



UNIVERSITY
OF TWENTE.

Korte termijn herstel bij ouderen na een heupfractuuroperatie

Kwalitatief onderzoek naar de definitie van korte termijn herstel bij ouderen na een heupfractuuroperatie volgens zorgprofessionals in Ziekenhuisgroep Twente (ZGT)

Alyssa Wegman
s2116103

Bachelor thesis
Gezondheidswetenschappen

Faculteit Technische Natuurwetenschappen
Universiteit Twente, Enschede

Begeleiders Universiteit Twente: Dr. Jorinde Spook, Dr. Annemieke Konijnendijk & Dieuwke van Dartel, MSc
Begeleider ZGT: Femke Kleijnsen, MSc

30 juni 2022

Samenvatting

Inleiding: De incidentie van heupfracturen bij ouderen ligt hoog door pech en leeftijdsgebonden risicofactoren. Tachtig procent van deze oudere patiënten komt niet meer terug op het niveau van voor de heupfractuur. Bij de zorg van oudere patiënten na een heupfractuuroperatie valt nog verbetering te behalen in persoonsgerichte zorg, zodat behandelingen aangepast kunnen worden op de individuele patiënt. Hiervoor is inzicht in korte termijn herstel (acute fase) van belang. Echter is er nog geen definitie van korte termijn herstel. Doel van dit onderzoek was om een definitie van korte termijn herstel bij oudere patiënten na een heupfractuuroperatie te formuleren volgens zorgprofessionals in Ziekenhuisgroep Twente (ZGT).

Methode: Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij acht zorgprofessionals in het Centrum voor Geriatrische Traumatologie (CvGT) in ZGT; twee traumachirurgen, twee artsen, twee fysiotherapeuten en twee verpleegkundigen. Ook is er gebruik gemaakt van de vignettenmethode, waarbij casussen zijn uitgevraagd.

Resultaten: Korte termijn herstel bleek beoordeeld te worden door het klinisch beeld van de patiënt. De klinimetrische testen; (Pre)Fracture Mobility Score ((P)FMS, Katz-6-ADL en de Functional Ambulation Categories (FAC)-score, worden gebruikt door fysiotherapeuten en verpleegkundigen. Echter gaven zij aan dat een score niet altijd iets zegt, omdat patiënteigenschappen hier niet bij mee worden genomen. Aspecten die bij korte termijn herstel zijn genoemd zijn: zelfstandigheid, mobiliteit, complicaties, pijn en vitale functies. Het patiëntenperspectief was volgens de zorgprofessionals van belang, maar is vaak afhankelijk van de houding van zorgprofessionals. Complicaties werd het vaakst benoemd als meest relevante aspect. Het niveau van korte termijn wat voldoende is kan per patiënt verschillen vooral afhankelijk van pre-existent functioneren, maar ook van dementie en kwaliteit van leven.

Conclusie: Er is geen eenduidige definitie van korte termijn herstel omdat dit afhankelijk is van het pre-existent functioneren. Een algemene definitie kan wel gegeven worden en per patiënt worden aangevuld. Deze luidt: 'Bij ontslag geen complicaties, vitale functies stabiel, doel mobiliteit op basis van pre-existent functioneren en minimaal in staat tot transfer, doel zelfstandigheid op basis van pre-existent functioneren en minimaal zelfstandige toiletgang, en pijn onder controle.' De grootste focus moet hierbij liggen op complicaties en vitale functies.

Kernwoorden: Heupfractuur(operatie), Korte termijn herstel, Definitie, Oudere patiënten.

Inhoudsopgave	
1. Inleiding.....	4
2. Methode.....	7
2.1 Onderzoeksdesign	7
2.2 Onderzoekssetting	7
2.3 Onderzoekspopulatie	7
2.3.2 Werving onderzoekspopulatie	8
2.4 Meetinstrument.....	8
2.5 Data-analyse	8
3. Resultaten	10
3.1 Kenmerken onderzoekspopulatie	10
3.2 Huidige beoordeling korte termijn herstel.....	10
3.3 Ervaringen huidige klinimetrische testen	11
3.4 Aspecten korte termijn herstel.....	11
3.4.1 Zelfstandigheid.....	12
3.4.2 Mobiliteit	13
3.4.3 Complicaties.....	14
3.4.4 Pijn.....	16
3.4.6 Ligduur en ontslagbestemming	17
3.5 Relevantie aspecten	18
3.6 Patiëntenperspectief.....	19
3.7 Niveau korte termijn herstel	20
4. Discussie en conclusie.....	22
4.1 Discussie.....	22
4.1.1 Interpretatie resultaten	22
4.1.2 Vergelijking met de literatuur	22
4.1.3 Sterke punten onderzoek	23
4.1.4 Limitaties onderzoek	23
4.1.5 Aanbevelingen vervolgonderzoek.....	24
4.2 Conclusie.....	25
Referentielijst	26
Appendix 1 Pre-fracture Mobility score ((P)FMS) [24]	28
Appendix 2 KATZ-6-ADL [24]	29
Appendix 3 Functional Ambulation Categories (FAC)-score [24]	30
Appendix 4 Interviewschema.....	31
Appendix 5 Informed consent	33

1. Inleiding

In 2019 belandden in Nederland 21.350 patiënten met een heupfractuur in het ziekenhuis, wat gelijk is aan 12 op de 10.000 inwoners. Vijftientig procent van de in 2019 opgenomen patiënten had een leeftijd van 70 jaar of ouder. De incidentie van heupfracturen neemt toe naarmate de leeftijd toeneemt, tot een incidentie van 185 op de 10.000 inwoners bij een leeftijd van 85 jaar en ouder [1]. Deze aantallen zullen met de jaren alleen nog maar meer oplopen door de toenemende vergrijzing in Nederland [2]. De hoge incidentie van heupfracturen bij patiënten van 70 jaar en ouder is naast pech te wijten aan leeftijdsgebonden risicofactoren, waaronder verhoogd valgevaar, een laag BMI, dementie, ondervoeding en osteoporose [3]. De behandeling van de toenemende groep oudere patiënten met een heupfractuur is complex [4]. In 75% van de gevallen is er namelijk sprake van co-morbiditeiten [5] zoals diabetes [6], (beginnend) dementieel syndroom [5] en/of COPD [4]. Co-morbiditeiten maken de behandeling complex, doordat ten eerste symptomen van co-morbiditeiten ervoor kunnen zorgen dat een patiënt bepaalde behandelingen, zoals fysiotherapie bij COPD, lastiger kan ondergaan [7]. Ten tweede is er bij patiënten met bijvoorbeeld dementieel syndroom sprake van verminderd zelfmanagement, waardoor extra aandacht van zorgprofessionals noodzakelijk is. Naast de co-morbiditeiten kan er bij oudere patiënten met een heupfractuur een groot scala aan complicaties optreden na de heupfractuuroperatie, waardoor het lastiger kan zijn om oudere patiënten na een heupfractuur te laten herstellen [6]. Complicaties die vaak optreden zijn; een delier, decubitus, infectie, pneumonie, wondproblemen en ook overlijden.[6] Van alle opgenomen oudere patiënten met een heupfractuur komt 80% nooit meer terug op hun oude niveau van functioneren van voor de heupfractuur [8] en ruim 25% van de opgenomen patiënten met een heupfractuur overlijdt binnen een jaar na de heupfractuur [9]. Bij het deel van de patiënten dat niet meer terugkomt op het oude niveau van functioneren van voor de heupfractuur, gaat de kwaliteit van leven significant achteruit [10]. Zij zien deze achteruitgang vooral terug in eigen verzorging, dagelijkse activiteiten en mobiliteit. Door de complexe zorg voor oudere patiënten met een heupfractuur en de achteruitgang in functioneren en de kwaliteit van leven is het van belang dat de geleverde zorg zo goed mogelijk aansluit bij de patiënt [11]. Echter is dit is nu niet altijd het geval en is er nog verbetering te behalen in het meer persoonsgericht maken van de zorg rondom ouderen met een heupfractuur.

Persoonsgerichte zorg is erop gericht de geleverde zorg zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij wat de patiënt nodig heeft en wat de patiënt wil [12]. Hierbij staat niet de ziekte centraal, maar de patiënt. Een belangrijk onderdeel van persoonsgerichte zorg is dat de juiste zorg op het juiste moment wordt geleverd. Om ervoor te zorgen dat dit onderdeel haalbaar is, is het van belang inzicht te hebben in herstel van oudere patiënten na een heupfractuuroperatie.

Herstel bij oudere patiënten na een heupfractuur kan worden onderverdeeld in herstel op de lange termijn herstel en herstel op de korte termijn. Onder lange termijn herstel valt het herstel vanaf het moment van de operatie in het ziekenhuis tot een jaar na de fractuur [13]. Korte termijn herstel omvat het herstel in de acute fase, dus herstel in de periode dat de patiënten in het ziekenhuis zijn opgenomen [14]. In de literatuur bestaan twee hoofdcategorieën definities voor herstel na een heupfractuur op de lange termijn: traditioneel en gericht [15]. De traditionele definitie luidt: 'De patiënt keert terug naar een voorafgaand niveau van fysieke capaciteit, met de veronderstelling dat het pre-functionele niveau de 'normale toestand' is' [15] p.1109]. De normale toestand is hierbij de mobiliteitstoestand en de toestand van zelfstandigheid in het uitvoeren van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL). De tweede definitie, het gerichte herstel genoemd, luidt: 'Het bereiken van een voorafgaand functioneel doel dat voldoende wordt geacht om hersteld te verklaren, bijvoorbeeld het lopen van een bepaalde afstand of mate van autonomie bij bepaalde activiteiten in het dagelijks leven' [15] p.1109]. De tweede definitie stelt een doel dat behaald moet worden in plaats van het voorafgaande niveau van voor de heupfractuur. De genoemde doelen hierbij zijn: ADL-zelfstandigheid, het zelfstandig kunnen lopen en het veilig kunnen lopen zonder te vallen. Beide definities voor herstel op de lange termijn worden gebruikt en het is afhankelijk van de zorginstelling of de onderzoeker, voor welke definitie gekozen wordt. Uit onderzoek blijkt echter dat wanneer patiënten met elkaar vergeleken moeten worden, bijvoorbeeld bij

het doen van onderzoek naar lange termijn herstel, de definitie ‘het gerichte herstel’ beter gebruikt kan worden voor heupfractuurpatiënten dan de traditionele definitie. Dit omdat een groot deel van de oudere heupfractuur patiënten niet meer terugkeert op het oude niveau van functioneren van voor de heupfractuur, waardoor bij het gebruik van de traditionele definitie een grote groep patiënten als niet hersteld bestempeld wordt [15].

In tegenstelling tot het lange termijn herstel bestaat voor korte termijn herstel geen enkele definitie. Hierdoor is voor zorgprofessionals niet altijd duidelijk op welke aspecten gelet moet worden om korte termijn herstel te beoordelen, waardoor er ook niet gezien kan worden wanneer een patiënt achterloopt in zijn of haar herstel. In ziekenhuizen wordt bij korte termijn herstel gefocust op het herstellen van het functioneren dat verloren is gegaan door de heupfractuur [16]. Hierbij worden de aspecten; ‘het functioneren bij dagelijkse activiteiten, zoals douchen, aankleden en naar het toilet gaan’ en ‘het functioneren op het gebied van bewegen’ gebruikt. Hierbij is echter onvoldoende bekend in welke mate deze aspecten binnen de acute fase per patiënt moeten verbeteren volgens zorgprofessionals, wil de patiënt hersteld verklaard worden op de korte termijn. Ook is onbekend welke aspecten buiten de twee eerdergenoemde aspecten nog meer horen bij korte termijn herstel.

Binnen ziekenhuizen zijn wel een aantal klinimetrische testen beschikbaar om scores te geven aan mobiliteit en ADL-zelfstandigheid. Zo is er als eerst bij opname de (Pre)Fracture Mobility Score ((P)FMS) (Appendix 1) voor het bepalen van de mobiliteit binnenshuis en buitenshuis voordat de heupfractuur optrad [17]. Deze test kan ook bij ontslag uitgevraagd worden om te kijken hoe het dan met de mobiliteit zit. Daarnaast is er de Katz-6-ADL (Appendix 2) om zelfstandigheid bij ADL-activiteiten uit te vragen, zoals zelfstandig douchen, aankleden en naar het toilet gaan [18]. Hierbij kan gekeken worden hoe de zelfstandigheid voor de heupfractuur was, hoe de zelfstandigheid zich ontwikkelt tijdens de opname en hoe de zelfstandigheid is bij ontslag. Bij deze testen is echter onbekend in hoeverre de scores van voor de opname en bij ontslag van elkaar mogen verschillen wil een patiënt hersteld genoemd worden op de korte termijn. Als laatste is de Functional Ambulation Categories (FAC)-score (Appendix 3) voor het meten van de mobiliteit beschikbaar [19]. Deze klinimetrische test meet in hoeverre een patiënt zelfstandig kan lopen tijdens de opname. Bij de FAC-score is onbekend welke score voldoende is per patiënt om de patiënt hersteld te noemen op de korte termijn.

Wanneer er meerdere aspecten van korte termijn herstel bekend zijn die relevant zijn volgens zorgprofessionals en hierbij ook niveaus per patiënt bekend zijn, kan hieruit een definitie van korte termijn herstel bij ouderen na een heupfractuuroperatie geformuleerd worden. Wanneer er een definitie is van korte termijn herstel kunnen zorgprofessionals beter beoordelen wanneer een patiënt achterloopt in herstel, omdat dan duidelijk is op welke aspecten gelet moet worden en welk niveau van de aspecten hersteld is. Wanneer een achterloop in herstel geconstateerd wordt, kunnen eventueel medicijnen of andere behandelingen ingezet worden om de patiënt weer richting beter herstel te krijgen. Hierdoor is de juiste zorg sneller op de juiste plek en kan de zorg meer persoonsgericht worden. Ook is het van belang hierbij te kijken in hoeverre zorgprofessionals de mening van de patiënten over hun korte termijn herstel van belang vinden, omdat de mening van patiënten een belangrijk onderdeel is van persoonsgerichte zorg [12]. Het doel van dit onderzoek is om de definitie van korte termijn herstel van oudere patiënten na een heupfractuuroperatie te achterhalen volgens zorgprofessionals. Het is hierbij belangrijk de mening van zorgprofessionals uit te vragen, omdat zij diegenen zijn die de zorg aan kunnen passen aan de patiënt. Ook hebben zij het meeste inzicht in het herstelproces van de oudere patiënten, omdat zij elke dag met hen in direct contact staan. De vraag die hierbij centraal staat is: ‘Wat is de definitie van korte termijn herstel na een heupfractuur bij ouderen van 70 jaar en ouder volgens zorgprofessionals in het Centrum voor Geriatrische Traumatologie (CvGT) in Ziekenhuisgroep Twente (ZGT)?’

Om deze vraag te beantwoorden zijn deelvragen opgesteld, namelijk:

Deelvraag 1: Hoe wordt korte termijn herstel nu beoordeeld binnen het CvGT in ZGT?

Deelvraag 2: Wat zijn de ervaringen van zorgprofessionals met de huidige klinimetrische testen voor korte termijn herstel binnen het CvGT in ZGT?

Deelvraag 3: Welke aspecten van korte termijn herstel zijn relevant volgens zorgprofessionals na een heupfractuuroperatie bij ouderen van 70 jaar en ouder?

Deelvraag 4: Welke van eerdergenoemde aspecten van korte termijn herstel zijn het meest relevant volgens zorgprofessionals?

Deelvraag 5: In hoeverre is het van belang in welke mate een patiënt zelf vindt dat hij of zij hersteld is op de korte termijn volgens zorgprofessionals?

Deelvraag 6: Kan het te bereiken niveau van korte termijn herstel per patiënt verschillen volgens zorgprofessionals en zo ja, waarvan is dit volgens hen afhankelijk?

2. Methode

2.1 Onderzoeksdesign

Deze studie was een kwalitatieve explorerende studie die is uitgevoerd van februari 2022 tot juli 2022. Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek, omdat de beleving van de zorgprofessionals daarbij centraal stond [20]. Kwalitatief onderzoek gaf de mogelijkheid breed te exploreren op het begrip korte termijn herstel. Het kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd door middel van semigestructureerde interviews en een vignettenmethode. Door het inzetten van semigestructureerde interviews konden de zorgprofessionals uitgebreid antwoord geven en was er genoeg vrijheid om zienswijzen van de zorgprofessionals naar voren te brengen. Door het inzetten van semigestructureerde interviews kwamen ook bij elke zorgprofessional dezelfde onderwerpen aan bod [20]. Bij de vignettenmethode zijn casussen voorgelegd aan de zorgprofessionals [21]. Dit gaf de kans om te kijken hoe zorgprofessionals in specifieke gevallen naar korte termijn herstel kijken. Hierbij konden de zorgprofessionals overwegingen maken tussen verschillende aspecten, niveaus en patiënten.

Toestemming voor het onderzoek is gevraagd aan de ethische toestemmingscommissie van Universiteit Twente. Het referentienummer van het onderzoek is; 220451. De zorgprofessionals kregen naast informatie over het doel van het onderzoek ook de mededeling dat zij zich op ieder moment uit het onderzoek terug konden trekken, zonder verdere consequenties. De zorgprofessionals tekenden een informed consent, zodat op papier stond dat ze toestemming hebben gegeven voor medewerking aan het onderzoek en opname hiervan. Tijdens de interviews zijn geen namen uitgevraagd, zodat gegeven antwoorden niet te herleiden waren naar de zorgprofessionals.

2.2 Onderzoeksetting

Het onderzoek is uitgevoerd in ZGT Almelo binnen het Centrum voor Geriatrische Traumatologie (CvGT). Jaarlijks worden hier 300 patiënten van 70 jaar en ouder opgenomen met een heupfractuur [22]. In het CvGT worden oudere patiënten met een heupfractuur op een multidisciplinaire manier behandeld door een multidisciplinair team bestaande uit: traumachirurgen, geriaters, internisten-ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten, fysiotherapeuten en verpleegkundigen [23]. Vanaf het moment van opname tot aan het moment van ontslag worden binnen het CvGT klinimetrische testen afgenomen, namelijk de Katz-6-ADL, de Pre-Fracture-Mobility Score en de Functional Ambulation Categories score [24]. Op basis van deze klinimetrische testen wordt door verschillende zorgprofessionals beoordeeld hoe de patiënt voor de heupfractuur functioneerde en hoe de patiënt in het ziekenhuis functioneert. Het doel hiervan is om te kijken in hoeverre een patiënt weer richting zijn of haar pre-existent niveau van functioneren gaat. De multidisciplinaire aanpak die gebruikt wordt binnen het CvGT heeft een aantal positieve uitwerkingen, zo verlaagt het de kans op overlijden na een heupfractuur [25]. Verder vermindert de multidisciplinaire aanpak het aantal heropnames binnen 30 dagen na ontslag, het aantal patiënten met complicaties en de inzet van extra consulten met andere specialisten [9].

2.3 Onderzoekspopulatie

Het onderzoek is uitgevoerd bij zorgprofessionals met verschillende functies binnen het CvGT in ZGT die in direct contact staan met klinisch opgenomen oudere patiënten met een heupfractuur. Hierbij zijn traumachirurgen, artsen die werkzaam zijn op de afdeling geriatrie, fysiotherapeuten en verpleegkundigen meegenomen. In dit onderzoek zijn zij benoemd als 'de zorgprofessionals'. Vanwege de gelimiteerde tijd voor het onderzoek was het lastig om volledige saturatie te bereiken. In dit onderzoek was sprake van een heterogene onderzoekspopulatie, er zijn namelijk verschillende specialismen meegenomen. Om van een heterogene groep een volledig beeld te krijgen was het van belang van ieder specialisme meerdere zorgprofessionals te interviewen [26]. Bij een onderzoekspopulatie van acht was er de mogelijkheid om binnen de gelimiteerde tijd van elk specialisme twee zorgprofessionals te interviewen. Er zijn daarom 8 zorgprofessionals geïnterviewd.

Voor deelname aan het onderzoek waren de volgende inclusiecriteria opgesteld:

1. Werkzaam binnen ZGT binnen het CvGT.
2. In direct contact met klinisch opgenomen oudere patiënten met een heupfractuur.
3. In staat de Nederlandse taal te spreken en te begrijpen.

2.3.2 Werving onderzoekspopulatie

Een onderzoeker van een ander onderzoek binnen het ZGT, het 'Up&Go na een heupfractuur' project [22], heeft op basis van de inclusiecriteria geschikte artsen, fysiotherapeuten en traumachirurgen benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek, waarna een afspraak is gepland. Verpleegkundigen die voldeden aan bovengenoemde inclusiecriteria zijn benaderd door hun Unithoofd met de vraag of ze deel wilden nemen aan dit onderzoek.

2.4 Meetinstrument

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij zorgprofessionals die in direct contact staan met klinisch opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur in ZGT. De interviews zijn opgenomen, om ervoor te zorgen dat de onderzoeker niet hoefde mee te typen en er objectief werd vastgelegd wat de zorgprofessional had geantwoord. De interviews zijn afgenomen in het CvGT in een afgesloten spreekkamer en steeds door dezelfde onderzoeker. Om ervoor de zorgen dat de validiteit van het onderzoek hoog was en bij elk interview dezelfde omstandigheden golden werd naast een gesloten spreekkamer en dezelfde interviewer, ook gebruik gemaakt van een semigestructureerd interviewschema. Dit schema is te vinden in Appendix 4. Om het interview zo open en explorerend mogelijk te houden is het interviewschema opgesteld aan de hand van de centrale vraag; 'Wat verstaat u onder korte termijn herstel van ouderen na een heupfractuur?' Bij elk aspect dat een zorgprofessional aangaf als onderdeel van herstel is doorgevraagd hoe belangrijk de zorgprofessional dit aspect vond, waarom dit relevant was, welk niveau van dit aspect als hersteld kon worden gezien, of dit niveau per patiënt kon verschillen en waarvan dit verschil afhankelijk was. Ook is aan de zorgprofessionals gevraagd hoe korte termijn herstel nu wordt beoordeeld in ZGT, hoe ze de huidige klinimetrische testen binnen het CvGT ervaren en in hoeverre zij het van belang vonden in welke mate een patiënt zelf vindt dat hij of zij hersteld is. Als laatste werden volgens de vignettenmethode drie casussen aan de zorgprofessionals voorgelegd. De eerste casus had als doel mobiliteit en ADL-zelfstandigheid uit te vragen en hierbij te kijken welk aspect de zorgprofessionals meer relevant vonden. De tweede casus vergeleek twee verschillende patiënten qua mobiliteit scores. De laatste casus vergeleek twee patiënten op het gebied van leeftijd en mobiliteit score.

