

# Preoperatieve screening op kwetsbaarheid

Een zorgethische analyse van de AGE screening in het Antonius ziekenhuis Nieuwegein



Masterthesis ter afronding van de Master Zorgethiek en Beleid te Universiteit van Humanistiek Utrecht.

Naam: Elise Pel

Studentnummer: 1021567

Datum: 11-06-2018

Begeleider: Els van Wijngaarden

Tweede lezer: Merel Visse

Examinator: Carlo Leget

Master Zorgethiek en Beleid

Universiteit van Humanistiek Utrecht

## Contents

Voorwoord .....	3
Woordenlijst.....	4
1. Aanleiding.....	5
2. Probleemstelling .....	6
2.1 Maatschappelijk probleem .....	6
2.2 Wetenschappelijk probleem .....	6
3. Vraagstelling en doelstelling .....	9
3.1 Vraagstelling.....	9
3.2 Doelstelling.....	9
4. Theoretisch kader .....	10
5. Methode.....	13
5.1 Onderzoeksbenadering en methode .....	13
5.2 Casusdefinitie en onderzoekseenheid .....	13
5.3 Dataverzameling en data-analyse.....	13
5.4 Ethische overwegingen .....	14
5.5 Kwaliteitscriteria .....	14
6. Bevindingen.....	15
6.1 Zorgprofessionals en hun visie op kwetsbaarheid.....	15
6.2 Zorgprofessionals en het meten van kwetsbaarheid .....	18
6.3 Patiënten en het meten van kwetsbaarheid .....	23
6.4 Theorie .....	26
7. Zorgethische reflectie .....	33
8. Kwaliteit van onderzoek.....	39
9. Conclusie .....	40
Literatuur: .....	41
Bijlagen.....	47

## Voorwoord

*~ Daring greatly means the courage to be vulnerable. It means to show up and to be seen. To ask what you need. To talk about how you're feeling. To have the hard conversations. ~*

*Brené Brown.*

Bovenstaande quote komt uit een van de populaire 'zelfhulp'-boeken van de Amerikaanse schrijfster, Brené Brown. Haar advies is om niet weg te lopen voor je kwetsbaarheid maar deze juist te omarmen om hierdoor jezelf en anderen beter lief te kunnen hebben. Zoals Brené Brown kwetsbaarheid ziet als iets waar je juist kracht uit haalt, hangt er in de biomedische wereld een stuk negatievere lading rondom kwetsbaarheid. Kwetsbaarheid vind ik maar vaag, een moeilijk begrip om te herkennen en te definiëren. Maar wel een interessant begrip, want zonder er een maat of betekenis aan te hangen, voelt denk ik iedereen zich op bepaalde momenten kwetsbaar toch? Dat maakt ons menselijk. Naar mijn mening is de bovenstaande quote van Brené Brown wel de manier waarop we met het 'ongedefinieerde' kwetsbaarheid om moeten gaan: het gesprek aan gaan. Op die manier kom je pas te weten wat iets voor iemand betekent.

In dit document wil ik graag mijn masterscriptie 'zorgethische analyse van de preoperatieve screening op kwetsbaarheid' presenteren. Een scriptie geschreven vanuit mijn eigen interesse voor de kwetsbare patiënt, of als je het mij vraagt de kwetsbare mens in het ziekenhuis. Vanuit een filosofische en geneeskundige achtergrond ben ik dit jaar begonnen aan de Master Zorgethiek en Beleid (ZEB). Het was voor mij op een andere manier leren denken, compleet nieuw gedachtegoed van zorgethische schrijvers op me nemen en vooral geïnspireerd worden door alle ZEB-docenten en mede studenten om mij heen. De best mogelijke zorg leveren, dat is wat vanuit meerdere disciplines een belangrijk doel is. Medisch gezien heeft dat met hele andere aspecten te maken dan zorgethisch gezien. Ook in dit onderzoek ben ik dat weer tegen gekomen. Ik hoop dat ik mijn kennis die ik de afgelopen maanden met dit onderzoek heb opgedaan aan jullie over kan brengen.

Ten eerste wil ik graag het Antonius Ziekenhuis Nieuwegein en iedereen die daar meewerkt met de AGE screening bedanken voor de observaties en de interviews. Ik wil graag de Universiteit van Humanistiek vooral mijn mede studenten en de docenten van de master Zorgethiek en Beleid bedanken voor het afgelopen jaar. Daarnaast veel dank voor Els van Wijngaarden voor het begeleiden van mijn scriptie. Ik heb ontzettend veel geleerd en ik hoop de kennis die ik heb op gedaan, mee te kunnen nemen in mijn verdere opleiding tot arts en het liefst in de medische ethiek.

Veel leesplezier,  
Elise

## Woordenlijst

**AGE screening:** AGE staat voor: Antonius Geriatrische Evaluatie en is de naam van de screening die in het Antonius Ziekenhuis toegepast wordt. In het theoretisch kader staat meer uitleg over de AGE.

**Multiperspectiviteit:** Multiperspectiviteit betekent verschillende perspectieven van verschillende kanten of mensen. In dit onderzoek slaat het op de verschillende perspectieven van zorgprofessionals in het ziekenhuis.

**Gebonden reducties:** mensen worden niet meer per persoon bekeken maar gebonden aan een begrip, aandoening, nummer waardoor reductie plaats vindt.

**Operationalisatie:** Operationalisatie gaat over hoe aspecten of begrippen het beste gemeten kunnen worden. In dit onderzoek gaat het daarnaast over hoe iets beter of anders geïmplementeerd kan worden.

**Optimalisatie:** Optimalisatie in dit onderzoek betekent de patiënt zo goed mogelijk voorbereiden voordat hij of zij de operatie in gaat. In het Antonius ziekenhuis wordt dit getracht via een optimalisatie-traject te bereiken door zo mogelijk of nodig, verschillende interventies in te zetten.

**Predicatieve factor:** een aspect, bevinding of resultaat dat als voorspellend wordt gezien.

**Respondenten/zorgprofessionals:** Deze twee termen worden door elkaar gebruikt maar geven in 6.1 en 6.2 allebei de zorggevers (verpleegkundigen, artsen, specialisten in het Antonius ziekenhuis Nieuwegein) weer, die bij het empirisch onderzoek subjecten zijn.

**Respondenten/patiënten:** Deze twee termen worden door elkaar gebruikt maar geven in 6.3 allebei de zorgontvangers (patiënten in het Antonius ziekenhuis Nieuwegein) weer, die bij het empirisch onderzoek subjecten zijn.

**Zorgethiek:** Zorgethiek is een politiek-ethische stroming. Binnen de Zorgethiek zijn er verschillende visies. Verschillende zorgethica en de visie vanuit de Utrechtse zorgethiek zullen aangehaald worden om de data binnen dit onderzoek te analyseren. In het theoretisch kader staat meer uitleg over zorgethiek.

## 1. Aanleiding

### *Kwetsbaarheid*

Kwetsbaarheid was een van de begrippen waar ik in de master Zorgethiek en Beleid op de Universiteit van Humanistiek voor het eerst echt mee in aanraking kwam. In de discussies kwam het begrip kwetsbaarheid regelmatig naar voren als iets subjectiefs, een ervaring. Iedereen voelt zich in andere mate, in verschillende contexten en verschillende momenten kwetsbaar. Campen (2011) beweert dat er meer aandacht nodig is voor de kwetsbaarheid van ouderen en hun specifieke zorgbehoeften. Dit is volgens hem van belang doordat er een toename van ouderen is binnen de maatschappij. De oorzaak hiervoor is dat de Nederlandse levensverwachting toeneemt en de bevolking vergrijsst (Van Duin & Stoeldraijer, 2012). Daarnaast neemt het aantal mensen dat in leven blijft met kanker toe (Middelburg-Hebly et al., 2014), is er een toename van het aantal chronisch zieken en neemt co-morbiditeit en de complexiteit van zorg toe (Van Oostrom, 2011). Dit geeft een noodzaak voor het opzetten van nieuwe richtlijnen voor het screenen en onderzoeken van kwetsbaarheid.

### *Metten van kwetsbaarheid*

Om beter in te kunnen spelen op kwetsbaarheid gebruiken ziekenhuizen modellen om te screenen op kwetsbaarheid. Dit zette mij aan het denken, hoe kan een model screenen op een subjectief begrip zoals kwetsbaarheid? De bestaande meetinstrumenten gebruiken zogenoemde 'objectieve' oftewel universeel vastgestelde parameters om kwetsbaarheid vast te stellen. Hoe werkt zich dat uit in de praktijk? Wat vinden zorgprofessionals en wat vinden patiënten hiervan? Volgens het Sociaal Centraal Planbureau-bevolkings-model zal het aantal kwetsbare personen van 65 jaar en ouder tussen 2010 en 2030 naar verwachting toenemen van bijna 700.000 tot meer dan 1 miljoen (Campen, 2011). Ook het aantal oudere kankerpatiënten met indicatie tot operatie wordt groter. Door multi-morbiditeit wordt de chirurgische evaluatie van deze patiënten steeds complexer. Een negatieve uitkomst postoperatief geeft risico's op een verslechterde kwaliteit van leven en moet meegenomen worden in de behandeloverwegingen (Geessink, et al., 2017).

### *Lachend tachtig*

Een paar weken geleden, op 22 april 2018, presenteerde GroenLinks Tweede Kamerlid Corinne Ellemeent een initiatiefnota genaamd: 'Lachend Tachtig'. Hierin bekritiseert GroenLinks de overbehandeling van ouderen in het ziekenhuis. "We moeten ouderen in het ziekenhuis eerder en eerlijker vertellen wat de gevolgen kunnen zijn van een operatie", zegt Ellemeent. "Veel ouderen willen helemaal niet de medische molen in als hun kwaliteit van leven daardoor achteruitgaat" (Van Steenbergen, 2018). De discussie over de initiatiefnota werd gevoed door een artikel in het NRC over een nieuw opgezette screening in het Leids Universitair Medisch Centrum waar ouderen op de spoedeisende hulp gescreend worden op kwetsbaarheid doormiddel van een paar vragen (Weeda, 2018). De discussie werd voornamelijk vormgegeven alsof door screening op kwetsbaarheid er kostenbesparing in de zorg zou komen door ouderen maar gewoon niet meer te behandelen. Naar mijn idee is dit wel erg kort door de bocht... is dat echt waar de screening over gaat?

### *Aanleiding*

In het eerste deel van deze aanleiding komt naar voren dat nieuwe richtlijnen en programma's voor het screenen en onderzoeken van kwetsbaarheid noodzakelijk zijn. Dit en de huidige discussie over kwetsbaarheid geeft aanleiding voor dit onderzoek.

## 2. Probleemstelling

### 2.1 Maatschappelijk probleem

#### *Screenen op kwetsbaarheid*

Door de toename van ouderen binnen de maatschappij is er steeds meer noodzaak tot het aanpassen van de ziekenhuiszorg voor deze specifieke groep patiënten. Het Sociaal Centraal Planbureau geeft aan dat het aantal kwetsbare ouderen steeds verder toeneemt (Campen, 2011). Het meten van kwetsbaarheid wordt gezien als een belangrijk aspect om de gezondheid van patiënten in kaart te brengen (Covinsky, 2013). Binnen het ziekenhuis worden daarom verschillende modellen ingezet om ouderen te screenen op kwetsbaarheid. Door de mate van kwetsbaarheid vast te stellen kan worden bepaald wie extra aandacht of zorg nodig heeft (Schuermans et al. 2004). In de gezondheidszorg bestaan verschillende ideeën over wat kwetsbaarheid bij ouderen is, waardoor het lastig is om kwetsbare ouderen eenduidig te identificeren (Hogan et al., 2003; Markle-Reid en Browne 2003).

#### *Het definiëren van kwetsbaarheid*

Een eerste verband met kwetsbaarheid wordt beschreven door Vilans (2010) die beweert dat mensen met beperkte zelfmanagementvaardigheden een groter risico op kwetsbaarheid hebben. In de nieuwe definitie van gezondheid volgens Huber (2013) speelt die zelfmanagement een grote rol. De nieuwe definitie van gezondheid luidt: 'Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen (Huber, 2013). In die definitie gaat het niet langer om een optimale toestand van lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden (definitie WHO, 1946), maar om welke aspecten van het leven op basis van een persoonlijke keuze in aanmerking komen voor verbetering.

#### *Een breed kwetsbaarheidsperspectief*

Naarmate de leeftijd toeneemt, ervaren volwassenen en senioren hun eigen gezondheid als steeds minder goed (CBS, 2016). Extra aandacht voor kwetsbaarheid bij ouderen is daardoor van belang (Slaets, 2004). Toch denken ouderen niet in termen van kwetsbaarheid over zichzelf. Zij kijken vooral naar kwaliteit van leven waarbij de vraag 'wat vind ik belangrijk in mijn leven' een rol speelt (Campen, 2011). Met goede zelfmanagementvaardigheden zijn senioren beter in staat om zo lang mogelijk de regie te houden over hun leven en welbevinden (Steverink, 2009). Dit met als doel zo optimaal mogelijk te functioneren in het dagelijks leven en om de regie te blijven voeren over de eigen zorg. Relationele gebaseerde zorg, zorg gebaseerd op een zorgrelatie tussen zorgprofessional en zorgontvanger vormt hierbij een uitgangspunt voor goede zorg (Bridges, 2010). Daarnaast moet de situatie en perspectief van de kwetsbare oudere worden meegenomen. In kwaliteitskaders rondom kwetsbare ouderen wordt geprobeerd de behoeften en wensen van ouderen centraal te stellen (Zorginstituut Nederland, 2017). Dit komt overeen met wat van der Meide (2015) zegt: "Een breder kwetsbaarheidsperspectief heeft oog voor de geleefde ervaringen van oudere patiënten en laat zien dat kwetsbaarheid niet beperkt is tot het lichaam, maar ook betrekking heeft op de relaties waarin de oudere gesitueerd is en de institutionele context van het ziekenhuis". Een breed kwetsbaarheidsperspectief inclusief de zorgrelatie meenemen in de screening zou mogelijk kunnen zorgen voor het beter inschatten van de mate van kwetsbaarheid.

### 2.2 Wetenschappelijk probleem

#### *Kwetsbaarheid als predictiefactor*

Kwetsbaarheid wordt biomedisch gezien als een belangrijke predicatieve factor voor mortaliteit in patiënten welke zijn opgenomen in het ziekenhuis (Romero-Ortuno, 2016). De mate van kwetsbaarheid blijkt daarnaast een belangrijke voorspeller van opname in een verzorgings- of

verpleeghuis en van overlijden (Mitnitski et al, 2002; Morley et al., 2002). Doordat onderzoek de mate van kwetsbaarheid uitwijst als een belangrijke predictiefactor beargumenteren onderzoekers dat het in het ziekenhuis belangrijk is om ouderen te screenen op kwetsbaarheid. Screening geeft een beter inzicht in de identificatie van patiënten en de mate van zorg zij nodig hebben (Covinsky, 2013). Volgens Clegg (2013) is kwetsbaarheid een dynamisch proces. Het niet op tijd herkennen van kwetsbaarheid kan zorgen voor complicaties en onnodige interventies. Een hogere kwetsbaarheid kan de kans op negatieve uitkomsten vergroten en Clegg (2013) geeft aan dat de kans op vallen, delirium en functionele beperkingen mogelijk groter wordt.

#### *Preoperatief screenen op kwetsbaarheid*

Volgens Walston (2006) is de kwetsbaarheid van patiënten hoger in de preoperatieve periode omdat patiënten op dat moment psychologische stress ondervinden. Hij beweert daarom dat het belangrijk is om kwetsbaarheid preoperatief te meten (Walston, 2006). Volgens Ernst et al. (2014) zorgt een systemische screening op kwetsbaarheid voor een correcte identificatie van chirurgische patiënten die een hoger risico hebben op complicaties. Daarnaast zorgt de screening voor een verlaagd risico op complicaties en verlaagde mortaliteit. Makery et al. (2010) toont aan dat kwetsbaarheid geassocieerd wordt met een vergroot risico op postoperatieve complicaties in diverse chirurgische settings. Het voorspellen van de risico's op postoperatieve complicaties was voorheen gebaseerd op persoonlijke klinische ervaring van de chirurg. Pas recentelijk zijn er scoring systemen beschikbaar om de kans op postoperatieve complicaties vast te stellen (Saxton et al., 2011). Het nut van scoring systemen is variabel en afhankelijk van de patiëntenpopulatie en de chirurgische procedures. Desondanks is er een gebrek aan onderzoek naar de rol van preoperatieve kwaliteit van leven en kwetsbaarheid. Deze factoren kunnen beide een goede voorspeller zijn voor postoperatieve complicaties (Saxton et al., 2011).

#### *Beperkt onderzoek naar meetinstrumenten*

Hoogerduijn et al. (2007, 2012) beschrijft dat er steeds meer onderzoek wordt gedaan naar meetinstrumenten om kwetsbaarheid in kaart te brengen. Meetinstrumenten voor kwetsbaarheid kunnen mogelijk negatieve uitkomsten na een operatie voorspellen en indien realiseerbaar kunnen deze uitkomsten preoperatief met interventies bestreden worden (Hoogerduijn et al., 2007, 2012). Omdat kwetsbaarheid een proces is, moeten meetinstrumenten ook inspelen op de dynamische aspecten van dit proces (De Vries et al, 2011). Clegg (2013) beschrijft dat ondanks dat kwetsbaarheid een dynamisch proces is, er veel vaker verslechtering van kwetsbaarheid optreedt en dat screening tools nog onvolledig inspelen op de mogelijke verslechtering en dus de dynamische aspecten van kwetsbaarheid. Daarnaast is er nog een tekort aan onderzoek naar de validiteit en accuraatheid van bestaande screeningsmethoden. Er is te weinig kennis over welke testen en vragen in de praktijk functioneren. Hierdoor wordt kwetsbaarheid waarschijnlijk niet efficiënt genoeg gemeten (Clegg, 2013). Toch is er ook onderzoek dat juist bepaalde screeningstools aanraadt, zoals de Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (de Moraes, 2016). Desondanks komt er uit een onderzoek van Bongue (2017) dat veel screeningstools (*the Fried scale, Groningen Frailty Indicator, Vulnerable Elders survey en CGA*), nog onvoldoende discriminerend vermogen hebben om kwetsbaarheid nauwkeurig te herkennen. Er is daardoor nog steeds behoefte aan een screeningstool met hoge predicatieve performance (Bongue, 2017) welke accuraat, valide en betrouwbaar is voor de zorgprofessional (Clegg, 2013).

