

Notulen Bespreken resultaten schriftelijke knelpuntenanalyse tijdens 1^e Werkgroepvergadering Richtlijn Muziek tijdens het perioperatief proces

Datum: woensdag 7 oktober 18.30 – 21.00 via Zoom
Aanwezig: Erik Heineman (NVvH, voorzitter), Hans Jeekel (NVvH), Robert Pierik (NVvH), Wim Lagrand (NVIC), Rosalie Kühlmann (NVA), Francesco Mattace Raso (NVKG), Arieke Prozé (V&VN VS), René van Munster (musicus), Josefiën Buddeke (Kennisinstituut), Linda Oostendorp (Kennisinstituut)

Bespreken uitkomsten knelpuntenanalyse

Reactie van de NVKG (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie):

1) Wordt de groep kwetsbare ouderen als aparte groep geanalyseerd?

Er is waarschijnlijk niet veel bekend uit de literatuur over deze groep. Dit rechtvaardigt geen aparte module, maar als er informatie specifiek voor deze groep bekend is wordt dit meegenomen. Bij gebrek aan bewijs kan dit ook meegenomen worden in de overwegingen.

2) Wordt er rekening gehouden met eventuele aanwezige cognitieve stoornissen?

Als er in de literatuur bewijs wordt gevonden voor specifieke groepen dan zal dit worden meegenomen. Bij gebrek aan bewijs kan dit ook meegenomen worden in de overwegingen.

3) Wordt voor het meten van de genoemde uitkomstmaten rekening gehouden met het gebruik van, voor onze kwetsbare groep ouderen, gevalideerde en geschikte meetinstrumenten?

Alleen gevalideerde meetinstrumenten zullen worden meegenomen. Het is de vraag of er studies zijn gedaan specifiek onder kwetsbare ouderen.

4) Gaat het alleen om operaties van algemeen chirurgen? Een groep die we heel veel zien zijn ook orthopedische patiënten, wordt deze groep meegenomen?

Rosalie geeft aan dat zij in haar meta-analyse (effect van perioperatieve muziek op angst en pijn) heel veel verschillende soorten chirurgie heeft geïnccludeerd. Besloten wordt alleen te kijken naar chirurgische ingrepen (waardoor bijvoorbeeld sedatie voor een gastroscopie niet zal worden meegenomen). Ook zullen alleen chirurgische procedures worden meegenomen waarbij sprake is van anesthesiologische begeleiding. Dit betekent dus dat lokale anesthesie niet zal worden meegenomen.

5) Effect op opnameduur en patiënttevredenheid als uitkomstmaat toevoegen?

Dit zijn relevante uitkomstmaten en deze zullen worden meegenomen, al zal er mogelijk niet veel bekend zijn in de literatuur.

6) Worden overige zaken, die voor bias kunnen zorgen in de uitkomstmaten ook meegenomen, zoals delierpreventieve maatregelen (activiteitenbegeleiding, delier vrijwilliger, familieparticipatie)?

Hier zal door de adviseurs op gelet worden bij het beoordelen van de bewijskracht van de geselecteerde studies.

7) Wordt bij de overige genoemde uitkomstmaten (naast pijn) ook (hoeveelheid) medicatie als maat meegenomen. Wordt er minder gebruik gemaakt van sedativa t.b.v. angst/stress/delir?

Medicatie zal worden meegenomen als uitkomstmaat, het kan daarbij gaan om analgetica (pijnmedicatie) en sedativa (slaapmiddelen zoals propofol).

8) Worden er peri-operatief EEG registraties gedaan, aangezien de anesthetica het achtergrond ritme kunnen dempen?

Er worden geen EEG registraties gedaan omdat deze niet betrouwbaar zijn gebleken.

9) Op welke manier krijgt de patiënt de muziek te horen (middels koptelefoon of anders) en wordt daar in de uitkomstmaten rekening mee gehouden? Aandacht voor gehoorstoornissen bij ouderen.

Bij studies naar opgenomen muziek zal alleen gekeken worden naar studies waarbij de patiënt de muziek middels een koptelefoon te horen krijgt. Er zal naar verwachting in studies niet veel vermeld zijn over gehoorstoornissen, behalve dat studies patiënten met een gehoorstoornis geëxcludeerd hebben. Dit kan worden meegenomen in de overwegingen.

