

DE NEDERLANDSE OK KRANT

DE KRANT VOOR OK-MEDEWERKERS | JAARGANG 2 | EDITIE 9 | NOV 2019

HEEFT U EEN VACATURE?

Laat deze opnemen in deze krant en de LVO website voor het beste resultaat.
Informeert naar de mogelijkheden via info@d nederlandse-ok-krant.nl.



Foto: Pauline Jongenelen, Máxima Medisch Centrum

IN DIT NUMMER ONDER ANDERE:

FEESTELIJKE UITREIKING themanummer borstkanker Operationeel

'WAT ONDRAAGLIJK LIJDEN IS, bepaal je zelf

AGRESSIE IS NIET NORMAAL en hoort nooit bij het werk van zorgprofessionals



Scherp!

COBRAdagen 2020

Congres voor gynaecologische chirurgie

woensdag 1 april

donderdag 2 april

vrijdag 3 april

Schrijf je nu in!

Registratie is open vanaf vrijdag 1 november – www.cobradagen.nl

COBRAdagen 2020: scherper dan ooit!



Scherp!

Ook deze editie weer een inspirerend thema. Spraakmakende lezingen, discussies die hout snijden en scherpe lessen tijdens COBRAdagen 2020!



Belangrijke data

Blijf up-to-date via onze e-mail nieuwsbrief, inschrijven kan via de website



COBRAprijs

Ben jij in 2020 de winnaar van de prestigieuze COBRAprijs?



www.cobradagen.nl



@COBRAdagen (#COBRA20)

info@cobradagen.nl

INSCHRIJVING LVO CONGRES 2020 GEOPEND

Op donderdag 5 en vrijdag 6 maart 2020 wordt voor de 33ste keer het LVO Congres georganiseerd. Het thema is Buigen of barsten. Hoge werkdruk, een meer dan gemiddeld ziekteverzuim, uitstroom van zorgmedewerkers, grote personeelstekorten, oplopende wachtlijsten, ziekenhuisstakingen. Het zijn heikle thema's binnen de gezondheidszorg.

Ondertussen volgen de technologische ontwikkelingen elkaar in rap tempo op en móeten we innoveren. Ondanks alle hectiek stellen wij het belang van de patiënt voorop. Maar soms kunnen we dat niet meer waarborgen. Want hoe buigzaam we ook zijn... wij zijn niet van elastiek. En dus staan we voor de keuze: buigen we of barsten we...?!

De inschrijving is geopend. Tot 15 januari 2020 profiteer je van een leuke vroegboekorting!

Een greep uit de onderwerpen:

- Is een groene OK mogelijk?
- Aspecten Robotchirurgie.
- Gynaecologische ontwikkelingen.
- Debat met uitdagende stellingen.
- De filosoof en cabaretier Paul Smit.
- Nieuwe ontwikkelingen in pancreaschirurgie.

Het volledige programma wordt t.z.t. bekend gemaakt via de congreswebsite: www.lvocongres.org.

Inschrijven kan op: www.lvocongres.org/registratie.



FEESTELIJKE UITREIKING THEMANUMMER OPERATIONEEL

Op 28 oktober werd het eerste exemplaar van het dubbeldikke 'themanummer borstkanker' van Operationeel (vakblad van de LVO) feestelijk uitgereikt aan operatieassistent Joyce van der Meijden van het Máxima Medisch Centrum en oncologisch chirurg Sabrina Maaskant-Braat.

Joyce kreeg dit jaar zelf te horen dat ze borstkanker had. Ze ging niet bij de pakken neerzitten en stelde zelf haar operatieteam onder leiding dr. Maaskant-Braat samen. In het themanummer van Operationeel lees je een uitgebreid interview met Joyce. Gelukkig slaagde de ingreep en is Joyce 'schoon'. Uiteraard blijft ze nog wel onder controle.

Op de foto, van links naar rechts: Sabrina Maaskant-Braat (oncologisch chirurg), Joyce van der Meijden (operatieassistent en borstkankerpatiënt), Menno Goosen

(hoofdredacteur Operationeel) en Hennie Mulder (operatieassistent en bestuurslid LVO).

LVO-leden krijgen het blad thuisgestuurd. De rest van de oplage komt volgend jaar beschikbaar voor alle ziekenhuizen, ZKN's, privéklinieken, poli's chirurgie en borstcentra. Wil je extra exemplaren van dit nummer bestellen? Mail dan naar operationeel@lvo.nl. Hiervoor zal wel een bijdrage gevraagd worden. Bij afname van vijf exemplaren of meer wordt korting verleend.



FUNDRAISINGEVENT STICHTING BACK TO LIFE

Stichting in oprichting Back To Life wil vrouwen die borstkanker hebben of hebben gehad en in hun revalidatieproces zitten, gratis workshops kleur- en stijladvies aanbieden.

Dit zodat ze weer beter in hun vel komen te zitten. En die vrouwen zo een handje te helpen bij het re-integreren in de maatschappij en hen weer te laten genieten van het leven. Ook wil de stichting zich inzetten voor betere voorlichting en (na)zorg bij kanker in het algemeen. Om dit te bewerkstelligen wordt op 2 december een fundraising event georganiseerd in Amsterdam in de Nieuwe Poort vlakbij station Zuid WTC.

Een van de keynote sprekers is Maartje Blijleven, sociale media expert en auteur van We love communities. Kaarten zijn te bestellen op: www.eventbrite.nl (zoek back to life).

Meer informatie over de stichting is te vinden op www.aboutimage.nl/stichting-back-to-life.



ONDERZOEK NAAR RUDI-INGREEP VOOR FLOWREDUCTIE BIJ ARMESHUNT

Revision using distal inflow (RUDI), een ingreep om te hoge flow in een armshunt te reduceren, biedt na drie jaar nog een acceptabele doorgankelijkheid (patency) van de shunt. Wel zijn re-interventies vaak nodig. Lagere leeftijd en relatief hogere flows direct postoperatief zijn geassocieerd met een recidief high flow. Dit blijkt uit onderzoek van het Máxima Medisch Centrum, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Radboud Universitair Medisch Centrum, Catharina Ziekenhuis en CARIM.

Patiënten met nierfalen moeten bloedspelen, het liefst via een armshunt. Hoewel een flow van 0,5 liter bloed per minuut door een dergelijke shunt voldoende is om afvalstoffen goed te kunnen lozen, ontwikkelen sommige dialysepatiënten een te hoge flow, van soms zelfs meer dan 2 l/min (high flow access, HFA). Langdurig een te hoge flow door een armshunt is op termijn erg belastend voor het hart en slecht voor de handdoorbloeding. RUDI vermindert effectief het stroomvolume van een high flow access (> 2 l/min) op de korte termijn en wordt gepromoot ter behandeling van hemodialysis access-induced distal ischemia (handischemie). Het huidige onderzoek is het eerste in de literatuur naar patency op de middellange termijn en terugkeer van te hoge flow (recidief) na RUDI

bij patiënten met een in de elleboog gelocaliseerde hemodialyseshunt. De onderzoekers beschrijven 21 patiënten met HFA met of zonder handischemie die RUDI ondergingen met VSM-interpositie tussen maart 2011 en oktober 2017 in drie Nederlandse centra. Ze concluderen dat een dergelijke RUDI een gunstige patency biedt na drie jaar bij patiënten met een arteria-brachialisgebaseerde HFA. Zorgvuldige en nauwe follow-up en onderhoud zijn echter vereist.

'RUDI voor high flow dialysefistels, een wat mager succesverhaal?' werd gepubliceerd in het 'Medisch Journaal' van het Máxima Medisch centrum en is te downloaden via www.mmc.nl/wp-content/uploads/2019/04/Medisch-Journaal-04-2019.pdf.

Van rode loper tot oer-Hollandse nuchterheid 'MIJN BROER HEEFT ME GELEERD OM GEDULD TE HEBBEN. ECHT ENGELENGEDULD'

Op het eerste gezicht is Tooske Ragas een echte glamourvrouw. De magie van de televisiewereld, het bijwonen van premières of het in een glitterjurk op de rode loper verschijnen, zijn haar niet vreemd. Toch is dat niet de enige kant die Tooske heeft. Naast alle glitter en glamour is zij ook gewoon moeder van een gezin met vier kinderen. Ze heeft twee broers, waarvan de oudste het syndroom van Down heeft. Een gesprek over de liefde voor haar gezin, de zorgen om haar broer en het grote respect dat zij heeft voor haar ouders.

Door: Femke van der Palen

"Het is hartstikke leuk om je zo op te doffen, maar zo'n rode loper is eigenlijk een veredeld circus. Als je me vraagt waar het écht om gaat, dan is dat absoluut mijn gezin." Deze nuchtere kijk is kenmerkend voor het gezin waarin zij opgroeide. Ze heeft twee broers, waarvan de oudste het syndroom van Down heeft. Een gesprek over de liefde voor haar gezin, de zorgen om haar broer en het grote respect dat zij heeft voor haar ouders.

"Mijn gezin is mijn basis. Het is wie ik ben. Als mijn einde ooit nadert, dan is dat wat telt. Dat neemt overigens niet weg dat het gekke werk dat ik doe niet onwijs leuk is. Daar haal ik mijn energie uit. Zo'n rode loper is hartstikke leuk, maar het is toch elke keer weer een soort bruiloft. Als je dit werk niet doet, maar je hebt bijvoorbeeld een opa en oma die vijftig jaar getrouwd zijn, dan trek je ook wat moois aan. Dat doe ik privé ook, maar dus ook voor mijn werk als ik naar een televisie-uitzending of première ga. Dat hoort erbij. Daar zijn van die dresscodes voor en daar houd ik van. Het is gewoon een soort verkleedpartij. Aan de andere kant wil je niet weten hoe het er hier dan soms thuis aan toe gaat. Mijn jurk kan ik pas de laatste twee seconden aandoen. Daarvoor sta ik nog te koken, zodat iedereen heeft gegeten voordat we vertrekken. De kinderen mogen dan alleen nog zonder handen een kus geven voor ik ga, want anders zit er een vingerafdruk of een vlek op mijn jurk.

Ik kan enorm genieten van die gekkigheid, maar ik ben ook weer blij als 's avonds de boel weer uit kan en ik de volgende morgen in mijn ochtendjas de kinderen kan uitzwaaien. Het fijne aan mijn werk en dat van Bas (Bastiaan Ragas, haar man)

is dat het geen baan van negen tot vijf is. Hierdoor ben ik dus niet altijd op dezelfde tijden weg. Wij werken wel 's avonds en in het weekend, maar ik ben ook gewoon heel vaak overdag thuis. Eigenlijk ben ik iedere ochtend bij de kinderen, maar in sommige gevallen ben ik een hele dag weg. De uren zijn gewoon anders verdeeld. Ik geloof dat mijn kinderen het idee hebben dat ik er vaker wel ben in plaats van niet."

Familiemens

Dat Tooske zo'n familiemens is, is niet gek. Ze groeide als jongste van drie kinderen op in een ontzettend warm gezin en heeft dit dus altijd als voorbeeld gezien. Ze spreekt vol liefde over haar ouders en haar broers. "Ik heb echt niets te klagen. Ik kan alleen maar zeggen: 'Wat heb ik geboft dat ik hier terecht ben gekomen.' Het was als kind al heel fijn en dat is het nog steeds. Je komt natuurlijk op een leeftijd waarin je ziet dat om je heen mensen afscheid moeten nemen van een of beide ouders. Ik kan dus alleen maar blij zijn dat ik ze allebei nog heb. Dit jaar word ik vijfenveertig en hoewel ze mij behandelen als een volwassene, blijf ik altijd hun jongste dochter. Jaap, mijn jongste broer, zie ik een keer per maand, maar we bellen wekelijks.

**ALS IK MIJN MOEDER
BEL EN VRAAG HOE
HET MET HAAR IS,
DAN GEEFT ZE VAAK
ANTWOORDEN ALS:
'JAN PIETER HAD
GISTEREN ZO'N
MOOIE DAG'**



Mijn ouders zie ik ongeveer twee keer per maand en mijn oudste broer Jan Pieter ook: meestal is hij bij ze als ik er ben. Hij woont niet meer thuis maar op een steenworp afstand in een project waarin hij zelfstandig, maar met begeleiding, woont. Hij heeft een eigen unit met een slaap- en badkamer. In de weekenden is hij meestal wel thuis, maar als dit niet het geval is dan loop ik naar hem toe. Dan krijg ik een knuffel van hem, maar het hoeft geen uren te duren. Hij wil dan ondertussen wel weer terug naar zijn tv-programma of zijn darten. Het komt beter uit als het in zijn programma is ingepland, dan dat ik zomaar ineens op de stoep sta. Als ze dan bijvoorbeeld gaan eten en bezig zijn om de tafel klaar te maken terwijl ik op bezoek kom, is dat voor mijn broer heel verwarrend.”

Geduld

In een gezin waarin een van de kinderen een beperking heeft, kan het zijn dat dit effect heeft op de andere kinderen. Lange tijd heeft Tooske dit niet zo ervaren, maar pas later zag ze wel wat voor invloed het bestaan van Jan Pieter op haar heeft gehad. “Hij was natuurlijk al vijf toen ik geboren werd, waardoor mijn leven nooit echt is veranderd. Ik kwam in een gezin terecht dat al vijf jaar aan het omgaan was met een nieuwe situatie: een kind met een handicap. Hierdoor heb ik dus nooit gezien dat het anders was. Er waren nooit dingen die ik niet mocht omdat Jan Pieter er was. Pas later realiseerde ik me dat het toch wel invloed heeft gehad op mij. Zo heb ik uitzonderlijk veel geduld. Het kan niet anders dan dat dit met hem te maken heeft gehad. Het strikken van zijn veters duurt bijvoorbeeld heel lang. Gaan we wandelen, dan moet ik mijn tempo aanpassen want het is meer slenteren wat hij doet. Hierdoor heb ik echt wel geleerd -zonder dat ik dat actief wist- dat er situaties in het leven zijn waar je je bij neer zult moeten leggen. Je kunt niet anders. Door dat te leren heb ik ook geleerd dat er genoeg situaties in het leven zijn waar je wel zelf iets aan kunt doen. In situaties waaraan je niets kunt veranderen, heb ik alle geduld van de wereld. Maar ik heb minder geduld als mensen in mijn ogen aan het zeuren zijn. Je hebt genoeg mensen die echt iets niet kunnen. Zij mogen klagen. Maar kun je er iets aan doen? Stop dan met zeuren. Dat merk ik dus bijvoorbeeld bij van die hulpprogramma's op televisie. Die moet je mij niet laten presenteren. Dan ben ik bang dat ik misschien eerder dan noodzakelijk tegen iemand zal zeggen: ‘Wat heb je er zelf aan gedaan dan? Kun je niet wat harder je best doen?’ Hierdoor ben ik dus niet de meest uitgelezen persoon om zo'n programma te maken.”

Ondanks het feit dat ze met eigen ogen heeft gezien wat de zorg inhoudt voor haar broer, heeft ze nooit zelf de ambitie gehad om in de zorg te gaan werken. “Mijn andere broer trouwens ook niet. Ik wilde andere dingen doen in mijn leven en ik heb ook altijd die ruimte gehad om dat te doen. Dat geldt ook voor mijn vrijwilligerswerk. Ik ben ambassadeur van DON (Diabetes Onderzoek Nederland) omdat mijn nichtje diabetes heeft. En ik ben ambassadeur van WarChild. Daarnaast ben ik een soort sluimerend ambassadeur voor NSGK (Stichting voor het Gehandicapte Kind), maar dat heb ik nooit heel actief gedaan. Dat is een bewuste keuze omdat ik in mijn werkende leven niet ook nog bekend wilde staan als ‘het zusje van die broer met een handicap’. Dat moet niet mijn bestaan zijn. Er is meer in het leven en meer in mijn leven. Als ik me daar zo voor zou inzetten, wordt het zo dominant en dat wil ik niet.”

