

‘Vroege (h)erkenning van het Post Intensive Care Syndroom door niet Intensive Care verpleegkundigen’

Rol van beroepsbeoefenaar – Afstudeerfase
Hogeschool Utrecht – Bachelor Verpleegkunde

Karlijn van den Beucken	
Studiegroep	XXXX
Profielbegeleider	XXXX
2 ^{de} examiner	XXXX
Inleverdatum	XXXX
Osiriscode	XXXX

SAMENVATTING

Achtergrond Vanwege grote ontwikkelingen op medisch-technisch gebied overleeft 80 procent van de in Nederland ruim 80.000 IC-patiënten per jaar de IC-opname. Veel IC-patiënten die overleven, ervaren tot jaren na ontslag van de IC problemen op fysiek, psychisch en cognitief gebied. In 2012 zijn deze gezondheidsklachten gebundeld en door de Society of Critical Care Medicine beschreven als het 'Post-Intensive Care Syndroom' (PICS).

Doel De kwalitatief hoogstaande zorg tijdens een IC-opname wordt niet vanzelfsprekend gecontinueerd in een nazorgtraject. Eenmaal stabiel op de IC worden de patiënten overgenomen door verpleegafdelingen, waar ze 'verdwijnen' tussen andere patiënten. Hierdoor wordt het PICS nog minder snel gesignaleerd. In dit artikel wordt onderzocht waarom het PICS op de verpleegafdeling niet wordt herkend en wat nodig is om de klachten van PICS op de verpleegafdeling te herkennen, zodat vroegtijdig interventies kunnen worden ingezet of gecontinueerd.

Methode Middels kwalitatief onderzoek is met behulp van literatuurstudie in databanken een topiclijst opgesteld, als richtinggevend model voor expertinterviews. Door middel van drie semigestructureerde interviews met experts op micro-, meso- en macroniveau is de centrale vraagstelling vanuit een breed perspectief belicht.

Resultaten Kennis kan verworven worden door klinische lessen, het lezen van publicaties en door het onderwerp PICS in het standaard curriculum van de opleiding tot verpleegkundige op te nemen. Een goede samenwerking tussen IC en verpleegafdeling is belangrijk voor de gegevensoverdracht. Een gestandaardiseerde overdracht met daarin de onderwerpen cognitieve, fysieke, psychische bijzonderheden en voedingstoestand moet ziekenhuisbreed geïmplementeerd worden. Een gestandaardiseerde revalidatiebehandeling op de verpleegafdeling zorgt ervoor dat klachten van PICS sneller worden behandeld. Middels een checklist moeten klachten en risicofactoren van PICS tijdens opname in kaart gebracht worden en ontstaat bewustwording onder niet-IC-verpleegkundigen voor het belang van een nazorgtraject bij IC-patiënten.

Conclusie Niet-IC-verpleegkundigen herkennen het PICS niet vanwege onvoldoende kennis, een inadequate samenwerking met IC-verpleegkundigen en een onvolledige overdracht. Het ontbreken van een revalidatierichtlijn en het niet voldoende in kaart brengen van de behoeften van de patiënt hebben tot gevolg dat vroegtijdige interventies niet worden ingezet en handvatten voor niet-IC-verpleegkundigen ontbreken.

Trefwoorden Post Intensive Care Syndroom, PICS, Niet-IC-verpleegkundigen, Herkennen, Vroegtijdig, Interventies.