Aan het begin van elk interview is een korte introductie gegeven met uitleg over het onderzoek en het doel van het onderzoek. Hierna is aan de zorgprofessionals toestemming gevraagd voor opname van het interview en is de informed consent (Appendix 5) getekend. Na ondertekening zijn een aantal demografische gegevens uitgevraagd aan de zorgprofessionals, namelijk leeftijd, welke functie de zorgprofessional heeft binnen ZGT en hoe lang hij of zij al werkzaam is met oudere patiënten met een heupfractuur. Hierna zijn de inhoudelijke vragen gesteld over de definitie van herstel. Het interview werd afgesloten met het bedanken van de zorgprofessional door de onderzoeker en werd gevraagd of de zorgprofessional de thesis aan het eind van het onderzoek wil ontvangen.

2.5 Data-analyse

De interviews zijn getranscribeerd met het programma 'Amberscript'. De introductie en afsluiting van het interview zijn hierbij niet meegenomen. Wel zijn de demografische gegevens beveiligd genoteerd in Excel. De transcripten en opnames zijn per zorgprofessional opgeslagen als 'zorgprofessional 1', 'zorgprofessional 2' etc. De interviews zijn geanalyseerd door de uitvoerende onderzoeker van dit onderzoek. De codering van één interview is gecontroleerd door een onafhankelijke onderzoeker. Van

de 26 quotes uit het interview was bij drie quotes een discrepantie tussen de onderzoekers. Na discussie is hierbij voor de meest passende code gekozen.

De interviews zijn inductief gecodeerd. Door inductief te coderen kon er een patroon ontdekt worden in de ontvangen data middels de interviews. De codering is te vinden in Appendix 6. Als eerst zijn de interviews open gecodeerd. De open codering heeft met de hand plaatsgevonden door in de transcripten relevante informatie te selecteren en deze in tabellen te zetten. Minder relevante informatie is ook bewaard in de transcripten. In de tabel staan aan de linkerkant de relevante fragmenten en aan de rechterkant de codes die eraan verbonden zijn. Er is hierbij gebruik gemaakt van in-vivo coderen, zodat de codes overeenkomen met de gebruikte begrippen van de onderzoeker.

Na het open coderen is axiaal gecodeerd. Hierbij zijn de fragmenten opnieuw bekeken en met elkaar vergeleken. Wanneer codes bij elkaar hoorden is een overkoepelende code geformuleerd en zijn subcodes geformuleerd wanneer verschillende antwoorden zijn gegeven binnen eenzelfde code. Ook deze zijn vergeleken en geordend. Het eindresultaat van axiaal coderen bestaat uit categorieën en hoofdcategorieën die verder gebruikt zijn in het onderzoek.

Als laatste vond selectief coderen plaats. Hierbij is gekeken naar verbanden en samenhang tussen de verschillende categorieën die gevonden zijn bij het axiaal coderen. Hierdoor ontstond samenhang tussen de begrippen en kon een beschrijving van de resultaten gegeven worden.

3. Resultaten

3.1 Kenmerken onderzoekspopulatie

In de uiteindelijke onderzoekspopulatie zaten vijf (63%) vrouwen en drie (38%) mannen. De leeftijden lagen tussen de 24 en de 52 jaar, waarbij het grootste aandeel zich in de leeftijdscategorie van 50-59 (38%) jaar bevond. De gemiddelde leeftijd was 41 jaar. De zorgprofessionals waren tussen de één en 27 jaar werkzaam met ouderen met een heupfractuur. Het grootste aandeel van de onderzoekspopulatie was één tot en met vijf jaar werkzaam met deze patiëntengroep (38%). Het gemiddelde aantal jaren werkzaam met oudere patiënten met een heupfractuur was 12 jaar. In Tabel 1 staan alle kenmerken van de onderzoekspopulatie weergegeven.

Tabel 1: demografische gegevens (n=8)

Karakteristieken	Aantal (%)	Gemiddelde	Range
Geslacht			
Vrouw	5 (62.5)		
Man	3 (37.5)		
Leeftijd in jaren (tijdens afname interview)		41	24-52
20-29	1 (12.5)		
30-39	2 (25)		
40-49	2 (25)		
50-59	3 (37.5)		
Jaren werkzaam met ouderen met heupfractuur		12	1-27
1-5	3 (37.5)		
6-10	1 (12.5)		
11-15	2 (25)		
16-20	1 (12.5)		
21-25	0 (0)		
25-30	1 (12.5)		

3.2 Huidige beoordeling korte termijn herstel

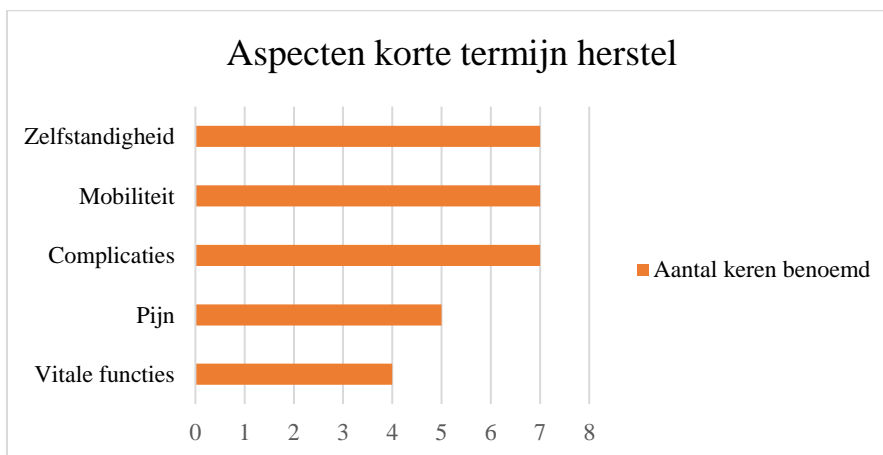
Deelvraag één luidde: 'Hoe wordt korte termijn herstel nu beoordeeld binnen het CvGT in ZGT?' Uit de interviews bleek dat korte termijn herstel van oudere patiënten na een heupfractuuroperatie binnen het CvGT ten eerste wordt beoordeeld door te kijken naar het klinische beeld van de patiënt. Een internist-ouderengeneeskunde zei hierbij: "Anamnese en lichamelijk onderzoek met daarbij je lab en de andere bepalende disciplines." Het is hierbij van belang dat het lab in de range van normaal is. Bloedwaardes mogen iets afwijken, want dat is normaal na een operatie, maar het moet niet te ver weg liggen van de stabiele waarde. Verder moet uit anamnese en lichamelijk onderzoek blijken dat de patiënt klinisch stabiel is om het ziekenhuis te verlaten. Dagelijks wordt herstel gemonitord door vitale functies te meten. Een geriater zei hierbij: "Er worden de controles aan de vitale functies dagelijks en in misschien het begin meerdere keren in de gaten gehouden." Een traumachirurg gaf aan vooral te kijken naar het operatiegebied en complicaties, hij zei: "Wij kijken echt puur operatiegebied en grote andere complicaties zoals infectie." Ook is er contact tussen artsen en verpleegkundig specialisten om te bespreken of er zaken zijn die niet goed gaan en wordt overlegd wat te doen. Een verpleegkundige gaf nog aan ook gesprekken te voeren met familie van de patiënt, om hen te betrekken in hoe de zorgprofessionals kijken naar het herstel van hun familielid. De twee fysiotherapeuten gaven beiden aan te kijken naar mobiliteit. Een fysiotherapeut zei hierbij: "Kijk, wat we nu doen, is de mensen zo optimaal de deur uitkrijgen." Hij gaf hierbij aan dat een FAC-score van vier het meest wenselijk is. De andere fysiotherapeut zei: "Ten aanzien van de fysiotherapie scoren wij een FAC-score en dat zegt iets over loopvaardigheid van de patiënt en dat wordt allemaal bij ontslag genoteerd."

3.3 Ervaringen huidige klinimetriscche testen

Bij deelvraag twee werd gevraagd: ‘Wat zijn de ervaringen van zorgprofessionals met de huidige klinimetriscche testen voor korte termijn herstel binnen het CvGT in ZGT?’ Een verpleegkundige gaf hierbij aan dat ze er niet heel erg mee bezig is. Ze zei: *“Ja, er komt een score uit, maar het is niet dat ik daar nou heel erg een interpretatie uit maak.”* Een fysiotherapeut gaf aan dat de KATZ-6-ADL alleen gebruikt wordt als patiënten na drie maanden terugkomen en de FMS-score wordt door hem helemaal niet gebruikt, hij maakte alleen gebruik van de FAC-score. Ook een verpleegkundige gaf aan te scoren op FAC-score, ze zei: *“We scoren altijd bij het begin van de opname de patiënt en na afloop als de patiënt met ontslag gaat.”* De andere fysiotherapeut zei over de Katz-6-ADL: *“Het geeft wel inzicht in wat iemand wel of niet kan, want het gaat over kan nu een transfer maken, zelfstandig naar het toilet gaan, ja, dat zei ik net ook al als indicator om bijvoorbeeld naar huis heen te kunnen. Dus die zou je kunnen gebruiken, ten aanzien van ook herstel en ontslag, of die wat extra toevoegt ten opzichte van de FAC-score die we dan nu doen?”* De traumachirurgen, internist-ouderengeneeskunde en geriater gaven allemaal aan niet direct te werken met de klinimetriscche testen binnen de acute fase. De andere zorgprofessionals gaven voor de rest aan dat een score die uit een klinimetriscche test komt wel iets zegt, maar dat je er niet volledig op kan varen, omdat patiënteigenschappen niet worden meegenomen in de testen.

3.4 Aspecten korte termijn herstel

Deelvraag drie van het onderzoek luidde: ‘Welke aspecten van korte termijn herstel zijn relevant volgens zorgprofessionals na een heupfractuuroperatie bij ouderen van 70 jaar en ouder?’ De volgende aspecten werden geïdentificeerd: zelfstandigheid, mobiliteit, complicaties, pijn en vitale functies. Deze aspecten zijn te zien in Figuur 1, waarbij is weergegeven hoeveel zorgprofessionals het specifieke aspect hebben benoemd als aspect van korte termijn herstel.



Figuur 1: Aspecten korte termijn herstel benoemd door de zorgprofessionals. Elke staaf geeft weer hoeveel zorgprofessionals het aspect hebben genoemd.

3.4.1 Zelfstandigheid



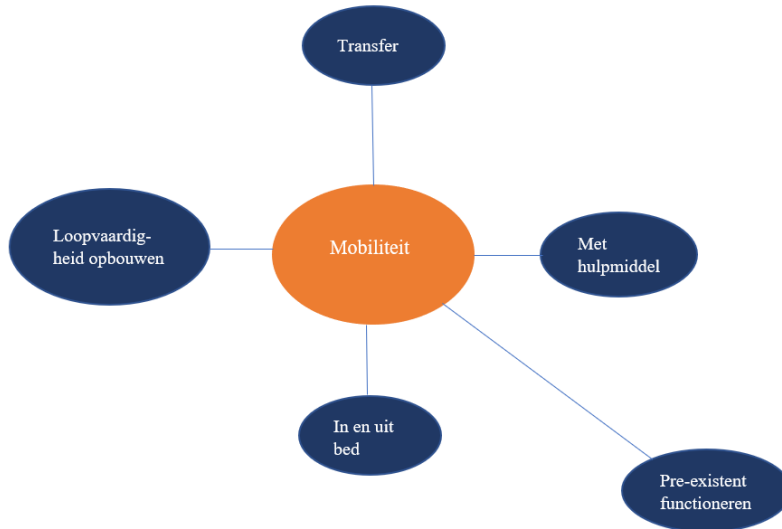
Figuur 2: Codeboom zelfstandigheid. Aan de categorie zijn de bijbehorende codes gekoppeld.

Zelfstandigheid werd door zeven van de acht zorgprofessionals benoemd als aspect van korte termijn herstel. In figuur 2 zijn alle codes weergegeven die zijn benoemd bij de categorie zelfstandigheid. Een verpleegkundige noemde hierbij zelfstandige toiletgang en zelfstandig in en uit bed komen bij ontslag als criteria voor korte termijn herstel. Een traumachirurg vond zelfstandig naar het toilet gaan heel belangrijk, net zoals zelfstandig aankleden. Hij gaf hierbij aan dat een patiënt wel erg afhankelijk wordt wanneer diegene niet meer zelfstandig naar het toilet kan of zelfstandig kan aankleden. Verder vond een verpleegkundige dat het belangrijk is dat patiënten indien mogelijk zich kunnen wassen en kunnen eten en drinken. Een fysiotherapeut gaf aan: “[Als je als patiënt] fysiek in staat is om weer wat te kunnen doen. En of dat dan helemaal zelfstandig is, of dat dat nog met hulp is, of dat dat deels zelfstandig is en dat betreft voor mij eigenlijk al vanaf zelfverzorging dus al iets zelf wassen of zelfstandig eten en drinken.” Ze vond het hierbij van belang dat allerlei ADL taken weer vrij zelfstandig gedaan kunnen worden. Echter gaf ze ook aan dat de mate waarin een patiënt weer zelfstandig kan worden in het ziekenhuis, afhankelijk is van het pre-existent functioneren. Een internist-ouderengeneeskunde was het hier mee eens en vond dat het niveau al richting pre-existent niveau moet gaan en het herstel op het gebied van zelfstandigheid persoonsafhankelijk is. Een traumachirurg gaf dit ook aan, hij zei: “Nagenoeg ADL-zelfstandig vind ik wel belangrijk of tot een pre-existent niveau.”

Vignettenmethode

Bij de eerste casus over mobiliteit en ADL-zelfstandigheid gaf een verpleegkundige aan: “Ja niet volledig hersteld. Ja, hij kan niet zelf naar het toilet.” Een andere verpleegkundige was het hiermee eens en vond de toiletgang het belangrijkste, ze zei: “Vooral de toiletgang is natuurlijk heel belangrijk, want in principe, als je niet zelfstandig naar het toilet kan, kun je ook niet naar huis.” De andere zes zorgprofessionals gaven aan dat alleen op basis van wat Henk nog kon op het gebied van zelfstandigheid er niet alleen iets gezegd kon worden over herstel, hierbij moesten volgens hen ook aspecten als complicaties en pijn worden meegenomen die ervoor kunnen zorgen dat een patiënt nog niet volledig zelfstandig kan zijn.

3.4.2 Mobiliteit



Figuur 3: Codeboom mobiliteit. Aan de categorie zijn de bijbehorende codes gekoppeld.

Zeven van de acht zorgprofessionals noemden mobiliteit als aspect van korte termijn herstel bij ouderen na een heupfractuuroperatie. In figuur 3 zijn alle codes weergegeven die zijn benoemd bij de categorie mobiliteit. Mobiliteit blijkt vooral vanuit het oogpunt van de fysiotherapeuten van belang te zijn. Een fysiotherapeut zei een patiënt hersteld te vinden wanneer hij of zij FAC vier met hulpmiddel loopt en dat een patiënt zelf een transfer kan maken. Deze persoon vroeg zich echter wel af of FAC vier voor iedereen haalbaar is in verband met de pre-existente situatie. De andere fysiotherapeut gaf ook een FAC-score van vier als afkappunt voor herstel, maar gaf hier minder belang aan dan de andere fysiotherapeut. Deze persoon vond dat het haalbare doel voor mobiliteit vooral afhankelijk is van het pre-existente functioneren van de patiënt. Ze zei hierbij: *“Ik vind niet per se iets wel of niet acceptabel, want de ene patiënt na een heupfractuur herstelt op een zienlijk gemakkelijker dan een andere patiënt, dat is ook totaal afhankelijk van iemands pre-existente voorgeschiedenis.”* Ook gaf ze aan dat mobiliteit weer moet worden opgebouwd in de acute fase en dat een transfer gemaakt moet kunnen worden.

De eerste fysiotherapeut noemde het soort ingreep als een voorwaarde voor wat voldoende herstel is van de mobiliteit. Wanneer een patiënt een kop-hals prothese heeft gekregen, is deze vaak minder pijnlijk dan een Proximal Femoral Nail Antirotation (PFNa) prothese of een Dynamic Hip Screw (DHS) prothese, waardoor mobiliseren makkelijker verloopt. Het maakte hierbij volgens de fysiotherapeut ook uit of de heup wel of niet belast mag worden. Wanneer een heup niet belast mag worden, kan minder vooruitgang in herstel van mobiliteit bewerkstelligd worden tijdens het herstelproces. Ook een geriater gaf aan dat het soort ingreep van invloed is op mobiliteit, ze zei: *“Het moet binnen de mogelijkheid van wat de chirurg gedaan heeft, dat hé, maar als het kan zo snel mogelijk.”* De tweede fysiotherapeut benoemde niet het soort ingreep maar had het wel over dat het ziekenhuis invloed kan hebben op de mobiliteit van de patiënt. Ze gaf aan dat alles in ZGT binnen handbereik is van de patiënt. Hierdoor hoeven patiënten niet uit bed of van de stoel om iets te pakken, waardoor de patiënten minder snel in beweging komen. Dit zou de mate waarin mobiliteit verbeterd kunnen beïnvloeden en dus de mate van herstel op het gebied van mobiliteit in de acute fase.

Een verpleegkundige vond een hoge mate van mobiliteit op de korte termijn niet van belang, ze zei: *“Iemand hoeft niet bijvoorbeeld in één keer weer volledig mobiel te zijn dat kan ook wel op een vervolgplekje. Dat is niet per se de acute fase.”* Ze gaf hierna ook aan mobiliteit niet als aspect te zien van herstel op de korte termijn. Een andere verpleegkundige was het hier niet mee eens en vond mobiliteit wel erg van belang, ook omdat mobilisatie ervoor zorgt dat er minder complicaties optreden. De mate waarin de verpleegkundige de mobilisatie voldoende vond, is net zoals bij de fysiotherapeuten, afhankelijk van het pre-existent functioneren. Een internist-ouderengeneeskunde en een traumachirurg

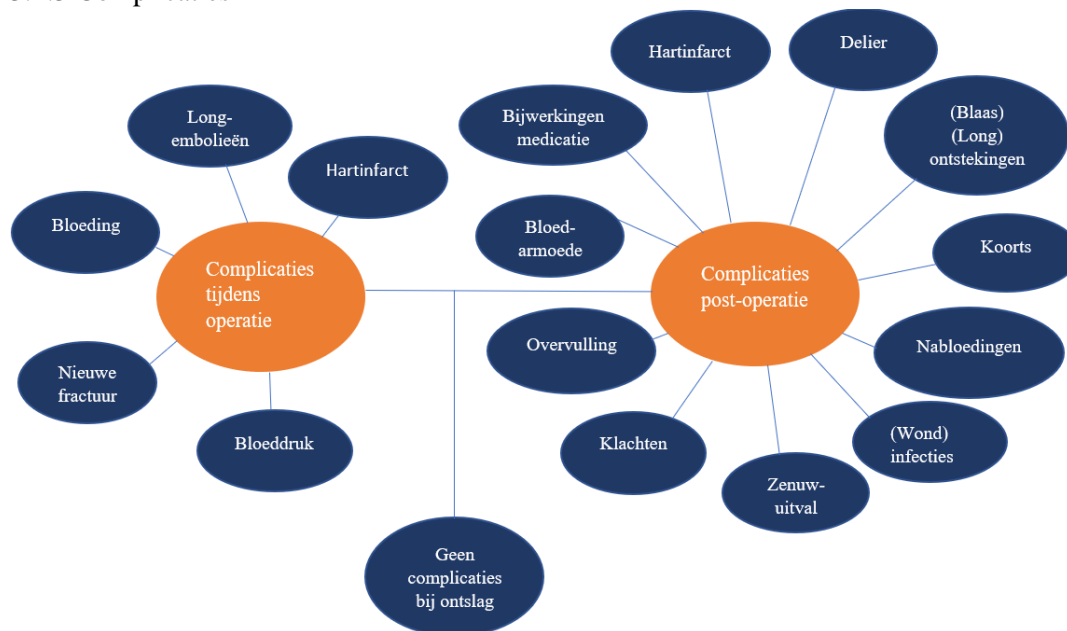
waren het hiermee eens en vonden mobiliteit ook een aspect van korte termijn herstel, die afhankelijk is van het pre-existente functioneren. Een geriater gaf hierbij aan dat mobilisatie wel vooral buiten het ziekenhuis gebeurt, maar dat het ook belangrijk is er aandacht aan te geven in de acute fase, zodat spierverval verminderd wordt en patiënten weer een ritme krijgen. Een traumachirurg vond mobiliteit de essentie van de operatie, dus het meest relevant.

