

De ervaringen van cliënten, naasten en zorgprofessionals uit het thuiszorgteam over het signaleren van achteruitgang voor een spoedeisende hulp opname.

Voorlopige uitkomsten
29 juni 2026

Introductie

Nederland heeft te maken met een dubbele vergrijzing want het percentage inwoners van boven de 65 jaar stijgt, maar ook het aantal inwoners dat ouder is dan 80 jaar. De verwachting is dat er in 2040 ruim 4,8 miljoen ouderen van 65 jaar of ouder zijn en 340 duizend 90-plussers, dit is ten opzichte van 2015 een groei van respectievelijk 55% en 191% (1).

Ouderen maken ten opzichte van andere leeftijdsgroepen relatief veel gebruik van acute zorg, zoals een huisartsenpost (HAP) en de spoedeisende hulp afdeling van een ziekenhuis (SEH). De prognose is dat er in 2040 304.000 85-plussers een SEH bezoeken, een groei van 143% ten opzichte van 2015 met 125.000 bezoeken.

Het risico op SEH-bezoek en ziekenhuiszorg is het hoogst bij thuiswonende ouderen met een verhoogde kwetsbaarheid (1).

Uit een kwalitatieve studie van Hoitinga et al (1), blijkt dat kwetsbare ouderen naar de SEH gaan voor klachten die zij al twee tot vier weken voor het bezoek aan de SEH hadden. De escalatie leidend tot het SEH bezoek bestaat dan uit iets ogenschijnlijk kleins, bijvoorbeeld het wijzigen van de medicatie of het ziek worden van een mantelzorger.

Over een aantal veelvoorkomende aandoeningen bestaat consensus onder zorgprofessionals dat, door goede (acute) zorg in de thuissituatie, SEH-bezoek en ziekenhuisopname voorkomen kan worden, de zogenaamde ambulatory care sensitive conditions. Deze condities zijn onder te verdelen in (1):

1. Chronische aandoeningen, zoals chronic obstructive pulmonary disease (COPD), hartfalen en nierfalen;
2. Acute diagnoses, zoals uitdroging, urineweginfectie en cellulitis;
3. Ouderen bij wie acute zorgvragen ontstaan door verergering en ontregeling van zorgproblemen in de thuissituatie, en waarbij in de eerste lijn geen mogelijkheid is om de zorg op te schalen;
4. Ouderen met een acute zorgvraag waar eigenlijk een palliatieve vraag aan ten grondslag ligt.

Op basis van eerdere Nederlandse studies en metingen wordt geschat dat ongeveer 1 op de 5 van alle SEH-bezoeken bij ouderen vermijdbaar is door bij bovenstaande condities eerder in te grijpen (1).

Opname op een SEH heeft risico's voor kwetsbare ouderen. Ten opzichte van jongere personen worden zij vaker opgenomen in het ziekenhuis, waarvoor geldt hoe ouder de patiënt is hoe vaker de patiënt wordt opgenomen; In 2020 werd 72% van de 65-plussers die in het ziekenhuis werd opgenomen, ongepland opgenomen. In de leeftijdsgroep 90+ werd 94% van de mensen ongepland in het ziekenhuis opgenomen (1). Ook de kans is vergroot dat de kwetsbare oudere thuis functionele achteruitgang ervaart. Omdat vaak de nazorg niet goed georganiseerd is, belandt 30% van de kwetsbare ouderen binnen een jaar opnieuw op de SEH, waarvan 10% binnen een maand (1).

Het voorkomen van acute zorgvragen levert dan mogelijk ook veel op, zowel voor de kwetsbare ouderen zelf, als voor het zorgsysteem. Hier ligt een belangrijke taak voor de eerste lijn. Vanuit de wetenschappelijke literatuur worden de volgende factoren genoemd die belangrijk zijn om deze taak goed in de eerste lijn uit te kunnen voeren:

1. Kennis en vaardigheden van verpleegkundigen en verzorgenden in de 1^e lijn. Dit gaat om diepgaande kennis van geriatrische syndromen, leeftijdsgebonden fysiologische veranderingen en de impact van chronische ziekten op de functionele status. Maar ook over de veelvoorkomende aandoeningen zoals bijvoorbeeld dementie, hartfalen en diabetes (2-5).
Ook is kennis van farmacologie en medicatie van belang gezien de hoge prevalentie van polyfarmacie onder ouderen en de kans op bijwerkingen en interacties met andere geneesmiddelen (6).
Klinisch redeneren en kritische beoordelingsvaardigheden zijn ook belangrijk want die zijn nodig om zorgvragers met een risico op achteruitgang vroegtijdig te identificeren (5,7,8), waarbij dan bij voorkeur gebruik gemaakt wordt van (gevalideerde) screeningsinstrumenten om kwetsbaarheid te vervolgen zoals de interRAI HC Frailty Scale⁹ of de Vulnerable Elders Survey (VES-13) (10).
Tenslotte zijn effectieve communicatievaardigheden van belang om informatie van zorgvragers, families en collega professionals te verkrijgen en zorgvragers voor te lichten over ziektebeheer, therapietrouw en strategieën om de zelfstandigheid te bevorderen (11).
2. Continuïteit van zorg
Een gebrek aan continuïteit van zorg, waarbij verschillende zorgverleners betrokken zijn bij dezelfde oudere, kan leiden tot een minder goede kennis van de oudere en een verminderde kans op het opmerken van subtiele veranderingen (14). Binnen de thuiszorg wordt met teams gewerkt waarvan de zorgprofessionals verschillende opleidingsniveaus hebben. Een thuiszorgteam bestaat meestal uit helpenden, verzorgenden IG, mbo,- en hbo verpleegkundigen.
De heterogeniteit in opleidingsniveaus onder thuiszorgprofessionals vormt een aanzienlijke uitdaging om consistente monitoring van hoge kwaliteit te waarborgen bij kwetsbare ouderen⁵. Gediplomeerde verpleegkundigen zijn, met hun geavanceerde training in beoordeling en klinisch oordeel, doorgaans beter in staat om complexe fysiologische veranderingen te herkennen en te interpreteren⁵. Echter, helpenden en verzorgenden, die vaak een lagere formele opleiding hebben genoten, missen mogelijk de noodzakelijke vaardigheden om subtiele indicatoren van achteruitgang te identificeren of hun observaties effectief te communiceren naar andere leden van het zorgteam (5).
3. Vertrouwen tussen zorgvrager (evt. naasten) en zorgprofessionals. Een vertrouwensrelatie tussen de zorgverlener en de kwetsbare oudere is essentieel voor open communicatie en het delen van belangrijke informatie¹². De familie kan een belangrijke bron van informatie zijn over de toestand van de oudere en veranderingen die zij hebben opgemerkt (13).
4. Interprofessionele samenwerking
Teamwerk is belangrijk en (wijk)verpleegkundigen in de thuiszorg spelen hier een cruciale rol in; zij vormen de schakel tussen de professionals, de patiënt en hun families (15).
5. Inzet van zorgtechnologie
Smart home-technologieën hebben de potentie om verschillende aspecten van het dagelijks leven van ouderen te verbeteren, waaronder veiligheid, gezondheidsmonitoring en sociale interactie. Het is van belang hier factoren als hoge kosten, de complexiteit en ethische bezwaren rond privacy en autonomie mee te nemen (16-17).

Bovenstaande factoren geven een indicatie dat er op verschillende niveaus interventies ingezet kunnen worden om acute zorgvragen mogelijk te reduceren; op microniveau in het contact tussen zorgvrager (en familie) en zorgprofessionals van het thuiszorgteam, op mesoniveau op samenwerking binnen het thuiszorgteam en samenwerking met bijvoorbeeld de

huisarts en tenslotte op macroniveau door het professionaliseren van de zorgprofessionals in het thuiszorgteam en het inzetten van zorgtechnologie om de situatie van de zorgvrager thuis te monitoren.

Onderzoek in Nederland hoe een thuiszorgteam, de zorgvrager en diens naaste(n) hierin het beste samen kunnen werken is schaars. Inzicht krijgen in de perspectieven iedere betrokken partij over samenwerken in de zorg om, waar mogelijk, acute situaties voor te zijn, is hierbij een mooie eerste stap.

Onderzoeksvraag

Wat zijn de ervaringen van cliënten, naasten en zorgprofessionals uit het thuiszorgteam met het signaleren van achteruitgang voor een spoedeisende hulp opname, wat is ieders rol(len) in de aanloop naar de opname op de SEH en welke factoren hebben bijgedragen aan de opname op de SEH?

