opmerkingen t.a.v. het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

Nee, ik ben heel benieuwd wat er uit gaat komen. Denk dat er zeker verbetering in te vinden is!!!

**Semi-Gestructureerde Interview met SEH-verpleegkundige 6**

1. Hoe wordt het ontslag van ouderen vanaf de SEH op dit moment geregeld?

Meestal wordt er overlegd met de ouder en diens familie en/of de huisarts. Er is niet iets structureels.

1. Wat vind u van de manier waarop dit op dit moment wordt geregeld? cijfer van 0 tot 10 en toelichting?

Een 5.

1. Wat gaat er goed aan het ontslagproces van ouderen op de SEH?

Huisarts en familie worden op de hoogte gebracht.

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan het ontslagproces?

De thuiszorg wordt mijn inziens niet door ons op de hoogte gebracht. Afbakening van taken, wie doet wat?

1. Hoe vind u dat momenteel de informatievoorziening bij ontslag t.a.v. deren op de SEH verloopt? cijfer van 0 tot 10.

Ik zou een 5 geven.

1. Wat gaat er goed bij de informatievoorziening bij ouderen op de SEH?

Zowel de oudere en diens familie worden goed voorgelicht.

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan de informatievoorziening?

De derden zoals de thuiszorg zouden beter geïnformeerd moeten worden. Misschien ook handig om de dag na ontslag te bellen met de vraag hoe het nu gaat en wat er nog gedaan zou kunnen worden.

1. Welke onderwerpen moeten er aan bod komen bij het ontslaggesprek?

Spullen aanwezig op de plek waar patiënt naar toe gaat. Of doet thuiszorg dit? Kan de mantelzorg het wel aan en kan de thuiszorg het aan?

1. Hoe wordt de zorgbehoefte van een patiënt van 65 jaar of ouder bepaald als deze met ontslag naar huis gaat?

inschatting

1. Hoe staat u tegenover invoering van een screeningsintrument om functieverlies bij binnenkomst te screenen?

IK sta hier positief tegenover, echter mag het niet te tijdrovend zijn.

1. Had u nog vragen/ opmerkingen t.a.v. het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

Nee

**Semi-Gestructureerde Interview met SEH-verpleegkundige 7**

1. Hoe wordt het ontslag van ouderen vanaf de SEH op dit moment geregeld?

De verpleegkundige en de arts vragen beiden naar de thuissituatie. Dat gaat dat over of er problemen zijn en of er familie is die eventueel hulp kan bieden en de huisarts kan inlichten.

1. Wat vind u van de manier waarop dit op dit moment wordt geregeld? cijfer van 0 tot 10 en toelichting?

Een 4. Er is vaak weinig tijd voor oudere patiënten en zij worden vaak slecht naar huis gestuurd.

1. Wat gaat er goed aan het ontslagproces van ouderen op de SEH?

Pijnstilling en eventueel thuiszorg wordt aangeboden. We hebben ook krukken die ze kunnen lenen.

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan het ontslagproces?

Het ontslagproces moet vollediger. Eventueel moet een speciaal team ingeschakeld worden. Zij moeten de tijd kunnen nemen voor de oudere.

1. Hoe vind u dat momenteel de informatievoorziening bij ontslag t.a.v. deren op de SEH verloopt? cijfer van 0 tot 10.

Ik zou een 5 geven.

1. Wat gaat er goed bij de informatievoorziening bij ouderen op de SEH?

Er wordt zoveel mogelijk instructies gegeven.

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan de informatievoorziening?

De ouderen worden heel erg aan hun lot overgelaten, hier moet verbetering in komen.

1. Welke onderwerpen moeten er aan bod komen bij het ontslaggesprek?

Wat als pijnstilling niks doet en wat als het thuis nou niet gaat. Dit soort vragen moeten meer beantwoord worden. Wie moet er ingeschakeld worden als het niet gaat.

1. Hoe wordt de zorgbehoefte van een patiënt van 65 jaar of ouder bepaald als deze met ontslag naar huis gaat?

Vragen aan de patient zelf en aan de familie.

1. Hoe staat u tegenover invoering van een screeningsintrument om functieverlies bij binnenkomst te screenen?

Screeningsinstrument??

1. Had u nog vragen/ opmerkingen tav het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

Nee

**Semi-gestructureerde Interview met arts Geriatrie (8)**

1. Kunt u in eigen woorden omschrijven hoe het ontslag van ouderen vanaf de SEH op dit moment wordt geregeld?

Ik ben helaas niet betrokken op de SEH dus ik weet het niet. In de kliniek wordt er bij een opname van een oudere boven de 70 jaar vaak een verpleegkundig specialist van de geriatrie ingeschakeld op verzoek van de verpleging en afhankelijk van de GFI score die door patient, familie of verpleegkundige is ingevuld. Afhankelijk van de diagnosen: delier, polyfarmacie, vallen zie ik de patient poliklinisch terug. Bij mijn weten vindt er geen screening plaats op de SEH.

1. Is het ontslagproces elders anders geregeld?

Ik zelf ben ook werkzaam als klinisch geriater in het Slotervaart Ziekenhuis en daar bestaat de afdeling geriatrie uit meerdere specialisten en arts-assistenten. Hier in het Ziekenhuis ben ik de enige klinisch geriater. Het SLZ heeft dus 24/7 geriatrische zorg. Acuut zieke ouderen worden voor ons gepresenteerd op de SEH en door ons(lees klinisch geriaters) 24/7 gezien en opgenomen indien nodig. Wij kunnen ook 24/7 door andere specialisten in consult gevraagd worden Er bestaat daar wel een screening voor kwetsbare ouderen, maar dat is meer op verpleegkundig niveau. Mijn collega’s vragen mij in consult indien zij het nodig achten en dus niet door de patiënt eerst een vragenlijst te laten invullen.

In dit ziekenhuis is een transitorium voor ouderen, bent u daar betrokken?

Op de transitorium werken , de specialisten ouderengeneeskunde.(verpleeghuisartsen) Ik ben niet betrokken op die afdeling. Zij kunnen mij wel in consult vragen.

1. Wat vind u van de manier waarop dit op dit moment wordt geregeld? cijfer van 0 tot 10 en toelichting?

Ik weet dus niet precies hoe het ontslagproces van de oudere op de SEH geregeld wordt, maar er zou meer gebruik gemaakt moeten worden van de expertise van de verpleegkundigen geriatrie.

1. Wat gaat er goed aan het ontslagproces van ouderen op de SEH?

Heb ik geen oordeel over.

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan het ontslagproces?

Bij twijfelgevallen meer gebruikmaken van de geriatrisch verpleegkundigen, als het waren triëren zij dan die ouderen voor de geriatrie. Dit geldt met name voor overdag, want in de avond is er niemand van de geriatrie.

1. Waar vallen zij op dat moment dan onder?

Zij zijn onderdeel van de afdeling geriatrie

nd u dat momenteel de informatievoorziening bij ontslag t.a.v. deren op de SEH verloopt? cijfer van 0 tot 10.

- Ik heb hier geen zicht op.

1. Wat gaat er goed bij de informatievoorziening bij ouderen op de SEH?

Ik heb hier geen zicht op.

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan de informatievoorziening?

Ik heb hier geen zicht op.

1. Welke onderwerpen moeten er aan bod komen bij het ontslaggesprek?

Medicatie

Diagnose

De patient en familie moeten in lekentaal op de hoogte gesteld zijn over wat er allemaal voor de patient gedaan is op de afdeling, welke medicatie er veranderd is ,hoe het nu verder zal gaan(vervolgafspraak?).

1. En de verpleegkundige zou zich dan op sociaal gebied moeten bezighouden?

De verpleegkundige regelt de zorg thuis . Zij heeft kunnen vaststellen tijdens de opname welke zorg de patient nodig heeft

1. Hoe wordt de zorgbehoefte van een patiënt van 65 jaar of ouder bepaald als deze met ontslag naar huis gaat?

Verpleegkundige op afdeling rapporteert dit in haar status

1. Hoe staat u tegenover invoering van een screeningsintrument om functieverlies bij binnenkomst te screenen?

Dit gebeurt al via de GFI

1. Uit onze literatuurstudie kwam de uitgebreide geriatrische assessment(CGA), de KATZ-ADL(is onderdeel van de CGA) en de ISAR, hoe staat u hier tegenover?

De KATZ-ADL en de korte ISAR-HP zouden prima kunnen, maar de CGA duurt 90 minuten, deze zou in een later stadium kunnen worden afgenomen tijdens opname door de verpleegkundige geriatrie als die in consult komt na afname GFI., .Op een afdeling geriatrie(zoals in twee andere regionale ziekenhuizen en op de poli geriatrie is de CGA een standaard procedure.

1. Had u nog vragen/opmerkingen tav het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

Ik zou je adviseren nog naar de VMS thema’s en de voorwaarden voor het predicaat”Senior friendly hospital”te kijken.

## Bijlage 5: Focusgroep

**Focusgroep**

Aanwezig: M1. M2P , I, C, D.

Datum: 20-10-2014 15.15 uur

1. Heeft u zicht hoe het ontslagproces t.a.v. ouderen verloopt op de SEH?

I: Ik heb zelf geen zicht op het ontslagproces op de SEH, wel hebben we een aantal jaren geleden gezien dat de geriatrie niet in consult gevraagd wordt bij een oudere die op de eerste hulp komt na een val. Dit wordt wel bekend bij de huisarts maar er wordt niet doorverwezen naar de geriater. We vonden dit toen lastig maar zijn er niet doorheen gebroken. Ook zijn we bezig geweest om te kijken of er bij opname al een screening afgenomen kon worden om te kijken wie wel en niet kwetsbaar was, dit was toen niet mogelijk. De reden hiervan was dat het niet gedigitaliseerd kon worden.

M2: Er is een tijdje bij opname aan iedere oudere patiënt een opnameboekje meegegeven met daarin het GFI-formulier maar dit is er weer helemaal uit.

M1: dit was in 2008, maar dat zijn van die dingen die je moet bijhouden, anders gaan ze eruit.

Mijn informatie is gekleurd omdat ik weet hoe het op de eerste hulp ging, ik ben er toen mee bezig geweest. Omdat er mensen waren die een klacht hadden ingediend, die naar huis waren gegaan en dat het niet wilde. Aan de hand daarvan is toen iets opgezet om te kijken hoe we bepaalde mensen wat meer zorg kunnen bieden terwijl er misschien geen medische indicatie voor is. Dit is iets waar wij tegenaan lopen en niet zozeer met de ontslagprocedure heeft te maken, dit is niet uit de verf gekomen omdat geloof ik de thuiszorg niet meewerkte en de specialist mensen niet wilde opnemen zonder medische indicatie. Dus daar zijn we toen niet verder mee gekomen dus wat betreft de ontslagprocedure vanaf de eerste hulp, ik denk dat die voor ouderen niet anders is dan voor jongeren dat betekend dat je zoveel mogelijk informatie geeft, dat wat je hebt gegeven de tijd die je hebt. Dus ik denk dat dit per persoon verschillend is.

M2: ja dus per persoon verschillend en niet gestandaardiseerd.

M1: waarbij je inderdaad mensen hebt die dat niet kunnen opnemen om wat voor reden dan ook en die dan thuis in paniek raken, het niet weten of in de problemen raken. En dan gaan bellen, voila jullie probleem.

D: zijn jullie ook op de hoogte van, volgens mij zijn er wel organisaties zoals evian bij betrokken, wordt daar nog iets mee gedaan?

M2: We hebben laatst een vergadering gehad, daar zijn ook mensen van evian geweest, ze zijn bezig, dat is ook een aandachtspunt van ons, we zouden heel graag een crisisbed willen ergens in de regio voor dit soort patiënten.

M1: en dat is er he, alleen probeer het maar eens beschikbaar te krijgen buiten kantoortijden.

M2: ze zijn er mee bezig heb ik begrepen boven met het transitorium om daar iets mee te doen, daar is het ziekenhuis nu mee bezig. Maar daar weet mw V. meer van, ik heb haar gemaild omdat er uit de vergadering best wel goede dingen naar voren zijn gekomen, ze zijn ook bezig met wijk zorg, dus dat elke wijk in de regio een telefoonnummer krijgt voor ouderen die eventueel daarnaar kunnen bellen en dat zei eventueel hulpmiddelen kunnen inschakelen of een keertje langsgaan. Dat zijn allemaal ontwikkelingen maar we hebben nog niks qua documentatie terug gekregen voor ons dat wij daar iets moois voor kunnen maken om dat mee te geven aan de patiënt. Dus er zijn wel dingen bezig maar dit loopt allemaal nog niet, ik heb dit met mw V. besproken.

M1: ja weet je wat ik nu dan hoor dat het op dit niveau geregeld wordt terwijl dit eigenlijk vanuit het ziekenhuis breed geregeld zou moeten worden.

M2: ja daar lopen wij ook tegen aan.

M2: daar moeten jullie eigenlijk profijt van trekken als zijnde de afdeling van dit hebben wij geregeld en dit zijn de nummers als zijnde de eerste hulp en we maken er een mooi boekje van en de patiënt krijgt het mee. Eigenlijk moet het veel hoger neergelegd worden.

M2: ja daar is mw V. ook mee bezig, ze willen iets met het transitorium doen dat daar misschien zo’n nood bed komt.

M1: ja wij waren daar vrijdag en zeiden dat er een nood bed was en dat is opgedoekt.

I: elke instelling heeft een crisis bed alleen ze houden hem dicht, vooral als je na vijven belt omdat er dan een avondhoofd is voor de hele instelling die dat op dat moment niet kan regelen.

I :Het maakt hierbij niet uit of je van de spoedeisende hulp bent of een huisarts.

Het is in de praktijk onmogelijk om zon bed te krijgen.

M2: het is wel een streefpunt van ons dat we dat geregeld willen zien hebben. Maar ook bijvoorbeeld voor de patiënt van 70 met een subcapitale humerus fractuur die naar huis gaat.

I: ja want die komen twee dagen later op orthopedie met een gebroken heup en dat komen wij dan weer tegen.

D: en dat zien jullie dan zeg maar nadat jullie hebben gescreend en jullie zijn bezig die patiënt naar huis te sturen en maken jullie zorgen of ze het wel of niet zou redden thuis.

M2: ja dat doen wij als verpleegkundigen, het zijn altijd van die moeilijke gevallen. Je bespreekt het met de patiënt van nou u mag naar huis maar u bent toch beperkt en je kijkt een beetje hoe het gaat. Als wij het niet verantwoord vinden dat de patiënt naar huis gaat dan ga je weer terug naar de arts en dan mag die dat verder regelen, wat hij vaak doet is de huisarts op de hoogte brengen. Deze gaat vaak zorg inzetten of neemt het op met de familie. Dat is wat wij ook heel moeilijk vinden en waarom wij heel blij zijn dat jullie er mee aan de slag gaan.

M1: je hebt natuurlijk ook de beperkingen van de huisarts, ik bedoel als het vrijdag middag is of weekend dan kan je niks regelen.

M2: je hebt ook heel vaak mensen met een contusie van de heup die worden opgenomen omdat ze nauwelijks kunnen mobiliseren, die houden een bed bezet terwijl ze makkelijk in bijvoorbeeld een wijkziekenboeg kunnen liggen.

