

Bijlage Terugkoppeling knelpunteninventarisatie

In december 2021 is een knelpuntenanalyse uitgevoerd om knelpunten in kaart te brengen voor nierfunctievervangende therapie bij kritisch zieke IC-patiënten. Aan de hand van het conceptraamwerk is aan belanghebbende partijen het volgende gevraagd:

1. Zijn er wat u betreft knelpunten rondom nierfunctie-vervangende therapie bij kritisch zieke IC-patiënten die nog niet geadresseerd worden in het conceptraamwerk?
2. Zijn er concept uitgangsvragen opgenomen in het raamwerk waar u zich niet in kan vinden?
3. Heeft u nog andere suggesties ten aanzien van de richtlijn?

Conceptraamwerk als basis voor de knelpuntenanalyse

1. Wat is de optimale timing om te beginnen met continue nierfunctie-vervangende therapie (CRRT) bij kritisch zieke patiënten op de intensive care (IC)?
2. Wat is de optimale dosering van CRRT bij kritisch zieke patiënten op de IC?
3. Wat is de optimale timing om te stoppen met CRRT bij kritisch zieke patiënten op de IC?
4. Organisatie van zorg, wordt nog bepaald

Genodigden

IGJ (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd); NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra); NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap); NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen); Patiëntenfederatie Nederland; STZ (Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen); V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland); NAPA (Nederlandse Associatie Physician Assistants); ZiNL (Zorginstituut Nederland); ZKN (Zelfstandige Klinieken Nederland); ZN (Zorgverzekeraars Nederland); Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen; Nederlandse Vereniging voor Cardiologie; Nederlandse Vereniging voor Heelkunde; Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie; Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie; Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; Nederlandse Vereniging voor Intensive Care; Nederlandse Internisten Vereniging; FCIC/IC Connect; Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN).

Ingebrachte punten

| Vraag/opmerking | Reactie van de richtlijnwerkgroep |
|--|---|
| Knelpunten nog niet in het concept raamwerk: 1. Wat is de beste modaliteit nierfunctie-vervangende therapie bij kritisch zieke patiënten op de IC: CVVH, CVVHD of CVVHDF? 2. Wat is de optimale dosering van citraatantistolling bij CVVH(DF)? | Modaliteit en antistolling worden door de werkgroep erkend als knelpunten. Deze hebben een plaats gekregen in de module over filteroverleving: Wat is de plaats van interventies om de filteroverleving te verbeteren bij kritisch zieke patiënten met continue nierfunctievervangende |

| | |
|---|---|
| | therapie? Deze vraag komt in de plaats van de stopcriteria. |
| <p>Als patiënt onderga je de acute situatie voornamelijk. Op de IC zijn daarom enkel de volgende ervaren knelpunten benoemd gericht op dialyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Er zit verschil tussen iemand die al bekend was met dialyse en acuut aan de dialyse komt. Stem je informatie daarop af. * De naaste(-n) zijn ook zeer ongerust en worden nauwelijks geïnformeerd. Wijs hen bij acute dialyse eventueel op betrouwbare websites waar ze meer informatie kunnen vinden (bijvoorbeeld Thuisarts, Nieren.nl.) <p>Wat algemene knelpunten betreft op de IC, zijn de volgende knelpunten benoemd (wellicht wordt dit al in een andere richtlijn geadresseerd?):</p> <ul style="list-style-type: none"> * Er wordt over de patiënt (heen) gesproken. Niet met de patiënt. Het is heel onduidelijk wat er met je gaat gebeuren, wat ze gaan doen. Dit geeft een onveilig gevoel. Het is wel nodig , ook al denkt het zorgpersoneel dat je versuft bent door de morfine; je krijgt het toch allemaal mee. * Er wordt onderling door de zorgverleners ook gediscussieerd over de aanpak waar je bij bent. Dit versterkt het onveilige gevoel. * Je bent ook totaal het besef van tijd kwijt. Klok met datum, dag, nacht en tijd is behulpzaam op de IC, ipv een ouderwetse ronde wijzerklok. | <p>De werkgroep erkent het belang van deze punten. De meeste zijn echter niet specifiek voor nierfunctievervangende therapie, maar zijn veel algemener: hoe wordt er op de IC omgegaan met patiënten?</p> <p>Om de toegang tot informatie te verbeteren, wordt bij deze richtlijn ook patiëntinformatie ontwikkeld voor Thuisarts. Waar van toepassing kan ook verwezen worden naar andere reeds bestaande informatie, zoals nieren.nl.</p> |
| <p>Deze richtlijn richt zich op dialyse op de IC. Maar wat als je nog wel dialyseert bij ontslag van de IC. (welllicht in een andere richtlijn geadresseerd?). Bij overgang naar de verpleegafdeling is belangrijk:</p> <p>Als je al dialyseert voordat je op de IC terecht kwam:</p> <ul style="list-style-type: none"> *op de verpleegafdeling moet je direct een contactpersoon hebben met verstand van dialyse. Je wilt weten hoe je ervoor staat, wat het plan verder is. <p>Als je onbekend was met dialyse voor opname op IC:</p> <ul style="list-style-type: none"> *dat je op een afdeling komt, waar ze gericht op zoek kunnen naar de oorzaak. * dat er aandacht is voor angsten en zorgen en het leven van de patiënt. Dialyse heeft een enorme impact op het leven. Als er niet open en individueel over gesproken wordt door een zorgverlener met verstand van zaken, is het voor de patiënt een worsteling met algemene informatie, waar je toch naar op zoek gaat. (andere genoemde hulpmiddelen: pen en papier om vragen te noteren, betere open vragen stellen door zorgverleners) | <p>De werkgroep is het eens met deze punten en gaat in de module organisatie van zorg beschrijven hoe de follow-up na de IC dient te worden georganiseerd voor patiënten die nierfunctievervangende therapie hebben gehad op de IC.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>*ook later, na ontslag uit het ziekenhuis, kan contact met mensen die acuut aan de dialyse zijn gekomen na de IC mogelijk behulpzaam zijn. (genoemd: IC-café)</p> <p>In het algemeen geldt:</p> <p>* voorkom dat de patiënt onderlinge frustraties bemerkt van de zorgverleners. Stem goed af met de patiënt. Vaak wordt dit veroorzaakt door sterke hiërarchie. Dit geeft een onveilig gevoel, terwijl je toch al kwetsbaar bent en je herstel het meest belangrijk is.</p> | |
|---|--|

Definitief raamwerk

| Module | Uitgangsvraag |
|--------|--|
| 1 | Wat is de optimale timing om te beginnen met continue nierfunctievervangende therapie (CRRT) bij kritisch zieke patiënten op de intensive care (IC)? |
| 2 | Wat is de optimale dosering van CRRT bij kritisch zieke patiënten op de IC? |
| 3 | Wat is de plaats van interventies om de filteroverleving te verbeteren bij kritisch zieke patiënten met CRRT? |
| 4 | Organisatie van zorg: <ul style="list-style-type: none"> • Hoe kan de continuïteit van CRRT worden geborgd? • Hoe dient de follow-up na nierfunctievervangende therapie te worden vormgegeven? |