#### *Biomedische interpretatie kwetsbaarheid*

Biomedische interpretaties van kwetsbaarheid spelen een grote rol in de theorie achter meetinstrumenten voor kwetsbaarheid (Markle-Reid & Browne, 2003). Hierin is kwetsbaarheid een fysieke conditie waarin vergrote kans op ziekte, afhankelijkheid en verlies de bovenhand

nemen. Wanneer kwetsbaarheid alleen als een biomedisch probleem wordt geïdentificeerd wordt de context van de patiënt zelf niet meegenomen. Daarnaast geeft het biomedische begrip van kwetsbaarheid maar weinig richting in wat nodig is voor goede zorg. Diverse partijen hebben geprobeerd kwetsbaarheid te operationaliseren door kenmerken te clusteren die in grote cohortstudies samenhangen met negatieve gezondheidsuitkomsten (Fried et al., 2001). Kwetsbaarheid wordt vaak geassocieerd met de begrippen beperkingen, zelfredzaamheid en multimorbiditeit. Desondanks zijn causale verbanden tussen deze begrippen en kwetsbaarheid ver te zoeken (Deeg & Puts, 2008). Omdat er nog steeds weinig consensus is over welke aspecten samenhangen met kwetsbaarheid zijn mensen met vergrote kwetsbaarheid moeilijk te herkennen (Deeg & Puts, 2008). Ook heeft Puts (2007) aangetoond dat ouderen die volgens medische maatstaven kwetsbaar zijn, zich ook niet altijd kwetsbaar voelen. Als kwetsbaarheid moeilijk te herkennen is, is het lastig om hier actie op te ondernemen en de zorg hier op aan te passen.

#### *Antonius Ziekenhuis Nieuwegein*

Duidelijk wordt dat de biomedische interpretatie van kwetsbaarheid onvoldoende is om invulling te geven aan het leveren van goede zorg. In het Antonius ziekenhuis Nieuwegein wordt er preoperatief gescreend op kwetsbaarheid. Hiervoor worden verschillende vragenlijsten en functionele testen gebruikt (Antonius ziekenhuis, 2017). Deze vragen en testen zijn grotendeels op de biomedische interpretatie van kwetsbaarheid gebaseerd. Toch wordt er ook geprobeerd de context en de sociale aspecten van de patiënten mee te nemen door dit te implementeren in de screeningsvragen (Antonius Ziekenhuis, 2017). Omdat de screening nog maar kort geïmplementeerd is in het ziekenhuis, is er nog maar weinig data beschikbaar over de accuraatheid en predicatieve voorspelling van kwetsbaarheid van de screeningstool. Daarnaast is er nog te weinig kennis over of de screening leidt tot betere zorg voor de patiënt. Onderzoek hiernaar kan de zorg binnen het Antonius ziekenhuis Nieuwegein mogelijk verbeteren. Nader onderzoek naar het begrip kwetsbaarheid kan een rol spelen in hoe zorgprofessionals kwetsbaarheid in alledaagse zorgsituaties beter kunnen begrijpen en inhoud kunnen geven. Een beter begrip van het perspectief van de zorgprofessional en de patiënt op de preoperatieve screening naar kwetsbaarheid en de verkenning van goede zorg kan daarnaast mogelijk nieuwe kennis opleveren voor de zorgethiek.



### 3. Vraagstelling en doelstelling

#### 3.1 Vraagstelling

Gebaseerd op de aanleiding en probleemstelling heb ik de volgende hoofdvraag opgesteld: Kijkend naar de uitwerking van bestaande meetinstrumenten in de praktijk en de ervaringen van zorgprofessionals en patiënten, hoe kan kwetsbaarheid nader en vanuit een zorgethisch perspectief worden beschreven en geoperationaliseerd in het Antonius ziekenhuis Nieuwegein?

Deelvragen:

1. Welke parameters worden meegenomen bij de screening naar kwetsbaarheid binnen het Antonius Ziekenhuis Nieuwegein?
2. Hoe kijken zorgprofessionals die deelnemen aan het AGE-MDO<sup>1</sup> in het Antonius Ziekenhuis tegen de huidige praktijk van screening op kwetsbaarheid aan?
3. Wat is de beleving van patiënten omtrent het AGE onderzoek en screening op kwetsbaarheid?
4. Hoe kan kwetsbaarheid vanuit zorgethisch perspectief nader worden beschreven en geoperationaliseerd binnen het Antonius ziekenhuis Nieuwegein?

#### 3.2 Doelstelling

Met dit onderzoek wil ik tot een nader begrip van kwetsbaarheid komen. Dit wil ik bereiken door vanuit een zorgethisch perspectief de preoperatieve screening op kwetsbaarheid binnen het Antonius ziekenhuis Nieuwegein te onderzoeken. Ik wil een bijdrage leveren aan de kennis over kwetsbaarheid en het screenen op kwetsbaarheid door de ervaring van zorgprofessionals en patiënten mee te nemen. Een betere invulling van het begrip van kwetsbaarheid kan mogelijk leiden tot een verbetering van de zorg in de alledaagse praktijk.

---

<sup>1</sup> AGE staat voor: Antonius Geriatrische Evaluatie en is de naam van de screening die in het Antonius Ziekenhuis toegepast wordt. Verderop in het theoretisch kader staat meer uitleg over de AGE.

## 4. Theoretisch kader

### De AGE screening

De AGE (Antonius Geriatrie Evaluatie)-screening in het Antonius ziekenhuis Nieuwegein is een preoperatieve screening voor patiënten die mogelijk een hoger risico op kwetsbaarheid hebben. De patiënten worden aangemeld door de hoofdbehandelaar via een puntenlijstje en naar eigen inschatting van de zorgprofessional. Tijdens een aparte afspraak worden ze uitgebreid onderzocht op fysiek, mentaal en sociaal vlak. Na de screening wordt een kwetsbaarheidsprofiel opgemaakt en worden de chirurgische patiënten tijdens een multidisciplinair overleg met verschillende specialismes besproken. Hier worden de verschillende mogelijkheden, risicofactoren en verbeterpunten onderling doorgenomen. De overwegingen die in het multidisciplinair overleg aan de orde komen worden vervolgens met de patiënt besproken en worden er samen met de patiënt keuzes gemaakt over het behandelplan en een eventueel optimalisatie-traject (Antonius ziekenhuis, 2017).

### Zorgethiek

De analyse van dit onderzoek zal voornamelijk vanuit een zorgethisch oogpunt worden gedaan. Zorgethiek is een politiek-ethische stroming en kijkt met name naar de vraag: 'Wat is goede zorg, gegeven deze specifieke situatie?' (Leget et al., 2017). Er wordt dus voornamelijk binnen een bepaalde zorgpraktijk en context gekeken om zo gepersonaliseerde zorg voor elke patiënt zo goed mogelijk in te vullen. Om te kijken wat goede zorg is wordt er gewerkt met een theoretisch kader rondom zorg, welke ingevuld wordt met verschillende aandachtspunten (Leget et al., 2017). Een van die aandachtspunten is kwetsbaarheid. Van der Meide (2015) geeft aan dat kwetsbaarheid een belangrijk onderdeel is van onderzoek naar patiënten en ouderen. Deelnemers van zorg, zorgvragers en zorgprofessionals, kunnen het beste aangeven wat goede zorg voor hen en binnen de context van de situatie is (Leget et al., 2017; Tronto, 1993). De ervaringen van betrokkenen binnen een zorgsituatie zelf en hun eigen inzicht in de betekenis van goede zorg, maakt het mogelijk om beter inzicht te krijgen in wat nodig is in een bepaalde praktijk (Dierckx et al., 2011).

### *Kwetsbaarheid*

Een zorgethische opvatting van kwetsbaarheid wordt onder andere beschreven door van Heijst (2011). Zij stelt dat enerzijds afhankelijkheid en anderzijds het hebben van zorgbehoeftes belangrijk is voor de menselijke identiteit. Mensen hebben elkaar nodig om te overleven en om betekenis te geven aan hun leven. Iedereen is kwetsbaar volgens de zorgethiek omdat we relaties met elkaar aangaan. Doordat we relaties met elkaar aan gaan worden we van elkaar afhankelijk. Deze afhankelijkheid maakt ons vervolgens kwetsbaar omdat we op de ander vertrouwen en in bepaalde situaties steun of hulp verwachten van de ander. Van Heijst (2011) beweert dat door deze onderlinge afhankelijkheid kwetsbaarheid een natuurlijk deel van ons leven is. Kittay (1992) heeft een vergelijkbare visie als Van Heijst. Zij definieert kwetsbaarheid en afhankelijkheid met name vanuit een moeder-kind positie. Zij zegt dat iedereen ooit een moederskind is geweest en ooit afhankelijk van zijn of haar moeder geweest is, waardoor het mens-eigen is. In een zorgrelatie zijn de zorggever en de zorgontvanger beiden kwetsbaar. De zorgontvanger is kwetsbaar omdat hij of zij afhankelijk is van de zorg die hij of zij nodig heeft en de zorggever is kwetsbaar omdat zorgen 'werken' is en hij of zij daarin een afhankelijkheidsrelatie aangaat met de zorgontvanger. Deze afhankelijkheidsrelatie is echter ongelijk, omdat hij of zij niet dezelfde zorg terug krijgt. Daarnaast stelt Kittay (1992) dat een moreel persoon een zorg-gevend persoon is, die zijn of haar eigen behoeften opzijzet en de verantwoordelijkheid neemt om voor de ander te zorgen. Bij het opzij zetten van je eigen behoefte creëer je kwetsbaarheid. Kwetsbaarheid is dan ook relationeel. Ricoeur (1992) beargumenteert tevens dat onze identiteit ontstaat door de relaties die we

aangegaan en dat kwetsbaarheid ontstaat omdat we constant een subject zijn binnen de wereld waarin we leven en geen invloed hebben op wat er om ons heen gebeurt. Kwetsbaarheid is altijd relationeel en veel breder dan een individuele kwaliteit gebaseerd op het fysieke lichaam (Ricoeur, 1992).

### *Context*

De zorgethiek lijkt vooral het perspectief van de individuele persoon, context en situatie mee te willen nemen. De biomedische interpretatie van kwetsbaarheid baseert zich voornamelijk op criteria die algemeen gelden, veel voorkomen of universeel zijn vastgesteld. Meetinstrumenten zijn gebaseerd op universeel vastgestelde beoordeelbare variabelen, waarbij voornamelijk de fysieke conditie wordt beschreven. De vraag ontstaat hoe kwetsbaarheid het best te meten is. Is objectief meten, dus volgens deze vastgestelde variabelen, in wezen wel mogelijk of wordt van elke variabele de ervaring al meegenomen? Of heb je juist in de zorg deze universeel vastgestelde variabelen nodig om te diagnosticeren en te kunnen behandelen? Goossensen (2011) beweert dat het noodzaak is om gebonden reducties in de zorg beperkt te houden. Reductie zorgt ervoor dat een patiënt niet meer als persoon gezien wordt, maar gezien wordt als een diagnose, ziekte of een te verrichten handeling. Net als kwetsbaarheid een proces is, is zorgen dat ook. Telkens moeten verschillende behoeftes van de verschillende deelnemers van een zorgpraktijk worden meegenomen. Met universeel vastgestelde variabelen alleen kun je dit mogelijk niet onderzoeken. Iedere patiënt, kwetsbaar of niet kwetsbaar, heeft belevingen bij een behandeling en het krijgen van zorg. Door de ervaringen en belevingen juist wel mee te nemen van betrokkenen is een groter perspectief op de zorgpraktijk mogelijk (Goossensen, 2011). Van Baart (2011) beweert dat daarbij zorgvuldige waarneming van wie de patiënt is, wat voor hem van waarde is en wat hij of zij doormaakt, voorop moet staan.

### *Relationaliteit*

Vanuit een zorgethisch perspectief is relationaliteit een belangrijk concept, welke erg van belang is binnen dit onderzoek. Volgens Leget et.al. (2017) zijn mensen met elkaar verbonden door relaties. De filosoof Ricoeur (1992) sluit hierbij aan en zegt dat onze identiteit gevormd wordt doordat iedereen verbonden is in relaties en door de verschillende relaties die we aangaan. Zo wordt ook de personaliteit van de zorgprofessional gevormd binnen de zorgpraktijk waarin hij of zij zich beweegt en daarin zorgrelaties aangaat. Ricoeur (1992, p. 192) beschrijft "To self-esteem, understood as a reflexive moment of the wish for the "good life", solicitude adds essentially the dimension of lack, the fact that we need friends; as a reaction to the effect of solicitude on self-esteem, the self perceives itself as another among others". Kort vertaald betekent dit dat men relaties nodig heeft om een eigen identiteit te ontwikkelen. Moraliteit ontstaat dan ook vanuit relationaliteit. De zorgethica van Heijst (2005) zegt dat de basis van een zorgpraktijk relationeel is. Walker (2007) sluit hierop aan door te beargumenteren dat een zorgpraktijk ontstaat tussen meerdere personen, waardoor het aangaan van relaties essentieel is. Tronto (1993) beargumenteert dat in een zorgrelatie iemand verantwoordelijkheid neemt voor zorg voor een ander. Zoals eerder ook al naar voren kwam hebben relationaliteit en kwetsbaarheid veel met elkaar te maken. Kwetsbaarheid is relationeel en ook in dit onderzoek gaat het over patiënten die afhankelijk zijn van hun zorgontvanger en een relatie aan gaan met de zorgprofessional waardoor ze kwetsbaar zijn. Het nodig hebben van zorg zorgt voor die afhankelijkheid en voor de kwetsbaarheid.

### *Zorgethisch perspectief op gezamenlijke besluitvorming*

De beschrijving hierboven over de AGE screening heeft naar eigen zeggen een belangrijk deel in de gezamenlijke besluitvorming. In dit onderzoek is het belangrijk om te kijken in hoeverre dit ook

gebeurt. Van Nistelrooij et al. (2017) hebben zorgethisch gekeken naar gezamenlijke besluitvorming. Zij beweren dat een toename van gezamenlijke besluitvorming in grote mate voldoet aan het idee van zorg als relationele praktijk, wat in bovenstaande paragraaf uitgelegd is. De beslissing over de behandeling is het resultaat van een proces dat zich afspeelt tussen de patiënt en de zorgverlener (Van Nistelrooij et al., 2017). Zij geven echter ook aan dat autonomie van de patiënt soms moeilijk is als er keuzes gemaakt moeten worden en een patiënt lijdt aan een ernstige ziekte of in een levensbedreigende situatie zit. Hier komt nogmaals naar voren dat iemand in zo'n situatie afhankelijk en kwetsbaar is. Volgens Van Nistelrooij et al. (2017) moet iemand dan andere mensen betrekken bij het besluitvormingsproces en dit niet alleen aangaan. Deze anderen moeten een ondersteunende rol spelen. Van Nistelrooij et al. (2017) stellen dan ook voor om op een relationele manier naar autonomie te kijken. Dit is anders dan in de huidige praktijk waarbij autonomie juist tegenovergesteld van relaties wordt gezien. Zij stellen een "radicaal relationeel beeld van autonomie voor, waarbij rekening wordt gehouden met onvermijdelijke menselijke afhankelijkheid en kwetsbaarheid". Dit hangt vast aan het idee wat Ricoeur (1992) stelt, dat onze identiteit wordt gevormd door anderen. Door de relaties die we opbouwen kunnen we onze persoonlijkheid ontwikkelen (Ricoeur, 1992). Door relaties op te nemen in de gezamenlijke besluitvorming wordt het delen van de beslissing nog meer verdeeld over betrokkenen of belanghebbenden. Zo wordt in een netwerk van relaties het nemen van beslissingen ondersteund en zorgt dit voor betere ondersteuning en zorg voor diegene waar het zorgproces over gaat of voor wie keuzes moet maken (Nistelrooij et al., 2017).

## 5. Methode

### 5.1 Onderzoeksbenadering en methode

De onderzoeksmethode gekozen voor dit onderzoek is een vorm van ‘grounded theory study’ genaamd QUAGOL: Qualitative Analysis Guide of Leuven (Dierckx, 2012). Bij een *grounded theory study* wordt getracht dieper op een begrip, actie of proces in te gaan dan de beschrijving (Creswell, 2016). In dit onderzoek wordt beoogd een betere kijk op het begrip kwetsbaarheid te ontwikkelen. Ontwikkeling van de theorie zou de praktijk, de zorg in het ziekenhuis kunnen helpen verklaren of een kader kunnen bieden voor verder onderzoek. Aangezien in dit onderzoek het van belang is dat de praktijk en ervaringen van betrokkenen ook meegenomen worden is er gekozen voor QUAGOL. QUAGOL combineert *grounded theory study* met fenomenologisch onderzoek (Dierckx, 2012). Fenomenologisch onderzoek richt zich met name op de essentie van geleefde ervaringen en *grounded theory study* op inductief gebaseerde verklaringen van sociale en psychosociale processen (Baker C et al., 1992). QUAGOL probeert bovenstaande doelen te bereiken door alle inzichten uit interviews zo goed mogelijk te includeren door middel van een systematische en uitgebreide analyse (Dierckx, 2012).

### 5.2 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

De onderzoekseenheid in dit onderzoek zijn patiënten die deelnemen aan de AGE screening en zorgprofessionals die betrokken zijn bij de AGE screening naar kwetsbaarheid en/of deelnemen in het multidisciplinair overleg in het Antonius ziekenhuis Nieuwegein. Geïnccludeerd in de studie zijn acht patiënten die de screening hebben ondergaan en acht zorgprofessionals die werkzaam zijn in het Antonius ziekenhuis welke te maken hebben met deze patiënten en/of deelnemen aan het multidisciplinair overleg. De dataverzameling heeft plaats gevonden middels observaties, het bijwonen van de screeningsmomenten, het bijwonen van meerdere multidisciplinaire overleggen tussen zorgprofessionals en het afnemen van interviews bij de patiënten en zorgprofessionals. In het Antonius ziekenhuis Nieuwegein worden de hoog risico patiënten preoperatief gescreend op kwetsbaarheid door uitgebreid fysiek, mentaal en sociaal reservevermogen in kaart te brengen. Dit wordt gedaan door een arts-anesthesiologie. Deze parameters en de daarbij behorende vragen worden geanalyseerd.

