



WWW.NVDK.NL

Thema: Dagbehandeling in de volle breedte

09.00 – 09.15 Opening en welkom door Xavier Falières

Blok 1

09.15 – 09.40 Internationale indicatoren in dagbehandeling, wat kunnen we van de IAAS leren? Xavier Falières, Anesthesioloog, Albert Schweitzer ziekenhuis

09.30 – 10.05 De OSAS patiënt in dagbehandeling, Anna Panasewicz, Anesthesioloog, Albert Schweitzer ziekenhuis

10.05 – 10.30 Titel volgt, Marjolein de Jong, Alexander Monro Ziekenhuis

10.30 – 10.45 Vragen en discussie

10.45 – 11.15 Koffie en thee pauze

Blok 2

11.15 – 11.40 Procedurele Sedatie en Analgesie (PSA). Hoe het ontstond, groeide, geworden is en waar gaat het naar toe? Benedikt van Loo, anesthesiemedewerker, Amsterdam UMC

11.40 – 12.05 Nuchter beleid bij kinderen, Hannie Megens, Anesthesioloog, UMC Utrecht

12.05 – 12.30 Mixed Reality in de zorg: ervaringen uit de praktijk, Floris van der Breggen, CEO, SyncVR

12.30 – 12.45 Vragen en discussie

12.45 – 13.30 Lunchpauze

Blok 3

3x parallelsessie a 45 min, 13.30 - 14.15 ronde 1, 14.20 - 15.05 ronde 2, 15.30 - 16.15 ronde 3

A. De weg naar integraal capaciteitsmanagement, Marja Brakxhoofde, Verpleegkundige en Kaily Hoofdman, Maasstad Ziekenhuis

B. Terugblik covid, Anna Panasewicz, Anesthesioloog, Albert Schweitzer ziekenhuis

C. De geronto-anesthesioloog, de specialist van de toekomst?, Marieke Meinardi, Geriater, Albert Schweitzer ziekenhuis

D. Neuromodulatie voor pijn behandelingen in dagbehandeling, Ismael Gultuna, Anesthesioloog, Albert Schweitzer ziekenhuis

E. De gezamenlijke besluitvorming door de arts en verpleegkundige met de dagbehandelingspatiënt, verpleegkundige, Joëlle van Gent – Kroon, Coördinator 4CJ, Ikazia

15.05 – 15.30 Theepauze

Blok 4

16.15 – 16.40 Opgave volgt

16.40 – 16.45 Afsluiting congres

Abstracts voordrachten

Blok 1

Internationale indicatoren in dagbehandeling, wat kunnen we van de IAAS leren?

Xavier Falières, Anesthesioloog, Albert Schweitzer ziekenhuis

Het aantal patiënten die in dagbehandeling in Nederland behandeld zijn scoort heel hoog, een van de hoogste ter wereld.

Toch, met uitzondering van ingrepen bij kinderen zijn er geen enkele richtlijn, handreiking of andere officiële documenten die een basis zou kunnen vormen om de dagbehandeling beter te definiëren : categorieën patiënt, typen ingrepen, overplaatsingen, mogelijkheid tot overnachting, etc...

Wat kunnen we van de IAAS en van andere landen die wel regels hebben leren?

De OSAS patiënt in dagbehandeling.

Anna Panasewicz, Anesthesioloog, Albert Schweitzer ziekenhuis

De prevalentie van obstructief slaapapneu (OSA) in de algemene populatie is hoog en stijgt gestaag door de obesitaspandemie. Toch heeft de meerderheid van de OSA-patiënten geen vastgestelde diagnose. Echter, onbehandeld OSA brengt aanzienlijke co-morbiditeit en een verhoogde kans op een moeilijke luchtweg en cardiopulmonale complicaties met zich mee. Vragenlijsten zoals STOP-BANG kunnen in een preoperatieve screening gebruikt worden, maar geven onvoldoende zekerheid om een individuele OSA-patiënt te identificeren. Ook in de dagbehandeling (DB) is er frequent sprake van een klinisch relevante slaapapneu. Om patiënten veilig te kunnen selecteren voor dagbehandeling en kortverblijf operaties, wordt een OSA-algoritme voorgesteld. Deze is o.a. gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn "Obstructief slaapapneu bij volwassenen". Afhankelijk van de postoperatieve opiaatbehoefte in combinatie met de apneu-hypopneu index (AHI), de co-morbiditeit, het type ingreep, en het adequate CPAP-gebruik, wordt de noodzaak tot postoperatieve saturatiebewaking bepaald.

