

Wijkverpleging bij cliënten met een risico op bloedingen

Een knelpuntenanalyse

Sofie Noorland
Kim de Groot
Wanda Bemelmans
Bart Knottnerus
Anneke Francke



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Juni 2023

ISBN 978-94-6122-807-9

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2023 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Verpleegkundige en verzorgende professionals¹ in de wijkverpleging hebben vaak te maken met cliënten met bloedingen of een verhoogd risico daarop. Zij spelen een belangrijke rol in het informeren van thuiswonende cliënten, het treffen van voorzorgmaatregelen en het signaleren van bloedingen en/of het risico hierop. De beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) had vanuit haar achterban signalen ontvangen dat er in de praktijk onduidelijkheden spelen over het verpleegkundig en verzorgend handelen bij cliënten met een verhoogd risico op bloedingen. Om die reden heeft het Nivel een knelpuntenanalyse uitgevoerd, in opdracht van V&VN en met financiering van ZonMw. Dit rapport beschrijft de uitkomsten van deze knelpuntenanalyse en de adviezen die daaruit voortvloeien voor het vervolg.

Veel dank gaat uit naar alle verpleegkundige en verzorgende professionals, cliënten en vertegenwoordigers van landelijke verenigingen die deelnamen aan de interviews, vragenlijstonderzoek en/of de reflectiebijeenkomst. Ook danken wij onze contactpersoon bij V&VN, Greta Rijninks, voor het prettige overleg, onder andere over de werving van deelnemers.

De auteurs

Dit project is uitgevoerd in opdracht van:



Dit project is mogelijk gemaakt met financiering van:



¹ Onder verpleegkundige en verzorgende professionals verstaan we verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten.

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding en achtergrond	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Doel- en vraagstelling	7
1.3 Leeswijzer	8
1.4 Plan van aanpak	8
2 Literatuuronderzoeken	9
2.1 Aanpak van het literatuuronderzoek	9
2.2 Resultaten van literatuuronderzoek naar richtlijnen	11
2.3 Resultaten van literatuuronderzoek naar wetenschappelijke publicaties	15
3 Praktijkraadpleging	17
3.1 Kwalitatieve interviews	17
3.2 Vragenlijstonderzoek	19
4 Reflectiebijeenkomst	31
4.1 Reflectie op de gevonden knelpunten en cliëntengroepen	31
4.2 Reflectie op oplossingsrichtingen	33
5 Conclusie en adviezen	34
5.1 Conclusies per onderzoeksvraag	34
5.2 Adviezen	36
Literatuur	38
Bijlage A - Methode literatuuronderzoeken	40
Bijlage B - Reden van exclusie richtlijnen	47
Bijlage C - Data extractie tabellen	55
Bijlage D - Methode kwalitatieve interviews	69
Bijlage E - Methoden van vragenlijstonderzoek	72

Samenvatting

Twee derde (66%) van de verpleegkundige en verzorgende professionals in de wijkverpleging hebben in hun werk te maken met cliënten met een risico op bloedingen. Het was echter nog onduidelijk of – en zo ja, welke – knelpunten zij ervaren in de zorg bij deze cliëntengroep en wat nodig is om deze knelpunten aan te pakken. Moet er een landelijke richtlijn voor de wijkverpleging komen en/of zijn andere activiteiten nodig om knelpunten te verminderen? Om daar inzicht in te krijgen voerden we een knelpuntenanalyse uit die bestond uit: een internationaal literatuuronderzoek, kwalitatieve interviews met zorgprofessionals uit de wijk en andere experts uit het werkveld, een landelijk vragenlijstonderzoek onder verpleegkundige en verzorgende professionals en een reflectiebijeenkomst met zorgprofessionals en een cliëntvertegenwoordiger.

Het internationale literatuuronderzoek liet zien dat er twee internationale richtlijnen zijn waarin informatie staat over hoe zorgverleners in de wijk kunnen handelen bij cliënten met een risico op bloedingen. Beide richtlijnen richten zich op palliatieve zorg voor cliënten met risico op bloedingen in de eerste en tweedelijnszorg, en geven concrete adviezen voor advance care planning en interventies bij hevige bloedingen. Een van de richtlijnen gaat daarnaast in op het voorkomen en behandelen van mildere bloedingen bij oncologische wonden.

In het vragenlijstonderzoek gaf 69% van de 148 respondenten aan geen gebruik te maken van richtlijnen voor zorg bij cliënten met een risico op bloedingen. Van de zorgprofessionals die wel richtlijnen gebruiken, maakt 18% gebruik van de landelijke eerstelijnsafspraken voor zorg aan kwetsbare ouderen en 11% van de richtlijn over zorg bij oncologische ulcera.

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt verder dat bijna de helft (49%) van de 145 zorgprofessionals in de wijk die te maken hebben met cliënten met een risico op bloedingen minstens één knelpunt ervaart in hun eigen handelen. Het voornaamste knelpunt is onduidelijkheid of te weinig informatie over het risico op bloedingen in het elektronisch cliëntendossier (26%). Verder ervaren zorgprofessionals in de wijk onduidelijkheid over de aandachtspunten in de zorg voor deze cliënten (22%) en mist 18% van de 145 respondenten een landelijke richtlijn over het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden bij cliënten met een risico op bloedingen. De knelpunten worden vooral ervaren bij kwetsbare ouderen (69%) en cliënten die antistolling gebruiken (76%).

Tijdens de interviews gaven zorgprofessionals voorbeelden van aandachtspunten in de zorg voor mensen met een risico op bloedingen waar niet altijd rekening mee gehouden wordt, zoals voorzichtigheid bij het aantrekken van steunkousen. In de reflectiebijeenkomst kwam naar voren dat het elektronisch cliëntendossier vaak geen plan bevat voor deze cliëntengroep, wat in combinatie met kennistekorten tot angst bij zorgprofessionals kan leiden.

Daarnaast ervaart 42% van de zorgprofessionals in de wijk minstens één knelpunt in de organisatie van zorg bij mensen met een risico op bloedingen. Het voornaamste knelpunt hierbij is onvoldoende beschikbaarheid van middelen (zoals medicatie of verbandmateriaal) om te kunnen handelen in geval van een bloeding (28%). Daarnaast geeft 18% aan dat er onduidelijkheid bestaat in de overdracht van behandelafspraken vanuit de behandelend arts naar de wijkverpleging, en 10% vindt dat de samenwerking met de behandelend arts soms moeizaam verloopt. De knelpunten worden wederom vooral ervaren bij de zorg voor kwetsbare ouderen (82%) en cliënten die antistollingsmedicatie gebruiken (67%). Ook deze knelpunten werden bevestigd in de interviews

waarbij zorgprofessionals ook aangaven dat overdrachten vanuit behandelaren niet altijd volledig zijn.

Uit het vragenlijstonderzoek blijken de volgende drie oplossingsrichtingen voor knelpunten in de zorg voor cliënten met een risico op bloedingen het vaakst gekozen te worden. Van de 80 respondenten wil 45% een landelijke zorgrichtlijn, 44% wil informatiemateriaal over interventies bij bloedingen en ook 44% wil een klinische les, bijscholing of cursus over de zorg voor deze cliëntengroep. Deze oplossingsrichtingen werden deels bevestigd tijdens de interviews en de reflectiebijeenkomst. Hierbij werd echter de voorkeur gegeven aan beknopt informatiemateriaal, zoals een praktijkkaart met bijvoorbeeld een beslisboom, boven de ontwikkeling van een richtlijn.

Op basis van onze knelpuntenanalyse raden wij aan om niet te investeren in de ontwikkeling van een landelijke zorgrichtlijn specifiek voor de wijkverpleging. We adviseren te investeren in de ontwikkeling van praktische informatiemateriaal voor professionals in de wijkverpleging, zoals een handreiking met een beknopte praktijkkaart met aandachtspunten voor de zorg voor cliënten met een risico op bloedingen en de mogelijke interventies daarbij. Verder adviseren wij om scholingsmateriaal te ontwikkelen dat zowel ingaat op risico's en aandachtspunten in de zorg voor thuiswonende cliënten met een risico op bloedingen omvat, als op praktische interventies in geval van een bloeding. Hierbij valt aan te bevelen om het scholingsmateriaal te laten aansluiten op de praktijkkaart om implementatie van de praktijkkaart te vergemakkelijken. Aangezien uit het literatuuronderzoek naar richtlijnen bleek dat aanbevelingen in richtlijnen over de zorg voor deze groep cliënten veelal niet 'evidence-based' zijn, raden wij aan verder onderzoek te doen naar wat effectieve procedures en interventies zijn in de zorg voor thuiswonende cliënten met een risico op bloedingen.

1 Inleiding en achtergrond

1.1 Aanleiding

Professionals in de wijkverpleging hebben regelmatig te maken met cliënten met bloedingen of een risico daarop. Dit speelt bijvoorbeeld bij cliënten die bloedverdunners gebruiken of bij cliënten met oncologische aandoeningen. Professionals in de wijkverpleging kunnen invloed hebben op het optreden van bloedingen, bijvoorbeeld door de cliënt goed te informeren over het gevaar van bloedingen en voorzorgsmaatregelen. Ook in het kader van psychosociale ondersteuning van deze cliënten kunnen de betreffende professionals een rol spelen. Daarnaast kunnen zij ook bloedingen of het risico daarop signaleren en een huisarts inschakelen.

Uit een achterbanraadpleging van V&VN onder verpleegkundige en verzorgende professionals in uiteenlopende zorgsettings bleek echter dat er verschillende vraagstukken spelen rondom het handelen bij mensen met een risico op bloeding. Er werden knelpunten of onduidelijkheden genoemd rondom bijvoorbeeld:

- Vroegtijdig signaleren van (een risico op) een bloeding.
- Handelswijze bij gebruik van bloedverdunners.
- Vaststellen van verhoogde bloedingsneiging bij mensen met oncologische aandoeningen en consequenties van interventies.

Het was echter nog onduidelijk welke concrete knelpunten er specifiek in de wijkverpleging spelen in de zorg en ondersteuning van cliënten met (een risico op) bloedingen. Ook was nog onduidelijk hoe die knelpunten het best geadresseerd kunnen worden en of hiervoor een specifieke richtlijn voor de wijkverpleging gewenst is. Daarnaast was onbekend bij welke specifieke cliëntengroepen de knelpunten het meest urgent zijn.

Verder was meer inzicht nodig of er bestaande Nederlandse of internationale richtlijnen zijn die een bijdrage kunnen leveren voor een eventuele nieuwe richtlijn voor de wijkverpleging. Onduidelijk was nog welke richtlijnen dat zijn en in hoeverre die ook aandacht besteden aan de wijkverpleging.

1.2 Doel- en vraagstelling

Het doel van deze knelpuntenanalyse is inzichten bieden die V&VN kan gebruiken in de overweging voor het al dan niet ontwikkelen van een richtlijn specifiek voor de wijkverpleging bij mensen met (een risico op) bloedingen. Daarvoor moet de knelpuntenanalyse meer inzicht geven in welke knelpunten er spelen in de wijkverpleging rondom preventie, signaleren en interveniëren bij cliënten met een risico op bloedingen. Ook is inzicht nodig in hoe deze knelpunten het best geadresseerd kunnen worden. Op basis van de resultaten kan V&VN onderbouwde beslissingen nemen voor een vervolgtraject. Dat kan de ontwikkeling van een richtlijn voor de wijkverpleging zijn en/of (implementatie)activiteiten of producten, zoals bijscholing of eLearning over preventie, signaleren en interveniëren bij cliënten met bloedingen of een hoog risico op bloedingen.

In aansluiting bij het doel beantwoordt dit rapport de volgende onderzoeksvragen:

1. a. Welke richtlijnen zijn er al in Nederland en internationaal die gaan over verpleging of verzorging van cliënten met bloedingen of een risico daarop door verpleegkundige of verzorgende professionals uit de wijkverpleging?
b. Wat beschrijven de richtlijnen over bevorderende of belemmerende factoren en/of randvoorwaarden voor implementatie van die richtlijnen?
2. Hoe vaak en op welke wijze hebben professionals in de wijkverpleging te maken met cliënten met bloedingen of een risico daarop?
3. a. Welke knelpunten en kennishiaten spelen in de wijkverpleging aangaande preventie, signaleren en interveniëren bij bloedingen?
b. Maken professionals in de wijkverpleging gebruik van richtlijnen of (van richtlijnen afgeleide) protocollen over bloedingen of een risico daarop?
c. En zo ja, wat zijn daarmee de ervaringen en lopen ze in het gebruik tegen bepaalde problemen aan?
4. Wat zijn oplossingsrichtingen om die knelpunten en kennishiaten te reduceren?
5. Welke activiteiten en eventuele uitgangsvragen zijn relevant voor een vervolgtraject?

1.3 Leeswijzer

De onderzoeksvragen zijn beantwoord door een literatuuronderzoek, kwalitatieve interviews, een online vragenlijstonderzoek en een reflectiebijeenkomst. Hoofdstuk 2 beschrijft het literatuuronderzoek. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van het vragenlijstonderzoek en de interviews beschreven. De uitkomsten van de reflectiebijeenkomst staan in hoofdstuk 4. Het vijfde en laatste hoofdstuk bevat conclusies en aanbevelingen. Meer informatie over de onderzoeksmethoden is te vinden in de bijlagen.

1.4 Plan van aanpak

Deze knelpuntenanalyse werd uitgevoerd conform het generieke plan van aanpak van knelpuntenanalyses van V&VN (V&VN, 2020), dat aansluit bij de AQUA-Leidraad van het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut Nederland, 2021) en bij de Tool Knelpuntenanalyse van IQ Healthcare (IQ healthcare, 2013).

Het generieke plan van V&VN onderscheidt de volgende onderdelen van een knelpuntenanalyse, die weerspiegeld wordt in de opbouw van deze knelpuntenanalyse:

1. Nader vaststellen van de scope.
2. Literatuuronderzoek.
3. Praktijkraadpleging onder professionals en andere stakeholders.
4. Analyseren en beoordelen van knelpunten en oplossingsrichtingen.
5. Rapportage.

Nadere toelichting op de methoden volgt in het hoofdstuk waarin we ook de resultaten presenteren en in de bijlagen bij dit rapport.

De knelpuntenanalyse liep van september 2022 tot en met mei 2023.

2 Literatuuronderzoeken

Dit hoofdstuk beschrijft de aanpak en resultaten van twee literatuuronderzoeken. Het eerste literatuuronderzoek had als doel relevante richtlijnen te vinden. Het tweede onderzoek gericht was op het vinden van wetenschappelijke kennis over knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen in het handelen van verpleegkundige en verzorgende professionals bij cliënten met een risico op bloedingen. Daarnaast werd informatie uit het literatuuronderzoek gebruikt voor de ontwikkeling van de vragenlijst (zie hoofdstuk 3).

Het eerste literatuuronderzoek adresseert de volgende onderzoeksvragen:

- Onderzoeksvraag 1a: Welke richtlijnen zijn er al in Nederland en internationaal die gaan over verpleging of verzorging van cliënten met bloedingen of een hoog risico daarop door verpleegkundige of verzorgende professionals uit de wijkverpleging?
- Onderzoeksvraag 1b: Wat beschrijven de richtlijnen over bevorderende of belemmerende factoren en/of randvoorwaarden voor implementatie van die richtlijnen?
- Onderzoeksvraag 3a: Welke knelpunten en kennishiaten spelen in de wijkverpleging aangaande preventie, signaleren en interveniëren bij bloedingen?
- Onderzoeksvraag 4: Wat zijn oplossingsrichtingen om die knelpunten en kennishiaten te reduceren?

2.1 Aanpak van het literatuuronderzoek

Voor de twee literatuuronderzoeken voerden we searches uit in PubMed en in CINAHL. Daarnaast voerden we searches uit met Google Scholar en Google, om ook relevante 'grijze' literatuur op te sporen. Voor het literatuuronderzoek naar relevante richtlijnen over bloedingen keken we ook in de internationale richtlijndatabases GIN, TRIP, Guideline Central, NICE BIGG, in de richtlijndatabase van V&VN en in een recente overzichtsstudie naar Nederlandse richtlijnen voor verpleging of verzorging (Groot & Francke, 2021). Voor meer details over de zoekstrategieën, zie bijlage A.

2.1.1 Aanpak van het literatuuronderzoek naar richtlijnen

Voor de eerste onderzoeksvraag zochten we naar relevante Nederlandse en internationale richtlijnen over preventie, signaleren en interveniëren bij bloedingen.

Inclusie- en exclusiecriteria richtlijnen

De bestaande richtlijnen moesten voldoen aan de volgende inclusiecriteria:

- Gaat geheel of voor een deel over de verpleging of verzorging van cliënten met een risico op bloedingen bij thuiswonende mensen.
- In de Nederlandse of Engelse taal.
- (Mede)ontwikkeld en/of (mede)geautoriseerd door een landelijke of internationale beroepsvereniging van verpleegkundigen of verzorgenden.
- Voor internationale richtlijnen verschenen in de laatste 5 jaar² en voor Nederlandse richtlijnen verschenen in de laatste 10 jaar.

² Bij richtlijnen wordt vaak een termijn van 5 jaar aangehouden om aan te geven dat een richtlijn nog actuele informatie heeft.

Exclusiecriteria waren:

- Betreft richtlijn over kinderen (<18 jaar).
- Betreft richtlijn over bloedingen rondom bevallingen en vruchtbaarheid.

Resultaten zoek- en selectieproces richtlijnen

De eerdergenoemde zoekacties leverden 603 potentieel relevante richtlijnen vanuit PubMed, CINAHL en 10 potentieel relevante richtlijnen vanuit de Nederlandse databases op. Daarnaast leverde de zoekacties in de internationale databases van GIN, TRIP, Guideline central en NICE en BIGG meer dan 3000 mogelijk relevante richtlijnen op. Tijdens het screenen werd besloten om ook richtlijnen over ziektebeelden waarvan bekend is dat ze tot een risico op bloedingen kunnen leiden mee te nemen, ook als naar dit risico niet direct werd verwezen in de samenvatting. In Bijlage A.1 is een overzicht toegevoegd met ziektebeelden die we hierbij tegenkwamen.

Vervolgens vond screening op basis van de titel en samenvatting plaats en bleven nog 26 mogelijk relevante richtlijnen over (21 internationale en 5 Nederlandse richtlijnen). Na het beoordelen van de volledige tekst op de in- en exclusiecriteria werden slechts twee internationale richtlijnen geïncludeerd.

Voor meer details over de selectieprocedure zie bijlage A.1 Deze bijlage bevat een flowchart (Figuur A.1.1) en bijlage B bevat een overzicht van geëxcludeerde richtlijnen met redenen voor exclusie.

2.1.2 Aanpak literatuuronderzoek naar wetenschappelijke publicaties

We verrichtten ook een literatuuronderzoek in het kader van onderzoeksvraag 3 en 4 naar wetenschappelijke literatuur over knelpunten en oplossingsrichtingen in de wijkverpleging bij cliënten met (een risico op) bloedingen.

Inclusie- en exclusiecriteria voor studies over knelpunten en oplossingsrichtingen

De studies moesten voldoen aan de volgende inclusiecriteria:

- Betreft empirisch (kwalitatief, kwantitatief of mixed-method) onderzoek.
- Beschrijft knelpunten en/of oplossingsrichtingen aangaande preventie, signaleren en interveniëren bij bloedingen.
- Die in relatie worden gebracht met verpleegkundig of verzorgend handelen bij thuiswonende cliënten.
- In de Nederlandse of Engelse taal zijn beschreven.
- Uitgevoerd in de laatste 10 jaar.

Exclusiecriteria waren:

- Betreft onderzoek over kinderen (<18 jaar).
- Betreft onderzoek over bloedingen rondom bevallingen en vruchtbaarheid.

Resultaten zoek- en selectieproces voor studies over knelpunten en oplossingsrichtingen

De zoekacties leverden 2140 potentieel relevante studies omtrent knelpunten en oplossingsrichtingen op vanuit PubMed en CINAHL. Na screening van titel en samenvatting bleven nog 23 mogelijk relevante studies over. Na het beoordelen van de volledige tekst op de inclusiecriteria werden slechts twee studies geïncludeerd. Voor meer details over de zoekstrategieën en het flow diagram (Figuur A.2.1) van de resultaten van de selectiefasen zie bijlage A.2.

2.2 Resultaten van literatuuronderzoek naar richtlijnen

2.2.1 Twee relevante internationale richtlijnen

De twee geïnccludeerde richtlijnen zijn internationale interdisciplinaire richtlijnen over de zorg voor palliatieve cliënten en zijn bedoeld voor alle betrokken zorgprofessionals (BC Centre for Palliative Care, 2017; German Guideline Program in Oncology et al., 2020). Beide richtlijnen richten zich op zowel eerste- als tweedelijnszorg.

De Duitse richtlijn '*S3 Guideline palliative care for patients with incurable cancer*' (German Guideline Program in Oncology et al., 2020) richt zich op palliatieve zorg voor volwassenen met kanker. Deze richtlijn gaat deels over bloedingen en beschrijft dit als een symptoom dat kan optreden bij oncologische wonden. Voor de knelpuntenanalyse hebben we de verkorte versie van de richtlijn gebruikt, omdat de volledige versie alleen in het Duits beschikbaar is.

De Canadese richtlijn '*Inter-professional palliative Symptom management*' (BC Centre for Palliative Care, 2017) gaat over zorg voor alle cliënten in de palliatieve fase en richt zich daarbij deels op de zorg voor cliënten met (een risico op) bloedingen. De richtlijn focust zich op veel voorkomende symptomen die zich bij cliënten in de palliatieve fase voordoen en adresseert hevige bloedingen als een mogelijk symptoom.

2.2.2 Aanbevelingen uit de internationale richtlijnen

In beide richtlijnen staan aanbevelingen over het verpleegkundig of verzorgend handelen bij cliënten met (een risico op) bloedingen. Ziektebeeld specifieke aanbevelingen die niet focussen op (het risico op) bloedingen laten we hier buiten beschouwing. Dit betekent bijvoorbeeld dat aanbevelingen over welke medicatie helpt tegen pijn bij kanker niet zijn geëxtraheerd. Tabel B.1 uit bijlage B.1 is de extractietabel en toont alle relevante aanbevelingen uit de richtlijnen.

De aanbevelingen in de richtlijnen hebben betrekking op verschillende fases van het verpleegkundig proces (V&VN, 2020). Tabel 2.1 vat samen welke aanbevelingen in de verschillende richtlijnen staan, per fase van het verpleegkundig proces.