Zorgen

Hoewel Tooske en haar broer al volwassen zijn, hebben ze nog altijd zorgen om Jan Pieter. “Er is in ons gezin altijd een kind geweest: Jan Pieter. Mijn ouders zijn briljante grootouders met een feilloos gevoel wat elk kleinkind op welke leeftijd nodig heeft. Dat komt denk ik mede doordat mijn ouders nooit gestopt zijn met opvoeden. Ze hebben nog altijd een kind en daar zorgen ze nog steeds dagelijks voor. Hij woont misschien niet meer thuis, maar er zijn nog zaken waar zij zich druk om maken. Hoe gaat het in dat huis?



‘MET EEN KIND DAT ZOVEEL EXTRA ZORG EN AANDACHT NODIG HEEFT, MOET HET VEILIG VOELEN ALS JE DE ZORG OVERDRAAGT AAN IEMAND ANDERS’

Heeft hij zijn spullen? Waar zijn zijn boodschappen? Wat is zijn indicatie? Hij wordt nu ouder, is hij Alzheimer aan het ontwikkelen of niet. Hoe gaat dat dan verder en wat moeten we dan? We kunnen niet zomaar op vakantie, dan is hij alleen. Dit is echt een verhaal dat nooit ophoudt. Als ik mijn moeder bel en vraag hoe het met haar is, dan geeft ze vaak antwoorden als: ‘Jan Pieter had gisteren zo'n mooie dag’. Dat is echt onlosmakelijk verbonden met elkaar. De zorg wordt zwaar voor ze. Ze hebben zich altijd met heel veel aandacht, optimisme en kracht ingezet en dat zullen ze echt tot het einde blijven doen. Maar zij worden ook ouder en je merkt dat de zorg hierdoor ook intensiever voor ze wordt.”

Regeltjes en protocollen

Ondanks het feit dat Tooske's broer niet meer thuis woont, blijft het met tijden lastig voor haar ouders om de zorg volledig en in vertrouwen uit handen te geven. Dit komt mede door de verschuivingen die plaatsvonden. “Ze zitten nu bij een team waar mijn ouders zich veilig voelen, maar met alle bezuinigingen die het afgelopen jaar hebben gespeeld, is het echt heel ingewikkeld geweest. De vaste krachten moesten weg. Dan krijg je veel wisselingen qua personeel en dat is voor mensen zoals mijn broer heel ingewikkeld. Als je mijn broer niet kent, weet je bijvoorbeeld niet hoe hij aangeeft dat hij pijn heeft. Dat staat ook niet allemaal

in zijn dossier. Douchen moet je ook niet steeds door een andere persoon laten doen. Het is niet alleen voor hem moeilijk, maar ook voor mijn ouders om dat aan te zien. Daardoor voelen zij zich genoodzaakt om het zelf te doen, waardoor de zorg vaak toch weer bij de ouders terecht komt. Dit heeft met geld te maken en dat is heel ingewikkeld. Zo werkt Jan Pieter op een zorgboerderij waar hij een vaste begeleider had. Die vrouw is goud waard, want zij ziet in een oogopslag hoe het met hem gaat. Ze had hierover regelmatig contact met mijn ouders en met het huis waar hij verblijft om te zien of alles goed verliep of moest worden aangepast. Op een dag kreeg ze te horen van de overkoepelende organisatie dat de lijn binnen de organisatie was veranderd. Als ze wilde blijven moest ze solliciteren en nog een cursus gaan doen omdat ze de kwaliteit van zorg wilden verbeteren. Zij gaf aan dat ze op deze leeftijd het niet meer de moeite vindt om nog twee jaar een opleiding te gaan doen. Dus zij in tranen en Jan Pieter in tranen. Dan vind ik dat ze eens moeten uitscheiden met al die regeltjes en protocollen en dat ze moeten kijken naar wat iemand nodig heeft. Die vrouw doet onwijs goed werk. Iedereen is tevreden. Hoezo moet ze dan weer een ander stempeltje halen? Dat is toch frustrerend? Zeker voor mijn ouders. Zij dragen de zorg voor hun kind over aan iemand anders en dat is natuurlijk nog veel moeilijker. Ik heb zelf vier kinderen. Toen ik die voor de eerste keer naar de crèche bracht, stond ik

ook te huilen. Er is niks met ze aan de hand en binnen twee dagen was het goed. Maar met een kind dat zoveel extra zorg en aandacht nodig heeft, moet het veilig voelen als je de zorg overdraagt aan iemand anders. Niemand kan het zo goed als jij het kan. Als dit dan door zulke maatregelen verandert en je ziet dat je kind daar onder lijdt, dan is dat heel zwaar voor ze. Kwaliteit van zorg heeft niet altijd te maken met het juiste papiertje. Deze vrouw heeft ooit haar diploma gehaald, maar door de jaren heen zoveel ervaring opgedaan en geleerd. Ze zou voor de klas moeten staan. In een opleiding leer je veel, maar uiteindelijk is het mensenwerk. Hoe je naar iemand kijkt en hoe je iemand werkelijk ziet: dát is volgens mij het allerbelangrijkste.”

Tooske heeft het geluk dat ze haar beide ouders nog heeft. Toch is ze ook reëel dat er een kans is dat zij er op een dag niet meer zijn en dat de zorg voor haar Jan Peter dan bij haar en haar broer terecht komt. “Mijn broer en ik zijn curator. Mochten mijn ouders ooit wegvallen, dan gaan wij voor Jan Pieter zorgen. Mijn ouders zijn vast en zeker van plan om hem te overleven. Dat zeggen ze ook hardop, dat is hun streven. Het klinkt heel cru, maar het is hun missie om hem naar zijn einde te brengen. Om dat af te maken zodat hij veilig kan sterven. Dat vind ik heel mooi en dat begrijp ik helemaal. Ik hoop echt voor hem en voor mijn ouders dat het zo gaat. Het zou voor mijn ouders afschuwelijk zijn als zij eerder gaan en moeten denken: ‘En hij dan?’”

Mijn broer en ik zullen dan uiteraard zorgen dat het goed met hem komt, maar helemaal hetzelfde zal het dan niet zijn. Ik woon hier, Jaap in Utrecht en Jan Pieter in Zwolle. Dat alleen al zorgt ervoor dat het anders zal zijn dan hij gewend is. Hem uit zijn veilige omgeving trekken, lijkt mij op dit moment geen optie. Hij is nu best wel snel aan het verouderen. Zeker het laatste half jaar heb ik dat snel zien gaan. Nu heeft hij zijn dingen waar hij zich veilig bij voelt. Als je hem daar nu weghaalt, raakt hij er vast heel verward van. Misschien is hij over een paar jaar zo achteruit gegaan, dat het dan niet meer uitmaakt. Daar kan ik niks zinnigs over zeggen, behalve dan dat mijn broer en ik hem dan die veiligheid moeten bieden. Het heeft overigens geen enkele zin om dit nu al als belasting te zien. Nog voor die belasting er daadwerkelijk is. Je kunt beter nu doorleven en straks die last dragen als het zover is. Wie dan leeft, wie dan zorgt.”

**‘ALS JE MIJN BROER
NIET KENT, WEET JE
BIJVOORBEELD NIET
HOE HIJ AANGEEFT
DAT HIJ PIJN HEEFT’**



de glossy voor verpleegkundigen en verzorgenden
FLOOR

DE GLOSSY VOOR
VERPLEEGKUNDIGEN
EN VERZORGENDEN

De nieuwste **FLOOR**
verschijnt op
1 december 2019

[f](#) @floorglossy [@](#) magazinefloor

Download de recentste versie op www.floormagazine.nl

HET KUNSTGEBIT

Meneer X wordt opgenomen op de verpleegafdeling A6 van mijn ziekenhuis. Hij heeft een zware longontsteking en is erg verzwakt. Het is een oude heer van 83 jaar oud. Hij is er slecht aan toe en is erg verwaarloosd.

Meneer wordt behandeld met antibiotica, en het is nog maar de vraag of hij het gaat redden. Zijn zoon is aanwezig bij de opname. Het is een vriendelijke man die de situatie van zijn vader vrij nuchter bekijkt. Het ziet er niet goed uit en dat beseft hij ook. De zoon spreekt met de artsen en zij leggen hem uit dat alle behandelingen op de afdeling zullen plaatsvinden. Dat wil zeggen: het maximale wat we op de afdeling kunnen doen. Meneer gaat dus bij verergering van zijn situatie niet meer naar de Intensive Care (IC) en zijn beleid wordt op NR gezet. Dat wil zeggen dat hij niet meer gereanimeerd zal worden. De zoon is het hier mee eens en geeft aan dat het leven van zijn vader voltooid is. De zoon heeft er vrede mee dat zijn vader dood zou kunnen gaan aan de zware longontsteking. We hebben 48 uur de tijd om te kijken of de antibiotica aanslaat, of dat we over moeten gaan op palliatieve behandeling. De zoon is volledig op de hoogte van de ernst van de situatie. 48 uur later blijkt dat de antibiotica niet aanslaat. We gaan dus over op de palliatieve behandeling om zijn lijden te verlichten. We gaan nu zorgen voor comfort en pijnstilling. Meneer krijgt een morfinepomp en de antibiotica wordt stopgezet. Zijn zoon is het hier volledig mee eens en blijft waken bij zijn vader.

Ik ga de nachtdienst in. Op een gegeven moment gaat de bel: kamer 8. Ik loop er naar toe en de zoon

geeft aan dat zijn vader rustig is overleden. Ik kijk en zie inderdaad dat hij niet meer ademt. Ik condoleer de zoon en zeg dat ik de arts bel om te komen schouwen. De zoon vindt dit goed en ik vraag of ik zijn vader mag gaan afleggen. Dat wil zeggen dat ik er voor moet zorgen dat alle slangen uit het lichaam gehaald worden, en dat de overledene er netjes bij ligt. De zoon gaat even naar de gang. Samen met een collega verrichten we de handelingen. Ik besluit zijn kunstgebit, dat op het nachtkastje ligt, netjes in zijn mond te doen. Dit gaat erg moeizaam. Het past totaal niet. 'Dat komt natuurlijk omdat hij zo afgefallen is', denk ik.

Als we klaar zijn haal ik de zoon van de gang, en zeg dat we klaar zijn. Hij mag weer naar binnen en gaat naast zijn overleden vader zitten. Opeens zegt hij: 'He??? Mijn vader had nooit zijn tanden in. Dat is mijn gebit!' Hij trekt het kunstgebit eruit en stopt het zo in zijn eigen mond. Ik weet niet waar ik kijken moet en loop daarom maar snel de gang op met een knalrood hoofd. Van binnen moet ik stiekem erg lachen. Gelukkig kan de zoon er ook de humor van inzien. Zijn droge commentaar: 'Ik had nooit verwacht dat ik bijna in mijn broek zou plassen als ik naast mijn overleden vader zou zitten...' Op de fiets naar huis moet ik hardop lachen. Wat een verhaal! Weer een moment uit de zorg om nooit meer te vergeten...



Andreas Boender-Vaags is verpleegkundige in het OLVG Oost in Amsterdam op de afdeling MDL. Hier wordt hij regelmatig geconfronteerd met grootstedelijke problematiek.

CONGRES ROBOTCHIRURGIE

De werkgroep robotchirurgie presenteert haar eerste symposium op 7 februari 2020 in Amphia in Breda. Met de sterke toename van het aantal operatierobots in Nederland zijn de indicaties voor de robot de afgelopen jaren uitgebreid. Dit symposium biedt een platform aan Nederlandse robotchirurgen, AIOS en operatieassistenten om hun ervaringen te delen en met elkaar in discussie te gaan. Robotchirurgen zullen de huidige stand van zaken op het gebied van robotchirurgie binnen de verschillende vakgebieden binnen de Heelkunde presenteren. Tevens zullen de nieuwste innovaties en toekomstige ontwikkelingen binnen de robotica gepresenteerd worden en zal er gefocust worden op training in robotchirurgie. Daarnaast zal vanuit de blik van het ziekenhuisbestuur en met een blik van zorgevaluatie kritisch gekeken worden naar de brede toepassing van robotchirurgie. Aanmelden kan op www.nvgic.nl/robotsymposium.

The
First
Dutch
Robotics
Summit



Werkgroep robotchirurgie

SAVE THE DATE
FRIDAY 7 FEBRUARY
2020 BREDA



COLOFON

De Nederlandse OK krant is een uitgave van:

VL MEDIA Advies

Schorpioen 77

9602 MJ Hoogezand

Telefoon: 06-11352165

Email: info@denerlandse-ok-krant.nl

Directeur/Eigenaar: Alex van Leeuwen

Verspreiding: Afdeling OK en CSA van de Nederlandse Ziekenhuizen, leveranciers ziekenhuis en beroepsverenigingen OK.

Aan De Nederlandse OK krant werken mee: Alex van Leeuwen, Jetty van Leeuwen, Hennie Mulder, Peter Spijkerman, Robbert Coops, Andreas Boender-Vaags, Don Roelofsen, Menno Goosen, Aliëte Jonkers, Anne Meyer Fotografie, NU'91, Mercy Ships.

Adverteren in De Nederlandse OK-Krant

De Nederlandse OK-Krant is een uniek product dat tot stand is gekomen door VL Media Advies met medewerking van de beroepsverenigingen voor het operatiekamercomplex (OKc).

Informatie betreffende adverteren in De Nederlandse OK Krant kunt u verkrijgen via 06-11352165 en/of info@denerlandse-ok-krant.nl (Alex van Leeuwen).

Innovatieve producten, zelf ontwikkeld en geproduceerd



Onze complete oplossing voor het verwarmen van patiënten

The 37° Company
part of The Surgical Company



Sensium®
een innovatieve manier om draadloos vitale functies van patiënten op verpleegafdelingen te monitoren

SENSIUM
part of The Surgical Company

Bel 033 456 78 28 of ga naar tsc-nl.com

HUIS EN HAARD VERLATEN OM JE PASSIE TE VOLGEN



Radjen Banwarie samen met zijn collega's van de poli Orthopedie.

Radjen Banwarie heeft vier jaar geleden huis en haard verlaten om zijn passie te volgen. 'Tijdens mijn coschappen wist ik: 'Dit moet het echt worden! De anatomie van de mens, zoals botten en spieren, boeit mij enorm.' Hij koos voor de opleiding Orthopedie. En dit betekende vier jaar van huis.

Tekst en foto's: Maastricht UMC+

'In Suriname heb je alleen maar de vooropleiding chirurgie van twee jaar, AIOS. Voor de aanvullende opleiding van vier jaar (orthopedisch deel) moet je dus naar het buitenland. Daarnaast is het in Suriname niet vanzelfsprekend om een willekeurige opleiding te volgen, want er wordt opgeleid naar behoefte. Tijdens mijn opleiding in Suriname was ik al bezig hoe ik aansluiting zou vinden in het buitenland. Via een Surinaamse orthopedisch chirurg die in het Maastricht UMC+ de opleiding had gevolgd, ben ik uiteindelijk hier terecht gekomen', vertelt Banwarie. 'Mijn sollicitatiegesprekken heb ik via e-mail en Skype gevoerd.'

In huis was het muisstil

'Hoewel ik dit echt heel graag wilde doen, mocht het niet ten koste van mijn gezin gaan. Ik ben een echt familiemens en vond het heel moeilijk om mijn vrouw en twee jonge kinderen achter te laten. Mijn kinderen waren toen pas twee en zes jaar. In eerste instantie hebben we nog gekeken of het handig was dat mijn vrouw en kinderen naar Nederland zouden komen. Mijn vrouw is arts in Suriname en zij zou dan behalve haar baan ook nog eens haar sociale leven, zoals familie, moeten opgeven. Dus maakten we samen de keuze dat zij met de kinderen in Suriname bleef.'