### 5.3 Dataverzameling en data-analyse

Bij QUAGOL vinden de analyse en dataverzameling tegelijkertijd plaats (Dierckx, 2011). Het analyse proces bestaat uit 10 stappen maar methodisch is het constant schuiven tussen de verschillende fases. QUAGOL is een geordende methode, maar geeft de onderzoeker genoeg ruimte voor intuïties en creativiteit (Dierckx, 2011). De dataverzameling vond plaats in het Antonius Ziekenhuis Nieuwegein. De vragenlijst die in het Antonius ziekenhuis wordt gebruikt en de ervaringen van zorgprofessionals binnen het Antonius ziekenhuis zijn geanalyseerd. Het doel van QUAGOL is een reconstructie van het verhaal van de participanten op een theoretisch niveau en analyse van de gevonden concepten. Het is een herhalend proces van analyse in dialoog met de data waardoor de onderzoeker steeds dieper kan graven in het te onderzoeken begrip (Dierckx, 2011). Doordat dit onderzoek door maar 1 onderzoeker wordt uitgevoerd en de data-analyse redelijk klein is, is er voor gekozen om niet alle 10 de stappen volgens QUAGOL uit te voeren. De volgende stappen van QUAGOL zijn uitgevoerd:

1. Het herlezen van de interviews en observaties + maken van notities
2. Het schrijven van een klein narratief verslag per interview
3. Het maken van een conceptueel overzicht per interview/observatie (voorbeeld in bijlage 1)
4. Vergelijken van conceptueel overzicht met de data (heen en weer beweging)
5. Maken van een conceptueel overzicht van alle data (voorbeeld in bijlage 2)

6. Het opstellen van een lijst met concepten (voorbeeld in bijlage 3)
7. Heen en weer beweging tussen de lijst met concepten en de data
8. Het opnieuw (in eigen woorden) definiëren van de concepten
9. Het herschrijven van de concepten naar een antwoord op de onderzoeksvraag

Er is bij dit onderzoek niet gekozen om de concepten en data in een software programma te zetten maar omdat het onderzoek relatief klein is alle stappen van de QUAGOL analyse handmatig uit te voeren. Bij de beschrijving van de QUAGOL methode (Dierckx, 2012) wordt weinig gezegd over het combineren van de data met theoretisch onderzoek. In dit onderzoek is er voor gekozen om direct op de gevonden concepten en bevindingen te reflecteren en extra te analyseren door middel van literatuuronderzoek. Dit is gedaan om een extra dimensie aan informatie en reflectie te geven op de gevonden ervaringen en bevindingen.

#### **5.4 Ethische overwegingen**

Ethische overwegingen zijn belangrijk in alle fases van het onderzoek, maar vooral bij de dataverzameling en beschrijven van de bevindingen. Bij de dataverzameling hebben interviews plaatsgevonden met participanten. Participanten hebben voorafgaand aan deelname toestemming gegeven voor het gebruiken van beschrijvingen en ervaringen die zij gedeeld hebben. Met de deelnemers is afgesproken dat de opnames die bij de interviews gemaakt zijn, na de verwerking in script, worden verwijderd. Hier heeft de onderzoeker zich aan gehouden. Bij de analyse van de data is waarborgen van de privacy en anonimiteit van de participanten belangrijk. Pseudoniemen in plaats van echte namen zijn gebruikt en de gegevens zijn daarom niet terug te leiden naar de participanten. Daarnaast zijn identificerende onderdelen weggelaten. Verkregen gegevens zijn gedurende het onderzoek niet gedeeld met derden. Ook zullen deze gegevens na het onderzoek niet gedeeld of gebruikt worden voor verdere doeleinden of nieuwe onderzoeken.

#### **5.5 Kwaliteitscriteria**

QUAGOL faciliteert het analyseproces van kwalitatieve data maar waarborgt geen kwaliteit van de analyse. Belangrijk om zo goed mogelijk de kwaliteit te waarborgen, is het constant balanceren tussen de fasen door het onderzoeksproces heen. Een zo goed mogelijke navolgbaarheid van het onderzoek vergroot daarnaast de betrouwbaarheid. Hiervoor is zorgvuldig beschrijven van de methode, analyse en beweging tussen de fasen van belang (Creswell, 2016). In fenomenologisch onderzoek wordt om de betrouwbaarheid te vergroten vaak gebruik gemaakt van *bracketing* (Finlay, 2008) en *bridling* (Johnson & Parry, 2016). Hierbij worden vooroordelen en assumpties van de onderzoeker eerst tussen haakjes gezet. Dit houdt in dat er voor de analyse een fase is van bewustwording van vooroordelen en eigen ideeën. Hiermee wordt getracht onbewuste invloeden van de onderzoeker op de analyse te voorkomen. Bij QUAGOL wordt het perspectief, de ervaringen en de intuïties van de onderzoeker juist wel meegenomen om tot nieuwe inzichten te komen. Hier hangt ook de kwaliteit van het onderzoek van af. Het vermogen en de creativiteit van de onderzoeker beïnvloedt de prosperiteit van de analyse. Een reflexieve houding waarbij de onderzoeker reflecteert op zijn of haar eigen subjectiviteit is van belang en biedt inzicht in hoe de onderzoeksresultaten tot stand zijn gekomen (Roulston & Shelton, 2015). De onderzoeker heeft getracht dit te bereiken door eigen gedachten en ideeën op te schrijven en deze bewust mee te nemen in de analyse. Hierdoor wordt ook de kwaliteit van het onderzoek nader gewaarborgd. Ten slotte is triangulatie ook een belangrijke kwaliteitscriteria. Dit wordt getracht te bereiken door ondersteuning van verschillende begeleiders die toezien op het onderzoeksproces.

## 6. Bevindingen

In dit hoofdstuk zullen de bevinden weergegeven worden die bij de interviews en observaties naar voren zijn gekomen. Elke deelvraag zal deels beantwoord worden door empirisch onderzoek (observaties en interviews: paragraaf 6.1, 6.2 & 6.3) en deels door theoretisch onderzoek (literatuur: 6.4).

De volgende deelvragen worden beantwoord:

- Welke parameters worden meegenomen bij de screening naar kwetsbaarheid in het Antonius ziekenhuis?
- Wat zijn de ervaringen van zorgprofessionals over de AGE screening?
- Wat zijn de ervaringen van patiënten over de AGE screening?

### 6.1 Zorgprofessionals en hun visie op kwetsbaarheid

In deze paragraaf wordt geprobeerd de vraag te beantwoorden: ‘Welke parameters worden meegenomen bij de screening naar kwetsbaarheid in het Antonius ziekenhuis? Zoals eerder beschreven is het van belang om te onderzoeken hoe zorgprofessionals zelf kwetsbaarheid herkennen en wat ze van kwetsbaarheid vinden. De gevonden concepten uit de interviews zijn ingedeeld in de thema’s: ‘trainen van onderscheidend vermogen’, ‘bezieling tot leven en optimalisatie’, ‘zelfredzaamheid’ en ‘veerkracht binnen zijn of haar context’. In paragraaf 6.4 wordt gezocht naar wetenschappelijke onderbouwing van de parameters die gebruikt worden bij de screening en van het nut van screening op kwetsbaarheid en optimalisatie. Daarnaast wordt er in paragraaf 6.4 geprobeerd de empirisch gevonden data te combineren met de wetenschap.

#### Het trainen van onderscheidend vermogen

Voordat patiënten bij de preoperatieve screening op kwetsbaarheid komen moeten ze aangemeld worden voor de screening door de hoofdbehandelaar of de verpleegkundig specialist chirurgie. Hier wordt de eerste stap gemaakt in het mogelijk herkennen van mensen die een verhoogd risico hebben op kwetsbaarheid. Ter ondersteuning is er een puntenlijstje opgemaakt met 10 vragen die mogelijk bepalen of iemand kwetsbaar is of niet. De respondenten geven aan dat de keuze of iemand kwetsbaar is of niet, niet te bepalen is met een screeningslijstje. Het puntenlijstje vraagt een zwart-wit keuze te maken in aspecten wat vaak niet mogelijk is.

*‘Het is soms een beetje een zwart-wit keuze of je wel of niet een punt moet geven’ (Interview VPA)*

*‘Je moet niet een te strakke richtlijn hebben, je moet het met je eigen inzicht doen’ (Interview VPC)*

Daarom geven de zorgprofessionals aan dat het meenemen van een ‘onderbuikgevoel’ of het meenemen van professionele ervaring belangrijk is. Als het onderbuikgevoel niet pluis is, dan geeft dat de doorslag om iemand naar de screening te sturen. Het bewust kijken naar patiënten en steeds frequenter letten op de kwetsbaarheid zorgt voor meer kennis en ervaring over de ‘kwetsbare patiënt’ waardoor deze gemakkelijker te herkennen is. Zorgprofessionals geven aan dat het belangrijk is om steeds meer bekwaamheid rondom kwetsbaarheid te vergaren om zo de juiste patiëntselectie te kunnen uitvoeren.

*‘Iemand kan ook op een andere manier kwetsbaar zijn wat niet helemaal uit de vragenlijst komt, maar waarvan je toch hebt, ja, maar iets, iets is er niet helemaal pluis’ (Interview VPD)*

Ondanks het steeds beter herkennen van kwetsbaarheid, geven de zorgprofessionals aan het lastig te vinden om een definitie voor kwetsbaarheid te formuleren aan te geven en/of met termen aan patiënten uit te leggen.

*‘Het is vaak nog wel een beetje zoeken van welke termen hang je daar nou aan om het voor mensen niet belastbaar te laten zijn’ (Interview VPB)*

### Bezieling tot leven en optimalisatie

Motivatie wordt door de respondenten aangegeven als een van de belangrijkste aspecten of iemand kwetsbaar is of niet. Motivatie voor de operatie en motivatie tot willen leven bepaalt veerkracht, het vermogen om te herstellen van tegenslag. Als de motivatie ontbreekt is het risicovol om een operatie aan te gaan. Daarnaast heb je gemotiveerde patiënten nodig voor optimalisatie. Volgens de zorgprofessionals komen daar namelijk de goede resultaten uit. Hoe goed iemand uit een operatie komt en daarna om kan gaan met teleurstellingen of een dip na de operatie heeft te maken met de veerkracht. Hoe gemotiveerd iemand is bepaalt ook hoeveel veerkracht iemand heeft. Dit bepaalt hoe kwetsbaar iemand is. Bij weinig veerkracht is iemand extra kwetsbaar.

*‘Als iemand na een operatie even in een dipje raakt, of ze dan wel voldoende veerkracht hebben om daar weer boven op te komen’ (Interview VPA)*

Zorgprofessionals baseren daarnaast hun oordeel over hoe kwetsbaar iemand is met de vraag wat iemand zelf nog wil. Hoeveel plezier heeft iemand nog en hoe staat iemand in het leven? Als die zelfbeschikking laag is dan is er extra kwetsbaarheid. Belangrijk ook geven respondenten aan, is om in het gesprek te kijken of de patiënt gemotiveerd is, of dat misschien alleen de familie gemotiveerd is, dat lijkt soms nog wel lastig te onderscheiden.

*‘Wat wilt u zelf, eigenlijk moet je daar bij iedereen bij stil staan’ (Interview VPB)*

### Zelfredzaamheid bepaalt kwetsbaarheid

Een factor die ook invloed heeft op kwetsbaarheid is de afhankelijkheid. Enerzijds komt dit voor bij patiënten die afhankelijk zijn van naasten. Anderzijds is dit het geval als anderen (zoals partners) afhankelijk van patiënten zijn. Als iemand niet geopereerd wil worden met als reden dat een partner afhankelijk is van de patiënt, zorgt dat voor onzekerheid naar de operatie toe en dus meer kwetsbaarheid. Afhankelijkheid, geven respondenten aan, hangt nauw samen met zelfredzaamheid. Hoeveel iemand zelf nog kan en eventueel nog bereid is te doen om conditioneel te verbeteren, geeft aan hoe zelfredzaam iemand is. Hoe lager de zelfredzaamheid, hoe hoger de kwetsbaarheid.

Observatie 10/4: Patiënt F kijkt op tegen de operatie omdat haar man nog thuis is en zij die dan alleen moeten laten.

### Veerkracht binnen zijn of haar context

Kwetsbaarheid gaat daarnaast volgens zorgprofessionals over hoeveel reserves iemand nog heeft. Hoeveel fysieke maar ook psychische teleurstellingen iemand nog aankan en kan verwerken. Dit is belangrijk bij het omgaan met het herstel na een operatie. Zorgprofessionals observeren de reserves door te observeren hoe iemand uit eerdere episodes of tegenslag is gekomen en te observeren hoe iemand veranderd is in de afgelopen tijd. Hiervoor blijkt het belangrijk om iemands volledig context mee te nemen en de gehele patiënt in kaart te brengen.

*‘Stel dat je twee mensen hebt, met dezelfde aandoening, maar de een zorgt voor een dementerende partner, dan is die persoon toch kwetsbaarder. Die heeft veel meer belasting thuis,*



*wat bepaalt dat iemand kwetsbaarder is. Je moet dus heel breed kijken' (Interview G)*

Kwetsbare personen hebben preoperatief extra aandacht nodig, maar ook postoperatief. Als de inschatting wordt gemaakt dat iemand extra aandacht nodig heeft door bepaalde risicofactoren dan wordt iemand als extra kwetsbaar gezien en moet er volgens zorgprofessionals naar de behoefte van die persoon gekeken worden.

*'Je moet goed kijken waar de behoefte ligt' (Interview VPB)*

## 6.2 Zorgprofessionals en het meten van kwetsbaarheid

Naast het in kaart brengen van de visie op kwetsbaarheid van de zorgprofessionals, is het naar mijn idee van belang om de ervaringen van de huidige screening te onderzoeken. Dit met als doel te bepalen hoe en of de screening werkt. In dit deel wordt daarom getracht antwoord te geven op de vraag: 'Wat zijn de ervaringen van zorgprofessionals over de AGE screening?'. De gevonden concepten uit de interviews zijn ingedeeld in de volgende thema's: 'Het hele plaatje van de patiënt', 'verantwoordelijkheid en vertrouwen binnen de arts-patiëntrelatie', 'voorbereiding van de patiënt door meer bewustwording', 'gerichte aandacht voor de patiënt', 'trainen van onderscheidend en inzettend vermogen'. In paragraaf 6.4 komen dezelfde thema's terug in de literatuurstudie om zo de empirisch gevonden data te combineren met de wetenschap.

### Het hele plaatje van de patiënt

Wat veel zorgprofessionals als meerwaarde aangeven van het multidisciplinair overleg en het screenen van de patiënten op kwetsbaarheid is dat er op deze manier met een breder perspectief naar de patiënt gekeken kan worden. Deze meerwaarde wordt volgens de respondenten bereikt doordat de parameters rondom kwetsbaarheid in gezamenlijk verband onderzocht worden.

*'Dat je breder kijkt, niet alleen naar het feit dat hij aan een darm geopereerd moet worden, maar ook naar interne problematiek of geriatrisch onderliggend lijden' (Interview VPB)*

*'Je gaat af op de theorie dat meerdere mensen meer weten dan één en dat je daardoor sterker staat' (Interview A)*

Als aanvulling hierop geven de zorgprofessionals aan dat het multidisciplinaire karakter van het overleg bijdraagt aan de screening, omdat iedereen vanuit een eigen expertise en vanuit anderen ogen naar de patiënt kijkt. Hierdoor wordt het plaatje van de patiënt compleet in beeld gebracht en kunnen de verschillende zorgprofessionals elkaar aanvullen.

*'Iedereen heeft zijn eigen kennis. Zo kun je met ieders kennis de beste beslissing nemen en een goed advies aan de patiënt geven' (Interview VPD)*

De respondenten beargumenteren daarnaast dat door de screening, het multidisciplinair overleg en door het inzien van risico's, vitaliteit en de verschillende mogelijkheden, zij als zorgprofessionals een beter weloverwogen advies kunnen geven en mogelijk besluit kunnen maken. Het overleg in een multidisciplinair team draagt daar aan bij.

*'Willen wij dat een operatie ze verder helpt in de toekomst, dan is daarbij soms de vraag of dat de beste behandeling is, omdat deze ook heel risicovol kan zijn' (Interview VPD)*

Bij de screening en het multidisciplinair overleg worden volgens de respondenten de verschillende mogelijkheden voor de patiënt in kaart gebracht. De meeste respondenten geven aan dat ze het fijn vinden dat er nog een keer goed wordt gekeken naar wat nodig is, wat de behoefte is en wat voor een mogelijkheden er voor de patiënt zijn. De screening en het multidisciplinair overleg zorgen er volgens de zorgprofessionals voor dat ze een betere argumentatie en onderbouwing krijgen om keuzes uit te leggen aan de patiënt en hier beter over na te denken. Door de screening en door het inzien van risico's, vitaliteit en de verschillende mogelijkheden kunnen zowel zorgprofessional als patiënt een beter weloverwogen besluit maken.

*'Het maakt het soms wel makkelijker voor mensen om een bepaalde keuze te maken' (VPB)*

De screening lijkt gericht te zijn op het onderzoeken van optimalisatie: waar kan iemand nog in geoptimaliseerd/verbeterd worden voor de operatie. Het doel is om de kans op complicaties kleiner te maken en de kans op sneller of fijner herstel groter. Sommige respondenten geven aan dat de gehele context van de patiënt meenemen daarom belangrijk is om alle aspecten van iemand mee te kunnen nemen. Zo kan er volgens de zorgprofessionals gekeken worden of iemand daadwerkelijk kwetsbaar is en of er mogelijkheid tot optimalisatie is. Ook in de keuze tot wel of niet behandelen is een breed perspectief nodig. Het meenemen van de ziektelast en de risico's van een operatie moeten tegen elkaar opgewogen worden. Dit is per persoon verschillend en om een goed besluit of juiste interventie in te zetten moet alles in kaart worden gebracht.

*'Het mooie aan dit screeningsinstrument is dat we echt per persoon en per situatie kijken of iemand kwetsbaar is ja of nee' (Interview VPD)*

*'Je hebt nu gewoon echt veel gerichtere interventies' (Interview VPB)*

Patiëntselectie is belangrijk om geen onnodige belasting te veroorzaken bij mensen die de screening eigenlijk niet nodig hebben. Toch wordt dit door de respondenten als lastig ervaren en geven ze daarom aan dat je iemands gehele context moet meenemen. Soms kom je er in de screening pas achter dat het onnodig is. Toch lijkt het dat er door middel van goede selectie geprobeerd wordt alleen gericht door te sturen. Een breed perspectief hebben is hierbij essentieel en een focus op alleen leeftijd of een bepaalde risicovolle ingreep moet hierbij los gelaten worden.

*'Niet alleen maar richten op kwetsbare ouderen, maar op de kwetsbare patiënt. Het gaat niet om de ingreep, het gaat juist om de patiënt' (VPC)*

#### Samenwerken in een team voor de beste zorg voor de patiënt

De meeste respondenten vinden het fijn dat ze bij een lastige of complexe casus hulp kunnen vragen aan het AGE team en het met collega's kunnen bespreken. Zij geven aan dat ze, naast het formuleren van hun eigen visie, het prettig vinden dat er een onafhankelijk iemand naar de patiënt kijkt en er gezamenlijk nagedacht kan worden. Als voordeel hierbij geven de respondenten aan dat de AGE ervoor zorgt dat er een gezamenlijke verantwoordelijkheid is over de patiënt. Door andere zorgprofessionals te betrekken verdeel je de verantwoordelijkheid voor de patiënt over meerdere specialismen, over het hele team zodat zij zich samen verantwoordelijk voelen voor goede zorg voor de patiënt.

*'Dat de verantwoordelijkheid niet alleen bij de chirurg wordt neergelegd' (VPC)*

Door een gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt er ook een gezamenlijke inspanning van zorgprofessionals verwacht.

