

# anesthesioloog de anesthesioloog



- **Herstructurering: verkiezingen ledenraad in aantocht**

Ook u kunt zich kandidaat stellen! **pag 5**



- **Veilig melden, beroepsgeheim en verschoningsrecht versus waarheidsvinding**

Is het melden van incidenten wel zo veilig? **pag 6**



- **Liong Liem ontvangt de "Hassenbusch Prize"**

100% score examen World Institute of Pain. **pag 14**

# anesthesi

En verder: Wetenschap: Conceptdenken • Perioperatieve overbruggingsstrategie bij patiënten die orale anticoagulantia gebruiken • Verwisseling van en bij patiënten en de gevolgen voor de anesthesioloog • Op weg naar eenduidige patiënteninformatie • Geschiedenis: De memoires van Willem Hekman (1914-1997) • Aios strafbaar of niet • Anesthesiologendagen in beeld • Wat verder ter tafel komt • Uw mening gevraagd over het PACU Standpunt

2 e a a n k o n d i g i n g

## Congres van de Sectie Pijngeneeskunde

van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie  
in samenwerking met de Vlaamse Anesthesiologische  
Vereniging voor Pijnbestrijding en  
de Landelijke Vereniging voor Pijnverpleegkundigen

**Thema:**  
**Toekomst van de pijngeneeskunde**

Vrijdag 26 november 2010: Nascholing en diner  
Zaterdag 27 november 2010: Congres

**NH Koningshof · Veldhoven**



## Redactieraad

J. Klein  
K.S.A.E. Liem  
J.W. Kallewaard  
C.J. van Oort  
S.A.B. Gijtenbeek

## Correctie

The Language Lab

## Redactie

Sandra Gijtenbeek

## Druk

Graficiënt Printmedia, Almere

De NVA Nieuwsbrief is een officieel orgaan van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en wordt maximaal zesmaal per jaar gratis aan de leden toegezonden.

Deadline inzenden kopij voor volgende Nieuwsbrief:  
29 november 2010

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie  
opgericht 6 april 1948

## Bureau NVA

Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

## Correspondentieadres

Postbus 20063  
3502 LB Utrecht

## Telefoon

030 282 3385 Algemeen nummer  
030 282 3855 Patricia Liem  
030 282 3387 Janine Spruit  
030 282 3270 Sandra Gijtenbeek  
030 282 3880 Marjolein Swinkels  
030 282 3378 Judith van Oudheusden  
030 282 3386 Ronald Hortensius  
030 282 3868 Martine Teeuwisse

## Fax

030 282 3856

## E-mail:

nva@anesthesiologie.nl

## Website

www.anesthesiologie.nl



<b>Voorwoord</b>	4
<b>Herstructurering: verkiezingen ledenraad in aantocht</b>	5
De herstructurering van de NVA en de vernieuwde statuten zijn tijdens de ledenvergadering in mei aangenomen. Nu is de tijd aangebroken dat wij daadwerkelijk zullen 'omgaan'. Dit betekent verkiezingen! <i>Patricia Liem</i>	
<b>Veilig melden, beroepsgeheim en verschoningsrecht versus waarheidsvinding</b>	6
Sinds enkele decennia worden in Nederlandse ziekenhuizen incidenten gemeld bij commissies met als doel het verbeteren van de patiëntveiligheid. De commissies analyseren deze incidenten en treffen zo nodig naar aanleiding daarvan verbetermaatregelen. <i>Eva Koetsier, Kenneth Jap-A-Joe</i>	
<b>Op weg naar eenduidige patiënteninformatie</b>	10
De werkgroep Minimale dataset bevindt zich in afrondende fase. De set is klaar, nu de implementatie nog.	
<b>Perioperatieve overbruggingsstrategie bij patiënten die orale anticoagulantia gebruiken</b>	11
In 2009 verscheen de richtlijn "Diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie van arteriële trombose". Hierin wordt onder andere het perioperatieve beleid rondom orale antistolling beschreven. Omdat er met name veel vragen zijn rondom de overbruggingsstrategie, heeft de richtlijncommissie gemeend hier aandacht aan te schenken. <i>Mw.dr. Ankie Koopman-van Gemert</i>	
<b>Verwisseling van en bij patiënten en de gevolgen voor de anesthesioloog</b>	14
Verwisseling van en bij patiënten is een thema dat bij sommigen onder ons de reactie oproept: "Dat zal mij nooit overkomen" en gelukkig komt het ook maar heel weinig voor. De gevolgen zijn echter vaak verstrekkend. <i>Mw.dr. Ankie Koopman-van Gemert</i>	
<b>Wetenschap: Conceptdenken</b>	16
Interview met drs. Chris Doornebal, Nederlands Kanker Instituut – Antonie van Leeuwenhoekziekenhuis (NKI-AVL) en afdeling Anesthesiologie van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam. <i>Mw.dr. Christa Boer</i>	
<b>Liong Liem ontvangt de "Hassenbusch Prize"</b>	18
De "Hassenbusch Prize" van het World Institute of Pain is uitgereikt aan de Nederlandse anesthesioloog Liong Liem (Antonius Ziekenhuis Nieuwegein). Hij behaalde een 100% score! <i>Prof.dr. Maarten van Kleef</i>	
<b>Sectie Intensive Care</b>	20
De intensive care heeft het afgelopen jaar veel te maken gehad met discussies rondom kwaliteit. <i>Brigitte Westerhof</i>	
<b>Geschiedenis: De memoires van Willem Hekman (1914-1997)</b>	
De handgeschreven memoires van Willem Hekman, bij leven anesthesioloog in Rotterdam, werden de Commissie Geschiedenis onlangs toegezonden door de echtgenote van een van zijn Rotterdamse collega's van het eerste uur, Joop Wolff. <i>Hans Pöll</i>	
<b>Veelbelovend programma en diner!</b>	24
De sectie Cario-anesthesiologie organiseert op 12 en 13 november een themaweekend. <i>Prof.dr. Leon Aarts</i>	
<b>Sectie Neurologie als 'expert-panel'</b>	25
Informatie over de activiteiten van de sectie. <i>dr. Markus Klimek</i>	
<b>Aios strafbaar of niet</b>	27
Verlag van de succesvolle CAGA-sessie tijdens de Anesthesiologendagen 2010 <i>Carine Vossen, CAGA</i>	
<b>Anesthesiologendagen in beeld</b>	28
Verlag in beeld van de Anesthesiologendagen 2010	
<b>Wat verder ter tafel komt</b>	31
Promoties Overleden	
<b>Uw mening</b>	31
PACU Standpunt	
<b>NVA-agenda</b>	32

# Voorwoord

## VERKIEZINGSTIJD

---

Sinds de anesthesiologendagen ben ik in functie als voorzitter van de NVA. Het zijn woelige tijden, ook voor de anesthesiologen. Ik beschouw het als een mooie uitdaging leiding aan onze vereniging te geven in deze periode. In Maastricht heb ik een aantal speerpunten benoemd aangaande het toekomstig beleid. In dit voorwoord wil ik verder ingaan op deze punten, maar ook op landelijke thema's.

De herstructurering van de NVA en de vernieuwde statuten zijn tijdens de ledenvergadering in mei aangenomen. Nu is de tijd aangebroken dat wij daadwerkelijk zullen 'omgaan'. Dit betekent verkiezingen! Met de samenstelling van het nieuwe toezichthoudende orgaan van de vereniging (de ledenraad) begint de daadwerkelijke omvorming van de vereniging. Elk lid kan zich kandidaat stellen om als afgevaardigde van zijn eigen kieskring gekozen te worden in de ledenraad. Voor alle duidelijkheid, de kieskringen zijn bepaald naar aanleiding van de werkplek: vrijgevestigd anesthesiologen, anesthesiologen werkzaam in dienstverband niet-academisch, anesthesiologen werkzaam academisch en de aios. Ieder lid mag stemmen binnen zijn eigen kieskring en deze verkiezingen zullen in oktober en november plaatsvinden. In deze *de anesthesioloog* kunt u hierover meer lezen. Het overgangsbestuur van de vereniging zal de komende drie jaar gefaseerd vervangen worden. Tot slot is in het hele proces van herstructurering een grote verandering te verwachten op ons verenigingsbureau. Met de komst van twee nieuwe beleidsmedewerkers zullen wij in staat zijn de processen binnen de vereniging sneller te laten verlopen. Ook kunnen we door een 'zwaarder' bureau beter inspelen op de toenemende eisen vanuit de maatschappij op het gebied van kwaliteit en veiligheid, bijvoorbeeld via de diverse indicatoren en richtlijnen. Na de herstructurering verwachten we een vereniging te zijn die beter en sneller kan inspelen op de actualiteit en waarbij de inspraak van de leden (via de kieskringen en hun afgevaardigden) beter gewaarborgd is. Ik hoop ook dat de herstructurering zal leiden tot hernieuwd elan bij onze leden. Het is essentieel dat ook veel nieuwe leden zich willen inzetten in de commissies en de vernieuwde structuur van de vereniging om al het werk dat op ons afkomt te kunnen blijven verrichten.

Een onderwerp dat steeds meer tijd vraagt van de vereniging en het bestuur in het bijzonder is de media. Bijna wekelijks krijgen we vragen van de schrijvende pers of van radio en tv om te reageren op allerlei aan ons vak gerelateerde onderwerpen. Ook individuele leden worden regelmatig door lokale media benaderd met allerlei vragen. Ik vind het enorm belangrijk dat we de komende jaren intensief werken aan een media-protocol voor onze vereniging in de breedste zin van het woord. Uiteindelijk moeten wij ons mediabeleid dusdanig op orde hebben dat wij niet langer reactief maar pro-actief zijn. Ik ben ervan overtuigd dat met een goede mediastrategie wij ons bovendien als dé (enige) perioperatieve specialist kunnen profileren. Actuele zaken die de aandacht van de anesthesiologen op dit moment opeisen zijn er voldoende. We zullen stelling moeten nemen in de brede, door het ministerie van VWS aangezwengelde discussie over taakherschikking versus taakverschuiving, ook binnen ons vakgebied. Verder wordt er volop gewerkt aan de herziening van de richtlijn "Intensive Care" en de opleidingseisen IC. De TOP 2 en 3 rapporten zullen binnenkort worden afgerond, net als de richtlijn "Procedurele sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer". Ook het rapport over de PACU is afgerond en dient een vervolg te krijgen. Last but not least enkele woorden over de positie van de medisch specialisten in Nederland en de discussies over onze honoraria. Samen met de andere wetenschappelijke verenigingen, de Orde en de stichting Bezorgd blijven we strijden tegen de negatieve beeldvorming van specialisten in de media en blijven we op zoek naar een acceptabele honorering. We proberen u zoveel mogelijk op de hoogte te houden via onze website.

*Werk aan de winkel dus! Op weg naar de toekomst zou ik willen zeggen.*

*Jan Willem Kallewaard, voorzitter*



## Herstructurering

# Verkiezingen ledenraad in aantocht

Patricia Liem, Commissie Herstructurering

Sinds de ledenvergadering van 20 mei, waarin de toekomstige statuten zijn aangenomen, heeft de Commissie Herstructurering hard gewerkt om de nieuwe structuur per 1 december a.s. in werking te kunnen laten treden. Een doorkijkje:

- Alle volgens de statuten verplichte reglementen worden ontworpen (huishoudelijk reglement, sectiereglement, kringreglement, kiesreglement, commissiereglement en directiereglement), zodat deze binnen de nieuwe structuur kunnen worden vastgesteld.
- Alle huidige organen van de vereniging worden heringedeeld volgens de nieuwe structuur (zelfstandige commissie, bestuurscommissie, sectie of kring). Daarbij wordt ook de taakstelling en samenstelling herbeschouwd. Binnenkort ontvangt elk orgaan hierover nader bericht.
- Aanpassing van de ledendatabase voor het inrichten van kieskringen.
- Een inventarisatieronde is uitgezet voor het verkrijgen van de juiste contactgegevens (mailadres, werkadres), zodat de verkiezingen via de mail kunnen verlopen en iedereen aan de juiste kieskring wordt toegewezen.
- Er wordt hard nagedacht over hoe de verkiezingen elektronisch kunnen worden uitgezet, waarbij ook aan alle voorwaarden wordt voldaan (geen dubbele stemming, goede controlemogelijkheden).

### TESTMAIL

Half juli is een testmail verzonden aan het volledige ledenbestand om te toetsen of we op deze manier iedereen konden bereiken. Daaruit bleken zo'n 100 mailtjes niet aan te komen. Slechts een half procent van het mailbestand, maar wel veel werk voor het bureau om alsnog de correcte mailadressen te achterhalen. Uiteraard roepen wij u dringend op eventuele wijzigingen direct aan ons door te geven!