'In huis was het muisstil, dat was echt even wennen. Mijn vrouw bleef mij steunen en stimuleren. Ze zei dan: 'Probeer het nog even vol te houden en maak je niet teveel zorgen om ons.' Ook de opvang binnen het

MUMC+ was perfect. De gesprekken met mijn hoofdopleider hielpen ontzettend. In de weekenden trok ik veel op met andere 'collega's' uit Suriname die verspreid over Nederland ook in opleiding waren. We konden zo samen informatie uitwisselen en leuke gesprekken voeren. Ik voelde me daardoor minder alleen. Twee keer per jaar probeerde ik even terug te gaan om bij mijn familie te zijn, bijvoorbeeld tijdens de kerstdagen. Gelukkig was het MUMC+ qua planning hier ook heel flexibel in. Eén keer per jaar, tijdens de zomervakantie, kwamen mijn vrouw en kinderen naar Maastricht. Dan maakten we samen diverse uitstapjes in Europa.'

De digitale wereld

'Hier gaat ontzettend veel digitaal, zoals het verwerken van de patiëntgegevens. En dat was voor mij echt even wennen. In Suriname is dit allemaal nog papierwerk. Maar ik ben zelf ontzettend blij met de moderne technologie, want dankzij Whatsapp en Skype had ik dagelijks contact met het thuisfront. Ik heb daardoor niet het gevoel dat ik de afgelopen vier jaar te veel heb moeten missen van mijn opgroeiende kinderen. Ik speelde online spelletjes met ze, schoolwerk werd via de app gestuurd en ik kon bijvoorbeeld live hun zwemles volgen. Het tijdsverschil tussen Suriname en Nederland werkte in mijn voordeel.'

Samenwerking voortzetten

'Mijn specialisatie/interesse is kinderorthopedie en scoliose chirurgie. Scoliose is een zijwaartse

verkromming van de wervelkolom. Het MUMC+ heeft daarnaast mooie themapoli's, waardoor ik de gelegenheid kreeg om mij in meerdere onderdelen te verdiepen en te specialiseren. Ik ben dus in de basis breed opgeleid. Dit heb je ook nodig in Suriname. Je bent daar vooral algemeen orthooped, omdat het land maar een kleine populatie heeft. Als het gaat om het bijhouden van mijn vaardigheden in de toekomst dan is Amerika toch iets dichterbij', lacht Banwarie. 'Ik streef zeker naar een langdurige samenwerking met het MUMC+. Ik denk dan met name aan ingewikkelde scoliose-operaties. Daarnaast kijken we vanuit Suriname hoe we een bijdrage kunnen leveren aan onderzoeken, zoals bijvoorbeeld naar de zogenoemde BLOUNT disease; een groeiestoornis van de schijven in de botten rond de knie.'

In de kinderschoenen

'De zorg voor de zogenoemde 'complexe kinderen' is voor mij een grote uitdaging. Dit zijn kinderen die een complexe zorgbehoefte nodig hebben, omdat zij meerdere gezondheidsproblemen hebben. Je krijgt dus met meerdere disciplines te maken. Binnen het MUMC+ heb je een multidisciplinair teamoverleg, waarin je samen bespreekt wat qua behandeling wel of niet zinvol is en welke consequenties zo'n behandeling dan heeft. Je kijkt dan naar het totaalplaatje. Tijdens zo'n spreekuur zitten de patiëntjes met familie in aparte kamers en lopen de specialisten letterlijk van deur tot deur. In Suriname staat dit concept echt nog in de kinderschoenen. Het is mijn ambitie om hierin een bijdrage te leveren en de zorg in Suriname op een hoger niveau te tillen.'



Radjen Banwarie

‘WAT ONDRAAGLIJK LIJDEN IS, BEPAAL JE ZELF’

‘Jahaaaa, dit is echt een bejaardenwoning, hoor’, zegt Bert Poot (1936) in zijn gelijkvloerse huisje in het Drentse dorpje Westerbork. Zomerblauwe ogen heeft deze vitaal ogende senior, en een witte ringbaard die al net zo onberispelijk verzorgd is als zijn keurig opgeruimde, kraakheldere woonruimte. Maar ondanks deze ordelijkheid en rust lijkt het leven bij Bert Poot als zand door zijn vingers te glippen. Traagheid, desoriëntatie en nachtelijke paniek hebben bij hem tot een glashelder besef geleid: hij acht zijn leven voltooid.

Door Aliëtte Jonkers. Foto’s; Anne Meyer Fotografie

Wat is er met u aan de hand?

‘Ik voel me dikwijls gedesoriënteerd. Laatst wilde ik in de keuken eten gaan koken en ik kon opeens niets meer vinden. Ik kom niet meer op ideeën en neem steeds minder initiatieven om dingen te gaan ondernemen. Ik slaap slecht. Soms word ik middenin de nacht badend in het zweet en in paniek wakker. Alles wordt trager. Een formulier invullen op de computer wordt steeds moeilijker. Eindeloos controleren is het gevolg. Dat roept veel spanningen op.’

Wat doet dat met u?

Nou, dat ik bang ben om afhankelijk te worden van anderen, of dat ik mensen ga claimen doordat ik onzeker ben. Ik kan niet meer tegen alle informatie die op me af komt. Van mijn favoriete componist Brahms kan ik niet meer genieten. Sterker nog: muziek irriteert me soms zelfs. Dat heb ik nooit gehad. Als ik met vrienden ga eten, zit ik te dubben: kan ik het wel aan? Ik twijfel over alles. Mijn rijbewijs is verlopen. Dat ga ik niet meer laten verlengen, want ik reageer te traag. En wat ik vroeger deed: een dagje met de trein naar Amsterdam, dat doe ik ook niet meer. Ik zou knettergek worden van al die drukte. Het is heel erg, maar ik ben een angsthuis geworden.’

Bent u onder behandeling bij een arts?

‘Ja. Er is een mri-scan gemaakt van mijn hersenen, want er was een vermoeden dat ik zou lijden aan dementie. Dat is niet het geval. Wel ben ik depressief.

En ik ben eenzaam, ja, dat ook. De laatste jaren heb ik wel geleerd om vrienden te zoeken. Daar ga ik mee wandelen of eten, maar toch is het niet genoeg. Ik ben niet brutaal genoeg. Te afwachtend, dat ben ik. Het initiatief moet vooral bij een ander vandaan komen.’

Hoe zag uw leven er vroeger uit?

‘Ik ben in Den Haag geboren en heb in Zeist en Ede gewoond. Ik werkte in de electronica: eerst bij TNO, waar we radarapparatuur ontwikkelden voor het leger. In 1967 ben ik getrouwd. We gingen in Dwingeloo wonen, waar ik een baan kon krijgen bij de Sterrenwacht. We kregen samen drie kinderen, die nu elk ook weer kinderen hebben. Allemaal hebben ze een jongetje en een meisje. Heel bijzonder. Naast mijn werk hield ik erg van tuinieren en fotografie. Ook de electronica bleef een hobby. Ons huwelijk strandde en daarna ontmoette ik een andere vrouw. Een paar jaar geleden ben ik ook van haar gescheiden. Ik voel me ervoor verantwoordelijk dat het verkeerd is gegaan. Achteraf denk ik: hadden we het niet kunnen oplossen? Ik wil ook zo graag tegen haar zeggen dat ik het anders had willen doen. Ik heb niet goed opgelet. Ik heb te weinig gepraat.’

Hoe is het voor u om nu alleen te wonen?

‘Ik vind dat heel moeilijk. Vaak denk ik: waar doe ik het allemaal voor? In een relatie doe je dingen voor elkaar. Je wilt iets betekenen voor een ander. Daar kan ik niet buiten. Ik ben lid van twee wandelclubjes, ik heb kinderen, kleinkinderen en vrienden, maar dat is niet hetzelfde.’
En dan opeens vertelt hij dat hij de dag ervoor drie

buurvrouwen op de thee heeft gehad. Ze wonen in hetzelfde seniorencomplex. Zijn ogen beginnen te glimmen. ‘Ik moet mijn best doen om ze te verstaan, want ze praten allemaal Drents. Maar nu hebben we afgesproken dat we de volgende keer bij een ander op de thee gaan. Dat wisselen we dan zo een beetje af. Of het gezellig was? Ja, het was leuk.’

En als u nou een nieuwe relatie zou krijgen?

‘Nee, nee, ik zou geen relatie meer willen.’

Waarom niet?

‘Omdat ik stap voor stap achteruit ga. Waarom zou ik dat iemand willen aandoen? Ik wil geen demente ouwe sukkel worden die maar in leven wordt gehouden tot ‘ie dood gaat. Want als je eenmaal in de greep bent van de zorg, dan word je hun bezit. Dan ben je al je vrijheden en privileges kwijt.’

Maar de hersenscan heeft uitgewezen dat u niet dement bent.

‘Nee, dat klopt. De arts zei dat er sprake was van een contactstoornis tussen het geheugen en de werkelijkheid. Ik vond het wat vaag klinken, maar er is geen sprake van dementie. Alles zag er goed uit.’

En toch wilt u dood.

‘Ja. Ik heb in 2013 alles al ingevuld. (Hij loopt naar de kast en trekt daar een ordner uit waar alle formulieren van de NVVE netjes in opgeborgen zijn, in het zicht.)
‘Kijk, ik heb in februari 2013 al een behandelverbod ondertekend en een euthanasieverzoek. In november





2013 heb ik een Voltooid leven-verklaring ondertekend, dat is deze. En dat heb ik toen ook aangevuld met een bijzondere clausule dementie. Daarin staat dat ik niet meer wil leven als ik afhankelijk word van anderen.'

Wat vinden uw kinderen daarvan?

'Ze vinden het moeilijk, maar dat laten ze niet merken. Mijn jongste zoon rijdt overal met me naartoe. Hij heeft me ook geholpen met die formulieren van de NVVE. Hij is zo behulpzaam en trouw. Ik heb niets dan lof voor hem.'

Wordt u behandeld voor uw depressie?

'Ja, ik ben een tijdje in Hoogeveen behandeld, maar daar weten ze het allemaal niet zo goed. Ik heb een zeer intensief gesprek gehad met mijn huisarts, een jonge vrouw. Die kán toch goed luisteren. Zó'n vrouw is het! Ik kom nu niet in aanmerking voor euthanasie. De huisarts is langzaam maar zeker om, maar de tweede arts nog niet. Na lang praten heeft de huisarts heeft me overgehaald om me te laten opnemen in het UMCG in Groningen. Ze heeft me gevraagd of ik het een jaar de tijd wil geven. In het uiterste geval is er ook elektroshocktherapie mogelijk. Ik wil het wel een kans geven, vooral voor mijn kinderen. Ik vind het idioot om voor de trein te springen. Dat doe ik niet. Maar goed, een jaar in behandeling: dat wil ik wel doen.'

En dan?

'Als de behandeling dan niet heeft geholpen, is er sprake van ondraaglijk lijden en kan er gepraat worden over de euthanasie.'

Dat is echt zo tegen u gezegd?

'Ja.'

Misschien wilt u na de behandeling niet meer dood.

(Op besliste toon:) 'Als het aan mij ligt krijg ik na dat jaar gewoon euthanasie. Ik weet zeker dat ik mijn leven dan nog steeds voltooid acht. Ik zie er tegenop om nog ouder te wonen. Ook omdat ik zie hoe er met ouderen wordt omgegaan in de samenleving. Eerst zorgt de geneeskunde ervoor dat je stokoud wordt en

vervolgens zijn er onvoldoende mogelijkheden om een waardig leven te leiden. Zo'n bejaardencomplex als dit, dat is toch niks? Iedereen wacht hier op de dood.'

Bert Poot vertelt dat iedereen in het seniorencomplex maar 'een beetje zit te zitten'. Dat kan hij niet, zegt hij. Binnen zitten vindt hij vervelend. Daarom gaat hij elke dag minstens een half uur wandelen. 'Dat is goed voor de gezondheid.'

Dat is goed voor de gezondheid, zegt u, terwijl u dood wilt.

(Grinnikt:) 'Ja, ja, dat is zo. Een mens zit raar in elkaar.'

Wat is uw liefste wens?

'Dat ik een middel krijg van een arts en dat ik doodga. Nu. Op dit moment.'

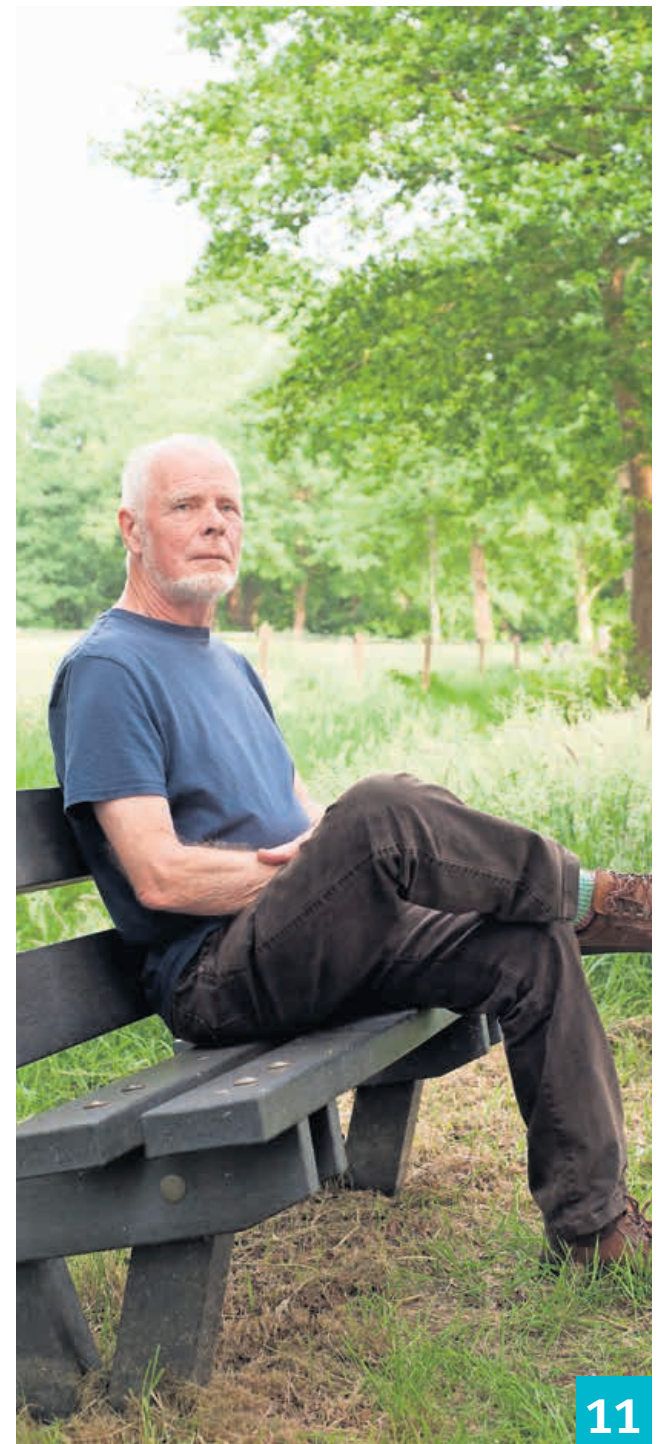
En als u zelf het moment zou kunnen bepalen? Zou u een laatstewilpil willen hebben?

'Kijk... het idee dat ik zo'n pil in de kast zou hebben liggen... Dan ben ik weer mijn eigen baas geworden. Dan heb ik mijn autonomie weer terug. Ik denk dat dat idee me zoveel rust zou geven, dat ik misschien wel wat meer zo u kunnen genieten van het leven. Ja. Daar ben ik heilig van overtuigd.'

Zou iedereen recht op zo'n pil moeten hebben?