M1: maar dat is er nu niet, dat is afgeschaft boven, dat moet eerst geregeld zijn en dan moet je de criteria bepalen van wie daar naartoe gaat en wie dat bepaald.

M2: ja want overdag bellen wij hier de transferverpleegkundige en die heeft ooit wel eens geregeld dat er iemand naar het transitorium kon, die hebben meer inbreng en inzicht.

M1: het duurt wel een paar uur en het moet tijdens kantoortijd maar dat is wel een mogelijkheid.

M2: ja het moet echt voor vijf uur en in het weekend is het echt dramatisch.

1. Hoe vind u dat momenteel het ontslagproces van ouderen op de SEH verloopt? cijfer van 0 tot 10 en toelichting?

I: mijn informatie is natuurlijk niet actueel, ik denk niet dat wij het overzicht hebben om een cijfer te geven. Maar wat zien wij wel dat zijn de ouderen die terug komen en dan gaan we er wel achteraan wat de reden is dat iemand in zoveel tijd zoveel keer terug komt. Vaak heb je wel een medische reden maar de onderliggende reden daarvan is vaak inderdaad functieverlies of onvoldoende zorg. Maar om nu hard te zeggen van dat ligt aan de eerste hulp en daar een cijfer voor te geven dat vind ik moeilijk.

M2: Ik denk dat bij de ontslagprocedure de inzet en de welwillendheid er wel is maar dat inderdaad die mogelijkheden er gewoon niet zijn, en dat missen wij heel erg.

Wij gaan echt niet een 80 jarige naar huis sturen zo van ja het moet maar, dan hebben we wel alles geprobeerd om het te regelen en als dat dan niet gelukt is dan moet je toch in overleg met de specialist of familie.

I.: er is geen procedure voor dus het is maar net afhankelijk van wie er staat en hoeveel tijd je hebt.

M2: Ik weet niet of dat in chipsoft kan maar dat als je iemand naar huis moet sturen je een vragenlijst krijgt die je moet doorlopen, zoiets zou natuurlijk fantastisch zijn.

M1: wat ik net heb opgezocht, ik weet niet of jullie er wel eens van gehoord hebben is de KATZ-ADL score.

D: ja

M1: en dan de verkorte versie, dat is een heel kort uitvraag iets waarbij je dus eigenlijk kunt bepalen in hoeverre iemand hulpbehoevend is. Is de KATZ-ADL kleiner dan 2 dan zou je iemand naar huis kunnen sturen. KATZ 2- 4 dan zou je kunnen zeggen van we zien een probleem en gaan kijken hoe we het kunnen oplossen. Je zou dan een opname van 24 uur kunnen overwegen om in die 24 uur thuiszorg of een opname te regelen. En een KATZ-ADL van hoger dan 6 betekend gewoon een opname omdat iemand niet naar huis kan punt.

Want dan heb je een screening weet je en dan kan je ook zeggen van dat hangen we er aan. En in ieder geval dat de specialist dan zegt van dan moeten wij een bed beschikbaar stellen voor 24 uur.

C: dan heb je natuurlijk wel iets concreets.

M1: dan heb je iets concreets ja, want een specialist zegt van er is geen medische indicatie en dat kost me een bed waar ik iemand op kan neerleggen die ik opereer en dat levert veel meer geld op en daar heeft hij ook gelijk in. Maar goed het is ook een beetje een moreel of een ethisch dilemma. Want je staat erbij en de familie zegt van je houd haar maar hier want wij trekken het niet meer dan sta je daar bij iemand die met een dekentje de taxi in geschoven wordt. Of de specialist die uit zijn dak gaat van bel je me daar nu alweer voor van ik heb geen bed ik doe het niet. Het is soms echt leuren om een plekje. Het is eigenlijk heel triest en sneu voor die mensen.

Dus je moet het praktisch maken.

C: ja meetbaar

M1: wat is nou het probleem en meetbaar maken en wat zijn nou de dingen die je erop kan zetten en niet operationeel gaan zoeken maar ook hoog neerleggen, top- down. Men is ontzettend bezig met de ouderenzorg en senior friendly, noem het maar op.

D: behalve de KATZ zijn er natuurlijk nog meer screeningsinstrumenten want ik heb onderzoek gedaan naar screeningsinstrumenten.

M1: ik haal er nu een naar voren hoor.

D.: maar dan is natuurlijk de vraag welke er het beste past.

M.1: en dan zou je natuurlijk kunnen kijken wanneer je het doet want als iemand binnen komt zou je hem natuurlijk al kunnen typeren als zijnde kwetsbaar. En de GFI is dat dan passend of wil je juist de ISAR-HP, als je je erin verdiept weet je dat er heel veel screeningsmomenten zijn wat een beetje past bij je exit, dat je dit van tevoren al een beetje kan zien van deze patiënt heeft waarschijnlijk bij de exit een verhoogd risico en dat wordt een probleem.

1. Wat zijn veel gehoorde klachten als ouderen terugbellen na hun ontslag naar huis?

I.: daar horen wij niet zo heel veel van, ook niet als er een opname is na de zoveelste keer aan gelinkt wordt eigenlijk horen wij daar niets over. We horen alleen dat ze heel lang hebben moeten wachten, dan probeer je uit te leggen dat spoed gevallen voor gaan. Voor partners schijnt dat een heel erge bedoeling te zijn maar ook voor de conditie van de patiënt maar we horen nooit dat iemand vanaf de SEH naar huis gestuurd is zonder iets.

M1: ze leggen het probleem eerder bij zichzelf dan dat ze zeggen dat het op de eerste hulp niet goed ging want zo moest het nu eenmaal, dat heb je zo bij oudere mensen.

D: zij hebben uiteindelijk inzicht gekregen in de klachten maar dat is een heel gedoe geweest en we hebben uiteindelijk niets kunnen vinden.

M1: ze zoeken het bij zichzelf, ze schamen zich er een beetje voor en ze willen het ook niet. Niemand wil een zorgvrager zijn en als het zo gegaan is op de eerste hulp dan zal het wel aan hun liggen dat het niet goed gegaan is.

D: dat kan ze ook belemmeren

I.: dat belemmerd ze zeker want stel je voor dat je zorgbehoeftig bent kan het zomaar zijn dat ze of de kinderen zeggen van ja maar nu is het genoeg nu ga je maar naar een verzorgingshuis en als oudere wil je dat altijd voorkomen. Want dat betekend ook vaak dat veel klachten onder het tapijt van ouderdom worden geschoven en dat je daarom onder behandeling ziet. Want een oudere gaat dat niet melden, want je weet het maar nooit. Of ze vinden het passen bij het ouder worden en het is toch angst voor de afhankelijkheid want dat wil je niet als mens.

M1: het is moeilijk om die balans te vinden van de autonomie te bewaren en voldoende zorg kunnen krijgen.

C.: Myra merk jij dat ook?

M2: Ik vind het heel moeilijk om te zeggen van dat ik een patiënt bijvoorbeeld vier keer terug zie komen. Je hebt natuurlijk je chronische patiënten die je altijd terug ziet komen maar dat is meer op medisch gebied. Ik heb niet dat ik opeens een patiënt voor me zie die vaak terugkomt.

C: ze komen natuurlijk terug met klachten maar het is niet zo dat er ook een onderliggend probleem is dat ze het thuis niet meer redden?

M2: ja dat weet je dus niet, soms denk je mijn grens is al bereikt. Soms heb je een echtpaar dat al dertig jaar zo leeft en dan denk je nou dat gaat niet goed maar die moet je echt niet zo uit elkaar halen.

M1: het probleem is vaak dat het heel subjectief benaderd wordt en als je het objectief gaat benaderen dan kan iedereen er wel mee leven.

Vorige week was er een patiënt die was opgenomen met het verzoek dat die mevrouw eigenlijk niet meer wilde, maar er was natuurlijk ook een vraag van hoe zit ze cognitief dan in elkaar. Maar wat blijkt nou die mevrouw was opgenomen want die vroeg zoveel zorg aan haar dochter en die kon het allemaal niet meer leveren. Toen heeft ze gezegd dat ze niet lekker wat en is ze opgenomen. In het ziekenhuis knapte ze op, dochter geeft aan dat het gaat maar is duidelijk overbelast. Die mevrouw wilde geen zuurstof want dan moest ze stoppen met roken, daardoor was ze te moe om te drinken en was uitgeput en uitgedroogd. De dochter nam alles van moeder over. Iemand wordt dan opgenomen met een verslechtering maar ze zitten zichzelf in de weg. Dus in de snelle overturn van de SEH heb je daar eigenlijk niet altijd de tijd voor en die tijd wordt er ook niet voor genomen als er vitale functies zijn die inkachelen en grote dingen gebeuren ga je niet vragen hoe het thuis ervoor staat.

M2: en zoals vandaag dat er al een patiënt naar huis gestuurd is zonder dat je dat weet.

M1: en dan heb je het eigenlijk over belangrijke zaken zoals nazorg en medicatie etcetra dus laat staan dat je aan de adl toe komt.

D.: ja dat is ook wat er speelde want ik liep vorige week met iemand mee en die vroeg ik ook wat zou je ervan vinden als er bv een screeningsinstrument geïmplementeerd zou worden of meer de tijd zou genomen worden voor vragen enzo. Toen zei hij ik weet niet of daar de tijd voor is want in diezelfde tijd neem je een acute patiënt op met allerlei vitale functies die uitvallen dus dat ik ook een groot probleem.

M1: en als je dan eens een keer tijd heb dan ga je er ook geen uren aan zitten want dan heb je nog wel andere dingen te doen. Dus het moet echt opgelegd worden dat daar tijd voor is en dat het belangrijk is. Anders kom je er nooit aan toe.

1. Hoe wordt op dit moment de zorgbehoefte vastgesteld van ouderen die met ontslag naar huis gaan vanaf de SEH?

M2: Individuele argumentatie zeg maar en je schat het zelf in.

M1: Niet gestructureerd.

M2: in overleg met familie en de arts, de artsen zien het vaak ook wel en die bespreekt het dan met de familie. De een is er ook wat gevoeliger en beter in dan de ander.

M1: de eerste stap is staat de patiënt er voor open, dan de verpleegkundige die er tijd voor moet willen en kunnen maken. Je hebt ook vpk die denken nou het zal allemaal wel lukken, je hebt je medicijnen , ik heb er helemaal geen zin in.

D.: alle vormen van weerstand.

M1: ja en dan heb je nog de patiënt die er als je er een beetje op doorgaat denkt straks moet ik mijn huis uit. Dit moet je bespreekbaar maken wil je een goed gesprek hebben. Als je hieraan voorbij gaat ontbreekt het je aan de antwoorden. Als je dan al iemand wil opnemen ontbreekt het je aan de middelen en de plek of de medewerking van de specialist.

Je hebt er een aantal dingen voor nodig die moeilijk te verkrijgen zijn op een eerste hulp want meer personeel, tijd en geld krijg je niet.

Je hoeft het probleem niet meteen op te lossen maar als je alleen al wat aanbevelingen doet van dit zijn de dingen waar je aan moet denken dan is dat al een begin.

D.: ik denk dat het probleem ook echt niet in een keer opgelost wordt, ook in onze aanbevelingen.

I.: maar in ieder geval leggen jullie er wel de aandacht op, dat is heel belangrijk.

Dat is al een stukje bewustwording.

1. Wat zou er volgens u beter kunnen aan het ontslagproces op de SEH?

Jullie hebben het eigenlijk al een beetje verteld.

M1: zolang dat niet echt goed in kaart is gebracht en je weet niet wat je met de specifieke doelgroep van patiënten doet.

D: het in kaart brengen is eigenlijk vooral, wat we van jullie alle drie horen wat eigenlijk veel beter kan.

M1: überhaupt een ontslagproces. Deze patiënt gaat met ontslag je gaat dit rijtje af, die patiënt gaan met ontslag we gaan dat rijtje af.

M2: ja gestructureerd, en is vastgelegd. En niet vpk A doet dit en vpk B doet dat.

1. Wat zou u de SEH vanuit uw vakgebied aanbevelen ter verbetering en waarom?
2. Hoe staat u tegenover invoering van een screeningsintrument om functieverlies bij binnenkomst te screenen?

Uit ons anonieme dossier onderzoek komt een top 4 van klachten. 1 dat ze een nieuwe klacht hebben of verergering van de oude klacht 2 dat er complicaties zijn 3 controle afspraken 4 dat ze naar een ander ziekenhuis gingen. Dat is het enige wat we zagen, ik kan niet achterhalen waarom die klachten zijn ontstaan, dan zou je dieper in het dossier moeten kijken of moeten nabellen maar daar zit heel erg veel weerstand. Ik weet daarom niet of we daar echt grip op kunnen krijgen.

M1: hoe kon je het functieverlies objectiveren?

D: we hebben zelf het dossieronderzoek niet gedaan. We hebben alleen een lijst met waarom ze voor hun eerste en volgende opname kwamen.

M1: maar als je het over functieverlies hebt is er objectiveerbaar dat iemand eerst zijn rug kon wassen en nu niet meer.

D: dat is van literatuuronderzoek wat zei heeft gedaan, dat staat hier los van.

C: we mochten zelf geen dossier onderzoek doen i.v.m. de privacy van de patiënten.

M1: want functieverlies is een heel rekbaar begrip.

C: maar het wordt ook niet echt gemeten op dit moment dus we kunnen ook niet zeggen dat iemand nu meer hulp nodig heeft. Daarom hebben we ook het dossieronderzoek gedaan om te kijken waar in het algemeen de problemen zitten.

M1: heb jij nog kijk op functieverlies want ik vind het altijd een beetje een rekbaar begrip.

I: het kan zo en zo heel duidelijk zijn zoals bij een schouder fractuur. Als je boven de zeventig bent neemt je spierkracht zo en zo af, bij de 55e begint dit al. Met name in je bovenbenen neemt je spierweefsel af en wordt dit omgezet in vet, ook al sport je en fiets je veel.

Als je maar een arm kan gebruiken hoe kleed jij je dan aan? Als je ouder bent moet je vaak ook wat meer plassen en hoe ga je dit regelen? Dus eigenlijk snap je met je boerenverstand dan wel dat het een rommeltje gaat worden thuis.

Dus je spierkracht neemt af, iedereen boven de 65 heeft iets van artrose en je hoeft alleen maar je bovenarm te breken en je bent de sjaak.

C.: en zo en zo als je al een paar uur op de eerste hulp hebt gelegen dat lig je ook op dat bed en wordt je stijf.

I: dan zie je vaak dat mensen uitgedroogd zijn, minder voeding hebben binnen gekregen, temperatuur is gedaald, dat is allemaal logisch verklaarbaar.

M2: daarom zijn we zo blij dat we een echt bed hebben voor ouderen patiënten die lang moeten liggen.

Wat we wel een beetje doen, maar dat is ook weer afhankelijk per persoon, als je iemand ziet binnenkomen met een rollator dan vraag je goh hoe dut u dat nou thuis? Heeft u zorg?