Tabel 2.1 Samenvatting aanbevelingen richtlijnen volgens de fases van het verpleegkundig proces

Fase verpleegkundig proces	Aanbevolen methode	Richtlijn
Fase 1-Vraagverheldering	Assessment tool (Mnemoniv o,p,q,r,s,t,u,v) om ernst van de bloeding te bepalen. (zie Figuur B.1.1 uit bijlage B.1).	BC Centre
	Beoordeling van wond specifieke aspecten: spontane bloedingen of contactbloedingen, lokalisatie van de bloeding (gebied van de wondrand, tumor), risico op doodbloeden/obstructie, hoeveelheid bloedverlies (geen, licht, matig, ernstig).	GGPO
Fase 2- Diagnosestelling	Beslisboom. Op basis van de mate van de bloeding en/of hemostase mogelijk is wordt interventie bepaald (zie figuur B.1.2 uit bijlage B.1)	GGPO
Fase 3- Vaststellen gewenste resultaten (zorgdoelen)	<ul style="list-style-type: none"> - Weeg last van interventie af tegen voordeel van interventie. - Steun aan patiënt en niet medicamenteuze interventies zijn soms belangrijker dan het gebruik van noodmedicatie 	BC Centre GGPO
Fase 4- Vaststellen en organiseren van passende interventies	<p>Aanpak/advies milde bloedingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A-traumatische verbandwissel* om contactbloeding van maligne wonden te voorkomen. - Vasoconstrictie maatregelen (bijv. koeling) voor lichte bloedingen van maligne wonden. - Pas lichte druk toe op de wond - Medicatie: Tranexaminezuur lokaal/systemisch en/of Breng een hemo-stypticum in de wond <p>*a-traumatische verbandwisseling: Huidvriendelijke verband materiaal (silicone), voorzichtig verwijderen van verbandmateriaal door droog verband eerst vochtig te maken, irritatie door wrijving voorkomen door te spoelen in plaats van te vegen, gebruik van verwarmde wondspoelvloeistof, drukvrij aanbrengen van wond en fixatie verband.</p>	GGPO
	<ul style="list-style-type: none"> - Evalueer gebruik anticoagulantia. Weeg voor- en nadelen van gebruik af. Bij levensbedreigende bloeding: stop anticoagulantia waar mogelijk 	GGPO
	<p>Aanpak/advies levensbedreigende bloedingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gebruik donkere handdoeken, bekkens, absorberende materialen als lakens matrasbeschermers etc. - Houding: Blijf rustig, wees aanwezig, bied troost en comfort - Roep hulp in. - Zorg dat patiënt nooit alleen is - Herpositioneer voor comfort en vrije ademweg. - Pas druk toe bij externe bloeding - Gebruik noodmedicatie (midazolam) indien noodzakelijk - Verwijder medisch afval op de juiste manier. 	BC Centre GGPO
	Organisatie: Bevestig het begrip binnen het team in prioriteiten van acties, zorg voor multidisciplinaire betrokkenheid en documentatie,	BC Centre
Fase 5-Plannen en uitvoeren interventies	<p>Maak een anticiperend zorgplan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Betrek, patiënt, familie en eventuele mantelzorgers. - Zorg dat alle betrokkenen op de hoogte zijn van het noodplan. - Regel en bereid noodmediatie voor - Beschrijf wie wanneer gebeld moet worden en zorg voor noodzakelijke telefoonnummer (noodnummers/gespecialiseerde wijkverpleging team) - Bepaal wie schoonmaakt na een bloedingsevent. - De mantelzorgers, vrijwilligers en andere zorgverleners worden voorbereid op de mogelijke bloeding en worden getraind in alle noodstrategieën - Reflecteer de huidige zorglocatie in plannen 	GGPO BC-Centre
	<p>Verzorg onderwijs en juiste documentatie. Beschrijf ook reanimatie afspraken Overweeg de implicaties van het vragen van een zorgverlener en familielid om sedativa toe te dienen in het geval van een enorme bloeding</p>	BC centre
Fase 6- Monitoren en evalueren van zorg	Betrokkenen de mogelijkheid bieden om consternatie en last te uiten. Oplossingen ontwikkelen ter verlichting en ondersteuning.	GGPO
	Bied debriefing/nabespreking aan voor familie en zorgteam en bied indien nodig ondersteuning.	BC Centre GGPO

Ondanks dat beide internationale richtlijnen zich richten op verschillende oorzaken van bloedingen, geven beide richtlijnen aanbevelingen over zorg voor palliatieve cliënten met acute en hevige bloedingen (BC Centre for Palliative Care, 2017; German Guideline Program in Oncology et al., 2020). Adviezen zijn hierdoor niet altijd gericht op het stelpen van de bloeding, maar juist op het voorkomen van ongemak en angsten bij de patiënt. Om dit te realiseren wordt aandacht besteed aan proactieve zorgplanning (advance care planning)³. Tijdens het opstellen van een zorgplan wordt geanticipeerd op het risico op een bloeding en wordt in het handelen rekening gehouden met de zorgdoelen / wensen van de patiënt. In de richtlijnen worden praktische aanbevelingen gegeven die met elkaar overeenkomen. Voorbeelden zijn het gebruik van zwarte handdoeken, zwarte lakens en matrasbeschermers en de afspraken over wie geïnformeerd moet worden, wie telefonisch bereikbaar zijn (ook na kantooruren) en wie na het optreden van een bloeding de ruimte opruimt en schoonmaakt. Daarnaast wordt in beide richtlijnen het belang beschreven van nazorg en het erkennen van de impact die het meemaken van een bloeding op betrokkenen heeft. (BC Centre for Palliative Care, 2017; German Guideline Program in Oncology et al., 2020).

In tegenstelling tot de richtlijn van het BC Centre, besteedt de richtlijn van the German Guideline Program in Oncology (GGPO) aandacht aan het voorkomen van contactbloedingen bij wonden en geeft het aanbevelingen voor hoe mildere bloedingen behandeld kunnen worden (German Guideline Program in Oncology et al., 2020). De richtlijn van het BC Centre richt zich voornamelijk op het beoordelen van de belasting van de klachten door de patiënt door middel van een assessment tool (Mnemoniv o,p,q,r,s,t,u,v) (BC Centre for Palliative Care, 2017). De vervolgenterventies zijn voornamelijk gericht op comfort en ondersteuning, zoals het aanbevelen van de juiste lichaamshouding tijdens de bloeding, het bieden van comfort met warme doeken en het schoonmaken van het gezicht van de patiënt (BC Centre for Palliative Care, 2017). Beide richtlijnen bespreken het toedienen van sederende medicijnen, maar in de richtlijn van het BC Centre wordt ook de mogelijke rol van de mantelzorger/familie bij het toedienen van deze medicatie besproken als zorgprofessionals nog niet ter plaatse zijn (BC Centre for Palliative Care, 2017; German Guideline Program in Oncology et al., 2020).

Bevorderende of belemmerende factoren en randvoorwaarden voor implementatie van de richtlijnen

In beide richtlijnen wordt niet uitgeweid over de bevorderende of belemmerende factoren en randvoorwaarden voor de implementatie van de richtlijnen. In de *'S3 Guideline palliative care for patients with incurable cancer'* staat beschreven dat het German Guideline Program in Oncology als doel heeft wetenschappelijk gefundeerde en praktische richtlijnen te ontwikkelen en te implementeren in de oncologische zorg. Hierbij wordt vermeld dat actieve implementatie- en evaluatieprogramma's belangrijke elementen zijn voor het promoten van het German Guideline Program in Oncology. Echter, in de richtlijn staat verder niets beschreven over de inhoud van de implementatie- en evaluatieprogramma's (German Guideline Program in Oncology et al., 2020). De richtlijn van het BC-centre beschrijft eveneens niets over bevorderende of belemmerende factoren en randvoorwaarden voor de implementatie van de richtlijn (BC Centre for Palliative Care, 2017).

³ Proactieve zorgplanning (advanced care planning) verwijst naar het proces waarbij vooruitgekeken en geanticipeerd wordt op toekomstige zorgbehoeften door deze te bespreken en wensen en zorgdoelen op te nemen in het zorgplan. Dit proces omvat ook het vroegtijdig nemen van beslissingen over medische zorg die patiënten wel of niet willen ontvangen indien zij niet meer in staat zijn om deze beslissingen zelf te nemen.

2.2.3 Wat valt op in de twee internationale richtlijnen?

Allereerst valt op dat beide richtlijnen internationale richtlijnen zijn en dat geen Nederlandse richtlijnen zijn geïnccludeerd. Daarnaast focussen beide richtlijnen zich op cliënten in de palliatieve fase (BC Centre for Palliative Care, 2017; German Guideline Program in Oncology et al., 2020).

Tevens valt op dat geen van deze richtlijnen zich specifiek richt op de wijkverpleging. In de richtlijn van the German Guideline Program in Oncology worden echter wel algemene aanbevelingen gedaan met betrekking tot de voorwaarden voor de uitvoering van palliatieve zorg thuis. Deze wordt volgens hen over het algemeen alleen verleend door gespecialiseerde palliatieve wijkverpleging. Enkele van deze aanbevelingen zijn bijvoorbeeld dat de wijkverpleging altijd beschikbaar moet zijn voor cliënten en dat zij de taak hebben om de symptomen te beoordelen en te voldoen aan de zorgdoelen van de cliënt (German Guideline Program in Oncology et al., 2020). De richtlijn van het BC Centre noemt deze voorwaarden niet expliciet, maar geeft wel aan of extra middelen nodig zijn en of interventies in specifieke settingen moeten plaatsvinden. In de richtlijn wordt expliciet aangegeven dat de niet-farmacologische interventies met betrekking tot bloedingen en het risico hierop in de thuissetting toepasbaar zijn (BC Centre for Palliative Care, 2017).

Tot slot valt op dat aanbevelingen in de richtlijnen over de zorg bij (een risico op) bloedingen veelal gebaseerd zijn op consensus en praktijkervaringen van de richtlijnontwikkelaars en veelal niet op empirisch onderzoek. Wetenschappelijke evidentie lijkt te ontbreken in de betreffende richtlijnen (BC Centre for Palliative Care, 2017; German Guideline Program in Oncology et al., 2020).

Korte impressie van de geëxcludeerde richtlijnen

Zoals we eerder aangaven, vonden we in eerste instantie 21 internationale en 5 Nederlandse richtlijnen die potentieel relevant bleken (zie Bijlage A). Bij beoordeling van de volledige richtlijnteksten op basis van de in- en exclusiecriteria, bleven slechts twee internationale richtlijnen over. De belangrijkste reden om richtlijnen te excluderen, was het ontbreken van aanbevelingen over het verpleegkundige en verzorgende handelen (inclusie criterium 1). De richtlijnen bevatte voornamelijk aanbevelingen voor artsen, zoals diagnostische of behandelingsaanbevelingen (zie Bijlage B). Daarnaast richtte het merendeel van de richtlijnen die werden uitgesloten, zich niet op de zorg voor thuiswonende cliënten met (een risico op) bloedingen, maar op de zorg in een klinische setting. Bovendien gaven sommige richtlijnen geen specifiek advies over het handelen bij een risico op bloedingen, maar alleen advies over bepaalde aandoeningen die in verband worden gebracht met een risico op bloedingen. Tevens bleek dat de meeste richtlijnen niet (mede) waren ontwikkeld en/of geautoriseerd door een beroepsvereniging van verpleegkundigen of verzorgenden (inclusie criterium 3) (zie Bijlage B).

Niettemin betekent de uitsluiting van de richtlijnen niet dat er geen relevante onderwerpen werden besproken met betrekking tot de zorg voor cliënten met (een risico op) bloedingen in deze richtlijnen. Zo beschreef een richtlijn aanbevelingen en praktische adviezen voor de zorg bij hevige bloedingen in de palliatieve fase die vergelijkbaar waren met de aanbevelingen uit de twee geïnccludeerde richtlijnen (Ubogagu & Harris, 2012). Daarnaast bevatten enkele richtlijnen informatie over symptomen van bloedingen, maar geven deze geen aanbevelingen die betrekking hebben op de wijkverpleging en het verpleegkundige handelen. Voorbeelden hiervan zijn de richtlijn van Tomaselli et al., (2020) over cliënten met bloedingen die anticoagulantia gebruiken en de richtlijn van (Nagata et al., 2019) over bloedingen vanuit het colon door diverticulitis⁴.

⁴ Met diverticulitis van het colon worden ontstekingen van uitstulpingen (divertikels) in de dikke darm bedoeld.

2.3 Resultaten van literatuuronderzoek naar wetenschappelijke publicaties

2.3.1 Kenmerken van twee publicaties

We vonden twee studies die aan de inclusiecriteria voldeden: (1) een mixed-methods onderzoek waar interviews werden gecombineerd met een online survey en (2) een case-study (Lazure et al., 2019; Vaidyanathan et al., 2014). De eerste studie is van Lazure et al. is een internationale studie met een vergelijking van negen landen: Argentinië, Australië, Canada, China, Frankrijk, Duitsland, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde staten (Lazure et al., 2019).

De tweede studie vond plaats in het Verenigd Koninkrijk (Vaidyanathan et al., 2014). Zie Tabel C.2.1 in bijlage C.2. voor een overzichtstabel van de methoden en uitkomsten (voor zover relevant voor de onderzoeksvragen).

2.3.2 Resultaten van publicaties

Het onderzoek van Lazure et al. identificeerde uitdagingen voor verpleegkundigen bij de zorg voor cliënten met een stollingsstoornis (Lazure et al., 2019). Verpleegkundigen meldden over suboptimale kennis te beschikken wat betreft het veiligheidsprofiel van anticoagulantia bij o.a. cliënten met een geschiedenis van bloedingsepisodes (33%), ouderen (40%) en cliënten met kanker (48%)

Verpleegkundigen gaven aan behoefte te hebben aan meer begeleiding. Daarnaast benoemde een groot deel van de verpleegkundigen over onvoldoende kennis te beschikken om de ernst van het bloedingsrisico bij hemartrose⁵ en hemofilie⁶ te beoordelen. Verpleegkundigen ondervonden een extra barrière in de zorg voor cliënten met bloedstollingsstoornissen door gebrek aan bewustzijn onder de algemene bevolking (54%) over trombose en hemostasestoornissen of risicofactoren. Daarnaast ondervonden verpleegkundigen een gebrek aan educatief materiaal voor cliënten en mantelzorgers (39%).

Tevens gaf 58% van de verpleegkundigen aan dat het huidige onderwijsaanbod niet van toepassing is op hun dagelijkse praktijk. Zo vindt 70% dat er een gebrek is aan training in effectieve communicatie met cliënten en mantelzorgers. Daarnaast ervaren verpleegkundigen een tekort aan ondersteuning van senior collega's bij het zoeken naar mentorschap (62%), of bij het verbeteren van kennis (51%) (Lazure et al., 2019).

In de studie van Vaidyanathan et al. worden drie casussen besproken over oudere cliënten met een ruggenmergletsel die suboptimale urologische zorg ontvingen (Vaidyanathan et al., 2014). Eén casus richt zich op wijkverpleging waarbij een onervaren verpleegkundige een blaaskatheter wisseling uitvoerde bij een man. Als gevolg van het verkeerd plaatsen van de katheter ontstonden complicaties met hevige bloedverlies. Volgens de auteurs illustreert deze casus de noodzaak om oudere cliënten met ruggenmergletsel te laten behandelen door ervaren zorgprofessionals, die in staat zullen zijn om de veranderingen in het urinewegstelsel als gevolg van chronisch ruggenmergletsel te herkennen. Kennistekort kan leiden tot complicaties, ook na routineprocedures (Vaidyanathan et al., 2014).

2.3.3 Wat valt op in het literatuuronderzoek van wetenschappelijke literatuur?

Beide onderzoeken geven knelpunten in het verpleegkundig handelen aan waarbij een kennistekort op de voorgrond ligt (Lazure et al., 2019; Vaidyanathan et al., 2014). Slechts één van de geïnccludeerde studies richt zich op de wijkverpleging (Vaidyanathan et al., 2014). In deze studie werd

⁵ Hemartrose is het medische begrip voor het ontstaan van bloedingen in de gewrichten.

⁶ Hemofilie is een erfelijke aandoening waarbij het bloed niet goed stolt. Mensen met hemofilie hebben een tekort aan bepaalde stollingsfactoren in het bloed, waardoor ze vatbaarder zijn voor bloedingen en deze langer kunnen aanhouden dan bij mensen zonder hemofilie.

beschreven dat door een gebrek aan ervaring of kennis een medische fout begaan is door een verpleegkundige. Volgens de auteurs ligt dit aan het onvermogen om risico's die optreden bij ouderdom en als gevolg van ruggenmergletsel te herkennen (Vaidyanathan et al., 2014).

Verder valt op dat er in de bestudeerde studies alleen over "nurses" wordt geschreven en niet expliciet over verzorgenden (internationaal vaak aangeduid als "certified nurse assistant" of "nurse assistant" of "enrolled nurses"). Het is echter niet uitgesloten dat als in de bestudeerde studies over "nurses" wordt gesproken, daar ook verzorgenden onder vallen omdat dit onderscheid tussen verpleegkundigen en verzorgenden in internationale studies niet altijd wordt gemaakt. Daarnaast valt ook op dat geen van de onderzoeken in Nederland is uitgevoerd. Het is daarom belangrijk dat in de volgende hoofdstukken specifiek de Nederlandse situatie wordt belicht.

3 Praktij kraadpleging

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de praktijkraadpleging die bestond uit kwalitatieve interviews en een online vragenlijstonderzoek. De interviews gaven verdieping en richting aan de ontwikkeling van de vragenlijst. Het vragenlijstonderzoek was bedoeld om een landelijk representatief beeld te geven. In paragraaf 3.1 beschrijven we de resultaten van de interviews en in paragraaf 3.2 de resultaten van het vragenlijstonderzoek. In paragraaf 3.2 geven we ook verdieping op de resultaten van het vragenlijstonderzoek aan de hand van de interviews. Zowel de interviews als het vragenlijstonderzoek adresseren de onderstaande onderzoeksvragen:

- Onderzoeksvraag 2: Hoe vaak en op welke wijze hebben professionals in de wijkverpleging te maken met cliënten met bloedingen of een hoog risico daarop?
- Onderzoeksvraag 3a: Welke knelpunten en kennishiaten spelen in de wijkverpleging aangaande preventie, signaleren en interveniëren bij bloedingen?
- Onderzoeksvraag 3b: Maken professionals in de wijkverpleging gebruik van richtlijnen of (van richtlijnen afgeleide) protocollen over bloedingen of een hoog risico daarop?
- Onderzoeksvraag 3c: En zo ja, wat zijn daarmee de ervaringen en lopen ze in het gebruik tegen bepaalde problemen aan?
- Onderzoeksvraag 4: Wat zijn oplossingsrichtingen om die knelpunten en kennishiaten te reduceren?

3.1 Kwalitatieve interviews

We hielden online of telefonische, semigestructureerde kwalitatieve interviews. De interviews vonden plaats met één indicerende wijkverpleegkundigen, één palliatief verpleegkundige, één verpleegkundige in de wijk, drie verzorgenden en twee verpleegkundig specialisten. Daarnaast interviewden we twee experts van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en een cliëntenvertegenwoordiger van Stichting Olijf (Netwerk voor vrouwen met gynaecologische kanker). Voor meer informatie over de methode van interviews en de topiclijst, zie bijlage D.

Verschillende cliëntengroepen met een risico op bloedingen

Tijdens de interviews kwam naar voren dat de zorgprofessionals uit de wijk cliënten met bloedingen meemaakten met uiteenlopende oorzaken. De vaakst benoemde cliëntencategorie met een risico op bloedingen is de groep kwetsbare ouderen. Hierbij werd vaak aangegeven dat een verminderde mobiliteit en het gebruik van anticoagulantia leiden tot sneller vallen en stoten. Dit in combinatie met de tere huid van ouderen resulteert in de praktijk regelmatig in blauwe plekken en ontvellingen. Deelnemers benoemde verschillende handelingen waarbij het risico op het ontstaan van bloedingen bij deze cliëntengroep werd uitgelicht, zoals het aantrekken van steunkousen, het uitvoeren van wondzorg en een deelnemer benoemde ook het uitvoeren van een katheterisatie.

“Dus ja, tere huiden. Want ja de bloeding gaat inderdaad, als je praat over zorg, zeker van ouderen, gaat veel verder. Hè, dat hoeft niet acuut meteen een aderlijke of slagaderlijke bloeding te zijn, nee het zijn vaak de kleine dingen die het juist doen. En het probleem is krijg dat dan maar weer eens goed. Dus het is vooral preventie, voorzichtig zijn.” - (verzorgende)

*“Ik denk dan vaak aan ontvellingen, hè ontvellingen veroorzaakt door een stoot, door onhandig handelen van de zorgprofessional, en vooral een lap wond die dan verschijnt en die dan een kleine bloeding veroorzaakt.” -
(verzorgende)*

Dat ouderen en gebruikers van anticoagulantia vaak voorkomende cliëntencategorieën met een risico op bloedingen zijn, werd in de interviews ook bevestigd door de cliëntvertegenwoordiger en de vertegenwoordigers van het NHG. Daarnaast benoemden zij dat bepaalde medicatie, zoals pijnstillers of aspirine ook een risico op bloedingen geeft.

Een andere cliëntgroep die zorgprofessionals noemden waren cliënten met bloedingen met een oncologische oorzaak. Echter, zij gaven aan dat dit over het algemeen vooral in combinatie met oncologische wonden is en dat zij acute fatale bloedingen minder vaak tegenkomen in de wijkverpleging. Andere oorzaken voor bloedingen die genoemd werden zijn neusbloedingen, aambeien, en bloedingen met een urologische of gynaecologische oorzaak.

Zorg voor mensen met een risico op bloedingen

De meeste zorgprofessionals gaven aan dat de zorg voor deze cliëntgroep zich vaak richt op het handelen ten tijde dat een bloeding optreedt. De handelingen die zorgprofessionals in zulke situaties voornamelijk uitvoeren zijn het stelpen van de bloeding en het verbinden van opgelopen wonden. Echter, ook aandacht voor preventieve zorg werd regelmatig benoemd. Zorgprofessionals ervoeren dat zij een adviserende functie vervullen in de preventie van valincidenten, waaronder het adviseren voor gebruik van loop ondersteunende hulpmiddelen en het waarschuwen voor struikelgevaar bij tapijten. Ook maken zorgprofessionals cliënten bewust van scherpe objecten waar men zich aan kan stoten. Daarnaast wezen twee zorgprofessionals ook op het belang van het gebruiken van hulpmiddelen om steunkousen aan te trekken om bloedingen te voorkomen. Zorgprofessionals gaven cliënten ook voorlichting over het risico van bijvoorbeeld anticoagulantia, wat cliënten zelf kunnen doen bij het optreden van een bloeding en de noodzaak om zelf verbandmiddelen op voorraad te hebben.

Indien er een kans bestaat dat een bloeding fataal afloopt bij cliënten met palliatieve zorg, gaven zorgprofessionals aan dat er een plan wordt ontwikkeld dat gericht is op het minimaliseren van het lijden van de patiënt. Zo wordt bij deze mensen voorlichting geboden over de mogelijkheid van het ontstaan van een bloeding en wanneer zij aan de bel moeten trekken. Hierbij is voorbereiding van belang door middel van de aanwezigheid van een noodmedicatieset met bijvoorbeeld midazolam, spullen om de bloeding te stelpen, zwarte handdoeken om het visuele aspect te beperken. Maar ook het begeleiden en wegnemen van angst van cliënten is belangrijk, bijvoorbeeld door aanwezig te zijn en gerust te stellen.

De cliëntvertegenwoordiger en de vertegenwoordigers van de NHG zien voor zorgprofessionals uit de wijkverpleging vooral een signalerende rol als het gaat om de zorg voor mensen met een risico op bloedingen. Ze benoemde bijvoorbeeld de verantwoordelijkheid van zorgprofessionals in het signaleren van gevaren in de thuissituatie van de cliënt, zoals bij een valrisico in combinatie met het gebruik van antistolling. Hierbij gaf een expert ook het belang aan van het doorgeven van veranderingen in de situatie aan de huisarts om hier beleid op te kunnen maken om te voorkomen dat de cliënt valt.

Daarnaast gaf een expert aan dat zorgverleners een belangrijke rol hebben in het signaleren van therapietrouwheid. Hierbij werd als voorbeeld aangegeven dat het een adequate reactie is om te bellen voor advies indien zorgprofessionals opmerken dat een cliënt medicatie is vergeten om in te nemen.

Een expert benoemde dat het belangrijk is als zorgprofessionals weten hoe ze moeten optreden indien een bloeding optreedt, zoals het aanbrengen van een drukverband. Daarnaast gaf deze expert

aan dat verpleegkundig specialisten de bevoegdheid hebben om eventueel medicatie als antistolling tijdelijk te stoppen en om vitamine K te geven indien noodzakelijk.

*“Signaleren van situaties in de thuissituatie die gevaarlijk zijn. Als je bijvoorbeeld een patiënt met antistolling hebt, die opeens veel moeilijker de trap op en af komt of op een andere manier een valrisico heeft. Vanuit de thuissituatie zien jullie natuurlijk veel meer dan een huisarts die niet op huisbezoek komt.” –
(vertegenwoordiger NHG)*

Daarnaast vroegen we de geïnterviewden of zij ook gebruik maakten van specifieke richtlijnen in de zorg voor mensen met een risico op bloedingen. De zorgprofessionals gaven aan soms wel gebruik te maken van richtlijnen, maar wisten niet te benoemen of dit ging om richtlijnen met specifiek voor de cliëntengroep met een risico op bloedingen. Voorbeelden die genoemd werden zijn NHG-standaarden en wondprotocollen. Daarnaast werd de richtlijn ‘Oncologische Ulcera’ benoemd en sprak een expert over de ‘Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken Zorg voor kwetsbare ouderen’ als leidraad voor samenwerkingsafspraken in de zorg voor mensen met een risico op bloedingen (Lintz-Luidens H et al., 2010; Verlee E et al., 2017).

3.2 Vragenlijstonderzoek

Op basis van de informatie uit de interviews en het literatuuronderzoek werd de scope van het onderzoek verder afgebakend. Hieruit bleek dat het ontstaan van bloedingen kan worden beïnvloed door het handelen van verpleegkundige en verzorgende professionals. Zo identificeerden interview deelnemers verschillende handelingen die gepaard gaan met een risico op bloedingen bij cliënten, zoals het aanbrengen van steunkousen, het uitvoeren van wondzorg. De vragenlijst richt zich op deze zorg voor deze cliëntengroep. Hierbij gaat het niet om interne bloedingen, zoals hersen-, maag-, darm- of longbloedingen, maar om bloedingen die kunnen ontstaan bij het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden, zoals een bloeding bij wondverzorging of bloedingen bij fysiek contact. Voor het invullen van de vragenlijst benaderden we zorgprofessionals van het landelijke [Nivel Panel Verpleging & Verzorging](#). De methoden van het vragenlijstonderzoek staan in meer detail beschreven in Bijlage E.

3.2.1 Resultaten vragenlijstonderzoek

Van de 243 verpleegkundige en verzorgende professionals uit de wijkverpleging heeft een meerderheid van 66%⁷ te maken met cliënten met een risico op bloedingen. De rest van dit hoofdstuk gaat over de antwoorden van de 159 respondenten die te maken hebben met cliënten met een risico op bloedingen. De algemene kenmerken van deze respondenten zijn weergegeven in tabel 3.1

⁷ Dit is het gewogen totaal. Er heeft statistische weging plaatsgevonden, omdat de verdeling van de opleidingsniveaus van de respondenten niet exact gelijk is aan de landelijke verdeling. Daarvoor is gecorrigeerd zodat een representatief beeld kan worden gegeven, zie Bijlage E.

