

Verlag Invitational Conference

Datum: 23 mei 2022

Tijd: 19:00 uur – 21:00 uur

Locatie: ZOOM

Aanwezig: Luuk Otterspoor (NVIC, voorzitter), Frank Halfwerk (NVvTG), Sandra Horsten (NVvTG), Jetty van Meeteren (VRA), Marije Saeijs (KNGF), Carlos Elzo Kraemer (NVIC), Annemieke Oude Lansink (NVIC), Judith van den Brule (NVIC), Jolien Bouman (V&VN), Juul van de Steeg (V&VN), Michel de Jong (Perfusionisten NeSECC), Erik Scholten (NVA), Meindert Palmén (NVT), Femke Janssen (Kennisinstituut), José Maas (Kennisinstituut), Nicole Thomaes (stagiaire Kennisinstituut).

Genodigd, maar niet aanwezig: IGJ, NFU, NHG, NVZ (schriftelijk knelpunten aangedragen), PFNL, STZ, NAPA, ZiNL, ZKN, ZN (wil wel graag het verslag ontvangen), VIG (willen wel betrokken blijven), Maquet (fabrikant), Abiomed (fabrikant, schriftelijk knelpunten aangedragen), FCIC/IC Connect, Longfonds, Harteraad, NVVM, NVZA, NVvH.

Opening en voorstelronde

Luuk Otterspoor opent de vergadering en heet iedereen welkom. Er wordt een kennismakingsronde gehouden.

Toelichting doel van de avond en proces richtlijnontwikkeling

Femke Janssen licht het doel van de avond toe en geeft een korte presentatie waarin het proces van richtlijnontwikkeling wordt uitgelegd. Het doel van de avond is het aanhoren van veldpartijen omtrent de ervaring knelpunten in de zorg rondom Extracorporeal Life Support (ECLS), eventuele suggesties of aandachtspunten voor de te ontwikkelen richtlijn en het afbakenen en prioriteren van de aangedragen knelpunten.

Belangrijk is dat de patiënt centraal staat in de richtlijn. De richtlijn beschrijft immers de optimale zorg voor de patiënt, en deze is primair gericht op klinisch gebruik. Richtlijnen worden multidisciplinair ontwikkeld. De verschillende fases van richtlijnontwikkeling worden nader toegelicht.

Aanleiding van de richtlijn, concept-afbakening en inhoudelijke hoofdlijnen

Luuk Otterspoor (voorzitter) ligt de aanleiding en afbakening toe van de richtlijn. In Nederland is er op dit moment nog geen officiële richtlijn voor ECLS volgens de laatste standaarden en de laatste "richtlijn" is dan ook verschenen in 2016. Deze staat niet op de Richtlijndatabase. Er is inzicht vanuit nieuwe trials. Ook dient de nieuwe richtlijn onder meer om bestaande praktijkvariatie kleiner te maken.

Input raamwerk en knelpunten

De aanwezigen worden aan het woord gelaten om hun mening te geven over het conceptraamwerk dat voorafgaand aan de invitational conference is verstuurd. Er wordt hen gevraagd of zij opmerkingen/aanvullingen hebben op beschreven knelpunten, of er knelpunten

zijn waar zij zich niet in kunnen vinden en of zij nog knelpunten missen in het raamwerk (en zo ja, welke).

Abiomed (vertegenwoordiger: Anne Grosheide) heeft schriftelijk knelpunten aangedragen. Deze zijn als volgt:

“Mijns inziens bevat het de belangrijkste knelpunten etc., echter zou ik de uitgangsvraag met betrekking tot IABP en Impella iets breder trekken. Het knelpunt is namelijk unloading, wie moet wanneer unloading krijgen, en wat is hiervoor de beste methode. “Unloading: wie, wanneer en hoe?” Dit zou ik ook meenemen in het weaningsprotocol, wat dient eerst afgebouwd te worden (Inotropes, VA-ECMO, Impella).”

Ook de NVZ heeft schriftelijk knelpunten aangedragen. Deze zijn als volgt:

De richtlijn/kwaliteitsdocument dient organisatorisch, juridisch én financieel uitvoerbaar te zijn.

- *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 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.*
 - *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.*
 - *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.*
 - *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.*

Een overzicht van de besproken knelpunten per aanwezige partij volgt hieronder:

- Algemeen wordt aangegeven dat ECLS wordt ingezet op de intensive care voor ernstig circulatoir **en/of** respiratoir falen, niet alleen voor circulatoir **of** respiratoir falen.
- Vanuit de perfusionisten wordt aangegeven dat het een goed raamwerk is. Wel moeten de drie meest voorkomende terminologieën benoemd worden bij de module(s) over indicatiestelling: bridge to decision, bridge to transplant en bridge to recovery. Ook moet er consensus komen over de terminologie ECMO of ECLS. Dit is een discussie voor de werkgroep.
- De eerste vertegenwoordiger van de NVvTG geeft aan dat de technisch geneeskundigen toegevoegd moeten worden aan de beoogde gebruikers van de richtlijn. Ook wordt ingebracht dat er aandacht moet zijn voor de VVA-ECMO en gecombineerde long- en

nierfalentherapie, en of je meerdere devices moet inbrengen of niet. Wat betreft de organisatie van zorg wordt ingebracht dat het goed is om te kijken naar hoe je ervoor zorgt dat de vaardigheden worden getraind en op zijn plaats blijven. De mobilisatie van ECMO wordt benoemd. Voor de nomenclatuur moet zo veel mogelijk de internationale naamgeving worden aangehouden.

