

### Bijlage Reacties schriftelijke knelpunteninventarisatie richtlijn Luchtwegmanagement

Er zou een fysieke invitationale conference plaatsvinden op 17 oktober 2022, echter is deze geannuleerd door onvoldoende aanmeldingen. Eind september 2022 is besloten een schriftelijke knelpunteninventarisatie uit te zetten.

Uiterste reactiedatum: 28 oktober 2022

Genodigde organisatie	Uitgenodigd via mailadres	Reactie ja / nee
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	<a href="mailto:richtlijnen@venvn.nl">richtlijnen@venvn.nl</a> ;	ja
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	<a href="mailto:DienstpostbusIGJRichtlijnenMSZ@igj.nl">DienstpostbusIGJRichtlijnenMSZ@igj.nl</a> ;	ja
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)	<a href="mailto:schepers@nfu.nl">schepers@nfu.nl</a> ; <a href="mailto:tijink@nfu.nl">tijink@nfu.nl</a> ;	nee
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	<a href="mailto:kennisdocumenten@nvz-ziekenhuizen.nl">kennisdocumenten@nvz-ziekenhuizen.nl</a> ;	ja
Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ)	<a href="mailto:info@stz.nl">info@stz.nl</a> ;	nee
NAPA (Nederlandse Associatie Physician Assistants) (NAPA)	<a href="mailto:secretariaat@napa.nl">secretariaat@napa.nl</a> ;	ja
Zorginstituut Nederland (ZiNL)	<a href="mailto:mgaasbeek@zinl.nl">mgaasbeek@zinl.nl</a> ;	nee
Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)	<a href="mailto:info@zkn.nl">info@zkn.nl</a> ;	ja
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	<a href="mailto:c.odijk@zn.nl">c.odijk@zn.nl</a> ;	ja
VIG	<a href="mailto:i.hendriks@innovatievegeneesmiddelen.nl">i.hendriks@innovatievegeneesmiddelen.nl</a>	Ja
Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC)	<a href="mailto:secretariaat@nvic.nl">secretariaat@nvic.nl</a> ;	ja
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)	<a href="mailto:nva@anesthesiologie.nl">nva@anesthesiologie.nl</a> ;	nee
Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) (2 reacties)	<a href="mailto:leeuwen@internisten.nl">leeuwen@internisten.nl</a> ;	ja
IC Connect/FCIC	<a href="mailto:voorzitter@fcic.nl">voorzitter@fcic.nl</a>	nee
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)	<a href="mailto:nvvh@heelkunde.nl">nvvh@heelkunde.nl</a> ;	ja
Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)	<a href="mailto:Kwaliteit@nvvc.nl">Kwaliteit@nvvc.nl</a> ;	ja
Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO)	<a href="mailto:kno@kno.nl">kno@kno.nl</a> ;	ja
Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)	<a href="mailto:vereniging@neurologie.nl">vereniging@neurologie.nl</a> ;	nee
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)	<a href="mailto:kwiteit@nvalt.nl">kwiteit@nvalt.nl</a>	ja
Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA)	<a href="mailto:bureau@nvsha.nl">bureau@nvsha.nl</a> ;	nee
Nederlandse Vereniging voor Technische Geneeskunde (NVvTG)	<a href="mailto:info@nvvtg.nl">info@nvvtg.nl</a> ;	nee
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	<a href="mailto:richtlijnen@venvn.nl">richtlijnen@venvn.nl</a> ;	ja

### 1. Zijn er wat u betreft knelpunten rondom luchtwegmanagement die nog niet geadresseerd worden in het raamwerk?

Organisatie	Reactie
NVZ	<p>1. 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.</p> <p>2. 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. Doel is de impact van de aanbevelingen op organisatorische, juridische en financiële aspecten te kunnen beoordelen. Hierbij is een implementatieplan met inzicht in de financiële, juridische en organisatorische consequenties 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.</p> <p>3. De richtlijn/kwaliteitsdocument dient rekening te houden met het verminderen van regeldruk/administratieve lasten, met de evaluatie van de huidige zorg en eventuele aangrenzende richtlijnen/kwaliteitsdocumenten en 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.</p> <p>4. 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> <p>En wij hebben daarnaast het volgende verzoek: Als het verslag van deze knelpunteninventarisatie er is, zouden we graag daarna een apart kort digitaal overleg via Microsoft Teams willen plannen van ca. 30 minuten met u en onze betreffende beleidsadviseur over de mogelijke impact van de richtlijn t.b.v. onze leden. Dit betreft nl. een zgn. cat. 2 governance richtlijn.</p>
NAPA	<p>NAPA/physician assistants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- toevoegen aan de klankbordgroep</li> <li>- bij beoogde gebruikers benoemen</li> <li>- bij organisatie van zorg benoemen</li> </ul>

