



JANUARI 2007

Jaargang 25, nummer 1

In dit nummer

WEBCARE

- EKG World Encyclopedia
- Prachtig lesmateriaal van Edwards Lifesciences

WERELDNIEUWS

- Verpleegkundige overdracht vol rituelen en symboliek

VAKLITERATUUR

- Patiëntveiligheid

BERICHTEN

- Water: levensgevaarlijk
- Delierschaal aangepast voor patiënten op IC

Hernieuwde richtlijn
endotracheaal uitzuigen

Transplantatiecoördinator:
de **spin in het web**

Nieuw

Flexi-Seal[®]
FMS

Vooruitdenkend in patiëntenzorg

Vermindert het risico op huidbeschadigingen

Vermindert de kans op infecties

Verbeterd de patiëntenzorg



Aanzienlijk verbeteren van fecaal incontinentie management

Nu is er Flexi-Seal[®] FMS, een veilig en effectief afvoer- en opvangsysteem, ontworpen om het risico op huidcomplicaties die samenhangen met fecale incontinentie te verminderen*.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met ConvaTec: 0800-0224444.

*Lees voor het gebruik de bijsluiter

1. Clinical Evaluation of the Flexi-Seal[®] FMS Incontinence Management system. White paper: Highlight of Clinical Study Data. ConvaTec CC: 0198-03-A695. Augustus 2005. ©Flexi-Seal is een gedeponeerd handelsmerk van E.R. Squibb & Sons, L.L.C. ConvaTec is een bevoegde gebruiker. www.convatec.nl. ©2006 E.R. Squibb & Sons, L.L.C.

 **ConvaTec**
A Bristol-Myers Squibb Company

Stoere kerels

'Echte kerels zijn het, die jongens van de ambulance!', riep mijn 85-jarige tante Miep een paar jaar geleden. In het centrum van Delft was ze midden op straat ongelukkig ten val gekomen en kon niet meer opstaan. Al snel werd ze omringd door winkelend publiek en de onvermijdelijke EHBO'ers, die haar ongevraagd van goedbedoeld advies dienden, variërend van 'Sta maar op mevrouwtje, ik zie geen bloed!' tot 'Dat ziet er niet zo best uit, blijft u maar liggen!' Tante Miep kón niet anders dan blijven liggen en zag tot haar opluchting dat verschillende omstanders 112 belden.

De ambulance liet gelukkig niet lang op zich wachten. Twee kordate, geel-groen geklede 'kerels' verzochten iedereen vriendelijk doch dringend om door te lopen. Enkele sensatiebeluste omstanders werden door de chauffeur zelfs met zachte hand van de plek des onheils verwijderd, zodat de hulpverlening ongestoord plaats kon vinden. De verpleegkundige vertrouwde de situatie van tante Miep niet helemaal en besloot haar voor nader onderzoek naar het ziekenhuis te brengen. Makkelijker gezegd dan gedaan. Door de vele opdringerige toeschouwers was er bijna geen doorkomen aan. De adequate verpleegkundige liep daarop zonder aarzeling voor de ambulance uit, druk gebarend en luid schreeuwend dat iedereen aan de kant moest gaan. Vanaf dat moment steekt mijn tante haar bewondering voor 'die jongens van de ambulance' niet langer onder stoelen of banken: 'Het zijn stoere kerels die van aanpakken weten!'

Op oudjaarsdag ervoer ik aan den lijve dat die 'stoere kerels' ook een andere kant hebben. Om vijf uur belde mijn vader me wakker met het bericht dat mijn moeder op sterven lag. 'Als je je moeder nog levend wil zien, moet je nu naar huis komen...', hoorde ik hem verdwaasd zeggen. Op de achtergrond traag gepiep van een monitor, het teken om haast te maken. Voor de deur stonden een ambulance en een wagen van de huisartsenpost. Binnengekomen liep ik naar de slaapkamer en zag dat ik te laat was. Dit keer geen hectiek of chaotische taferelen, maar een serene rust. De verpleegkundige op bed naast mijn moeder, met in zijn handen de inmiddels zwijgende monitor. Aan het voeteneinde beide chauffeurs en de huisarts. Mijn vader in een stoel met de hand van zijn vrouw in de zijne. De verpleegkundige keek hem aan en zei: 'Uw vrouw is overleden, meneer'. Rustig, begripvol en ter zake kundig.

Goed werk jongens! Ik zal tante Miep ook van jullie andere kant op de hoogte brengen.

Ben de Lange, hoofdredacteur

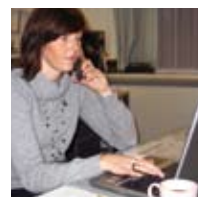
De bruikbare en wetenschappelijk onderbouwde richtlijn 'Endotracheaal uitzuigen bij volwassen intensive care-patiënten'



(herzien in 2005) wordt op verschillende IC-afdelingen nog steeds niet gebruikt. Implementatie van de richtlijn is niet alleen de taak van de individuele IC-verpleegkundige, maar ook van het management op de afdeling. Dat dit lang niet altijd probleemloos verloopt, leest u in het artikel op pagina 3.

INHOUD

- 3 De hernieuwde richtlijn endotracheaal uitzuigen**
Inventarisatie naar bekendheid, mate van toepassing en implementatiefactoren



- 12 Transplantatiecoördinator: de spin in het web tijdens een donatieprocedure** Interview

- 16 Webcare**

- 18 Wereldnieuws**

- 20 Vakliteratuur**

- 21 Berichten**

- 25 Agenda**

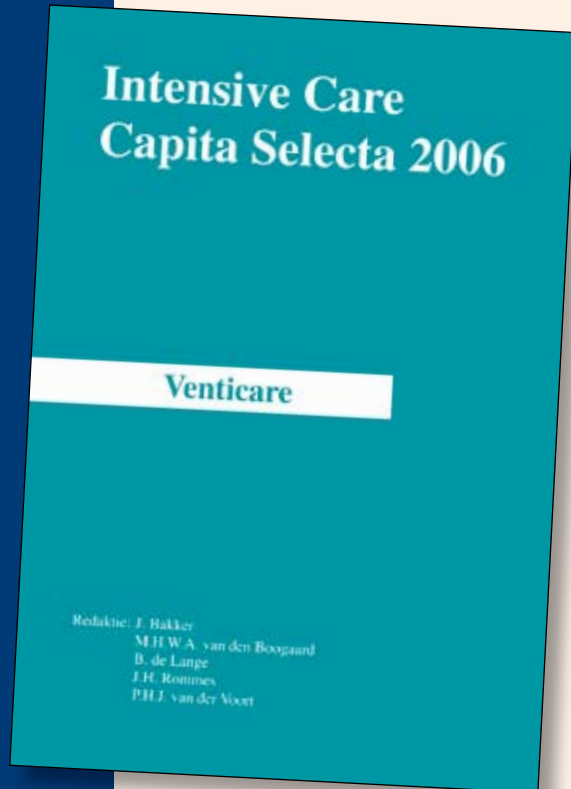
- 26 Verenigingsnieuws NVICV**



- 29 Verenigingsnieuws VVIZV**

Venticare

BOEKEN



De beste verzameling intensive care-artikelen van het jaar!

Intensive care-geneeskunde maakt de laatste jaren een stormachtige ontwikkeling door. Er is dan ook een groeiende behoefte aan literatuur over dit onderwerp.

Dit boek bevat een groot aantal capita selecta uit de intensive care-geneeskunde, waarbij de nadruk ligt op de praktische toepasbaarheid van de beschreven stof. Vele aspecten van intensive care komen daarbij aan bod, zowel op medisch als op verpleegkundig terrein.

Intensive Care Capita Selecta 2006

Redactie: J. Bakker, M.H.W.A. van den Boogaard, B. de Lange, J.H. Rommes, P.H.J. van der Voort

€ 27,50 (exclusief verzendkosten)

256 pagina's, ISBN 90-72651-22-7

Met onder andere:

Wat is shock: symptomen en typen van shock
 — Vloeistofresuscitatie: de druppel die de emmer doet overlopen — Veneuze oxymetrie en lactaat: wanneer is het genoeg...?
 — Aanwezigheid van familie bij een reanimatie
 — Tracheotomie: klassiek of percutaan?
 — Klinisch gebruik van pulmonale grafieken, loops en curven bij neonatale beademing
 — Automatisch ontwennen van de beademing, SmartCare
 — Oorzaken en behandeling van peritonitis
 — Postoperatief abdominale sepsis: monitoring en behandeling
 — VAC-behandeling bij mediastinitis
 — Een aortadissectie: een levensbedreigende en verscheurende situatie
 — Preventie van

plotse dood in de sport bij jonge atleten in Nederland
 — Ernstig bloedende patiënten
 — Nierfunctievervanging op de Intensive Care: dosering en timing
 — Antistolling bij CVVH: heparine of citraat?
 — Co-bedding bij premature meerlingen. Een evidence-based benadering
 — Huidverzorging bij prematuren
 — Verdrinking, hypothermie en outcome bij kinderen in Nederland
 — Non-invasieve beademing op de kinder Intensive Care
 — Extra corporele membraan oxygenatie
 — Pijnbeleid bij neonaten met de COMFORTneo schaal als hulpmiddel
 — Dilemma's met betrekking tot de extreme prematuur?
 — Kwaliteitsindicatoren: de eerste bevindingen

BESTELLEN BIJ
 POST
 TELEFOON
 FAX
 INTERNET

VENTICARE
 POSTBUS 13141, 3507 LC UTRECHT
 (030) 271 71 12
 (030) 271 22 93
 WWW.VENTICARE.NL

Acute zorg, onze zorg.

De hernieuwde richtlijn **endotracheaal uitzuigen**

Inventarisatie naar bekendheid, mate van toepassing en implementatiefactoren

ANS RENSEN¹, FRIEDE SIMMES¹, JOKE MINTJES², MIRJAM MEIJS³, MARJOLEIN VAN DER STEEN³

In 2004 is de richtlijn 'Endotracheaal uitzuigen bij volwassen intensive care-patiënten' gepubliceerd en in 2005 een door de Landelijke Commissie Protocollering Intensive Care (LPRIC) op deze richtlijn aangepaste standaard. Belangrijkste aanbevelingen: op indicatie uitzuigen en op indicatie spoelen met NaCl 0,9%. Doel onderzoek: inventarisatie naar bekendheid met de aanbevelingen en toepassing hiervan in de praktijk; inzicht verkrijgen in het implementatietraject en bruikbaarheid van de richtlijn endotracheaal uitzuigen op de afdeling. Methode: elektronisch vragenlijstonderzoek. Resultaten: respons 40 van de 75 aangeschreven IC-afdelingen. Op 18 van de 40 afdelingen wordt de uitzuigfrequentie op basis van de vastgestelde sputumklasse per patiënt vastgesteld, en 27 afdelingen spoelen op indicatie met NaCl 0,9%. Een (hernieuwde) richtlijn werd in 17 verpleegkundige teams geïntroduceerd. Over het algemeen vinden deze teams de richtlijn een goede verandering voor het handelen in de praktijk en weten zij voor welke patiëntengroep en professionals de richtlijn is bedoeld. Het doel van de richtlijn (gezondheidswinst voor de patiënt) vinden de meeste, maar niet alle teams duidelijk beschreven. In de meeste teams die de nieuwe richtlijn gebruiken zijn de financiële consequenties onbekend evenals of de richtlijn tijd bespaart en of de richtlijn voldoende wetenschappelijk is onderbouwd. Conclusie: aanbevelingen uit de richtlijn en de standaard zijn weinig bekend en worden onvoldoende opgevolgd. De richtlijn wordt over het algemeen als bruikbaar beschouwd. Bij implementatie lijken achterliggende argumenten weinig aan de orde te komen.

Kritiek 2007;1:3-9

Trefwoorden: richtlijn, implementatie, Evidence Based Practice, endotracheaal uitzuigen, IC-afdeling

Inleiding

Endotracheaal uitzuigen is een noodzakelijke en risicovolle interventie om secreet uit bronchi en trachea te verwijderen. Dit verbetert de gasuitwisseling en voorkomt een beademingsgerelateerde luchtweginfectie of Ventilator Associated Pneumonia (VAP).

Internationaal onderzoek laat zien dat bij 8 tot 28% van de beademingspatiënten een VAP optreedt. Onder patiënten met een Acute Respiratory Distress Syndrome is deze incidentie nog hoger; 15%-60%. De mortaliteit bij VAP varieert van 24% tot 50% en kan zelfs 76% bereiken in specifieke situaties, bijvoorbeeld wanneer de longinfectie door hoog risico pathogenen wordt veroorzaakt, zo blijkt uit een literatuur review van Chastre en Fagon⁽¹⁾. Op intensive care-afdelingen van 16 Nederlandse ziekenhuizen ontwikkelden 16% van de patiënten nosocomiale pneumoniën waarvan 98% in verband wordt gebracht met beademing. De mortaliteit bij patiënten met een pneumonie was in dit onderzoek 29%⁽²⁾.

Eén van de maatregelen om infecties te voorkómen is het endotracheaal uitzuigen. IC-verpleegkundigen in het UMC St Radboud hanteerden tot 2003 een standaardprocedure endotracheaal uitzuigen, waarbij routinematig om de twee tot drie uur werd uitgezogen en met NaCl 0,9% gespoeld. De belangrijkste vragen die er leefden waren: wat is de beste uitzuigmethode van endotracheaal uitzuigen en is spoelen met NaCl 0,9% zinvol? De resultaten uit een literatuurstudie weken erg af van het bestaande protocol.

Een multidisciplinaire werkgroep heeft daarom op basis van literatuur een nieuwe richtlijn 'endotracheaal uitzuigen bij volwassen intensive care-patiënten' ontwikkeld en geïmplementeerd. Deze richtlijn is in 2004 gepubliceerd door Bloo et al.⁽³⁾. Uitgangspunten waarop de richtlijn is gebaseerd zijn dat endotracheaal uitzuigen gepaard kan gaan met complicaties en daarom alleen op indicatie moet gebeuren. Het spoelen met NaCl 0,9% heeft volgens literatuuronderzoek geen duidelijk voordeel en kan in bepaalde situaties zelfs schadelijk zijn. In het artikel van Bloo et al. komt naar voren dat sommige patiënten de handeling heel oncomfortabel en pijnlijk vinden en tijdens de handeling angstig zijn⁽³⁾. Een lagere uitzuigfrequentie is daarom minder belastend voor de patiënt. In 2005 heeft de Landelijke Commissie Protocollering Intensive Care haar al bestaande standaard voor de handeling 'endotracheaal toilet bij de geïntubeerde patiënt' aangepast met aanbevelingen uit de richtlijn van Bloo et al.⁽⁴⁾.

Bloo et al. hanteren de definitie: 'Onder endotracheaal uitzuigen wordt uitsluitend het wegzuigen van slijm uit bronchi of trachea verstaan met als doel secreet te verwijderen om de gasuitwisseling te verbeteren en een beademingsgerelateerde pneumonie (VAP) te voorkomen'.

De belangrijkste aanbevelingen in de richtlijn en standaard zijn om het endotracheaal uitzuigen alléén op indicatie, na aanwezigheid van secreet in bronchi of trachea te hebben vastgesteld, uit te voeren. Slechts in het uiterste geval, als secreet na uitzuigen niet is verwijderd, wordt aanbevolen om te spoelen met NaCl 0,9%.

1 Docent Verpleegkunde, lid Lectoraat Acute Intensieve Zorg Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Acute Intensieve Zorg, Postbus 6960, 6503 EJ Nijmegen.

I www.han.nl/hanblog/acute_intensieve_zorg
E ans.rensen@han.nl

2 Lector Acute Intensieve Zorg aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

3 HBO-V student aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

> De activiteiten die nodig zijn om te besluiten of er al dan niet moet worden uitgezogen en eventueel gespoeld met NaCl 0,9% staan in beide documenten in de vorm van een stroomschema weergegeven. Hoewel het uitzuigen boven de cuff strikt genomen niet tot het endotracheaal uitzuigen behoort, besluiten beide stroomschema's met de aanbeveling om het secreet boven de cuff minimaal om de vier uur weg te zuigen.

De aanbevelingen in de documenten verschillen op enkele punten. In de richtlijn staat dat één verpleegkundige de uitzuigprocedure kan uitvoeren en volgens de standaard wordt de handeling door twee verpleegkundigen uitgevoerd. Bij waterig secreet adviseert de richtlijn dat er minimaal 1 x per 8 uur op aanwezigheid van secreet gecontroleerd moet worden, de standaard adviseert om dit 1 x per 4 uur te doen. In de richtlijn wordt bij waterig secreet het gebruik van een rechte katheter aanbevolen en bij secreet klasse 2 of 3 een kromme katheter, de standaard geeft hierover geen advies. De richtlijn geeft een verantwoording voor bepaalde keuzes op basis van genoemde literatuurbronnen, in de standaard wordt naar secundaire literatuurbronnen verwezen.

Bloo et al. spreken van een richtlijn, de LPRIC gebruikt het begrip standaard. Grol gebruikt de algemeen geaccepteerde definitie van klinische richtlijnen (Field 1990, 1992)⁽⁵⁾: 'Systematisch ontwikkelde stellingen of aanbevelingen om arts en patiënt te helpen bij het nemen van beslissingen over de meest geschikte zorg bij een specifiek klinisch probleem.' In dit artikel hanteren wij deze definitie bij het gebruik van het begrip richtlijn. Waar arts staat kan ook verpleegkundige of een andere hulpverlener in de gezondheidszorg worden gelezen.

Wij inventariseerden in hoeverre intensive care-verpleegkundige teams bekend zijn met de richtlijn en/of standaard en in hoeverre aanbevelingen uit de richtlijn/standaard zijn doorgevoerd. Indien een (her)nieuw(d)e richtlijn endotracheaal uitzuigen op de afdeling werd geïmplementeerd werden bevorderende en belemmerende factoren die tijdens het implementatietraject een rol hebben gespeeld in kaart gebracht. Als laatste werd gevraagd of IC-verpleegkun-

digen bekend zijn met de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care Verpleegkundigen (NVICV) en welke rol de NVICV zou moeten spelen bij de implementatie van (her)nieuw(d)e richtlijnen.

Methode

Er is een landelijke inventarisatie met behulp van een elektronische vragenlijst uitgevoerd.

De vragenlijst

De vragenlijst bevatte de onderdelen:

- 1 algemene gegevens en organisatiekenmerken;
- 2 mate van bekendheid met de richtlijn en/of de standaard;
- 3 werkwijze endotracheaal uitzuigen;
- 4 bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie van de richtlijn op de afdeling;
- 5 bekendheid met, en taak van NVICV bij implementeren van richtlijnen.

Om bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van een (her)nieuw(d)e richtlijn te achterhalen zijn vragen geselecteerd uit de lijst van Peters et al.⁽⁶⁾. Daarnaast zijn vragen uit het AGREE-instrument (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation) geselecteerd om de bruikbaarheid van de richtlijn te inventariseren⁽⁷⁾.

Expertvaliditeit werd bereikt door de vragenlijst voor te leggen aan vier deskundigen uit de praktijk; een lid van de protocollencommissie NVICV, twee verplegingswetenschappers uit academische ziekenhuizen en een IC-verpleegkundige uit een algemeen ziekenhuis.

Respondenten

Voor het werven van respondenten is het adressenbestand van het landelijke hoofdenoverleg gebruikt. Het hoofdenoverleg vertegenwoordigt CCU-afdelingen (Cardio Care Unit), gecombineerde CCU/IC-afdelingen en IC-afdelingen. De NVICV heeft de introductiebrief en de elektronische vragenlijst naar 158 hoofden in 75 verschillende ziekenhuizen verstuurd. Via de introductiebrief is aan de hoofden gevraagd om de vragenlijst alleen te laten invullen indien het hoofd een volwassen IC-afdeling vertegenwoordigt; één IC-afdeling per instelling en één vertegenwoordiger per team.

Resultaten

Algemene gegevens en organisatiekenmerken

Er hebben veertig IC-afdelingen uit veertig verschillende instellingen gereageerd. Vijf afdelingen behoren tot een academisch en vijfendertig tot een perifere ziekenhuis. Uit alle provincies zijn ziekenhuizen vertegenwoordigd. De afdelingen zijn onderverdeeld in tweeëndertig algemene en acht specialistische afdelingen (neurochirurgie, thorax- en cardiochirurgie en interne) met een gemiddelde van elf bedden waarvan gemiddeld negen beademingsbedden.

Het gemiddelde aantal beademingsdagen is op zestien afdelingen minder dan 1.000 per jaar, dertien afdelingen hebben tussen de 1.000 en 2.000 beademingsdagen en elf afdelingen meer dan 2.000 beademingsdagen.

De helft van de vragenlijsten is ingevuld door een teamleider of ventilation practitioner, de andere helft door een IC-verpleegkundige.

Op veertien afdelingen (14/40) houdt een IC-verpleegkundige zich specifiek bezig met ontwikkelingen op het gebied van beademing en op twaalf afdelingen (12/40) is dit een ventilation practitioner. Op veertien afdelingen (14/40) is er geen verpleegkundige die zich speciaal bezig houdt met ontwikkelingen rondom de beademing.

In de meeste gevallen (28/40) zijn het uitsluitend verpleegkundigen die op de IC-afdeling de handeling 'endotracheaal uitzuigen' verrichten. Op drie (3/40) afdelingen wordt dit uitsluitend door fysiotherapeuten gedaan, op de overige afdelingen wordt de handeling door verschillende disciplines uitgevoerd; behalve verpleegkundigen en fysiotherapeuten zijn de anesthesieassistenten en de intensivist genoemd.

Een richtlijn endotracheaal uitzuigen is op bijna alle afdelingen (38/40) aanwezig en zeventien (17/40) afdelingen hebben hun richtlijn in 2004 of later ingevoerd of bijgesteld.

Op zevenendertig afdelingen (37/40) is duidelijk wie beslissingen neemt over eventuele aanpassingen van de richtlijn. Ongeveer de helft van de respondenten meldt dat op instellingsniveau beslissingen worden genomen over aanpassingen van de richtlijn.