Daarnaast zal ook gekeken worden naar studies betreffende live muziek. Dit zal dan in de pre- en/of postoperatieve setting (algemene afdeling of IC) zijn.

Er zal een vergelijking gemaakt worden tussen wel of geen muziek, er zal geen vergelijking gemaakt worden tussen live muziek en opgenomen muziek. Bij live muziek is er sprake van een 'dubbele interventie', het gaat hierbij zowel om het effect van de muziek als de interactie tussen patiënt en muzikant.

10) Wordt de veiligheid in de operatiekamer meegenomen (indien de muziek voor iedereen hoorbaar gedraaid wordt), als zijnde dat de communicatie in het operatieteam goed blijft?

Dit is niet van toepassing aangezien de patiënt de muziek middels een koptelefoon te horen krijgt.

11) Wordt er ook gekeken naar het effect van de muziek op het operatieteam: ontspanning?

Dit is niet van toepassing aangezien de patiënt de muziek middels een koptelefoon te horen krijgt.

12) Gaat het om muziek waar de patiënt van houdt of in het algemeen bijvoorbeeld rustgevende muziek?

Het is van belang dat de patiënt de muziek als prettig ervaart, de patiënt kan zelf een keuze maken uit een lijst.

Reactie van de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen):

In het raamwerk ontbreken nog een aantal vragen:

1) Welke positieve en/of negatieve invloed is er t.a.v. de verschillende beoogde vormen van muziek op de werkprestaties van het zorgpersoneel?

2) Welke risico's zijn verbonden aan verschillende muziekvormen voor de patientveiligheid, teamwork en concentratie?

3) Hoe wordt in andere sectoren omgegaan met muziek tijdens concentratie momenten van een crew (bijv. in de luchtvaart: hoe wordt omgegaan met muziek in de cockpit en in een luchtverkeerstoren)? Wordt in andere sectoren onderscheid gemaakt op welke momenten wel of geen muziek mogelijk is/soort muziek/volume van de muziek of geen muziek i.v.m. concentratie en teamwork/communicatie (bijvoorbeeld niet tijdens de start of de landing van een vliegtuig; in de zorg bijvoorbeeld niet tijdens een time out procedure of incisie of anderszins)?

Deze drie vragen zijn niet van toepassing aangezien de patiënt de muziek middels een koptelefoon te horen krijgt.

4) Welk onderscheid wordt gemaakt ten aanzien van soort operaties (duur, complexiteit, grootte van het team, een POK of een OK of anderszins) en het draaien van muziek die

Zoals hierboven ook al genoemd zullen alle chirurgische ingrepen waarbij sprake is van anesthesiologische begeleiding worden meegenomen.

5) Welk personeelslid gaat muziek draaien in de praktijk uitvoeren (een OK-DJ die de juiste muziek uitzoekt en op juiste moment aan en uitzet, op het juiste volume en eventuele technische problemen oplost, etc.?)?

6) Welke kosten zijn hieraan verbonden (techniek, personeel, anderszins)? En hoe vindt muziekkeuze plaats (niet alleen van invloed op patiënt, maar ook op het personeel)?

Er wordt gevraagd of het de verantwoordelijkheid is van de werkgroep om in te gaan op de kosten en de implementatie van muziek in het perioperatieve proces. De werkgroep zal hier op in gaan in de overwegingen aangezien de kosten de implementatie kunnen beïnvloeden.

7) Betrokkenheid patiënt en samen beslissen: Hoe vindt vooraf afstemming plaats met de patiënt? Krijgt de patiënt een keuze, inclusief een risicoanalyse van het wel/niet draaien van muziek tijdens een operatie?

Het is van belang dat de patiënt de muziek als prettig ervaart, de patiënt kan zelf een keuze maken uit een lijst. Een risicoanalyse is niet van toepassing aangezien de patiënt de muziek middels een koptelefoon te horen krijgt. De muziek zal dus geen invloed hebben op het zorgpersoneel.

8) Zijn er andere moment waarop muziek gedraaid kan worden die van invloed zijn op het positief welbevinden van zowel patiënt als personeel: bijvoorbeeld juist vlak voor of na de operatie? (op de verkoever, in de pauzeruimte/omkleedruimte personeel, bij de narcose, tijdens het wachten, etc.)

Er zal ook gekeken worden naar de invloed van pre- en postoperatieve muziek (op algemene afdelingen en de IC) op de patiënt. Invloed op het personeel is niet van toepassing.