	<p>"Intubatie bij reanimatie" apart benoemen?</p> <p>Organisatie van zorg: Crew Resource Management (CRM) expliciet benoemen?</p> <p>Indien mogelijk bij keuze van inductiemiddelen vrijheid over laten om te gebruiken wat je goed kent</p> <p>Toevoegen: plaats van vasopressie, vochtinfusie, houding en PEEP in het verminderen van hemodynamische instabiliteit</p> <p>Toevoegen: waarde van thoraxfoto versus andere methoden om bronchiale intubatie uit te sluiten</p> <p>Toevoegen: verplichting tot CO2-meting ter uitsluiting van oesophageale intubatie</p> <p>Toevoegen: tubefixatie?</p> <p>Toevoegen: cuffdruk?</p> <p>Toevoegen: keuze van tubediameter (met het oog op stembandletsel en dysfagie)</p> <p>Toevoegen: maagsonde door neus of mond (met het oog op sinusitis)</p> <p>Toevoegen: hoe te handelen bij can't ventilate, bij can't oxygenate en bij CICO</p> <p>Toevoegen: analgesie?</p> <p>Toevoegen: voorkeur en/of controle intraveneuze toegangen met het oog op awareness?</p>
NVIC	<p>1. Wat is de rol van gastrale echografie rondom intubatie en hoe kan dit het beste meegewogen worden in de stappen van de procedure (toch maagsonde vooraf, type medicatie etc.)? 2. Wat is de rol van hemodynamische optimalisatie voor en rond de procedure om de kans op complicaties te verlagen?</p> <p>3. Wat is de rol van de IC Physician Assistant binnen het luchtwegmanagement op de IC?</p> <p>4. Een mogelijk knelpunt wel of niet verslappen is niet opgenomen.</p>
NIV	Vooralsnog niet.
NIV	Rol van CRM bij de intubatie van de vitaal bedreigde patiënt buiten de OK
NVKNO	Wat is de rol van de KNO arts in beoordeling luchtweg en luchtwegmanagement? Wakkere flexibele intubatie niet geadresseerd? tracheotomie onder lokaal anesthesie niet geadresseerd? Je wilt tot een stroomdiagram komen wanneer bij welk probleem gekozen wordt voor welk type luchtwegmanagement
V&VN	Aangezien het een algemene richtlijn is waar ook gesproken wordt over SEH dan wel andere afdelingen kan het een meerwaarde hebben ook een kopje kind op te nemen, aangezien die soms echt vitaal bedreigd binnen komen en er dan ook gehandeld moet worden, waarbij de anatomie en de onderliggende problemen heel anders kunnen zijn dan bij volwassenen.

## 2. Zijn er concept uitgangsvragen opgenomen in het raamwerk waar u zich niet in kan vinden?

NAPA	Nee
NVIC	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waarom alleen platliggend versus echt zittend en niet juist ertussen in?</li> <li>2. Er wordt gesproken van standaard inductie, maar dat is niet op zichzelf duidelijk: beter is vergelijkingen (met oog op PICO's) te benoemen: X vs Y, of X vs niet X, etc. Inductie cocktail, is een vergelijking die niet cf praktijk is: mida en ketamine is niet perse een obligate combinatie, evenmin als alleen propofol of etomidat. Zuiverder is propofol vs andere of ketamine vs andere, of eto vs andere et cetera. Eventueel in combinatie met toediening van opiaten.</li> <li>3. Vraag over spontaan ademen nu erg gedetailleerd</li> <li>4. De vraag bij welke patiënt tevoren reeds hulp ingeroepen moet worden betekent (i) dat er dus een uitgebreide analyse moet worden gedaan bij welke patiënten het risico heel hoog is op complicaties en (ii) dat er dan ook ondersteuning in de literatuur moet zijn dat het tevoren inroepen van hulp de uitkomst gaat verbeteren. Wellicht is het beter om dit punt te verkleinen tot die patiënten waar het risico op een moeilijke verkrijging van de luchtweg tevoren ingeschat kan worden (en waarbij enig uitstel dus mogelijk is)</li> <li>5. Modules over plan B en C (bijvoorbeeld LMA of spoed chirurgische luchtweg) ontbreken.</li> <li>6. Rapid sequence en Delayed sequence vereisen (mogelijk) ook andere medicatie. Bij de module welke de te gebruiken medicatie beschrijft wordt daar in het raamwerk nu (ogenschijnlijk) geen onderscheid in gemaakt.</li> </ol>
NIV	Niet per se.
NIV	<p>Onderstaande vraag is erg afhankelijk van de setting en de bekwaamheid van de betreffende groep lokaal dat het met ondoenlijk lijkt om dit in een richtlijn te vatten. Bovendien zal buitenlandse literatuur met name m.b.t. SEH-artsen niet te extrapoleren zijn naar de Nederlandse situatie. Wie (welk specialisme) is verantwoordelijk voor luchtwegmanagement van de vitaal bedreigde patiënt buiten de OK-setting?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat is de rol van de anesthesioloog?</li> <li>• Wat is de rol van de intensivist?</li> <li>• Wat is de rol van de SEH-arts?</li> </ul>

