

## IDECePTivE study

### ICU DELirium in Clinical PracTice Implementation Evaluation Study

19 april 2013

#### Terugblik afgelopen periode:

Voor het internationaal Intensive Care congres in Brussel afgelopen maart zijn twee posters met de gegevens uit onze studie gemaakt, ingediend en geaccepteerd. Zoran mocht deze tijdens het congres presenteren. De abstracts zijn online gepubliceerd in Critical Care; Volume 17; Supplement 2 (P395 en P397); Link:

<http://ccforum.com/supplements/17/S2>

In Maart en April hebben de werkbezoeken voor het bespreken van de resultaten van voormeting, enquêtes en focus groep interviews plaats gevonden. Hierbij is er gekeken naar de belangrijkste uitkomsten en of deelnemende centra de resultaten voor eigen IC herkenbaar vonden. Hiernaast is de verdere planning globaal doorgenomen en de vraag is gesteld of men per centrum wil nadenken wat de rol van de research verpleegkundige in het verdere traject gaat worden. Actief participeren dataverzameling, zich inzetten voor het uitdragen van belang "delirium" binnen eigen team of beide.

Een voortgangsrapportage is begin april naar ZonMw. In het rapport is een overzicht van de resultaten uit de drie deelstudies samengevat met het vermelding dat er wel degelijk een implementatie probleem is m.b.t. de implementatie van de NVIC richtlijn "Delirium op de Intensive Care". Een voorstel hoe dit probleem aan te pakken is ook in dit rapport beschreven. De beoordeling en de reactie vanuit ZonMw wordt medio mei verwacht. Met het positieve oordeel van ZonMw wordt de rest van de subsidie verstrekt wat betekent dat we verder door kunnen gaan met het onderzoek.

Op 11 april is een gezamenlijke bijeenkomst voor alle deelnemende centra gehouden. Helaas konden niet alle betrokkenen aanwezig zijn, maar we waren tevreden met de opkomst en discussies. Het hoofd van de research van het Erasmus MC, Prof. Johan Groeneveld, verpleegkundig afdelings hoofd

Wilbert Borst en de verpleegkundigen Simone Hansler en Peter Muller waren ook aanwezig om bij te dragen aan de inhoud van de discussie. Mocht er toch nog behoefte voor de nader toelichting van de presentatie zijn bij mensen die niet aanwezig zijn geweest zijn we zeker bereid om op korte termijn langs te komen.

#### Verslag bijeenkomst 11 april 2013

Doel van de bijeenkomst was om een overzicht te geven van het werk dat al gedaan is en het met elkaar bediscussiëren van verdere implementatie voorstellen en planning.

Eerst, na een korte introductie (Presentatie deel I – Erwin), is een update gegeven over de stand van zaken rondom delirium en delirium management bij intensive care patiënten (Presentatie deel II – Mathieu). Als basis voor enkele nieuwe inzichten diende de Pain, Agitation, Delirium (PAD) guideline, die naast de NVIC delirium richtlijn belangrijke informatie bevat ([http://www.sccm.org/Publications/Critical\\_Connecti ons/Archives/February2013/Pages/PADGuidelines.aspx](http://www.sccm.org/Publications/Critical_Connecti ons/Archives/February2013/Pages/PADGuidelines.aspx)).

Vervolgens is het implementatie plan, op basis van de eerder verzamelde data, toegelicht (Presentatie deel I – Erwin). Hierbij zijn de afzonderlijke strategieën besproken en hoe dit in het schema voor komende periode past. De bedoeling is om eerst een keuze voor de CAM-ICU of ICDSC per ziekenhuis te maken. Vervolgens vanaf juni tot september met educatieprogramma, wat gericht is op het leren omgaan met de CAM-ICU of ICDSC, bezig te zijn. Op dit moment wordt er aan het samenstellen van het programma en het ontwikkelen van de informatie overdracht vorm gewerkt. Het ontwikkelen van een e-learning module met de theoretische achtergrond, casuïstiek beschrijving en het leren van illustratieve filmpjes zijn de educatie vormen waar op dit moment aan gewerkt wordt. Het verbeteren van kennis over delirium en het operationeel maken van delirium screening heeft de meeste prioriteit tot

september. Hiervoor is het belangrijk om per ziekenhuis een team samen te stellen uit verschillende disciplines die het belang van delirium zal uitdragen. Vanaf september beginnen we aan de nieuwe ronde dataverzameling.

