# Werkwijze prebehandelpoli geriatrie CWZ

Werkwijze

Deze werkwijze omschrijft hoe de beoordeling op kwetsbaarheid in een verkort CGA eruit ziet bij patiënten van ≥ 70 jaar die voor een behandeling in het CWZ in aanmerking komen.

De werkwijze omschrijft de volgende onderdelen:

* Onderbouwing en verantwoording: de risicofactoren voor achteruitgang van functioneren bij kwetsbare ouderen die voor een behandeling in het CWZ in aanmerking komen.
* Indicatie: welke patiënten in aanmerking komen voor een onderzoek op de prebehandelpoli van de geriatrie in het CWZ.
* Uitvoering: de verschillende onderdelen van het onderzoek.
* Verwerking: hoe de uitkomsten van de werkwijze verwerkt kunnen worden in het behandelplan.

Onderbouwing en verantwoording

Wegens de dubbele vergrijzing alsmede de almaar groter wordende diagnostische en therapeutische mogelijkheden in de tweedelijns zorg, krijgen medisch specialisten toenemend ouderen als patiënt. Een deel van deze ouderen zal “kwetsbaar” zijn.

Omdat het CGA (Comprehensive Geriatrisch Assessment) een tijdrovend en daarmee duur instrument is en niet alle kwetsbare ouderen naar de klinisch geriater verwezen hoeven te worden, is er voor de inschatting van potentiële kwetsbaarheden in de opwerking naar een electieve behandeling, behoefte aan een verkorte werkwijze. Wij noemen dit een verkort CGA. Aan de hand van deze inschatting kan besloten worden om voor de gevonden kwetsbaarheden een passend diagnostisch danwel therapeutisch behandelplan op te stellen Zonodig kan de patiënt alsnog verwezen worden naar een klinisch geriater.

Het is aannemelijk dat leeftijd, eerder doorgemaakt delier, cognitieve stoornissen, verminderde visus, verminderd gehoor, functionele beperkingen, risicovol alcoholgebruik, nicotinegebruik, gebruik van medicatie met anticholinerge (bij-) werking, stress, angst / depressie, pijn, slaapdeprivatie, ondervoeding, persoonlijkheid, comorbiditeit, belangrijke risicofactoren zijn voor functionele achteruitgang bij in het ziekenhuis opgenomen oudere patiënten.

Door systematisch en vroegtijdig in het opwerken naar de behandeling aandacht te hebben voor bovenstaande factoren, beogen wij met deze werkwijze bij te dragen aan het voorkomen van functionele achteruitgang bij de voorgenomen behandeling.

Indicatie:

Voor deze werkwijze komen in ieder geval patiënten met de volgende kenmerken in aanmerking: een combinatie van hoge leeftijd, lichamelijke ziekte, geriatrische syndromen, verminderde functionaliteit en sociale problematiek.

Potentieel kwetsbare patiënten worden vroegtijdig in het diagnostisch traject door de desbetreffende coördinerend specialist, geïdentificeerd middels de Groningen Frailty Indicator (GFI).

Voor een uitgebreidere omschrijving hiervan wordt verwezen naar de “Werkwijze screening potentiële kwetsbaarheid met Groningen Frailty Indicator (GFI) bij patiënten ≥ 70 jaar die voor een behandeling in het CWZ in aanmerking komen.”

Inclusie criteria:

Alle patiënten van ≥ 70 jaar die in aanmerking voor een electieve behandeling en hiervoor een polikliniek bezoeken.

Patiënten <70 jaar, indien sprake is van multiproblematiek/ernstige comorbiditeit en/of cognitieve stoornissen.

Uitvoering:

Voor de analyse van het risicoprofiel worden alle factoren, gerelateerd aan het CGA-model, verkort belicht.

Het CGA is een uitgebreid klinisch geriatrisch multidisciplinair onderzoek.

In tegenstelling tot dat uitgebreide assessment wordt deze werkwijze monodisciplinair uitgevoerd door de verpleegkundige specialist (een professional die de medische behandeling met een verpleegkundige behandeling verbindt in de zorg rondom de patiënt). De multipele problemen (lichamelijk, psychisch, functioneel en sociaal) van de oudere patiënt worden zo veel mogelijk opgespoord en er wordt op basis van die gegevens een afweging gemaakt tussen de capaciteiten en de zorgbehoeften zodat een uitspraak gedaan kan worden over de mate waarin deze de patiënt kwetsbaar zijn (in termen van fit, matig fit en kwetsbaar) en een verhoogd risico geven op negatieve uitkomsten van de voorgenomen behandeling. Het doel is te komen tot een gecoördineerd en integraal zorgplan voor de individuele patiënt in de voorbereiding op de komende behandeling.

