Handleiding ziekenhuis

Inhoudsopgave

1. Inleiding 3
2. Overzicht patiëntentraject Cardiologische Zorgbrug 4
3. Stappenplan tijdens ziekenhuisopname 5
4. Inclusie- en exclusiecriteria 6
5. Screening 7
6. Informed consent 10
7. Patiënt toevoegen in Research Manager 13
8. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) afnemen 14
9. Randomisatie 15
10. Werkprotocollen voor de interventiegroep 16
10.1 Aanmelden patiënt bij de wijkverpleegkundige en fysiotherapeut 16
10.2 Opstellen zorgbehandelplan 17
10.3 Ontslagoverdracht in het ziekenhuis 19
11. Zorg controlegroep 22
12. Fysieke testen voor ontslag 23
13. Dossierinformatie 24
14. Heropname geïncludeerde patiënten 25
14.1 Controlegroep 25
14.2 Interventiegroep: 25
14.3 Verschillende werkwijzen 26
14.4 Logboek 27
14.5 Follow-up 27
15. Overige werkprotocollen 28
15.1 Procedure Serious adverse event / adverse event 28
14.2 Procedure schriftelijke afname CRF 29
14.3 Procedure einde van studiedeelname 31
16. Queries beantwoorden in Research Manager 32
16. Bijlagen 36
Bijlage 1: Toelichting op screening 37
Bijlage 2: Afname baseline metingen 44
Bijlage 3: Ontslagchecklist 57

1. Inleiding

Deze handleiding beschrijft de werkprotocollen voor het uitvoeren van de Cardiologische Zorgbrug (CZB) door de cardiologisch verpleegkundige in de rol van verpleegkundige cardiologie. Deze werkprotocollen zijn opgesteld met als doel om duidelijkheid te verschaffen over de inhoud van de verschillende contactmomenten tussen de verpleegkundige cardiologie, de patiënt en overige betrokken zorgverleners. Het volgen van de werkprotocollen is van belang om praktijkvariatie in het uitvoeren van de interventie zoveel mogelijk te voorkomen, alleen dan kan een betrouwbare uitspraak worden gedaan over het effect van de interventie.

In de interventie staan drie fases centraal:

1. **De klinische fase:** de aanmelding van de patiënt bij de wijkverpleegkundige, de kennismaking met de patiënt en de mondelinge ontslagoverdracht met het cardiologisch team.
2. **De transmurale fase**: de overgang van de patiënt van ziekenhuis naar huis
3. **De post-klinische fase**: de coördinerende rol van de wijkverpleegkundige waarbij het zorgbehandelplan wordt uitgevoerd en de wijkverpleegkundige een belangrijke rol heeft in het vroeg signaleren van veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt.

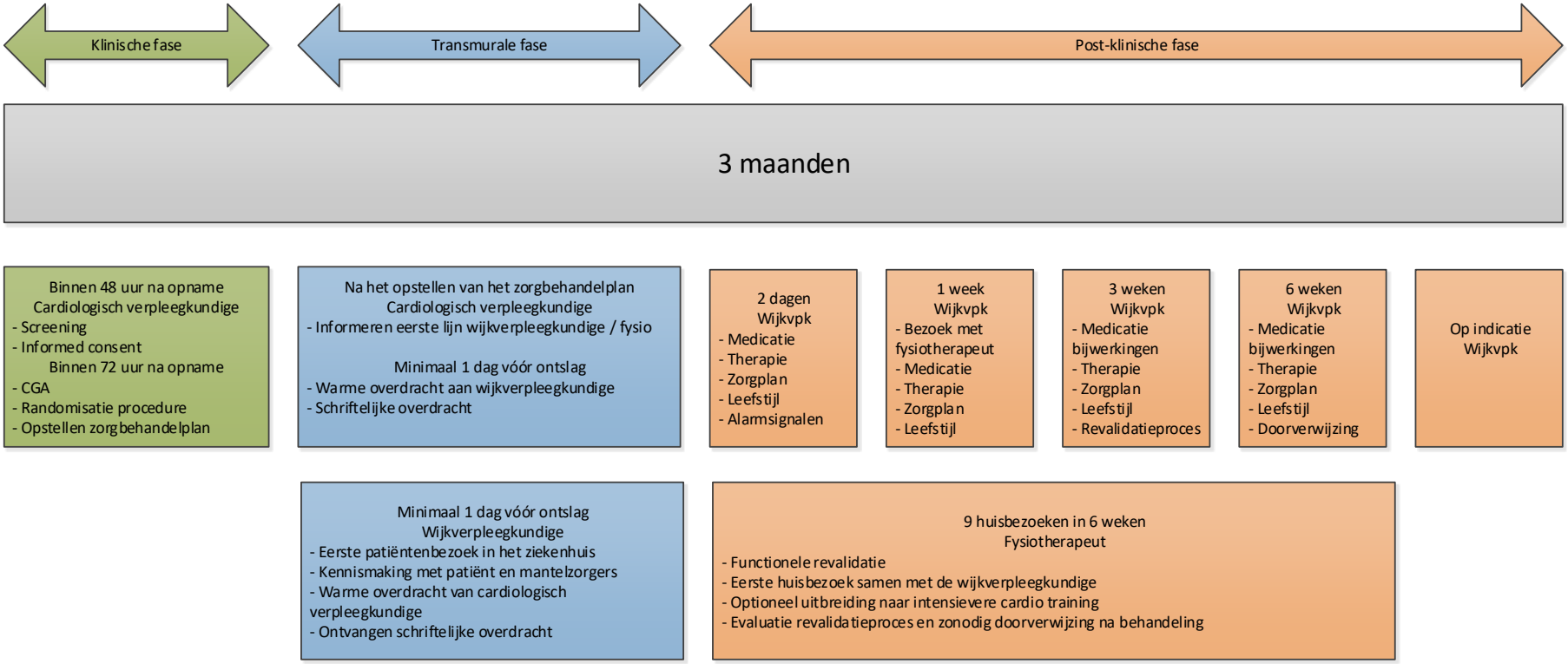
De verpleegkundige cardiologie zal met name betrokken zijn in de klinische en transmurale fase. In de post-klinische fase kan de verpleegkundige cardiologie als contactpersoon worden geraadpleegd door de wijkverpleegkundige.

Doel CZB

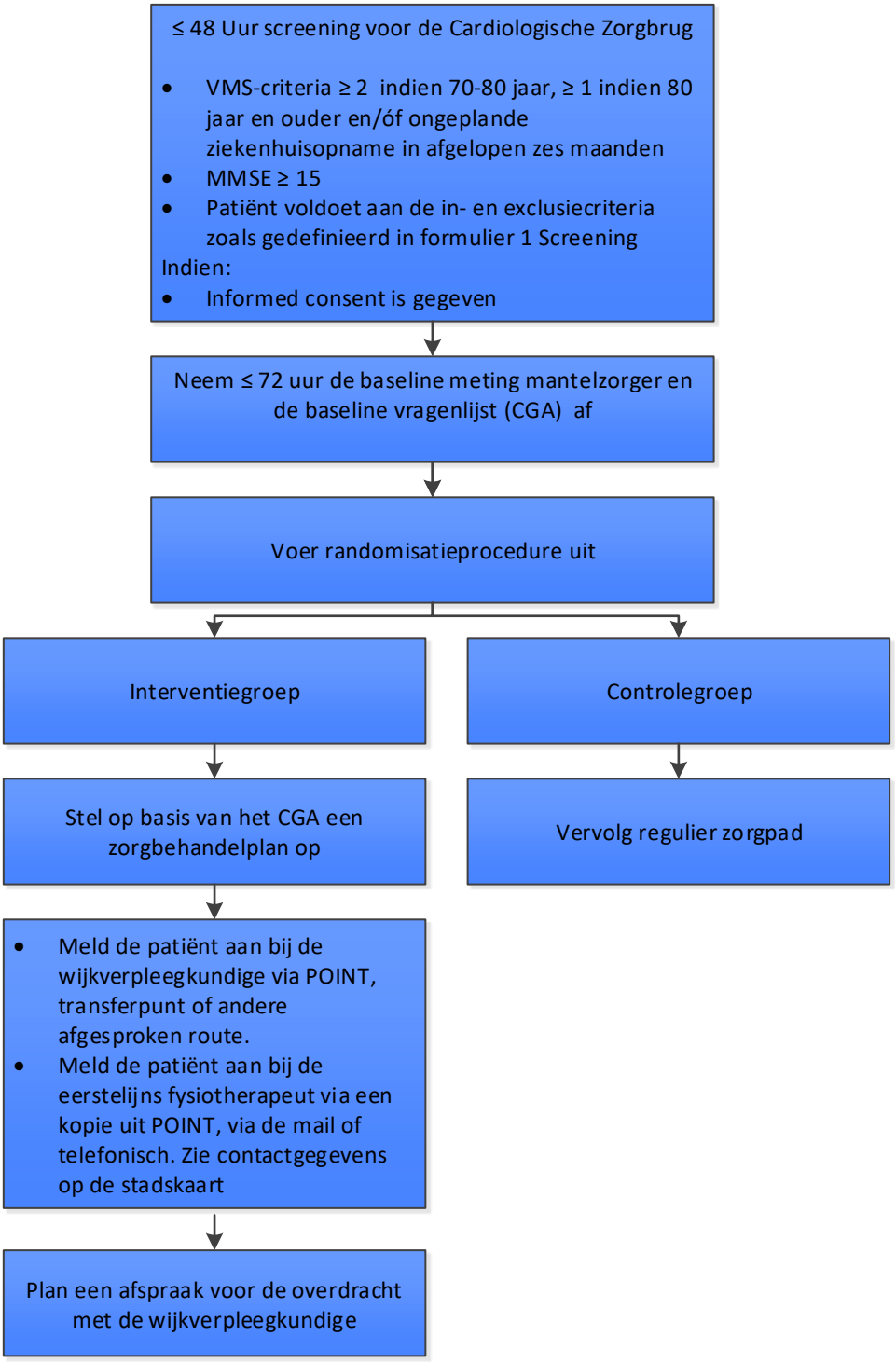
De CZB richt zich op cardiologische patiënten van 70 jaar en ouder met een verhoogd risico op functieverlies, die zijn opgenomen op de afdelingen cardiologie of cardiothoracale chirurgie in het ziekenhuis. In de CZB worden casemanagement, disease management en hartrevalidatie in de thuissituatie gecombineerd met als doel het voorkomen van heropnames en mortaliteit bij oudere cardiologische patiënten met een verhoogd risico op functieverlies.

2. Overzicht patiëntentraject Cardiologische Zorgbrug

Standaard patiëntentraject in de Cardiologische Zorgbrug



3. Stappenplan tijdens ziekenhuisopname



4. Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusie criteria (geschikt voor inclusie indien alles met "ja" is beantwoord)		**JA**	**NEE**
1.	Opgenomen voor een cardiologische aandoening op de afdeling cardiologie of cardiothoracale chirurgie	O	O
2.	Woonachtig in de regio groot Amsterdam of regio Gooi	O	O
3.	VMS criteria, 70-80 jaar score ≥ 2, 80 jaar en ouder score ≥ 1 en/óf een eerdere ongeplande ziekenhuisopname in de afgelopen zes maanden (van minimaal één nacht)	O	O
4.	Blijft ≥ 48 uur in het ziekenhuis	O	O
5.	Spreekt en verstaat Nederlands	O	O
6.	MMSE score ≥ 15	O	O
Exclusie criteria (geschikt voor inclusie indien alles met "nee" is beantwoord)			
1.	Wordt overgeplaatst naar een niet participerend ziekenhuis en afdeling	O	O
2.	Patiënt woont in een intramurale setting zoals een verpleeghuis of revalidatiecentrum of wordt hiernaar overgeplaatst na ontslag	O	O
3.	De patiënt verkeert in een terminale fase van ziekte (levensverwachting ≤ 3 maanden)	O	O
4.	De patiënt heeft congenitale hartaandoening	O	O
5.	Delirium (na opname om de dag herbeoordelen met arts tot 96 uur na opname)	O	O

5. Screening

Tijdsduur: screening patiëntendossier 5 minuten, MMSE-afname 20 minuten

Achtergrond: voor de CZB zijn een aantal inclusie- en exclusiecriteria geformuleerd. Deze criteria zijn gedeeltelijk opgesteld voor de praktische uitvoering van de studie en gedeeltelijk om een bepaald type patiënt te identificeren. Screening van patiënten op de afdeling draagt bij aan het identificeren van patiënten die deel kunnen nemen aan de CZB.