Leuk is te vermelden dat er diverse enthousiaste reacties zijn ontvangen op de testmail, die ook




Foto: Shutterstock

wat actuele items van de website onder de aandacht bracht. Gesuggereerd werd regelmatig op deze manier relevante informatie te verspreiden. Aangezien dit een interessante tussenvorm is tussen de website en het blad "Anesthesioloog", zullen we dit zeker overwegen. Graag bevelen wij aan de website regelmatig te bezoeken, aangezien daar de meest actuele informatie verschijnt.

### VERKIEZINGEN

Misschien wel het spannendste van het hele voortraject van de herstructurering zijn de verkiezingen van de ledenraad. Volgens planning roepen wij in oktober kandidaten op zich aan te melden, zodat we in november de verkiezingen kunnen houden. Heeft u wel belangstelling voor een zetel in de ledenraad? Wordt het moeilijk de beschikbare zetels te vullen of wordt het juist moeilijk een keuze te maken uit het grote aantal belangstellenden? En dan... de daadwerkelijke stemming: wij hopen oprecht dat u vol overtuiging uw stem uitbrengt op uw voorkeurskandidaat binnen uw kieskring.

Maar bovenal hopen wij dat de hele herstructurering zal bewijzen dat wij met elkaar een goede keuze hebben gemaakt, en dat uw vereniging gaat functioneren als slagvaardiger en strategisch sterke organisatie. 

# Veilig melden, beroepsgeheim en verschon

Eva Koetsier, Kenneth Jap-A-Joe, Commissie Juridische Zaken

**Sinds enkele decennia worden in Nederlandse ziekenhuizen incidenten gemeld bij commissies met als doel het verbeteren van de patiëntveiligheid. De commissies analyseren deze incidenten en treffen zo nodig naar aanleiding daarvan verbetermaatregelen.**

**E**r zijn verschillende benamingen voor deze commissies. MIP-commissies zijn doorgaans centraal gepositioneerd op instellingsniveau, terwijl de nieuwere DIM- of VIM-commissies op afdelingsniveau werken. Hoewel de hulpverleners een morele en juridische plicht hebben om incidenten te melden,<sup>1</sup> wordt slechts een deel van de incidenten daadwerkelijk gemeld. Dit komt bijvoorbeeld doordat veel hulpverleners het gevoel hebben dat er toch niks met de melding wordt gedaan en door de angst om door een meerdere op het matje geroepen te worden. Het niet melden kan verder nog veroorzaakt worden door het gevoel dat melden niet 'veilig' zou zijn. Veilig melden houdt in dat de melding niet mag leiden tot maatregelen tegen de melder en dat de meldingsgegevens niet mogen worden gebruikt in juridische procedures tegen de melder.<sup>2</sup>

In tegenstelling tot meldingsgegevens van incidenten worden medische dossiers regelmatig gebruikt in juridische procedures. Omdat de arts een geheimhoudingsplicht heeft, moet de patiënt hiervoor wel toestemming geven. In de Wet Big is het beroepsgeheim als volgt verwoord: 'Een ieder is verplicht geheimhouding in acht te nemen ten opzichte van al datgene wat hem bij het uitoefenen van zijn beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg als geheim is toevertrouwd, of wat daarbij als geheim te zijner kennis is gekomen of wat daarbij te zijner kennis is gekomen en waarvan hij het vertrouwelijke karakter moest begrijpen.<sup>3</sup> Wanneer ook andere personen rechtstreeks bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn, mag de arts zijn plicht tot geheimhouding ten aanzien van hen doorbreken. De toestemming van de patiënt wordt dan verondersteld.<sup>4</sup> Uit het beroepsgeheim vloeit voor de arts het verschoningsrecht voort. Het verschoningsrecht houdt in dat de arts zich tegenover de rechter kan verschonen

## Begrippen

MIP	Melding Incidenten Patiëntenzorg
DIM	Decentraal Incidenten Melden
VIM	Veilig Incidenten Melden
Incident	Iedere onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, (nog) kan leiden of had kunnen leiden.
Calamiteit	Iedere niet beoogde of onverwachte gebeurtenis bij zorg, behandeling en verblijf van patiënt, die tot de dood of ernstig schadelijk gevolg heeft geleid of nog zal leiden.

van het afleggen van een getuigenis indien hij daarmee zijn beroepsgeheim zou schenden.<sup>5</sup> Het lijkt hier te gaan om een recht van de arts maar in feite heeft de arts de plicht tot verschonen. Hij moet het geheim van de patiënt beschermen.<sup>6</sup>

In dit artikel zullen wij naar aanleiding van recente jurisprudentie en wetgeving ingaan op de volgende twee vragen: 1) in hoeverre is het melden van incidenten veilig? en 2) kan een hulpverlener zich beroepen op het verschoningsrecht om zich te vrijwaren van onderzoek naar de eigen rol via de patiëntgegevens?

## VEILIG MELDEN

Ten eerste zullen wij ingaan op de vraag in hoeverre het melden van incidenten veilig is. De Rechtbank Zwolle-Lelystad oordeelde in december 2007 dat een echtgenoot van een overleden patiënt het recht had om een verslag van de MIP-commissie in te zien.<sup>7</sup> Patiënte was na een sanering van de neusbijholten onder algehele anesthesie niet meer ontwaakt. Blijkens een vervolgens met spoed vervaardigde CT-scan was er sprake van

# ingsrecht versus waarheidsvinding

een intracraniale bloeding. Zij is een dag na de operatie overleden. Het verzoek om inzage in de MIP-melding door de echtgenoot werd door de Rechtbank Zwolle-Lelystad toegekend met als hoofdargument dat het ziekenhuis het patiëntendossier niet goed had bijgehouden. Volgens de Rechtbank Zwolle-Lelystad had de echtgenoot een rechtmatig belang om te weten wat er precies gebeurd was, aangezien patiënte geheel onverwacht en onverklaard na een operatie was overleden. Omdat het recht van de echtgenoot op informatie niet via het patiëntendossier kon worden gerealiseerd, was het volgens de rechter onredelijk de echtgenoot inzage in de MIP-gegevens te ontzeggen. Aan het belang van de echtgenoot om op de hoogte te raken van de feiten werd in deze zaak dus een zwaarder gewicht toegekend dan aan het belang van het ziekenhuis dat hulpverleners veilig moeten kunnen melden. Hoewel de redenering van de rechtbank wel te volgen is, kwam door deze uitspraak het systeem van 'veilig melden' onder druk te staan. Dat dit niet bevorderlijk was voor de bereidheid van de hulpverleners om vaker incidenten te melden, spreekt voor zichzelf.<sup>8</sup>

## PERIBULBAIRE BLOKKADE


In een uitspraak van het Gerechtshof Leeuwarden in december 2008 was er opnieuw sprake van een verzoek om overlegging van de MIP-gegevens.<sup>9</sup> Het ging in deze zaak om een peribulbaire blokkade door een anesthesioloog, die ervan werd beschuldigd door onzorgvuldig handelen hierbij een oogbolperforatie te hebben veroorzaakt. Patiëntes vordering tot schadevergoeding werd in eerste aanleg afgewezen. In hoger beroep heeft patiënte, met een beroep op de Zwolse uitspraak, gesteld dat het ziekenhuis aanvullende informatie diende te verstrekken, waaronder de MIP-melding. Het Gerechtshof Leeuwarden verwierp de redenering van de Zwolse rechtbank. Het verklaarde dat 'het vertrouwelijk kunnen melden van incidenten in een ziekenhuis ter voorkoming van herhaling en derhalve ter bevordering van de kwaliteit van de zorgverlening maatschappelijk van zeer groot



Foto: Shutterstock

belang is'. Het hof redeneerde dat elke uitzondering op de veiligheid van de melder een bedreiging vormt voor de effectiviteit van een goed functionerend meldsysteem en dat de belangen van de individuele patiënt dan moeten wijken. Het hof gaf dus geen toestemming tot inzage in de MIP-melding.

## MIP-GEGEVENS

In een vergelijkbare casus in juli 2009,<sup>10</sup> waarin wederom door een patiënt geëist werd om MIP-gegevens in het geding te brengen, wees de rechtbank Arnhem eerst op artikel 843a Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering. Volgens dit artikel kan een patiënt een afschrift vorderen van 'bescheiden aangaande een rechtsbetrekking waarin zij partij is'. Dit zou dus betekenen dat alle patiënten een afschrift kunnen vorderen van meldingsgegevens die betrekking hebben op hen-zelf. Echter, volgens lid 4 van dit artikel geldt 

hiervoor een uitzondering indien er sprake is van 'gewichtige redenen' en 'indien redelijkerwijs aangenomen kan worden dat een behoorlijke rechtsbedeling ook zonder verschaffing van de gevraagde gegevens is gewaarborgd'. De rechtbank concludeerde dat lid 4 van toepassing was. Zij oordeelde, evenals het Gerechtshof Leeuwarden in de hierboven genoemde zaak, dat het belang van een goed werkend kwaliteitszorgsysteem in de gezondheidszorg zwaarder diende te wegen dan het individuele belang van eiser, hoe zwaarwegend ook. Daarbij nam de rechtbank in aanmerking dat geen sprake leek te zijn van ernstige lacunes in het medisch dossier en dat alle betrokkenen inmiddels als getuigen hadden verklaard over de wijze waarop de patiënt was behandeld. Volgens de rechtbank kon dus op dat moment redelijkerwijs worden aangenomen dat een behoorlijke rechtsbedeling ook zonder verschaffing van de MIP-gegevens was gewaarborgd. Echter, de rechtbank voegde hieraan toe dat indien in een later stadium van de procedure zou blijken dat toch sprake zou zijn van een lacune in de informatieverstrekking, dan op dat moment zou kunnen worden bezien of er aanleiding zou zijn om deze beslissing te heroverwegen. Wij kunnen hieruit concluderen dat telkens de vraag moet worden gesteld of er sprake is van adequate dossiervoering. Indien er geen adequate dossiervoering is en er ook op een andere manier niet voldoende informatie verkregen kan worden over het incident, mogen alsnog de meldingsgegevens worden gebruikt in de juridische procedure.

### **Hoewel de patiënt geen inzage heeft in de meldingsgegevens, heeft deze wel recht op informatie over het incident.**

#### **WETSVORSTEL**

In het conceptwetsvoorstel Wet Cliëntenrechten Zorg (WCZ) wordt de grens tussen de bescherming van veilig melden en het belang van de waarheidsvinding duidelijker afgebakend.<sup>11</sup> Het wetsvoorstel bepaalt uitdrukkelijk dat de meldingsgegevens van incidenten niet tot bewijs mogen worden gebruikt in een civielrechtelijke, strafrechtelijke, bestuursrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure. Hierop wordt echter een uitzon-

dering gemaakt indien er naar aanleiding van een calamiteit of incident een strafrechtelijk onderzoek naar een misdrijf is ingesteld. De KNMG heeft in haar commentaar op dit wetsvoorstel opgemerkt dat deze uitzondering te ruim is.<sup>12</sup>

Het heeft de voorkeur van de KNMG om geen uitzondering op te nemen voor het strafrecht óf een striktere formulering te gebruiken.<sup>13</sup> Hopelijk zal de wetgever het wetsvoorstel aanpassen naar aanleiding van dit commentaar. Uitzonderingen op veilig melden zullen namelijk altijd ten koste gaan van de meldingsbereidheid.

