

Bereid ouderen voor op een ziekenhuisopname met een openhartoperatie

PREDOCS en de implementatie in ziekenhuizen

De uitkomsten van het in 2008 gestarte onderzoek PREvention Decline in Older Cardiac Surgery patients (PREDOCS) waren positief. Daarom is in 2016 een implementatiestudie van start gegaan in twaalf hartoperatiecentra in Nederland. In dit artikel zetten de auteurs eerst uiteen wat dit programma ter voorbereiding van oudere patiënten op ziekenhuisopname inhoudt en vervolgens schetsen ze welke problemen er bij invoering overwonnen moeten worden.

Roelof Ettema en Yvonne Jordens, Lectoraat Chronisch Ziekten en Proactieve Ouderenzorg, Hogeschool Utrecht en Julius Centrum UMC Utrecht

E-mail: Roelof.Ettema@hu.nl



Frans Paalman

PREDOCS-gesprek

Inleiding

Verpleegkundigen op hartoperatieafdelingen zien bij hun, vooral oudere patiënten, dat er na de operatie steeds meer complicaties ontstaan. De toename van deze complicaties houdt verband met de vergrijzing; het aandeel ouderen dat een openhartoperatie ondergaat stijgt voortdurend. Inmiddels ervaart ruim de helft van de oudere patiënten na een

openhartoperatie een zorggerelateerde complicatie zoals een delier, depressie, decubitus of infectie. Het blijkt dat deze patiënten het ziekenhuis ingaan met een lager gezondheidsniveau dan gemiddeld. Dit maakt hen extra kwetsbaar voor deze postoperatieve complicaties. Voor de patiënt betekent dit vaak een langer ziekenhuisverblijf en meestal een lagere kwaliteit van leven na de ziekenhuisopname.

Verpleegkundigen van de hartoperatieafdelingen in het Isala in Zwolle, het UMC Utrecht en het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein stelden vast dat de zorg voor deze groep patiënten onvoldoende is. Voor het lectoraat Chronisch Ziekten en Proactieve Ouderenzorg van Hogeschool Utrecht was dit in 2008 reden om nader te onderzoeken hoe bij deze patiëntengroep dergelijke complicaties voorkomen

kunnen worden. Daartoe is toen de onderzoekslijn PREDOCS (PREvention Decline in Older Cardiac Surgery patients) gestart.

In samenwerking met deze drie ziekenhuizen, verplegingswetenschap van de Universiteit Utrecht, het Juliuscentrum voor epidemiologie van het UMC en V&VN geriatrie heeft het lectoraat het verpleegkundig consult ontwikkeld. Dit op basis van twaalf wetenschappelijke studies waarbij meer dan 14.000 patiënten en ruim 250 verpleegkundigen en artsen betrokken waren.¹ Op dit moment wordt in een dertiende studie het effect gemeten en de vroegtijdige resultaten zijn positief. Daarom is in januari 2016 een grote implementatiestudie van start gegaan in twaalf van de zestien hartoperatiecentra in Nederland, waarvan eind 2018 de resultaten worden verwacht.

PREDOCS in drie fasen

Het PREDOCS-programma bestaat uit drie fasen: informatie, scorecards en preventiemaatregelen. Idealiter start het programma vier tot twee weken voor operatie. Het is het beste om direct na indicatie tot operatie met het programma te starten en niet te wachten tot de patiënt is opgenomen, want dan is het te laat. Oudere patiënten moeten goed worden voorbereid op een ziekenhuisopname om hen minder kwetsbaar te maken. Een ziekenhuis is een vreemde omgeving. Alleen al dat je daar ligt, kost energie, want het kan stressvol zijn en angst oproepen. Ook het stilliggen in een bed kan tot problemen leiden, zoals het ontstaan van doorligwonden. Het is daarom van belang patiënten zo vroeg mogelijk te vertellen wat ze kunnen doen, zoals bewegen en verliggen. Het is prettig en noodzakelijk om dat vast thuis te oefenen.