Doel: identificeren van patiënten van 70 jaar en ouder opgenomen op de afdeling cardiologie of cardiothoracale chirurgie met een verhoogd risico op functieverlies.

Werkwijze eerste screening inclusie- en exclusiecriteria

- Inventariseer welke patiënten op de afdeling zijn opgenomen en 70 jaar en ouder zijn
- Screen de patiënt op inclusie- en exclusiecriteria (zie blz. 6) en vul dit in op de screeningslijst
- Volg de exclusiecriteria die in de excel van de screeningslijst staan om te bepalen of iemand wel/niet geschikt is (zie ook blz. 6 van de handleiding).

  <u>Toelichting exclusiecriteria:</u>

  - Levensverwachting korter dan drie maanden: dient in overleg met de behandeld cardioloog en verpleegkundige te worden afgewogen indien hier mogelijk sprake van is
  - Delier: dient door de arts bevestigd te worden. Indien er sprake is van een delier, dan wordt er om de dag opnieuw nagegaan of er nog steeds sprake is van een delier. Indien er binnen 96 uur na opname sprake is van herstel van het delier (bevestigd door de behandelend arts), dan kan de patiënt alsnog worden geïncludeerd. Dit omdat de patiënt wilsbekwaam moet zijn om informed concent te kunnen geven.

- Indien redenen voor exclusie zijn gevonden in het dossier of bij de patiënt:
  - Stop screening, noteer <u>het eerste</u> exclusiecriteria op de Excelsheet met het bijbehorende nummer
  - Patiënt ontvangt de reguliere zorg op de afdeling

Werkwijze screening op basis van de VMS-criteria

De VMS-criteria (valrisico, ondervoeding, risico op delier en ADL-functioneren) zijn standaard opgenomen in het digitaal patiëntendossier voor patiënten van 70 jaar en ouder. De VMS-screening en scorelijsten zijn te vinden in bijlage 1 en in de Surfdrivemap:
https://surfdrive.surf.nl/files/index.php/f/3074046988

Werkwijze screening op basis van een eerdere ongeplande ziekenhuisopname in de afgelopen zes maanden (van minimaal één nacht)

Tijdens de screening wordt niet alleen naar VMS gekeken, maar ook of de patiënt een ongeplande ziekenhuisopname in het afgelopen half jaar heeft gehad. Screening vindt i.p.v. plaats achter de computer, maar mogelijk zijn niet alle ziekenhuisopnames van de patiënt in het EPD opgenomen. Mocht je ter oren komen dat een patiënt al eerder ongepland opgenomen is geweest in de afgelopen zes maanden en hierbij minimaal één nacht is gebleven, dan komt deze patiënt ook in aanmerking. Ziekenhuisopnames op alle verpleegafdelingen komen hiervoor in aanmerking (dus niet alleen op de afdeling cardiologie).

Werkwijze voor navragen inclusie- en exclusiecriteria bij de patiënt

Indien niet alle inclusie- en exclusiecriteria kunnen worden nagegaan in het dossier, kunnen deze bij de patiënt of bij de verpleegkundige worden uitgevraagd. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een nog niet compleet ingevulde VMS-score in het patiëntendossier. Patiënten komen dan alsnog in aanmerking voor inclusie.

Werkwijze screening cognitie met de Mini-Mental Examination State (MMSE):

Wanneer de patiënt op basis van de inclusie- en exclusiecriteria deel lijkt te kunnen nemen aan de CZB, dient de MMSE cognitiescore te worden afgenomen. Een toelichting op specifieke vragen uit de MMSE is opgenomen in bijlage 1.

Voorbereiding en materialen

- MMSE vragenlijst
- Pen
- Potlood
- Klok / horloge
- Afbeelding 'Sluit de ogen'
- A4-papier

Werkwijze

- Licht de patiënt in over het doel van de cognitieve screening. De volgende tekst kan hierbij ondersteunend zijn: *"Ik wil bij een aantal vragen en testjes afnemen. Na afname zal ik u verder vetellen waarom ik dit heb gedaan. Vindt u dit goed?"*
- Neem de MMSE cognitiescreening vervolgens af. Wanneer de patiënt dit weigert dan kan de patiënt niet deelnemen aan het onderzoek

- Uitslag MMSE van 15 of hoger: patiënt kan deelnamen aan het onderzoek, ga verder naar het werkprotocol 'Informed Consent' in hoofdstuk 6.
- Uitslag MMSE van 15 of lager: patiënt kan niet deelnemen aan het onderzoek.

6. Informed consent

Tijdsduur: 15 minuten

Achtergrond: voordat een patiënt kan deelnemen aan een wetenschappelijk onderzoek, dient de patiënt geïnformeerd te zijn over de aard, het doel, de mogelijke voor- en nadelen van het onderzoek. Daarnaast dient de patiënt schriftelijk te bevestigen dat vrijwillig wordt deelgenomen aan een wetenschappelijk onderzoek. *Belangrijk: informed consent mag alleen worden afgenomen door een verpleegkundige die geschoold is in Good Clinical Practice (GCP).*

Doel: informeren van de patiënt en familie over het onderzoek en vragen van toestemming voor deelname.

Voorbereiding en materialen

- Afgenomen screening op basis van de inclusie- en exclusiecriteria
- MMSE-uitslag
- Patiënteninformatiebrief
- Folder Medisch Wetenschappelijk Onderzoek
- 2x Informed Consent formulieren

Werkwijze:

- Inventariseer de MMSE-score van de patiënt:
- De patiënt dient mondeling en schriftelijk te worden geïnformeerd over de studie aan de hand van voorlichting door de onderzoeksverpleegkundige en de patiënteninformatiebrief. Informeer ook altijd de eerste contactpersoon van de patiënt over het onderzoek, telefonisch en/of tijdens het bezoekuur. Bij patiënten met een MMSE-score tussen de 15 en 23 is er sprake van een cognitief probleem, informeren van familie is hierbij extra van belang.
- Geef de patiënt en eventueel de familie mondelinge informatie over het wetenschappelijk onderzoek: het is van belang hierbij de inhoud van de interventie niet volledig te bespreken. Het is belangrijk dat alle patiënten dezelfde informatie over de inhoud van de studie krijgen om te voorkomen dat er onder patiënten verschillende verwachtingen over de studie ontstaan. Dit kan het effect van de studie vertekenen. De volgende informatie dient als leidraad gebruikt te worden om patiënten te informeren over de studie:

In de CZB onderzoeken we de zorgbehoeftes van oudere cardiologische patiënten tijdens en na een ziekenhuisopname. In dit onderzoek gaan we na welke vormen van zorg tijdens en na ontslag bijdragen aan het herstel van oudere cardiologische patiënten en de mening van de patiënt hierover. Dit betekent dat er tijdens en binnen drie, zes en twaalf maanden na ontslag contact met u opgenomen kan worden en u bezocht zal worden voor het beantwoorden van een aantal vragen. We willen hierbij ook een eventuele mantelzorger volgen, die we op deze momenten ook zullen benaderen voor het invullen van een vragenlijst.

In het onderzoek worden verschillende groepen gevolgd, de daadwerkelijke inhoud van het onderzoek hangt verder af van de loting. Sommige patiënten zullen een aantal keer telefonisch worden gevolgd, bij andere patiënten kan het zijn dat er iemand bij u langskomt. Over de daadwerkelijke inhoud van de bezoeken aan huis kunnen wij verder geen mededelingen doen om de uitkomsten van het onderzoek niet te beïnvloeden. Na afloop van het onderzoek zult u alsnog volledig geïnformeerd worden over het doel en de inhoud van het onderzoek.

- Beantwoord eventuele vragen van de patiënt en familie. Let op: Het is belangrijk dat er geen informatie wordt gegeven over de concrete inhoud van de interventie, dus dat de zorg kan inhouden dat er een wijkverpleegkundige of fysiotherapeut langskomt. Uiteraard krijgt de interventiegroep dit wel te horen na randomisatie.
- Geef de patiënt en eventueel familie de patiënteninformatiebrief met informatie over de Cardiologische Zorgbrug en geef hierbij ook de folder ‘Medisch Wetenschappelijk onderzoek’
- Beantwoord nog eventuele vragen van de patiënt en familie en inventariseer of de patiënt wilt deelnemen. Indien nodig kan de patiënt nadenktijd worden gegeven.

Uitslag

- Patiënt wil niet deelnemen: bedank de patiënt voor de interesse en leg uit dat dit geen consequenties heeft voor de huidige en toekomstige zorg
- Patiënt wil deelnemen aan de studie:
    - Informeer hierover ook de eerste contactpersoon van de patiënt
    - Geef de patiënt twee keer het informed consent formulier en laat patiënt beide formulieren ondertekenen.
    - Teken in het bijzijn van de patiënt vervolgens zelf twee keer het informed consent formulier
    - Geef de patiënt één formulier en bewaar één formulier en stop deze in de map of onder het tabblad ‘informed consent’

Werkwijze na informed consent

- Voeg de patiënt toe in Research Manager (hoofdstuk 7) om een Patient Identification Number (PIN) aan te maken. Schrijf dit PIN-nummer ook op het informed consent formulier.
- Noteer het PIN-nummer in de inclusielijst op de computer, met de daarbij behorende patiëntgegevens.
- Registreer in het patiëntendossier dat de patiënt meedoet aan de Cardiologische Zorgbrug
- Verstuur een huisartseninformatiebrief (zie het inclusiemapje of de Surfdrive) naar de betreffende huisarts.

7. Patiënt toevoegen in Research Manager

Tijdsduur: 5 minuten

Achtergrond en doel: na het doorlopen van de screeningsprocedure en de informed consent procedure, krijgt de patiënt een Patient Identification Number (PIN). Hiermee wordt gewaarborgd dat onderzoeksgegevens anoniem verwerkt kunnen worden.

Benodigdheden

- Research Manager via https://www.onderzoekenanalyse.nl/HvAmsterdam/Logon.aspx
- Log in met de eigen inloggegevens
- Kies bovenin voor CRF en vervolgens CRF – gegevens
- Kies aan de linkerzijde voor de juiste studie, links onder staat patiënt toevoegen. Klik hierop.
- De pagina Patiënt Details verschijnt, scroll naar beneden
- Klik op 'opslaan en openen'
- Bovenaan de pagina verschijnt het PIN-nummer van de patiënt
- Verwerk dit in alle documenten van de patiënt die er tot dan toe zijn

- Informed consent formulier
- Screeningslijst
- Inclusielijst

8. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) afnemen

Tijdsduur: 60 minuten

Achtergrond en doel: het doel van het CGA is om in kaart te brengen welke (geriatrische) problemen de patiënt ervaart op somatisch, psychologisch, functioneel en sociaal gebied. Deze dient binnen 72 uur na ziekenhuisopname op de afdeling cardiologie of cardiothoracale chirurgie te worden afgenomen. Dit kan in het geval van interventies als een TAVI of CABG betekenen dat dit na terugkomt op de afdeling gebeurt. Bij patiënten met een delier, kan er afgeweken worden van het moment vanaf afname van het CGA. Deze dient na uiterlijk 96 uur na opname op de afdeling te worden afgenomen.

Benodigdheden

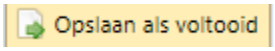
- CGA via Research Manager https://www.onderzoekenanalyse.nl/HvAmsterdam/Logon.aspx of op papier om later in te voeren (Surfdrive - CRF baseline compleet voor de laatste versie van het CRF)
- Samenvattingsformulier (bijlage 4)
- Curverbox met meetinstrumenten (handknijpkrachtmeter, stappenteller, stopwatch, buikomvangmeetlint, twee pionnen en vier meter touw, BORG-kaart)

Opmerkingen voor afname CGA

- Neem de CGA-vragen zelf bij de patiënt af, laat dit niet door de patiënt invullen
- Zie voor een toelichting op specifieke vragen of metingen *Bijlage 2* op blz. 26.

Algemene werkwijze afname CGA

- Licht de patiënt in over het doel van de CGA-afname, leg uit dat dit ongeveer 45 minuten zal duren
- Neem het CGA af bij de patiënt en vul gelijktijdig het samenvattingsformulier in zodat een overzicht van de aanwezige geriatrische problematiek ontstaat (bijlage 4)
- Vul Research Manager in tot en met het hoofdstuk 'Afronding CGA'. Druk na volledige invulling van een paragraaf op 'opslaan als voltooid', dat boven aan de pagina te vinden is.



- Ga naar hoofdstuk 9 Randomisatie. De verdere werkwijze is afhankelijk van de groep waarin de patiënt geloot wordt.