	N=17
Niet bekend met richtlijn/en of standaard	8
Bekendheid met beide nieuwe werkwijzen (Bloo en LPRIC)	3
Bekend met de richtlijn van Bloo et al.	7
Bekend met de standaard handeling LPRIC	5
Geïnformeerd door:	
– collega's	4
– tijdschrift Kritiek	3
– website LPRIC	2
Gebruik richtlijn van Bloo et al. voor aanpassing eigen werkwijze:	
– helemaal	3
– gedeeltelijk	3
Gebruik standaard LPRIC voor aanpassing werkwijze:	
– helemaal	3
– gedeeltelijk	2

Tabel 1 Bekendheid en gebruik van richtlijn/standaard op de 17 afdelingen die in 2004 of later een (hernieuwde) richtlijn of standaard invoerden.

Op de vraag wie de richtlijn 'endotracheaal uitzuigen' voor afdelingsgebruik heeft samengesteld, antwoordde de helft van de respondenten (20/40) dat een multidisciplinaire werkgroep van IC-verpleegkundigen en artsen dit heeft gedaan, zeven respondenten zeiden dat een werkgroep van alleen IC-verpleegkundigen dit heeft gedaan, negen respondenten vulden de categorie 'anders' in, in de toelichting noemden zij bijvoorbeeld de protocollencommissie of beademingscommissie en vier respondenten zeiden dat er geen verpleegkundige bij het vaststellen van de richtlijn was betrokken.

Bekendheid met de richtlijn en/of de standaard (zie Tabel 1)

Aan de zeventien respondenten bij wie op de IC-afdeling in 2004 of later de richtlijn 'endotracheaal uitzuigen' is ontwikkeld of herzien werd gevraagd of hun teams bekend waren met de richtlijn van Bloo et al. en/of de standaard van de LPRIC. Volgens respondenten was iets meer dan de helft van de verpleegkundige teams (9/17) bekend met de richtlijn en/of standaard.

Op de afdelingen (8/17) waar men niet bekend was met de richtlijn en/of standaard gebruikte men bij de herziening van de richtlijn leerboeken IC-verpleegkunde, andere richtlijnen, kennis en praktijkervaring van verpleegkundigen, informatie van intensivisten en fysiotherapeuten.

Tabel 2
Inventarisatie huidige werkwijze endotracheaal uitzuigen.

Aanbevelingen	N=40
De frequentie van de uitzuiginterventie wordt afhankelijk van de vastgestelde sputumklasse, per patiënt vastgesteld	18
Voorafgaande aan endotracheaal uitzuigen wordt aanwezigheid secreet beoordeeld	38
Wijze waarop aanwezigheid secreet wordt beoordeeld:	
– secreet hoorbaar	38
– secreet alleen hoorbaar met stethoscoop	16
– secreet voelbaar met hand op thorax	38
– zaagtandfenomeen zichtbaar in beademingscurve	21
– beademingsdrukken nemen toe	27
– tidalvolume neemt af	32
Minimale frequentie beoordeling of er uitgezogen moet worden:	
– 1 à 2 uur	15
– à 4 uur	2
– à 6 uur	3
– à 8 uur	7
– op indicatie	13
Medische contra-indicaties endotracheaal uitzuigen waarbij arts geraadpleegd dient te worden:	
– longbloedingen	29
– ernstig longoedeem	27
– ernstige desaturatie	20
– intracraniele hypertensie	23
Bij het uitzuigen elke keer vaststellen aard en klasse van het sputum	36
Keuze van de uitzuigkatheter is afhankelijk van de vastgestelde sputumklasse	9
Keuze van de uitzuigdiepte is afhankelijk van de vastgestelde sputumklasse	1
Altijd spoelen met NaCl 0,9% bij de uitzuiginterventie	7
Soms spoelen met NaCl 0,9% bij de uitzuiginterventie	27
Niet spoelen met NaCl 0,9% bij de uitzuiginterventie	6
Uitzuigen secreet boven de cuff, minimaal eens per vier uur	4
Aantal personen waarmee de uitzuigprocedure wordt uitgevoerd:	
– 1 persoon	13
– 2 personen	7
– 1 of 2 personen (afhankelijk open/gesloten systeem, bij balloneren, korte of uitgebreide uitzuigprocedure, beademingsinstelling)	20

Op de vraag of de afdeling informatie heeft verzameld over de effecten van de nieuwe richtlijn ten opzichte van de oude procedure reageerden 6/17 respondenten bevestigend. Uit de toelichting blijkt dat men in de literatuur heeft gezocht wat er bekend is over de effecten. Eén afdeling heeft een evaluatie binnen het team gehouden waarbij ieders mening is gevraagd over instabi-

liteit tijdens en na bronchiaal toilet in vergelijking met de situatie daarvoor, de uitkomst werd niet vermeld.

Werkwijze endotracheaal uitzuigen (zie Tabel 2)

Op minder dan de helft van de afdelingen (18/40) wordt de aanbeveling om de uitzuigfrequentie afhankelijk van de vastgestelde sputumklasse per

UMC UTRECHT WERKNIEUWS

Vandaag op werkenbijUMCUtrecht.nl

- **Ontplooiing en ontwikkeling in ons nieuwe IC-centrum** vakvernieuwing en groei van talent als IC-verpleegkundige op een modern uitgeruste werkplek.
- **Drie verpleegkundige vernieuwers** - Doorbraken in de gezondheidszorg komen écht niet alleen van toponderzoekers. Ook verpleegkundigen vernieuwen hun vak in het UMC Utrecht (video).

Actuele vacature m/v:

IC-verpleegkundigen m/v

Eind 2007 is ons nieuwe IC-centrum klaar. Tweemaal zo groot als het huidige complex, lichter en rustiger, én ingericht in overleg met de medewerkers. Zo kunnen we nog meer behandeling en zorg op maat leveren aan patiënten van allerlei specialismen. Denk aan hart- en longtransplantaties, assist devices en (neuro)trauma's. In feite draait alles nu én straks om de vitale functies van de patiënt: voor diens herstel schakelen we geavanceerde technieken in. Daar krijgt u als verpleegkundige ook mee te maken. Evenals met de begeleiding van verpleegkundigen voor de vervolgopleiding IC-verpleegkundige van wie er jaarlijks zo'n zestien instromen. Verder verwachten we dat u meedenkt over nieuwe mogelijkheden van het IC-centrum, zoals het aanbieden van consulten in de zorg, continue deskundigheidsbevordering en het verpleegkundig onderzoek. U bent een enthousiaste en actieve verpleegkundige met een IC-diploma. Bovendien kunt u goed zelfstandig werken in een multidisciplinair team. Vacaturenummer 2006/0027.

Geïnteresseerd? Voor de complete vacaturetekst én alle informatie over onze vernieuwende werkomgeving bezoekt u internet. Of u belt gratis 0800 – 25 000 25. Solliciteren kan per post (UMC Utrecht, dP&O, DO1.213, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht, o.v.v. vacaturenummer), maar doet u bij voorkeur online op werkenbijUMCUtrecht.nl.

Wij proberen
altijd beter te worden



Universitair Medisch Centrum
Utrecht

careanesth



GOING SWISS !

Wij zoeken IC verpleegkundigen U profiteert:

- Zwitserland heeft per inwoner het hoogste inkomen van Europa.
- Een veel lagere belasting over je maand salaris.
- Een 13^{de} maand is vanzelfsprekend.
- De leefstandaard is hoog en je vrije tijd mogelijkheden zijn veelzijdig. Denk o.a. aan Skiën, wandelen, surfen, abzeilen, raften enz.

Wij helpen U:

- Wij werken nauw samen met de meeste klinieken en ziekenhuizen in Zwitserland.
- Aan u de keus of u wilt werken in een bruisende stad of in een van de vele vakantieoord in de bergen.
- Wij staan graag klaar voor u en al uw vragen, kosteloos en zonder verplichtingen.
- Neem nu contact met ons op om te kijken wat wij voor u kunnen betekenen.

Profiteer van de vele voordelen en kies de weg die vele collega's u al zijn voorgedaan!!

info@careanesth.com

www.careanesth.com

+41(0) 27 945 19 85

Zorg verlenen in het buitenland?

Scholten & Associates Medical Recruitment

is een internationaal werkende organisatie die vanaf 1988 gespecialiseerd is in het werven en selecteren van (para)medisch personeel voor zorginstellingen binnen en buiten Europa. Kwaliteit van dienstverlening staat bij ons hoog in het vaandel.

Lansinkesweg 4
Postbus 960
NL-7550 AZ Hengelo (O)
tel. (+31) (0)74 255 92 00
fax (+31) (0)74 255 92 11

Postfach 505 • CH-8027 Zürich
tel. (+41) (0)44 462 11 88

Email: info@scholten-medical.nl

Met spoed zoeken wij:

- IZ-verpleegkundigen
- Spoedeisende Hulp-verpleegkundigen
- CCU-verpleegkundigen

voor ziekenhuizen in:

- **Zwitserland (Duitstalig en Franstalig gedeelte)**
- **Caribisch gebied**
- **Kanaaleilanden**

Voor meer informatie over onze organisatie en ervaringsverhalen verwijzen wij naar onze website.

Meer weten?

Neem dan snel contact met ons op!

Bezoek ook dit jaar onze stand op het NVKVV-congres op maandag 12 maart 2007 in Oostende!



SCHOLTEN & ASSOCIATES
MEDICAL RECRUITMENT

www.scholten-medical.com

> patiënt vast te stellen, niet toegepast. Wel wordt op praktisch alle afdelingen (38/40) voorafgaande aan het uitzuigen vastgesteld of er secreet aanwezig is en op 36/40 afdelingen wordt de aard en klasse van het sputum vastgesteld. Dit betekent dat op meer dan de helft van de afdelingen alle patiënten met een standaardfrequentie worden uitgezogen. Minder dan een kwart van de afdelingen (18/40) kiest voor een uitzuigkatheter afhankelijk van de vastgestelde sputumklasse, de uitzuigdiepte wordt vrijwel nooit (1/40) afhankelijk gesteld van de vastgestelde sputumklasse.

Op zeven afdelingen (7/40) wordt altijd met NaCl 0,9% gespoeld, op zeventien afdelingen (27/40) doet men dit soms en op zes afdelingen (6/40) spoelt men niet met NaCl 0,9%.

Behalve bij taai of moeilijk te mobiliseren sputum wordt ook gespoeld bij droog bloed in het sputum, als onderdeel van het balloneren of om de uitzuigkatheter en/of het uitzuigsysteem schoon te maken. Drie respondenten zeiden dat het spoelen met NaCl 0,9% vooral is bedoeld om de hoestprikkel op te wekken, niet om de oplosbaarheid van het sputum met behulp van NaCl 0,9% te verbeteren.

De afdelingen verschillen in beleid bij welke contra-indicaties de verpleegkundige een arts moet inschakelen.

In de richtlijn wordt aanbevolen om ten minste om de 4 uur secreet boven de cuff weg te zuigen, ook als er geen secreet in de longen hoorbaar is en er niet endotracheaal uitgezogen hoeft te worden. Op dertien (13/40) afdelingen wordt dit standaard gedaan, echter de frequentie loopt sterk uiteen; vier (4/40) afdelingen doen dit om de 2 à 4 uur, de overige afdelingen doen dit in een lagere frequentie dan aanbevolen.

Op tien (10/40) afdelingen wordt de uitzuigprocedure door twee personen uitgevoerd, op dertien afdelingen (13/40) door één persoon en op zeventien afdelingen (17/40) laat men dit afhangen van het soort beademingsstelsel en of er al dan niet geballoneerd wordt.

Bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie van de richtlijn op de afdeling (zie Tabel 3)

Op zeventien afdelingen is in 2004 of later een (hernieuwde) richtlijn inge-

Factoren	Ja	Nee	Niet bekend
Het verpleegkundig team vindt de beroepsgroep voldoende betrokken bij het vaststellen van deze richtlijn	13	0	4
Het verpleegkundig team heeft voldoende invloed gehad om (onderdelen) van deze richtlijn op de afdeling in te voeren	14	0	3
De afdelingsarts is voorstander van gebruik van deze richtlijn	13	0	4
De afdeling heeft voldoende aandacht besteed aan besluit om gewijzigde richtlijn in te voeren	9	6	2
Het verpleegkundig team heeft voldoende instructie/informatie gehad om deze richtlijn te gebruiken	13	0	4
Voor het verpleegkundig team is duidelijk wie verantwoordelijk is voor vastgestelde inhoud van deze richtlijn	15	0	2
Het verpleegkundig team vindt het doel (gezondheidswinst patiënt) van de richtlijn duidelijk beschreven	13	0	4
Het verpleegkundig team vindt duidelijk voor welke gebruikers (professional) de richtlijn bedoeld is	14	0	3
Het verpleegkundig team vindt de patiëntengroep waarvoor de richtlijn is bedoeld, duidelijk beschreven (leeftijd, geslacht, klinisch beeld, etc.)	14	0	3
Het verpleegkundig team vindt de aanbevelingen nauwkeurig en eenduidig beschreven	12	0	5
Het verpleegkundig team vindt de aanbevelingen voldoende gericht op kritische beslismomenten in het handelen	12	0	5
Het verpleegkundig team vindt aangepaste richtlijn goede verandering voor handelen in praktijk	14	0	3
Het verpleegkundig team vindt de aanbevelingen uit richtlijn met voldoende wetenschappelijk bewijs onderbouwd	6	0	11
Het verpleegkundig team vindt dat werken volgens deze richtlijn tijd bespaart	3	0	14
Het verpleegkundig team vindt dat werken volgens deze richtlijn verbeteringen laat zien voor het welzijn van de patiënt	10	0	7
Het verpleegkundig team ziet financiële voordelen van het gebruik van deze richtlijn	4	0	13

Tabel 3 Bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van een (hernieuwde) richtlijn endotracheaal uitzuigen op 17 afdelingen waar deze in 2004 of later is ingevoerd.

voerd. In dit onderdeel is gevraagd naar de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van de richtlijn zoals door betreffende teams ervaren.

Opvallend is dat de stellingen die het implementatieproces bevorderen ofwel met 'ja', ofwel met 'niet bekend' werden beantwoord met uitzondering van één stelling: 'de afdeling heeft voldoende aandacht besteed aan de implementatie van de hernieuwde richtlijn', deze stelling werd zes van de zeventien keer met 'nee' beantwoord.

Voor de meeste teams (15/17) is het duidelijk wie verantwoordelijk is voor

de vastgestelde inhoud van de richtlijn. Veertien teams (14/17) vinden de richtlijn een goede verandering voor het handelen in de praktijk, zij weten voor welke patiëntengroep en welke professionals de richtlijn is bedoeld. Het doel van de richtlijn (gezondheidswinst patiënt) vinden dertien (13/17) teams duidelijk beschreven. Respondenten waren het minst bekend met de mening van het team of het werken volgens de richtlijn tijd bespaart (14/17 teams), of het team financiële voordelen ziet in het gebruik van de richtlijn (13/17) en of de richtlijn met

- > voldoende wetenschappelijk bewijs is onderbouwd (11/17).

Uit de toelichting bleek dat voor de verandering van het endotracheaal uitzuigen in vijf gevallen bijscholing is gegeven. Dit betrof de technische kant van de richtlijn; auscultatie om aanwezigheid van secreet vast te stellen, het 'kochen' van de tube, het balloneren met manometer en zo nodig toepassen van sustained inflation (het nabootsen van hoesten).

Bekendheid met, en taak van de NVICV bij implementeren van richtlijnen

Alle respondenten zijn bekend met de NVICV en vinden dat de NVICV een taak heeft bij het ontwikkelen van richtlijnen. De gebruikers van een (her)nieuw(d)e richtlijn zijn minder tevreden over de aandacht die door de beroepsvereniging hieraan is besteed. Van de zeven respondenten van IC-afdelingen die geheel/gedeeltelijk aanbevelingen uit de standaard van de LPRIC hebben overgenomen zeggen drie respondenten dat dit onvoldoende was. Eén respondent geeft aan hiermee niet bekend te zijn.

Van de zes respondenten van IC-afdelingen die geheel/gedeeltelijk aanbevelingen uit de richtlijn van Bloo et al. hebben overgenomen zegt één respondent dat door de NVICV voldoende aandacht is besteed aan de nieuwe richtlijn; één respondent geeft aan dat dit te weinig was en vier respondenten zeggen dit niet te weten.

Conclusies

Volgens de literatuur is het alleen beschikbaar stellen van een richtlijn onvoldoende om in de praktijk een succesvolle implementatie te bewerkstelligen⁽⁸⁻¹¹⁾. De resultaten van deze inventarisatie bevestigen dit. Van de afdelingen die de richtlijn in 2004 of later aanpasten brachten de verpleegkundigen in iets meer dan de helft van de gevallen nieuw beschikbare kennis in. Verpleegkundigen werden in de meeste gevallen door collega's op de hoogte gebracht van de nieuwe kennis, een enkeling had deze kennis zelf gelezen in het vakblad *Kritiek* of op de site van de NVICV.

De belangrijkste aanbeveling om de uitzuigfrequentie afhankelijk van de vastgestelde sputumklasse per patiënt vast te stellen wordt op minder dan de helft van de IC's toegepast. Wel werkt een meerderheid van de IC's, bijna 70%, met de aanbeveling om alleen in het uiterste geval met NaCl 0,9% te spoelen, 15% van de afdelingen spoelt zelfs niet met NaCl 0,9%.

Uit de inventarisatie blijkt ook dat, voordat de nieuwe richtlijn en standaard waren gepubliceerd, sommige afdelingen al op indicatie uitzogen en/of op indicatie spoelden met NaCl 0,9%.

Hoewel het boven de cuff uitzuigen strikt genomen niet tot de handeling endotracheaal uitzuigen behoort, wordt in de richtlijn en de standaard de gebruiker geattendeerd op de aanbeveling om dit standaard, minimaal om de 4 uur, te doen. Slechts op 10% van de IC's wordt deze aanbeveling opgevolgd. Omdat secreet uit de mondholte gemakkelijk via de tube naar beneden kan sijpelen en vervolgens in de longen een VAP veroorzaakt, loopt de patiënt ernstige risico's door deze handelwijze⁽¹²⁾.

Bij de inventarisatie naar de mening van het team over de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van de (hernieuwde) richtlijn vindt een aantal teams dat de afdeling onvoldoende aandacht heeft besteed om de gewijzigde richtlijn in te voeren. Met de doelstelling van de richtlijn, namelijk gezondheidswinst voor de patiënt, waren niet alle teams bekend, terwijl dit volgens ons de belangrijkste motivatie tot het aanpassen van een handeling is.

Verder werden de stellingen of het werken volgens de nieuwe richtlijn tijd bespaart, het team financiële voordelen ziet in het werken met de richtlijn en of de richtlijn met voldoende wetenschappelijk bewijs is onderbouwd vaak met: 'niet bekend' beantwoord. Wij concluderen hieruit dat deze onderwerpen bij de implementatie van een richtlijn weinig aandacht hebben gekregen.

De NVICV is bekend onder alle respondenten en zij heeft volgens respondenten een taak bij het ontwikkelen van richtlijnen.

Beperkingen van de inventarisatie

Door een instructie in de vragenlijst hebben niet alle, maar zeventien van de veertig respondenten bij wie op de afdeling in 2004 of later een (hernieuwde) richtlijn endotracheaal uitzuigen is ingevoerd, de vraag naar bekendheid met de richtlijn van Bloo et al. en de LPRIC beantwoord, evenals de vragen naar de bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie van een (hernieuwde) richtlijn.

We zijn echter van mening dat deze inventarisatie een indruk geeft van de huidige werkwijze 'endotracheaal uitzuigen' op de IC-afdelingen in Nederland. Daarmee wordt tevens duidelijk in hoeverre nieuwe kennis is geïmplementeerd in de praktijk. Een tendens is zichtbaar over de wijze waarop verpleegkundigen op de hoogte raken van nieuwe kennis. De antwoorden op de vragen naar de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie maken factoren zichtbaar die binnen een team meer, en factoren die minder aandacht krijgen. Een duidelijk antwoord kan gegeven worden over de mate van bekendheid met de NVICV en de verwachting die respondenten van de NVICV hebben bij de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen.

Implicaties voor de praktijk

De implicaties op basis van de resultaten uit deze inventarisatie voor de individuele beroepsbeoefenaar, de organisatie en afdeling en de beroepsgroep zullen wij hier achtereenvolgens beschrijven.

De individuele beroepsbeoefenaar

Uit de inventarisatie blijkt dat bekendheid met de nieuwe richtlijnen vooral is bevorderd door kennisoverdracht van collega-deskundigen. Weinig verpleegkundigen raadpleegden zelf de literatuur of het internet. Opinieleiders zijn voor het implementeren van nieuwe kennis blijkbaar heel belangrijk. Toch mag de kwaliteit van zorg hier niet alleen van afhangen. In het kader van de BIG-registratie kan een continue bijscholing over nieuwe ontwikkelingen een bijdrage leveren aan implementatie van EBP. Daarnaast mag van professionals verwacht worden dat zij zich van nieuwe ontwikkelingen op de hoogte

- > stellen en nagaan of deze in hun praktijk kan worden toegepast.

De organisatie en afdeling

Met behulp van functionerings- en beoordelingsgesprekken kunnen IC-verpleegkundigen aangesproken worden en zich verantwoorden over de wijze waarop zij hun deskundigheid actueel houden.

Nog niet op alle afdelingen is een IC-verpleegkundige of nurse-practitioner aangewezen om zich specifiek met beademing bezig te houden. In iets minder dan de helft van alle afdelingen wordt de richtlijn nog niet multidisciplinair vastgesteld. Beide zaken zijn van belang om te zorgen dat nieuwe inzichten tijdig worden opgemerkt, met betrokkenen worden besproken en doorgevoerd. De instellingsdirectie draagt in deze verantwoordelijkheid; zij moet zorgen dat er een zodanige organisatiestructuur is dat goede richtlijnen beschikbaar en toegankelijk zijn en dat er in redelijkheid gebruik van wordt gemaakt⁽¹³⁾.