Uit het onderzoek bleek ook dat patiënten op dieet gingen voor de opname, omdat ze dachten dat ze te dik waren en het beter was om af te vallen. Het is dan een eyeopener om hen te vertellen dat afvallen voor een operatie slecht is; ze hebben dan niet genoeg energie meer. Iets soortgelijks speelt bij pijn. Het is onverstandig om pijn te 'verbijten', dat is in feite destructief gedrag waardoor de patiënt gaat stilliggen in bed of stilzitten in de stoel met alle gevolgen van dien. De patiënt moet juist leren aan te geven dat hij pijn

Delier Risico Score Card	Punten
Eerder een delier doorgemaakt	2
Diagnose Alzheimer	2
Gebruikt een stok of rollator	2
Logistische EuroSCORE hoger dan 20% risico / EuroSCORE II hoger dan 7%	1
Krijgt steun van familie/vrienden (mantelzorg) als alleenwonend of geen actieve ondersteuning partner	1
Leeftijd boven de 70 jaar	1
CVA en/of TIA in de voorgeschiedenis	1
Gebruikt benzodiazepines	1
<i>Totaal (een verhoogd risico op delier is bij 3 of hoger)</i>	

Depressie Risico Score Card	Punten
Gebruikt steunzolen, gekregen in de afgelopen 10-15 jaar	3
Doof	2
Vrouw	1
Gebruikt benzodiazepines	1
<i>Totaal (een verhoogd risico op depressie is bij 2 of hoger)</i>	

Decubitus Risico Score Card	Punten
Tricuspidalus insufficiëntie in de voorgeschiedenis	5
Lichamelijk beperkt*	3
Alleenstaand	3
Logistische EuroSCORE hoger dan 20% risico / EuroSCORE II hoger dan 7%	2
Gebruikt Fraxiparine	2
Nierfunctiestoornis in de voorgeschiedenis	1
<i>Totaal (een verhoogd risico op decubitus is bij 3 of hoger)</i>	

*) In het onderzoek is de patiënt gevraagd of hij een handicap heeft. De antwoordcategorieën waren: 'doof', 'blind', 'lichamelijke beperking' en 'verstandelijke beperking'.

Infectie Risico Score Card	Punten
Tricuspidalus insufficiëntie in de voorgeschiedenis	3
Logistische EuroSCORE hoger dan 20% risico / EuroSCORE II hoger dan 7%	2
Gebruikt diuretica (preopname medicatie)	2
<i>Totaal (een verhoogd risico op infectie is bij 3 of hoger)</i>	

Figuur 1. Test patiënten op het risico op het postoperatief oplopen van delier, depressie, decubitus en infectie.

heeft, zodat hij medicatie kan krijgen. De informatie moet dan ook niet procedureel zijn, maar vooral praktisch: wat voelt en ervaart de patiënt en wat kan hij zelf doen. Daarin is zowel de patiënt als zijn familie en omgeving geïnteresseerd.

Deel 1: informatie

In dit consultgesprek neemt de verpleegkundige de standaardinformatie door met de patiënt en een familielid

of naaste. Het accent ligt op wat de patiënt zal gaan ervaren en op wat hij zelf moet en kan doen; dit geeft hem regiemogelijkheden. De verpleegkundige vertelt dat een goede voedings-toestand noodzakelijk is voor de ziekenhuisopname met cardiochirurgie. Een patiënt met onbedoeld gewichtsverlies, dat meestal wordt veroorzaakt door gebrek aan eetlust door ziekte, wordt verwezen naar de diëtist.

Vervolgens neemt de verpleegkundige met de patiënt zijn sociale omgeving door. Zeker wanneer er weinig mensen voor de patiënt klaarstaan, worden de mogelijkheden tot het inschakelen hier toe geïnventariseerd. Indien nodig kan op dit moment een tijdelijke logeerplek in een verzorgings- of verpleeghuis worden aangevraagd. Als laatste vertelt de verpleegkundige de patiënt dat hij pijn kan ervaren en dat een adequate pijnbehandeling voorhanden en noodzakelijk is voor het herstel na de operatie. De patiënt moet zelf aangeven of hij pijn heeft, zeker als die niet acceptabel is.