**Somatisch**

Voorgeschiedenis,

Medicatiereview gericht op bepaling van de anticholinerge load en screening op gebruik van delirogene medicatie,

Intoxicaties,

Beperkt lichamelijk onderzoek: algemene indruk, lengte, gewicht, BMI, en een handknijpkrachtmeting.

**Functioneel**

Mobiliteit (inclusief vallen),

ADL afhankelijkheid (KATZ-ADL),

IADL afhankelijkheid,

(Onder-) voeding (gewicht en verkort MNA),

Uitscheiding,

Gehoor / visus,

Slikproblemen.

**Sociaal**

In kaart brengen van steunnetwerk:

- aanwezig zorg (professioneel en mantelzorg),

- belasting mantelzorger,

- verwachtte toename van zorgbehoefte rondom opname,

- werk / denkniveau / opleidingsniveau: <6jr; 6-12jr; >12jr scholing.

**Psychisch**

Beoordeling cognitieve vermogens om de voorgenomen ingreep/behandeling te begrijpen en de consequenties te overzien.

Beperkt psychiatrisch onderzoek: alg. indruk, beoordeling van bewustzijn / aandacht/concentratie/ oriëntatie / waarnemen en denken / psychomotoriek (uitsluiten aanwezigheid van delier).

Stemming (nu en verleden): door PHQ-2 vragen en heteroanamnestisch.

Indien positief kan afname van de GDS overwogen worden.

Cognitie: MMSE en kloktekentest (teneinde bij vervolg na herstel een vergelijking te kunnen maken).

**Heteroanamnese**

De heteroanamnese wordt standaard verricht in het bijzijn van de patiënt. Zonodig wordt kort apart met de mantelzorger gesproken indien dit noodzakelijk wordt geacht door de behandelaar.

Verwerking

**Algemeen**

Vanuit de probleemanalyse wordt een behandelplan opgesteld, met de concrete acties, adviezen en interventies. Daarbij wordt duidelijk vermeld welke persoon en discipline verantwoordelijk is voor een specifiek onderdeel van het behandelplan. Het uiteindelijke doel van het behandelplan is te komen tot behoud van niveau van functioneren, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven na uitvoering van voorgenomen behandeling.

Voor een optimale effectiviteit van de interventies is het belangrijk dat de adviezen vanuit de probleemanalyse worden geïmplementeerd. Het gaat hierbij vaak om het instellen van een multidisciplinaire behandeling, het inzetten van ondersteuning om problemen te verminderen en het voorkomen van nieuwe problemen. Op deze wijze zijn negatieve gevolgen (zoals functionele achteruitgang, inadequate zorgconsumptie, (her-) opname, verlies van kwaliteit van leven en institutionalisering) zo veel mogelijk te voorkomen.

Belangrijke aspecten bij de uitvoering van het behandelplan: wie neemt verantwoordelijkheid voor welke onderdelen van het behandelplan (verpleegkundig specialist geriatrie, behandelaar (medisch specialist / verpleegkundig specialist of PA van verwijzend specialisme, huisarts, patiënt en / of mantelzorger zelf). Welke onderdelen gaan terug naar de eerste lijn? En met wie moet de samenwerking gezocht worden?

**Behandelplan**

*Medicamenteuze interventies:*

* starten van medicatie (antipsychotica) enkel indien er een zeer verhoogde kans is op delier met vermoeden van ernstig beloop (bv bij patiënt met eerder ernstig delier met hallucinaties en hevige angst en onrust) in combinatie met de grootte van de voorgenomen behandeling (bv CABG / Bricker) teneinde de duur en de ernst van het delier positief te beïnvloeden.
* Zo mogelijk en al dan niet tijdelijk saneren van medicatie met anticholinerge en /of delirogene (bij-) werking
* Zonodig starten van medicatie ter voorkoming van onttrekking van middelen (nicotine/alcohol)
* Zonodig starten van medicatie bij extreme angst/spanning