Bij de beoordeling van in de praktijk gebruikte richtlijn valt op dat respondenten in veel gevallen niet bekend zijn met de mening van het team. Mogelijk dat in het team van verpleegkundigen, artsen en andere betrokken disciplines zoals fysiotherapeuten en intensivisten,

de achtergronden van de aangepaste richtlijn onvoldoende wordt doorge-sproken en bediscussieerd. Vooral de wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijn zou een punt van bespreking moeten zijn, zodat het betrokkenen duidelijk is op basis van welke argumenten een aanbeveling tot stand is gekomen. Ook aspecten zoals tijdsinvestering en financiële consequenties zouden in het team besproken moeten worden. In-zicht in de achtergronden is één van de beïnvloedende factoren die het gebruik van nieuwe kennis in de praktijk verbe-teren⁽⁵⁾.

Volgens respondenten zijn de effec-ten van een (her)nieuw(d)e richtlijn in hun praktijk niet gemeten. De primaire effectmaat van endotracheaal uitzuigen is het voorkomen van VAP's. Secundaire effectmaten zijn frequentie van uitzui- gen, frequentie van spoelen met NaCl 0,9% en de mogelijk ervaren belasting van het uitzuigen door de patiënt. In het kader van kwaliteitszorg kunnen effectmaten en procesindicatoren, afge-leid uit de richtlijn, worden gemeten. Op basis van de gewenste uitkomsten kunnen gerichte verbeterplannen wor- den ingezet.

De beroepsgroep

Alle respondenten zijn bekend met de beroepsvereniging en vinden dat deze

een taak heeft bij het ontwikkelen van richtlijnen.

In 2002 is de LPRIC opgericht, deze bestaat uit een vertegenwoordiging van IC-verpleegkundigen uit verschillende ziekenhuizen. Verankering van deze commissie is gewaarborgd door verbin- ding met de NVICV. De LPRIC heeft zich ten doel gesteld om standaarden en pro- tocolen te ontwikkelen en deze via in- ternet beschikbaar te stellen. Inrichting van een platform op internet waar erva- ringen met een richtlijn kunnen worden uitgewisseld levert mogelijk bijdragen aan verbeteringen van de toepassing in de praktijk.

Samenwerking tussen de LPRIC en andere instanties is belangrijk. Wij denken hierbij aan het LEVV (Landelijk Expertisecentrum Verpleegkundigen en Verzorgenden). Het LEVV ontwik- kelt richtlijnen en beoordeelt bestaande richtlijnen. Deze publiceert zij onder andere op internet of zij verwijst naar sites waarop een bepaalde richtlijn is te vinden.

Verdere ontwikkeling van de richt- lijn endotracheaal uitzuigen zou moe- ten gebeuren volgens de criteria uit het AGREE-instrument, een dergelijke werkwijze sluit aan op nationale en internationale ontwikkelingen. De NVICV zou hiertoe tevens kunnen samenwerken met opleidingen. Com- municatie met de beroepsverenigin- gen van artsen en fysiotherapeuten is aangewezen om eenduidigheid in het handelen rondom het endotracheaal uitzuigen te creëren en te komen tot een richtlijn die door alle betrokken disciplines is geaccepteerd.

We willen iedereen bedanken die een bijdrage aan deze inventarisatie heeft geleverd. Op de eerste plaats de veertig respondenten die de vragenlijst hebben ingevuld. Daarnaast de leden van de LPRIC en de NVICV, met name Paul van Doorn. Ook willen we Gerrit Bloo uit het UMC St Radboud en Irene Jongerden uit het UMC Utrecht bedanken voor het kritisch meedenken.

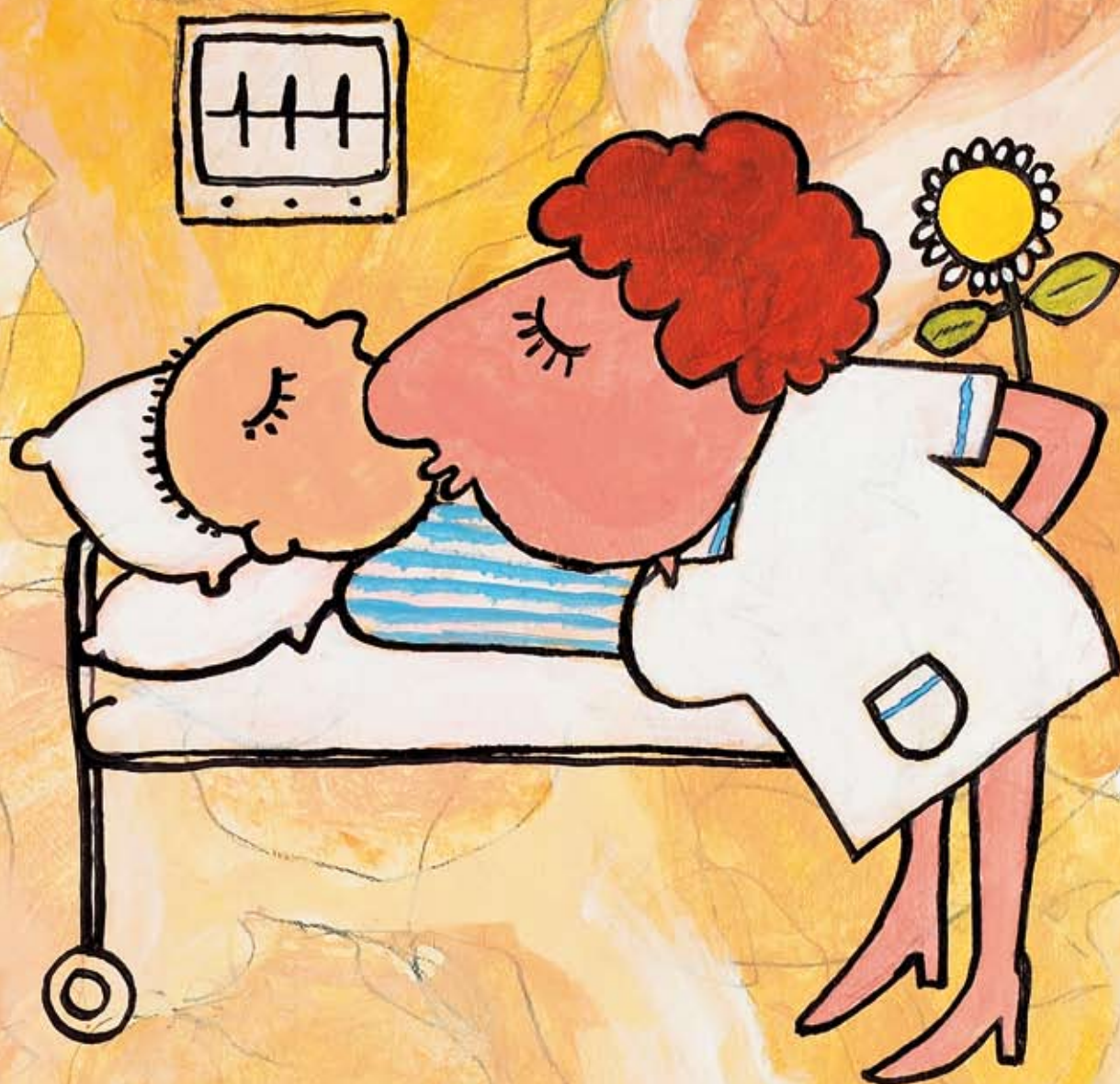
Literatuur

- 1 Chastre J, Fagon J. Ventilator-Associated Pneumonia. State of the Art. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2002;165:867-903.
- 2 Mintjes-de Groot AJ, Geubbels EL, Beaumont MT, Wille JC, De Boer AS. Ziekenhuisinfecties en risicofactoren op de intensive care afdelingen van 16 Nederlandse ziekenhuizen: resultaten van surveillance als indicator voor zorgkwaliteit. Ned. Tijdschrift Geneeskunde 2001;145(26):1249-1254.
- 3 Bloo G, Haans T, Tuijten R, Van der Hoeven H. Endotracheaal uitzuigen op de intensive care-afdeling. Een richtlijn voor het endotracheaal uitzuigen bij volwassen intensive care-patiënten. Kritiek 2004;22(1):3-9.
- 4 Landelijke Commissie Protocolering Intensive Care (LPRIC). Standaard handeling Endotracheaal uitzuigen bij geïntubeerde patiënten. Download juni 2006. (www.nvicv.nl/LPRIC/SH/endoTrachealeTube/ETTToiletGeintubeerd.htm).
- 5 Grol R, Wensing, M. (2001) Implementatie. Effectieve veranderingen in de patiëntenzorg. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.
- 6 Peters MAJ, Harmsen M, Laurant MGH, Wensing M. (2002) Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbetering in de patiëntenzorg. Nijmegen: Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), UMC St Radboud Nijmegen.
- 7 Agree Instrument (<http://www.cbo.nl/product/richtlijnen>). Download juni 2006.
- 8 Dopson S, Locock L, Chambers D, Gabbay J. Implementation of evidence- based medicine: evaluation of the promoting action on clinical effectiveness programme. Journal of Health Services Research and Policy 2001;6(1):23-31.
- 9 Theorie en Praktijk. Special Medisch Contact 2003;58(12).
- 10 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kwaliteitsbrief, 4 december 2002.
- 11 Van Ling R. Van evidence based practice naar contextsensitieve verpleegkundige zorginnovatie. Verpleegkunde 2006;21(1):36-41.
- 12 Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing Health-Care-Associated Pneumonia 2003: recommendations of CDC and Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee HICPAC. MMWR 2004;53: 8-9.
- 13 Van Wijnen FC. Het recht, de professionele autonomie en richtlijnen voor medisch handelen. Kwaliteit en Zorg 1996;1(1):25-32.

Venticare 2007

31 mei – 1 juni 2007

JAARBEURS CONGRES- EN VERGADERCENTRUM UTRECHT



Hét congres
voor de acute zorg!

Venticare 2007 wordt georganiseerd door Venticare,
de Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaat
Verpleegkundigen en de Nederlandse Vereniging
voor Intensive Care Verpleegkundigen

HOOFDSPONSOR



Inschrijving gestart!

Bent u werkzaam als acute zorgverpleegkundige in Nederland of Vlaanderen en wilt u op de hoogte blijven van alle ontwikkelingen op uw vakgebied? Vindt u het leuk om uw collega's weer eens ontmoeten? Dan is dit het moment om u in te schrijven voor

Venticare, hét congres voor de acute zorg!
Het congres vindt op 31 mei en 1 juni plaats in het Jaarbeurs congres- en vergadercentrum in Utrecht.

Programmaboekje

Waarschijnlijk heeft u het programmaboekje inmiddels al per post ontvangen. Daarin staat het complete programma-aanbod van Venticare 2007 en alles wat u verder nog over het congres moet weten. Kijkt u het eens op uw gemak door. Heeft u het programmaboekje niet ontvangen? Bel ons even. We sturen u graag

KEUZE UIT MEER DAN HONDERDVEERTIG LEZINGEN!

nog een exemplaar toe. U kunt het programmaboekje overigens ook downloaden van onze website: www.venticare.nl.

Lezingen, cursussen, workshops en nog veel meer

Venticare 2007 staat bol van de lezingen: meer dan honderdveertig! Er wordt onder andere aandacht besteed aan de toekomst van de IC-verpleegkundige, de behandeling van traumapatiënten en niet alledaagse problemen op de IC. Daarnaast is er een speciaal neonatologie- en kinderprogramma en zijn er korte cursussen en praktische workshops, bijvoorbeeld op het gebied van beademing. En natuurlijk staan ook dit jaar de unieke Nederlandse Reanimatie Competitie en de leerzame Intensive Care Kennisquiz weer op het programma!

Korting

Geïnteresseerd? Schrijf u nu in! Tot 23 april profiteert u – mits u op tijd betaalt – van een aanzienlijke korting op de toegangsprijzen. Bent u bovendien lid van de NVHV, de NVICV of de VVIZV? Dan komt daar nog eens een korting van 10% bij! Inschrijven kan online op

www.venticare.nl. Maar u kunt natuurlijk ook het inschrijfformulier uit het programmaboekje gebruiken.

Wat ons betreft: graag tot ziens in Utrecht!



SPECIAAL NEONATOLOGIE- EN KINDERPROGRAMMA.

Deelnemers expositie
(tot nu toe)

3M NEDERLAND |
ADQUIPMENT MEDICAL |
AMSTEL ACADEMIE VUMC |
B.BRAUN MEDICAL | BECTON
DICKINSON | BIOMEDIC
NEDERLAND | BIOSITE |
BOHN STAFLEU VAN LOGHUM
| CARDINAL HEALTH-ALARIS
PRODUCTEN | CAMERA
| DE UNIE ZORG EN WELZIJN
| DIRINCO | DRÄGER
MEDICAL NETHERLANDS |
EDWARDS LIFESCIENCES |
ELSEVIER GEZONDHEIDSZORG
| EMDAMED | ERASMUS
MEDISCH CENTRUM |
EUROSTERIEL | FISHER
& PAYKEL HEALTHCARE |
FRESENIUS MEDICAL CARE
NEDERLAND | GAMBRO
HOSPITAL | GE HEALTHCARE
| GLAXOSMITHKLINE
NETHERLANDS | HAGA
ZIEKENHUIS | HAMILTON
MEDICAL NEDERLAND |
HIGH CARE DETACHERINGEN
| HILL-ROM | HUIKESHOVEN
MEDICAL | HUNTLEIGH
HEALTHCARE | INTERSURGICAL
NEDERLAND | ITÉMEDICAL
| KCI MEDICAL | KINDER-
THUISZORG | KORAAL PMS
| KP MEDICAL | LAERDAL
BENELUX | LANDELIJK
EXPERTISECENTRUM
VERPLEGGEN & VERZORGING
| LOWLAND MEDICAL SERVICE
| MAQUET NETHERLANDS
| MEDECO | MEDICAL
TECHNOLOGY TRANSFER |
MEDISCH SPECTRUM TWENTE
| MEDISIZE | MEDTRONIC
EMERGENCY RESPONSE
SYSTEMS | MINISTERIE
VAN DEFENSIE | NU'91 |
NVHV | NVICV | PHILIPS
MEDICAL SYSTEMS | PULSE
MEDICAL | PULSION
BENELUX | RANDSTAD
GEZONDHEIDSZORG | ROCHE
DIAGNOSTICS NEDERLAND |
SMITH MEDICAL NEDERLAND
| SMITH & NEPHEW |
ST. ANTONIUS ZIEKENHUIS
| STICHTING TRAUMA
NURSING NEDERLAND |
TEFA-PORTANJE | TERUMO-
EUROPE | THE SURGICAL
COMPANY | TOSCA
MEDISCH INTERIM | TYCO
HEALTHCARE NEDERLAND
| UMC ST RADBOUD |
UMC UTRECHT | V&VN
| VIASYS HEALTHCARE
NEDERLAND | VU MEDISCH
CENTRUM | VYGON
NEDERLAND | ZOLL

Ook geïnteresseerd
in deelname aan de
expositie? Bel ons of kijk
op www.venticare.nl.

Venticare

Acute zorg, onze zorg.

POSTADRES Postbus 13141, 3507 LC Utrecht

TELEFOON (030) 271 71 12

FAX (030) 271 22 93

E-MAIL info@venticare.nl

INTERNET www.venticare.nl



FOTO: KRITIEK

INTERVIEW

Het beroep van transplantatiecoördinator is voor sommige intensive care-verpleegkundigen de ultieme droom. Voor die functie is IC-ervaring onontbeerlijk. Dat blijkt ook uit het verhaal van transplantatiecoördinator Ingrid van Esdonk. Enige tijd geleden maakte zij de overstap. 'Ik heb bij de opvang van familieleden veel aan mijn ervaringen uit mijn IC-tijd.'

'Ik vind dat ik mijn werk goed gedaan heb wanneer de familie een goed gevoel aan de procedure overhoudt'

Transplantatiecoördinator: de **spin in het web** tijdens een donatieprocedure

Ingrid van Esdonk werkt sinds vorig jaar als transplantatiecoördinator in dienst van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU). 'Daarvoor had ik elf jaar lang als intensive care-verpleegkundige op een algemene IC (intensive care) in een groot ziekenhuis gewerkt. Daar kwam ik geregeld in contact met een transplantatiecoördinator en diens werk. Ik was na al die jaren echt toe aan een nieuwe uitdaging, en dit leek mij een leuke baan. Ik sta voor 100 procent achter transplantaties en het leek mij een heel bijzondere wereld. Dat laatste beeld is de afgelopen maanden alleen maar bevestigd. Toen ik hoorde dat er een vacature was als transplantatiecoördinator, ben ik eerst op een oriënterend gesprek geweest. In het UMCU werkte, tot ik er bij kwam, één transplantatiecoördinator. Daarmee had ik een goed gesprek. Daarna heb ik gesolliciteerd en werd ik aangenomen.'

Goede sfeer

Er zijn in Nederland maar een handjevol mensen die het beroep van transplantatiecoördinator uitoefenen. Ingrid: 'Iedere transplantatiecoördinator is in dienst van een academisch ziekenhuis. Ik werk in een klein team. Ik heb dus z gezegd één directe collega. Verder bestaat dat team uit twee zorgcoördinatoren, een nurse practitioner en drie transplantatiecardiologen. Mijn baas is de nefroloog Ronald Hené. Het is een vast clubje dat gezamenlijk koffie drinkt en luncht. De sfeer is erg goed, maar ik heb er erg aan moeten wennen om van een grote groep collega's naar een kleine club te gaan. Nu is het gewoon voor me. Dat zal ook wel komen doordat het erg leuke mensen zijn. In de transplantatiewereld is Nederland verdeeld in Oost en West. Het UMCU is samen met het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam, het Erasmus MC in Rotterdam en het Leids Universitair Medisch

Centrum de regio West. Samen zijn we met zeven transplantatiecoördinatoren, die alle transplantaties in West Nederland verzorgen. Het UMC Groningen, het UMC St Radboud en het UMC Maastricht doen alle donatieprocedures in het oosten van het land.'

Absolute contra-indicaties

Toen zij nog als IC-verpleegkundige werkte wist Ingrid niet volledig wat er allemaal bij het beroep van transplantatiecoördinator komt kijken. 'Nu maak ik altijd een grove indeling in mijn werk. Het eerste deel is het voorbereiden tot aan de OK waar de organen uitgenomen worden. Het tweede gedeelte is het deel op de OK. Wanneer ik dienst heb en er een melding komt van Eurotransplant van een potentiële donor, begint mijn werk. Ik bel dan de behandelend intensivist en ga na of er geen absolute contra-indicaties voor de transplantatie zijn. De betrokkene intensivist heeft dan

al het donorregister geraadpleegd. Wanneer de patiënt geregistreerd staat en er geen contra-indicaties zijn, vertrek ik naar het desbetreffende ziekenhuis. Dat gebeurt met de taxi, omdat het lange werkdagen zijn en men niet wil dat we op eigen houtje na de donatieprocedure naar huis gaan rijden. Aangekomen in het ziekenhuis stel ik me voor aan de behandelend arts en de IC-verpleegkundige, die voor de patiënt zorgt.'

Behoeft familie peilen

Ingrid begint de donorprocedure door de voorgeschiedenis van de overledene te bestuderen. 'Ik probeer zoveel mogelijk achtergrondinformatie te verzamelen, zodat ik een goed beeld krijg van de overleden patiënt. Meestal ga ik vrij snel, samen met de arts en verpleegkundige, in gesprek met de familie. Ik vind het belangrijk om hun behoefte goed te peilen. Ik heb bij de opvang van familie veel aan mijn ervaringen op de IC. Ik vind dat ik mijn werk als transplantatiecoördinator goed gedaan heb wanneer de familie daar een goed gevoel aan overhoudt. Zij zijn degenen die een moedig besluit hebben moeten nemen om de wens van hun dierbare te laten vervullen. Ik beantwoord hun vragen en geef een indicatie van de tijd die het gaat duren voor de patiënt naar de OK kan. Sommigen willen na een uur al afscheid nemen. Anderen willen hun familielid nog na de OK zien. Enkele families schrikken van het feit dat ze nog zo lang moeten wachten tot de OK. Een familie heeft daardoor zelfs de toestemming ingetrokken. Dat respecteer ik. Ik zet mensen nooit onder druk. Als ze niet willen, houdt het op. Ik leg familieleden ook uit dat ik alleen een inschatting kan maken welke organen er gedoneerd kunnen worden. Dat wordt pas definitief besloten op de OK. Natuurlijk ga ik ook

Feiten orgaandonatie

- In Nederland wachten momenteel 1.144 mensen op een donornier. Voor een hart zijn dat er 43. Het totale aantal mensen dat op een orgaan wacht is 1.421.
- In 2005 vonden er in totaal 515 transplantaties met postmortale organen plaats. Het aantal transplantaties met postmortale non-heartbeating organen bedroeg 173.
- De huidige Wet op de orgaandonatie dateert van 1998. Ieder persoon boven de achttien werd gevraagd zich te registreren. Acht miljoen mensen hebben dat niet gedaan en staan dus niet geregistreerd. Sinds de invoering van de wet is de wachtlijst voor donoren niet afgenomen. Afgelopen oktober is het protocol orgaandonatie herzien. Ziekenhuizen zijn nu verplicht een functionaris aan te stellen, die verplicht is om bij iedere overledene die geschikt is voor donatie het donorregister te raadplegen.
- In België en Spanje kent men het geen bezwaar systeem. Wanneer iemand zich niet laat registreren, is hij of zij donor. Het Rathenau Instituut onderzocht eind 2003 de mening van Nederlanders over het geen bezwaar systeem. Ruim 69 procent van de ondervraagden was voor invoering van een geen bezwaar systeem.
- In Nederland werken 21 transplantatiecoördinatoren, aangesloten bij zeven transplantatiecentra. Nieren transplanteren zij allemaal. Het Wilhelmina Ziekenhuis in Utrecht transplanteert alleen nieren. Het Universitair Medisch Centrum Groningen transplanteert het meest: nier, longen, hart en longen, lever, pancreas en dunne darm.
- De Europese landen die aangesloten zijn bij Eurotransplant zijn: Nederland, België, Luxemburg, Duitsland, Oostenrijk, Slovenië en sinds kort Kroatië.

in op hun verdriet. Ik pas me aan aan hun behoeften. De ene familie wil alles tot in detail weten. Anderen willen alleen globale zaken horen. Uiteraard respecteer ik dat ook.'

