

Complete Shoulder Solutions

This comprehensive product offering brings control, efficiency, and strength to soft tissue repairs in the shoulder.

Rotator Cuff Repair



Quattro® Link Knotless Anchors, 4.5 & 5.5 mm

- Suture eyelet design allows for controlled tensioning
- Indicated to accept up to 8 suture limbs



Quattro X/X3 Suture Anchors, 5.5 & 6.5 mm

- Drop-in anchor tip promotes effortless insertion
- 5.5 mm available with 2 or 3 pre-loaded sutures



Quattro Suture Passers

- Reliable pass & retrieve feature (non-retrieving options available)
- Intuitive hand piece design offers smooth, consistent passing

Labral Repair



Quattro GL/GL2 Suture Anchors, 2.9 mm

- PEEK-OPTIMA® material
- Single and double loaded suture options



Quattro Link Knotless Anchor, 2.9 mm

- Individual tensioning provides exact approximation of labral bumper
- Secure suture cleat eyelet design

 **ZIMMER BIOMET**
Your progress. Our promise.®

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:

- groene OK
- robotchirurgie
- gynaecologische ontwikkelingen
- debat met uitdagende stellingen
- filosoof en cabaretier Paul Smit
- ontwikkelingen in de pancreaschirurgie

Het volledige programma wordt te zijner tijd bekendgemaakt via de congreswebsite: www.lvocongres.org. Inschrijven kan op: www.lvocongres.org/registratie.



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:
nederlandsche vereniging voor traumachirurgie **nvt** **NVEC** NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ENDOSCOPISCHE CHIRURGIE **NMLC**

www.lvocongres.org



De Nederlandse OK-Krant nu ook online!

Vanaf deze maand is De Nederlandse OK-Krant ook makkelijk online te lezen via onze website www.denederlandse-ok-krant.nl. De website is ook goed te lezen vanaf mobieltjes en tablets. Naast de actuele print-editie van de OK-Krant vindt u onder meer het volgende:

- Chirurgisch nieuws
- Anesthesiologisch nieuws
- Nieuws van beroepsverenigingen
- Nieuws van ziekenhuizen
- Nieuws van opleidingscentra
- Nieuws van leveranciers
- Columns
- Evenementenkalender
- Vacatures

Nieuwsgierig? Kom dan eens kijken op www.denederlandse-ok-krant.nl

HET JUISTE INSTRUMENT VOOR JE TOEKOMST !



LVO ZOEKT NIEUW LID VOOR COMMISSIE PR & VOORLICHTING

De Commissie PR & Voorlichting zoekt een nieuwe collega. Wij informeren leden en aspirant-leden over de activiteiten van de LVO. Ook geven we voorlichting in ziekenhuizen, op opleidingsinstituten en op congressen over de ontwikkelingen in het beroep operatieassistent.

- Vind je het leuk om voorlichting te geven over jouw beroep?
- Heb je ideeën om de LVO nóg beter op de kaart zetten?
- Wil je je netwerk uitbreiden?
- Ben je een paar uurtjes per week beschikbaar?

Dan is de functie van Commissielid PR&V vast iets voor jou!

Wat levert het op?

- Je leert de beroepsvereniging goed kennen.
- Je ontwikkelt organisatorische en communicatieve vaardigheden.
- Je zult daadwerkelijk iets kunnen betekenen voor je collega's.

Heb je belangstelling voor deze vrijwilligersfunctie of wil je meer weten? Stuur dan een mail naar Jurrien Jongbloed via prvoorlichting@lvo.nl.

Operatieassistent met borstkanker

‘HET WAS EERST NIET TE BEVATTEN’

Joyce van der Meijden (30) is operatieassistent in het Máxima MC in Veldhoven. Een halfjaar geleden merkte ze tijdens het douchen een knobbeltje in haar borst op. Helaas bleek het borstkanker te zijn. Joyce liet zich niet uit het veld slaan, en strijdt met al haar kracht tegen de ziekte. Sterker nog: ze stelde zelf het ideale team samen dat haar zal opereren.

Tekst: Menno Goosen
Foto's: Ivonne Zijp

Wat fantastisch dat je zo open bent over je ziekte!

‘Ik merk dat mensen toch altijd moeite hebben om over mijn ziekte te praten. Ik heb meteen open kaart gespeeld en iedereen op de afdeling laten weten dat ik borstkanker heb. Mensen waarderen dat, maar het blijft een lastig onderwerp. Je bent ineens zelf patiënt.’

Hoe merkte je dat er iets mis was?

‘Eind januari voelde ik een knobbeltje in mijn borst tijdens het douchen. Heel even flitste door mijn hoofd: shit, dat is niet goed. Maar daarna dacht ik al snel: maak je niet druk Joyce, het is vast een opgezette klier. Ik besloot wel om meteen een afspraak met de huisarts te maken, maar het was een vrijdagavond, en om nu daarvoor naar de spoeddienst te gaan ... Dus op maandag zat ik bij de huisarts voor een onderzoek. Zo'n weekend wachten duurt dan wel heel lang.’

En wat zei de huisarts?

‘Zij dacht ook niet meteen aan het ergste. Eerder aan iets goedaardigs of iets hormonaals. Ook gezien mijn leeftijd was het niet waarschijnlijk dat het borstkanker zou zijn. Het voorstel was dan ook dat ik over vier weken zou terugkomen, en dat het dan nog een keer bekeken werd. Dat leek me toch niet zo'n goed idee. Ik wilde een doorverwijzing, ook omdat ik een aantal weken later zou starten met een opleiding bij Defensie. Dus twee dagen later zat ik in mijn eigen ziekenhuis. Nu niet als medewerker, maar als patiënt die voor een mammografie, een echografie en een biopsie kwam.’

Was het niet een enorme drempel om naar je eigen ziekenhuis te gaan?

‘Nee, integendeel. Het voelde juist heel erg vertrouwd. Je kent de mensen en de procedures, wat ik heel erg prettig vind. Naar aanleiding van de beelden van de echo en de mammografie zei de radioloog dat het op een goedaardig gezwel leek. Het kwam wel even in me op om tijdens mijn werk aan een chirurg te vragen wat de uitslag was, maar dat heb ik uiteindelijk niet gedaan.’

Dus vijf dagen later had je een afspraak bij de chirurg?

‘Ja, bij dr. Maaskant, die ik door mijn werk goed ken. Ik werk regelmatig samen met haar. Ik maakte me eigenlijk heel weinig zorgen. Ook omdat ik jong ben, me heel gezond voel en een heel goede conditie heb. Bovendien komt in mijn familie geen borstkanker voor. Ik wimpelde dus ook het aanbod van mijn zus af om mee te gaan, maar dat accepteerde ze niet. Ze ging toch mee. Ik vond het allemaal maar onzin. Ook dat het ziekenhuis niet gewoon even belde om de uitslag door te geven. Ik had het dus echt niet zien aankomen dat dr. Maaskant zei dat ik maar even moest gaan zitten, en dat ze slecht nieuws voor me had. Het bleek invasief carcinoom NST, graad 3, triple negatief.’

Dat is heftig!

‘In de eerste instantie denk je: dit kan niet, dit moet een vergissing zijn. Ze hebben mijn dossier met dat van iemand anders verwisseld. De grond zakt onder je voeten weg en er flitst van alles door je hoofd. Ik heb van de rest van het gesprek dan ook bijna niets meer

meegekregen. Het bizarre is dat je jezelf ook meteen allemaal vragen gaat stellen. Waarom ik? Wat heb ik fout gedaan? Had ik het kunnen voorkomen? Ik rook niet, sport heel veel, heb nog nooit drugs gebruikt...

Nu ben ik in staat om het te relativiseren. Ik heb niets fout gedaan. Het is gewoon domme pech. Wel liep ik na afloop van het gesprek meteen naar mijn leidinggevende toe om het slechte nieuws te vertellen. Zij reageerde gelukkig heel begripvol.’

En toen zat je opeens zelf in de medische molen...

‘Een van de eerste vragen die me gesteld werden, was of ik een kinderwens heb. Die heb ik, dus ik ben meteen gestart met een ivf-traject om eicellen in te vriezen. Ik zou namelijk chemotherapie krijgen en dat kan je onvruchtbaar maken. Inmiddels ben ik gestart met de intraveneuze chemo. Zestien kuren in totaal. Op dit moment heb ik er twaalf gehad. Omdat ik zo veel chemokuren krijg, is de dag voor de eerste kuur een Port-a-Cath geplaatst, een centraal veneuze katheter. Dit voorkomt vaatwandirritatie, want door de cytostatica raken je aderen beschadigd en word je steeds slechter te prikken. Het plaatsen van de Port-a-Cath wordt op de OK gedaan. Ik had die dag nog gewoon gewerkt, en aan het eind van mijn dienst is hij geplaatst. Dat was mijn eerste ingreep in mijn eigen ziekenhuis, en meteen ook de eerste medische ingreep die ik ooit had gehad. De vaatchirurg met wie ik normaal op de hybride OK sta, plaatste hem.’

Hoe ervaar je de chemokuren?

‘Ik merk dat ik er héél erg moe van word. Gelukkig heb ik een goede eetlust en ben ik niet misselijk. Ik mag niet klagen. Inmiddels zit ik al een tijdje in de ziektewet. Desondanks heb ik ook mijn goede dagen. Dan kom gewoon naar de OK toe, trek een pak aan en help een paar uurtjes mee. Ik vind het heel fijn om onder de mensen te zijn. Ik ben niet anders gewend dan te werken, en thuiszitten is dan best lastig. Werken is ook afleiding, en het is prettig om je verhaal te kunnen doen. Mijn collega's vinden het allemaal heel moedig van me. Wel mijd ik bewust even alle borstoperaties. Dan sta ik liever bij de orthopedie.’