Deel 2: Scorecards

In dit deel van het consult test de verpleegkundige patiënten op het risico van postoperatieve complicaties. Hier toe zijn vier scorecards ontwikkeld, waarmee tot dertig dagen voor de operatie het risico op een postoperatieve delier, depressie, decubitus en infectie kan worden bepaald (*figuur 1*). Deze scorecards kunnen handmatig gebruikt worden, maar er zijn ook (meer precieze) modellen die met de computer gebruikt kunnen worden. Van deze precieze modellen zijn de scorecards afgeleid.

In het prognostisch onderzoek waarin de scorecards zijn ontwikkeld, is een sterke associatie gevonden tussen het dragen van steunzolen en het risico op depressie na de operatie; dit blijkt in deze oudere populatie een voorspellende waarde te hebben voor het oplopen van een postoperatieve depressie. Het gaat dus niet om een causaal verband, maar alleen om een voorspellend kenmerk. De rationale hierachter is dat veel patiënten daarmee eerder een beperking in actieradius hebben moeten doormaken en daarmee een verkleining van hun leefwereld.

Deel 3: Preventiemaatregelen

Tijdens dit consult neemt de verpleegkundige preventieve maatregelen door die de patiënt kan nemen bij verhoogd risico.

Bij een verhoogd risico op postoperatieve delier:

- Patiënt, familie en zorgverleners letten samen op voortekenen van een delier.
- Het tegengaan van ondervoeding en uitdroging.

- Zo snel als mogelijk mobiliseren, een goede houding in bed en bewegingsoefeningen.
- Het tegengaan van slaapproblemen.
- Het gebruik van hulpmiddelen (zoals bril, gehoorapparaat, stok).
- Oriënterende hulpmiddelen als een klok(je) en/of kalender.
- De patiënt moet ook zelf informatie willen hebben over de operatie en de narcose.
- De wensen en mogelijkheden tot dagelijks bezoek en/of blijven slapen van familie.

Bij een verhoogd risico op postoperatieve depressie:

- De wijze van ontspannen door de patiënt.
- Ontspannende muziek (zoals MP3-speler, dit kan thuis worden voorbereid).
- Wensen en mogelijkheden tot dagelijks bezoek van bekenden.
- Patiënt, familie en zorgverleners letten samen op voortekenen van een depressie.

Bij een verhoogd risico op het postoperatief optreden van decubitus:

- Patiënt, familie en zorgverleners letten samen op voortekenen van decubitus.
- Het belang van wisselgigging.

Bij een verhoogd risico op postoperatieve infectie:

- Omgaan met pijn en een adequate pijnbehandeling.
- Uitadem oefeningen en hoesten of huffen en het belang ervan.
- Gebruik van een hoestkussentje of opgerolde handdoek in een kussenhoes.
- Patiënt, familie en zorgverleners letten samen op voortekenen van een infectie.
- De wond niet met de handen aanraken en de wijze van het wassen van de wond.

Continuïteit van zorg

In het kader van continuïteit van zorg worden de verzamelde patiëntgegevens - elektronisch of op papier overgedragen aan de verpleegkundigen in het ziekenhuis. De patiënt moet hiervoor toestemming verlenen. Als er een verhoogd risico bestaat op een postoperatieve complicatie

rapporteert de verpleegkundige dit aan de verpleegafdeling en wijst erop dat dit ernstig belemmerend kan werken op het postoperatieve herstel.