Vignettenmethode

Bij de eerste casus over mobiliteit en ADL-zelfstandigheid gaf een fysiotherapeut aan Henk redelijk hersteld te vinden op basis van de scores. Hij zei: *”Zelfstandig kunnen mobiliseren, nog lichte hulp nodig, maar wel eigenlijk aardig zelfstandig al.”* Een andere traumachirurg zei over in hoeverre hij Henk hersteld vond: *”Dat hangt ervan af hoe snel je na operatie zit. Dan want kijk, als dit vijf dagen na operatie is, ja, dan kan het best zijn dat die, als hij alweer met rollator loopt, dat ik best heel tevreden ben.”* Voor de rest namen de zorgprofessionals bij deze casus vooral de aspecten zelfstandigheid, complicaties en pijn mee. Ze wilden weten waarom Henk niet meer volledig zelfstandig is en of dit kon komen door complicaties en/of pijn.

Bij de tweede casus over het vergelijken van patiënten Marietje en Jan gaf een fysiotherapeut aan Marietje beter hersteld te vinden omdat zij weer dezelfde FAC-score had als van voor de opname. Ook een verpleegkundige vond Marietje beter hersteld. Een andere fysiotherapeut zei: *”Een FAC-score, dat zegt iets over loopvaardigheid en de zelfstandigheid daarvan. Maar dat zegt niet per se altijd iets over ook de kwaliteit van het looppatroon.”* Zij gaf hierbij aan dat ze op basis van alleen de FAC-score en ontslagbestemming niet kon zeggen wie er beter hersteld was. Een internist-ouderengeneeskunde zei: *”Het gaat niet alleen om het getalletje maar om het functioneren.”*

3.4.3 Complicaties



Figuur 4: Codeboom complicaties. Aan de categorieën zijn de bijbehorende codes gekoppeld.

Uit de interviews met de zorgprofessionals bleek dat complicaties door zeven van de acht zorgprofessionals werd genoemd als een aspect van korte termijn herstel. In figuur 4 zijn alle codes weergegeven die benoemd zijn bij de categorie complicaties. Alleen een fysiotherapeut heeft complicaties niet benoemd als aspect. Er werd hierbij aangegeven dat geen complicaties meer hebben op het moment van ontslag als hersteld wordt gezien op de korte termijn. Een verpleegkundige zei hierbij: *“..de patiënt ook de tijd heeft gegeven, zeg maar, om geen complicaties te ontwikkelen. Dat iemand niet ziek naar een vervolgplekje gaat.”* Een andere verpleegkundige gaf aan: *“Nou dat ze geen*

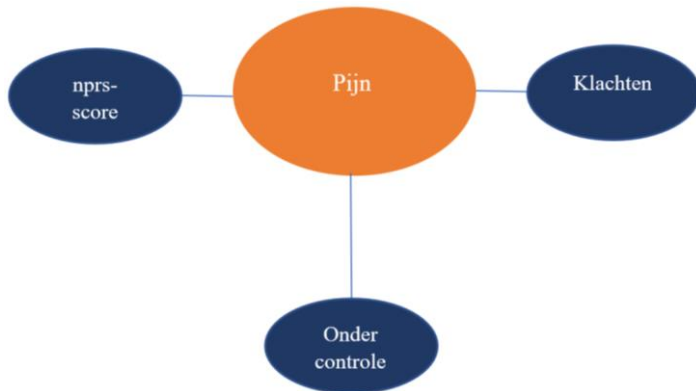
complicaties hier verder oplopen. Dus dat ze zo snel mogelijk weer naar hun normale leven kunnen gaan.” Een internist-ouderengeneeskunde zei: *“Er moeten geen complicaties zijn.”* *“Waarbij ook de termijn op ernstige complicaties voorbij is”*, benoemde een traumachirurg. Ook een geriater gaf aan geen complicaties bij ontslag als korte termijn herstel te zien. Bij uitvraag naar welke complicaties er dan bedoeld worden, werden verschillende complicaties benoemd. Een verpleegkundige noemde hierbij: *“Dat goed onderzocht is of iemand last heeft van nabloedingen”*. Ook twee traumachirurgen en een geriater zagen nabloedingen als een complicatie. Een traumachirurg zei: *“Na de operatie zie je ook bij ons op drie plekken een probleem, en dat is het operatiegebied, nabloedingen en neurologisch letsel.”* Ten tweede werd koorts genoemd als complicatie door een verpleegkundige. Longontstekingen werd door twee verpleegkundigen, een fysiotherapeut, een internist-ouderengeneeskunde en een traumachirurg genoemd als een veelvoorkomende complicatie. Verder werden infecties in het algemeen, ontstekingen in het algemeen, blaasontsteking, wondinfectie, bloedarmoede, wondlekkage, zenuwuitval, hartinfarct, bijwerkingen van medicatie en overvulling genoemd als complicatie. De zorgprofessionals noemden dus veel verschillende mogelijke complicaties, hierbij zat echter wel veel overlap bij infecties, longontsteking en nabloedingen. De twee traumachirurgen benoemden beiden ook complicaties die kunnen optreden tijdens de operatie. Een van de traumachirurgen zei: *“Je hebt natuurlijk de complicaties op zeg maar het operatiegebied, dus dat iemand tijdens de operatie een bloeding kan krijgen of een nieuwe fractuur of dat het niet goed zit tijdens de operatie. De anesthesist kan problemen krijgen met bloeddruk, hartinfarct, longembolieën.”* De andere traumachirurg gaf aan dat er sprake kan zijn van bloedverlies tijdens de operatie, waarvoor donorbloed nodig is. Alleen de traumachirurgen noemden complicaties die op kunnen treden tijdens de operatie, de andere zorgprofessionals hadden het alleen over complicaties die op kunnen treden na de operatie.

Verder werd een delier door zes zorgprofessionals genoemd als complicatie. Een fysiotherapeut gaf aan dat wanneer een patiënt in een delier raakt, hier eerst naar gekeken moet worden, voordat de fysiotherapeut verder kan kijken naar mobilisatie. Een verpleegkundige gaf een delier aan als voorbeeld, net zoals een geriater. De geriater zei: *“Geestelijk natuurlijk, dat mensen toch weer geestelijk opknappen en vooral bij de ouderen zie je toch een hele grote groep die dan geestelijke problemen hebben, delier.”* Dezelfde geriater gaf aan dat het erg belangrijk is om als zorgprofessional te ondersteunen in cognitief herstel, omdat de patiënt dan ook beter kan werken aan zijn of haar vervolgherstel. Ze zei: *“Maar als iemand erg in de war blijft, weet je, dan zal het de rest ook niet zo goed op gang komen, want je kan ze niet meer instrueren om te gaan oefenen en zich te houden aan de regels.”* Ook een traumachirurg zag een delier als complicatie, hij zei: *“Hoe het mentaal is [met de patiënt], worden ze delirant?”* Uit de interviews bleek dat een verpleegkundige en een fysiotherapeut een delier niet als complicatie zagen.

Vignettenmethode

Bij de casussen bleek ook dat complicaties werd genoemd als aspect van korte termijn herstel. Bij de eerste casus over mobiliteit gaf een fysiotherapeut namelijk aan dat buiten de mobiliteitsscores om, hij eigenlijk wilde weten of er sprake was van complicaties tijdens de opname. Een andere fysiotherapeut gaf aan: *“Er staat eigenlijk niks bij over de opnameduur of het gecompliceerd is, of er sprake was van complicaties, [of de patiënt] een pneumonie heeft gehad en een anemie heeft gehad en packed cells nodig gehad en antibiotica heeft gehad.”* Ook een traumachirurg gaf bij deze casus aan te willen weten waarom de patiënt niet zelfstandig naar het toilet kon en hij wilde hierbij weten of de patiënt een delier had. Een internist-ouderengeneeskunde vroeg zich bij deze casus af of Henk niet meer naar de wc kon doordat hij delirant was of omdat hij nog functiebeperking heeft van zijn heup. Ze vond hierbij de delier relevanter. Een traumachirurg gaf bij de casus over mobiliteit en ADL-zelfstandigheid aan, te willen weten waarom de patiënt nog niet zelfstandig naar de wc kon en zei hierbij: *“Misschien is hij wel delirant.”*

3.4.4 Pijn



Figuur 5: Codeboom pijn. Aan de categorie zijn de bijbehorende codes gekoppeld.

Zorgprofessionals gaven ook aan pijn als aspect van korte termijn herstel te zien. In figuur 5 zijn alle codes weergegeven die zijn benoemd bij de categorie pijn. Een fysiotherapeut zei: “*Dat de pijn onder controle is. Maar goed dat is altijd een beetje lastig, wat is onder controle.*” Hij vond pijn in vergelijking met mobiliteit minder relevant, omdat hij vond dat een patiënt ondanks pijn nog wel kan functioneren. Een internist-ouderengeneeskunde vond ook dat de pijn onder controle moet zijn voor korte termijn herstel. Ze vond pijn, mobiliteit en zelfstandigheid hierbij de belangrijkste aspecten. Een geriater gaf aan pijn te zien als aspect en vond het hierbij, net zoals de fysiotherapeut en de internist-ouderengeneeskunde, van belang dat deze onder controle is. Ook een andere fysiotherapeut gaf aan pijn relevant te vinden, ze zei hierbij: “*..of iemand veel pijnklachten ervaart.*” De andere traumachirurg gaf aan dat wanneer er nog sprake is van te veel pijn er nog geoefend moet worden met de fysiotherapeut voordat een patiënt naar huis kan. Een fysiotherapeut gaf aan dat op de afdeling gebruik wordt gemaakt van een nprs-score, om pijn uit te vragen. Om herstel hierin te meten was het volgens de fysiotherapeut van belang te kijken naar een significant verschil in score tussen de verschillende dagen bij een patiënt. Hij zei hierbij: “*Het gaat erom of je daarna de volgende dag bijvoorbeeld als je een zes aangegeven hebt, daarna vier aangeeft dat is dan een significant verschil. En als ik een acht en daarna een vier van mij is dat significant verschil dan groter. Ja, dus je vergelijkt met elkaar.*” Ook een verpleegkundige gaf aan pijn heel erg van belang te vinden, ze vond het belangrijk dat een patiënt weg gaat met een pijn die voor hem of haar acceptabel is. Ze zei alleen ook dat patiënten zelf moeilijk een score kunnen geven aan hun pijn en dat patiënten pijn heel verschillend ervaren. Ook zij gaf hierbij aan dat er gekeken moet worden naar het verschil in nprs-score per patiënt om vooruitgang te beoordelen. Twee traumachirurgen en een verpleegkundige gaven pijn niet als een aspect van korte termijn herstel.

Vignettenmethode

Bij de eerste casus over mobiliteit en ADL-zelfstandigheid gaf een internist-ouderengeneeskunde aan te willen weten waarom Henk nog niet zelfstandig naar het toilet kon en zelfstandig kon aankleden. Ze vroeg zich hierbij af of de patiënt pijn had waardoor dit niet mogelijk was.

Bij de tweede casus gaf een fysiotherapeut aan dat bij de FAC-score niet wordt uitgevraagd of een patiënt pijn heeft bij het mobiliseren, dus dat op basis van alleen de FAC-score niet bepaald kan worden of de ene patiënt beter hersteld is dan de andere patiënt.

3.4.5 Vitale functies



Figuur 6: Codeboom vitale functies. Aan de categorie zijn de bijbehorende codes gekoppeld.

Een ander aspect dat werd genoemd bij korte termijn herstel was vitale functies. In figuur 6 zijn alle codes weergegeven die zijn benoemd bij de categorie vitale functies. Een verpleegkundige gaf aan dat het hemoglobine-gehalte stabiel moet zijn. Hemoglobine zorgt voor het zuurstoftransport in het bloed. Een fysiotherapeut gaf aan dat de patiënt hemodynamisch stabiel moet zijn en dat de patiënt herstellende moet zijn in zijn of haar vitale functies. Hemodynamisch stabiel houdt in; normale hartslag, normale bloeddruk, normale ademhalingsfrequentie en een helder bewustzijn [27]. Ze zei dat de vitale functies op orde moeten zijn voordat aan mobilisatie begonnen kan worden. Een geriater gaf aan dat de bloedwaarden in de gaten moeten worden gehouden. Hiermee was een traumachirurg het eens, hij zei: *“Wat zijn de controles, de bloeddruk, de temperatuur.”* De vitale functies moeten zo zijn dat een patiënt veilig en niet ziek naar een vervolgplek kan gaan volgens een verpleegkundige. Eerdergenoemde fysiotherapeut gaf ook aan te denken dat de wachttijd tot aan OK van invloed kan zijn op de vitale functies.

3.4.6 Ligduur en ontslagbestemming

Vignettenmethode

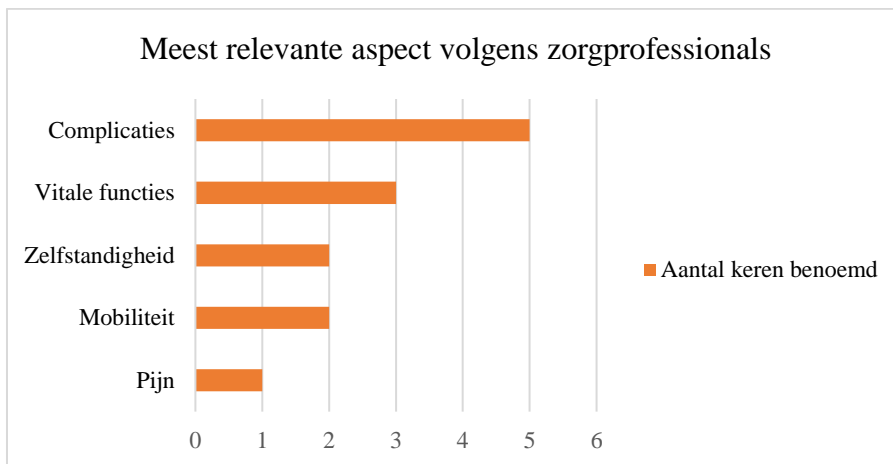
Bij de tweede casus over mobiliteit en ontslagbestemming vroeg een geriater zich af hoe het sociale milieu is van Marietje. Hier bedoelde de geriater dat er misschien een partner of mantelzorger thuis aanwezig is waardoor Marietje niet naar een revalidatieplek hoeft. Dezelfde geriater zei: *“Het kan ook zijn dat ze heel onzeker is, gevallen is, onzeker is geworden, een beetje bangig nog is en denkt ik heb even meer tijd nodig met mensen om me heen.”* Een traumachirurg gaf aan: *“De omstandigheden kunnen zo zijn, kan zijn dat ze geen thuiszorg heeft of dat ze een wond heeft die verzorgd moet worden, wat thuis niet kan.”* Hij zei hiermee dat er bepaalde omstandigheden kunnen zijn, waardoor de ontslagbestemming bepaald kan worden, waardoor Marietje naar een verpleeghuis moet en Jan naar huis kan.

Bij de derde casus kwam naast mobiliteit ligduur ter sprake. Een geriater gaf aan dat ligduur afhankelijk kan zijn van de staat van de patiënt, ze zei: *“Dus ik zou alleen aan de dagen kunnen zeggen van dat weet*

ik niet, want misschien was Herman zo slecht dat hij naar een hospice is gegaan na drie dagen.” Een traumachirurg zei: “Als het een maand is, dan zou ik dat vervelend vinden, maar drie of vijf vind ik niet heel. Zou me niet zo heel veel uitmaken.” Hij gaf ook aan dat een langere ligduur vaak niet komt door de patiënt zelf, maar door de capaciteit van de ontslagbestemming. Voor de rest gaven de zorgprofessionals aan dat ligduur afhankelijk kan zijn van: dementie, sociale omgeving, leeftijd en ontslagbestemming.

3.5 Relevantie aspecten

Bij deelvraag vier werd gevraagd: ‘Welke van eerdergenoemde aspecten van korte termijn herstel zijn het meest relevant volgens zorgprofessionals?’ In Figuur 7 is weergegeven welke aspecten van korte termijn herstel de zorgprofessionals als meest relevant hebben aangegeven.

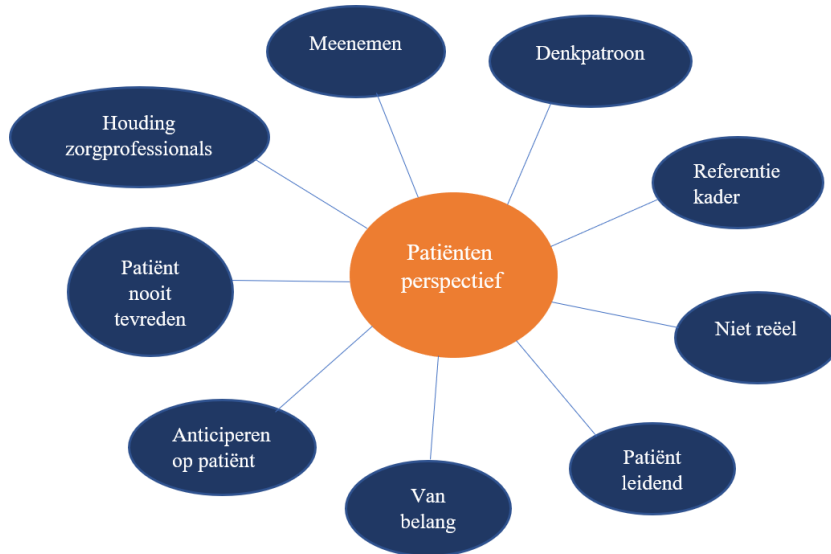


Figuur 7: Aspecten met de hoogste relevantie volgens de zorgprofessionals. Elke staaf geeft weer hoe vaak een bepaald aspect is genoemd als meest relevant door de zorgprofessionals.

De verpleegkundigen noemden vooral complicaties en vitale functies als belangrijkste aspecten van korte termijn herstel. Een van de verpleegkundigen vond mobiliteit niet belangrijk, maar zelfstandigheid wel. De andere verpleegkundige vond mobiliteit wel belangrijk samen met zelfstandigheid en pijn. De verpleegkundigen waren het dus eens over de twee meest relevante aspecten complicaties en vitale functies. Eén fysiotherapeut focuste vooral op mobiliteit, zelfstandigheid en pijn. Pijn vond hij hierbij het minst relevant, hij zei: “Dat vind ik wat minder relevant. Ik bedoel, want daar kan je nog steeds door functioneren.” De andere fysiotherapeut gaf aan vitale functies samen met complicaties het meest relevant te vinden. Hierna kwam voor haar mobiliteit, zelfstandigheid en pijn. Een internist-ouderengeneeskunde gaf aan dat zelfstandigheid voor patiënten het meest belangrijk is, dus dat dat voor haar ook het meest belangrijk is. Hiernaast gaf ze aan zelf complicaties, zelfstandigheid en pijn het meest relevant te vinden. Een geriater gaf aan complicaties en pijn als belangrijkste aspecten te zien. Pas als deze aspecten goed zijn kan gewerkt worden aan mobiliteit. Een traumachirurg zei mobiliteit heel erg relevant te vinden, omdat dit de reden is dat hij opereert, hij gaf aan: “De essentie van opereren is om de mobiliteit te optimaliseren dus dat is dus een tien. Daarvoor opereren we.” De andere traumachirurg vond complicaties het meest relevant.

Samengevat werd complicaties vijf keer genoemd als aspect met de hoogste relevantie, namelijk door twee verpleegkundigen, een fysiotherapeut, een geriater en een traumachirurg. Vitale functies werd drie keer benoemd als aspect door twee verpleegkundigen en een fysiotherapeut. Een traumachirurg en een fysiotherapeut waren het eens over dat mobiliteit het relevantste aspect is. Echter vond een verpleegkundige mobiliteit niet van belang in de acute fase. Zelfstandigheid werd het meest relevant bevonden door een fysiotherapeut en een internist-ouderengeneeskunde. Pijn werd alleen door een geriater als belangrijkste aspect genoemd.

3.6 Patiëntenperspectief



Figuur 8: Codeboom patiëntenperspectief. Aan de categorie zijn de bijbehorende codes gekoppeld.

Deelvraag vijf luidde: ‘In hoeverre is het van belang in welke mate een patiënt zelf vindt dat hij of zij hersteld is op de korte termijn volgens zorgprofessionals?’ In figuur 8 zijn alle codes weergegeven die zijn benoemd bij de categorie patiëntenperspectief. Vrijwel alle zorgprofessionals vonden de visie van de patiënten op hun eigen herstel van belang. Een verpleegkundige zei: *“Uiteindelijk, ja, tenzij iemand wilsonbekwaam is, een patiënt heeft nog altijd de beslissende factor.”* Een traumachirurg vond ook de visie van een patiënt erg belangrijk, hij zei: *“Dat is heel belangrijk, voor zover een patiënt het zelf kan beoordelen. We hebben natuurlijk redelijk wat demente of delirante patiënten. Maar als iemand compos menist is, dus als iemand zelf gewoon goed kan beoordelen hoe die zelf is, is het natuurlijk essentieel. Wij kunnen wel iets vinden, maar de patiënt en zijn of haar familie die is daar ook heel belangrijk in.”* Hij gaf ook aan dat het niet altijd klopt wat de patiënt zegt, maar dat het wel moet worden meegenomen in de beoordeling. Dus wanneer een patiënt helder na kan denken over zijn of haar herstel is het van belang deze mee te nemen in eigen beoordeling volgens de verpleegkundige en de traumachirurg.