*'Je hebt een gezamenlijke verantwoordelijkheid en daarom moet je er ook een gezamenlijke effort in stoppen' (VPC)*

Een van de respondenten geeft aan dat bij een operatie zorgprofessionals met elkaar samen moeten werken. Dit is geen individualistische handeling, dus moet er volgens de respondent een gezamenlijk standpunt komen zodat iedereen achter de handeling staat die ze uitvoeren. Het multidisciplinair overleg draagt bij aan de samenwerking tussen zorgprofessionals omdat ze in gesprek gaan over wat het goede is voor de patiënt. Daarnaast bevordert het de gezamenlijke

besluitvorming tussen zorgprofessionals om uiteindelijk tot wel of niet behandelen over te gaan. Tenslotte beweren de respondenten dat de AGE er ook voor zorgt dat er een gezamenlijke besluitvorming is tussen de zorgprofessional en de patiënt met zijn familie door in gesprek te gaan over de behandeling, hoe iemand zich voelt, wat de risicofactoren zijn en wat er kan. Alle overwegingen worden meegenomen, inclusief de mening van de patiënt.

*‘Alle aspecten worden belicht, eigen mening wordt ook heel duidelijk meegenomen op de poli, in de besluitvorming’ (Interview VPA)*

#### Vorbereiding van de patiënt door meer bewustwording

Volgens de respondenten zorgt de screening voor het opgang brengen van een bewustwordingsproces van de patiënt. Door na te denken over risico's, opties en over hoe vitaal iemand is, gaat iemand nadenken over de preoperatieve periode, de operatie maar ook over de postoperatieve periode en wat er bij deze verschillende periodes nodig is. Door meer bewustwording kan er een betere voorbereiding op complicaties en/of de postoperatieve periode plaatsvinden. Tevens geven de respondenten aan dat het hierbij ook gaat over het opbouwen van een psychische conditie. Zodra mensen zich bewust zijn van de risico's op complicaties na de operatie dan zorgt dat ervoor dat ze beter voorbereid zijn en hier na de operatie ook beter mee om kunnen gaan.

*‘Mensen worden zich meer bewust dat het gewoon een flinke ingreep is’ (Interview VPA)*

Met de screening worden volgens de respondenten de patiënten betrokken in de besluitvorming, maar ook in het proces voor optimalisatie. Zij geven aan dat het hierbij van belang is dat er een beroep wordt gedaan op hun zelfbetrokkenheid. Het duidelijk te maken van de eigen consequenties van het niet optimaal de operatie in gaan en het benadrukken dat mensen zich beter gaan voelen als ze conditioneel verbeteren, lijkt voor meer bewustwording te zorgen. De respondenten hopen dat deze bewustwording ook tot motivatie voor optimalisatie leidt.

*‘Je moet het echt heel goed betrekken op henzelf, het heeft voor henzelf veel consequenties’ (Interview VPR)*

*‘Goed voorbereid en gefocust aan de start verschijnen is heel belangrijk’ (Interview A)*

De screening lijkt hier ook aan bij te dragen door de beleving van mensen te veranderen en hierdoor meer motivatie en zekerheid te geven voor de operatie. Volgens de respondenten wordt met behulp van een optimalisatietraject getracht patiënten trotser op zich zelf en zelfverzekerder te laten voelen waardoor ze optimaler de operatie in gaan. Ook geven respondenten aan dat de testen en de vragen confronterend kunnen zijn voor patiënten. Dit is goed volgens de zorgprofessional want dit brengt het bewustwordingsproces op gang. Mensen worden aan het denken gezet en dit zorgt ook soms voor motivatie om geoptimaliseerd te worden.

*‘Dat mensen geconfronteerd worden met de testen, dus ook bijvoorbeeld geconfronteerd worden met als ze bijvoorbeeld een handkrachttest niet meer goed kunnen, dat is heel fysiek’ (Interview G)*

Het bewustwordingsproces bij de patiënt hangt volgens de respondenten nauw samen met een nadenkproces bij de patiënt. De screening draagt bij aan een nadenkproces voor de patiënt om inzicht te krijgen in keuzes die gemaakt kunnen worden en de mogelijkheden die er zijn.

*'Soms helpt het ook voor mensen zelf, als ze zoiets hebben van ik weet het nog niet zo goed'*  
(Interview VPB)

Naast het stimuleren van een bewustwordingsproces bij de patiënt, zorgt de screening ook voor een bewustwording van de zorgprofessional zelf. De zorgprofessionals geven aan dat zij bewuster kijken naar de patiënt en naar de kwetsbaarheid van de patiënt. Volgens hen komen zij enerzijds meer te weten over de patiënt die voor hen zit en anderzijds kijken zij gericht naar parameters wat goed is voor de patiënt.

*'Dat je echt veel bewuster kijkt naar jouw patiënt en naar de kwetsbaarheid'* (Interview VPD)

*'Nog bewuster eigenlijk kijken naar de mens die voor je zit'* (Interview VPB)

### Gerichte aandacht voor de patiënt

Door de screening krijgt de patiënt volgens de respondenten meer gerichte aandacht van de zorgprofessional: er wordt beter gekeken naar de patiënt en naar de kwetsbaarheid in een specifiek geval.

*'Goed stil staan bij de patiënt'* (Interview VPC)

Daarnaast geven de respondenten aan dat door het multidisciplinair overleg meerdere zorgprofessionals betrokken worden bij de zorg voor de 'kwetsbare patiënt', waardoor er meer aandacht is voor de patiënt. Zij zeggen dat het voordeel hiervan is dat er met elkaar beter nagedacht wordt over de zorg voor de specifieke patiënt. De screening lijkt voor een extra check te zorgen op wat er als nazorg geregeld moet worden. Hiermee kan worden besloten of het consultatief team ouderen ingezet moet worden en ook welke aandachtspunten of verbeterpunten zijn voor de huisarts. Daarnaast geeft één van de respondenten aan dat de betrokkenheid van de zorgprofessionals ook zorgt voor gerichte postoperatieve visite. Doordat er preoperatief al meer een band met de patiënt is opgebouwd en er meer aandacht was voor zijn of haar kwetsbaarheid, blijft deze betrokkenheid en aandacht ook postoperatief bestaan.

*'Gerichte postoperatieve visite omdat ik die patiënt ook heel goed ken vantevoren'* (Interview A).

Door de betrokkenheid van meerdere specialismes binnen het multidisciplinair overleg, is zowel de screening als het multidisciplinair overleg volgens de zorgprofessionals actiegericht. Met de actiepunten die besproken worden wordt snel wat gedaan. Er kan bijvoorbeeld snel worden besloten of interventies ingezet moeten worden. Er zijn korte lijnen dus er worden snel afspraken gemaakt tussen zorgprofessionals. Ook de screening is actiegericht en dat horen de meeste respondenten terug van patiënten. Er gaat niet lang overheen voordat acties die uit de screening komen daadwerkelijk plaatsvinden.

*'Je maakt gericht afspraken om iemand te optimaliseren.'* (Interview VPB)

*'Niet alleen maar het bespreken omdat je moet bespreken, er wordt ook wel wat mee gedaan'*  
(Interview VPC)

### Trainen van onderscheidend en inzetend vermogen

Het multidisciplinair overleg lijkt bij te dragen aan een leertraject van de zorgprofessional. Volgens respondenten wordt er meer ervaring opgedaan in hoe kwetsbaarheid te herkennen is. Daarnaast geven de respondenten aan dat er bij betrokken zorgprofessionals steeds meer kennis komt over

wat er qua optimalisatie al vroeg in te zetten is en wat de verschillende mogelijkheden en keuzes zijn voor de patiënt. Door steeds meer patiënten te screenen op kwetsbaarheid wordt er volgens de respondenten ook steeds meer kennis opgebouwd rondom kwetsbaarheid.

*‘Je probeert steeds meer data te verzamelen van waar doe je het beste aan’ (Interview VPD) .*

*‘Het MDO an sich heeft ons ook geleerd om sommige dingen al veel eerder in te zetten, we hoeven ook minder mensen op het AGE te zetten omdat je zelf al weet wat je in moet zetten’ (Interview VPD)*

Een aantal respondenten zijn wel kritisch over het feit dat de screening en het multidisciplinair overleg mogelijk wel voor vertraging van het zorgproces zorgen. Zij geven aan dat het belangrijk is om daar zo goed mogelijk mee om te gaan en er moet volgens deze zorgprofessionals proactief gewerkt worden. Het leertraject draagt hieraan bij. Als interventies al eerder ingezet kunnen worden dan moet dat zo snel mogelijk al gebeuren om zo snel mogelijk een patiënt te optimaliseren. Dit wordt bereikt door de screening doordat de verpleegkundig specialisten steeds meer kennis opdoen over welke optimalisatietrajecten zij al eerder in kunnen zetten. Dit is volgens de respondenten dan ook een belangrijk aspect aan de screening.

*‘Je kunt maar beter de patiënt alvast optimaliseren’ (interview VPD)*

### 6.3 Patiënten en het meten van kwetsbaarheid

Naast de visie van zorgprofessionals op de screening van kwetsbaarheid is de beleving en de mening van patiënten op de meting van kwetsbaarheid van belang. In dit deel wordt daarom getracht de vraag: 'Wat zijn de ervaringen van patiënten over de AGE screening?' te beantwoorden. De gevonden concepten worden in de volgende thema's weergegeven: 'behoren omdat de dokter het wilt', 'ontoepasbaar voor eigen context patiënt', 'fase van voorbereiding', 'loochening als afweermecanisme', 'gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en arts' en 'zekerheid door extra controlemoment'.

#### Behoren omdat de dokter het wilt

Een thema die naar voren komt uit de analyse is het gevoel van 'moeten' bij de patiënt. Patiënten geven aan dat ze de screening zien als iets wat de dokter graag wilt. Zij zien het niet in hun eigen belang, maar meer omdat de dokter wilt dat ze komen. Omdat de dokter meer zekerheid wilt krijgen op de operatie.

*'Als dit groen licht geeft voor de chirurgen om mij te gaan opereren' (Interview PTA)*

*'Als zij het graag willen controleren en testen dan doe ik dat' (Interview PTC)*

Enkele respondenten hebben het gevoel dat de screening iets is dat moet en ze geven aan dat ze er ook heen gaan om aan de verwachtingen van de zorgprofessionals te voldoen. Daarnaast lijkt het dat patiënten het gevoel hebben dat ze zich beter voor moeten doen dan dat ze zijn, omdat zij graag geopereerd willen worden. Zij hebben het gevoel dat ze zich moeten verkopen zodat de zorgprofessional akkoord gaat met de operatie.

*'Ja als het moet, dan moet het. Ik heb er geen problemen mee hoor' (Interview PTC)*

*'Mensen die weten dat ze kwetsbaar zijn, maar heel graag geopereerd willen worden hebben soms het idee dat ze voor zichzelf op moeten komen of zichzelf moeten verkopen om geopereerd te kunnen worden' (Interview VPD)*

Dit brengt soms ook ongemak met zich mee. Mensen willen het graag goed doen maar bij de testen en sommige vragen zijn mensen onzeker over hun eigen kunnen. Zij worden geconfronteerd met het feit dat zij het moeilijk vinden of het niet goed kunnen uitvoeren of beantwoorden. Dit brengt mogelijk onzekerheid en ongemak met zich mee.

#### Ontoepasbaar voor eigen context patiënt

Mensen geven aan dat ze zichzelf vaak niet als kwetsbaar of zwak zien. Ook denken zij geen hoger risico te hebben op complicaties. Hierdoor geven ze aan dat ze de screening onnodig vinden. Ook geven zij aan dat ze sommige vragen niet begrijpen die beantwoord moeten worden omdat zij vinden dat die niet toepasbaar zijn op hun staat van doen.

*'Ik vond het in mijn geval eigenlijk niet zo nodig' (Interview PTE)*

*'Die vragen zoals kunt u zich nog aankleden en kunt u uw medicijnen nog uitzetten, dan denk je, waar hebben ze het in godsnaam over?' (Interview PTE)*

Veel mensen op de screening voelen zich niet kwetsbaar, lijken ook niet goed te weten wat dit inhoudt en ze geven aan dat ze zich zeker goed genoeg voelen om geopereerd te worden.

*'Ja ik had eigenlijk helemaal niet zo in mijn hoofd dat ik kwetsbaar zou zijn, dacht het niet' (Interview PTA)*

*'Ik had niet verwacht dat dat soort dingen niet goed zouden zijn' (Interview PTC)*

### Fase van voorbereiding

Ondanks dat sommigen aangeven dat ze het onnodig vinden, geven andere respondenten aan dat ze het gesprek niet als extra belastend ervaren. De patiënten geven aan dat ze in een voorbereidingsproces voor de operatie zitten en het daarom niet erg vinden om nog een keer een gesprek over motivatie, vitaliteit en de behandeling zelf te hebben.

*'Ik vond het prima. Ik zit toch in een soort periode van voorbereiding, dus nu is het moment' (Interview PTA)*

De meesten patiënten geven daarnaast aan dat ze het niet erg vinden om nog een extra gesprek te hebben en nog een keer na te denken.

*'Ik vond het gewoon heel gezellig' (Interview PTE)*

Wat wel als extra belastend wordt ervaren volgens sommige patiënten zijn de extra afspraken die ingepland moeten worden. Dit is voornamelijk wanneer een optimalisatietraject ingezet wordt en mensen vaker moeten terugkomen voor interventies.

### Loochening als afweermechanisme

Ook zijn er ook patiënten die niet een in een voorbereidingsmoment lijken te zitten en waarbij het lijkt dat ze liever niet extra bewust worden. Deze mensen zitten mogelijk in een ontkenningfase en het lijkt alsof ze het liefst ook niet te veel over de operatie en de complicaties willen praten en/of nadenken.

*'Ik laat alles over me heen komen' (Interview PTA)*

*'Prima gesprek, het doet me niet zo veel' (Interview PTH)*

### Gezamenlijke besluitvorming tussen dokter en patiënt

De screening is voor sommige respondenten het moment om erachter te komen dat er samen een beslissing gemaakt wordt. Zo geven respondenten aan dat ze het gevoel hebben dat er wordt geluisterd naar de mening van henzelf als patiënt. Ook werd het volgens sommige respondenten op dat moment duidelijk dat zij een keuze hebben om de operatie wel of niet te laten plaatsvinden. Ze geven aan dat ze zich serieus genomen voelen omdat er rustig naar ze wordt geluisterd en ze nog een keer extra aandacht krijgen rondom de operatie.

*'Mevrouw heeft me opgelucht, dat er een eigen keuze is in wel of niet geopereerd worden' (Interview PTG)*

*'Ik heb het idee dat er ook wel naar mij geluisterd wordt' (Interview PTB)*

### Zekerheid door extra controlemoment

Patiënten geven daarnaast aan dat ze het fijn vinden dat er een extra check is op hoe het met ze gaat en dat er een extra controle is op de mate van fysieke en mentale gesteldheid van de patiënt. Door de screening wordt er meer zekerheid opgebouwd en lijkt het alsof patiënten met meer zekerheid de screening in gaan.

*'Ze weten van oke, er wordt extra goed naar mij gekeken hoe ik deze operatie doorkom' (Interview*



VPC)

*'Nou dat de dingen die er aan gaan komen, dat die in ieder geval voor mij duidelijk zijn' (Interview PTB)*

Ook geven de respondenten aan dat er vaak dingen uit de screening komen die bevestigend zijn voor wat ze zelf al dachten. Er wordt bevestigd dat ze hoog scoren in een geheugentest of nog vitaal zijn. Respondenten geven aan dat dit meer zekerheid geeft om gemotiveerd de operatie in te gaan. Sommige patiënten geven aan dat ze de screening ook zien als een eik-punt waar gegevens verzameld worden. Dit wordt als positief ervaren om zo situaties met elkaar te kunnen vergelijken. De patiënt geeft aan dat hij het niet problematisch vindt dat er extra gegevens op papier komen te staan. De zorgprofessionals geven aan dat ze het hier mee eens zijn. Zij hopen dat door de extra gegevens die worden verzameld, de huisarts de patiënten beter kan opvangen of interventies in kan zetten na de operatie.

*'Des te meer staat er op papier en kun je altijd nog een keer vergelijken met de situatie later' (Interview PTB)*

## 6.4 Theorie

Naast de empirische data (paragraaf 6.1, 6.2 & 6.3) over wat zorgprofessionals van kwetsbaarheid vinden en hoe zorgprofessionals en patiënten het screenen op kwetsbaarheid ervaren is naar mijn idee theoretisch onderzoek van belang om te kijken welke aspecten in het Antonius Ziekenhuis meegenomen worden en of deze wetenschappelijk onderbouwt zijn. Daarnaast is het belangrijk om de gevonden concepten in literatuuronderzoek te bekijken om hierdoor nog beter antwoord te kunnen geven op wat de ervaringen van patiënten en zorgprofessionals zijn, om hier in de discussie nog beter op te kunnen reflecteren. Ten slotte is dit deel ook om te kijken welke biomedische en sociale aspecten in de screening meegenomen worden en of dit overeenkomt met de visie van zorgprofessionals in de praktijk. Daarnaast hoe de empirisch gevonden concepten zich verhouden tot dezelfde beschreven concepten in de wetenschap.

### Parameters screeningtool Antonius Ziekenhuis Nieuwegein

De parameters die meegenomen worden bij de AGE screening zijn gebaseerd op 3 domeinen: fysiek, mentaal en sociaal (Antonius ziekenhuis, 2017). Recent onderzoek wijst uit dat screening op kwetsbaarheid een multidimensionale aanpak nodig heeft. Gilardi et al. (2018) beargumenteert dat een brede beschouwing van alle domeinen (fysiek, psychologisch en sociaaleconomisch) voortkomt uit de gezondheidstheorie van de wereld gezondheidsorganisatie. Maar bovenal ook door erkenning van het belang van sociale determinanten. Sociale aspecten zijn erg belangrijk bij de gezondheidstoestand bij kwetsbare volwassenen (Gilardi et al., 2018). In het empirisch deel, 6.1 geven respondenten aan dat sociale determinanten belangrijk zijn voor de context van de persoon. Ook bieden deze determinanten informatie over hoe zelfredzaam iemand nog is waardoor het van belang is om dit mee te nemen in de beoordeling.

### Het fysieke domein

Het fysieke domein bestaat ten eerste uit het screenen op anemie (bloedarmoede), zowel met en zonder ijzerebrek. Preoperatieve optimalisatie van een anemie probeert de kans op bloedtransfusie tijdens operatie te reduceren (Antonius ziekenhuis, 2017). Michael & Schenning (2015) betogen dat voedingstekorten een rol spelen bij de ontwikkeling van kwetsbaarheid en correctie hiervan van belang is. De effectiviteit van behandeling van anemie bij geriatrische patiënten die een operatie ondergaan wordt uitvoerig ondersteund (Michael & Schenning, 2015).