Bij een verhoogd risico op een postoperatieve delier is het advies dat deze patiënt postoperatief (3x per 24u) op delier wordt gescreend, bijvoorbeeld met de DOS. Bij positieve screening of een verdenking los van de screening luidt het advies aan de behandelaar diagnose en eventueel symptoombestrijding (Haloperidol) te bepalen en de eventuele lichamelijke oorzaak (infectie, specifieke lage bloedwaarden, obstipatie, urineretentie) te achterhalen en behandelen.

Bij een verhoogd risico op een postoperatieve depressie is het advies dat de patiënt dagelijks wordt gescreend (met het door de afdeling zelf gebruikte screeningsinstrument, bijvoorbeeld de GDS2-15 of HADS) en dat bij positieve screening of een verdenking op depressie de behandelaar hierover geïnformeerd wordt en gevraagd wordt om diagnose en behandeling.

Bij een verhoogd risico op een postoperatieve decubitus is het advies dat er bij deze patiënt prioriteit gegeven wordt aan decubituspreventie, ook als deze ernstig ziek is na de operatie; er moeten middelen en materialen voor deze patiënt ingezet worden. Dit betreft het geven van wisselgigging en het postoperatief (3x per 24u) scoren op het risico op decubitus. Verpleegkundigen op de afdeling kunnen dit doen met het door hen zelf gebruikte screeningsinstrument, zoals de Bradenschaal of de Nortonschaal. In navolging van de uitkomst van de decubitus screening (het geïnventariseerde risico) dienen daarop geënte preventieve maatregelen te worden genomen, zoals aangegeven in de CBO-richtlijn Decubitus.

Bij een verhoogd risico op een postoperatieve infectie is het advies zorg te dragen voor een goede voedingstoestand en het vaak bestaande decontaminatiebeleid (0.12% chloorhexidine gluconaat (CHX)) preventief in te zetten ter voorkoming van infecties.

Patiënt kan voortekenen herkennen

De patiënt kan een beginnende delier bij zichzelf herkennen door een toename van vergeetachtigheid, doordat hij langzaam in een soort waas leeft

De 12 deelnemende ziekenhuizen zijn:

- Isala, Zwolle
- St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
- Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU), Utrecht
- Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+), Maastricht
- Radboud Universitair Medisch Centrum (Radboud UMC), Nijmegen
- Medisch Spectrum Twente (MST), Enschede
- Medisch Spectrum Leeuwarden (MCL), Leeuwarden
- VU Medisch Centrum (VUmc), Amsterdam
- Academisch Medisch Centrum (AMC), Amsterdam
- Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG), Amsterdam
- Haga Ziekenhuis, Den Haag
- Amphia Ziekenhuis, Breda

of angst voelt en soms opgewonden is. Als de delier doorzet, leeft de patiënt in een waas (een boze droom) en ziet, hoort of voelt hij vreemde zaken.

De patiënt kan een beginnende depressie bij zichzelf bemerken doordat hij zich terneergeslagen voelt, nergens meer aardigheid in ziet, zich niet meer goed kan concentreren en soms geen eetlust heeft.

De patiënt kan een beginnende decubitus vaak ook zelf voelen. Het doet bijvoorbeeld pijn of het voelt hard aan op de plek zelf of het voelt met de hand hard aan.

De patiënt kan een beginnende infectie bij zichzelf constateren doordat hij pijn heeft (aan de operatiewonden, luchtwegen, blaas), zich erg ongemakkelijk of heel ziek voelt en niet mobiel is.

Herkenning door verpleegkundigen en familie

Patiënten met een delirium presenteren zich met een combinatie van cognitieproblemen, wisselende niveaus van bewustzijn, veranderingen in het slaap- en waakpatroon, afwisselende rusteloosheid (vaak gepaard gaand met angst en opwinding), hallucinaties en andere afwijkingen in de perceptie.

Patiënten met een depressie presenteren zich met een terneergeslagen stemming, verlies van interesse of positiviteit dan wel enig enthousiasme, soms met schuldgevoelens, een lage zelfwaarde, verstoord slaapritme, gebrek aan eetlust, weinig energie en weinig concentratie.