Alexander Monro Ziekenhuis,

Marjolein de Jong, Alexander Monro Ziekenhuis

Volgt

Blok 2

Procedurele Sedatie en Analgesie (PSA). Hoe het ontstond, groeide, geworden is en waar gaat het naar toe?

Benedikt van Loo, Anesthesiemedewerker, Amsterdam UMC

PSA of kortweg sedatie door niet-anesthesiologen wordt in 2022 vijftien jaar. Een mooi moment om even terug te blikken en vooruit te kijken.

Deze presentatie schetst een kort overzicht van 'geschiedenis' van sedatie in Nederland en laat de ontwikkeling zien die het heeft doorgemaakt. En wat is het toekomstbeeld? Zal sedatie een grotere plaats innemen in dagbehandeling? Niet alleen bij non-invasieve ingrepen maar ook bij minimaal invasieve chirurgie? Voorzichtige stappen worden hiervoor al gezet, een nieuwe pioniersfase. Maar moet de SPS ook niet meer aan onderzoek doen om zich te profileren?

Nuchter beleid bij kinderen.

Hannie Megens, Anesthesioloog, UMC Utrecht

Het statement van de Sectie Kinderanesthesiologie van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (2019) wordt toegelicht. Hierbij komen de volgende aspecten aan bod:

Waarom moeten kinderen voor anesthesie of sedatie vasten?

Wat is het huidige beleid t.a.v. nuchter zijn van kinderen?

Houden wij ons aan het meest actuele beleid en snappen ouders dat?
Wat zijn de nadelen van te lang nuchter zijn? Vinden we dat erg?
Wat is de bewijs dat het allemaal wat liberaler mag?

Mixed Reality in de zorg: ervaringen uit de praktijk **Floris van der Breggen, CEO, SyncVR**

Virtual Reality is in de afgelopen jaren uitgegroeid van entertainment-gadget tot vaste waarde in de zorg. Van ontspanning voor patiënten tijdens operaties onder lokale anesthesie, tot revalidatie van COVID-19 na lange tijd op de IC, van logopedische oefeningen tot aan simulatietraining voor de chirurg. In deze presentatie wordt de huidige stand van Virtual Reality in de zorg gepresenteerd, en laat huidtherapeute Ester Peters zien wat zij met Virtual Reality bereikt in behandelingen in het Maasstad Ziekenhuis.

Blok 3

De weg naar integraal capaciteitsmanagement **Marja Brakxhoofde, Verpleegkundige en Kaily Hoofdman, Maasstad Ziekenhuis** Volgt

Terugblik COVID **Anna Panasewicz, Anesthesioloog, Albert Schweitzer ziekenhuis**

De derde COVID-golf is inmiddels voorbij en het aantal coronapatiënten in de kliniek is fors afgenomen. Echter, de coronacrisis is nog lang niet afgelopen. Ongeveer 140.000 uitgestelde operaties moeten ingehaald worden en volgens de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie (NVA) is er minimaal twee jaar nodig om deze achterstand van 350.000 werkuren in te halen. In de eerste COVID-golf is de meerderheid van niet-spoedeisende operaties afgeschaald om anesthesiologen, anesthesiemedewerkers en beademingsapparatuur in te kunnen zetten voor de uit de hand lopende IC-zorg. Door de tweede en derde COVID-golf was er geen chirurgisch inhaalslag mogelijk. Toch hebben we een groot oplossingsvermogen getoond dankzij een andere manier van werken. Door een harmonica-model toe te passen kon de OK-capaciteit meebewegen met de fluctuerende IC-behoefte. Hierdoor zijn de nieuwe achterstanden tot een minimum beperkt gebleven. Verder vond er een voorzichtige verschuiving plaats naar de zorg in de dagbehandeling. In het Albert Schweitzer Ziekenhuis zijn er meer ingrepen verplaatst naar het dagbehandelingscentrum waardoor geen extra druk op de kliniek uitgeoefend werd. Dankzij de virtuele preoperatieve poli konden (dagbehandeling) patiënten, op een veilige en efficiënte manier, op afstand gescreend worden. Deze manier van onconventioneel werken en denken zal echter nog steeds nodig zijn om de uitstelcrisis op te lossen door b.v. een deel van de zorg naar zelfstandige behandelcentra te verplaatsen.