Hoewel de patiënt geen inzage heeft in de meldingsgegevens, heeft deze wel recht op informatie over het incident. Het recht van de patiënt op informatie dat in artikel 448 van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is geregeld houdt ook in het recht op informatie over fouten.<sup>14</sup> Ook het conceptwetsvoorstel Wet Cliëntenrechten Zorg bepaalt dat de hulpverlener de patiënt moet inlichten over incidenten die merkbare gevolgen hebben (of kunnen hebben) voor de patiënt en dat de hulpverlener er een melding van moet maken in het dossier.<sup>15</sup>

#### **VERSCHONINGSRECHT**

De tweede vraag die wij ons gesteld hebben, die betreffende het verschoningsrecht, zullen wij beantwoorden met behulp van een uitspraak van de Hoge Raad in oktober 2008.<sup>16</sup> Het ging in de betreffende zaak om een ziekenhuis dat zijn beklag deed tegen inbeslagneming van het medisch dossier zich beroepende op zijn verschoningsrecht. Het betrof een patiënte met de spierziekte dystrofia myotonica die een paar weken na een pacemakerimplantatie klachten had van 'zich niet goed voelen' en 'erge moeheid'. Zij werd in het ziekenhuis uitgebreid onderzocht waarna zij, tot haar verbazing, naar huis werd gestuurd. Later op die dag verslechterde haar toestand dermate dat er een ambulance werd gebeld. Reanimatie door haar echtgenoot en het ambulancepersoneel mocht niet meer baten en patiënte is buiten het ziekenhuis overleden. In opdracht van de officier van justitie werd er gerechtelijke sectie verricht. De patholoog gaf aan dat sprake was van massale longembolie naast een groot recent hartinfarct. Wegens het ontbreken van klinische gegevens was het volgens de patholoog niet mogelijk om eventueel medisch

falen aan te tonen dan wel uit te sluiten. De familieleden waren akkoord met de verstrekking van de gegevens aan justitie. Het ziekenhuis gaf echter het medisch dossier niet vrij, waarop het openbaar ministerie het dossier in beslag nam. Het ziekenhuis stelde dat de inbeslagneming van het dossier onrechtmatig was, aangezien deze gegevens onder het medisch beroepsgeheim zouden vallen. Het stelde dat het een (van de arts afgeleid) verschoningsrecht had. De Hoge Raad gaf het ziekenhuis hierin geen gelijk en oordeelde dat de toestemming van de nabestaanden en daarmee de veronderstelde toestemming van de betrokkene zwaar moest wegen. De Hoge Raad volgde de redenering van de rechtbank: 'Degene die zich tot een hulpverlener wendt, moet erop kunnen vertrouwen dat in geval van een ernstig vermoeden van onzorgvuldig medisch handelen met voor de patiënt ingrijpende of fatale gevolgen, hiernaar een objectief en zo volledig mogelijk onderzoek wordt ingesteld.' De Hoge Raad stelde dat een verdenking van dood door schuld gepleegd door een arts tegen zijn patiënt zeer uitzonderlijke omstandigheden opleverde waardoor het verschoningsrecht moest wijken voor het belang van de opsporing.<sup>17</sup>

Terugkerend op de twee vragen die wij ons gesteld hebben, kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- 1 Het melden van incidenten is veilig, mits aangenomen kan worden dat er sprake is van adequate dossiervoering. Ontwikkelingen voortvloeiend uit het wetsvoorstel Wet Cliëntenrechten Zorg (WCZ) kunnen afbreuk doen aan de veiligheid van melden.
- 2 Een verschoningsgerechtigde die verdacht wordt van een strafbaar feit tegen zijn patiënt kan rekenen op een afwijzing van een beroep op het verschoningsrecht. Het verschoningsrecht is geen 'eigen' recht van de hulpverlener om zich te vrijwaren van onderzoek naar de eigen rol via de patiëntgegevens. Het is een recht met een ander doel. Namelijk de hulpverlener in staat stellen zijn plicht, de bescherming van het geheim van de patiënt, te handhaven.



#### Literatuur

- 1 *Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?* KNMG, april 2007, p. 3; MT Groningen 19 januari 1990, TvGR 1991/21. Zie ook Leenen H.J.J., Dute J.C.J., Kastelein W.R.; *Handboek gezondheidsrecht, deel II, Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, 2008, Bohn Stafleu van Loghum, p. 69.
- 2 *Beleidsdocument Veilig Melden*, februari 2007. Zie [www.knmg.nl/publicaties](http://www.knmg.nl/publicaties).
- 3 Artikel 88 Wet BIG, zie ook artikel 457 WGBO en artikel 272 Wetboek van Strafrecht.
- 4 *De gegevensverstrekking moet noodzakelijk zijn voor de door de anderen te verrichten werkzaamheden*, artikel 457 lid 2 Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst.
- 5 Artikel 165 lid 2 sub 2 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering; artikel 218 Wetboek van Strafvordering.
- 6 Leenen H.J.J., Gevers J.K.M., Legemaate J.; *Handboek gezondheidsrecht, deel I, Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, 2007, Bohn Stafleu van Loghum, p. 235.
- 7 *Rechtbank Zwolle-Lelystad 20 december 2007*, TvGR 2008/12.
- 8 Crul B.V.M., Legemaate J., *Veilig melden onder druk*, *Medisch Contact* 6/2008: p. 231-232; van der Wal G., *'Veilig melden in de gezondheidszorg'*, TvGR 2008, p. 337-342.
- 9 *Hof Leeuwarden 9 december 2008*, TvGR 2009/12.
- 10 *Rechtbank Arnhem 8 juli 2009*, TvGR 2009/32.
- 11 *De Wet Cliëntenrechten Zorg zal een aantal wettelijke regelingen, waaronder de WGBO, de Wet klachtrecht en de Kwaliteitswet zorginstellingen vervangen*.
- 12 *Zie de reactie van de KNMG op de consultatieversie van de Wet Cliëntenrechten Zorg d.d. 21 april 2009*.
- 13 *In deze striktere formulering moet dan o.a. zijn opgenomen dat de uitzondering alleen geldt indien de gegevens niet op andere manieren kunnen worden verkregen*.
- 14 Artikel 7:448 Burgerlijk Wetboek; Legemaate J., *Open en eerlijk – Omgaan met klachten en fouten*, *Medisch Contact* 2003, 1128-1139; Legemaate J., *Patiënteneiligheid en patiëntenrechten*, 2006, Bohn Stafleu van Loghum; Legemaate J., Van Eerdingen J.J.E., Kievit J., Stappers J.W.M., *Openheid over fouten in de gezondheidszorg*, NTvG 2007, 319-321.
- 15 Artikel 24 wetsvoorstel Wet Cliëntenrechten Zorg.
- 16 HR 21 oktober 2008, TvGR 2009/9, GJ 2009/10.
- 17 Zie ook Duijst W.L.J.M., *Kroniek rechtspraak strafrecht*, TvGR 2009/7.

## Werkgroep Minimale dataset in afrondende fase

# Op weg naar eenduidige patiëntinformatie

Tekst: Sandra Gijtenbeek

De werkgroep Minimale preoperatieve dataset werd in 2007 in het leven geroepen nadat in 2006 bleek dat zonder database de prestatie-indicatoren niet ingezet konden worden voor kwaliteitsbeleid.

**D**e werkgroep formuleerde in een plan van aanpak twee doelstellingen: het mogelijk maken dat een patiënt die gescreend is in ziekenhuis A anesthesie kan krijgen in ziekenhuis B; en het mogelijk maken dat ten minste de op dit moment bekende en gevalideerde risicomodellen kunnen worden berekend. Hoewel ambitieus, is het streven van de werkgroep het uiteindelijk invoeren van een landelijke standaard voor het vastleggen van preoperatieve patientengegevens. Door standaardisatie wordt de betrouwbaarheid van gegevens vergroot en kan er sneller en professioneler gewerkt worden. Het uitgangspunt bij het samenstellen van de set was een zo volledig mogelijke, maar ook een zo kort mogelijke dataset samen te stellen die gebaseerd is op diagnoses en niet op klachten van de patiënt. De dataset is inmiddels gereed en te downloaden via de website.

Op de vraag hoe het komt dat anesthesiologen hierin vooroplopen antwoordt Wilton van Klei (werkgroeplid): "Wij zijn specialisten die geconfronteerd worden met veel verschillende soorten specialismen en hebben dus behoefte aan standaardisatie van patiëntengegevens. Je wilt snel een indruk krijgen en niet allerlei verschillende statussen moeten doorbladeren en verschillende omschrijvingen moeten interpreteren."

Al snel na de oprichting van de werkgroep ontstond de samenwerking met dr. Ronald Cornet. Cornet werkt in het AMC op de afdeling Klinische informatiekunde. De dataset van de werkgroep was voor hem een uitgelezen kans om te onderzoeken of de set gekoppeld kon worden aan SNOMED CT\*. SNOMED CT is een internationaal terminologiestelsel dat speciaal is ontwikkeld om medische gegevens eenduidig

vast te leggen. Voor meer dan 90% kon de door de werkgroep gedefinieerde set vertaald worden naar SNOMED CT-coderingen.

"Nu is de vraag", legt Wilton uit, "hoe we de set kunnen aanbieden zodat mensen er ook wat mee kunnen. We willen graag op korte termijn met Nictiz\* en ICT-leveranciers om de tafel gaan zitten om een implementatiestrategie te bespreken. Wellicht zijn er mogelijkheden om de dataset als module aan te bieden die compatibel is met de bestaande ICT van ziekenhuizen."

De dataset kan tevens worden gezien als een aanvulling op de richtlijn "Preoperatief proces". De richtlijn beschrijft de elementen en de verantwoordelijkheden van het preoperatieve proces, en de dataset beschrijft de wijze waarop de preoperatieve gegevens kunnen worden vastgelegd. De dataset kan dus als instrument worden ingezet bij de uitvoering van de richtlijn.

Meer informatie over de dataset, de werkgroep en Nictiz vindt u op de website via de homepage.

### \* Nictiz

Nictiz is het landelijke expertisecentrum dat ontwikkeling van ICT in de zorg faciliteert.

### \* SNOMED CT

SNOMED CT® staat voor 'Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms'. SNOMED CT is een medisch terminologiestelsel en bestaat uit een verzameling standaard termen met hun synoniemen, die in de directe patiëntenzorg gebruikt wordt voor de vastlegging van klachten, symptomen, omstandigheden, ziekteprocessen, interventies, diagnoses, resultaten en de besluitvorming. SNOMED CT is een middel om te komen tot 'eenheid van taal'.

Bron: [www.Nictiz.nl](http://www.Nictiz.nl)



# Perioperatieve overbruggingsstrategie bij patiënten die orale anticoagulantia gebruiken

Dr. Ankie Koopman-van Gemert, Commissie Richtlijnen en Indicatoren

In 2009 verscheen de richtlijn “Diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie van arteriële trombose”. Hierin wordt onder andere het perioperatieve beleid rondom orale antistolling beschreven. Omdat er met name veel vragen zijn rondom de overbruggingsstrategie, heeft de richtlijncommissie gemeend hier aandacht aan te schenken.

## PROBLEEM ANTISTOLLING PERIOPERATIEF

Risico's van doorgaan met antistolling perioperatief zijn toename van bloedverlies en complicaties bij bloedingen in een afgesloten ruimte zoals bijvoorbeeld de epidurale bloeding. Er zijn twee indicaties voor orale anticoagulantia: Veneuze Trombo-Embolie (VTE) en Arteriële Trombo-Embolie (ATE). Beide groepen hebben een verschillend risicoprofiel.

## RISICO VOOR PATIËNTEN MET ORALE ANTICOAGULANTIA EN EEN VTE

Bij patiënten met een VTE is het risico op een recidief tijdens de eerste maand na een VTE 40%, tijdens de tweede en derde maand 10% en na de derde maand jaarlijks 15%. De kans op een recidief-VTE is excessief verhoogd in de eerste twee weken na een operatie, indien deze wordt uitgevoerd tijdens de eerste drie maanden zonder anticoagulantia-behandeling (ongeveer honderdvoudig).

## RISICO BIJ PATIËNTEN MET ORALE ANTICOAGULANTIA EN EEN ATE

Bij patiënten met AtriumFibrilleren (AF) zonder behandeling met anticoagulantia is het risico op een Arteriële Trombo-Embolie (ATE) jaarlijks 4,5%. Dit risico is hoger bij aanwezigheid van additionele risicofactoren. Het risico is groter (12%) bij patiënten met een cerebrale embolie in de voorgeschiedenis. Bij patiënten met een mechanische hartklepprothese is het risico op een systemische embolie 8% per jaar, waarbij het risico varieert afhankelijk van het type klep en de positie van de prothese. Een operatie heeft geen verhogende invloed op het ATE-risico. Het

risico ligt gemiddeld lager dan bij patiënten met een VTE in de voorgeschiedenis.

Wanneer de antistolling gedurende zeven dagen onderbroken is (INR < 1,5) is het perioperatieve risico op een ATE voor patiënten met AF gemiddeld 0,09% (0,02-0,4%) en voor patiënten met een mechanische hartklep 0,2%.

Een van de argumenten om te stoppen is het bloedingsrisico. Bij ongefractioneerd heparinegebruik is het additionele risico van preoperatief gebruik gering en van postoperatief gebruik rond 3% gedurende de eerste twee postoperatieve dagen. De mortaliteit van deze bloedingen ligt rond de 3%, terwijl de mortaliteit van VTE en ATE 6 resp. 20% bedraagt.


Een en ander is samengevat in tabel 1 (pagina 12). In deze tabel staat het te verwachten risico op veneuze of arteriële (zie CHADS2-score: tabel 2) trombotische complicaties vermeld, indien er geen antistolling gestart zou zijn.