Dan kan je een beetje anticiperen van ik moet wat uitbreiding vragen of dat gaat het helemaal niet worden dus je moet opgenomen worden.

I.: maar zo en zo de hele hectiek op de spoedeisende hulp of het ziekenhuis is al niet goed voor een oudere. Daar raken ze al heel erg door van slag.

M1: het screenings instrument moet je dan echt specificeren, bv die verkorte kats want die heeft op alle domeinen een vraag. En dan kan je dus inschatten van er zit een probleem op het gebied van psyché, voortbewegen of noem maar op . En dan heb je het gewoon teruggebracht tot een vragenlijst en een score en op de score komt dan een interventie te staan.

I.: maar je kan het ook benoemen van het is geen onderbuik gevoel meer en dan staan mensen er ook meer voor open. Je kan via de schaal dan makkelijker motiveren waarom je denkt dat hij misschien 24 uur opgenomen moet worden.

D.: ja de screeningsinstrumenten die bij ons uit het onderzoek zijn gekomen zijn de GCA en de ISAR.

M1: de GCA staat anderhalf uur voor. De kats ald6 heb je hier; heeft u hulp nodig met: douchen, aankleden, naar de toilet gaan, gebruik incontinentie materiaal, hulp nodig bij transfer van bed naar stoel en heeft u hulp nodig bij het eten.

Als iemand zes keer ja scoort kan hij niet naar huis want hij kan niks, als iemand 4 keer ja scoort zit je aardig in de richting dat hij niet naar huis kan. Bij een score lager dan twee zou je nog kunnen overwegen om thuiszorg te gaan regelen, of iets binnen zoveel uur. Iemand kan het even uitzingen maar dan kan je zeggen is er dan een po- stoel nodig of is er thuiszorg nodig of is er iemand nodig die het eten verzorgd. Dan kan je heel specifiek op het ene ding een interventie zetten die geregeld kan worden met de volgende dag transfer, met de huisarts of via het wijkteam wat er straks aankomt.

Of als het midden in de nacht is zou je kunnen zeggen een opname van 24 uur waarbinnen alles geregeld moet worden. Een specialist moet dan toestemming geven voor een kortdurende opname.

D.: en wanneer zou je deze toepassen zou je dit gericht op het moment bijna klaar zou zijn voor ontslag?

M1: dat is aan jullie om te kijken wat is nou handig, wat werkt nou. Als je er een hebt gekozen, wat is dan handig en is het toepasbaar?

M2: Ja of we doen het alleen en kunnen er vervolgens niks mee, want dat vind ik ook zonde. Je moet wel je acties kunnen doen.

I.: ja want dat ontneemt ook de motivatie om het te gaan doen.

Dus met andere woorden als je een goed screeningsinstrument hebt bedacht ben je er nog lang niet.

D.: nee dat was ook niet onze instelling.

C.: het vervelende is dat we ook maar 20 weken hebben we kunnen niet het hele project op ons nemen dus we proberen echt alleen aanbevelingen te doen om het in ieder geval op te starten. En dat het dan verder overgenomen wordt.

I.: het is al heel wat dat jullie er een punt van maken dat jullie hebben gezien dat het anders zou kunnen en het beter moet. Dan heb je al een punt bereikt, bewustwording.

M1: je hebt gezien waar de problemen liggen en je moet inzien dat je heel laag moet beginnen, dat is jouw project.

I.: heel veel mensen hebben geen affiniteit met ouderen, willen het niet snappen en vinden het lastig.

1. Had u nog vragen/ opmerkingen t.a.v. het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

Je moet een grens stellen aan een project, als mensen zodanig verslechterd zijn en 24 uur worden opgenomen dan zou je moeten zeggen of een hospice of een verpleeghuis. En dan zet je het transferbureau erop. Het gaat echt om de patiënt.

M1: misschien is een heel belangrijke aanbeveling al dat als je het niet pluis gevoel hebt dat er dan een escape is.

M2: wat wij graag zouden willen is dat we dan een nummer kunnen bellen van we hebben een bed nodig.

M1: of dat je zegt opname voor 24 uur en dan geriatrie erbij, en die bepaald wat de zorgvraag is.

M2: willen jullie vaker ingeschakeld worden?

M1: we willen ingeschakeld worden in die cases waarbij wij iets kunnen betekenen voor de patiënt. Vooral de schrijnenede gevallen waarbij je niet weet waar het aan ligt.

Je wil dus tijd hebben om uit te zoeken waar het niet pluis gevoel vandaan komt, op de eerste hulp los je dit niet op.

M2: ja en stel dat mensen naar huis kunnen maar wel met zorg hoe regel je dat dan buiten kantoortijden?

M1: ja daar zou de kats ook van pas komen zoals wanneer je ziet dat hij lager is dan twee, je ziet een verpleegprobleem dat betekend dat er eventjes nu geen toilet is. Dat is nog overzichtelijk, is hij hoger dan moet er nu uitgezocht worden hoe we het op gaan lossen. Tijdens kantooruren kan je transfer bellen. Je hebt eigenlijk een goed score systeem nodig en op tijd een time out zodat er tijd is om de zorg te regelen die nodig is.

M2: wij willen ons daar wel voor inzetten maar hebben niet altijd de tijd daarvoor.

M1: de eerste stap is bewustwording en affiniteit.

M2: er moet continuïteit in de brieven naar de huisarts.

M1: wat is mis in de ontslagbrief is de zachte kant, het gaat alleen maar over de labuitslagen en ik mis daarin het psychosociale stuk. Daar hebben we best wel zicht op, ook al heb je er geen oplossing voor dan moet het wel in de brief naar de huisarts.

We zijn nu bezig met de zorgbrug waarbij het beter moet worden vastgelegd hoe het met de patiënt gesteld is en dan ook van de psychosociale kant.

## Bijlage 6: Uitgewerkte interviews andere ziekenhuizen

**Gestructureerde Interview met perifere SEH 1**

1. In welk soort instelling werkt u?

Ik werk in een algemeen ziekenhuis

1. Wat is uw functie?

Ik ben teamleider van de spoedeisende hulp

1. Hoe regelen jullie het ontslag van ouderen?

Het ontslag van ouderen wordt niet veel anders geregeld dan het ontslag van andere patiënten vanaf de SEH.

1. Komen ouderen terug of bellen zij terug?

Ouderen bellen en komen terug naar de SEH.

1. Kunnen jullie een top 3 geven aan redenen waarom zijn terugbelden of terugkwamen?

-Afspraken niet duidelijk

- toch opnieuw klachten

- verergering klachten

1. Welke problemen merken jullie dat ouderen thuis hebben?

Hier merken wij op dit moment niets van.

1. Gebruiken jullie screeningsinstrumenten en welke?

Ja we gebruiken de screeningsinstrumenten vanuit de VMS thema’s.

1. Hoe verloopt het gebruik van screeningsinstrumenten?

Voor de SEH merken wij dat er beperkte mogelijkheden zijn.

1. Vermindert het gebruik van screeningsinstrumenten het terugkomen en nabellen van ouderen op jullie afdeling?

Nee, hier merken wij niks van.

1. Wat doen jullie op het gebied van informatievoorziening bij ouderen en ontslag?

Wij hebben geen speciale informatievoorziening voor ouderen bij ontslag.

1. Welke punten komen er aan bod in jullie ontslaggesprek?

nvt

1. Had u nog vragen/opmerkingen t.a.v het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

nee

**Gestructureerde Interview met academische SEH 1**

1. In wat voor instelling werkt u?

Ik werk in het academisch ziekenhuis

1. Wat is uw functie?

Hoofd SEH

1. Hoe regelen jullie het ontslag van ouderen?

Wij hebben geen speciaal ontslagproces voor ouderen, als er sprake is van een val dan verwijzen wij de patiënten door naar de valpoli.

1. Komen ouderen terug of bellen zij terug?

Terugbellen, niet vaak

We zien wel vaak dat ze terugkomen na opname, met dezelfde klacht of een nieuwe klacht.

1. Kunnen jullie een top 3 geven aan redenen waarom zijn terugbelden of terugkwamen?

1 nieuwe klacht

2 verergering oude klacht

3 thuis niet meer haalbaar

1. Welke problemen merken jullie dat ouderen thuis hebben?

Ja dat zien we zeker, de thuissituatie wordt dan onhoudbaar

Sociale indicatie, niet echt medische reden, ambulance neemt die mensen mee naar het ziekenhuis omdat ze het thuis niet langer meer redden ondanks dat daar geen medische indicatie voor is.

1. Gebruiken jullie screeningsinstrumenten en welke?

Ja bij opname, vms indicatoren waarop eventueel actie wordt ondernomen.

Dos, snack, vallen en fysieke beperking zijn de factoren die op ouderen zijn toegespitst verder scoren we bij iedere patiënt op medicatie en pijn.

1. Hoe verloopt het gebruik van screeningsinstrumenten?

Scores worden goed afgenomen, ik zie geen weerstand onder vpk om te scoren

Zijn weken waarop vpk 95% van alle patiënten screenen.

1. Vermindert het gebruik van screeningsinstrumenten het terugkomen en nabellen van ouderen op jullie afdeling?

Durf ik zo niet te zeggen, hier heb ik op dit moment geen zicht op.

1. Wat doen jullie op het gebied van informatievoorziening bij ouderen en ontslag?

Ontslaggesprek

1. Welke punten komen er aan bod in jullie ontslaggesprek?

Nazorg, nazorg wordt ook uitgezet via de transferverpleegkundige of het transferbureau, medicatie afgesproken, ha krijgt een voorlopige ontslagbrief, de definitieve wordt later opgestuurd.

1. Had u nog vragen/opmerkingen t.a.v. het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

Motivatie vragen om hiermee aan de slag te gaan,

Belangrijk, maatschappelijke verantwoordelijkheid, dwang zorgverzekeraar, indicatoren en thema’s ouderen nemen toe. Als je vanaf opname goed screent op nazorg dan is dit niet alleen beter voor de kwaliteit van zorg maar helpt dit ook om de effectiviteit van zorg te verbeteren waardoor mensen minder snel hoeven te worden heropgenomen.

**Gestructureerde Interview met perifere SEH 2**

1. In wat voor soort instelling werkt u?

Regionaal ziekenhuis regio Den Haag

1. Wat is uw functie?

Seh-vpk, vpk, specialist, klinisch epidemioloog, waarnemend zorgmanager

1. Hoe regelen jullie het ontslag van ouderen?

Hetzelfde als bij iedereen, instructies van de arts, of naar huis, of naar zorginstelling, als wijkzorg nodig is dan regelen we dat, we hebben daarvoor een protocol waarin staat wie we dag en nacht kunnen bellen. Nazorgtraject een half jaar geleden begonnen voor 75 plussers, meer kans op functieverlies, we bellen ze terug als ze naar huis gaan door seh verpleegkundige om te checken alles wat bij het ontslag is besproken duidelijk is en of er extra zorg nodig is

1. Komen ouderen terug of bellen zij terug?

Is nooit gemeten, bleek wel uit literatuur, sinds traject begonnen is loopt er wetenschappelijk onderzoek over retour en heropnames binnen 30 dagen.

Uit de voormeting voor het starten van het onderzoek bleek dat er verschil is tussen niet en wel nabellen, de ouderen die zijn nagebeld komen minder vaak terug op de SEH. Dit is echter een te korte periode om te kunnen meten of er significante verschillen zijn.

Tevredenheid bij patiënten is enorm, is de grootste winst. Ook al blijkt uit onderzoek dat het niet uitmaakt dan denken blijven ze toch nabellen vanwege de meerwaarde voor de patiënten, dit is ook opgedragen door de leiding van het ziekenhuis.

Tijdens het nabellen vissen we er vaak problemen uit, dagelijks worden er gemiddeld 10 patiënten van 75 plus gebeld, gemiddeld twee hebben er een probleem bij thuiskomst.

1. Kunnen jullie een top 3 geven aan redenen waarom zijn terugbelden of terugkwamen?

- poli afspraak – medicijnen -thuiszorg

1. Welke problemen merken jullie dat ouderen thuis hebben?

Zie bovenstaande+ soms is de patiënt zelf een mantelzorger die er thuis achter komt dat de zorg voor het familielid niet meer lukt na de opname, soms zorg voor partner patiënt inschakelen.

1. Gebruiken jullie screeningsinstrumenten en welke?

De isar hp in digitaal dossier, is verplichte vraag, anders kan de arts het dossier niet afsluiten.

1. Hoe verloopt het gebruik van screeningsinstrumenten?

Goed omdat het verplicht is.

1. Vermindert het gebruik van screeningsinstrumenten het terugkomen en nabellen van ouderen op jullie afdeling?

Dat weet ik niet, dat hebben we niet gemeten, ervoor wel voormeting gedaan. Nameting moeten de resultaten nog van komen.

1. Wat doen jullie op het gebied van informatievoorziening bij ouderen en ontslag?

Daar valt nog wel winst te behalen, gaat hetzelfde als bij andere patiënten, beperkte hoeveelheid folders voor bepaalde aandoeningen, ziektes, er wordt gemerkt dat ouderen vaak het niet onthouden hebben. Het zou fijn zijn als er meer folders waren omdat je merkt dat ouderen niet altijd hebben onthouden wat er in het ontslaggesprek is verteld.

1. Welke punten komen er aan bod in jullie ontslaggesprek?

Poli afspraken geven ze mee, indien mogelijk, soms briefje mee wat ze zelf moeten bellen.

Verwacht wordt dat minder mensen vergeten een poli afspraak te maken nu er wordt nagebeld, maar dit moet nog blijken uit het onderzoek.

Leefregels ook mondeling, medicatie op recept, evt folder, ha brief gaat digitaal naar de huisarts.

1. Had u nog vragen/opmerkingen tav het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

Ja ik wil het protocol voor nabellen graag naar jullie mailen als je hier wat aan denkt te hebben.

**Gestructureerde Interview met perifere SEH 3**

1. In wat voor soort instelling werkt u?

Regionaal ziekenhuis Noord Holland

1. Wat is uw functie?

SEH verpleegkundige

1. Hoe regelen jullie het ontslag van ouderen?

Brief gaat digitaal naar de ha, deze heeft de ha volgende dag. Patiënt krijgt evt poli afspraak mee, als de patiënt in het weekend met ontslag gaat wordt deze de volgende dag teruggebeld over de afspraak tenzij ze duidelijk aangeven de afspreek zelf te willen maken.

1. Komen ouderen terug of bellen zij terug?

Nee, ik merk hiervan geen verschil ten opzichte van de jongere patiënten.

1. Kunnen jullie een top 3 geven aan redenen waarom zijn terugbelden of terugkwamen?

Nvt

1. Welke problemen merken jullie dat ouderen thuis hebben?

Dat gaat dan via de huisarts, niet via de eerste hulp.

1. Gebruiken jullie screeningsinstrumenten en welke?

Alleen als ze opgenomen worden op een chirurgische afdeling, de isar score.

1. Hoe verloopt het gebruik van screeningsinstrumenten?

Wordt trouw gedaan, er komt een melding in het systeem als de arts deze nog niet heeft ingevuld.