9. Randomisatie

Achtergrond: bij alle geïncludeerde patiënten is nu het CGA afgenomen en zijn de problemen op lichamelijk, psychologisch, sociaal en functioneel gebied in kaart gebracht en verwerkt in een zorgbehandelplan. Dit is het moment dat de patiënten in twee groepen worden ingedeeld: de interventie- en de controlegroep door middel van randomisatie. *Let op: zorg dat Reseach Manager is ingevuld tot en met het subhoofdstuk 'Afronding CGA'.*

Doel: Het willekeurig verdelen van de patiënten in de interventiegroep en controlegroep

Voorbereiding en benodigdheden

- Studie(patiënten)nummer van de patiënt
- MMSE score
- Geboortedatum
- Research Manager https://www.onderzoekenanalyse.nl/HvAmsterdam/Logon.aspx

Werkwijze

- Ga na of het gehele CGA is ingevoerd in Research Manager
- Klik op het patiëntnummer van de patiënt, je komt weer op de pagina waar in eerste instantie een PIN-nummer is toegewezen aan de patiënt
- Klik onderaan op de pagina op 'randomiseren'
- Patiënt wordt nu toegewezen aan de interventiegroep of de controlegroep

Afronding

- Licht de patiënt in over het verdere verloop van het onderzoek:

- Patiënt in interventiegroep: geef aan dat er een wijkverpleegkundige in het ziekenhuis langs komt om kennis te maken en dat na de opname een wijkverpleegkundige en fysiotherapeut thuis langs komen om het zorgbehandelplan te ervervolgen.
- Patiënt in de controlegroep: geef aan dat we de patiënt graag willen volgen om te onderzoeken hoe de patiënt zich na de ziekenhuisopname voelt. We nemen hiervoor op 3 en 12 maanden telefonisch contact op voor een aantal vragen. Op 6 maanden zal er een huisbezoek plaatsvinden waarbij een vragenlijst en een aantal fysieke metingen wordt afgenomen.

NB: Het is van belang geen informatie te verstrekken over de inhoud van de interventie aan de controlegroep.

10. Werkprotocollen voor de interventiegroep

10.1 Aanmelden patiënt bij de wijkverpleegkundige en fysiotherapeut

Tijdsduur: 10 minuten

Achtergrond: de CZB vindt plaats in drie fases: de klinische fase, transitie van ziekenhuis naar huis en de post-klinische fase. In de transitie van ziekenhuis naar huis zijn zowel de verpleegkundige cardiologie als de wijkverpleegkundige betrokken. In de post-klinische fase zijn zowel de wijkverpleegkundige als de fysiotherapeut betrokken. Daarvoor is het belangrijk dat de patiënt wordt aangemeld bij de thuiszorgorganisatie en de fysiotherapeut die de zorg na ontslag zullen leveren. *Doe dit in verband met de planning van de zorgverleners in de eerste lijn zo snel mogelijk nadat uit de randomisatie is gebleken dat de patiënt in de interventiegroep is gekomen.*

Werkwijze rondom aanmelding bij wijkverpleegkundige en fysiotherapeut

- In de Surfdrive is een overzicht beschikbaar van deelnemende wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten en hun contactgegevens. Voor de dichtstbijzijnde wijkverpleegkundige, zie de stadskaart via de Surfdrive. Deze is alleen werkzaam in Google Chrome.
- Neem contact op met de wijkverpleegkundige en maak een afspraak voor een warme ontslagoverdracht met de wijkverpleegkundige waarvoor de wijkverpleegkundige in het ziekenhuis zal komen.
- **Indien het deelnemende ziekenhuis werkt met POINT:** Meldt een nieuwe patiënt via het transferpunt (bijv. POINT) aan voor de CZB. Vermeld op de aanvraag dat het om een CZB patiënt gaat. Beschrijf in het 'Communicatiejournaal' met welke wijkverpleegkundige reeds contact is opgenomen en naar welke fysiotherapeut een kopie van de overdracht doorgestuurd kan worden gestuurd (zie werkwijze aanmelden bij de fysiotherapeut).
- **Indien het ziekenhuis niet werkt met POINT:** Neem telefonisch contact op, om de nieuwe patiënt aan te melden bij de wijkverpleegkundige en fysiotherapeut. Plan een warme overdracht en stuur het zorgbehandelplan en overige relevante informatie per mail op naar de wijkverpleegkundige en de fysiotherapeut
- Noteer in het logboek op het contactformulier welke wijkverpleegkundige en fysiotherapeut de patiënt na ontslag zullen behandelen

10.2 Opstellen zorgbehandelplan

Tijdsduur: 30 minuten

Achtergrond: met het CGA zijn problemen gesignaleerd op lichamelijk, psychologisch, sociaal en functioneel gebied. Op basis van deze problematiek een zorgbehandelplan worden opgesteld wat leidend zal tijdens ziekenhuisopname en in de eerste periode na ontslag voor de interventiegroep.

Doel: gezamenlijk met de patiënt opstellen van een zorgbehandelplan aan de hand van geïdentificeerde problematiek uit het CGA en de prioriteiten van de patiënt

Voorbereiding en benodigdheden

- CGA via Research Manager https://www.onderzoekenanalyse.nl/HvAmsterdam/Logon.aspx
- Samenvatting van de geïdentificeerde problemen
- Indien er sprake is van vijf of meer geriatrische problemen óf minstens één probleem binnen het psychische domein, zoals symptomen van depressie, delirium, cognitieve problemen etc., dan wordt de geriatrische dienst (via de arts) in consult gevraagd.
- Toolkit Kwetsbare Ouderen via http://www.effectieveouderenzorg.nl/Home.aspx
- Patiëntenvoorlichting over de gesignaleerde problemen

Werkwijze

- Bespreek de gescreende problemen met de patiënt. Vraag de patiënt of hij de problemen herkent en welke problemen hij/zij het meest belangrijk vindt. Laat de patiënt hierbij het probleem een nummer geven van meest belangrijk (1) tot minst belangrijk (hoogste nummer).
- Vraag de patiënt per probleem wat hij graag zou willen bereiken: oplossing van het probleem, beperking van het probleem, voorkomen van verdere achteruitgang van het probleem.
- Stel een zorgbehandelplan op met de persoonlijke behandeldoelen van de patiënt en de adviezen van disciplines die in consult zijn. Plaats het zorgbehandelplan op een daarvoor afgesproken plek in het patiëntendossier.
- Neem de door de afdeling geriatrie gegeven adviezen mee in het zorgbehandelplan

Na opstellen zorgbehandelplan

- Bespreek het persoonlijke zorgbehandelplan met de patiënt en vraag na of de patiënt zich hierin kan vinden.
- Zet de benodigde interventies in op basis van het plan. Denk aan andere disciplines in consult vragen.
- Het zorgbehandelplan is leidend tijdens en na de ziekenhuisopname. Stem dit zorgbehandelplan af met collega's zodat de nodige zorg wordt ingezet.
- In nauw contact met de afdeling geriatrie en overige betrokken disciplines wordt het zorgbehandelplan waar nodig aangepast
- Maak een logboek voor de patiënt aan, die in bezit is van de patiënt. Zorg dat het studie(patiënten)nummer er op is genoteerd. Vul de inhoud tijdens de opname aan.

10.3 Ontslagoverdracht in het ziekenhuis

Tijdsduur: 30 minuten

Achtergrond: het is bekend dat een zogenaamde 'warme overdracht' essentieel is voor een goede transitie van de patiënt van ziekenhuis naar huis. Daarom wordt er bij interventiepatiënten een mondelinge ontslagoverdracht uitgevoerd tussen de verpleegkundige cardiologie, de wijkverpleegkundige en de patiënt (met eventueel de mantelzorger). Tijdens de mondelinge overdracht kan worden nagegaan of alle relevante informatie voor de thuissituatie duidelijk is en kunnen onduidelijkheden door de verpleegkundige cardiologie worden toegelicht of opgelost. Daarnaast is bekend dat patiënten het prettig vinden om voor ontslag kennis te maken met de zorgverlener in de thuissituatie.

Doel: een adequate ontslagoverdracht tussen de verpleegkundige cardiologie, de wijkverpleegkundige en de patiënt (en mantelzorger).

Werkwijze van overdracht: Onderstaande werkwijze is weergegeven van meest tot minst gewenst. Een warme overdracht blijkt effectief in het voorkomen van fouten en het reduceren van de kans op heropnames. Het is belangrijk te registeren welke vorm van overdracht er bij de patiënt heeft plaatsgevonden.

- Warme overdracht: in het ziekenhuis met aanwezigheid van verpleegkundige cardiologie, wijkverpleegkundige en patiënt (eventueel mantelzorger)

Alternatieven indien de logistiek een warme overdracht niet toelaat:

- Lauwe overdracht: via skype/facetime met de in het ziekenhuis aanwezige tablet. De overdracht vindt plaats aan het bed bij de patiënt, waarbij de wijkverpleegkundige vanuit haar werklocatie inlogt. Belangrijk is dat zij de patiënt in beeld heeft gezien.
- Koude overdracht:
  - Telefonische overdracht tussen de verpleegkundige cardiologie en de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige kan eventueel op een voor haar geschikt moment alsnog kennismaken met de patiënt in het ziekenhuis
  - Overdracht per mail: wanneer de verpleegkundige cardiologie en de wijkverpleegkundigen elkaar niet telefonisch kunnen spreken. Het is belangrijk dit op een later moment alsnog te proberen.

Voorbereiding en benodigdheden

- Zorg dat de patiënt is aangemeld bij de fysiotherapeut in de eerstelijn en controleer of de gegevens van de fysiotherapeut zijn opgenomen in het logboek. Noteer op het zorgbehandelplan ook het BSN-nummer van de patiënt, hiermee kan de fysiotherapeut zien welke verzekering de patiënt heeft
- Controleer of alle informatie uit de ontslagchecklist paraat is (zie bijlage 3)
- Ga na of er voor ontslag nog aanvullende zaken door het cardiologisch team of de wijkverpleegkundige geregeld dienen te worden

<u>Stem voor de ontslagoverdracht de volgende zaken met de behandelend arts af</u>

- Gewenste streefwaarden met betrekking tot de (vitale) parameters
- Bij welke afwijkende parameters of waarden contact opgenomen dient te worden
- Recepten voor medicatie
- Niet-medicamenteuze therapeutische adviezen die die patiënt thuis uit dient te voeren

Werkwijze

- Voer de mondelinge ontslagoverdracht gezamenlijk met de wijkverpleegkundige <u>bij de patiënt</u> uit. Bespreek hierin ten minste de volgende zaken:
  - Reden van opname
  - Verloop van de opname, inclusief eventuele behandelingen en complicaties
  - Eventuele zaken die geregeld moeten worden door de wijkverpleegkundige voordat de patiënt met ontslag naar huis kan gaan
  - De gewenste relevante parameters van de patiënt. Dit kan gaan om de volgende parameters:
    - Bloeddruk
    - Hartfrequentie
    - Hartritme
    - Ademhalingsfrequentie
    - Saturatie
    - Temperatuur
    - Gewicht
    - Oedeem
    - Glucose
  - Bij welke afwijkende hierboven beschreven parameters contact opgenomen dient te worden

- Bespreek met wie contact opgenomen kan worden bij afwijkende paramaters en via welk telefoonnummer

- Medicamenteuze behandeling

Geef aan met welke medicatie de patiënt naar huis ontslagen wordt (controleer ook of de cardioloog nitroglycerine voorgeschreven heeft)

  - Zorg dat duidelijk is welke medicatiewijzigingen zich hebben voorgedaan vanaf ziekenhuisopname, zodat de wijkverpleegkundige dit kan controleren met de medicatie die de patiënt nog thuis heeft liggen.

- Niet-medicamenteuze behandeling
  - Bespreek niet-medicamenteuze adviezen die de patiënt meekrijgt, bijvoorbeeld met betrekking tot het wegen van het gewicht, een natriumbeperkt dieet of een vochtbeperking

- Bespreek de problematiek die uit het CGA naar voren is gekomen aan de hand van het Samenvattingsformulier CGA (bijlage 4) en het zorgbehandelplan met de persoonlijke doelen die zijn opgesteld
- Bespreek de voortgang van het zorgbehandelplan tijdens ziekenhuisopname en eventuele aandachtspunten voor de wijkverpleegkundige voor na ontslag

Werkwijze: na ontslag

- Stuur binnen 2 dagen na ontslag de **geanonimiseerde** ontslagbrief per mail of als bijlage in POINT (indien er met POINT wordt gewerkt) naar de wijkverpleegkundige en per mail naar de apotheker verbonden aan de CZB (email: s.daliri@olvg.nl).
  - Is er geen definitieve ontslagbrief aanwezig? Stuur dan het concept.
  - Is er geen concept ontslagbrief aanwezig? Stuur een kopie van het overzicht van de medicatie bij ontslag uit het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS)/patiëntendossier.