Potentiële ontvanger

Voordat de potentiële donor naar de OK kan, is het hard werken voor een transplantatiecoördinator. Ingrid: 'Ik neem bloed af voor het laboratorium om onder andere weefseltypering te laten verrichten. Ook laat ik een astrup bepalen om te kunnen beoordelen hoe de conditie van de longen is. Ik behandel, in overleg met de arts, eventuele ritmestoornissen en diabetes insipidus. Maar ik kijk ook goed naar de patiënt zelf. Ik kijk of er eventuele wonden zijn of recent aangebrachte tatoeages of piercings.

De laatste kunnen namelijk ook contra-indicaties zijn voor een donatie. Ik vraag ook aan de familie naar het rook- en drinkgedrag van de overledenen. Ook eventueel drugsgebruik en seksuele contacten bespreek ik. Ik regel de OK en het uitnameteam. Dit zijn chirurgen van de academische ziekenhuizen die de organen komen uittaken. Ik ben een soort spin in het web in de hele donatieprocedure. Als ik het plaatje compleet heb, voer ik alle gegevens in in mijn laptop. Deze gegevens gaan naar Eurotransplant en zij gaan op zoek naar potentiële ontvangers.'

Respect voor de wens

Afhankelijk van het feit welke organen gedoneerd worden, moet er nog aanvullend onderzoek verricht worden. Ingrid: 'Als het eenmaal tijd is voor de OK, maak ik samen met de IC-verpleegkundige de patiënt klaar voor transport. Op de OK zet ik alles klaar, zoals bijvoorbeeld de dozen waarin de organen vervoerd gaan worden. Ook dat transport regel ik. Uiteindelijk zie ik er op toe dat de

>

Ronald Hennekes:

'Wij zijn bijna majestueus opgevangen door de IC-verpleegkundige'

> hele procedure goed verloopt. Je wilt dat de overledene er zo ongeschonden mogelijk uit ziet, dus ik zie er ook op toe dat er netjes gehecht wordt. In de meeste gevallen gaat de overledene na de OK weer terug naar de IC. Ik evalueer de hele procedure nog even kort met de teams van de OK en de IC. Dan zit mijn dag er op en kan ik naar huis. Al met al is een donorprocedure een hele hoop geregeld. Soms ben je met tien dingen tegelijk bezig. Vaak heb ik geen tijd om te eten of naar het toilet te gaan. Daarbij kan ik het me niet veroorloven om iets te vergeten. Daarvoor heb ik teveel respect voor de wens van de overledene om zijn of haar organen te doneren.'

Gesprek met nabestaanden

'Het coördineren van een donorprocedure is niet het enige wat in het



FOTO: KRITIEK

takenpakket van een transplantatiecoördinator zit,' vervolgt Ingrid. 'Je hebt ongeveer 25 dagen dienst per drie maanden. Een ander belangrijk onderdeel van mijn werk is het nagesprek met de nabestaanden. Tijdens de donatieprocedure vraag ik altijd of daar behoefte aan is. In de meeste gevallen geven zij aan dat wel te willen. Na zes weken neem ik contact

met hen op. Dat vind ik een ander bijzonder aspect van mijn werk. Mensen laten je toch toe in hun thuissituatie. Ik bedank ze nogmaals en bespreek nog een keer met hen de procedure. Mensen vertellen op hun beurt hoe de uitvaart is verlopen en laten de gedenkkaartjes zien. Na ongeveer een uur rond ik het gesprek af. Ik leer veel van deze vorm van nazorg.

A D V E R T E N T I E S

Proficiat!



IC-verpleegkundige, hoe word je dat? Het antwoord op die vraag konden we een jaar lang online volgen, door mee te kijken met cursisten van onze IC-opleiding. Nu zijn ze geslaagd. Hoe is het hun vergaan? Wat brengt hun toekomst? Je ziet het op werkenbijUMCUtrecht.nl.



Wij proberen altijd beter te worden

Universitair Medisch Centrum
Utrecht

Help
ook

giro 300

www.hartstichting.nl



Nederlandse Hartstichting



‘Ik heb veel respect voor de wens van de overledene om zijn of haar organen’

Vooraf of de nabestaanden een goed gevoel van de procedure overgehouden hebben. Daarnaast is het geven van onderwijs over donaties een belangrijk onderdeel van het takenpakket. Dat gebeurt veel aan (student) IC-verpleegkundigen, arts-assistenten en anesthesieverpleegkundigen. Het is een gevarieerd beroep. Laatst heb ik een hart gehaald uit Wenen. Daarnaast is iedere donatie anders; elke dag leer ik nog iets bij.’

Beginnerscursus in Phoenix

Er bestaat in Nederland geen opleiding tot transplantatiecoördinator. Ingrid: ‘Vrijwel al mijn collega’s zijn van oorsprong IC-verpleegkundige. Je leert dit vak door met een collega mee te lopen en door te vragen, heel veel te vragen. De eerste drie maanden heb ik continu dienst gedraaid en met een collega meegedraaid. Na deze inwerkperiode ben ik zelfstandig procedures gaan doen. Afgelopen november heb ik een beginnerscursus in Phoenix in Amerika gevolgd. Dat was een cursus van vijf dagen. Alle facetten van het beroep werden er behandeld. Daarbij viel het me op dat er veel overeenkomsten zijn tussen de Amerikaanse en de Europese werkwijze op het gebied van transplantatie. In Nederland worden wel communicatievaardigheids cursussen en allerlei andere bijscholingen gegeven. Maar in de praktijk komt het toch neer op veel ervaring opdoen. En ervaringen uit te wisselen met je collega’s. Je hebt een jaar nodig om helemaal ingewerkt te zijn en je zeker te voelen. Maar dan heb je ook wel een schitterend beroep.’

De ervaring van een nabestaande

Ronald Hennekes verloor tweeëneenhalf jaar geleden zijn vijf jaar oude zoontje Luuk. ‘Luuk was aan het spelen bij een vriendinnetje thuis. Ze waren onder de hoede van een au pair, die hen op een gegeven moment uit het oog is verloren. Dat vriendinnetje woonde in een groot Jugendstil-achtig huis waar mijn zoontje en zijn vriendin op ontdekkingsstocht zijn gegaan. Ze kwamen bij een deur die eigenlijk op slot had moeten zitten en die toegang verschaft tot een balkon. Vanuit dat balkon zijn ze op de dakgoot geklommen. Daar hebben ze met z’n tweeën gezeten en gezongen. Dat hebben we later van voorbijgangers gehoord. Luuk is op een gegeven moment opgestaan en van de derde verdieping naar beneden gevallen. Hij is op zijn bolletje terecht gekomen.’

‘Dat gebeurde om half elf ’s ochtends. De hele dag was voor mij en mijn vrouw een nachtmerrie. Ons was meteen verteld dat de prognose voor Luuk erg somber was. Dat schrikwekkende scenario werd om middernacht bevestigd door de intensivist. Je maag draait op dat moment om. Er zou onderzocht gaan worden of Luuk hersendood was. Aan dat gesprek hebben we geen goed gevoel overgehouden. Meteen kwam de vraag of we bereid waren Luuk zijn organen ter donatie af te staan. Dat gesprek was te technisch, te juridisch ook. Dat konden en wilden wij op dat moment niet aan. We hadden nooit over die vraag nagedacht; alhoewel wij beiden wel positief geregistreerd stonden. We hebben besloten toestemming te geven om twee redenen. Een ander mens zou door zijn organen een kwalitatief beter leven krijgen en een aantal van Luuk z’n organen zouden voortbestaan.’

‘Ongeveer een uur later kwam transplantatiecoördinator Frank van Duin. Met hem was er meteen een klik. Hij ving ons prima op. Hij legde ons uit wat er de komende uren allemaal moest gebeuren en dat het best nog wel lang ging duren. Daar hebben we later veel aan gehad omdat dat ons duidelijkheid verschaft en een houvast bood. Wij hebben heel veel respect voor de manier waarop Frank en alle IC-medewerkers met ons die nacht zijn omgegaan. Die menselijke en sociale steun voor Luuk en ons heeft ons heel veel steun in de rug gegeven. Wij zelf zaten in een vacuüm. Op Luuk zijn lijfje werden allerlei onderzoeken gedaan en dat vonden we erg vervelend. Je hebt het liefst dat er zo min mogelijk aan hem gezeten wordt, al begreep ik verstandelijk dat dat wel moest gebeuren. Om vier uur kregen we te horen dat Luuk inderdaad hersendood was.’

‘Om half tien in de ochtend is Luuk naar de OK gegaan voor de uitname van de organen. Het meest rauwe moment van alles was het moment dat hij daarvan terugkwam. Dat was zo’n ingrijpend moment dat ik brak. Dat lichaampje van mijn kind was koud en zag lijkleek. Op zijn achterhoofd na was zijn lijf helemaal gaaf. Een dood lichaam heeft mij nooit een gedemystificeerd gevoel gegeven, maar toen ik dat lijfje van mijn kind zag... We zijn die tijd daarna bijna majestueus opgevangen door de dienstdoende IC-verpleegkundige. Het was een jonge meid van in de twintig. Alle dingen die bepalend zijn in het leven kwamen daarbij aan bod. We hebben Luuk geknuffeld, hebben hem z’n kleren aangetrokken en afdrucken gemaakt van zijn handen en voeten.’

‘We hebben in totaal twee nagesprekken gehad met Frank. Dat heeft ons goed gedaan. We hebben te horen gekregen wat er gebeurd was met zijn organen en we konden ons verhaal kwijt. We hebben die gesprekken ervaren als een afsluiting. Al met al hebben mijn vrouw en ik aan de donatie het gevoel overgehouden dat het goed is gegaan. Mede door de transplantatiecoördinator en het personeel van de intensive care. In de hel van ons leven bleef de menselijke context overeind staan.’

In Webcare worden internet-sites besproken die leuke, belangrijke of interessante informatie bevatten op het gebied van intensive care.



Reacties en ideeën kunt u sturen naar info@kritiek.org.

Elektrocardiogram

De site www.geneeskundestudent.nl heeft onder andere een handig kaartje ontwikkeld in PDF-formaat waarmee je systematisch ieder ECG kunt gaan beoordelen. Criteria voor het lokaliseren van het infarct, de verschil-



lende AV-blokken, tot alle normaalwaarden voor QT-tijden. Deze site is eigenlijk bestemd voor co-assistenten, maar mijns inziens zeker ook heel geschikt voor de intensive care-medewerker. Een ander belangrijk onderdeel van deze site vormt het hoofdstuk 'Handige links' waarin onder andere de IMM's ECG quiz, die wordt omschreven als 'uitstekende ECG oefeningen met goede kwaliteitsplaatjes en informatie'. Nog een mooie link op deze site: EKG World Encyclopedia. Veel ECG's van normaal tot allerlei afwijkingen. Een gratis liniaaltje met alle ECG-kenmerken aanvragen behoort ook tot de mogelijkheid. Erg leuk!

www.geneeskundestudent.nl/vaardig/ECG.php
<http://sprojects.mmi.mcgill.ca/heart/molsonp-cb/project/biggie.htm>
<http://sprojects.mmi.mcgill.ca/heart/egcyhome.html>

RONALD BROEK

Flevohart

De Maatschap Cardiologie van de IJsselmeerziekenhuizen heeft een site gemaakt die een aanvulling lijkt te zijn op de Hartondersteuningspolikliniek van de Flevoziekenhuizen. Deze polikliniek overigens is volgens de consumentenbond uitgeroepen tot koploper, maar dit terzijde.

De site beschrijft bijvoorbeeld een gezond recept, maar ook – en dat is leuk om te weten – de specifieke laboratoriumbepalingen die komen kijken bij hartfalen. Het is een site beschreven voor leken, maar de links 'bloedonderzoek' en 'stolling' zijn ook wetenswaardig voor de intensive care-medewerker. Beschreven wordt onder andere:



homocysteïne, C Reactief Protein (CRP), creatine kinase MB, CPK gehalte, troponine, alamine amino transferase-test (ALAT), etc.

De Maatschap Cardiologie, verantwoordelijk voor de inhoud van de site, benadrukt overigens wel dat zij hiermee niet de organisatie van de Flevoziekenhuizen vertegenwoordigt. Een kleine maar krachtige site.

www.flevohart.nl

RONALD BROEK

Edwards Lifesciences

Dit ruikt naar reclame en dat is het ook, namelijk reclame voor hun internetsite. Die is namelijk razend interessant. Naast de gebruikelijke productinformatie, die voor de techniefreaks onder ons ook leuk is, zijn er een indrukwekkende hoeveelheid instructiefilmpjes, presentaties en PDF-bestanden te vinden die allemaal vrij toegankelijk zijn voor iedereen. Alles staat keurig onderverdeeld in specialisatie en uiteraard is Critical Care ook vertegenwoordigd. Ben je op de juiste pagina voor Critical Care aangekomen, dan zie je al vrij snel de link naar Critical Care Educational Material, waar het beloofde lesmateriaal gepresenteerd wordt. Ik kan het lesmateriaal over de Swan Ganz-catheter warm aanbevelen. Laat jezelf en/of je cursist bijvoorbeeld eens visualiseren wat er gebeurt als je een cardiac output meet. Geeft de Swan Ganz-catheter niet de gewenste metingen, laat je dan assisteren door de Invasive HDM Troubleshooting Principles. Wil je je cursist efficiënt aanleren hoe te assisteren bij het inbrengen van een Swan Ganz-catheter, maak dan van Swan Ganz placement verplichte kost.

Al het materiaal is te downloaden en ook dus off line te gebruiken voor bijvoorbeeld een klinische les. Zoals ik al eerder vermeldde, de site is ook interessant voor techniefreaks. Ga op speurtocht in deze site en vind de filmpjes over implantatie van een mitralisklep en raak in ver-voering van de genialiteit van het ontwerp van de hartkleppen en ander wonderbaarlijk materiaal. Tot heden bleef het alleen bij een naam in een operatieverslag (bijvoorbeeld: Carpentier Edwards PERIMOUNT), nu hebben we er een plaatje bij in ons hoofd.

Deze site is een informatief hoogstandje en mag dus niet gemist worden. Wel helaas alleen in het Engels. Ik adviseer gebruik te maken van de Europese site, hij bestaat namelijk ook zonder de 'europe' toevoeging, maar deze is hoogstwaarschijnlijk meer gericht op de Amerikaanse markt, met ander producten.



www.edwards.com/europe

ADDY BIANCHI

Acidbase.org

Deze hebben we toch al behandeld, zeg je nu vast. Dat klopt bijna, we hebben de acid base.com al besproken. Acidbase.org is iets heel anders. De site behandelt het zuur base evenwicht, dat mag duidelijk zijn, maar dan wel op een hele andere manier dan zijn dot-com-broertje. Je hebt wellicht wel eens gehoord van de theorie van Stewart, die een mouw heeft proberen te passen aan de niet volledige theorie van de gangbare methode van het verklaren van het zuur base evenwicht in de mens. Het blijkt namelijk dat het zuur base evenwicht niet helemaal uit te leggen is met enkel $[H^+] \times [HCO_3^-] \leftrightarrow [H_2CO_3] \leftrightarrow [CO_2] \times [H_2O]$ en de Henderson Hasselbalch calculatie ($pH = pK + \log ([HCO_3^-] / [CO_2])$). Stewart maakt bij zijn berekeningen ook gebruik van andere componenten, als bijvoorbeeld de zogenaamde Strong Ion Difference ($SID = [Na^+] + [K^+] + [Ca^{2+}] + [Mg^{2+}] - [Cl^-] - [andere\ Strong\ Anions]$) en andere stoffen als albumine en serumproteïnen die invloed hebben op het zuur base evenwicht. Kun je me nog volgen? Ernstig gecompliceerde stof, en dat is dan ook één van de bezwaren die door critici van deze theorie wordt aangevoerd. Daarentegen verklaart het bijvoorbeeld wel de niet onderkende acidose tengevolge van een hypernatriëmie. Daarom denk ik dat we deze theorie niet zomaar terzijde kunnen schuiven, hoe gecompliceerd het ook mag lijken/zijn. Voor de bollebozen onder ons is www.acidbase.org de aangewezen plek om je verder te verdiepen in deze lastige stof, omdat hier namelijk de volledige originele tekst van het boek van wijlen Peter Stewart is opgenomen. Voor de anderen is een vereenvoudigde uitleg van de theorie te vinden op de site van de al eerder beschreven



www.acidbase.org, onder *Strong Ion Difference* in het keuzemenu. Op deze site www.anaesthetist.com/icu/elect/ionz/Findex.htm#Stewart.htm vind je nog een andere uitleg die wat mij betreft niet direct bijdraagt aan het snel begrijpen van Stewarts benadering,

maar er staan wel een aantal illustrerende voorbeelden in met calculators die de gecompliceerde berekeningen voor je uitvoeren. Gelukkig gaan steeds meer IC-afdelingen gebruik maken van gecomputeriseerde systemen, waardoor je de mogelijkheid hebt alle berekeningen automatische door computer te laten doen, zodat je je rekenmachientje, je spiekbrieftje

en je wiskundige en scheikundige (on)vermogens in de la kunt laten liggen. Stewart zelf deed het tenslotte ook met de computer.

www.acidbase.org
www.acidbase.com
www.anaesthetist.com/icu/elect/ionz/Findex.htm#Stewart.htm

ADDY BIANCHI

Laboratorium

De site www.nvke.nl geeft een overzicht weer van alle ins en outs van het laboratoriumwezen. Vele sublinks



waaronder: 'Wat is klinische chemie?', 'Diagnostisch Kompas', 'Bloedbeelden' en vele andere, zijn te bekijken op deze site.

Het ruiken aan de urine van de patiënt was volgens de Griekse arts Hippocrates een aanbeveling om te dienen als diagnostische techniek. Tja, in sommige kringen is zelfs het drinken

ervan (en dan het liefst de 'nuchtere ochtendurine') een tot therapie verheven geneesmiddel. Maar het idee dat lichaamsvloeistoffen betekenis hebben voor diagnostiek van ziekten is vandaag nog altijd geldig en het is daarom een van de onmisbare pijlers onder de hedendaagse gezondheidszorg, aldus de site.

Een interessant onderdeel van de site vormt toch wel een opsomming van al die lichaamsvloeistoffen en hun betekenis. Wel geschreven als publieksinformatie, maar daarom ook voor de gezondheidsmedewerker van belang om de betekenis ervan in lektentaal te kunnen omvormen voor derden.

www.nvkc.nl

RONALD BROEK

Onderzoek

Er wordt wat onderzocht in den lande. Een overzicht van al die onderzoeken is te vinden op de site van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW). Deze organisatie heeft een onderzoeksbank ontwikkeld onder de noemer NOD (Nederlandse Onderzoek Databank). Het betreft een openbare online databank met informatie over wetenschappelijk onderzoek, onderzoekers en onderzoeksinstituten.

Deze databank bestrijkt alle wetenschappelijke disciplines. Wat vooral van belang is zijn uiteraard de onderzoeken op geneeskundig terrein. Te veel om samen te vatten. Het duizelde me gewoon. Maar haal eruit wat voor



u van belang zou kunnen zijn. Saai? Wellicht, maar voor het maken van essays/scriptsies wel een belangrijke site mijns inziens. Klik op 'zoeken in de Nederlandse Onderzoek Databank'. Van daaruit wordt de route u wel duidelijk.

www.onderzoekinformatie.nl

RONALD BROEK

Kritiek is niet het enige intensive care-tijdschrift in de wereld. Om u te informeren over wat er zich nog meer afspeelt op ons vakgebied, geven we in Wereldnieuws een overzicht van de artikelen uit een aantal toonaangevende buitenlandse intensive care-tijdschriften.