Studie design

Dit onderzoek bestaat uit een kwalitatief onderzoek waarin, retrospectief, door middel van een multiple casestudy (18), de zes tot acht weken voorafgaand aan een opname van cliënten op een SEH worden geanalyseerd.

Data uit het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) wordt gebruikt om een tijdslijn te maken over de zes weken voorafgaand aan de opname op de SEH.

Deze tijdslijn is de leidraad voor interviews met de betrokkenen om de ervaringen, rollen en mogelijk bijdragende factoren aan het wel of niet signaleren van achteruitgang tijdens deze periode in kaart te brengen. Interviews worden gehouden met cliënten (minimaal 65 jaar en cognitief in staat om te worden geïnterviewd, eventuele naasten (ook cognitief in staat om te worden geïnterviewd en een aantal personen uit het thuiszorgteam die de client goed kennen. Uit het thuiszorgteam wordt minimaal 1 helpende, 1 verzorgende IG of verpleegkundige en een wijkverpleegkundige geïnterviewd.

De topics om de analyse van het EPD uit te voeren en de interviews af te nemen zijn gebaseerd op de factoren die gevonden zijn in de literatuur over vroegsignalering binnen het thuiszorgteam, zie ook de rationale. De 'topics kunnen gedurende het onderzoek aangevuld worden met uitkomsten van eerdere EPD-analyses of interviews in dit onderzoek.

Methodology



ED Admission
Client



Analyses of 4 electronic records of
care trajectories 8 weeks pre ED visit



15 Semi structured interviews
(clients, inf. caregivers, nursingstaff)

Voorlopige resultaten na het analyseren van 4 casussen

De voorlopige resultaten zijn gebaseerd op onderstaande data:

- Analyse van 4 zorgdossiers resulterend in een tijdlijn van de periode voor de SEH-opname en een kwantitatief overzicht hoeveel zorgverleners met welke opleidingsachtergrond bij de client zorg hebben verleend en hoeveel rapportages er zijn gemaakt van die zorgmomenten.
- Analyse van 15 interviews.

Thema's die zichtbaar worden uit de analyse



Cliënten

Geven klachten aan op het moment dat zij vertrouwen hebben in de zorgverlener uit het thuiszorgteam. Zij hebben geen behoefte om bij elke zorgverlener te praten over hoe het gaat. Sommige cliënten geven geen klachten aan omdat zij bang zijn dat zij niet meer thuishouden als ze onderzocht worden.

Sommige cliënten prioriteren voor hen belangrijke zaken voor hun eigen gezondheid.

'Ik ga niet naar het ziekenhuis (ook al zegt de huisarts dat dit verstandig is) want ik wil oud & nieuw bij mijn zoon vieren' (client 10)



Naasten

Naasten kunnen een nuttig aanvullend perspectief geven op de client.

'Wij zagen al dagen aankomen dat het achteruit ging, de opname op de SEH was voor ons geen verrassing' (naaste 10)

Hiernaast organiseren en regisseren naasten vaak de bezoeken aan het ziekenhuis en de huisarts.



Thuiszorgteam

Lastig is de balans tussen enerzijds de zelfregie van de client en anderzijds het professionele oordeel over de taken die de client zelf uitvoert

'...Zij regelt haar bloedsuiker zelf maar of zij dit ook goed doet?' (wijkverpleegkundige 5)

Wijkverpleegkundigen indiceren de te bieden zorg en wijzen de zorg toe aan een deskundigheidsniveau. Er lijkt geen standaard (werkinstructie, meetinstrument) gebruikt te worden voor de **inschatting van complexiteit van de zorg** en het vervolgens **toewijzen van de zorg** aan een deskundigheidsniveau. Hoe en of het monitoren van de complexiteit van de zorg van de client wordt gedaan wordt niet duidelijk verwoord evenals het op basis van gewijzigde zorgsituatie het mogelijk anders toewijzen van de zorg aan een deskundigheidsniveau.

Er is geen eenduidigheid over wat er van een **helpende** verwacht mag worden qua **vroegsignalering van achteruitgang van cliënten**. Sommige verzorgenden en wijkverpleegkundigen verwachten wel dat helpenden veranderingen zien in gezondheid en welzijn van cliënten en dit dan doorgeven aan de wijkverpleegkundige, andere verzorgenden en wijkverpleegkundigen vinden dat je dit niet van een helpende mag verwachten gezien de opleiding die zij gehad hebben.