De geronto-anesthesioloog, de specialist van de toekomst? **Marieke Meinardi, Geriater, Albert Schweitzer ziekenhuis**

De aankomende dubbele vergrijzing, met een 250% toename van de populatie 80-plussers, brengt een grote groei van de groep patiënten met multipole chronische aandoeningen met zich mee. Dit stelt de anesthesioloog voor uitdagingen. Hierbij zal niet alleen het faciliteren van de behandeling van somatische ziekten of symptomen als werkterrein zijn, maar steeds vaker de algehele kwetsbaarheid van de patiënt en de haalbaarheid van de behandeling meewegen in de te maken keuzes. Dit zal leiden tot een veranderende rol, waarin men zich meer samen met de patiënt zal moeten gaan richten op wat de patiënt nog wil in plaats van wat de patiënt mankeert en hoe dit opgelost kan worden. Met name bij een hoog kwetsbare patiënten kunnen "kleine ingrepen" gecompliceerd verlopen. De mogelijk te verwachten behandelvoordelen wegen daardoor niet altijd op bij de hoge risico's op functionele en cognitieve achteruitgang.

Welke mogelijke kansen en barrières ziet u in de huidige wijze waarop wij met elkaar de zorg geregeld hebben?

Neuromodulatie voor pijn behandelingen in dagbehandeling Ismael Gultuna, Anesthesioloog, Albert Schweitzer ziekenhuis

Ruggenmerg stimulatie wordt in de pijn geneeskunde pas toegepast als de reguliere behandelingen en medicatie niet effectief genoeg zijn om nog een aangenaam leven te kunnen leiden. Het werkingsmechanisme was gebaseerd op de poort theorie waarbij de pijn transmissie in het ruggenmerg door elektrische stimulatie van de achterhoorn gemoduleerd wordt waarbij de patiënten veel minder pijn gaan ervaren. We weten nu dat ruggenmerg stimulatie niet alleen spinale effecten heeft maar ook supraspinale effecten, beïnvloeding van neurotransmitters en effecten op het sympathisch zenuwstelsel. De pijn vermindering gaat gepaard met een betere kwaliteit van leven wat zich ook uit in psychosociale aspecten. In Nederland zijn de volgende indicaties toegestaan voor ruggenmergstimulatie; complex regionaal pijn syndroom (CRPS), Failed back/ neck surgery syndroom (FBSS) en diabetische polyneuropathie.

Voor een succesvolle behandeling zijn een aantal parameters van groot belang. Er is een psychologische evaluatie met een multidisciplinaire screening noodzakelijk voor de juiste patiënten selectie. Eenmaal goed gekeurd voor de ruggenmerg stimulatie behandeling is de beste beoordeling of de therapie effectief zal zijn is een periode van proef stimulatie. Hierbij wordt de definitieve elektrode op de juiste plek in de epidurale ruimte geplaatst en aangesloten met een verleng kabel naar een uitwendige batterij. Bij een pijn vermindering van minimaal 50% wordt de definitieve batterij in het lichaam geplaatst.

Bij deze behandeling is naast de patiënt selectie, de operatie techniek, de organisatie en de multidisciplinaire samenwerking een belangrijke factor voor het succesvolle verloop. Ook zullen we ingaan op de mogelijke nadelen van ruggenmerg stimulatie en de risico's en complicaties. Tegenwoordig worden de meeste ruggenmerg stimulatie behandelingen in een dagbehandeling setting gedaan. Hierbij zijn een aantal aspecten van belang om de behandeling zo optimaal mogelijk te laten verlopen.

De gezamenlijke besluitvorming door de arts en verpleegkundige met de dagbehandelingspatiënt Joëlle van Gent – Kroon, verpleegkundige, Ikazia

- Behalve bij kinderen kent Nederland geen richtlijn ook geen handreiking om de geschiktheid van patiënten voor de dagbehandeling te bepalen. Hierin zal de rol van de verpleegkundige pre- en postoperatief ook toegelicht worden;
- Er zijn verschillende parameters die in rekening gebracht moeten worden om deze geschiktheid te evalueren : aard en lengte van de ingreep, type anesthesie, bloedverlies, planning, overnachting mogelijk, gezondheidstoestand van de patiënt, cognitieve functie / geheugen, persoonlijke / sociale omstandigheden, etc..

Waarin ook de gezamenlijke besluitvorming tijdens de opname op de dagbehandeling naar voren komt. Meer zeggenschap van de verpleegkundige in samenwerking met de patiënt in het dagbehandelingsproces. De rol van de verpleegkundige tussen de behandelaars en elkaar is belangrijk, is wel het e.e.a. over te zeggen.

Om patiënten die voor dagbehandeling niet geschikt zijn is een nauw samenwerking tussen de behandelaars en de verpleging nodig.

De rol van de verpleegkundige is primordiaal omdat het hem / haar is die vaak kan op tijd contra indicaties voor de dagbehandeling ontdekken.

Deze sessie zal proberen om tot grote lijnen te beschrijven die later als handreiking cp richtlijn gebruikt zal kunnen worden.