11. Zorg controlegroep

Achtergrond: na randomisatie is het van belang om te voorkomen dat de patiënten in de controlegroep op de hoogte raken van de interventie, dit kan het effect van de interventie namelijk vertekenen.

Doel: afstemmen welke zorg aan de controlegroep mag worden aangeboden

Informatieverstrekking na randomisatie

Indien de patiënt in de controlegroep is ingedeeld, krijgt deze geen wijkverpleegkundige en fysiotherapeut in de thuissituatie aangeboden (breng de patiënt hiervan niet op de hoogte). Geef bij de patiënt aan dat er op 3 en 12 maanden na ontslag telefonisch contact wordt opgenomen om te bespreken hoe het op dat moment met de patiënt gaat en dat er op 6 maanden een huisbezoek plaatsvindt.

Zorg tijdens ziekenhuisopname

De patiënt ontvangt standaard zorg en volgt de reguliere zorgpaden. Na afname van het CGA wordt er dus ook geen zorgbehandelplan opgesteld.

Indien het Transmurale Zorgbrug (de voorloper van de Cardiologische Zorgbrug) al binnen het ziekenhuis is geïmplementeerd en dit 'standaardzorg' is, dan is het belangrijk dit goed te noteren. In dat geval zal de patiënt wél wijkverpleegkundige zorg krijgen. Dit gaat via de standaardroute, dit is afhankelijk van hoe de Transmurale Zorgbrug binnen het ziekenhuis is geïmplementeerd. De patiënt krijgt in dit geval **geen** fysiotherapeut mee naar huis.

12.Fysieke testen voor ontslag

Tijdsduur: 20 minuten

Achtergrond: kwetsbare ouderen hebben een verhoogd risico op functieverlies tijdens en na ziekenhuisopname. Patiënten in de interventiegroep zullen hiervoor na ziekenhuisopname fysiotherapie krijgen. De fysieke metingen die tijdens ziekenhuisopname worden afgenomen dienen als een baselinemeting om het fysiek functioneren te bepalen.

Doel: op een veilige en betrouwbare manier de fysieke testen afnemen als de patiënt hier medisch toe in staat is.

Benodigdheden

- CGA via Research Manager https://www.onderzoekenanalyse.nl/HvAmsterdam/Logon.aspx of op papier om later in te voeren (Surfdrive - CRF baseline compleet voor de laatste versie van het CRF)
- Samenvattingsformulier (bijlage 4)
- Curverbox met meetinstrumenten (handknijpkrachtmeter, stappenteller, stopwatch, buikomvangmeetlint, twee pionnen en vier meter touw, BORG-kaart)

Opmerkingen voor afname fysieke testen

- Wanneer er wordt getwijfeld over de veiligheid voor de fysieke testen, overleg dit dan met een arts.

Algemene werkwijze afname CGA

- Neem de handknijpkracht, Short Physical Performance Battery (SPPB) en 2-minute steptest af. Zie de instructies in bijlage 2.2 en de geplastificeerde kaartjes in de curverbox.

13. Dossierinformatie

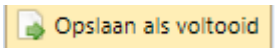
Tijdsduur: 20 minuten

Doel: aanvullende dossierinformatie verzamelen over de ziekenhuisopname en de medische toestand van de patiënt.

Benodigdheden

- CGA via Research Manager https://www.onderzoekenanalyse.nl/HvAmsterdam/Logon.aspx of op papier om later in te voeren (Surfdrive - CRF baseline compleet voor de laatste versie van het CRF)
- Elektronisch en/of papieren patiëntendossier

Werkwijze

- Deze informatie kan ook achteraf worden ingevuld, bijvoorbeeld wanneer er op een inclusiedag geen patiënten.
- Vul de gevraagde informatie in, in Research Manager
- Druk na volledige invulling van een paragraaf op 'opslaan als voltooid', dat boven aan de pagina te vinden is. 

14. Heropname geïncludeerde patiënten

Algemeen: Binnen de Cardiologische Zorgbrug hebben we te maken met een kwetsbare oudere populatie waarbij heropnames vaak voorkomen. Een heropname wordt door de ziekenhuisverpleegkundige gemeld aan de onderzoeksverpleegkundigen op 06-13669502 of 06-13935422. Zie hiervoor ook de procedure voor het melden van een Serious Adverse Event.
De verdere werkwijze hangt af van de groep waarin de patiënt tijdens de eerdere ziekenhuisopname is geloot.

14.1 Controlegroep

Indien een patiënt wordt heropgenomen dan komt deze patiënt opnieuw op de screeningslijst te staan, er hoeft echter niet opnieuw een CGA afgenomen te worden. Vul in de kolom 'eerdere cardiologische opname in een CZB-ziekenhuis sinds 1 juni' in dat de patiënt eerder is opgenomen in een CZB ziekenhuis. Gebruik daarnaast als exclusiereden nr. 14 'reeds geïncludeerd in de Cardiologische Zorgbrug'.
Als een patiënt na de heropname in het ziekenhuis niet naar huis, maar naar een intramurale setting wordt overgeplaatst, geef dit dan door aan de onderzoeksverpleegkundige. Zodat we de patiënt wel kunnen vervolgen.
Op de inclusie lijst hoeft de heropname niet ingevuld te worden, de datum dat de randomisatie heeft plaatsgevonden blijft de uitgangsdatum aan de hand waarvan de overige follow-up momenten zullen plaatsvinden. De heropname heeft hier geen invloed op.

14.2 Interventiegroep:

Een heropname wordt door de betrokken wijkverpleegkundige of ziekenhuisverpleegkundige gemeld aan de onderzoeksverpleegkundigen op 06-13669502 of 06-13935422. Zie hiervoor ook de procedure voor het melden van een Serious Adverse Event.
Indien een patiënt wordt heropgenomen dan komt deze patiënt opnieuw op de screeningslijst te staan. Vul in de kolom 'eerdere cardiologische opname in een CZB-ziekenhuis sinds 1 juni' in dat de patiënt eerder is opgenomen in een CZB ziekenhuis. Gebruik daarnaast als exclusiereden nr. 14 'reeds geïncludeerd in de Cardiologische Zorgbrug'.

14.3 Verschillende werkwijzen

Werkwijze ziekenhuis en aanmelding bij wijkverpleegkundige

De patiënt is bij inclusie gerandomiseerd in de interventiegroep, daardoor heeft de patiënt bij elke heropname binnen het eerste jaar na randomisatie recht op transmurale zorg. Hiervoor wordt bij elke heropname binnen het eerste jaar na randomisatie opnieuw wijkverpleegkundige zorg van de Cardiologische Zorgbrug ingeschakeld. Het in de eerdere ziekenhuisopname opgestelde zorgbehandelplan dient geëvalueerd te worden met de patiënt, hiervoor wordt een kort samenvattingsformulier doorgenomen. Op basis hiervan kan het zorgbehandelplan worden aangepast en verzonden naar de wijkverpleegkundige. Er wordt hierbij ook opnieuw een warme overdracht gepland. Bij ontslag wordt de ontslagmedicatie verzonden aan de wijkverpleegkundige en aan de apotheker Sara Daliri (s.daliri@olvg.nl)

Als een patiënt na de heropname in het ziekenhuis niet naar huis gaat, maar naar een intramurale setting wordt overgeplaatst, dan wordt er niet opnieuw wijkverpleegkundige zorg aangevraagd. Graag aan de onderzoeksverpleegkundigen melden dat een patiënt naar een intramurale setting wordt overgeplaatst.

Werkwijze wijkverpleegkundige

Als de patiënt na de heropname in het ziekenhuis weer thuis komt zal het werkprotocol 'post-klinische fase' opnieuw worden uitgevoerd zoals beschreven staat in de handleiding (dus een warme overdracht en 4-5 huisbezoeken).

Werkwijze fysiotherapie

De patiënt krijgt in de thuissituatie niet opnieuw fysiotherapie aangeboden als alle negen fysiotherapie behandelingen vanuit de Cardiologische Zorgbrug al hebben plaatsgevonden (de negen fysiotherapie behandelingen kunnen per jaar eenmaal vergoed worden vanuit de zorgverzekering dan wel de Cardiologische Zorgbrug studie).

14.4 Logboek

Heropname binnen 6 weken:

Wanneer de heropname binnen 6 week na ontslag plaatsvindt, zijn de wijkverpleegkundige en de fysiotherapeut nog betrokken bij de patiënt. Er zal op dat moment als het goed is nog een logboek thuis bij de patiënt aanwezig zijn. De verpleegkundige in het ziekenhuis geeft bij ontslag na heropname het mapje heropname aan de patiënt mee naar huis. Hierin zit een nieuw set huisbezoeken, het heropname samenvattingsformulier en een aangepast zorgbehandelplan. Dit mag thuis bij de patiënt toegevoegd worden aan het logboek. Hierdoor kunnen beide zorgverleners doorwerken in hetzelfde logboek.

Heropname na 6 weken:

Als het goed is, is alle zorg rondom deze patiënt afgerond. Dit wil zeggen dat de wijkverpleegkundige en de fysiotherapeut niet meer langs komen bij de patiënt en het logboek meegenomen is door één van beide. Hierdoor zal bij ontslag een heropname logboek worden meegegeven door de ziekenhuisverpleegkundige. Dit zijn de logboeken met sticker heropname erop. De wijkverpleegkundige zal hierin de huisbezoeken kunnen noteren. Het logboek zal door de wijkverpleegkundige bij het laatste huisbezoek weer worden meegenomen.

14.5 Follow-up

En patiënt die is gerandomiseerd in de interventiegroep zit gedurende één jaar in deze groep. De controle moment T1, T2 en T3 worden berekend vanaf het moment dat de patiënt is gerandomiseerd, het kan dus voorkomen dat een patiënt wordt heropgenomen en kort daarvoor / daarna door een onderzoeksverpleegkundigen wordt gebeld / bezocht wordt voor een controle moment.

15.Overige werkprotocollen

15.1 Procedure Serious adverse event / adverse event

Achtergrond: elk ongewenst voorval dat optreedt tijdens de studieperiode (*vanaf informed consent*), wordt een Serious Adverse Event (SAE, Ernstig Ongewenst Voorval) genoemd indien deze:

- de dood tot gevolg heeft;
- levensbedreigend is (op het moment van het voorval);
- een niet geplande ziekenhuisopname of verlenging van een opname noodzakelijk maakt;
- tot blijvende of ernstige invaliditeit leidt;
- een ander ernstig medisch voorval is die niet direct dodelijk, levensbedreigend of ziekenhuisopname noodzakelijk maakt maar die, naar de mening van een arts, een medische of chirurgische interventie vereist om één van bovengenoemde voorvallen te voorkomen.
- zich, naar het oordeel van degene die het wetenschappelijk onderzoek uitvoert, zou hebben kunnen ontwikkelen tot een ernstig ongewenst voorval, maar waarbij dit ernstig ongewenst voorval zich als gevolg van ingrijpen niet heeft verwezenlijkt.
  http://www.ccmo.nl/en/sae, geraadpleegd op 14-03-2016

Werkwijze

- Adverse events zoals hierboven beschreven dienen te worden geregistreerd vanaf informed consent door de patiënt
- Ga elke dienst na of er een (ernstig) ongewenst voorval heeft plaatsgevonden.
- Ga na of er een voorval heeft plaatsgevonden dat als een ernstig ongewenst voorval (SAE) wordt gezien zoals hierboven beschreven.
- Als één van bovenstaande voorvallen heeft plaatsgevonden of bij twijfel hierover, dient dit binnen 24 uur gemeld te worden aan de hoofdonderzoekers, gedelegeerd aan de studiecoördinatoren Patricia Jepma en Lotte Verweij en onderzoeksverpleegkundige Maaike Bangma. Zij zijn te bereiken via onderstaande nummers:

  06-13669502

  06-50440499

  06-57314389

14.2 Procedure schriftelijke afname CRF

Achtergrond: alle metingen ten behoeve van de CZB worden digitaal ingevoerd in Research Manager. Het kan echter voorkomen dat door digitale problemen het CRF niet online kan worden ingevoerd. Dit protocol geeft aan, hoe dan gehandeld dient te worden.