INLEIDING

In Nederland worden jaarlijks ruim 80.000 patiënten opgenomen en behandeld op een Intensive Care (IC) (Brackel-Welten, 2014). Zorginstituut Nederland (2016) gebruikt de volgende definitie voor een IC-patiënt: *“Een patiënt met één of meer acuut bedreigde of verstoorde vitale functies, waarbij continue monitoring noodzakelijk is en behandeling van een in potentie omkeerbare aandoening kan leiden tot herstel van vitale functies”* (Pp. 8). De overlevingskansen van IC-patiënten zijn de laatste jaren enorm gestegen dankzij nieuwe ontwikkelingen op medisch-technisch gebied (Meijnaar-Siebel & Van der Schaaf, 2016). 80 procent van de IC-patiënten overleeft de opname en gaat een langdurige en vaak moeizame herstelperiode tegemoet. Veel IC-patiënten die overleven, ervaren tot jaren na ontslag van de IC problemen op fysiek, psychisch en cognitief gebied. De ernst van deze problemen wordt bepaald door de duur van de IC-opname, de leeftijd van de patiënt, het pre-existent lijden en de beademingsduur tijdens opname. Genoemde predisponerende factoren zijn sepsis, delirium en het acute respiratoiry distress syndrome (Brackel-Welten, 2014). In 2012 werden deze gezondheidsklachten gebundeld en door de Society of Critical Care Medicine beschreven als ‘Post-Intensive Care Syndroom’ (PICS) (Meijnaar-Siebel & Van der Schaaf, 2016). Ook familielieden van IC-patiënten kunnen klachten ontwikkelen, men spreekt dan van een Post Intensive Care Syndroom voor Familieleden (PICS-F) (Beusekom, Bakhshi-Raiez, Keizer, Dongelmans & Van der Schaaf, 2016). Toch wordt PICS vrijwel niet opgemerkt door hulpverleners.

De kwalitatief hoogstaande zorg tijdens een IC-opname wordt niet vanzelfsprekend gecontinueerd in een nazorgtraject (Brackel, Van der Schaaf & Van Dijk, 2015). Eenmaal stabiel op de IC worden patiënten overgenomen door verpleegafdelingen, waar ze ‘verdwijnen’ tussen andere patiënten. Hierdoor wordt PICS minder snel gesignaleerd (Van der Schaaf, 2015). Op de verpleegafdeling is de zorg vooral gericht op het algemene herstel van de patiënt en richt men zich met name op de onderliggende aandoening. De meeste verpleegkundigen en medisch specialisten hebben onvoldoende kennis van de gevolgen van een IC-opname en denken niet aan het feit dat de patiënt wellicht klachten heeft overgehouden aan de IC-opname. Symptomen van PICS worden daardoor vaak niet herkend en besproken waardoor ze onbehandeld blijven op een verpleegafdeling (Brackel, Van der Schaaf & Van Dijk, 2015). Het doel van dit onderzoek is om niet-IC-verpleegkundigen handvatten te bieden voor het vroegtijdig herkennen van PICS tijdens opname, zodat vroegtijdige interventies kunnen worden ingezet waarmee de gevolgen van PICS verminderen.

De centrale vraagstelling van dit onderzoek luidt als volgt: *‘Hoe komt het dat niet-IC-verpleegkundigen PICS op de verpleegafdeling niet herkennen en wat is er voor nodig om het wel te herkennen zodat vroegtijdig interventies kunnen worden ingezet om de gevolgen op de lange termijn te verminderen?’*

METHODE

Om de centrale vraagstelling van dit onderzoek te kunnen beantwoorden, heeft kwalitatief onderzoek plaatsgevonden op basis van literatuuronderzoek en een beperkt aantal interviews (Baarda et al., 2013). Dit heeft als doel gericht informatie te verzamelen over een bepaald onderwerp (Verhoeven, 2011), in dit geval PICS. Allereerst is gebruik gemaakt van literatuurstudie. In de voorbereidende fase is middels online zoekacties in databanken als PubMed, Cinahl, Springerlink en Google Scholar naar bruikbare literatuur gezocht met behulp van de relevante MeSh-termen; ‘Intensive Care’ ‘IC’ ‘Critical Care’ ‘ICU’ ‘Post Intensive Care Syndroom’ ‘PICS’ ‘Post IC’ ‘Post ICU’ ‘Herkennen’ ‘Gevolgen’ ‘Nazorg’ ‘Aftercare’ ‘Transfer’ ‘Ward’ ‘Experiences’ ‘Follow up’, gekoppeld met behulp van zogenaamde booleaanse operatoren, bijvoorbeeld AND en OR (Cox, Louw, Verhoef & Kuiper, 2012). Daarnaast is gebruik gemaakt van literatuurstudie in overheidsrapporten en evidence-based websites. Wanneer literatuur werd gevonden, passend bij de onderzoeksvraag en de doelstelling is via literatuurverwijzingen verder gezocht, de