1. Vermindert het gebruik van screeningsinstrumenten het terugkomen en nabellen van ouderen op jullie afdeling?

nvt

1. Wat doen jullie op het gebied van informatievoorziening bij ouderen en ontslag?

Ontslaggesprek, folders mee indien van toepassing op klachten.

1. Welke punten komen er aan bod in jullie ontslaggesprek?

Of alles duidelijk is en de eventuele vervolg afspraken.

1. Had u nog vragen/opmerkingen t.a.v. het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

nee

**Gestructureerde Interview met academische SEH 2**

1. In wat voor soort instelling werkt u?

Academisch ziekenhuis

1. Wat is uw functie?

Manager

1. Hoe regelen jullie het ontslag van ouderen?

We hebben geen specifiek ontslag voor ouderen, een kwart van de patiënten van 65 jaar en ouder op de SEH wordt opgenomen. Er wordt wel gevraagd naar woon omstandigheden en het vervoer naar huis. Als het thuis niet gaat wordt er met behandelend specialist besproken, soms wordt een patient op sociale gronden opgenomen. Dit gebeurd vooral in de avonduren, dan kan de huisarts de volgende dag het ontslag regelen. Dit doen we eigenlijk voor al onze patiënten, niet specifiek voor ouderen

1. Komen ouderen terug of bellen zij terug?

Nee dit aantal is niet significant, in deze omgeving zie je veel culturen waar de familie een belangrijke rol hebben, ze nemen de zorg voor oudere familieleden op zich. Daarom komt het probleem hier weinig voor.

We zien het aantal ouderen toenemen, worden minder gezond, komen dus ook vaker op SEH Mantelzorgers die de taak vroeger vaak op zich namen zijn tegen de tijd dat de mantelzorg nodig is ook al op leeftijd. Het ziekenhuis zou een ziekenhuisbreed beleid moeten maken voor deze categorie patiënten.

Bij orthopedie en trauma wordt de geriatrie erbij gevraagd als er een oudere patiënt wordt opgenomen, dit gebeurd niet op SEH

1. Kunnen jullie een top 3 geven aan redenen waarom zijn terugbelden of terugkwamen?

- Retour met dezelfde klacht

- Het gaat thuis niet (te ziek, zorg niet te regelen in weekend)

– De huisarts is niet bereikbaar.

1. Welke problemen merken jullie dat ouderen thuis hebben?

We merken vooral dat de partners van ouderen patiënten vaak ook kwetsbaar zijn door de ouderdom.

1. Gebruiken jullie screeningsinstrumenten en welke?

We screenen op valpreventie, dit is een van de jci risicogroepen. Als patiënten boven de 70 zijn er eerder zijn gevallen eerder gevallenen wordt het als een hoog valrisico gescreend. Verder zijn er geen specifieke screeningsinstrumenten voor ouderen . In de brede zin, wordt er gescreend op specifieke aandoeningen en vind er triage plaats op de SEH.

Iedereen die gevallen is van 65 jaar en ouder, wordt gevraagd op de poli te komen, er wordt dan een halve dag op een verhoogd valrisico gescreend.

1. Hoe verloopt het gebruik van screeningsinstrumenten?

Dit gaat via poli, patiënten krijgen thuis een telefoontje of ze willen komen. Wordt ook gebruikt bij mensen die bv gevallen zijn met sporten. Dit is het nadeel van de screening, omdat ook gezonde sportieve mensen worden gebeld thuis die hier helemaal geen baat bij hebben.

1. Vermindert het gebruik van screeningsinstrumenten het terugkomen en nabellen van ouderen op jullie afdeling?

Nee maar we zien zo en zo niet veel ouderen terugkomen.

Er zijn wel patiënten die regelmatig terugkomen maar dat zijn niet perse ouderen.

1. Wat doen jullie op het gebied van informatievoorziening bij ouderen en ontslag?

We doen niets speciaal voor ouderen. Het gaat hetzelfde als bij andere patiënten, wel nemen we contact op met de ha, de ontslagbrief gaat tegenwoordig digitaal naar ha.

soms worden ouderen opgenomen vanwege sociale omstandigheden.

Van de week was er een man die was gevallen. Hij had daarna een zere heupen een pneumonie, toen hebben we om half twaalf ‘s avonds een plekje in een verzorgingshuis kunnen regelen.

Dit plekje was alleen vrij omdat de opname coördinator van het verzorgingshuis niet wist dat er dochters aanwezig waren.

Er is wel een nummer om in avonduren te bellen, dit ligt echter vaak vol

Ouderen willen zelf vaak geen zorg, op de SEH is er geen tijd om uitgebreid de thuissituatie en de zorgbehoefte te analyseren, ze worden daarom vaak doorverwezen naar de huisarts hiervoor.

De problemen bestaan vaak al langer, patiënten komen hier voor oplossing.

1. Welke punten komen er aan bod in jullie ontslaggesprek?

De poli afspraak, leefregels, eventuele benodigde fysio en medicatie

Er wordt meestal niet naar de redzaamheid thuis gevraagd, omdat je dit niet op kan lossen op de SEH.

Er is gebleken dat als ouderen vallen er vaak alcoholgebruik in het spel is, ouderen kunnen slecht tegen het alleen zijn. Er heerst vaak ook een taboe op het alcoholgebruik omdat ouderen zich hiervoor schamen en daarom niet om hulp vragen.

1. Had u nog vragen/opmerkingen t.a.v. het ontslagproces die nog niet aan bod zijn gekomen?

Ja, de vraag is hoort het op de spoedeisende hulp thuis dit probleem, omdat er door de snelle turn- over geen tijd is om de thuissituatie te analyseren.

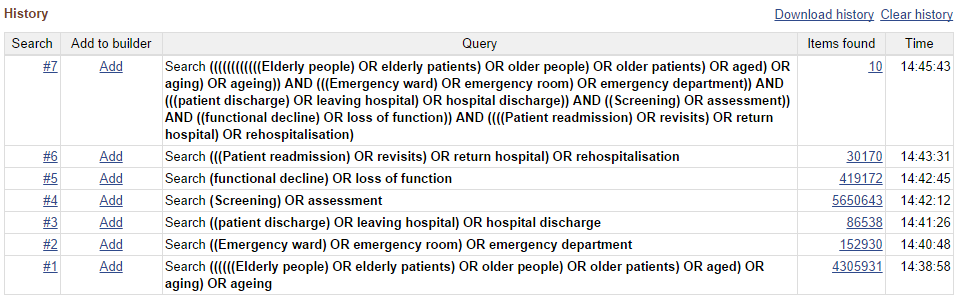
## Bijlage 7: Risico-analyse

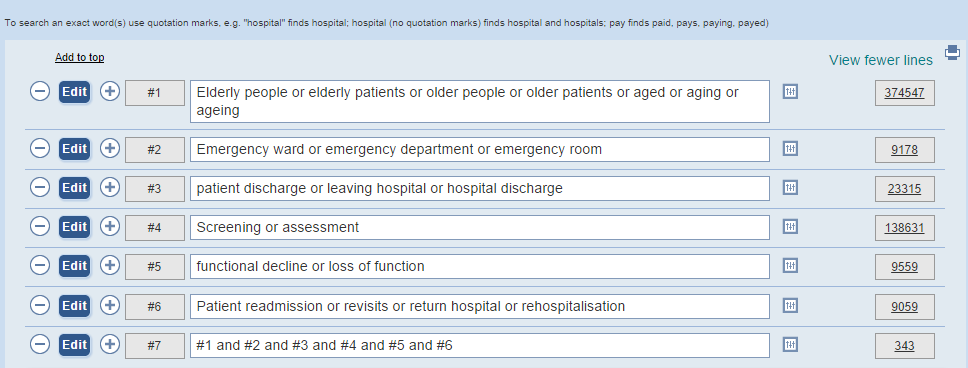
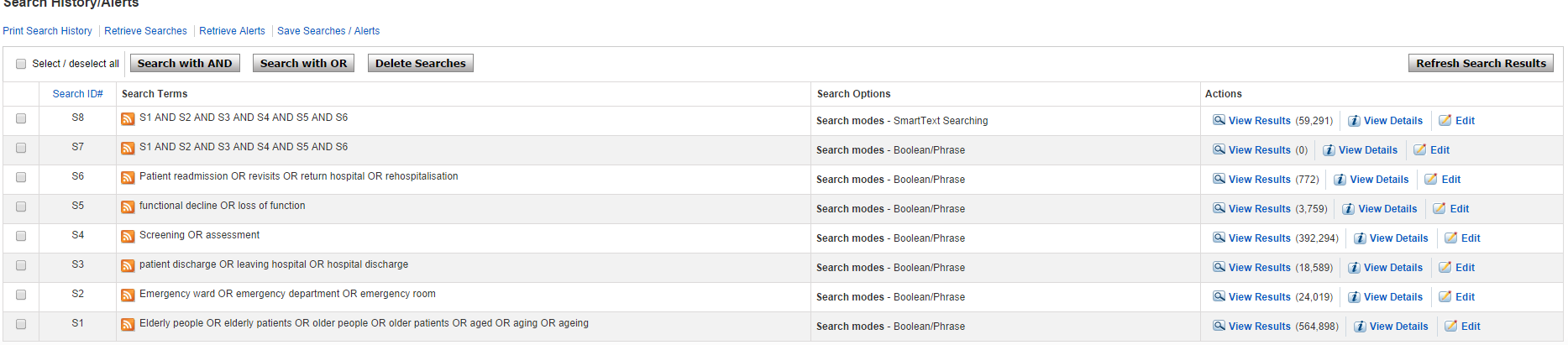
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Risico-analyse BEINVLOED RESULT** | **Print** |  |  |  |
|  |  | *31-10-2014* |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Bij een risicopercentage > 50%, dient het project niet in deze vorm worden uitgevoerd. | | | |  |  |
| Categorie | Risico | Waarde \* | Factor \*\* | Zwaarte \*\* | Risicotot. |
| **Tijdsfactor** | | maak keuze |  |  |  |
| 1 | Geschatte looptijd van het project | 3 - 6 maanden | 1 | 4 | 4 |
| 2 | Kent het project en definitieve deadline | Ja | 2 | 4 | 8 |
| 3 | Is de tijd voldoende om project te realiseren | Voldoende | 1 | 4 | 4 |
| **Complexiteit van het project** | | maak keuze |  |  |  |
| 4 | Aantal functionele deelgebieden dat betrokken is | 1 | 0 | 4 | 0 |
| 5 | Aantal functionele deelgebieden dat gebruik gaat maken van de resultaten | 2-3 | 1 | 2 | 2 |
| 6 | Gaat het om een aanpassing of een nieuw project | Geheel nieuw | 3 | 5 | 15 |
| 7 | In hoeverre zullen bestaande verantwoordelijkheden moeten wijzigen | Sterk | 3 | 5 | 15 |
| 8 | Zijn er andere projecten afhankelijk van dit project | Nee | 0 | 5 | 0 |
| 9 | Wat zal de houding zijn van de gebruikers | Geïnteresseerd | 1 | 5 | 5 |
| 10 | Zijn er deelprojecten, is de voortgang afhankelijk van de coordinatie hiertussen | Nee | 1 | 3 | 3 |
| **De projectgroep** | | maak keuze |  |  |  |
| 11 | Welke medewerkers werken aan het project mee | Beperkt intern | 1 | 4 | 4 |
| 12 | Wat is het geografische spreiding van de projecten | 1 | 0 | 2 | 0 |
| 13 | Aantal projectleden dat op piektijden > 80% betrokken is | 1-5 | 0 | 5 | 0 |
| 14 | Verhouding materiedeskundigen tov projectdeskundigen | Goed | 0 | 5 | 0 |
| 15 | Nemen gebruikers deel aan de projectgroep | In beperkte mate | 3 | 3 | 9 |
| **De projectleiding** | | maak keuze |  |  |  |
| 16 | Is de projectleiding materiedeskundig | Redelijk deskundig | 2 | 3 | 6 |
| 17 | Hoe deskundig is de projectleiding mbt de projectplanning | Redelijk deskundig | 2 | 3 | 6 |
| 18 | Hoeveel ervaring heeft de projectleider met projecten als deze | Weinig ervaring | 3 | 3 | 9 |
| 19 | Hoe deskundig zijn de adviseurs op het te onderzoeken gebied | Beperkt deskundig | 3 | 5 | 15 |
| 20 | Hoe deskundig zijn de materiedeskundigen op het te onderzoeken gebied | Beperkt deskundig | 3 | 5 | 15 |
| 21 | Hoe betrokken zijn de verantwoordelijke lijnmanagers bij het project | Beperkt betrokken | 5 | 5 | 25 |
| 22 | Is de kans groot dat de samenstelling van de projectgroep wijzigt tijdens het project | Kleine kans | 0 | 5 | 0 |
| 23 | Worden door de projectgroep standaardmethoden gebruikt | Ja, alleen maar | 0 | 4 | 0 |
|  |  |  |  |  |  |
| *Vervolg risico-analyse* | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Categorie | Risico | Waarde \* | Factor \*\* | Zwaarte \*\* | Risicotot. |
| **Duidelijkheid van het project** | | maak keuze |  |  |  |
| 24 | Zijn probleem en doelstelling voldoende bekend bij alle projectleden | Ja, iedereen | 0 | 5 | 0 |
| 25 | Is het onderzoeksgebied nauwkeurig vastgelegd | Ja | 0 | 5 | 0 |
| 26 | Is er voldoende afbakening met andere projecten | Voldoende | 0 | 4 | 0 |
| 27 | Is er voldoende tijd gepland voor afstemming en besluitvorming | Voldoende | 0 | 4 | 0 |
| 28 | Zijn de randvoorwaarden duidelijk | De meeste wel | 1 | 4 | 4 |
| 29 | Werken de randvoorwaarden beperkend genoeg | Ja | 0 | 5 | 0 |
|  |  |  | **Totaal** |  | **149** |
|  |  |  | **Risicopercentage \*\*\*** | | **34%** |
| **Opmerking:** | Dit model geeft slechts een zeer grove indicatie van risico's | |  |  |  |
|  | Paragraaf 3.12 in het boek geeft een degelijker methode analyse van Risico's tijdens een project | | | | |
| *\* Waarde gekozen door projectleider.* | |  |  |  |  |
| *\*\* Hoogte factor en waarde staan vast.* | |  |  |  |  |
| *\*\*\* Risicopercentage is de totaalscore gedeeld door 433 (maximale score) maal 100.* | | | Let op: dit is slechts een indicatie | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Aangezien het risico-percentage een totaalbeeld geeft, kan het zijn dat een bepaalde categorie wel | | | | |  |
| voor een hoog risico zorgt. Hieronder een specificatie per categorie om eventuele verbeterpunten | | | | |  |
| zichtbaar te maken. | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Categorie** (met maximale score versus werkelijke score) | |  |  |  |  |
| Tijdsfactor |  | Maximaal | 40 | Score | 16 |
| Complexiteit van het project |  | Maximaal | 80 | Score | 40 |
| De projectgroep |  | Maximaal | 65 | Score | 13 |
| De projectleiding |  | Maximaal | 129 | Score | 76 |
| Duidelijkheid van het project |  | Maximaal | 119 | Score | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Conclusie:** |  | | | |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |

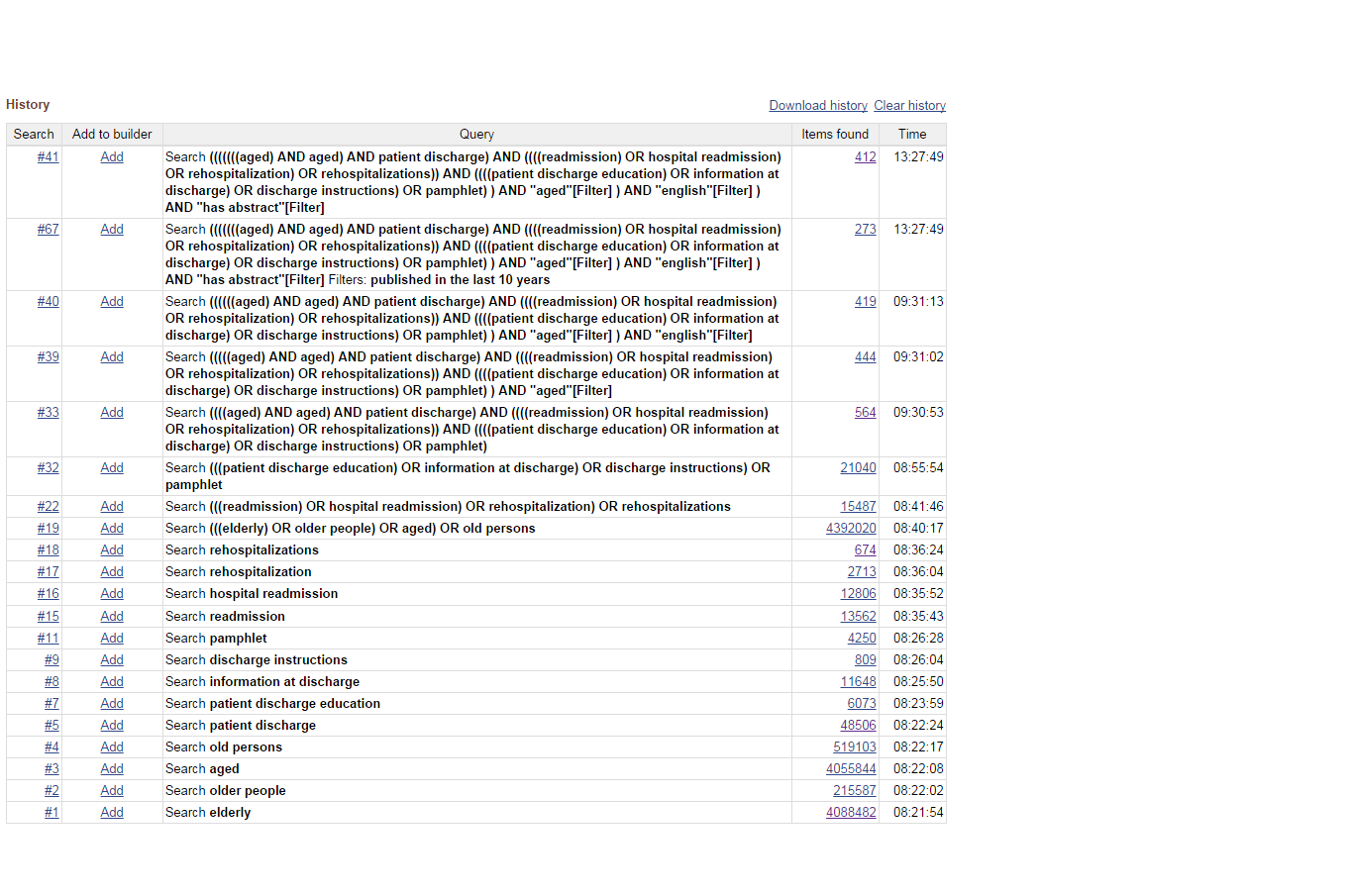
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Risico** | **Kans** | **Gevolg** | **therapie** |
| Tijdsdruk | Groot | Stress | * Beperkte taken eerder uitvoeren * Prioriteiten * Afspraken en deadline |
| Tegenvallers  (zieke betrokkenen) | Gemiddeld | Stress | * Afspraken maken wat te doen in geval van calamiteiten met opdrachgever/projectbegeleider |
| Wijzigingen  (personeelswisselingen) | Gemiddeld | Stress | * Zie hierboven |
| Veel aanpassingen nodig aan documenten | Groot | Tijdsruk  Stress | * Incalculeren verbetermomenten * Strakke planning |
| Tegenstrijdige belangen (SEH-Geriatrie) | Gemiddeld | Breder | * Afbakenen |
| Weerstand | Hoog | Stress  Tijdsdruk | * Vooruitwerken * Bij dreiging einde afstuderen contact projectbegeleider en opdrachtgever |

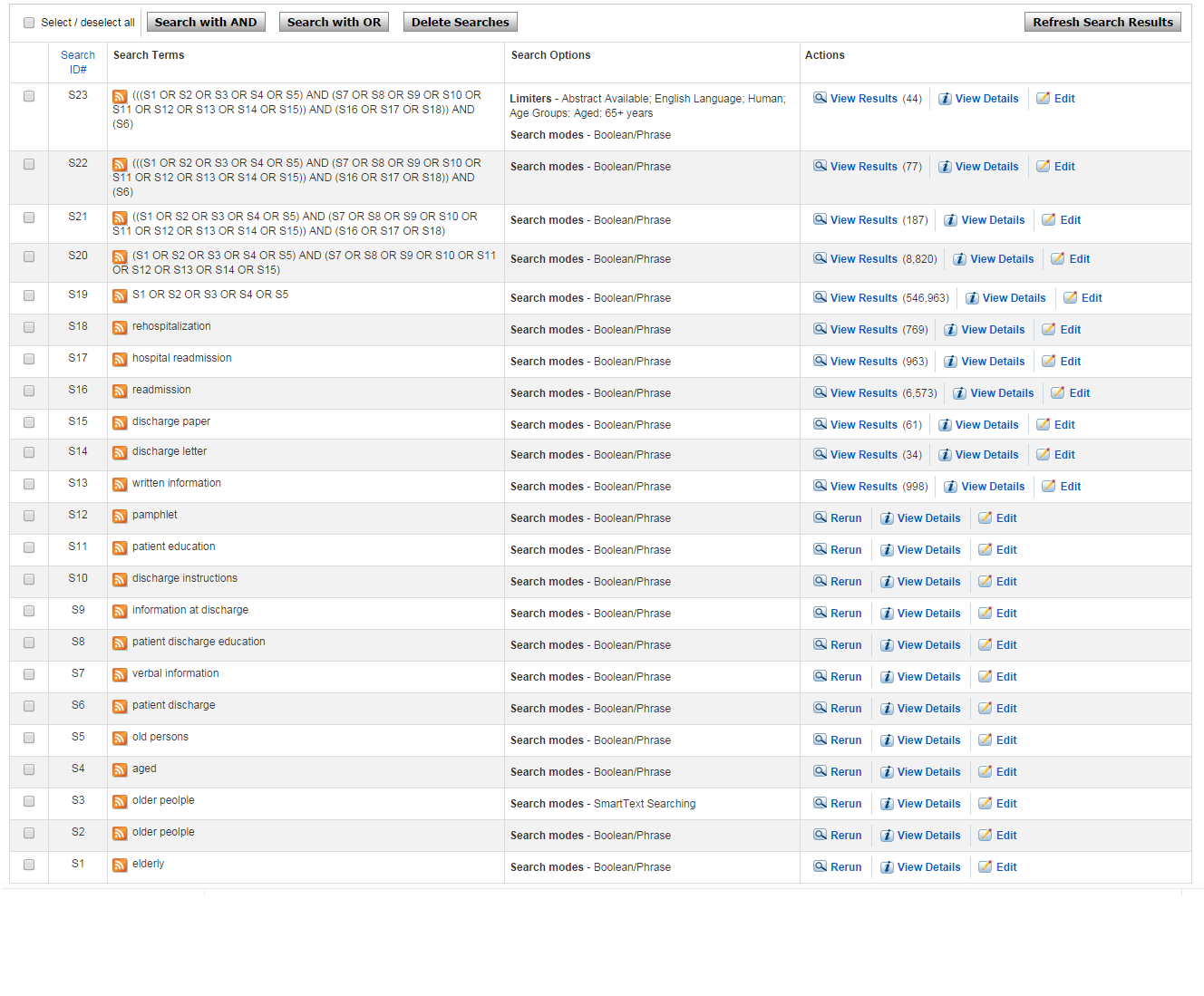
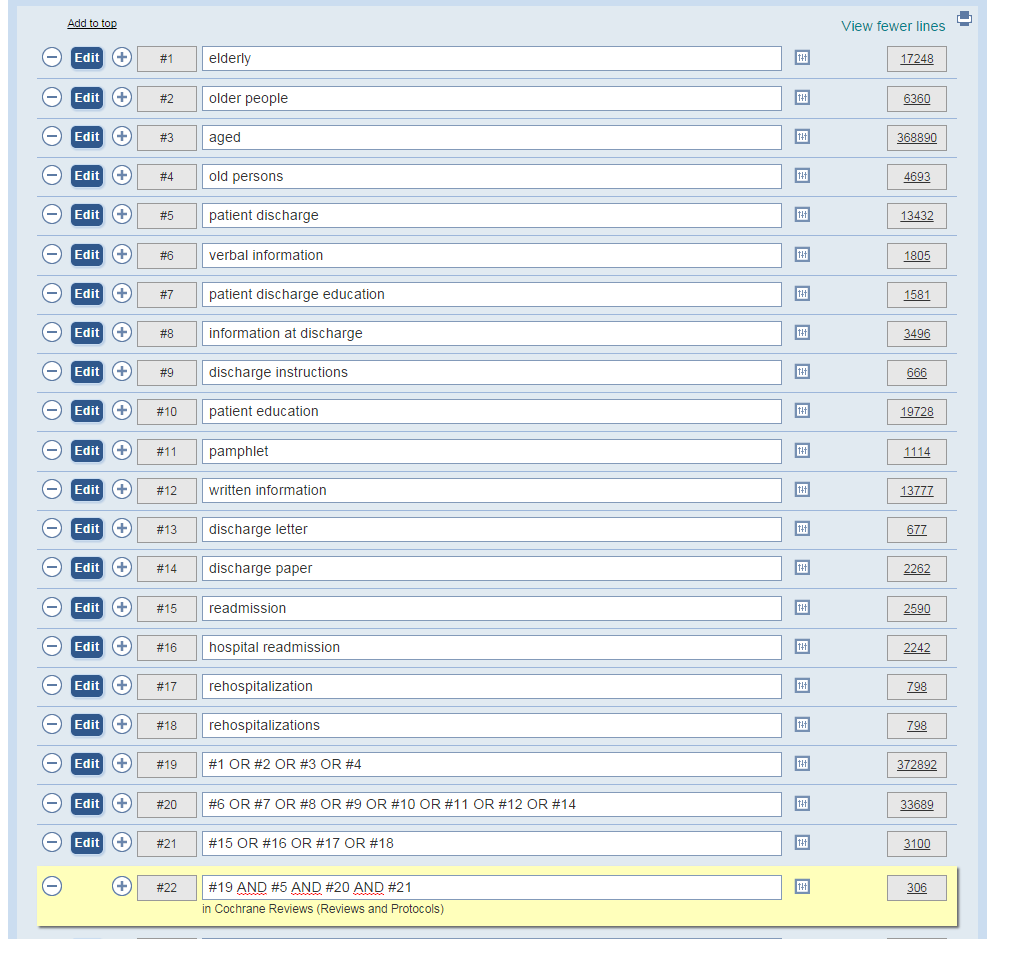
Tabel 14: risico-analyse opdrachtnemers