Werkwijze

- Breng de hoofdonderzoekers (Lotte Verweij of Patricia Jepma) op de hoogte van de digitale problemen
- Print het CRF uit, deze is te vinden op https://surfdrive.surf.nl/files/index.php/s/vh7ni1tjUnlFKSl
- Vul het CRF schriftelijk in, hiervoor gelden de volgende aanvullende regels zoals deze zijn opgesteld door de Clinical Research Unit (CRU)

- Het CRF moet ingevuld worden met een zwarte of blauwe pen.
- Antwoorden moeten goed leesbaar zijn, schrijf liefst in blokletters.
- Selectierondjes O worden gebruikt voor antwoordcategorieën met één antwoordoptie. Selectievakjes □ worden gebruikt voor antwoorden met meerdere antwoordopties.
- Vakjes of rondjes met pen aankruisen of aanvinken op de volgende manier: ☑ of ☒ of ⊗
- Gebruik geen afkortingen. De enige algemene afkortingen die zijn toegestaan zijn:
- ND = not done, NA = not applicable, UK = unknown.
- Notatie van de datum vindt als volgt plaats: dag in twee cijfers, maand in drie letters en jaar in vier cijfers. Bijvoorbeeld: 15 / okt / 2015. Indien (een deel van) de datum ontbreekt, vul dan voor het ontbrekende deel 99 in. Bijv.: dag ontbreekt: 99/JAN/2012, dag en maand ontbreken: 99/999/2015, hele datum ontbreekt: 99/999/9999.
- Gebruik voor tijdsaanduidingen de 24-uurs klok. Bijvoorbeeld: 15:56
- Correcties: het originele antwoord moet goed leesbaar blijven (gebruik dus nooit correctievloeistof (bijv.Tipp-Ex). Zet een enkele streep door het foute antwoord en schrijf de correctie er naast. *Bijvoorbeeld:* ~~FOUTTIEF~~ FOUTIEF.
- Bewaar papieren gegevens en formulieren in het “investigators file” op locatie. *Gooi deze dus niet weg als de gegevens alsnog digitaal zijn ingevuld.*

- Na het compleet invullen van het CRF tekent de hoofdonderzoeker van het deelnemende centrum het CRF. Hij/zij verklaart hiermee dat alle gegevens betrouwbaar en compleet zijn ingevuld in het CRF. Na tekenen mag er niets meer worden aangepast in het CRF.

- Vul op een later moment de schriftelijke vragenlijsten alsnog digitaal in.

14.3 Procedure einde van studiedeelname

Achtergrond: patiënten kunnen zich na informed consent ten alle tijde terugtrekken uit de studie. Dit dient geregistreerd te worden. Belangrijk is om te inventariseren op welke manier de dataverzameling zo compleet mogelijk gemaakt kan worden door na te gaan of patiënt gedeeltelijk wil mee blijven doen binnen de studie.

Werkwijze

- Bespreek met de patiënt de reden van terugtrekking uit de studie
- Indien terugtrekking plaatsvindt op basis van een te hoge ervaren belasting, bespreek dan of de patiënt nog gedeeltelijk wil meedoen aan de studie. Hiervoor zijn meerdere opties mogelijk:

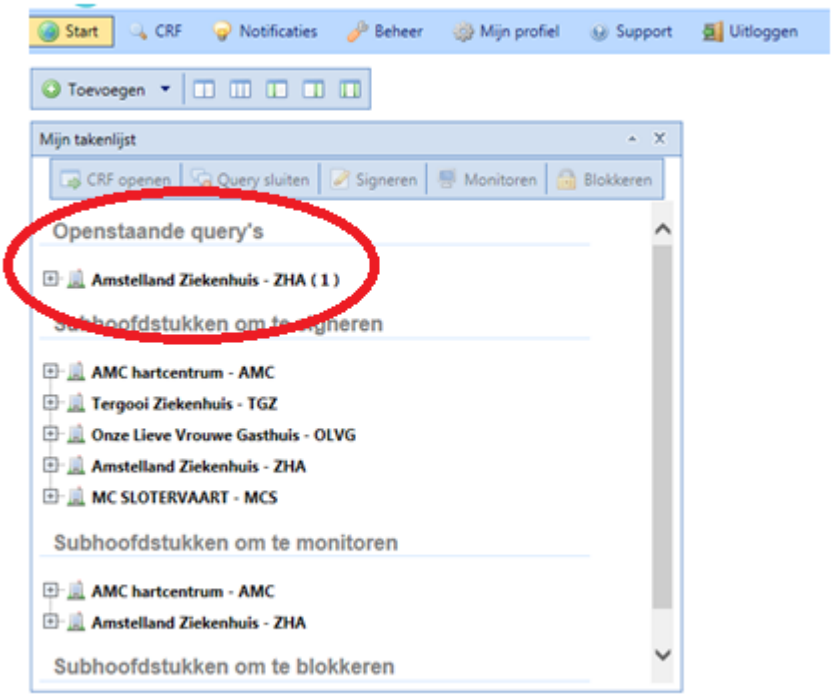
- Patiënt wil geen fysiotherapie ontvangen, maar wel wijkverpleging
- Patiënt wil wel fysiotherapie ontvangen, maar geen wijkverpleging
- Patiënt wil geen eerstelijns zorg ontvangen, maar mag wel voor follow-up benaderd worden op 3, 6 en 12 maanden
    - Inventariseer of patiënt één van bovenstaande opties wil blijven uitvoeren
    - Neem contact op met de studiecoördinatoren Patricia Jepma, Lotte Verweij of onderzoeksverpleegkundigen om de patiëntenvoorkeur door te geven en noteer dit ook in de Excelsheet ‘Inclusielijst’

16.Queries beantwoorden in Research Manager

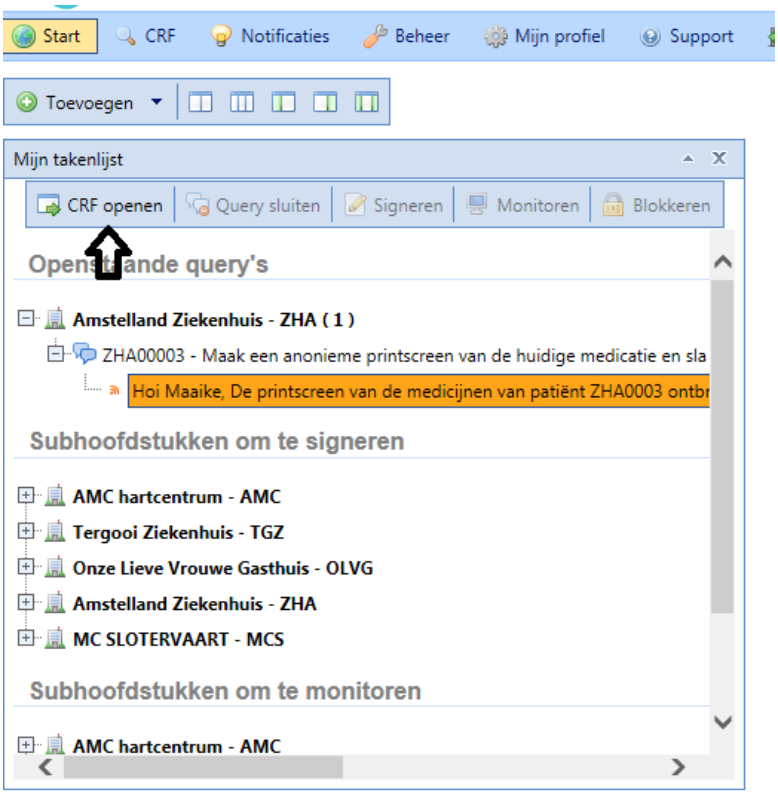
Achtergrond: Na voltooiing van patiëntgegevens in Research Manager, zullen de ingevoerde gegevens door de studiecoördinatoren worden gecontroleerd. Hieruit kan een queri voortkomen. Een querie is een opdracht tot het wijzigen en beantwoorden van een vraag rondom de invoering van onderzoeksgegevens in een database (Research Manager), bijvoorbeeld bij een onduidelijke invoering, het ontbreken van gegevens of een typfout.

Werkwijze

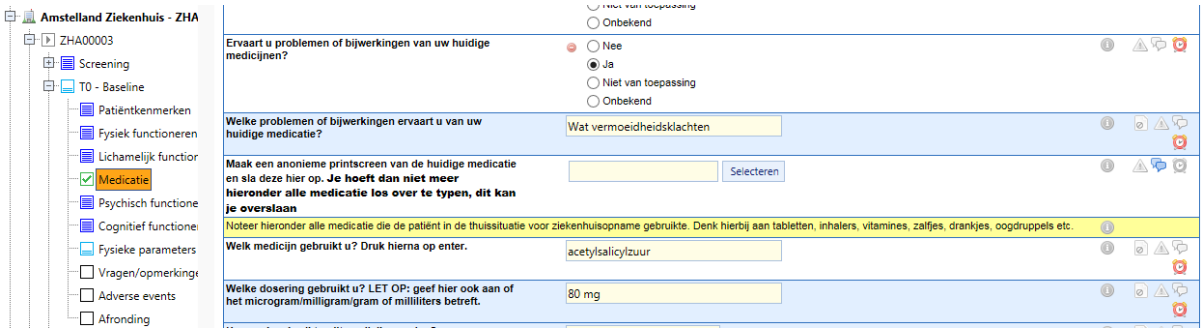
Wanneer de onderzoeksverpleegkundige inlogt in Research Manager, is op de beginpagina in Research Manager onder 'Mijn taken' een melding weergegeven met de open queries.



Hieronder is één query weergegeven. Wanneer je op + drukt komt er een ballonnetje tevoorschijn. Druk vervolgens weer op het + om dit uit te klappen. Ga vervolgens op de gestuurde query staan en druk op CRF openen. Zie foto hieronder.

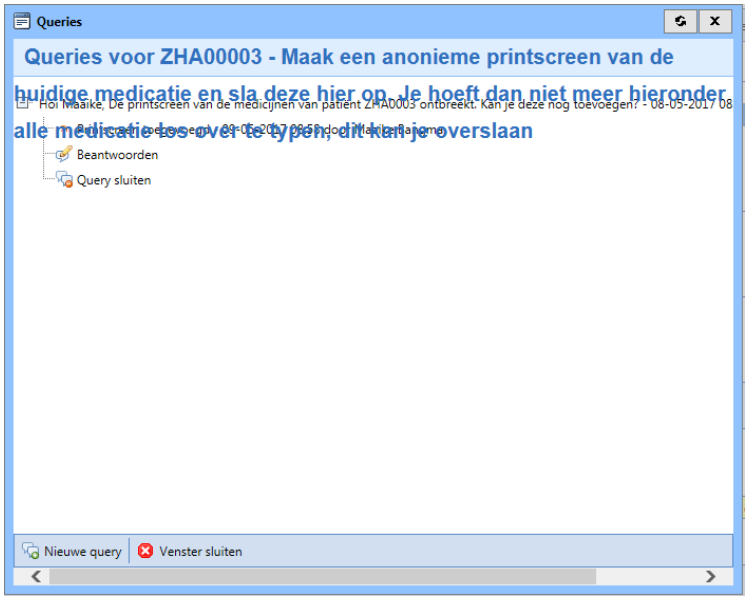


Vervolgens opent het CRF onderdeel van de patient waarbij de query gemaakt is. Zoek de query op, bij dit onderdeel staat namelijk een blauw ballonnetje aangegeven aan de rechterkant van de vraag. Zie hieronder.