Heart & Lung 2006;2(35)

A gender perspective on sleeplessness behavior, effects of sleep loss,

and coping resources in patients with stable coronary artery disease – U. Edell-Gustafsson • Relationship between provider-based measures of physical function and self-reported health-related quality of life in patients admitted for elective coronary angiography – B. Ulvik • The effect of individualized education on transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families – H. Tel • Undiagnosed patent foramen ovale presenting as a cryptogenic brain abscess: Case report and review of the literature – R.N. Khouzam • Fever of unknown origin: Temporal arteritis presenting with persistent cough and elevated serum ferritin levels – B.A. Cunha • Peaked waves after head injury – I. Mitchell • Risk indicators of metabolic syndrome in young adults: A preliminary investigation on the influence of tobacco smoke exposure and gender – E.J. Corwin • Gender differences in coping strategies among patients enrolled in an inpatient rehabilitation program – G. Ninot • The reliability and validity of a new and simple method to measure sedation levels in intensive care patients: a pilot study – J.M. Binnekade • Tracheal tear and tension pneumothorax complicating bronchoscopy-guided percutaneous tracheostomy – L. Brander

In april 2006 was in alle kranten te lezen dat een 'gaatje in het hart' de

oorzaak zou zijn van migraine. Volgens cardioloog Marco Post van de universiteit Utrecht zou migraine te genezen zijn door het gaatje tussen de boezems van het hart, het zogeheten foramen ovale, te sluiten. Post vond tijdens zijn promotieonderzoek een sterk verband tussen migraine en afwijkingen in de bloedcirculatie. Van de patiënten met migraine had 60% een verbinding tussen de rechter en linker bloedcirculatie. Eerder is al een sterk verband aangetoond tussen herseninfarcten en een opening van het boezemtussenschot van het hart. Meer dan 25% van de Nederlandse bevolking heeft een foramen ovale. In dit nummer viel mij daarom het artikel **Undiagnosed patent foramen ovale presenting as a cryptogenic brain abscess: Case report and review of the literature** op. Khouzam en zijn collega's stellen dat volgens internationale literatuur slechts 18% van de foramen ovale in de volwassen populatie wordt gevonden tijdens een echocardiografie en 27% bij autopsie. Ook vonden zij in de literatuur dat bij 50% van de patiënten met een cryptogisch herseninfarct, een foramen ovale in het spel zou zijn. Hersenabcessen worden gewoonlijk geassocieerd met een naburige bron van infectie of gerelateerd aan een cranieel trauma, maar dat ook hier het foramen ovale een rol in kan spelen tonen zij aan met de volgende casus: Een 43-jarige man komt op de IC terecht met gegeneraliseerde tonische en clonische insulten. Bij binnenkomst heeft hij koorts, een bloeddruk van 124/52, een pols van 74 en een ademhalingsfrequentie van 16 per minuut. Lichamelijk onderzoek toont een buitengewone slechte mondhygiëne aan, met veel caviteiten en gingivitis, maar geen bewijs van een tand- of kiesabces. Een CT van het hoofd en een MRI laten echter zien dat hij 2,5 cm grootte laesie heeft, wijzend op een hersenabces. Na diverse onderzoeken volgt ook een transoesophagaal echocardiogram met een 'bubble' onderzoek. Dit brengt een doorgang aan het licht van het rechter naar het linker atrium, duidend op een foramen ovale. De behandeling bestaat uit cra-

niotomie om het abces te evacueren en de toediening van gecombineerde antibiotica. De auteurs schrijven dat het postoperatieve verloop van de patiënt diverse complicaties met zich meebracht. De patiënt herstelt langzaam. Op de dag dat hij uit het ziekenhuis ontslagen zou worden, wordt hij extreem benauwd en krijgt een hartstilstand. Ondanks de ingezette reanimatie overlijdt de patiënt. De familie geeft geen toestemming voor autopsie, waardoor de uiteindelijke doodsoorzaak niet definitief kan worden vastgesteld.

In de conclusie stellen de onderzoekers dat zij vermoeden dat een hersenabces ten gevolge van een 'hartgaatje' veel vaker voorkomt dan wordt ontdekt. In de medische literatuur is slechts drie keer eerder een casus beschreven waarin een hersenabces werd veroorzaakt door slechte mondhygiëne via een foramen ovale. Zij pleitten daarom patiënten met een hersenabces standaard te screenen op een foramen ovale met een transoesophagaal cardiogram en een 'bubble-test'. Omgekeerd, zou bij elke patiënt waarbij een foramen ovale is vastgesteld, geadviseerd moeten worden meer dan goede mondhygiëne na te streven om het risico op het ontstaan van een hersenabces te minimaliseren. Uiteindelijk zou de meest afdoende behandeling sluiting van de foramen ovale zijn, aldus de auteurs.

Verder viel mijn oog op het artikel **The reliability and validity of a new and simple method to measure sedation levels in intensive care patients: A pilot study** van de IC-verpleegkundige Jan Binnekade en zijn collega's. Sinds de verbetering van de verschillende beademingstechnieken, die het hebben mogelijk gemaakt dat patiënten die beademd worden met minder sedatie toe kunnen, kan diepe sedatie vermeden worden en is (vaak) niet meer wenselijk. Binnekade, die korte tijd deel uitmaakte van de redactie van het tijdschrift Kritiek, heeft een nieuwe sedatiescore ontwikkeld met als doel verbetering van het voorkomen van oversedatie en vereenvoudiging van gebruik van deze methode

door IC-verpleegkundigen. Niet alleen is diepe sedatie bij veel ernstig zieke patiënten niet langer noodzakelijk, maar het resulteert bovendien vaak in een langere herstel periode, daarom een zeer relevant artikel voor de intensive care praktijk!

MIRJAM VAN EWIJK



American Journal of Critical Care

2006;3(15)

Authentic Leaders Creating Healthy

Work Environments for Nursing Practice

– Maria R. Shirey • Levels of Care in the Intensive Care Unit: A Research Program – Deborah Cook • Elevated Cardiac Troponin Levels in Critically Ill Patients: Prevalence, Incidence, and Outcomes – Wendy Lim • Correlates of Neurocognitive Function of Patients After Off Pump Coronary Artery Bypass Surgery – Sue Sendelbach • Improving Adherence to a Mechanical Ventilation Weaning Protocol for Critically Ill Adults: Outcomes After an Implementation Program – Suzanne E McLean • Electrocardiographic Artifact Mimicking Ventricular Tachycardia During High Frequency Oscillatory Ventilation: A Case Report – Santosh Patel

In het artikel **Electrocardiographic Artifact Mimicking Ventricular Tachycardia During High Frequency Oscillatory Ventilation: A Case Report** wordt een casus beschreven van een patiënt die op de intensive care wordt opgenomen met een ARDS-beeld. Gezien haar ziektebeeld, wordt ze gesedeerd en beademd. Haar cardiale voorgeschiedenis is blanco. Na een paar uur wordt een verandering in het hartritme waargenomen, van sinustachycardie naar een ventriculaire tachycardie. De dienstdoende arts wordt op de hoogte gebracht. Er worden echter geen veranderingen in bloeddruk en centraal veneuze druk waargenomen. Al snel wordt gedacht aan een ECG-artefact. Als men de

beademing tijdelijk uitzet blijkt de patiënt weer een sinustachycardie te hebben.

Wat men vooral in het artikel wil benadrukken is dat men niet volledig op het ECG moet varen, maar dit altijd samen met andere parameters moet bekijken, zoals bloeddruk en centraal veneuze druk. Anders zou men wel eens een therapie in kunnen zetten die niet juist is, puur en alleen omdat de patiënt zijn tanden poets of ligt te rillen!

SANDRA DE HOOG



Nursing in Critical Care

2006;2(11)

A critical care system in transition?

– The Northern Ireland perspective – J. McCormick • Managing patients with acute liver failure: developing a tool for practitioners – H. O'Neal • The pathophysiology of hepatic encephalopathy – V. Faint • Introducing intensive insulin therapy: the nursing perspective – S. Preston • The value and role of skin and nail assessment in the critically ill – D. Massey • 'Handing Over': transmission of information between nurses in an intensive therapy unit – S. Philpin • The nursing role in ICU outreach: an international exploratory study – R. Endacott

In dit nummer twee artikelen met aandacht voor de lever. In **Managing patients with acute liver failure: developing a tool for practitioners** wordt geconcludeerd dat er veel variatie bestaat in definiëring van het concept 'minimale interventie'. Deze minimale interventie is, bij patiënten met acuut leverfalen, nodig om het risico op hersenoedeem te minimaliseren. Invasieve meting (ICP) is gezien de stollingsproblematiek en/of het feit dat de patiënt op een algemene IC ligt immers geen optie. Men heeft een stroomschema ontwikkeld welke aanbevelingen doet voor de zorg voor patiënten met acuut leverfalen; een

handig hulpmiddel ter ondersteuning van de besluitvorming.

Het tweede artikel – **The pathophysiology of hepatic encephalopathy** – is voor de verpleegkundige die echt geïnteresseerd is in pathofysiologie. Drie theorieën over het ontstaan van hepatische encefalopathie (HE) worden gereviewd. Het blijkt een ingewikkelde stoornis waarbij ammoniak een belangrijke rol speelt.

Mijn grootste aandacht ging echter uit naar **'Handing Over': transmission of information between nurses in an intensive therapy unit**. Nieuwsgierig omdat naar mijn mening de verpleegkundige overdracht hét kwaliteitssysteem is voor de continuïteit (maar ook veiligheid) van zorg. Het artikel beschrijft een kwalitatief onderzoek naar de (bedside) informatieoverdracht van verpleegkundigen bij wisseling van de dienst. Hoewel het hierbij gaat om het overbrengen van essentiële informatie, concludeert de auteur dat onze overdracht vol zit met rituele en symbolische elementen. Zij doet dit op basis van een jaar lang observeren van de verpleegkundige overdracht met IC-lijsten, geschreven rapportage, (non)verbale overdracht en kladbrieven. In de overdracht komen de onderliggende centrale waarden van de groep tot uiting, zoals zorg en bekommernis om de patiënt. De IC-lijst is een soort visueel symbolisch portret waar het werk van de verpleegkundige in terug is te zien. Een dienst van hard werken wordt gevalideerd en geobjectiveerd en is te gebruiken voor nauwkeurig onderzoek. Ook de mate van competent zijn blijkt uit deze lijst. De verpleegkundige rapportage is vooral van betekenis voor het persoonlijk afsluiten van een dienst. Met de mondelinge overdracht wordt ook nog een subjectieve samenvatting gegeven waarbij gedeelde emoties de verpleegkundige waarden vertegenwoordigen. In zijn totaliteit kunnen we de overdracht zien als representatief voor de waarde die wordt gehecht aan de verpleegkundige zorg op een afdeling.

JEANNETTE KNOL

Het boek **Hematologie** is een leerboek voor verpleegkundigen die meer willen weten van de specifieke problematiek van patiënten met een bloedziekte. Elk hoofdstuk is geschreven door zowel een internist-hematoloog als een verpleegkundige. In sommige gevallen worden de verpleegproblemen uitgewerkt volgen de gezondheidspatronen van Gordon. Bijna elk hoofdstuk begint met een casus, welke in de loop van het hoofdstuk wordt uitgewerkt. Er wordt een apart hoofdstuk gewijd aan verpleegkundige aspecten. Onderwerpen die aan de orde komen zijn: bloedcelvorming; hematologische ziektebeelden (bijvoorbeeld Hodgkin en non-Hodgkin lymfoom); bloedarmoede; bloedings- en stollingsstoornissen; stamceltransplantatie; spoedtransfusiegeneskunde en infectiepreventie. Aan het eind van ieder hoofdstuk is een literatuurverwijzing.

De auteurs zijn respectievelijk een internist-hematoloog, een research-verpleegkundige en hoofd opleidingen. Allen zijn werkzaam in het Universitair Medisch Centrum Groningen. Per hoofdstuk wordt aangegeven wie de auteurs zijn en waar zij werkzaam zijn. Dan blijkt dat er ook auteurs zijn uit andere,

meest universitaire, ziekenhuizen.

Het is een vrij breed georiënteerd leerboek. Alle onderdelen van de hematologie komen aan de orde. Als naslagwerk is het goed bruikbaar. Als leerboek is het door zijn brede oriëntatie oppervlakkig. Ik vind het geen leerboek, meer een naslagwerk. Van een leerboek verwacht ik meer diepgang. Per ziektebeeld wordt de volgende werkwijze gehanteerd: definitie; klinische verschijnselen; differentiaaldiagnose; beleid/behandeling en preventie (indien van toepassing). De ziektebeelden zijn per onderwerp in één hoofdstuk gebundeld. Dit maakt het overzichtelijk en snel op te zoeken.

De ziektepatronen van Gordon worden niet uitgewerkt. Behalve de casus aan het begin van ieder hoofdstuk, is het boek (uitgezonderd hoofdstuk 15 De algemeen verpleegkundige aandachtspunten) erg medisch. Ik mis bij bepaalde ziektebeelden gebruikte medicatie, waardoor het overzicht niet compleet is. Door de casus aan het begin van het hoofdstuk is er een goede koppeling tussen praktijk en theorie. Elk hoofdstuk is voorzien van bijpassende illustraties, die nadere toelichting geven.



Voor verdere studie is de literatuuropgave voldoende.

Het is een goed verpleegkundig naslagwerk dat goed bruikbaar is bij het verplegen van patiënten met hematologische aandoeningen.

Voor een leerboek vind ik het te oppervlakkig. Het is een medisch georiënteerd boek, op het hoofdstuk Algemeen verpleegkundige aandachtspunten na. Dit hoofdstuk sluit goed aan bij de opleidingsstructuur van de initiële opleidingen. Dit boek hoort mijns inziens in iedere verpleegkundige bibliotheek thuis.

GERTJAN HULTZER

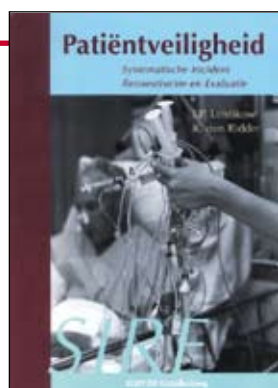
Hematologie

Auteurs: J.C. Kluin-Nelemans, M.F. de Brouwer en P.F. Roodbol
ISBN 9789031344963 – 260 pagina's – 1e druk, 2005 – bindwijze: genaaid/gebrocheerd

Verkrijgbaar via de boekhandel en bij Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 WA Houten, telefoon +31 (0)30 638 37 36, fax +31 (0)30 638 39 99, internet: www.bsl.nl (contactbutton Verpleegkunde).

In België: Kluwer uitgevers, Raghen Business Park, Motstraat 30, B-2800 Mechelen, telefoon +32 (0)800 30 143, fax +32 (0)800 17 529, e-mail: info@kluwer.be.

Prijs € 38,60



Het onderwerp 'patiëntveiligheid' verdient dit degelijke en pittige boekwerk, waarin de Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie (SIRE) methodiek centraal staat. De fouten liggen immers in de praktijk voor het op- en een beetje professional zal deze fouten willen voorkomen. Het boek **Patiëntenveiligheid** biedt de nodige diepgang, er ligt veel (literatuur) onderzoek aan ten grondslag en is dan ook goed onderbouwd.

In de kft, die de lezer tijdens het lezen kan open slaan, is de SIRE-systematiek beknopt weergegeven. In de hoofdstukken worden alle zeven stappen van de systematiek uitgewerkt en aangevuld met veel casuïstieken uit de praktijk. Dit maakt het voor geïnteresseerden goed leesbaar en direct te vertalen naar de dagelijkse praktijk. Er worden praktische tips gegeven, die zowel het voorkomen van fouten als het opsporen van fouten betreffen. Het boek schuwt geen 'gevoeligheden'.

Stevige kost, onmisbaar voor iedere intensive care-afdeling die zich bewust is van zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het werk.

JOKE WIJNTJES

Patiëntenveiligheid

Auteurs: I.P. Leistikow, K. de Ridder
ISBN 90 352 2778 6 – 144 pagina's – 1e druk, 2005 – bindwijze: genaaid/gebrocheerd

Verkrijgbaar via de boekhandel en via de klantenservice van Elsevier Gezondheidszorg in Maarssen, telefoon +31 (0)314 - 35 83 58 of het internet www.elseviergezondheidszorg.nl.

Prijs € 29,95

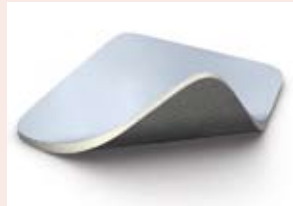
Vochtige en geïnfecteerde wonden?

Smith & Nephew stuurde ons 'de Totaaloplossing voor vochtige, geïnfecteerde wonden'. Voor chronische wonden waar bij infectiebestrijding een rol speelt introduceren zij de ACTICOAT™ Moisture Control: een schuimkompres gecombineerd met het unieke SILCRYST™

Nanocrystallijn Zilver

Hierdoor wordt effectieve infectiebestrijding en het creëren van een optimaal vochtig wondmilieu verenigd in één

kompres. Het is effectief tegen meer dan 150 pathogenen, inclusief de in ziekenhuizen gevreesde MRSA- en VRE-bacterie. Bacteriedodend binnen 30 minuten en gegarandeerde zilverafgifte gedurende zeven dagen. Het schuimkompres absorbeert extreem veel wondvocht en houdt het exsudaat vast in de microscopische structuur, ook onder compressie. De waterdichte, waterdampdoorlaatbare topfilm zorgt voor bescherming tegen bacteriën van buitenaf



De Acticoat.

terwijl het tegelijkertijd zorgt voor optimale vochtverwerking vanuit het kompres. Meer informatie kunt u vinden op www.acticoat.com of www.smithnephew.nl.

Zojuist verschenen

Bij uitgeverij Elsevier Gezondheidszorg is onlangs het volgende boek verschenen:

Pillen, poeders, planten, paddenstoelen en party-drugs

Redactie: J.J.L.M. Bierens, E.J.F. Franssen, J. Meulenbelt – Genaaid/gebrocheerd – 200 pagina's – € 24,95 – ISBN 9789035228849

Bij uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum zijn de volgende boeken verschenen:

Zorg rondom COPD

Auteurs: B.S. Boot, H.A.M. Kerstjens – Genaaid/gebrocheerd – 266 pagina's – € 36,45 – ISBN 9789031344994

Handboek enteralia

Auteurs: L. Bosma, T. Heijnen-broek-van Herpen, D. Vogel – Genaaid/gebrocheerd – 127 pagina's – € 22,50 – ISBN 9789031349333

Water drinken kost leven van moeder

In de Verenigde Staten is een vrouw overleden nadat zij grote hoeveelheden water had gedronken. Jennifer Strange (28) had voor haar kinderen meegedaan aan de wedstrijd Hold Your Wee for a Wii (Hou je plas op voor een Wii). Een Wii is een nieuwe spelcomputer. De deelnemer die het meeste water kon drinken zonder te plassen, won de nieuwe spelcomputer van Nintendo. Enkele uren na de wedstrijd kreeg Strange hoofdpijn en begon te huilen, waarna zij thuis overleed. Uit de lijkenschouwing is gebleken dat zij aan een overmaat aan water is overleden. Hoeveel zij heeft gedronken, is niet bekend. Het openbaar ministerie heeft een onderzoek ingesteld naar het overlijden. Zij laat drie kinderen achter. In de sport- en gezondheidsbranche heeft lang het idee rondgewaard dat een mens niet genoeg water kon drinken. Water transporteert de voedingsstoffen in het lichaam, regelt door verdamping onze lichaamstemperatuur en vervoert de afvalstoffen uit het lichaam. Water is daarom nodig en gezond. Totdat men er bij marathonlopers ineens achter kwam dat zij niet alleen konden bezwijken aan uitdroging, maar

ook aan overhydratie, oftewel hyponatremia. Door te veel vocht in het lichaam ontstaat er een te laag natriumgehalte in het bloed, waardoor het vocht niet langer verwerkt kan worden. Dat gaat in de cellen zitten, zoals ook de hersencellen. Die kunnen gaan uitzetten met soms fatale gevolgen, zoals voor een 28-jarige loper aan de Boston marathon in 2002. Zij overleed aan watervergiftiging, een diagnose die pas

maanden later werd gesteld. Dit komt ook omdat de gevolgen van watervergiftiging juist kunnen lijken op uitdroging of verschijnselen die ook door overmatige inspanning kunnen ontstaan, zoals spierverstijvingen, spierkrampen, hoofdpijn, misselijkheid, braakneigingen, vertroebeling van bewustzijn, desoriëntatie, flauwvallen en zelfs dus epileptische aanvallen en coma.



ILLUSTRATIE: SJARREL VRAKKING

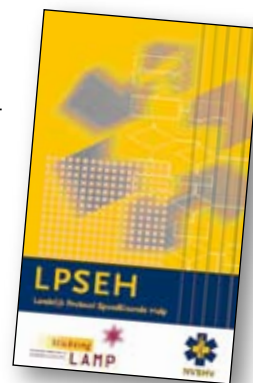
VRAKKING

Landelijk protocol Spoedeisende Hulp

Op 2 november 2006 werd tijdens het congres van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen het eerste Landelijke Protocol Spoedeisende Hulp (LPSEH) gepresenteerd. Uniek in de acute zorgketen is het feit dat de protocollen zijn ontwikkeld in nauwe samenwerking met de Stichting LAMP (Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen). Zij sluiten daar-

mee naadloos aan op de door en voor de ambulancezorg al ontwikkelde en gehanteerde protocollen. Protocollen/richtlijnen geven de professionele standaard aan met betrekking tot specifiek medisch/verpleegkundig handelen. Het begrip 'Verantwoorde spoedeisende zorg' wordt hierdoor genormeerd, waardoor de patiënt kan zien welke kwaliteit van zorg verwacht mag worden. Tevens

ondersteunen protocollen de SEH-verpleegkundigen bij de besluitvorming en de uitvoering van de zorg. De toestand van de patiënt is bepalend bij de keuze welk protocol gebruikt moet worden en in welke mate dit gehanteerd wordt. De SEH-afdeling komt nog steeds



voor in de top 5 van meest risicovolle afdelingen waar fouten gemaakt worden. MediRisk, de risicoverzekeraar van het merendeel van de Nederlandse ziekenhuizen, heeft

de NVSHV financieel gesteund om het Landelijk Protocol SEH te ontwikkelen.

Maagoperatie via slokdarm

1 op de 10 Nederlanders heeft er last van: maagzuur dat via de maagopening terug de slokdarm invloeit. Bij 1 op de 1.000 Nederlanders leidt dat tot gezondheidsklachten die een operatieve ingreep rechtvaardigen. Deze anti-refluxoperatie (de Nissen-funduplicatie) gebeurt nu nog door middel van een buikoperatie of via sleutelgatchirurgie (laparoscopisch, eventueel met een robot). Het Academisch Ziekenhuis Maastricht heeft een instrument in gebruik genomen waarmee deze ingreep via de slokdarm uitgevoerd kan worden, waarmee de kans op complicaties klein wordt. Verklevingen, bloedingen en wondinfecties behoren tot het verleden en de patiënt herstelt sneller. Ook wordt de natuurlijke vorm van de overgang van de slokdarm naar de maag hersteld. Bij de conventionele technieken ontstaan hier vaak problemen: het voedsel zakt niet goed naar de maag of de patiënt kan niet meer boeren of overgeven.

BRON: AZM

Nederlandse Hartstichting zoekt vrijwilligers

De Nederlandse Hartstichting organiseert jaarlijks vakantieweken voor kinderen, jongeren en verstandelijk gehandicapten met een aangeboren hartafwijking en voor gezinnen met een kind met een aangeboren hartafwijking. Deze weken vinden plaats in de Hartenark, het trainings- en ontmoetingscentrum van de Nederlandse Hartstichting in Bilthoven.