Decubitus fase één ontstaat vaak door niet op tijd van ligging te wisselen, waardoor niet wegdrubbare roodheid op de ligplekken ontstaat.

Een patiënt met een infectie kan aanvankelijk symptomeloos blijven, maar zal vaak aangeven pijn te hebben of zich erg ongemakkelijk te voelen. De meest voorkomende infecties bij oudere cardiochirurgische patiënten zijn infecties van de operatiewonden, de bronchiën, de longen en de blaas.

Implementatiestudie PREDOCS

In deze studie, die in 2016 is gestart, wordt onderzocht welke factoren bepalen of het PREDOCS-programma met succes in een ziekenhuis kan worden ingevoerd; wat werkt belemmerend en wat juist bevorderend? Er wordt gekeken naar de kenmerken en de cultuur van verschillende ziekenhuizen.² Wat zijn bijvoorbeeld de gewoontes in een bepaald ziekenhuis in de omgang met patiënten en betreft het een academisch ziekenhuis of een topklinisch ziekenhuis? Naast geografische kenmerken heeft dit laatste ook invloed op de kenmerken van de patiëntenpopulatie van een ziekenhuis. Bij dit onderzoek zijn twaalf ziekenhuizen betrokken (*zie kader*), met ieder een eigen cultuur en achtergrond. Die diversiteit is voor dit onderzoek van belang, want dat zal duidelijk maken waarop moet worden gelet als de interventie breed wordt ingevoerd.

Effect van interventie


In januari 2017 zijn de eerste deelnemende centra gestart met het PREDOCS-consult. Dit brengt een verschuiving van de verpleegkundige zorg met zich mee. Waar de verpleegkundige de patiënt normaliter pas bij opname zag, vindt het consult nu al ruim voor de ziekenhuisopname plaats. Dat vraagt een verschuiving in het klinisch pad, wat de nodige organisatorische aanpassingen met zich meebrengt. Het PREDOCS-programma is op inhoud effectief bewezen. De vraag is

wat er gebeurt met het effect van de interventie als deze in een niet-effectieve omgeving wordt ingezet. Er is steeds meer interesse in de theoretische onderbouwing van implementatie. Wat maakt dat de interventie wel werkt in het ene ziekenhuis, maar niet in het andere ziekenhuis? Dit onderzoek beoogt in kaart te brengen waarom de implementatie succesvol is of faalt. De resultaten van de implementatiestudie worden in de loop van 2018 verwacht.

Gedragsverandering

Succesvolle implementatie hangt nauw samen met gedragsverandering van verpleegkundigen, artsen, planners en andere betrokkenen die verantwoordelijk zijn voor de implementatie van het PREDOCS-programma. Gedurende de implementatiestudie wordt dit gedrag in kaart gebracht en de twaalf projectleiders hebben de mogelijkheid op dit gedrag te sturen met gedragsveranderinginterventies. Uit de analyse van onder andere dit gedrag en de daarbij behorende gedragsverandering worden belemmerende en bevorderende factoren van het implementatieproces in kaart gebracht. Deze factoren maken inzichtelijk waarop gelet moet worden als de interventie breed wordt ingevoerd.

Tot slot

Uit een theoretische kostenanalyse blijkt dat de kosten van 6 zware of 16 lichtere complicaties even groot zijn als het aanstellen van een verpleegkundige op een afdeling cardiochirurgie voor een heel jaar full time. In dat jaar kan een verpleegkundige 900-1000 PREDOCS-gesprekken voeren en voorkomt daarmee meer dan 100 complicaties.¹ Naast het voorkomen van veel leed bij patiënten is het PREDOCS-gesprek door de verpleegkundige daarmee bijzonder kosteneffectief. 

Literatuur

1. Ettema RGA. Predicting and preventing postoperative decline in older cardiac surgery patients. Doctoral thesis. 2014, Roelof Ettema, Amsterdam, the Netherlands.
2. RVS. Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving Juni 2017