
Bijlage Verslag invitational conference richtlijn Procedurele sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer

Datum : 10-2-2020

Tijd : 17.00 – 20.00

Locatie : Domus Medica, Mercatorlaan 1200, Utrecht (vergadercentrum eerste verdieping)

Aanwezig : Sarton (NVA, voorzitter stuurgroep), Preckel (NVA stuurgroep lid), Krug (NVvH), Rippen (Stichting Kind & Ziekenhuis), van den Berg (IGJ), Luteijn (V&VN), Kouwenberg (NVMKA), Hendriks (NVA), Veenstra (V&VN), Philippen (VBTGG), Brethouwer (NGvA), Kuijpers (NVMKA), Harbers (IGJ), Friederich (NVOG), Heringhaus (NVSHA), Koenders (NVAM), van Vugt (NVvH), Dijkstra (NVOG), Kanninga (NVAVG), Bosker (NVVC), Winters (NVKNO), Klemt-Kropp (NVMDL), Papavoine (NVAM), Van den Boom (NVAM), Depla (NVMDL), Lambreghts – van Marrewijk (VBTGG), Gritters van den Oever (NVIC), Gommers (NVIC), Endeman (NIV), Brons (NVvH), Bons (NVA), Van der Pas (Cobijt), Gielen (NVA), Lamberts (Kennisinstituut), Göthlin (Kennisinstituut), de Groot (Kennisinstituut), Hofstede (Kennisinstituut), Wesselman (Kennisinstituut), den Ouden (Kennisinstituut).

1. Opening & Introductie

Dr. Sarton opent de bijeenkomst om 17.00 uur en heet iedereen hartelijk welkom.

2. Doel van de bijeenkomst en proces richtlijnontwikkeling

Dr. den Ouden geeft een presentatie over het doel van de bijeenkomst en de richtlijn. Doel van de avond is het verzamelen van input van verschillende partijen om uiteindelijk een complete richtlijn op te stellen. Hierbij wordt rekening gehouden met wat de stakeholders belangrijk vinden en wat er leeft. De werkgroep zal uiteindelijk bepalen welke punten wel en welke niet worden meegenomen in de richtlijn. Het zal een multidisciplinaire richtlijn worden, waarbij er extra aandacht is voor de implementatie te verbeteren en welke aansluit op de praktijk en de bestaande zorgprocessen. De stappen in het proces van richtlijnontwikkeling zijn terug te vinden in de presentatie.

3. Terugblik op de richtlijn uit 2012

Dr. Sarton verzorgt een terugblik op de oude richtlijn en hoe deze tot stand is gekomen. Er is lange tijd gedaan over het ontwikkelen van de eerste richtlijn (vanaf 1995) en de implementatie heeft veel voeten in aarde gehad. Het is nu 8 jaar geleden dat de richtlijn is uitgebracht en sindsdien hebben er ook diverse veranderingen plaatsgevonden, o.a. zijn de nuchtertijden aangepast en er wordt niet alleen farmacologisch gesedeerd. Er zijn diverse discussiepunten, bijvoorbeeld de vraag welke competenties zijn er nodig om een kind/volwassene te sederen (of is dat voor deze groepen hetzelfde) en waar worden er sedaties uitgevoerd? Op de IC worden eigenlijk geen procedures gedaan die vallen onder deze richtlijn omdat het geen procedurele sedatie is. Een andere discussiepunt is de vraag hoe het zit met spoedprocedures? Deze procedures ontbreken in deze richtlijn. We

kunnen niet alles herzien uit de oude richtlijn, niet alles hoeft te blijven staan of te worden herzien. Van belang is om goed na te denken over wat er belangrijk is en wat de meeste prioriteit heeft.

4. Resultaten interviews

Als onderdeel van de knelpunteninventarisatie zijn er met zes stakeholders interviews uitgevoerd. Dit zijn partijen die nauw betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van de richtlijn uit 2012. Er is met de volgende zes partijen gesproken: IGJ, NVMDL, NVSHA, NVIC, NVK, NGvA. Van elk interview is een geanonimiseerd verslag gemaakt. Een samenvatting hiervan worden opgenomen in de richtlijn.

Dr. Janke de Groot, adviseur van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten presenteert de resultaten van de interviews (zie presentatie). Gevraagd wordt met welke patiëntgroepen de aanwezigen zich bezighouden. Grootste groep aanwezigen houdt zich met name bezig met PSA bij volwassenen, een kleine groep met kinderen en nog kleinere groep met IC.

