

SRI-richtlijn Invasieve beademing

Rapportage knelpunteninventarisatie

Overzicht ontvangen reacties schriftelijke knelpuntenanalyse voor de SRI richtlijn beademing.

Datum : 18 september – 6 oktober 2023

Genodigde partijen:

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ); Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA); Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU); Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG); Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen (NVvA); Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ); Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB); Patiëntenfederatie Nederland (PFNL); Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ); Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG); Zorginstituut Nederland (ZiNL); Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN); Zorgverzekeraars Nederland (ZN); Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN); Sterilisatie vereniging Nederland (SVN); Vereniging Contamination Control Nederland (VCCN); Vereniging van Deskundigen Steriele Medische Hulpmiddelen (VDSMH)

Toelichting doel schriftelijk knelpuntenanalyse:

Het doel van deze schriftelijke knelpunteninventarisatie is om te inventariseren 1) of er concept uitgangsvragen en/of aanbevelingen van de huidige richtlijn zijn waar betrokken partijen zich niet (meer) in kunnen vinden, en 2) welke onderwerpen en/of nieuwe inzichten, die niet worden geadresseerd in het concept raamwerk, betrokken partijen wel opgenomen zouden willen zien in de te ontwikkelen richtlijn.

Vervolgprocedure

In dit verslag treft u het overzicht van de ontvangen input op de schriftelijke knelpunteninventarisatie. Daar waar relevant heeft de werkgroep een korte reactie geformuleerd. Dit verslag zal met de genodigde partijen worden gedeeld. De werkgroep zal de ontvangen input bespreken en waar mogelijk verwerken in het definitieve raamwerk en de conceptringlijn. Waar nodig wordt een prioritering gemaakt (voor de richtlijn is maar beperkt budget en tijd beschikbaar).

Zodra de conceptringlijn gereed is zal deze ter commentaar aan betrokken partijen worden verstuurd. Dit commentaar wordt verwerkt in een voor autorisatie geschikte richtlijn.

Reacties

Van de volgende partijen is een reactie ontvangen:

1. Geen deelname aan knelpunteninventarisatie

Nederlandse Oogheekundig genootschap (NOG)

ALS patiëntenvereniging

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA)

Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)
Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)
Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Vereniging Contamination Control Nederland (VCCN)
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN)
Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)
Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL)
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC)
Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)
Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT)
Vereniging van Deskundigen Steriele Medische Hulpmiddelen (VDSMH)
Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)
Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVKC)
Nederlandse Vereniging voor Arbeidsdeskundigen (NVvA)
Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)
Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)

2. Deelname aan knelpunteninventarisatie

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG)
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)

Knelpunten en/of aandachtspunten, welke nog niet zijn geadresseerd in het concept raamwerk:

Nummer	Organisatie	Nieuwe knelpunten	Reactie
1	NVZ	<p>In het IZA wordt aangegeven dat passende zorg en ontregel de zorg onderdeel zijn van alle bestaande en nieuwe richtlijnen; gelieve hiermee rekening te houden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De richtlijn/kwaliteitsdocument dient organisatorisch, juridisch én financieel uitvoerbaar te zijn. <p>o Voor de verschillende soorten organisaties voor medisch specialistische zorg: algemene, categorale en topklinische ziekenhuizen en voor revalidatie-instellingen. Zonder ingrijpende consequenties op deze gebieden.</p>	<p>De werkgroep zal de genoemde punten meewegen en beschrijven in de richtlijntekst onder de paragrafen 'kosten' en 'Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie'. Deze paragrafen zijn in ieder module beschreven. Ook zal er een implementatieplan worden opgesteld waarin per ontwikkelde module beoordeeld wordt wat eventueel bevorderende en belemmerende factoren zijn voor het naleven van de aanbevelingen en wat eventueel nodig is om de aanbevolen infectiepreventiemaatregelen in Nederland te implementeren. Tevens zal bij de richtlijn conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uitgevoerd of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen.</p>
2	NVZ	<p>- In de samenvatting van de richtlijn/kwaliteitsdocument dient het onderdeel organisatie van zorg terug te komen. Het is daarbij van belang om inzicht te geven in het verschil tussen de huidige en de nieuwe situatie. Met als doel de impact van de aanbevelingen op organisatorische, juridische en financiële aspecten te kunnen beoordelen.</p>	<p>Zie commentaar #1</p>