Een internist-ouderengeneeskunde gaf aan dat eigenlijk bij alles wat zij doet de patiënt leidend is, ze gaf aan dat wat de patiënt het belangrijkste vindt, ook het belangrijkste is voor haar. Ook een geriater gaf aan de visie van de patiënt zeer van belang te vinden en neemt dit ook mee bij de visites aan bed door als eerste de vraag te stellen: *“Hoe vindt u dat het gaat?”* Ze gaf aan dat wanneer een patiënt vindt dat het niet goed gaat en de arts zelf wel vindt dat het goed gaat, er gekeken moet worden waaraan dat verschil kan liggen. Ook een traumachirurg zei dat het belangrijk is dat de patiënt altijd centraal staat en er aan iedere patiënt gevraagd moet worden hoe ze zelf vinden dat het gaat. Deze visie werd door hem zeker meegenomen, omdat de patiënt baas is over zijn of haar eigen lichaam. Een fysiotherapeut zei: *“Als de patiënt zegt dat hij hersteld is, ja, dan zijn wij denk ik misschien snel tevreden, als dat veilig en vertrouwd is.”*

Echter de andere fysiotherapeut gaf aan: *“Dan denk ik niet dat de patiënt daar iets reëls over kan zeggen, omdat heel veel patiënten vinden dat het heel slecht gaat.”* Ze bedoelde hiermee dat een patiënt niet iets reëls kan zeggen over zijn of haar eigen herstel. Zij neemt het perspectief van haar patiënten op hun herstel dan ook niet mee in haar beoordeling. Ook gaf ze aan dat het patiëntenperspectief afhankelijk kan zijn van iemands sociale milieu, ze zei: *“..en ook wat hij of zij van huis uit heeft meegekregen daarin. Kijk, als er 's avonds een dochter op bezoek komt en die dochter zegt: “Doe maar hennig an, doe maar rustig aan”, dan werkt dat niet in ons voordeel. En ha je hebt wel een zware dag gehad of dat je mensen hebt die daarin toch wel somatiserend zijn.”*

Uit de interviews kwam ook naar voren dat patiënten zelf vaak vinden dat het slecht gaat, hierin is de houding van de zorgprofessionals van belang. Een verpleegkundige zei: *“Ik probeer patiënten altijd wel een beetje te motiveren, te zeggen dat iemand het goed doet. Ik probeer altijd wel een beetje een positieve draai aan te geven van nou ja, sommigen die kunnen dit nog helemaal niet op de eerste dag.”* Een fysiotherapeut gaf aan patiënten vertrouwen te geven, angsten weg te nemen en te vertellen dat dit kan. Hij gaf hierbij aan dat het van belang is om het verwachtingspatroon van de patiënten een beetje bij te stellen.

Vignettenmethode

Bij de eerste casus over mobiliteit en ADL-zelfstandigheid gaf een verpleegkundige aan het van belang te vinden wat Henk zelf vindt van zijn herstel. Volgens haar moet het perspectief van Henk zelf meegenomen worden in of zijn staat van mobiliteit en zelfstandigheid voldoende hersteld genoemd kan worden.

3.7 Niveau korte termijn herstel

Bij deelvraag zes werd gevraagd: ‘Kan het te bereiken niveau van korte termijn herstel per patiënt verschillen volgens zorgprofessionals en zo ja, waarvan is dit volgens hen afhankelijk?’ Volgens de zorgprofessionals kan wat een patiënt kan behalen in korte termijn herstel per patiënt verschillen afhankelijk van pre-existent functioneren, dementie en kwaliteit van leven. Een patiënt die bij mobiliteit en zelfstandigheid dicht bij het pre-existente niveau is dan een andere patiënt heeft een beter herstel vinden alle zorgprofessionals. Een verpleegkundige zei hierbij: *“Hoe een patiënt voor de operatie functioneerde wordt meegenomen in het gestelde doel.”* Een fysiotherapeut gaf aan dat patiënten niet beter worden dan dat ze voor de heupfractuur waren, dus dat doelen gesteld moeten worden aan de pre-existente situatie. Ook een internist-ouderengeneeskunde gaf aan: *“Het doel is eigenlijk dat mensen weer op het oude niveau komen. Mensen moeten weer enigszins richting oude niveau zijn.”* *“Het hangt natuurlijk echt af van hoe iemand binnenkomt”*, is wat een traumachirurg hierover zei. Ook de geriater zei dat patiënten weer een beetje terug moeten komen op hun oude niveau. Een andere traumachirurg noemde ook pre-existent functioneren als leidraad voor korte termijn herstel.

Het te behalen niveau van herstel per patiënt kan ook afhangen van dementie. Wanneer een patiënt dementerend is, wordt er geen doel gesteld, maar is het van belang dat een patiënt zo snel mogelijk weer naar zijn of haar eigen plek gaat. Zorgprofessionals hebben bij deze patiënten geen doel voor ogen binnen de acute fase en dus ook geen niveau van wat de patiënt moet bereiken. Een verpleegkundige zei hierbij: *“Dat verschilt inderdaad ook wel weer, want dan krijg je dementerende patiënten en ja, die heb je het liefst zo snel mogelijk weer naar een eigen plekje.”* Ook een fysiotherapeut zei: *“Ja, zo snel mogelijk weer naar hun eigen situatie gaan. Wat is ons doel dan? We doen eigenlijk niks, we zorgen alleen dat ze zo snel mogelijk terug kunnen gaan.”*

Kwaliteit van leven is volgens een aantal zorgprofessionals ook van belang in het kijken naar wat haalbaar moet zijn in korte termijn herstel. Een fysiotherapeut gaf aan het van belang te vinden wat een patiënt zelf vindt van zijn of haar herstel, omdat dit iets zegt over kwaliteit van leven. Een internist-ouderengeneeskunde zei dat een patiënt in alles leidend is en vanuit de geriatrie de kwaliteit van leven bovenaan staat. Ze zei dat de mate waarin een patiënt in het dagelijks leven beperkt wordt belangrijk is om mee te nemen in het beoordelen van korte termijn herstel, omdat dit de kwaliteit van leven aantast. Het niveau van korte termijn herstel wat voldoende is, is afhankelijk van in hoeverre het behaalde niveau van invloed is op de kwaliteit van leven van de patiënt.

Vignettenmethode

Bij casus twee gaf een traumachirurg aan vooral de kwaliteit van leven van belang te vinden bij het vergelijken van korte termijn herstel van verschillende patiënten. Hij zei hierbij: *“Eerder kon [de patiënt] nog huppelen en nu is [de patiënt] net in het ziekenhuis geweest, [de patiënt] kan niet meer huppelen maar [de patiënt] kan wel naar zijn eigen huis en zijn ding doen. Prima, dat is voor mij nog een goede kwaliteit van leven. En [de patiënt] kan huppelen [de patiënt] gaat naar het ziekenhuis, [de patiënt] kan wel weer huppelen maar moet naar een verpleeghuis. Ja, dat zou ik echt verschrikkelijk vinden. Dan kan ik hetzelfde maar is mijn kwaliteit van leven sterk afgenomen.”*

Bij de derde casus gaf een verpleegkundige aan dat leeftijd niet altijd meegenomen wordt in het koppelen van een doel aan een patiënt voor korte termijn herstel. Leeftijd wil namelijk niet altijd iets zeggen over hoe een patiënt zal herstellen in het ziekenhuis, ze zei hierbij: *“Ja hoeft niet altijd, want je hebt ook hele vitale 90-jarigen en hele oude 70-jarigen, zeg maar dus wil niet altijd wat zeggen.”* Een traumachirurg ziet leeftijd wel als voorspeller voor een te behalen niveau van korte termijn herstel en gaf aan dat leeftijd een rol kan spelen in welk niveau een patiënt kan behalen in korte termijn herstel.

4. Discussie en conclusie

4.1 Discussie

4.1.1 Interpretatie resultaten

Het doel van dit onderzoek was om een definitie te formuleren van korte termijn herstel bij oudere patiënten na een heupfractuuroperatie volgens zorgprofessionals binnen het CvGT in het ZGT. Uit dit onderzoek blijkt dat korte termijn herstel in het CvGT nu beoordeeld wordt aan de hand van het klinische beeld van de patiënt. Hierbij wordt anamnese en lichamelijk onderzoek uitgevoerd. Verder moeten de lab-waarden rond normaal liggen. Hiernaast wordt herstel beoordeeld door te kijken naar het operatiegebied, complicaties en de mobiliteit. De klinimetrische testen worden in het CvGT afgenomen door fysiotherapeuten en verpleegkundigen. Uit het onderzoek blijkt dat de klinimetrische testen wel gebruikt kunnen worden, maar dat een score niet altijd iets zegt, omdat bij deze testen geen patiënteigenschappen worden meegenomen. Voor de ene patiënt is op basis van zijn of haar patiënteigenschappen een FAC-score van twee voldoende, terwijl het voor een andere patiënt bij een FAC-score van vier ligt. De aspecten die bij korte termijn herstel horen volgens de zorgprofessionals zijn; complicaties, vitale functies, zelfstandigheid, mobiliteit en pijn. Bij ontslag moeten er geen complicaties meer zijn, moeten de vitale functies stabiel zijn en moet de pijn onder controle zijn. Mobiliteit en zelfstandigheid moeten tijdens de opname verbeteren afhankelijk van pre-existent niveau. Bij de zelfstandigheid is in de acute fase de toiletgang erg van belang. Bij mobiliteit moet een patiënt minimaal een transfer kunnen maken. Complicaties blijkt het meest relevant te zijn volgens de zorgprofessionals, gevolgd door vitale functies. Het patiëntenperspectief is volgens zorgprofessionals van belang om mee te nemen in eigen beoordeling van herstel. Echter blijkt dat het patiëntenperspectief vaak afhankelijk is van de houding van de zorgprofessionals. Het is hierdoor geen relevante uitkomstmaat voor herstel. Wat behaald kan worden in korte termijn herstel kan per patiënt verschillen op basis van de aanwezigheid van dementie, de invloed op kwaliteit van leven en het pre-existent functioneren van de patiënt. Pre-existent functioneren is hierbij het belangrijkste om mee te nemen volgens de zorgprofessionals.

Doordat korte termijn herstel gekoppeld moet worden aan vooral pre-existent functioneren, is het waarschijnlijk dat er geen eenduidige definitie is van korte termijn herstel. Er zijn wel algemene aspecten en niveaus die voor iedere patiënt gelden bij de definitie van korte termijn herstel na een heupfractuuroperatie, zoals geen complicaties bij ontslag, vitale functies stabiel, zelfstandige toiletgang en een transfer kunnen maken.

4.1.2 Vergelijking met de literatuur

Uit eerder onderzoek blijkt dat bij korte termijn herstel in het ziekenhuis gefocust wordt op het herstellen van functioneren dat verloren is gegaan door de heupfractuur [16]. Hierbij wordt gekeken naar het functioneren bij dagelijkse activiteiten, zoals douchen, aankleden en naar het toilet gaan en naar het functioneren op het gebied van bewegen. Uit huidig onderzoek blijkt dat ‘het functioneren op het gebied van bewegen’ ook volgens zorgprofessionals een belangrijk aspect is bij de definitie van korte termijn herstel. Dit wordt binnen dit onderzoek het aspect; ‘mobiliteit’ genoemd. In de literatuur is niet bekend hoe veel dit aspect moet verbeteren, wil een patiënt hersteld genoemd worden. Ook ‘het functioneren bij dagelijkse activiteiten, zoals douchen, aankleden en naar het toilet gaan’ wordt als aspect genoemd binnen huidig onderzoek net als in de literatuur. Zorgprofessionals noemen dit ‘zelfstandigheid’. Ook hierbij is in de literatuur niet bekend welk niveau hiervan voldoende is. Uit huidig onderzoek blijkt dat er geen eenduidige score is wat behaald moet worden op het gebied van mobiliteit en zelfstandigheid. Wel is naar voren gekomen dat een patiënt ten minste zelfstandig naar het toilet moet kunnen gaan en zelfstandig een transfer moet kunnen maken. Zowel uit eerder onderzoek als uit huidig onderzoek blijkt dus zelfstandigheid en mobiliteit van belang te zijn voor de definitie van herstel. Echter kan in beide onderzoeken niet geconcludeerd worden dat er een bepaalde score behaald moet worden bij alle patiënten. Dit is volgens huidig onderzoek sowieso afhankelijk van het pre-existent functioneren.

Uit het huidige onderzoek blijkt verder dat het patiëntenperspectief van belang is om mee te nemen in de beoordeling van korte termijn herstel bij oudere patiënten na een heupfractuuroperatie. Deze resultaten komen overeen met literatuur over persoonsgerichte zorg [12]. Deze literatuur stelt dat voor het meer persoonsgericht maken van zorg, het patiëntenperspectief in elke stap van zorg van belang is om mee te nemen, dus ook in het herstel. Echter komt in huidig onderzoek naar voren dat voor de definitie van korte termijn herstel het patiëntenperspectief niet als uitkomstmaat voor korte termijn herstel gebruikt kan worden, omdat het perspectief afhankelijk is van de houding van de zorgprofessionals. Dit verschil kan komen doordat in de literatuur gefocust wordt op de patiënten en in huidig onderzoek juist zorgprofessionals werden geïnterviewd.

Uit de literatuur blijkt verder dat de FAC-score, de FMS-score en de KATZ-6-ADL bruikbare klinimetrische testen zijn om te gebruiken in ziekenhuizen voor het meten van korte termijn herstel [17-19]. De zorgprofessionals binnen huidig onderzoek zien de testen als een tool, maar geven aan dat een score niet altijd iets zegt, omdat patiënteigenschappen niet worden meegenomen. Hierdoor zijn de testen wel bruikbaar, maar kan er niet op gevaren worden omdat dezelfde scores bij verschillende patiënten niet hetzelfde zeggen. Hier is dus een klein verschil te zien tussen de literatuur en huidig onderzoek. Dit zou kunnen komen doordat in de literatuur over de klinimetrische testen alleen gefocust wordt op of de testen meten wat ze moeten meten. Dat doen ze ook, maar vergelijken van uitkomsten van de testen van verschillende patiënten is niet meegenomen in de literatuur en dat blijkt in huidig onderzoek dus vrijwel niet mogelijk te zijn.

Verder stelt eerder onderzoek dat bij lange termijn herstel van ouderen na een heupfractuur de definitie ‘het gerichte herstel’: ‘Het bereiken van een voorafgaand functioneel doel dat voldoende wordt geacht om hersteld te verklaren, bijvoorbeeld het lopen van een bepaalde afstand of mate van autonomie bij bepaalde activiteiten in het dagelijks leven’ [15] p.1109, beter gebruikt kan worden dan de traditionele definitie: ‘De patiënt keert terug naar een voorafgaand niveau van fysieke capaciteit, met de veronderstelling dat het pre functionele niveau de ‘normale toestand’ is’ [15], p.1109]. Uit huidig onderzoek blijkt dat voor korte termijn herstel de definitie dichterbij de definitie van het gerichte herstel ligt, omdat blijkt dat op het gebied van mobiliteit en zelfstandigheid er een doel moet worden gekoppeld aan het pre-existent functioneren. Deze bevinding komt dus overeen wat met er over de definitie van lange termijn herstel wordt gezegd, namelijk dat het voor de definitie van belang is te kijken naar wat haalbare doelen zijn.

4.1.3 Sterke punten onderzoek

Aan dit onderzoek deden acht zorgprofessionals mee. Er waren meer vrouwen (63%) dan mannen (38) en de meeste zorgprofessionals vielen in de leeftijdscategorie van 40-59 jaar. Zowel de man/vrouw-verhouding als de meest voorkomende leeftijdscategorie zijn representatief voor de algemene populatie ziekenhuispersoneel in Nederland [28]. Verder is de validiteit gewaarborgd door alle interviews op te nemen en volledig te transcriberen. De transcripten zijn aan zorgprofessionals die aangaven dit te willen, voorgelegd om te laten controleren of hetgeen wat in het transcript staat klopt met wat de zorgprofessional bedoelde te zeggen. Dit is door één zorgprofessional gedaan. Voorafgaand aan de start van de dataverzameling is er een proefinterview gedaan met een zorgprofessional uit de omgeving van de onderzoeker, dit om te controleren of de vragen helder waren geformuleerd. Verder is de codering van één interview gecontroleerd door een onafhankelijke onderzoeker. Hierbij was er weinig sprake van verschil tussen de twee onderzoekers (drie van de 26 quotes). Hiernaast hebben er bij elk interview dezelfde omstandigheden gegolden en is er gebruik gemaakt van een semigestructureerd interviewschema, waardoor bij elke zorgprofessional dezelfde vragen aan bod zijn gekomen.

4.1.4 Limitaties onderzoek

De betrouwbaarheid van het onderzoek is niet 100% door een aantal beperkingen. Ten eerste de steekproefomvang. Deze bestond uit acht zorgprofessionals. Voor de gelimiteerde tijd was het aantal van acht het hoogst haalbare, echter is een steekproefomvang van acht zorgprofessionals te weinig om

het onderzoek volledig betrouwbaar te noemen, omdat hierbij geen volledige saturatie kan worden behaald. Wanneer er geen saturatie heeft plaatsgevonden is de kans bij herhaling van het onderzoek groot dat andere resultaten verkregen worden. Ten tweede is bij respondenten die weinig respons gaven uitgevraagd of zij mobiliteit een belangrijk aspect vonden. Dit is een sturende vraag en hierdoor zouden de uitkomsten bij het aspect mobiliteit niet helemaal betrouwbaar kunnen zijn. Bij volgend onderzoek zou dit voorkomen kunnen worden door de vraag niet te stellen en alleen op basis van de casussen te kijken of respondenten mobiliteit van belang vinden. Als laatste is zoals eerder benoemd de codering van één interview gecontroleerd door een onafhankelijke onderzoeker. Dit draagt niet volledig bij aan de betrouwbaarheid, omdat de onafhankelijke onderzoeker niet volledig zelf een interview heeft gecodeerd, maar alleen heeft gecontroleerd. Dit kan ervoor hebben gezorgd dat de onafhankelijke onderzoeker werd beïnvloed door wat de onderzoeker al had gecodeerd. Ook zou het wenselijker zijn geweest om meerdere interviews door de onafhankelijke onderzoeker te laten coderen in plaats van één interview.

De validiteit is ook niet 100%, dit komt ten eerste doordat het interviewschema niet geoperationaliseerd opgesteld kon worden. Doordat juist met dit onderzoek een definitie werd gezocht, konden begrippen uit de onderzoeksvragen niet worden geoperationaliseerd. Hierdoor is de begripsvaliditeit niet optimaal. Het interviewschema is ook niet eerder gevalideerd in ander gepubliceerd onderzoek. Ook kan er sprake zijn van een bias bij deelvragen 3 en 4. Bij deelvraag 3 werd gevraagd: ‘Welke aspecten van korte termijn herstel zijn relevant volgens zorgprofessionals na een heupfractuuroperatie bij ouderen van 70 jaar en ouder?’ Deelvraag 4 vroeg daarop door en luidde: ‘Welke van eerdergenoemde aspecten van korte termijn herstel zijn het meest relevant volgens zorgprofessionals?’ Bij deelvraag 4 refereerden de zorgprofessionals dus naar de aspecten die zij zelf eerder benoemd hadden, daardoor is het lastig om de relevantie te vergelijken tussen de verschillende specialismen. Bij volgend onderzoek kan dit voorkomen worden door er een overkoepelende vraag van te maken en te vragen naar wat zorgprofessionals de definitie vinden van korte termijn herstel bij oudere patiënten na een heupfractuuroperatie.

Tot slot was een groot deel van de steekproef nog maar kort (1-5 jaar) werkzaam met oudere patiënten met een heupfractuur (3), waardoor zij mogelijk minder inzicht hadden in het korte termijn herstel van deze patiëntengroep.

4.1.5 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Om nog meer inzicht te krijgen in de definitie van korte termijn herstel van oudere patiënten na een heupfractuuroperatie wordt aanbevolen het onderzoek opnieuw uit te voeren onder meer zorgprofessionals dan nu gedaan is. Er wordt hierbij aanbevolen de eerste vraag anders te formuleren naar: ‘Wat is volgens u de definitie van herstel tijdens de ziekenhuisopname bij ouderen na een heupfractuuroperatie? Dit omdat uit ervaringen uit dit onderzoek is gebleken dat extra uitleg nodig was bij de eerste vraag om hem te kunnen begrijpen, vandaar dat het beter is de vraag anders te formuleren.

Een andere aanbeveling die wordt gedaan voor vervolgonderzoek is om te onderzoeken welke andere klinimetrische testen eventueel ingezet zouden kunnen worden binnen het CvGT in ZGT om korte termijn herstel bij ouderen te meten. Bij de huidige testen voor mobiliteit en ADL-zelfstandigheid blijkt dat het aspect patiënteigenschappen mist. In eventueel nieuwe testen zouden patiënteigenschappen zoals leeftijd en co-morbiditeiten meegenomen moeten worden. Ook kan er in het onderzoek gekeken worden of er voor andere aspecten als complicaties en vitale functies testen beschikbaar zijn. Na implementatie van bepaalde klinimetrische testen zou een vervolgonderzoek plaats kunnen vinden bij zorgprofessionals om hun ervaringen te onderzoeken met betrekking tot de klinimetrische testen.

4.2 Conclusie

Met dit kwalitatieve onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag: ‘Wat is de definitie van korte termijn herstel na een heupfractuur bij ouderen van 70 jaar en ouder volgens zorgprofessionals in het Centrum voor Geriatrische Traumatologie in Ziekenhuisgroep Twente (ZGT)?’

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat er geen eenduidige definitie is van korte termijn herstel. Deze definitie is per patiënt verschillend en hierbij vooral afhankelijk van het pre-existent functioneren. Naast pre-existent functioneren moet ook rekening gehouden worden met dementie, kwaliteit van leven en patiënteigenschappen. Er zijn wel bepaalde zaken die voor iedere patiënt gelden. De definitie van korte termijn herstel kan hierdoor alleen algemeen worden gegeven en kan per patiënt worden aangevuld. De definitie luidt dan: ‘Bij ontslag geen complicaties, vitale functies stabiel, doel mobiliteit op basis van pre-existent functioneren en minimaal in staat tot transfer, doel zelfstandigheid op basis van pre-existent functioneren en minimaal zelfstandige toiletgang, en pijn onder controle.’ De grootste focus moet hierbij liggen op complicaties en vitale functies.