Wijkverpleegkundigen en coördinerend verzorgenden geven aan dat zij **niet standaard meelesen** in de rapportages van de cliënten in de wijk. Zij gaan meelesen op het moment dat zij een signaal krijgen van de collega's uit de wijk.

Wijkverpleegkundigen en coördinerend verzorgenden geven aan niet voldoende tijd te hebben om standaard rapportages te lezen van alle cliënten.

In de dossieranalyse valt op dat **observaties en acties niet altijd worden opgevolgd**, bijvoorbeeld dat er vergeten wordt elke dag te wegen terwijl dit wel in het plan staat.

Wijkverpleegkundigen aan dat zij de **communicatie en afstemming met de huisarts** soms missen terwijl je in de 1^e lijn eigenlijk zo goed samen zou moeten werken.

De tijdlijn wordt door zorgprofessionals uit de thuiszorgteams als **helpend** beschouwd voor een analyse van het traject voorafgaand aan het SEH-bezoek. Doordat het overzicht geeft, creëert het inzicht. Het is een mooie manier om met het team terug te kijken en er lering uit te trekken.

Conclusie

Gebaseerd op de voorlopige uitkomsten kunnen we zeggen dat **vroegsignalering en reageren op achteruitgang van gezondheid van thuiswonende ouderen een complex, gedeeld proces is dat wordt beïnvloed door meervoudige perspectieven en organisatie factoren.**

Aanbevelingen

1. Verbeter de relatie en de samenwerking tussen de client, de naaste en het thuiszorgteam; ken de client, beperk het aantal zorgprofessionals bij een client en neem het perspectief van de naaste mee om een goed beeld van de client te krijgen en houden.
2. Ga expliciet het gesprek met de client (en naaste) aan over het nog aankunnen van zelfregie over uit te voeren gezondheidstaken.
3. Onderzoek het bestaan van een complexiteits- en toewijzingsinstrument van zorg in de thuissituatie of ontwikkel zo'n instrument. Dit geeft verantwoording van de indicatie en verkleint indicatieverschillen tussen wijkverpleegkundigen.
4. Professionaliseer de thuiszorgteams in vroegsignalering van achteruitgang van gezondheid van cliënten en hoe hierover te rapporteren.
5. Laat meelesen door wijkverpleegkundigen en zorgcoördinatoren een verplicht onderdeel zijn van hun takenpakket. Onderzoek of ai kan ondersteunen in het kort en overzichtelijk weergeven van de rapportage zodat meelesen behapbaar wordt.
6. Zet interventies in om observaties en acties in de rapportages consequent op te volgen. Naast het onder het vorige punt genoemde meelesen in de rapportage valt te denken aan het benutten van mogelijkheden hiertoe in het EPD (pop ups?). Ook bij deze aanbeveling zou mogelijk ai ter ondersteuning kunnen worden ingezet.
7. Behandel het missen van observaties en/of acties als incident zodat de analyse ervan terugkomt in teamoverleggen.
8. Investeer in persoonlijk en professioneel leiderschap van de wijkverpleegkundige zodat er een gelijkwaardig contact is met de huisarts.
9. Beschouw een SEH-opname als een incident (gelijk aan andere incidenten) en bespreek de toedracht naar de SEH met het team. Een door ai gemaakte tijdlijn uit de rapportages van de client zou hierbij ondersteunend zijn.