Wat is het vervolg van het traject?

‘Op 19 september word ik geopereerd door dr. Maaskant: een borstsparende operatie met LICAP.* Het is wel erg bijzonder om geopereerd worden door een collega met wie je wekelijks op de OK staat. Ik vind het in ieder geval heel erg fijn. Ik heb ook zelf mijn OK-team samengesteld. Allemaal collega's bij wie ik me prettig en vertrouwd voel. Dat geeft me enorm veel steun! Na de operatie zal ik ook nog radiotherapie krijgen. En dan is het maar hopen dat ik klaar ben, en niet nog een postoperatieve chemokuur krijg.’

Hoe komt het dat je zo ontzettend positief bent?

‘Misschien omdat ik hier zelf werk. Voorkennis is natuurlijk heel handig. Aan de andere kant kom ik nu in aanraking met zaken waar ik tot dusver niets van afwist. Maar ik ben denk ik ook positief van mezelf. Het is borstkanker, we zijn er vroeg bij, het is goed te behandelen. Dan wordt dit maar een rotjaar. Ik kom erbovenop. Het kan ook niet anders. Ik ben op een sneltrein gestapt, en ik kan er niet vanaf. In 2020 hoop ik weer de oude te zijn.’



CHIRURG-ONCOLOOG SABRINA MAASKANT ALS BEHANDELAAR VAN JOYCE

'Als mammachirurg word ik regelmatig aangesproken door collega's die zich zorgen maken over hun borsten. Ik organiseer dan op korte termijn een plekje op het Borstcentrum, waar ze onderzocht worden en beeldvorming ondergaan. Doorgaans kan ik ze dan binnen enkele dagen volledig geruststellen. Zo nu en dan loopt het helaas anders. Het is altijd vervelend om tegen iemand te moeten zeggen dat zij borstkanker heeft, het heeft alleen nog een andere lading als je iemand goed kent of er bijna dagelijks mee samenwerkt. Op zo'n moment probeer je je professioneel op te stellen. Zoals bij iedere patiënt doe je je verhaal en probeer je zo veel mogelijk duidelijkheid te geven over de aard van de kanker

en de te volgen behandeling. Maar ondertussen gieren de emoties door je lijf.

Op de werkvloer word je continu aangesproken over de betreffende collega terwijl je niets over de diagnose of behandeling mag zeggen. Je doet net even wat extra moeite om alles soepel en vlot te laten verlopen en maakt waar nodig tussendoor tijd vrij voor die specifieke patiënt. Tegelijkertijd voel je je enorm gevlijd dat iemand die jou en je manier van werken kent ervoor kiest om door jou behandeld te worden. Het is deze "vote of confidence" die ervoor zorgt dat ik me bevoordeeld voel dat ik deze dames, met wie ik nauw samenwerk, mag begeleiden en behandelen.'



Joyce van der Meijden samen met chirurg-oncoloog Sabrina Maaskant.
Foto: Hennie Mulder

Net voor dat het themanummer van *Operationeel* naar de drukker ging, ontving de redactie het onderstaande geweldige bericht van Joyce:



Van: Joyce van der Meijden

Date: do 26 sep. 2019 om 22:04

Subject: Uitslag borstkanker

To: redactie@lvo.nl

Beste redactie,

Nog even een berichtje van mijn kant. Ik heb vandaag te horen gekregen dat ik schoon ben.

Het is nog niet te bevatten maar ik heb de kanker overwonnen!

Groetjes,

Joyce van der Meijden

*LICAP

De letters 'LICAP' staan voor 'Lateral InterCostal Artery Perforator-lap', wat inhoudt dat een lap huid wordt gebruikt die bloed ontvangt van een bloedvatje bij de flank. Dit is een methode die voornamelijk gebruikt wordt voor het opvullen van kleine holtes aan de onder- en buitenzijde van de borst. Tijdens de operatie wordt een lap weefsel met huid in de vorm van een ellipsvormig eiland losgemaakt ter hoogte van de flank. De arts houdt bij het losmaken rekening met de ligging van het bloedvat dat tussen de ribben door loopt en dat belangrijk is voor de doorbloeding van het weefsel. Zodra er genoeg lengte van het bloedvat is vrijgemaakt, draait de arts het weefsel naar de borst toe zonder dat de doorbloeding wordt onderbroken. De borst wordt als laatste zo gemodelleerd dat de vorm van de borst overeenkomt met die van de andere borst. Het litteken dat overblijft na de operatie is een horizontaal litteken op de flank en zijdelings op de rug ter hoogte van de beha-lijn. Dit is dikwijls zeer onopvallend. Na de operatie laat de arts een drain achter in de wond om vocht af te voeren. De verpleegkundige of arts verwijdert deze meestal de volgende dag.

(Bron: Patiënteninformatie Zuyderland, Oncoplastische borstreconstructie)

Als laatste: heb je nog tips voor mensen die net de diagnose borstkanker hebben gekregen?

'Zoek contact met lotgenoten. Hoeveel lieve en goedwillende vrienden en familie je ook om je heen hebt, zij zullen nooit begrijpen hoe je je soms voelt. Mensen die in hetzelfde schuitje zitten doen dat wel. Ik ben lid van een WhatsAppgroep voor jonge meiden met borstkanker, en daar put ik heel erg veel steun en kracht uit. Ook omdat we samen leuke activiteiten ondernemen. Zo hebben we laatst een make-upworkshop gevolgd waarbij je leert hoe je er toch verzorgd kunt uitzien ondanks chemo en bestralingen. Verder krijgen veel patiënten het advies om niet zelf te gaan googelen naar informatie. Uiteraard houdt bijna niemand zich daaraan. Je wilt immers meer weten, maar weet dan wel waar je betrouwbare informatie kunt vinden. Overleg dit met je arts.'

MEER LEZEN OVER BORSTKANKER?

Het oktober nummer van *Operationeel* stond volledig in het teken van borstkanker. De redactie maakte een extra dikke uitgave van maar liefst 96 pagina's. LVO-leden hebben het nummer als onderdeel van hun abonnement ontvangen. Voor andere geïnteresseerden is dit nummer tegen onkostenvergoeding te bestellen via operationeel@lvo.nl.

Media 2020 zullen wij dit nummer gratis beschikbaar stellen als download via www.lvo.nl.



EEN KLEIN GESPREKJE...

Mevrouw X. wordt opgenomen op onze afdeling. Het is een vrouw van 65 jaar die er erg netjes en verzorgd uitziet. Ze voelt zich al dagen niet lekker en al gauw komen de artsen erachter dat zij een urineweginfectie heeft en een longontsteking. Zij is daar gelukkig niet heel erg ziek van, ze krijgt een orale antibioticakuur. Ik had die week vier dagdiensten en verzorgde haar. Al gauw merkte ik dat we een klik hadden. We maakten samen wat grapjes en we kletsten over koetjes en kalfjes...

Op een gegeven moment merkte ik aan haar dat ze wat somber was. Ik vroeg haar of er iets was en op het moment dat ik het vroeg begon ze heel hard te huilen. Ik schrok daar een beetje van, maar tegelijkertijd trok ik de gordijnen van haar bed dicht en ging bij haar op bed zitten. Ik zei: 'lieve schat wat is er aan de hand?' Ze keek me verdrietig aan en zei dat ze kort geleden had gehoord dat ze longkanker had. Ze was erg bang voor wat haar allemaal te wachten stond. Ze moest namelijk nog helemaal door de molen gehaald worden over welke behandeling ze zou krijgen. Ik merkte aan haar dat ze haar verhaal kwijt moest. Ik heb rustig de tijd genomen zodat zij alles kon vertellen waarmee ze zat.

Ik merkte aan haar dat het een opluchting was om erover te praten, en ze gaf aan dat ze erg bang was. Ik begreep haar volkomen en probeerde haar gerust te stellen. Ik kon haar angst helaas niet wegnemen maar ik begreep haar volkomen. We hebben lang met elkaar gesproken en toen ze klaar was met haar verhaal kreeg ik een dikke knuffel.

Helaas heb ik geen afscheid van haar kunnen nemen omdat zij de volgende dag plotseling was ontslagen, wat voor haar natuurlijk erg fijn was, om naar huis te gaan. Toen ik wou beginnen met mijn dienst stond er een cadeautje voor me met mijn naam erop. Het was een cadeautje van die lieve vrouw. Er zat een kaartje aan waarop stond:

Lieve Andreas,

Dankjewel dat je even tijd voor me had en dat je naar mij geluisterd hebt. Dat gaf mij weer een gevoel om te vechten! Ik zag het even niet meer zitten, maar door ons gesprek heb ik de vechtlust teruggekregen.

Dank je wel voor je goede zorgen!

Toen ik het las had ik tranen in mijn ogen en ik dacht: wat heb ik toch een mooi en bijzonder beroep. Zo zie je maar weer wat een klein gesprekje wel niet kan doen.

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



ALLE MEDEWERKERS VAN DE NEDERLANDSE OK KRANT EN DE LVO WENSEN U FIJNE KERSTDAGEN EN EEN HEEL GOED 2020 TOE!