zogenaamde sneeuwbal methode (Dassen, Keuning, Jansen & Jansen, 2014). Naast literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van praktijkonderzoek, middels semigestructureerde interviews. Dit is een interviewmethode met grotendeels vooraf opgestelde interviewvragen, waarbij ruimte is voor doorvragen en het toevoegen van vragen tijdens het gesprek (Saunders, Lewis & Thornhill, 2007). De centrale vraagstelling vormde de leidraad van de interviews. Op basis van de reeds verworven kennis en inzichten uit de literatuur is een topiclijst opgesteld (Baarda et al., 2013). Een topiclijst kan ook wel worden gezien als vertaalslag van de centrale begrippen van het onderzoek naar de onderwerpen passend bij het referentiekader van de experts (Evers, 2013).

Om de centrale vraagstelling als HBO professional vanuit een breed perspectief te kunnen beantwoorden is het onderwerp op verschillende organisatieniveaus belicht. Dit is gedaan middels expertinterviews op micro-, meso- en macroniveau. Op microniveau (expert 1) de IC-Physician Assistant van het UMC Utrecht. Op mesoniveau (expert 2) Coach/counselor, IC-Verpleegkundige, Kerngroep lid van de FCIC en mede initiatiefneemster voor het opzetten van de IC-nazorgpolikliniek in Tergooi in Hilversum en de Balanstraining voor ex-IC-patiënten. Op macroniveau (expert 3) Lector Revalidatie in de Acute Zorg en Kerngroep lid van de FCIC. Met toestemming van de geïnterviewden zijn de interviews opgenomen en getranscribeerd. De citaten van de geïnterviewden zijn anoniem verwerkt in het artikel. Het conceptartikel is naar de geïnterviewden gestuurd ter beoordeling, om verkeerde interpretaties te voorkomen en voor het verkrijgen van toestemming voor het gebruik van citaten.

RESULTATEN

Uit het literatuuronderzoek en de expertinterviews komen verschillende thema's aan bod, die van belang zijn voor het vroegtijdig herkennen van PICS door niet-IC-verpleegkundigen.

Kennis

Uit onderzoek blijkt dat niet-IC-verpleegkundigen en artsen kennistekort hebben wat betreft PICS. Symptomen van PICS worden daardoor vaak niet herkend en besproken waardoor ze onbehandeld blijven op een verpleegafdeling (Brackel, Van der Schaaf & Van Dijk, 2015). *'Het bewustzijn bij verpleegkundigen op de verpleegafdelingen moet worden gekweekt dat patiënten na een IC-opname, naast de primaire klacht, nog heel veel andere klachten kunnen ontwikkelen, zoals PICS. Daar moeten we in opleidingen, klinische lessen en met publicaties aandacht aan besteden, zodat het bewustzijn en de kennis wordt vergroot'* (expert 3). De stichting FCIC pleit ervoor dat PICS binnen de opleiding Verpleegkunde als vast onderdeel wordt opgenomen in het standaard curriculum (Ekkelboom, 2016). *'Binnen de IC-opleiding wordt het onderwerp PICS behandeld, maar een niet-IC verpleegkundige wordt in de opleiding niet over het bestaan van PICS geïnformeerd'* (expert 1). *'Het zou zo mooi zijn als alle verpleegkundigen op de hoogte zijn van PICS. Dit begint bij de opleiding, het is belangrijk dat het onderwerp PICS in het standaard curriculum wordt aangeboden'* (expert 2). *'De kans voor verpleegkundigen, in welk werkveld dan ook, is heel groot dat ze in aanraking komen met een IC-patiënt. Het onderwerp PICS moet dan eigenlijk al bekend zijn. Dit zou in de opleiding tot verpleegkundige behandeld moeten worden, om een grote groep verpleegkundigen te bereiken'* (expert 3). Symptomen moeten herkend worden om vroegtijdig interventies te kunnen inzetten (Brackel, Van der Schaaf & Van Dijk, 2015).