### 3. Welke 3 concept uitgangsvragen hebben voor u de hoogste prioriteit?

NVKNO	Zie antwoord vraag 1
NIV	<p>1. Wat is de plaats van videolaryngoscopie versus klassieke laryngoscopie tijdens de intubatieprocedure van de vitaal bedreigde patiënt om de slagingskans van de procedure te verhogen?</p> <p>2. Wat is de plaats van kap-beademing versus passieve oxygenatiemethoden tijdens intubatieprocedure van de vitaal bedreigde patiënt om de slagingskans van de procedure te verhogen?</p> <p>3. Bij welke (vitaal bedreigde) patiënt dient voorafgaand aan de procedure extra hulp opgeroepen te worden om complicaties tijdens de procedure te voorkomen/op te kunnen lossen?</p>
NIV	<p>Wat is de plaats van pre-oxygenatie d.m.v. wel of geen PEEP en/of optiefloor om de slagingskans van de intubatieprocedure van de vitaal bedreigde patiënt te verhogen?</p> <p>Wat is de plaats van kap-beademing versus passieve oxygenatiemethoden tijdens intubatieprocedure van de vitaal bedreigde patiënt om de slagingskans van de procedure te verhogen?</p> <p>Bij welke (vitaal bedreigde) patiënt dient voorafgaand aan de procedure extra hulp opgeroepen te worden om complicaties tijdens de procedure te voorkomen/op te kunnen lossen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat is de plaats van het gebruik van de Macocha tool versus de LEMON methode/standaard procedure bij het maken van de beslissing om voorafgaand aan de procedure extra hulp op te roepen en daarmee complicaties tijdens de procedure te voorkomen/op te kunnen lossen?</li> </ul>
NVIC	<p>1. Videolaryngoscopie versus klassiek</p> <p>2. Kapbeademing versus passieve oxygenatie</p> <p>3. Medicatie gebruikt rondom inductie</p>
NAPA	<p>1. Organisatie van zorg: Wat is de rol van de physician assistant?</p> <p>2. Inductie: alle uitgangsvragen</p> <p>3. Procedure - oxygenatie: beide</p>

#### 4. Welke 3 concept uitgangsvragen hebben voor u de laagste prioriteit?

NAPA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procedure – maagsonde</li> <li>2. Procedure - inductie: spontaan ademend intuberen</li> <li>3. Procedure - handelingen: voerder</li> </ol>
NVIC	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bronchoscopie - als hiermee wakker flexibel wordt bedoeld dan zullen veel aspecten van deze RL hier geen directe betrekking op hebben</li> <li>2. Organisatie van zorg. Het lijkt ons beter om de procedure goed te beschrijven. Hierbij ook de opmerking dat de beoogde gebruikers van de richtlijn nu ook heel veel beroepsgroepen omvat welke nooit daadwerkelijk zelf een patiënt zullen intuberen (denk aan technisch geneeskundigen, neurologen (niet intensivist) etc). Het is goed om dat in de RL zelf nader te specificeren. Ook (vandaar ook onze opmerking) is het de vraag welke beroepsgroepen dan deze intubaties buiten de OK gaan verrichten. Er zullen ziekenhuizen zijn waar SEH artsen niet zelfstandig intuberen op de CSO. Evenzeer zijn er ook ZH waarbij intensivisten niet intuberen buiten de IC behoudens bijvoorbeeld reanimaties op verpleegafdelingen. Dit nu heel expliciet gaan benoemen in deze RL (module Organisatie van zorg) kan verwarrend werken en contraproductief zijn.</li> <li>3. Gebruik van een voerder</li> </ol>
NIV	<p>Wie (welk specialisme) is verantwoordelijk voor luchtwegmanagement van de vitaal bedreigde patiënt buiten de OK-setting?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat is de rol van de anesthesioloog?</li> <li>• Wat is de rol van de intensivist?</li> </ul> <p>Wat is de plaats van het plaatsen van een maagsonde om aspiratie te verminderen tijdens de intubatieprocedure bij de vitaal bedreigde patiënt?</p> <p>Wat is de plaats van het gebruik van een voerder tijdens het intuberen van de vitaal bedreigde patiënt om de slagingskans van de procedure te verhogen?</p>
NIV	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wat is de plaats van bronchoscopie tijdens de intubatieprocedure van de vitaal bedreigde patiënt om de slagingskans van de procedure te verhogen?</li> <li>2. Wat is de plaats van medicatie-cocktail x versus medicatiecocktail y als (standaard) inductiemethode om de slagingskans van de intubatie van de vitaal bedreigde patiënt te verhogen?</li> <li>3. Wat is de plaats van ‘spontaan ademend’ intuberen versus standaard inductie tijdens de intubatieprocedure van de vitaal bedreigde patiënt om de slagingskans van de procedure te verhogen?</li> </ol>