COLOFON

De Nederlandse OK krant is een uitgave van:

VL MEDIA Advies

Schorpioen 77
9602 MJ Hoogezand
Telefoon: 06-11352165
Email: info@denederlandse-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 en het vakblad Operationeel kunt u verkrijgen via info@denederlandse-ok-krant.nl en/of 06-11352165 (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

ONDERZOEK NAAR NIEUWE BEHANDELTECHNIEK VOOR TROMBOSE IN DE LIES

Een nieuwe kathetergeleide techniek om een acute trombose in de lies te verhelpen, levert een minder grote afname van het post trombotisch syndroom op dan verwacht. Er lijkt nauwelijks verschil te zijn met de standaardbehandeling (antistollingsmedicatie en een steunkous). Dat blijkt uit een grootschalig onderzoek onder leiding van het Maastricht UMC+, uitgevoerd in vijftien Nederlandse ziekenhuizen. "De resultaten liggen weliswaar niet in lijn der verwachting, maar zijn wel van grote waarde voor de trombosezorg", zegt een van de hoofdonderzoekers dr. Arina ten Cate-Hoek. Het onderzoek is gepubliceerd in het toonaangevende wetenschappelijk tijdschrift Lancet Haematology.

Een trombosebeen is een veelvoorkomende aandoening, waarbij een bloedstolsel ontstaat in de bloedvaten van de benen. Jaarlijks krijgen 25.000 Nederlanders hiermee te maken. Zonder preventieve maatregelen ontwikkelt ongeveer de helft van de patiënten het zogeheten post-trombotisch syndroom (PTS). Dit kan onder meer leiden tot chronische pijn, wonden aan het been en zwelling. Antistollingsmedicatie en steunkousen vormen de standaardbehandeling. Die medicatie zorgt ervoor dat het stolsel niet doorgroeit. Het lichaam breekt uiteindelijk zelf het stolsel af: hoe beter dit lukt hoe kleiner de kans om PTS te krijgen.

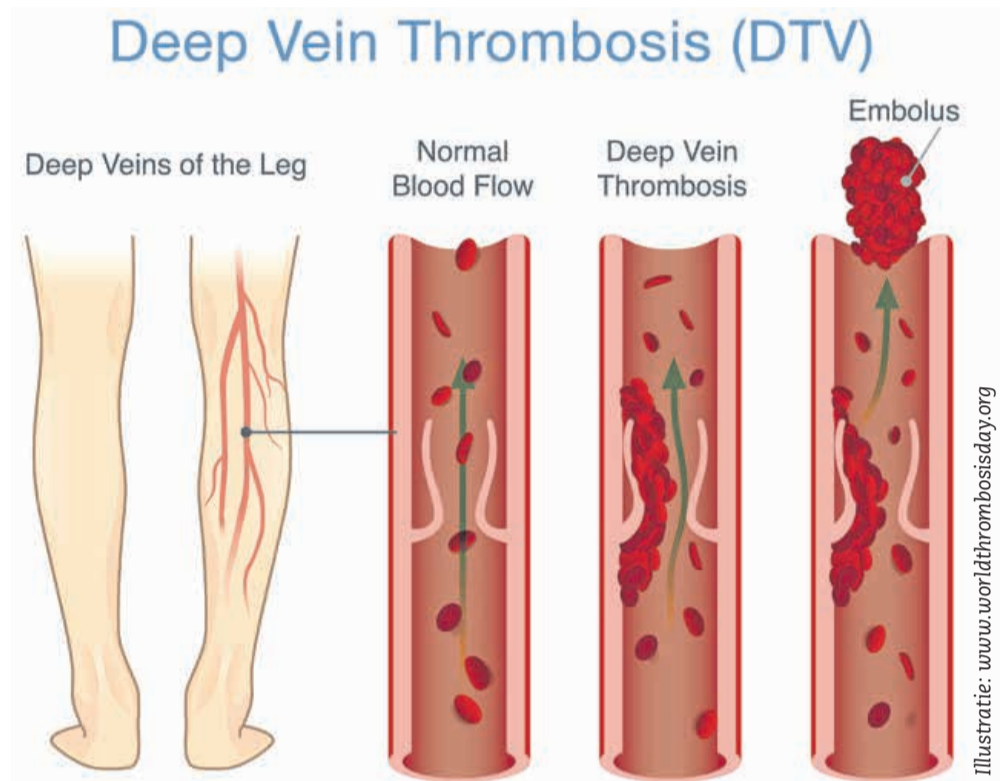
Vergelijking

Een relatief nieuwe techniek, waarbij stolsel-oplossende medicatie via een katheter rechtstreeks in het stolsel wordt gebracht zou mogelijk betere behandelresultaten opleveren. Om dat vast te stellen startten de Maastrichtse wetenschappers een onderzoek om de nieuwe techniek te vergelijken met de standaardtherapie. Hiervoor werden in totaal 184 patiënten met een acute diep gelegen trombose ter hoogte van de lies (vanuit vijftien Nederlandse ziekenhuizen) behandeld. Dit zijn patiënten die normaliter een groter risico lopen om PTS te ontwikkelen. De helft kreeg de standaardtherapie met antistollingsmedicatie. Bij de andere helft werd daarnaast ook de kathetergeleide techniek toegepast. Er bleek echter weinig verschil te zitten in de behandeluitkomsten tussen de twee groepen en het risico op de ontwikkeling van PTS binnen een jaar was nagenoeg vergelijkbaar (ongeveer dertig procent).

Duurzame trombosezorg

Hoewel de studieresultaten niet in lijn der verwachting liggen, maakt dat ze niet minder waardevol volgens trombosedeskundige dr. Arina ten Cate-Hoek van het Maastricht UMC+: "In tegenstelling zelfs. Om de trombosezorg duurzaam en betaalbaar te houden is wetenschappelijk onderzoek naar nieuwe technieken, zoals de kathetergeleide trombolysen, cruciaal. Pas als we zeker weten dat iets meerwaarde heeft voor patiënten, moet je het gaan toepassen in de dagelijkse praktijk. Dat er in de huidige studie slechts kleine verschillen worden gevonden, betekent mogelijk dat bepaalde patiënten beter reageren op de behandeling dan anderen. Wij willen dit verder uitzoeken en uiteindelijk toewerken naar een persoonlijk profiel van de trombose-patiënt, zodat we de meest optimale behandeling voor eenieder kunnen toepassen."

Het wetenschappelijk onderzoek draagt de naam CAVA studie (Catheter Versus Anticoagulation) en werd uitgevoerd in nauwe samenwerking tussen de afdelingen interne geneeskunde, vaatchirurgie en radiologie van het Maastricht UMC+.



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 *

**VOLGEND
JAAR STAAN
WIJ WEER
VOOR U
KLAAR.**

skitter*
DESIGNED TO CREATE

in f t @
www.skitter.nl

Een kijkje in de meldkamer

‘ALS IK NIETS DOE, GAAT DE AMBULANCE NIET RIJDEN’

Op 24 juni van dit jaar was alarmnummer 112 niet bereikbaar door een grote storing bij KPN. Op dat moment opende de landelijke politie een noodnummer en werd in diverse regio's een NL-alert verstuurd met daarin een ander nummer. Saskia Rijnhout is verpleegkundige op de meldkamer in Tilburg. Ze was op dat moment niet aan het werk, maar kan zich wel voorstellen dat er die dag sprake van paniek was. “Er zijn altijd noodplannen voor als er iets gebeurt. Alleen: tijdens deze uitval liepen alle noodplannen vast. Het probleem lag bij de telefooncentrale en daar konden wij niets aan doen. Dan krijg je het wel heet hoor.”



Door: Iris van de Laar & Femke van der Palen
Fotografie: Ton de Bruin

‘Meldkamer ambulancedienst. Wat is het adres van het noodgeval?’ Even daarvoor rinkelde een van de vele telefoons. Aan het deuntje kon verpleegkundige Saskia precies horen of het spoed was. In de grote meldkamer waarin zij werkt, zijn de politie, brandweer en ambulance gevestigd. Elke discipline bestrijkt een eigen hoek. Op de plek waar de verpleegkundigen van de ambulancedienst zitten, staan vijf bureaus in een ronde cirkel opgesteld. Op alle bureaus staan maar liefst acht computerschermen. Zo ziet iedere verpleegkundige in een oogopslag waar de ambulances zijn, waar een melding vandaan komt en welke vragen gesteld moeten worden aan de hand van een vast protocol.

‘Kunt u aan uw man vragen of hij kan glimlachen?
Wat zegt u, blijft een mondhoek hangen?’
Saskia: “Het is in Nederland verplicht om als

meldkamer een uitvraagprotocol te hebben. Op die manier leveren we uniformiteit in zorg. Je hebt twee triagesystemen: NTS (Nederlandse Triage Standaard) en ProQA. Wij werken met ProQA. Dit kan per meldkamer verschillend zijn. De ene helft werkt met NTS, de andere met ProQA. In feite is het gewoon een gestructureerde variant van uitvragen. Op basis van die vragen kom je tot een code. Door die code krijg je een bepaalde urgentie waardoor iedereen minimaal dezelfde zorg krijgt.

