

Bijlage Overzicht reacties schriftelijke knelpunteninventarisatie

Genoemde organisatie	1. Zijn er wat u betreft knelpunten rondom Delirium, (Im-)mobilisatie en verstoorde slaap die nog niet geadresseerd worden in het concept raamwerk?	2. Zijn er concept uitgangsvragen opgenomen in het raamwerk waar u zich niet in kan vinden?	3. Welke concept uitgangsvragen hebben voor u de hoogste prioriteit?
ZKN	Dit onderwerp betreft niet de zorg in klinieken, wij zullen ons om die reden onthouden van een reactie		
IGJ	Vanuit de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd zal er geen input worden gegeven. Veel succes met de verdere ontwikkeling.		
NHG	Hartelijk dank voor uw verzoek. Wij hebben uw verzoek intern besproken en helaas besloten af te zien van deelname aan de knelpunteninventarisatie. Reden hiervoor is het tweedelijns karakter van de richtlijn. Hopend u zo voldoende te hebben geïnformeerd.		
ZN	Onze dank voor uw Uitnodiging om deel te nemen aan de schriftelijke knelpuntenanalyse voor de Nederlandse PADIS richtlijn, modules Delirium, (Im-)mobilisatie en verstoorde slaap. Helaas is dit onderwerp te specialistisch om als brancheorganisatie van zorgverzekeraars een nuttige bijdrage te leveren. Uitkomst Wij willen wel graag de uitkomst weten van de (schriftelijke) knelpunteninventarisatie en vernemen t.z.t. graag van u.		

NVIC	Graag laat ik je hierbij nog weten dat wij geen input hebben voor de knelpuntenanalyse.		
NVZ			<p>De richtlijn dient organisatorisch, juridisch en financieel uitvoerbaar te zijn voor alle organisaties voor medisch specialistische zorg (algemene, categorale, topklinische ziekenhuizen, revalidatie-instellingen), zonder ingrijpende consequenties op deze gebieden. Tevens dient rekening gehouden te worden met het verminderen van de regeldruk, evaluatie van de huidige zorg en eventuele andere algemene richtlijnen die de betreffende richtlijn raken. Dit maakt een bijhorend implementatieplan met inzicht in financiële, juridische en organisatorische consequenties noodzakelijk. In de samenvatting van de richtlijn dient het onderdeel organisatie van zorg ook terug te komen. Het is daarbij van belang om ook inzicht te geven in het verschil tussen de huidige situatie en de nieuwe situatie om de impact te kunnen beoordelen. Bij eventuele consequenties en/of knelpunten op het gebied van de implementatie en de uiteindelijke naleving</p>

			<p>van de richtlijn dienen aspecten zoals kosten, veranderde inzet van FTE, IT zaken of anderszins concreet te worden uitgewerkt voor alle soorten organisaties op het gebied van medisch specialistische zorg. Daarbij dient de governance-afspraken van 2019 te worden nagegaan, waarbij nieuwe en te wijzigen richtlijnen worden gecategoriseerd naar impact (categorie 1, 2 of 3) voor de haalbaarheid. Afhankelijk van de categorie dient eventueel een BIA te worden uitgevoerd, met als doel dat alle organisaties de richtlijn kunnen naleven zodra daar toezicht op wordt gehouden. Wij worden graag betrokken bij het vervolg en verzoeken u daarbij een overzicht te verstrekken van de verschillen tussen de huidige en de nieuwe situatie om de impact beter te kunnen inschatten.</p>
VIG	<p>Hartelijk dank voor de uitnodiging voor de schriftelijke knelpuntenanalyse NL PADIS-richtlijn. Vanuit de leden van de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen zijn geen aandachtspunten c.q. knelpunten aangedragen. Wel stellen wij het op prijs in de toekomst bij de conceptrichtlijn betrokken te blijven.</p> <p>Indien u nog vragen heeft kunt u contact opnemen met Annelies Bollen, projectleider:</p>		