Door het hebben van deze algemene definitie van kort termijn herstel kan per patiënt gekeken worden wat haalbaar is in zijn of haar herstel en op welke aspecten zorgprofessionals moeten letten. Gedurende de opname kunnen de zorgprofessionals terugkijken naar wat er per patiënt is ingevuld en kunnen dan zien waar een patiënt staat in zijn of haar herstel. Hierop kunnen zij dan eventuele medicatie en behandelingen aanpassen. Echter blijft er bij het stellen van een doel bij mobiliteit en zelfstandigheid aan de hand van pre-existent functioneren, sprake van eigen interpretatie van de zorgprofessionals wat zij voldoende vinden.

Referentielijst

- [1] CBS. Ziekenhuisopnamen; sterfte, urgentie, diagnose-indelingen CCS en VTV. 15 April 2021 n.d. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84522NED/table> (accessed February 7, 2022).
- [2] de Jong A, van Duin C. Regionale prognose 2009-2040: Vergrijzing en omslag van groei naar krimp. 2010.
- [3] Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Polyfarmacie bij ouderen 2012.
- [4] Friedman SM, Menseldon DA. Epidemiology of fragility fractures. *Clinics in Geriatric Medicine* 2014;30:175–81. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.01.001>.
- [5] Centrum Gezondheid en Maatschappij van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit 2021. <https://www.vzinfo.nl/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/leeftijd-en-geslacht> (accessed February 16, 2022).
- [6] Lubberding S, Merten H, Wagner C. Patiëntveiligheid en Complexe Zorg bij oudere patiënten met een heupfractuur. 2010.
- [7] Schellevis F.G., Burgers J.S., Tuut MK, Kleinnibbelink G. GGZ standaarden Generieke Module Comorbiditeit 2020. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/comorbiditeit/introductie> (accessed April 5, 2022).
- [8] Dyer SM, Crotty M, Fairhall N, Magaziner J, Beaupre LA, Cameron ID, et al. A critical review of the long-term disability outcomes following hip fracture. *BMC Geriatrics* 2016;2:158. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0332-0>.
- [9] Folbert E, Smit RS, van der Velde D, Regtuijt M, Klaren H, Hegeman H. Geriatric Fracture Center: A Multidisciplinary Treatment Approach for Older Patients With a Hip Fracture Improved Quality of Clinical Care and Short-Term Treatment Outcomes. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation* 2012;3:59–67. <https://doi.org/10.1177/2151458512444288>.
- [10] Amarilla-Donoso FJ, Lopez-Espuela F, Roncero-Martin R, Leal-Hernandez O, Puerto-Parejo LM, Alegria-Vera I, et al. Quality of life in elderly people after a hip fracture: a prospective study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2020;18. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01314-2>.
- [11] KNMG. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen 2010.
- [12] Catalyst N. What Is Patient-Centered Care? 2017. <https://doi.org/10.1056/CAT.17.0559>.
- [13] Vochteloo AJH, Moerman S, Tuinebreijer WE, Maijer AB, de Vries MR, Bloem RM, et al. More than half of hip fracture patients do not regain mobility in the first postoperative year. *Geriatr Gerontol Int* 2013;13:334–41. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00904.x>.
- [14] Gesar B, Hommel A, Hedin H, Baath C. Older patients' perception of their own capacity to regain pre-fracture function after hip fracture surgery - an explorative qualitative study. *Int J Orthop Trauma Nurs* 2017;24:50–8. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2016.04.005>.
- [15] Auais M, Morin SN, Finch L, Ahmed S, Mayo N. Toward a Meaningful Definition of Recovery After Hip Fracture: Comparing Two Definitions for Community-Dwelling Older Adults. *Arch Phys Med Rehabil* 2018;99:1108–15. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.01.022>.

- [16] Arinzon Z, Fidelman Z, Zuta A, Peisakh A, Berner YN. Functional recovery after hip fracture in old-old elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2005;40:327–36. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2004.10.003>.
- [17] Voeten SC, Nijmeijer WS, Vermeer M, Schipper IB, Hegeman JH, Taskforce study group D. Validation of the Fracture Mobility Score against the Parker Mobility Score in hip fracture patients. *Injury* 2019;51:395–9. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2019.10.035>.
- [18] Katz S. Katz ADL schaal 1976. <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/katz-adl-schaal/> (accessed May 3, 2022).
- [19] Williams G. Functional Ambulation Classification. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* 2018:1513–4. https://doi.org/10.1007/978-3-319-57111-9_1935.
- [20] Boeije H. *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. 2nd ed., 2012, p. 145–7.
- [21] Groenewoud M, van Rij C. Bijzondere onderzoeksmethoden nader bekeken: conjunctanalyse (vignettenmethode) 2012. <https://doi.org/10.5553/Beleidsonderzoek.000001>.
- [22] ZGT. Studentopdrachten wetenschappelijk onderzoek ZGT 2020:2–2.
- [23] ZGT. Geriatrische traumatologie n.d. <https://www.zgt.nl/aandoening-en-behandeling/onze-specialismen/heelkunde-chirurgie/traumatologie/geriatrische-traumatologie/> (accessed February 20, 2022).
- [24] Hegeman H, Kleijnsen F, Dartel D. Rehabilitation of the elderly patient after a hip fracture 2022:1–28.
- [25] Folbert EC, Hegeman JH, Vermeer M, Regtuijt EM, van der Velde D, ten Duis HJ, et al. Improved 1-year mortality in elderly patients with a hip fracture following integrated orthogeriatric treatment. *Osteoporos Int* 2017:269–77. <https://doi.org/10.1007/s00198-016-3711-7>.
- [26] Baarda B, Bakker E, Boullart A, Fischer T, Julsing M, Peters V, et al. *Basisboek kwalitatief onderzoek*. vol. 4, 2018, p. 47–8.
- [27] Loggers SAI, Koedam TWA, Giannakopoulos GF, Vandewalle E, Erwteman M, Zuideman WP. Definition of hemodynamic stability in blunt trauma patients: a systematic review and assessment amongst Dutch trauma team members. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2017;43:823–33. <https://doi.org/10.1007/s00068-016-0744-8>.
- [28] van Wijk M. *Arbeidsmarktprofiel van zorg en welzijn 2020*.

Appendix 1 Pre-fracture Mobility score ((P)FMS) [24]

Gescoorde mobiliteit volgens (Pre-)fracture Mobility score (getal dat erbij komt = score)

0 - Onbekend

1 - Mobiel zonder hulpmiddelen (en zonder assistentie)

2 - Mobiel buiten met één hulpmiddel (en zonder assistentie)

3 - Buiten mobiel met twee hulpmiddelen of frame (bijv. rollator) (en zonder assistentie)

4 - Mobiel binnenshuis, maar nooit naar buiten zonder hulp

5 - Geen functionele mobiliteit (gebruikmakend van onderste extremiteit)

Appendix 2 KATZ-6-ADL [24]

Hulp nodig bij de volgende activiteiten? Antwoord: ja, wordt 1 punt gescoord, antwoord: nee, 0 punten

- 1 - Heeft u hulp nodig bij baden of douchen?
- 2 - Heeft u hulp nodig bij het aankleden?
- 3 - Heeft u hulp nodig bij het naar het toilet gaan?
- 4 - Maakt u gebruik van incontinentiemateriaal?
- 5 - Heeft u hulp nodig bij een transfer van bed naar stoel?
- 6 - Heeft u hulp nodig bij het eten?

Appendix 3 Functional Ambulation Categories (FAC)-score [24]

6-puntsschaal (0-5 punten)

Score	Categorie	Criterium
FAC 0	Niet of niet functioneel	De patiënt kan niet lopen of heeft hierbij hulp nodig van twee of meer personen.
FAC 1	Afhankelijk (niveau 2)	De patiënt heeft continu stevige ondersteuning nodig van een persoon om het gewicht te dragen en de balans te houden.
FAC 2	Afhankelijk (niveau 2)	De patiënt heeft voortdurend of met tussenpozen hulp nodig bij het bewaren van de balans of de coördinatie.
FAC 3	Supervisie	De patiënt heeft voor de veiligheid supervisie nodig van een persoon en behoefte hooguit verbale begeleiding tijdens het lopen. De patiënt heeft echter geen fysiek contact nodig om te kunnen lopen.
FAC 4	Onafhankelijk beperkt	De patiënt kan zelfstandig lopen op een vlakke ondergrond, maar kan niet veilig traplopen, hellingen nemen of op oneffen ondergronden lopen.
FAC 5	Onafhankelijk onbeperkt	De patiënt kan zelfstandig lopen op een vlakke ondergrond, op oneffen ondergrond, op hellingen en kan traplopen.

Wanneer de patiënt een loophulpmiddel gebruikt, moet dit apart vermeld worden (bijvoorbeeld een rollator, elleboogkrukken, vierpoot of wandelstok)

Wanneer de patiënt in een loopbrug loopt, wordt een 0 gescoord.

1. Introductie

- **Bedanken + voorstellen**

- **Doel interview:** Het doel van dit onderzoek is om de definitie van korte termijn herstel van ouderen na een heupfractuur operatie te achterhalen volgens zorgprofessionals in het Centrum voor Geriatrische Traumatologie. Onder korte termijn herstel wordt het herstel in de acute fase (ziekenhuis fase) verstaan. Door het achterhalen van de definitie van korte termijn herstel bij ouderen (70+) na een heupfractuur operatie kunnen zorgprofessionals zien wanneer een patiënt achterloopt in herstel en hierop behandelingen aanpassen per persoon. Het uiteindelijke doel is om de zorg rondom oudere patiënten met een heupfractuur meer persoonsgericht te maken.

Op dit moment is niet duidelijk wat de definitie van korte termijn herstel bij ouderen na een heupfractuur operatie is en zijn de meningen van zorgprofessionals hierover verdeeld. Ik wil u daarom vragen om mee te doen aan het onderzoek, om beter inzicht te krijgen in wat korte termijn herstel inhoudt volgens zorgprofessionals, welke aspecten hierbij het meest relevant zijn en welke mate hiervan als hersteld gezien kan worden.

- **Duur:** Het interview gaat ongeveer 30 minuten duren.
- **Anonimiseren:** Geen namen in publicaties. Gegevens 15 jaar bewaard op beveiligde server ZGT.
- **Terugtrekken:** Aangeven dat respondenten zich op ieder moment terug kunnen trekken uit het onderzoek, zonder verdere consequenties. Gegevens worden dan niet verder verwerkt in thesis.
- **Toestemming:** opname interview.
- **Informed consent ondertekenen:** informatiebrief + toestemmingsbrief meegeven aan respondent. Zelf een kopie van toestemmingsbrief bewaren.
- **Procedure:** Er worden straks een aantal vragen aan u gesteld die van toepassing zijn op wat herstel in de acute fase is. Antwoordt u zo uitgebreid mogelijk, er is geen goed of fout antwoord. Ik ben vooral benieuwd naar uw visies en meningen. Wanneer er onduidelijkheden zijn kunt u altijd verduidelijking aan mij vragen. Ik ga straks eerst beginnen met een aantal demografische gegevens, om een beeld te krijgen van de uiteindelijke onderzoekspopulatie.
- **Starten opname**

2. Demografische gegevens

- Wat is uw leeftijd?
- Welke functie heeft u binnen het Centrum voor Geriatrische Traumatologie in ZGT?
- Hoe lang bent u al werkzaam met patiënten met een heupfractuur?

3. Interviewvragen

- **Doorvragen:**

- *Kunt u dat toelichten?*
- *Wat bedoelt u precies met ...?*
- *Kunt u daar voorbeelden bij geven?*

- Kunt u mij vertellen wat u verstaat onder herstel van een heupfractuur in de acute fase?
- Welke aspecten vindt u hierbij relevant?
- Per aspect:
- Hoe belangrijk vindt u dit aspect, met een cijfer van 1 tot 10
 - Waarom vindt u dit aspect (niet) belangrijk?
 - Welk niveau van dit aspect vindt u hersteld?

- Kan dit niveau per patiënt verschillen?
- Waarvan is dit verschil afhankelijk?
- (Wanneer iemand niet met aspect komt → mobilisatie, ADL-zelfstandigheid)
- Hoe wordt korte termijn herstel van een heupfractuur nu beoordeeld in ZGT?
- Hoe ervaart u de huidige klinimetrische testen binnen ZGT? (FMS, FAC, KADZ-6-ADL)
- In hoeverre vindt u het van belang in welke mate een patiënt zelf vindt dat hij of zij hersteld is?
- Casussen
 - Casus 1

Henk is een man van 80 jaar. Voor zijn heupfractuur had hij een Pre-fracture mobility Score (FMS) van 3, hij liep namelijk met een rollator. Hij kon nog zelfstandig van zijn bed naar een stoel komen, zelf eten, zelf naar de wc gaan, zelf aankleden en maakte geen gebruik van incontinentiemateriaal. Wel had hij hulp nodig bij baden of douchen.

Voor ontslag had Henk een Pre-fracture mobility Score (FMS) van weer 3. Echter kon hij niet meer zelfstandig naar de wc en zelf aankleden.
 - Casus 2

Marietje en Jan zijn beide 85 jaar oud en hebben voor ontslag beide een FAC-score van 4. Marietje had voor opname ook een FAC van 4. Jan had voor opname een FAC van 5. Marietje moet na haar ziekenhuisperiode revalideren in een verpleeghuis en Jan kan naar zijn aangepaste huis.
 - Casus 3

Wilma is 90 jaar oud en Herman is 70 jaar oud. Beide hebben ze een FMS-score van 3 (zelfstandig met rollator) bij ontslag. Echter ligt Wilma 5 dagen in het ziekenhuis en Herman 3 dagen.
- **Bedanken:** benadrukken hoe waardevol de deelname is voor onderzoek.
- **Vragen:** Heeft u nog onduidelijkheden of dingen/toevoegingen die u kwijt wilt over het onderzoek? Als u alsnog iets te binnen schiet of u heeft een vraag, kunt u mij altijd bereiken op: a.b.wegman@student.utwente.nl.
- **Aangeven vervolg:** interview wordt getranscribeerd en geanalyseerd. Aangeven dat alleen bruikbare gegevens gebruikt worden.
- **Mag ik u benaderen als ik vragen heb bij de analyse?**
- **Transcript controleren:** vragen of respondent transcript wil controleren.
- **Eindverslag lezen:** vragen of respondent eindverslag wil lezen.

Informatieblad voor onderzoek ‘Korte termijn herstel bij ouderen na een heupfractuuroperatie’

Doel van het onderzoek

Dit onderzoek wordt geleid door Alyssa Wegman, derdejaars student van de bachelor Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Het doel van dit onderzoek is om de definitie van korte termijn herstel van ouderen na een heupfractuuroperatie te achterhalen volgens zorgprofessionals in het Centrum voor Geriatrische Traumatologie in ZGT Almelo. Onder korte termijn herstel wordt het herstel in de acute fase (ziekenhuis fase) verstaan. Door het achterhalen van de definitie van korte termijn herstel bij ouderen (70+) na een heupfractuuroperatie kunnen zorgprofessionals zien wanneer een patiënt achterloopt in herstel en hierop behandelingen aanpassen per persoon. Het uiteindelijke doel is om de zorg rondom oudere patiënten met een heupfractuur meer persoonsgericht te maken.

Op dit moment is niet duidelijk wat de definitie van korte termijn herstel bij ouderen na een heupfractuuroperatie is en zijn de meningen van zorgprofessionals hierover verdeeld. Ik wil u daarom vragen om mee te doen aan het onderzoek, om beter inzicht te krijgen in wat korte termijn herstel inhoudt volgens zorgprofessionals, welke aspecten hierbij het meest relevant zijn en welke mate hiervan als hersteld gezien kan worden. De gegevens voorkomend uit dit onderzoek zullen gebruikt worden voor een bachelor thesis.

Hoe gaan we te werk?

U neemt deel aan een onderzoek waarbij we informatie zullen vergaren door u te interviewen en uw antwoorden op te nemen via een audio-opname. Er zal ook een transcript worden uitgewerkt van het interview. Ik begin het onderzoek met een introductie over het onderzoek en over het interview. Hierna vraag ik een aantal demografische gegevens uit, namelijk leeftijd, functie en jaren werkzaam met patiënten met een heupfractuur. U krijgt daarna een aantal vragen die betrekking hebben op uw visie op de definitie van herstel in de acute fase na een heupfractuuroperatie. Tijdens het interview kunnen extra vragen gesteld worden ter verduidelijking. Als laatste leg ik u casussen voor. Op het einde wordt het interview afgesloten en wordt aan u uitgelegd wat de vervolgstappen zijn. Het is de bedoeling dat u zo uitgebreid mogelijk antwoord geeft, er is geen goed of fout antwoord. Het interview zal ongeveer 30 minuten duren.

Uitsluitend ten behoeve van het onderzoek zullen de verzamelde onderzoeksgegevens worden gedeeld met het ZGT te Almelo.

Potentiële risico's en ongemakken

Er zijn geen risico's verbonden aan uw deelname aan dit onderzoek. U hoeft geen vragen te beantwoorden die u niet wilt beantwoorden. Uw deelname is vrijwillig en u kunt uw deelname op elk gewenst moment stoppen zonder verdere consequenties.

Vergoeding

U ontvangt voor deelname aan dit onderzoek geen vergoeding.

Vertrouwelijkheid van gegevens

Ik doe er alles aan uw privacy zo goed mogelijk te beschermen. Er wordt op geen enkele wijze vertrouwelijke informatie of persoonsgegevens van of over u naar buiten gebracht, waardoor iemand u zal kunnen herkennen. Uw gegeven antwoorden worden geanonimiseerd waardoor de antwoorden niet naar u te herleiden zijn. Verder zal uw identiteit in geen enkele publicatie voorkomend uit dit interview genoemd worden. De verzamelde gegevens worden opgeslagen op een beveiligde server van Ziekenhuisgroep Twente.

De onderzoeksgegevens worden bewaard voor een periode van 15 jaar. Uiterlijk na het verstrijken van deze termijn zullen de gegevens worden verwijderd.

De onderzoeksgegevens worden indien nodig (bijvoorbeeld voor een controle op wetenschappelijke integriteit) en alleen in anonieme vorm ter beschikking gesteld aan personen buiten de onderzoeksgroep.

Tot slot is dit onderzoek beoordeeld en goedgekeurd door de ethische commissie van de faculteit BMS (domain Humanities & Social Sciences).

Vrijwilligheid

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. U kunt als deelnemer uw medewerking aan het onderzoek te allen tijde stoppen, of weigeren dat uw gegevens voor het onderzoek mogen worden gebruikt, zonder opgaaf van redenen. Het stopzetten van deelname heeft geen nadelige gevolgen.

Als u tijdens het onderzoek besluit om uw medewerking te staken, zullen de gegevens die verzameld zijn tijdens het interview, niet verder gebruikt worden in het onderzoek.

Wilt u stoppen met het onderzoek, of heeft u vragen en/of klachten? Neem dan contact op met de onderzoeksleider;

Alyssa Wegman

a.b.wegman@student.utwente.nl

06-42212169

Voor bezwaren met betrekking tot de opzet en of uitvoering van het onderzoek kunt u zich ook wenden tot de Secretaris van de Ethische Commissie/ domein Humanities & Social Sciences van de faculteit Behavioural, Management and Social Sciences op de Universiteit Twente via ethicscommittee-hss@utwente.nl. Dit onderzoek wordt uitgevoerd vanuit de Universiteit Twente, faculteit Behavioural, Management and Social Sciences. Indien u specifieke vragen hebt over de omgang met persoonsgegevens kun u deze ook richten aan de Functionaris Gegevensbescherming van de UT door een mail te sturen naar dpo@utwente.nl.

Tot slot heeft u het recht een verzoek tot inzage, wijziging, verwijdering of aanpassing van uw gegevens te doen bij de Onderzoeksleider.

Door dit toestemmingsformulier te ondertekenen erken ik het volgende:

1. Ik ben voldoende geïnformeerd over het onderzoek door middel van een separaat informatieblad. Ik heb het informatieblad gelezen en heb daarna de mogelijkheid gehad vragen te kunnen stellen. Deze vragen zijn voldoende beantwoord.

2. Ik neem vrijwillig deel aan dit onderzoek. Er is geen expliciete of impliciete dwang voor mij om aan dit onderzoek deel te nemen. Het is mij duidelijk dat ik deelname aan het onderzoek op elk moment, zonder opgave van redenen, kan beëindigen. Ik hoef een vraag niet te beantwoorden als ik dat niet wil.

Naast het bovenstaande is het hieronder mogelijk voor verschillende onderdelen van het onderzoek specifiek toestemming te geven. U kunt er per onderdeel voor kiezen wel of geen toestemming te geven. Indien u voor alles toestemming wil geven, is dat mogelijk via de aanvinkbox onderaan de stellingen.