‘KINDEREN ZIJN VAAK DE BESTE MELDERS’

Ik mag die zorg wel opwaarderen, maar ik mag niet afschalen. Dat is om te voorkomen dat een ongeval onderschat wordt. En om te zorgen dat – ongeacht waar jij mee belt – ik geen vooroordeel heb op basis van de manier van melden. In de stad kan iemand pijn bijvoorbeeld heel anders beleven dan iemand op het platteland. Helaas bellen sommige mensen heel snel 112 en anderen weer heel erg laat. Dan is het aan mij de taak om op basis van het protocol te reageren. Je moet er dus altijd objectief ingaan, maar dat is soms lastig. Zo gebeurt het wel eens dat iemand belt en zegt: ‘Ik heb die en die klachten en ik heb net ook de huisarts gebeld. Daar kan ik pas over een uur terecht, maar het gaat nu echt niet.’ Dan weet ik dat ze niet wil wachten en dan denk ik daar dus wel iets van. Toch begin ik met diegene uit te vragen en de persoon krijgt de inzet zoals die hoort te zijn. We bieden altijd hulp, maar in zo'n geval kan ik haar doorverwijzen naar een huisarts in plaats van een ambulance erheen te sturen. Dus wij leveren altijd zorg, maar we kijken aan de hand van die vragen welke zorg gepast is.”



Alles draait om goede communicatie

Alle meldingen die Saskia en haar collega's krijgen, worden telefonisch behandeld. Dat betekent dat zij nooit fysiek contact heeft met haar patiënten. "Zodra ik een telefoontje krijg, luister ik niet alleen naar de melder. Je doet ook iets met de omgevingsgeluiden. Je hoort of iemand buiten langs de snelweg staat of bijvoorbeeld in een stal tussen de loeiende koeien. Het kan ook juist te stil zijn op de achtergrond. Of je hoort iemand op de achtergrond op een bepaalde manier ademen waarvan je weet dat het niet goed is. Het is die combinatie van alle geluiden eromheen en hetgeen de melder vertelt, waardoor ik mijn inschatting maak. Alles draait om goede communicatie. Communicatief moet je dus heel sterk zijn, wil je een melder meekrijgen. Een melder is in wezen jouw ogen, maar ook jouw oren en handen. En jij moet zorgen dat die melder gaat doen wat jij wil. Dat is een enorme uitdaging. Je behandelt de patiënt, maar je hebt geen fysiek contact zoals je in een ziekenhuis bijvoorbeeld wel hebt."

'ALLES DRAAIT OM GOEDE COMMUNICATIE'

Opvallend genoeg is er een specifieke groep onder de melders die de verpleegkundigen van de meldcentrale het beste van informatie voorzien. "Meestal zijn dat kinderen die bellen. Dat gebeurt overigens niet vaak. Zij gaan zonder emotie een gesprek in en vertellen precies wat ze zien. Vaak hebben ze wel door dat het iets ernstigs is, maar ze zijn heel objectief. Ze vertellen meteen wat ze zien: 'Ik zie dat hij blauw is of ik zie een wond daar'. Zij kunnen heel plastisch vertellen wat er aan de hand is, waardoor zij helder kunnen vertellen wat er is gebeurd."

Onbekende manier van zorgverlening

Dat deze manier van zorgverlenen anders is, mag duidelijk zijn. "Maar ook meteen een manier die heel onbekend is in Nederland. Er is natuurlijk ook maar een kleine groep die dit vak uitoefent. Je spreekt niet met een telefoniste zoals vaak wordt gedacht, maar met ervaren verpleegkundigen. Iedereen kan zich wel een beeld voorstellen van hoe een ambulance komt voorrijden, maar niemand heeft een duidelijk beeld van hoe het hier op de meldkamer werkt. Alleen: als



ik niets doe, gaat de ambulance niet rijden. Dat stukje bewustwording is er nog niet”, zegt Saskia.

Daarnaast wordt veelal gedacht dat een meldkamer alleen paniekmeldingen ontvangt, maar in werkelijkheid is dat maar een heel klein percentage, namelijk vijf tot tien procent. “Het beeld is dat wij alleen maar schreeuwende mensen aan de telefoon hebben, maar dat is niet zo. Gelukkig hebben we ook veel bellers die pas de telefoon pakken als het écht nodig is. Of soms pas bellen als het te laat is, helaas. Al spreken we ook mensen die bellen voor een sneetje in de vinger en daar moet je ook serieus op reageren.” Al heeft het ook nadelen volgens Saskia. “Soms komt er iets uit wat echt niet nodig is, maar je bent afhankelijk van wat jouw melder zegt. Als de melder zegt: ‘Hij is niet helemaal wakker’, dan moet ik dat geloven. Terwijl ik soms wel eens een andere interpretatie heb. Op dat moment herhaal ik de vraag, maar als ze blijven ontkennen dan weet ik dat daar een ambulance voor moet gaan rijden. Tevens is dit meteen mijn stukje veiligheid, want ik doe geen aannames. Ook al gaat er tegen mijn gevoel in te snel een ambulance rijden.”



‘JE GEBRUIKT DE MELDER ALS JOUW OGEN’

Vanuit de meldkamer komen meerdere geluiden. Verschillende verpleegkundigen zijn aan het telefoneren. Sommigen zelfs met elkaar. ‘Hij is al overleden?’, wordt er vanuit de andere kant gevraagd. “Natuurlijk heb je met veel leed te maken, maar gelukkig ook met mooie dingen. Op het moment dat er iemand overlijdt, is dat natuurlijk heel triest. Maar als je achteraf hoort dat de melder zich niet machteloos voelde, dan hebben wij alles kunnen doen wat in onze macht ligt. Dan is de afloop heel vervelend, maar kan het voor de melder heel waardevol zijn.”



‘WE WORDEN JUUST ONRUSTIG ALS HET TÉ RUSTIG IS’

Waar de ambulancezorg in Tilburg normaal gesproken negenhonderd tot duizend keer per dag meldingen binnenkrijgt, is het rond het middaguur op 24 juni van dit jaar verdacht stil op de meldkamer. Al snel wordt duidelijk dat het landelijk noodnummer 112 niet bereikbaar is door een grote storing bij KPN. Teammanager Yvonne den Ouden probeert vanaf haar vakantieadres te coördineren en mee te helpen waar mogelijk. “We werken heel geprotocolleerd in onze hulpverlening en dat geldt ook tijdens een technische uitval, maar een storing van deze omvang hebben we in Nederland nog maar zelden meegemaakt. Ik had daardoor al snel in de gaten dat er iets aan de hand was en dat er wat moest gebeuren.” Het was vooral opvallend omdat alle centrales in het hele land eruit lagen. “Het is wel eens eerder het geval geweest dat er een meldkamer plat gaat of dat er een regio uitvalt. Maar dan kun je nog naar de ‘buren’. Dit was anders. Nu waren politie, brandweer én de ambulancezorg niet bereikbaar.”

Als we naar de cijfers kijken dan zien we dat 112 vaker is getroffen door een storing. In 2012 was dat zelfs meerdere keren het geval. Onder meer door onderhoudswerkzaamheden. In 2015 was het nummer van de politie niet bereikbaar in het oosten en het midden van het land. In 2017 was hetzelfde nummer voor het hele land een deel van de dag niet bereikbaar. Toen ging het om een stroomstoring. “Het is misschien wel goed – al is goed niet het juiste woord – dat dit een keer gebeurt. Het zet iedereen wel weer op scherp. Alle procedures worden weer eens goed nagelopen en er kunnen verbetertrajecten worden opgestart, die anders te lang op de plank liggen. Maar dit maakt wel dat er nu actie wordt ondernomen. En dat is ook al gebeurd. Er zijn inmiddels al wat kleine punten aangepast, maar het landelijk onderzoek is nog gaande”, zegt Yvonne.

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



NEUROCHIRURG PAUL DEPAUW WINT PUBLIEKSPRIJS BESTE TECH-IDEE 2019

KIJK Magazine heeft aan neurochirurg Paul Depauw van het ETZ (Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis) in Tilburg de onderscheiding 'Beste Tech-idee 2019' toegekend voor zijn uitvinding om met perslucht patiënten te kantelen en te positioneren voor een operatie in buikligging. Deze methode is sneller, gemakkelijker én veiliger dan de bestaande procedures. De uitvinding werd in juni 2019 op de markt gebracht door Ergotrics en ondertussen zijn meer dan vijftig patiënten op deze luchtkussens geopereerd.

Foto's en illustraties: ETZ Fotografie & Film/
Maria van der Heyden

Elk jaar gaat wetenschapsmagazine KIJK op zoek naar het beste tech-idee. De redactie selecteerde in september de innovatie samen met twintig andere ideeën. Iedereen kon deze beoordelen en 'het persluchtidee' werd overtuigend de publieksfavoriet met 655 van de 3500 stemmen. Ook de deskundige vakjury gaf de op één na hoogste score omwille van de eenvoud van de uitvinding met een zeer hoge meerwaarde voor de gebruiker.

Techniek

De slimme techniek werkt eenvoudig: de opblaasmat wordt onder de rug van de patiënt gelegd en met de op elke operatiekamer aanwezige perslucht opgeblazen, waardoor het lichaam kantelt. De OK-medewerkers hoeven daardoor niet meer te tillen. Als het lichaam in de goede buikhouding ligt, worden vervolgens twee luchtkussens op bekken en borst van de patiënt opgeblazen om de patiënt in de voor de operatie ideale positie te leggen. Op basis van grondige kennis van anatomie, fysiologie en fysica ontwikkelde Depauw en zijn team de techniek. De kussens worden op bekken en borst van de patiënt aangebracht als hij op zijn rug ligt en opgeblazen na het omdraaien. Dr. Frank van Eijs, anesthesioloog in het ETZ en hoofdonderzoeker voor de patiëntentesten: "Dit is echt een revolutie voor operaties in buikligging. We verwachten dat dit minder complicaties geeft, want door de optimale positionering is er minder veneuze stuwning is, minder bloedverlies en een duidelijker beeld van het operatiegebied. Dat gaan we nu uitgebreid onderzoeken. Daarnaast geeft het operatieteam de kans om patiënten veilig en makkelijk te kantelen." Jaarlijks worden in Nederland circa 75.000 operaties in buikligging uitgevoerd, waarvan er ongeveer 2.000 à 3.000 in het ETZ plaatsvinden.