## PREOPERATIEF BELEID ORALE ANTICOAGULANTIA

Normaliter worden de coumarinederivaten gestopt voor de operatie volgens het volgende schema:

- Sintrom: 3 - (5) dagen van tevoren stop en controle INR bij opname.
- Fenprocoumon: 5 - (7) dagen van tevoren stop en controle INR bij opname.

## OVERBRUGGINGSSTRATEGIE

Indien wordt verwacht dat stoppen met de coumarine niet veilig kan geschieden i.v.m. onderliggend lijden is een overbruggingsstrategie 

**Tabel 1. Risico op veneuze en arteriële trombose:**

Als geen orale anticoagulantia wordt gestart bij ziektes waarbij dat geïndiceerd zou zijn.

	Veneuze Trombo-Embolie* 1-maands risico zonder OAC	Situatie
<b>Hoog</b>	> 10%	< 1-3 maanden na VTE VTE met bekende trombofilie of recidiverende idiopathische VTE
<b>Intermediair</b>	2-10%	< 3-6 maanden na VTE
<b>Laag</b>	< 2%	> 6 maanden na VTE
	Arteriële Trombo-embolie** Jaarlijks risico	
<b>Hoog</b>	> 10%	Geïsoleerd AF, zonder klep, CHADS2: 4-6*** Geïsoleerd AF met reumatische hartziekte AF+ mechanisch hartklep of herseninfarct Hartklep recent (< 3 maanden) Hartklep met extra risicofactor Hartklep oud model Trombus intracardiaal
<b>Intermediair</b>	5-10%	Geïsoleerd AF, CHADS2: 2-3*** Mechanische hartklep aorta en geen extra risicofactor) Recidiverende TIA/herseninfarct en geen cardiale bron
<b>Laag</b>	< 5%	Geïsoleerd AF, CHADS2: 0-1*** CVA zonder recid. TIA/herseninfarct

\* bij patiënten met een VTE

\*\* bij patiënten met beschreven aandoeningen

\*\*\* voor indeling CHADS2-score zie tabel 2.

**Tabel 2. CHADS2-score bepalen**

	CHADS2-score
Kenmerk	Punten
Congestief hartfalen	1
Hypertensie	1
> 75 jaar (Age)	1
<b>DM</b>	1
Eerdere TIA/CVA (Stroke)	2
Jaarlijks risico bij AF zonder OAC	
Laag (1-4%)	0 - 2
Hoog (6-18%)	≥ 3

AF = Atriumfibrilleren

DM = Diabetes Mellitus

CVA = Cerebrovasculair Accident

OAC = Orale Anticoagulantia

TIA = Transient Ischemic Attack


VTE = Veneuze Trombo-embolie

**Tabel 3. Perioperatief beleid vitamine K antagonisten i.g.v. hoog, middel of laag risico**

Tromboserisico (zie tabel 1)	Preoperatief beleid	Postoperatief beleid
<b>Hoog</b>	Stop OAC: Acenocoumarol 3 (-5) dagen Fenprocoumon 5 (-7) dagen	Hervat OAC 12-24 uur p.o. tenzij actieve bloeding. Geef wel de gebruikelijke profylaxe
	Start LMWH therapeutische dosis of start i.v. heparinepomp (streef-APTT 2 x )	Start 12-24 uur p.o. therapeutisch LMWH of i.v. heparinepomp
	Laatste gift LMWH 24 uur preoperatief of stop heparinepomp 4-6 uur preoperatief	Stop LMWH of heparinepomp indien INR 2 x > 2.0 is op 2 verschillende dagen
	Ochtend OK: INR; APTT alleen bij i.v. heparine	
<b>Laag en middel</b>	Stop OAC zie boven, LMWH niet nodig	Hervat OAC 12-24 uur p.o. tenzij actieve bloeding
	Ochtend OK INR	Postoperatief LMWH volgens gebruikelijke profylaxe

APTT = Activated Partial Tromboplastine Time  
INR = International Normalized Ratioi.v. = intravenous  
LMWH = Low Moleculair Weight Heparin

noodzakelijk. Helaas was er onvoldoende wetenschappelijk bewijs om dit in de richtlijn als een wetenschappelijk onderbouwd advies te publiceren. Wel kunnen patiëntengroepen worden onderscheiden met een hoog tromboserisico voor wie een overbruggingsregeling effectief is, waarbij gestreefd wordt naar een zo hoog mogelijk haalbare veiligheid. In de meeste ziekenhuizen zal dit in overleg met de cardioloog/internist geregeld worden. Een voorbeeld van een overbruggingsregeling staat in het katern vermeld. Een mogelijkheid is om de uitvoering van het advies via de trombosedienst te regelen.

Voor diegenen die geïnteresseerd zijn in het volledige protocol rondom het perioperatieve beleid rondom alle anticoagulantia bestaat de mogelijkheid dit bij de auteur op te vragen: a.w.m.m.gemert@asz.nl. 

*Literatuur*

Jong de J.S. e.a. Perioperatieve onderbreking van antistollingsmiddelen. NTVG 2009; 153: 1622-28.  
 Richtlijn Neuraxisblokkade en antistolling: NVA, 2004.  
 Richtlijn Diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie van arteriële trombose. CBO, 2009: pag. 171-177 en 334-339.

Een voorbeeld van een vaak gebruikte indicatie voor overbrugging bij cardiale indicaties staat vermeld in bijgevoegd figuur. Kanttekening hierbij is dat er geen wetenschappelijk bewijs voor is. Andere kanttekening is dat de ervaringen die er zijn gebaseerd zijn op behandeling met intraveneuze heparine, maar dat de ervaring leert dat in veel ziekenhuizen ook LMWH worden gebruikt. Op dit moment komen er ook andere inzichten in het beleid rondom bijvoorbeeld atriumfibrilleren. Derhalve is het goed om in het eigen ziekenhuis het te volgen beleid af te stemmen met de behandelend cardioloog.



**AF = atriumfibrilleren      LVF = linker ventrikel functie**

Er zijn twee methoden van overbrugging: subcutane injecties met LMWH (Low Moleculair Weight Heparin) of intraveneuze toediening van heparine middels een spuitpomp. Indien wordt besloten te starten met een LMWH, dan kan de patiënt vaak zichzelf thuis de injecties toedienen. In dit geval zou de anesthesioloog het recept mee kunnen geven na overleg met de cardioloog/internist over de dosis. Indien wordt besloten tot opname wordt de patiënt in overleg opgenomen op naam van de hoofdbehandelaar. Streef-APTT is twee keer verlenging van de normaalwaarde.

In tabel 3 (pagina 12) staat dit beleid beschreven, evenals het postoperatieve beleid rondom hervatten van de anticoagulantia. Over het algemeen wordt de therapeutische LMWH/heparinetherapie 24 uur postoperatief hervat. Overweeg bij een hoog risico om de therapeutische therapie al na 12 uur te hervatten. Hetzelfde geldt voor het hervatten van de orale anticoagulantia. De therapeutische overbruggingstherapie kan gestopt worden indien de INR > 2 op twee verschillende dagen gemeten.

# Verwisseling van en bij patiënten en de gevolgen voor de anesthesioloog

*Dr. Ankie Koopman-van Gemert, Commissie Richtlijnen en Indicatoren*

**Verwisseling van en bij patiënten is een thema dat bij sommigen onder ons de reactie oproept: “Dat zal mij nooit overkomen” en gelukkig komt het ook maar heel weinig voor. De gevolgen zijn echter vaak verstrekkend.**

In 2007 toonde het Nivelrapport aan dat bij 5,7% van alle opnames onbedoelde schade optrad, waarbij dit in 2,3% vermijdbaar bleek te zijn. Een groot deel (54%) van deze incidenten vond plaats tijdens het perioperatieve proces. Hiervan werd 34% beoordeeld als vermijdbaar.

Exacte Nederlandse cijfers over de omvang van verwisseling ontbreken. Afgaande op cijfers van MediRisk zijn er sinds 1993 ongeveer 450 verwisselingen gemeld, die in de afgelopen vijf jaar hebben geleid tot 26 claims. Een van de ergste vormen van verwisseling zijn de verkeerde kant operaties. In Amerikaans onderzoek werd een incidentie van verkeerde kant chirurgie van 1:112.994 operaties vastgesteld en een incidentie van verkeerde plaats (niveau lumbaal) van 4,5:10.000 en 1:3110. Risicofactoren voor verwisseling hebben onder andere te maken met slechte preoperatieve planning, meerdere operateurs of ingrepen tegelijk, tijdsdruk, gebrekkige dossiervoering, overschrijffouten of onvoldoende verificatie of niet naleven van de afspraken.

Voorkomen van verwisseling is een belangrijk onderwerp dat bijdraagt tot een verbetering van de patiëntveiligheid. De interventies bestaan uit een systematische controle van de juiste patiënt, de juiste zijde en plaats, de juiste interventie, de juiste benodigdheden en juiste patiëntmaterialen. De invoer van de SURPASS-checklist toonde aan dat in 2,4% het ontbreken van markering door invoer werd ondervangen en dat in 1% een verwisseling door invoer van de Time Out-procedure werd voorkomen.

Echter een oud gezegde luidt: “Voorkomen is beter dan genezen”. Dit geldt ook voor het thema

verwisseling. Reden waarom de geadviseerde interventies starten op de polikliniek van de chirurgie en de eerste controle plaatsvindt tijdens de preoperatieve screening op de polikliniek anesthesiologie. Dat dit zinvol is werd in een van de Nederlandse ziekenhuizen aangetoond. In 2008 introduceerde men daar een systematische controle van de juiste patiënt, juiste plaats en zijde, juiste interventie en juiste anesthesietechniek tijdens het bezoek van de patiënt aan de preoperatieve poli. In 4,6% werden er onjuistheden geconstateerd. De operateur kreeg daarvan een melding met het verzoek de OK-order te corrigeren. Tijdens de Time Out werden op de operatiekamer bij 0,75% nog onvolkomenheden geconstateerd (incl. acute patiënten). In 2009 daalde het aantal geconstateerde onjuistheden op de preoperatieve poli en operatiekamer naar 2,6 respectievelijk 0,1%. Er werd blijkbaar zorgvuldiger gewerkt. De invoer van deze interventie droeg tevens bij aan het voorkomen van verwisselingen.

## **DOEL VAN DE INTERVENTIES**

Doel van de voorgestelde interventies is om te streven naar een daling van het aantal verwisselingen van patiënt, plaats en zijde en interventie. Bij electieve ingrepen wordt daarbij gestreefd naar nul verwisselingen. Bij spoedingrepen gelden soms andere prioriteiten en is dit streefniveau moeilijker haalbaar. Toch moet ook in dit soort situaties gestreefd worden naar nul verwisselingen.


## **DE INTERVENTIES**

Aan de hand van het operatieve proces zijn zes fasen gedefinieerd met interventies om verwisselingen te voorkomen (figuur). Per stap vindt

de identificatie en verificatie plaats. Het verdient aanbeveling om deze interventies schriftelijk vast te leggen en te laten paraferen. Tevens is het belangrijk om de checklist te laten ondertekenen met naam en handtekening, zodat achteraf herleidbaar is wie welke handeling heeft verricht. Geconstateerde verschillen worden besproken met de operateur, die eindverantwoordelijk is. Bij interventies in de voorbereidingsruimte, waarbij patiënten lokale of regionaal anesthesie krijgen, checkt de anesthesioloog of het gaat om de juiste patiënt, juiste zijde en plaats en juiste interventie door een pre-Time Out uit te voeren.

## INDICATOREN

Het VMS-veiligheidsprogramma wil gedurende de inlooptijd monitoren hoe de implementatie verloopt. Hiervoor zijn indicatoren ontwikkeld.

Een van de procesindicatoren is het percentage electieve ingrepen waarbij op de polikliniek de identificatie- en verificatie heeft plaatsgevonden, evenals het percentage waarbij vóór de start van de anesthesie een gezamenlijke Time Out-procedure heeft plaatsgevonden. Een van de uitkomstindicatoren vraagt naar het aantal verwisselingen per 1000 electieve ingrepen. Voor de registratie heeft een digitaal OK-managementsysteem de voorkeur boven een papieren systeem. 

### Literatuur

VMS veiligheidsgids "verwisseling van en bij patiënten" versie oktober 2009. Website [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl).

Wagner C., De Bruijne M. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. EMGO Instituut en Nivel 2007.