	06 13 96 50 85 / a.bollen@innovatievegenees middelen.nl		
NIV	<p>Wat is het effect van het preventief inzetten van non-farmacologische interventies bij IC patiënten op de incidentie en/of duur van een delirium?</p> <p>In welke fase (katabool/anabool?) van de IC opname kan welke vorm van mobilisatie het beste toegepast worden?</p>	nee	<p>1. Welke delirium-screeningsinstrument en zijn het meest geschikt voor dagelijks gebruik bij IC-patiënten?</p> <p>2. Welke medicatie kan het beste gebruikt worden bij de behandeling van een (hyperactief) delirium bij IC-patiënten?</p> <p>3. Wat zijn de (on)gunstige effecten van vroeg-mobilisatie bij IC-patiënten ten opzichte van geen of late mobilisatie?</p> <p>4. Wat zijn de (on)gunstige effecten van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) ten opzichte van op geen vrijheidsbeperkende maatregelen?</p> <p>5. Wat zijn de (on)gunstige effecten van slaapmedicatie ten opzichte van geen slaapmedicatie??</p>
V&VN	Ik heb geen input ontvangen, heb de afdeling V&VN IC en netwerk VS IC een reminder gestuurd. Ik verwachtte nog input van V&VN IC, maar niks ontvangen. Dus bij deze geen input voor de knelpuntenanalyse.		

KNGF	<p>Wat is de rol van (vroeg)mobilisatie bij delirium?</p> <p>Gual N, García-Salmones M, Brítez L, Crespo N, Udina C, Pérez LM, Inzitari M. The role of physical exercise and rehabilitation in delirium. Eur Geriatr Med. 2020 Feb;11(1):83-93</p> <p>Haley MN, Casey P, Kane RY, Dārziņš P, Lawler K. Delirium management: Let's get physical? A systematic review and meta-analysis. Australas J Ageing. 2019 Feb 22</p> <p>Valt mij op dat alle factoren factoren (pijn, analgesie, delier, immobiliteit en slaap) afzonderlijk worden bekeken. Zou mijn voorkeur hebben om ook een vraag te includeren waarin die juist de combinatie (bijvoorbeeld ABCDE(F)-bundel) als interventie terugkomt.</p> <p>Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, Pandharipande PP, Ball JA, Spronk P, Longrois D, Strøm T, Conti G, Funk GC, Badenes R, Mantz J, Spies C, Takala J. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. Intensive Care Med. 2016 Jun;42(6):962-71.</p> <p>Balas MC, Vasilevskis EE, Olsen KM, Schmid KK, Shostrom V, Cohen MZ, Peitz G, Gannon DE, Sisson J, Sullivan J, Stothert JC, Lazure J, Nuss SL, Jawa RS, Freihaut F, Ely EW, Burke WJ. Effectiveness and safety of the awakening and breathing coordination, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility bundle. Crit Care Med. 2014 May;42(5):1024-36.</p> <p>De vraag tav mobilisatie (vraag 3) richt zich nu voornamelijk op timing van mobilisatie, niet op de inhoud van mobilisatie</p>		
------	---	--	--

	<p>terwijl daar ook veel varianten in zijn. Zouden we niet een vraag moeten stellen over de inhoud?</p> <p>Iwashyna TJ, Hodgson CL. Early mobilisation in ICU is far more than just exercise. Lancet. 2016 Oct 1;388(10052):1351-1352</p> <p>Suggestie voor definitie vroegmobilisatie: start binnen 72 uur na intubatie/ICU opname</p> <p>van Willigen Z, Collings N, Richardson D, Cusack R. Quality improvement: The delivery of true early mobilisation in an intensive care unit. BMJ Qual Improv Rep. 2016 Dec 30;5(1).</p>		
--	---	--	--