5. Wat zijn de huidige knelpunten?

Na de presentatie wordt er gediscussieerd over knelpunten aan de hand van stellingen en over de implementatie van de richtlijn.

Deze stellingen zijn:

1. Langdurige sedatie op de IC valt wel onder de reikwijdte van deze richtlijn.
2. Ongeplande procedures vallen onder de reikwijdte van deze richtlijn.
3. Er vinden weinig incidenten plaats binnen de PSA zorg in Nederland.

Alle aanwezigen zijn het er over eens dat langdurige sedatie op de IC niet onder de reikwijdte van deze richtlijn valt. Ongeplande procedures vallen wel onder de reikwijdte van de richtlijn. Dit is cruciaal voor de MDL, cardiologie en traumatologie omdat zij hier regelmatig mee te maken hebben. Het is ook belangrijk voor de mensen die alleen geplande procedures doen, er kan altijd iets ongeplands gebeuren.

Er is discussie over de stelling over incidenten, afhankelijk van de definitie, is ongeveer de helft van de aanwezigen het eens met de stelling en andere helft oneens. Incidenten kunnen ook zijn dat er te weinig PSA wordt toegepast (traumatisch voor patiënt) of onvoldoende effect/niet het gewenste effect bereiken. Incidenten die wellicht later een complicatie veroorzaken worden vrijwel zeker niet gerapporteerd. Vervolgens wordt er gevraagd of PSA-zorg in Nederland goed is georganiseerd? De aanwezigen reageren verdeeld op deze vraag, de helft zegt dat de PSA-zorg goed is georganiseerd, de andere helft van de aanwezigen is het hier niet mee eens.

Met de publicatie van de PSA-richtlijn in 2012 is er een hele grote stap gemaakt in de verbetering van de zorg. We kunnen in Nederland nog steeds verbeteren maar in het

algemeen is het goed georganiseerd. Sedatiecommissie in de ziekenhuizen werken goed en in samenwerking met anesthesie afdeling. Er is een betonblok van veiligheid ingebouwd, dat is gelukt en dat is iets om trots op te zijn. We gaan nu verder met het verbeteren. Verbeterpunten die genoemd worden o.a. de combinatie lichte en diepe sedatie is niet goed georganiseerd (andere unit, andere personen die er bij betrokken zijn), sedatiediepte is lastig binnen bij kinderen en gehandicaptenzorg, opleiding sedatiespecialist focust zich op volwassenen (geldig in één ziekenhuis).

Tot slot wordt er gevraagd wat de aandachtspunten m.b.t. implementatie. De volgende onderwerpen worden genoemd:

- Capaciteit sedatiespecialisten (bedrijfseconomisch)
- Duidelijke rol landelijk begeleidingscommissie (positie en gezag), communicatie met WV-en en de sedatiecommissies in de ziekenhuizen
- Organisatorische implementatie (subgroep kinderen binnen ziekenhuis)
- Wanneer is het pijnstilling en wanneer procedurele analgesie
- Vele pagina's van de richtlijn maken het multi-interpretabel: praktijkboekje per vakgebied/specialisme ontwikkelen, zodat niet iedereen een eigen interpretatie aan de richtlijn geeft.
- Uniformiteit over de ziekenhuizen heen, voordeel lokale sedatiecommissies in de ziekenhuizen, richtlijnen zijn geen kookboek. Kader geven, gebaseerd op de (waarschijnlijk zwakke) literatuur, waar op locatie afspraken gemaakt kunnen worden.
- Plek voor de lichte sedatie met eigen bevoegdheden (tandarts) in de komende richtlijn.

SESSIES SUBGROEPEN (Volwassenen, Kinderen & IC-patiënten)

6. Knelpunten in subgroepen

Er worden verschillende subgroepen gemaakt, deze subgroepen zullen zich richten op een van de drie onderwerpen van de richtlijn PSA.

7. Terugkoppeling subgroepen

Samenvatting Knelpunten in subgroep kinderen

Discussie heeft plaatsgevonden over welke knelpunten belangrijk zijn in de praktijk, en er is een prioritering gemaakt:

1. Behoeftte aan multidisciplinaire Pijnteam op kinderafdelingen
2. Behoeftte aan overzicht beschikbare (nieuwe) middelen
Comfortbenadering van de patiënt vs enkel pijn
PSA buiten het ziekenhuis
Competenties/bevoegdheid PSA bij kinderen
3. PSA bij acute zorg op de SEH en bij spoedingrepen
Tijd/capaciteit voor PSA
Registratie van incidenten/calamiteiten
4. PSA bij kinderen met EMB

5. Nuchter-beleid bij PSA

Patiënteninformatie ontwikkelen niet alleen voor ouders, maar ook voor het kind zelf (ook op thuisarts.nl)

De groep bespreekt dat een paradigmashift naar comfort benadering veel gevolgen heeft voor de bestaande modules waarvan veel uitgangsvragen geen antwoord zullen geven op bovenstaande onderwerpen.