*Niet medicamenteuze interventies:*

* Laagdrempelig geriatrie in medebehandeling vragen
* Monitoren van symptomen van delier middels DOS
* Adviezen ten aanzien van roken en / of alcoholgebruik
* Voldoende bewegen, spierkrachtopbouw (zonodig onder begeleiding van FT)
* Optimaliseren van intake / voeding (zonodig begeleiding diëtiste)
* Betrekken van familie (informatievoorziening, vroegsignalering van tekenen van delier, rooming-in)
* Aandacht voor aanpassingen voor ondersteuning in oriëntatie en prikkeldosering (oriëntatieklok / noodzaak eenpersoonskamer o.i.d.) en het gebruik van een bril en / of hoorapparaten
* Optimaliseren van zorg in eerste en tweede lijn (thuiszorg, huisarts / POH- begeleiding / signalering)

*Bijzondere aandacht voor voorlichting / psycho-educatie aan patiënt en familie:*

* ten aanzien van preventie van delier en behoud van functioneren door voldoende bewegen en adequate voedingsintake in de voorbereiding op de voorgenomen ingreep.
* Omgangsadviezen ten aanzien van gedrag / stemming / cognitie als deze mogelijk een goed verloop van de opname rondom de behandeling kunnen beïnvloeden.
* Uitleg over de I-AGED ( Informant - Assessment of Geriatric Delirium) aan mantelzorgers.

**Verslag**

Uit onderzoek blijkt dat de snelheid van terugrapportage belangrijker is dan de volledigheid, gezien het belang voor de continue zorgverlening aan de patiënt. (KNMG-rapport “Sterke medische zorg voor ouderen” staat uitgebreid stil bij het contact tussen verwijzer en medisch specialist in het ziekenhuis (KNMG, 2010).

**De volgende formats worden gehanteerd in het verslag:**

Conclusie:

na beoordeling op kwetsbaarheid en perioperatieve risico’s wordt patiënt als (fit / matig fit/ kwetsbaar) ingeschat en lijkt het perioperatieve delierrisico (verhoogd / gering).

Er zijn wel/geen absolute geriatrische contra-indicaties voor voorgenomen ingreep/behandeling.

Bespreking:

De volgende factoren dragen bij aan het risico op complicaties: leeftijd, eerder doorgemaakt delier, cognitieve stoornissen, verminderde visus, verminderd gehoor, functionele beperkingen, risicovol alcoholgebruik, nicotinegebruik, gebruik van medicatie met anticholinerge (bij-) werking, stress, angst / depressie, pijn, slaapdeprivatie, ondervoeding, persoonlijkheid, comorbiditeit.

Patiënte en familie kregen uitgebreid uitleg over delier en maatregelen ter preventie van delier. Patiënt kreeg op maat adviezen ten aanzien van bewegen en optimale intake van calorie- en eiwitrijke voeding teneinde patiënt zoveel mogelijk in zijn kracht te houden in de voorbereiding op de voorgenomen ingreep.

Adviezen:

*Nb. Adviezen worden op maat vastgesteld maar globaal worden minimaal de volgende adviezen gegeven:*

* start (medicatie) vanaf 2 dagen voor de ingreep (dosering) an
* Vanaf dag van opname (medicatie) volgens deelrondes 0-0-1-1 in (dosering).   
  Deze medicatie continueren tot 2 dagen na ingreep.
* DOS bijhouden gedurende de eerste drie dagen na de ingreep.

Of:

* medicamenteuze profylaxe ter preventie van delier is niet noodzakelijk gezien het als gering ingeschatte risico op een delier.
* DOS bijhouden gedurende drie dagen na de ingreep, indien score ≥ 3 overweeg laagdrempelig te starten met symptomatische behandeling middels Haldol 2 x 1 mg volgens deelrondes 0-0-1-1.
* Terughoudend zijn met gebruik van morfinepreparaten.
* Naasten betrekken bij informatie en zonodig rooming-in van echtgenote bij onrust of angst.
* Informeer ook actief naar (vroege) tekenen van delier bij de naasten.
* Korte verbale instructies geven, informatie op schrift stellen. Houdt rekening met verminderd gehoor of visus. Stimuleer zonodig gebruik van bril en hoorapparaten.
* Na ingreep actief inzetten op preventie van functieverlies door aandacht voor bewegen en optimale voeding, overweeg daarbij consult fysiotherapie en diëtetiek.

Nazorg

Twee weken na de ingreep/behandeling wordt patiënt en/of wettelijk vertegenwoordiger telefonisch benaderd ter evaluatie van bovenstaande.

Indien zich een delier heeft voorgedaan, zal patiënt worden uitgenodigd op de postdelierpoli na een periode van herstel van minimaal 3 maanden.