Tabel 3.1 Algemene kenmerken van respondenten die te maken hebben met cliënten met een risico op bloedingen

	HBO/HBO+ verpleegkundige (N=103)	MBO- verpleegkundige (N=34)	Verzorgende (N=34)
Geslacht (% vrouw)	94	88	100
Leeftijd (gemiddeld jaren ± SD)	50 ± 12	53 ± 10	55 ± 8
V&VN lid (% ja)*	80	70	47
Ook leidinggevende of beleidsfunctie (% ja)	39	15	0

* De gevonden verschillen zijn significant (p<0.01)

De helft (51%) van de respondenten die te maken heeft met cliënten met een risico op bloedingen geeft aan minimaal één keer per week met deze cliëntengroep in aanraking te komen, 16% geeft aan dat dit minimaal één keer per maand voorkomt en 33% heeft minder dan één keer per maand te maken met deze cliënten, (zie tabel 3.2).

Tabel 3.2 Mate waarin zorgprofessionals te maken hebben met cliënten met een risico op bloedingen

	HBO/HBO+- verpleegkundigen (N=95)	MBO- verpleegkundigen N= 32	Verzorgenden N=32	Gewogen totaal (w) N=159
Minimaal één keer per week %	51	41	59	51
Minimaal één keer per maand %	19	16	16	16
Minder dan één keer maand %	31	44	25	33

Gebruik en ervaringen met richtlijnen

We vroegen respondenten of zij gebruik maakten van richtlijnen of protocollen in de zorg bij mensen met een risico op bloedingen. Hierbij gaf 69% (gewogen) aan geen richtlijn of protocol te gebruiken, zie tabel 3.3. Bijna één op de vijf (18%) van de respondenten gebruikt de ‘Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken Zorg voor kwetsbare ouderen’ en een tiende (11%) gebruikt de richtlijn ‘Oncologische Ulcera’ (Lintz-Luidens H et al., 2010; Verlee E et al., 2017). Verder gaven zes respondenten aan gebruik te maken van protocollen van bijvoorbeeld Vilans, vanuit de eigen organisatie, vanuit het ziekenhuis of de trombosedienst. Tevens werd één keer de richtlijn ‘beroerte’ van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en één keer een richtlijn omtrent valpreventie benoemd.

Tabel 3.3 Mate waarin zorgprofessionals richtlijnen gebruiken

	HBO/HBO+- verpleegkundigen N=95	MBO- verpleegkundigen N=32	Verzorgenden N=32	Gewogen totaal (w) (n=148)
Gebruikt <u>geen</u> richtlijn %	75	72	63	69
Gebruik landelijke eerstelijnsamenwerkingsafspraken zorg voor kwetsbare ouderen %	16	19	19	18
Gebruik richtlijn oncologische ulcera %	15	9	9	11

We vroegen de respondenten uit het vragenlijstonderzoek ook naar hun ervaring met het gebruik van de richtlijnen. Respondenten gaven voornamelijk aan een positieve ervaring met het gebruik van de richtlijnen te hebben. Slechts een aantal knelpunten werden benoemd. Voorbeelden van knelpunten waar zorgprofessionals tegen aanlopen in het gebruik van richtlijnen waren:

- *Soms te uitgebreide info om snel te kunnen handelen.*
- *De richtlijnen zijn vaak niet goed toepasbaar in de praktijk van de wijkverpleging.*
- *Ziekenhuizen gebruiken allen hun eigen protocollen. In onze omgeving betekent dit dat je in de gaten moet houden welke cliënt bij welk ziekenhuis loopt.*
- *Protocollen zijn vaak moeilijk te vinden (om de juiste te vinden).*

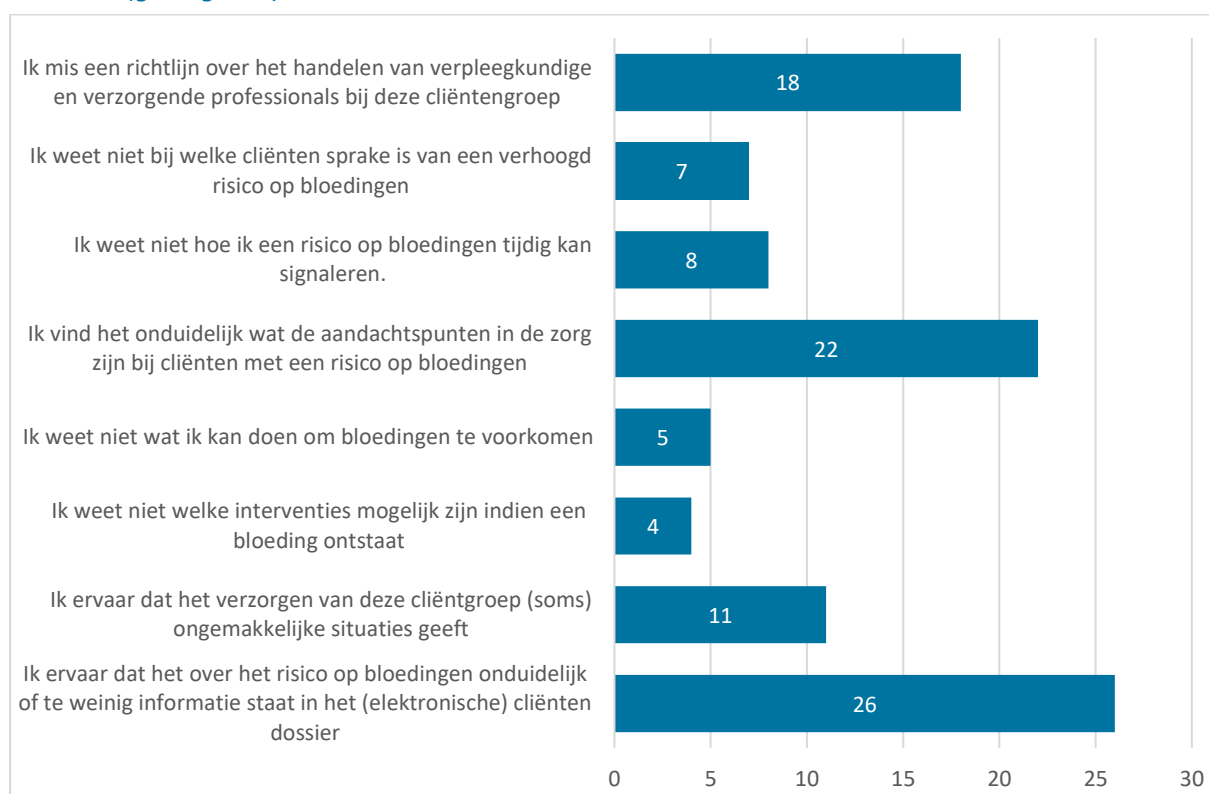
Verder noemden de zorgprofessionals in het vragenlijstonderzoek ook het belang van nauw samenwerken met behandelaar of andere betrokkenen voor afspraken omtrent de behandeling.

Knelpunten in eigen handelen

Van het totaal aantal respondenten ervaart 49% (gewogen) knelpunten in het eigen handelen bij cliënten met een risico op bloedingen. De overige zorgprofessionals geven het vaakst aan als knelpunt dat zij ervaren dat over het risico van bloedingen onduidelijk of te weinig informatie staat in het (elektronische) cliëntendossier (zie figuur 3.1). In de interviews lichten zorgprofessionals verder toe dat ook al staat er wel een vermelding in het dossier, dat dit nog niet altijd voldoende duidelijkheid biedt.

“Ja meestal staat het bij het zorgplan. Daar staat dan bij bloedingsneigingen. Maar als jij, als bijvoorbeeld uitzendkracht daar komt, en je ziet dan staan bloedingsneigingen, dan weet je nog niet in wat voor graad dat is.” – (verzorgende)

Figuur 3.1 Ervaren knelpunten in het eigen handelen bij cliënten met een risico op bloedingen (gewogen %)



In het vragenlijstonderzoek gaf een op de vijf (22%) van de respondenten ook als knelpunt aan het onduidelijk te vinden wat de aandachtspunten in de zorg zijn bij cliënten met een risico op bloedingen (zie figuur 3.1). Tijdens de interviews benoemde ook zorgprofessionals en een vertegenwoordiger van NHG enkele voorbeelden van aandachtspunten in de zorg voor mensen met een risico op bloedingen vanuit de praktijk.

“Het is met name met steunkousen aantrekken, nou ja, dat is ook wel een hoog risico dat je de huid beschadigt, maar dan heb ik wel eens collega’s die trekken dan, nou ja, gewoon zonder een hulpmiddel. Ik denk van ja, het is wel behoud van je kous, maar ook de huid.” – (verpleegkundige in de wijk)

“Deze cliënten krijgen natuurlijk ook makkelijker blauwe plekken, dus iets meer met handschoentjes aanpakken, iets voorzichtiger kan ook soms geen kwaad. De ene patiënt is natuurlijk gevoeliger voor blauwe plekken dan de ander. Maar als je het hebt over verpleging en verzorging, dan kan een patiënt die antistolling gebruikt kan wat minder hebben.” – (vertegenwoordiger NHG)

Tevens gaf in het vragenlijstonderzoek 18% van de zorgprofessionals aan een richtlijn te missen over het handelen bij deze cliëntengroep (zie figuur 3.1). In de interviews werd wisselend gereageerd over de behoefte aan een richtlijn. De geïnterviewden gaven aan wel behoefte te hebben aan een leidraad, maar ervoeren ook dat richtlijnen te lang zijn of dat richtlijnen voor alleen de wijkverpleging overbodig zijn.

We vonden geen significante verschillen tussen respondenten met verschillende opleidingsniveaus en de knelpunten die zij ervoeren in het eigen handelen (tabel 3.4).

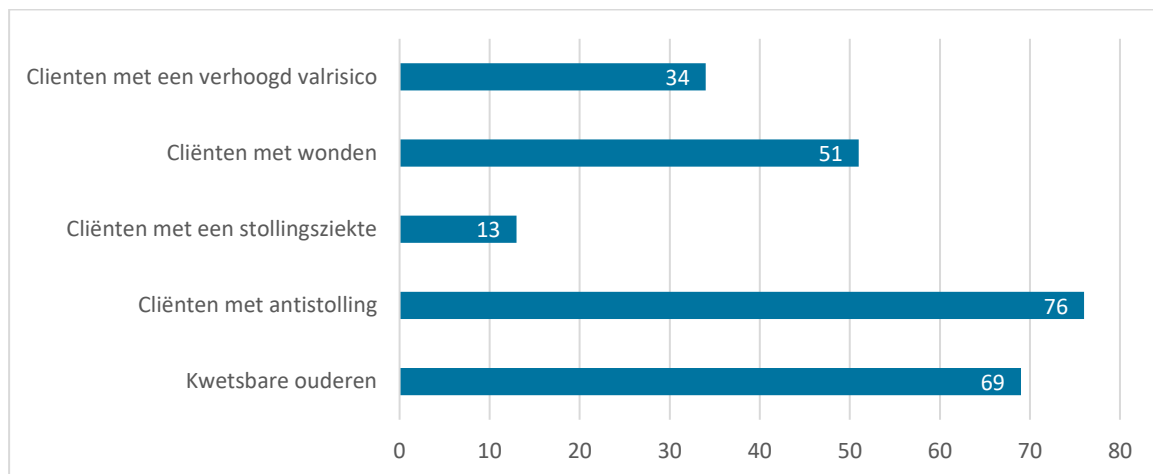
Tabel 3.4 Ervaren knelpunten in het eigen handelen bij cliënten met een risico op bloedingen, verdeeld over opleidingsniveaus

Knelpunten in eigen handelen (%)	HBO/HBO+ verpleegkundigen (N=93)	MBO verpleegkundigen (N=31)	Verzorgenden (N=32)
Ik mis een richtlijn over het handelen van verpleegkundige en verzorgende professionals bij deze cliëntengroep	16	19	18
Ik weet niet bij welke cliënten sprake is van een verhoogd risico op bloedingen	10	10	3
Ik weet niet hoe ik een risico op bloedingen tijdig kan signaleren	11	3	9
Ik vind het onduidelijk wat de aandachtspunten in de zorg zijn bij cliënten met een risico op bloedingen	26	23	19
Ik weet niet wat ik kan doen om bloedingen te voorkomen	6	3	6
Ik weet niet welke interventies mogelijk zijn indien een bloeding ontstaat	9	3	3
Ik ervaar dat het verzorgen van deze cliëntengroep (soms) ongemakkelijke situaties geeft	14	3	16
Ik ervaar dat het over het risico op bloedingen onduidelijk of te weinig informatie staat in het (elektronische) cliënten dossier	32	23	25
Ik ervaar geen knelpunten in mijn eigen handelen bij deze cliëntengroep	42	55	53

We vroegen in het vragenlijstonderzoek bij welke cliëntengroepen zorgprofessionals voornamelijk knelpunten in het eigen handelen ervaren. Net zoals tijdens de interviews, werden vooral de ouderen en cliënten die anticoagulantia gebruiken benoemd (zie figuur 3.2). Tevens werd in het vragenlijstonderzoek cliënten met wonden vaak benoemd. Dit sluit ook aan bij de interviews met de verpleegkundig specialisten.

*“Voornamelijk wel ouderen die hebben vaker te maken met ulcus cruris en doorligplekken.”
– (verpleegkundig specialist)*

Figuur 3.2 Cliëntengroepen met een risico op bloedingen rond knelpunten in eigen het handelen (gewogen %)



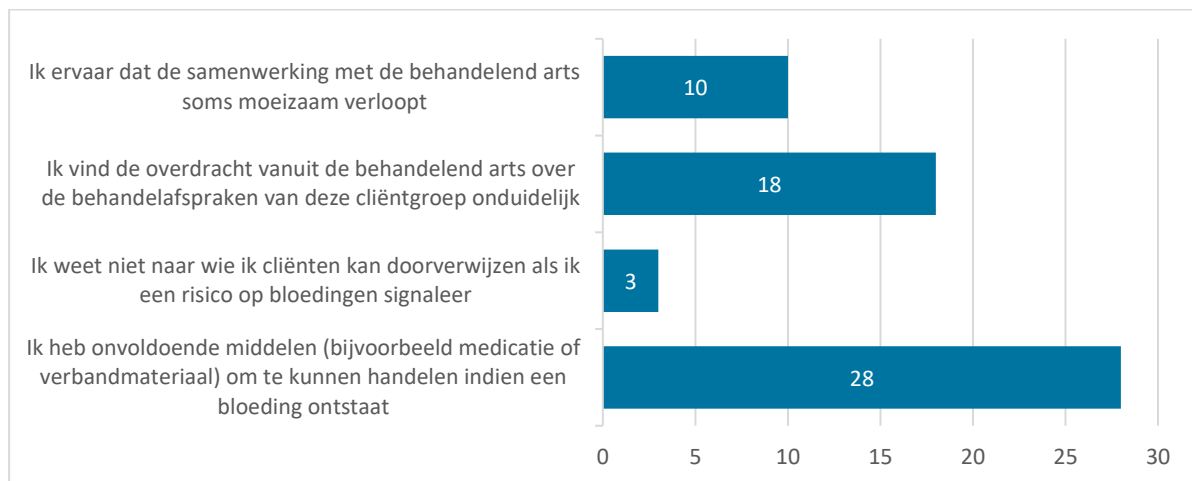
In de toelichting van de vragenlijst gaven vier deelnemers aan knelpunten in het eigen handelen veelal bij (oncologische) ulcera te ervaren. Eén deelnemer benoemde cliënten met auto-immuunziekten en cliënten die supplementen gebruiken naast hun reguliere medicatie. Er zijn geen statistisch significante verschillen tussen de cliëntengroepen waarbij knelpunten ervaren worden op basis van het opleidingsniveau van de respondenten.

Knelpunten in de organisatie van zorg bij cliënten met een risico op bloedingen

Uit het vragenlijstonderzoek bleek dat 42% (gewogen) van de zorgprofessionals organisatorische knelpunten ervaart. Deze zorgprofessionals gaven aan dat dit vooral om een tekort aan middelen om bij het ontstaan van een bloedingen te handelen gaat (zoals medicatie en verbandmateriaal) (zie figuur 3.3). Een tekort aan middelen werd ook als knelpunt naar voren gebracht door zorgprofessionals tijdens de interviews.

“Wijkverpleging heeft niet zoals wij altijd de juiste materialen om een bloeding te stoppen zoals wij dat (vanuit het gespecialiseerde team) wel hebben.”- (verpleegkundig specialist)

Figuur 3.3 Ervaren knelpunten in organisatie van zorg bij cliënten met een risico op bloedingen (gewogen %)



Daarnaast ervaart 18% van de respondenten uit het vragenlijstonderzoek ook dat de overdracht vanuit de behandeld arts onduidelijk is (zie figuur 3.3). Twee zorgprofessionals die deelnamen aan de interviews gaven hier voorbeelden van.

“Er komt een mevrouw thuis met een drain. Cliënt heeft een borstamputatie gehad. En die drain die is nieuw. Die mevrouw komt thuis zonder gebruiksaanwijzing. Dan zit ze met die drain. Dus dan moet je het ziekenhuis gaan bellen. Het ziekenhuis zegt van ja, we kunnen niet zomaar. Ik zeg, ja maar we moeten toch weten hoe dat ding werkt. Hebben ze na veel vijven en zessen toch geregeld dat die arts eventjes contact met ons opnam. Maar dat was wel vier uur later. Kijk het ziekenhuis werkt continu met nieuwe dingen. Wij in de thuiszorg niet.”
– (verzorgende)

“Dan komt de huisarts, of ze zijn daar geweest, en dat geven ze aan ons door. Nou dan is dat soms maar voor de helft, dus dan. En dan denk je, huh? En dan heb je een soort wondbehandeling, of een afspraak, dan denk je van hoe kan dit, dit klopt helemaal niet. Nou dan moeten wij weer terugbellen naar de huisarts van, joh, klopt het dat dit en dit.” - (verpleegkundige in de wijk)

Uit het vragenlijstonderzoek bleek verder dat de HBO/MBO+ verpleegkundigen significant vaker dan MBO-verpleegkundigen en verzorgenden knelpunten ervaren in de overdracht vanuit de behandelend arts over behandelafspraken (zie tabel 3.5). Een mogelijke reden hiervoor kan zijn dat HBO/HBO+ verpleegkundigen de taak hebben om de benodigde zorg te indiceren. Hierdoor hebben zij wellicht meer kennis nodig van de behandelafspraken die zijn gemaakt met de behandelend arts om de juiste zorg te indiceren en komen zij hier ook vaker in aanraking met behandelafspraken.

Tabel 3.5 Ervaren knelpunten in de organisatie van de zorg voor mensen met een risico op bloedingen, verdeeld over opleidingsniveaus

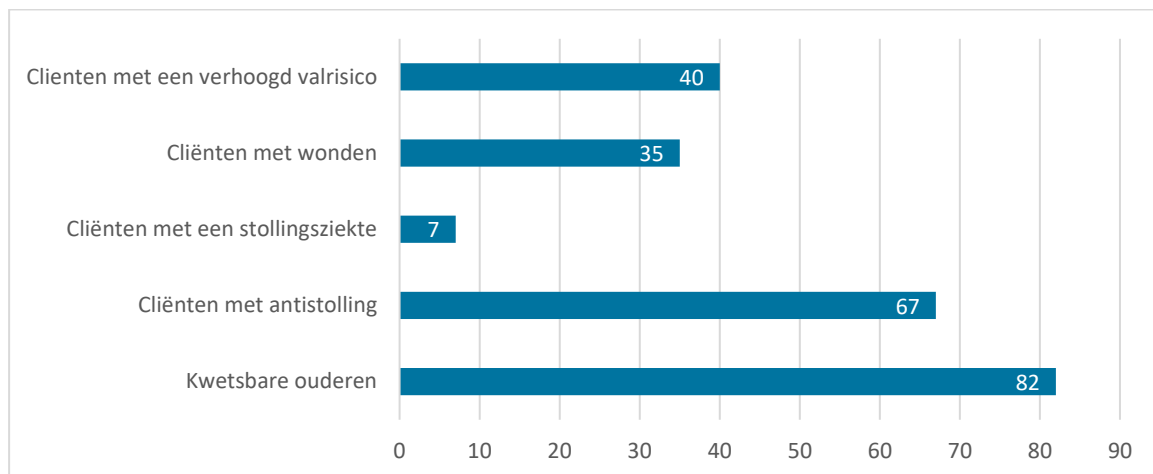
Organisatorische knelpunten (%)	HBO/HBO+ verpleegkundigen (N=91)	MBO verpleegkundigen (N=31)	Verzorgenden (N=31)
Ik ervaar dat de samenwerking met de behandelend arts soms moeizaam verloopt	11	10	10
Ik vind de overdracht vanuit de behandelend arts over de behandelafspraken van deze cliëntgroep onduidelijk *	34	13	13
Ik weet niet naar wie ik cliënten kan doorverwijzen als ik een risico op bloedingen signaleer	12	0	0
Ik heb onvoldoende middelen (bijvoorbeeld medicatie of verbandmateriaal) om te kunnen handelen indien een bloeding ontstaat	33	23	29
Ik ervaar geen knelpunten in de organisatie van zorg bij deze cliëntgroep	44	61	65

* De gevonden verschillen zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

We vroegen in de vragenlijst ook voor de organisatorische knelpunten aan respondenten welke cliëntengroepen zij voornamelijk tegenkwamen. De ondervraagde zorgprofessionals gaven wederom aan ook organisatorische knelpunten vooral bij kwetsbare ouderen (82%) te ervaren, gevolgd door cliënten (66%) die gebruik maken van antistolling (zie figuur 3.4). Net als eerder tijdens de interviews al benoemd werd, speelt hierbij ook het valrisico een grote rol. Er blijken geen significante verschillen in cliëntengroep en opleidingsniveau te zijn.

“Met name de cliënten die bloedverduunners gebruiken, en wel oudere leeftijd. Ja, ook met verminderde mobiliteit. Het is een combi eigenlijk. Ze vallen sneller, ze stoten zich heel snel. Dan zien wij.. Heel veel zie ik dan van die skin tears voornamelijk.” –(verpleegkundige in de wijk)

Figuur 3.4 Cliëntengroepen met een risico op bloedingen rond organisatorische knelpunten (gewogen %)



Bij de mogelijkheid om toelichting te geven over andere cliëntengroepen waarbij organisatorische knelpunten worden ervaren, benoemde de zorgprofessionals dezelfde cliëntengroepen als bij de knelpunten over het eigen handelen, namelijk cliënten met (oncologische) ulcera, cliënten met auto-immuunziekte en cliënten die supplementen gebruiken naast hun reguliere medicatie.

Andere knelpunten

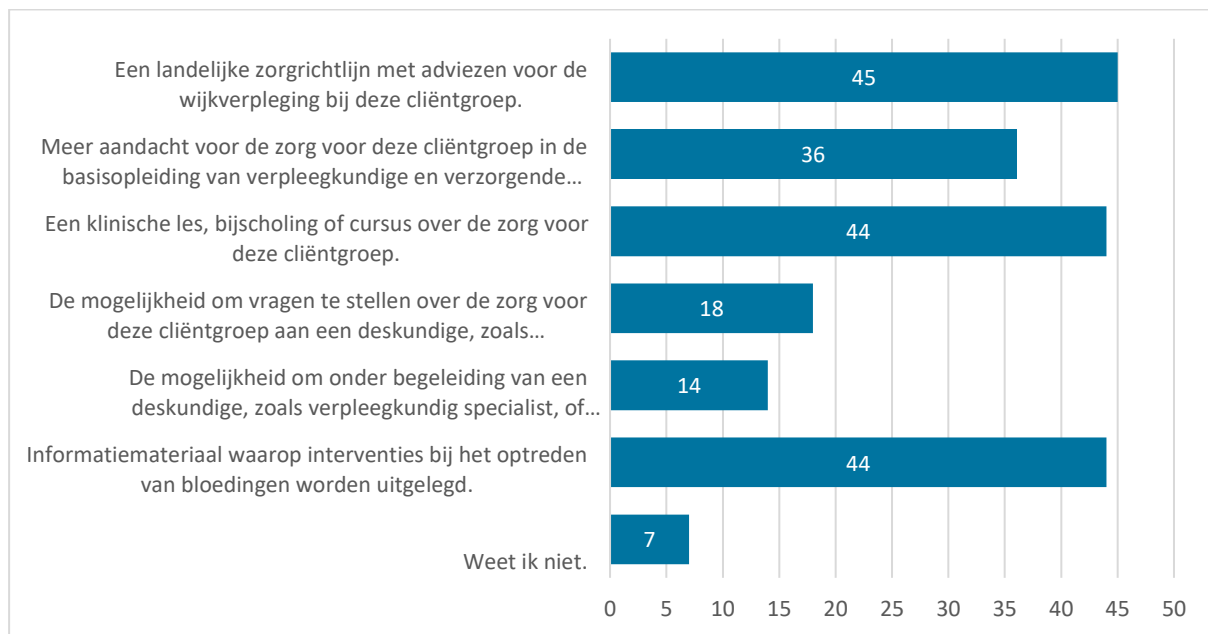
In het vragenlijstonderzoek konden zorgprofessionals in een open tekstveld andere knelpunten vermelden die zij ervaren in de zorg voor cliënten met een risico op bloedingen. Hierbij werden een kennistekort en het onvermogen om bloedingen tijdig te signaleren bij collega's benoemd. Ook het niet gebruiken van hulpmiddelen bij bijvoorbeeld het aantrekken van steunkousen en/of persoonlijk beschermende middelen in het geval van een bloeding werden aangegeven. Daarnaast werden organisatorische knelpunten benoemd zoals het missen van een overdracht van de trombosedienst bij veranderingen in het INR⁸ en onvoldoende bereikbaarheid van de trombosedienst.