## Bijlage 8: Print screens literatuuronderzoek

****

****





## Bijlage 9: Data dossieronderzoek

**Cijfers 2014**

**65+ meerdere keren opgenomen op de SEH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| bezoekdatum SEH | ontslagsoort ("1"= naar huis) | Leeftijd | ooit een "1" (= direct naar huis) | Meerdere keren |
| 31-7-2014 | 3 | 67 | 1 | 1 |
| 28-8-2014 | 1 | 67 | 1 | 1 |
| 22-1-2014 | 1 | 79 | 1 | 1 |
| 9-3-2014 | 3 | 79 | 1 | 1 |
| 15-3-2014 | 3 | 79 | 1 | 1 |
| 11-5-2014 | 3 | 79 | 1 | 1 |
| 19-5-2014 | 3 | 79 | 1 | 1 |
| 17-6-2014 | 3 | 79 | 1 | 1 |
| 2-9-2014 | 3 | 79 | 1 | 1 |
| 21-3-2014 | 3 | 78 | 1 | 1 |
| 14-4-2014 | 1 | 78 | 1 | 1 |
| 28-5-2014 | 2 | 69 | 1 | 1 |
| 5-6-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 23-4-2014 | 1 | 78 | 1 | 1 |
| 26-8-2014 | 1 | 79 | 1 | 1 |
| 18-5-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 24-8-2014 | 1 | 82 | 1 | 1 |
| 15-6-2014 | 3 | 84 | 1 | 1 |
| 22-6-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 6-3-2014 | 1 | 72 | 1 | 1 |
| 1-9-2014 | 2 | 73 | 1 | 1 |
| 16-2-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 21-3-2014 | 1 | 80 | 1 | 1 |
| 2-7-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 19-1-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 14-2-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 15-4-2014 | 1 | 74 | 1 | 1 |
| 18-4-2014 | 1 | 74 | 1 | 1 |
| 1-7-2014 | 2 | 75 | 1 | 1 |
| 26-3-2014 | 1 | 80 | 1 | 1 |
| 11-5-2014 | 2 | 80 | 1 | 1 |
| 11-5-2014 | 1 | 80 | 1 | 1 |
| 13-1-2014 | 1 | 66 | 1 | 1 |
| 27-3-2014 | 2 | 66 | 1 | 1 |
| 26-6-2014 | 3 | 67 | 1 | 1 |
| 30-8-2014 | 3 | 67 | 1 | 1 |
| 20-9-2014 | 1 | 67 | 1 | 1 |
| 31-1-2014 | 1 | 86 | 1 | 1 |
| 25-2-2014 | 3 | 86 | 1 | 1 |
| 25-4-2014 | 1 | 66 | 1 | 1 |
| 8-5-2014 | 1 | 66 | 1 | 1 |
| 9-4-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 24-8-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 31-1-2014 | 3 | 93 | 1 | 1 |
| 1-7-2014 | 3 | 93 | 1 | 1 |
| 20-7-2014 | 1 | 93 | 1 | 1 |
| 11-8-2014 | 1 | 82 | 1 | 1 |
| 9-9-2014 | 3 | 82 | 1 | 1 |
| 8-1-2014 | 3 | 79 | 1 | 1 |
| 23-2-2014 | 1 | 79 | 1 | 1 |
| 5-6-2014 | 1 | 77 | 1 | 1 |
| 11-8-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 11-4-2014 | 3 | 89 | 1 | 1 |
| 15-4-2014 | 1 | 89 | 1 | 1 |
| 31-3-2014 | 3 | 71 | 1 | 1 |
| 22-9-2014 | 1 | 72 | 1 | 1 |
| 11-5-2014 | 1 | 102 | 1 | 1 |
| 20-7-2014 | 1 | 103 | 1 | 1 |
| 22-4-2014 | 2 | 90 | 1 | 1 |
| 7-7-2014 | 1 | 90 | 1 | 1 |
| 10-8-2014 | 3 | 90 | 1 | 1 |
| 17-4-2014 | 2 | 82 | 1 | 1 |
| 10-5-2014 | 1 | 82 | 1 | 1 |
| 15-4-2014 | 1 | 66 | 1 | 1 |
| 18-4-2014 | 1 | 66 | 1 | 1 |
| 2-5-2014 | 3 | 66 | 1 | 1 |
| 29-3-2014 | 1 | 71 | 1 | 1 |
| 30-3-2014 | 1 | 71 | 1 | 1 |
| 11-4-2014 | 2 | 71 | 1 | 1 |
| 5-4-2014 | 3 | 69 | 1 | 1 |
| 12-7-2014 | 5 | 69 | 1 | 1 |
| 16-9-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 2-2-2014 | 3 | 66 | 1 | 1 |
| 7-2-2014 | 1 | 66 | 1 | 1 |
| 6-4-2014 | 3 | 66 | 1 | 1 |
| 7-5-2014 | 2 | 76 | 1 | 1 |
| 8-5-2014 | 1 | 76 | 1 | 1 |
| 20-2-2014 | 3 | 69 | 1 | 1 |
| 2-3-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 8-1-2014 | 2 | 73 | 1 | 1 |
| 31-7-2014 | 1 | 73 | 1 | 1 |
| 12-7-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 25-7-2014 | 1 | 80 | 1 | 1 |
| 10-2-2014 | 3 | 90 | 1 | 1 |
| 3-3-2014 | 1 | 90 | 1 | 1 |
| 18-2-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 1-4-2014 | 2 | 69 | 1 | 1 |
| 27-4-2014 | 3 | 84 | 1 | 1 |
| 20-6-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 26-3-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 29-3-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 26-5-2014 | 2 | 83 | 1 | 1 |
| 3-7-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 31-5-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 31-5-2014 | 2 | 81 | 1 | 1 |
| 24-1-2014 | 3 | 82 | 1 | 1 |
| 2-8-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 12-5-2014 | 1 | 87 | 1 | 1 |
| 24-8-2014 | 1 | 87 | 1 | 1 |
| 6-6-2014 | 1 | 80 | 1 | 1 |
| 16-6-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 3-7-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 28-2-2014 | 3 | 76 | 1 | 1 |
| 4-6-2014 | 1 | 76 | 1 | 1 |
| 19-1-2014 | 3 | 85 | 1 | 1 |
| 31-5-2014 | 1 | 85 | 1 | 1 |
| 1-6-2014 | 1 | 68 | 1 | 1 |
| 27-8-2014 | 2 | 68 | 1 | 1 |
| 18-4-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 2-5-2014 | 1 | 77 | 1 | 1 |
| 30-6-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 17-9-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 26-5-2014 | 1 | 71 | 1 | 1 |
| 6-6-2014 | 3 | 71 | 1 | 1 |
| 5-2-2014 | 3 | 76 | 1 | 1 |
| 14-3-2014 | 1 | 76 | 1 | 1 |
| 17-2-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 22-7-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 30-7-2014 | 2 | 70 | 1 | 1 |
| 6-8-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 2-9-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 10-2-2014 | 3 | 79 | 1 | 1 |
| 10-8-2014 | 1 | 80 | 1 | 1 |
| 25-5-2014 | 1 | 73 | 1 | 1 |
| 1-6-2014 | 1 | 73 | 1 | 1 |
| 14-1-2014 | 3 | 69 | 1 | 1 |
| 16-1-2014 | 3 | 69 | 1 | 1 |
| 20-1-2014 | 2 | 69 | 1 | 1 |
| 1-2-2014 | 2 | 69 | 1 | 1 |
| 11-2-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 17-2-2014 | 3 | 69 | 1 | 1 |
| 19-3-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 6-1-2014 | 3 | 86 | 1 | 1 |
| 23-1-2014 | 3 | 86 | 1 | 1 |
| 23-1-2014 | 1 | 86 | 1 | 1 |
| 10-1-2014 | 2 | 95 | 1 | 1 |
| 12-1-2014 | 2 | 95 | 1 | 1 |
| 16-2-2014 | 1 | 95 | 1 | 1 |
| 2-1-2014 | 3 | 67 | 1 | 1 |
| 2-2-2014 | 3 | 67 | 1 | 1 |
| 2-4-2014 | 3 | 67 | 1 | 1 |
| 1-9-2014 | 1 | 68 | 1 | 1 |
| 25-3-2014 | 3 | 78 | 1 | 1 |
| 28-3-2014 | 1 | 78 | 1 | 1 |
| 22-3-2014 | 1 | 76 | 1 | 1 |
| 22-3-2014 | 3 | 76 | 1 | 1 |
| 12-4-2014 | 3 | 76 | 1 | 1 |
| 5-5-2014 | 2 | 72 | 1 | 1 |
| 7-5-2014 | 1 | 72 | 1 | 1 |
| 4-7-2014 | 1 | 74 | 1 | 1 |
| 15-7-2014 | 3 | 74 | 1 | 1 |
| 28-6-2014 | 2 | 72 | 1 | 1 |
| 3-7-2014 | 1 | 72 | 1 | 1 |
| 4-3-2014 | 3 | 79 | 1 | 1 |
| 15-7-2014 | 1 | 79 | 1 | 1 |
| 18-1-2014 | 3 | 72 | 1 | 1 |
| 25-4-2014 | 1 | 72 | 1 | 1 |
| 7-5-2014 | 2 | 83 | 1 | 1 |
| 9-6-2014 | 3 | 83 | 1 | 1 |
| 18-9-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 15-4-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 22-7-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 6-3-2014 | 3 | 79 | 1 | 1 |
| 14-3-2014 | 1 | 79 | 1 | 1 |
| 9-7-2014 | 2 | 67 | 1 | 1 |
| 14-7-2014 | 3 | 67 | 1 | 1 |
| 21-7-2014 | 3 | 67 | 1 | 1 |
| 27-7-2014 | 1 | 67 | 1 | 1 |
| 29-7-2014 | 3 | 67 | 1 | 1 |
| 16-8-2014 | 2 | 67 | 1 | 1 |
| 21-9-2014 | 3 | 68 | 1 | 1 |
| 28-9-2014 | 1 | 68 | 1 | 1 |
| 21-4-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 11-8-2014 | 1 | 77 | 1 | 1 |
| 12-8-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 12-1-2014 | 3 | 91 | 1 | 1 |
| 4-4-2014 | 1 | 91 | 1 | 1 |
| 25-3-2014 | 1 | 76 | 1 | 1 |
| 16-8-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 2-1-2014 | 2 | 73 | 1 | 1 |
| 3-1-2014 | 1 | 73 | 1 | 1 |
| 12-5-2014 | 3 | 79 | 1 | 1 |
| 13-5-2014 | 1 | 79 | 1 | 1 |
| 2-1-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 2-1-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 25-7-2014 | 1 | 73 | 1 | 1 |
| 8-8-2014 | 3 | 73 | 1 | 1 |
| 19-8-2014 | 3 | 73 | 1 | 1 |
| 8-1-2014 | 1 | 78 | 1 | 1 |
| 24-5-2014 | 3 | 79 | 1 | 1 |
| 9-2-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 31-3-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 20-3-2014 | 1 | 89 | 1 | 1 |
| 16-9-2014 | 3 | 89 | 1 | 1 |
| 13-3-2014 | 3 | 76 | 1 | 1 |
| 16-9-2014 | 1 | 76 | 1 | 1 |
| 28-4-2014 | 2 | 81 | 1 | 1 |
| 10-6-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 14-6-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 9-2-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 30-6-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 20-4-2014 | 1 | 74 | 1 | 1 |
| 21-4-2014 | 3 | 74 | 1 | 1 |
| 13-3-2014 | 3 | 78 | 1 | 1 |
| 4-9-2014 | 1 | 79 | 1 | 1 |
| 2-4-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 8-5-2014 | 1 | 80 | 1 | 1 |
| 7-6-2014 | 3 | 69 | 1 | 1 |
| 9-8-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 10-9-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 4-1-2014 | 3 | 78 | 1 | 1 |
| 17-1-2014 | 1 | 78 | 1 | 1 |
| 23-1-2014 | 3 | 78 | 1 | 1 |
| 6-1-2014 | 3 | 87 | 1 | 1 |
| 20-3-2014 | 1 | 87 | 1 | 1 |
| 4-7-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 8-7-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 6-2-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 3-5-2014 | 2 | 82 | 1 | 1 |
| 10-6-2014 | 1 | 82 | 1 | 1 |
| 29-9-2014 | 3 | 82 | 1 | 1 |
| 10-8-2014 | 3 | 89 | 1 | 1 |
| 8-9-2014 | 1 | 89 | 1 | 1 |
| 6-6-2014 | 2 | 68 | 1 | 1 |
| 26-7-2014 | 1 | 68 | 1 | 1 |
| 2-4-2014 | 2 | 75 | 1 | 1 |
| 7-4-2014 | 3 | 75 | 1 | 1 |
| 20-9-2014 | 1 | 75 | 1 | 1 |
| 9-2-2014 | 2 | 73 | 1 | 1 |
| 22-2-2014 | 1 | 73 | 1 | 1 |
| 14-8-2014 | 3 | 68 | 1 | 1 |
| 15-8-2014 | 1 | 68 | 1 | 1 |
| 25-8-2014 | 1 | 68 | 1 | 1 |
| 3-1-2014 | 3 | 82 | 1 | 1 |
| 26-8-2014 | 3 | 82 | 1 | 1 |
| 10-9-2014 | 1 | 82 | 1 | 1 |
| 12-3-2014 | 1 | 74 | 1 | 1 |
| 12-3-2014 | 1 | 74 | 1 | 1 |
| 1-2-2014 | 1 | 71 | 1 | 1 |
| 26-2-2014 | 3 | 71 | 1 | 1 |
| 31-3-2014 | 3 | 71 | 1 | 1 |
| 11-6-2014 | 1 | 71 | 1 | 1 |
| 7-7-2014 | 1 | 71 | 1 | 1 |
| 18-4-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 5-7-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 6-7-2014 | 3 | 69 | 1 | 1 |
| 14-8-2014 | 2 | 69 | 1 | 1 |
| 6-9-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 5-3-2014 | 3 | 78 | 1 | 1 |
| 12-3-2014 | 3 | 78 | 1 | 1 |
| 22-3-2014 | 2 | 78 | 1 | 1 |
| 23-3-2014 | 1 | 78 | 1 | 1 |
| 14-4-2014 | 1 | 79 | 1 | 1 |
| 3-2-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 16-2-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 24-2-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 2-4-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 19-5-2014 | 1 | 77 | 1 | 1 |
| 1-6-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 4-7-2014 | 1 | 77 | 1 | 1 |
| 27-1-2014 | 3 | 84 | 1 | 1 |
| 6-3-2014 | 3 | 84 | 1 | 1 |
| 26-7-2014 | 3 | 84 | 1 | 1 |
| 3-8-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 22-5-2014 | 1 | 91 | 1 | 1 |
| 28-5-2014 | 3 | 91 | 1 | 1 |
| 16-7-2014 | 1 | 65 | 1 | 1 |
| 5-8-2014 | 1 | 65 | 1 | 1 |
| 3-9-2014 | 1 | 65 | 1 | 1 |
| 4-7-2014 | 3 | 83 | 1 | 1 |
| 29-7-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 10-9-2014 | 3 | 83 | 1 | 1 |
| 10-4-2014 | 3 | 76 | 1 | 1 |
| 23-7-2014 | 1 | 76 | 1 | 1 |
| 18-6-2014 | 1 | 77 | 1 | 1 |
| 29-7-2014 | 1 | 77 | 1 | 1 |
| 7-6-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 19-7-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 24-7-2014 | 3 | 84 | 1 | 1 |
| 8-1-2014 | 1 | 80 | 1 | 1 |
| 28-7-2014 | 5 | 81 | 1 | 1 |
| 12-7-2014 | 3 | 90 | 1 | 1 |
| 8-8-2014 | 1 | 90 | 1 | 1 |
| 23-1-2014 | 3 | 71 | 1 | 1 |
| 3-7-2014 | 2 | 71 | 1 | 1 |
| 12-7-2014 | 1 | 71 | 1 | 1 |
| 25-3-2014 | 1 | 79 | 1 | 1 |
| 23-7-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 17-7-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 18-7-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 5-5-2014 | 3 | 67 | 1 | 1 |
| 11-5-2014 | 1 | 67 | 1 | 1 |
| 23-7-2014 | 2 | 67 | 1 | 1 |
| 14-4-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 10-6-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 18-7-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 19-2-2014 | 2 | 67 | 1 | 1 |
| 21-2-2014 | 2 | 67 | 1 | 1 |
| 26-2-2014 | 1 | 67 | 1 | 1 |
| 28-2-2014 | 4 | 67 | 1 | 1 |
| 11-4-2014 | 3 | 68 | 1 | 1 |
| 1-8-2014 | 3 | 68 | 1 | 1 |
| 2-8-2014 | 3 | 68 | 1 | 1 |
| 18-2-2014 | 3 | 65 | 1 | 1 |
| 24-2-2014 | 1 | 65 | 1 | 1 |
| 9-9-2014 | 3 | 76 | 1 | 1 |
| 14-9-2014 | 3 | 76 | 1 | 1 |
| 25-9-2014 | 1 | 76 | 1 | 1 |
| 16-1-2014 | 3 | 83 | 1 | 1 |
| 28-7-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 24-1-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 10-5-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 3-6-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 6-6-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 8-6-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 13-7-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 1-8-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 16-8-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 20-2-2014 | 3 | 88 | 1 | 1 |
| 27-3-2014 | 1 | 88 | 1 | 1 |
| 7-3-2014 | 3 | 86 | 1 | 1 |
| 24-7-2014 | 1 | 87 | 1 | 1 |
| 26-7-2014 | 3 | 87 | 1 | 1 |
| 25-3-2014 | 1 | 88 | 1 | 1 |
| 29-9-2014 | 2 | 89 | 1 | 1 |
| 12-2-2014 | 3 | 82 | 1 | 1 |
| 23-2-2014 | 3 | 82 | 1 | 1 |
| 21-4-2014 | 1 | 82 | 1 | 1 |
| 20-5-2014 | 3 | 82 | 1 | 1 |
| 17-5-2014 | 3 | 71 | 1 | 1 |
| 22-7-2014 | 1 | 72 | 1 | 1 |
| 13-6-2014 | 2 | 73 | 1 | 1 |
| 22-6-2014 | 1 | 73 | 1 | 1 |
| 10-9-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 15-9-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 22-2-2014 | 1 | 76 | 1 | 1 |
| 1-6-2014 | 3 | 76 | 1 | 1 |
| 23-7-2014 | 1 | 77 | 1 | 1 |
| 10-8-2014 | 1 | 77 | 1 | 1 |
| 11-8-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 15-8-2014 | 1 | 77 | 1 | 1 |
| 21-8-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 11-8-2014 | 1 | 80 | 1 | 1 |
| 28-8-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 6-2-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 16-2-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 7-2-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 26-5-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 19-7-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 22-9-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 10-5-2014 | 1 | 87 | 1 | 1 |
| 17-5-2014 | 1 | 87 | 1 | 1 |
| 14-1-2014 | 2 | 87 | 1 | 1 |
| 11-4-2014 | 1 | 87 | 1 | 1 |
| 12-3-2014 | 1 | 91 | 1 | 1 |
| 27-7-2014 | 3 | 92 | 1 | 1 |
| 21-3-2014 | 1 | 89 | 1 | 1 |
| 21-3-2014 | 1 | 89 | 1 | 1 |
| 18-2-2014 | 1 | 87 | 1 | 1 |
| 24-2-2014 | 3 | 87 | 1 | 1 |
| 17-3-2014 | 2 | 83 | 1 | 1 |
| 21-3-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 8-1-2014 | 3 | 82 | 1 | 1 |
| 22-1-2014 | 3 | 82 | 1 | 1 |
| 25-5-2014 | 2 | 83 | 1 | 1 |
| 4-6-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 9-6-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 22-6-2014 | 2 | 83 | 1 | 1 |
| 2-9-2014 | 3 | 83 | 1 | 1 |
| 30-9-2014 | 3 | 83 | 1 | 1 |
| 1-1-2014 | 3 | 73 | 1 | 1 |
| 3-2-2014 | 1 | 73 | 1 | 1 |
| 26-3-2014 | 3 | 83 | 1 | 1 |
| 18-9-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 10-4-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 19-7-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 24-7-2014 | 1 | 80 | 1 | 1 |
| 26-9-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 29-9-2014 | 2 | 70 | 1 | 1 |
| 5-3-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 24-6-2014 | 1 | 80 | 1 | 1 |