'Nou, nee. Het moet niet zo worden dat je een laatstewilpil bij de Albert Heijn op de hoek kan krijgen. Mijn intentie is niet dat je het mensen zo gemakkelijk mogelijk moet maken. Alleen: de medici, die moeten er met hun handen vanaf blijven. Het is arrogant om te denken dat je voor een ander kunt bepalen of er sprake is van ondraaglijk lijden. Dat kan iemand alleen zelf.'

Bert Poot woont alleen in Westerbork. Hij werkte in de electronica, eerst bij TNO en later bij de Sterrenwacht. Hij is gescheiden en heeft drie kinderen en zes kleinkinderen.



ETZ-VERPLEEGKUNDIGEN BUNDELEN HUN EXPERTISE

Afdelingsverpleegkundigen merken soms dat het opeens slechter gaat met kwetsbare (oudere) patiënten met multiproblematiek. Zij kunnen voortaan in het ETZ (Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis) een beroep doen op de 'Consultatief Intensive care Verpleegkundige' (CIV). 'Door op het juiste moment de juiste kennis in te zetten, bieden we betere patiëntenzorg.'



CIV-verpleegkundige Eline van Kroonenburg (l.) en afdelingsverpleegkundige Jisse Warmerdam beoordelen samen een patiënt.

Foto: ETZ Fotografie & Film

De gespecialiseerde CIV-verpleegkundigen werken op de Intensive Care (IC) van locatie ETZ Elisabeth in Tilburg en zijn de klok rond bereikbaar voor hun collega's op alle andere verpleegafdelingen. 'De CIV-verpleegkundigen kunnen snel ondersteuning bieden, omdat ze hiervoor helemaal zijn vrij gepland', legt Rowan Marijnissen uit. Zij is als praktijkopleider verantwoordelijk voor de borging van de nieuwe werkwijze. Maar liefst 50 van de 150 IC-verpleegkundigen zijn in het ETZ opgeleid om als CIV de collega's bij te staan.

Delen van expertise

De patiënten die in het ziekenhuis worden verpleegd zijn steeds zieker, omdat ze gemiddeld ouder worden met meerdere ziektebeelden. 'De complexere zorg vereist meer kennis van de verpleegkundigen' verklaart Rowan. 'Ze willen daarom graag hulp ontvangen, weten we uit eigen onderzoek.' Het is echter beslist niet de bedoeling dat een CIV-verpleegkundige aan bed taken of zorg gaat overnemen. 'Belangrijkste doel is het delen van expertise en het bieden van ondersteuning bij het klinisch redeneren. Door samen elkaars kwaliteiten te benutten, kan de verpleging optimaal worden voortgezet.'

Blijvend geschoold

De CIV-verpleegkundige is dus puur bedoeld als ondersteuning bij verpleegkundige taken. Voor de noodzakelijke medische handelingen wordt vanzelfsprekend nog steeds de behandelend arts geraadpleegd. En bij levensbedreigende situaties wordt direct

het spoed-team ingeschakeld. Rowan: 'We gaan het komende jaar de inzet van CIV-verpleegkundigen nauwgezet volgen. Ook worden ze blijvend geschoold en gecoacht in hun persoonlijke vaardigheden.' Rowan verwacht dat er vaak een beroep op de CIV-verpleegkundigen gedaan gaat worden. 'Het CIV-initiatief komt ook van de verpleegkundigen zelf. Iedereen die aan de totstandkoming van het CIV-project heeft meegewerkt, staat zelf aan het bed.'

Heropnames voorkomen

De tijdige inzet van CIV-verpleegkundigen moet er ook voor zorgen dat uiteindelijk minder patiënten op de IC worden opgenomen. Dat is in het belang van de patiënten, want bijna de helft van alle patiënten houdt een trauma over van het verblijf op de IC. Ook wel bekend als het Post Intensive Care Syndroom (PICS). Rowan: 'Het is dus voor het herstel belangrijk om - als het medisch verantwoord is - de IC te mijden'. En als toch een verblijf op de IC noodzakelijk is, komt na overplaatsing naar een andere verpleegafdeling altijd een CIV-verpleegkundige samen met de afdelingsverpleegkundige naar de patiënt kijken. 'Deze patiënten worden altijd binnen 24 uur drie keer door een CIV-verpleegkundige bezocht', aldus Rowan. Patiënten en hun naasten kunnen dan ook vragen stellen over het verblijf op de IC. Dat helpt bij de verwerking. 'Bovendien willen we met de extra aandacht heropnames op de IC voorkomen.' Het ETZ onderzoekt de komende jaren of dat ook zo is.



Maquet Lyra Onze nieuwste mobiele OK-tafel

Een veelzijdige tafel voor allround gebruik.
Compatibel met alle bestaande Maquet accessoires voor mobiele OK-tafels.



Benieuwd?
Scan de QR-code en bekijk de video!

www.getinge.com

GETINGE ✱

MEER EXPERTISE NODIG VOOR MENSEN MET LANGDURIGE BEWUSTZIJNSSTOORNIS

Bijna tachtig procent van de mensen met een niet-responsief waaksyndroom (voorheen 'vegetatieve toestand' genoemd) krijgt bij ontslag uit het ziekenhuis geen juiste beschrijving van de diagnose mee. Bovendien kreeg bijna niemand van hen gespecialiseerde neurorevalidatie aangeboden, terwijl staken van de levensverlengende behandeling regelmatig voorkomt. Dat schrijft Willemijn van Erp, specialist ouderengeneeskunde in het Radboudumc, met haar Nederlandse en Belgische collega's in *Annals of Neurology*.(*)

Na ernstig hersenletsel houdt een deel van de mensen een bewustzijnsstoornis over. De juiste diagnose is in dat geval soms moeilijk te stellen. Is er sprake van een niet-responsief waaksyndroom (NWS); een situatie die voorheen als 'vegetatieve toestand' werd omschreven? Of gaat het eerder om een minimaal bewuste toestand? Krijgen deze mensen de zorg die nodig is om zo goed mogelijk te herstellen? En als ze overlijden, hoe overlijden ze?

Langdurig verstoord bewustzijn

Omdat het hier om een kleine groep patiënten gaat, zijn betrouwbare wetenschappelijke gegevens schaars. Als onderdeel van haar promotieonderzoek bij de afdeling Eerstelijngeneeskunde aan het Radboudumc en de universiteit Luik wilde specialist ouderengeneeskunde en wetenschapper Willemijn van Erp daar verandering in brengen. Van Erp, gespecialiseerd in de ernstigste uitkomsten van niet-aangeboren hersenletsel met name langdurige bewustzijnsstoornissen, bezocht zoveel mogelijk patiënten om hun situatie zo objectief mogelijk in kaart te brengen.

Diagnostiek en revalidatie

Van Erp kwam tot opmerkelijke resultaten: 'Onder 31 patiënten in Nederland die tussen 2012 en 2018 in een niet-responsief waaksyndroom verkeerden, kreeg bijna tachtig procent bij ontslag uit het ziekenhuis geen

juiste diagnose mee. Slechts één patiënt had toegang tot gespecialiseerde revalidatie. De kans op overlijden was hoog, vooral in de eerste twee jaar na het hersenletsel. Bij de helft van de patiënten met een NWS die overleden, volgde dat overlijden op het staken van de kunstmatige voeding- en vochttoediening. Hoewel het sterfbed na zo'n beslissing vaak rustig verliep, kon het soms wel tot 18 dagen duren voordat de patiënt overleed. Sommige families vroegen de arts om euthanasie voor hun geliefde, maar deze verzoeken kunnen binnen de geldende regelgeving niet worden gehonoreerd.'

Staken levensverlengende behandeling

Het onderzoek maakt volgens Van Erp en haar Nederlandse en Belgische collega's duidelijk dat er in Nederland nog veel te verbeteren valt voor deze kleine, maar ernstig aangedane groep patiënten. Er zijn hier relatief weinig patiënten met NWS, waardoor behandelaars en artsen vaak geen toegang tot specialistische kennis hebben. Van Erp: 'Gefragmenteerde zorg met niet-optimale behandelmogelijkheden is het gevolg. In die context zijn artsen en naasten meer geneigd de levensverlengende behandeling – kunstmatige toediening van voeding en vocht - te staken. Waardoor er nog minder patiënten overblijven, en de groep die wel overleeft nog minder kans heeft op een passende zorg en herstel. Dat is een vicieuze cirkel die we moeten doorbreken.'

Stappen zetten

Nederland zet in vergelijking met andere landen al enkele belangrijke stappen op dit gebied, stellen de auteurs vast. Het Radboudumc heeft bijvoorbeeld een speciale onderzoeksgroep voor deze doelgroep opgezet, die sinds 2016 gekoppeld is aan het expertisenetwerk EENnacoma (Expertisenetwerk Ernstig NAH na coma). Van Erp: 'Nederland is bezig met een inhaalslag in de zorg voor mensen met een langdurige bewustzijnsstoornis. Sinds januari 2019 vergoeden verzekeraars Vroege Intensieve Neurorevalidatie – kortweg VIN – óók voor patiënten vanaf 25 jaar. Dat is weer een groter stap vooruit.' Vanuit Libra Revalidatie en Audiologie, locatie Het Leijpark in Tilburg, de enige plek waar deze behandeling plaatsvindt, kunnen patiënten uit heel Nederland met een langdurige bewustzijnsstoornis

worden gediagnostiseerd. Van Erp, die deze diagnostiek verricht: 'Het voorkomen van misdiagnoses en het optimaal faciliteren van herstel zijn voorwaarden voor passende besluitvorming bij het niet-responsief waaksyndroom. Want je wilt eerst weten wat er precies met je naaste aan de hand is en wat de mogelijke vooruitzichten zijn, voordat je grote beslissingen over levensverlenging neemt. Door een goede samenwerking tussen artsen, onderzoekers en beleidsmakers moeten en kunnen we ervoor zorgen dat patiënten met een langdurige bewustzijnsstoornis en hun families niet verloren raken in ons zorgsysteem.'

(*)Erp, W. S., Lavrijsen, J. C., Vos, P. E., Laureys, S. and Koopmans, R. T. (2019), *Unresponsive wakefulness syndrome: Outcomes from a vicious circle*. *Ann Neurol*. doi:10.1002/ana.25624



LAATSTE KANS: DOE MEE AAN DE YOUNG PROFESSIONAL AWARD!

Heb je dit jaar je diploma behaald of ga je dit binnenkort behalen? En heb je een interessante scriptie geschreven of een belangrijk onderzoek verricht? Dan moet je nu even verder lezen. Evenals vorig jaar is er een mooie award te winnen! Deze wordt beschikbaar gesteld door de firma Van Straten Medical in De Meern.

Je hebt tot 1 december de tijd je onderzoek in te sturen en daarmee kans te maken op de prachtige Van Straten Medical Young Professional Award. De inzenders van de beste drie scripties mogen op het LVO-congres in maart 2020 een presentatie geven over hun onderwerp. Uit deze drie wordt de beste voordracht gekozen door de LVO-commissie Onderwijs en de firma Van Straten. Deze winnaar gaat met de award en een geldprijs naar huis.

Stuur je scriptie voor 1 december 2019 naar onderwijs@lvo.nl.

Behoor je zelf niet tot de doelgroep, maar ken je een student die een interessante scriptie heeft geschreven? Laat dit bericht dan aan hem of haar lezen.





SWISS
E-BIKE PIONEER
SINCE 1995

FLYER

- Sneller door de spits
- Een e-bike houdt u fit
- Geen parkeerproblemen
- Stressverlagend
- Kostenbesparend

SLIM NAAR HET WERK OP EEN FLYER E-BIKE

Laat de auto wat vaker staan en stap in plaats daarvan op de e-bike. U bent in beweging, verplaatst zich op een gezonde manier, ervaart de natuur van dichtbij en draagt bij aan een schoner milieu!

Ongeveer de helft van werkend Nederland woont op hooguit 15 kilometer van het werk. Dit is een afstand die zich prima leent voor een elektrische fiets. Op veel trajecten bent u met de e-bike zelfs sneller dan met de auto. Veel van onze modellen zijn ook uitgevoerd in een high speed model. De high speed modellen zijn er voor sportieve fietsters die 25 km/h niet snel genoeg vinden. Deze speed pedelecs ondersteunen tot een snelheid van 45 km/h.

Houd de website in de gaten voor de nieuwste modellen.

www.flyer-fietsen.nl

Ndlovu:

25 JAAR INTEGRALE ONTWIKKELINGSHULP IN RURAAL ZUID-AFRIKA

Het Ndlovu Youth Choir, dat in oktober jl. in Nederland toerde, werd onlangs tweede in de finale van het veel bekeken tv-programma America's Got Talent. Een geweldige prestatie wetende dat zich 82.000 (!) acts voor dit programma hadden aangemeld. Maar wellicht nog meer bijzonder is het te weten dat dit koor afkomstig is uit een vergeten plattelandsprovincie in Zuid-Afrika. Het is in 2009 ontstaan vanuit de samenwerking tussen de Tjommie Foundation met haar partnerorganisatie de Ndlovu Care Group.

Tjommie – dat dit jaar haar 20-jarig bestaan viert - zet zich in voor duizenden kinderen in Zuid-Afrikaanse townships met een verloren jeugd en een uitzichtloze toekomst. Door schoon drinkwater, voedzaam eten, een veilig thuis en het aanbieden van onderwijs, sport en cultuur kan veel worden bereikt.

Een van de meest succesvolle kinderplichtprojecten is het Ndlovu Youth Choir. Dankzij dit koor krijgen talentvolle jongeren uit de townships een kans om te ontsnappen aan alle gevaren die helaas horen bij het opgroeien in een Zuid-Afrikaanse township. Schooluitval, tienerzwangerschappen, drugsmisbruik, hiv en criminaliteit komen daar veelvuldig voor. De kansen die de Ndlovu Care Group ter plaatse aanbiedt worden door velen met beide handen aangegrepen. Het helpt hun leven weer op de rit te krijgen, zelfvertrouwen te winnen en te werken aan een betere toekomst met baan- en opleidingsmogelijkheden. Om uiteindelijk op te groeien tot gezonde, verantwoordelijke, inzetbare Afrikanen.

25 jaar actief in Zuid-Afrika

Dit jaar is de Ndlovu Care Group 25 jaar actief in Zuid-Afrika. Ook is het 20 jaar geleden dat de Tjommie Foundation is opgericht om het werk van het Nederlands artsenechtpaar Hugo en Liesje Tempelman te ondersteunen. Een echtpaar met een missie. Wat begon als een kleine medische post midden in een township, is uitgegroeid tot een succesvolle, internationaal gerenommeerde organisatie. Met 160 lokale medewerkers in dienst, die een populatie van zo'n 140.000 inwoners in de provincie Limpopo op het Zuid-Afrikaanse platteland, 200 kilometer ten noordoosten van Johannesburg, van hulp voorzien. Het werkt kent inmiddels vier afdelingen: de kliniek, kinderverzorg, gemeenschapswerk en onderzoek.

Onder leiding van Hugo Tempelman, de Nederlandse directeur van de Ndlovu-kliniek, ontstond in Elandshoorn vanaf 1994 een nieuwe, duurzame medische infrastructuur. Toen hij en zijn vrouw er arriveerden was er vrijwel niets op dat gebied. Nu zijn er kleuterscholen, computerscholen, een muziektheater en een laboratorium dat zich vooral richt op onderzoek dat moet leiden tot een hiv-vaccin. "Wereldwijd zijn naast dat van ons nog 25 andere toplaboratoria aangesloten bij dit onderzoek", aldus een trotse Tempelman die zelf tropengeneeskunde studeerde. Zolang het vaccin tegen hiv nog niet is gevonden valt er vooral op het gebied van preventie nog veel te doen. Zuid-Afrika is het land met de zwaarste hiv-epidemie ter wereld. 18,9 procent van alle inwoners tussen de 15 en 49 jaar is geïnfecteerd: 7,1 miljoen mensen! Het platteland is het hardst getroffen. Nog altijd sterven er in Zuid-Afrika dagelijks 300 mensen aan aids. Bij behandeling met aids-remmers is zo'n infectie niet meer dodelijk, maar blijft wel



chronisch. Startpunt bij de bestrijding van de epidemie is volgens Tempelman het doorbreken van het taboe op seks. Hij ontwikkelde daartoe zijn eigen Homelink-programma.