	JA	NEE
3. Ik geef toestemming om de gegevens die gedurende het onderzoek bij mij worden verzameld te verwerken zoals is opgenomen in het bijgevoegde informatieblad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik geef toestemming om tijdens het interview opnames (geluid) te maken en mijn antwoorden uit te werken in een transcript.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ik geef toestemming om mijn antwoorden te gebruiken voor quotes in de onderzoekspublicaties.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ik geef toestemming om de bij mij verzamelde onderzoeksdata te bewaren en te gebruiken voor toekomstig onderzoek en voor onderwijsdoeleinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik geef toestemming voor alles dat hierboven beschreven staat.	<input type="checkbox"/>	

Naam Deelnemer:

Naam Onderzoeker:

Handtekening:

Handtekening:

Datum:

Datum:

Appendix 6 Codering
Zorgprofessional 1

Fragment	Code	Categorie	Hoofdcategorie	Toelichting
Goed onderzocht is of iemand last heeft van nabloedingen	Nabloedingen	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Nabloedingen zijn complicaties
Dat er geen koorts is ontstaan	Koorts	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Koorts is een complicatie
De patiënt ook de tijd heeft gegeven, zeg maar: om geen complicaties te ontwikkelen	Geen complicaties	Complicaties	Niveau herstel	Geen complicaties hoort bij complicaties
Dat het hb is stabiel	Hemoglobine-gehalte	Vitale functies	Aspecten korte termijn herstel	Hb is een vitale functie
Het crp niet in één keer verhoogd is bijvoorbeeld	Ontstekingen	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	CRP in het bloed kan duiden op een ontsteking, dus een complicatie
Dat er geen nabloedingen zijn	Nabloedingen	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Nabloedingen zijn complicaties
Iemand hoeft niet bijvoorbeeld in één keer weer volledig mobiel te zijn	Niet volledig mobiel	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit/mobilisatie kwam veel voor als code, dus heb ervoor gekozen hier een categorie van te maken
Dat kan ook wel op een vervolgplekje. Dat is niet per se de acute fase.	Niet volledig mobiel	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit/mobilisatie kwam veel voor als code, dus heb ervoor gekozen hier een categorie van te maken
Dat iemand veilig naar een vervolgplekje gaat	Veilig voor vervolgplekje	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Met complicaties is het niet veilig om naar vervolgplek te gaan
		Vitale functies	Aspecten korte termijn herstel	Wanneer vitale functies niet stabiel zijn is het niet veilig om naar vervolgplek te gaan
Dat iemand geen koorts heeft	Geen koorts	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Koorts is een complicatie
Ja, dat iemand niet ziek naar een vervolgplekje gaat	Ziek	Vitale functies	Aspecten korte termijn herstel	Als alle vitale functies stabiel zijn en er geen complicaties zijn, is een patiënt niet ziek
		Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Als alle vitale functies stabiel zijn en er geen complicaties zijn, is een patiënt niet ziek

Dat verschilt inderdaad ook wel weer, want dan krijg je dementerende patiënten en ja, die heb je het liefst zo snel mogelijk weer naar een eigen plekje	Dementie			
		Persoonsgebonden aspecten	Niveau herstel	Dementie is een persoonsgebonden aspect
		Ligduur	Aspecten korte termijn herstel	Dementie kan invloed hebben op de ligduur
Dat is ook wel weer heel erg op de patiënt gericht natuurlijk dat verschilt wel van persoon	Persoonsafhankelijk doel	Persoonsgebonden aspecten	Niveau herstel	Doelen worden gekoppeld aan specifieke patiënten
		Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Hoe een patiënt voor de operatie functioneerde wordt meegenomen in het gestelde doel
Wil je toch wel dat ze redelijk veilig naar een GRZ-plekje gaan of weer naar huis. Dus dat dat kan.	Revalidatieplek Thuis	Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	Wanneer een patiënt naar vervolgplek kan, wordt de patiënt als hersteld gezien
Ja, met visites denk ik, ja, ik denk toch ja, hoe de patiënt het klinisch doet	Klinisch beeld met visites	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Met visites wordt beoordeeld hoe een patiënt hersteld
Dat iemand dus niet te ziek is, bijvoorbeeld om ergens heen te gaan,	Ziek	Vitale functies	Aspecten korte termijn herstel	Als alle vitale functies stabiel zijn en er geen complicaties zijn, is een patiënt niet ziek
		Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Als alle vitale functies stabiel zijn en er geen complicaties zijn, is een patiënt niet ziek
Om te voorkomen dat iemand delirant wordt hier	Delirant	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Een delier is een complicatie
Iemand is op zijn eigen plek natuurlijk wel het beste af.	Thuis	Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	Thuis valt onder ontslagbestemming
Meestal vragen we al op de eerste dag al wel een revalidatie plekje aan voor de patiënt, vooral de oudere patiënten	Revalidatieplek	Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	Revalidatieplek valt onder ontslagbestemming

Maar dat is ook een beetje afhankelijk van hoe de patiënt het hier doet, of hij veilig genoeg naar huis kan bijvoorbeeld	Veilig naar huis	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Met complicaties is het niet veilig om naar vervolgplek te gaan
		Vitale functies	Aspecten korte termijn herstel	Wanneer vitale functies niet stabiel zijn is het niet veilig om naar vervolgplek te gaan
Ja qua mobiliteit	Mobiliteit	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit/mobilisatie kwam veel voor als code, dus is ervoor gekozen hier een categorie van te maken
Dat iemand in ieder geval zelfs zelfstandig naar het toilet kan, zelfstandig in en uit bed kan komen	Toiletgang In en uit bed	Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	Zelfstandig naar het toilet en uit bed heeft betrekking op zelfstandigheid van de patiënt
Ik ben er niet zo heel erg mee bezig	Klinimetrische testen	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Klinimetrische testen horen bij het beoordelen van herstel
Ja, er komt een score uit, maar het is niet dat ik daar nou heel erg een interpretatie uitmaak	Interpretatie scores	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	De scores van klinimetrische testen horen bij het beoordelen van herstel
Wel als iemand bijvoorbeeld vanuit huis al zelfstandig was, betekent dat natuurlijk wel iets voor een nazorg of ja, dat maakt het wel een beetje een verwachting van hoe iemand het gaat doen na een heup OK.	Pre-existent functioneren voorspeller	Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Pre-existent functioneren kan een voorspeller zijn voor herstel
Het is hier standaard dat iemand een hogere KATZ-ADL score heeft na de opname.	Zelfstandigheid	Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	KATZ-ADL score is een score voor ADL-onafhankelijkheid/zelfstandigheid
Ik probeer patiënten altijd wel een beetje te motiveren, of ook ja, te zeggen dat	Motiveren patiënten	Houding zorgprofessionals	Aspecten korte termijn herstel	Motiveren van patiënten is een houding die door zorgprofessionals moet worden aangenomen

iemand het goed doet,				
Als ze al op de eerste dag bijvoorbeeld op de rand van het bed komen, uit bed komen.	Uit bed komen	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Uit bed komen is een vorm van mobiliteit
Ik probeer altijd wel een beetje een positieve draai aan te geven van nou ja, sommigen die kunnen dit nog helemaal niet op de eerste dag	Positieve draai herstel	Houding zorgprofessionals	Patiëntenperspectief	Een positieve draai geven aan herstel is een houding die zorgprofessionals moeten aannemen
Het is niet dat ik daar echt een score aangeef ofzo aan het einde van de opname.	Score beoordeling patiënt	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Er wordt geen score gegeven aan wat de patiënt zelf vindt, bij de beoordeling van herstel
Uiteindelijk, ja, tenzij iemand wilsonbekwaam is, een patiënt heeft nog altijd de beslissende factor.	Patiënt beslist	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	De patiënt beslist over zijn of haar herstel, dus hoe de patiënt over zijn of haar herstel denkt is van belang
Gesprek met familie vaak en transfer is er vaak wel bij betrokken, de arts komt wel meekijken, de fysio	Multidisciplinair gesprek	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Gesprekken tussen zorgprofessionals en familie hoort bij beoordeling van herstel
Of diegene veilig naar huis kan	Veilig naar huis	Vitale functies	Aspecten korte termijn herstel	Met complicaties is het niet veilig om naar vervolgplek te gaan
		Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Wanneer vitale functies niet stabiel zijn is het niet veilig om naar vervolgplek te gaan
Ja, niet volledig hersteld. Ja, hij kan niet zelf naar het toilet.	Toiletgang	Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	Zelfstandig naar het toilet gaan valt onder zelfstandigheid
Die patiënt kan niet zelfstandig zo naar huis op deze manier, tenzij zijn partner zegt bijvoorbeeld van	Niet zelfstandig naar huis	Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	Patiënt kan niet zelfstandig naar huis omdat hij nog veel niet zelfstandig kwam, dit valt onder zelfstandigheid

dat doe ik allemaal wel.		Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	
Hij kan wel zelfstandig lopen	Zelfstandig lopen	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit/mobilisatie kwam veel voor als code, dus is ervoor gekozen hier een categorie van te maken
Je kijkt altijd naar mogelijkheden, want soms hebben mensen bijvoorbeeld alleen maar de poststoel nodig, naast het bed of een urinaal aan het bed of zo.	Ontslagbestemming afhankelijk	Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	Bij het kijken naar waar de patiënt naartoe gaat na de ziekenhuisopname, moet gekeken worden naar de mogelijkheden binnen de ontslagbestemmingen
Ja, en is een wc beneden of is die boven	Ontslagbestemming afhankelijk	Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	Locatie van het toilet heeft te maken met hoe de ontslagbestemming eruitziet
Beide niet alleen de één is dan net op een bepaalde manier hersteld of ja achteruitgegaan eigenlijk waardoor die niet naar huis kan. Met de andere heeft juist weer een probleem, die wel thuis, ja, maar eigenlijk zijn ze allebei wel een score achteruitgegaan natuurlijk	Mobiliteit score	Mobiliteit	Niveau herstel	Mobiliteit score meet mobiliteit
Je verwacht dat Wilma het wat slechter doet na die tijd, omdat de kans op complicaties hoe langer je in het ziekenhuis ligt, groter zijn natuurlijk	Kans op complicaties	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Kans op complicaties valt onder complicaties
Ze kan bijvoorbeeld een longontsteking krijgen of zo.	Longontsteking	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Een longontsteking is een complicatie

Ja hoeft niet altijd, want je hebt ook hele vitale negentigjarigen en hele oude 70-jarigen, zeg maar dus wil niet altijd wat zeggen	Leeftijd patiënt	Persoonsgebond en aspecten	Niveau herstel	Leeftijd is een persoonsgebonden aspect
(Dan maakt ligduur niet per se veel uit?) Nee.	Ligduur niet relevant	Ligduur	Aspecten korte termijn herstel	Relevantie ligduur heeft betrekking op ligduur

Zorgprofessional 2

Fragment	Code	Categorie	Hoofdcategorie	Toelichting
Dat iemand FAC vier met loopmiddel loopt	FAC 4	Mobiliteit	Niveau herstel	Mobiliteit score meet mobiliteit
Dat iemand een transfer zelf zou kunnen maken	Transfer	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Transfer maken, betekent lopen naar iets toe, dus mobiliteit
Dat de pijn onder controle is. Maar goed dat is altijd een beetje lastig, wat is onder controle.	Pijn onder controle	Pijn	Niveau herstel	Pijn kwam veel voor als code, dus is een aparte categorie van gemaakt
FAC vind ik heel relevant, dus dan zou ik denk ik wel, als ik daar op moet scoren, zou ik dat wel tien vinden	FAC	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit score meet mobiliteit
Is even relevant ja, als dat zelfstandig kan	Mobiliteit	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit/mobilisatie kwam veel voor als code, dus heb ervoor gekozen hier een categorie van te maken
Dat vind ik wat minder relevant. Ik bedoel, want daar kan je nog steeds door functioneren.	Pijn	Pijn	Aspecten korte termijn herstel	Pijn kwam veel voor als code, dus is een aparte categorie van gemaakt
Maar ik vind de mate van zelfstandigheid vind ik belangrijkst.	ADL-taken	Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	Zelfstandigheid kwam vaker voor als code, vandaar dat er gekozen is om er een categorie van te maken
Maar of ze dat bereiken, is nog maar de vraag altijd. Want het merendeel van onze mensen gaat natuurlijk revalideren.	Doelstelling acute fase	Mobiliteit	Niveau herstel	Doelstelling qua mobiliteit kan niet altijd behaald worden
Als iemand voor die tijd al bijna niet mobiliseert,	Pre-existent functioneren mobilisatie	Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Haalbaarheid mobiliteit is afhankelijk van

dan wordt het een ander verhaal, dan ga ik niet FAC vier als doel stellen				pre-existent functioneren
		Mobiliteit		Mobiliteit/mobilisatie kwam veel voor als code, dus is ervoor gekozen hier een categorie van te maken
Want ze worden niet beter van die operatie. Het is niet zo dat ze nu in één keer meer kunnen dan voor die tijd.	Doel afhankelijk pre-existent functioneren	Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Doelen worden gekoppeld aan pre-existent functioneren
Ja het pre-existent functioneren van die patiënt is belangrijk. Daar stel je, denk ik, je doel aan.	Pre-existent functioneren doel	Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Doelen worden gekoppeld aan pre-existent functioneren
FAC vier, denk ik: ja, ja.	Mobiliteit score	Mobiliteit	Niveau herstel	Mobiliteit score meet mobiliteit
		Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Met mobiliteit score kan herstel beoordeeld worden
Kijk, wat wij nu doen, is de mensen zo optimaal mogelijk de deur uit krijgen.	Optimaal de deur uit	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Bij beoordeling wil je dat een patiënt zo optimaal mogelijk de deur uit gaat
Ja daar kun je je mee scoren. Maar goed, kijk of dan vier altijd goed is, dat weet ik niet.	Mobiliteit score	Mobiliteit	Beoordeling herstel	Mobiliteit score meet mobiliteit
Ja per patiënt verschillend	Persoonsafhankelijk	Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Herstel verschilt per patiënt op basis van het pre-existent functioneren
En nprs zijn we nu uit aan het vragen	Pijn score	Pijn	Niveau herstel	Pijn score meet pijn
En hoe de transfers verlopen.	Transfer	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Transfer maken, betekent lopen naar iets toe, dus mobiliteit
Het gaat erom of je daarna de volgende dag bijvoorbeeld als	Significant verschil pijn	Pijn	Niveau herstel	Verskil in pijn zegt iets over herstel bij het aspect pijn

je zes aangegeven hebt, daarna vier aangeeft dat is dan een significant verschil. En als ik een acht en daarna een vier van mij is dat significant verschil dan groter. Ja, dus je vergelijkt met elkaar				
En eigenlijk zou je de vas moeten gebruiken, is met dat schuifje eigenlijk. Patiënten weten bij de nprs wat ze gezegd hebben en bij de vas zetten ze dat schuifje neer van heel veel pijn en dat is dan van heel moeilijk kijken naar lachen. En dan dat schuifje bepaald of het een vijf komma zes is of een 7 komma drie. En dan weet de patiënt niet dat hij vijf heeft gezegd.	Beperkingen pijn score	Pijn	Niveau herstel	VAS score en nprs score zijn beide scores voor pijn, met hun eigen beperkingen
Nee want met oudere mensen wordt dat een beetje lastig. Doe maar een beetje in het midden.	VAS score	Pijn	Niveau herstel	VAS-score is een score voor pijn
KATZ-ADL doe ik wel als mensen na drie maanden terugkomen, maar dat doen we eigenlijk zelf. Hier doen we er eigenlijk niks mee.	ADL-taken	Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	ADL hoort bij zelfstandigheid
		Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Met de KATZ-ADL kan herstel worden beoordeeld
De FAC gebruik ik wel, de FMS, wat is dat ook	Klinimetrische testen	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Met klinimetrische testen kan herstel gemeten worden

alweer. Ohja de fracture mobility score?				
Die komt wel een keer bijvoorbeeld naar voren denk ik als ze op het revalidatiecentrum zitten, maar voor nu is dat niet relevant.	Wandeltest niet relevant	Mobiliteit	Beoordeling herstel	Een wandeltest is een maatstaf voor mobiliteit
Ik denk dat je meer op functioneel of adl niveau de mensen hier aan het revalideren bent en aan het informeren bent.	Informeren en revalideren zelfstandigheid	Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	Informeren en revalideren over zelfstandigheid valt onder zelfstandigheid
Vertrouwen geven, angsten wegnemen vertellen dit kan, buiten het feit dat je ook iets doet, denk ik.	Ondersteuning patiënt	Houding zorgprofessionals		Patiënten ondersteunen valt onder de houding van zorgprofessionals
De patiënt heeft altijd het idee van ik loop altijd achter de feiten aan. Het gaat de patiënt nooit snel genoeg zeg maar.	Patiënt nooit tevreden	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Een patiënt is nooit tevreden, dat is hoe de patiënt naar zijn of haar herstel kijkt en is dus het patiëntenperspectief
Als de patiënt zegt dat hij hersteld is, ja, dan zijn wij denk ik misschien al snel tevreden, als dat veilig en vertrouwd is	Invloed patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Hoe de patiënt zelf vindt dat hij of zij hersteld is valt onder patiëntenperspectief
		Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Patiëntenperspectief wordt meegenomen in beoordeling herstel
Nee, en wat dan ook wel heel belangrijk is tijdens de controle is dat je het verwachtingspatroon een beetje bijstelt.	Bijstellen verwachtingspatroon	Houding zorgprofessionals		Zorgprofessionals moeten een houding aannemen waarbij ze het verwachtingspatroon van de patiënt bijstellen

Zelfstandig kunnen mobiliseren, nog lichte hulp nodig, maar wel eigenlijk aardig zelfstandig al.	Zelfstandig lopen	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Lopen valt onder mobilisatie
Ja ik denk dat Marietje beter hersteld is, want die functioneert nagenoeg op niveau van voor het trauma	Niveau mobiliteit	Mobiliteit	Niveau herstel	Niveau van mobiliteit zegt iets over de mobiliteit
Mag je ook zeggen dat je denkt dat het een beetje hetzelfde is? Ik denk dat ze beide hetzelfde herstel hebben op korte termijn.	Ligduur	Ligduur	Aspecten korte termijn herstel	Categorie hetzelfde als code
Ik vind het wel lastig wat je met korte termijn bedoelt, kijk ik denk dat je een korte termijn doel plakt aan een patiënt.	Doelen persoonsafhankelijk	Persoonsgebonden aspecten	Niveau herstel	Doelen worden gekoppeld aan persoonsgebonden aspecten
		Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Doelen zijn afhankelijk van het pre-existent functioneren
Pre-existent functioneren en daarna, dat is je doel	Pre-existent functioneren doel	Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Doelen zijn afhankelijk van het pre-existent functioneren
Dus dan gaat hem dat ook niet worden. Ik denk dat het wel afhankelijk is van hoe iemand voor die tijd functioneerde, wat je kan verwachten in herstel.	Pre-existent functioneren	Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Categorie hetzelfde als code
Ja, zo snel mogelijk weer naar hun eigen situatie gaan. Wat is ons doel dan? We doen eigenlijk niks, we zorgen alleen dat ze zo snel	Dementie			
		Persoonsgebonden aspecten	Niveau herstel	Dementie is een persoonsgebonden aspect

mogelijk terug kunnen gaan.				
Merendeel van de mensen is wel FAC vier met rollator na vijf dagen, transfers enigszins zelfstandig en dan maakt het ook nog uit welke ingreep	Niveau ontslag	Mobiliteit	Niveau herstel	Niveau van mobiliteit bij ontslag zegt iets over mobiliteit
Kijk, want een kop-hals prothese is vaak minder pijnlijk dan een PFNa want bij een KHP is er geen breuk meer die moet genezen. DHS is vaak ook pijnlijker dan een kop-hals prothese omdat bij een DHS ook nog een breuk is die moet genezen. Bij een KHP wordt de kop vervangen door een prothese. De fractuur is dan niet meer aanwezig	Soort ingreep	Ingreep	Aspecten korte termijn herstel	Categorie hetzelfde als code
Is het belast of onbelast.	Soort ingreep	Ingreep	Aspecten korte termijn herstel	Categorie hetzelfde als code