NVKNO	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Wat is de plaats van het plaatsen van een maagsonde om aspiratie te verminderen tijdens de intubatieprocedure bij de vitaal bedreigde patiënt?</li><li>2.</li><li>3.</li></ol>
-------	---

## Overige opmerkingen

IGJ	Vanuit de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd zal er geen deelnemer aanwezig zijn.
NVZ	Dit betreft een zgn. governancecode cat. 2 richtlijn. Bijgevoegd onze zelfde input als gegeven voor de invitation. En ook nu verzoeken wij u -zodra de inventarisatie gereed is- om daarna een apart kort digitaal overleg via Microsoft Teams te plannen van ca. 30 minuten met u en onze betreffende beleidsadviseur over de mogelijke impact van de richtlijn t.b.v. onze leden.
ZKN	Indien artsen werkzaam in klinieken van ZKN willen reageren op onderstaand verzoek zullen zij dit via de eigen beroepsvereniging doen. Vanuit ZKN zal geen inhoudelijke reactie worden gegeven
ZN	Onze dank voor uw Uitnodiging om deel te nemen aan de schriftelijke knelpunten analyse richtlijnontwikkeling Luchtwegmanagement. Helaas is dit onderwerp te specialistisch om als brancheorganisatie van zorgverzekeraars een nuttige bijdrage te leveren. Wij willen wel graag de uitkomst weten van de schriftelijke knelpuntenanalyse en vernemen t.z.t. graag van u.
VIG	Hartelijk dank voor de mogelijkheid commentaar te leveren op de richtlijn Luchtwegmanagement. Excuus voor de late reactie vanuit de VIG, door vakantie hebben wij een achterstand opgelopen en de deadline van 28 oktober gemist. Wij hebben deze uitgezet onder onze leden en geen commentaar ontvangen. Wel stellen wij het op prijs in de toekomst bij de conceptringlijnen betrokken te blijven. Mochten er nog vragen zijn dan kunt u contact opnemen met Carla Vos
NVVC	De commissie Richtlijnen van de NVVC heeft het verzoek voor participatie aan de richtlijn zorgvuldig doorgenomen. Namens de NVVC zullen wij helaas geen input leveren voor deze knelpuntenanalyse. Wij wensen u veel succes met de verdere totstandkoming van deze richtlijn. Mocht u vragen hebben kunt u contact opnemen via <a href="mailto:kwaliteit@nvvc.nl">kwaliteit@nvvc.nl</a> .
NVALT	Dit verzoek is voor de vakantie al eens besproken met de voorzitter van onze commissie kwaliteit. Die geeft aan dat het met name knelpunten zijn gericht op intensivisten en dat de longartsen daar zeer beperkt een rol in spelen. Zijn voorstel is om ons te betrekken bij de commentaarfase, maar dat we onze overbelaste sectie intensive care voor nu niet zullen vragen om iemand af te vaardigen voor de werkgroep. We moeten ergens keuzes maken helaas. Is dat akkoord voor jullie?



V&VN	Verzoek bij relevante V&VN afdelingen uitgezet, maar geen reacties ontvangen. V&VN zal niet deelnemen in de klankbordgroep en aanwezig zijn bij de invitational conference.
------	---