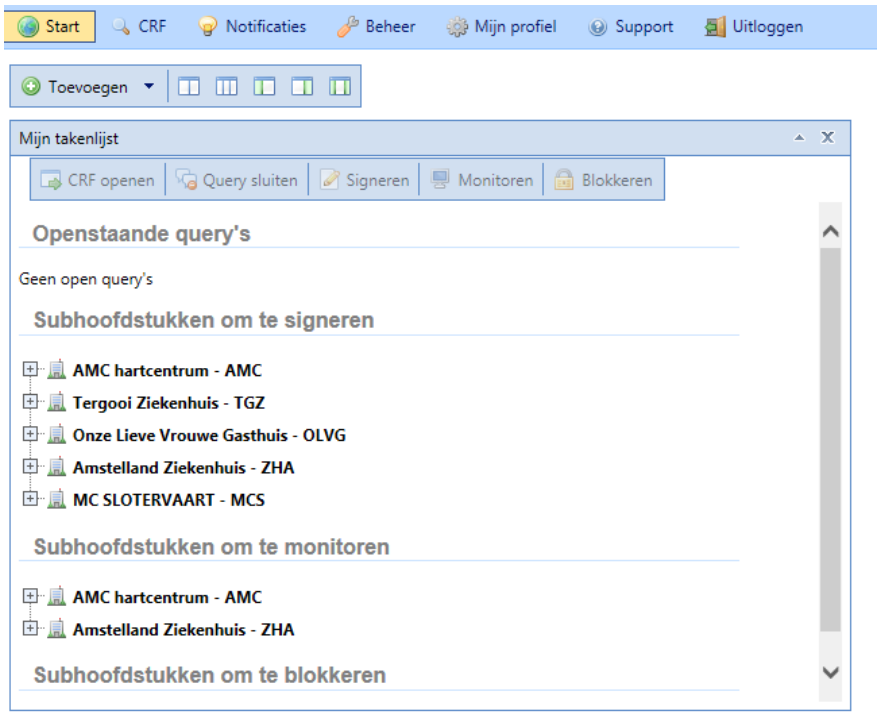


Druk op het blauwe ballonnetje dan opent de query zich. In deze query wordt gevraagd om een medicatieoverzicht van de patiënt. Een goede printscreen hiervan volgt nog, dit is een bekend probleem binnen Research Manager en is gemeld.

Voer de gevraagde correctie of toevoeging van de gegevens uit. Beantwoord daarna de query door op *beantwoorden* te drukken en een antwoord typen (bv medicatieoverzicht toegevoegd). Druk vervolgens op query opslaan of sluiten.



Als de query in het beginscherm is verdwenen dan is de opdracht voltooid.



16. Bijlagen

Bijlage 1: Toelichting op screening

Bijlage 1.1 Screening functieverlies met VMS en eerdere ongeplande ziekenhuisopname

Bijlage 1.2 Afname Mini-Mental Examination Score (MMSE)

Bijlage 2: Afname baseline metingen

Bijlage 2.1 Afname Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

Bijlage 2.2: Afname fysieke metingen

1. Bloeddruk
2. Hartfrequentie
3. Ademhalingsfrequentie
4. Saturatie
5. Comorbiditeit
6. Handknijpkracht
7. Short Physical Performance Battery
8. Inspanningscapaciteit
9. Borg-schaal

Bijlage 3: Ontslagchecklist

Bijlage 4: Samenvattingsformulier CGA

Bijlage 1: Toelichting op screening

Bijlage 1.1 Screening functieverlies met VMS én eerdere ongeplande ziekenhuisopname

PIN |__|__|__|__|__|__|__|__| (indien patiënt na VMS en MMSE wordt geïncludeerd)

VMS	**Vallen**	**Ja**	**Nee**
1.	Bent u in de afgelopen zes maanden gevallen?		
2.	Indien ja: hoe vaak?	……	keer
Indien ja op deze vraag ja beantwoordt ➔ 1 punt			

Voor ondervoeding kan de SNAQ of de MUST worden gebruikt, afhankelijk wat in het ziekenhuis gebruikelijk is om in de VMS te screenen. Maar één van de twee instrumenten wordt gebruikt en telt mee in de totaalscore van de VMS.

VMS	**Ondervoeding SNAQ**	**Ja**	**Nee**
1.	Bent u onbedoeld afgevallen:		
	Meer dan 6 kg in de afgelopen 6 maanden?	3	0
	Meer dan 3 kg in de afgelopen maand?	2	0
2.	Had u de afgelopen maand een verminderde eetlust?	1	0
3.	Hebt u de afgelopen maand drinkvoeding of sondevoeding gebruikt?	1	0
	Totaalscore SNAQ		punt
Indien ja op vraag 1 of ja op vraag 2 en 3➔ 1 punt			

VMS	Ondervoeding MUST	Ja	Nee
1.	BMI > 20 BMI 18,5 – 20 BMI < 18,5	0 1 2	0 0 0
2.	**Gewichtsverloop in de afgelopen 3-6 maanden** <5% 5-10% >10%	 0 1 2	 0 0 0
3.	Is de patiënt ernstig ziek en is er (kans op) > 5 dagen geen voedselinname?	2	0
	Totaalscore MUST		punt
Score 0: laag risico op ondervoeding → telt in VMS-score mee voor 0 punten Score 1: middelhoog risico op ondervoeding → telt in VMS-score mee voor 1 punt Score ≥ 2: hoog risico op ondervoeding → telt in VMS-score mee voor 1 punt			

VMS	Risico op delirium	Ja	Nee
1.	Heeft u geheugenproblemen?		
2.	Heeft u de laatste 24 uur thuis hulp nodig gehad bij de zelfzorg?		
3.	Zijn er bij een eerdere opname of ziekte perioden geweest dat u in de war was?		
Indien ja op 1 van deze vragen→ 1 punt			

VMS dagelijks functioneren/ADL op dit moment		
1. Heeft U hulp nodig bij baden of douchen?	o nee	o ja
2. Heeft U hulp nodig bij het aankleden?	o nee	o ja
3. Heeft U hulp nodig bij het naar de toilet gaan?	o nee	o ja
4. Maakt U gebruik van incontinentiemateriaal?	o nee	o ja
5. Heeft U hulp nodig bij opstaan uit een stoel?	o nee	o ja
6. Heeft U hulp nodig bij het eten?	o nee	o ja
Totaal score (ja is 1 punt)		
Bij score van 2 of meer➔ 1 punt		

Totaal score op de VMS vragen (tel alle vragen op)	**____ punten**
Is patiënt 70-80 jaar	score van 2 of meer duidt op positieve VMS score → inclusie
Is patiënt 80 jaar of ouder	score van 1 of meer duidt op positieve VMS score → inclusie

Ongeplande ziekenhuisopname (van minimaal één nacht) in de afgelopen zes maanden?
o nee, patiënt kan op basis van dit criterium **niet** deelnemen. Inclusie o.b.v. VMS? o ja → inclusie

Bijlage 1.2 Afname Mini-Mental Examination Score (MMSE)

RM Kok, FRJ Verhey (2002)

Deze standaardisering is gebaseerd op de originele MMSE van Folstein et al. (1975) en de Standardised MMSE van Molley et al. (1991).

Algemene instructies

1. Zorg dat voor het starten van de afname de persoon tegenover u zit. Beoordeel of iemand u verstaat en begrijpt middels eenvoudige vragen zoals 'Wat is uw naam?' Zorg dat de persoon de beschikking heeft over eventuele gehoorapparaten en brillen.
2. Introduceer uzelf en probeer de persoon op zijn/haar gemak te stellen. Vraag toestemming om vragen te mogen stellen, zoals 'Vindt u het goed dat ik u enige vragen over het geheugen stel?'. Dit kan helpen om paniekreacties te voorkomen.
3. Stel iedere vraag maximaal 3 keer, tenzij anders aangegeven. Als de persoon geen antwoord geeft, scoor 0.
4. Als de persoon incorrecte antwoorden geeft, scoor 0. Geef geen hints, stel de vraag nogmaals. Accepteer het antwoord, stel de vraag niet opnieuw, geef geen suggesties of fysieke duidingen zoals hoofd schudden, enz.
5. Benodigde hulpmiddelen zijn: een klok, een pen, potlood, en papier. Een blaadje met hierop 'sluit uw ogen' in grote letters en de figuur is eveneens nodig.
6. Als iemand vraagt 'Wat zegt u' geef geen uitleg of begin een gesprek, herhaal slechts dezelfde aanwijzing tot maximaal 3 keer.
7. Als de persoon u onderbreekt met b.v. de vraag 'Waar is dit voor', antwoordt met 'Ik zal het u uitleggen over enkele minuten als we klaar zijn. Kunnen we nu alstublieft doorgaan, we zijn bijna aan het eind'.
8. De maximaal haalbare eindscore moet worden aangepast als items niet kunnen worden ingevuld (bijv. eindscore 28/28). Bij visusproblemen zijn maximaal 26 punten te behalen, vraag 6, 8, 10 en 11 kunnen dan niet worden uitgevraagd.

Toelichting per vraag

Vraag 1. Geef 10 seconden voor ieder antwoord. Alleen exacte jaar is goed. Gedurende de laatste week van het oude seizoen, of de eerste week van het nieuwe seizoen reken beide seizoenen goed. Reken zowel 1 maart als 21 maart goed voor het begin van de lente, enzovoorts. Op de eerste 2 dagen van een nieuwe maand en laatste 2 dagen van de vorige maand reken beide maanden goed. Accepteer 2 dagen ernaast m.b.t. datum. Alleen exacte weekdag is goed.

Vraag 2. Geef 10 seconden voor ieder antwoord. Accepteer alleen exact goede antwoorden. Indien de patiënt niet opgenomen is vraag dan in welke instelling we zijn (bij de patiënt thuis: welke straat) en in welke kamer we zijn, in plaats van de naam van het ziekenhuis en de afdeling.

Vraag 3. Zeg de woorden langzaam met een interval van ongeveer 1 seconde. Geef 1 punt voor ieder goed antwoord bij eerste poging. Geef 20 seconden voor het antwoord. Als de persoon niet alle 3 voorwerpen genoemd heeft, herhaal ze tot de persoon ze heeft geleerd tot een maximum 5 van herhalingen.

Vraag 4. Schrijf de antwoorden van de persoon op. Als iemand is begonnen - onderbreek niet- laat hem/haar doorgaan tot 5 aftrekkingen zijn gemaakt. Als de persoon stopt voordat 5 aftrekkingen zijn gemaakt herhaal maximaal 3 maal de oorspronkelijke instructie ‘ blijf 7 aftrekken van wat er is overgebleven’.

Scoringsvoorbeelden: 93, 86, 79, 72, 65 5 punten (allen goed)

93, 88, 81, 74, 67 4 punten (4 goed, 1 fout)

92, 85, 78, 71, 64 4 punten (4 goed, 1 fout)

93, 87, 80, 73, 64 3 punten (3 goed, 2 fout)

92, 85, 78, 71, 63 3 punten (3 goed, 2 fout)

93, 87, 80, 75, 67 2 punten (2 goed, 3 fout)

93, 87, 81, 75, 69 1 punt (1 goed, 4 fout)

Als het rekenen niet lukt ga dan over tot het achteruit spellen van het woord “worst”.

Reken van deze 2 opdrachten de hoogste score. Instructie; ‘Wilt u het woord “‘worst” achterstevoren spellen?”. Geef 30 seconden de tijd hierbij. Als de persoon het woord “worst” niet kan spellen, zelfs niet met hulp, scoor dan 0. Scoringsvoorbeelden spelling: ontbreken van 1 letter, b.v. tsrw, trow, tsow, tsro score 4 ontbreken van 2 letters, b.v. tsr, sro, tsw score 3
omkering van 2 letters, b.v. tsorw, trsow, tsrwo, tswor score 3 ontbreken of omkeren van 3 letters, b.v. torsw, ts, ow score 2 omkeren van 4 letters, b.v. trswo, strwo score 1

Vraag 5. Scoor 1 punt voor ieder goed antwoord, ongeacht de volgorde. Neem 20 seconden voor het antwoord.

Vraag 6. Scoor 1 punt voor ieder goed antwoord. De patiënt moet de voorwerpen echt zelf herkennen, dus niet voorwerpen gaan omschrijven (bijv. je schrijft ermee is fout). Laat een klok zien. Accepteer geen ‘horloge’ of ‘tijd’ o.i.d. Geef 10 seconden voor het antwoord. Laat een pen zien. Accepteer alleen pen en niet bijvoorbeeld potlood. Geef 10 seconden voor het antwoord.

Vraag 7. Reken alleen het exacte antwoord goed.

Vraag 8. Geef papier met daarop ‘sluit uw ogen’. Als persoon alleen leest en de ogen niet sluit, herhaal maximaal drie maal de zin ‘Wilt u deze woorden lezen en dan doen wat er staat’. Geef 10 seconden, geef alleen 1 punt als de persoon de ogen sluit. De persoon hoeft niet hardop voor te lezen wat er staat.

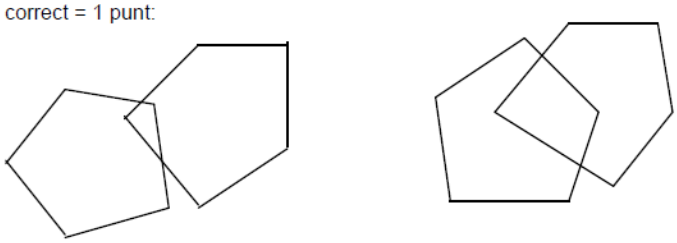
Vraag 9. Neem een stuk papier, houdt het vast recht voor de persoon en zeg het volgende: ‘Wilt u dit papiertje pakken met uw rechterhand, het dubbelvouwen en het op uw schoot leggen?’ Herhaal deze opdracht niet. Geef 30 seconden. Scoor 1 punt voor iedere correct uitgevoerde instructie.