Samenvatting Knelpunten in Volwassenen 1

Discussie heeft plaatsgevonden over welke knelpunten belangrijk zijn in de praktijk, en er is een prioritering gemaakt:

1. Acute ingrepen protocol (ASA 3-4; incl. keuzehulp afwegen voor- en nadelen)
2. Juridisch kader
3. Opleiding en competenties sedatiegevende
4. Complicaties: definitie en registratie
5. Richtlijn sedatie buiten het ziekenhuis
6. Beschikbaarheid PSA-dienst
7. Implementatie: o.a. financiering
8. Sedatie zonder beschikbaarheid anesthesioloog
9. Veilig lachgas (protocol + voorwaarden ruimten)
10. Duur van sedatie en monitoring
11. Lichte sedatie protocol
12. Indicaties per vakgebied
13. Rechten patiënt (o.a. pijnloze en comfortabele behandeling)
14. Keuze sedatiemiddelen voor behandelaar
15. Behoeftte aan research
16. Supervisie aantal locaties per anesthesioloog

De groep bespreekt dat het de voorkeur heeft dat de richtlijn volwassenen hetzelfde format krijgt als die voor kinderen.

Samenvatting Knelpunten in Volwassenen 2

Discussie heeft plaatsgevonden over welke knelpunten belangrijk zijn in de praktijk, en er is een prioritering gemaakt:

Van meest belangrijk naar minst belangrijk

1. Opleiding, hoe kan men bekwaam worden.
2. Kwetsbare groepen (geriatrie, gehandicaptten)
3. PSA buiten kantoortijden
4. Transmurale afstemming
5. Implementatiedraagvlak
6. Nazorg (verkoeper, begeleiding, thuis)
7. Eenduidige complicatieregistratie
8. Monitoring en duur van de sedatie

9. Sedatie buiten ziekenhuis

Samenvatting Knelpunten in subgroep IC-patiënten

Discussie heeft plaatsgevonden over belangrijkste knelpunten in de praktijk, de huidige richtlijn (wat kan behouden blijven, wat kan komen te vervallen en wat moeten we toevoegen) en er is een prioritering gemaakt.

1. (nieuwe) Middelen (dexmethomidine, moderne opiaten, rol ketamine)
Prioritering middelen o.b.v. EBM/personalised medicine
Continue sedaties in het kader van interventie of interventieel
2. Delier (relatie met benzo's), aansluiten bij internationale richtlijn PADIS
Niet-farmacologische benadering (o.a. muziek)
3. Afbakening richtlijn: niet buiten IC (tenzij?)
Definitie: sedatie en analgesie → (P)SA
Rol kinderIC / NICU
Spoed sedaties&analgesie buiten de OK/IC
4. Opleiding en CRM (artsen en verpleegkundigen)
5. Orale (pijn)medicatie (metamizol)
6. Epiduraal / locoregionaal
7. PRIS
8. Meer aandacht voor lichte sedatie

Ook werd nazorg nog genoemd als een belangrijke module, maar is (nog) niet opgenomen in bovenstaande lijst. Post Intensive Care Syndroom (PICS) in relatie tot (P)SA.

Module over inhalatieanesthetica bij PSA op de IC kan komen te vervallen.

De modules over pijnscore, sedatiescore en sedatieprotocol behoeven waarschijnlijk geen aanpassingen.

8. Vervolgprocedure

Het verslag van deze avond worden verspreid, en er is gelegenheid tot commentaar of aanvullingen hierop. De werkgroep zal alle besproken knelpunten bespreken, en een prioritering moeten maken (voor de richtlijn is maar beperkt budget en tijd beschikbaar, dus er zal een keuze gemaakt moeten worden). Met deze prioritering wordt het raamwerk voor de richtlijn opgesteld. Alle aanwezigen ontvangen de overwegingen voor prioritering en het raamwerk.

Als de conceptrichtlijn gereed is zal deze ter commentaar aan alle genodigden worden verstuurd, er is dan gelegenheid commentaar/suggesties te leveren. Dit commentaar wordt verwerkt in een voor autorisatie geschikte richtlijn.

9. Sluiting

Dr. Sarton bedankt alle aanwezigen bedankt voor hun komst en actieve participatie.