Om een delirium screeningsinstrument te kunnen implementeren is het belangrijk om een goed overwogen keuzen voor een meetinstrument per ziekenhuis te maken. De keuze bestaat uit de CAM-ICU of ICDSC. Volgens de laatste SCCM/PAD richtlijn worden beide meetinstrumenten acceptabel geacht. In een derde presentatie zijn beide meetinstrumenten besproken en de verschillen naast elkaar gezet (Presentatie deel III – Zoran). Hoewel de CAM-ICU iets betere testkarakteristieken heeft (minder vals positieven) zijn er uit ons onderzoek een aantal negatieve reacties over de toepassing van de CAM-ICU naar voren gekomen. Anderzijds zal met de ICDSC iets vaker een patiënt ten onrechte worden bestempeld als delirant. Sommige hebben met kennis en andere met de attitude van de verpleegkundige bij het afnemen van de scores te maken. Voor het afnemen van de CAM-ICU zijn testjes aan het bed (af te nemen door de verpleegkundige) vereist en voor het invullen van de ICDSC kan men met alleen de observaties tijdens de dagelijkse zorg volstaan. **Graag vernemen we jullie keuze het voor 29 april.** Aanvullende informatie bij het maken van een keuze nodig: bel Zoran!

Tot slot is er eerste aanzet tot het beschrijven van de behandel algoritme gedaan (Presentatie deel II – Mathieu). Bij een integraal behandel algoritme staat de vraag of de patiënt pijn heeft op de eerste plaats. Daarna volgt de vraag over het huidige en de gewenste sedatie niveau. Aan het eind wordt de vraag gesteld of een patiënt delirant is (Zie bijlage 1). Dit algoritme is overgenomen uit de PAD richtlijn en biedt een goed handvat voor het geïntegreerd aandacht schenken aan deze belangrijke aspecten van zorg. Ons voorstel vanuit het oogpunt van implementatie is dat een gezamenlijk integraal behandelprotocol met de ruimte voor de individuele invulling op de punten waar het niet anders kan zal worden gehanteerd.

## Discussie punten:

Bij de implementatie worden veel processen genoemd. Hierbij is het belangrijk om al deze implementatie processen goed te kwantificeren om het effect ervan te kunnen vaststellen. Voorbeeld hiervan is: Wie en hoeveel mensen hebben aan de educatie meegedaan?; Hoeveel onderwijs hebben ze gehad (minuten per persoon). Hoeveel face to face / aan bed onderwijs (screening bijvoorbeeld)?

Om draagvlak op de werkvloer te creëren duidelijk het doel, proces en het waarom van de implementatie naar alle betrokkenen communiceren zodat duidelijk is waarom men bepaalde dingen moet doen.

De globale opzet van de implementatie is duidelijk, maar men heeft behoefte aan een duidelijk en afgebakend planning met concreet uitgewerkte informatie over wanneer, wat, hoe, in welke volgorde ect. de activiteiten plaats zullen vinden. Zoran zal een dergelijk stappenplan de komende tijd snel uitwerken.

## Planning komende periode (2013):

Maand	Activiteit
April (voor 29 <sup>ste</sup> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Per ziekenhuis keuze meetinstrument: CAM-ICU of ICDSC.</li> <li>EXPERT teams per ziekenhuis samenstellen; wie dit per ziekenhuis wordt? De verpleegkundigen van expert team zullen de scholing voor eigen team geven (hier is vanuit onderzoek budget voor).</li> <li>Scholing vanaf juni alvast naar eigen voorkeur (kleine groepjes, refereeravonden, etc.) proberen in te plannen. Met name bedoeld om theoretische aanvulling te geven en met casuïstiek te oefenen (in het gebruik van screeningsinstrument).</li> <li>Uitwerking implementatie activiteiten voor implementatie meetinstrument, o.a.:</li> </ul>

	theoretische achtergrond, casuïstiek en video's. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitwerking concrete planning.</li> </ul>
Mei	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operationeel maken van PDMS systeem voor het screenen;</li> <li>• Maken e-learning module;</li> <li>• Start integrale behandelprotocol / algoritme ontwikkeling en aanpassing;</li> </ul>
Juni	Start educatie (artsen / verpleegkundigen)
September (begin)	Officiële afronding implementatie screeningsinstrument en start nameting;

## Tot slot:

Voor eind april zullen we contact met jullie opnemen om de keuze voor het meetinstrument met jullie te bespreken.

Daarna is het voor alle deelnemende ziekenhuizen belangrijk om alvast het invoeren van het meetinstrument in het PDMS (indien van toepassing) met de PDMS / ICT operators te bespreken en een begin met het uitwerken ervan te maken.

Gezamenlijke bijeenkomsten zullen we vaker gaan plannen. Eerst volgende gezamenlijke bijeenkomst willen we in september bij een van deelnemende ziekenhuizen plannen. Wie wil gast-afdeling zijn?

