

Bijlage 1 Implementatieplan

Inleiding

Dit plan is opgesteld ter bevordering van de implementatie van de richtlijn Sedatie en Analgesie op de IC. Voor het opstellen van dit plan is een inventarisatie gedaan van de mogelijk bevorderende en belemmerende factoren voor het toepassen en naleven van de aanbevelingen. Daarbij heeft de richtlijncommissie een advies uitgebracht over het tijdspad voor implementatie, de daarvoor benodigde randvoorwaarden en de acties die voor verschillende partijen ondernomen dienen te worden.

Werkwijze

De werkgroep heeft per aanbeveling geïnventariseerd:

- per wanneer de aanbeveling overal geïmplementeerd moet kunnen zijn;
- de verwachte impact van implementatie van de aanbeveling op de zorgkosten;
- randvoorwaarden om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- mogelijk barrières om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- mogelijke acties om de implementatie van de aanbeveling te bevorderen;
- verantwoordelijke partij voor de te ondernemen acties.

Voor iedere aanbevelingen is nagedacht over de hierboven genoemde punten. Echter niet voor iedere aanbeveling kon ieder punt worden beantwoord. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen “sterk geformuleerde aanbevelingen” en “zwak geformuleerde aanbevelingen”. In het eerste geval doet de richtlijncommissie een duidelijke uitspraak over iets dat zeker wel of zeker niet gedaan moet worden. In het tweede geval wordt de aanbeveling minder zeker gesteld (bijvoorbeeld “Overweeg om ...”) en wordt dus meer ruimte gelaten voor alternatieve opties. Voor “sterk geformuleerde aanbevelingen” zijn bovengenoemde punten in principe meer uitgewerkt dan voor de “zwak geformuleerde aanbevelingen”. Bij elke module is onderstaande tabel opgenomen.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: < 1 jaar, 1 tot 3 jaar of > 3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen

¹ Barrières kunnen zich bevinden op het niveau van de professional, op het niveau van de organisatie (het ziekenhuis) of op het niveau van het systeem (buiten het ziekenhuis). Denk bijvoorbeeld aan onenigheid in het land met betrekking tot de aanbeveling, onvoldoende motivatie of kennis bij de specialist, onvoldoende faciliteiten of personeel, nodige concentratie van zorg, kosten, slechte samenwerking tussen disciplines, nodige taakherschikking, et cetera.

² Denk aan acties die noodzakelijk zijn voor implementatie, maar ook acties die mogelijk zijn om de implementatie te bevorderen. Denk bijvoorbeeld aan controleren aanbeveling tijdens kwaliteitsvisite, publicatie van de richtlijn, ontwikkelen van implementatietools, informeren van ziekenhuisbestuurders, regelen van goede vergoeding voor een bepaald type behandeling, maken van samenwerkingsafspraken.

³ Wie de verantwoordelijkheden draagt voor implementatie van de aanbevelingen, zal tevens afhankelijk zijn van het niveau waarop zich barrières bevinden. Barrières op het niveau van de professional zullen vaak opgelost moeten worden door de beroepsvereniging. Barrières op het niveau van de organisatie zullen vaak onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbestuurders vallen. Bij het oplossen van barrières op het niveau van het systeem zijn ook andere partijen, zoals de NZA en zorgverzekeraars, van belang. Echter, aangezien de richtlijn vaak enkel wordt geautoriseerd door de (participerende) wetenschappelijke verenigingen is het aan de wetenschappelijke verenigingen om deze problemen bij de andere partijen aan te kaarten.

Implementatietermijnen

Voor “sterk geformuleerde aanbevelingen” geldt dat zij zo spoedig mogelijk geïmplementeerd dienen te worden. Voor de meeste “sterk geformuleerde aanbevelingen” betekent dat dat zij komend jaar direct geïmplementeerd moeten worden en dat per 2022 dus iedereen aan deze aanbevelingen dient te voldoen.

Aanbevelingen

Pijnprotocol op de IC

Pas elke 8 uur bij iedere patiënt tenminste eenmaal scoring van de pijn toe.

- bij wakkere, adequate patiënten door gebruik te maken van zelfrapportage via de numeric rating scale (NRS) of variaties hierop (VAS of SAS)
- bij patiënten met een verminderd bewustzijn door observatie via de Behavioural Pain Scale (BPS) of Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)

Pas op IC geprotocolleerde interventies toe ter behandeling van de pijn op basis van de gemeten pijnscores.

Lichte sedatie op de IC

Pas bij voorkeur lichte sedatie of geen sedatie (RASS +1 tot -2) toe bij patiënten op de IC.