Laagdrempelig contact en soepele samenwerking

Er blijkt een kloof aanwezig te zijn tussen IC en verpleegafdeling. Deze kloof kan ontstaan door verschillen in omgeving, bevoegdheid en communicatie (Forsberg, Lindgren & Engström, 2011). *'Ik weet niet hoe de verpleegkundigen dat ervaren, maar ik heb zelf niet het idee dat de samenwerking tussen de IC en de verpleegafdelingen altijd soepel verloopt. De IC blijft voor mijn gevoel altijd een beetje een eiland op zich, wat niet laagdrempelig benaderd wordt. Dit willen we absoluut niet, maar dat beeld is er soms nog wel. Ik denk dat dit veel laagdrempeliger kan'* (expert 1). Het is van belang dat de verpleegkundigen van

beide afdelingen samenwerken en dat laagdrempelig contact gezocht wordt (Forsberg, Lindgren & Engström, 2011). Een verpleegkundige op de verpleegafdeling moet in staat zijn informatie te geven aan de patiënt. Wanneer zij informatie mist zal zij contact moeten kunnen zoeken met IC-verpleegkundigen. Op deze manier wordt op een juiste wijze samengewerkt (Häggström, Asplund & Kristiansen, 2009). *‘Vraag IC-verpleegkundigen om te komen praten op de verpleegafdeling: wat gebeurt er nou op de IC? Waar moet je op de verpleegafdeling alert op zijn? Organiseer klinische lessen. Wees geïnformeerd. Als je als verpleegkundige denkt: “ik heb niet genoeg informatie”, vraag om toelichting’* (expert 2). *‘Zoek als verpleegkundige actief de samenwerking met de IC op. Vraag klinische lessen aan, zorg dat er aandacht komt voor het onderwerp’* (expert 3).

Transfer van IC naar verpleegafdeling

Hoewel de hemodynamische stabiliteit van de patiënt eerste prioriteit blijft, worden vanuit de literatuur verschillende preventieve interventies genoemd die symptomen van PICS kunnen verminderen. Deze preventie start op de IC. Frequent beoordelen van de mogelijkheid tot het stoppen van actieve beademing, vroege passieve en actieve mobilisatie en het bevorderen van de oriëntatie kunnen hieraan bijdragen (Makic, 2016). Het bijhouden van IC-dagboeken, een goede communicatie met patiënt en familie en de IC-nazorgpoli werken ook preventief in het verminderen van PICS klachten (Brackel-Welten, 2014). Eenmaal stabiel op de IC wordt de patiënt overgenomen door de verpleegafdeling. Hier nemen verpleegkundigen en artsen de zorg over. *‘De preventie van PICS op de IC moet doorgaan op de verpleegafdeling. Het IC-dagboek bijvoorbeeld, laat dat doorgaan op de verpleegafdeling. Wanneer patiënten weinig tot niets kunnen, helpt iedere kleine stap vooruit in de motivatie. Op die manier kan progressie bijgehouden worden en kan de patiënt terugkijken op kleine succeservaringen’* (expert 2). Uit onderzoek blijkt dat patiënten en familie een dubbel gevoel kunnen ervaren na de transfer van IC naar verpleegafdeling. Ze voelen zowel een gevoel van overwinning en herstel als een gevoel van angst en stress. Deze stress ontstaat door het wegvallen van het veilige gevoel bij de één-op-één aandacht die patiënten krijgen op de IC. Deze aandacht wordt ingeruild voor een setting waarin verpleegkundigen verantwoordelijk zijn voor meer dan vier patiënten (Cullinane & Plowright, 2013). *‘Patiënten worden in een keer één van de vier tot vijf, in plaats van de enige, of één van de twee waar continu aandacht voor was. Dit gebeurt van de ene op de andere dag of van het ene op het andere moment. Deze overstap ervaren patiënten als heel groot’* (expert 2). *‘Bij ons liggen patiënten op een éénpersoonskamer, spreekt de patiënt en zijn familie vaak artsen, worden ze door verpleegkundigen op de hoogte gehouden en vinden vaak familiegesprekken plaats. Op een verpleegafdeling is dat minder. Maak deze overstap kleiner door de patiënt en zijn familie goed te informeren en door het laagdrempelig plannen van familiegesprekken’* (expert 1). *‘Een verpleegkundige moet weten wat het voor een patiënt betekent om op de IC te liggen. Als je weet dat iemand van de IC naar de verpleegafdeling gaat, ga bij de patiënt langs op de IC. Informeer de patiënt en organiseer de mogelijkheid te komen kijken op de verpleegafdeling. Als dit gefaciliteerd kan worden, kan deze transfer vloeiender verlopen’* (expert 2).