Sport

Door de jaren heen zijn er verschillende projecten opgezet zoals een Cruyff Court in 2004 in aanwezigheid van Johan Cruyff en Herman van Veen, en 14 jaar later een tweede Court in Bloempoot onder begeleiding van onder andere Ronald Koeman. Volgens Miranda van Holstein, manager projecten van de Cruyff Foundation zijn "Cruyff Courts meer dan alleen plekken waar kinderen gezond kunnen bewegen en samen kunnen spelen. Ze fungeren ook als ontmoetingsplekken waar thema's als respect voor elkaar, integratie en ontwikkeling centraal staan".

Sinds vorig jaar zijn er ook meisjesteams gevormd, hetgeen mede te danken is geweest aan de inzet van voetbalster Noor Verhaar die door de Tjommie Foundation in staat is gesteld voetbaltrainingen te geven aan kinderen in townships in de plattelandsprovincie Limpopo. "Juist hier is de ontplooiing van meisjes ontzettend belangrijk. Het is geweldig dat we daar een steentje aan kunnen bijdragen", aldus Van Holstein, die zich ter dege realiseert dat er in Zuid-Afrika veel ongelijkheid bestaat tussen jongens en meisjes. Die ongelijkheid zit diepgeworteld in de cultuur. Al vanaf jonge leeftijd wordt meisjes aangeleerd dat ze ondergeschikt zijn aan jongens. Ook met deze actie hoopt Tjommie de townships te laten zien dat mannen en vrouwen gelijkwaardig aan elkaar zijn. Sport is daarbij

een prachtig middel om eigenwaarde te creëren en kinderen in zichzelf te laten geloven.

René Frijters, voorzitter van de Tjommie Foundation, ziet sport – maar ook onderwijs - als een middel om kinderen te empoweren. "Door ze een kans te bieden de vicieuze armoedecirkel te ontvluchten. Het is fantastisch dat we in zo'n korte tijd zoveel meisjes hebben kunnen mobiliseren en dat via sport de problematiek rondom seksueel misbruik en geweld bespreekbaar gemaakt kan worden. Tjommie biedt ook hier integrale en langdurige steun. Zo maken we écht het verschil tussen een leven in wanhoop en een leven met mogelijkheden. En krijgen de kinderen een kans op een betere toekomst".

Projecten

De projecten die Tjommie steunt laten zien dat directe en lokale hulp impact heeft. Dankzij bijzondere samenwerkingen hebben tienduizenden kinderen een kans gekregen (en gegrepen!) op een betere toekomst. Tjommie betekent vriend in het Zuid-Afrikaans. En die vrienden in de vorm van donateurs en sponsors blijven hard nodig om het werk voort te kunnen zetten en uit te breiden. Tjommie heeft inmiddels de ANBI-status hetgeen een waarborg is voor een verantwoorde en transparante besteding van gelden. Ook uw steun is welkom: neem daartoe graag contact op met info@tjommie.nl.

Robbert Coops (r.coops@ziggo.nl)

Zie voor verdere informatie: www.tjommie.nl.



Foto: Eiko Fotografie







INTRODUCTORY OFFER: SAVE UP TO 30% PER PERSON*

Launched in October 2019, the HANSEATIC inspiration is the newest addition to the Hapag-Lloyd Cruises family. Experience the world like never before on spectacular routes far from the familiar, with our introductory offers* for selected expedition cruises.

EXPEDITION ANTARCTICA

From Ushuaia to Ushuaia
1 Dec – 17 Dec 2020, 16 days, cruise INS2024
From **EUR 12,190** per person
cruise only, double occupancy, incl. return charter flight
Buenos Aires – Ushuaia

WILD SOUTH AFRICA

From Cape Town to Walvis Bay
7 Mar – 22 Mar 2021, 15 days, cruise INS2105
From **EUR 7,690** per person
cruise only, double occupancy

EXPEDITION MADEIRA, CANARY ISLANDS AND CAPE VERDE

From Sal to Madeira
2 Apr – 15 Apr 2021, 13 days, cruise INS2107
From **EUR 5,790** per person
cruise only, double occupancy

EXPEDITION CIRCUMNAVIGATION OF ICELAND

From Reykjavik to Reykjavik
29 May – 8 Jun 2021, 10 days, cruise INS2113
From **EUR 5,490** per person
cruise only, double occupancy

EXPEDITION GREENLAND WITH DISKO BAY AND LABRADOR

From Kangerlussuaq to Goose Bay
22 Jun – 6 Jul 2021, 14 days, cruise INS2115
From **EUR 10,490** per person
cruise only, double occupancy, incl. charter flight
Germany – Kangerlussuaq

Beverage credit
EUR 100 per person

* Please note that this offer (special 5962) cannot be combined with any other discounts or vouchers. It is non-transferable and cannot be paid in cash. The offer is valid once and may be used only for new bookings from 10 October 2019 until 29 February 2020. The allotment for this offer is limited and is based on availability. No partial services, partial routes or other routes may be booked. You pay only the guaranteed price for double occupancy shown per person. Accommodation will be in an Outside Cabin, Panoramic Cabin or French Balcony Cabin of Cat. 1, 2 or 3 (subject to availability). If you combine a cruise with another cruise in a guaranteed cabin, no combination discount will be given and it will be necessary to change cabins after each individual cruise. Continuous occupancy of the same cabin throughout the cruises is not possible. You will receive your exact cabin number together with your travel documents. For bookings please contact your travel agency or send an email to service@hl-cruises.com

Sign up for our newsletter at
www.hl-cruises.com/newsletter



Hapag-Lloyd Kreuzfahrten GmbH
Ballindamm 25, 20095 Hamburg, Germany
www.hl-cruises.com
service@hl-cruises.com
Free phone: 08000 220459

PLASTISCH CHIRURGEN LANCEREN EERSTE NATIONALE KENNISAGENDA

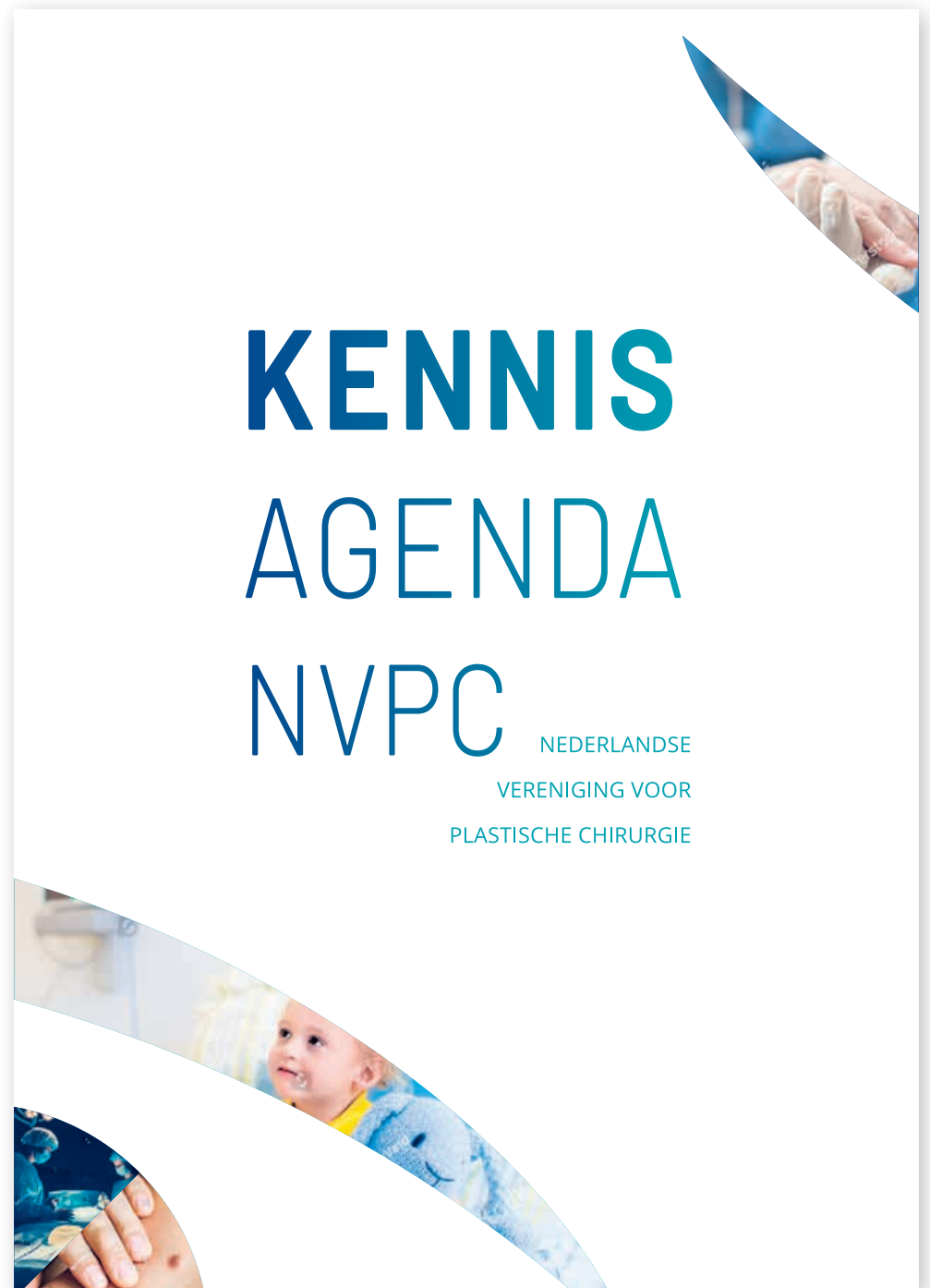
De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) heeft de eerste nationale kennisagenda gelanceerd. Hiermee agenderen de plastisch chirurgen de tien meest urgente zorgvragen uit het vakgebied waar de komende vijf jaar onderzoek naar moet worden gedaan. De NVPC hoopt met de kennisagenda samenwerking in wetenschappelijk onderzoek van plastisch chirurgen te stimuleren, en op deze wijze gerichte subsidies aan te kunnen vragen voor onderzoeken die de patiënt de meeste 'winst' bieden.

De kennisagenda is opgesteld in samenwerking met een twintigtal belanghebbenden zoals patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en Zorginstituut Nederland. De NVPC reikt de eerste NVPC Kennisagenda uit aan Henk Smid, directeur van ZonMw, de organisatie die gezondheidsonderzoek en zorginnovatie stimuleert door middel van financiering. Hinne Rakhorst, plastisch chirurg en betrokken bij het opstellen van de eerste landelijke Kennisagenda, is tevreden over het resultaat: "De Kennisagenda bevat de belangrijkste medische vragen waar plastisch chirurgen en hun patiënten in de praktijk tegenaan lopen. Dit is een eerste stap om samen te focussen om die medische vraagstukken op te lossen."

De NVPC heeft de Kennisagenda het afgelopen jaar ontwikkeld in samenwerking met betrokken zorgpartijen. Een eerste inventarisatie naar de prioriteiten voor de komende vijf jaar resulteerde in een longlist van 454 vraagstukken, onderverdeeld in verschillende deelgebieden van het specialisme (handchirurgie, reconstructieve chirurgie, esthetische chirurgie, kinderplastische chirurgie en algemene plastische chirurgie). Vervolgens is de input geanalyseerd en beoordeeld op een aantal criteria zoals de invloed op de ontwikkeling van het vakgebied en maatschappij en uitvoerbaarheid, om zo uiteindelijk tot een top tien te komen. Voorbeelden zijn: 'Welke chirurgische ingreep bij huidtumoren is het meest effectief?', 'Op welke leeftijd en met welke techniek is een hazenlip het best te herstellen?' of 'Wat zijn de langetermijneffecten van siliconen borstimplantaten?' De gehele lijst is hieronder te zien.

Financiële ondersteuning

De realisatie van de Kennisagenda is in grote mate afhankelijk van financiering van de onderzoeken. Na jarenlange bezuinigingen in de zorg en op de onderzoeksbudgetten van de academische ziekenhuizen is de huidige geldstroom onvoldoende om onderzoekslijnen in stand te houden. De eerste stap is daarom om de kennisagenda aan te bieden bij ZonMw. Zij verstrekken subsidies aan initiatieven die innovatie in de zorg stimuleren en tegelijkertijd de standaardzorg verbeteren en betaalbaarder maken. Eveline Bijlard, plastisch chirurg in opleiding en tevens betrokken bij de creatie van de kennisagenda, hoopt dat het de financiële ondersteuning krijgt waarom wordt gevraagd: "Er is behoefte aan verbetering van zorg en onderzoek, maar door kleinere budgetten is er geen ruimte meer om dit belangrijke onderzoek uit te voeren. Met de kennisagenda hopen we een duidelijker focus te hebben aangebracht op wat prioriteit moet krijgen zodat we samen kunnen inzetten op onderzoek wat de patiënt het meest oplevert. Wij hopen dat de overheid en andere organisaties dit ook zien en daarom de onderzoeken ondersteunen. Als iedereen een steentje bijdraagt, kunnen we samen de zorg verbeteren" aldus Bijlard.



TOP 10 ZORGVRAGEN UIT DE KENNISAGENDA NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PLASTISCHE CHIRURGIE

1. Wat is het beste moment en de beste manier voor het sluiten van een aangeboren hazenlip en een gehemeltespleet?
2. Wat zijn de langetermijneffecten van siliconen borstimplantaten op de gezondheid van vrouwen?
3. Welke operatietechniek is het meest efficiënt in de behandeling van huidtumoren?
4. Als er bestraling nodig is na een borstkanker wat is het beste moment om een zo goed mogelijke borstreconstructie te behouden?
5. Wat is de beste operatieve behandeling voor lymfoedeem en bij welke patiënten?
6. Wat is het effect van lipofilling (verplaatsing van lichaamseigen vet verkregen met behulp van liposuctie) op de kwaliteit van bestraald weefsel?
7. Wat is het beste behandeltraject bij duimbasisartrose?
8. Wat is de beste behandeling bij aanhoudende klachten nadat een operatie voor carpaal tunnel syndroom heeft plaatsgevonden?
9. Wat is de effectiviteit van operatief herstel bij slijtage van het TFCC, de meniscus van de pols?
10. Wat is de beste behandeling voor patiënten met bandletsel in de pols (specifiek SL-dissociatie)?



VIECURI ZET 'SLIMME PLEISTER' SENSIVITALS IN VOOR MONITORING OP AFSTAND

De afdeling Intensive Care (IC) van topklinisch ziekenhuis VieCuri Medisch Centrum is gestart met het project 'Slimme pleister'. Deze 'slimme pleister' kan de hartslag, ademhalingsfrequentie en okseltemperatuur van een patiënt op afstand meten. Hiermee willen de intensivisten van VieCuri onderzoeken of via de slimme pleister klinische verslechtering van de patiënt eerder opgespoord kan worden en daarmee dus ook sneller ingegrepen kan worden.



Na ontslag wordt de pleister bij de patiënt op de borst geplakt. Deze kan vijf dagen blijven zitten. De patiënt ondervindt hier geen hinder van, is mobiel en kan hier zelfs mee douchen. Ondertussen meet de pleister elke twee minuten de hartslag, ademhalingsfrequentie en (oksel-)temperatuur; belangrijke indicatoren voor de gezondheidstoestand van de patiënt. Zodra er afwijkende metingen worden waargenomen via de pleister, krijgt de zorgverlener een alarm op een smartphone.