Mooie erkenning

"Een heel mooie erkenning," vindt dr. Paul Depauw. "Een operatieteam wordt elke dag geconfronteerd met de moei-



Neurochirurg Paul Depauw laat trots de onderscheiding zien.

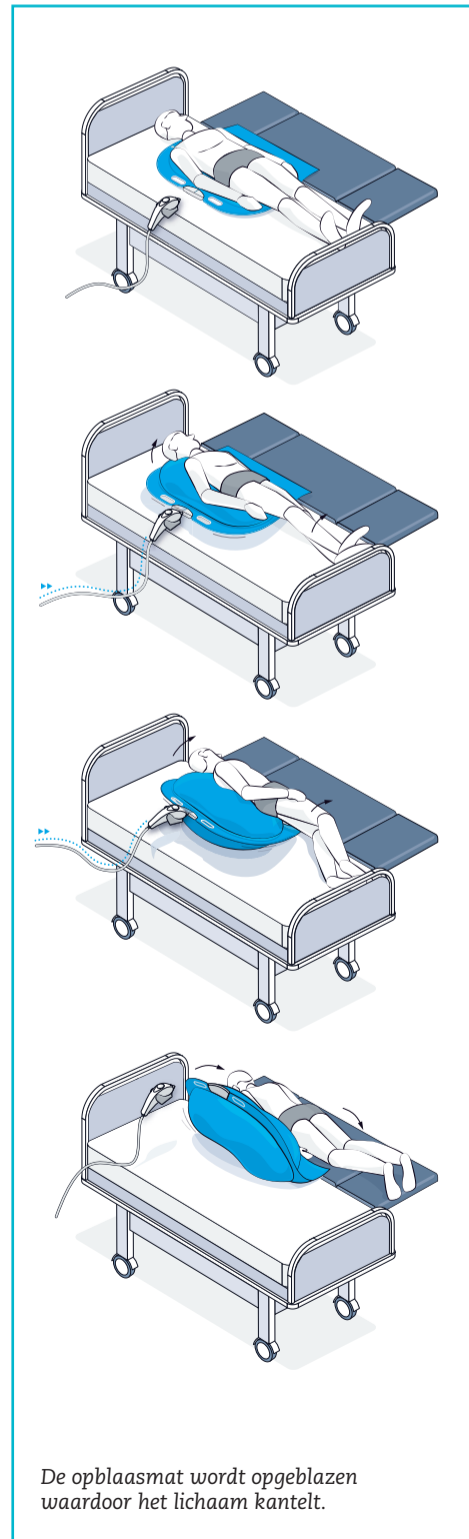
lijkheden om patiënten goed te positioneren voor een rugoperatie. Dat is echter van groot belang om bloedingen en complicaties te vermijden. Het vergt tijd en zware hefkraft van verpleegkundigen. Bovendien zijn rugklachten van de OK-medewerkers hoger dan gemiddeld." Daarom bedacht hij de oplossing om met perslucht en opblaasbare kussens patiënten te kantelen en op te tillen. Een idee dat Europees gepatenteerd werd en nu is bekroond met de publieksprijs 'Beste Tech-idee 2019'.

Uitreiking

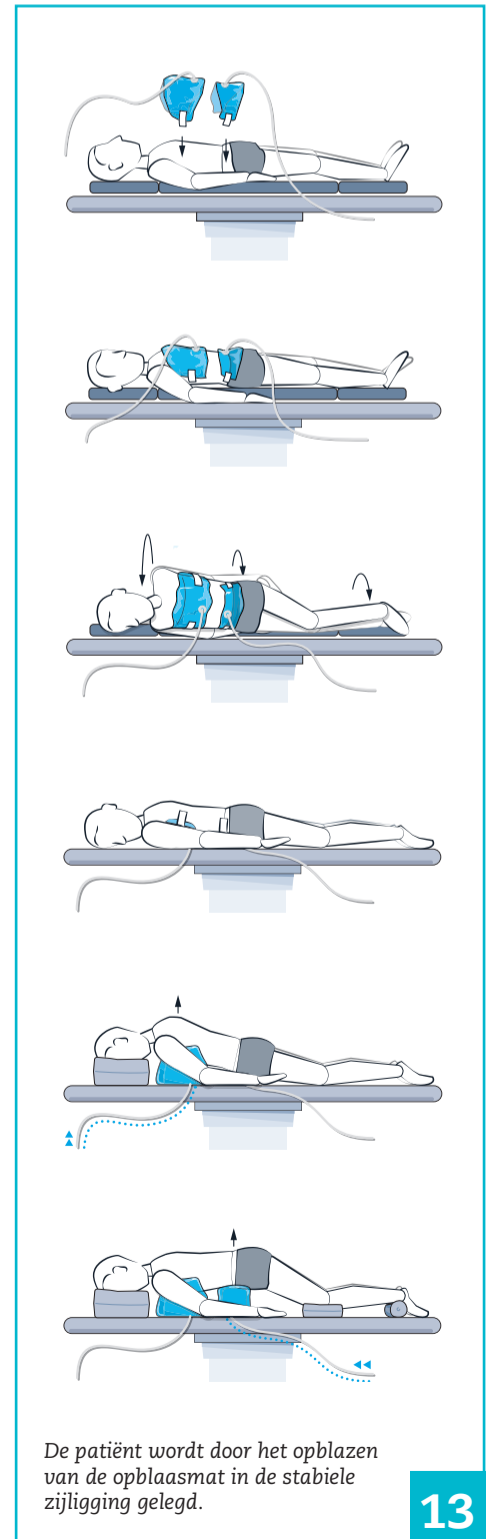
De medewerkers van Ergotrics en een delegatie van de Ok-medewerkers van ETZ waren aanwezig bij de uitreiking. "Een uitvinding is altijd teamwork," verklaarde Paul Depauw bij de overhandiging. "Mijn collega's gaven feedback over het idee en testten het concept uit met proefpersonen. Het team zorgde voor de kwaliteitscertificatie en maakte het prototype klaar voor productie."



De patiënt wordt door het opblazen van de opblaasmat in de stabiele zijligging gelegd.



De opblaasmat wordt opgeblazen waardoor het lichaam kantelt.



De patiënt wordt door het opblazen van de opblaasmat in de stabiele zijligging gelegd.

NEUROCHIRURG LARS LEKSELL 1907-1986

Hij leverde grote bijdragen aan de neurofysiologie en de neurotraumatologie. Maar bovenal was Lars Leksell een innovator in de stereotactische chirurgie.

Tekst: Jeanine Stuart

Foto's/illustraties: met dank aan Elekta AB, Stockholm, Zweden.

Tekening Leksell-rongeur met dank aan sklarcorp.com.

Neurochirurg Lars Gustaf Fritiof Leksell werd geboren in 1907 in het Zweedse Fässberg Parish. Hij volgde zijn medische opleiding aan het Karolinska Instituut in Stockholm, en voltooide deze in 1935. Datzelfde jaar begon hij aan zijn neurochirurgische training bij Herbert Olivecrona in het Serafim-ziekenhuis. Het Serafim-ziekenhuis, opgericht in 1752 en gesloten in 1980, was een van de oudste ziekenhuizen van Zweden. Studenten uit de hele wereld kwamen hier stage lopen.

In 1939 deed Leksell kort vrijwilligerswerk als arts in Finland, toen dit aangevallen werd door de Sovjet-Unie. Tijdens deze oorlog dacht hij vaak na over de mogelijkheid kogels uit hersenen te verwijderen zonder te veel weefsel te beschadigen.

Begin jaren veertig deed Leksell onderzoek in het neurofysiologielaboratorium van de latere Nobelprijswinnaar Ragnar Granit. Hier toonde hij het bestaan aan van gamma-motorneuronen. Daarmee leverde hij een grote bijdrage aan ons begrip van spiercontrole. Gamma-motorneuronen ontspringen op de voorhoorn van het ruggenmerg en eindigen in de spieren, waar ze ervoor zorgen dat een spier op spanning blijft. Ze liggen dieper dan de alfaneuronen, die ervoor zorgen dat spieren samentrekken. Leksell publiceerde over zijn experimenten in zijn proefschrift in 1945.

In 1946 vertrok Leksell naar de universiteit van Lund in Zuid-Zweden. Hier werd hij hoofd van de pas opgerichte afdeling voor neurochirurgie, waar hij in 1958 professor werd. Van 1960 tot zijn pensioen in 1974 was hij professor en hoofd neurochirurgie aan het Karolinska-instituut in Stockholm, waar hij oprichter Herbert Olivecrona opvolgde.

Stereotactisch frame

Lars Leksell pionierde op het gebied van stereotaxie, of 'diepe-hersenchirurgie', een term die zijn voorkeur had. Stereotaxie is een methode om een specifieke plek binnen de hersenen te bepalen. Deze methode wordt vooral gebruikt om processen of gebieden in de hersenen te bereiken die zo diep liggen dat het onverantwoord is om met een grote operatie door het omliggende kwetsbare hersenweefsel heen te dringen.