- De tweede vertegenwoordiger van de NVvTG heeft nog als aanvullende punten dat er plaats moet zijn voor het vóórkomen en behandelen van complicaties, middels monitoring van het systeem naast antibiotica en antistolling. Ook het verschil tussen perifere en centrale ECLS moet aan bod komen.
- De vertegenwoordiger van de NVT brengt enkele vragen in: wie canuleert waar? Welke patiënten worden waar behandeld? Wie brengt de canules in? Moeten we open of percutaan canuleren bij VA-ECMO? Er moet dus aandacht zijn voor de canulatiemethoden. Ook benoemt hij LVAD bij VP-ECMO, percutane/chirurgie LVAD canule, protec-duo, de rol van het shock-team, de exit-strategie van de ECMO, en eCPR.
- De vertegenwoordiger van de VRA geeft aan dat er plaats moet zijn voor het mobiliseren van de patiënt: wanneer doen we dit? Zodra het kan, moet er begonnen worden met revalideren.
- De vertegenwoordiger van de KNGF benadrukt het belang van mobiliseren. Wie in het team is verantwoordelijk voor het mobiliseren en op welk moment?
- De eerste vertegenwoordiger van de NVIC sluit zich aan bij het benoemen van de terminologieën: bridge to decision, bridge to transplant en bridge to recovery. Hij zou daar graag de bridge to LVAD aan toegevoegd willen zien voor VA-ECMO. Daarnaast benoemt hij de volgende vragen: wat doen we als de weaning van de ECLS faalt en hoe gaan we dan escaleren? Step-up en step-down? Moeten we unloaden middels een IABP of impella? Welke methoden van unloading zijn nuttig?
- De tweede vertegenwoordiger van de NVIC haalt de internationale richtlijnen aan, zoals de ELSO. Hierin staan opsommingen van wat er mogelijk is zonder conclusies, omdat er weinig kwaliteit is omtrent de keuzes. Ze heeft het gevoel dat we nu alles willen benoemen, maar het moet geen leerboek ECMO worden. We moeten ons richten op de kwaliteit van zorg en de inrichten van deze zorg rondom de patiënt. Het shock-team is daarbij belangrijk.
- De vertegenwoordiger van de NVA sluit zich daarbij aan. De focus moet liggen op de organisatie van zorg. Als het weanen faalt, komt daar een technische kant bij kijken, maar er is ook overleg hierover. Hoe is dit georganiseerd binnen een regio? Er moet goed overleg over plaatsvinden, en daarbij moet er ook een registratie zijn.
- De vertegenwoordiger van de NVT is het daarmee eens. Het moet geen handleiding voor ECMO worden. Kwaliteit ligt ook in de randvoorwaarden. Maar de patiënt moet wel de eerste fase overleven, hoever kunnen we gaan?
- De derde vertegenwoordiger van de NVIC is het daarmee eens, maar geeft ook aan dat er vaak geen bewijs is in de protocollen. Verder stipt zij nog de manier van decanulatie aan, alsook het punt over orgaandonatie aan de ECMO en de manier van escaleren. Wanneer staak je de behandeling en ga je over tot orgaandonatie?
- Beide vertegenwoordigers van de V&VN hebben geen aanvullingen.
- De vertegenwoordiger van NeSECC (perfusionisten) geeft nog aan dat het schoonhouden van de lijnen van belang is, ofwel het steriel houden van insteekopeningen van canulatieplekken. Ook monitoring van het systeem is belangrijk. Het been moet goed zijn doorbloed. Wat moet er minimaal aan doorbloeding plaatsvinden om geen ischemie van het been plaats te laten vinden?

- De vertegenwoordiger van de NVA stipt nog het monitoren op het optreden van complicaties tijdens de tweede fase aan, en daarbij ook de registratie van zorg. Hoe moet de dagelijkse zorg ingericht worden, en daarbij ook de samenwerking met verpleegkundigen en andere specialismen. Hoe brengen we de canules in?
- De vertegenwoordiger van de NVT benoemt tot slot nog een dagelijks MDO voor ECMO patiënten.

Prioritering

Er is ruimte voor 8 modules. We kunnen niet alle knelpunten in de richtlijn verwerken, en daarom moeten onderwerpen geprioriteerd worden.

De volgende vraag wordt gesteld: “waar liggen de prioriteiten het meeste?”

- Beide vertegenwoordigers van de NVvTG: mobilisatie
- Vertegenwoordiger VRA: mobilisatie
- Vertegenwoordiger KNGF: mobilisatie, indicatie en monitoring
- Eerste en tweede vertegenwoordiger NVIC: (lokale) organisatie van zorg (shockteams)
- Derde vertegenwoordiger NVIC: landelijke en regionale organisatie van zorg, en indicatiestelling
- Beide vertegenwoordigers V&VN: organisatie van zorg – randvoorwaarden, indicatiestelling (pre-existent functioneren van de patiënt en comorbiditeiten – patiëntselectie)
- Vertegenwoordiger NeSECC: alle onderwerpen
- Vertegenwoordiger NVA: samenwerking/organisatie van zorg/dagelijkse vormgeving, VA-ECMO
- Vertegenwoordiger NVT: alle onderwerpen, maar vooral de canulatiestrategieën en d(e)canulatietechnieken
- De voorzitter van de werkgroep (NVIC) heeft geen aanvullingen

Vervolgacties

- Werkgroep stelt definitieve raamwerk vast, mede op basis van de resultaten van deze avond
- Een beknopt verslag en het vastgestelde raamwerk worden toegestuurd aan aanwezige partijen
- Alle aanwezige partijen krijgen de conceptrichtlijn voor commentaar

Sluiting

Iedereen bedankt voor de komst. De vergadering wordt gesloten.