Voordelen

De slimme pleisters bieden veel voordelen. Doordat een achteruitgang in de gezondheidstoestand van een patiënt snel wordt gedetecteerd, kan sneller worden gehandeld. Hierdoor is meer kans op betere gezondheidssuitkomsten. Denk hierbij aan het voorkomen van mogelijke negatieve effecten van bijvoorbeeld reanimeren op de gezondheid of de gevolgen van te laat ingrijpen. Ook kan door middel van de pleister sepsis voorkomen worden en draagt de pleister bij aan een gevoel van veiligheid voor een specifieke patiëntencategorie (bijvoorbeeld patiënten die na een langdurig verblijf op een bewaakte afdeling ontslagen worden). Voor VieCuri dus een win-win situatie; op een comfortabele manier maakt de patiënt meer kans op betere gezondheidssuitkomsten en de zorgverlener is beter in staat de juiste zorg op het juiste moment te bieden.

Waarom SensiumVitals?

VieCuri heeft gekozen voor het product SensiumVitals van SensiumHealthcare onder meer vanwege de parameters die deze pleisters meten, de meetfrequentie en het gebruik van ECG-elektroden bij het meten. Daarnaast

sprak de unieke meting van ademhalingsfrequentie aan alsmede de wijze van datatransport via radiofrequentie, de mogelijkheid om dit daarna via de vaste internetverbinding te leiden en de lange houdbaarheid van de pleisters. Tenslotte gaf de visie van de leverancier op de brede inzet van de pleister de doorslag om voor dit product te kiezen. Om de slimme pleisters optimaal te laten functioneren, is een koppeling gemaakt met het elektronisch patiëntendossier (HiX van ChipSoft).

Wetenschappelijk onderzoek

Het project start met een validatiefase op de IC (oktober 2019). Naast de ervaringen van de zorgverleners en patiënten, wordt ook naar een kwantitatieve kant gekeken: de metingen van de slimme pleister worden vergeleken met die van de reguliere monitoring. Daarna zal een pilotfase van zes maanden van start gaan op de Acute Opname Afdeling (AOA). Naar alle waarschijnlijkheid zal de pleister hierna ingezet worden als onderdeel van het Spoed Interventie Team (SIT) op reguliere verpleegafdelingen. Gezien het innovatieve karakter van het project en het meetbaar willen maken van de meerwaarde van de slimme pleister, wordt er wetenschappelijk onderzoek gekoppeld aan dit project.

DOKTER PATRICIA RUNT HAAR EIGEN OOGKLINIEK DANKZIJ TRAINING BIJ MERCY SHIPS

Het is een oude bekende die de loopbrug van de Africa Mercy opstapt. Dr. Patricia Eyoup Sen keert terug naar de plek waar het voor haar allemaal begon: de operatiekamers van Mercy Ships. Waar ze een jaar geleden in Kameroen training ontving voor staaroperaties, neemt ze nu zelfstandig het chirurgische mes in handen als vrijwillig chirurg tijdens de werkperiode in Guinee.

Ze weet nog goed hoe het was toen ze voor het eerst de operatiekamer van de Africa Mercy binnenstapte. Met trillende handen ontsmetten, klaar om voor het eerst in een operatieschort gehesen te worden. 'Ik was zo nerveus,' zegt Patricia. 'Dit was een compleet nieuwe ervaring.' Na jaren theoretisch onderwijs in Mali en Kameroen, was de operatiekamer van Mercy Ships voor haar de eerste keer dat ze deelnam aan echte oogoperaties. Het was voor haar de start van drie maanden training binnen het Medical Capacity Building (MCB) programma van Mercy Ships. Dit programma richt zich op training van lokale chirurgen. Drie maanden die uiteindelijk een grote verandering in haar leven brengen.

Een snelle leerling

Voor dr. Patricia is oogheelkunde haar hele leven al een roeping. Maar daarbij heeft ze altijd wel het besef dat, zelfs met de juiste opleiding, de mogelijkheden om oogchirurg te worden in Kameroen beperkt zijn. De training op de Africa Mercy is voor haar dan ook een droom die uitkomt! In de drie maanden aan boord neemt Patricia deel aan meer dan 300 operaties. Dat ze een snelle leerling is blijkt al gauw: de helft van de operaties voert ze zelfstandig uit als hoofdchirurg.

Een veel betere arts

In de drie maanden training is Dr. Glenn Strauss, vrijwillig chirurg uit de Verenigde Staten, haar mentor. 'Ik heb heel veel geleerd van dr. Glenn,' vertelt Patricia. 'Hij heeft me laten zien hoe belangrijk het is om je te concentreren op elke individuele patiënt. Als je veel operaties achter elkaar verricht, kan het makkelijk een automatisme worden. Dr. Glenn liet me zien hoe je elke patiënt behandelt als uniek individu, en altijd scherp blijft tijdens de operaties. Dit inzicht zorgt ervoor dat ik nu een veel betere arts kan zijn.'



Een eigen oogkliniek

Na de training aan boord van de Africa Mercy is dr. Patricia klaar om alles wat ze geleerd heeft toe te passen in haar eigen omgeving. In Garoua, een stad in het noorden van Kameroen, gaat ze samenwerken met het regionale ziekenhuis. Ze heropent de oogkliniek van het ziekenhuis, die al 20 jaar niet meer functioneert vanwege een gebrek aan oogheelkundig specialisten. MCB-medewerkers van Mercy Ships komen langs om verpleegkundigen uit de omgeving op te leiden tot operatieassistenten voor de operaties van dr. Patricia.

Terug naar waar het allemaal begon

Met een aantal van de getrainde verpleegkundigen runt dr. Patricia nu de oogkliniek, die voor het eerst in 20 jaar weer functioneert. Ze behandelt oogontstekingen, meet brillen aan en behandelt oogziekten als glaucoom en staar. Mercy Ships heeft intussen een werkperiode in Guinee. En terwijl de kliniek in Kameroen doorgaat, reist Patricia af naar Guinee om terug te keren naar waar het voor haar allemaal begon.

Tijdens haar twee weken aan boord tijdens de werkperiode in Guinee voert ze 85 staaroperaties uit. 'Ik ben teruggekomen om op de Africa Mercy in Guinee te werken omdat ik mijn kennis wil verbeteren voor de kliniek en ik mensen wil dienen die hulp nodig hebben bij blindheid,' zegt dr. Patricia. 'Ik voel me gezegend dat ik mensen het zicht kan geven – het is een geweldige kans om verandering te weeg te brengen in het leven van anderen. Dat is wat er echt toe doet.'

De blijvende impact van Mercy Ships

Een van de eerste operaties in de kliniek van dr. Patricia was aan een jonge moeder die al een lange tijd blind was door staar. 'Na haar operatie keerde deze moeder terug naar de kliniek. Ze gaf me een boek cadeau,' vertelt dr. Patricia. 'Ze wilde me bemoedigen zodat ik sterk kan zijn en door kan gaan met het uitvoeren van operaties. Alleen zo kunnen levens van anderen veranderd worden zoals dat van haar veranderd is. De blijvende impact van Mercy Ships gaat verder dan mijzelf. Alle artsen en verpleegkundigen die zijn opgeleid, kunnen mensen in het hele land blijven helpen.'

Geef voor trainingen van mensen als dr. Patricia

De training van dr. Patricia veranderde haar leven, en daarbij dat van heel veel anderen die zij door haar kennis en vaardigheden nu kan helpen. Dat is de duurzame impact die Mercy Ships wil hebben in een land. Uw gift voor het werk van Mercy Ships maakte dit mogelijk. Met uw steun hopen we deze werkperiode in Senegal weer veel mensen zoals dr. Patricia te kunnen trainen. Helpt u mee? Uw gift en uw gebed maakt het verschil!





8.760 uur dienst
398 procedures
1 veilig paar handen

Bij Getinge vinden we dat het redden van levens, de beste baan ter wereld is. Op de meest kwetsbare momenten van mensen, staan wij bij elke stap aan uw zijde. **"Together as one"**.

Als uw full-servicepartner ondersteunen wij u bij het gehele klinische traject, met apparatuur voor OK's, IC's, CSA's en nog veel meer.



Meer weten?
 Kijk op www.getinge.com of
 scan de QR-code

GETINGE ✱
 PASSION FOR LIFE

LVO
 Landelijke vereniging van operatieassistenten

33^e
LVO CONGRES
 Landelijke Vereniging van Operatieassistenten

BUIGEN
OF
BARSTEN

DONDERDAG & VRIJDAG
5 & 6 MAART 2020
REEHORST, EDE

Mede organisatoren:

nederlandse vereniging voor traumachirurgie
 vereniging van de Nederlandse Vereniging voor Traumatologie

nvt **NVEC** **NVL8**
 NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ENDOSCOPISCHE CHIRURGIE

www.lvocongres.org



**Exclusief
 lezers
 aanbod**

**(OR) VERGADERARRANGEMENT
 OF HEERLIJKE MINIVAKANTIE?**

Hotel Hof van Gelre is vlakbij het centrum van Lochem gelegen en dichtbij het prachtige wandelgebied 'De Lochemse Berg'. Het hotel heeft 46 compleet ingerichte kamers met bad en / of douche, toilet, telefoon, KTV, wekkerradio, föhn en koffie- / theeservice. Comfort Plus kamers beschikken over een balkon. de 39 tweepersoons- en 7 éénpersoonskamers zijn alle middels 2 liften te bereiken. Verder een sfeerol restaurant, 4 multifunctionele zalen, een gezellige hotelbar met darts en biljart, zonnige terrassen met parktuin en een verwarmd binnenzwembad (28 °C). Wij heten u van ♥ welkom!

Hof van Gelre ✱
 HOTEL LOCHEM

Nieuweweg 38 | 7241 EW LOCHEM | +31 (0) 573 253 351 | info@hofvangelre.nl

www.hofvangelre.nl

✱ WIJ MAKEN HET VERSCHIL

2-DAAGS (OR) VERGADER- ARRANGEMENT

- Ontvangst met koffie / thee en een streeklekkernij
- 1 Overnachting in een comfort kamer met uitgebreid ontbijtbuffet
- 2 Middagen smakelijke lunch (buffet)
- 1 Snack
- 3-Gangen keuzediner
- Gebruik van de plenaire zaal met geïntegreerde beamer / scherm / flipover (5 dagdelen)
- Coffee- / teabreaks ochtend / middag
- Onbeperkt water / mintjes / koekjes / hartigheden / snoep / vers fruit
- 5 Consumpties (Hollands assortiment)
- Activiteit: fotowandeltocht, pub quiz, handboog- of klootschieten
- **GRATIS** arrangement **TRAINER** bij min. 8 betalende gasten

NORMAAL € 215,- per persoon
SPECIALE OK-PRIJS € 185,- per persoon*

3-DAAGS HOFFELIJK ARRANGEMENT

- Ontvangst met koffie / thee en een petitfour
- 2 Overnachtingen in een comfort kamer met uitgebreid ontbijtbuffet
- 1 Avond 3-gangen diner à la carte
- Onbeperkt gebruik van verwarmd binnenzwembad, wifi en parkeren
- Oprechte gastvrijheid & service met een glimlach

VANAF € 115,- per persoon*

* TOESLAGEN

- Verblijfs- en milieubelasting € 3,00 per persoon per nacht
- Toeslag vrijdag- en zaterdagnacht € 10,- per persoon per nacht
- Toeslag comfort PLUS kamer € 20,- per kamer per nacht
- Géén toeslag voor 7 éénpersoonskamers

SINT MAARTENSKLINIEK OPENT HYPERMODERN OK-COMPLEX

De Sint Maartenskliniek in Nijmegen heeft een nieuwbouwvleugel geopend. In deze nieuwbouw zet het gespecialiseerde ziekenhuis technische innovaties in om patiënten de regie over hun gezondheid te geven. Fysiek, sociaal en emotioneel. Dat gebeurt in een supermodern OK-complex en in een ruime revalidatievleugel die helemaal is ingericht op een lang verblijf. Kenmerkend voor de hele nieuwbouw is de connectie met de natuur om de kliniek heen. Overal zijn ramen, dus schijnt ook overal het daglicht naar binnen. Zelfs in de operatiekamers.

Foto's: Dennis Vloedmans

De zeven nieuwe operatiekamers (OK's) zijn inmiddels enkele weken in gebruik. Ze zijn veiliger, overzichtelijker en voorzien van de laatste digitale vernieuwingen. Orthopedisch chirurg Koen Defoort van de Sint Maartenskliniek is zeer positief: "Het is voor de chirurg en het OK-personeel een aangename, ruime – de OK's zijn 55 m² per stuk – én opgeruimde omgeving om in te werken. Dat vermindert het risico op menselijke fouten. Ik heb veel OK-complexen bezocht. Als ik alle functionaliteiten van onze nieuwe OK's op een rijtje zet, dan durf ik best te stellen dat de Sint Maartenskliniek nu het modernste OK-complex ter wereld heeft!"

De kans op infecties bij een orthopedische operatie is reëel. De Sint Maartenskliniek minimaliseert dat risico met deze nieuwe OK's. Zo maakt het innovatieve luchtbehandelingssysteem van Opragon de hele operatiekamer steriel, in plaats van slechts een deel van de OK. Ook zorgt dit systeem voor minder lawaai en voor een aangename temperatuur voor de patiënt en het operatieteam. Uniek in deze OK's zijn de naadloze wanden. Ieder randje is namelijk een risico voor bacteriegroei. Dat risico nemen we dus weg dankzij het principe 'safety by design'. De Sint Maartenskliniek past deze naadloze wanden als eerste ziekenhuis ter wereld toe in de OK's. Bovendien zijn de wanden vermengd met positief geladen titaniumdioxide-deeltjes, die stof,



bacteriën en schimmels afstoten. Dankzij de combinatie van deze onderdelen, hebben we de meest steriele OK's gerealiseerd.

Flexibel licht

De verlichting in de operatiekamers is óók bijzonder. De kleur van het licht verandert gedurende de dag mee met het daglicht buiten. Dat is fijn voor het bioritme van de mensen die daar de hele dag aan het werk zijn. In de operatiekamers is ook een raam. Verder is de kleur van de verlichting in de OK's aan te passen. Voor sommige ingrepen is bijvoorbeeld groen licht of blauw licht handig vanwege het contrast.

Digitale vernieuwing

Alle zeven OK's hebben drie enorme beeldschermen, die naadloos zijn verwerkt in de wand. Dankzij deze schermen heeft de chirurg altijd duidelijk zicht op de beelden die noodzakelijk zijn tijdens een operatie. Ook hangen er hierdoor minder pendels aan het plafond. Dat heeft weer voordelen voor de steriliteit en voor de concentratie van het OK-team. De chirurg bepaalt per scherm wat daarop getoond wordt. Met één van de schermen kan het OK-team alles bedienen: van temperatuur tot licht, en van het tonen van röntgenfoto's tot het tonen van de tijd die nog rest tot het botcement is uitgehard. Ook kan het OK-team hierop het elektronisch patiëntendossier bijwerken. Het ICT-systeem geeft de informatie die op dat moment nodig is. Dit maakt het werk niet alleen eenvoudiger, maar ook (nog) veiliger. Want het OK-team kan niet verder als ze in het systeem nog veiligheidscontroles moeten doen voor de operatie.

Kamer met balkon

De nieuwe revalidatievleugel is inmiddels ook in gebruik. Volwassenen revalideren hier na bijvoorbeeld een dwarslaesie, een beroerte of een been- of armamputatie. De ruime en lichte verpleegafdelingen zijn helemaal ingericht op een lang verblijf, waarbij de patiënten gestimuleerd worden om uit hun bed en hun kamer te komen. Er zijn alleen nog maar één- en tweepersoonskamers. Veel van die kamers hebben een balkon. Wel zo prettig als je drie tot zes maanden in zo'n kamer verblijft. Verder zijn de badkamers per persoon en dus ook per aandoening aan te passen, dankzij verschuifbare elementen. Dat is niet alleen handig voor de patiënt, maar ook voor het behandelend en verplegend personeel.