<p>FCIC en IC Connect</p>	<p>Hoewel er aandacht is in de knelpuntanalyse voor het gebruik van non-pharmacologische interventies, is er geen uitgangsvraag over de invloed van geluid en muziek op delier en het slaap/waak ritme. In het kader van 'stille IC-afdelingen', waarbij de verwachting is dat de ervaren kwaliteit door de patient als hoger wordt beoordeeld, is het zinvol om hier een onderbouwd antwoord te kunnen geven. Is het bijvoorbeeld een investering in verbouw van de patientenkamer/unit waard en kun je muziek inzetten om delier en slaap positief te beïnvloeden?</p> <p>Uitgangsvragen mbt PROMS en PREMS</p> <p>ten aanzien van onderzoeksvraag 1: Wat is de plaats van familieparticipatie tav herkenning van delier tov een screeningsinstrument</p> <p>tav onderzoeksvraag 2: bij outcome: long term effects toevoegen zoals cognition, ICUAW, PTSS, anxiety, depression ook toevoegen Zelf toegebrachte schade (uittrekken infusen, zelf extubatie)</p> <p>tav onderzoeksvraag 3: bij outcome toevoegen: cognition, ICUAW, PTSS, anxiety, depression</p> <p>tav onderzoeksvraag 4: bij outcome: PTSS, Anxiety depression</p> <p>tav 5, 6: idem als als bij vorige vragen</p> <p>tav 7: bij interventie: een persoonskamer</p>	<p>Niet specifiek, enkele suggesties: Wat zijn de (on)gunstige effecten van muziek(therapie) op waak/slaapritme bij patiënten op de intensive care? Wat zijn de (on)gunstige effecten van muziek(therapie) op prevalentie en klachten van een delier bij patiënten op de intensive care? Wat zijn de (on)gunstige effecten van een geluidsarme intensive care omgeving op prevalentie en klachten van een delier bij patiënten op de intensive care?</p> <p>Ten aanzien van alle outcome onderwerpen: niet alleen mortality onderzoeken, maar vooral ook de kwaliteit oven overleven, door de onderwerpen van PICS toe te voegen.</p> <p>Wat wordt er bedoeld met morbidity, dat is nog al een veel omvattende term. Bij delirium is ook de zelf toegebrachte schade belangrijk.</p> <p>tav 10 Dize uitgangsvraag past beter bij de Richtlijn PSA. Deze richtlijn gaat over delirium, immobilisatie en slaap. Qua organisatie van zorg verwacht ik hier eerder een vraag als: welke randvoorwaarden zijn nodig voor preventie van delier, vroegtijdige immobilisatie en een goed dag/nachtritme. Dit kan pas beschreven worden als de uitkomsten van de ander onderzoeksvragen bekend zijn.</p>	<p>1, 4, 7</p> <p>1a en 3 zeker ook relevant, maar is al veel over gepubliceerd. Dus tijd en inspanningen voor deze richtlijn beter op andere punten focussen.</p> <p>1, met toevoegen familieparticipatie ter herkenning van delier, 3,4,7,8,9</p>
---------------------------	--	--	---

	<p>tav 8: PTSS, anxiety, depression toevoegen bij outcome</p> <p>tav 9:PTSS, anxiety, depression</p> <p>Ik ben benieuwd of de mate van sedatie van invloed is op het optreden van delier: lichte tov diepe sedatie Ook ben ik benieuwd of wakker beademd worden van invloed is op het optreden van een delier.</p> <p>De vragen zijn verder prima, behalve dat de outcome zich te veel richt op mortaliteit, morbidity en niet op QOL. Dat vind ik echt een gemiste kans! Op dit terrein liggen mogelijk heel wat kennislacunes, als dat zo is, is dat een belangrijk gegeven.</p> <p>Delier maakt op elke IC-patiënt die het meemaakt, en op de naasten, een onvergetelijke indruk. Patiënten kunnen vaak tot vele jaren later precies beschrijven wat ze in het delier hebben meegemaakt. Dat weten we uit de vaak indrukwekkende verhalen over delier tijdens de IC Cafés'. Ik mis daarom in de planning tijdens de ontwikkelfase een achterbanraadpleging. De drie onderwerpen uit deze richtlijn lenen zich hier erg goed voor. Mocht dit niet begroot zijn: FCIC/IC Connect kunnen bij de Patiëntenfederatie vanuit de KIDZ gelden hiervoor subsidie aanvragen (5000€) en ondersteuning bij de uitvoering. Ik wil hier echt voor pleiten om van deze mogelijkheid gebruik te maken bij deze zeer belangrijke richtlijn.</p>		
--	---	--	--

	Bij patiënteninformatie voor Thuisarts zou ik willen toevoegen: en voor IC Connect.		
--	--	--	--