Fase	Fase 1 Polikliniek	Fase 2 Preoperatieve screening	Fase 3a Opname op afdeling
Verantwoordelijke	<ul style="list-style-type: none"> <li>Operateur</li> <li>Patiënt (wettelijke vertegenwoordiger)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anesthesioloog</li> <li>Patiënt (wettelijke vertegenwoordiger)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verpleegkundige</li> <li>Patiënt (wettelijke vertegenwoordiger)</li> <li>Operateur (markering)</li> </ul>
Check	<ul style="list-style-type: none"> <li>Juiste patiënt</li> <li>Juiste plaats en zijde</li> <li>Juiste interventie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Juiste patiënt</li> <li>Juiste plaats en zijde</li> <li>Juiste interventie</li> <li>Juiste anesthesie-techniek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Juiste patiënt</li> <li>Juiste plaats en zijde</li> <li>Juiste interventie</li> <li>Juiste markering (operateur)</li> </ul>

Fase 3b Voorbereiding op de OK	Fase 4 Holding	Fase 5 OK (start)	Fase 6 OK (eind)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Operateur (markering)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medewerker holding, Verpleegkundige afdeling</li> <li>Patiënt (wettelijke vertegenwoordiger)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Operateur, anesthesioloog, operatieassistent, anesthesie-medewerker</li> <li>Patiënt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Operateur, operatieassistent</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Juiste benodigdheden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Juiste patiënt</li> <li>Markering aangebracht</li> </ul>	<p><b>Time-out:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Juiste patiënt</li> <li>Juiste plaats en zijde</li> <li>Juiste interventie</li> <li>Juiste benodigdheden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indien patiëntenmateriaal</li> <li>Juiste patiënt-identiteit op:</li> <li>Juiste materiaal</li> <li>Bijgevoegde formulieren</li> </ul>

*Interview met drs. Chris Doornebal, Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis (NKI-AVL) en afdeling Anesthesiologie van het AMC te Amsterdam.  
Mw. Christa Boer PhD, researchcoördinator Perioperative Care, VU medisch centrum*



**Toen ik het Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL) binnenstapte besepte ik dat dit een andere omgeving betrof dan een anesthesiologische afdeling in Nederland. Het NKI-AVL bestaat uit een wetenschappelijk onderzoeksinstituut en een gespecialiseerde kliniek voor de diagnose en behandeling van kanker.**

**D**aar ontmoet ik Chris Doornebal, een jonge, enthousiaste anesthesioloog in opleiding, die onderzoek doet onder leiding van tumorimmunologe dr. Karin de Visser (NKI-AVL), moleculair geneticus dr. Jos Jonkers (NKI-AVL) en anesthesioloog prof.dr. Markus Hollmann (AMC). Nieuwsgierig als ik ben was ik benieuwd naar de achtergrond van Doornebal en zijn motivatie om onderzoek te doen binnen een tumorimmunologische werkomgeving die volledig buiten de afdeling Anesthesiologie ligt.

Chris Doornebal liep zijn co-schappen Anesthesiologie in het AMC en had toen al interesse in het doen van wetenschappelijk onderzoek. Aan het einde van zijn co-schap Anesthesiologie werd hij aangenomen als ANIOS Anesthesiologie in het AMC, en kort daarop werd hem tevens een onderzoeksproject aangeboden dat zich richtte op het gebruik van morfine in de oncologische setting. Na de co-schappen deed Doornebal eerst onderzoek in Bristol naar de rol van de Toll-like receptor 2/4 in bijnieractivatie tijdens sepsis, niet alleen om zijn vaardigheden in Engels te verbeteren maar ook om te onderzoeken of een promotietraject hem zou liggen. Na het avontuur in Groot Brittannië was Doornebal een half jaar werkzaam als ANIOS anesthesiologie in het AMC. Sinds 2009 is hij bezig met zijn promotieonderzoek in het NKI-AVL.

### EXPERIMENTEEL ONDERZOEK

Het komt niet zo vaak voor dat ANIOS Anesthesiologie affiniteit hebben met experimenteel onderzoek in een laboratoriumsetting. Voor Doornebal was dit echter een bewuste keuze. "Terwijl

klinisch onderzoek vooral vergelijkend van aard is, richt experimenteel onderzoek zich met name op conceptuele vraagstellingen. Juist deze focus op de basale mechanismen bepaalde zijn keuze voor het experimenteel onderzoek." Doornebal doet op dit moment onderzoek naar de effecten van morfine op metastasering van borstkanker in een muizenmodel. Het onderzoek wordt gefinancierd door het AMC en het NKI-AVL en richt zich op de vraag of morfine al dan niet leidt tot tumorprogressie of metastasering.

**"Door onderzoek leer je de juiste vragen te stellen. Ik zie dat als een grote meerwaarde voor mijn toekomstige klinische carrière."**

Dat Doornebal ooit in basaal wetenschappelijk onderzoek zou belanden had hij in zijn jeugd niet kunnen voorspellen. "Ik had altijd voor ogen om direct na het voortgezet onderwijs te beginnen met werken, maar werd door mijn vader overtuigd om te gaan studeren." Samen met zijn drielingbroer studeerde hij geneeskunde in Nijmegen. In eerste instantie verliep dit moeizaam. Terugkijkend op zijn studie denkt hij dat dit vooral te maken had met het druk bezette geneeskunde curriculum. "De grote hoeveelheid stof die je in korte tijd krijgt aangeboden dreigt ten koste te gaan van de diepgang. Door die tijdsdruk is het bijna onmogelijk om je echt te verdiepen in de samenhang met het grotere geheel en je af te vragen hoe wat je nu leert zich verhoudt tot het vorige blok." Uiteindelijk besloot hij daarom zijn geneeskundestudie te combineren met filosofie. Juist in die laatste studie

werd het belang van een kritische houding ten opzichte van bestaande inzichten onderstreept.

Chris Doornebal heeft nog regelmatig contact met de groep AIOS Anesthesiologie in het AMC. "Ik heb natuurlijk een half jaar van de anesthesiologische praktijk mogen proeven en voelde mij toen erg thuis in de AIOS groep." Na een jaar afwezigheid voelt hij zich nog steeds welkom in deze club. Toch beseft hij ook dat hij tussen twee werelden leeft. Aan de ene kant de ziekenhuiswereld, waarin veel belangstelling is voor klinisch toegepast onderzoek, terwijl in het NKI-AVL vooral belangstelling is voor mechanismen en concepten. Wat hij ook merkt is dat je door wetenschappelijk onderzoek een kritische denker wordt en jezelf keer op keer blijft afvragen wat het juiste is om te doen. "Door onderzoek leer je de juiste vragen stellen. Ik zie dat als een grote meerwaarde voor mijn toekomstige klinische carrière"

#### POSTOPERATIEVE METASTASEN

Hoewel chirurgie een effectieve ingreep is in de behandeling van kanker, kan chirurgische stress de kans op metastasen ook negatief beïnvloeden. Recente studies van Daniel Sessler et al. – die de directe aanleiding waren voor Doornebals onderzoek – suggereren bijvoorbeeld dat opiaten metastasering na oncologische chirurgie bevorderen door onderdrukking van het immuunsysteem. Tumorimmunologe Karin de Visser is gespecialiseerd in dit onderwerp en richt zich met name op de rol van het immuunsysteem in de ontwikkeling en metastasering van borstkanker. Binnen haar groep ontwikkelde Doornebal een muizenmodel voor de bestudering van metastasering na een chirurgische ingreep. Op dit moment is hij in het door hem opgezette muizenmodel bezig met een 'proof of principle' waarin hij onderzoekt of morfine inderdaad een stimulerende werking heeft op metastasering op basis van pro-angiogene en anti-inflammatoire eigenschappen. 'Wanneer dit onderzoek leidt tot bevestiging van mijn hypothese wil ik de mechanismen gaan onderzoeken die leiden tot de schadelijke effecten van morfine.' De eerste resultaten van dit onderzoek zal hij presenteren tijdens de NVA Wetenschapsdag op 24 september 2010.

Hoe is het om als AIOS Anesthesiologie volledig ingebed te zijn in de onderzoeksomgeving van het

NKI-AVL? "In het begin is het best wel lastig, vooral omdat je steeds weer merkt dat je onvoldoende kennis hebt van allerlei biologische processen. Daarnaast is het een hele andere wereld dan in de kliniek." Doornebal ziet ook dat de afstand tot de kliniek in de loop van de tijd steeds meer toeneemt. De oudere AIOS waar-

mee ik contact had toen is als ANIOS in het AMC werkte zijn ondertussen staflid en het verloop in de AIOS groep is hoog. Ik heb ook getwijfeld of ik er zo maar 3-4 jaar tussenuit moest gaan voor het behalen van mijn doctorsgraad. "Weet ik nog wel hoe een stethoscoop werkt wanneer ik over een paar jaar weer de opleiding in ga?" Toch heeft Doornebal gekozen voor een promotie voorafgaand aan zijn opleiding tot anesthesioloog; hij is tenslotte nog jong en de kansen die hem nu worden geboden zijn de vertraging in zijn opleiding meer dan waard. Wat Doornebal zich wel afvraagt is wat de mogelijkheden zijn wanneer hij als AIOS of staflid Anesthesiologie wetenschappelijk onderzoek wil combineren met de kliniek. De balans tussen lange dagen op OK, focus op onderzoek en een sociaal leven is vaak zoek. Er bestaat binnen Nederland geen vastomlijnde infrastructuur waarbinnen deze drie punten goed kunnen worden gecombineerd, en het komt vaak aan op een flinke investering van vrije tijd. Moet je daarom je ambities opgeven? "Nee, maar het is belangrijk dat er binnen de NVA wordt nagedacht over een loopbaantraject dat jonge artsen de kans geeft een wetenschappelijke carrière te doorlopen zonder extreme inbreuk te doen op de thuissituatie." Dit is een belangrijke voorwaarde voor het stimuleren van wetenschappelijk geïnteresseerde jonge AIOS en stafleden, en het behouden van interesse voor onderzoek binnen het vakgebied in de loop van de carrière. Het concept rondom de jonge academische anesthesioloog verdient daarom brede aandacht, en is essentieel in het bevorderen van het wetenschappelijke karakter van ons vak.



Mocht u geïnteresseerd zijn in meer informatie over het onderzoek van Chris Doornebal dan kunt u een mail sturen naar [c.w.doornebal@gmail.com](mailto:c.w.doornebal@gmail.com). 

## 100% score examen World Institute of Pain

# Liong Liem ontvangt de “Hassenbusch Prize”

Tekst: Maarten van Kleef

Het World Institute of Pain (WIP) werd in 1993 opgericht op initiatief van de anesthesiologen Raj, Niv, Ruiz-Lopez, Erdine en Racz. Het WIP heeft een mission statement waarin o.a. is opgenomen: het streven naar het hoogst mogelijke niveau van opleiding in de pijngeneeskunde en deskundigheid van pijnspecialisten.

Deze mission statement wordt bewerkstelligd door het geven van training, zorgen voor goede communicatie en correct gebruik van interventietechnieken. Het tijdschrift dat door het WIP wordt uitgegeven is ‘Pain Practice’.

Naast de gebruikelijke vormen van opleiding zoals congressen en workshops, werd in 2001 het internationale WIP-pijnexamen ingesteld. Het examen wordt georganiseerd in aansluiting op een voorbereidingscursus waarin zowel theorie als praktijk aan bod komen. Op dit moment worden deze activiteiten twee maal per jaar georganiseerd, afwisselend in de VS (Cleveland/Memphis/New York) en in Europa (Boe-

dapest). Het examen zelf bestaat uit drie delen: een schriftelijk examen met meerkeuzevragen over bijv. diagnostiek en behandeling van pijn, anatomie, farmacotherapie en interventietechnieken;

een mondeling examen over twee casussen; een praktisch examen bestaande uit vier interventies, elk in een verschillende regio van een stoffelijk overschot, binnen een redelijke tijd.

Het eerste WIP-examen had als doelstelling een aantal ‘gevestigde waarden’ te testen op kennis en praktische bekwaamheid. Prof.dr. Menno Sluijter was de eerste Nederlander die in 2001 het certificaat Fellow of Interventional Pain Practice (FIPP) ontving. Inmiddels is er een WIP Benelux-sectie



Links naar rechts: prof. Gabor Racz (Texas Tech University Health Sciences Center, Lubbock, USA), prof. Sang Chul Lee (National University College of Medicine Seoul, Korea) en dr. Liong Liem.


opgericht waarvan dr. Jan Van Zundert de voorzitter is. In 2009 telde de WIP Benelux-sectie 37 FIPP-alumni en zij is hiermee de tweede grootste sectie wereldwijd (de VS hebben een grotere sectie). Na het overlijden van een vooraanstaand lid van het bestuur van het WIP in 2008, de Amerikaanse neurochirurg Samuel Hassenbusch, werd besloten de zogenaamde *Samuel J. Hassenbusch, III, MD, PhD, FIPP Prize* in te stellen. Deze prijs bestaande uit een award en een geldprijs wordt jaarlijks uitgereikt aan de examenkandidaat die in het voorgaande jaar het beste resultaat heeft behaald voor het FIPP-examen.