Verder in beweging

In het souterrain van de nieuwbouw zit onder andere het Loop Expertise Centrum, voor patiënten die problemen hebben met lopen, staan en balans. In de nieuwbouw beschikt dit centrum over de nieuwste behandelmogelijkheden en innovatieve apparatuur. Dankzij de bundeling van alle diagnostiek, behandeling en behandelaars in het Loop Expertise Centrum kan de Sint Maartenskliniek de patiënten nog beter helpen om verder in beweging te komen.



DISCUSSIE OVER DE TOEKOMSTIGE ROLVERDELING TUSSEN CHIRURG EN ROBOT TIJDENS DDW

In hoeverre durven we ons in de toekomst over te geven aan operatierobots? Op de Dutch Design Week (DDW) opende Máxima MC (MMC) het gesprek over dit thema. Er worden forse stappen verwacht in het autonoom handelen van chirurgische robots. Bezoekers van de DDW werden aan het denken gezet over hun persoonlijke grenzen op dit gebied.

Robots veranderen onze zorg in toenemende mate. Vooralsnog gaat het om een aanvulling op het menselijke werk. De chirurg bijvoorbeeld is het brein achter de ingreep, de operatierobot maakt zijn handelingen nauwkeuriger. Maar de scheidslijn tussen fysieke, digitale en biologische elementen vervaagt en de autonomie van de robot komt dichterbij. 'Stel dat robots over een aantal jaren autonoom kunnen opereren. Ze beschikken over software op basis van artificiële intelligentie en een database van tienduizenden vergelijkbare operaties. Wat als de rol van de robot groter wordt dan die van de chirurg? Wie is er aansprakelijk als het misgaat? Met dat soort vragen gaan we op pad om mensen aan het denken te zetten. Dit door middel van een surrealistische omgeving, waarmee je je in een operatieomgeving waant', aldus klinisch fysicus Joleen Blok.

Ontwikkeling robottechniek

MMC nam afgelopen jaar als eerste Nederlandse ziekenhuis de Senhance-operatierobot in gebruik. De robot wordt nu al ingezet ter ondersteuning bij complexe kijkoperaties op het gebied van urologie, gynaecologie en chirurgie. Met de leverancier en de Technische Universiteit Eindhoven wordt er doorontwikkeld. 'Tot nu toe vervangt de robot ons niet, maar vult deze het handelen aan. Samen zullen we de robotchirurgie blijven vernieuwen, zodat we kunnen bijdragen aan de beste en meest innovatieve ingrepen en deze aan onze patiënten kunnen aanbieden. Gezien

de snelle ontwikkelingen op dit gebied, vinden we het belangrijk om de discussie hierover met elkaar en met onze patiënten te openen', aldus prof. dr. gynaecoloog Marlies Bongers. De presentatie van MMC op de

DDW was onderdeel van de Embassy of Health; een samenwerking tussen Waag, Philips, Dutch Design Foundation, het Stimuleringsfonds, U CREATE en Máxima MC.

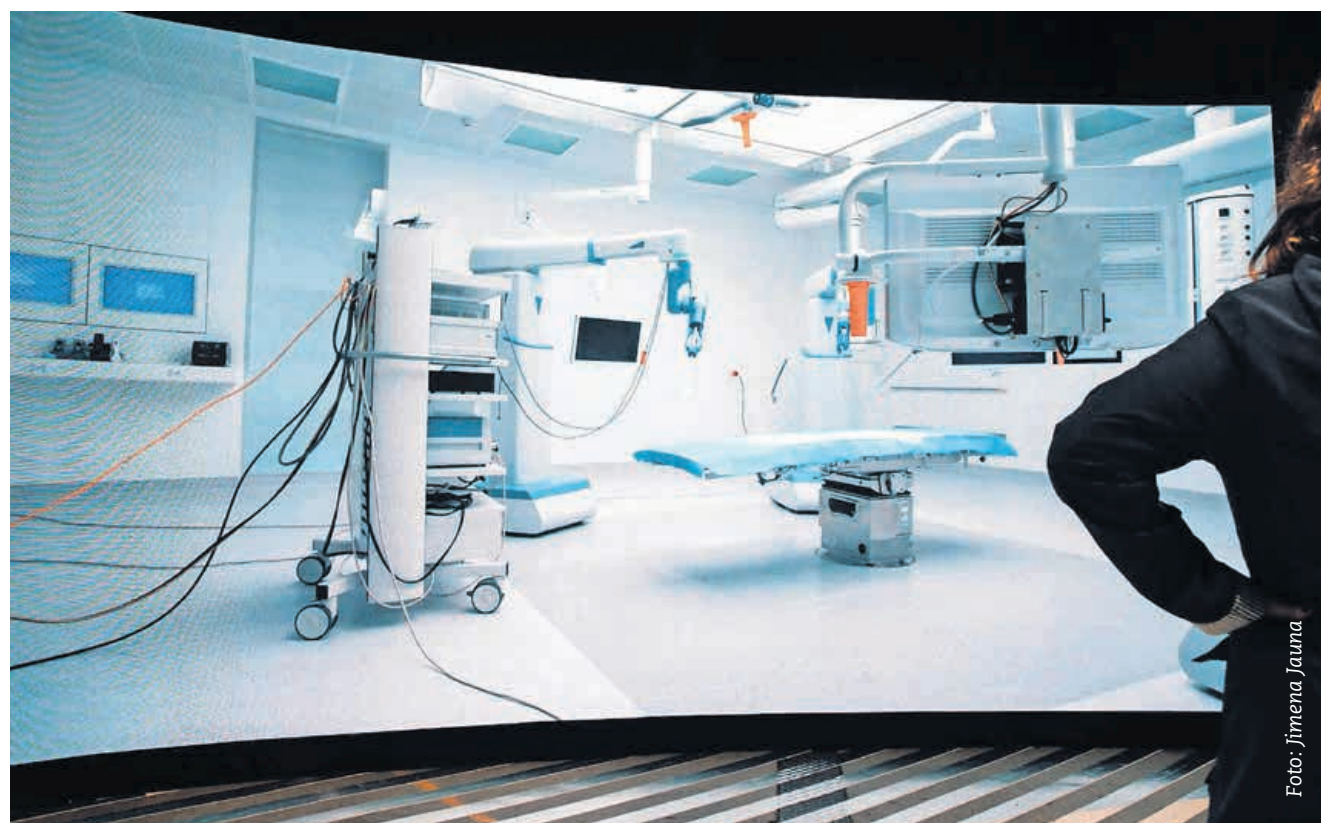


Foto: Jimena Jauna

TATTOO OF TABOE?

'Mag jij wel een tatoeage dragen in het ziekenhuis?' Een vraag die mij vaak gesteld wordt door patiënten. Als het dragen van Crocs geoorloofd is dan zou een tatoeage toch helemaal geen probleem moeten zijn? Helaas denkt niet iedereen zo en rust er toch nog een taboe op tatoeages in de zorg.

Ik heb zelf een onderarm sleeve. Omdat mijn uniform korte mouwen heeft, is mijn tatoeage altijd zichtbaar. Ik ben er ook trots op! De afbeeldingen en teksten die op mijn arm staan hebben een persoonlijke betekenis. Ik merk dat mijn tatoeage ook vaak een onderwerp van gesprek is met patiënten. Of zij het nou mooi vinden of niet, dat maakt niet uit. Het levert vaak mooie gesprekken op. De betekenis gaat vaak zoveel dieper dan alleen het plaatje.

Vroeger waren tatoeages al snel *aso*. Maar waarom? Wat is *aso*? Vroeger was er zoveel normaal wat nu *aso* is. Vrouwen niet laten stemmen en roken tijdens de zwangerschap was heel normaal, dat is nu ineens ook *aso*. Vroeger was het vet cool om zoveel mogelijk kauwgum op straat te plakken. Behalve als je een tatoeage had, want dan was het *aso*. Tatoeages zijn nu steeds meer sociaal geaccepteerd, maar nog niet overal en bij iedereen. Wat ik oprecht jammer vind, een tatoeage zegt namelijk niets over de persoon die het draagt of zijn functie.

Pas kreeg ik de opmerking van een patiënt dat zij het niet vond kunnen dat ik met een tatoeage in het ziekenhuis mocht werken. Op de vraag waarom kreeg ik te horen dat zij het niet gepast vindt. Waarom is het niet gepast? Of vind je het niet mooi? Mensen verwarren het vaak met hun mening. 'Ik ben niet zo van de tatoeages,' zei de vrouw. Blijkbaar kun je dus ergens 'van' zijn. Ze bedoelt dat ze een tatoeage spuglelijk of ordinair vindt, maar om dat uit te spreken is dan weer zo *aso*. Toen ik vroeg of ze liever een verpleegkundige zonder tatoeage had zei ze: 'Nee, zo erg is het ook weer niet. Jij zal het ook vast wel kunnen.'

De grootste doodoener vind ik: 'Ik ben niet zo van tatoeages, maar dat is persoonlijk hoor.' Je kan dus blijkbaar alles zeggen, zolang je er maar bij zegt dat het persoonlijk is. In feite zegt diegene: 'Het is mijn mening en daar heb jij lekker helemaal niets van te vinden!' Dat snap ik ook wel, Truus. Ik houd ook niet van jouw parse kortpittige kapsel, maar dat is persoonlijk hoor. Ook ooit gehoord: 'Hij heeft een tattoo maar hij is eigenlijk best wel aardig.' Ik snap die uitspraak nog steeds niet.

Er lijkt nog steeds een taboe te zijn op tatoeages bij dokters en verpleegkundigen.

Je zou denken dat in het jaar 2019 vooroordelen en stereotypes wel aardig verdwenen zouden zijn, maar helaas is dat niet zo. Een dokter die onder de tatoeages zit is geen goede dokter, totdat hij je leven aan het redden is. Dan maakt die tatoeage ineens niets meer uit. Zou je een tatoeage moeten bedekken als je in de zorg werkt? Ik vind van niet. Behalve als je Crocs hebt getatoeëerd, want dat is écht *aso*!

Don Roelofsen is Recovery verpleegkundige in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's Hertogenbosch.



INFORMATIE OVER DE NIEUWE DONORWET VOOR VEEL NEDERLANDERS TE INGEWIKKELD

Op 1 juli 2020 wordt in Nederland de nieuwe donorwet ingevoerd. De essentie van deze wet is dat als je niet zelf actief een keuze vastlegt, je automatisch wordt geregistreerd in het donorregister, onder de noemer 'geen bezwaar tegen orgaandonatie'. Meer dan de helft van de Nederlanders heeft (nog) niet geregistreerd of ze hun organen en weefsels willen afstaan na het overlijden. Het Nivel onderzocht wat de aandachtspunten zijn bij communicatie over orgaandonatie en de nieuwe donorwet aan mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (ruim één op de drie Nederlanders).

Het ministerie van VWS voert een grootschalige voorlichtingscampagne uit gericht op alle Nederlanders van 18 jaar en ouder met als doel dat zoveel mogelijk Nederlanders hun keuze ten aanzien van orgaandonatie vastleggen in het Donorregister. Daarbij wordt gebruikgemaakt van diverse media (tv, radio, folders). Naast deze algemene publiekscampagne is er aandacht voor groepen die voorlichting op maat nodig hebben, waaronder mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Praktische informatie

Ruim één op de drie Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. Zij hebben moeite met het vinden, begrijpen en toepassen van gezondheidsinformatie. Het gaat bijvoorbeeld om mensen die niet (goed) kunnen lezen, weinig opleiding hebben gehad, de Nederlandse taal niet goed spreken of (licht) verstandelijk beperkt zijn. Zij hebben vooral behoefte aan praktische informatie vooraf met betrekking tot het doneren van organen: hoe gaat orgaandonatie precies in zijn werk, wat gebeurt er na mijn overlijden, is iedereen geschikt voor orgaandonatie, heb ik een keuze in welke organen wel en niet, mag ik doneren van mijn geloof, wordt er vertrouwelijk met mijn gegevens omgegaan en heeft mijn keuze geen invloed op de zorg die ik ontvang? Dit zijn belangrijke vragen die nu voor onrust en onzekerheid zorgen. Informatie hierover moet op

een eenvoudige en toegankelijke manier worden aangeboden, bijvoorbeeld in de vorm van video's, animaties en narratieven (verhalen).

Ondersteuning is wenselijk

Daar waar informatiemateriaal aangeboden wordt, zou iemand aanwezig moeten zijn die vragen kan beantwoorden als dingen niet begrepen worden. Soms is er concrete behoefte aan hulp bij het registreren van een keuze, bijvoorbeeld bij het inloggen op de website met een DigiD of bij het invullen van een formulier. Deze ondersteuning kan het best worden gegeven door vertrouwde personen als de huisarts, begeleiders of mensen uit het eigen sociale netwerk. Daarnaast kan er meer gebruikgemaakt worden van informatiekanaalen die goed toegankelijk zijn voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Dat kunnen websites zijn die speciaal zijn afgestemd op deze doelgroep, zoals www.lezenenschrijven.nl, zogenaamde 'Steffie's', animatiefilmpjes die moeilijke dingen op een makkelijke manier uitleggen, en lokale tv, buurthuizen en bibliotheken.

Voor dit onderzoek is literatuuronderzoek gedaan en er zijn focusgroepen of individuele interviews uitgevoerd met dertig mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.



Foto: Shutterstock



De juiste flow op de OK Anesthesie

Kent u onze Flow anesthesiemachines al? Naast de vertrouwde Flow-i en de Flow-c, is er nu ook de nieuwe Flow-e.

Onze machines brengen geavanceerde ventilatieprestaties en veilige anesthesietoediening samen in één gebruiksvriendelijke unit.

Meer weten over de verschillende types?



Scan de QR-code of ga naar www.getinge.com

GETINGE *



'JE ZIET VEEL VERSLAVINGSPROBLEMATIEK DOOR DRANK EN DRUGS MET GEDRAGSVERANDERING ALS GEVOLG'.



AGRESSIE IS NÍET NORMAAL EN HOORT NOOIT BIJ HET WERK VAN ZORGPROFESSIONALS

Dit artikel verscheen eerder in HET BLAD, het ledenmagazine van NU'91

Thuiskomen met een blauw oog, gekneusde ribben of een gebroken neus. Een cliënt die zijn bloed op de muur heeft gesmeerd nadat hij zich heeft gesneden. Iemand die je probeert te wurgen of je meerdere keren steekt met een mes of pen. Angst voor je ongeboren kind nadat er in je buik is gestompt. Voortdurend rondlopen met hartkloppingen vanwege angst- en stressklachten. Of het vernederende gevoel van iemand die jou recht in je gezicht spuugt. Om over het mentale aspect nog maar te zwijgen. Binnen de GGZ is een posttraumatische stressstoornis namelijk steeds vaker aan de orde. Uit onderzoek* van NU'91 blijkt dat 84 procent van haar leden uit de GGZ te maken heeft met agressie op de werkvloer.

* Binnen één week hebben 484 GGZ-medewerkers de vragen van het ledenonderzoek van NU'91 beantwoord. Om privacy redenen zijn de namen van de geïnterviewde verpleegkundigen gefingeerd.

Door: Iris van de Laar en Femke van der Palen

Agressie binnen de GGZ is niet nieuw. En ook binnen de andere sectoren van de zorg komt het helaas veelvuldig voor. Toch wordt vaak nog gedaan alsof het normaal is. Alsof het hoort bij het werk. Wil je aangifte doen? Dat kan. Maar in de meeste gevallen belanden aangiftes onderop de stapel en wordt een geweldpleger nog dezelfde dag teruggestuurd naar de afdeling. Zonder dat er echt naar het verhaal van de hulpverlener wordt geluisterd. In 2010 zijn de Eenduidige Landelijke Afspraken (ELA) geformuleerd, maar nog altijd worden zorgprofessionals binnen de GGZ onvoldoende gehoord en gesteund. NU'91 vindt dat het tijd is voor actie en maakt zich hard voor dit steeds groter wordende probleem. Agressie is nooit normaal en hoort zeer zeker niet thuis in het takenpakket van de zorgprofessional.