Een volledige overdracht

Na het ontslag van de IC is het van belang dat de samenwerking en de zorg die op de IC zijn gegeven gecontinueerd worden op de verpleegafdeling, dat is momenteel niet altijd het geval (Meijnaar-Siebel & Van der Schaaf, 2016). *‘Het is als verpleegkundige belangrijk om een goede en volledige overdracht te krijgen vanuit de IC. IC-verpleegkundigen moeten zich realiseren dat op een verpleegafdeling over het algemeen weinig kennis is van de problematiek bij PICS. Ziekenhuisbreed zal een standaard overdracht geïmplementeerd moeten worden, waarin de onderwerpen cognitie, fysieke en psychische bijzonderheden en de voedingstoestand worden benoemd’* (expert 3).

Standaardisatie van IC-nazorg

Vanwege de klachten die patiënten met PICS op fysiek, cognitief en psychisch gebied kunnen hebben is er baat bij een gestandaardiseerde revalidatiebehandeling. Daar waar revalidatierichtlijnen bestaan voor patiënten met hart- en vaatziekten, kanker en diabetes, ontbreken deze voor de patiëntenpopulatie met PICS (Brackel, Van der Schaaf & Van Dijk, 2015). Ditzelfde geldt voor richtlijnen van IC-nazorg. Op advies van de IGZ werd de huidige richtlijn uit 2006 aangepast naar nieuwe inzichten, waaronder IC-nazorg. Echter, deze richtlijn is niet ingevoerd omdat het concept door de Beroepsvereniging van Intensivisten werd afgewezen (Family and Patient Centered Intensive Care, 2016). *‘De nieuwe landelijke IC-richtlijn is nog niet doorgevoerd, waardoor een nazorgtraject momenteel niet vast staat. In de huidige IC-richtlijn is het onderdeel nazorg niet opgenomen’* (expert 3). Daardoor hanteren ziekenhuizen de richtlijn uit 2006, waarin het onderdeel nazorg en PICS niet beschreven staat (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2016). Een gevolg hiervan is dat momenteel geen concrete adviezen of handvatten aanwezig zijn voor verpleegkundigen waardoor houvast ontbreekt (Zorginstituut Nederland, 2016).