Voor de medische begeleiding van de deelnemers is de Ne-

derlandse Hartstichting op zoek naar artsen en verpleegkundigen die tussen 7 juli en 17 augustus 2007 op vrijwillige basis een week hun medewerking willen verlenen aan een vakantieweek.

Naast het genieten van een bijzondere vakantie zijn uitwisseling van ervaringen tussen deelnemers onderling en het verkennen van de eigen grenzen een belangrijk aspect van de weken. Iedere vakantieweek wordt voorbereid en begeleid door

een team van vrijwilligers, waaronder een medisch team, bestaande uit een arts en twee verpleegkundigen. Reiskosten worden vergoed en verzekeringen afgesloten. Voor meer informatie en aanmelding:

Hartenark / Nederlandse Hartstichting
Postbus 132, 3720 AC Bilthoven
T (030) 229 02 44
E j.schulze@hartstichting.nl
I www.hartstichting.nl

Uw oproep in Kritiek

Wilt u weten of uw in 1986 behaalde intensive care-diploma in aanmerking komt voor een zogenaamde 'retrograde erkenning'? Bent u bezig een scriptie te schrijven en mist u informatie? Plaats dan een oproep in Kritiek!

Uw oproep wordt in ieder geval éénmaal geplaatst. Het enige wat u moet doen is Kritiek een e-mail sturen naar info@kritiek.org met uw oproep, uw naam en adres.

Meldpunt voor incidenten

Ziekenhuizen krijgen een meldpunt waar incidenten met apparatuur en andere problemen gemeld kunnen worden. Dit meldingssysteem moet gelieerd worden aan de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Het meldsysteem is nog in ontwikkeling.

Minister Hans Hoogervorst van Volksgezondheid geeft aan dat het meldpunt komt in aanvulling op die van de Inspectie voor de gezondheidszorg. Hier kunnen alle zorginstellingen terecht. Hoogervorst schrijft dit in antwoord op vragen van Kamer-

lid Agnes Kant. Kant wilde in haar vraag weten hoe het kon gebeuren dat de inspectie een Engelse melding over lekken de zuurstofslangen genegeerd had. Haar vraag kwam naar aanleiding van een incident in Almelo. In een operatiekamer in het Almelo ziekenhuis was brand ontstaan door een lekkende zuurstofslang. Een 69-jarige patiënte kwam hierbij om het leven.

BRON: ZORGKRANT

Smartsigns

Huntleigh Healthcare laat de Smartsigns Compact 750 zien. Het is een op zowel batterij als netstroom werkende voorgeconfigureerde patiëntenmonitor met een 8,4" beeldscherm. De verschillende bewakingsparameters worden op het hoge resolutie TFT-beeldscherm getoond. De verschillende uitvoeringen binnen de Smartsigns Compact 750 producten maken het mogelijk ECG (3 of 5 lead), SpO₂, respiratie, niet invasieve bloeddruk en temperatuur te monitoren. De bediening vindt plaats met gebruik van het touchscreen. Wil je meer informatie over de Smartsigns Compact 750? Neem dan eens contact op met Huntleigh Healthcare, afdeling marketing via telefoonnummer 036 - 533 55 88.



De Smartsigns Compact 750.

Delierschaal aangepast voor IC-patiënt

Een aangepaste versie van het screeningsinstrument NEECHAM is ook geschikt voor het opsporen van delier bij IC-patiënten. Dat zegt IC-verpleegkundige en verplegingwetenschapper Nelleke de Wit in een interview met het tijdschrift Nursing. Een delier komt veel voor bij IC-patiënten.

Contact

Nelleke de Wit deed verplegingswetenschappelijk onderzoek aan de Universiteit Utrecht naar een screeningsinstrument voor delier bij IC-patiënten. Zij ontwikkelde een aanpassing

van de NEECHAM-verwardheids-schaal. Deze schaal wordt normaal gebruikt in ziekenhuizen voor delierscreening buiten de IC. Omdat IC-patiënten meestal geïntubeerd zijn paste De Wit onder andere de items 'oriëntatie' en 'verbaal' van de NEECHAM aan. De vraag was nu bijvoorbeeld of er in plaats van een gesprek in ieder geval contact met de patiënt mogelijk was.

De diagnose

Vroegtijdige herkenning van delier is belangrijk om extra complicaties te voorkomen. De diagnose delier bij een IC-patiënt

wordt echter niet vaak gesteld. IC-verpleegkundigen en artsen missen de kennis en instrumenten om observaties gericht op delier te doen.

Opnameduur

Volgens De Wit is het vroeg signaleren en behandelen van een delier op de IC van groot belang. 'Een delier leidt tot een langere opnameduur en een hoger sterftecijfer. Met elke dag dat het delirium duurt, stijgt bovendien het risico op langdurige cognitieve stoornissen en overlijden.'

BRON: NURSING

Slachtoffers snel afvoeren

Ernstig gewonde ongevalspatiënten moeten zo snel mogelijk per ambulance naar het ziekenhuis worden gebracht. Diagnostiek op de plaats zelf door het ambulancepersoneel is niet het belangrijkste, omdat gemiste letsels zelden leiden tot een slechtere uitkomst. Dat stelt Ron Lichtveld in zijn proefschrift. Hij pleit voor het spaarzaam omgaan met tijd

door beperkt onderzoek en het snel en adequaat uitvoeren van noodzakelijke handelingen. Optimale ambulancezorg aan ernstig gewonde ongevalspatiënten wordt bepaald door goed opgeleide ambulancezorgverleners met het accent op snelheid, methodiek en juist protocollair handelen.

BRON: ZORGKRANT

Infuussysteem voor kinderen

Verpleegkundigen van het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam hebben samen met technici en een fabrikant een gesloten infuussysteem ontwikkeld. Er is geen enkele verbinding meer naar buiten. Lijnen aansluiten en bolussen toedienen geschiedt via een Bionecteur®, een gesloten intraveneus verbindingssysteem met een latexvrije rubberen bovenkant. In het midden zit een klein sneetje dat zich alleen opent als er een lijn of spuit op gezet wordt. Het bestaat al veertien jaar, maar is nog nooit als onderdeel in een compleet infuussysteem verlijmd. De kans op infecties wordt met dit systeem veel kleiner. Ook is de rubberen bovenkant makkelijker te desinfecteren dan het traditionele infuuskraantje. Volgens fabrikant Vygon hebben ziekenhuizen in Nederland en België inmiddels belangstelling getoond.

BRON: NURSING

Langdurige patiëntenbewaking

Huntleigh Healthcare combineert eigenschappen als flexibiliteit en modulariteit in haar nieuwe serie vital signs én patiëntenmonitoren. Door gebruik te maken van de beste en betrouwbare technologieën kan de gebruiker eenvoudig de monitoren configureren naar de gewenste patiëntengroep: volwassenen, kinderen en neonaten. Met de ergonomisch ontworpen userinterface worden met één druk op de knop accurate controles van de vitale signalen gemaakt met de Smartsigns LitePlus. Patiëntengegevens worden in grote, goed zichtbare

displays getoond. Dit maakt de monitor geschikt voor routinematige spot checks en langdurige patiëntenbewaking. Neem

voor meer informatie contact op met Huntleigh Healthcare (afdeling marketing) via telefoonnummer 036 - 533 55 88.



De Smartsigns LitePlus.

Vorbehouden handelingen op eigen initiatief

Promovenda Jolanda de Bie onderzocht de dagelijkse praktijk van de zogeheten vorbehouden handelingen, in Nederlandse ziekenhuizen, thuiszorginstellingen, huisartsenpraktijken en geestelijke gezondheidszorginstellingen. Uit het onderzoek volgen belangwekkende conclusies: 17 tot 53 procent (variërend per handeling) van de verpleegkundigen in ziekenhuizen en 3 tot 13 procent van de verpleegkun-

digen in de thuiszorg voeren bepaalde vorbehouden handelingen op eigen initiatief uit, dus zonder opdracht van een arts. Zo handelen ze in strijd met de bepalingen van de regeling vorbehouden handelingen. Van de artsen en verpleegkundigen in het onderzoek heeft 4 tot 17 procent het voorafgaand jaar problemen ervaren bij opdrachten voor specifieke vorbehouden en niet-vorbehouden handelingen.

Bijna een derde van de verpleegkundigen in ziekenhuizen weigerde in dezelfde periode een gekregen opdracht uit te voeren, met als voornaamst reden dat zij onvoldoende bekwaam waren. Het niet eens zijn met het voorgestelde medicatiebeleid was voor 23 procent van de verpleegkundigen reden om een opdracht te weigeren en voor 35 procent om te overwegen een dergelijke opdracht te weigeren.

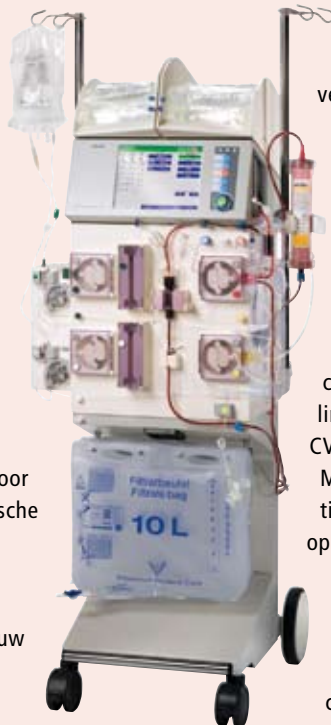
Vorbehouden handelingen zijn handelingen die alleen door de arts, of in opdracht daarvan, mogen worden uitgevoerd. Degene die een opdracht tot handeling krijgt, mag die alleen accepteren als hij of zij voldoende bekwaam is om de opdracht naar behoren uit te voeren. Deze beperking is ingesteld ter bescherming van de patiënt.

BRON: ZORGKRANT

Nieuw apparaat voor acute nierfunctievervangende therapie

Fresenius Medical Care Nederland heeft de MultiFiltrate, een apparaat voor de acute nierfunctievervangende therapie. Een makkelijke en vooral snelle bediening, ook voor

ongetrainde gebruikers, behoort tot de basiseisen van dit modern multifunctioneel therapiesysteem voor het acute gebruik bij nierfunctien en plasma-vervangende therapieën. Door het ergonomische en zelfverklaarende bedieningsconcept draagt de nieuw ontwikkelde MultiFiltrate bij aan deze



vooruitstrevende en omvangrijke technische uitrusting met onder andere een hoogwaardig kleuren LCD-beeldscherm, vier rolpompen, vier robuuste en zeer nauwkeurige weegsystemen, twee individuele verwarmingselementen, een geïntegreerde heparinepomp en een volledig geïntegreerde Ci-Ca module (optioneel) voor citraatantistolling bij CVVHD/CVVHDF, is de MultiFiltrate optimaal afgestemd op de behandelingen die gewenst zijn op nefrologische en intensive care-gebied.

Meer informatie is te verkrijgen bij Fresenius Medical Care Nederland te Nieuwkuijk via telefoonnummer 088 - 122 33 44 of via www.fmc.nl.

Patiënten te veel pijn op SEH

Volgens de Consumentenbond lijden te veel patiënten pijn op de Spoedeisende Hulpafdelingen (SEH's). Frans de Voeght, van de vereniging van SEH-verpleegkundigen erkent het probleem. Uit een studie van prof. dr. Joost Bierens in het VUmc in Amsterdam blijkt dat zeven op de tien patiënten op de SEH's weer met pijn naar huis gaan. De grootste klacht luidt vaak dat men lang moet wachten voordat aan pijnbestrijding wordt gedaan.

'Dat klopt', zegt Frans de Voeght, voorzitter van de Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV). 'Traditioneel zijn specialisten tegen pijnstilling bij binnenkomst, omdat daardoor

het klachtenpatroon minder zichtbaar kan worden.' Maar aan die traditie komt spoedig een einde, verwacht De Voeght. 'Het inzicht is nu dat pijnbestrijding de zorg niet in gevaar hoeft te brengen en op verschillende Spoedeisende Hulpafdelingen bestaan inmiddels al pijnprotocollen.' In het MC Haaglanden, locatie Westeinde, waar De Voeght zelf werkt, is eind vorig jaar ook zo'n protocol in werking. 'Daarin staat dat de verpleegkundige bij de triage direct alle pijnstilling kan toepassen die nodig wordt geacht.' Hij verwacht dat binnen één tot twee jaar overal zulke protocollen zullen zijn ingevoerd.

BRON: NURSING

Vernieuwde website Kritiek

Op zoek naar een andere werkgever? Of wil je eens weten wie er allemaal in de redactieraad zitten? De website van Kritiek is vernieuwd; frisse kleuren, foto's en praktische informatie. Natuurlijk is het ook mogelijk om te adverteren op de website,

een lidmaatschap regelen voor een abonnement op het tijdschrift of lid worden van de Vlaamse Vereniging van Intensieve Zorgen Verpleegkundigen (VVIZV) of van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care Verpleegkundigen (NVICV).

Maart 2007

15 MAART 2007

Rotterdam, Nederland

Welvaart, wie vaart er wel bij?

Werkgroep Educatieve Symposia,
Regio Rotterdam,
Zuideinde 9, 2627 AE Delft
E wes.rotterdam@hccnet.nl
I www.wes-rotterdam.nl

De WES – opgericht in 1986 omdat er in die tijd nog geen echte IC-opleiding bestond – organiseert weer haar jaarlijks symposium. Ook dit jaar is de



congreslocatie de Faculteit Geneeskunde van de Erasmus Universiteit. Onderwerpen die dit jaar

aan de orde komen zijn onder andere: de adipeuze patiënt, alcoholmisbruik bij jongeren en explosieletsels. Het definitieve programma volgt in januari.

22 – 24 MAART 2007

Antwerpen, België

3rd World Congress Abdominal Compartment Syndrome

Medicongress, Werner Van Cleemputte, Waalpoel 28/34,
9960 Assenede, België
T +32 (0)9 344 39 59
F +32 (0)9 344 40 10
E congresses@medicongress.com
I www.medicongress.com

27 – 30 MAART 2007

Brussel, België

27th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine

Erasmie University Hospital,
Intensive Care Department,
Véronique de Vlaeminck,
Route de Lennik 808,
1070 Brussel, België
T +32 (0)2 555 36 31
F +32 (0)2 555 45 55
E sympicu@ulb.ac.be
I www.intensive.org

Wat het Venticare-congres is voor de verpleegkundige, is dit



congres voor de arts. Dit jaar alweer voor de 27e keer georganiseerd, komen circa 4.500 deelnemers uit de hele wereld

samen in hartje Brussel voor een update op hun vakgebied.

April 2007

17 APRIL 2007

Utrecht, Nederland

9e Bloedgas-symposium: Back to the (Acid) Base

Radiometer Nederland, Marcel Grötzing, Postbus 233, 2700 AE Zoetermeer
T +31 (0)79 361 45 93
F +31 (0)79 361 45 99
E grotzinger@radiometer.nl
I www.radiometer.nl

Een jaarlijks terugkerend symposium van de firma Radiometer met een geheel eigen website. Niet van het congres, maar over



het onderwerp 'bloedgassen'. Surf maar eens naar www.bloodgas.org. Hier is leuke uiteenlopende in-

formatie te vinden over alles wat er komt kijken bij het bepalen van een bloedgas. Vergeet niet een commerciële bril op te zetten.

20 – 21 APRIL 2007

Oranjestad, Aruba

AMIECO Trauma Conferentie 2007

Aruban Medical Innovation and Education Conferences, P.O. Box 569, Oranjestad, Aruba
T +297 587 43 00
F +297 588 99 99
E info@amieco.org
I www.amieco.org

AMIECO is een commissie die zich toelegt op (bij)scholing van

medewerkers die werkzaam zijn binnen de gezondheidszorg op Aruba. Vanaf het ontstaan, in februari 2006, werken zij samen met verschillende diensten en deskundigen uit het vakgebied. Om actuele kennis over te dragen organiseren zij een tweedaagse internationale conferentie in het Radisson Aruba Beach Resort & Casino. Een aanrader, al is het alleen al voor de prachtige locatie! Kijkt u maar eens op de website en zoek de verschillen tussen deze locatie en een willekeurige congreslocatie in Nederland.

Mei 2007

2 – 4 MEI 2006

Bazel, Zwitserland

25th Annual meeting of the ESPID

Kenes International, Secretariaat European Society for Paediatric Infectious Diseases, Rue du Centrier 17, Postbus 1726, 1211 Geneve, Zwitserland
T +41 22 908 04 88
F +41 22 732 28 50
E espid@kenes.com
I www.kenes.com/espid

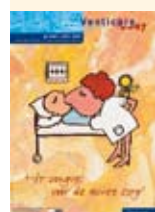
31 MEI – 1 JUNI 2007

Utrecht, Nederland

Venticare 2007

Venticare, Ben de Lange, Postbus 13141, 3507 LC Utrecht
T +31 (0)30 271 71 12
F +31 (0)30 271 22 93
E info@venticare.nl
I www.venticare.nl

Wie kent het niet, het jaarlijks terugkerende congres in Utrecht! Ook zo benieuwd of u zich als



team met uw parate vak-kennis kunt meten met andere intensive care verpleegkundigen uit

Nederland en Vlaanderen? Doe dan mee met de Intensive Care

Kennisquiz, een spannend en vooral leerzaam evenement tijdens Venticare 2007! Of doe mee met de Nederlandse Reanimatie Competitie. Het programma is inmiddels bekend. Op de website kunt u uw e-mailadres achterlaten om periodiek op de hoogte te worden gebracht van de laatste ontwikkelingen.

Juni 2007

14 – 15 JUNI 2007

Ede, Nederland

Traumatologie

Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, Stationsweg 73 C, 6711 PL Ede
T +31 (0)318 69 33 37
F +31 (0)318 69 33 38
E post@nvic.nl
I www.nvic.nl

Dit jaar organiseert de Neder-



landse Vereniging voor Intensive Care voor het eerst een congres over trauma-

tologie op de intensive care. Op een systematische wijze zal het hele traject dat een traumapatiënt aflegt worden behandeld: de initiële opvang, beleid bij massale bloedingen, thoraxtrauma, omgevingsgeweld en brandwonden. In de afsluitende sessie komen een aantal capita selecta aan de orde: neurotrauma, wervelletsel en rhabdomyolyse.

24 – 28 JUNI 2006

Geneve, Zwitserland

5th World Congress on Pediatric Critical Care

Symporg SA, Nicole Primola, Avenue Krieg 7, 1208 Genève, Zwitserland
T +41 22 839 84 84
F +41 22 839 84 85
I www.pcc2007.com
E info@pecc2007.com

Nederlandse Vereniging
voor Intensive Care
Verpleeg-
kundigen

NVICV

A Postbus 13141
3507 LC Utrecht
T +31 (0)30 272 03 72
F +31 (0)30 271 22 93
E info@nvcv.nl
I www.nvcv.nl

Word lid van de NVICV!

Velen zijn u al voorgegaan, maar u zult begrijpen dat het van groot belang is om een zo groot mogelijk draagvlak te verkrijgen. Dit kan alleen wanneer zoveel mogelijk verpleegkundigen zich aanmelden als lid van onze vereniging. Op deze manier kunnen wij onze gezamenlijke activiteiten en belangen optimaal behartigen.

Samen staan wij sterk!

Landelijk Hoofdenoverleg Intensive Care

Drie november jl. heeft de 16e themadag van het Landelijk Hoofdenoverleg Intensive Care (LHIC) plaatsgevonden. De themadag is voortgekomen uit een initiatief van enkele hoofdverpleegkundigen die behoefte hadden aan een min of meer structureel contact met andere hoofdverpleegkundigen om te praten over herkenbare praktijksituaties en ontwikkelingen. Dit gebeurde in 1996. De themadagen hebben inmiddels een constant karakter gekregen en vindt halfjaarlijks plaats. De inhoud van de themadagen is actueel, mede door de inbreng vanuit de verschillende regio's en commissies.

De themadag in november werd voor de laatste maal onder de bezielende leiding van Mirjam Bams gehouden. Het aantal bezoekers dat rond de 70 lag beoordeelde de dag met een ruim voldoende tot goed.

De dag werd geopend door de voorzitter van de NVICV die het beleidsprogramma voor de komende vier jaar op hoofdlijnen presenteerde. Een ambitieus programma gerangschikt onder de noemers deskundigheidsbevordering, kwaliteit van de beroepsuitoefening, communicatie relaties, invloed, organisatie en financiën. Hieronder werden thema's als (her)registratie, accreditatie, het capaciteitsonderzoek, zorgzwaarte, wetenschappelijk onderzoek en PR aangesneden.

Drs. D. Maatman, regievoerpleegkundige CHIC in het UMC Groningen, maakte de bezoekers deelgenoot van een toetsingsstelsel op de werkvloer.

De heer G. van Aken, hoofd van het traumacentrum in Zwolle, lid van de expertgroep landelijke

leidraad Ziekenhuis Rampen Opvangplan en Senior Instructor ETS, hield een presentatie over rampenopvang onder de titel: 'Hoezo ramp we weten toch dat we vol liggen!' Het gebruik van DBC's op de intensive care werd gepresenteerd door drs. A.R.H. van Zanten, internist-intensivist in Ziekenhuis Gelderse Vallei. De Nursing Activity Score (NAS): TISS inclusief werklasmeting werd gepresenteerd door drs. R.E. Nap, stafmedewerker Zorgfaciliteiten in het UMC Groningen.

Een kleine greep uit de thema's van het beleidsplan: De NVICV wil een voortrekkersrol vervullen ten aanzien van (her)registratie. De educatiecommissie wil met haar samenwerkingspartner komen tot het stellen van kwaliteitscriteria voor (her)registratie. Na voltooiing van het traject (her)registratie wil de NVICV overgaan tot een periodieke, bij voorkeur vijfjaarlijkse herregistratie van IC-verpleegkundigen. Niet alleen kwantitatieve crite-

ria (het aantal gewerkte uren) maar ook kwalitatieve criteria (scholing, kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering in de ruimste zin van het woord) moeten bepalend zijn voor de mogelijkheid tot herregistratie. De NVICV wil dat het register van (her)registratie geraadpleegd kan worden via de website.