Ten tweede wordt getracht de functionele capaciteit in beeld te brengen met Geriatric 8 en FS-12, dit zijn vragenlijsten die voeding, gewichtsverlies, BMI, medicatie-inname, neuropsychologische factoren en leeftijd meenemen in het onderzoek (Antonius Ziekenhuis, 2017). Volgens Bellera et al. (2012) bevatten deze vragenlijsten voldoende screeningsaspecten om kankerpatiënten op functionele capaciteit te screenen. Er worden twee fysieke testen uitgevoerd (Antonius Ziekenhuis, 2017). Dit is ten eerste de 'Timed Up and Go' waarbij een patiënt vanuit de stoel opstaat, 3 meter loopt, omdraait, terugloopt en weer gaat zitten. Wilson et al., (2013) tonen aan dat een langzamere *Timed up-and-go* geassocieerd is met een vergrote kans op postoperatieve complicaties na colorectale en cardiale operaties. Langzamere up-and-go is daarnaast gerelateerd aan verhoogde kans om binnen 1 jaar te overlijden na het ondergaan van een colorectale of cardiale operatie. Scheetz & Walston (2017) beschrijven dat de Timed-up-and-go test bij colorectale chirurgie-patiënten ouder dan 70, geassocieerd is met langere overleving. Met de tweede fysieke test wordt de knijpkracht getest met een dynamometer (Antonius ziekenhuis, 2017). Volgens Sydall et al. (2013) is knijpkracht geassocieerd met cardiovasculaire mortaliteit, myocardiale aandoeningen en beroertes. Knijpkracht is een sterkere voorspeller van fysieke toestand en cardiovasculaire mortaliteit dan de systolische bloeddruk (Michael & Schenning, 2015). Er wordt bij de functionele capaciteiten gekeken of er nog conditionele optimalisatie

mogelijk is voor de operatie (Antonius ziekenhuis, 2017). Respondenten in 6.2 geven aan dat naast dat de knijpkrachttest goed de fysieke toestand van de patiënt voor de zorgprofessional weergeeft dit ook goed de patiënt zelf inzicht kan geven in zijn eigen capaciteiten.

Risico op ondervoeding wordt gescreend met de Mini Nutritional Assessment (Antonius ziekenhuis, 2017). De comorbiditeit wordt in kaart gebracht door een inschatting te maken van de levensverwachting en risico op postoperatieve complicaties. Op basis van de comorbiditeit wordt een inschatting van de 10-jaarsoverleving gemaakt (Antonius ziekenhuis, 2017). Daarnaast wordt polyfarmacie in kaart gebracht. Wanneer een patiënt vijf of meer geneesmiddelen uit verschillende therapeutische (sub)groepen chronisch gebruikt wordt er gesproken van polyfarmacie (Antonius ziekenhuis, 2017). Intoxicaties zoals roken en alcohol worden uitgevraagd. “Roken heeft een negatief effect op de wondgenezing en verhoogt het risico op postoperatieve pulmonale complicaties” (Antonius ziekenhuis, 2017). Het in kaart brengen van de alcoholinname is belangrijk omdat dit postoperatief zorgt voor een vergrote kans op een ontrekkingsdelier (Antonius ziekenhuis, 2017).

#### Het mentale domein

In het mentale domein worden cognitie, delierrisico, depressie, motivatie, begrip en besluitvorming meegenomen in de analyse. Een inschatting van het cognitief functioneren wordt gemaakt met een Six Item Cognitive Impairment Test (6-CIT) (Antonius ziekenhuis, 2017).

Het risico op een postoperatief delier wordt ingeschat op basis van de medische voorgeschiedenis, anamnese, cognitieve test en medicatielijst (Antonius ziekenhuis, 2017). Het krijgen van een postoperatief delier komt vaak voor bij de oudere chirurgische patiënt. Kwetsbaarheid is een veel voorkomend geriatrisch syndroom waarvan de risico's en gevolgen overlappen met die van het krijgen van een delier (Leung, Tsai & Sands, 2011). Leung, Tsai & Sands (2011) hebben aangetoond dat preoperatieve kwetsbaarheid bij chirurgische patiënten onafhankelijk geassocieerd is met het krijgen van een postoperatief delier. Zij betogen dan ook dat het opnemen van kwetsbaarheid in de preoperatieve beoordeling de risicobeoordeling verbetert. In paragraaf 6.1 geven respondenten aan dat kwetsbaarheid door hen vaak bepaald wordt door het in kaart brengen van psychische en fysieke reserves van de patiënt. Niet genoeg psychische reserve hebben heeft volgens de respondenten te maken met het krijgen van psychische problemen postoperatief. Het in kaart brengen van de psychische reserves en de kans op een delier, is daardoor in verband te brengen met de mate van kwetsbaarheid.

#### Screening op kwetsbaarheid

Bij een meta-analyse van Micheal & Schenning (2015) werd er bij alle geïncludeerde studies een verband tussen kwetsbaarheid en postoperatieve uitkomsten gevonden. Veelvoorkomende resultaten waren sterfte, postoperatieve complicaties (waaronder hartinfarct en aritmie), postoperatief delier en een langere verblijfsduur na operatie. Zij betogen daarom dat het belangrijk is dat zorgverleners en patiënten op de hoogte zijn van mogelijke associaties tussen kwetsbaarheid en postoperatieve complicaties om te helpen bij besluitvorming en ontslagplanning. Ernst et al. (2014) beschrijven dat er na de implementatie van een preoperatief screeningsprogramma voor kwetsbaarheid een verandering optrad in hoe een chirurgisch consult er uitzag. Naast meer raadpleging tussen patiënt en zorgverlener betogen zij dat dat voor een behoorlijke verlaging van postoperatieve mortaliteit zorgt. Preoperatieve kwaliteit van leven correleert met preoperatieve kwetsbaarheid volgens Saxton & Velanovich (2011). Dit klopt intuïtief ook, maar de wetenschappelijke correlatie versterkt het belang van het onderzoeken van kwaliteit van leven van de preoperatieve patiënt.

Davies & Wilson (2004) proberen in hun artikel uit te leggen waarom mensen vaak na een grote operatie ook ernstige complicaties krijgen en betogen dat een slechte uitkomst van een operatie samen gaat met een verslechterde hartfunctie en een verminderde darmperfusie. Zij beargumenteren dat het in kaart brengen van deze fysiologische factoren preoperatief van belang is en dat invasief monitoren en optimaliseren van de hartfunctie de uitkomst mogelijk verbetert.

Revenig et al. (2013) verzamelden preoperatieve gegevens over kwetsbaarheid en vergeleken dat met postoperatieve uitkomsten. Zij beweren dat er bij het bekijken van het preoperatieve risico vaak geen rekening gehouden wordt met de fysiologische reserve van een patiënt, maar er alleen naar de functie van de orgaansystemen gekeken wordt. Zij beweren dat het meenemen van kwetsbaarheid en het instellen van specifieke interventies het perioperatieve risico minimaliseert. Tevens beargumenteren ze dat door een betere risico-inschatting door het meenemen van kwetsbaarheid, de zorgprofessional de patiënt beter kan adviseren over de postoperatieve uitkomsten. Deze laatste argumenten geven respondenten in paragraaf 6.2 ook aan. Zij beschrijven dat de screening bijdraagt aan het beter kunnen beargumenteren van keuzes en dat de screening op kwetsbaarheid meer informatie geeft over de patiënt waardoor de risico's voor de patiënt beter in kaart kunnen worden gebracht.

### Optimalisatie

Gestructureerde lichaamstraining van de kwetsbare patiënt kan medische en functionele uitkomsten verbeteren (Levana & Deiner, 2014). Ook prehabilitatie (preoperatieve oefentraining) voor chirurgie is veel belovend (Michael & Schenning, 2015). Een onderzoek van Li et al. (2013) onderzocht patiënten met colorectale chirurgie en de effecten van preoperatieve oefentraining. Dit programma bestond uit eiwitsuppletie, angstvermindering en lichaamsbeweging. Na operatie keerden gedurende 8 weken de patiënten die mee hadden gedaan aan het programma terug naar een baseline-functie met een snelheid die bijna tweemaal zo snel was als die van patiënten die niet hadden meegedaan (80% versus 40%) (Li et al., 2013). Verschillende studies hebben aangetoond dat verminderde activiteiten van dagelijks leven, vermoeidheid en slechte prestatiestatus gepaard gingen met een toename van 50% in postoperatieve complicaties en verlengd verblijf in het ziekenhuis (Saxton & Velanovich, 2011).

Kwetsbaarheid kan volgen Scheetz en Walston (2017) het beste worden verbeterd met weerstand en krachtinterventies. Daarnaast is het ook nuttig om eiwitsuppletie en voedingsinterventies in combinatie met lichaamsbeweging in te zetten. Multidimensionale interventies, met name ook een polyfarmacie reductieplan, zijn getest om kwetsbaarheid en uiteindelijk nadelige gezondheidsresultaten te verminderen. Ondanks dat ze arbeidsintensief zijn, geven ze een reductie op kwetsbaarheid (Scheetz & Walston, 2017). Ook een aantal respondenten in paragraaf 6.2 betogen dit, zo geven zij aan dat je het beste zo goed mogelijk de operatie in kunt gaan. Anderson et al. (2003) hebben belangrijk onderzoek gedaan naar preoperatieve optimalisatie. Optimalisatie zorgde voor betere fysieke prestatie, metingen van pijn en vermoeidheid waren postoperatief duidelijk verminderd en ze kwamen erachter dat de gastro-intestinale functie eerder terugkwam ten opzichte van patiënten die niet meededen aan de preoperatieve optimalisatie. Deze aspecten leidden tot eerder ontslag uit het ziekenhuis. Wat Anderson et al. (2013) benoemen is dat een hoge mate van motivatie en het volledige informeren van patiënten noodzakelijk is in dit proces.

### Het trainen van onderscheidend en inzettend vermogen

Respondenten vanuit het empirisch onderzoek in paragraaf 6.2 geven aan dat de groep kwetsbare patiënten die bij de AGE screening aangemeld worden erg divers is en dat het vaak variabel is waar de kwetsbaarheid vandaan komt. Daarnaast zijn de meeste respondenten positief over de screening omdat het niet alleen kijkt naar leeftijd of soort operatie maar naar de gehele context van de patiënt. Amblàs-Novellas et al. (2015) beargumenteert dat kwetsbaarheid een betere benadering geeft van de biologische leeftijd dan de chronologische leeftijd. De aanwezigheid van meer algemene aandoeningen zijn indicatoren voor een complexe zorgsituatie. Hoe meer ziektes een patiënt heeft met ernstige criteria, hoe geavanceerder de kwetsbaarheid is. Klinische complexiteit is nauw verbonden met onzekerheid. Deze onzekerheid komt voort uit de moeilijkheden bij diagnose en besluitvorming. Deze zelfde onzekerheid lijkt te spelen bij de zorgprofessionals in het Antonius Ziekenhuis en de meeste respondenten geven aan dat het fijn is dat ze deze complexe zorgsituaties in het AGE team opnieuw kunnen bespreken. Uit een kwalitatief onderzoek van Gwyther et al (2018) komt naar voren dat er een gebrek aan kennis is rondom kwetsbaarheid. Er is een gebrek aan inzicht in de aard van kwetsbaarheid en zorgverleners zouden beter getraind moeten zijn in het herkennen en superviseren van kwetsbaarheid. Een betere herkenning van kwetsbaarheid zou moeten zorgen dat kwetsbare patiënten met compassie en waardigheid worden behandeld, waardoor ze zich ondersteund voelen om weloverwogen keuzes te maken over hun eigen gezondheid. Kwetsbaarheid moet daarin niet gemedicaliseerd worden, maar ook bekeken als een sociaal concept, om zorgintegratie binnen de gemeenschap te bevorderen. Volgens Gwyther et al (2018) wordt kwetsbaarheid vaak niet gezien als een onafhankelijk concept omdat het vaak ondergebracht wordt onder veel andere ziekten van oudere volwassenen. Ook in de empirische data lijkt naar voren te komen dat onder zorgprofessionals het lastig wordt ervaren om kwetsbaarheid goed te herkennen. De AGE screening lijkt te beogen steeds meer kennis over kwetsbaarheid te verzamelen en zorgprofessionals te trainen in het beter herkennen en in het eerder inzetten van optimalisaties. Levana & Deiner (2014) geven aan dat klinisch inzicht volgens onderzoekers nog steeds het beste instrument is om kwetsbaarheid en de behoeften van een individuele persoon te beoordelen. Respondenten in paragraaf 6.2 betogen evenzeer dat kwetsbaarheid niet in een puntenlijstje te bevatten is, maar klinisch inzicht of zelfs het meenemen van een onderbuikgevoel hen lijkt te helpen in het inschatten van iemands kwetsbaarheid.

#### Gezamenlijke besluitvorming tussen dokter en patiënt

Volgens Van de Pol et al. (2016) wordt 'shared-decision-making' steeds meer geprezen als de voorkeursmanier om patiënten te ondersteunen bij het maken van zorgkeuzes. De besluitvorming van patiënten wordt in meerdere mate bemoeilijkt door meer multi-morbiditeit en vergrijzing en is extra complexer in de zorg voor oudere patiënten die kwetsbaar zijn omdat cognitieve achteruitgang en complexe zorgsituaties dit proces vermoeilijken. Verschillende studies beweren dat een preoperatieve beoordeling van kwetsbaarheid een centrale rol moet spelen in gezamenlijke besluitvorming (Murthy et al, 2016, Huisman et al, 2016). Godolphin (2009) beweert dat gedeelde besluitvorming een middenweg is tussen respect voor personen (autonomie) en de macht van artsen. De arts moet hierin het initiatief nemen omdat hij de kennis en voorhand heeft. Patiënten rekenen vooral op de mening en autoriteit van de arts. Alhoewel er steeds meer aandacht is voor gezamenlijke besluitvorming is er een groot gat tussen theorie en praktijk. In de praktijk komt gezamenlijke besluitvorming ongeveer 10% van de gevallen voor. Het is belangrijk om voorkeuren, waarden, ideeën en verwachtingen van de patiënt als evenredig te zien als de overwegingen van de arts. Toch blijkt dit lastig in de praktijk omdat de autonomie van de patiënt en de weldadigheid van de arts bij sommige keuzes in conflict komen. "Wat als de patiënt, bewust gemaakt van de keuze tussen medicijn A (de voorkeur van de arts, op basis van het bewijs van bevolkingsonderzoek) en medicijn B (minder effectief maar gemakkelijker te slikken), voor het

laatste kiest? Voor veel artsen lijkt het veel gemakkelijker om de keuze simpelweg niet te vermelden en zo de passiviteit te bestendigen” (Godolphin, 2009).

Daarnaast kijken patiënten op tegen de zorgverleners en stellen een goede omgang met de zorgprofessional gelijk aan een kans op goede zorg (Godolphin, 2009). Dit komt ook bij het empirisch deel naar voren, er lijkt het gevoel van ‘moeten’ te spelen bij sommige van de respondenten waarbij ze aangeven dat ze naar de screening komen omdat ze graag geopereerd willen worden. Volgens Godolphin (2009) wordt assertiviteit soms vermeden omdat patiënten denken dat dit de omgang tussen zorgontvanger en zorggever verslechterd. Volgens Geesink et al. (2017) is er vooral veel tekortkoming bij de gezamenlijke besluitvorming bij de chirurgie. Bij ouderen die colorectale of pancreaschirurgie moeten ondergaan is er vaak geen tijd om een uitgebreid gezamenlijke besluitvormingsproces te doen omdat er snel een keuze gemaakt moet worden. Ook dit wordt door sommige respondenten aangegeven in het empirisch onderzoek. *‘Soms is erg gewoon geen tijd om te optimaliseren of te wachten’ (Interview VPS)*. Daarnaast is het vaak een complexe besluitvorming en wordt deze met name aangestuurd door de zorgprofessionals. Oudere patiënten geven aan dat het besluitvormingsproces wordt beïnvloed door emoties als gevolg van een diagnose zoals kanker. Informatie die daarna door de arts wordt besproken wordt daarom niet altijd onthouden. Toch wordt door patiënten ook een eigen verantwoordelijkheid gezien in het maken van een keuze, desondanks vinden ze vaak dat ze te weinig kennis hebben. Dit laatste wordt gedeeld met de zorgprofessionals welke vaak twijfelen of patiënten voldoende een beslissing kunnen nemen of de gevolgen van behandelingsopties kunnen overzien (Geesink et al., 2017).

#### Gerichte aandacht voor de patiënt

Volgens Barry & Edgman-Levitan (2012) is ‘shared-decision-making’ nauw verbonden met patiëntgerichte zorg. Zij stemmen in met de definitie van patiëntgerichte zorg als: “zorg die respectvol is en reageert op individuele voorkeuren, behoeften en waarden van de patiënt”. Hierin wordt de betrokkenheid van de patiënt als erg belangrijk gezien, omdat zij aan moeten geven wat ze belangrijk vinden en welke overwegingen ze als patiënt zelf meenemen zeker bij het maken van medische beslissingen. In sommige medische beslissingen is er een duidelijke keuze, maar voor de meeste bestaat er meer dan 1 weg voorwaarts, de verschillende keuzes hierin brengen verschillende effecten en consequenties met zich mee. Voor de meeste beslissingen waarbij geen interventie plaatsvindt die door de unanieme meerderheid van de patiënten als gewenst gezien wordt, moeten patiënten betrokken worden bij het bepalen van de behandelingsoptie die het meest overeenkomt met hun voorkeuren en waarden. Geesink et al. (2017) toonden in hun studie aan dat het voor chirurgen van belang is om bij oudere colorectale of pancreas chirurgie patiënten een totaal plaatje te krijgen, hierbij worden de capaciteiten en de kwetsbaarheid van de patiënt in meegenomen. Zorgprofessionals moeten afstand nemen van hun paternalistische rol en in plaats daarvan leren vragen wat er belangrijk is voor de zorgontvanger (Barry & Levitan, 2012). Volgens Saxton & Velanovich (2011) kan naast het voorspellen van complicaties, inzicht in kwetsbaarheid bij chirurgische patiënten helpen bij het maken van keuzes. Kwetsbaarheid verhoogt het risico op mortaliteit, opname in een verpleeghuis, ontslag en verminderde overleving op de lange termijn. De onderzoekers betogen dat het begrijpen van de algemene toestand van de patiënt daarom net zo belangrijk is als het beoordelen van de fysiologische factoren of orgaan specifieke werking.

Volgens Adelman et al. (1991) moet elke patiënt gezien worden als een persoon met verschillende zorgen, overtuigingen en behoeften. In het contact met oudere patiënten moet er ruimte zijn voor de gehele geschiedenis en context. Door in gesprek te gaan over het levensverhaal van de patiënt leert de zorgprofessional de waardes van de patiënt kennen en dat kan helpen bij de diagnose en

behandeling van actuele gezondheidsproblemen. “Hoe beter iemand een patiënt kent, hoe minder de patiënt in een stereotype degradeert”. De arts moet daarnaast een veilige omgeving creëren waar er ruimte is voor gezamenlijke besluitvorming en waar de patiënt moeilijke onderwerpen kan aansnijden (Adelman et al., 1991). Ong et al. (2000) beschrijven daarnaast dat resultaten uit verschillende onderzoeken een positieve relatie laten zien tussen het gedrag van een patiëntgerichte arts en de naleving van aanbevelingen van patiënten. “Communicatie tussen artsen en patiënten en de impact van hun interactie op de uitkomsten van de patiënt is vooral belangrijk bij levensbedreigende ziekten, zoals kanker”. Wanneer de communicatie tussen arts en patiënt niet goed is, kan dit leiden tot angst, depressie, onzekerheid en ontkenning (Ong et al., 2000).