“Het frustrerende is dat al een aantal jaren het geluid klinkt: ‘geen geweld tegen hulpverleners!’ Kom je aan iemand van de brandweer, ambulance of het ziekenhuis? Dan heeft dit direct strafrechtelijke gevolgen. Maar ben je psychiatrisch verpleegkundige? Dan moet je er toch wel een beetje tegen kunnen.” Aan het woord is Julia. Zij werkt net als David als verpleegkundige binnen de GGZ. David werkt op een ambulante afdeling en Julia op een High & Intensive Care (HIC) afdeling. Beiden hebben regelmatig te maken met agressie op de werkvloer. Zij zien dat er de afgelopen tien jaar veel is veranderd binnen hun sector. Julia: “De wenselijke bezetting is omhoog gegaan. Dat is natuurlijk wel lastig te realiseren met het huidige personeelstekort. Vroeger werkten we met drie verpleegkundigen op vijftien cliënten. Nu staan we met minimaal vijf of zes verpleegkundigen op een groep van twintig cliënten. Toen ik begon, hadden we vier separeercellen. Omdat er steeds meer weerstand vanuit de samenleving kwam tegen separeren, is in 2016 een convenant ondertekend. Hierin staat dat GGZ-organisaties in 2020 helemaal separeervrij

willen gaan werken. Hier wordt hard aan gewerkt, met als gevolg dat we alleen nog een extra beveiligde kamer hebben waar je een-op-een zorg kunt verlenen. Daardoor is de zorg veel intensiever geworden.

Vroeger zat iemand in zo'n separeer en ging je er zes keer op een dag een kwartiertje naar toe. Nu is het zo dat je iemand, als het even kan, nooit meer alleen laat in een afgesloten ruimte. Hierdoor heb je dus meer personeel nodig.” David: “Daar komt nog eens bij dat tegenwoordig bijna iedereen gedwongen wordt opgenomen. Vroeger was dit maar in tien tot twintig procent van de gevallen zo. Dat zorgt al voor een wereld van verschil in hoeverre iemand bereid is om naar je te luisteren en zich netjes te gedragen. De agressie wordt hierdoor groter en zwaarder. Je ziet ook de populatie veranderen. Naast het psychiatrische stuk komt er steeds meer andere problematiek kijken. Dat maakt het een stuk ingewikkelder. Je ziet veel verslavingsproblematiek door drank en drugs met gedragsverandering als gevolg. Dit zijn meestal niet de leuke gedragsveranderingen. Er is meer sociale

problematiek. Heel veel familieleden en bekenden haken af waardoor een behandeling -en dus weer terug naar huis gaan- een stuk moeilijker wordt." Julia: "Alleen de piek komt bij ons. De mensen die echt heel ziek, verward of depressief zijn. Zo erg dat ze zichzelf verwaarlozen en niet meer eten, drinken of slapen. Pas dan kom je op een gesloten afdeling. Vroeger had je nog open afdelingen. Die waren iets laagdrempeliger. Door de trend van de ambulantisering zijn heel veel open bedden gesloten waardoor mensen veel langer thuis blijven. Hierdoor duurt het dus langer voor mensen echt in zorg komen. Je ziet dat mensen er vaak erg aan toe zijn voor ze worden opgenomen omdat die drempel veel hoger is dan voorheen."

Steekincidenten en gebroken neuzen

Dat agressie steeds vaker aan de orde van de dag lijkt te zijn, erkennen de verpleegkundigen allebei. Het blijft helaas niet bij 'slechts' een enkele woordenwisseling. Julia: "Dagelijks heb ik te maken met verbale agressie en word ik uitgescholden. Er komen regelmatig incidenten voor waarbij mijn collega's en ik dingen naar ons hoofd krijgen gegooid. Dan vliegen er meubelstukken of andere spullen door de ruimte. Dingen worden stukgemaakt of er is sprake van fysieke agressie waarbij je actief wordt aangevallen. Soms is dwangmedicatie hier een oorzaak van. Je kunt je voorstellen dat als je heel bang bent, je wordt opgesloten en het idee hebt dat heel de wereld tegen je is, het ontzettend beangstigend is als vier of vijf man je vastpakken om een injectie te geven. Mensen vechten dan letterlijk voor hun leven. Agressie kan ook doelbewust zijn. Dat er wordt geschopt of geslagen. Ik ken situaties waarin een cliënt heeft geprobeerd om collega's te wurgen. Het is al een paar keer voorgekomen dat er steekincidenten waren, waarbij collega's werden gestoken met een mes of een pen. Maar ook gebroken neuzen of gebroken armen zijn soms het gevolg. Vaak gaat het om een kort incident. Wij dragen allemaal een alarm en er zijn op mijn afdeling altijd collega's of beveiligers in de buurt waardoor je snel kunt handelen en de schade kunt beperken. Er zijn helaas wel een paar situaties bekend waar een cliënt langere tijd op een collega heeft ingeslagen, gestoken of geschopt. Dat komt voor. Daarnaast zijn sommige cliënten besmet met ziektes zoals hepatitis of HIV. Als ze dan bijten, krabben of spugen, kan dat grote gevolgen hebben." David: "Inderdaad en dat heeft nog lang effect. Zo heb ik eens een snijwond opgelopen door een cliënt waarbij sprake was van een dubbel risico: hij prostitueerde zichzelf en injecteerde zich met drugs. Stond ik daar met een handvol pillen tegen aids in het ziekenhuis. Mijn vriendin en ik moesten toentertijd een half jaar met condooms vrijen en we wisten al die tijd niet of ik misschien besmet kon zijn. Dat doet heel veel met jezelf maar ook met je relatie."

Meer samenwerking

Dat er dingen moeten veranderen, erkennen beide verpleegkundigen. Het structurele personeelstekort wordt als een belangrijke oorzaak gezien waar helaas niet direct een oplossing voor is. Daarnaast zijn er nog meer verbeterpunten die volgens hen per direct moeten worden aangepakt. David: "We moeten accepteren en erkennen dat die agressie er is. Zorg

voor alarmsystemen die werken. Toen een collega van me bijna werd gewurgd, bleek de pieper het niet te doen. Dat wil je echt niet meemaken. We hadden laatst een nieuw piepersysteem en na het testen bleek dat een op de vijf het niet deed. Dan ga je al met minder vertrouwen op de situatie af. Door met minder vertrouwen op iemand af te stappen, heb je al meteen de eerste trede van agressie te pakken." Julia: "De samenwerking met justitie vind ik moeilijk. Soms heb je met agressief gedrag te maken en dan bel je de politie en doe je aangifte. Vervolgens staat die persoon dezelfde avond weer op de afdeling. De officier van justitie moet bepalen of iemand wordt vervolgd of niet. Vaak wordt dan gezegd: 'Diegene is al een psychiatrisch patiënt.' Hierdoor kan hij niks doen en heeft aangifte dus geen zin. Dat is frustrerend. Natuurlijk doe ik geen aangifte als iemand vecht voor zijn leven bij het toedienen van dwangmedicatie. Maar als een jongen met gedragsproblematiek zin heeft in een joint en wil dat ik de deur open doe en mij in elkaar schopt als ik dat niet doe, is dat natuurlijk een heel ander verhaal. Dan vind ik dat justitie verantwoording moet nemen. Daarmee kun je veel voorkomen. Afgelopen jaar was er een cliënt die een collega een gebroken hand had geschopt. Hij moest weer terugkomen binnen de GGZ. Wij bedenken dan al zelf dat dit niet op dezelfde afdeling kan als waar het incident heeft plaatsgevonden. Justitie overigens niet hoor, die stuur de cliënt gewoon terug. Een andere afdeling heeft toen gezegd dat die persoon daar kon worden opgenomen. Uiteindelijk heeft hij geprobeerd om een collega te wurgen. Dat was niet nodig geweest als hij gewoon was opgepakt. Dat frustrert. Waarom mag je een

verpleegkundige op de SEH niet slaan en mij wel? Je ziet wel meer samenwerking tussen politie en GGZ maar hierin kunnen nog veel meer stappen worden gezet. Ik snap dat het voor justitie ook heel ingewikkeld is, maar er kunnen echt nog wel stappen genomen worden."

RESULTATEN

84 procent geeft aan te maken te krijgen met agressie op de werkvloer.

36 procent heeft medische en/of psychische hulp gehad.

74 procent vindt dat agressie en geweld op de werkvloer zijn toegenomen.

75 procent geeft aan dat dit ten koste gaat van het werkplezier.

51 procent vindt dat er onvoldoende wordt opgetreden door de werkgever.

74 procent van het GGZ-personeel heeft zowel met verbale als met fysieke agressie te maken.

Lees verder »



**84% GEEFT AAN
DAT HIJ OF ZIJ
TE MAKEN
HEEFT MET
AGRESSIE
OP DE
WERKVLOER**

ER ZIJN GEEN DUIDELIJKE AFSPRAKEN

Inmiddels is het alweer twaalf jaar geleden dat er afspraken zijn gemaakt in het programma Veilige Publieke Taak (VPT). Agressie en geweld tegen publiekelijke functies in de sectoren onderwijs, openbaar bestuur, rechtsbedeling, veiligheid, sociale zekerheid, infrastructuur én volksgezondheid zou hard worden aangepakt. Drie jaar later, in 2010, hebben de ministers van Binnenlandse Zaken, Justitie en Koninkrijksrelaties de Eenduidige Landelijke Afspraken (ELA) geformuleerd. Deze afspraken werden gerealiseerd tussen politie en OM. Agressie en geweld tegen publiekelijke functies moest stoppen. Het doel van de ELA is een eenduidige, effectieve en snelle afhandeling van agressie en geweld door de politie en OM. Campagnes als: 'Handen af van onze hulpverleners' kennen we allemaal. Maar hoe concreet zijn de afspraken nu echt anno 2019?

Boven op de stapel en snelle berechting

"Een heel belangrijke afspraak zijn ze nog niet nagekomen, namelijk het regelen van duidelijke afspraken tussen de politie en zorginstanties", meent Jacqueline den Engelsman, cao-onderhandelaar bij NU'91. "De lijntjes moeten korter en het contact moet beter verlopen. Psychiatrisch verpleegkundigen hebben recht op de juiste bescherming van de politie. Het is belangrijk dat aangiftes eerder worden opgepakt. Dat de 'daders' sneller worden berecht. Het grote probleem is dat de politie vaak niet weet wat ze met een aangifte van iemand uit de GGZ moeten doen. Antwoorden als: 'Het heeft toch geen enkele zin, deze man zit al opgesloten' of 'de zaak wordt toch geseponeerd,' worden vaak teruggeven bij het doen van een aangifte. Ze moeten juist zeggen: 'VPT dus bovenop de stapel met aangiftes'. Maar veel politiemedewerkers en medewerkers in de GGZ weten dit niet. Daar gaat het mis. Dan kom ik toch weer terug bij het maken van duidelijke afspraken. Precies om deze reden doen GGZ-medewerkers geen aangifte. Het proces loopt niet. Daarnaast heeft aangifte doen ook een remmende werking omdat je

jouw persoonlijke gegevens moet opgeven. In alle gevallen wordt een cliënt beschermd, maar anoniem aangifte doen blijft lastig. Mits je uit naam van de werkgever aangifte mag doen, dan worden jouw persoonlijke gegevens niet prijsgegeven. Als jij door een cliënt aanhoudend wordt bedreigd, is het uiterst onprettig om je gegevens achter te laten. De dader weet altijd dat jij degene bent die aangifte heeft gedaan.

Uiteindelijk wil niemand dat zijn of haar cliënt in de cel belandt. Maar je wil ook niet dat deze persoon twee uur later weer voor jouw deur staat terwijl hij jou net heeft afgetuigd. Als werknemer wil je dat de cliënt wordt ondervraagd en voorlopig even wegblijft van de afdeling. En het voornaamste: dat er naar jou wordt geluisterd. Het gaat niet om vervolging. Het niet serieus nemen van medewerkers en hun probleem, dát is wat er speelt."

NU'91 meldpunt

Dat er iets moet worden gedaan, is duidelijk. "Ik weet nu al dat er uit opvolging van de ELA geen verbetering is opgetreden. Wij gaan hierover dan ook verder in gesprek. Maar om ondertussen wel

iets voor onze leden te kunnen betekenen, is er een meldpunt opgericht", zegt Jacqueline. Dus werk jij in de GGZ en heb jij een incident meegemaakt, maar weet je niet hoe je dit moet aanpakken? Wij bieden jou de ondersteuning die je nodig hebt bij het doen van een aangifte. Is je bril kapot? Of heb je fysiotherapie nodig na een incident? Dit zijn kosten die wij mogelijk kunnen verhalen op jouw werkgever. Kortom: NU'91 luistert naar jou en zorgt dat er iets in gang wordt gezet, omdat het soms lastig is om er zelf mee aan de slag te gaan.



'WAAROM MAG JE EEN VERPLEEGKUNDIGE OP DE SEH NIET SLAAN EN MIJ WEL?'

ZORG DAT JE ER BIJ KOMT!

Word lid en betaal €50 voor het eerste jaar

Interesse? Kijk op www.mu91.nl/actie

HET BLAD is het ledenmagazine van NU'91.



DE BOND

NU'91
VOOR DE MENSEN IN DE ZORG

Patiënt positionering oplossingen voor laparoscopie en robot chirurgie



Model in 40° Trendelenburg, hier getoond met PatientGuard™ 600 Robot Stirrups, ArmGuard™ rail gemonteerde arm bescherming en TrenGuard™ HYBRID 450 (één van de schouderkussens is doorzichtig gemaakt voor betere visualisatie)

PatientGuard™ Robotic Positioning Systeem FEATURING

TrenGuard™

Trendelenburg Patient Restraint



- **Geen schouder steunen.**
Schouderkussens hebben geen vaste structuur en zijn niet gewicht dragend.
- **Patiënt glijdt niet.**
De 'speed bump' heeft klinisch bewezen de patiënt op zijn plaats te houden.
- **Veelzijdig.**
Het systeem kan patiënten van alle maten aan, van pediatrie tot hoog BMI (250Kg).
- **Ontworpen voor kwaliteitsverbetering.**
TrenGuard werd ontwikkeld om de patiëntveiligheid en de efficiëntie in het OK te verhogen.

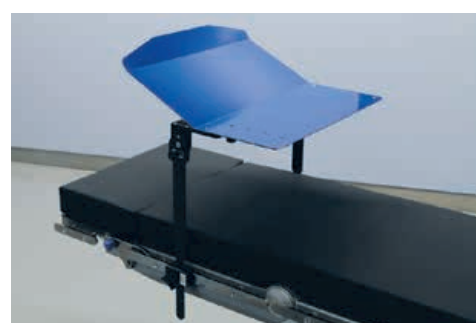
Bezoek www.da-surgical.com
voor de research poster:
**'Preventing patient sliding
in steep Trendelenburg!'**



TrenGuard™
Trendelenburg Restraint



ArmGuard™
Arm Protector



FaceGuard™
Face Protector/ Tray



PatientGuard™
Robotic Stirrups™



CALL US
+32 92 339 037
+1 800.261.9953

EMAIL US
info@careforhealth.eu
da-surgical.com



TrenGuard™ Covered by Patent # 9149406B2, Multiple Patents Pending Copyright 2018 D. A. Surgical All Rights Reserved L10971A7

Smoke evacuation pencils

Less health risk due to clean ambient air at your workplace

The Erbe smoke evacuation pencil evacuates surgical smoke and its potentially dangerous substances directly at the source.

BENEFITS AT A GLANCE

- ☑ The single-use pencils are available immediately for procedures
- ☑ Clean work environment, safer work conditions
- ☑ Comfort for your hand and wrist with
 - Ergonomic design
 - Structured profile on the handle