Halverwege het jaar zijn via de IC-hoofdverpleegkundigen de uitgebreide enquêtes IC-Capaciteit verspreid. De enquêtes die uitgezet zijn onder IC-verpleegkundigen, IC-hoofden, intensivisten, IC-artsen en fellows, hebben als doel een antwoord te geven op de vraag hoe groot de instroom in de opleiding voor intensivisten en voor IC-verpleegkundigen zal moeten zijn, om op termijn voldoende menskracht te hebben om te voldoen aan de gewenste formatie voor intensive care-afdelingen voor volwassenen (IC-afdelingen) in Nederland. Benodigde gegevens worden verkregen via bestaande gegevensbronnen en via schriftelijke enquêtes, verspreid onder IC-afdelingen, intensivisten, fellows intensive care en IC-artsen, IC-verpleegkundigen en ziekenhuizen. Het is de tweede maal dat het initiatief voor het onderzoek is genomen door de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. Het onderzoek wordt uitgevoerd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel).

Ten behoeve van het welslagen van het onderzoek is het van belang in de begeleidingsgroep een aantal betrokken partijen te laten deelnemen. Deze partijen zijn: Nederlandse Vereniging voor Intensive Care Verpleegkundigen (NVICV), de Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie (GIC) belast met de organisatie van IC-opleidingen in Nederland namens de wetenschappelijke verenigingen, het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEV) en het Capaciteitsorgaan. Met de uitkomsten van deze inventarisatie zal de NVICV zich maximaal inspannen om de belangen van de IC-verpleegkundigen te behartigen. Medio januari 2007 verwachten we de eerste resultaten van het onderzoek.

De zorgzwaarte op een intensive care is discussieerbaar. Om enigszins grip te krijgen op deze materie worden er al lange tijd op een aantal intensive care's in Nederland verschillende zorgzwaartesystemen gehanteerd. De hieruit voortvloeiende managementinformatie wordt matig gebruikt omdat het enerzijds een niet volledige weergave betreft en anderzijds de weergave van een op zichzelf staande IC-afdeling te weinig zegt over de consequenties die daaruit voort moeten komen. De Nederlandse IC's zien dan ook een meerwaarde in een

Commissie IC-transport

zorgzwaartesyteem waarbij inzicht ontstaat in de medische als verpleegkundige zorgpraktijk en waarbij tevens benchmark mogelijk is. De presentatie van drs. Nap over de Nursing Activity Score (NAS) gaf hierin een mooie opening. Aangaande wetenschappelijke ontwikkeling is de NVICV niet primair van zins om zelf onderzoek uit te voeren of te initiëren. Wel wil de NVICV een rol spelen in het verkleinen van de kloof tussen theorie en praktijk en wil zij zo mogelijk invloed uitoefenen op de keuze van de te onderzoeken probleemstellingen. Het idee is om een platform op te zetten waarin onderzoeksverpleegkundigen, die verbonden zijn aan de verpleegkundige discipline op de diverse intensive care-afdelingen, bijeen worden gebracht.

De NVICV wil middels de European federation of Critical Care Nurses associations (EfCCNa) in gesprek blijven met haar Europese collega beroepsverenigingen voor het uit wisselen van artikelen. De NVICV wil dan ook een koppeling maken met buitenlandse tijdschriften, en de mogelijkheid om deze via het internet te volgen.

Tot slot. Het bestuur vindt het directe contact met de leden essentieel voor het bestaan van de vereniging. Het bestuur zal er alles aan doen om het contact met de leden intensief en optimaal te houden. Kernwoorden hierbij zijn openheid, toegankelijkheid en bereikbaarheid. De nieuwe website moet hiertoe nog meer gaan bijdragen dan de huidige website. Het bestuur roept op met elkaar te blijven streven om leden op regionaal niveau te organiseren en met elkaar in contact te brengen. Gezien de vele en snelle ontwikkelingen is het van groot belang er met elkaar zorg voor

te dragen aansluiting met elkaar te blijven vinden. We blijven ons als beroepsvereniging inspannen om de reeds bestaande contacten te borgen en verdere contacten uit te bouwen.

Met hartelijke dankzegging aan de sponsors die de dag mogelijk maakten: BD Medical, Tyco Healthcare, ITE, Hamilton Medical Nederland, Edwards Lifesciences, Philips Medical Systems, 3M, GE Healthcare, Dräger, Emdamed en Marquet.

JOYCE DEGGENS, VOORZITTER

In aansluiting op de nieuwe IC-richtlijn heeft het Ministerie van Volksgezondheid samen met de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) en Ambulance Zorg Nederland, de taskforce MICU-vervoer in het leven geroepen, welke op zo kort mogelijke termijn een landelijk en uniform model voor het vervoer van instabiele IC-patiënten moet realiseren.

De inspectie gaat er van uit dat het gaat om 3.000 volwassen IC-patiënten per jaar in Nederland die van het ene naar het an-

dere ziekenhuis moeten worden getransporteerd. Door de MICU-verpleegkundig coördinatoren uit de Universitaire Medische Centra wordt een commissie IC-transport gevormd, in analogie aan de NVIC, welke wordt ondersteund door de NVICV. Deze commissie levert een bijdrage aan de richtlijnen voor het veilig en verantwoord vervoeren van IC-patiënten in Nederland. Allereerst zal een profiel voor de MICU-verpleegkundige worden opgesteld. Nadere berichtgeving volgt!

ERIC KRABSHUIS, PENNINGMEESTER

Bijeenkomst BeroepsInhoudelijke Raad



Op 2 november 2006 is de BeroepsInhoudelijke Raad (BIR) bijeen geweest. Hieronder een verkort verslag van deze bijeenkomst.

CBO-richtlijn

Het programma begint met een presentatie van Loes Schouten. Zij is adviseur bij de Kwaliteitsinstelling voor de Gezondheidszorg CBO en heeft meegewerkt aan de ontwikkeling van de nieuwe IC-richtlijn. Er zijn verschillende redenen waarom de IC-richtlijn is herzien. Ten eerste dateert de vorige richtlijn uit 1993. Ten tweede zijn er de uitkomsten van het visitatietraject, waarin knelpunten naar voren zijn gekomen en waaruit is gebleken dat het tijd is voor nieuwe gezichtspunten. Dit geldt op het gebied van de niveau-indeling van IC's, de medische aansturing en het gebruik van protocollen, maar ook op het gebied van capaciteit en kwaliteitsbeleid. Inmiddels is deze CBO-richtlijn van kracht en wordt geïmple-

menteerd in de praktijk.

Over vijf jaar zal er een evaluatie plaatsvinden. Naar aanleiding hiervan volgt er een discussie over de medisch/ethische kant en over de level-indeling.

Competentiegericht onderwijs

De sprekers zijn Freddy Veltman en Bianca Schrijvers. Ze beginnen met een aantal stellingen met betrekking tot leren. De belangrijkste punten uit de presentatie zijn:

- 1 Zelfsturend leren betekent niet dat je de cursist een opdracht geeft, laat zwemmen en zelf aan de overkant gaat staan wachten, maar wel dat je het kader aangeeft en dus niet alleen het proces bewaakt, maar ook inhoudelijk meedenkt.
- 2 Het is ook niet de bedoeling dat je de student een leervraag laat stellen, terwijl hij

nog geen idee heeft waar het eigenlijk over gaat. Het is dus belangrijk om de praktijk in de opleiding te integreren!

- 3 Hoe je invulling geeft aan zelfsturend leren is ook afhankelijk van het soort opleiding. Eigenlijk moet je de kenmerken van de doelgroep eerst goed duidelijk hebben. Belangrijk aandachtspunt hierbij is dat leerstijlen veranderbaar zijn! Je kunt de student dus zelfsturender maken, het is een traject. Het is de taak van de docent en de verpleegkundige/werkbegeleider om hier een rol in te spelen!

Mededelingen NVICV

De NVICV heeft een nieuwe voorzitter: Joyce Deggens. Zij is unithoofd in het UMC Utrecht. Het beleidsplan 2006–2010 is in de maak. Het concept zal ook aan de BIR-leden worden voorgelegd.

- > Waar is de NVICV verder mee bezig?
- 1 Deskundigheidsbevordering en kwaliteit van de beroepsuitoefening;
 - 2 Communicatie, relaties en invloed;
 - 3 Projecten en ontwikkelingen.

Het bronchiaaltoilet op de IC

Frederique Paulus verzorgde een lezing over manuele hyperinflatie (balloneren) tijdens bronchiaaltoilet. Er bestond geen eenduidigheid over het balloneren.

Doel van de studie was het inventariseren van de praktijkvariatie. Honderd IC-verpleegkundigen hebben meerdere malen geballoneerd op een kunstlong. In deze kunstlong werden onder andere druk en flow gemeten. Een aantal uitkomsten van dit onderzoek zijn:

- 1 De grootte van de tidal volumes die gegeven worden met een watersset verschillen enorm van persoon tot persoon;
- 2 Het behouden van de peep lukt niet met de ballon.

Conclusie is dat er door kennisgebrek grote variaties bestaan in de manieren waarop geballoneerd wordt. Er is toen een standaard bedacht waar iedereen op de afdeling aan moest voldoen. Frederique heeft vervolgens drie maanden met iedereen geoefend volgens deze standaard. Daarna heeft ze het onderzoek herhaald volgens het nieuwe protocol. Dit bleek veel opgeleverd te hebben. De conclusie van dit onderzoek is dan ook: educatie en feedback verbetert significant de handelingen van verpleegkundigen in het skillslab.

Endotracheaaltoilet

Gerrit Bloo heeft een literatuurstudie verricht over het uitvoeren van het endotracheaaltoilet. Dit onderzoek wijst uit dat een endotracheaaltoilet (ET) veel risico's met zich meebrengt en dus eigenlijk nooit een routine-

matige handeling mag zijn. Naar aanleiding hiervan is een nieuwe richtlijn ontworpen die in februari 2004 in Kritiek heeft gestaan. De richtlijn behelst een aantal aspecten, namelijk:

- 1 endotracheaaltoilet op indicatie;
- 2 terughoudendheid met spoelen;
- 3 de contraïndicaties zijn omschreven;
- 4 classificatie van het sputum;
- 5 de richtlijn is evidence based.

Naar aanleiding van Gerrit zijn onderzoek is er dus een richtlijn ontstaan die gebaseerd is op wetenschappelijk onderzoek. Het is de eerste Nederlandse richtlijn voor endotracheaaltoilet en dit onderzoek en de richtlijn hebben ook weer geleid tot voortgezet onderzoek.

Endotracheaal bronchiaaltoilet versus MIAS

Hans van de Leur verzorgde een lezing over endotracheaal bronchiaaltoilet (ETBT) versus MIAS (Minimal Invasive Airway Suction of alleen bijzuigen, zonder spoelen, met korte zuigslang die precies tot het eind van de tube reikt).

Complicaties/events binnen tien minuten na de start van het ETBT of MIAS zijn gemeten. Uitkomsten: Saturatiedaling komt vaker voor bij ETBT en er zit ook vaker bloed bij het sputum. Arrhythmie komt vaker voor bij MIAS. Hypertensie komt weer vaker voor bij ETBT. Hans heeft vervolgens nog biochemisch onderzoek gedaan bij 16 patiënten en hieruit zijn de volgende gegevens gekomen: Een stijging van het noradrenaline-gehalte komt vaker voor bij ETBT. In het adrenaline-gehalte is geen verschil te zien en de cortisolspiegel stijgt dan weer tijdens het ETBT. De conclusies die hieruit getrokken mogen worden zijn:

- 1 De MIAS levert minder directe complicaties op dan het ETBT;

- 2 De MIAS is verder gelijkwaardig aan het ETBT en levert dezelfde resultaten;
- 3 Het routinematig uitvoeren van een ETBT zou weg gelaten moeten worden in onze zorg voor de geïntubeerde patiënt.

De volledige versie van dit verslag staat op de website.

PAUL VAN DOORN, SECRETARIS

Verhoging contributie

Ter informatie maken wij melding van het feit dat de contributie van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care Verpleegkundigen met ingang van 1 januari 2007 met € 1,50 is verhoogd en is vastgesteld op € 50,00.

ERIC KRABSHUIS, PENNINGMEESTER

Beroeps Inhoudelijke Raad

Volgende bijeenkomst op 1 maart 2007.

Regionale scholing

Voor organisatoren van regionale scholing is vanaf heden een bewijs van deelname beschikbaar, met het logo van de NVICV. Het bewijs van deelname is een format dat beschikbaar wordt gesteld door de NVICV. Het format

bevat ruimte voor de logo's van de organisaties die de scholing verzorgen en het nieuwe logo van de NVICV. Dit format kunt u aanvragen via info@nvicv.nl.

PAUL VAN DOORN, SECRETARIS

Oproep website redactie

Eén januari jl. is de hernieuwde website van de NVICV de lucht in gegaan. Met behulp van de website kunnen bestuur en commissies hun activiteiten, producten en resultaten aan de leden kenbaar maken. Bovendien biedt de website de mogelijkheid om interactief met leden van gedachten te wisselen. De komende jaren willen we de website verder ontwik-

kelen tot een inspirerende bron van nieuws en achtergrondinformatie voor IC-verpleegkundigen. Voor de inhoudelijke ontwikkeling hiervan roept de NVICV leden op om te participeren in een website redactie. Voor aanmelding of meer informatie kunt u terecht bij Paul van Doorn via info@nvicv.nl.

PAUL VAN DOORN, SECRETARIS

Oproep standcommissie

De NVICV wil op alle relevante symposia en congressen met een stand vertegenwoordigd zijn. In 2007 wordt een 'standcommissie' in het leven geroepen, die een draaiboek maakt voor de organisatie en bemensing van een stand (huren standruimte,

verzamelen materialen, opbouwen stand, bemannen stand, afbreken en terugbrengen standbenodigdheden). Aanmelden voor de standcommissie kan via Paul van Doorn (info@nvicv.nl).

PAUL VAN DOORN, SECRETARIS

Vlaamse Vereniging Intensive Zorgen Verpleegkundigen



A Postbus 35, 9850 Nevele
T +32 (09) 245 82 72
F +32 (09) 245 82 75
E vvizv@glo.be
I www.vvizv.be

Fotowedstrijd 25e jaarcongres

Voor de jubileumeditie van ons jaarcongres zijn we opzoek naar oude of nieuwe, leuke, interessante, ongelofelijke, memorabele foto's van je intensieve zorgen-afdeling. Vind je er eentje of verschillende? Stuur de foto('s) op en win een prijs met je afdeling!!

Alle ingezonden foto's worden gebruikt om de affiche te maken en worden in een montage op het congres getoond. Spelregels:

- inzendingen (bij voorkeur digitaal) voor einde maart 2007: vvizv@glo.be;
- patiënten op de foto mogen niet herkenbaar zijn;
- andere personen/collega's op de foto geven vooraf toestemming tot publicatie bij in zenders;
- toegezonden foto's worden eigendom van de VVIZV en worden niet meer teruggezonden.

BRIGITTE CLAES, VOORZITTER



Stuur ons uw foto op!

Het nieuwe VVIZV-jaar

De eindejaarsfeesten zijn voorbij. Het nieuwe jaar is een feit. Alles gaat terug zijn gewone gangetje. Toch zou ik al de leden van de VVIZV vooralsnog de beste wensen voor 2007 willen overmaken.

De leden van de raad van bestuur zijn ondertussen volop bezig met de voorbereidingen van het werkjaar en organisatie van de jaarlijkse bijscholingsactiviteiten. Het programma van de minisymposia vind je in dit verenigingsnieuws: in tegenstelling tot de voorbije jaren organiseren we elke sessie slechts één maal: één onderwerp in het UZ Gent en één onderwerp in het UZ Antwerpen.

Het verpleegkundige luik van het 3e wereldcongres van het abdominaal compartimentsyndroom in Antwerpen in maart 2007 kwam tot stand in samenwerking met onze vereniging. Alle leden kregen dit programma toegestuurd en een uitnodiging werd verspreid in de congrestartas in november jl. Voor de leden van de VVIZV is er een speciale ledenprijs bedongen bij de inrichters, dit naar analogie met het VVIZV-jaarcongres.

Uiteraard is het orgelpunt van 2007 het 25e jaarcongres. Zoals reeds aangekondigd op de 24e editie willen we van deze jubileumuitgave een feest maken, zowel voor onze vereniging als voor alle aanwezige congresleden. Noteer alvast de datum in je agenda: **23 november 2007**. Uiteraard zal naast het aangename en het ludieke, de grootste aandacht gaan naar een goed uitgebalanceerd wetenschappelijk programma waar alle verpleegkundigen van intensieve zorg hun gading vinden: van beginnende collega's tot ervaren collega's, van intensieve tot zeer intensieve pathologie. Alle ideeën vanuit jullie werkveld zijn welkom.

Daarnaast maken we dit jaar verder werk van het dossier Verloning voor de Bijzondere Beroepstitel Intensieve Zorgen en Spoedgevallenzorg. Op 3 januari 2007 werden we via de koepel van en samen met de Vlaamse Verpleegunie uitgenodigd op het VVI om dit dossier voor te stellen. We hopen op een positieve reactie einde februari 2007. Ondertussen leggen we contacten met andere partners: zowel politieke partijen, vakorganisaties als werkgeversorganisaties proberen we te overtuigen van de noodzaak tot financiële honorering van de verpleegkundigen in bezit van een bijzondere beroepstitel. We hopen dat dit lobbywerk op de volgende CAO-onderhandelingen zijn vruchten afwerpt en de onderhandelaars aan de tafel een loonsverhoging van 10% voorzien voor alle verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel en werkzaam op een erkende dienst voor intensieve zorg en spoedgevallenzorg.

Er zijn de lopende zaken waarvan we blijven deelnemen en werken: de Vlaamse Verpleegunie, het overlegplatform met de hogescholen welke de opleiding IZ en Spoed organiseren, contacten en deelname aan het college van Intensieve Zorgen, ...

Je merkt het, verpleging van patiënten op intensieve zorg en zij die dagelijks voor hen instaan, liggen ons nauw aan het hart. We hopen dan jullie ons enthousiasme blijven delen en steunen door trouw lidmaatschap en aanwezigheid op één van onze activiteiten.

BRIGITTE CLAES, VOORZITTER VVIZV

Posterpresentatie 2006

Ook dit jaar kreeg de posterpresentatie tijdens het jaarcongres van de VVIZV de bijzondere aandacht. Ieder met een interesse voor een specifiek onderwerp welke betrekking had rond intensieve zorg kon een poster insturen. Deze waren gedurende de ganse congresdag te bezichtigen in de exporuimte van het ICC. Door een jury onder leiding van prof. dr. S. Blot werd hieruit de beste poster gekozen en bekroond met een waardebon van € 125,00.

Juryleden poster 2006

Stijn Blot (voorzitter posterpresentatie en lid van de raad van bestuur van de VVIZV)
Brigitte Claes (voorzitter VVIZV)
Marc Foulon (medewerker VVIZV)
Yvan Somers (ondervoorzitter VVIZV)
Dominique Van Dyck (medewerker VVIZV)

De volgende negen posters namen deel aan de prijs:

- 1 **Manifest 'schone handen' in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen**
F. Van Laer, E. Goovaerts, H. Jansens, P. Van Aken
- 2 **Prospectieve cohort studie – Patiënten karakteristieken van opnames op coronary care unit (2005 – 2006)**
J. Andries, K. Verhamme, M. Van Steertegem, H. De Raedt, OLV-Ziekenhuis Aalst
- 3 **Een beschrijvende kwantitatieve studie naar effectiviteit van de Autologic® 200 dynamische matras ter preventie en heling van drukletsels**
P. Wijnands, M. Malbrain, A. Jans, H. Dits, K. Schoonheydt, M. Soebert, S. Vanpellicom, B. Lambrecht, N. Van Den Hoven, O. Gelper, M. De Buck
- 4 **Een gestructureerde progressieve introductie van een intensieve insuline-therapie op een intensive care.**
M.-L. Luikin-Martin, A.J. Meinders, L.J. Bras, Intensive Care St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein, Nederland
- 5 **Strikte glycemie controle na cardiochirurgie: resultaten en haalbaarheid van een verpleegkundig gestuurd protocol.**

- S. Meert, P. Van Houdenhove, P. Lecomte, L. De Roo, G. Nollet, F. Nobels, L. Foubert
- 6 **Opvattingen en attitude van intensieve zorg verpleegkundigen omtrent bezoek en open bezoekbeleid op intensieve zorg afdelingen.**
D. Berti, P. Ferdinande, P. Moons
 - 7 **Ontwikkeling en validering van een vragenlijst die peilt naar de kennis van intensieve zorgen verpleegkundigen omtrent evidence-based richtlijnen ter preventie van ventilator-geassocieerde pneumonie**
S. Labeau, D. Vandijck, P. Van Aken, B. Claes, S. Blot
 - 8 **Het gebruik van Apache II-scores in het voorspellen van de ziekenhuismortaliteit op de afdeling intensieve zorg**
D.M. Vandijck, D.D. Benoit, A. Dewulf, M.M. Van Utterbeek, S.I. Blot, J.M. Decruyenaere. Afdeling voor Intensieve Zorg, UZ Gent
 - 9 **Patronen van C-reactief proteïne waarden bij IZ-Patiënten met een nosocomiale bloedstroom infectie: impact van de bron van infectie**
D.M. Vandijck, S.I. Blot, D.D. Benoit, J.M. Decruyenaere, Afdeling voor Intensieve Zorg, UZ Gent

Deze hoge opkomst waarderen wij ten zeerste en maakte de keuze des te moeilijker.

De Posterprijs VVIZV 2006 gaat naar... Sonia Labeau.