Na de screening voor kwetsbare ouderen moet er een persoonsgericht en transparant zorgplan beschikbaar zijn welke aangepast kan worden aan individuele behoeften, zowel fysiek, cognitief of sociaal (Gwyther et al, 2018).

#### Vorbereiding door meer bewustwording

Volgens Beyene et al. (2017) is een participatieproces van patiënten belangrijk in het herstelproces na operatie. “Bevestigen dat patiënten belangrijk zijn in hun eigen herstelproces moet hen een indruk geven van autonoom en gelijkwaardig zijn, wat essentieel is in de balans tussen macht en verantwoordelijkheid” (Solbjør et al., 2011). Verschillende respondenten in empirisch deel 6.2 gaven aan dat het op gang brengen van een bewustwordingsproces bij de patiënt van belang is. Ook Sutton et al. (2015) geeft aan dat als zorgprofessionals de betrokkenheid van patiënten erkennen, ze vaker patiënten mee zullen nemen in de beslissingen over de behandeling. De keuze om niet te behandelen is een optie die oudere patiënten vaak niet herkennen, het is daarom van belang dat de arts deze optie ook voorlegt. Wanneer patiënten weten dat ze opties hebben voor de beste behandeling, screeningstest of diagnostische procedure, of dat er een keuze is tot niet-behandelen zullen de meesten van hen willen deelnemen bij het maken van de keuze (Barry & Edgman-Levitan, 2012). Een aantal respondenten in paragraaf 6.1 gaven eveneens aan dat de AGE screening voor hen een moment is om verschillende behandelingsopties te bespreken. Carseta & Abrams (2007) betogen dat een beter bewustzijn van de situatie een positief effect heeft op leeftijd gerelateerde beperkingen. Als je het vermogen hebt om te weten wat er om je heen gebeurt dan ben je situatiebewust. Dit is nauw verbonden aan conceptuele representatie. Dit is weer verbonden met geheugen, perceptie en besluitvorming. Cassidy et al. (2013) beweert dat begrip cruciaal is voor de effectiviteit van een preoperatief optimalisatie traject. In hun onderzoek heeft preoperatief educatie materiaal, de therapietrouw van de patiënten enorm verbeterd. Ook bij de AGE beweren de betrokken zorgprofessionals dat de confrontatie met het eigen kunnen maar ook het bewustzijn van welke complicaties kunnen ontstaan bijdraagt aan een beter postoperatief herstel.

#### Samenwerken in een team voor de beste zorg voor de patiënt

Uit empirisch deel 6.2 komt naar voren dat de AGE screening lijkt te zorgen voor meer samenwerking tussen zorgprofessionals waardoor patiënten mogelijk beter geëvalueerd worden. Het onderzoek van Warren et al. (2012) geeft aan dat omdat de arts uiteindelijk verantwoordelijk is voor de chirurgische patiënt, de chirurg er voor moet zorgen dat de patiënt volledig geïnformeerd en preoperatief geëvalueerd is. Dit stelt de patient in staat keuzes te maken en de beste zorg te ontvangen. Rost & Roter (1987) geven aan dat de manier waarop een zorgprofessional communiceert met de patiënt veel invloed heeft op wat patiënten onthouden qua medicatie of leefstijladviezen. Uit een onderzoek van Williams et al. (2007) komt daarnaast naar voren dat de art-patiëntrelatie zelf therapeutische steun kan bieden. “De aandacht, warmte,

zorgzaamheid, zorgzaamheid en praktische hulp van een arts, evenals een nauwkeurige en open communicatie, kunnen een enorm verschil maken voor de gezondheid van oudere patiënten”. Oudere patiënten vinden de bekwaamheid van zorgprofessionals in empathie, persoonlijke aandacht en communicatie van belang om tot een goed besluitvormingsproces te komen. Er ontstaat dan een betere arts-patiënt relatie wat tot meer vertrouwen leidt (Geesink et al., 2017). Respondenten geven aan dat door de verdeelde verantwoordelijkheid en specifieke aandacht voor de patiënt binnen de AGE screening er het gevoel heerst dat er daardoor een beter besluitvormingsproces ontstaat en de specialisten de patiënten beter kunnen informeren. Betrokkenheid van meerdere disciplines werkte bij het onderzoek van Cassidy et al (2013) erg stimulerend en zorgde voor meer acceptatie. Het zorgde voor meer inzet en trots van de betrokken zorgprofessionals dan als het prehabilitatie-programma zonder betrokkenheid van alle belanghebbenden was ingevoerd. Ook respondenten binnen de AGE beweren in paragraaf 6.2 dat de multidisciplinariteit een grote meerwaarde is voor de screening. Volgens Reddy & Spence (2008) wordt teamsucces gevormd door het doeltreffend zoeken van informatie en samenwerking. Informatie speelt een cruciale rol bij besluitvorming. Een multidisciplinair team in het ziekenhuis brengt zorgprofessionals met verschillende achtergronden en expertise samen om patiënten te bespreken. Reddy & Spence (2008) beweren dat de zorgprofessionals daardoor ondanks verschillende zorgen en motivaties samen moeten werken om zorg te verlenen aan de patiënt. Zorgprofessionals moeten steeds weer vernieuwende informatie op zich nemen binnen hun specialisme, het is daarom moeilijk om op alle medische gebieden op de hoogte te blijven. “Vanwege de moeilijkheid om alle aspecten van patiëntenzorg te begrijpen, vertrouwen teamleden op elkaar om de benodigde informatie te vinden en aan te bieden” (Reddy & Spence, 2008).



## 7. Zorgethische reflectie

### Het definiëren van kwetsbaarheid

In dit deel zal ik vanuit een zorgethisch reflecteren op de onderzoeksresultaten. Hier zal ik vanuit een zorgethische visie de empirische data en de theoretische data, welke elkaar met name onderbouwen, combineren en kijken hoeverre dit wel of niet overeenkomt met de visie vanuit de Utrechtse zorgethiek. Zoals al eerder uitgelegd in het theoretisch kader heeft de Utrechtse zorgethiek als uitgangspunt: 'wat is goede zorg in deze specifieke situatie' (Leget et al., 2017). De context van een situatie en van de betrokkenen is hierbij heel belangrijk. Uit de empirie komt naar voren dat er binnen de zorg steeds meer kennis over kwetsbaarheid en over hoe kwetsbaarheid te herkennen is beschikbaar komt. De zorgprofessionals in dit onderzoek zeggen het zelf "Je probeert steeds meer data te verzamelen van waar doe je het beste aan" (Interview VPD). Volgens zorgethica Ruddick (1995) is het bewegen in een praktijk of in een zorgsituatie zoals de AGE screening het accepteren van een connectie met iemand, om uiteindelijk tot een doel te komen. Bij de AGE screening is dit doel zorgen dat iemand zo veilig mogelijk een operatie in gaat door de risico's in kaart te brengen, een optimalisatietraject in te zetten of een weloverwogen besluit in het behandelplan te maken. Ruddick (1995) stelt dat een praktijk een sociale gebeurtenis is, waarbij je alleen kan weten wat goed is als je je volledig binnen die praktijk beweegt en op de hoogte bent van alle aspecten binnen de praktijk. "Practices are collective human activities distinguished by the aims that identify them and by the consequent demands made on practitioners committed to those aims" (Ruddick, 1995). De screening lijkt bij te dragen aan een leertraject en dit wordt als goed bestempeld zodat steeds meer verpleegkundigen, artsen en andere zorgprofessionals gaan nadenken over kwetsbaarheid en het steeds verder geïntegreerd wordt in de zorg. Zo wordt er steeds meer ervaring opgebouwd over 'waar doen we goed aan' en wat is de beste zorg voor de kwetsbare patiënt in de praktijk. Een praktijk is interessant, want het zegt iets over standaarden, hoe dingen zijn ingericht en hoe mensen daarbij betrokken zijn. Ook de AGE screening lijkt een gestandaardiseerd protocol omdat uit onderzoek is gebleken dat de aspecten die onderzocht worden kloppen of omdat we als zorgprofessionals bepaalde aspecten in de gezondheidszorg belangrijk vinden. Dit lijkt duidelijk naar voren te komen in het theoretisch deel, de parameters die in het Antonius ziekenhuis gebruikt worden zijn wetenschappelijk onderbouwd en kwetsbaarheid wordt volgens deze universele variabelen gedefinieerd. Dit geeft onderbouwing voor dat een praktijk sociaal gedefinieerd is. Toch kan de vraag van goede zorg volgens zorgethici alleen maar in de praktijk beantwoord worden: per situatie en per persoon. In paragraaf 6.2 lijkt dit bij de respondenten ook door te dringen; kwetsbaarheid is nog niet sociaal gedefinieerd, het is niet evenredig aan ouderdom of aan ziekte. Ook de jonge patiënt kan kwetsbaar zijn omdat hij in die bepaalde situatie onderhevig is aan zijn of haar persoonlijke context. Vanuit zorgethisch perspectief en wat zich lijkt voor te doen in de praktijk, is het definiëren van kwetsbaarheid daarom niet eenvoudig. De vraag hieruit komt, is het nodig om kwetsbaarheid te definiëren? Gwyther (2018) geeft aan, meer kennis over kwetsbaarheid zal zorgen voor een betere behandeling van kwetsbaarheid, niet perse een betere definitie. Kwetsbaarheid, beweert hij moet niet meer verder gemedicaliseerd worden, maar ook ingebed worden binnen de samenleving als een sociaal concept, wat in elke situatie en per persoon verschillend kan zijn.

### Reductie

Binnen de context van een zorgpraktijk is zorgethisch gezien het letten op reductie, wat ik tevens in het theoretisch kader al kort aangaf, van belang. Zoals Goossens (2011) stelt, moet er in de zorg ontzettend opgelet worden op reductie in de zorg. Patiënten worden al snel gezien als nummers, ingrepen, behandelingen of procedures. Patiënten worden hierdoor gereduceerd tot objecten

binnen een medisch behandeling of optimalisatietraject. Belangrijk hierin is waar is de persoon zelf gebleven? De AGE screening lijkt zich voornamelijk te baseren op objectieve parameters kijkend naar functionele capaciteit, orgaanfunctie en fysiologische tekorten. Uit de empirie en de theorie van dit onderzoek komt naar voren hoe belangrijk het is om niet alleen die functionele capaciteit te bekijken maar ook de sociale omstandigheden en globale toestand van de patiënt in kaart te brengen. Bij de AGE screening lijkt dit echter niet zwart-wit ingevuld. Er wordt gewerkt met universeel vastgestelde parameters. Dit komt overeen met de biomedische theorie waarbij de meeste van deze parameters wetenschappelijk onderbouwd worden. Uit de opvattingen van de zorgprofessionals en de observaties van de AGE screening en binnen het multidisciplinair overleg lijken deze parameters echter subjectief te worden geïnterpreteerd door de betrokkenen. Hierbij komen we terug op de vraag van Goossens (2011); kun je een begrip zoals kwetsbaarheid wel objectief meten? Biomedisch wetenschappelijk onderzoek naar de screening laat zien dat klinisch inzicht nog steeds de beste manier is om kwetsbaarheid en de behoefte van een kwetsbaar persoon te onderzoeken (Levana & Deiner, 2014). Zorgprofessionals binnen de AGE benadrukken evenzeer het belang van subjectieve en professionele ervaring om iemand als meer of minder kwetsbaar te beoordelen en dit geeft voor hen vaak de doorslag om iemand voor de AGE aan te melden. Toch hangt bij mij als onderzoeker nog steeds de vraag in hoeverre de patiënt daarna subjectief of objectief beoordeeld wordt. De respondenten benadrukken bij paragraaf 6.2 dat er tijdens de AGE screening uitgebreid gevraagd wordt naar motivatie en hoe iemand naar de operatie kijkt. Zorgethici zijn hier echter kritisch op, kun je met de vraag of iemand gemotiveerd is daadwerkelijk iemand zijn behoeftes onderzoeken? Zoals zorgethica Baart (2011) stelt is het belangrijkste dat er zorgvuldige waarneming van de patiënt plaatsvindt en gekeken wordt naar wat hij of zij doormaakt. Toch lijkt dit wel aan te sluiten bij de empirische data van de zorgontvangers wanneer de respondenten aangeven dat de AGE met name zorgt voor 'bewuster kijken naar de patiënt en zijn of haar context'. Sommige zorgontvangers in paragraaf 6.1 benadrukken echter dat de screening voor zijn of haar context onnodig is en sommige universele vragen niet toepasbaar zijn voor de situatie van de patiënt, hieruit lijkt nogmaals de bevinding te komen dat met de gestandaardiseerde screening, je iemands individuele behoeftes en belevingen niet onderzoekt.

### Relationaliteit

Uit het biomedische theoretisch onderzoek komt naar voren dat binnen een zorgsituatie of context de art-patiëntrelatie heel belangrijk is. Zo geeft Williams et al. (2017) weer dat naast dat de relatie kan zorgen voor therapeutische steun ook de veiligheid van de zorgomgeving afhankelijk van de arts-patiëntrelatie en de relaties van de betrokkenen onderling. Een veilige zorgomgeving zorgt ervoor dat de patiënt het gevoel heeft dat hij serieuzer genomen wordt, dat hij kan delen wat hij of zij moeilijk vindt of welke overwegingen hij of zij maakt. In paragraaf 6.2 geven respondenten aan dat de zorgrelatie mogelijk voor meer verantwoordelijkheid bij de zorgprofessional zorgt. Omdat er een band opgebouwd wordt is er preoperatief en postoperatief meer aandacht voor de patiënt. Zorgethici lijken zich hierbij aan te sluiten door te stellen dat in een zorgrelatie de zorgverlener en de zorgverlener afhankelijk van elkaar zijn. Deze afhankelijkheid zorgt ervoor dat we een relatie met elkaar aangaan en voor elkaar zorgen (Kittay, 1999). Deze relationaliteit heeft te maken met onze identiteit binnen een zorgrelatie of praktijk (Ricoeur, 1992). Respondenten geven bij paragraaf 6.1 aan dat bij de aanmelding en herkenning van kwetsbaarheid zorgprofessionals hun eigen professionele ervaring meenemen en dat volgens hen dit van belang is. Volgens Ricoeur (1992) is die professionele ervaring belangrijk, ethiek begint volgens hem met het idee van zelfvertrouwen, de interpretatie en het vertrouwen in onszelf als persoon. Hierin zijn herkenning van onze eigen capaciteiten belangrijk. De ethiek bouwt hier vervolgens op voort door het feit dat onze identiteit verder ontwikkeld wordt door de relaties die

we opbouwen of aangaan. We moeten onszelf altijd zien in relatie met anderen. Door de zorgrelatie binnen een praktijk te herkennen is er meer aandacht voor hoe dingen tot stand komen (Ricoeur, 1992). Volgens zorgethici spelen afhankelijkheid en verantwoordelijkheid in een zorgrelatie een belangrijke rol. Empirisch gezien wordt dit versterkt door wat respondenten in paragraaf 6.2 aangeven, dat volgens hen betere zorg aan de patiënt wordt gegeven door meer zorgprofessionals te betrekken en de verantwoordelijkheid over de zorg te delen. Zorgethica Held (2006) beargumenteert dat niemand autonoom is, maar iedereen op iemand steunt. Zorg is volgens haar iets wat je geeft omdat iemand anders het nodig heeft. Uit de opvattingen van de zorgontvangers lijkt tevens het beeld naar voren te komen dat zorgontvangers zich afhankelijk voelen van de zorggevers en dat zorggevers zich verantwoordelijk voelen voor het geven van goede zorg. Tronto (1993) stelt dat je elke situatie in context moet bekijken want dit helpt je de verschillende betrokken partijen te begrijpen, de relationaliteit van een situatie te zien. Zorg ziet er in elke context anders uit. Daarnaast geeft Ricoeur (1992) aan dat tevens kwetsbaarheid relationeel is en dat dit nogmaals het belang benadrukt om de gehele context van een persoon mee te nemen en te kijken hoe de relaties binnen een praktijk gevormd zijn. Als onderzoeker stel ik dat alles binnen een context belangrijk is, maar niet alles binnen een specifieke situatie evenredig van belang is. Daarbij moet gekeken worden wat relevant is. Volgens zorgethici kan wat relevant is binnen een situatie het beste door de zorgontvanger verteld worden. Mogelijk zou een betere bewustwording van de zorgrelatie tussen patiënten en artsen in het Antonius ziekenhuis meer ruimte geven voor wat er voor de patiënt relevant is. Volgens zorgethici moet je daarop een kader van zorg vormgeven.

#### Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming is een belangrijk thema in dit onderzoek. Wat relevant is voor de patiënt, wat naar voren komt in bovenstaande paragraaf, blijkt daarbij een belangrijk aspect. Uit de opvattingen van de zorgverleners bij paragraaf 6.2 komt naar voren dat zorgprofessionals betrokken bij de AGE gezamenlijke besluitvorming als een belangrijk speerpunt zien. Respondenten geven aan dat de AGE screening daar aan bijdraagt. Zo is er door de screening meer inzicht in de patiënt, wordt zijn of haar mening meegenomen door onder andere de motivatie uit te vragen en wordt er met meerdere specialismes overlegd over behandelopties, risico's en overwegingen. Zorgprofessionals geven aan dat voor gezamenlijke besluitvorming je je overwegingen goed moet kunnen onderbouwen naar de patiënt en moet zorgen dat de patiënt goed geïnformeerd is om een evenredige kans aan de patiënt te geven om een keuze te maken. Toch blijkt dit in de praktijk nog een moeilijk spanningsveld. Zo geven veel patiënten in paragraaf 6.3 aan dat ze de screening prima vinden 'omdat de dokter het wil' en nemen ze daarin vooral een passieve houding aan. Dit komt overeen met het biomedisch theoretisch onderzoek, waarin Goldolphin (2009) stelt dat een actievare houding van de patiënt vaak vermeden wordt omdat patiënten bang zijn voor een verslechtering van de arts-patiëntrelatie. Bij de AGE screening lijkt het erop dat er geprobeerd wordt de gesprekken en zorg zo vorm te geven om zo goed mogelijk voor een gezamenlijke besluitvorming van patiënt en arts te zorgen. *'Wat wil u zelf, eigenlijk moet je daar bij iedereen bij stil staan'* (Interview VPB). Toch staat in dit in contrast met empirische data van de zorgontvangers. Bij paragraaf 6.3 geven veel respondenten aan dat ze soms het gevoel hebben dat ze 'moeten' en niet echt het gevoel hebben dat ze een keuze hebben om wel of niet gescreend te worden omdat ze graag geopereerd willen worden en aan de wens van de zorgprofessionals willen voldoen. Dit lijkt zich bij de AGE screening ook te kloppen met de praktijk. Het lijkt alsof er voordat er beslissingen over de operatie gemaakt worden er toch echt verwacht wordt dat mensen eerst naar de screening gaan. Als het gevoel van 'moeten' er op dat punt al is, welke ruimte is er daarna dan voor gezamenlijke besluitvorming? Daarnaast, lijkt er in de praktijk ook naar voren te komen dat als een operatie te risicovol is, er ondanks dat een patiënt graag

geopereerd wil worden, toch vaak het advies van de arts gevolgd wordt. Dit lijkt aan te sluiten bij data uit het theoretisch onderzoek. Hierin komt naar voren dat dit niet alleen bij deze screening speelt, maar dat het ook cultureel ligt ingebed. Patiënten rekenen op autoriteit van de arts (Godolphin, 2009) en om echt een shared-decision-proces te kunnen doen zou er iets moeten veranderen vanuit beide kanten. Zo zou het beter kunnen werken als er meer ruimte en vertrouwen is bij de patiënt om een meer assertievere houding aan te nemen. Uit de opvattingen van de zorgontvangers komt naar voren dat respondenten soms het idee hebben dat ze zich beter voor moeten doen dan dat ze zijn en niet kunnen zeggen wat ze willen. Een verandering hierin zou mogelijk meer ruimte geven voor een gezamenlijke besluitvorming. Daarnaast stellen Barry & Levitan (2012) dat er vanuit de zorgprofessional meer ruimte zou moeten komen voor een minder paternalistische houding waarbij de zorgverlener niet zegt 'ik weet wat goed voor je is' maar dit meer bij de zorgontvanger ligt. Dit komt overeen met de visie van zorgethici zoals Tronto (1993), welke stelt dat de zorgontvangers die zorg nodig hebben het beste aan kunnen geven wat nodig is voor hun eigen zorgproces. Naast de houding van de patiënt lijkt er in de praktijk, wat ook bij de AGE screening in de empirische data gezien wordt, soms te weinig ruimte te zijn voor een goed proces van gezamenlijke besluitvorming omdat daar simpelweg geen tijd voor lijkt te zijn net voor een noodzakelijke operatie of door de complexiteit van de beslissing. Dan spelen er bij de patiënt mogelijk ook emoties en blijkt het moeilijk om een weloverwogen besluit te maken. Van Nistelrooij et al. (2017) hebben het shared-decision-making zorgethisch geanalyseerd en geven aan dat autonomie en het maken van beslissingen bij patiënten net voor een operatie of bij een complex ziektebeeld zoals kanker moeilijk is. De afhankelijkheid van de patiënt moet daarom meegenomen worden door de zorgprofessionals en van belang is een conceptualisatie van iemands persoonlijkheid. Uit het biomedisch theoretisch onderzoek kwam dit ook bij Adelman et al. (1991) naar voren, zeker bij het maken van een keuze is het van belang om de waarden en persoonlijkheid van iemand te leren kennen. Zorgethica Noddings (1984) beaamt dit tevens met de term 'engrossment', wat volledig geïnteresseerd zijn in iemands zijn realiteit betekent. Dit is volgens haar belangrijk voor de kwaliteit van een zorgrelatie. Van Nistelrooij et al. (2017) beargumenteren daarnaast dat gezamenlijke besluitvorming niet sufficiënt is met alleen de patiënt en arts samen, de familie of naasten moeten hier in ook meegenomen worden omdat ze een belangrijke rol kunnen spelen in ondersteuning van de patiënt bij het maken van een keuze. Uit het empirisch deel 6.1 komt naar voren dat patiënten soms minder veerkracht hebben in verband met partners of andere afhankelijkheidsrelaties. Dit geeft nogmaals weer dat de omgeving en het meenemen van familie of naasten belangrijk is in de context van de patiënt en in de besluitvorming over een operatie.

### Bewustwording

Uit de opvattingen van de zorgverleners komt naar voren aandacht voor het steunsysteem, wat binnen de AGE uitgevraagd wordt de patiënt helpt om met meer motivatie en zekerder de operatie in te gaan. "Dan hoef ik dat stuk niet meer alleen door te maken" (Interview VPB). De screening lijkt daarnaast ook te zorgen voor een extra-check voor de patiënt. Aangezien de meeste patiënten in een voorbereidingsfase zitten lijkt dat voor meer bevestiging of zekerheid voor de operatie te zorgen. De zorgprofessionals geven aan dat zij dit niet zien als een periode van voorbereiding, maar als een proces van bewustwording. Dit proces van bewustwording wordt geprobeerd met de AGE screening op gang te brengen door patiënten te attenderen op hun zelfbetrokkenheid en een beroep te doen op de verantwoordelijkheid van de patiënt. Zorggevers benadrukken dat deze verantwoordelijkheid deels wordt bereikt door de testjes die ze moeten doen. Uit het theoretisch onderzoek komt naar voren dat knijpkracht een sterkere voorspeller van de fysiologische toestand is dan de systolische bloeddruk (Michael & Schenning, 2015). Zorggevers benadrukken juist dat het zorgt voor confrontatie. Bloeddruk zegt de meeste mensen niet zo veel,

maar of ze de dynamometer in kunnen knijpen of niet en hoeveel moeite dat kost of niet, dat voelen mensen meteen. Volgens de zorggevers geeft dit bewustwording in hun eigen kunnen en op deze manier beroep doen op hun verantwoordelijkheid is goed. In het theoretisch onderzoek stellen Anderson et al. (2013) dat je gemotiveerde patiënten nodig hebt voor optimalisatie om patiënten zo op een veiligere manier de operatie in te laten gaan. Daarnaast is het belangrijk dat patiënten meer betrokken zijn bij hun eigen zorgproces want dat zorgt er ook voor dat ze een meer assertievere houding aan gaan nemen. Uit de opvattingen van de zorgontvangers in paragraaf 6.3 komt het beeld dat zij zelf als patiënten het nut van de screening en optimalisatie niet altijd in zien. Zorgethici benadrukken het belang van de actieve rol van de patiënt, welke mogelijk het beste zijn eigen zorgpraktijk kan indelen of vormgeven (Tronto, 2013). Meer bewustwording bij de patiënt over het eigen belang al voor de screening zou kunnen zorgen voor een actievere rol bij de patiënt. Dit zou er mogelijk voor kunnen zorgen dat patiënten naar de screening gaan omdat ze het zelf belangrijk vinden en niet omdat de dokter het wil.

### Multidisciplinariteit

Respondenten in paragraaf 6.2 in het empirisch onderzoek geven aan dat het multidisciplinaire van het overleg bijdraagt aan de screening omdat iedereen vanuit een eigen expertise en vanuit andere ogen naar de patiënt kijkt waardoor het hele plaatje van de patiënt compleet in beeld gebracht wordt en de verschillende zorgprofessionals elkaar aan kunnen vullen. Zorgethica Tronto (1993) sluit hierbij aan door te beweren dat je multipere perspectieven samen moet brengen om een zorgpraktijk vorm te geven. Iedereen heeft een andere notie over wat goede zorg is, daarom is de multiperspectiviteit zo essentieel om samen te beslissen over de beste zorg. Uit de empirische data komt naar voren dat er bij de zorgprofessionals veel verschil zit in de opvatting wat goede zorg inhoudt. Tevens wordt uit de empirische data duidelijk dat elke zorgprofessional op een andere manier naar kwetsbaarheid kijkt. Zelfs in dit relatief kleine onderzoek lijkt daardoor het belang van multiperspectiviteit te worden benadrukt. Respondenten in paragraaf 6.2 geven aan dat om die multiperspectiviteit op de juiste manier te benutten daarvoor wel de juiste samenwerking tussen betrokkenen nodig is. Zorgethica Gilligan (1993) zegt dat door naar de relationaliteit van betrokkenen te kijken je de complexiteit van de zorgcontext beter in beeld krijgt. Elke perspectief is ook een ander moreel perspectief. Kijkend via een zorgethisch perspectief lijkt binnen de AGE screening elk perspectief wat meedoet in het multidisciplinair overleg een 'medisch perspectief' op de patiënt te zijn, waardoor kritisch bekeken de persoon mogelijk toch als 'medische object' gezien wordt in plaats van een kwetsbare persoon. Uit de empirische data komt daarnaast naar voren dat de multidisciplinariteit tevens een beroep lijkt te doen op de verantwoordelijkheid van de zorgprofessionals voor de patiënt. Tronto (1993) geeft aan dat verantwoordelijkheid iets zegt over hoe mensen met elkaar verbonden zijn. Welke verantwoordelijkheden iemand op zich neemt zegt ook iets over gelijkheid. Respondenten geven aan dat er geprobeerd wordt bij de AGE screening meerdere zorgprofessionals betrokken te maken om zo de verantwoordelijkheid over de patiënt te verdelen. Dit zorgt mogelijk ook voor een gelijkheid tussen de betrokken zorgprofessionals. Volgens Noddings (1984) heeft dit ook te maken met parochialisme: hoe dichterbij je bij iemand staat, hoe meer gemotiveerd je bent om iemand te helpen. Tronto (1993) beaamt dit ook, als mensen erg in nood zijn en de zorg dichtbij je ervaring dan zorgt dat voor een groter verantwoordelijkheidsgevoel om te zorgen. Walker (2007) stelt dat praktijken laten zien wat waardevol is door verantwoordelijkheid toe te wijzen, te accepteren of te weigeren. In de praktijk zelf komt daarom naar voren wat fundamenteel belangrijk is. Uit dit onderzoek komt dat in de AGE inderdaad voor meer betrokkenheid van zorgprofessionals zorgt. Desondanks geven respondenten ook aan dat dit nog wel redelijk afhankelijk is van hoe belangrijk mensen het vinden en hoe betrokken ze zich voelen om bij het AGE multidisciplinair overleg aanwezig te zijn. De bewuste zorg en aandacht voor kwetsbaarheid zou daardoor nog meer

Elise Pel – Zorgethische analyse van preoperatieve screening op kwetsbaarheid

geïntegreerd kunnen worden in de zorg.

## 8. Kwaliteit van onderzoek

### Beperkingen

De QUAGOL beschrijft in de uitleg van de methode hoe belangrijk het groepsproces bij de analyse is en dat het de analyse in teamverband uitgevoerd moet worden. Aangezien ik de analyse individueel heb gedaan, is het analyse proces daardoor niet optimaal uitgevoerd volgens QUAGOL (Dierckx, 2011). Ook is het in verband met een korte tijdsplanning dubieus of de heen en weer beweging tussen de data en de analyse voldoende is. De analyse is in een vrij beperkt tijdsbestek uitgevoerd en het zou optimaler zijn om meer ruimte te nemen voor bezinking van de gedachtes en de gevonden concepten. Dit is met name omdat het bij de uitvoering van QUAGOL juist de bedoeling is dat je je eigen ideeën en intuïties in de analyse meeneemt en de creativiteit van de onderzoeker zorgt voor de rijkheid van de analyse (Dierckx, 2011). Daarnaast is de data uit de patiëntinterviews beperkt. Het bleek een uitdaging om het goed interviewen van de patiënten onder de knie te krijgen en in te gaan op sommige antwoorden van de patiënten. Daarnaast vond ik mijn rol als interviewer ook lastig, de meeste patiënten die ik geïnterviewd heb, heb ik eerst ook geobserveerd bij de screening waarbij het leek alsof ik deel was van het onderzoeksteam. Dit zou een bias kunnen geven in hoe vrij mensen zich uit wilden spreken over de screening zelf. Dit zou een reden kunnen zijn dat het niet gelukt is om de diepte in te gaan met mijn interviews en daardoor data ben misgelopen.

Dit onderzoek zou je meer als een pilotstudie kunnen zien dan als een onderzoek waar concrete resultaten uit voort komen. Toch zijn een aantal concepten die gevonden zijn relevant en kan daar verder op door gebouwd worden. Het totale plaatje bij dit onderzoek, waarbij er en geobserveerd wordt en waarbij de mening van patiënten en zorgprofessionals doormiddel van interviews gehoord worden is naar mijn mening een goede combinatie. Daarnaast is er bij dit onderzoek het gehele proces van de AGE screening gezien. Observatie van de screening van een patiënt en zorgprofessional, interview van dezelfde patiënt, interviews van de betrokken zorgprofessionals en vervolgens observatie van het multidisciplinair overleg waarbij diezelfde patiënt nogmaals besproken wordt. Zo heb je naar mijn idee een compleet plaatje van de screening. Bij vervolgonderzoek zou ik dat ook zeker adviseren. Het analyse proces van de QUAGOL paste hier ook goed bij, omdat je bij dit proces juist je observaties, gedachtes en intuïties mee mocht nemen. Zo kwam ik bij een aantal interviews van zorgprofessionals citaten of gedachtes tegen die ik ook terug zag komen bij een observatie of een interview van een patiënt. Deze combinaties waren erg waardevol en heeft positief geholpen bij de analyse.

### Samenvattend:

- Vervolg onderzoek naar de beleving van de patiënt bij de screening is waardevol van hoe deze ingericht wordt/verbeterd kan worden.
- Het in kaart brengen van de volledige screening geeft een meerwaarde voor (vervolg) onderzoek omdat dit het gehele proces weergeeft en de situatie van de patiënt volledig in kaart wordt gebracht.

## 9. Conclusie

In dit onderzoek is doormiddel van empirische data aan de hand van interviews en observaties en theoretisch onderzoek een antwoord getracht te vinden op de onderzoeksvraag: ‘Kijkend naar de uitwerking van bestaande meetinstrumenten in de praktijk en de ervaringen van zorgprofessionals en patiënten, hoe kan kwetsbaarheid beter en vanuit een zorgethisch perspectief worden beschreven en geoperationaliseerd in het Antonius ziekenhuis Nieuwegein?’. Een van de voornaamste conclusies uit dit onderzoek is dat kwetsbaarheid een moeilijk te definiëren begrip blijkt en de empirische en theoretische data geven weer dat er in de praktijk nog te weinig kennis over kwetsbaarheid is. Uit de empirische data komt naar voren dat juist daarom de AGE screening van belang is, omdat dit volgens respondenten zorgt voor meer bewustwording bij de zorgprofessionals over kwetsbaarheid en er steeds beter een idee gevormd wordt hoe de zorg rondom kwetsbare patiënten ingericht kan worden. Zorgethisch gezien komt naar voren dat het bij kwetsbaarheid belangrijk is dat we de persoon achter de patiënt niet vergeten. De intrinsieke waarde van de patiënt, met eigen identiteit en levensverhaal, is van waarde in een optimalisatie of behandeltraject. Volgens de theoretische en empirische data zorgt het geven van meer verantwoordelijkheid aan de patiënt zelf en de patiënt zelf confronteren met het eigen kunnen voor een assertievere houding. Zorgethisch gezien is dit van belang bij de zorgontvanger omdat dit de persoon is waar het zorgtraject over gaat en welke mogelijk het best aan kan geven wat er in de praktijk relevant is. Echter in opvattingen van de zorgontvangers in de empirische data komt een beeld naar voren dat er in de praktijk nog meer ruimte mogelijk is voor die assertievere houding. Uit de theoretische data komt naar voren dat de patiënt het gevoel moet krijgen dat hij een eigen keuze heeft en mag maken. Uit de empirische data komt naar voren dat de AGE screening daar al deels aan bijdraagt bij veel patiënten omdat er geprobeerd wordt een bewustwordingsproces op gang te brengen door patiënten zelf te betrekken bij hun eigen weten en kunnen. De respondenten in paragraaf 6.2 geven aan dat er geprobeerd wordt een proces van gezamenlijke besluitvorming binnen de AGE screening te bereiken door patiënten te betrekken bij hun eigen zorgproces en het gesprek aan te gaan over motivatie. Toch lijkt dit ondanks dat het als vanzelfsprekend wordt gezien nog wel lastig te evenaren. Zorgethisch gezien, wat onderbouwd wordt door empirische data vanuit de zorgontvangers kan er mogelijk nog beter gekeken worden naar wat relevant is voor de patiënt en hoe de zorg in elke specifieke situatie het beste ingericht kan worden. Ook als er geen keuze is tussen wel of niet opereren kan er tijd gemaakt worden voor dit proces, door in gesprek te gaan met de patiënt over wat belangrijk voor hem of haar om zo nog meer in te zetten op de specifieke situatie van de patiënt. De empirische data heeft een beeld laten zien van de AGE screening die weer geeft dat er altijd interventies ingezet kunnen worden om te zorgen dat de patiënt zo zelfverzekerd en zo geoptimaliseerd het behandeltraject in gaat. Desondanks blijkt uit de empirische data ook dat het op dit moment veelal op een autoritair proces lijkt van een multidisciplinair team met een medisch perspectief. Dit perspectief is zowel subjectief als objectief. Desondanks worden de interventies vaak ingezet omdat ze standaard zijn en het vaak zo gedaan wordt. Uit de theoretische data blijkt dat de patiënt binnen het zorgproces een steeds actievere rol krijgt. Ook de AGE screening is hierbij in ontwikkeling en dat is positief. Er is zodoende nog veel te verbeteren en in de veranderende zorgwereld waarin we leven geeft de AGE het goede voorbeeld. De discussie rondom screening op kwetsbaarheid die recentelijk gevoerd werd ging voornamelijk over het besparen van kosten in de zorg. Naar mijn mening is dat niet waar de screening over gaat en dat is voor mij bevestigd in wat ik bij de AGE screening heb waargenomen. De AGE screening is een extra controle moment voor de patiënt met een hoog risico op complicaties, waarbij een extra overweging kan worden gemaakt voor het behandelplan. Daarnaast is het een zorgmoment waarbij de patiënt zelf betrokken wordt. Dit alles om gezamenlijk te streven naar de best mogelijke zorg voor de patiënt.



## Literatuur

Adelman Ronald D, Greene Michele G, Charon Rita. (1991) Issues in the physician-elderly patient interaction. *Aging and Society*;2:127–148.

Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L, Fontecha B, Inzitari M, Blay C, et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: a pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med.* ;6(2):189–194

Anderson A.D, McNaught C.E, MacFie J, Tring I, Barker P, Mitchell C.J. (2003) Randomized clinical trial of multimodal optimization and standard perioperative surgical care. *Br J Surg.*;90(12):1497-504.

Antonius Ziekenhuis Nieuwegein. (2017) *Werkwijze AGE-MDO*. Preoperatieve multidisciplinaire beoordeling en optimalisatie van kwetsbare chirurgische patiënten. Nieuwegein: auteur.

Baart, A., Dijke, J. van, Ouwerkerk, M. en E. Beurskens, (2011) *Buigzame zorg in een onbuigzame wereld*. Presentie als transitiekracht, Lemma, Den Haag.

Baker C, Wuest J, Stern PN. (1992). Method slurring: the grounded theory/phenomenology example. *J Adv Nurs.* 17 (11): 1355-1360

Barry M.J, Edgman-Levitan S. (2012). Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med.*;366(9):780-1.