Oplossingsrichtingen

We vroegen zorgprofessionals in het vragenlijstonderzoek welke oplossingsrichtingen zij het meest geschikt achten voor de knelpunten die zij ervaren. Hierbij valt op dat drie oplossingsrichtingen nagenoeg even vaak naar voren komen. De ondervraagde zorgprofessionals wensen vooral een landelijke zorgrichtlijn (45%), een klinisch les, bijscholing of cursus (44%) en informatiemateriaal (44%) waarop interventies bij het optreden van bloedingen worden uitgelegd zie figuur 3.5. Hierbij waren geen significant verschillen tussen respondenten met verschillende opleidingsniveaus.

⁸ Het INR staat voor International Normalized Ratio en het is een maatstaf voor de stollingstijd van bloed. Het wordt meestal gebruikt om de effectiviteit van antistollingsmedicatie te controleren. Door de INR-waarde te meten in het bloed kan bepaald worden of het nodig is om de dosis van antistollingsmedicatie aan te passen.

Figuur 3.5 Oplossingsrichtingen voor knelpunten in de wijkverpleging bij mensen met een risico op bloedingen (gewogen %)



Tijdens de interviews werd ook scholing, een klinische les of informatiemateriaal regelmatig als oplossingsrichting aangegeven. Volgens de zorgprofessionals gaat het bij scholing vaak om het weer oprispen van eerder opgedane kennis, zoals bijvoorbeeld het goed gebruiken van de sta-liften en verbandmateriaal. Ook het weten wanneer sprake is van een risico op bloedingen en hoe te handelen indien een bloeding optreedt werd genoemd.

“Korte e-learning, soms is een uurtje scholing al voldoende en dan is toch iemand weer even bewust van zijn handelen en heeft hij weer tips gekregen van wat hij kan doen. Voorbeelden over welke bloedingen je tegen kan komen en wanneer kan je zelf handelen en wanneer moet je een patiënt doorverwijzen.” – (verpleegkundig specialist)

“Ja, alles staat of valt eigenlijk met kennis. Als verzorgende, je doet wel de wondzorg en je doet je opleiding, maar je zou eigenlijk tussendoor even van een wondverpleegkundige gewoon even een opfrissing moeten hebben.” – (verzorgende)

Deelnemers aan de interviews reageerden wisselend op de vraag of er een wens voor een richtlijn was. Hierbij werd benoemd dat het belangrijk is om informatiemateriaal niet te uitgebreid te maken en dat beknoptere initiatieven ook kunnen volstaan.

“Ja, hoe korter hoe beter eigenlijk. Op zich kan dat gewoon één A4'tje, preventie en behandeling zijn. Net zoals bijvoorbeeld zo'n samenvattingskaart met smetten bijvoorbeeld is, dat moet dan voldoende zijn. Weet je, ik denk dat ze het niet gaan lezen als je heel uitgebreide richtlijnen gaat maken. Puur zo van herkennen van de risicogroep en wat te doen bij een levensbedreigende acute bloeding en wat te doen bij kleine bloedingen.” – (verpleegkundig specialist)

“Ik vind wel dat ze altijd te lang zijn. Ik denk dat je meer hebt aan een protocol omdat je die in het zorgplan onder een actie kan plaatsen dus dan kunnen ze ook direct zien wat ze moeten doen.” – (wijkverpleegkundige)

Daarnaast benoemde deelnemers aan de interviews enkele organisatorische oplossingsrichtingen die de zorg voor cliënten met een risico op bloedingen kunnen verbeteren. Hierbij werd aangegeven dat korte lijntjes met de behandelaar omtrent behandelafspraken van belang is, waarbij een zorgprofessional ook aangaf dat de behandelaar met zowel de zorgprofessionals als de cliënten zou moeten bespreken of sprake is van een risico op bloedingen. Tevens gaven twee zorgprofessionals aan dat het fijn is dat op een snel zichtbare plek genoteerd wordt of sprake is van een bloedingsrisico.

“De korte lijntjes en de coördinerende of de verantwoordelijke die aanspreekpunt is voor het team bijvoorbeeld of, die is vaak handig om te weten. En we hebben gewoon de app, de VIP-app waar ze vragen over kunnen stellen die niet zo'n haast hebben. Dus zo werken wij vaak. Maar dat wisselt heel erg per locatie waar je werkt denk ik hoe dat loopt.” – (vertegenwoordiger NHG)

Zorgprofessionals in het vragenlijstonderzoek kregen de mogelijkheid om aan te geven of ze nog andere oplossingsrichtingen geschikt vonden. Vijf respondenten benadrukten de volgende punten:

- Beter communicatie tussen behandelaar en zorgteam. En dat we in de thuiszorg voldoende materiaal ter beschikking hebben als er iemand een wond met verhoogde bloedingsneiging heeft.
- Beter uitvragen en cliënt/ mantelzorgers het belang laten inzien dat het heel belangrijk kan zijn dat wijzigingen tijdig doorgegeven worden aan de zorgverleners.
- De mogelijkheid om preventief verbandmateriaal bij een client in huis te hebben zodat bij het ontstaan van een wond meteen goed gehandeld kan worden.
- Advance care planning gesprek met huisarts wat te doen als.....
- Een betere overdracht als er sprake is van dit risico.

In het vragenlijstonderzoek vroegen we zorgprofessionals die een richtlijn wenselijk vonden welke onderwerpen zij het belangrijkste vonden om hierin op te nemen (zie tabel 3.9.). Hieruit bleek dat de bijna driekwart van de respondenten (74%) informatie over interventies als er bloedingen optreden wenselijk vinden. Daarnaast gaven veel deelnemers (65%) aan behoefte te hebben aan informatie over de oorzaken van een risico op bloedingen en interventies om bloedingen te voorkomen (58%).

Tabel 3.6 Belangrijke onderwerpen voor in een richtlijn over de wijkverpleging bij mensen met een risico op bloedingen

Belangrijkste onderwerpen voor in de richtlijn	Gewogen totaal % (N=36)
Informatie over de oorzaken van een risico op bloedingen.	65
Informatie over de interventies om bloedingen te voorkomen.	58
Informatie over de interventies indien bloedingen ontstaan.	74
Informatie over taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen en verzorgenden bij deze cliëntgroep.	38
Informatie over het samenwerken van verschillende zorgprofessionals ten aanzien van de zorg bij deze cliëntgroep.	16
Informatie over voorlichtingsmateriaal voor cliënten	14

Vershil in knelpunten verdeeld over lidmaatschap V&VN

Uit het vragenlijstonderzoek bleek dat de V&VN-leden uit de wijkverpleging significant vaker knelpunten in hun eigen handelen en de organisatie van de zorg ervaren bij cliënten met een risico op bloedingen. Daarnaast gaven zij als knelpunt in de organisatie van zorg significant vaker aan onduidelijkheid te ervaren in de in de overdracht vanuit de behandeld arts over behandelafspraken dan de niet-leden. Verder zijn er geen significante verschillen gevonden in het vragenlijstonderzoek tussen respondenten die wel of niet lid waren van V&VN.

Tabel 3.10 Significante verschillen in knelpunten verdeeld over lidmaatschap V&VN

	Wel V&VN lid	Geen V&VN lid
Ervaart knelpunten in eigen handelen* (n)	59% (64)	40% (19)
Ervaart knelpunten in organisatie van zorg** (n)	56% (60)	30% (14)
Ervaart overdracht vanuit behandeld arts over behandelafspraken als onduidelijk* (n)	31% (33)	13% (6)

* De gevonden verschillen zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

** De gevonden verschillen zijn statistisch significant ($p < 0,01$)

4 Reflectiebijeenkomst

Om te reflecteren op de gevonden knelpunten en oplossingsrichtingen organiseerden we een reflectiebijeenkomst. De volgende onderzoeksvragen stonden centraal tijdens deze bijeenkomst:

- Onderzoeksvraag 3a: Welke knelpunten en kennishiaten spelen in de wijkverpleging aangaande preventie, signaleren en interveniëren bij bloedingen?
- Onderzoeksvraag 4: Wat zijn oplossingsrichtingen om die knelpunten en kennishiaten te reduceren?
- Onderzoeksvraag 5: Welke activiteiten en eventuele uitgangsvragen zijn relevant voor een vervolgtraject?

De werving voor deelnemers aan de reflectiebijeenkomst vond gericht plaats bij relevante V&VN afdelingen en via het eigen professionele netwerk van de onderzoekers. Er waren vijf deelnemers aanwezig: een wijkverpleegkundige, een verzorgende, een verpleegkundig specialist, een cliëntvertegenwoordiger en een contactpersoon van het V&VN programmabureau Kwaliteitsstandaarden.

Tijdens de reflectiebijeenkomst presenteerden de onderzoekers de eerste resultaten van het vragenlijstonderzoek en de richtlijnen vanuit het literatuuronderzoek. Vervolgens werden de deelnemers gevraagd daarop te reflecteren. Deze gezamenlijke reflectiebijeenkomst had ook als doel om breed gedragen oplossingsrichtingen te concretiseren.

Van de discussie in de bijeenkomst is – met toestemming van de deelnemers – een geluidsopname gemaakt. Het transcript is kwalitatief beschrijvend geanalyseerd.

4.1 Reflectie op de gevonden knelpunten en cliëntengroepen

De deelnemers aan de reflectiebijeenkomst bevestigden dat de cliëntengroepen die naar voren kwamen vanuit het vragenlijstonderzoek ook de cliëntengroepen zijn die zij tegenkomen in de praktijk. Aanvullend noemde een deelnemer cliënten met palliatieve zorg als belangrijke cliëntengroep met een risico op bloedingen. De deelnemers gaven verder aan dat de knelpunten die zij ervaren hetzelfde zijn bij de verschillende cliëntengroepen.

Tijdens de reflectiebijeenkomst noemden de deelnemers dat zij herkennen dat vaak onvoldoende informatie over het risico op bloedingen bekend is in de elektronische patiëntendossiers. Dit komt overeen met de resultaten van het vragenlijstonderzoek en de interviews. Als voorbeeld werd aangegeven dat zorgprofessionals niet altijd op de hoogte zijn of cliënten een risico op bloedingen hebben, omdat het medicatieoverzicht niet inzichtelijk is als een cliënt geen zorg ontvangt die verband houdt met de medicatie.

“Nou, wij hebben heel veel mensen in zorg voor twee keer in de week douchen bijvoorbeeld. En op moment dat die mensen zich stoten in de douche of in de badkamer - die vaak heel klein zijn en heel krap zijn enzovoort-, maar die doen wel gewoon zelf hun medicatie. En dan ben je eigenlijk nog niet eens altijd op de hoogte of ze wel bloedverdunners gebruiken. En wat dan?”

Verder gaf een deelnemer aan dat tijdens een intakegesprek veel aandachtspunten naar voren komen waar rekening mee gehouden moet worden, zeker bij kwetsbare ouderen. Hierdoor kan informatie gemist worden.

“Maar eigenlijk is het in die zin wel aan de wijkverpleegkundige om het dan in de intake te signaleren of dat risico er is en daar zo nodig interventies op te zetten zodat die verzorgende weet, ik moet opletten want dat risico is er. Maar die wijkverpleegkundige moet 94 dingen doen in die intake. Dus doet die ook die bloedingen?”

Het organisatorische knelpunt vanuit het vragenlijstonderzoek over onduidelijkheid in de overdracht vanuit de behandelend arts werd ook herkend door de deelnemers van de reflectiebijeenkomst. Een deelnemer gaf aan dat de overdrachten eigenlijk nooit compleet zijn. Daarbij wordt ook benoemd dat de telefonische wachttijden om de huisarts of de trombosedienst te bereiken te lang zijn.

Deelnemers merkten daarnaast op dat er een verschil is het kennisniveau over aandachtspunten in de zorg bij cliënten met een risico op bloedingen en in de manier waarop zorgprofessionals handelen, afhankelijk van hun opleidingsniveau. Deelnemers geven aan dat een mogelijke reden van het kennistekort te wijten is aan onvoldoende aandacht voor het onderwerp tijdens de opleiding, of doordat het te lang geleden is dat zij scholing hierover hebben gevolgd.

“Zeker als er signalen van de collega’s komen. De panieksignalen die toch een duidelijk signaal zijn bij gebrek aan scholing, en dat is niet verwijtbaar, het is een constatering waar zeker een oplossing tegenover staat.”

Verder werd in de reflectiebijeenkomst opgemerkt dat met name verzorgenden niet altijd weten hoe zij moeten handelen tijdens het optreden van een bloeding en daardoor soms angstig zijn om aan een cliënt zorg te verlenen wanneer er sprake is van een risico op bloedingen. Hierbij speelt mee dat niet altijd een vooraf opgesteld plan is afgesproken over hoe gehandeld moet worden als een bloeding ontstaat.

“Ik heb het inderdaad bij de verzorgenden nagevraagd bij ons, en die vinden het echt gewoon doodeng. Op moment dat ze weten dat het kan, vinden ze het doodeng.”

“Wij hadden een mijnheer die heeft al heel lang tracheostomie en die had tumordoorgroei en dus het gevaar op een bloeding. Werd ook niks meer aan gedaan. En verzorgenden durfde er gewoon niet meer naartoe te gaan. Die gingen al niet voor die tracheostomie, maar die gingen over de ADL zorg. Als er in het zorgplan staat wat ze moeten doen, dan hebben ze die angst niet.”

Deze knelpunten zijn gedeeltelijk in lijn met de resultaten vanuit het vragenlijstonderzoek. Zo gaf 22% van de ondervraagde zorgprofessionals ook daarin aan het onduidelijk te vinden wat de aandachtspunten in de zorg zijn voor cliënten met een risico op bloedingen.

Het knelpunt uit het vragenlijstonderzoek over onvoldoende beschikbaarheid van middelen, zoals verbandmateriaal, om adequaat te kunnen handelen tijdens een bloeding werd ook als herkenbaar ervaren door de deelnemers van de reflectiebijeenkomst. Hierbij werden echter ook vraagtekens gesteld als het gaat over de mogelijkheid om dit op te lossen.

“Je zou bijna gaan zeggen bij elke kwetsbare oudere zet je een pak gaasjes neer bij wijze van spreken. Maar ja, ga je dat doen? Dan heb je de zorgkosten weer en hoe vaak wordt het gewoon weggegooid.”

We vroegen de deelnemers in de reflectiebijeenkomst welk knelpunt prioriteit heeft om op te lossen. De deelnemers gaven aan het belangrijk te vinden dat duidelijk is wat de aandachtspunten en risico's zijn bij cliënten om bloedingen te voorkomen. Daarnaast werd de nadruk geplaatst op het vooraf duidelijk vaststellen van een plan over wat gedaan kan worden ten tijde van een bloeding. Deelnemers gaven aan minder prioriteit te zien in het oplossen van een tekort aan middelen.

4.2 Reflectie op oplossingsrichtingen

De deelnemers van de reflectiebijeenkomst konden zich eveneens vinden in de oplossingsrichtingen die naar voren kwamen vanuit het vragenlijstonderzoek. Dieper ingaand op een mogelijke richtlijn werd de behoefte uitgesproken om informatie over bloedingen en het risico daarop vast te leggen. Hierbij werd echter opgemerkt dat een richtlijn vaak erg lang is en voor sommigen moeilijk vindbaar. Bovendien hechtten de deelnemers aan de bijeenkomst meer belang aan het aanbieden van informatiemateriaal waarop interventies bij het optreden van bloedingen worden uitgelegd.

“Een richtlijn heb je meer nodig als er meerder opties zouden zijn en daar is discussie over, en dan wil je daar duidelijkheid in geven. Kijk naar de bewijskracht van elk van die opties. Hier gaat het gewoon om, wat moet ik nu doen? Het is een acute situatie, wat moet ik nu doen? En daarvoor is een richtlijn niet bedoeld.”

Als belangrijke oplossingsrichting werd gewezen op het vooraf opstellen van een plan met interventies die bij verschillende soorten bloedingen ingezet kunnen worden, ongeacht de cliëntengroep. Deelnemers gaven aan dat dit toepasbaar zou kunnen zijn in de palliatieve zorg bij risico op hevige bloedingen, maar ook bij milde bloedingen zoals skin-tears bij het aantrekken van steunkousen. Daarbij werd ook aangegeven dat deze oplossingsrichting mogelijk de angst bij zorgprofessionals zelf kan verminderen.

“Dat is wat ze duidelijk aangaven aan de zorgcoördinator op dat moment, als jij duidelijk een plan in het actieplan, in het zorgplan schrijft, dan zijn wij minder bang.”

Deelnemers gaven unaniem aan dat de praktijkbehoefte heeft aan praktische handvatten. Hierbij werd aangegeven dat het prettig is om met een praktijkkaart te werken die aangeeft welke stappen kunnen worden ondernomen in verschillende situaties. Dit kan bijvoorbeeld door middel van het doorlopen van een beslisboom, zoals eerder is geïllustreerd in de richtlijn van de GGPO (German Guideline Program in Oncology et al., 2020). Deelnemers gaven aan dat het handig is om zo een praktijkkaart aan het zorgplan in het dossier toe te voegen, zodat deze snel en makkelijk voor iedereen vindbaar is. Daarbij werd ook benadrukt dat het belangrijk is om bij het beschrijven van taken onderscheid te maken tussen de verschillende disciplines.

“Maar het meest ideale zou ik wel vinden als in de wijk denk ik, als je overal inderdaad een korte praktijkkaart in kan hangen in plaats van de richtlijnen. Met veel beeld, weinig tekst.”

Daarnaast benadrukten deelnemers net zoals de respondenten uit het vragenlijstonderzoek dat scholing altijd een belangrijk component blijft. Bij voorkeur wordt deze scholing zo praktisch mogelijk ingericht, bijvoorbeeld met een simulatie. Daarnaast gaf een deelnemer aan dat het ook prettig is als om vragen te kunnen stellen aan een deskundige. Dit kwam ook naar voren in het vragenlijstonderzoek.

5 Conclusie en adviezen

In dit laatste hoofdstuk vatten we eerst de resultaten van de knelpuntenanalyse samen. Vervolgens beschrijven we de adviezen die voortvloeien uit de belangrijkste resultaten.

5.1 Conclusies per onderzoeksvraag

Welke richtlijnen zijn er al in Nederland en internationaal die gaan over verpleging of verzorging van cliënten met bloedingen of een hoog risico daarop door verpleegkundige of verzorgende professionals uit de wijkverpleging? Wat beschrijven de richtlijnen over bevorderende of belemmerende factoren en/of randvoorwaarden voor implementatie van die richtlijnen?

Er zijn twee internationale richtlijnen beschikbaar die zich beiden richten op cliënten in de palliatieve fase, waarbij ook aandacht is voor het verpleegkundig handelen bij cliënten met (een risico op) bloedingen (BC Centre for Palliative Care, 2017; German Guideline Program in Oncology et al., 2020). Deze richtlijnen zijn niet specifiek gericht op de wijkverpleging, maar ze noemen wel algemene aanbevelingen die ook relevant zijn voor de zorgverlening bij thuiswonende cliënten. Zo geven beide richtlijnen concrete adviezen voor advance care planning en interventies bij hevige bloedingen. De richtlijn van de German Guideline Program in Oncology, geeft ook adviezen voor interventies bij mildere bloedingen. De meeste aanbevelingen die gerelateerd zijn aan bloedingen zijn op basis van consensus gegeven en niet op empirisch onderzoek. Daarnaast geeft de richtlijn van BC Centre aan of aanbevelingen haalbaar zijn in de thuissetting en of hiervoor extra middelen nodig zijn. In beide richtlijnen wordt niet uitgeweid over de belemmerende factoren en randvoorwaarden voor de implementatie van de richtlijnen.

Hoe vaak en op welke wijze hebben professionals in de wijkverpleging te maken met cliënten met bloedingen of een risico daarop?

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat van de 243 verpleegkundige en verzorgende professionals uit de wijkverpleging een meerderheid van 66% te maken heeft met cliënten met een risico op bloedingen. De helft (51%) van deze zorgprofessionals, heeft minstens wekelijks te maken met cliënten met een risico op bloedingen. De belangrijkste cliëntengroepen waarbij zij een risico op bloedingen zien zijn kwetsbare ouderen en cliënten die antistolling gebruiken. Andere cliëntengroepen met een risico op bloedingen die zorgprofessionals in de wijk veel tegenkomen zijn cliënten met wonden en cliënten met een valrisico. De kwetsbare ouderen hebben vaak een hoger risico op bloedingen door een combinatie van de bovenstaande voorbeelden. Een groot deel van de kwetsbare ouderen maakt gebruik van antistollingsmedicatie, heeft een kwetsbare huid en/of een valrisico vanwege verminderde mobiliteit.

Welke knelpunten en kennishiaten spelen in de wijkverpleging aangaande preventie, signaleren en interveniëren bij een risico op bloedingen?

Bijna de helft (49%) van de 145 zorgprofessionals die de vragenlijst invulden en die te maken hebben met cliënten met een risico op bloedingen ervaart ten minste één knelpunt in hun eigen handelen. Het voornaamste knelpunt dat hierbij naar voren komt is onduidelijkheid en te weinig informatie over het risico op bloedingen in het elektronisch cliëntencliëntendossier. Zo werd bijvoorbeeld

aangegeven dat het belangrijk is om te rapporteren als er sprake is van een risico op bloedingen, maar dat een notitie hierover niet altijd voldoende informatie geeft. Ook ontbreekt vaak informatie over welke handelingen nodig zijn als een bloeding ontstaat. Verder vindt een op de vijf (22%) het onduidelijk wat de aandachtspunten zijn in de zorg voor cliënten met een risico op bloedingen. Een voorbeeld van een aandachtspunt is voorzichtigheid bij het aantrekken van steunkousen bij cliënten die antistolling gebruiken. Een landelijke richtlijn over de zorg voor cliënten met een risico op bloedingen wordt door 18% van de ondervraagde zorgprofessionals gemist.

Aanvullend bleek uit het literatuuronderzoek dat kennistekort onder verpleegkundige en verzorgende professionals ook een knelpunt is. Dit kwam ook naar voren in de reflectiebijeenkomst. Daarbij noemden de deelnemers aan de reflectiebijeenkomst ook dat de combinatie van voorgaande knelpunten en een kennistekort over de aandachtspunten en mogelijke interventies bij (risico) op bloedingen bij zorgprofessionals tot angst kan leiden om verkeerd te handelen.

Daarnaast blijkt uit het vragenlijstonderzoek dat 42% van de zorgprofessionals minstens één knelpunt ervaart in de organisatie van zorg. Het voornaamste knelpunt dat hierbij naar voren komt, is dat 28% van de zorgprofessionals onvoldoende middelen (zoals medicatie of verbandmateriaal) heeft om te kunnen handelen in geval van een bloeding. Daarnaast zijn onduidelijkheid in de overdracht van behandelafspraken en moeizame samenwerking met de behandelend arts ervaren knelpunten.

Uit het vragenlijstonderzoek en de interviews blijkt dat zorgprofessionals vooral knelpunten ervaren bij kwetsbare ouderen (69%) en cliënten die antistolling gebruiken (76%). Daarnaast geeft 51% van de zorgprofessionals aan knelpunten te ervaren bij cliënten met wonden. Deelnemers aan de interviews en reflectiebijeenkomst meldden dat ze dezelfde knelpunten ervaren bij verschillende cliëntengroepen, ongeacht de oorzaak van de bloeding. De bevindingen sluiten aan bij die uit de literatuurstudie waar ook knelpunten in de zorg voor ouderen met een risico op bloedingen, vooral ouderen die anticoagulantia gebruiken, naar voren kwamen.

Maken professionals in de wijkverpleging gebruik van richtlijnen of protocollen over bloedingen of een risico daarop? En zo ja, wat zijn daarmee de ervaringen en lopen ze in het gebruik tegen bepaalde problemen aan?