### 100% SCORE

In 2009 hebben in New York en Boedapest 80 kandidaten deelgenomen aan het examen. Eén persoon haalde voor de drie onderdelen van het examen een 100% composite score en dat is de Nederlandse anesthesioloog dr. Liong Liem uit het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. Wereldwijd is het examen inmiddels door 599 pijnspecialisten met succes afgelegd; deze 100% score is nog niet eerder door een andere kandidaat gehaald!

Dr. Liem is een bekende en vooraanstaande anesthesioloog/pijnbehandelaar. Hij is geboren in 1951 in Leiden en is opgeleid van 1979-1982 in het Sint Antonius Ziekenhuis in Utrecht. Collega Liem heeft mede aan de basis gestaan van de ontwikkeling van de pijngeneeskunde in Nederland. Kort na het afronden van zijn opleiding is hij zich intensief gaan bezighouden met pijngeneeskunde. Hij werkt nu geruime tijd in het multidisciplinaire pijnteam van het opleidingsziekenhuis St. Antonius in Nieuwegein. De laatste jaren is hij actief in de Benelux Neuromodulation Society waarvan hij de eerste voorzitter was; hij is penningmeester van de International Neuromodulation Society. Op 31 augustus 2010 vond de uitreiking plaats van de Hassenbusch Prize. Deze is aan Liong Liem uitgereikt tijdens de Award Ceremony van het WIP in Boedapest.

Het 19e FIPP examen vindt volgend jaar plaats op 25 juni in Maastricht.

Voor aanvullende informatie kunt u de website van het WIP raadplegen <http://www.worldinstituteofpain.org/site/home.php> 

### Reactie Liong Liem

“Een derde zakt voor het examen. Ik was daarom best nerveus en had niemand verteld, op mijn vrouw na uiteraard, dat ik het examen ging doen. Collega's dachten dat ik op vakantie was. Ik heb het een bijzondere ervaring gevonden. In eerste instantie omdat ik weer echt aan de studie moest. Ter voorbereiding krijg je een dik boek toegestuurd. Het theorie-examen bestond uit multiplechoicevragen: net als bij elk examen werd er achteraf over antwoorden gesproken en had niemand hetzelfde ingevuld. Daarnaast is er ook nog een praktijktoets: staat er dus letterlijk iemand over je schouders mee te kijken als je moet prikken. En natuurlijk lukte dat toen niet! De organisatie is streng maar zeer professioneel. De spanning liep voor veel mensen hoog op: ik heb bij volwassen mannen met 15 jaar ervaring de tranen in de ogen zien staan. Je kunt je niet zomaar inschrijven voor een examen. Voordat je het examen mag doen doorloop je een hele procedure die bijna vergelijkbaar is met een sollicitatieprocedure. Hopelijk schrik ik geen mensen af, want het is echt allemaal de moeite waard. Het is een meerwaarde voor elke pijnspecialist. Ik heb er enorm veel van geleerd.”

**“Namens de WIP Benelux-sectie wil ik Liong van harte feliciteren met dit bijzondere resultaat. We hopen dat dit resultaat een stimulans is voor iedere anesthesioloog/pijnspecialist om het examen te gaan doen en wellicht de Hassenbusch Prize te gaan winnen in de komende jaren.”**

Prof.dr. Maarten van Kleef FIPP, Hoofd afdeling anesthesiologie/pijngeneeskunde Maastricht  
Vice chairman, WIP Board of Examination

# Sectie Intensive Care

*Brigitte Westerhof, sectie Intensive Care*

De intensive care heeft ook het afgelopen jaar veel te maken gehad met discussies rondom kwaliteit, onder andere met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bij iedereen staan de bezoeken van de inspectie aan de niveau 1 ziekenhuizen in 2008 nog helder in het geheugen gegrift.

## HERZIENING RICHTLIJN

De inspectiebezoeken en de NOVA-uitzending in 2008 hadden destijds een onwenselijk polariserend effect op de klinieken met een niveau 1 intensive care units en klinieken met een niveau 2/3 intensive care. Er werd besloten de intensiverichtlijn te herzien, waarvoor inmiddels een commissie is opgericht. Op 14 september zal deze commissie van start gaan met N. van der Meer (anesthesioloog-intensivist) als voorzitter. Om te komen tot een breed gedragen richtlijnherziening zijn allerlei partijen vertegenwoordigd vanuit de wetenschappelijke verenigingen, de NFU, NVZ, STZ, SAZ en NPCF. Vanuit de sectie zal Sander Rigter in de commissie plaatsnemen. Wij hopen dat door de brede

samenstelling van de herzieningscommissie in de toekomst blijvend gemeenschappelijk kwaliteitsbeleid zal kunnen worden gemaakt zonder afsplitsing van partijen.

Inmiddels hebben de ziekenhuizen met niveau 2 en niveau 3 intensive care units een uitgebreide enquête voor de IGZ in moeten vullen. Ten tijde van de eerste aankondiging van deze enquête zijn vele bezwaren vanuit verscheidene gremia geuit. De kritiekpunten bestonden uit het onvoldoende op bewijs gebaseerd zijn van vele vragen met daarbij dikwijls een te normatief karakter. Zo werden er bijvoorbeeld vragen gesteld over de implementatie van de VMS-projecten, waarvan gesteld is dat deze pas vanaf 2012 getoetst zouden worden.



## CERTIFICERING

Naar aanleiding van een toenemende vraag naar transparantie in de (kwaliteit van) zorg, is de NVIC een document op aan het stellen om tot erkenning/certificering van intensive care units te komen. Het streven naar een gemeenschappelijk kwaliteitbewakingsinstituut dat transparant is voor externe partijen wordt door de commissie ondersteund. Deze ontwikkelingen zullen we als sectie met interesse volgen en er actief een bijdrage aan leveren.

## HERZIENING OPLEIDING


Een ander dynamisch proces is de herziening van de opleiding tot anesthesioloog-intensivist. Dit onderwerp heeft vorig jaar voor veel onrust gezorgd. De commissie van drie (prof. R.J. Stolker, prof. A.J.G. Girbes en prof. M. Levi), ingesteld door de besturen van de NVA, NVIC en NIV, adviseerde meer beschouwende kennis op te nemen in de opleiding tot anesthesioloog-intensivist. Er werd door het NVA-bestuur een task force ingesteld om de mogelijkheden van implementatie van een beschouwende stage in de huidige opleiding te verkennen. Met Paul Roekaerts als voorzitter werd middels een telefonische enquête geïnventariseerd welke aanvullende (beschouwende) stages jonge anesthesioloog-intensivisten als positief bijdragend zouden zien. Meer uitbreiding van kennis van de klinische infectiologie, acute cardiale zorg en echocardiografie werden als belangrijkste posi-

tieve aanvullingen m.b.t. de huidige opleiding gezien. Meerdere jonge klaren zagen een interne stage op een algemeen interne afdeling niet als een effectieve manier om de extra beschouwende kennis voor de intensivereopleiding op te doen. Bovengenoemde overwegingen zijn door de task force tot een voorstel verwerkt en met het concilium en het NVA-bestuur besproken. Momenteel is verder overleg hierover gaande om tot een intensivereopleiding te komen die breed gedragen wordt zowel binnen de NVA als de NIV.

## NAJAARSLEDENVERGADERING SECTIE

Naast de interessante presentaties over het gebruik van ketamine (prof. M.W. Hollman), Remifentanil (drs. D.H.T. Tjan) en Rivastigmine (dr. A.J.C. Slooter) zullen we tijdens de komende najaarsvergadering (woensdag 3 november a.s.) u voorlichten over de laatste stand van zaken op ic-opleidingsgebied voor zover die bij ons bekend zijn.

Wegens het beëindigen van zijn bestuurstermijn zal Paul Roekaerts komende ledenvergadering aftreden. Hiermee verliezen we een vertegenwoordiger van de academische klinieken binnen de sectie. Wij zijn daarom hard op zoek naar een nieuw academisch bestuurslid.

We hopen u op 3 november te zien op de najaarsledenvergadering van de sectie IC! 

# Geschiedenis

## DE MEMOIRES VAN WILLEM HEKMAN(1914-1997)

---

*Hans Pöll, Commissie Geschiedenis van de Anesthesiologie*

**Als Commissie Geschiedenis van de Anesthesiologie zijn wij veelal afhankelijk van toevallige vondsten en inzendingen. Zo werd de commissie laatst verrijkt met de handgeschreven memoires van Willem Hekman, bij leven anesthesioloog in Rotterdam.**

**D**e memoires werden ons toegezonden door de echtgenote van een van zijn Rotterdamse collega's van het eerste uur, Joop Wolff. Het zijn 15 handgeschreven pagina's die Hekman in 1981, twee jaar na zijn pensionering, heeft geschreven. Hij heeft deze memoires destijds voor commentaar toegestuurd aan zijn metgezellen van de eerste jaren; kennelijk is Wolff er op die manier aan gekomen.

De omvang van de memoires is bescheiden te noemen ten opzichte van de figuur Hekman zelf. Hij was niet alleen groot van gestalte (op een foto van de deelnemers aan een wetenschappelijke vergadering in 1953 torent hij boven iedereen uit), maar hij was ook van grote betekenis voor de anesthesiologie direct na de Tweede Wereldoorlog en later voor het Thoraxcentrum in de Maasstad. De bijzondere waarde van deze memoires is het beeld van Hekman dat daaruit naar voren komt; het is in overeenstemming met de beschrijving in het aan hem gewijde In Memoriam in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van de hand van zijn collega Rulf.


Het is ondoenlijk om alle tekst hier weer te geven, maar een paar passages willen wij toch met u delen. In de eerste plaats beschrijft Hekman duidelijk dat het toedienen van anesthesie, algeheel en regionaal, tot na de Tweede Wereldoorlog een chirurgische aangelegenheid was. Geïnteresseerde chirurgen experimenteerden met anesthesietoestellen zoals het toestel van Zaaijer-Meisz uit 1925, dat intrathoracale chirurgie mogelijk maakte door de patiënt onder overdruk (nu CPAP) in een goed aansluitend masker

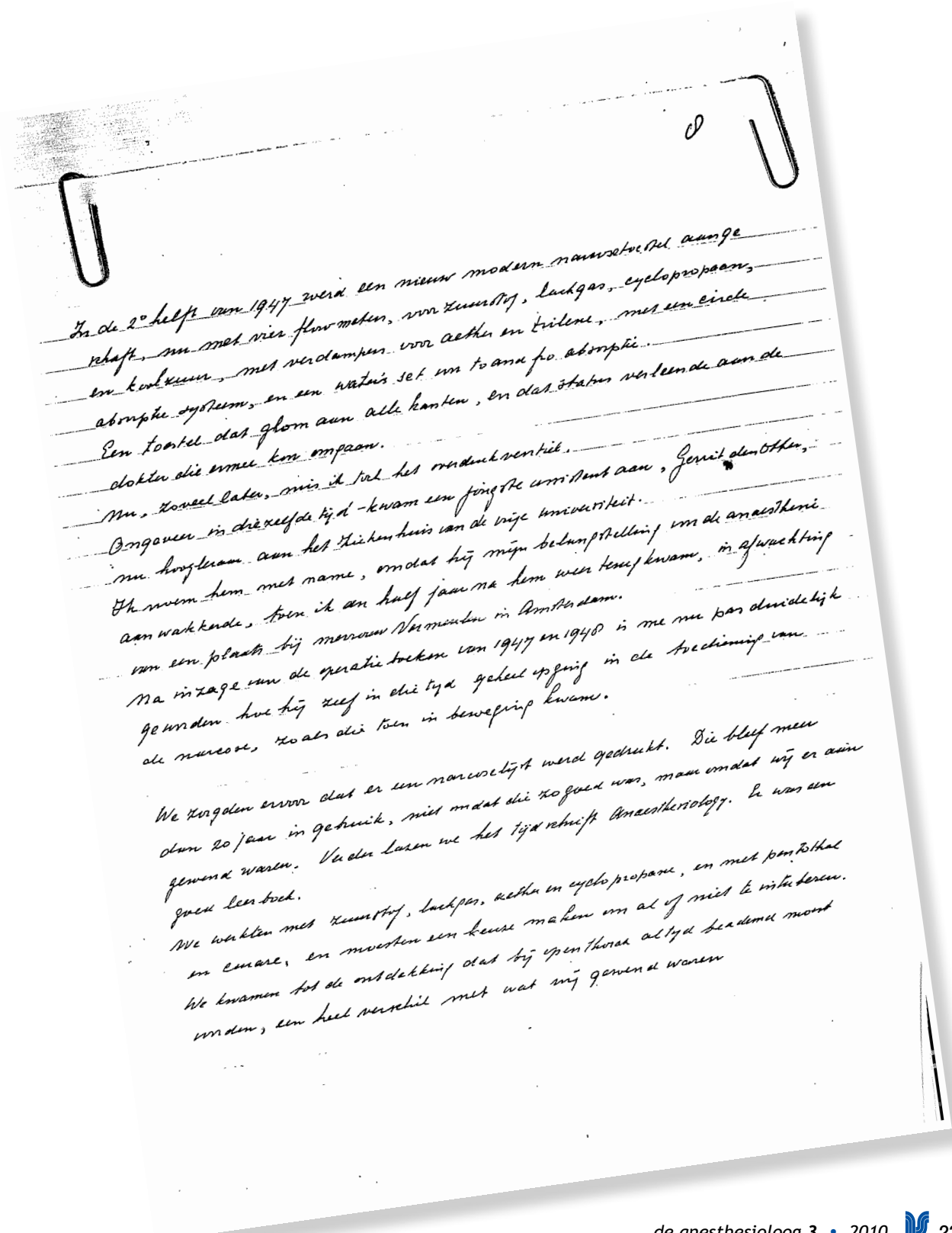
spontaan te laten ademen; zonder endotracheale intubatie en zonder mechanische beademing. Dit toestel kwam uit Leiden maar werd door de chirurg Kooreman in 1943 naar Rotterdam gehaald, overigens zonder gebruiksaanwijzing. De assistent heelkunde Hekman moest van vakantie in Overijssel terugkomen om daarmee narcose toe te dienen. Niet alleen Kooreman zou Hekman aanmoedigen om zich verder in de narcose te bekwamen, ook de latere hoogleraar Chirurgie aan de Vrije Universiteit, Gerrit den Otter, wees hem die weg toen zij beiden nog assistent in Rotterdam waren.