Op dit gebied werd Leksell geïnspireerd door neurochirurg Henry Wycis, die hij in 1947 opzocht in Philadelphia. Samen met Ernest Spiegel paste Wycis de stereotactische methode voor het eerst succesvol toe op mensen. Ze gebruikten hiervoor een stereotactisch frame dat ze baseerden op het Horsley-Clarke-apparaat. Dit apparaat was ontwikkeld door ingenieur, fysioloog en chirurg Robert Clarke, de grondlegger van de stereotactische methode, en de Engelse neurochirurg Victor Horsley. Het werd voor het eerst gebruikt in 1906 bij cerebellumstudies in proefdieren.

Het frame van Wycis en Spiegel werd gefixeerd op het hoofd van een patiënt, maar anders dan bij het Horsley-Clarke-apparaat werd hiervoor gips gebruikt in plaats van schroeven. Het frame en het gips konden worden verwijderd, zodat aparte beeldvormings- en chirurgie sessies konden worden gehouden. Het frame maakte gebruik van een Cartesiaans coördinatensysteem (met een x-, y- en z-as).

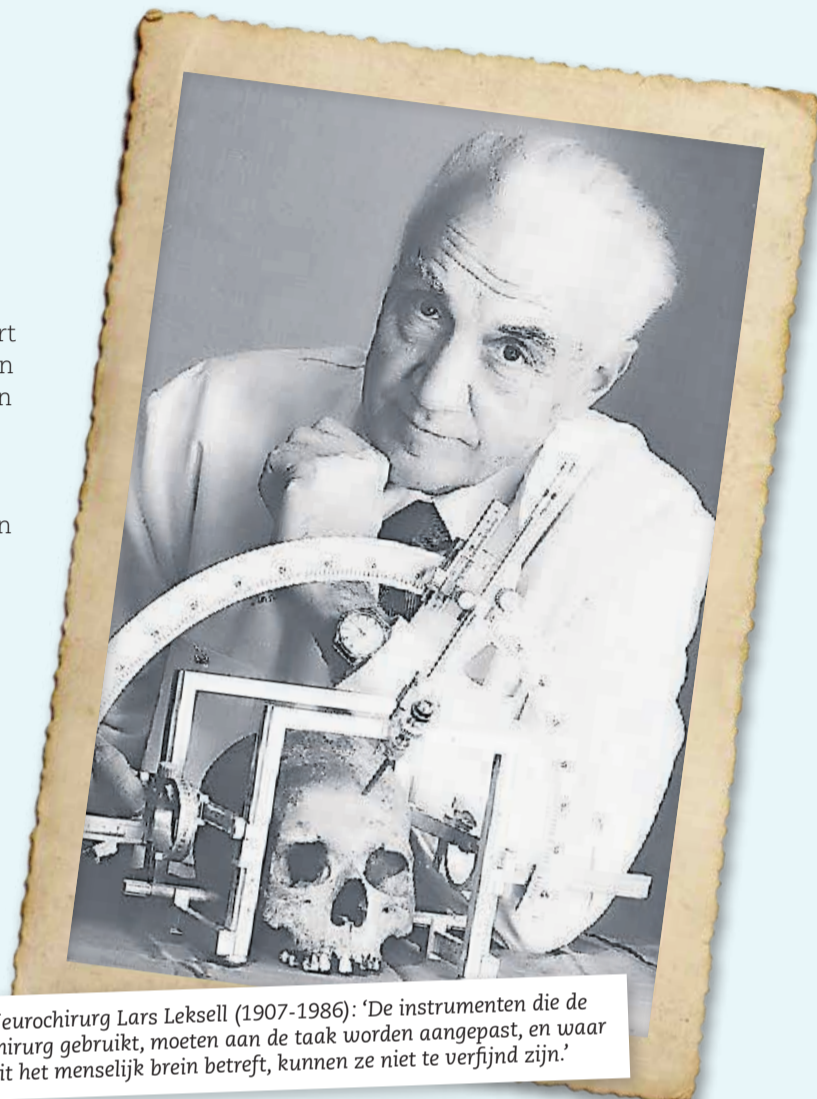
Poolcoördinaten

Leksell ontwikkelde op basis hiervan zijn eigen stereotactische frame, waarover hij publiceerde in 1949. Dit frame had een boog en werkte niet met het Cartesiaans systeem maar met poolcoördinaten (hoek, diepte en anterieure-posterieure locatie). Dit 'boogkwadrant' is veel makkelijker in gebruik omdat het maximale flexibiliteit biedt bij het inbrengen van de probe. In de loop der jaren is het ontwerp aangepast, maar het lijkt nog steeds veel op het origineel.

De eerste gedocumenteerde klinische toepassing van Leksells instrument betrof een craniofaryngioomcyste. Die werd gepuncteerd en behandeld met een injectie van radioactief fosfor. Deze patiënt was waarschijnlijk de eerste in de wereld die deze therapie onderging.

Neurotrauma

Tussen 1947 en 1949 was Leksell terug in Stockholm. Hier hielp hij een afdeling voor neurotrauma op te richten bij Olivecrona. Hij ontwikkelde dankzij deze ervaring een levenslange interesse in hersentraumapatiënten. Dit had onder meer als gevolg dat hij voor deze patiëntengroep ultrasound als diagnostische methode ontwikkelde. We kennen deze methode als echo-encefalografie. Deze methode werd met sceptis ontvangen, maar Leksell geloofde in zichzelf en zette door. In 1955 publiceerde hij zijn werk.



Neurochirurg Lars Leksell (1907-1986): 'De instrumenten die de chirurg gebruikt, moeten aan de taak worden aangepast, en waar dit het menselijk brein betreft, kunnen ze niet te verfijnd zijn.'



Leksell zocht naar alternatieve stralingsbronnen en ontwierp een apparaat dat werkt met kobalt-60, een radioactief isotoop dat gammastraling produceert: het gamma-mes. Op de foto een van de eerste testversies.



Lars Leksell (links) bereidt in 1960 een radiochirurgische ingreep voor met een protonenstraal die gegenereerd wordt door de 'Uppsala synchrocyclotron'.

Protonstraling

In Lund werkte Leksell nauw samen met de natuurkundige en radiobioloog Borje Larsson van de universiteit van Uppsala, waar ze beschikten over een synchrocyclotron (deeltjesversneller). Deze samenwerking leidde tot de ontwikkeling van de stereotactische radiochirurgie ('chirurgie zonder de schedel te openen').

Ze gebruikten de synchrocyclotron voor stereotactische bestraling met hoogenergetische protonen. Deze werden vanuit verschillende richtingen afgevuurd op een klein, duidelijk gedefinieerd gebied in de hersenen. Op deze manier konden anatomische gebieden in de hersenen op een niet-invasieve manier worden vernietigd of doorgesneden. Protonstraling is te vergelijken met de kosmische straling die onder andere van de zon afkomstig is. Leksell en Larsson pasten de techniek eerst toe bij geiten. Ze publiceerden hierover in Nature in 1958. Ook behandelden ze enkele menselijke patiënten met de synchrocyclotron: met parkinson (pallidotomie), een psychiatrische stoornis (capsulotomie) en pijn (mesencefalotomie). Uiteindelijk bleek de protontechniek te complex voor klinische toepassing.

Gamma-mes

Leksell zocht naar alternatieve stralingsbronnen en ontwierp een apparaat dat werkt met kobalt-60, een radioactief isotoop dat gammastraling produceert: het gamma-mes. De kobaltbronnen zijn gerangschikt in een groot helmvormig apparaat, waarin zich gaten bevinden die de afmetingen van de stralingsbundeltjes bepalen. De ontwikkeling hiervan begon nadat Leksell Olivecrona had opgevolgd aan het Karolinska-instituut in 1960. In 1968 werd in het Sophiahemmet-ziekenhuis in Stockholm het eerste prototype geïnstalleerd. Leksell behandelde er 762 patiënten mee.

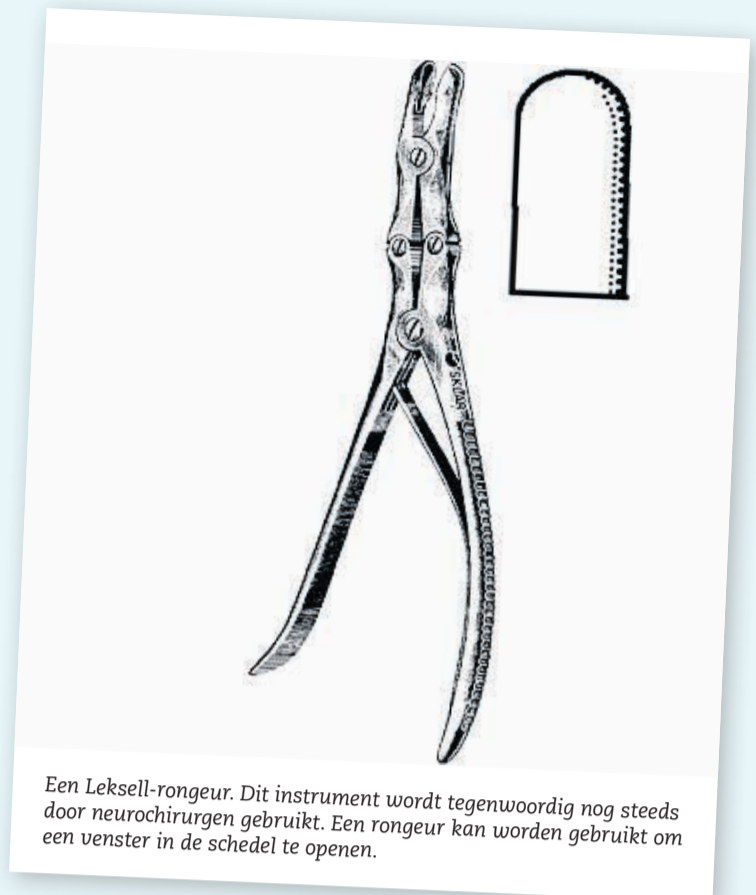
Tegenwoordig wordt het gamma-mes gebruikt als een effectieve behandeling voor aandoeningen zoals arterioveneuze malformaties, hypofysetumoren, akoestische neuromen, meningiomen en gemetastaseerde en primaire hersentumoren.