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat 69% van de 148 zorgprofessionals uit de wijk geen gebruik maakt van een richtlijn of protocol in de zorg voor cliënten met een risico op bloedingen. De betreffende zorgprofessionals die wel een richtlijn gebruiken of de landelijke eerstelijnsamenwerkingsafspraken voor de zorg voor kwetsbare ouderen of de richtlijn voor oncologische ulcera hebben hiermee positieve ervaringen (Lintz-Luidens H et al., 2010; Verlee E et al., 2017). Een knelpunt dat werd genoemd is dat in het algemeen richtlijnen soms te uitgebreid zijn om snel te kunnen handelen en dat ze vaak minder toepasbaar zijn in de wijkverpleging. Het beeld dat richtlijnen te uitgebreid zijn en lastig vindbaar kwam ook naar voren tijdens de interviews en de reflectiebijeenkomst.

Wat zijn oplossingsrichtingen om die knelpunten en kennishiaten te reduceren?

Uit het vragenlijstonderzoek komen meerdere oplossingsrichtingen naar voren. Meest genoemde (door bijna de helft van 80 respondenten) zijn een landelijke zorgrichtlijn met adviezen voor de wijkverpleging, informatiemateriaal over interventies bij het optreden van bloedingen en een klinische les, bijscholing of cursus over de zorg voor cliënten met een risico op bloedingen. Tevens wenst 36% dat er meer aandacht komt voor de zorg voor deze cliëntengroep in de basisopleiding van verpleegkundigen en verzorgenden. Tijdens de interviews en de reflectiebijeenkomst werden scholing en informatiemateriaal over de zorg bij deze cliëntengroep genoemd als

oplossingsrichtingen. Daarbij gaven de zorgprofessionals in de reflectiebijeenkomst aan dat beknopt informatiemateriaal, zoals een praktijkkaart of beslisboom, de voorkeur heeft boven een uitgebreide richtlijn.

5.2 Adviezen

De laatste onderzoeksvraag in deze knelpuntenanalyse was:

Welke activiteiten en eventuele uitgangsvragen zijn relevant voor een vervolgtraject?

Praktische handreiking met praktijkkaart

De ervaren knelpunten lijken deels samen te hangen met een kennistekort bij zorgprofessionals over enerzijds het tijdig signaleren van een risico op bloedingen en anderzijds het weten hoe te handelen in het geval dat een bloeding optreedt. Dit blijkt ook uit de behoefte van zorgprofessionals voor zowel scholing als informatiemateriaal over interventies bij het optreden van bloedingen. Ook kwam uit het vragenlijstonderzoek de wens voor een landelijke richtlijn voor de zorg voor cliënten met een risico op bloedingen. Echter uit de interviews en de afrondende reflectiebijeenkomst blijkt dat zorgprofessionals richtlijnen vaak te uitgebreid vinden en moeilijk vindbaar. Deze zorgprofessionals lichten daarbij toe vooral behoefte te hebben aan praktische handvatten met concreet informatiemateriaal. Zo spraken de zorgprofessionals in de reflectiebijeenkomst de voorkeur uit voor een beknopte praktijkkaart als leidraad voor welke interventies in te zetten bij het optreden van bloedingen, eventueel met een beslisboom. De deelnemers aan de interviews en reflectiebijeenkomst gaven aan dat de knelpunten die zij ervaren vergelijkbaar waren voor verschillende cliëntengroepen en oorzaken van bloedingen. Om deze redenen adviseren wij V&VN om als vervolgacties te overwegen om een praktische handreiking te ontwikkelen inclusief een praktijkkaart met concrete aandachtspunten en mogelijke interventies in de zorg voor thuiswonende mensen met een risico op bloedingen. De handreiking dient beknopt en toegankelijk te zijn en kan de vorm hebben van een praktijkkaart, eventueel met een beslisboom erbij. Een koppeling met de elektronische cliëntendossiers is daarbij aan te bevelen, ook omdat informatie over het risico op bloedingen bij een client daarin veelal ontbreekt of onduidelijk is.

Wetenschappelijk onderzoek

Uit de literatuuronderzoeken blijkt ook dat wetenschappelijke evidentie voor interventies door verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk gericht op cliënten met een risico op bloedingen ontbreekt. In het literatuuronderzoek voldeden slechts twee onderzoeken en twee richtlijnen aan de inclusiecriteria. Daarnaast blijkt dat de aanbevelingen in de richtlijnen voornamelijk gebaseerd zijn op praktijkervaring en consensus. Dit onderstreept het belang van verder wetenschappelijk onderzoek naar thuiswonende cliënten met een risico op bloedingen.

Om deze reden raden wij aan verder onderzoek te doen naar wat effectieve procedures en interventies zijn in de zorg voor thuiswonende cliënten met een risico op bloedingen.

Mogelijk bestaat er onderzoek naar deze cliëntengroep in andere sectoren dan de wijkverpleging, die relevante inzichten kunnen bieden en vervolgens kunnen worden vertaald naar de zorg in de wijk. Verder onderzoek kan worden uitgevoerd voorafgaand aan de ontwikkeling en ter onderbouwing van de eerdergenoemde praktijkkaart.

Scholing

Verder volgt zowel uit de literatuuronderzoek als uit de praktijkraadpleging dat een klinische bijscholing of cursus een belangrijke rol kan spelen in het aanpakken van de knelpunten. Om deze reden adviseren wij V&VN te investeren in scholing over de zorg voor thuiswonende cliënten met een risico op bloedingen. Hierbij kan gedacht worden aan de ontwikkeling van een e-learning die aansluit op zowel de theoretische als praktische aspecten van de informatie uit de hiervoor geadviseerde handreiking. Scholing kan daarnaast bijdragen aan de implementatie van de handreiking in het dagelijks handelen van zorgprofessionals. Door middel van scholing kunnen verpleegkundigen en verzorgenden kennis vergaren over de aandachtspunten en mogelijke interventies bij cliënten met een risico op bloedingen. Dit kan leiden tot bewustzijn en begrip van de risico's en ervoor zorgen dat zij beter in staat zijn om de handreiking toe te passen in hun dagelijkse werkzaamheden. Bij het organiseren van (bij)scholing is ook een rol weggelegd voor de zorgorganisaties zelf.

Organisatie van zorg

Uit de knelpuntenanalyse volgden ook een aantal knelpunten die lagen in de organisatie van zorg. Zo is een veelvoorkomend knelpunt het tekort aan middelen, zoals verbandmateriaal en medicatie, om te handelen in geval van een bloeding in de wijk. Volgens zorgprofessionals lijkt het lastig om dit knelpunt op te lossen. Dit wordt mede veroorzaakt doordat verbandmaterialen niet standaard vergoed worden bij cliënten met een risico op bloedingen.

Daarnaast werd als knelpunt in de organisatie van zorg gewezen op de samenwerking met behandelend artsen, waarbij ook de overdracht vanuit deze artsen suboptimaal is.

Deze knelpunten in de organisatie van zorg lenen zich echter minder goed voor vervolgacties binnen de invloedssfeer van V&VN.

Adviezen voor V&VN

Samenvattend komen we tot de volgende adviezen die in de eerste plaats relevant zijn voor V&VN:

- Het advies is om niet te investeren in de ontwikkeling van een landelijke zorgrichtlijn.
- Het advies is om te investeren in de ontwikkeling van een praktische handreiking inclusief een praktijkkaart met concrete informatie over aandachtspunten en mogelijke interventies in de zorg voor mensen met een risico op bloedingen.
- Het advies is om verder onderzoek te doen naar wat effectieve interventies zijn in de zorg voor thuiswonende cliënten met een risico op bloedingen.
- Investeer in toegankelijk bijscholingsmateriaal of een e-learning over aandachtspunten en interventies bij thuiswonende cliënten met een risico op bloedingen. Indien het advies om een handreiking te ontwikkelen wordt overgenomen, is het aan te bevelen om scholing hierop aan te laten sluiten, zodat de implementatie hiervan gemakkelijker wordt.

Literatuur

- BC Centre for Palliative Care. (2017). *B.C. Inter-professional Palliative Symptom Management Guidelines*. Geraadpleegd van <https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2018/09/SMGs-interactive-final-Nov-30-compressed.pdf>
- German Guideline Program in Oncology, Association of the Scientific Medical Societies in Germany, The German Cancer Society, & German Cancer Aid. (2020). *German Guideline Program in Oncology (German Cancer Society, German Cancer Aid, AWMF): Palliative care for patients with incurable cancer, Extended version - Short version 2.2*, [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/migrated/content/uploads/Guideline Palliative Care Short Version 01.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/migrated/content/uploads/Guideline_Palliative_Care_Short_Version_01.pdf)
- Groot, K. de, & Francke, A. (2021). *Inventarisatie richtlijnen voor verpleegkundigen en verzorgenden: stand van zaken en lacunes*. Geraadpleegd van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003929.pdf>
- IQ healthcare. (2013). *Tool Knelpuntenanalyse*. <https://www.iqhealthcare.nl/media/56707/eindrapport.pdf>
- Lazure, P., Munn, J., Labbé, S., Murray, S., Butler, R., Khair, K., Lambing, A., Malone, M., Reiser, T., & Newall, F. (2019). Education needs of nurses in thrombosis and hemostasis: An international, mixed-methods study. *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*, 3(1), 99–108. <https://doi.org/10.1002/rth2.12155>
- Lintz-Luidens H, Löwik M, Veldhoven C.M.M, & Krol R.J.A. (2010). *Richtlijn Oncologische ulcera in de palliatieve fase*. Geraadpleegd van <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/oncologische-ulcera/colofon>
- Nagata, N., Ishii, N., Manabe, N., Tomizawa, K., Urita, Y., Funabiki, T., Fujimori, S., & Kaise, M. (2019). Guidelines for Colonic Diverticular Bleeding and Colonic Diverticulitis: Japan Gastroenterological Association. *Digestion*, 99(Suppl. 1), 1–26. <https://doi.org/10.1159/000495282>
- Tomaselli, G. F., Mahaffey, K. W., Cuker, A., Dobesh, P. P., Doherty, J. U., Eikelboom, J. W., Florigo, R., Gluckman, T. J., Hucker, W. J., Mehran, R., Messé, S. R., Perino, A. C., Rodriguez, F., Sarode, R., Siegal, D. M., & Wiggins, B. S. (2020). 2020 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Management of Bleeding in Patients on Oral Anticoagulants. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(5), 594–622. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.04.053>
- Ubogagu, E., & Harris, D. G. (2012). Guideline for the management of terminal haemorrhage in palliative care patients with advanced cancer discharged home for end-of-life care. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2(4), 294–300. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000253>
- Vaidyanathan, S., Singh, G., Soni, B., Hughes, P., & Pulya, K. (2014). Substandard urological care of elderly patients with spinal cord injury: an unrecognized epidemic? *Patient Safety in Surgery*, 8(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1754-9493-8-4>
- Verlee E, Van der Sande R, Abel R, Brandon S, De Groot J, Quist-Anholts GWL, Rijnbeek CM, Van Bruchem-Steen Redeker H, Wilbrink N, Wisselink H, De Bont M, & Vriezen JA. (2017). *Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd van <https://richtlijnen.nhg.org/landelijke-eerstelijns-samenwerkingsafspraken/zorg-voor-kwetsbare-ouderen>
- V&VN. (2020). *Handreiking verpleegkundig proces*. Geraadpleegd van <https://www.venvn.nl/media/x3enwye5/handreiking-verpleegkundig-proces-jan-2020-def.pdf>

Zorginstituut Nederland. (2021). *AQUA Leidraad*. Geraadpleegd van <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/aqua-leidraad>

Bijlage A - Methode literatuuronderzoeken

Deze bijlage omvat de methoden van het literatuuronderzoek naar enerzijds relevante Nederlandse en internationale richtlijnen (A.1) en anderzijds naar artikelen over knelpunten en oplossingsrichtingen in de wijkverpleging bij cliënten met een risico op bloedingen (A.2).

A.1 Zoekstrategie richtlijnen

Op 23 september werd gezocht naar wetenschappelijke publicaties over richtlijnen met de hieronder weergegeven zoekstrategie in PubMed en CINAHL (tabel A.1.1 en A.1.2). Deze searches werden uitgevoerd door een bibliothecaris van de VU. Hiervoor werd gekeken naar publicaties vanaf 2012 tot het heden. De literatuur search leverde in totaal 698 referenties op (476 vanuit Pubmed search en 222 vanuit Cinhal). Na het verwijderen van de duplicaten bleven 594 referenties over.

Tabel A.1.1 Schematisch overzicht van gebruikte zoekstrategieën voor richtlijnen in PubMed

Search	PubMed Query	Results
#5	#4 AND 2012/01/01:2022/09/23[dp] AND (eng[la] OR dut[la]) NOT "study protocol"[ti]	476
#4	#1 AND #2 AND #3	875
#3	"Guideline" [Publication Type] OR guideline*[tiab] OR protocol*[tiab] OR "position statement"*[tiab] OR "position paper"*[tiab] OR consensus[tiab] OR recommendation*[tiab]	1,357,554
#2	("Hemorrhage"[Mesh] OR haemorrhage*[tiab] OR hemorrhage*[tiab] OR bleeding*[tiab] OR bleed[tiab] OR hemoptysis*[tiab] OR "blood loss"*[tiab] OR exsanguinat*[tiab]) NOT (postpartum[ti] OR post-partum[ti] OR menstruation*[ti] OR abortion[ti] OR cesarean[ti] OR placenta[ti])	620,995
#1	"Nursing"[Mesh] OR "nursing" [Subheading] OR "Nursing Care"[Mesh] OR "Nurses"[Mesh] OR "Nursing Staff"[Mesh] OR "Nurse's Role"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR "Nursing Assistants"[Mesh] OR "Home Health Aides"[Mesh] OR "Licensed Practical Nurses"[Mesh] OR "nurs"*[tiab] OR "home care"[tiab] OR "home healthcare"[tiab] OR "home health care"*[tiab] OR "home health aid"*[tiab] OR "care aid"*[tiab] OR carer*[tiab] OR "community car"*[tiab] OR "district car"*[tiab]	801,713

Tabel A.1.2 Schematisch overzicht van gebruikte zoekstrategieën voor richtlijnen in CINHAL

Search	Cinhal Query	Results
S6	S5 NOT TI ("study protocol")	222
S5	S4 AND LA(dutch OR english) Limit to: Published Date: 20120101-20230923	224
S4	S1 AND S2 AND S3	453
S3	MH ("Practice Guidelines" OR "Nursing Protocols+" OR "Protocols+" OR "Consensus") OR TI (guideline* OR protocol* OR "position statement*" OR "position paper*" OR consensus OR recommendation*) OR AB(guideline* OR protocol* OR "position statement*" OR "position paper*" OR consensus OR recommendation*)	508,593
S2	(MH ("Hemorrhage+") OR TI(haemorrhage* OR hemorrhage* OR bleeding OR bleed OR hemoptys* OR "blood loss*" OR exsanguinat*) OR AB(haemorrhage* OR hemorrhage* OR bleeding OR bleed OR hemoptys* OR "blood loss*" OR exsanguinat*)) NOT TI (postpartum OR post-partum OR menstruation*OR abortion OR cesarean OR placenta)	123,368
S1	MH ("Nurses+" OR "Nursing Care+" OR "Community Health Nursing+" OR "Home Health Care+" OR "Home Health Aides" OR "Nursing Assistants" OR "Nursing Home Personnel" OR "Nurses by Educational Level+" OR "Nurses by Role" OR "Nurses by Specialty+" OR "Nurses, Other" OR "Practical Nurses") OR TI (nurs* OR "home care" OR "home healthcare" OR "home health care" OR "home health aid*" OR "care aid*" OR carer* OR "community car*" OR "district car*") OR AB (nurs* OR "home care" OR "home healthcare" OR "home health care" OR "home health aid*" OR "care aid*" OR carer* OR "community car*" OR "district car*")	710,248

In aanvulling op deze referenties werden drie referenties toegevoegd als mogelijk relevant, welke voortkwamen uit de referentielijsten van geïdentificeerde reviews. Eén onderzoeker (SN) beoordeelde eerst 597 referenties op titel en samenvatting. Een tweede onafhankelijk werkende onderzoeker (KG) beoordeelde hierop volgend de titels en samenvattingen waarna negen referenties als mogelijk relevant werden beoordeeld. Hierna werd de volledige tekst gelezen door twee onderzoekers (SN en KG) om te in- of excluderen op basis van de in- en exclusie criteria.

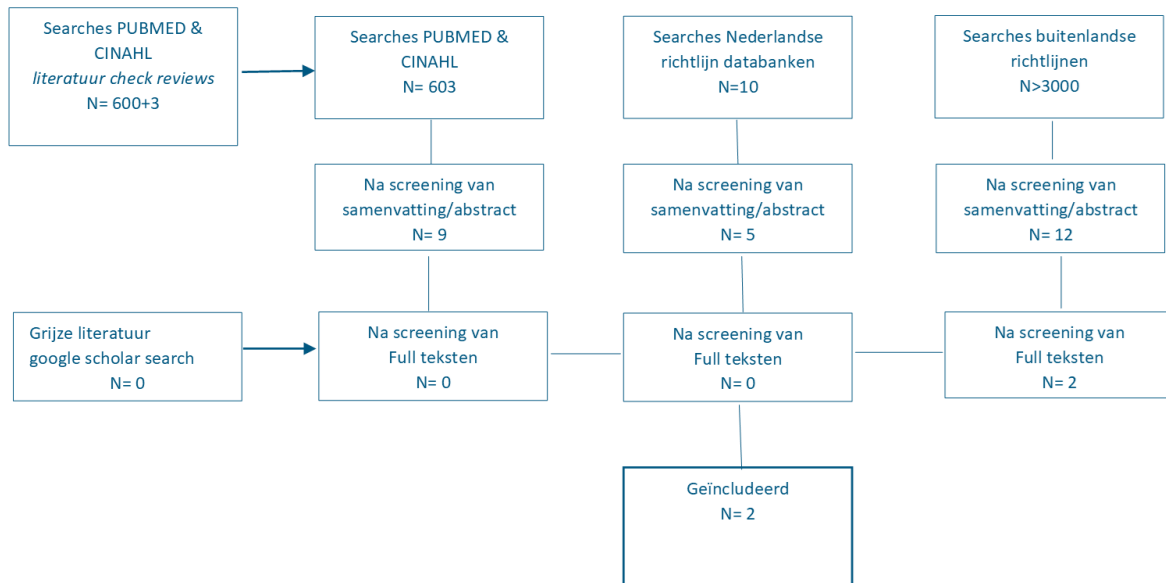
Verder werden er aanvullende searches gedaan in online Nederlandse en internationale richtlijndatabanken (wederom eerst door onderzoeker SN en daarna door onderzoeker KG). Voor de Nederlandse richtlijnen werd in de richtlijndatabanken van V&VN, FMS, NHG en Verenso/SKILZ gezocht met de zoekterm 'bloedingen'. Dit leverde tien mogelijk relevante richtlijnen op. Na het beoordelen van de titel en de samenvatting werden vijf richtlijnen als mogelijk relevant beoordeeld. Na het lezen van de volledige teksten werden alle richtlijnen geëxcludeerd op basis van de in- en exclusiecriteria.

Voor de internationale richtlijnen werd gezocht in de databases van GIN, TRIP, Guideline central, NICE, BIGG met de zoektermen 'bleeding' en 'haemorrhage'. Dit leverde in eerste instantie >3000 referenties op waarvan twaalf op basis van titel en samenvatting als mogelijk relevant werd beoordeeld. Uiteindelijk zijn na het lezen van de volledige teksten twee richtlijnen geïnccludeerd (BC Centre for Palliative Care, 2017; German Guideline Program in Oncology et al., 2020). Als laatste werd er voor grijze literatuur gezocht in google scholar met eerdergenoemde zoektermen. Dit leverde geen extra literatuur op.

Figuur A.1.1 laat middels een flowchart de gehele selectieprocedure zien. In Bijlage B staan alle redenen van exclusie beschreven voor de richtlijnen die na het lezen van de volledige tekst zijn geëxcludeerd.

Na volledige verkenning van de literatuur zijn in totaal twee richtlijnen geïncludeerd (BC Centre for Palliative Care, 2017; German Guideline Program in Oncology et al., 2020). De extractie tabel daarvan wordt gepresenteerd in bijlage C.

Figuur A.1.1 Flowchart richtlijnen



In tabel A.1.3 staan de ziektes, aandoeningen en cliëntengroepen beschreven waar de richtlijnen die geïnccludeerd werden voor de screening van de volledige tekst zich op focuste, omdat deze mogelijk gerelateerd zouden kunnen zijn aan een risico op bloedingen.

Tabel A.1.3 Ziektes, aandoeningen en/of cliëntengroepen vanuit de richtlijnen die in aanmerking kwamen voor volledige tekst screening

Geïnccludeerde ziektes, aandoeningen en/of cliëntengroepen
Mensen die antistollingsmedicatie gebruiken
Mensen met een verhoogd cardiovasculair risico
Bloedneuzen
Bloedingsneiging
Anemie
Verdachte huidafwijkingen
CVA/TIA
Stollingsstoornissen
Gastro-intestinale bloedingen
Postoperatieve wonden
Bemoeilijkte katheterisatie bij mannen
Cliënten in de palliatieve fase (zowel oncologisch als niet ziekte specifieke richtlijnen m.b.t. palliatieve zorg)
Endometriose
Ulcers
Geëxcludeerde ziektes, aandoeningen en/of cliëntengroepen
Bloedingen tijdens zwangerschap
Bloedingen tijdens of na partus (bevalling)
Bloedingen tijdens of na abortus ingreep
Menorragie (overmatig bloedverlies tijdens menstruatie)

A.2 Zoekstrategie wetenschappelijke publicaties

Op 23 september werd gezocht naar wetenschappelijke publicaties over knelpunten en oplossingsrichtingen met de hieronder weergegeven zoekstrategie In PubMed en CINAHL (tabel A.2.1 en A.2.2). Deze searches werden uitgevoerd door een bibliothecaris van de VU. Hiervoor werd gekeken naar publicaties vanaf 2012 tot het heden. De literatuur search leverde in totaal 2437 referenties op (1767 vanuit PubMed search en 670 vanuit CINAHL). Na het verwijderen van de duplicaten bleven 2136 referenties over.