		<ul style="list-style-type: none">- Een implementatieplan met inzicht in de financiële, juridische en organisatorische consequenties is noodzakelijk om de impact van de aanbevelingen te beoordelen.- Bij eventuele consequenties en/of knelpunten op het gebied van implementatie en naleving van de richtlijn/kwaliteitsdocument dienen aspecten zoals kosten, veranderde inzet van FTE, IT zaken of anderszins concreet te worden uitgewerkt.	
3	NVZ	<ul style="list-style-type: none">• Ook dient de governance-afspraken 2019 (FMS/NFU/NVZ) te worden nagegaan om te beoordelen in welke categorie van haalbaarheid voor de uitvoering van de richtlijn/kwaliteitsdocument in de praktijk valt: categorie 1 (geen impact), 2 (twijfel) of 3 (grote impact). Afhankelijk van de categorie dient eventueel een BIA te worden uitgevoerd. Met als doel dat alle soorten organisaties voor medisch specialistische zorg de richtlijn uiteindelijk kunnen uitvoeren in de praktijk, zodra daar toezicht op wordt gehouden.• Tevens dient de richtlijn/kwaliteitsdocument rekening te houden met het verminderen van regeldruk/administratieve lasten, met de evaluatie van de huidige zorg en eventuele aangrenzende richtlijnen/kwaliteitsdocumenten. <p>Wij worden dus graag betrokken bij het vervolg en verzoeken u daarbij -indien van toepassing- een overzicht te verstrekken van de verschillen tussen de huidige en de nieuwe situatie om de impact beter te kunnen inschatten.</p>	Zie commentaar #1

Uitgangsvragen in het raamwerk waar u zich niet in kan vinden:

Nummer	Organisatie	Uitgangsvraag	Commentaar	Reactie
1	VHIG	3a. Aan welke eisen dient het beademingsapparaat te voldoen?	3a Er is heel veel onduidelijkheid in de praktijk over dit vervangen van het pneumatisch deel. Fabrikanten geven vaak adviezen zoals hier een bacterie/virusfilter zetten dan hoeft dat pneumatisch deel niet vervangen. Of zelfs een filter op het uitademingsdeel zodat je Apparaat schoon houdt(m.i is dat zeker onjuist) 3e1)Ik vraag me af of we bij de huidige beademingsystemen nog condenspotjes moeten willen? Vanuit infectiepreventie m.i altijd een risico. (denk aan onbedoeld los koppelen en kans op spetten)	3a. De werkgroep kan hierover geen uitspraak doen. Conform EU wetgeving zijn de instructies van de fabrikant leidend. 3e1. Er zal systematisch worden gezocht wat de meerwaarde is van het gebruik van verwarmde slangen in vergelijking met niet verwarmde slangen.
2	VHIG	3f. Wat is de plaats van een bacterie-virusfilters op het Y-stuk?	Misschien lees ik niet goed maar ik zie deze zaken niet beschreven? Het is onduidelijk hoe lang een filter bij dezelfde patient gebruikt mag worden dus indien aan de handballon of intermitterende beademing. Mijn advies max 24 uur Het is onduidelijk dat indien de bacterie-virus filter wel 24 uur aan de swivel(laatste stukje voor tube of canule) zit bij continu beademing dat deze dan ook iedere 24 uur vervangen moet.	Het is niet duidelijk waar het advies van maximaal 24 uur op is gebaseerd of welke onderbouwing daarvoor aanwezig is. Voor het gebruik van een bacteriefilter is de instructie van de fabrikant leidend.
3	VHIG	4. Welke maatregelen dienen genomen	4a1)k zou geen aanwijzingen fabrikant willen, sommige fabrikanten geven foute	4a1. De werkgroep kan hierover geen uitspraak doen.

		te worden m.b.t. de beademingsballon voor patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden gebruik?	adviezen waarom hier niet hetzelfde als bij de bovenstaande: Wanneer een ballon geen wegwerp is dan de zin: gesteriliseerd, of thermisch gedesinfecteerd, onder verantwoordelijkheid van de Centrale Sterilisatie Dienst. 4a3 uitwendig met alcohol heeft geen enkele zin. Weghalen. Vervangen voor iets als: de ballon moet tijdens opname patient droog en schoon opgehangen indien visueel vuil naar CSD en schone gebruiken.	Conform EU-wetgeving zijn de instructies van de fabrikant leidend. 4a3. Dit knelpunt zal worden meegenomen in het huidige richtlijn traject.
4	VHIG	7. Welke maatregelen dienen genomen te worden bij het verzorgen van de tracheacanule?	7a5 Het reinigen van binnen canules onder een kraan is zeer effectief en zeker met warm water. Maar vanuit infectiepreventie oogpunt moeten we dit op bepaalde locaties zoals in ziekenhuizen niet meer willen. Het wastafel gebruik wordt afgeraden op IC s. Dus er zou een voorkeur moeten zijn naar disposables dan neem je alle infectierisicos weg. Ook kan er een (thuisbeademings/oudere)methode gebruikt worden met gaasjes/steriel water en wattenstokje.	Dit punt zal in de overwegingen worden meegenomen.
5	VHIG	8a. Welke maatregelen dienen genomen te worden bij het uitzuigen van de bovenste luchtwegen, d.m.v.	Ik vraag me af of in de invasieve beademingswereld er een onderscheid gemaakt wordt door bovenste en onderste luchtwegen. Als je via tube of canule uitzuigt zit je al snel in de onderste en geldt dat bovenste/onderste niet meer	Dit onderscheid wordt gemaakt op basis van de precieze locatie waar afzuiging plaats vindt. Soms is deze bijvoorbeeld