Bellera CA, Rainfray M, Mathoulin-Pélissier S, Mertens C, Delva F, Fonck M, Soubeyran PL. (2012). Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. *Ann Oncol.*;23(8):2166-72

Beyene L. S, Severinsson E, Hansen B.S, Rørtveit K. (2017). Shared Decision-Making—Balancing Between Power and Responsibility as Mental Health-Care Professionals in a Therapeutic Milieu. *SAGE Open Nursing* 4: 1–10

Bongue B, Buisson A, Dupre C, Beland F, Gonthier R, Crawford-Achour É. (2017) Predictive performance of four frailty screening tools in community-dwelling elderly. *BMC Geriatr.* 10;17(1):262.

Bridges J<sup>1</sup>, Flatley M, Meyer J. (2010) Older people's and relatives' experiences in acute care settings: systematic review and synthesis of qualitative studies. *Int J Nurs Stud.* 47(1):89-107

Caserta, R.J, Abrams, L. (2007) The relevance of situation awareness in older adults' cognitive functioning: a review. *Eur Rev Aging Phys Act*;4:(3)

Cassidy M.R, Rosenkranz P, McCabe K, Rosen J.E, McAneny D. (2013). I COUGH: reducing postoperative pulmonary complications with a multidisciplinary patient care program. *JAMA Surg.*;148(8):740-5.

CBS. (2016). *Documentatie Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016*. Nederland: GGD/RIVM/CBS.

Chow W.B, Rosenthal R.A, Merkow R.P, Ko C.Y, Esnaola N.F. (2012) Optimal preoperative assessment of the geriatric surgical patient: a best practices guideline from the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program and the American Geriatrics Society. *J Am Coll Surg.*;215(4):453-66.

Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet.* 2;381(9868):752-62.

Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL et al. (2003) Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc.* 51(4):451-8.

Creswell, J. W., & Poth, C.N. (2016). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Approaches.* India: Sage.

Davies S.J, Wilson R.J (2004). Preoperative optimization of the high-risk surgical patient. *Br J Anaesth.*;93(1):121-8

De Vries, N.M., Staal, J.B., van Ravensberg, C.D., Hobbelen, J.S., Olde Rikkert, M.G., Nijhuis-van der Sanden, M.W. (2011). Outcome instruments to measure frailty: a systematic review. *Ageing Research Reviews* 10(1):104-114.

Deeg, D.J.H. en M.T.E. Puts (2008). Kwetsbaarheid bij ouderen. Predictoren en gevolgen. *Verpleegkunde, jg. 23.* 12-23

Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. (2011). QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. *Int J Nurs Stud.* 49(3):360-71

Dierckx de Casterlé, B., Verhaeghe, S. T. L., Kars, M. C., Coolbrandt, A., Stevens, M., & Grypdonck, M. (2011). Researching lived experience in health care: significance for care ethics. *Nursing Ethics*, 18(2), 232-42.

Edgar Nunes de Moraes, Juliana Alves do Carmo, Flávia Lanna de Moraes, Raquel Souza Azevedo, et al. (2016). Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. *Rev Saude Publica.* 50: 81.

Ernst E.F., Hall D.E., Schmid K., Seever G., Lavedan P., Thomas L.G., Johanning J.M. (2014). Surgical Palliative Care Consultations Over Time in Relationship to Systemwide Frailty Screening. *JAMA Surg.*; 149(11): 1121–1126

Finlay, L. (2008) A dance between the Reduction and Reflexivity: explicating the “Phenomenological Attitude”, *Journal of Phenomenological Psychology*, 39, 1-32.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 56: 146-56.

Geessink NH, Schoon Y, van Herk HC, van Goor H, Olde Rikkert MG. (2017). Key elements of optimal treatment decision-making for surgeons and older patients with colorectal or pancreatic cancer: A qualitative study. *Patient Educ Couns.* 100(3):473-479

Gilligan, C. (1993) Images of relationship. In: *In A different Voice*. Harvard University Express.

Gilardi F, Capanna A, Ferraro M, Scarcella P, Marazzi MC, Palombi L, Liotta G. (2018). Frailty screening and assessment tools: a review of characteristics and use in Public Health. *Ann Ig;* 30(2):128-139.

Godolphin W. (2009). Shared decision-making. *Healthc Q.*;12

Goossensen, M. A. (2011). *De zorg ziet de mens niet: Presentie en reductie in de zorg*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Gwyther H, Shaw R, Jaime Dauden E, et al. (2018) Understanding frailty: a qualitative study of European healthcare policy-makers' approaches to frailty screening and management. *BMJ Open*;8(3).

Held, V. (2006). *The Ethics of Care: Personal, Political and Global*. Oxford: Oxford University Press.

Hogan, D.B., MacKnight C, Bergman H (2003). Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res, jg.* 15(3) 1-29.

Hoogerduijn, J.G., Schuurmans, M.J., Duijnste, M.S., de Rooij, S.E., Grypdonck, M.F. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing* 16: 46-57.

Huber M. (2013) Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid. *TSG.* 91(3).133–134.

Huisingh-Scheetz M, Walston J. (2017) How should older adults with cancer be evaluated for frailty? *J Geriatr Oncol.*;8(1):8-15

Huisman M.G, Kok M, de Bock G.H, B.L. van Leeuwen B.L. (2016) Delivering tailored surgery to older cancer patients: preoperative geriatric assessment domains and screening tools - a systematic review of systematic reviews. *Eur. J. Surg.* 43(1):1-14

Johnson, C.W. and Parry, D. (2016). *Fostering Social Justice through Qualitative Inquiry: A Methodological Guide*. Routledge.

Katherine F. Ernst K.F, Hall D.E, Schmid K.K, Seever G, Lavedan P, Lynch T.G, Johanning J.M. (2014). Surgical Palliative Care Consultations Over Time in Relationship to Systemwide Frailty Screening. *JAMA Surg.* 149(11): 1121–1126

Kittay, F. (1999). *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency*. New York: Routledge.

Leget, C., Nistelrooij, I. van., & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing ethics*, 1-9.

Leung J.M., Tsai T.L., Sands L.P. (2011) Preoperative Frailty in Older Surgical Patients is Associated with Early Postoperative Delirium. *Anesth Analg.*; 112(5): 1199–1201.

Levana A.G., Deiner S. (2014). The Implication of Frailty on Preoperative Risk Assessment. *Curr Opin Anaesthesiol.*; 27(3): 330–335.

Li C., Carli F., Lee L., Charlebois P., Stein B, Liberman A.S., Kaneva P, Augustin B, Wongyingsinn M. Gamsa A, Kim DJ. Vassiliou MC, Feldman LS. (2013). Impact of a trimodal prehabilitation program on functional recovery after colorectal cancer surgery: a pilot study. *Surg Endosc.*;27(4):1072-82

Makary MA, Segev DL, Pronovost PJ, et al. (2010). Frailty as a predictor of surgical outcomes in older patients. *J Am Coll Surg.*; 210(6):901–8.

Markle-Reid, M. en G. Browne (2003). Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *J Adv Nurs.*;44(1):58-68.

Michael A. S., Katie J. Schenning K.J. (2015). Preoperative cognitive and frailty screening in the geriatric surgical patient: A narrative review. *Clin Ther.*; 37(12): 2666–2675.

Middelburg-Hebly, M, Galesloot, C, Van Trigt, I, Jansen-Segers, M. (2014). *Palliatieve Zorg in Beeld*. Rotterdam: IKNL.

Mitnitski, A.B., A.J. Mogilner, C. MacKnight en K. Rockwood (2002). The mortality rate as a function of accumulated deficits in a frailty index. *Mech Ageing Dev.*; 123 (11): 1457-1460.

Morley, J.E. (2002). Editorial: Something about frailty. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*; 57 (11): 698-704.

Murthy S, Hepner D.L, Cooper Z, Javedan H, Gleason L.J, Chi H.J, Bader A.M. (2016) Leveraging the preoperative clinic to engage older patients in shared decision making about complex surgery: an illustrative case. *Case Rep.* 7;30–32.

Noddings N. (1984). *Caring, a Feminine Approach to Ethics & Moral education*. California: University of California Press.

Ong L.M, Visser M.R, Lammes F.B, de Haes JC. (2000). Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Educ Couns.*;41(2):145-56.

Puts, M.T.E., N. Shekary, G. Widdershoven, J. Heldens en D.J.H. Deeg (2009). The meaning of frailty according to Dutch older frail and non-frail persons. *Journal of Aging Studies.*;23: 258-266.

Reddy, M. C., & Spence, P. R. (2008). Collaborative information seeking: A field study of a multidisciplinary patient care team. *Information Processing and Management.*;44(1), 242-255.

Revenig L.M., Canter D.J., Maxwell D. Taylor M.D. (2013). Too Frail for Surgery? Initial Results of a Large Multidisciplinary Prospective Study Examining Preoperative Variables Predictive of Poor Surgical Outcomes. *Am Surg.*; 217 (4 ): 665 – 670.

Elise Pel – Zorgethische analyse van preoperatieve screening op kwetsbaarheid

Ricoeur P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Editions du Seuil.

Ricoeur, P. (1992). *Oneself as Another*. Chicago, London: The University of Chicago Press.

Romero-Ortuno R, Wallis S, Biram R, Keevil V. (2016) Clinical frailty adds to acute illness severity in predicting mortality in hospitalized older adults: *An observational study. Eur J Intern Med. 35:24-34.*

Rost K, Roter D. (1987). Predictors of recall of medication regimens and recommendations for lifestyle change in elderly patients. *Gerontologist 27(4):510-515.*

Ruddick S. (1995) Love's reason. In: *Maternal Thinking: Toward a Politics of Peace*. New York: Beacon Press

Roulston K, Shelton S. (2015). Reconceptualizing Bias in Teaching Qualitative Research Methods. *Qualitative Inquiry: 21 (4)*, 332-342.

Saxton A, Velanovich V. (2011) Preoperative frailty and quality of life as predictors of postoperative complications. *Ann Surg.;253(6):1223-9.*

Schuurmans, H., N. Steverink, S. Lindenberg, N. Frieswijk en J.P.J. Slaets (2004). Old or frail: what tells us more? *Journal of Gerontology: Medical Sciences.; 59 (9): 962-965.*

Slaets, J.P.J. (2004). De oudere patient. In: R.O.B. Gans, S.U.J. Hoorntje en R.J.M. Strack van Schijndel (red.), *Consultatieve inwendige geneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Solbjør, M., Rise, M. B., Westerlund, H., & Steinsbekk, A. (2011). Patient participation in mental healthcare: When is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. *International Journal of Social Psychiatry, 59(2)*, 107–113.

Steverink, N. (2009). Gelukkig en gezond ouder worden: welbevinden, hulpbronnen en zelfmanagementvaardigheden. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie.; 40 (6): 244-252.*

Sutton, E., Eborall, H., & Martin, G. (2015). Patient involvement in patient safety: Current experiences, insights from the wider literature, promising opportunities? *Public Management Review.; 17(1)*, 72–89.

Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.

Tronto, J.C. (2013). *Caring Democracy. Markets, equality, and justice*. University Press, New York.

Van der Meide, H., Leget, C., Olthuis, G. (2013). Feeling an outsider left in uncertainty: A phenomenological study on the experiences of older hospital patients. *Scand J Caring Sci.;29(3):528-36.*

Van de Pol M.H.J, Fluit C.R.M.G, Lagro J, Slaats Y, Olde Rikkert M.G.M, Lagro-Janssen A.L.M. (2016). Shared decision making with frail older patients: Proposed teaching framework and practice recommendations. *Gerontol Geriatr Educ.;38(4):482-495.*

Van Duin, C, Stoeldraijer L. (2012). *Bevolkingsprognose 2012 - 2060: Langer leven, langer werken*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Van Campen, C. (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en cultureel Planbureau.

Van Heijst, A. (2011). *Professional Loving Care: An ethical view of the Healthcare sector*. Leuven: Peeters.

Van Nistelrooij I, , Visse M, Spekkink A, de Lange J. (2017) How shared is shared decision-making? A care-ethical view on the role of partner and family. *J Med Ethics*.;43(9):637-644.

Van Oostrom S, Picavet H, van Gelder B, et al. Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking – gegevens van huisartspraktijken. *NTVG*. 155:1-7.

Van Steenberghe, E. (2018, 23-04). De beste zorg is soms ook om ouderen niet te behandelen. Geraadpleegd op 24-04-2018, van <https://www.nrc.nl/nieuws/2018/04/22/de-beste-zorg-is-soms-ook-om-ouderen-niet-te-behandelen-a1600400>.

Vilans. (2010). Zelfmanagement: verkenning en agendasetting. Vilans, 2010. Geraadpleegd op 09-2018, van <http://vilans.nl/docs/producten/zelfmanagementverkenning/agendasetting.pdf>

Walker M, U. (2007). *Moral understandings: A femine study in ethics*. Oxford University Press.

Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, et al. (2006). Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/ National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*.;54(6):991–1001.

Weeda, F. (2018, 23-04). Een operatie doet soms veel kwaad. Geraadpleegd op 24-04-2018, van <https://www.nrc.nl/nieuws/2018/04/23/een-operatie-doet-soms-veel-kwaad-a1600403>

Williams S.L, Haskard K.B, DiMatteo M.R. (2007). The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: Effective communication with vulnerable older patients. *Clin Interv Aging*.; 2(3): 453–467.

Wilson CM, Kostuca SR, Boura JA. (2013) Utilization of a 5-Meter Walk Test in Evaluating Self-selected Gait Speed during Preoperative Screening of Patients Scheduled for Cardiac Surgery. *Cardiopulm Phys Ther J*. ;24(3):36–43.

Zorginstituut Nederland. (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*. Samen leren en verbeteren. Diemen: auteur.

## Bijlagen

De bijgevoegde bijlagen zijn korte voorbeelden ter illustratie van het analyseproces.

### Bijlage 1. Voorbeeld conceptueel overzicht Interviews

#### Interview met patiënt:

- Maakt het niet uit wel of geen screening: '**omdat de dokter het wil**' die wilde weten of ik goed genoeg was voor de operatie.
- Denkt verder niet na over wat er besproken is. **Laat het over zich heenkomen** > coping. 'Ik doe wat ze vragen en that's it'.
- Voelt zich helemaal niet kwetsbaar. Vond de screening voor haarzelf **niet nodig**, maar als de arts het wil dan doe ik het wel. Vond het niet belastend.
- Kijkt op tegen de operatie, maar is wel blij dat er nu iets gedaan wordt.
- Het gesprek heeft bijgedragen aan **bevestiging** van een keuze van vooral de ZP. Bevestiging dat de patiënt de operatie aan kan. 'Om de keuze tussen twee operaties makkelijk er te maken wilde de arts de screening'
  - keuze tussen twee operaties/behandelingsmogelijkheden: aanmelden voor AGE om de vitaliteit te bekijken + extra overleg met collega's om een weloverwogen besluit tot welke operatie te maken.
- Bij sommige vragen: 'waar hebben ze het in godsnaam over' > **onnodig**.

#### Interview zorgprofessional

- Screening = **bewustwording** van de ZP: bewuster kijken naar de patiënt en de kwetsbaarheid. **Meer weten** over de patiënt.
- Het MDO: heeft ons geleerd om dingen al eerder in te zetten > **leercurve**. Steeds meer inzicht krijgen in kwetsbaarheid. In het MDO wordt de tijd genomen om **dingen uit te leggen**.
- Kwetsbaarheid is niet te vangen in een vragenlijst: meenemen van eigen gevoel.
- Het is goed uit te leggen aan mensen. Sommige mensen krijgen wel het gevoel dat ze zich '**moeten verkopen**'. En soms is het heel **confronterend** voor mensen.
- Veel mensen hebben in eerste instantie: zo snel mogelijk de kanker uit het lichaam > goede uitleg + motivatie is dat nooit een probleem.
- Moeilijke afwegingen: wat is de kwaliteit van leven, wat als iemand niet gemotiveerd is, consequenties van niet opereren.
- Leercurve: Veel mensen gezien die veel in kwaliteit van leven inleveren, dit neem ik mee in overleg als we iemand anders afwijzen.
- MDO: steeds meer kennis over waar doe je het beste aan.
  - o Multidisciplinair/meerdere betrokken zorgt voor een **meer overwogen beslissing**/advies > betere onderbouwing: essentieel voor shared decision making: de patiënt meenemen in overweging door goed te informeren/onderbouwde argumenten te geven. > ook deels de verantwoordelijkheid bij de patiënt leggen.
- De screening geeft wel **vertraging**: daarom is het goed dat wij nu al veel leren en zo snel mogelijk al dingen inzetten: winst behalen: **proactief** werken. > de patiënt al zo veel mogelijk optimaliseren.
- Het screeningsinstrument = per persoon en situatie kijken of iemand kwetsbaar is ja of nee: **contextualiteit**.

Bijlage 2. Voorbeeld conceptueel overzicht data

<b>Hoe kijken zorgprofessionals aan tegen kwetsbaarheid/hoe herkennen ze dit?</b>	<b>Concepten</b>
Afhankelijkheid Zelfredzaamheid Motivatie Coping: onverschilligheid/niet willen weten Veerkracht – motivatie bepaalt veerkracht Wat wil iemand zelf nog? Onderbuikgevoel Professionele ervaring nodig om te herkennen Lastig om kwetsbaarheid te benoemen Hebben specifieke aandacht nodig Context: kwetsbaarheid is per persoon verschillend Hoeveel reserves heeft iemand nog?	afhankelijkheid zelfredzaamheid motivatie onachtzaamheid veerkracht zelfbeschikking/zelfvoorziening - Ervaring Ondefinieerbaar aandachtbehoefte contextueel reserves



Bijlage 3. Totale lijst met gevonden concepten

afhankelijkheid	Ondefinieerbaar
zelfredzaamheid	Context
reserves	Patiënt-selectie – context
onachtzaamheid	Ziektelast – context
veerkracht	optimalisatie
zelfbeschikking/zelfvoorziening	nadenkproces
Ervaring ZP	Keuzeproces
aandachtbehoefte	zelfbetrokkenheid
Vorbereiding nazorg	Extra belasting
Moeten bewijzen PT	Actiegericht
Moeten/aan verwachtingen voldoen	Gezamenlijke effort ZP
Moeten – omdat de dokter het wil	Confrontatie
Onnodig	Vertraging
Breder perspectief ZP	Beter informeren/uitleggen PT
multidisciplinair	Betere overwegingen ZP
Mogelijkheden	Ervaring opdoen ZP
hulp/steun voor ZP	Aandacht ZP
argumentatie ZP	Bewustwording ZP
Gezamenlijke besluitvorming PT ZP	Optimalisatie PT
Gezamenlijke besluitvorming PT	Nuttig
Gezamenlijke besluitvorming tussen ZP	Niet kwetsbaar voelen
Gezamenlijke verantwoordelijkheid	Geen extra belasting
Samenwerken ZP	Serius genomen PT
Betrokkenheid ZP	Extra check PT
Bewustwording PT	Zekerheid PT
Beleving - bewustwording	bevestigend
Betrokkenheid PT	Vorbereiding PT – bewustwordingsproces
Betere overwegingen PT	Eik-moment
Betere overwegingen ZP	gegevensverzameling
motivatie	Ongemak
Bewustwording ZP	Ervaring opdoen ZP