Tabel A.2.1 Schematisch overzicht van gebruikte zoekstrategieën voor artikelen over knelpunten en oplossingsrichtingen in PubMed

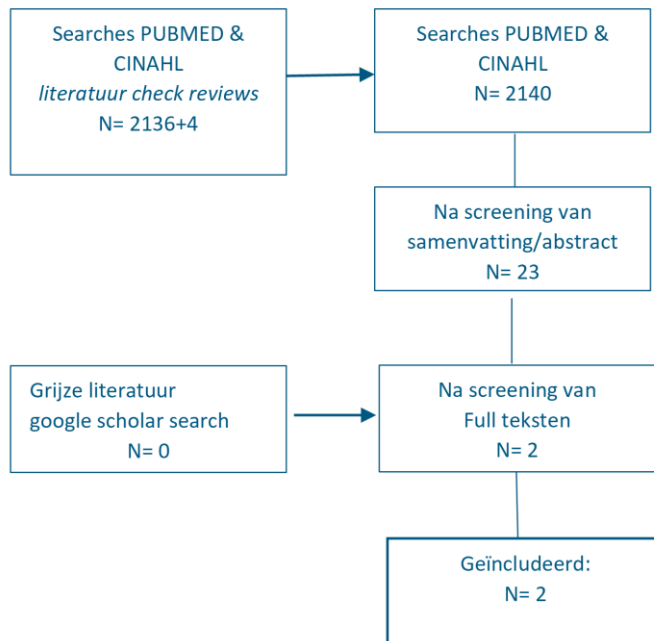
Search	PubMed Query	Results
#6	#5 AND 2012/01/01:2022/09/23[dp] AND (eng[la] OR dut[la])	1,767
#5	#4 NOT ("Editorial" [Publication Type] OR "Comment" [Publication Type] OR "Congress" [Publication Type] OR "Meeting Abstract" [Publication Type])	3,922
#4	#1 AND #2 AND #3	3,945
#3	"Risk Factors"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh] OR "Motivation"[Mesh] OR "Intention"[Mesh] OR "Awareness"[Mesh] OR "Nursing Evaluation Research"[Mesh] OR "Evaluation Studies as Topic"[Mesh] OR barrier*[tiab] OR facilitator*[tiab] OR determinant*[tiab] OR factor*[tiab] OR variable*[tiab] OR problem*[tiab] OR risk[tiab] OR knowledge[tiab] OR motivation*[tiab] OR predictor*[tiab] OR intention*[tiab] OR perception*[tiab] OR view*[tiab] OR opinion*[tiab] OR perspective*[tiab] OR perceiv*[tiab] OR attitude*[tiab] OR belief*[tiab] OR believ*[tiab] OR aware*[tiab] OR "perceived behavioural control"[tiab] OR intervention*[tiab] OR feasibil*[tiab] OR evaluation*[tiab]	11,769,046
#2	("Hemorrhage"[Mesh] OR haemorrhage*[tiab] OR hemorrhage*[tiab] OR bleeding*[tiab] OR bleeds[tiab] OR hemoptys*[tiab] OR "blood loss*" [tiab] OR exsanguinat*[tiab]) NOT (postpartum[ti] OR post-partum[ti] OR menstruation*[ti] OR abortion[ti] OR cesarean[ti] OR placenta[ti])	626,436
#1	"Nursing"[Mesh] OR "nursing" [Subheading] OR "Nursing Care"[Mesh] OR "Nurses"[Mesh] OR "Nursing Staff"[Mesh] OR "Nurse's Role"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR "Nursing Assistants"[Mesh] OR "Home Health Aides"[Mesh] OR "Licensed Practical Nurses"[Mesh] OR "nurs*" [tiab] OR "home care" [tiab] OR "home healthcare" [tiab] OR "home health care*" [tiab] OR "home health aid*" [tiab] OR "care aid*" [tiab] OR carer* [tiab] OR "community car*" [tiab] OR "district car*" [tiab]	801,713

Tabel A.2.2 Schematisch overzicht van gebruikte zoekstrategieën voor artikelen over knelpunten en oplossingsrichtingen in CINAHL

Search	Cinahl Query	Results
S5	S4 AND LA (dutch OR english) Limit- Published Date: 20120101-20230923	670
S4	S1 AND S2 AND S3	1,521
S3	MH ("Attitude of Health Personnel+" OR "Motivation+" OR "Evaluation Research+" OR "Risk assessment" OR "Pilot Studies" OR "Nursing Interventions") OR TI (barrier* OR facilitator* OR determinant* OR factor* OR variable* OR problem* OR risk OR knowledge OR motivation* OR predictor* OR intention* OR perception* OR view* OR opinion* OR perspective* OR perceiv* OR attitude* OR belief* OR believ* OR aware* OR "perceived behavioural control" OR intervention* OR feasibil* OR evaluation*) OR AB (barrier* OR facilitator* OR determinant* OR factor* OR variable* OR problem* OR risk OR knowledge OR motivation* OR predictor* OR intention* OR perception* OR view* OR opinion* OR perspective* OR perceiv* OR attitude* OR belief* OR believ* OR aware* OR "perceived behavioural control" OR intervention* OR feasibil* OR evaluation*)	3,068,650
S2	(MH ("Hemorrhage+") OR TI(haemorrhage* OR hemorrhage* OR bleeding OR bleeds OR hemoptys* OR "blood loss*" OR exsanguinat*) OR AB(haemorrhage* OR hemorrhage* OR bleeding OR bleeds OR hemoptys* OR "blood loss*" OR exsanguinat*)) NOT TI (postpartum OR post-partum OR menstruation*OR abortion OR cesarean OR placenta)	123,368
S1	MH ("Nurses+" OR "Nursing Care+" OR "Community Health Nursing+" OR "Home Health Care+" OR "Home Health Aides" OR "Nursing Assistants" OR "Nursing Home Personnel" OR "Nurses by Educational Level+" OR "Nurses by Role" OR "Nurses by Specialty+" OR "Nurses, Other" OR "Practical Nurses") OR TI (nurs* OR "home care" OR "home healthcare" OR "home health care" OR "home health aid*" OR "care aid*" OR carer* OR "community car*" OR "district car*") OR AB (nurs* OR "home care" OR "home healthcare" OR "home health care" OR "home health aid*" OR "care aid*" OR carer* OR "community car*" OR "district car*")	710,248

In aanvulling op deze referenties werden drie referenties toegevoegd als mogelijk relevant, welke voortkwamen uit de referentielijsten van geïdentificeerde reviews. Eén onderzoeker (SN) beoordeelde 2140 referenties op titel en samenvatting. Een tweede onafhankelijk werkende onderzoeker (KG) beoordeelde hierop volgend de titels en samenvattingen van de referenties waarna 23 referenties als mogelijk relevant werden beoordeeld. Hierna werd de volledige tekst gelezen door twee onderzoekers (SN en KG). Als laatste werd er voor grijze literatuur gezocht in google scholar met de eerdergenoemde zoektermen. Dit leverde geen extra literatuur op. Na volledige literatuuronderzoek zijn twee artikelen geïncludeerd (Lazure et al., 2019; Vaidyanathan et al., 2014) Figuur A.2.1 laat middels een flowchart de gehele selectieprocedure zien.

Figuur A.2.1 Flowchart artikelen over knelpunten en oplossingsrichtingen



Bijlage B – Reden van exclusie richtlijnen

In deze bijlage zijn twee tabellen opgenomen die een overzicht bieden van de redenen voor exclusie van richtlijnen na het volledig lezen van de tekst. De redenen worden aangegeven op basis van de genummerde inclusie- en exclusiecriteria. Indien richtlijnen niet voldeden aan de gestelde criteria, maar toch relevante aanbevelingen gaven over de zorg voor mensen met een risico op bloedingen, werden deze aanbevelingen ter informatie geëxtraheerd in de onderstaande tabellen. Tabel B.1 bevat alle geëxcludeerde internationale richtlijnen, terwijl tabel B.2 een overzicht geeft van de geëxcludeerde Nederlandse richtlijnen.

Redenen voor exclusie worden in de tabel aangegeven door middel van de onderstaande inclusie- en exclusiecriteria richtlijnen.

De bestaande richtlijnen moesten voldoen aan de volgende:

- 1 Gaat geheel of voor een deel over het verpleging of verzorging van cliënten met verhoogd risico op bloedingen.
- 2 In de Nederlandse of Engelse taal.
- 3 (Mede)ontwikkeld en/of (mede)geautoriseerd door een landelijke of internationale beroepsvereniging van verpleegkundigen of verzorgenden.
- 4 Voor internationale richtlijnen verschenen in de laatste 5 jaar en voor Nederlandse richtlijnen verschenen in de laatste 10 jaar.

Exclusiecriteria waren:

- 5 Betreft richtlijn over kinderen (<18 jaar).
- 6 Betreft richtlijn over bloedingen rondom bevallingen en vruchtbaarheid.

Tabel B.1: Internationale geëxcludeerde richtlijnen en redenen van exclusie.

Referentie van de richtlijn	Exclusie o.b.v criteria nummer (1t/m 6)	Aanbevolen methode/ interventie/ innovatie voor begeleiding/behandeling van mensen met een verhoogd risico op bloedingen	Overig
ACC Expert Consensus Decision Pathway on Management of Bleeding in Patients on Oral Anticoagulants: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. ACC. 2020 (1)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 3 	n.v.t	Bevat wel informatie over symptomen bij milde en hevige bloedingen en het stoppen en herstarten van anticoagulantia
ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. ACG. 2021 (2)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 3 	n.v.t.	Adviezen voor klinische setting
A Palliative Approach to Care in the Last 12 Months of Life. RNO 2020 (3)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 	n.v.t.	Adviezen hebben betrekking tot palliatieve zorg. Geen adviezen m.b.t bloedingen. In de bijlagen een keer benoemd dat dat signaleren en handelen bij bloedingen tot competentie van de verpleegkundige hoort
Clinical practice guideline: nosebleed (epistaxis). Tunkel, D. E., Anne, S., Payne, S. C., Ishman, S. L., Rosenfeld, R. M., Abramson, P. J., ... & Monjur, T. M. 2020 (4)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 3 	n.v.t.	Doelgroep zijn o.a. artsen en nurse practitioners. Verpleegkundigen worden niet genoemd. Aanbevelingen zijn tot clinicians gericht In werkgroep zijn wel verpleegkundige betrokken, maar de richtlijn ontwikkeling werd georganiseerd door American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery Foundation
Endometriosis: diagnosis and management. NICE. 2017a (5)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 3 	n.v.t.	Adviezen hebben betrekking de aandoening. Geen adviezen m.b.t. bloedingen
Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. AHA. 2022 (6)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 	1 In patients with spontaneous ICH, frequent neurological assessments (including GCS) should be performed by ED nurses in the early hyperacute phase of care to assess change	Alleen adviezen m.b.t klinische setting (vooral IC en eerste hulp)

		<p>in status, neurological examination, or level of consciousness</p> <p>2. In patients with spontaneous ICH, frequent neurological assessments in the ICU and stroke unit are reasonable for up to 72 hours of admission to detect early ND</p> <p>3 In patients with spontaneous ICH, specialized nurse stroke competencies can be effective in improving outcome and mortality</p>	<p>Gaan hierbij in op de rol van verpleegkundigen in vroeg detectie door middel van neurologische assessments (door gespecialiseerde verpleegkundige)</p> <p>Adviseert extra educatie voor verpleegkundigen o.a. m.b.t. screening vroege detectie.</p> <p>Alleen hersenbloedingen met spontane oorzaak</p>
<p>Guideline for the management of terminal haemorrhage in palliative care patients with advanced cancer discharged home for end-of-life care. Ubogagu, E., & Harris, D. G. 2012 (7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 3 	<p>The use of dark towels disguises large volumes of blood and decreases the associated distress. This has long been a recommendation and more recent research has confirmed the perceived benefit of this practice.² This should be relayed to relatives or carers in the home setting to ensure that dark towels are immediately available in the home.</p> <p>As a result, the emerging recommendation for the management of terminal haemorrhages is for healthcare professionals and/or relatives to remain with the patient, providing comfort and support in the little time available.² When possible, crisis medications should be considered, and given when practical (figure 5). However, the mainstay of management in the event of major haemorrhage is to remain with the patient and provide verbal support, using dark towels to disguise the sight of blood</p> <p>If being discharged home from a hospital/hospice, the patient should be supplied with a 'crisis pack' – a container for the storage of crisis medications (i.e., anxiolytics).</p>	<p>Huidige richtlijn is een review van literatuur en niet ontwikkelt doormiddel van een consensus proces (onderbouwt door experts en een wetenschappelijke organisatie), maar is slechts ontwikkeld door reflectie van de auteurs zelf.</p>

		The general objective for the management of terminal haemorrhage in patients with advanced cancer, where a DNAR order is in place and the patient has been discharged home for end-of-life care, is to follow the 'ABC' (figure 6): Assure, Be there, and Comfort and calm.	
Guidelines for Colonic Diverticular Bleeding and Colonic Diverticulitis: Japan Gastroenterological Association. 2019 (8)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 3 	n.v.t.	Ziekenhuis setting
Guidelines for difficult urethral catheterization in males. Warren, J., & Ruckle, H. C. 2019 (9)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 3 	n.v.t.	Geen richtlijn. Betreft een Stappenplan/protocol voor verpleegtechnische handeling. Ziekenhuis setting
Guidelines for haemophilia nursing care. Müller-kägi, e., schrijvers m., Eahad nurses committee December 2018 (10)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 3 	n.v.t.	Geen richtlijn. Betreft een Stappenplan/protocol voor verpleegtechnische handeling: practice guideline on how to perform CVAD infusion in haemophilia Setting niet duidelijk
Guidelines for the Management of Hemophilia, 3rd edition. WFH. 2020 (11)	<ul style="list-style-type: none"> • 3 	The nurse coordinator, who should have training in the management of patients with bleeding disorders, coordinates the provision of care by the multidisciplinary team, educates patients and their families, provides training for home therapy and other aspects of care, and assesses patients and institutes initial care where appropriate.	Richt zich op hemophilia health care centers. Ook als het gaat om home treatment wordt hierbij de rol van de verpleegkundigen en artsen vanuit het treatment center besproken.
Guidelines in practice: hypothermia prevention. Link, T. (2020) (12)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 	n.v.t.	Guideline voor ziekenhuis setting. Hypothermie perioperatief wordt geassocieerd met meer bloedverlies, maar aanbevelingen gaan niet over bloedingen zelf
Guidelines on the management of von Willebrand disease. ASH ISTH NHF WFH 2021 (13)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 3 	n.v.t.	Guideline voor ziekenhuis setting/ artsen

MASAC Document 257 - Guidelines for Emergency Department Management of Individuals with Hemophilia and Other Bleeding Disorders. MASAC. 2019 (14)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 3 	n.v.t.	Guideline voor ziekenhuis setting/ artsen
Management of post-surgical wounds in general practice. Australian journal of general practice. Sinha, S. 2019 (15)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 3 	n.v.t.	Review van één auteur. Artikel moet fungeren als practical guideline, maar is niet ontwikkeld doormiddel van consensus proces (onderbouwt door experts en een wetenschappelijke organisatie), maar is slechts ontwikkeld door reflectie van de auteur zelf. Richt zich tot huisartsen.
Nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Cascade Guideline. ESGE. 2018 (16)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 3 	n.v.t.	Gericht op klinische setting (endoscopische ingrepen). Niet gericht op verpleegkundigen/verzorgenden
Recommendations for the clinical interpretation of genetic variants and presentation of results to patients with inherited bleeding disorders. A UK Haemophilia Centre Doctors' Organisation Good Practice Paper. Gomez, K., Laffan, M., Keeney, S., Sutherland, M., Curry, N., & Lunt, P. 2019 (17)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 3 	n.v.t.	Richt zich op diagnose (interpretatie). Niet gericht op verpleegkundig handelen.
Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial Management. NICE. 2019 (18)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 3 	Use a validated tool, such as FAST (Face Arm Speech Test), outside hospital to screen people with sudden onset of neurological symptoms for a diagnosis of stroke or transient ischaemic attack (TIA). [2008]	Gericht op artsen Bevat wel informatie over symptomen en het herkennen van een bloeding in hersenen.
The diagnosis & management of stroke and transient ischaemic attack National clinical guidelines Ministry of Public Health Qatar. 2017 (19)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 3 	n.v.t.	Adviezen hebben betrekking de aandoening. Geen adviezen m.b.t. bloedingen

Literatuurlijst tabel B.1 Internationale geëxcludeerde richtlijnen

1. ACC Expert Consensus Decision Pathway on Management of Bleeding in Patients on Oral Anticoagulants: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. ACC. 2020. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109720351548?via%3Dihub>
2. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. ACG. 2021. https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2021/05000/ACG_Clinical_Guideline_Upper_Gastrointestinal_and.14.aspx
3. A Palliative Approach to Care in the Last 12 Months of Life. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). 2020 <https://rnao.ca/bpg/guidelines/palliative-approach-care-last-12-months-life>
4. Clinical practice guideline: nosebleed (epistaxis). Tunkel, D. E., Anne, S., Payne, S. C., Ishman, S. L., Rosenfeld, R. M., Abramson, P. J., ... & Monjur, T. M. 2020. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0194599819890327?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
5. Endometriosis: diagnosis and management. NICE. 2017a. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng73>
6. Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. AHA. 2022 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000407>
7. Guideline for the management of terminal haemorrhage in palliative care patients with advanced cancer discharged home for end-of-life care. Ubogagu, E., & Harris, D. G. 2012 <http://eahad.org/wp-content/uploads/2019/01/Guidelines-for-Haemophilia-Nursing-Care-FINAL.pdf>
8. Guidelines for Colonic Diverticular Bleeding and Colonic Diverticulitis: Japan Gastroenterological Association. 2019. <https://www.karger.com/Article/FullText/495282>
9. Guidelines for difficult urethral catheterization in males. Warren, J., & Ruckle, H. C. 2019 https://journals.lww.com/nursing/Abstract/2019/10000/Guidelines_for_difficult_urethral_catheterization.14.aspx
10. Guidelines for the Management of Hemophilia, 3rd edition. WFH. 2020 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hae.14046>
11. Guidelines for haemophilia nursing care. Müller-kägi, e., schrijvers m., Eahad nurses committee. December 2018
12. Guidelines in practice: hypothermia prevention. Link, T. 2020 <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/aorn.13038>
13. Guidelines on the management of von Willebrand disease. ASH ISTH NHF WFH 2021. <https://ashpublications.org/bloodadvances/article/5/1/301/474884/ASH-ISTH-NHF-WFH-2021-guidelines-on-the-management>
14. MASAC Document 257 - Guidelines for Emergency Department Management of Individuals with Hemophilia and Other Bleeding Disorders. MASAC. 2019. <https://www.hemophilia.org/sites/default/files/document/files/257.pdf>
15. Management of post-surgical wounds in general practice. Australian journal of general practice. Sinha, S. 2019 <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2019/september/post-surgical-wounds-in-general-practice/>
16. Nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Cascade Guideline. ESGE. 2018 <https://www.esge.com/nonvariceal-upper-gastrointestinal-hemorrhage-esge-cascade-guideline/>
17. Recommendations for the clinical interpretation of genetic variants and presentation of results to patients with inherited bleeding disorders. A UK Haemophilia Centre Doctors' Organisation Good

Practice Paper. Gomez, K., Laffan, M., Keeney, S., Sutherland, M., Curry, N., & Lunt, P. 2019
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hae.13637>

18. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial Management. NICE. 2019.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng128>

19. The diagnosis & management of stroke and transient ischaemic attack National clinical guidelines
Ministry of Public Health Qatar. 2017.
https://www.researchgate.net/publication/319376697_Clinical_Guidelines_for_the_State_of_Qatar_The_diagnosis_and_management_of_stroke_and_transient_ischemic_attack

Tabel B.2: Nederlandse geëxcludeerde richtlijnen en redenen van exclusie.

Referentie van de richtlijn	Exclusie o.b.v criteria nummer (1t/m 6)	Aanbevolen methode/ interventie/ innovatie voor begeleiding/behandeling van mensen met een verhoogd risico op bloedingen	Overig
Antitrombotisch beleid FMS. 2020 (1)	1 3	n.v.t.	Adviezen gericht op het starten en stoppen van anticoagulantia en verschillende medicatiesoorten. Niet op het verpleegkundig/verzorgend handelen bij bloedingen
Cardiovasculair risicomanagement (CVRM). FMS. 2019 (2)	1 3	n.v.t.	Gericht op CVRM en niet bloedingen
Laboratoriumonderzoek m.b.t. analyse Bloedingsneiging FMS. 2020 (3)	1 3	n.v.t.	Klinische richtlijn.
NHG-Standaard Anemie (M76). NHG. 2021 (4)	1 3	n.v.t.	Adviezen m.b.t anemie met als oorzaak mogelijk bloedverlies (niet acuut bloedverlies/traumatisch bloedverlies). Gaat niet in aanbevelingen over de zorg bij bloedingen of een risico hierop in.
NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen (M108). NHG. 2017 (5)	1 3	n.v.t.	Bloed wordt beschreven als symptoom. Geen adviezen met betrekking tot bloedingen.

Literatuurlijst tabel B.2 geëxcludeerde Nederlandse richtlijnen.

1. Antitrombotisch beleid FMS. 2020
https://richtlijnen database.nl/richtlijn/antitrombotisch_beleid/antitrombotisch_beleid_-_korte_beschrijving.html
2. Cardiovasculair risicomanagement (CVRM). FMS. 2019
https://richtlijnen database.nl/richtlijn/cardiovasculair_risicomanagement_cvr/samenvatting_cvr.html
3. Laboratoriumonderzoek m.b.t. analyse Bloedingsneiging. FMS. 2020
https://richtlijnen database.nl/richtlijn/laboratoriumonderzoek_m_b_t_analyse_bloedingsneiging/startpagina_-_laboratoriumonderzoek_m_b_t_analyse_bloedingsneiging.html
4. NHG-Standaard Anemie (M76). NHG. 2021 <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/anemie#volledige-tekst>
5. NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen (M108). NHG. 2017
<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/verdachte-huidafwijkingen>

Bijlage C – Data extractie tabellen

C.1 Data extractie tabel geïnccludeerde richtlijnen

Deze bijlage bevat een tabel (tabel C.1.1) met een overzicht van de twee richtlijnen die geïnccludeerd zijn naar aanleiding van het literatuuronderzoek. In de tabel zijn de relevante aanbevelingen voor de zorg voor mensen met een verhoogd risico op bloedingen geëxtraheerd. In de S3 Guideline "palliative care for patients with incurable cancer" worden ook aanbevelingen gedaan die verwerkt zijn in een beslisboom (German Guideline Program in Oncology et al., 2020). Deze beslisboom is overgenomen uit de richtlijn en wordt weergegeven in figuur C.1.1. In de "Inter-professional palliative Symptom management guidelines" wordt een assessment tool aanbevolen om de ernst van de bloeding te beoordelen op basis van de symptomen die de patiënt ervaart. Ook deze tool is overgenomen uit de richtlijn en wordt weergegeven in figuur C.1.2 (BC Centre for Palliative Care, 2017).

Tabel C.1.1 Geïnccludeerde richtlijnen omtrent de zorg voor mensen met een risico op bloedingen.

Referentie van de richtlijn	Beoogde professionals richtlijn (incl. zorgsector)	Cliëntengroep	Aanbevolen methode/ interventie/ innovatie bij gevaar op bloedingen
S3 Guideline "palliative care for patients with incurable cancer" GGPO. 2020.	This guideline is aimed at all medical specialist groups and non-physician care providers in the health care system, who treat and care for patients with incurable cancer and who were involved in creating this guideline. In addition, this guideline serves as information for all other specialist groups. (multidisciplinary) Setting: both in and out-patient care as well as generalist and specialist palliative care.	Adult patients with incurable cancer for whom the primary goal of care is improving quality of life	An atraumatic dressing change shall be performed to prevent contact bleeding of malignant wounds. In the case of expected acute, heavy bleeding from a malignant wound, arrangements shall be made with the patient for the case of bleeding and discussed with their family carers. A written emergency plan shall be drawn up for this purpose. The family carers, volunteers and other health care providers shall be prepared for the potential bleeding and trained in all emergency strategies. Vasoconstriction measures (e.g., cooling) should be used for mild bleeding from malignant wounds.