De jury bekroonde dit werk omwille van de relevantie voor dagelijkse praktijkvoering. Aan de hand van een steekproef van



Uitreiking posterprijs 2006 aan Sonja Labeau door Prof. dr. Stijn Blot.

meer dan 600 IZ-verpleegkundigen bracht het onderzoek een aanzienlijk kennistekort aan het licht bij IZ-verpleegkundigen inzake kennis van evidence-based richtlijnen voor de preventie van ventilator-geassocieerde pneumonie (VAP). Naar aanleiding van deze bevindingen plaatste het VVIZV één van haar voorjaars minisymposia volledig in teken van preventie van VAP. In meerdere ziekenhuizen resulteerde dit in een debat inzake zorg-

optimalisatie. Het onderzoek van Sonia Labeau slaat aldus een brug tussen het detecteren van kennisbehoefte, bijscholing van IZ-verpleegkundigen, en betere zorgverlening. Precies omwille van het effectief aanwenden van de verworven inzichten in een grootschalige poging tot kwaliteitsverbetering, wist de jury van de VVIZV dit werk bijzonder te waarderen.

BRIGITTE CLAES, VOORZITTER

VVIZV Minisymposia 2007

Datum **6 maart 2007 in UZ Gent** (auditorium B)

Inhoud **Katheter gerelateerde infecties**

- 1 **Pathogenese, risicofactoren en gevolgen**
Prof. dr. S. Blot, UZ Gent
- 2 **Richtlijnen voor de preventie van katheter-gerelateerde infecties**
Mevrouw S. Labeau, Associatie Hogeschool Gent, Universiteit Gent
- 3 **IZ-verpleegkundigen en preventie van katheter gerelateerde infecties**
De heer A. Vereecke, Maria Middelaers, St.-Niklaas
- 4 **Wat heb ik vandaag geleerd?**
De heer D. Vandijck, Universiteit Gent-UZ Gent

Datum **19 april 2007 in UZ Antwerpen** (auditorium Kinsbergen)

Inhoud

- 1 **Communicatie en agressie: assertief vaardig zijn**
De heer P. Hermans, AZ St. Maarten, Mechelen
- 2 **Hoe veilig is onze intensieve zorgen afdeling? Uitbouwen van een patiëntveiligheidssysteem**
Mevrouw A. Van De Velde, OLV-Ziekenhuis, Aalst
- 3 **Werkomgeving van verpleegkundigen en veilige patiëntenzorg**
De heer P. Van Bogaert, UZ Antwerpen
- 4 **Als de nooduitgang geblokkeerd is... Praktische veiligheidstechnieken**
De heer P. Hermans, AZ St. Maarten, Mechelen

De VVIZV-website

Hier vindt u informatie over:

Wat is de VVIZV?
Wie zijn de VVIZV?

Wat zijn hun doelstellingen?

Hoe kan ik lid worden?

Wat zijn hun activiteiten?

Wat is de EfCCNa?

Tevens vindt u er links naar andere intensieve zorgen-sites in de wereld.

www.vvizv.be
vvizv@glo.be

Website VVIZV en voordeel voor onze leden

Het voorbije jaar hebben we weerom veel reacties en vragen via onze website gekregen: u vindt er alle gegevens over activiteiten van onze vereniging, naast nuttige informatie over ons beroep in de meest brede betekenis.

Wij bieden er eveneens de gelegenheid via het forum om met collega's en zonder onze input/inmenging een levendige discussie te starten over allerhande onderwerpen waarmee je dagelijks op de werkvloer wordt geconfronteerd.

De afgeschermd zone, waar je toegang toe krijgt vanaf dat je intekent voor één van de drie ledenformules, bevat presentaties van voordrachten tijdens het congres en tijdens de minisymposia. In de loop van volgend jaar wensen wij ook te starten om in deze zone per trimester minstens één vertaald

artikel uit een internationaal, wetenschappelijk vakblad aangaande intensieve zorg te publiceren.

U merkt dat ons lidmaatschap jaarlijks meer voordelen biedt en andere wendingen krijgt dankzij de mogelijkheden die de digitale snelweg ons biedt.

Hoe lid worden van de VVIZV? U kunt intekenen volgens volgende drie formules:

1 Lidmaatschap 'all inclusive' voor € 47,00.

- U ontvangt Kritiek

- U krijgt korting op ons jaarcongres (€ 11,00);
- Gratis inkom op de minisymposia (2 x € 10,00);
- U krijgt korting op het Venticare-congres in Nederland.

2 Lidmaatschap 'algemeen' voor € 20,00

- U ontvangt 2 maal per jaar een nieuwsbrief;
- U krijgt korting op ons jaarcongres (€ 11,00);
- Gratis inkom op de minisymposia (2 x € 10,00);
- Indien u dit wenst en uw e-mailadres opgeeft ontvangt u de digitale nieuwsbrief.

3 Dienstlidmaatschap: minimaal 6 personen tot maximaal 10 personen per dienst: € 120,00 tot € 200,00, zijnde € 20,00 per persoon;

- U ontvangt op dienst 1 exemplaar van Kritiek;
- U krijgt à rato van het aantal ingeschreven personen korting op het jaarcongres van de VVIZV: per persoon € 11,00;
- U krijgt à rato van het aantal ingeschreven personen gratis toegang tot de minisymposia: per persoon € 10,00.

BRIGITTE CLAES, VOORZITTER

Locatie Antwerpen

UZ Antwerpen, Auditorium Kinsbergen
Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem

Openbaarvervoer

Lijn 17 Centraal Station (Pelikaanstraat) / UIA-campus / Universitair Ziekenhuis

Lijn 18 Centraal Station / Berchem Station / Wilrijk (Kern) – aansluiting met lijn 17 of 25 naar UIA-campus en Universitair Ziekenhuis

Lijn 21 Berchem Station / RUCA / UIA-campus / Universitair Ziekenhuis

Lijn 25 Groenplaats / UIA-campus / Universitair Ziekenhuis

Lijn 26 Antwerpen (Groenplaats) / Wilrijk (Kern) / Doornstraat / Aartselaar

Lijn 27 Centraal Station / Wilrijk (Kern) / A.Z. Middelheim

Lijn 50 Antwerpen (Fr. Rooseveltplaats) / Wilrijk (Boommesteinweg) / Boom / Mechelen

Auto

E19 van Antwerpen, richting

Brussel, onmiddellijk na Craeybeckxtunnel, neem voorbehouden uitrit UIA/ZA (afrit 5)

E19 van Brussel, richting Antwerpen, na Kontich (afrit 7), neem voorbehouden uitrit UIA/ZA

Locatie Gent

UZ Gent, Auditorium B
De Pintelaan 185, 9000 Gent

Openbaarvervoer

Het Sint-Pietersstation bevindt zich in de onmiddellijke omgeving van het ziekenhuis.

De stedelijke tram- en busmaatschappij (De Lijn) heeft een buslijn (65) en twee tramlijnen (21 en 22) ingelegd tussen het Sint-Pietersstation en het ziekenhuis. Vanuit de randgemeenten en het stadscentrum zorgen de buslijnen 5 (Heuvelpoort, Tolpoort, Van Beverenplein en Zwijnaarde Hekers) voor een rechtstreekse verbinding met het ziekenhuis. Ook lijn 49 (Gent – Herzele – Geraardsbergen) heeft een halte in de buurt van het ziekenhuis.

Auto

E40 en E17 de autosnelweg E40 (Oostende – Brussel) staat via de verkeerswisselaar 'Zwijnaarde' in verbinding met de E17 (Antwerpen – Kortrijk). Op de E17 is er een afzonderlijke afrit (afrit 9) 'Universitair Ziekenhuis' of 'UZG'.

Aanvang

Telkens van 13.30 tot 17.30 uur

Bijdrage

Leden VVIZV Gratis

Niet-Leden € 10,-

Syllabus, bijscholingsattest en frisdrank inbegrepen. Inschrijven aanbevolen enkel via de website van de VVIZV. Betalen aan de inkom (overschrijven niet mogelijk).

Partners in intensieve zorg

Edwards Lifesciences, Express Medical Interim, B Braun, Fresenius Vial, Tyco Healthcare

25e Jaarcongres VVIZV

23 november 2007,
ICC Gent

Schrijven

Ervaringen uit de beroepspraktijk delen? Een onderzoek of casus publiceren? Ontwikkelingen in de acute zorg onder de aandacht brengen? Kritiek is altijd op zoek naar mensen uit de praktijk die een redactionele bijdrage kunnen leveren.

Richtlijnen

Voor potentiële schrijvers ligt er een handige leidraad klaar met richtlijnen en praktische tips. Ook is er een voorbeeldartikel beschikbaar dat op heldere wijze weergeeft hoe de indeling van het artikel zou moeten zijn en hoe bijvoorbeeld de literatuurlijst opgebouwd moet worden. Geïnteresseerd? Neem contact op met hoofdredacteur Ben de Lange, telefoon +31 (0)30 - 271 54 41. Hij stuurt u de informatie graag toe. Natuurlijk is deze informatie ook te downloaden via www.kritiek.org.

Voorwaarden

De auteur is verantwoordelijk voor de inhoud van het artikel. Elke bijdrage kan zonder opgaaf van reden worden geweigerd. Reproductie is toegestaan, mits de auteur en de uitgever schriftelijk toestemming hebben verleend, naam van de auteur en tijdschrift duidelijk worden vermeld en een exemplaar van de overgenomen publicatie aan de uitgever wordt gezonden.

Ieder artikel dient vergezeld te zijn van een brief met naam, adres en telefoonnummer van de hoofdauteur. De brief dient ondertekend te zijn door alle auteurs, waarmee zij verklaren dat:

- 1 Het recht van publicatie aan het tijdschrift Kritiek wordt overgedragen. Wordt het artikel afgewezen, dan vervallen de rechten terug aan de auteur.
- 2 Het artikel niet gelijktijdig aan een ander tijdschrift is aangeboden, elders is geac-

cepteerd voor publicatie of reeds gepubliceerd is.

- 3 Zij akkoord gaan dat het artikel aan enkele reviewers ter beoordeling wordt voorgelegd.

Adres

Het artikel moet in viervoud worden ingezonden, bij voorkeur vergezeld van de complete tekst op diskette (als Word® of WordPerfect®-bestand). Het adres is:

Sichting Kritiek

T.a.v. Ben de Lange
Postbus 13141
3507 LC Utrecht

Adverteren

Op zoek naar geschikt personeel? Een congres of symposium aankondigen? Een nieuw product onder de aandacht brengen?

Adverteren in Kritiek is een doeltreffende manier om de specifieke groep van intensive-caremedewerkers te bereiken. Zwart-wit of kleur, klein of groot, het kan allemaal. En meerdere advertenties per jaar leveren al snel een aantrekkelijke korting op. Vraag de tarievenkaart op en informeer naar de mogelijkheden.

Colofon

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER

Stichting Kritiek
J. Vermeyen
Hoofdverpleegkundige ITE C (E509)
Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg
Herestraat 49, 3001 Leuven
Telefoon +32 (0)16 - 34 87 70
Fax +32 (0)16 - 34 40 15

REDACTIEADRES, SECRETARIAAT EN

ADVERTENTIE-EXPLOITATIE

Stichting Kritiek
Postbus 13141, 3507 LC Utrecht
Telefoon +31 (0)30 - 271 54 41
Fax +31 (0)30 - 271 22 93
Internet www.kritiek.org
E-mail info@kritiek.org

REDACTIE

Jolande Bastiaans, Frank van Duin, Mirjam van Ewijk, Esmée van der Hart, Sandra de Hoog, Gertjan Hultzer, Jeannette Knol, Ben de Lange (hoofdredacteur), Marc Rohaert, Frans Vermeiren, Joke Wijntjes

VORMGEVING

Ed Weijburg

OMSLAGFOTO

Chris Timmers (Audio Visuele Dienst, UMC Utrecht)

PRODUCTIE EN DRUK

Drukkerij Lannoo N.V.

VERSCHEIJNINGSFREQUENTIE

Tweemaandelijks

KRITIEK ONTVANGEN

Kritiek ontvangen kan op drie manieren: een los abonnement nemen, lid worden van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care Verpleegkundigen (NVICV) óf lid worden van de Vlaamse Vereniging van Intensieve Zorgen Verpleegkundigen (VVIZV). (Dat laatste is de enige mogelijkheid om Kritiek in België te ontvangen.)

ABONNEMENT

De abonnementsprijs bedraagt 31,50 euro per jaar voor particulieren en 78 euro voor instellingen en buitenlandse abonnees. Het abonnementsjaar loopt van januari tot en met december en wordt ieder jaar automatisch verlengd, tenzij vóór 1 november schriftelijk is opgezegd. Losse nummers à 10 euro (exclusief portokosten) zijn verkrijgbaar via het secretariaat.

NVICV

De contributie van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care Verpleegkundigen (NVICV) is 50 euro per jaar. Het lidmaatschap loopt van januari tot en met december en wordt ieder jaar automatisch verlengd, tenzij vóór 1 november is opgezegd. Het lidmaatschap kan op ieder moment ingaan.

VVIZV

Kritiek ontvangen in België is alléén mogelijk door lid te worden van de Vlaamse Vereniging van Intensieve Zorgen Verpleegkundigen (VVIZV). Het lidgeld bedraagt 47 euro per jaar. Voor afdelingen bestaat er een Dienstlidmaatschap. De kosten hiervoor bedragen minimaal 120 euro en maximaal 200 euro per jaar. Het lidmaatschap loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Wat staat waar in Kritiek?

- 30 graden positie 2004;3
- Aangeboren hartafwijking 2003;6
- Acute verwardheid 2002;5
- Advanced life support 2002;4
- Afzien van behandeling 2004;6 2005;1
- Anticiperende palliatieve zorg 2005;3
- Autonome dysreflexie 2002;3
- Basic life support 1997;5 2002;4
- Adult 2002;4
 - Paediatric 2002;4
- Beademing 1992;3/4 1993;5 1998;1/2 2000;6 2001;4 2002;4 2003;6
- Capnografie 2003;6
 - Chronische 2002;4
 - Curven 2003;6
 - Loops 2003;6
 - Ontwenning 2002;4
- Begeleiding 2005;4
- Benchmarking 2006;4
- Bezoek 2005;4
- Bronchiaal toilet 2004;1
- Buikligging 1996;2 1999;1/4 2003;1
- Burnout 1998;3 2003;1/2
- Cardiopulmonale resuscitatie 1997;4 1998;1/2/3/4 2002;4
- Circulatoire reactie 2005;5
- Coarctatio aortae
- anatomie 2003;5
 - diagnose 2003;5
 - behandeling 2003;5
- Communicatie 1995;6 2003;3 2004;5 2005;4
- Hulpmiddelen 2003;3
 - Problemen 2003;3
 - Tijdens beademing 2003;3
- Complicaties 1992;2 1993;6 1995;6 1996;2 2003;3
- Congenitale hartafwijking 2003;6 2004;1/2
- Verpleegkundige aandachts-punten 2004;1/2
 - Postoperatieve problemen 2004;1
- Continue gemengd veneuze zuurstofsaturatiemeting 2006;4
- Contra-indicaties 2005;5
- Controleverlies 2004;3
- Copingsstrategie 2005;4
- Delier 2002;5
- Depersonalisatie 2003;1/2
- Emergency cardiovascular care 2002;4
- Emotionele steun 2004;6
- Emotionele uitputting 2003;1 2003;2
- Endotracheaal uitzuigen 2004;1 2007;1
- Enterale antibiotica 2004;4
- Enterale voeding 1995;2 2002;3
- Epidemieën 2004;4
- Ethische afweging 2004;5
- Ethische principes 2004;5
- Evaluatie onderzoek 2003;3
- Evidence Based Practice 2007;1
- Expertise 2004;5
- Extubatie 2005;6
- Familie intensive care 2006;5
- Familieparticipatie 2004;3
- Funciedifferentiatie 2003;3
- Gelatine 2002;6
- Geluid 2006;6
- Halfzittende positie 2004;3
- Hersentrauma 2006;2 2006;3
- Hoofdletsel 2006;2 2006;3
- Hypothermie 1993;1 1997;3 2000;5 2001;1 2006;1
- Implementatie 2007;1
- Indicaties 2005;5
- Infecties 1993;1/2/3/6 1999;2 2000;1/2/3/4 2001;2 2002;5
- Informatica 2005;2
- Informatiemap 2005;2
- Informatieoverdracht 2005;2
- Insuline 2005;3
- Intellikeys 2003;3
- Intensive Care Information Systems 2003;5
- Interne communicatie 2004;2
- Intensieve zorgen-verpleegkundigen 2003;1/2
- Intentie 2004;5
- Jobsatisfactie 2003;1/2
- Kindercardiologie 2003;6
- Kinderhartcentrum 2003;6
- Kinder IC 2004;6
- Kinderen 1997;5/6 1998;1/2/3/4 2001;1 2005;4
- Klinische ethiek 2004;5/6 2005;1 2005;2 2005;3
- Koelen 2006;1 2006;2 2006;3
- Koelstrategieën 2006;2 2006;3
- Kwaliteit 1994;5 2003;3
- Kwalitatief onderzoek 2004;5
- Kwaliteit patiëntenzorg 2005;1
- Kwaliteitsindicatoren 2005;1
- Ligsystemen 2003;1
- Longmechanica 2004;3
- Longontsteking 2002;5
- Preventie 2002;5
- Longventilatie 2004;3
- Luchtwegzorg 2004;1
- Methoden van toediening 2003;3
- Mortaliteit 2005;3
- Multidisciplinaire teams 2003;3
- Multi moment opname 2003;5
- NEECHAM-verwardheidschaal 2002;5
- Neonatale intensive care unit 2006;6
- NICE 2006;4
- NICU 2006;6
- Onderzoek 2004;3
- Optimale voeding 2003;3
- Oxygenatie 2004;3
- Palliatieve zorg 2004;6 2005;3
- Palliatieve sedatie 2005;3
- Patient Data Management Systems 2003;5 2004;5
- Patiënteninformatiedossier 2003;6
- Patiëntenvoorlichting 2003;6
- Parenterale antibiotica 2004;4
- Personal computer 2005;2
- Persoonlijke jobbekwaamheid 2003;1/2
- Practioner 2003;3
- Prestatie-indicatoren 2005;1
- Protocol 2004;6 2005;3
- Psychosociale behoeften 2006;5
- Psychosociale zorg 2005;4/5
- Publiceren 2002;6
- Criteria 2002;6
 - Richtlijnen 2002;6
 - Basisstructuur 2002;6
- Reanimatie 1997;4/5/6 1998;1/2/3/4 2004;3 2005;1 2006;1
- Registratietijd 2003;5
- Resistentie 2004;4
- Respiratoire reactie 2005;5
- Richtlijn 2004;1 2007;1
- Risicoschatting 2005;6
- Rotatiemanagement 2004;3
- Rugligging 2004;3
- Samenwerking 2004;5
- Sepsis 1997;4 1998;4 2005;3
- Slechtnieuwsgesprek 2005;4
- Sondevoeding 2003;3
- Staken van behandeling 2004;6 2005;2
- Subarachnoïdale bloeding 2003;2
- Aneurysma 2003;2
 - Kliniek 2003;2
 - Behandeling 2003;2
 - Vaatspasme 2003;2
 - Triple H 2003;2
 - Coiling 2003;2
 - Verpleegkundige zorg 2003;2
- Taakstelling 2003;3
- Terminal weaning 2005;2
- Tetralogie van Fallot 2004;1
- Thermoregulering 2006;2
- TISS 1993;2 1996;1 2006;4
- Tijdsonderzoek 2003;5
- Top-down communicatie 2004;2
- Traumatische ervaringen 1998;3 2004;6
- Uitvoering 2005;5
- Ventilatie 2003;3
- Ventrikelseptumdefect
- Anatomie 2003;6
 - Diagnose 2003;6
 - Behandeling 2003;6
- Verbeterprojecten 2003;3
- Verbeteren van patiëntenzorg op IC 2003;3
- Verpleegkundige tijdwinst 2003;5
- Verpleegplan 2004;2
- Respiratie 2004;2
 - Hartchirurgie 2004;2
- Vragenlijst 2006;6
- Waardigheid 2005;3
- Wisselligging 2005;5
- Zelfextubatie 2005;6
- Zorgprofessionals 2004;5
- Zuurstofsaturatiemeting 2006;4

HIGH CARE

Detacheringen



Dump je oude bureau!

Werken op detachingsbasis vraagt veel flexibiliteit, maar biedt verrassend veel ervaring! Het vereist mensen die van verandering houden en regelmatig in "andere keukens" willen kijken. Ben je toe aan iets nieuws of werk je al voor een ander detachingsbureau? Kijk en vergelijk dan eens kritisch. Ook voor ZZP'ers heeft High Care veel mogelijkheden. Ga naar www.dumpjeoudebureau.nl en zie welke verrassende voordelen er bij ons te behalen zijn. Wij bieden je een nieuw bureau aan (of de tegenwaarde in geld) als je bij High Care komt werken!

Wij zoeken

Operatie-assistenten, anesthesie-medewerkers en IC-verpleegkundigen die, in vast dienstverband bij High Care Detacheringen, bereid zijn om regelmatig van werkplek te veranderen. Je kunt een dienstverband bij High Care eventueel ook combineren met een studie of een parttime-betrekking elders.

Wij bieden

De beste arbeidsvoorwaarden in de Nederlandse gezondheidszorg. We volgen de CAO gezondheidszorg. Zoals gezegd kom je bij ons in vaste dienst. In geval van ziekte betalen we 100% door en verder kun je rekenen op extra's, zoals 15% meer salaris, een persoonlijk studiebudget, een uitstekend pensioen, een eindejaarsuitkering van 5% over het bruto jaarloon en eventueel een lease-auto.

Hoofdvestiging Rotterdam:

Westersingel 103, 3015 LD Rotterdam
Tel. 010 - 225 11 13 - E-mail: info@hcdv.nl

Vestiging Haarlem:

Crown Business Center - A. Hofmanweg 5-a, 2031 BH Haarlem
Tel. 023 - 750 59 40 - E-mail: info.haarlem@hcdv.nl



Want jij verdient méér!

Zie voor meer informatie www.dumpjeoudebureau.nl of www.hcdv.nl