Nog een noemenswaardige innovatie van Leksell is zijn rongeur, die tegenwoordig door de meeste neurochirurgen wordt gebruikt. Een rongeur kan worden gebruikt om een venster in de schedel te openen.

Fabrikant

Het gamma-mes wordt vervaardigd door het Zweedse Elekta Instruments, dat apparatuur fabriceert gebaseerd op uitvindingen van Leksell. Het bedrijf werd door hem gesticht in 1972, samen met zijn zoon Laurent, die toen nog student was aan de Stockholm School of Economics.

Op 12 januari 1986 stierf Leksell, 78-jar oud, tijdens een wandeling in de Zwitserse Alpen.



Een Leksell-rongeur. Dit instrument wordt tegenwoordig nog steeds door neurochirurgen gebruikt. Een rongeur kan worden gebruikt om een venster in de schedel te openen.

Bronnen

- Backlund, EO. Lars Leksell- a Portrait by a Friend. Appl. Neurophysiology 1986; 49:73-181.
- Leksell L. The action potential and excitatory effects of the small ventral root fibres to skeletal muscle. Acta Physiol Scand 1945:1-79.
- nvvn.org
- ntvg.nl
- wikipedia.org
- Leksell Gamma Knife Society



Een actuele versie van Leksells Gama Knife.


**EXPEDITION
CRUISES**
HANSEATIC
— inspiration —


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 ¹⁸/₉₁ LLOYD
CRUISES

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

De orthopedisch chirurgen Chris van den Broek (l.) en Jacob Caron beoordelen een knie.



KRAAKBEEN VIA KIJKOPERATIE TERUGGEPLAATST

"Al twee jaar had ik last van mijn linkerknie bij het sporten", blikt Sidney Beltman (19) terug. Haar knie wilde maar niet herstellen. Een MRI-scan wees uit dat het kraakbeen beschadigd was. Zij onderging daarom een kraakbeentransplantatie in het ETZ (Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis). De terugplaatsing van het kraakbeen is onlangs gedaan via een arthroscopie, een primeur in Nederland.

Foto's en illustraties: ETZ Fotografie & Film

Kraakbeentransplantaties zijn sinds voorjaar 2019 weer mogelijk in het ETZ. De orthopedisch chirurgen moesten eind 2016 noodgedwongen stoppen, omdat de firma die de kraakbeencellen in een laboratorium kweekte plotseling niet meer leverde. Gelukkig voor Sidney en andere lotgenoten is er nu een nieuwe leverancier. Daardoor konden de behandelingen worden hervat.

Gezond weefsel

Sidney: "De eerste operatie voor het op kweek zetten van het kraakbeen vond zes weken geleden plaats. De dagen daarna had ik moeite met lopen, maar de pijn vond ik erg meevallen." Bij deze operatie werd vastgesteld hoe groot de schade aan de knie was en werden losse stukjes kraakbeen verwijderd. Tegelijkertijd nam orthopedisch chirurg Jacob Caron gezond weefsel weg om nieuwe kraakbeencellen mee op te kunnen kweken in het laboratorium, in combinatie met het bloed van de patiënt. Dit heeft als voordeel dat alleen lichaamseigen stoffen worden gebruikt, waardoor de kans op succes groter is.

Na zes weken werd het gekweekte kraakbeen in het Orthopedisch Centrum van locatie ETZ Waalwijk terugplaatst in de knie van Sidney. "Ook

deze ingreep, die maar een half uurtje duurde, is goed verlopen. Ik ben nu aan het revalideren. Ik krijg daarbij hulp van fysiotherapeuten." De complete behandeling staat in een handige app van het ziekenhuis, met nuttige informatie, herstelschema's en video's. Sidney: "Ik ben heel tevreden over de nazorg die ik nu krijg. Ik ga over zes weken voor controle terug naar het ziekenhuis, hopelijk zijn mijn knieklachten dan voor altijd verleden tijd."

Nieuwe techniek

De nieuwe techniek voor het via een kijkoperatie terugplaatsen van het kraakbeen hebben Jacob Caron en zijn collega Chris van den Broek in Berlijn geleerd, van kniespecialist Tobias Jung. Caron: "Na het maken van kleine sneetjes in de knie druppel ik de bolletjes kraakbeen via een minuscuul rietje terug in de knie. Die bolletjes kleven vanzelf aan het schoongemaakte kraakbeendefect. Daarna vloeien de druppeltjes in de warme omgeving van de knie als spiegeleieren uiteen. De twee belangrijkste voordelen van een kijkoperatie ten opzichte van een traditionele open operatie zijn minder pijn voor de patiënt en een sneller herstel. Patiënten kunnen direct na de operatie de knie buigen en strekken, maar de mate waarin wordt in de loop van zes weken verder opgebouwd."



Het operatieteam (v.l.n.r.): Kris Vromans, Sabine Geerts, Chris van den Broek, Sam Wintermans (biotechnologiebedrijf Co.don) en Jacob Caron.



De arthroscopie.

TRAUMADAGEN 2019

Foto's: Guus Pauka

De Traumadagen 2019 vonden plaats op donderdag 28 november en vrijdag 29 november in de RAI te Amsterdam. Ook dit jaar participeerde de LVO weer in het programma.

De vrijdagochtend stond in het teken van de revalidatiegeneeskunde. Speciaal voor operatieassistenten organiseerde de LVO een parallelsessie over dit thema. Een van de hoogtepunten was het moment dat dwarslaesiepatiënt Evert Bloemert liet zien hoe een exoskelet zijn leven ingrijpend veranderde. Door een ernstig ongeval in juli 2016 liep hij een incomplete dwarslaesie op ter hoogte van T11/12. Door middel van crowdfunding lukte het om de aanschaf van een exoskelet te financieren. Met een dergelijk 'robotpak' kan de patiënt zelfstandig staan en lopen.





AMINATA KAN WEER SAMEN MET ANDEREN ETEN

Diep in het binnenland van Guinee woont Aminata met haar moeder, zusje en broertje. Ze is een lief, verlegen meisje van 8 jaar oud, maar door ondervoeding lijkt het alsof ze nog maar 4 is. Als mensen naar haar kijken houdt ze vlug haar hand voor haar mond. Eten doet ze alleen als ze helemaal alleen is. De schaamte overheerst.

‘IK HOOP DAT AMINATA EEN GOEDE TOEKOMST KRIJGT NU ZE GEOPEREERD IS. NA HAAR HERSTEL BRENG IK HAAR NAAR SCHOOL.’

Osaman, de oom van Aminata

Tekst en foto's: Mercy Ships

Een gespleten lip

Aminata is geboren met een gespleten lip. Daardoor heeft ze niet alleen moeite met eten, maar wordt ze ook nog eens uitgelachen door andere kinderen, omdat ze haar mond niet dicht kan doen. Vaak huilt ze zachtjes voor zich uit, alleen, in een donker hoekje van het huis. Ze durft inmiddels zelfs niet meer met anderen samen te eten.

Een tweede kans

Haar oom Osoman, die in Conakry woont, was in 2012 net te laat om Aminata aan te melden voor een operatie op de Africa Mercy. Gelukkig krijgt hij een tweede kans in 2018, als Mercy Ships Guinee weer aandoet. Zou hij nu op tijd zijn? De screening is ook dit keer al voorbij, maar Osoman weigert om zich erbij neer te leggen. Met Aminata aan de hand stapt hij vastberaden binnen bij een screeningslocatie voor tandheelkundige problemen. En dan gaat het snel. Dankzij de volharding van haar oom loopt Aminata een paar minuten later de kliniek uit met een afspraakkaartje voor een chirurgisch onderzoek. Een wonder, zowel voor Aminata als voor haar oom!

De maaltijd delen

Aan boord van de Africa Mercy wordt gewerkt aan de lichamelijke én psychische gezondheid van Aminata. Allereerst wordt haar gespleten lip gecorrigeerd zodat ze haar mond voortaan dicht kan doen. Ze hoeft voortaan niet meer bang te zijn om uitgelachen te worden. De liefde van vrijwilligers aan boord helpt haar om uit haar schulp te kruipen. Ze is nog wat onzeker, maar zal snel de maaltijd weer durven delen met haar oom, tante en neefjes. Ze doet nu weer volledig mee!



Aan boord van de Africa Mercy wordt gewerkt aan de lichamelijke én psychische gezondheid van Aminata

MAAK MEEDOEN MOGELIJK

Aminata kan weer écht meedoen dankzij de gratis operatie die ze bij Mercy Ships kreeg. Ze werd niet alleen genezen van haar gespleten lip, maar ook bevrijd van sociale angst en schaamte. Deze maand voeren we actie om juist mensen als Aminata te kunnen helpen. In totaal willen we circa 500 behandelingen mogelijk maken (300.000 euro). Kijk op operatiemeedoen.nl en doe mee!