Referenties

1. Smorenburg, S. M., Kroeze, E. D., Van Vught, A. J. A. H., Hoitinga, G. & Buurman - van Es, B. M. Vernieuwing van de acute ouderenzorg: Handvatten voor de regionale ontwikkeling van integrale acute ouderenzorg; Een kennissynthese van de onderzoekslijn Acute Ouderenzorg Amsterdam UMC en het Leernetwerk Acute Ouderenzorg. 2023. [In de media - Acute ouderenzorg - UNO Amsterdam](#)
2. Horner RL. The role of the district nurse in screening and assessment for frailty. *Br J Community Nurs.* 2022;27(5):226-230. Doi: 10.12968/bjcn.2022.27.5.226. PMID: 35522451.
3. Rojas-Ocaña MJ, Araujo-Hernández M, Romero-Castillo R, García Navarro EB. Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home. *Primary Health Care Research & Development.* 2021;22:e26. doi:10.1017/S1463423621000086
4. Sedri N, Zakeri M, Zare Zardiny M, Tavan A. Evaluation of Nurses' Knowledge and Attitudes towards Older Adults and Associated Factors . *Open Nurs J*, 2022; 16: e187443462206200. <http://dx.doi.org/10.2174/18744346-v16-e2206200>
5. Strømme, T., Aase, K., & Tjøflåt, I. Homecare professionals' observation of deteriorating, frail older patients: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 2020; 29(13-14), 2432-2441.
6. Dijkstra NE, De Baetselier E, Dilles T, Van Rompaey B, da Cunha Batalha LM, Filov I, Grøndahl VA, Heczkova J, Helgesen AK, Jordan S, Kačková Z, Karnjus I, Kolovos P, Langer G, Lillo-Crespo M, Malara A, Padyšáková H, Prosen M, Pusztai D, Talarico F, Tziaferi S, Sino CGM. Developing a competence framework for nurses in pharmaceutical care: A Delphi study. *Nurse Educ Today.* 2021 Sep;104:104926. doi: 10.1016/j.nedt.2021.104926.
7. Bradbury-Jones, Caroline & Irvine, Fiona & Sambrook, Sally. (2010). Empowerment of nursing students in clinical practice: Spheres of influence. *Journal of advanced nursing.* 66. 2061-70. 10.1111/j.1365-2648.2010.05351.x.
8. Wang et al., 2018) Wang, J., Simmons, S. F., Maxwell, C. A., et al.. Home Health Nurses' Perspectives and Care Processes Related to Older Persons with Frailty and Depression: A Mixed Method Pilot Study.
9. Morris, J.N., Howard, E.P. & Steel, K.R. Development of the interRAI home care frailty scale. *BMC Geriatr* **16**, 188 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0364-5>
10. Belmin, J., Khellaf, L., Pariel, S. et al. Validation of the French version of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13). *BMC Med Res Methodol* **20**, 21 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12874-020-0910-x>
11. Romagnoli KM, Handler SM, Hochheiser H. Home care: more than just a visiting nurse. *BMJ Qual Saf.* 2013 Dec;22(12):972-4. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002339. Epub 2013 Aug 12. PMID: 23940375; PMCID: PMC4120108.
12. Muntinga ME, van Leeuwen KM, Jansen APD, Nijpels G, Schellevis FG, Abma TA. The Importance of Trust in Successful Home Visit Programs for Older People. *Glob Qual Nurs Res.* 2016 Dec 2;3:2333393616681935. doi: 10.1177/2333393616681935. PMID: 28462353; PMCID: PMC5342295.
13. Munkejord MC, Stefánsdóttir OÁ, Sveinbjarnardóttir EK. Who cares for the carer? The suffering, struggles and unmet needs of older women caring for husbands living with cognitive decline. *International Practice Development Journal.* 2020 Mar 18;10. doi: 10.19043/ipdj.10suppl.005
14. Reckrey JM, Russell D, Fong MC, Burgdorf JG, Franzosa EC, Travers JL, Ornstein KA. Home Care Worker Continuity in Home-Based Long-Term Care: Associated Factors and Relationships With Client Health and Well-Being. *Innov Aging.* 2024 Feb 23;8(3):igae024. doi: 10.1093/geroni/igae024. PMID: 38505005; PMCID: PMC10946305.
15. Larsson R, Erlingsdóttir G, Persson J, Rydenfält C. Teamwork in home care nursing: A scoping literature review. *Health Soc Care Community.* 2022 Nov;30(6):e3309-e3327. doi: 10.1111/hsc.13910. Epub 2022 Jul 21. PMID: 35862714; PMCID: PMC10084131.
16. Vrancic, A.; Zdravec, H.; Orehovački, T. The Role of Smart Homes in Providing Care for Older Adults: A Systematic Literature Review from 2010 to 2023. *Smart Cities* 2024, 7, 1502–1550. <https://doi.org/10.3390/smartcities7040062>
17. Significante Publiek (in opdracht van Vilans). Tijdbesparende technologieën in de ouderenzorg Overzicht voor zorgorganisaties deel 1 en 2. Op 28 april 2025 verkregen via [Rapport - 13 tijdbesparende zorgtechnologieën](#)
18. Dobber, J. De meetlat: multiple case study. *TVZ - Verpleegkunde in praktijk en wetenschap.* 2022, 132(6), 56-57.
19. Braun, V., Clarke, V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006; **3**(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>.