Vraag 10. Geef 30 seconden. Scoor 1 punt als de zin een onderwerp en gezegde heeft en betekenis heeft. Negeer spellingsfouten.

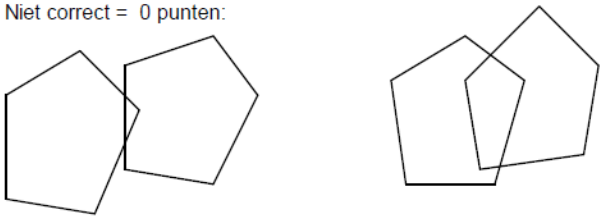
Vraag 11. Leg de figuur, papier, pen of potlood en gum voor de persoon neer. Sta meerdere pogingen toe tot de patiënt klaar is en het papier terug geeft. Scoor 1 punt voor een correct getekend diagram. De persoon moet een vierhoek hebben getekend tussen twee vijfhoeken in. Maximaal toegestane tijd; 1 minuut.

Scoringsvoorbeelden

correct = 1 punt:



Niet correct = 0 punten:



Bijlage 2: Afname baseline metingen

Bijlage 2.1 Afname Comprehensive Geriatric Assessment

Confussion Assessment Method (CAM)

De CAM is één van de vier screeningslijsten uit de Screeningsbundel Kwetsbare Ouderen van het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Met de CAM kan een delier worden vastgesteld. Het vaststellen van een delier kan soms lastig zijn. Daarom kan de CAM beter in combinatie met andere vragenlijsten worden vastgesteld (bijvoorbeeld de MMSE), waarbij gelijktijdig een observatie plaatsvindt van het beloop van het bewustzijn, de concentratie en het denken. Daarnaast is het belangrijk ook de rapportage te raadplegen over om observaties van verpleegkundigen te kunnen signaleren. Bij twijfel kan een arts worden geraadpleegd en de familie worden gevraagd naar hun bevinden.

Valangst, pijn, vermoeidheid

Voor deze vragen wordt gebruik gemaakt van de Visual Analogue Scale (VAS). Het is belangrijk dat de patiënt de VAS goed weet te interpreteren. Daarom is het belangrijk dit te testen voor afname. Bijvoorbeeld: "*Kunt u zich een keer herinneren dat u heel veel pijn had; met welk cijfer zou u deze pijn scoren?* Bij $\geq$ 7: patiënt snapt het systeem, <6 patiënt snapt het systeem niet. Vraag vervolgens uit hoe de patiënt op de VAS-schaal respectievelijk de valangst, pijn en vermoeidheid scoort. 1 = geen pijn, 10 = ergste pijn die men zich kan voorstellen.

Buikomvang meten

De buikomvang wordt gemeten met een meetlint op het slankste punt tussen de onderste rand van de onderste ribben en het bovenste punt van de rand van de heupen. Op navelhoogte. De meting wordt gedaan zonder dikke kleding lagen.

Gewicht

Het gewicht wordt gewogen op een impedantieweegschaal, tenzij de patiënt een ICD of pacemaker heeft. Indien de patiënt een ICD heeft, dan wordt op een normale weegschaal gewogen. Overige herhaalmetingen zullen op indicatie plaatsvinden.

Gebruikt u vijf of meer verschillende medicijnen?

Het gaat hierbij om verschillende soorten medicatie die door artsen voorgeschreven zijn. Het gaat dus niet om homeopathische middelen of zelf gestarte vitamine pillen. Twee middelen voor één en dezelfde ziekte geldt als twee medicijnen. Zalven die door een arts zijn voorgeschreven geldt als medicijn. Combinatiepillen die door een arts zijn voorgeschreven zijn als twee verschillende medicijnen.

Bijlage 2.2: Fysieke metingen

1. ***Bloedruk meten***

Voorbereiding

- Informeer de patiënt het meten van de bloeddruk van belang is om te zien hoe de patiënt op inspanning reageert. Vertel dat indien de bloeddruk goed reageert op inspanning, deze niet bij elke activiteit gemeten hoeft te worden, maar wel altijd voor en na elke inspanningstest.
- Vraag de patiënt aan welke zijde de katheter is ingebracht. Aan die zijde is vaak de pols moeilijk te voelen.
- Zorg voor een geijkte bloeddrukmeter, ongeacht type (digitaal-handmatig)
- Gebruik alleen een digitale bloeddrukmeter bij een regelmatige pols. Bij een onregelmatige pols is een digitale bloeddrukmeter niet betrouwbaar en dient u de bloeddruk handmatig te meten. Meet tevens de bijbehorende hartfrequentie.
- Vraag aan de patiënt of hij de informatie heeft begrepen en nog vragen heeft.

Bepaal het doel van de bloeddrukmeting en houd rekening met de volgende punten:

- Voor een echte rustmeting dient de patiënt eerst 10 minuten rustig te zitten.
- Ter controle van vitale tekenen voor aanvang van een test of training volstaat 2 minuten rustig zitten vooraf.
- Een bloeddruk voorafgaand aan een inspanningstest wordt direct voor de test gemeten en kan al hoger zijn dan de rustbloeddruk.
- Probeer een “post-exercise” bloeddruk zo snel mogelijk na het beëindigen van een test te meten voor de meest zuivere waarde.
- Laat bij twijfel over de waardes de patiënt langer zitten en controleer de waardes aan beide armen (li-re-li of re-li-re).
- Als u begint met meten aan een arm, bijvoorbeeld links, dan meet u deze patiënten in alle vervolg bloeddrukmetingen altijd aan dezelfde arm om zo variatie door links-rechts verschillen te voorkomen.
- Controleer of u de bloeddruk goed kunt meten, kledingstukken met lange mouwen worden uitgedaan.

Uitvoering

Bepaal eerst of polsslag regulair is i.v.m. de bloeddrukmeting

- Vraag de patiënt ontspannen te gaan zitten in een stoel gedurende 2 minuten.
- Voel de polsslag met twee of drie vingers en controleer of dat u niet uw eigen polsslag voelt.
- Controleer de pols gedurende 30 sec en beoordeel of deze regulair is irregulair
- meet de hartfrequentie en noteer de laagst behaalde waarde
- meet de ademhalingsfrequentie in de laatste 30 sec en noteer de waarde “maal twee” in het CRF
- Meet vervolgens de bloeddruk volgens procedure:
    - De meting wordt in zit met de voeten plat op de grond en met de arm op een tafel of op schoot zodanig gemeten dat de armmanchet op dezelfde hoogte zit als het hart.
    - De manchet wordt om de linkerarm aangebracht zodanig
    - dat de aanwijzing voor de arterie op de binnenkant van de arm ligt en langs de binnenkant van de arm naar beneden wijst.
    - De onderste rand van de manchet moet zich ongeveer 1 tot 2 cm boven de elleboog bevinden
    - Zorg ervoor dat kledingstukken geen stuwing veroorzaken in de te meten arm
- Druk op de START — knop, de manchet wordt automatisch opgeblazen. Zodra de manchet wordt opgeblazen, bepaalt de meter automatisch het opblaasniveau. Zorg dat de testdeelnemer stil blijft zitten, zonder te praten totdat de meting is voltooid.
- Het opblazen stopt automatisch en de meting wordt gestart. Terwijl de manchet langzaam wordt ontlucht, verschijnen de getallen in het display en de hartslagweergave knippert bij elke hartslag. Als de bloeddruk hoger is dan de vooraf ingestelde grenswaarde zal de meter de manchet opnieuw, maar harder, opblazen om de hogere bloeddruk te kunnen vaststellen.
- Nadat de meting is voltooid, wordt de manchet volledig ontlucht en worden de bloeddrukwaarde en hartslag weergegeven.
- Instructie hertesten van de bloedruk bij twijfel of afwijkende waarden rustbloeddrukmeting of pre/post-exercise bloeddrukmeting:
    - Wacht minimaal 2-3 minuten voordat de bloeddruk nogmaals gemeten wordt aan *dezelfde* arm.
    - Meet de bloeddruk in totaal 3 keer li-re-li.

Na de test

- Controleer bij twijfel nogmaals de vitale signalen als hartfrequentie en bloeddruk. Overleg zo nodig met een arts.
- Noteer in het CRF welke arm is gebruikt
- Noteer de waarden van de bloeddrukmeting altijd met vermelding van de hartfrequentie.

De meting wordt als volgt uitgevoerd:

- Manchet stevig om de bovenarm leggen, met de onderrand 2 à 3 cm boven de elleboogplooi. Geen knellende kleding om de bovenarm.
- Arm ontspannen
- Een druk op de <start> knop en binnen enkele seconden is de bloeddruk af te lezen in het scherm
- Noteer de bloeddrukwaarde en hartfrequentie van de digitale bloeddrukmeter
- Noteer aan welke arm de bloeddruk is gemeten, bij voorkeur links als standaard arm gebruiken

2. Hartritme controleren

- Voel de pols ter plaatse van de arteria radialis (slagader aan de duimzijde)
- Voel ten minste 30 seconde het hartritme
- Controleer vervolgens gelijk de ademhalingsfrequentie (zie volgende kopje)
- Noteer of de pols regulair of irregulair is

3. Ademhalingsfrequentie meten

- Laat de patiënt denken dat de hartfrequentie en hartritme gemeten worden, tel ondertussen de ademhalingsfrequentie
- Tel 30 sec. de ademhalingsfrequentie van de patiënt
- Verdubbel de gemeten frequentie en noteer deze

4. Saturatie meten

- Controleer de temperatuur van de wijsvinger van de patiënt, laat de patiënt de hand indien nodig eerst opwarmen
- Saturatiemeter om de wijsvinger plaatsen
- Noteer de saturatie van de patiënt

5. Comorbiditeiten

Kijk in het medisch dossier van de patiënt na welke diagnoses de patiënt op dit moment nog meer heeft. Scoor elke diagnose aan de hand van de Charlson Comorbidity Index en tel de score bij elkaar op.

6. Meten handknijpkracht

- Meet de handknijpkracht in zittende of staande houding
- De bovenarm moet langs het lichaam hangen
- Begin met de rechterhand, daarna volgt de linkerhand
- Als je ziet de patiënt zijn adem inhoudt, stimuleer de patiënt dan door te ademen.
- Meet aan beide handen drie maal en noteer de resultaten van de metingen
- Geef de patiënt de volgende instructie: “We gaan nu uw handknijpkracht meten. Dit doen we door te knijpen in dit handvat. Het apparaat meet de kracht die u gebruikt. Knijpt u er maar eens in.” Laat de patiënt voelen hoe dit gaat en start daarna de test.
- “Nu gaan we beginnen. Ik zou graag willen dat u zo hard als u kunt knijpt in dit handvat. En houd dit een paar tellen vol. Ik zal u zeggen wanneer u kunt stoppen. Bent u er klaar voor? Ik zal tot drie tellen, dan mag u zo hard mogelijk knijpen. Een, twee, drie.” En zeg ongeveer 2 tellen nadat de patiënt hard knijpt: “U mag loslaten.”
- Vervolgens wordt de test twee maal herhaald voor dezelfde hand.
- Noteer na iedere meting de handknijpkracht die het apparaat geeft.
- Druk op ‘reset’ en doe de meting aan de andere hand. Begin weer één keer met oefenen en herhaal de meting in totaal drie keer.
- Indien de handknijpkracht niet wordt bepaald of afgebroken na 1 of 2 metingen bij deze patiënt, noteer dan onderaan de pagina waarom niet.
- Noteer de resultaten in het CGA, noteer hierbij ook de dominante hand (voorkeurshand). Bij twijfel: de dominante hand is de “sterkste hand”. Bijvoorbeeld de hand waarmee een boodschappentas op de tafel wordt getild.
- Er is sprake van een verminderde handknijpkracht bij mannen met een score gelijk aan of minder dan 30 kg† en bij vrouwen met een score gelijk aan of minder dan 18 kg†.

7. Short Physical Performance Battery

Het afnemen van deze test duurt gemiddeld tussen de 5 en 10 minuten bij relatief gezonde ouderen en gemiddeld 12 minuten bij ouderen die in het ziekenhuis liggen (langer dan 15 minuten bij minder dan 10%).