	een speciale tube of nasaal?	<p>8a2 waarom ingewreven ? is het niet gewoon handen worden gedesinfecteerd..</p> <p>8a4 en een chirurgisch neusmondmasker</p> <p>8a5 Patient ogen dicht doen lijkt me niet heel effectief of is daar ergens bewijs van(als je beademingslucht op gesloten ogen krijg is dat ook gevaarlijk)? Je kunt beter zeggen bij afkoppelen zorg dat de beademingslucht van machine naar beneden gericht is niet in gezicht patient en/of medewerkers.</p> <p>8b1 waarom niet een voorkeur voor gesloten uitzuigsystemen? sinds corona worden ze veel gebruikt en is een groot voordeel voor infectiepreventie t.o.v open systemen.(nadeel is dat men soms niet diep genoeg kan)</p>	<p>beperkt tot de mond-keelholte</p> <p>8a2. Dit betreft persoonlijke schrijfstijl en wordt door de werkgroep ter overweging meegenomen tijdens dit richtlijn traject.</p> <p>8a4. Hiervoor verwijzen we naar de PBM richtlijn/algemene voorzorgsmaatregel en.</p> <p>8a5. Deze aanbeveling zal worden aangepast.</p> <p>8b1. Er zal systematisch worden gezocht naar de voorkeur voor een open of gesloten afzuigstelsel.</p>	
6	Nederlandse Vereniging van Revalidatiearts en	8a. Welke maatregelen dienen genomen te worden bij het uitzuigen van de bovenste luchtwegen, d.m.v. een speciale tube of nasaal?	<p>verwijderen luchtwegsecret is het goed te vermelden dat de groep patiënten binnen de (klinische) revalidatie doorgaans beademd worden t.g.v. een restrictieve longfunctiestoornis door verlamming. Hieraan verbonden ontstaat er sputumstase met indicatie voor “long volume recruitment” d.m.v. mechanische insufflatie/exsufflatie (hoestmachine) en airstacken al dan niet met manuele</p>	<p>Deze punt zal waar mogelijk in de overwegingen worden meegenomen bij het huidige richtlijn traject.</p>

hoestondersteuning om een longontsteking te voorkomen.

Aanvullend zien wij binnen de revalidatie bij de (gedeeltelijk) beademingsafhankelijke patient vaak t.g.v. ICU-acquired weakness of (stam)infarct een combinatie van slikstoornis en maagledigingsstoornis met een grote kans op aspiratiepneumonie. Mogelijk kan dit nog worden meegenomen.

Factoren van invloed op implementatie:

Nummer	Organisatie	Factor
1	IGJ	maak de richtlijn leesbaar
2	IGJ	wees duidelijk
3	NVZ	Zie vraag 5
4	VHIG	Per ziekenhuis zijn er verschillen in hoe omgaan met beademing. Fabrikanten spelen een te grote rol. Niet ieder ziekenhuis heeft ventilation practitioners. Deze zouden grote rol in implementatie moeten hebben
5	VHIG	Invasieve beademing gebeurt ook thuis maar begint meestal op IC dus target deze belangengroepen!
6	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen	

Overige suggesties:

Nummer	Organisatie	Opmerking
1	NVZ	Zie vraag 5
2	NVZ	<ul style="list-style-type: none"> • In het IZA wordt aangegeven dat passende zorg en ontregel de zorg onderdeel zijn van alle bestaande en nieuwe richtlijnen; gelieve hiermee rekening te houden. • De kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument dient organisatorisch, juridisch én financieel uitvoerbaar te zijn. <ul style="list-style-type: none"> o Voor de verschillende soorten organisaties voor medisch specialistische zorg: algemene, categorale en topklinische ziekenhuizen en voor revalidatie-instellingen. § Zonder ingrijpende consequenties op deze gebieden. • In de samenvatting van de kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument dient het onderdeel organisatie van zorg terug te komen. <ul style="list-style-type: none"> o Het is daarbij van belang om inzicht te geven in het verschil tussen de huidige en de nieuwe situatie. § Met als doel de impact van de aanbevelingen op organisatorische, juridische en financiële aspecten te kunnen beoordelen. • Een implementatieplan met inzicht in de financiële, juridische en organisatorische consequenties is noodzakelijk om de impact van de aanbevelingen te beoordelen. <ul style="list-style-type: none"> o Bij eventuele consequenties en/of knelpunten op het gebied van implementatie en naleving van de kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument dienen aspecten zoals kosten, veranderde inzet van FTE, IT zaken of anderszins concreet te worden uitgewerkt. • Tevens dient de kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument rekening te houden met het verminderen van regeldruk/administratieve lasten, met de evaluatie van de huidige zorg en eventuele aangrenzende richtlijnen/kwaliteitsdocumenten. • Ook dient de governance-afspraken 2019 (FMS/NFU/NVZ) te worden nagegaan om te beoordelen in welke categorie van haalbaarheid voor de uitvoering van de kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument in de praktijk valt: <ul style="list-style-type: none"> o categorie 1 (geen impact), 2 (twijfel) of 3 (grote impact). § Afhankelijk van de categorie dient eventueel een BIA te worden uitgevoerd. • Met als doel dat alle soorten organisaties voor medisch specialistische zorg de richtlijn uiteindelijk kunnen uitvoeren in de praktijk, zodra daar toezicht op wordt gehouden. <p>De NVZ wordt graag betrokken bij het vervolg en verzoekt u daarbij -indien</p>

		van toepassing- een overzicht te verstrekken van de verschillen tussen de huidige en de nieuwe situatie om de impact beter te kunnen inschatten.
3	VHIG	nee maar is mijn eerste knelpunt analyse dus hoop dat dit de bedoeling was/is?
4	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen	<p>zie niet duidelijk of de richtlijn beademing zich alleen beperkt tot bijvoorbeeld de ziekenhuizen en IC's. Omdat gehandicaptenzorg en Actiz ook zijn betrokken denk ik dat het ook gaat over de beademende patiënt buiten het ziekenhuis.</p> <p>Een belangrijke aanvulling op de samenstelling van de werkgroep lijkt me dan het betrekken van de Centra voor Thuisbeademing in Nederland en / of de VSCA (Vereniging voor Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning).</p>
5	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen	<p>Het valt me op dat in dit document alleen wordt genoemd dat de invasieve beademing zo kort mogelijk moet duren, maar niet hoe dat doel wordt bereikt. Het uitvoeren van SBT's en onder welke voorwaarden (frequentie, timing, op basis waarvan wordt SBT succesvol genoemd, sedatiepauze: welke prikkels worden aangeboden/getolereerd ter delierpreventie) staat hier niet in. Ik zou dat wel verwachten maar ben onvoldoende thuis in de richtlijnen om te weten of dat elders al behandeld wordt. In dat geval moet er uiteraard verwezen worden. Op alle andere onderdelen heb ik onvoldoende inhoudelijke expertise om feedback te kunnen geven.</p>
6	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen	<p>verwijderen luchtwegsecreet is het goed te vermelden dat de groep patiënten binnen de (klinische) revalidatie doorgaans beademd worden t.g.v. een restrictieve longfunctiestoornis door verlamming. Hieraan verbonden ontstaat er sputumstase met indicatie voor "long volume recruitment" d.m.v. mechanische insufflatie/exsufflatie (hoestmachine) en airstacken al dan niet met manuele hoestondersteuning om een longontsteking te voorkomen.</p> <p>Aanvullend zien wij binnen de revalidatie bij de (gedeeltelijk) beademingsafhankelijke patient vaak t.g.v. ICU-acquired weakness of (stam)infarct een combinatie van slikstoornis en maagledigingsstoornis met een grote kans op aspiratiepneumonie. Mogelijk kan dit nog worden meegenomen.</p>
7	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen	<p>Omdat wij reacties via de mail verzamelen en terugkoppelen is het niet overall even duidelijk wat waar in te vullen. Bij commentaarfases gaat dat makkelijker omdat we een commentaarformulier meesturen en onze achterban het commentaar invult bij desbetreffende module etc. Zou fijn zijn als dat bij de knelpunteninventarisaties ook zou kunnen, scheelt een hoop zoeken bij het terugkoppelen wat waar over gaat.</p>