Overweeg diepe(re) sedatie bijvoorbeeld bij patiënten:

- met verhoogde intracraniale druk
- met spierverslapping
- in buikligging
- met multitrauma

Evalueer dagelijks de indicatie wanneer diepe sedatie wordt toegepast en titreer dagelijks de sedatie naar het lichtst mogelijk sedatieniveau.

Analgetica

Gebruik remifentanyl of een (middel-) langwerkend opioïde bij analgosedatie op de IC, afhankelijk van de ervaring en expertise met de beschikbare opioïden.

Overweeg remifentanyl in plaats van (middel-) langwerkende opioïden bij de volgende patiëntengroepen:

- Patiënten met ernstige lever- en nierfunctiestoornissen;
- Patiënten met indicatie voor frequente neurologische controles.

Intraveneuze sedativa op de IC

Sedeer patiënten op de IC met propofol of dexmedetomidine*.

Gebruik midazolam alleen als adjuvans of bij specifieke patiëntencategorieën.

Gebruik dexmedetomidine* bij patiënten met een hoog risico op, of met symptomen van een delier.

*De werkgroep adviseert voorzichtigheid te betrachten bij het gebruik van hoge dosering dexmedetomidine als primair sedativum in de eerste fase van behandeling bij patiënten onder 65 jaar die op de IC opgenomen zijn voor een reden anders dan postoperatief (zie overwegingen).

Inhalatieanesthetica op de IC

Overweeg inhalatie-anesthetica bij patiënten waarbij snel ontwaken wenselijk is, zoals na chirurgie of Out-of-hospital cardiac arrest.

Gebruik inhalatie-anesthetica in plaats van intraveneuze sedatie alleen voor beperkte duur.

Nonfarmacologische interventies

Faciliteer aanwezigheid van naasten bij alle patiënten op de Intensive Care.

Overweeg ten aanzien van naasten:

- Ruime bezoektijden
- Aanwezigheid bij de visite
- Aanwezigheid en/of participatie bij zorg- en mobilisatiemomenten
- Mogelijkheid tot rooming-in
- Mogelijkheid tot aanwezigheid bij procedures en ingrepen (inclusief reanimaties)
- Mogelijkheid van bezoek van (jonge) kinderen op de IC

Overweeg muziek aan te bieden ter bevordering van comfort bij patiënten op de IC. Stem de muziek af op de voorkeuren van de patiënt en observeer de reactie van de patiënt op de muziek.

Vermijd geluid- en lichtoverlast op de IC, in het bijzonder op de patiëntenkamers en reduceer licht 's nachts.

Overweeg het aanbieden van oordopjes en/of oogmaskers, maar wees bewust van de mogelijke nadelen hiervan.

Overweeg het toepassen van patiëntgerichte multicomponente interventies (zoals het aanbieden van oogmasker en oordoppen, muziek en ruimere familie-aanwezigheid op de Intensive Care) bij patiënten op de IC.

Organisatie van zorg

De zorg voor comfort is integraal onderdeel van de reguliere zorg van IC-patiënten en valt onder verantwoordelijkheid van diens hoofdbehandelaar: de intensivist.

Impact op zorgkosten

Veel aanbevelingen brengen geen of nauwelijks gevolgen met zich mee voor de zorgkosten.

Te ondernemen acties per partij

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij kunnen ondernemen om de implementatie van de richtlijn te bevorderen.

Alle direct betrokken wetenschappelijk verenigingen/beroepsorganisaties

- Bekend maken van de richtlijn onder de leden.
- Publiciteit voor de richtlijn maken door over de richtlijn te publiceren in tijdschriften en te vertellen op congressen.
- Ontwikkelen en aanpassen van patiënteninformatie/keuzehulpen.
- Controleren van de toepassing van de aanbevelingen middels audits en de kwaliteitsvisite.

- Gezamenlijk afspraken maken over en opstarten van continu modulair onderhoud van de richtlijn.

De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals

- Het bespreken van de aanbevelingen in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen.
- Het volgen van bijscholing die bij deze richtlijn ontwikkeld gaat worden.
- Aanpassen lokale patiënteninformatie op grond van de materialen die door de verenigingen beschikbaar gesteld zullen worden.
- Afstemmen en afspraken maken met andere betrokken disciplines om de toepassing van de aanbevelingen in de praktijk te borgen.

Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Toevoegen van richtlijn aan Richtlijndatabase. Daarbij opnemen van dit implementatieplan op een voor alle partijen goed te vinden plaats.