Behoeften in kaart brengen

Een behandeling op de IC ervaren patiënten als een ingrijpende en soms traumatische ervaring. Op de IC wordt hoogwaardige zorg geboden om overlevingskansen te vergroten. Echter, multidisciplinaire zorg van IC naar verpleegafdeling en uiteindelijk naar de thuissituatie ontbreekt nog vaak (Brackel, Van der Schaaf & Van Dijk, 2015). *‘Wat ik ook merk, is dat patiënten op de afdeling zeggen: “ja hoor dat gaat allemaal wel thuis”. Dan komen ze thuis, zonder thuiszorg en/of revalidatietraject. Ze willen zo graag naar huis, maar hebben geen idee wat er thuis op ze wacht. Ze vallen in een enorm gat. Wees je hier als verpleegkundige van bewust, ga voor ontslag na waar de behoeften liggen’* (expert 2). *‘Cognitieve, fysieke en psychische stoornissen en de voedingstoestand moeten in kaart gebracht worden op de verpleegafdeling. In het vroege stadium na een IC-opname kan met patiënten over deze klachten gesproken worden. Dit kan bijvoorbeeld met een checklist waarbij gescreend wordt op PICS symptomen. Dit helpt ook met het bewust worden van de klachten van PICS op de verpleegafdeling. Als dit standaard gecheckt wordt, hoop je dat verpleegkundigen alert zijn op de symptomen en daardoor verder kijken dan alleen de primaire aandoening waarvoor iemand nog in het ziekenhuis ligt’* (expert 3). *Als verpleegkundige op de verpleegafdeling moet je eigenlijk bij alle ex-IC-patiënten nagaan welke specialistische zorg in de thuissituatie door moet gaan, zo voorkom je patiënten die zonder revalidatietraject naar huis gaan. Schakel eventueel een transferverpleegkundige in om dit goed in kaart te brengen’* (expert 2).

CONCLUSIE

Kijkend naar de centrale vraagstelling: *‘Hoe komt het dat niet-IC-verpleegkundigen PICS op de verpleegafdeling niet herkennen en wat is er voor nodig om het wel te herkennen zodat vroegtijdig interventies kunnen worden ingezet om de gevolgen op de lange termijn te verminderen?’* zijn een zestal punten belangrijk voor de herkenning van PICS door niet-IC-verpleegkundigen. Allereerst is het onderwerp kennis zeer belangrijk: kennis kan verworven worden door klinische lessen, het lezen van publicaties en door het onderwerp PICS in het standaard curriculum van de opleiding tot verpleegkundige op te nemen. Ten tweede zorgt een goede samenwerking tussen de IC en de verpleegafdeling ervoor dat niet-IC-verpleegkundigen laagdrempelig contact zoeken en daardoor beter geïnformeerd zijn over de toestand van de patiënt. Om de kloof tussen de IC en de verpleegafdeling kleiner te maken voor de patiënt zal de verpleegkundige van de verpleegafdeling ten derde goed voorbereid moeten zijn wanneer een IC-patiënt wordt overgenomen. Dit kan middels een bezoek op de IC en door een volledige overdracht, waarin cognitieve, fysieke en psychische bijzonderheden, de voedingstoestand en PICS worden benoemd. Op de vierde plaats is het van belang dat de patiënt en diens naasten goed geïnformeerd wordt, onder andere door het plannen van familiegesprekken. Ten vijfde zal een gestandaardiseerde revalidatiebehandeling op de verpleegafdeling er toe bijdragen dat klachten van PICS sneller

worden behandeld. Op de zesde, en tevens laatste, plaats moeten niet-IC-verpleegkundigen weten dat de verantwoordelijkheid voor het in kaart brengen van de behoeften aan (multidisciplinaire) nazorg op de verpleegafdeling ligt. Klachten zullen middels een checklist tijdens opname in kaart gebracht moeten worden waardoor bewustwording onder niet-IC-verpleegkundigen ontstaat voor het belang van een nazorgtraject bij ex-IC-patiënten. Wanneer dit alles wordt gefaciliteerd zal PICS door niet-IC-verpleegkundigen op de verpleegafdeling herkend worden, waardoor vroegtijdige interventies kunnen worden ingezet om de lange termijn gevolgen te verminderen.

Concluderend kan worden gezegd dat niet-IC-verpleegkundigen PICS niet herkennen vanwege onvoldoende kennis, een inadequate samenwerking met IC-verpleegkundigen en een onvolledige overdracht. Het ontbreken van een revalidatierichtlijn en het niet voldoende (gestandaardiseerd) in kaart brengen van de behoeften van de patiënt hebben tot gevolg dat vroegtijdige interventies niet worden ingezet en handvatten voor niet-IC-verpleegkundigen ontbreken.