Met vriendelijke groeten,

**Zoran Trogrlić**, onderzoeker

Tel: 010-7030497

e-mail: [z.trogrlic@erasmusmc.nl](mailto:z.trogrlic@erasmusmc.nl)

**Erwin Ista**, projectleider

Tel: 010 – 7037028

e-mail: [w.ista@erasmusmc.nl](mailto:w.ista@erasmusmc.nl)

**Mathieu van der Jagt**, neuroloog-intensivist

(mede-projectleider)

Tel: 010-7030478

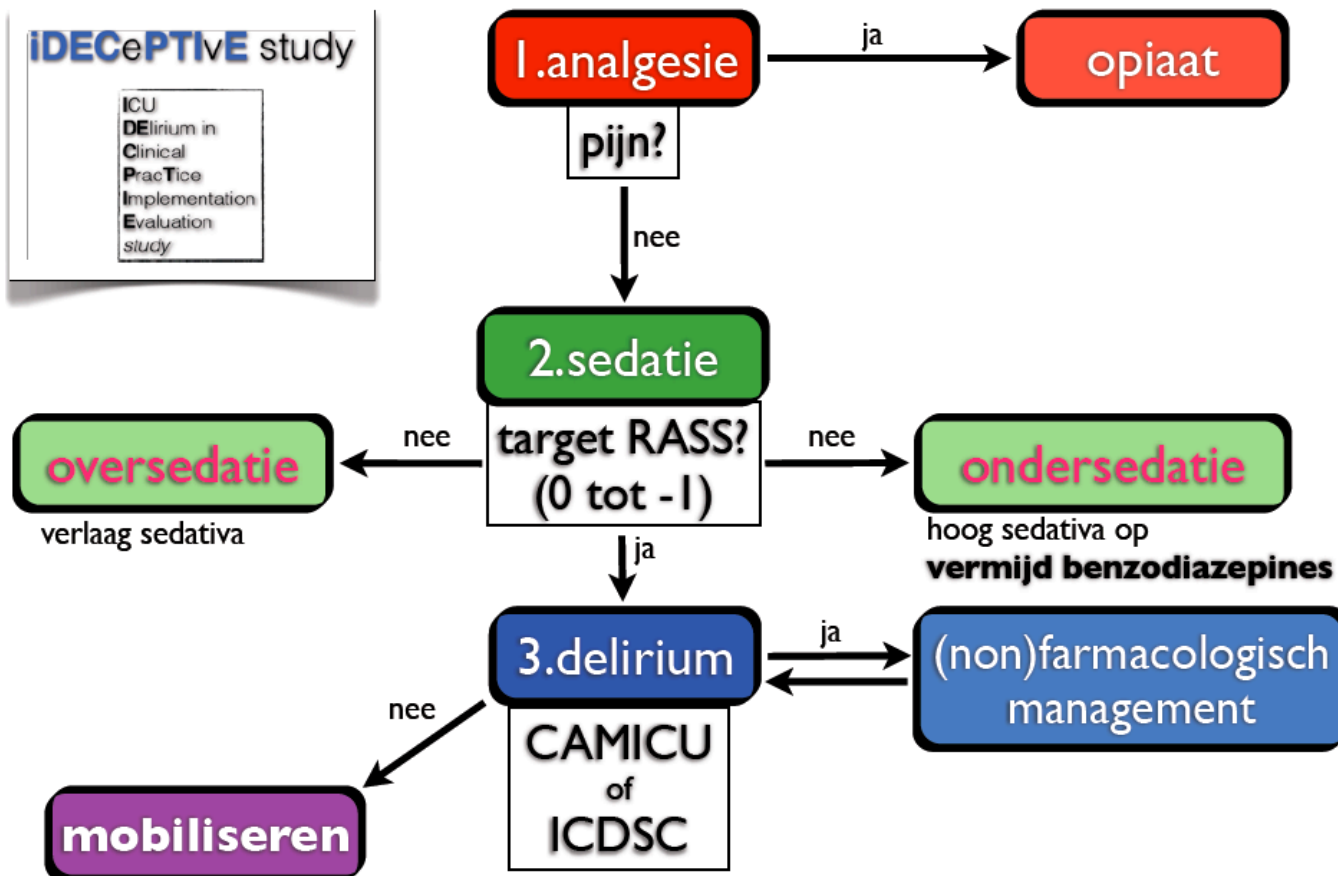
e-mail: [m.vanderjagt@erasmusmc.nl](mailto:m.vanderjagt@erasmusmc.nl)

## iDECePTivE study

ICU DELirium in Clinical PracTice Implementation Evaluation Study

19 april 2013

Bijlage 1:



**INTEGREREN IN DAGELIJKSE VISITE**