De test uitvoer

De balans test

Bij deze test dient de patiënt minimaal 10 seconden stil te staan in 3 progressief moeilijker wordende houdingen. Hierbij wordt het volgende systeem voor het toekennen van punten gebruikt.

Vraag: Indien de patiënt 10 seconden met zijn/haar voeten naast elkaar en tegen elkaar aan kan staan, krijgt deze 1 punt en wordt de volgende positie getest. Indien de eerste test niet mogelijk is krijgt de patiënt een score 0 en kunnen de andere balanstesten worden overgeslagen.

Vraag: Indien de patiënt 10 seconden met zijn/haar voeten in semi-tandem positie kan staan, krijgt deze nog 1 punt en wordt de volgende positie getest.

Vraag: Indien de patiënt 10 seconden met zijn/haar voeten in tandem positie kan staan, krijgt deze nog 2 punt. Indien deze houding meer dan 3 seconden maar minder dan 9 seconden kan worden gehandhaafd krijgt de patiënt 1 punt.

De loopsnelheid over 4 meter

Voorbereiding

- Veiligheid is belangrijk. Indien de verpleegkundige de indruk krijgt dat het niet veilig is om de loopafstand af te nemen, dan wordt dit niet gedaan en wordt de reden daarvan ingevuld. Let er ook op dat de patiënt veilig schoeisel aan heeft zonder hoge hak.
- Gebruik de twee pionnen met het meetlint van 4 meter.

Instructie

- Geeft de patiënt de volgende instructie: “Nu volgt een loopoefening. Als u een wandelstok gebruikt of een ander hulpmiddel bij het lopen wanneer u buiten loopt, gebruikt u deze dan alstublieft ook voor de uitvoering van deze oefening. Ik zou graag willen dat u deze oefening op uw eigen normale tempo loopt (een afstand van 4 meter). Het is geen wedstrijd. Loop helemaal door tot over de streep voordat u stopt. Ik zal samen met u lopen. Bent u er klaar voor? Ik zal tot drie tellen, dan mag u beginnen. Een, twee, drie.”
- Druk op de start knop van de stopwatch als de onderzoekspersoon begint te lopen.
- De tijd van het afleggen van een afstand van 4 meter, gelopen op gebruikelijke snelheid, wordt gemeten. De beste tijd van 2 pogingen wordt gebruikt voor het toekennen van punten.
- Voor het toekennen van de score wordt gebruik gemaakt van de volgende afkappunten:

Seconden	Afkappunten
< 4.82	4
4.82 – 6.20	3
6.21 – 8.70	2
8.70	1
Niet in staat	0

De herhaald opstaan uit een stoel test

De tijd die een patiënt nodig heeft om 5 maal zo snel mogelijk op te staan uit een stoel (en weer gaat zitten) wordt gemeten. Tijdens de test worden de handen voor de borst gehouden. Zie voor een voorbeeld de afbeeldingen op de volgende pagina. De uitgangspositie is zittend en bij de 5e keer dat de persoon rechtop staat wordt de tijd gestopt.

Seconden	Afkappunten
< 11.20	4
11.20 – 13.69	3
13.70 – 16.69	2
16.70 – 60.00	1
>60.00 sec of niet in staat	0

Totaalscore SPPB

- Tel hiervoor de score van de balanstest, de loopsnelheid en de herhaald opstaan uit een stoel test bij elkaar op.
- Noteer de totaalscore.

8. Inspanningscapaciteit, twee minuten steptest

Informeer de patiënt

- Geef aan dat deze test bedoeld is om de conditie te bepalen door 2 minuten de knieën te heffen op de plaats.
- Vraag de patiënt hoe de test in het ziekenhuis ging.
- Vertel de patiënt dat 2MSTP een betrouwbare test is om de conditie in kaart te brengen en
    - dat een inschatting hiervan van belang is voor het herstel;
    - dat zowel vooraf als direct na de test de bloeddruk en hartfrequentie gemeten wordt;
    - het belangrijk is om direct te melden als de volgende signalen optreden:
        - **pijn** of **druk** op de **borst**,
        - herkenbare klachten van het hartinfarct,
        - onwel voelen/ klam zweet
        - duizeligheid
        - erge benauwdheid/kortademigheid
- Demonstreer kort de test.

Voorbereiding

- Laat de patiënt rustig zitten in een stoel gedurende 2 minuten
- meet de hartfrequentie en noteer de laagst behaalde waarde
- Meet vervolgens de bloeddruk volgens standard procedure. Noteer in het CRF welke arm is gebruikt
- Beslis op basis van, inspectie, anamnese en vitale signalen of de patiënt in staat is de test uit te voeren.

Hefhoogte bepalen

- De juiste hoogte voor het heffen van de knieën is het midden tussen de bovenzijde van de knieschijf en de bovenrand van het bekken
- Bepaal het midden tussen de bovenzijde van de knieschijf en de bovenrand van het bekken (crista Iliaca rand).
- Markeer de juiste hefhoogte bijvoorbeeld met een stuk tape op een muur of de zijkant van het bed, zodat voor de patiënt duidelijk is hoe hoog de knieën geheven moeten worden.

Instructie aan de patiënt

- Het stappen begint met het linkerbeen
- Geef duidelijk aan dat beide knieën dezelfde hefhoogte moeten halen
- De patiënt mag steunen met een of twee handen op een stoel of bedrand etc. bij balansproblemen
- Dat de patiënt zelf het tempo bepaald en dat tussentijds ook gestopt mag worden

Uitvoering

- Stel de count down timer (smartphone, stopwatch) in op 2:00 minuten.
- Positioneer de patiënt en vraag of deze klaar is voor de test
- Op het signaal "GO" begint de patiënt te stappen op de plaats (niet rennen)
- Start altijd met het rechterbeen.
- Beide knieën moeten de hefhoogte halen.
- Meet altijd het aantal stappen aan het linkerbeen (één is dus links en rechts)

Instructie aanmoediging tijdens de uitvoeren

- Tel af: 3-2-1: "GO"
- Na 30 sec: *Het gaat goed, hou vol probeer zoveel mogelijk stappen te maken.*
- Na 1 minuut: *Het gaat goed u bent op de helft, hou vol. probeer zoveel mogelijk stappen te maken.*
- *Na 1:30 minuut: Het gaat goed, hou vol, nog 30 seconden. probeer zoveel mogelijk stappen te maken.*
- *Na 2:00 minuten: Stop!*

Als de knieën te laag komen geeft u op neutrale toon aan:

- *Houd de juiste hoogte aan, niet zakken*

Instructie testveiligheid

- Observeer de patiënt tijdens de test en stop de test bij:
  - signalen van cardiale overbelasting (waaronder POB, ernstige benauwdheid, duizeligheid etc.)
  - onveilige situaties c.q. valgevaar
  - als de patiënt daarom vraagt.
- *Meet direct na het stoppen van de test:*
  - de hartfrequentie

    - de ademhalingsfrequentie gedurende 30 sec (maal 2x voor berekening van de frequentie/minuut)
    - de bloeddruk
    - De ‘rate of percieved exertion ‘ (RPE) met behulp van de borgschaal
    - Noteer de waardes in het CRF
- Herhaal de metingen na 1 minuut en kijk of de patiënt herstelt
- Als er redenen zijn waarom de test niet kan worden uitgevoerd (bijv. pijn linker of rechter been), wordt deze reden kort vastgelegd in het CRF.
- Stop de test als de patiënt daarom vraagt en noteer de reden in het CRF

Na de test

- Controleer of de patiënt goed hersteld, laat deze zo nodig even rustig rondlopen om bij te komen of in een stoel zitten met armleuningen of laat de patiënt liggen indien gewenst.
    - Controleer bij twijfel nogmaals de vitale signalen als hartfrequentie en bloeddruk.
    - Schakel zo nodig een arts in indien nodig.

Als resultaat wordt het aantal stappen waarbij met de rechter knie de juiste hefhoogte is gehaald, genoteerd in het CRF.

10. Mate van ervaren inspanning met behulp van de Borgschaal

Instructie

- Gebruik alleen de 6-20 RPE schaal
- Leg de waarvoor de RPE schaal is en geef aan dat het erom gaat hoe de patiënt de inspanning ervaart. Er is geen goed of fout.
- Leg uit dat de ervaren inspanning ook een goede maat is die gebruikt kan worden om de zwaarte van dagelijkse activiteiten zoals stofzuigen en dweilen, te bepalen
- Laat de schaal zien ligt de verschillende categorieën kort toe
- Geef aan de patiënt altijd moet kiezen en een cijfer moet aangeven wat het dichts bij zijn of haar gevoel komt.
- Laat de patiënt een paar keer oefenen
- Let op: help de patiënt niet bij het kiezen!

Zwaarte belasting	Borgscore
	6
zeer zeer licht	7
	8
zeer licht	9
	10
tamelijk licht	11
	12
redelijk zwaar	13
	14
zwaar	15
	16
zeer zwaar	17
	18
zeer zeer zwaar	19
maximaal	20

Bijlage 3: Ontslagchecklist

Informatie over:	**Ja**	**Nee**	**N.v.t.**
Reden van opname en overige diagnoses	☐	☐	☐
Medicatielijst, inclusief: - Wijzigingen in medicatie sinds ziekenhuisopname - Allergieën - Mogelijke interacties - Recepten *Is nitroglycerine voorgeschreven?*	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Contactgegevens huisarts	☐	☐	☐
Cardiologische ontslagoverdracht - Verloop ziekenhuisopname - Behandelingen tijdens ziekenhuisopname - Onderzoeksresultaten - Reanimatiebeleid	☐	☐	☐
Zorgbehandelplan met individuele doelen	☐	☐	☐
Benodigde zorg na ontslag (incl. eventuele zorgmiddelen als wondverband)	☐	☐	☐
Plan in geval van spoed - Met wie contact opnemen - Hoe is diegene te bereiken	☐	☐	☐
Plan in geval van cardiologische vragen zonder spoed: - Met wie contact opnemen - Hoe is diegene te bereiken	☐	☐	☐
Geplande ziekenhuisafspraken/behandelingen	☐	☐	☐
Beoordeling van mantelzorgstatus	☐	☐	☐

Bijlage 4: Samenvatting CGA – CZB

Patiënt _____ PIN_____

Probleem	Meet-instrument	Afkappunten meetinstrument positief? => probleem aanwezig	Probleem aanwezig ja/nee	Herkent patiënt probleem ja/nee	Prioriteit patiënt Ja/nee/later	Prioriteit zorgverlener? Ja/nee/later	Actie	Parkeren	Geen actie
S O M A T I S C H D O M E I N									
Polyfarmacie		5 of meer verschillende medicijnen							
Slaapmedicatie		Ja							
Bijwerkingen		ja							
Incontinentie		ja							
Blaaskatheter		ja							
Polynycturie		Ja							
Pijn	NRS	pijnscore 4 of meer							
Duizeligheid		Ja							
Kortademigheid		Ja							
Pijn op de borst		Ja							
Hartkloppingen		Ja							
P S Y C H I S C H D O M E I N									
Cognitieve stoornis	MMSE	≤ 15							
Delirium	CAM	1 of meer							
Depressie	GDS 15	≥ 6							
Angststoornis	HADS-A	0-7: geen angst 8-10: mogelijk angst							
Smoking status		Ja							
Alcohol use	AUDIT-C	≥4 vrouw ≥5 man							
F U N C T I O N E E L D O M E I N									
Gezondheidsvaar-digheden		≤ 2 inadequate vaardigheden							
ADL en IADL	ALDS	Op basis van eigen inzicht op item niveau							
Slechthorendheid		Ja							
Slechtziendheid		Ja							
Moeheid	NRS	Moeheid 4 of hoger							
Slaapkwaliteit		Slaapkwaliteit: redelijk slecht, zeer slecht							
Slaap overdag		Ja							
Vallen		Ja							
Valangst	NRS	Valangst 4 of meer							
Balance, strength and gait speed	SPPB	0-3 veel beperkingen, 4-9 verhoogd risico							
Handknijpkracht	JAMAR	Man: ≤ 30 kg†							
S O C I A A L D O M E I N									
Mantelzorg overbelasting	Mantelzorg vragenlijst								
F Y S I E K O N D E R Z O E K									
Ondervoeding	SNAQ	: Ja op Q1 of Ja op Q 2 en 3							
Obesitas	BMI	≥ 30							

Zie de toolkits op www.effectieveouderenzorg.nl. Bewaar het samenvattingsformulier in het logboek (interventiegroep)