Zorgprofessional 3

Fragment	Code	Categorie	Hoofdcategorie	Toelichting
Dat een patiënt ziek wordt, zeg maar	Ziek	Vitale functies	Aspecten korte termijn herstel	Wanneer vitale functies stabiel zijn en er geen complicaties zijn, is een patiënt niet ziek
		Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Wanneer vitale functies stabiel zijn en er geen complicaties zijn, is een patiënt niet ziek
Een longontsteking krijgt, of een blaasontsteking of een wondinfectie.	Ontstekingen en infecties	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Ontstekingen en infecties zijn complicaties
Er staat vijf dagen voor, dat het die vijf dagen is, en dat ze dan weggaan.	Ligduur 5 dagen	Ligduur	Aspecten korte termijn herstel	Categorie hetzelfde als code
Nou, dat de patiënt zo snel mogelijk weer zijn eigen omgeving gaat of naar een vervolgplekje	Thuis Revalidatieplek	Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	Snel retour naar ontslagbestemming heeft betrekking op ontslagbestemming
Dat de patiënt gewoon in een gezonde toestand, voor zover dat kan natuurlijk weer weggaat.	Niet ziek	Vitale functies	Niveau herstel	Een gezonde toestand houdt in dat een patiënt niet ziek is en dat dus vitale functies stabiel zijn en er geen complicaties zijn
		Complicaties	Niveau herstel	Een gezonde toestand houdt in dat een patiënt niet ziek is en dat dus vitale functies stabiel zijn en er geen complicaties zijn
Nou dat ze geen complicaties hier verder oplopen. Dus	Geen complicaties	Complicaties	Niveau herstel	Geen complicaties valt onder complicaties

dat ze zo snel mogelijk weer naar hun normale leven kunnen gaan.				
Nee mobilisatie is heel belangrijk.	Mobilisatie	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit/mobilisatie kwam veel voor als code, dus heb ervoor gekozen hier een categorie van te maken
Mensen hebben heel vaak zoets van in het ziekenhuis dan ben je ziek en dan moet je in bed blijven liggen, terwijl juist als je uit bed gaat, gaat het herstel veel beter, veel sneller.	Denkpatroon patiënten Uit bed komen	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Denkpatroon valt onder het perspectief van patiënten
		Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Patiënten hebben een bepaalde manier van denken ten opzichte van mobiliteit
Minder complicaties.	Mobilisatie	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit zorgt voor minder complicaties
Ja, sommige mensen, die hebben al thuiszorg of die komen uit het verpleeghuis, maar ja, dat is wel belangrijk, dat ze dat in zover mogelijk wel weer zelf kunnen.	Zelfstandigheid	Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	Zelfstandigheid kwam vaker voor als code, vandaar dat ervoor gekozen is om er een categorie van te maken
Ja, dat ze wel gedeeltelijk weer op de been zijn en zich kunnen wassen, zeg maar, zelf naar de wc kunnen lopen.	Niveau zelfstandigheid ontslag	Zelfstandigheid	Niveau herstel	Niveau zelfstandigheid zegt iets over zelfstandigheid
Als mensen geen complicaties hebben, en zich goed	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Categorie hetzelfde als code

voelen, controles zijn verder goed, de wond ziet er goed uit, dan kunnen ze weg.				
Ja, zoals ze ook voor opname waren.	Goed voelen	Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Met goed voelen wordt bedoeld hoe de patiënt zich voelde voor opname, dus het pre-existent functioneren
We scoren altijd bij het begin van de opname de patiënt en na afloop als de patiënt met ontslag gaat.	Mobiliteit score	Mobiliteit	Niveau herstel	Mobiliteit score meet mobiliteit
(Ja, dus dat verschilt ook per patiënt, wat u dan goed genoeg vindt?) Ja klopt.	Score persoonsafhankelijk	Persoonsgebonden aspecten	Niveau herstel	Score afhankelijk van persoonsgebonden aspecten
		Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Score afhankelijk van pre-existent functioneren
Ik vind het wel belangrijk, als een patiënt aangeeft van: ja, ik heb nog heel veel pijn of ik heb nog klachten. Dan ja, dan is het wel zo fijn dat de patiënt zonder klachten weg kan gaan, of in ieder geval met klachten die voor de patiënt redelijk acceptabel is.	Klachten	Pijn	Aspecten korte termijn herstel	Een aspect van klachten is pijn
		Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Een aspect van klachten is complicaties
		Vitale functies	Aspecten korte termijn herstel	Een aspect van klachten is vitale functies
(Op het gebied van pijn?) Ja, bijvoorbeeld.	Pijn	Pijn	Aspecten korte termijn herstel	Pijn kwam veel voor als code, dus is een aparte categorie van gemaakt
Eh ja, dat ligt eraan. Wat hij	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Patiënteperspectief	Categorie hetzelfde als code

zelf daar ook van vindt, vind ik dan.				
Vooral de toiletgang is natuurlijk heel belangrijk, want in principe, als je niet zelfstandig naar het toilet kan, kun je ook niet naar huis. Dan moet je echt naar een revalidatieplek je totdat je zelf naar het toilet kan lopen.	Toiletgang Ontslagbestemming afhankelijk	Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	Zelfstandig naar het toilet kunnen valt onder zelfstandigheid
		Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	Wanneer een patiënt niet zelfstandig naar het toilet kan, kan diegene ook niet naar huis. Het heeft dus betrekking op de ontslagbestemming
Ja, in principe dan Marietje omdat zij hetzelfde blijft.	Mobiliteit	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit/mobilisatie kwam veel voor als code, dus hiervoor gekozen hier een categorie van te maken
Nee, ik denk dat het vooral voor hemzelf vervelend is. Dat het wat minder gaat, daar zal hij vooral zelf last van hebben.	Last voor patiënt	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Patiënten hebben zelf ergens last van, dit valt onder patiëntenperspectief
Ja, dat vind ik wel dat Herman sneller of beter hersteld is zeg maar.	Ligduur	Ligduur	Aspecten korte termijn herstel	Categorie hetzelfde als code
Ja, dus mensen ervaren dat natuurlijk ook heel verschillend in pijn.	Pijn	Pijn	Aspecten korte termijn herstel	Pijn kwam veel voor als code, dus is een aparte categorie van gemaakt
Pijn is wel heel belangrijk. Pijn moet je ook altijd serieus nemen.	Belang pijn	Pijn	Aspecten korte termijn herstel	Pijn kwam veel voor als code, dus is een aparte categorie van gemaakt

Dus ja, mensen kunnen dat wel zelf moeilijk via een score aangegeven.	Pijn score	Pijn	Niveau herstel	Pijn score meet pijn
Ja precies.	Verschil in pijn score	Pijn	Niveau herstel	Pijn score meet pijn

Zorgprofessional 4

Fragment	Code	Categorie	Hoofdcategorie	Toelichting
Nou voor mij houdt dat in eerste instantie in dat je post-operatief weer goed stabiel bent, dus je bent volledig hemodynamisch stabiel, vitale functies zijn eigenlijk allemaal goed. Dat je daarin zeg maar herstellende bent	Ademhalingsfrequentie Bloeddruk Bewustzijn	Vitale functies	Niveau herstel	Vitale functies moeten stabiel zijn, dit valt onder de categorie vitale functies
Fysiek in staat bent om weer wat te kunnen doen en of dat dan helemaal zelfstandig is, of dat dat nog met hulp is, of dat dat deels zelfstandig is en dat betreft voor mij eigenlijk al vanaf zelfverzorging dus al iets zelf wassen of zelfstandig eten en drinken.	Wassen Eten en drinken	Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	Patiënten moeten deels zelfstandig kunnen wassen en eten en drinken, dit valt onder zelfstandigheid
Ook alweer zelfstandig transfers maken. Loopvaardigheid opbouwen	Transfers Loopvaardigheid opbouwen	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Transfers en loopvaardigheid vallen onder mobiliteit
Eigenlijk al allerlei adl taken weer zelfstandig kunnen doen	ADL-taken	Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	Zelfstandigheid kwam vaker voor als code, vandaar dat ervoor gekozen is om er een categorie van te maken
En eigenlijk heb ik niet de	Delier	Complicatie	Aspecten korte termijn herstel	Delier is een complicatie

verwachting dat dat fysiek al zo is, maar ik vind eigenlijk wel dat, het is toch wel een redelijke voorwaarde, dat cognitief, zoals een delier al wel weer is, zoals het pre-existent was.				
Ik vind niet perse iets wel of niet acceptabel, want de ene patiënt na een heupfractuur herstelt op een zienlijk gemakkelijker dan een andere patiënt dat is ook totaal afhankelijk van iemands pre-existente voorgeschieden is. Maar dat is ook niet altijd precies een voorspellende factor voor goed of slecht herstel.	Fysiek functioneren afhankelijk pre-existent functioneren	Pre-existent functioneren	Niveau herstel	
Herstel dat is eigenlijk dat je medisch uitbehandeld bent hier.	Medisch uitbehandeld	Behandeling	Aspecten korte termijn herstel	Medisch uitbehandeld betekent dat er in het ziekenhuis geen behandeling meer nodig is
Doe maar eerst vitale functies en dat dat allemaal op orde is, anders, dan hoef ik nergens aan te beginnen als fysiotherapeut,	Stabiel	Vitale functies	Niveau herstel	Categorie hetzelfde als code
Op het moment dat iemand forse anemie	Annemie post-operatief	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Anemie (bloedarmoede) is een complicatie

heeft post-operatief, dan moet die patiënt eerste packed cells hebben om uiteindelijk wel goed te kunnen mobiliseren.				
Als iemand in een delier raakt na een operatie. Dan moet dat eerst wel een beetje verbleken voordat we soms wat aan mobilisatie momenten kunnen doen	Delier	Complicatie	Aspecten korte termijn herstel	Een delier is een complicatie
Maar de ene patiënt kan heel snel voor OK, de andere patiënt wacht toch al wel een dag of anderhalve dag. Ik denk dat dat ook verschil zou kunnen maken.	Wachttijd tot OK	Vitale functies	Aspecten korte termijn herstel	Wachttijd tot OK kan van invloed zijn op herstel in vitale functies
En ik denk dat het heel erg afhankelijk kan zijn van iemands eigen referentiekader .	Referentiekader patiënt	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Het referentiekader van een patiënt zegt iets over het perspectief van de patiënt
En ook wat hij of zij van huis uit hebt meegekregen daarin. Kijk, als er 's avonds een dochter op bezoek komt en die dochter zegt: doe maar hennig an, doe maar rustig aan, dan werkt dat niet in ons voordeel. En	Sociale omgeving patiënt	Omgeving patiënt	Patiëntenperspectief	Sociale omgeving hoort bij de omgeving van de patiënt

ohja je hebt wel een zware dag gehad of dat je mensen hebt die daarin toch wel somatiserend zijn				
We hebben wel afspraken, we hebben afspraken conform protocol.	Protocol acute fase	Behandeling	Aspecten korte termijn herstel	Protocol zegt iets over hoe de behandeling vanuit de fysiotherapie gedaan dient te worden
Dus eigenlijk elke zorgprofessional die heeft ook een bepaalde manier van denken ten aanzien van herstel en dat maakt het doordat, omdat je met allerlei mensen te doen hebt, ja wel wat complexer in de zin van om dat wellicht altijd goed te stroomlijnen.	Verschillende visies zorgprofessionals	Behandeling	Aspecten korte termijn herstel	Zorgprofessionals hebben verschillende visies op de behandeling van de patiënten
Werken we na een heupfactuur eigenlijk altijd toe weer naar de volgende dag mobiliseren, bed stoel moment, de dag daarna eigenlijk starten met lopen indien mogelijk.	Mobilisatie	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit/mobilisatie kwam veel voor als code, dus heb ervoor gekozen hier een categorie van te maken
Daarnaast maakt de omgeving ook nog uit.	Omgeving ziekenhuis	Omgeving patiënt	Aspecten korte termijn herstel	Omgeving in het ziekenhuis hoort bij de omgeving van de patiënt
Dus eigenlijk is alles binnen	Alles binnen handbereik	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Alles is binnen handbereik

handbereik van die patiënt				waardoor de mobiliteit in gevaar komt
Ja, nee, dat is zeker van de patiënten afhankelijk inderdaad, maar ook wel afhankelijk van ons als zorgverleners.	Patiënt afhankelijk Houding zorgprofessionals	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Hoe patiënten zelf omgaan met hun ziekenhuisopname is van invloed
		Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Het gaat hier om zorgen voor mobilisatie
Ten aanzien van de fysiotherapie scoren wij een FAC-score en dat zegt iets over loopvaardigheid van de patiënt en dat wordt allemaal bij ontslag genoteerd	Beoordeling mobilisatie	Mobiliteit	Beoordeling herstel	Mobiliteit/mobilisatie kwam veel voor als code, dus heb ervoor gekozen hier een categorie van te maken
		Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Met mobiliteit score kan mobiliteit beoordeeld worden
En of dat wel of geen hulpmiddel betreft. Of dat dan onder supervisie met hulp dan wel.	Beoordeling hulpmiddel	Mobiliteit	Beoordeling herstel	Het wel of niet gebruiken van een hulpmiddel valt onder mobiliteit
		Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Door kijken naar hulpmiddel kan een beoordeling gegeven worden van herstel
Dus in principe vanaf vier, zou je kunnen zeggen die patiënt kan, ja, retour thuissituatie als het aan de orde was, zeg maar. En drie is eigenlijk een beetje afhankelijk van is bijvoorbeeld ook in de thuissituatie een mantelzorger die er altijd is, dan zou je dat wel kunnen	Niveau mobilisatie	Mobiliteit	Niveau herstel	Niveau van mobilisatie zegt iets over mobiliteit

overwegen te doen, maar eigenlijk alles wat een FAC-score nul, één of twee is, dat is niet in staat om bijvoorbeeld zelfstandig naar het toilet heen te kunnen. Dus op basis daarvan zou dat zeg maar wel een afkappunt kunnen zijn voor herstel.				
De FMS ken ik dus niet en de KATZ-ADL, hoe die ervaring? Het geeft wel inzicht in wat iemand wel of niet kan, want het gaat over kan nu een transfer maken, zelfstandig naar het toilet gaan, ja, dat zei ik net ook al als indicator om bijvoorbeeld naar huis heen te kunnen. Dus die zou je kunnen gebruiken, ten aanzien van ook herstel en ontslag, of die wat extra toevoegt ten opzichte van de FAC-score die we dan nu doen.	Klinimetrische testen	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Met klinimetrische testen kan herstel beoordeeld worden
Fysiek gezien, denk ik	Uitvragen zelfstandigheid	Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	Het uitvragen van zelfstandigheid

eigenlijk dat die überhaupt wel een beetje uit gevraagd wordt, want je vraagt, het gaat ook over of iemand zelfstandig kan eten en het gaat over of iemand zich zelfstandig kan aankleden of niet, douchen.				valt onder zelfstandigheid
Dat vind ik zeker van belang, want dat zegt namelijk iets over kwaliteit van leven.	Kwaliteit van leven	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Met patiëntenperspectief neem je de kwaliteit van leven mee
		Kwaliteit van leven	Niveau korte termijn herstel	Categorie hetzelfde als code
Dan denk ik niet dat de patiënt daar iets reëls over kan zeggen, omdat heel veel patiënten vinden dat het heel slecht gaat. Omdat heel veel patiënten vinden dat ze heel veel pijn hebben	Patiëntenperspectief niet reëel	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Dat het patiëntenperspectief niet als reëel wordt gezien, valt onder patiëntenperspectief
Dat neem ik, nee, dat neem ik eigenlijk niet mee.	Meenemen patiëntenperspectief in beoordeling	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Categorie hetzelfde als code
		Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Patiëntenperspectief hoeft niet meegenomen te worden bij beoordeling
Er staat eigenlijk niks bij over de opnameduur of het gecompliceerd is, of er sprake was van complicaties	Complicaties	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Categorie hetzelfde als code
Een pneumonie heeft gehad en	Longontsteking Bloedarmoede	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Pneumonie (longontsteking)

een anemie heeft gehad en packed cells nodig gehad en antibiotica heeft gehad.				en anemie (bloedarmoede) zijn complicaties
Ligt er overigens soms ook nog wel aan welke interventie heeft plaatsgevonden	Soort ingreep	Ingreep	Niveau herstel	Categorie hetzelfde als code
Ja en complicaties. Heeft die man een delier gehad of niet.	Delier	Complicatie	Aspecten korte termijn herstel	Een delier is een complicatie
Ja kijk een FAC-score, dat zegt iets over loopvaardigheid en de zelfstandigheid daarvan. Maar dat zegt niet per se altijd iets over ook de kwaliteit van het looppatroon.	Mobiliteit score	Mobiliteit	Niveau herstel	Mobiliteit score meet mobiliteit
Of iemand veel pijnklachten ervaart	Klachten	Pijn	Aspecten korte termijn herstel	Pijn kwam veel voor als code, dus is een aparte categorie van gemaakt
Ik denk dat ze het allebei hartstikke goed gedaan hebben, want als je na drie dagen of na vijf dagen weer zelfstandig met rollator naar huis kan, dan heb je beiden goed gedaan en is natuurlijk best wel een groot leeftijdsverschil.	Ligduur	Ligduur	Aspecten korte termijn herstel	Categorie hetzelfde als code

Zorgprofessional 5

Fragment	Code	Categorie	Hoofdcategorie	Toelichting
Het doel is eigenlijk dat mensen weer op het oude niveau komen. Dat dat is voor mij het herstel. Maar goed, dat zal natuurlijk niet na twee dagen zijn.	Pre-existent niveau doel	Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Een doel wordt geformuleerd op basis van het pre-existent functioneren
Nou ja, de pijn moeten onder controle zijn	Pijn onder controle	Pijn	Niveau herstel	Pijn kwam veel voor als code, dus is een aparte categorie van gemaakt
Er moeten we geen complicaties zijn	Geen complicaties	Complicaties	Niveau herstel	Geen complicaties is een doel voor complicaties
Mensen moeten weer enigszins richting hun oude niveau zijn	Enigszins pre-existent niveau	Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Doel richting oude niveau valt onder pre-existent functioneren
Nou ja, pijn	Pijn	Pijn	Aspecten korte termijn herstel	Pijn kwam veel voor als code, dus is een aparte categorie van gemaakt
En functionaliteit.	Fysiek functioneren	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit valt onder fysiek functioneren
		Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	Zelfstandigheid valt onder fysiek functioneren
Dus daarom zeg ik, ik vind het heel moeilijk om het zwart/wit te zeggen, omdat het heel erg individueel gericht is.	Functionaliteit persoonsafhankelijk	Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Functionaliteit hangt van de persoon af, hoe die persoon voor de fractuur functioneerde, dus hangt af van het pre-existent functioneren
Voor het algemeen de pijn en complicaties als wondlekkage, pneumonieën,	Wondlekkage Longontsteking	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Complicaties gelden voor iedereen, valt onder categorie complicaties

longontstekingen				
De functionaliteit is heel erg individueel gericht omdat dat afhangt van het pre-existent functioneren, dus het functioneren voordat de factuur optrad.	Functionaliteit pre-existent functioneren	Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Doel richting oude niveau valt onder pre-existent functioneren
		Mobiliteit	Niveau herstel	Mobiliteit valt onder functionaliteit
		Zelfstandigheid	Niveau herstel	Zelfstandigheid valt onder functionaliteit
Ja, ik denk dat het wel gelijk is, maar ook daarin is natuurlijk de patiënt belangrijk. Voor ons vanuit de geriatrie staat de kwaliteit van leven eigenlijk altijd bovenaan.	Kwaliteit van leven	Kwaliteit van leven	Niveau herstel	Categorie hetzelfde als code
Over het algemeen is voor patiënten dat ook het meest belangrijk. Adl onafhankelijk zijn, zelfstandig kunnen zijn. Dat is vaak wat we ook in andere onderzoeken zien bij ouderen de grootste wens. Dus dat is voor ons ook leidend.	Zelfstandigheid leidend	Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	Zelfstandigheid kwam vaker voor als code, vandaar dat ervoor gekozen is om er een categorie van te maken
		Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Patiënt vindt zelfstandigheid het belangrijkste, dit is het patiëntenperspectief
Op het verhaal van de patiënt, op de vitale parameters, op informatie van verpleging, van fysiotherapie	Beoordeling vitale functies, patiënt verpleging, fysiotherapie en arts	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Met vitale functies, patiënt, verpleging, fysiotherapie en arts wordt herstel beoordeeld

en je eigen beoordeling				
Anamnese en lichamelijk onderzoek met daarbij je lab en de andere bepalende disciplines.	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Categorie hetzelfde als code
Zijn er longontstekingen en of is er bloedarmoede of kwam die patiënt niet mobiliseren omdat ze duizelig is?	Longontstekingen en bloedarmoede	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Longontstekingen en bloedarmoede zijn complicaties
Is het lab normaal of tenminste in de range normaal, want het is natuurlijk nooit precies normaal als je net geopereerd bent, is maar goed. En zijn er nog behandeldoelen in het ziekenhuis te halen	Lab uitslagen	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Lab uitslagen worden meegenomen in de beoordeling van herstel
Ik werk daar zelf niet mee, dat gaat helemaal via de chirurgie.	Klinimetrische testen	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Klinimetrische testen kunnen herstel beoordelen
De patiënt is leidend dus daar varen wij heel erg op.	Patiënt leidend	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Het perspectief van de patiënt is leidend, valt dus onder patiëntenperspectief
		Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	De patiënt is leidend in de beoordeling van herstel
Je begint met het verhaal en daarnaast is wat jij zelf meet qua bloeddruk, qua	Observatie arts	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Tijdens een observatie beoordeelt de arts hoe het herstel gaat

wat je observeert en wat het lab verteld				
Is dat omdat die pijn heeft.	Pijn	Pijn	Aspecten korte termijn herstel	Pijn kwam veel voor als code, dus is een aparte categorie van gemaakt
Of is dat omdat die heel erg delirant is geweest? Daar nu toch nog cognitieve problemen naweeën van heeft	Delier	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Delier is een complicatie
Of omdat hij nog functiebeperking heeft door z'n heupfractuur	Functiebeperking heup	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Wanneer er functiebeperkingen aan de heup zijn, kan dat zorgen voor verminderde mobiliteit
Het puur is doordat hij nog z'n heup nog niet voldoende hersteld is, dan vind ik dat, dan is het nog niet volledig hersteld, maar dan is hij beter hersteld dan als dat is, omdat die heel erg delirant is geweest rond de operatie en nu dat begrip niet nog goed heeft. Dan vind ik hem niet zo goed hersteld.	Delier belangrijker dan functiebeperking	Complicatie	Aspecten korte termijn herstel	Delier is een complicatie
		Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Functiebeperking zegt iets over mobiliteit, door functiebeperking kan een patiënt minder goed mobiliseren
Dus hij heeft er qua functiebeperking in z'n dagelijks leven geen last van. Dus dan vind ik hem voldoende hersteld.	Geen last dagelijks leven	Kwaliteit van leven	Niveau herstel	Beperkingen in het dagelijks leven hebben betrekking op de kwaliteit van leven

Nee, want nogmaals, het gaat niet alleen om het getalletje maar om het functioneren.	Fysiek functioneren	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit valt onder fysiek functioneren
		Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	Zelfstandigheid valt onder fysiek functioneren
Ja, dus het feit dat iemand er vijf dagen overdoet en de andere drie dagen, zegt mij niks over of iemand hersteld is.	Ligduur alleen zegt niets	Ligduur	Aspecten korte termijn herstel	Relevantie ligduur zegt iets over ligduur

Zorgprofessional 6

Fragment	Code	Categorie	Hoofdcategorie	Toelichting
Wat mij betreft na de operatie dat iemand weer redelijk mobiel is	Mobiliteit	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit/mobilisatie kwam veel voor als code, dus heb ervoor gekozen hier een categorie van te maken
Nagenoeg adl-zelfstandig vind ik wel belangrijk of tot een pre-existent niveau	Nagenoeg of re-existent ADL-zelfstandig	Zelfstandigheid	Niveau herstel	ADL-zelfstandig valt onder zelfstandigheid
En waarbij ook de termijn op ernstige complicaties voorbij is.	Geen ernstige complicaties	Complicaties	Niveau herstel	Geen complicaties valt onder complicaties
Je hebt natuurlijk de complicaties op zeg maar het operatiegebied dus dat betekent dat iemand tijdens de operatie een bloeding kan krijgen of een nieuwe fractuur of dat het niet goed zit tijdens de operatie. De anesthesist problemen krijgt met bloeddruk, hartinfarct, longembolieën	Bloeding Nieuwe fractuur Bloeddruk Hartinfarct Longembolieën	Complicaties tijdens operatie	Aspecten korte termijn herstel	Complicaties tijdens operatie is een tijdstip waarop complicaties kunnen optreden. Het valt onder complicaties.
Na de operatie zie je ook bij ons op drie plekken een probleem, en dat is het operatiegebied, nabloedingen, neurologisch letsel toch na de operaties	Nabloedingen Zenuwuitval Wondinfectie Blaasontsteking Overvulling Hartinfarct	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Complicaties na operatie is een tijdstip waarop complicaties kunnen optreden. Het valt onder complicaties.