DISCUSSIE

Een sterk punt van dit onderzoek is de combinatie van literatuurstudie en expertinterviews. Dit houdt in dat resultaten in kaart zijn gebracht op basis van onderzoeksresultaten en op basis van ervaringen en kennis van experts, waardoor de betrouwbaarheid en de validiteit stijgt. Daarnaast hebben de experts aangegeven het belang van dit onderzoek in te zien, omdat nog niet eerder onderzoek gedaan is naar het signaleren van PICS onder niet-IC-verpleegkundigen. Door gebruik te maken van proefinterviews en geluidsopnames tijdens de interviews is de betrouwbaarheid vergroot (Cox et al., 2012).

Een beperking van dit onderzoek is dat in dit onderzoeksveld relatief weinig onderzoekers zijn. Dit houdt in dat veel is verwezen naar dezelfde onderzoekers. Vanwege de eenzijdigheid van de gebruikte bronnen neemt de betrouwbaarheid van dit onderzoek mogelijk af. Daarnaast zijn geen publicaties gevonden waarin (preventieve) interventies voor verpleegkundigen op de verpleegafdeling zijn beschreven. Hierdoor is de verkregen informatie gebaseerd op interviews met drie experts, waardoor de betrouwbaarheid van dit onderzoek afneemt.

Vanwege de recente kennis over de lange termijn gevolgen van een IC-opname, zijn de interventies voor de lange termijn nog niet voldoende onderzocht en daardoor niet generaliseerbaar. Aanbevolen wordt dan ook om meer onderzoek te doen naar de lange termijn gevolgen van een IC-opname. Echter, vanwege de onbekendheid van PICS bestaat voorsnog weinig kans op subsidie voor verder onderzoek bij de reguliere calls (Brackel, Van der Schaaf & Van Dijk, 2015). Zorgpaden of revalidatierichtlijnen voor patiënten met PICS ontbreken. Het is dan ook sterk aan te bevelen de ontwikkelingen op dit gebied nauwlettend te blijven volgen zodat een zorgpad of een richtlijn bij publicatie geïmplementeerd kan worden. Daarnaast zal het onderwerp PICS meer bekendheid moeten krijgen onder niet-IC-verpleegkundigen. Dit kan gerealiseerd worden middels klinische lessen op verpleegafdelingen en het opnemen van het onderwerp PICS in het standaard curriculum van de opleiding Verpleegkunde. Om niet-IC-verpleegkundigen in staat te stellen kwalitatief goede zorg te verlenen aan ex-IC-patiënten hebben zij een gestandaardiseerde overdracht nodig. In deze overdracht zullen de onderwerpen cognitie, fysieke toestand, voedingstoestand en de psychische bijzonderheden aan bod moeten komen. Aanbevolen wordt om deze gestandaardiseerde overdracht ziekenhuisbreed te implementeren. Middels een checklist kunnen de klachten wat betreft de voedingstoestand en het cognitief, fysiek en psychisch functioneren op de verpleegafdeling in kaart gebracht worden. Bij disfunctie of klachten op dit gebied zullen passende vervolgstappen genomen moeten worden wat betreft ondersteuning in de thuissituatie (expert 2 & expert 3). Aanbevolen wordt dan ook om samen met IC-verpleegkundigen en de nazorgpolikliniek ziekenhuisbreed een checklist op te zetten, welke niet-IC-verpleegkundigen bij alle IC-patiënten moeten gebruiken. Hierdoor worden

klachten in kaart gebracht en ontstaat bewustwording voor het belang van een nazorgtraject bij ex-IC-patiënten (expert 3).