			<p>those involved in the treatment of patients with malignant wounds shall be offered opportunities to recognise and express their own consternation and burdens; solutions shall be developed in the team to provide them with relief and support.</p> <p>Wound specific assessment: Bleeding tendency: Spontaneous bleeding or contact bleeding, localisation of the bleeding (area of the wound margin, tumour), risk of bleeding to death/obstruction, amount (none, mild, moderate, severe)</p> <p>Aanbevelingen omtrent medicatie:</p> <p>NSAIDs are not used as non-opioids in mbo because they are not suitable due to their side effect (gastro-intestinal bleeding) and limited parenteral administration.</p> <p>In the case of heavy bleeding from malignant wounds, anti-fi-brinolytics should be used systemically (orally/i.v.) or locally.</p> <p>In the case of heavy bleeding from malignant wounds, haemo-styptics should be applied locally on or in the wound to stop bleeding.</p>
Inter-professional palliative Symptom management guidelines. BC centre for palliative care. 2019.	Inter-professional clinicians working with adults living with advanced life-limiting illnesses (doctors and nurses mentioned). All care settings were included.	Adults living with advanced life-limiting illnesses	<p>When considering a management approach, always balance burden of a possible intervention against the likely benefit (e.g., does the intervention require transfer to another care setting?).</p> <p>Assess risks and need for anticipatory management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Develop an anticipatory care plan (see Severe bleeding extra resources or assessment tools for more detail) where possible and appropriate • Make sure all professionals and services involved are aware of the care plan, including out-of-hours services.7ge bleed event • Keep calm, be present, comfort, reposition, shield visual trauma

		<p>with dark towels, summon help, be supportive with help of medications and warm blankets. See further details in section 5 and 6.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Post bleed management 10 • Offer de-briefing to family and health care team. This is critical • Provide ongoing support as necessary for relatives and staff members. • Dispose of clinical waste appropriately. <p>Interventions available in the home and residential care facilities: Management of the Bleed:</p> <p>ABCD approach:</p> <p>A - Assure Assure patient this event has been anticipated. Reassure that you will stay with them throughout.</p> <p>B - Be Present Stay with patient. Considered the most important intervention. Ensure that someone is with the patient at all times.</p> <p>C - Calm, Comfort Employ intensive calmness. Comfort: verbally soothe, hold, touch or hug them.</p> <p>D - Dignity Maintain patient dignity. Minimize visual impact. Cover patient with dark towels or sheets. Use basins, sheets or absorptive dressings with an impermeable backing. Clean patient face with moist cloths often</p> <p>REPOSITION Adjust body position for blood flow, comfort, minimize sighting of blood: Use recovery position to keep airway clear. For hematemesis - place in left lateral decubitis position. For hemoptysis - position onto the side in which the</p>
--	--	--

		<p>presumed bleeding lung is in the dependent position, e.g., place a patient whose right lung is bleeding on their right side.</p> <p>SUMMON HELP Call for help.</p> <p>APPLY PRESSURE Assess individual circumstances; use direct pressure cautiously with friable tissue. Local pressure may be appropriate for an external wound.</p> <p>MEDICATIONS Midazolam use when required; see below and Medications for management of severe bleeding.</p> <p>WARMTH Warm blankets can offset hypothermia from rapid bleed.</p> <p>SUPPORT Goals of care, plan a debrief for all who were present.</p> <p>NOTIFY Inform family, physician, others.</p> <p>Patient and family education</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ask if they want to know about risks, potential developments; ask if they are willing to participate in anticipatory planning for a potential bleed event. As appropriate, involve patient and family in the plan creation. <p>A0 As appropriate, share the supportive anticipatory care plan. Reassure that in the event of a bleed, the person WILL be kept comfortable and will not be left alone; unconsciousness could occur quickly.³ Remind patient and family that not all anticipated bleeds materialize.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anticipatory plan should <p>AA Provide awareness and supportive information, and enhance patient/ family coping.</p> <p>AA Include a NO CPR order and/or NO CPR advance directive.</p> <p>AA Teach calm approach and value of comforting presence to patient.</p> <p>AA Identify who to call; unprepared caregivers may panic, calling emergency services that are required to institute resuscitative measures. Include after hours nurse phone line if available in your</p>
--	--	---

		<p>region.</p> <p>AA Ensure family and caregivers understand intent of medication is solely to relieve distress and anxiety, not to hasten death.¹¹</p> <p>AA Inform that if anti-anxiety drugs help, they will need time to prepare and work, which could be too slow if bleed is large or very rapid.</p> <p>AA Consider the implications of asking a caregiver and family member to administer prefilled syringes of sedatives in the event of a massive bleed if they are alone when it begins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensure there is multidisciplinary team involvement and documentation. Suitably share with other teams and involved care members. • Confirm team understanding of action priorities. Acknowledge that crisis medications may have little role due to the speed of event, with a duration that last only minutes and insufficient time for therapeutic effect.^{2, 19} • Ensure clarity that medication intent is to relieve patient distress, not to hasten death.^{2, 16} • Reflect current care site in plans, and foresee if site transfers might occur. • Provide staff education and awareness of patient’s own management, goals of care. • Plan for who will clean up after an event and how to contact them.¹⁰ <p>Other Anticipatory Management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acknowledge that any major bleed should be managed the same way, regardless of knowing which will be a terminal event.¹⁶ • Assess suitability of continuous subcutaneous midazolam infusion for other indications, such that an on-demand bolus dose could be administered. • Assess need for the addition of an opioid (e.g., if patient has pre-existing pain or dyspnea).
--	--	--

		<p>Medicatie specifieke interventies</p> <ul style="list-style-type: none"> - Use sedation as quickly as possible to relieve distress, when practical and timely.13, 14 - Midazolam 10 mg dose is most commonly used for major bleeds.2, 10, 12-17 • Give midazolam IV (preferred) bolus, if IV access is possible.6, 10 • Alternatively give SC, IM (large deltoid or gluteal muscle), or buccal.7, 12, 14, 18 • Repeat dose if needed. IV within 5 minutes, SC, IM, buccal within 5 to 15 minutes.13 <ul style="list-style-type: none"> - Alternatives include: Lorazepam 4 mg IV/SC/sublingual10 and Ketamine 150 to 250 mg IV, or 500 mg IM (large deltoid or gluteal muscle).13, 16 - Opioids are indicated for pain or dyspnea.14 Hemorrhage is usually not painful.6, 13, 1 <p>Geeft tevens een overzicht van oorzaken van bloedingen en ook medicatie met verhoogd bloedingsrisico</p> <p>Daarnaast uitgebreid overzicht van medicatie die gegeven kan worden tijdens bloeding.</p>
--	--	--

Figuur C.1.1 Beslisboom voor interventies bij het optreden van bloedingen*
(German Guideline Program in Oncology et al., 2020)

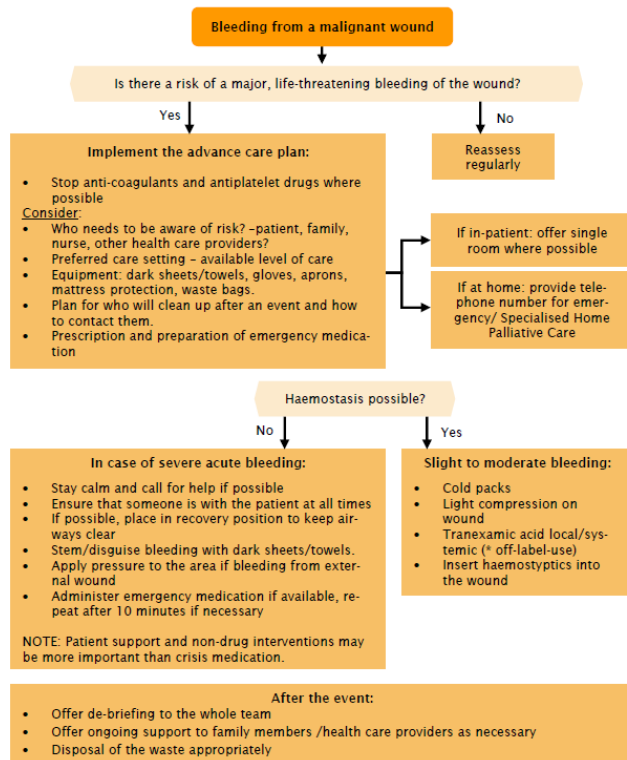


Figure 11: Management of wound bleeding (adapted from Hulme et al. 2008 [418])

* deze beslisboom is rechtstreeks overgenomen vanuit de “Extended S3 Guideline Palliative care for patients with incurable cancer” (German Guideline Program in Oncology et al., 2020)

*Figuur C.1.2 Assessment Tool symptomen ter beoordeling bij het optreden van bloedingen**
 (BC Centre for Palliative Care, 2017)

Mnemonic Letter	Assessment Questions <i>Whenever possible, ask the patient directly. Involve family as appropriate and desired by the patient.</i>
O nset	Has herald or sentinel bleeding occurred, i.e., have you had any bleeding or oozing at this point? When did it begin? How long does it last? How often does it occur?
P rovoking /Palliating	Is there any action/movement that provokes bleeding? Is there anything that makes it worse? Or better?
Q uality	If there is bleeding, how would you describe it? Is it gradual and slow? Does it ooze, gush or spurt?
R egion/Radiation	Where is the bleeding located? Is there more than one site of bleeding?
S everity	How severe is this symptom? What would you rate it on a scale of 0-10 (0 being none and 10 being the worst possible)? Right now? At worst? On average? How bothered are you by this symptom? Are there any other symptom(s) that accompany this symptom (e.g., pain, dyspnea, anxiety)? Approximately how much blood is lost in 24 hours (depending on site ask about soaked bed linen, number of saturated gauzes, color of water in the toilet)?
T reatment	What medications and treatments are you currently using? Are you using any non-prescription treatments, herbal remedies, or traditional healing practices? How effective are these? Do you have any side effects from the medications and treatments? What have you tried in the past? Do you have concerns about side effects or cost of treatments? Have any special dressings been used to absorb bleeding?
U nderstanding	What do you believe is causing this symptom? How is it affecting you and/or your family? What is most concerning to you?
V alues	What overall goals do we need to keep in mind as we manage this symptom? What is your acceptable level for this symptom (0-10)? Are there any beliefs, views or feelings about this symptom that are important to you and your family?

* Deze assessmenttool is rechtstreeks overgenomen vanuit de “B.C. Inter-professional Palliative Symptom Management Guidelines”(BC Centre for Palliative Care, 2017)

C.2 Data extractietabel geïncludeerde publicaties

Deze bijlage bevat een tabel (tabel C.2.1) met een overzicht van de twee artikelen over knelpunten en oplossingsrichtingen die geïncludeerd zijn naar aanleiding van het literatuuronderzoek. In de tabel zijn de relevante knelpunten, kennishiaten of oplossingsrichtingen voor mensen met een verhoogd risico op bloedingen geëxtraheerd.

Tabel C.2.1 data extractie geïncludeerde knelpunten en oplossingsrichtingen artikelen

Referentie van de studie	Soort studie	Professionals in steekproef (incl. zorgsector)	Cliëntengroep	Methode/ interventie/ innovatie bij gevaar op bloedingen	Knelpunten of kennishiaten of oplossingsrichtingen			Overig
					Knelpunten of kennishiaten bij preventie, signaleren en/of interveniëren bij (gevaar op) bloedingen	Knelpunten of kennishiaten bij organisatorische taken (o.a. samenwerking, taakverdeling etc.)	Oplossingsrichtingen	
Education needs of nurses in thrombosis and hemostasis: An international, mixed-methods study. Lazure, P, Munn, J., M. S., BA, S. M., & Kate Khair, R. N. (2018)	mixed-methods approach'. Interviews (n=44) en een online survey (n=190)	Verpleegkundigen, nurse practitioners, geregistreerde verpleegkundigen (of het equivalent uit de verschillende landen) uit Argentinië, Canada, China, Frankrijk, Duitsland, Spanje, het verenigd koninkrijk of de	Cliënten met een trombotische of bloedende aandoening (coagulatie stoornis)	n.v.t Artikel beschrijft onderzoek naar de knelpunten in de zorg	Kennishiaten: <i>Von willebrand specifiek:</i> Kennistekort over welke patiënt- en familiegegevens belangrijk zijn om te verzamelen voor het stellen van een diagnose (43%). Onvoldoende kennis over de criteria voor het		The need for more guidance regarding the safety profile of anticoagulants in cancer patients was a substantive theme discussed by interview participants: Nurses perceived a need for broader educational offerings that	Onderzoek gaat specifiek in om coagulatie stoornissen

	<p>verenigde staten (n=212).</p> <p>Deelnemers hadden minstens 1 jaar werkervaring waarvan minimaal 50% in het gebied van thrombose en hemostase (20% in Australië om sample quota te behalen).</p> <p>Verpleegkundigen kwamen uit verschillende sectoren o.a. community care</p> <p>(Daarnaast werden ook cliënten en ouders van kinderen met een trombotische of bloedende aandoening (indien zijn hier in de afgelopen 5 jaar verpleegkundige zorg voor gehad hadden) geïnccludeerd (n=22).)</p>			<p>stellen van een diagnose en identificeren van het type vanuit laboratorium testen (54%).</p> <p>Een kennistekort over de veiligheid van behandelingen bij mensen met Von Willebrand (52%)</p> <p>Suboptimale kennis met betrekking tot het 'safety profile' van anticoagulantia (werking, bijwerkingen etc.). vooral bij mensen met een bloeding in de voorgeschiedenis, kwetsbare ouderen, neonaten en mensen met kanker. Vanuit interview bleek de wens voor meer begeleiding op dit gebied.</p> <p>Suboptimale kennis met betrekking tot een risico-assessment voor bloedingsstoornissen. Bijvoorbeeld welke elementen vanuit de voorgeschiedenis van de patiënt belangrijk zijn bij</p>	<p>are relevant to their profession (Figure 1). More than half (58%) of nurses agreed with the statement that "generally, the education offerings are not applicable to the daily reality of my practice," while 70% agreed with "I feel there is a lack of training for nurses regarding how to communicate properly and to use language that the patient (or caregivers) can understand," and 75% agreed that "there is a lack of training for nurses regarding how to provide psychological support to patients (or caregivers)."</p> <p>Uit discussie</p> <p>Reports of challenges associated with specific patient profiles, specifically those with VWD and hemophilia patients with</p>
--	---	--	--	--	--

				<p>het identificeren van een bloedingsstoornis (37%).</p> <p>Communicatie met patiënt</p> <p>Verpleegkundigen gaven aan dat zij het moeilijk vonden om individuele zorg te leveren op basis van bijvoorbeeld de cognitie (58%) en de levensstijl/wensen van de zorgvrager (55%).</p> <p>In addition, 57% of nurses agreed that "it is difficult to determine the exact level of information to provide to the patient on their disease." When asked to "identify the three most significant barriers to providing the best care to patients with thrombosis or bleeding disorders," the top barrier selected by respondents was "lack of awareness among the general population regarding thrombosis and hemostasis disorders or risk factors" (54%). The</p>	<p>inhibitors, indicated two areas where nurses are in need of greater familiarity with risk factors, testing guidelines, and diagnostic criteria. Specifically, there is a need to keep abreast of the changing diagnostic criteria of VWD, and develop the communication skills required to manage patient treatment expectations. In addition, a greater knowledge of what is currently known and unknown regarding the prevention, treatment, and management of patients with inhibitors will improve the provision of patient education about these conditions, and is recommended as starting goals for future educational interventions. Nurses in this study were explicit about their need for educational offerings pertinent to their practice. In addition to a need for more learning materials aimed at nurses,</p>
--	--	--	--	---	---

					<p>third most-often selected barrier was the “lack of educational materials that I could provide to my patients and caregivers” (39%)</p> <p>Nurses perceived a need for broader educational offerings that are relevant to their profession (Figure 1). More than half (58%) of nurses agreed with the statement that “generally, the education offerings are not applicable to the daily reality of my practice,” while 70% agreed with “I feel there is a lack of training for nurses regarding how to communicate properly and to use language that the patient (or caregivers) can understand,” and 75% agreed that “there is a lack of training for nurses regarding how to provide psychological support to patients (or caregivers).”</p>		<p>situating learning activities within a clinical setting has been suggested as a way to increase competency, confidence, patient outcomes, and overall knowledge especially in newly-graduated nurses.^{30,31} A perceived lack of support from senior staff when implementing learning into practice was mentioned by participants in this needs assessment. Aside from being unsure of where to access training, our study indicates that when nurses do receive training, there is a perception they do not have the support required to implement their training and knowledge. Top-down support for education and mentorship is not adequate, despite facilitators in place, such as shared professional setting, and that multidisciplinary collaborations are recommended.²</p>	
--	--	--	--	--	---	--	---	--

					<p>Nurses face several challenges in their efforts to improve their knowledge of bleeding and clotting disorders. Nurses reported low to acceptable confidence (Figure 2) when “identifying adequate training and/or professional development resources for nurses in the field of thrombosis and hemostasis” (57%), and when “implementing clinical practice changes based on literature I read or training I have received” (61%). In addition, there is a perceived lack of support from senior clinical staff when seeking mentorship (62%), or to improve knowledge (51%).</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

<p>Substandard urological care of elderly patients with spinal cord injury: an unrecognized epidemic?. Patient Safety in Surgery, 8(1), 1-7. Vaidyanathan, S., Singh, G., Soni, B., Hughes, P., & Pulya, K. 2014.</p>	<p>Case study</p>	<p>Doktoren en verpleegkundigen report three elderly spinal cord injury patients, who received suboptimal urological care in the community or in a district general hospital, although care was delivered by qualified staff</p>	<p>Drie ouderen met letsel aan de ruggengraat Die suboptimale urologische zorg ontvingen.</p>	<p>Vervangen van catheter bij een 82-jarige man met letsel bij T11-T12 Door een thuiszorg verpleegkundige. Interventie is verkeerd uitgevoerd waardoor ballon van de foley in schacht werd opgeblazen (dit werd pas volgende dag opgemerkt) en de patiënt na verwijdering last van bloedingen heeft gehad.</p>	<p>Knelpunt: het niet op tijd herkennen van complicaties bij het uitvoeren van interventies door de zorgverlener en het niet inschakelen/vragen om advies van een meer ervaren collega</p>		<p>Zorg aan deze cliëntengroep moet worden geleverd door ervaren verpleegkundigen en artsen</p> <p>Elderly spinal cord injury patients should be treated by senior, experienced doctors, who are familiar with changes in body systems due to old age, compounded further by spinal cord injury. In all the cases reported here, procedures were performed by junior, inexperienced nurses or doctors and mistakes occurred to the detriment of patients</p>	
---	-------------------	--	---	--	--	--	--	--

Literatuurlijst tabel C.2.1 geïncludeerde knelpunten/oplossingsrichtingen artikelen

1. Education needs of nurses in thrombosis and hemostasis: An international, mixed-methods study. Lazure, P, Munn, J., M. S., BA, S. M., & Kate Khair, R. N. 2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6332710/>
2. Substandard urological care of elderly patients with spinal cord injury: an unrecognized epidemic? Patient Safety in Surgery, 8(1), 1-7. Vaidyanathan, S., Singh, G., Soni, B., Hughes, P., & Pulya, K. 2014 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3899400/>

Bijlage D – Methode kwalitatieve interviews

Deze bijlage geeft inzicht in de werving van en de deelnemers van de kwalitatieve interviews. De interviews dienden als basis voor de samenstelling van de vragenlijst en ter aanvulling en verdieping van de inzichten uit zowel het literatuuronderzoek als het vragenlijstonderzoek. De bevindingen die voortkwamen uit deze interviews zijn vervolgens weergegeven in Hoofdstuk 3 van het rapport.

D.1 Interviewmethoden

Werving

De deelnemers voor de interviews zijn gericht geworven. De werving van verpleegkundige en verzorgende professionals vond plaats via een oproep in e-mails die werden verspreid onder deelnemers van de relevante V&VN-afdelingen: afdeling Wijkverpleegkundigen, afdeling Verzorgenden, afdeling Verpleegkundig Specialisten, en afdeling Palliatieve Zorg of Oncologie. Verder hebben we gericht vertegenwoordigers geworven van relevante landelijke verenigingen, namelijk: twee vertegenwoordigers van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), en een cliëntenvertegenwoordiger van Stichting Olijf.

Tevens werd geprobeerd om cliënten en mantelzorgers te werven via oproepen door de Patiëntfederatie Nederland. Daarnaast werden de geïnterviewde professionals gevraagd naar potentiële geschikte cliënten die bereid zouden zijn voor een interview. Bovendien zijn de onderzoekers op eigen initiatief op zoek gegaan naar cliënten binnen hun netwerk die geschikt waren voor deelname aan de interviews. Helaas levendere dit geen deelnemers voor een interview op.

Deelnemers

De interviews vonden plaats met in totaal drie verpleegkundigen (waarvan één indicerende wijkverpleegkundigen, één palliatief verpleegkundige en één verpleegkundige in de wijk), drie verzorgenden, en twee verpleegkundig specialisten. Daarnaast interviewden we twee experts van het NHG en een cliëntenvertegenwoordiger van Stichting Olijf (Netwerk voor vrouwen met gynaecologische kanker).

Uitvoering

De interviews vonden plaats in de periode van oktober 2022 tot met februari 2023 en werden online (via Microsoft Teams) of telefonisch uitgevoerd. Tijdens de interviews werd gebruik gemaakt van een semigestructureerde interviewgids die was opgesteld aan de hand van de onderzoeksvragen en afgestemd met onze contactpersoon bij V&VN (zie bijlage D.2). Met toestemming van de interviewdeelnemer maakten we geluidsopnames van het interview die vervolgens letterlijk werden uitgetypt.

Analyse

De interviews werden geanalyseerd volgens de zes stappen van Thematische Analyse: 1. vertrouwd worden met de data; 2. initiële codes toekennen; 3. thema's identificeren; 4. thema's nader bestuderen; 5. definitieve thema's vaststellen; 6. Rapportage (Braun & Clarke, 2006). Ook werden tussentijds memo's gemaakt waarin de onderzoekers hun bevindingen vanuit de interviews beschreven.

D.2 Topiclijst interviews

De semigestructureerde vragen in de topiclijst betreffen de ervaren zorginhoudelijke of organisatorische knelpunten en/of kennishiaten met betrekking tot wijkverpleging voor mensen met een verhoogd risico op bloedingen. Hierbij werd ook uitgevraagd welke cliëntengroepen met een verhoogd risico op bloedingen zorgprofessionals in de wijk vooral tegenkomen. Daarnaast werd onder meer gevraagd naar de mening over of een richtlijn over zorg voor mensen met een verhoogd risico een van de oplossingsrichtingen kan zijn voor de wijkverpleging. In totaal zijn twee topiclijsten ontwikkeld voor zorgprofessionals uit de wijk zelf en andere experts (verenigingen en medici).

Topiclijst interviews verpleegkundige, verzorgende, wijkverpleegkundige, verpleegkundig specialist (allen uit de zorgsector wijkverpleging)

Hoe vaak heeft u te maken met thuiswonende mensen met een verhoogd risico op bloedingen? Om wat voor soort een cliëntengroepen gaat het dan (achtergrond ziektebeeld)?

Bij alle vervolgvragen onderscheid maken tussen specifieke groepen mensen met een verhoogd risico op bloedingen waar men meest mee te maken heeft, en ook hoe vaak.

Welke zorg of begeleiding geeft u aan mensen met een verhoogd risico op bloedingen?

Ervaart u bij uzelf of bij collega's in uw team knelpunten als het gaat over de wijkverpleging van mensen met een verhoogd risico op bloedingen? (doorvragen naar inschatting van kennisniveau/kennishiaten: heeft u voldoende kennis? (op gebied van preventie, signaleren & interventies)

Zo ja, welke knelpunten/kennishiaten, en waarbij speelt dat het meest (verzorging, verpleging, begeleiding)?

Hoe denkt u dat een knelpunt of kennishiaat aangepakt kan worden?

Hoe betreft u de betreffende mensen bij het signaleren van een risico op bloedingen, de preventie van het ontstaan van bloedingen en de daarbij aansluitende interventies? Signaleert u daarbij knelpunten die verband houden met uw eigen handelen? Hoe denkt u dat een knelpunt of kennishiaat aangepakt kan worden?

Betrekt u ook mantelzorgers bij de zorg en begeleiding van thuiswonende mensen met een verhoogd risico op bloedingen? Signaleert u daarbij bepaalde knelpunten die te maken hebben met uw eigen handelen? Hoe denkt u dat een knelpunt of kennishiaat aangepakt kan worden?

Wie komt er tot het besluit over inzet van wijkverpleging voor de preventie, het signaleren en de interventies bij mensen met een verhoogd risico op bloedingen? (doorvragen naar eventuele afbakening naar het type cliënt/aandoening/soort bloedingen)

Signaleert u daarbij knelpunten? Hoe denk u dat een knelpunt aangepakt kan worden?

- Specifiek voor de wijkverpleegkundige: neemt u een verhoogd risico op bloedingen mee bij het indiceren van zorg (tijdstoekenning)? Is het een apart onderdeel van het zorgplan?

Met welke professionals werkt u samen bij de zorg voor een cliënt met een verhoogd risico op bloedingen in de thuissituatie? (doorvragen naar eventuele afbakening naar het type cliënt/aandoening/type bloedingen)

Zijn er daarbij aspecten in de samenwerking die beter zouden kunnen? (doorvragen naar samenwerking in eigen team en multidisciplinaire samenwerking met betrokken disciplines)

Ervaart u variatie in het handelen van verpleegkundigen of verzorgenden bij de verzorging, behandeling en begeleiding van thuiswonende mensen met een verhoogd risico op bloedingen?

Zo ja, kunt u dit toelichten (doorvragen naar eventuele afbakening naar het type cliënt/aandoening).

Vindt u het een knelpunt dat er variatie is in het handelen, en waarom? Hoe denkt u dat een knelpunt aangepakt kan worden?

Maakt u gebruik van richtlijnen of (van richtlijnen afgeleide) protocollen over bloedingen of een hoog risico daarop?

Zo ja, wat zijn daarmee de ervaringen en loopt u in het gebruik tegen bepaalde problemen aan?

Vindt u het wenselijk dat er een aparte richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging zou komen over behandeling en begeleiding van mensen met een verhoogd risico op bloedingen?

Zo nee, waarom niet?

En zo ja, wat zou daar volgens u in moeten staan? (doorvragen naar eventuele afbakening naar het type cliënt/aandoening/soort een bloedingen)

Denkt u dat er nog andere middelen of manieren zouden moeten zijn om door u genoemde knelpunten bij de behandeling en begeleiding van mensen met een verhoogd risico op bloedingen door verpleegkundigen of verzorgenden in de wijkverpleging aan te pakken?

Topiclijst interviews verenigingen/medici

Heeft u veel te maken met mensen met een verhoogd risico op bloedingen? [toelichting, op welke manier]

Bij welke specifieke cliëntengroepen of aandoeningen komt een verhoogd risico op bloedingen veel voor?

Bij onderstaande vragen evt onderscheid maken bij verschillende cliëntengroepen met een verhoogd risico op bloedingen

Indien van toepassing: Waar bestaat uw begeleiding en behandeling van een cliënt met een verhoogd risico op bloedingen met name uit?

Signaleert u kennishiaten bij zorgprofessionals uit de wijkverpleging in de behandeling/begeleiding van cliënten met een verhoogd risico op bloedingen? Zo ja: kunt u deze benoemen?

Wat zijn volgens u taken/verantwoordelijkheden van zorgprofessional in de wijkverpleging ((wijk)verpleegkundigen, verzorgenden en/of verpleegkundige specialisten) bij de preventie, signalering en interventies bij mensen met een verhoogd risico op bloedingen?

Signaleert u daarbij knelpunten?

Hoe zouden die aangepakt kunnen worden?

Hoe is uw samenwerking en afstemming met (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden en/of verpleegkundig specialisten in de wijkverpleging als het gaat om de zorg voor mensen met een verhoogd risico op bloedingen?

Signaleert u daarbij knelpunten?

Hoe zouden die aangepakt kunnen worden?

Vindt u het wenselijk dat er een aparte richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden (wijkverpleging) komt over de verzorging en begeleiding van mensen met een verhoogd risico op bloedingen?

Zo nee, waarom niet?

En zo ja, wat zou daar volgens u in moeten staan?