Hekman beschrijft ook duidelijk dat Nederlandse chirurgen na de oorlog naar Engeland gingen om te kijken hoe het daar met de heelkunde gesteld was. Engeland was voor hen het State of the Art, zeker op het gebied van de toediening van narcose. Het bestaan van specialist-narcotiseurs imponeerde hen en zij kwamen terug in de overtuiging dat dit ook in Nederland zijn beslag moest krijgen. Ook Hekman, die zijn opleiding bij prof. Vermeulen in Amsterdam volgde, werd hierdoor geïnspireerd. De opleiding van beroepsanesthesiologen was dus een chirurgisch initiatief. Hekman beschrijft zijn eigen opleidingstijd als twee fijne jaren.

De begintijd van de eerste anesthesiologen in Rotterdam was geen gemakkelijke. Zij hadden in het algemeen een deeltijdaanstelling, bijvoorbeeld 5/8, in een van de gemeenteziekenhuizen en moesten de rest van de tijd geld bijverdienen met het geven van narcose in andere ziekenhuizen. Dit was niet eenvoudig, aangezien chirurgen anesthesiologen alleen nodig hadden bij

ingewikkelder ingrepen, zoals intra-abdominale chirurgie en thoracotomieën. Het was dus een logistieke uitdaging om op het goede moment met de goede spullen in het goede ziekenhuis te zijn. En als je een keer te laat klaar stond, dan nodigde de chirurg je later niet meer uit. Hekman beschrijft dat dit logistieke probleem wat hem betreft goed is aangepakt door het samenwerken met een vaste broeder of amanuensis.

Het proces werd daardoor veel efficiënter en niet te vergeten gezelliger. Over de anesthesie-medewerkers die dit heeft voortgebracht, schrijft Hekman vol emotie: "Zij waren mijn vrienden, zij zijn mijn vrienden gebleven." 



In de 2<sup>e</sup> helft van 1947 werd een nieuw modern manuscriptel aange-  
schaf, nu met vier flessen, van zuurstof, lachgas, cyclopropan,  
en koolzuur, met verdampen voor aether en trileen, met een circle  
absorptie systeem, en een water's set om toona fo absorptie.  
Een toestel dat glom aan alle kanten, en dat staten verleende aan de  
dokter die er mee kon omgaan.  
Nu, zoveel later, mis ik vol het rindert ventiel.  
Ongauw in diezelfde tijd kwam een jonge vrouw aan, Gerrit den Otter,  
nu hofpleman aan het ziekenhuis van de vrije universiteit.  
Ik wem hem met name, omdat hij mijn betuigstelling van de anesthesie  
aan wakkende, toen ik een half jaar na hem weer terug kwam, in afwachting  
van een plaats bij mevrouw Vermeulen in Amsterdam.  
Ma in zage van de operatie toeken van 1947 en 1948 is me nu pas duidelijk  
ge worden hoe hij zelf in die tijd geheel opging in de bereiding van  
de narcose, zoals die toen in beweging kwam.  
We zorgden ervoor dat er een narcosetijt werd gedrukt. Die bleef meer  
dan 20 jaar in gebruik, niet omdat die zo goed was, maar omdat wij er aan  
gewend waren. Verder lezen we het tijd schrift Anesthesiologie. Er was een  
groot leerboek.  
We wakkten met zuurstof, lachgas, aether en cyclopropan, en met pentothal  
en curare, en investten een keuse maken om al of niet te intuberen.  
We kwamen tot de ontdekking dat bij open thorax altijd headend moet  
worden, een heel verschil met wat wij gewend waren

## Themaweekend sectie Cardio-anesthesiologie vrijdag 12 en zaterdag 13 november

### Veelbelovend programma en diner!

**H**et jaarlijks terugkerende themaweekend van de SCA zal dit jaar worden georganiseerd door de afdeling Thoraxanesthesiologie van het Leids Universitair Medisch Centrum. Het weekend gaat van start op vrijdagavond 12 november met een veelbelovend diner in restaurant Upstairs in Voorschoten, naar keuze gecombineerd met een overnachting in het bijbehorende Hotel de Gouden Leeuw.

#### ZATERDAG 13 NOVEMBER STAAT IN HET TEKEN VAN HET WETENSCHAPPELIJK PROGRAMMA

Als invulling is gekozen voor drie onderwerpen die goed aansluiten bij de dagelijkse praktijk van de cardio-anesthesioloog. Als eerste staat op het programma een pro-con debat over ischaemische preconditioning en de betekenis hiervan voor de cardio-anesthesioloog. Myocardcellen kunnen

resistent gemaakt worden voor ischemie wanneer ze eerst worden blootgesteld aan een korte periode van ischemie gevolgd door reperfusie. Door deze korte periode van ischemie past het hart zich aan, waardoor het een langere periode van ischemie beter kan verdragen. Dit proces wordt preconditioning genoemd en zou een rol kunnen spelen in het beschermen van het myocard tijdens cardiale operaties. Er zijn studies die laten zien dat (volatiele) anesthetica in staat zijn het myocard te preconditioneren; is dit nou werkelijk zo en wat betekent dat voor de dagelijkse praktijk?

Als tweede onderwerp is gekozen voor monitoring van de cerebrale oxygenatie. Intraoperatieve cerebrale desaturatie is significant geassocieerd met een toegenomen risico op cognitieve achteruitgang en een verlengde opnameduur

**Themaweekend: Sectie Cardio-anesthesie**  
**Vrijdag 12 en zaterdag 13 november**

<http://web.me.com/rberendsen/CTA>

**Voorlopig programma:**  
Pro-con: ischaemische preconditioning  
Coagulation and cardiac surgery  
Monitoring

**Vrijdagavond:**  
Wine and dine in restaurant Upstairs


**Zaterdag:**  
Wetenschappelijk programma Van der Valk hotel de Gouden Leeuw in Voorschoten

Upstairs  
Leids Universitair Medisch Centrum

na CABG. Twee sprekers zullen in gaan op het basisprincipe van de meting, de interpretatie van de waarden, de interventiemogelijkheden bij afwijkingen van de normaalwaarden en de consequenties voor de praktijk.

Na de goed verzorgde lunch zal de stolling aan bod komen. Wanneer voor het uitvoeren van een operatieve ingreep gebruikgemaakt moet worden van een diep hypothermisch circulatoir arrest treden vaak stollingsstoornissen op, waardoor het gebruik van bloedproducten en stollingsbevorderende middelen noodzakelijk

is. Om te beginnen zal de basis van de stolling worden besproken. Daarna zal gesproken worden over point-of-care-systemen in relatie tot de gebruikelijke laboratoriumbepalingen en de toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk.

De dag zal worden afgesloten met een borrel. Wij hopen u in Voorschoten te mogen verwelkomen. 

*Mede namens prof. L.P.H.J. Aarts,  
de thoraxanesthesiologen van het LUMC*

---


## Sectie Neurologie als 'expert -panel'

*Dr. Markus Klimek, Genootschap voor Neuro-anesthesiologie*

De sectie Neuro-anesthesiologie zit bepaald niet stil. Wij informeren u graag over onze activiteiten.

- 1) In de CBO-werkgroep komt er langzaam maar zeker meer vaart in de richtlijn over de behandeling van de SAB. Het is duidelijk geworden, dat men niet alleen een discussie tussen neurochirurgen en neuroradiologen wil over de vraag coilen of clippen, maar dat men b.v. ook duidelijke beleidsadviezen (voor zover de evidentie dit toestaat) wenst, wat de acute opvang en de anesthesiologische rol hierin betreft.
- 2) Belangrijk voor de agenda's zijn de volgende data:
  - a) Aangezien het NANCHO-lustrum helaas niet door kon gaan, zijn nu de voorbereidingen gaande om het lustrum als alternatief op vrijdag 11 maart 2011 a.s. te vieren. Graag deze datum alvast in de agenda's noteren – de uitnodigingen worden de komende weken naar de sectieleden en de ziekenhuizen verstuurd.

- b) Nog voor die tijd vindt in Groningen van 4-6 november 2010 a.s. het First Joined Cross-Atlantic Educational Symposium on Intraoperative Neurophysiologic Monitoring plaats. Inschrijven kan via [www.esnm.org](http://www.esnm.org).

- 3) Verder kijkt de sectie Neuro-anesthesiologie uit naar de veranderingen in de organisatie van de NVA. In oktober zullen hierover de gesprekken met het verenigingsbestuur gevoerd worden. Anders dan b.v. bij Intensive Care en Pijnbestrijding spelen bij de Neuro-anesthesiologie weinig economische en andere beroepsbelangen een rol en kunnen wij ons als een "expert-panel" opstellen. Hoe dit in de organisatie ingebed kan worden en welke bestuurlijke elementen hiervoor uiteindelijk toch nodig zullen zijn, wordt binnenkort duidelijk. De input van de sectieleden is hierbij altijd welkom! 

## 11e Christmas Echo

### **Cursus voor perioperatieve en intensive care echocardiografie**

**Vrijdag 17 en zaterdag 18 december 2010**

**Brussel, België**

<http://www.travexcongress.be/upcomingevents.asp>

Echografie heeft zich een duidelijke plaats verworven in de perioperatieve zorg voor chirurgische patiënten. Naast echogeleide perifere zenuwblokkade en beeldvorming van niet-cardiale vasculaire structuren is echocardiografie bij uitstek geschikt voor een optimaal management van de cardiovasculair gecompromitteerde patiënt. Door de ervaringen met echocardiografie bij de hartchirurgische patiënt is de sectie Cardio-anesthesiologie bij uitstek in staat om, in samenwerking met de Belgische collega's, een tweedaagse cursus echocardiografie op een basis en gevorderden niveau te organiseren die specifiek gericht is op toepassing in de perioperatieve zorg en intensive care.

De basiscursus omvat cardiale anatomie en correlatie met echocardiografische doorsneden, basisprincipes, hands-on sessies met aandacht voor bediening echomachine, beeldoptimalisering en hemodynamiek. Daarnaast onderwerpen als ventrikel- en klepfunctie en intra- en extracardiale pathologie. De individuele kennis kan worden getoetst middels een interactief pre- en postcursus examen.

In de cursus voor gevorderden staat het gebruik van echocardiografie in de hemodynamiek centraal met echo-doppler technieken en 3D-echo, evenals de toepassing van echocardiografie in de intensive care inclusief workshops. Ook kan men zich voorbereiden op het Europese echo-examen door het afleggen van een simulatieexamen.

Een tweetal optionele workshops, waaronder een wetlab en een uitgebreide hands-on sessie inclusief echo-simulator, completeren deze cursus.