BIBLIOGRAFIE

- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, T. van der & Goede, M., de. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*, (derde druk), pp. 26, 35. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Hulst, M. van der & Goede, M. de. (2012). *Basisboek interviewen. Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*, (derde druk), pp. 35-40, 55-56. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Beusekom, I., van, Bakhshi-Raiez, F., Keizer, N., de, Dongelmans, D. & Schaaf, M., van der. (2016). Reported burdens on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. *Critical Care*, pp. 1-8.
- Brackel, M., Schaaf, M. van der & Dijk, D. van (2015). Nazorg intensive care moet uit de kinderschoenen. IC-behandeling kan nog lang haar sporen nalaten. *Medisch Contact*, pp. 2438-2440.
- Brackel-Welten, M. (2014). Post-IC-syndroom wordt niet herkend; Overlevers kritieke ziekte lopen vaak cognitieve schade op. *Critical Care*, nummer 4, pp. 20-22.
- Cox, K., Louw, D., de, Verhoef, J. & Kuiper, C. (2012). *Evidence-Based Practice voor verpleegkundigen*. Methodiek en toepassing, (derde druk), pp. 46,110. Boom Lemma uitgevers: Den Haag.
- Cullinane, J. & Plowright, C. (2013). Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. *Nursing Critical Care*, vol. 18, pp. 289-293.
- Dassen, Th.W.N., Keuning, F.M., Jansen, G.J. & Jansen, W.S. (2014). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties*, (zevende druk), p. 38. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Evers, J. (2013). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Pp. 35. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Ekkelboom, J. (2016). Bewegen aan de beademing. Het leven na de intensive care. *AMC Magazine*. Pp. 12-13. Geraadpleegd op 29-09-2016 van
- Family and Patient Centered Intensive Care. (2016). Reactie van de expertgroep FCIC op de Richtlijn Intensive Care. *FCIC*. Geraadpleegd op 05-11-2016 van www.fcic.nl/files/8014/6654/8548/amcmagazinernr.5juni2016.12-13.pdf
- Forsberg, A., Lindgren, E. & Engström, Å. (2011). Being transferred from an intensive care unit to a ward: Searching for the known in the unknown. *International Journal of Nursing Practice*, pp. 110-116.
- Häggström, M., Asplund, K. & Kristiansen, L. (2009) Struggle with a gap between intensive care units and general wards. *International Journal of qualitative studies on Health and Well-being*, nummer 4, pp. 181-192.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2016). Intensive Care. *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Geraadpleegd op 03-10-2016 van <http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Grote+intensive+care-afdelingen+werken+continue+aan+kwaliteit.pdf>

- Makic, M, B, F. (2016). Recovery After ICU Discharge: Post-Intensive Care Syndrome. *Critical care connection*, pp. 172-174.
- Meijenaar-Siebel, M. & Schaaf, M. van der. (2016) Het post-intensivencare-syndroom; verborgen ziekte na IC-opname. *Nurse Academy*, nummer 2, pp 4-9.
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2007). *Methoden en technieken van onderzoek*. (Vijfde druk). pp. 256-258. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Schaaf, M. van der. (2015). Verpleegkundigen, wees alert op PICS. *Nursing*. Geraadpleegd op 27-09-2016 van <https://www.nursing.nl/F2R/?returnurl=%2fVerpleegkundig-Experts%2fAchtergrond%2f2015%2f10%2fVerpleegkundigen-wees-alert-op-PICS-2697693W%2f>
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?*. (Vierde druk), pp. 32. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Zorginstituut Nederland. (2016). Kwaliteitsstandaard. *Organisatie van Intensive Care*, pp. 8. Geraadpleegd op 03-10-2016 van <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/kwaliteit/jaar-transparantie/kwaliteitsstandaard-organisatie-van-intensive-care/kwaliteitsstandaard-organisatie-van-intensive-care/Kwaliteitsstandaard+Organisatie+van+Intensive+Care.pdf>

Expertinterviews

- Expert 1: Physician Assistant op de IC van het UMC Utrecht
- Expert 2: Coach/counselor, IC-Verpleegkundige, Kerngroep lid van de FCIC en mede initiatiefneemster voor het opzetten van een nazorgpolikliniek in Tergooi in Hilversum
- Expert 3: Lector Revalidatie in de Acute Zorg en kerngroep lid van de FCIC