zien we af en toe nog zenuwuitval, wondinfectie. We zien af en toe een blaasontsteking en wij zien regelmatig een longontsteking. Nou, voor de rest delier, overvulling, hartinfarct				
De essentie van opereren is om de mobiliteit te optimaliseren dus dat is dus een tien. Daarvoor opereren we.	Mobiliteit optimaliseren	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit/mobilisatie kwam veel voor als code, dus heb ervoor gekozen hier een categorie van te maken
Het hangt natuurlijk echt af van hoe iemand binnenkomt	Pre-existent niveau patiënt	Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Categorie hetzelfde als code
Klinisch dus in principe wordt elke patiënt daar wordt visite gelopen overdag en dat doet onze vs'er of de arts-assistent en twee keer per week hebben we grote visite	Klinische beoordeling tijdens visite	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Tijdens visites wordt het herstel beoordeeld
Wij kijken echt puur operatiegebied en grote andere complicaties zoals infecties.	Herstel operatiegebied en infecties	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Herstel wordt beoordeeld aan de hand van het operatiegebied en infecties
Dat is heel belangrijk, voor zover een patiënt het zelf kan beoordelen. We hebben natuurlijk	Patiëntenperspectief van belang	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Bij patiënten die wilsbekwaam zijn, maakt hun perspectief uit. Het valt onder patiëntenperspectief

redelijk wat demente of delirante patiënten. Maar als iemand compos mentis is, dus als iemand zelf gewoon goed kan beoordelen hoe die zelf is, is het natuurlijk essentieel. Wij kunnen wel iets vinden, maar de patiënt en zijn of haar familie die is daar ook heel belangrijk in.				
Dus het is niet zo dat wat de patiënt zegt waar is, maar we nemen het wel mee	Meenemen patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief Beoordeling herstel	Patiëntenperspectief Beoordeling herstel	Categorie hetzelfde als code Bij de beoordeling van herstel wordt patiëntenperspectief meegenomen
Die patient related outcome score, proms en de prems, dat wordt natuurlijk steeds belangrijker.	Patiënten scores belangrijk	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Patiënten scores zeggen iets over het perspectief van de patiënt
Dat hangt ervan af hoe snel je na operatie zit. Dan want kijk, als dit vijf dagen na operatie is, ja, dan kan het best zijn dat die, als hij alweer met rollator loopt, dat ik best heel tevreden ben	Mobiliteit hoe ver na operatie	Mobiliteit	Niveau herstel	Hoe de mobiliteit is na x dagen na de operatie valt onder mobiliteit

Misschien is hij wel delirant	Delier	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Een delier is een complicatie
Of misschien had die behalve zijn heupfractuur ook wel zijn pols in het gips. Dus ik denk dat die meneer op weg is, maar hij is nog niet op zijn oude niveau	Patiënt met gips	Persoonsgebonden aspecten	Niveau herstel	Andere aandoeningen bij een patiënt is een persoonsgebonden aspect
Dus de omstandigheden kunnen zo zijn, kan zijn dat ze geen thuiszorg heeft of dat ze een wond heeft die verzorgd moet worden, wat thuis niet kan	Wondinfectie Ontslagbestemming afhankelijk	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Een wond die intensieve verzorging nodig heeft, is een complicatie
		Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	Doordat er thuiszorg nodig is, kan de ontslagbestemming veranderen
Het feit dat je al naar huis, naar een aangepast huis kan, betekent wel dat het op bepaalde punten heel goed gaat.	Ontslagbestemming	Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	Categorie hetzelfde als code
Nou zegt, kalenderleeftijd niet alles, maar a priori kans dat je op 70 nog meer kunt dan op 90 en dus sneller naar huis kan is, is, speelt mee.	Leeftijd patiënt	Persoonsgebonden aspecten	Niveau herstel	Leeftijd is een persoonsgebonden aspect
		Ligduur	Niveau herstel	Leeftijd kan invloed hebben op de ligduur
Misschien is dat ook wel de thuissituatie dat Herman een goed vangnet heeft en aangepast huis en snel thuis is.	Thuissituatie patiënt	Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	Thuissituatie kan de ontslagbestemming beïnvloeden

Zorgprofessional 7

Fragment	Code	Categorie	Hoofdcategorie	Toelichting
Herstel is natuurlijk belangrijk dat er geen complicaties optreden, dus van de operatie zelf, maar ook na de operatie	Geen complicaties	Complicaties	Niveau herstel	Geen complicaties valt onder complicaties
Wat je bij ouderen nog veel of vaak ziet is dat ze dan toch infecties hier krijgen, omdat ze zo kwetsbaar zijn of bijwerkingen van medicaties ontwikkelen of het ontregelen van de interne huishouding, elektrolyten, delier	Infecties	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Infecties is een complicatie
Want als die dingen goed blijven, dan kunnen mensen voor het vervolg om weer in de benen te komen. Dat doen ze buiten het ziekenhuis met name	Geen complicaties verbetert mobiliteit	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit/mobilisatie kwam veel voor als code, dus heb ervoor gekozen hier een categorie van te maken
		Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Geen complicaties valt onder complicaties
Nou ja, geestelijk natuurlijk, dat mensen toch wel weer geestelijk opknappen vooral bij de ouderen zie je toch een hele groep die dan al geestelijke problemen hebben, delier en dat soort dingen	Geestelijk opknappen delier	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Delier is een complicatie
En waar we kunnen natuurlijk ondersteunen daarin, want ik denk als iemand geestelijk goed	Delier	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Delier is een complicatie

opknapt en goed bij bent, kan hij beter werken aan z'n eigen vervolgherstel.		Houding zorgprofessionals		Zorgprofessionals moeten patiënten ondersteunen en moeten dus hun houding hierop aanpassen
Maar als iemand erg in de war blijft, weet je, dan zal het de rest ook niet zo goed meer op gang komen, want je kan ze niet meer instrueren om te gaan oefenen en zich te houden aan regels	In de war	Complicatie	Aspecten korte termijn herstel	In de war is een complicatie
Lichamelijk is dus dat je de interne milieu goed houdt, infecties eventueel snel opspoort en behandelt	Infecties	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Infecties zijn complicaties
Uiteraard ook kijkt naar acute dingen, complicaties die van een operatie zelf bij jong en oud kunnen optreden, natuurlijk infecties en bloedingen dat soort dingen dat je dat ook goed in de gaten houdt	Infecties Bloedingen	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Categorie hetzelfde als code
Geest natuurlijk ook en pijn	Pijn	Pijn	Aspecten korte termijn herstel	Pijn kwam veel voor als code, dus is een aparte categorie van gemaakt
Allebei zijn belangrijk, want ik had niks aan een iemand die heel geestelijk goed is, maar vervolgens ernstige infecties heeft.	Cognitief functioneren en infecties even belangrijk	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Infecties en geestelijk zijn complicaties

Voor de ouderen denk ik dat je daar alert op moet zijn. En zeker de kwetsbare ouderen zijn de mensen die geestelijk sneller in de problemen komen.	Geestelijke problemen	Complicatie	Aspecten korte termijn herstel	Geestelijke problemen is een complicatie
Als het inderdaad een systeem is waar mensen weer gauw in de benen mag van hun, dan is het wel belangrijk om daar zo vroeg mogelijk mee te beginnen, en zeker voor ouderen. Je weet ook los van operaties, dat als ze veel in bed gaan liggen, dat ze heel snel spierverval hebben. En het is best moeilijk om dat spierverval weer op te bouwen.	Mobiliteit snel opbouwen	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit/mobilisatie kwam veel voor als code, dus heb ervoor gekozen hier een categorie van te maken
Ja, dat ze weer een soort ritme krijgen, waarbij ze dan toch uit bed gaan, in de stoel gaan zitten en als ze kunnen gaan bewegen, mogen ze dat	Ritme in mobiliteit	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Ritme in mobiliteit heeft betrekking op mobiliteit
Dus het moet binnen de mogelijkheid van wat de chirurg gedaan heeft, dat hé, maar als het kan, zo snel mogelijk.	Soort ingreep	Ingreep	Niveau herstel	Categorie hetzelfde als code

<p>Er wordt dagelijks visite gedaan door een arts of een verpleegkundig specialist. Er worden de controles aan de vitale functies dagelijks en in misschien in het begin zelfs meerdere keren in de gaten gehouden. Bloedwaardes worden nog geprikt na operaties, om de bloedingen, complicatie qua bloeding eventueel op te sporen.</p>	<p>Klinisch beeld tijdens visites</p>	<p>Beoordeling herstel</p>	<p>Beoordeling herstel</p>	<p>Met visites wordt herstel beoordeeld</p>
		<p>Vitale functies</p>	<p>Beoordeling herstel</p>	<p>Klinisch beeld houdt in dat er naar vitale functies gekeken wordt</p>
		<p>Complicaties</p>	<p>Beoordeling herstel</p>	<p>Tijdens de visites wordt ook gekeken naar complicaties</p>
<p>Dus zo wordt het een beetje bekeken, dus gewoon klinisch beeld en lab. En als er blijkt dat dingen daar niet goed zitten, of twijfel, dan wordt er een uitgebreider onderzoek, dan wordt er misschien een foto gemaakt of nog meer bloed geprikt dus als er signalen zijn dat iets niet goed is</p>	<p>Lab uitslagen</p>	<p>Beoordeling herstel</p>	<p>Beoordeling herstel</p>	<p>Lab uitslagen worden meegenomen in de beoordeling van herstel</p>
<p>En voor het geestelijke in principe is in het ziekenhuis zo en dat is niet alleen voor de heupfracturen, is dat kwetsbare mensen en die hebben dan vaak een hogere vms score, die</p>	<p>VMS-score voor mogelijk kwetsbare ouderen</p>	<p>Beoordeling herstel</p>	<p>Beoordeling herstel</p>	<p>VMS-score wordt afgenomen aan het begin om te kijken hoe het cognitief is met de ouderen, zodat beoordeeld kan worden hoe het hiermee gaat</p>

eigenlijk iedereen al ingevuld wordt.				
De verpleging heeft ook heel veel ervaring om te bedenken van hé, weet je, als iemand elke dag heel helder en adequaat is dan hoef je dat niet perse	Ervaring verpleegkundigen	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Door ervaring weten verpleegkundigen hoe ze moeten kijken naar cognitief functioneren en kunnen ze herstel hierin beoordelen
Maar wij zijn door de week, weekend niet perse alleen op indicatie, hebben wij contact met de afdelingsarts of verpleegkundig specialist om te zien hoe de opname is. Zijn er dingen die niet goed gaan? Dan gaan we samen kijken en bedenken, waar kan dat dan door komen en wat moeten we inzetten?	Overleg artsen en vs'ers	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Artsen en vs'ers overleggen over herstel, om dit te kunnen beoordelen en mogelijk aanpassingen te kunnen doen
Nou, dat is wel zeker belangrijk en dat moet je ook meenemen en ik neem aan dat dat bij de visite, dat eerste waar je vaak aan bed mee begint is; hoe vindt u dat het gaat	Meenemen patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief meenemen valt onder patiëntenperspectief
Als een patiënt toch vindt dat die niet goed gaat, terwijl wij zien dat het wel goed gaat, dan kan je gaan bedenken met elkaar van hoe komt het?	Anticiperen op patiënt	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Anticiperen op patiënt heeft te maken met patiëntenperspectief
Maar soms haal je dan uit dat mensen toch meer	Stemmingsprobleem	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Stemmingsproblemen zijn complicaties

een stemmingsprobleem, ja, dat is het psychische stukje dat je dan kijkt hoe kunnen ze dan ondersteunen daarin				
Niemand wordt beter dan dat hij was voor die viel. Dus dat moet je niet verwachten en wat je hoopt met een operatie, natuurlijk nadat ze hun heup hebben gebroken, dat ze in ieder geval een beetje terug kunnen komen op hun oude niveau	Pre-existent niveau	Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Categorie hetzelfde als code
Als ik vanuit ga dat er geen complicaties zijn, geen infecties en geestelijke ook geen hele grote dingen, dan denk ik is niet zo heel gek.	Geen complicaties, geen infecties, geen cognitieve problemen	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Infecties, geen complicaties en cognitieve problemen horen bij complicaties
Dus ja, persoonlijk, die FAC-score, het is heel mooi dat de ene al direct weer dat ze allebei in de been zijn, dus dat is al een goed teken	Mobiliteit score	Mobiliteit	Niveau herstel	Mobiliteit score meet mobiliteit
Dat er geen grote dingen gebeurd zijn, waar ze zo ziek van zijn en blijkbaar de pijn nog redelijk onder controle zijn, want ze komen uit bed en ze lopen de ene nog een beetje met ondersteuning	Pijn onder controle	Pijn	Niveau herstel	Pijn kwam veel voor als code, dus is een aparte categorie van gemaakt

Ik weet niet hoe het sociale milieu is van Marietje	Sociaal milieu patiënt	Omgeving patiënt	Ontslagbestemming	Het sociale milieu van de patiënt hoort bij de omgeving
Het kan ook zijn dat ze heel onzeker is, gevallen is, onzeker is geworden, een beetje bangig nog is en denkt ik heb even meer tijd nodig met mensen om me heen	Onzekerheid patiënt na val	Persoonsgebonden aspecten	Niveau herstel	Onzekerheid is een persoonsgebonden aspect
Dus ik zou alleen aan de dagen kunnen zeggen van dat weet ik niet, want misschien was Herman zo slecht dat hij naar een hospice is gegaan na drie dagen	Ligduur afhankelijk	Ligduur	Aspecten korte termijn herstel	Categorie hetzelfde als code
Dat hij heel snel weg is gegaan, kan ook zijn dat hij in een verpleeghuis woont en dat er daar maar verder gekeken wordt hoe het met hem gaat, of hij is zo slecht aan toe dat het geen zin meer had om hem te houden.	Ligduur afhankelijk	Ligduur	Aspecten korte termijn herstel	Categorie hetzelfde als code

Fragment	Code	Categorie	Hoofdcategorie	Toelichting
Op het tijdstip van ontslag, ja, dus dat beschouwt dan als ja, voldoende hersteld om het ziekenhuis te verlaten, de korte termijn.	Tijdstip ontslag	Ligduur	Aspecten korte termijn herstel	Het tijdstip van ontslag heeft te maken met ligduur
Tegenwoordig merk je heel vaak dat het niet aan de patiënt ligt, maar aan of er elders ruimte is of niet. Of die capaciteit er is	Capaciteit ontslagbestemming ligduur	Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	Capaciteit van eventueel verpleeghuis, verpleeghuis is een ontslagbestemming
		Ligduur	Aspecten korte termijn herstel	Capaciteit ontslagbestemming heeft invloed op ligduur
Nou ja, met name die conditie van de patiënt	Conditie patiënt	Vitale functies	Aspecten korte termijn herstel	Conditie van patiënt bestaat onder andere uit vitale functies
		Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	Conditie van patiënt houdt ook in hoe zelfstandig een patiënt is.
		Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Conditie houdt ook in hoe mobiel een patiënt is.
Dat iemand vooral vlot met ontslag moet gaan, want als je hier langer in het ziekenhuis ligt, ja, op den duur word je niet beter, maar alleen maar slechter. Ontstekingen en andere rare dingen.	Slechter bij langere ligduur	Ligduur	Niveau herstel	Lengte van ziekenhuisperiode is van invloed op herstel
		Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Wanneer een patiënt langer ligt, kunnen er complicaties ontstaan
Grote operatie met veel bloedverlies nou, bloedverlies wat je moet aanvullen met donorbloed, dat geeft een slechtere uitkomst	Bloeding	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Bloedverlies is een complicatie

Dat is afhankelijk van wat wij voor ogen hebben, wat die patiënt moet bereiken.	Doelstelling persoonsafhankelijk	Persoonsgebonden aspecten	Niveau herstel	Doelstelling is van persoon afhankelijk en is dus een persoonsgebonden aspect
(Afhankelijk van wat ze eerst deden?) Ook ja, ja.	Pre-existent niveau	Pre-existent functioneren	Niveau herstel	Afhankelijk van wat patiënten eerst deden, dit is het pre-existente functioneren
Dat vind ik heel belangrijk. Stilstand is achteruitgang. Je moet niet stil in bed blijven liggen. Dat gaat niet goed. Nee, je moet echt rechtop, uit bed desnoods tegen je wil	Uit bed komen	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Uit bed komen betekent dat een patiënt in de benen moet en dus moet gaan mobiliseren
Er zijn natuurlijk patiënten die willen niet en dat is ook de reden dat ze er zijn, want die deden dat thuis ook niet.	Mobiliteit	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Mobiliteit/mobilisatie kwam veel voor als code, dus heb ervoor gekozen hier een categorie van te maken
Nou ja, dat is in het behandelteam bespreken we altijd twee keer per week hebben we grote visite	Visite behandelteam	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Tijdens een visite van het behandelteam wordt herstel beoordeeld
En dat is dan van de verpleging he, wat zijn de controles, de bloeddruk, de temperatuur? Nou ja, poept plast eet drinkt de patiënt, oh ja, gaat dat dan zelfstandig?	Beoordeling vitale functies	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Vitale functies worden bekeken om herstel te beoordelen
		Vitale functies	Beoordeling herstel	Controles van bloeddruk en temperatuur vallen onder vitale functies
Nou, dan vragen de fysio hoe het mobiliseren gaat. Dan is het nou met een looprek of met een rollator of met een stok. Of soms zeggen ze: nou, je gaat zelfstandig in	Met hulpmiddel	Mobiliteit	Aspecten korte termijn herstel	Of er gebruik wordt gemaakt van een hulpmiddel valt onder mobiliteit

en uit bed of naar het toilet				
Wij doen er vaak een pen in of een plaat in of een prothese in. En na die ingreep ja, wat kun je krijgen? Nabloedingen op den duur moeten de hechtingen eruit. Wat mij betreft kan iemand een dag later bij wijze van spreken het pand verlaten.	Nabloedingen	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Nabloedingen is een complicatie
Ja, maar dan is het nog te pijnlijk. Dan moeten we oefenen met de fysiotherapeut	Pijn	Pijn	Aspecten korte termijn herstel	Pijn kwam veel voor als code, dus is een aparte categorie van gemaakt
En dat natraject moet geregeld worden.	Natraject regelen	Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	Natraject houdt in dat gekeken moet worden naar ontslagbestemming
En hoe het mentaal is, soms draaien ze helemaal door, worden ze delirant.	Delier	Complicaties	Aspecten korte termijn herstel	Een delier is een complicatie
We moeten eigenlijk niet over een patiënt praten, maar met een patiënt. Dus ik vind het altijd belangrijk dat eigenlijk de patiënt centraal staat	Patiëntenperspectief van belang	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Wat een patiënt vindt moet meegenomen worden. Dit is het patiëntenperspectief
Eigenlijk moet iedereen, iedere patiënt die vraag wel gesteld worden. Over het algemeen gebeurt dat ook wel goed	Meenemen patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Wat een patiënt vindt moet meegenomen worden. Dit is het patiëntenperspectief
Nou, de patiënt is de baas over zijn lichaam. Mag nooit iets tegen iemands zin doen.	Patiënt leidend	Patiëntenperspectief	Patiëntenperspectief	Patiënt is baas over zijn of haar lichaam, dus zijn of haar perspectief telt

Als je je niet meer zelfstandig kunt aankleden en naar de wc kunt gaan, ja, dan ben je wel heel afhankelijk.	Toiletgang Aankleden	Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	Zelfstandig naar het toilet en aankleden hoort bij zelfstandigheid
Ja, als je onafhankelijk bent, dan kun je doen en laten wat ik wil. Ja, tot het moment komt dat het niet meer wil. Dan moet iemand twee keer per dag je helpen naar de wc gaan, ja dat is de wereld op zijn kop.	Toiletgang	Zelfstandigheid	Aspecten korte termijn herstel	Zelfstandig naar het toilet hoort bij zelfstandigheid
Als je op oudere leeftijd ergens anders komt dan, dat is lastig, moet je allemaal maar kunnen hendelen.	Omgaan met ontslagbestemming	Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	Hoe ouderen omgaan met ontslagbestemming valt onder ontslagbestemming
Eerder kon ik nog huppelen en nu ben ik net ziekenhuis geweest, ik kan niet meer huppelen maar ik kan wel naar m'n eigen huis en m'n ding doen. Prima, dat is voor mij nog een goede kwaliteit van leven	Naar huis Kwaliteit van leven	Kwaliteit van leven	Niveau ontslag	Categorie hetzelfde als code
		Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	Eigen huis is een ontslagbestemming
Ik kan huppelen ik ga naar het ziekenhuis, ik kan wel weer huppelen maar ik moet naar een verpleeghuis. Dan kan ik hetzelfde maar is mijn kwaliteit van leven sterk afgenomen.	Naar verpleeghuis Kwaliteit van leven	Kwaliteit van leven	Niveau ontslag	Categorie hetzelfde als code
		Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	Verpleeghuis is een ontslagbestemming
Je kan wel een score hebben en een verschil in score. Maar is het	Relevantie verschil score	Beoordeling herstel	Beoordeling herstel	Verskil in score mobiliteit zou iets kunnen zeggen over herstel, maar

een relevant verschil?				moet beoordeeld worden of het relevant is
Als je naar een verpleeghuis moet of naar je eigen huis. Dat is voor mij geen vraag.	Verpleeghuis of eigen huis	Ontslagbestemming	Aspecten korte termijn herstel	Verpleeghuis en eigen huis is ontslagbestemming
Als het een maand is, dan zou ik dat vervelend vinden, maar drie of vijf vind ik niet heel. Zou me niet zo heel veel uitmaken.	Verskil ligduur	Ligduur	Aspecten korte termijn herstel	Verskil in ligduur zegt iets over de ligduur