| 11-1-2014 | 2 | 70 | 1 | 1 |
| 19-1-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 31-1-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 8-2-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 1-8-2014 | 2 | 70 | 1 | 1 |
| 8-8-2014 | 2 | 70 | 1 | 1 |
| 10-8-2014 | 2 | 70 | 1 | 1 |
| 11-1-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 12-3-2014 | 3 | 84 | 1 | 1 |
| 24-3-2014 | 3 | 84 | 1 | 1 |
| 9-6-2014 | 3 | 87 | 1 | 1 |
| 19-7-2014 | 3 | 87 | 1 | 1 |
| 31-7-2014 | 1 | 87 | 1 | 1 |
| 31-3-2014 | 1 | 87 | 1 | 1 |
| 20-7-2014 | 3 | 87 | 1 | 1 |
| 16-9-2014 | 2 | 87 | 1 | 1 |
| 11-4-2014 | 1 | 77 | 1 | 1 |
| 12-4-2014 | 2 | 77 | 1 | 1 |
| 21-3-2014 | 3 | 78 | 1 | 1 |
| 8-6-2014 | 3 | 78 | 1 | 1 |
| 26-6-2014 | 1 | 78 | 1 | 1 |
| 10-7-2014 | 3 | 78 | 1 | 1 |
| 23-7-2014 | 3 | 78 | 1 | 1 |
| 27-7-2014 | 3 | 78 | 1 | 1 |
| 9-8-2014 | 3 | 78 | 1 | 1 |
| 22-8-2014 | 3 | 78 | 1 | 1 |
| 0-1-1900 | - | 73 | 1 | 1 |
| 12-8-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 28-8-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 9-9-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 13-1-2014 | 1 | 66 | 1 | 1 |
| 13-1-2014 | 3 | 66 | 1 | 1 |
| 15-2-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 3-5-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 26-2-2014 | 2 | 86 | 1 | 1 |
| 29-5-2014 | 1 | 86 | 1 | 1 |
| 17-8-2014 | 1 | 88 | 1 | 1 |
| 17-8-2014 | 2 | 88 | 1 | 1 |
| 18-8-2014 | 1 | 88 | 1 | 1 |
| 27-2-2014 | 1 | 76 | 1 | 1 |
| 28-2-2014 | 3 | 76 | 1 | 1 |
| 7-3-2014 | 1 | 95 | 1 | 1 |
| 22-4-2014 | 1 | 96 | 1 | 1 |
| 12-5-2014 | 3 | 96 | 1 | 1 |
| 6-8-2014 | 1 | 94 | 1 | 1 |
| 16-9-2014 | 2 | 94 | 1 | 1 |
| 21-4-2014 | 2 | 72 | 1 | 1 |
| 26-4-2014 | 1 | 72 | 1 | 1 |
| 20-1-2014 | 1 | 73 | 1 | 1 |
| 10-7-2014 | 1 | 73 | 1 | 1 |
| 11-5-2014 | 3 | 69 | 1 | 1 |
| 19-9-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 11-6-2014 | 3 | 71 | 1 | 1 |
| 4-7-2014 | 1 | 71 | 1 | 1 |
| 1-7-2014 | 2 | 65 | 1 | 1 |
| 25-7-2014 | 3 | 65 | 1 | 1 |
| 26-7-2014 | 1 | 65 | 1 | 1 |
| 27-7-2014 | 3 | 65 | 1 | 1 |
| 3-1-2014 | 3 | 78 | 1 | 1 |
| 9-9-2014 | 1 | 78 | 1 | 1 |
| 8-1-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 9-3-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 26-1-2014 | 1 | 94 | 1 | 1 |
| 11-3-2014 | 3 | 94 | 1 | 1 |
| 7-5-2014 | 3 | 94 | 1 | 1 |
| 29-3-2014 | 1 | 80 | 1 | 1 |
| 20-4-2014 | 2 | 80 | 1 | 1 |
| 22-4-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 21-9-2014 | 5 | 81 | 1 | 1 |
| 23-3-2014 | 1 | 76 | 1 | 1 |
| 14-5-2014 | 3 | 76 | 1 | 1 |
| 26-7-2014 | 2 | 66 | 1 | 1 |
| 27-7-2014 | 1 | 66 | 1 | 1 |
| 28-1-2014 | 3 | 71 | 1 | 1 |
| 25-4-2014 | 1 | 72 | 1 | 1 |
| 1-5-2014 | 3 | 72 | 1 | 1 |
| 20-1-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 6-5-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 6-5-2014 | 3 | 73 | 1 | 1 |
| 12-9-2014 | 2 | 74 | 1 | 1 |
| 12-9-2014 | 1 | 74 | 1 | 1 |
| 23-6-2014 | 1 | 74 | 1 | 1 |
| 30-8-2014 | 3 | 74 | 1 | 1 |
| 10-2-2014 | 1 | 73 | 1 | 1 |
| 12-2-2014 | 3 | 73 | 1 | 1 |
| 27-4-2014 | 3 | 73 | 1 | 1 |
| 21-4-2014 | 1 | 68 | 1 | 1 |
| 25-5-2014 | 1 | 68 | 1 | 1 |
| 11-8-2014 | 1 | 68 | 1 | 1 |
| 15-8-2014 | 3 | 68 | 1 | 1 |
| 6-9-2014 | 3 | 68 | 1 | 1 |
| 20-4-2014 | 1 | 82 | 1 | 1 |
| 27-9-2014 | 2 | 82 | 1 | 1 |
| 15-3-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 16-3-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 1-4-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 24-4-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 12-5-2014 | 1 | 77 | 1 | 1 |
| 11-2-2014 | 1 | 87 | 1 | 1 |
| 29-4-2014 | 3 | 87 | 1 | 1 |
| 21-5-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 15-7-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 19-8-2014 | 1 | 77 | 1 | 1 |
| 4-6-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 6-8-2014 | 5 | 81 | 1 | 1 |
| 25-1-2014 | 2 | 82 | 1 | 1 |
| 8-2-2014 | 1 | 82 | 1 | 1 |
| 31-1-2014 | 2 | 66 | 1 | 1 |
| 19-3-2014 | 1 | 66 | 1 | 1 |
| 3-7-2014 | 1 | 71 | 1 | 1 |
| 25-9-2014 | 3 | 71 | 1 | 1 |
| 22-5-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 26-5-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 7-3-2014 | 1 | 88 | 1 | 1 |
| 30-3-2014 | 2 | 88 | 1 | 1 |
| 9-4-2014 | 3 | 88 | 1 | 1 |
| 5-5-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 22-5-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 21-5-2014 | 1 | 80 | 1 | 1 |
| 19-6-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 25-6-2014 | 1 | 80 | 1 | 1 |
| 30-6-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 14-7-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 14-3-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 23-4-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 11-5-2014 | 2 | 81 | 1 | 1 |
| 19-5-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 23-1-2014 | 1 | 89 | 1 | 1 |
| 22-6-2014 | 2 | 90 | 1 | 1 |
| 14-5-2014 | 1 | 68 | 1 | 1 |
| 23-8-2014 | 3 | 68 | 1 | 1 |
| 23-6-2014 | 1 | 67 | 1 | 1 |
| 5-7-2014 | 3 | 67 | 1 | 1 |
| 25-2-2014 | 2 | 67 | 1 | 1 |
| 18-9-2014 | 1 | 68 | 1 | 1 |
| 12-5-2014 | 3 | 84 | 1 | 1 |
| 28-5-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 21-9-2014 | 3 | 85 | 1 | 1 |
| 23-6-2014 | 3 | 88 | 1 | 1 |
| 23-7-2014 | 1 | 88 | 1 | 1 |
| 26-7-2014 | 1 | 88 | 1 | 1 |
| 19-9-2014 | 3 | 88 | 1 | 1 |
| 20-5-2014 | 5 | 86 | 1 | 1 |
| 11-6-2014 | 1 | 86 | 1 | 1 |
| 7-2-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 19-6-2014 | 1 | 77 | 1 | 1 |
| 7-7-2014 | 3 | 77 | 1 | 1 |
| 27-2-2014 | 3 | 80 | 1 | 1 |
| 1-5-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 16-5-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 22-5-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 29-6-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 12-7-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 26-7-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 10-8-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 24-8-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 3-9-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 11-6-2014 | 1 | 82 | 1 | 1 |
| 12-6-2014 | 3 | 82 | 1 | 1 |
| 18-4-2014 | 1 | 74 | 1 | 1 |
| 31-8-2014 | 5 | 74 | 1 | 1 |
| 26-8-2014 | 2 | 70 | 1 | 1 |
| 26-8-2014 | 2 | 70 | 1 | 1 |
| 3-9-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 10-9-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 11-9-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 19-2-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 31-3-2014 | 1 | 82 | 1 | 1 |
| 17-7-2014 | 3 | 82 | 1 | 1 |
| 7-3-2014 | 1 | 66 | 1 | 1 |
| 9-3-2014 | 1 | 66 | 1 | 1 |
| 24-1-2014 | 3 | 86 | 1 | 1 |
| 4-2-2014 | 3 | 86 | 1 | 1 |
| 30-5-2014 | 1 | 86 | 1 | 1 |
| 19-4-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 25-5-2014 | 3 | 84 | 1 | 1 |
| 11-9-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 13-1-2014 | 1 | 66 | 1 | 1 |
| 18-1-2014 | 1 | 66 | 1 | 1 |
| 21-3-2014 | 1 | 79 | 1 | 1 |
| 26-4-2014 | 2 | 79 | 1 | 1 |
| 2-2-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 3-2-2014 | 5 | 69 | 1 | 1 |
| 5-2-2014 | 2 | 69 | 1 | 1 |
| 26-4-2014 | 1 | 74 | 1 | 1 |
| 2-8-2014 | 3 | 75 | 1 | 1 |
| 1-9-2014 | 1 | 75 | 1 | 1 |
| 13-2-2014 | 2 | 68 | 1 | 1 |
| 13-5-2014 | 1 | 68 | 1 | 1 |
| 17-4-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 15-8-2014 | 3 | 83 | 1 | 1 |
| 17-2-2014 | 5 | 74 | 1 | 1 |
| 16-3-2014 | 1 | 75 | 1 | 1 |
| 10-1-2014 | 2 | 81 | 1 | 1 |
| 9-3-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 9-5-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 13-7-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 14-8-2014 | 3 | 82 | 1 | 1 |
| 24-8-2014 | 1 | 82 | 1 | 1 |
| 6-1-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 20-5-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 16-3-2014 | 1 | 68 | 1 | 1 |
| 9-4-2014 | 3 | 68 | 1 | 1 |
| 16-5-2014 | 1 | 68 | 1 | 1 |
| 12-7-2014 | 3 | 87 | 1 | 1 |
| 15-8-2014 | 1 | 87 | 1 | 1 |
| 17-4-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 17-4-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 12-1-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 18-2-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 24-4-2014 | 1 | 92 | 1 | 1 |
| 30-8-2014 | 3 | 93 | 1 | 1 |
| 8-2-2014 | 2 | 67 | 1 | 1 |
| 30-6-2014 | 1 | 67 | 1 | 1 |
| 2-6-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 16-9-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 3-1-2014 | 2 | 69 | 1 | 1 |
| 18-2-2014 | 1 | 69 | 1 | 1 |
| 20-7-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 4-9-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 1-1-2014 | 1 | 78 | 1 | 1 |
| 7-3-2014 | 1 | 79 | 1 | 1 |
| 25-4-2014 | 3 | 79 | 1 | 1 |
| 11-5-2014 | 2 | 79 | 1 | 1 |
| 26-5-2014 | 3 | 79 | 1 | 1 |
| 25-7-2014 | 2 | 73 | 1 | 1 |
| 26-7-2014 | 1 | 73 | 1 | 1 |
| 2-9-2014 | 1 | 85 | 1 | 1 |
| 9-9-2014 | 3 | 85 | 1 | 1 |
| 2-6-2014 | 1 | 74 | 1 | 1 |
| 4-6-2014 | 3 | 74 | 1 | 1 |
| 23-6-2014 | 3 | 75 | 1 | 1 |
| 22-1-2014 | 3 | 83 | 1 | 1 |
| 3-2-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 30-4-2014 | 2 | 83 | 1 | 1 |
| 13-6-2014 | 3 | 83 | 1 | 1 |
| 25-9-2014 | 3 | 83 | 1 | 1 |
| 23-5-2014 | 2 | 76 | 1 | 1 |
| 24-5-2014 | 1 | 76 | 1 | 1 |
| 7-4-2014 | 3 | 79 | 1 | 1 |
| 31-7-2014 | 1 | 79 | 1 | 1 |
| 11-8-2014 | 1 | 76 | 1 | 1 |
| 13-8-2014 | 1 | 76 | 1 | 1 |
| 20-1-2014 | 1 | 82 | 1 | 1 |
| 24-1-2014 | 3 | 82 | 1 | 1 |
| 20-1-2014 | 1 | 74 | 1 | 1 |
| 21-9-2014 | 3 | 75 | 1 | 1 |
| 5-3-2014 | 1 | 67 | 1 | 1 |
| 10-3-2014 | 2 | 67 | 1 | 1 |
| 23-4-2014 | 2 | 66 | 1 | 1 |
| 24-4-2014 | 1 | 66 | 1 | 1 |
| 24-5-2014 | 3 | 76 | 1 | 1 |
| 23-6-2014 | 1 | 76 | 1 | 1 |
| 13-4-2014 | 3 | 65 | 1 | 1 |
| 24-2-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 3-9-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 15-2-2014 | 1 | 86 | 1 | 1 |
| 15-2-2014 | 3 | 86 | 1 | 1 |
| 4-6-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 18-6-2014 | 3 | 83 | 1 | 1 |
| 12-3-2014 | 3 | 84 | 1 | 1 |
| 31-3-2014 | 1 | 84 | 1 | 1 |
| 30-1-2014 | 3 | 81 | 1 | 1 |
| 27-4-2014 | 1 | 81 | 1 | 1 |
| 29-1-2014 | 1 | 83 | 1 | 1 |
| 31-1-2014 | 3 | 83 | 1 | 1 |
| 7-2-2014 | 2 | 70 | 1 | 1 |
| 24-2-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 5-3-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 8-3-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 10-3-2014 | 3 | 70 | 1 | 1 |
| 23-3-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 29-3-2014 | 2 | 70 | 1 | 1 |
| 9-2-2014 | 3 | 87 | 1 | 1 |
| 19-2-2014 | 1 | 87 | 1 | 1 |
| 29-4-2014 | 3 | 87 | 1 | 1 |
| 17-5-2014 | 3 | 87 | 1 | 1 |
| 30-5-2014 | 2 | 70 | 1 | 1 |
| 1-6-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 15-3-2014 | 3 | 74 | 1 | 1 |
| 7-8-2014 | 1 | 74 | 1 | 1 |
| 11-4-2014 | 3 | 99 | 1 | 1 |
| 26-7-2014 | 1 | 99 | 1 | 1 |
| 27-7-2014 | 3 | 99 | 1 | 1 |
| 11-7-2014 | 1 | 82 | 1 | 1 |
| 17-7-2014 | 1 | 82 | 1 | 1 |
| 18-9-2014 | 3 | 82 | 1 | 1 |
| 13-6-2014 | 3 | 94 | 1 | 1 |
| 23-7-2014 | 1 | 94 | 1 | 1 |
| 10-3-2014 | 1 | 93 | 1 | 1 |
| 28-4-2014 | 3 | 94 | 1 | 1 |
| 8-2-2014 | 3 | 69 | 1 | 1 |
| 12-7-2014 | 1 | 70 | 1 | 1 |
| 12-6-2014 | 1 | 75 | 1 | 1 |
| 2-7-2014 | 3 | 75 | 1 | 1 |
| 21-2-2014 | 3 | 67 | 1 | 1 |
| 28-2-2014 | 3 | 67 | 1 | 1 |
| 12-5-2014 | 1 | 68 | 1 | 1 |
| 23-2-2014 | 1 | 78 | 1 |  |
| 9-6-2014 | 1 | 91 | 1 |  |
| 25-6-2014 | 1 | 86 | 1 |  |
| 30-9-2014 | 1 | 78 | 1 |  |
| 20-1-2014 | 1 | 93 | 1 |  |
| 22-6-2014 | 3 | 93 | 1 |  |
| 2-4-2014 | 1 | 73 | 1 |  |
| 0-1-1900 | - | 70 | 1 |  |
| 19-1-2014 | 3 | 78 | 1 |  |
| 31-1-2014 | 1 | 78 | 1 |  |
| 3-2-2014 | 3 | 78 | 1 |  |
| 24-2-2014 | 1 | 77 | 1 |  |
| 8-6-2014 | 1 | 68 | 1 |  |
| 16-1-2014 | 3 | 84 | 1 |  |
| 29-4-2014 | 3 | 84 | 1 |  |
| 16-5-2014 | 1 | 84 | 1 |  |
| 18-5-2014 | 3 | 84 | 1 |  |
| 21-5-2014 | 1 | 87 | 1 |  |
| 13-8-2014 | 2 | 87 | 1 |  |
| 1-4-2014 | 1 | 80 | 1 |  |
| 13-3-2014 | 1 | 72 | 1 |  |
| 6-4-2014 | 1 | 68 | 1 |  |
| 9-9-2014 | 1 | 71 | 1 |  |
| 14-7-2014 | 1 | 81 | 1 |  |
| 4-4-2014 | 1 | 73 | 1 |  |
| 25-3-2014 | 1 | 67 | 1 |  |
| 6-6-2014 | 2 | 67 | 1 |  |
| 11-2-2014 | 1 | 75 | 1 |  |
| 10-8-2014 | 1 | 89 | 1 |  |
| 13-1-2014 | 1 | 72 | 1 |  |
| 12-2-2014 | 1 | 79 | 1 |  |
| 23-6-2014 | 1 | 75 | 1 |  |
| 3-5-2014 | 1 | 72 | 1 |  |
| 14-5-2014 | 1 | 69 | 1 |  |
| 14-4-2014 | 2 | 82 | 1 |  |
| 16-5-2014 | 3 | 82 | 1 |  |
| 14-8-2014 | 1 | 82 | 1 |  |
| 28-8-2014 | 3 | 82 | 1 |  |
| 12-1-2014 | 1 | 96 | 1 |  |
| 21-3-2014 | 1 | 67 | 1 |  |
| 11-4-2014 | 3 | 67 | 1 |  |
| 18-7-2014 | 3 | 84 | 1 |  |
| 4-8-2014 | 1 | 84 | 1 |  |
| 26-2-2014 | 2 | 70 | 1 |  |
| 5-4-2014 | 1 | 70 | 1 |  |
| 23-5-2014 | 1 | 67 | 1 |  |
| 16-3-2014 | 3 | 88 | 1 |  |
| 23-3-2014 | 1 | 88 | 1 |  |
| 30-6-2014 | 1 | 81 | 1 |  |
| 7-2-2014 | 1 | 71 | 1 |  |
| 12-2-2014 | 1 | 79 | 1 |  |
| 12-2-2014 | 3 | 79 | 1 |  |
| 18-2-2014 | 2 | 79 | 1 |  |
| 27-6-2014 | 3 | 80 | 1 |  |
| 29-6-2014 | 3 | 80 | 1 |  |
| 7-9-2014 | 1 | 84 | 1 |  |
| 26-1-2014 | 1 | 89 | 1 |  |
| 27-2-2014 | 3 | 89 | 1 |  |
| 11-1-2014 | 1 | 71 | 1 |  |
| 25-1-2014 | 1 | 71 | 1 |  |
| 14-2-2014 | 1 | 73 | 1 |  |
| 24-1-2014 | 1 | 68 | 1 |  |
| 10-2-2014 | 1 | 87 | 1 |  |
| 9-2-2014 | 1 | 85 | 1 |  |
| 10-2-2014 | 1 | 72 | 1 |  |
| 13-2-2014 | 1 | 96 | 1 |  |
| 17-4-2014 | 2 | 96 | 1 |  |
| 28-2-2014 | 3 | 93 | 1 |  |
| 5-6-2014 | 3 | 93 | 1 |  |
| 18-7-2014 | 1 | 93 | 1 |  |
| 8-3-2014 | 1 | 79 | 1 |  |
| 7-3-2014 | 2 | 66 | 1 |  |
| 22-3-2014 | 1 | 92 | 1 |  |
| 21-3-2014 | 1 | 73 | 1 |  |
| 5-4-2014 | 1 | 72 | 1 |  |
| 14-4-2014 | 1 | 93 | 1 |  |
| 18-5-2014 | 1 | 67 | 1 |  |
| 21-6-2014 | 3 | 67 | 1 |  |
| 26-4-2014 | 1 | 68 | 1 |  |
| 4-5-2014 | 1 | 77 | 1 |  |
| 5-5-2014 | 1 | 87 | 1 |  |
| 9-8-2014 | 3 | 87 | 1 |  |
| 8-5-2014 | 1 | 69 | 1 |  |
| 26-5-2014 | 1 | 78 | 1 |  |
| 25-5-2014 | 1 | 66 | 1 |  |
| 25-5-2014 | 1 | 77 | 1 |  |
| 2-6-2014 | 1 | 72 | 1 |  |
| 23-6-2014 | 1 | 73 | 1 |  |
| 23-6-2014 | 1 | 70 | 1 |  |
| 23-8-2014 | 1 | 68 | 1 |  |
| 18-6-2014 | 1 | 67 | 1 |  |
| 2-7-2014 | 1 | 69 | 1 |  |
| 4-7-2014 | 1 | 86 | 1 |  |
| 26-8-2014 | 1 | 74 | 1 |  |
| 11-8-2014 | 1 | 68 | 1 |  |
| 16-7-2014 | 1 | 83 | 1 |  |
| 17-7-2014 | 1 | 77 | 1 |  |
| 30-7-2014 | 1 | 66 | 1 |  |
| 31-7-2014 | 1 | 69 | 1 |  |
| 1-8-2014 | 1 | 67 | 1 |  |
| 24-7-2014 | 1 | 78 | 1 |  |
| 4-8-2014 | 1 | 81 | 1 |  |
| 24-8-2014 | 1 | 81 | 1 |  |
| 6-8-2014 | 1 | 66 | 1 |  |
| 11-8-2014 | 1 | 86 | 1 |  |
| 14-8-2014 | 1 | 85 | 1 |  |
| 23-8-2014 | 1 | 70 | 1 |  |
| 25-8-2014 | 1 | 76 | 1 |  |
| 6-8-2014 | 1 | 69 | 1 |  |
| 8-8-2014 | 1 | 65 | 1 |  |
| 16-8-2014 | 1 | 93 | 1 |  |
| 7-9-2014 | 1 | 86 | 1 |  |
| 4-9-2014 | 1 | 72 | 1 |  |
| 4-9-2014 | 1 | 68 | 1 |  |
| 9-9-2014 | 1 | 73 | 1 |  |
| 21-9-2014 | 1 | 70 | 1 |  |
| 11-9-2014 | 1 | 84 | 1 |  |
| 24-9-2014 | 1 | 76 | 1 |  |
| 27-9-2014 | 1 | 79 | 1 |  |