## Nieuwe beoordelingscriteria voor bij- en nascholing

Begin september heeft het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) nieuwe beoordelingscriteria voor accreditatie goedgekeurd, gebaseerd op een harmonisatiemodel voor alle medisch specialisten. Deze criteria vindt u op de website van de NVA: [www.anesthesiologie.nl/accreditatie](http://www.anesthesiologie.nl/accreditatie). De nieuwe regels worden toegepast op alle deskundigheidsbevordering die in 2011 e.v. plaatsvindt.

### **TOTSTANDKOMING**

In november 2009 heeft het Accreditatie Overleg van wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen, met inacht-

neming van enkele kleine wijzigingen, een harmonisatierichtlijn voor de toekenning van accreditatiepunten aan deskundigheidsbevordering vastgesteld. Daarbij werd gesteld dat het elke vereniging vrij staat om van de harmonisatierichtlijn af te wijken.

Op enkele punten heeft de NVA besloten wijzigingen door te voeren. Dit betreft onder andere het doorhalen van maximering van het aantal congresdagen, de wijze waarop wordt omgegaan met buitenlandse nascholing, accreditatie van auteurschap en deelname aan richtlijnontwikkeling. 

# Aios strafbaar of niet?

Carine Vossen, CAGA

**Inmiddels begint het een traditie te worden: Eerst een gezellige CAGA borrel op de woensdagavond vooraf aan de anesthesiologendagen, de volgende dag voor de tweede keer op rij een CAGA sessie.**

**E**en overvolle zaal weerspiegelde de interesse voor dit onderwerp. In de weken voor de Anesthesiologendagen hadden alle aios een mail ontvangen met een link naar een enquête. De achterliggende gedachte om tevoren een enquête rond te laten gaan, was om mensen vast voor het onderwerp te prikkelen. In de enquête werden een zestal casus voorgelegd. Hierbij kon je bij elke vraag aangeven of je dacht dat je als AIOS verantwoordelijk en of strafbaar was. De respons van deze enquête was erg hoog en de opkomst op de dag zelf ook.

Twee voorbeelden:


Er wordt een spoedsectie aangemeld in de dienst en de supervisor is nog niet in huis. In verband met foetale nood begin je met de inleiding op aandringen van de gynaecoloog. Na de inductie een moeilijke luchtweg met als gevolg een reanimatiesetting. De familie klaagt je aan, omdat je niet hebt gewacht totdat de anesthesioloog er bij aanwezig was. Wie is hiervoor verantwoordelijk?

Documentatie! Je prikt een poplitea-blok zonder problemen in verband met een hallux valgus operatie. Je documenteert: lege artis/ niks. De patiënt ondergaat de voet operatie met bloedleegte-band. Er ontstaat zenuwuitval postoperatief. De orthopeed zegt dat het komt door de zenuwblokkade. De patiënt dient vervolgens een klacht in.

De uitkomsten van de enquête werden uiteengezet in een introductie door Chantal Sampson, tevens voorzitter van de CAGA. Vervolgens kwam de gastspreker Theo van Gelder aan het woord, anesthesioloog en jurist uit het Medisch Centrum Leeuwarden. Hij hield een verhaal over de juridische verantwoordelijkheden van



*Een aantal CAGA leden, vlnr: Chantal Sampson (UMCN), Marlous Bolman (LUMC), Carine Vossen (MUMC), Erik Bokhorst (ErasmusMC), Truus Vissia (UMCU), Els Bosch (UMCU), Maarten ter Horst (ErasmusMC), Frederique van Dehn (VUMC), Annemieke Kanninga (VUMC)*

de aios in zijn algemeen met tips en tricks over wat te doen als het je inderdaad een klacht aan je broek krijgt. Daarna besprak hij een aantal casussen en voorbeelden uit de enquête. Voor degenen die niet aanwezig waren: moraal van het verhaal was: in de praktijk zijn er (gelukkig) bijna geen casussen waarbij een aios wordt aangeklaagd. Vooralsnog is er weinig casuïstiek bekend van een aios Anesthesiologie. Belangrijke tips waren onder andere (verder genuanceerd uiteraard): Bij twijfel altijd uitgebreid overleg met je supervisor. In het eerste voorbeeld is in dit geval de gynaecoloog verantwoordelijk, wellicht de aios mede verantwoordelijk, afhankelijk van het opleidingsniveau van de aios. Hoe verder je in je opleiding bent, hoe meer verantwoordelijkheden je kunt en mag dragen. Documentatie is zeer belangrijk, zonder documentatie sta je zwak. Mocht er toch een klacht op de deurmat vallen schakel hulp in! Op naar de volgende CAGA-sessie (hopelijk “klachten”-vrij)! 



*Aan Hans Pöll dit jaar de eer om De professor Vermeulen-Cranch lezing te houden met als titel: We gaan iets nieuws doen.*



*De State of the Art Lecture werd verzorgd door prof. dr. W.S. Schlack (AMC). De titel: De slappe patiënt - niet iets om bij te ontspannen.*



*Jan Klein draagt de voorzittershamer over aan Jan Willem Kallewaard.*



*Prof.dr. Leo Booij wordt benoemd tot erelid van de vereniging (de Laudatio vindt u op de website onder archief nieuws van 20 mei).*

## Prijsuitreikingen

De prijs voor de beste wetenschappelijke voordracht werd toegekend aan R.C. Mebus (Antonius Nieuwegein).

*De titel van de voordacht luidde: Differences in hemostatic and inflammatory response in cardiac surgery patients operated with minimized extracorporeal circulation circuit or conventional cardiopulmonary bypass*



De prijs voor de beste poster werd in ontvangst genomen door R.R. Schaad (LUMC)

*De titel van zijn poster luidde: Incidentie van post operative residual curarisation (PORC) in een academisch centrum: tijd voor TOF-ratio ??*



De prijs voor het beste artikel in het NTvA is gewonnen door twee auteurs: J.F. Coumou (St. Lucas Andreas) en B.M.P. Rademaker (OLGV)

*Coumou publiceerde het artikel Venous air-embolism in operative hysteroscopy, Rademaker stuurde een reactie op het desbetreffende artikel.*

*Mw.dr. Christa Boer nam de prijs namens de winnaars in ontvangst.*



De NVA –ABBOTT Proefschrift Award werd in ontvangst genomen door dr. M. Vaneker (UMCN)

*De titel van zijn proefschrift luidt: Ventilator Induced Lung Injury, Pathophysiology of mechanotransduction and therapeutic strategies.*



De NVA Young Investigator Grant 2010 werd dit jaar toegekend aan dr. R.A. Bouwman (VUMC)

*De titel van zijn onderzoek luidt: The metabolic profile of the heart modulates its sensitivity to ischemia: an experimental approach to study the impact of lifestyle modification on preservation of perioperative cardiac function.*

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie  
roept op tot indienen van een aanvraag voor de



# Young Investigator Grant 2011

€ 50.000

voor een periode van twee jaar

## De onderzoeker, het onderzoek en de infrastructuur

De aanvrager is reeds gepromoveerd of bevindt zich in de laatste fase van zijn promotieonderzoek en is lid van de NVA (promotiedatum binnen één jaar). Naast wetenschappelijke ambitie beschikt de aanvrager over een duidelijk en goed uitgewerkt plan voor vervolgonderzoek. De resultaten van het voorgestelde onderzoek dienen voor de anesthesiologie belangrijke klinische of fundamentele onderzoeksvragen te beantwoorden. Multidisciplinaire onderzoeksamenwerking wordt sterk aangemoedigd. Op de afdeling of binnen de vakgroep waar hij/zij werkt is een goede infrastructuur voor onderzoek en een senioronderzoeker die als begeleider en klankbord functioneert.

## 'Matching': de afdeling draagt bij aan de kosten van het onderzoek

Een dergelijke persoonsgebonden tweejarige NVA subsidie kan slechts voor een deel kostendekkend zijn. Van de instelling waar de onderzoeker werkzaam is, wordt verwacht dat deze een bijdrage levert aan het project welke minimaal gelijk is aan de toegekende subsidie ('matching'). Deze bijdrage kan bestaan uit het ter beschikking stellen van (een deel van) de onderzoekstijd, onderzoekassistentie (research nurse) of laboratoriumfaciliteiten.

Namens het Bestuur van de NVA,  
de Commissie Wetenschap

**NVA** Young  
**Y** Investigator  
**NG** Grant

Aanvragen, inclusief begroting dienen vóór vrijdag  
14 januari 2011, 12.00 uur elektronisch  
(Adobe pdf) te worden gemaïld naar de NVA:  
[NVA@anesthesiologie.nl](mailto:NVA@anesthesiologie.nl).

Het aanvraagformulier kan via de website worden  
gedownload (besloten gedeelte). De uitreiking  
vindt plaats tijdens de Anesthesiologendagen 2011.

# Wat verder ter tafel komt

## PROMOTIES LEDEN

**2 juli 2010**

Jan Schreiber, Universiteit Maastricht

*The quest for the origin and prevention of postoperative myalgia following succinylcholine. New insights in an old problem.*

**30 september 2010**

Marc Buise, Erasmus Universiteit Rotterdam

*Castric Microcirculation and Respiratory Morbidity following esophagectomy*

## OVERLEDEN

**Juni 2010**

Kit Kwie Liem op 73-jarige leeftijd. Bij leven werkzaam in het Lorentz Ziekenhuis te Zeist.

**Juni 2010**

Prof.dr. Z. Kalenda op 83-jarige leeftijd. Bij leven werkzaam in het UMC Utrecht. Professor Kalenda was actief binnen de vereniging. Zo richtte hij de sectie Neuro-anesthesiologie op; de informele bijeenkomsten vonden op initiatief van Kalenda al in 1980 plaats. Hiermee is Het Nederlands Gezelschap voor Neuro-anesthesiologie de oudste sectie van de vereniging.

**Juni 2010**

Mw. A.A. van Maën op 77-jarige leeftijd. Bij leven werkzaam in ziekenhuis "De Weezenlanden" in Zwolle.

**Augustus 2010**

K.E. Blay op 67-jarige leeftijd. Bij leven werkzaam in ziekenhuis St. Nicolaas te Waalwijk, later TweeSteden ziekenhuis.

# Uw mening

## CONCEPTSTANDPUNT PACU

Vorig jaar zomer is een werkgroep ingesteld om een standpunt te vormen over de Post Anesthesia Care Unit (PACU), naar aanleiding van het ontstaan van PACU's in grotere ziekenhuizen. De PACU's werden genoemd als oplossingsrichting voor de problematiek rond IC's van niveau 1.

Het document is tot stand gekomen in samenwerking tussen alle betrokken partijen rond de PACU. Details rond de werkwijze kunt u nalezen in het document.

Het bestuur biedt u graag de gelegenheid commentaar te leveren op het conceptstandpunt. Daarvoor is het standpunt beschikbaar gesteld op het besloten deel van de website, of in papieren versie opvraagbaar bij het bureau van de NVA. Uiterste deadline voor schriftelijk commentaar is 12 november.

# NVA kalender

De volledige congresskalender en meer informatie over de hieronder genoemde congressen en bijeenkomsten vindt u op de NVA-website [www.anesthesiologie.nl](http://www.anesthesiologie.nl).

2010

29 & 30 oktober	Joint Meeting BAPA-SKA 2010	Eindhoven
3 november	Ledenvergadering sectie Intensive Care	Utrecht
12 & 13 november	Thema weekend sectie Cardio-anesthesie	Voorschoten
26 november	OW-programma sectie Pijnbestrijding	Veldhoven
27 november	Congres van de sectie Pijnbestrijding	Veldhoven
17 & 18 december	11e Christmas Echo	Brussel

Cursus voor perioperatieve en intensive care echocardiografie

2011

11 maart	NANCHO V	
8 april	12e OW-programma sectie Pijnbestrijding	
19 & 20 mei	Anesthesiologendagen	Maastricht

## JOINT MEETING BAPA-SKA 2010

vrijdag 29 en zaterdag 30 oktober, Eindhoven

De secties Kinderanesthesiologie van België en Nederland organiseren op zaterdag 30 oktober 2010 voor het eerst een gezamenlijk kinderanesthesiecongres in de Wintertuin van het Catherina Ziekenhuis te Eindhoven, Nederland. De Belgian Association for Paediatric Anaesthesiology (BAPA), sectie van de Belgische vereniging voor anesthesie en reanimatie BVAR, en de Sectie KinderAnesthesiologie (SKA), onderdeel van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), verenigen de Belgische en Nederlandse anesthesiologen met een bijzondere interesse in de kinderanesthesiologie.