Denkt u dat er nog andere middelen of manieren zouden moeten zijn om knelpunten in de wijkverpleging bij thuiswonende mensen met een verhoogd risico op bloedingen, op te lossen?

Bijlage E - Methoden van vragenlijstonderzoek

Deze bijlagen geeft een beschrijving van de methode die gebruikt is voor het vragenlijstonderzoek uit hoofdstuk 3 (zie E.1.). Tevens is de vragenlijst toegevoegd aan de bijlage (zie E.2).

E.1 Methoden vragenlijstonderzoek

Ontwikkeling vragenlijst

Bij de ontwikkeling van de vragenlijst waren de onderstaande onderzoeksvragen het uitgangspunt:

- Onderzoeksvraag 2: Hoe vaak en op welke wijze hebben professionals in de wijkverpleging te maken met cliënten met bloedingen of een hoog risico daarop?
- Onderzoeksvraag 3a: Welke knelpunten en kennishiaten spelen in de wijkverpleging aangaande preventie, signaleren en interveniëren bij bloedingen?
- Onderzoeksvraag 3b: Maken professionals in de wijkverpleging gebruik van richtlijnen of (van richtlijnen afgeleide) protocollen over bloedingen of een hoog risico daarop?
- Onderzoeksvraag 3c: En zo ja, wat zijn daarmee de ervaringen en lopen ze in het gebruik tegen bepaalde problemen aan?
- Onderzoeksvraag 4: Wat zijn oplossingsrichtingen om die knelpunten en kennishiaten te reduceren?

Om te achterhalen welke knelpunten al bekend zijn, heeft voor de ontwikkeling van de vragenlijst eerst een literatuuronderzoek plaatsgevonden. Daarnaast zijn er kwalitatieve interviews gehouden met zorgprofessionals en experts uit het werkveld. Op basis van het literatuuronderzoek en de interviews heeft het onderzoeksteam een conceptversie van de vragenlijst opgesteld. Vervolgens is de vragenlijst getest op begrijpelijkheid en volledigheid door zeven zorgprofessionals uit de wijkverpleging, namelijk één wijkverpleegkundige, vijf verpleegkundigen in de wijk en één verzorgende. Op basis van de ontvangen feedback is de vragenlijst definitief gemaakt.

De gehele vragenlijst bevat ook vragen over de twee andere knelpuntenanalyses met betrekking tot de wijkverpleging die het Nivel gelijktijdig uitvoerde in opdracht van V&VN. In dit rapport wordt alleen ingegaan op knelpunten in de wijkverpleging bij mensen met een risico op bloedingen.

Dataverzameling

Voor dit onderzoek zijn onder andere deelnemers van het [Nivel Panel Verpleging & Verzorging](#) uitgenodigd om te reageren. De paneeldeelnemers werken allen in de directe cliëntenzorg en worden regelmatig gevraagd naar hun mening over beroepsinhoudelijke onderwerpen. Aan het Panel nemen beroepsbeoefenaren uit uiteenlopende zorgsettings deel. Voor deze survey benaderden we alleen die paneeldeelnemers die werken in de wijkverpleging. Het ging daarbij om 701 professionals: (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten. Daarnaast werd de vragenlijst via sociale media en de afdelingen van V&VN verspreid om een grotere respons te bereiken. De vragenlijst is uitgezet in de periode van januari tot maart 2023. Na één week ontvingen deelnemers die de vragenlijst nog niet hadden ingevuld, een herinnering via e-mail. Twee weken na het sturen van de vragenlijst werd nogmaals een herinnering verstuurd.

Respons en achtergrondinformatie

In totaal vulden 243 respondenten de vragenlijst in (netto respons 32,7%). In tabel E.1.1 staan nogmaals de achtergrondkenmerken van de respondenten beschreven. Van de respondenten gaf 66% aan in hun werk te maken te hebben met mensen met een risico op bloedingen, en deze groep is gevraagd naar de knelpunten die zij in de wijkverpleging ervaren.

Tabel E.1.1 Algemene kenmerken van respondenten die te maken hebben met cliënten met een risico op bloedingen

	HBO/HBO+ verpleegkundige (N=103)	MBO- verpleegkundige (N=34)	Verzorgende (N=34)
Geslacht (% vrouw)	94	88	100
Leeftijd (gemiddeld jaren \pm SD)	50 \pm 12	53 \pm 10	55 \pm 8
V&VN lid (% ja)*	80	70	47
Ook leidinggevende of beleidsfunctie (% ja)	42	15	0

* De gevonden verschillen zijn significant ($p < 0.01$)

Aangezien de verdeling van de opleidingsniveaus over de respondenten afwijkt van de landelijke populatie zorgprofessionals in de wijkverpleging, vond een correctie bij de analyses plaats door het toepassen van een weegfactor. Dit is een statistische correctie zodat een representatief beeld kan worden gegeven over de landelijke populatie. Voor het vaststellen van de weegfactor is gebruik gemaakt van de aantallen zorgprofessionals met verschillende opleidingsniveaus in de wijkverpleging. De populatiecijfers zijn gebaseerd op cijfers uit 2021 (prognosemodel zorg en welzijn, <https://prognosemodelzw.databank.nl/dashboard/dashboard-branches/totaal-zorg-en-welzijn--smal-/>) van het AZW-programma (AZWinfo-Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, www.azwinfo.nl). Recentere populatiecijfers waren niet beschikbaar.

Analyse

De beschrijvende analyses zijn uitgevoerd met behulp van het statistische programma STATA versie 16. Verschillen tussen zorgprofessionals op basis van opleidingsniveau en lidmaatschap van V&VN zijn getoetst met chi-kwadraattoetsen (significant als $p < 0.05$) en de uitkomsten zijn weergegeven in tabellen in de lopende tekst van het rapport. Hierna presenteren we de resultaten in tabellen.

Tabel E.1.2 Ervaren knelpunten in het eigen handelen bij cliënten met een risico op bloedingen, verdeeld over opleidingsniveaus

Knelpunten in eigen handelen (%)	HBO/HBO+ verpleegkundigen (N=93)	MBO verpleegkundigen (N=31)	Verzorgenden (N=32)
Ja, ik mis een richtlijn over het handelen van verpleegkundige en verzorgende professionals bij deze cliëntengroep.	16	19	18
Ja, ik weet niet bij welke cliënten sprake is van een verhoogd risico op bloedingen.	10	10	3
Ja, ik weet niet hoe ik een risico op bloedingen tijdig kan signaleren.	11	3	9
Ja, ik vind het onduidelijk wat de aandachtspunten in de zorg zijn bij cliënten met een risico op bloedingen	26	23	19
Ja, ik weet niet wat ik kan doen om bloedingen te voorkomen.	6	3	6
Ja, ik weet niet welke interventies mogelijk zijn indien een bloeding ontstaat	9	3	3
Ja, ik ervaar dat het verzorgen van deze cliëntgroep (soms) ongemakkelijke situaties geeft.	14	3	16
Ja, ik ervaar dat het over het risico op bloedingen onduidelijk of te weinig informatie staat in het (elektronische) cliënten dossier.	32	23	25
Nee, ik ervaar geen knelpunten in mijn eigen handelen bij deze cliëntgroep	42	55	53

* De gevonden verschillen zijn significant ($p < 0.05$)

Tabel E.1.3 Ervaren knelpunten in het eigen handelen bij cliënten met een risico op bloedingen, verdeeld over lidmaatschap van V&VN

Knelpunten in eigen handelen (%)	Geen V&VN lid (N=47)	Wel V&VN lid (N=108)
Ja, ik mis een richtlijn over het handelen van verpleegkundige en verzorgende professionals bij deze cliëntengroep.	13	19
Ja, ik weet niet bij welke cliënten sprake is van een verhoogd risico op bloedingen.	4	10
Ja, ik weet niet hoe ik een risico op bloedingen tijdig kan signaleren.	4	11
Ja, ik vind het onduidelijk wat de aandachtspunten in de zorg zijn bij cliënten met een risico op bloedingen	19	26
Ja, ik weet niet wat ik kan doen om bloedingen te voorkomen.	6	7
Ja, ik weet niet welke interventies mogelijk zijn indien een bloeding ontstaat	0	9
Ja, ik ervaar dat het verzorgen van deze cliëntgroep (soms) ongemakkelijke situaties geeft.	17	10
Ja, ik ervaar dat het over het risico op bloedingen onduidelijk of te weinig informatie staat in het (elektronische) cliënten dossier.	19	33
Nee, ik ervaar geen knelpunten in mijn eigen handelen bij deze cliëntgroep*	60	40

E.1.4 Cliëntengroep met een risico op bloedingen rond knelpunten in het eigen handelen per opleidingsniveau

Cliëntengroep (%)	HBO/HBO+ verpleegkundigen (N=54)	MBO verpleegkundigen (N=14)	Verzorgenden (N=15)
Kwetsbare ouderen	37	21	67
Cliënten die gebruik maken van antistolling	69	79	80
Cliënten die een stollingsziekte hebben (bijvoorbeeld hemofilie)	20	14	7
Cliënten met wonden	41	50	60
Cliënten met een verhoogd val risico	44	29	33

Tabel E.1.5 Cliëntengroep met een risico op bloedingen rond knelpunten in het eigen handelen, verdeeld over lidmaatschap van V&VN

Cliëntengroep (%)	Geen V&VN lid (N=19)	Wel V&VN lid (N=64)
Kwetsbare ouderen	68	66
Cliënten die gebruik maken van antistolling	74	72
Cliënten die een stollingsziekte hebben (bijvoorbeeld hemofilie)	5	20
Cliënten met wonden	53	44
Cliënten met een verhoogd val risico	21	44

Tabel E.1.6 Ervaren knelpunten in de organisatie van de zorg voor mensen met een risico op bloedingen, verdeeld over opleidingsniveaus

Organisatorische knelpunten (%)	HBO/HBO+ verpleegkundigen (N=92)	MBO verpleegkundigen (N=31)	Verzorgenden (N=31)
Ja, ik ervaar dat de samenwerking met de behandelend arts soms moeizaam verloopt	11	10	10
Ja, ik vind de overdracht vanuit de behandelend arts over de behandelaafspraken van deze cliëntgroep onduidelijk *	34	13	13
Ja, ik weet niet naar wie ik cliënten kan doorverwijzen als ik een risico op bloedingen signaleer	12	0	0
Ja, ik heb onvoldoende middelen (bijvoorbeeld medicatie of verbandmateriaal) om te kunnen handelen indien een bloeding ontstaat	33	23	29
Nee, ik ervaar geen knelpunten in de organisatie van zorg bij deze cliëntgroep	44	61	65

* De gevonden verschillen zijn statistisch significant ($p < 0,01$)

Tabel E.1.7 Ervaren knelpunten in de organisatie van de zorg voor mensen met een risico op bloedingen, verdeeld over lidmaatschap van V&VN

Organisatorische knelpunten (%)	Geen V&VN lid (N=46)	Wel V&VN lid (N=107)
Ja, ik ervaar dat de samenwerking met de behandelend arts soms moeizaam verloopt	4	12
Ja, ik vind de overdracht vanuit de behandelend arts over de behandelafspraken van deze cliëntgroep onduidelijk *	13	31
Ja, ik weet niet naar wie ik cliënten kan doorverwijzen als ik een risico op bloedingen signaleer	2	9
Ja, ik heb onvoldoende middelen (bijvoorbeeld medicatie of verbandmateriaal) om te kunnen handelen indien een bloeding ontstaat	26	32
Nee, ik ervaar geen knelpunten in de organisatie van zorg bij deze cliëntgroep**	70	44

* De gevonden verschillen zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

**De gevonden verschillen zijn statistisch significant ($p < 0,01$)

Tabel E.1.8 Cliëntengroep met een risico op bloedingen rond knelpunten in de organisatie per opleidingsniveau

Cliëntengroep (%)	HBO/HBO+ verpleegkundigen (N=52)	MBO Verpleegkundigen (N=13)	Verzorgenden (N=11)
Kwetsbare ouderen	73	92	82
Cliënten die gebruik maken van antistolling	65	62	73
Cliënten die een stollingsziekte hebben (bijvoorbeeld hemofilie)	14	8	0
Cliënten met wonden	34	33	36
Cliënten met een verhoogd val risico	40	33	45

Tabel E.1.9 Cliëntengroep met een risico op bloedingen rond knelpunten in de organisatie per opleidingsniveau, verdeeld over lidmaatschap van V&VN

Cliëntengroep (%)	Geen V&VN lid (N=14)	Wel V&VN lid (N=60)
Kwetsbare ouderen	79	77
Cliënten die gebruik maken van antistolling	80	62
Cliënten die een stollingsziekte hebben (bijvoorbeeld hemofilie)	0	13
Cliënten met wonden	36	35
Cliënten met een verhoogd val risico	36	42

Tabel E.1.10 Oplossingsrichtingen voor knelpunten in de wijkverpleging bij mensen met een verhoogd risico op bloedingen per opleidingsniveau

Oplossingsrichtingen (%)	HBO/HBO+ verpleegkundigen (N=61)	MBO verpleegkundigen (N=15)	Verzorgenden (N=17)
Een landelijke zorgrichtlijn met adviezen voor de wijkverpleging bij deze cliëntgroep.	48	47	41
Meer aandacht voor de zorg voor deze cliëntgroep in de basisopleiding van verpleegkundige en verzorgende professionals.	31	27	47
Een klinische les, bijscholing of cursus over de zorg voor deze cliëntgroep.	39	27	59
De mogelijkheid om vragen te stellen over de zorg voor deze cliëntgroep aan een deskundige, zoals verpleegkundig specialist of aandachtsvelder.	33	21	6
De mogelijkheid om onder begeleiding van een deskundige, zoals verpleegkundig specialist, of aandachtsvelder met interventies voor tijdens het optreden van bloedingen te oefenen.	16	13	12
Informatiemateriaal waarop interventies bij het optreden van bloedingen worden uitgelegd.	54	47	35
Weet ik niet.	2	7	12

Tabel E.1.11 Oplossingsrichtingen voor knelpunten in de wijkverpleging bij mensen met een verhoogd risico op bloedingen, verdeeld over lidmaatschap van V&VN

Oplossingsrichtingen (%)	Geen V&VN lid (N=20)	Wel V&VN lid (N=72)
Een landelijke zorgrichtlijn met adviezen voor de wijkverpleging bij deze cliëntgroep.	45	46
Meer aandacht voor de zorg voor deze cliëntgroep in de basisopleiding van verpleegkundige en verzorgende professionals.	30	33
Een klinische les, bijscholing of cursus over de zorg voor deze cliëntgroep.	50	40
De mogelijkheid om vragen te stellen over de zorg voor deze cliëntgroep aan een deskundige, zoals verpleegkundig specialist of aandachtsvelder.	10	24
De mogelijkheid om onder begeleiding van een deskundige, zoals verpleegkundig specialist, of aandachtsvelder met interventies voor tijdens het optreden van bloedingen te oefenen.	10	17
Informatiemateriaal waarop interventies bij het optreden van bloedingen worden uitgelegd.	55	49
Weet ik niet.	10	3

E.2 Vragenlijst

Het eerste gedeelte van de vragenlijst betrof algemene achtergrondvragen en de vraag of zorgprofessionals uit de wijk wel eens te maken hebben met mensen met een verhoogd risico op bloedingen. Deel drie van de vragenlijst gaat over knelpunten in de wijkverpleging bij mensen met een verhoogd risico op bloedingen. De andere delen van de vragenlijst bevatten vragen over de twee andere knelpuntenanalyses met betrekking tot de wijkverpleging die het Nivel gelijktijdig uitvoerde in opdracht van V&VN. Hieronder is alleen het gedeelte van de vragenlijst toegevoegd dat betrekking heeft op wijkverpleging bij mensen met een risico op bloedingen.

Deel 1: Achtergrondkenmerken

Aanleiding voor dit vragenlijstonderzoek is dat beroepsorganisatie V&VN overweegt om nieuwe richtlijnen of andere kwaliteitsinstrumenten te ontwikkelen voor de wijkverpleging bij drie verschillende cliëntgroepen: 1. cliënten met jeuk; 2. cliënten met een risico op bloedingen; en 3. cliënten met diabetes die zelf hun glucosewaarde meten.

In deze vragenlijst vragen we u eerst met welke cliëntgroepen u te maken heeft in uw werk. Daarna vragen we naar uw ervaringen en eventuele knelpunten bij de zorg voor de cliëntgroepen.

1. Werkt u in de wijkverpleging/thuiszorg?

- ja
- nee, ik werk in ... → *In dit geval hoeft u de rest van de vragenlijst niet in te vullen. Dank voor uw medewerking! (Einde vragenlijst)*

2. Werkt u in een uitvoerende functie in de directe cliëntenzorg?

- ja, ik werk in een uitvoerende functie in de directe cliëntenzorg
- ja, ik werk zowel in een uitvoerende functie in de directe cliëntenzorg, als in een leidinggevende of beleidsfunctie
- nee, ik werk in een leidinggevende of beleidsfunctie, zonder taken in de directe cliëntenzorg → *In dit geval hoeft u de rest van de vragenlijst niet in te vullen. Dank voor uw medewerking! (Einde vragenlijst)*

3. Welk beroep oefent u momenteel uit?

- Verpleegkundige in de wijk
- Wijkverpleegkundige
- Gespecialiseerd verpleegkundige
- Verpleegkundig specialist (met Masteropleiding Advanced Nursing Practice)
- Verzorgende (IG)
- Ander verpleegkundig of verzorgend beroep, namelijk...

4. Wat is uw hoogst genoten opleidingsniveau (met diploma) in de verpleging en verzorging?

- Verzorgende (IG)
- Inservice-opgeleide verpleegkundige
- MBO-opgeleide verpleegkundige
- HBO-opgeleide verpleegkundige
- HBO-opgeleide verpleegkundige met een masteropleiding in gezondheids- of verplegingswetenschappen

- Verpleegkundig specialist met een masteropleiding Advanced Nursing Practice
- Anders, namelijk ...

5. Bent u lid van V&VN? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Nee, ik ben geen lid van V&VN
- Ja, ik ben algemeen lid van V&VN
- Ja, ik ben lid van de V&VN-afdeling Dermatologie
- Ja, ik ben lid van de V&VN-afdeling Diabeteszorg
- Ja, ik ben lid van de V&VN-afdeling Palliatieve Zorg
- Ja, ik ben lid van de V&VN-afdeling Wijkverpleegkundigen
- Ja, ik ben lid van de V&VN-afdeling Technische Thuiszorg
- Ja, ik ben lid van de V&VN-afdeling Verpleegkundig Specialisten
- Ja, ik ben lid van de V&VN-afdeling Verzorgenden
- Ja, ik ben lid van een andere afdeling van V&VN, namelijk...
- Ja, ik ben lid, maar ik weet niet van welke afdeling

6. Heeft u in uw werk te maken met de volgende cliëntgroepen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja, met cliënten met jeuk
- Ja, met cliënten met een risico op bloedingen beïnvloed door mijn eigen handelen.
Hierbij gaat het niet om interne bloedingen, zoals hersen-, maag-, darm- of longbloedingen, maar om bloedingen die kunnen ontstaan bij het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden, zoals een bloeding bij wondverzorging of bloedingen bij fysiek contact en gebruik van antistollingsmedicatie.
- Ja, met cliënten met diabetes die zelf hun glucosewaarden meten
- Nee, ik heb met geen van de voornoemde cliëntgroepen te maken → *In dit geval hoeft u de rest van de vragenlijst niet in te vullen. Dank voor uw medewerking! (Einde vragenlijst)*

Deel 3: Knelpunten bij de zorg voor cliënten met een risico op bloedingen

7. Hoe vaak heeft u in uw werk te maken met cliënten met een risico op bloedingen beïnvloed door uw eigen handelen?

Het gaat het niet om interne bloedingen, zoals hersen-, maag-, of longbloedingen, maar om bloedingen die kunnen ontstaan bij het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden, zoals een bloeding bij wondverzorging of een bloeding bij fysiek contact en gebruik van antistollingsmedicatie.

- Minimaal één keer per week
- Minimaal één keer per maand
- Minder dan één keer per maand

8. Maakt u in uw werk gebruik van richtlijnen of protocollen over een risico op bloedingen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja, ik gebruik de 'Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen'
- Ja, ik gebruik de richtlijn 'Oncologische ulcera'
- Ja ik gebruik een andere richtlijn of protocol over risico op bloedingen, namelijk ...

- Nee → *ga door naar vraag 10*

9. Kunt u toelichten wat uw ervaring is met het gebruik van deze richtlijnen of protocollen? En of u daarbij tegen problemen aan loopt?

.....

10. Ervaart u knelpunten uw eigen handelen bij cliënten met een risico op bloedingen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja, ik mis een richtlijn over het handelen van verpleegkundige en verzorgende professionals bij deze cliëntgroep
- Ja, ik weet niet bij welke cliënten sprake is van een verhoogd risico op bloedingen
- Ja, ik weet niet hoe ik een risico op bloedingen tijdig kan signaleren
- Ja, ik vind het onduidelijk wat de aandachtspunten in de zorg zijn bij cliënten met een risico op bloedingen
- Ja, ik weet niet wat ik kan doen om bloedingen te voorkomen
- Ja, ik weet niet welke interventies mogelijk zijn indien een bloeding ontstaat
- Ja, ik ervaar dat het verzorgen van deze cliëntgroep (soms) ongemakkelijke situaties geeft
- Ja, ik ervaar dat het over het risico op bloedingen onduidelijk of te weinig informatie staat in het (elektronische) cliëntendossier
- Nee, ik ervaar geen knelpunten mijn eigen handelen bij deze cliëntgroep → *ga door naar vraag 12*

11. Bij welke cliënten met een risico op bloedingen ervaart u deze knelpunten vooral? (maximaal 3 antwoorden aankruisen)

- Kwetsbare ouderen
- Cliënten die gebruik maken van antistollingsmedicatie
- Cliënten die een stollingsziekte hebben (bijvoorbeeld hemofilie)
- Cliënten met wonden
- Cliënten met een verhoogd valrisico
- Anders, namelijk...

12. Ervaart u knelpunten in de organisatie van zorg voor cliënten met een risico op bloedingen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja, ik ervaar dat de samenwerking met de behandelend arts soms moeizaam verloopt
- Ja, ik vind de overdracht vanuit de behandelend arts over de behandelafspraken van deze cliëntgroep onduidelijk
- Ja, ik weet niet naar wie ik cliënten kan doorverwijzen als ik een risico op bloedingen signaleer
- Ja, ik heb onvoldoende middelen (bijvoorbeeld medicatie of verbandmateriaal) om te kunnen handelen indien een bloeding ontstaat
- Ja, ik ervaar andere knelpunten, namelijk ...
- Nee, ik ervaar geen knelpunten in de organisatie van zorg bij deze cliëntgroep → *ga door naar vraag 14*

13. Bij welke cliënten met een risico op bloedingen ervaart u deze knelpunten in de organisatie van zorg vooral? (maximaal 3 antwoorden aankruisen)

- Kwetsbare ouderen

- Cliënten die gebruik maken van antistollingsmedicatie
- Cliënten die een stollingsziekte hebben (bijvoorbeeld hemofilie)
- Cliënten met wonden
- Cliënten met een verhoogd valrisico
- Anders, namelijk...

14. Ervaart u nog andere knelpunten in de zorg voor cliënten met een risico op bloedingen?

- Ja, ik ervaar andere knelpunten, namelijk ...
- Nee

15. Welke oplossingen denkt u dat het meest geschikt zijn om de knelpunten bij de zorg voor cliënten met een risico op bloedingen aan te pakken? (maximaal 3 antwoorden aankruisen)

- Een landelijke zorgrichtlijn met adviezen voor de wijkverpleging bij deze cliëntgroep
- Meer aandacht voor de zorg voor deze cliëntgroep in de basisopleiding van verpleegkundige en verzorgende professionals
- Een klinische les, bijscholing of cursus over de zorg voor deze cliëntgroep
- De mogelijkheid om vragen te stellen over de zorg voor deze cliëntgroep aan een deskundige, zoals verpleegkundig specialist of aandachtsvelder
- De mogelijkheid om onder begeleiding van een deskundige, zoals verpleegkundig specialist, of aandachtsvelder met interventies voor tijdens het optreden van bloedingen te oefenen
- Informatiemateriaal waarop interventies bij het optreden van bloedingen worden uitgelegd
- Weet ik niet
- Anders, namelijk....

16. U heeft aangegeven dat u een richtlijn als mogelijke oplossing ziet. Wat is volgens u het belangrijkste om in de richtlijn op te nemen? (maximaal 3 hokjes aankruisen)

- Informatie over de oorzaken van een risico op bloedingen
- Informatie over de interventies om bloedingen te voorkomen
- Informatie over de interventies indien bloedingen ontstaan
- Informatie over taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen en verzorgenden bij deze cliëntgroep
- Informatie over het samenwerken van verschillende zorgprofessionals ten aanzien van de zorg bij deze cliëntgroep
- Informatie over voorlichtingsmateriaal voor cliënten
- Anders, namelijk....