## Bijlage 10: Toestmmingsbrief onderzoek

Aan: mw. mr. M. Tuyt

Datum: 10 oktober 2014

Onderwerp: aanvraag toestemming voor dossieronderzoek en nabellen

Geachte mevrouw XX,

Wij zijn Charlotte Jonkers en Danny van Zuijlen, beide laatstejaars HBO-V aan de Hogeschool van Amsterdam. In het laatste semester van het laatste jaar moeten alle studenten een afstudeerscriptie schrijven.

Op dit moment zijn wij bezig met onze afstudeerscriptie ''werken aan zorgverbetering''. Ons afstudeerscriptie in opdracht van mw Y (afdelingshoofd) en mw Z. (praktijkopleider) vindt plaats door middel van een stageovereenkomst. Functioneel zijn wij nu stagiaire van de SEH. In deze getekende stageovereenkomst staat onder andere dat wij van alle facetten van de SEH gebruik moeten kunnen maken.

Er komen momenteel relatief veel ouderen (65+) op de SEH die vaak na een korte verblijfsduur weer met ontslag gaan. Wij horen van de opdrachtgevers (Mw Y en mw Z) dat veel van deze ouderen terugkomen of terugbellen met o.a. vragen over de nazorg. Zij zouden dit onder andere doen omdat zij de vervolgacties niet begrepen, thuis problemen hadden of vragen hadden over de nazorg. Aan ons is nu de taak dit te onderzoeken en aanbevelingen en verbetervoorstellen te doen.

Wij hebben een lijst gekregen van patiënten van 65 jaar en ouder, die meerdere keren zijn teruggekomen of hebben teruggebeld, het betreffen totaal 2350 patiënten. Dit betreft 2012 en 2013. De lijst voor 2014 volgt nog.

Aan de hand van de lijst van 2014 willen wij een steekproef doen, waarbij wij van een flink aantal patiënten toegang nodig hebben tot het dossier.

Met het dossieronderzoek willen inzicht krijgen in wat de exacte reden was van het terugkomen en terugbellen op de SEH van de oudere. Tevens willen wij deze patiënten gaan nabellen, met vragen de ontslagprocedure. Het is voor ons van cruciaal belang om de mening van de patient te horen.

De gegevens worden geblindeerd, dus niemand kan zien welke patiënt het betreft

Door antwoord op deze vraag te krijgen kunnen wij verder met het ontwikkelen van verbetervoorstellen voor de SEH, om het terugkomen en terugbellen van ouderen terug te dringen.

Om toestemming te krijgen zijn wij bij de medisch-ethische commissie (MEC) geweest, maar deze heeft ons doorverwezen naar u.

Graag willen wij uw toestemming, ook conform de stageovereenkomst, om deze al door de school en de SEH goedgekeurde opdracht te mogen uitvoeren.

Indien u nog vragen heeft kunt u contact met mij opnemen.

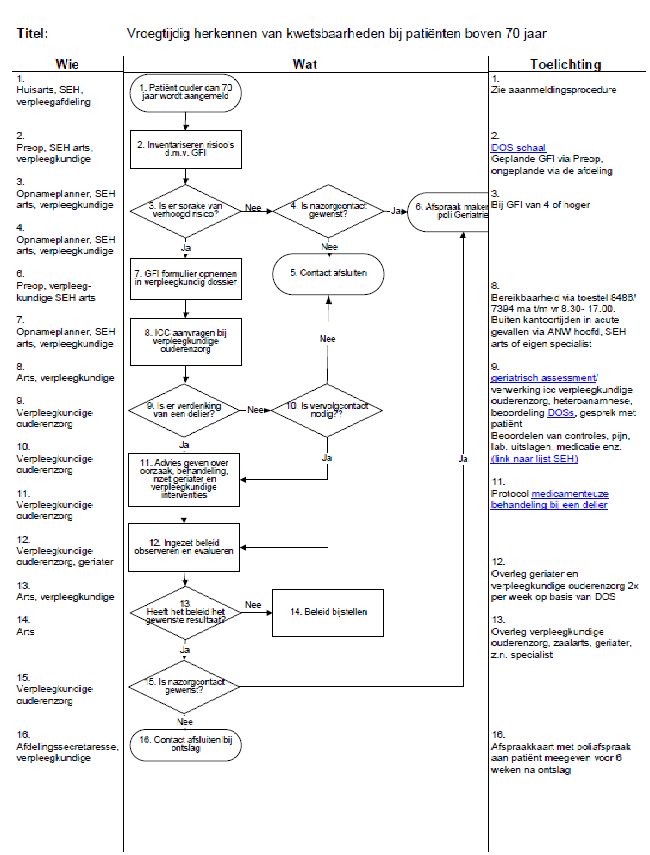
Alvast bedankt!

Met vriendelijke groet,

Charlotte Jonkers en Danny van Zuijlen

Bijlagen:

* Stagecontracten
* Projectplan

Bijlage 11: Screeningsprotocol geriatrie/SEH

Bijlage 12: KATZ-ADL 6

## Bijlage 13: ISAR-HP