Maquet PowerLED II

Innovatieve verlichting op de OK

De eersteklas Maquet PowerLED II OK-lamp zorgt voor een heldere, schaduwvrije verlichting in uw conventionele of hybride operatiekamer.

De hoogwaardige verlichting vermindert de belasting van de ogen en verbetert weefselvisualisatie.

Meer weten? Kijk op onze website.



Meer weten? Scan de QR-code en bekijk de video of ga naar www.getinge.com

GETINGE ✱

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 traumachirurgie nvt NVEG NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ENDOSCOPISCHE CHIRURGIE NVL8

www.lvocongres.org

Operatieassistenten en anesthesiemedewerkers bij het Radboudumc

Direct onbepaalde tijd contract (18-36 uur per week)

Jij bent een enthousiaste en ambitieuze (bijna) CZO gediplomeerde operatieassistent of anesthesiemedewerker en wil graag binnen een level 1 traumacentrum werken. Op onze academische OK voel je de verantwoordelijkheid om samen met je eigen dedicated OK-team, kwalitatieve OK-zorg te leveren bij complexe en acute operaties. Wij zoeken operatieassistenten én anesthesiemedewerkers die zichzelf willen blijven ontwikkelen en daarom bewust kiezen voor een academisch ziekenhuis. Ben je benieuwd wat dit betekent?

Kom vrijblijvend een dagje meelopen op onze OK en ervaar zelf hoe het is om in het Radboudumc te werken. Kijk voor meer informatie op www.radboudumc.nl/meelooptdag-operatieassistent en www.radboudumc.nl/meelooptdag-anesthesiemedewerker en meld je aan voor een meelooptdag.

Wij bieden

- Direct onbepaalde tijd contract (18-36 uur per week)
- Max. € 57.255 bruto per jaar bij volledig dienstverband incl. vakantiegeld en 13e maand
- Loonstijging in augustus 2020 met 3%.
- Een 9-urige werkdag, zodat je bijvoorbeeld 3x9 of 4x9 kan werken
- Het Radboudumc betaalt 70% van je pensioenpremie. Hierdoor valt je netto salaris hoger uit.

Voor alle aanvullende vragen over de functie kun je contact opnemen met Anja van Wincoop, floormanager OK via Anja.vanWincoop@radboudumc.nl



COBRADAGEN 2020: ÓÓK VOOR OPERATIEASSISTENTEN

Voor gynaecologen zijn de COBRAdagen al sinds jaar en dag vaste prik: om het jaar als de bloembollen bloeien naar Noordwijkerhout om in tweeënhalve dag te worden bijgepraat over alle nieuwe ontwikkelingen in de gynaecologische chirurgie. Maar de COBRAdagen zijn ook voor operatieassistenten interessant. Daarom ging de redactie van De Nederlandse OK-Krant in gesprek met een van de organisatoren van de COBRAdagen: Cor de Kroon.



met name de grote oncologische ingrepen – ongelofelijk fascinerend vond. Enerzijds de operatie zelf, maar ook de manier waarop je als patiënt en arts samen het pad naar die grote ingreep bewandelt. Die combinatie maakt dat ik me met hart en ziel inzet om de zorg voor die patiënten in de breedste zin van het woord te verbeteren. Niet alleen bij mij in de spreekkamer, maar in het algemeen. Zo beantwoord ik vragen op kanker.nl, ben ik voorzitter van de richtlijncommissie en organiseer ik dus bij- en nascholing. De COBRAdagen organiseer ik samen met Jurgen Piek (gynaecoloog-oncoloog in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven) en Barbara de Jong (van NewBrooklyn, de congresorganisatie). Er zitten operatieassistenten uit het hele land in het programmacomité.'

Waarom hebben jullie ervoor gekozen een congres te organiseren voor gynaecologen en operatieassistenten samen?

'Dat heeft meerdere redenen. Maar de belangrijkste is wel dat we er echt van overtuigd zijn dat opereren teamwerk

is. Teamwerk waarin de operateur natuurlijk een grote rol heeft, maar de rol van de operatieassistent, de anesthesist en bijvoorbeeld ook de gynaecoloog in opleiding is minstens zo groot en belangrijk. Daarom is het niet meer dan logisch om ook samen op nascholing te gaan. De gynaecoloog komt heel geïnspireerd thuis en gaat aan de slag met wat is geleerd. Dat gaat honderd keer sneller als er ook een operatieassistent geïnspireerd is. Of andersom: een vernieuwing die de gynaecoloog niet is opgevallen maar de operatieassistent wel, is veel makkelijker te beoordelen als de gynaecoloog ook aanwezig was. Kortom: samen op nascholing is naar ons idee veel effectiever. En het is natuurlijk ook gewoon goed voor de teamspirit om buiten de OK contact te hebben. De COBRAdagen bieden daarvoor een uitgelezen kans met een inspirerende plek en een leuk sociaal programma.'

Maar operatieassistenten willen toch (ook) heel andere dingen leren dan gynaecologen?

'Natuurlijk. En daarom zijn er ook drie parallelsessies die specifiek

worden georganiseerd voor en door operatieassistenten. Er is een sessie over de bekkenbodem, specifiek gericht op de kennis en vaardigheden die operatieassistenten nodig hebben, er is een sessie over communicatie en samenwerking vanuit het perspectief van de operatieassistent en een zogenaamde hands-on sessie waarin operatieassistenten zelf een aantal workshops kunnen kiezen. In combinatie met de plenaire sessies is het – volgens ons – een heel educatief en interactief programma waarin operatieassistenten kennis en inspiratie kunnen opdoen.'

Klinkt goed. Wat zou u de operatieassistenten die dit lezen nog willen meegeven?

'Haha, dat is makkelijk: schrijf je nu in – met korting – via www.cobradagen.nl en kom op 1, 2 en 3 april 2020 allemaal naar Noordwijkerhout. Neem vooral ook je gynaecoloog mee.'

Kunt u zich misschien even voorstellen?

Cor de Kroon: 'Natuurlijk. Ik ben Cor de Kroon, gynaecoloog-oncoloog in het Leids Universitair Medisch Centrum. Ik ben gynaecoloog-oncoloog geworden omdat ik juist het opereren – en dan

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

9.400 chirurgische instrumenten en 100 operaties per dag 1 traceerbare workflow

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. Niet alleen op de OK, maar ook op de CSA, intensive care en nog veel meer afdelingen.

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

GETINGE
PASSION FOR LIFE

PTSS – HERKEN DE SIGNALLEN

Maar liefst tachtig procent van de bevolking maakt tijdens zijn leven een traumatische gebeurtenis mee. In tien procent van deze gevallen resulteert dit in PTSS. Wat veelal wordt gedacht, is dat een posttraumatische-stressstoornis zich beperkt tot oorlogsslachtoffers of militairen. Maar niets is minder waar; eveneens in de hulpverlening kan een traumatische ervaring uitmonden in PTSS. FLOOR sprak met twee begeleiders uit de gehandicaptenzorg over hun ervaringen met deze psychische aandoening en de stigmatisering vanuit de maatschappij. Het is namelijk zo dat zorgpersoneel tot een hogere risicogroep behoort. Psycholoog Manon Budy kan dit beamen: "Het is altijd maar de vraag wat je aantreft; een heftig ongeval, agressie, een nare gebeurtenis maar ook hevige emoties kunnen elkaar afwisselen in werksituaties."

**ZORGMEDEWERKERS ZIJN
HOOGRISICOGROEP VOOR
ONTWIKKELEN PTSS**

Tekst: Iris van de Laar



ILSE: “JE EIGEN LICHAAM VOELT GEWOON NIET VEILIG”

Ilse (32) werkt al veertien jaar in de gehandicaptenzorg en sinds 2011 op dezelfde locatie. Eind 2018 komt ze thuis te zitten met PTSS, wat niet te wijten is aan cliënt-interactie. Het zat 'm vooral in het ondermaatse optreden van het management en hoe sommige medewerkers de cliënten bejegenden.

“Het is niet zo dat ikzelf een traumatische ervaring heb meegemaakt, maar het heeft te maken met een te hoge werkdruk in combinatie met niet gehoord worden. Door het enorme personeelstekort had ik meer dan 610 overuren. Dat is absurd. Maar dat niet alleen. Door de continue wisselingen van flexwerkers word je onzeker of jouw cliënten wel de juiste zorg krijgen. Ik heb gezien hoe cliënten tegen de muur aan werden gedrukt, omdat werknemers niet wisten hoe ze met gedrag van cliënten om moesten gaan. Als ik met dit soort klachten naar mijn leidinggevende stapte, werd er gezegd dat we het zelf mochten oplossen. Volgens het management zetten wij onszelf met dit beklag in een kwaad daglicht. We moesten blij zijn met alle hulp die we kregen. Wij draaiden op een gegeven moment dubbele diensten, omdat wij dachten dat we onze cliënten zo konden beschermen tegen onervaren uitzendkrachten. Dat houd je wel even vol, maar uiteindelijk stort je in.”

Blaauwe plekken

“En als er dan nog een moment komt waarbij je – door de blauwe plekken op het lichaam – ziet dat

ze niet op de juiste manier worden behandeld, dan slaat de angst toe. Met aantoonbaar bewijs zijn we naar het management gestapt maar daar werd het weggewuifd. Dat snap ik gewoon niet. Deze mensen, deze kwetsbare mensen, zijn afhankelijk van jou. Dat maakte het voor mij zo moeilijk en verdrietig. Gelukkig kon ik het wel met collega's bespreken maar dat loste het probleem niet op.”

Het beheerst je leven

“Eigenlijk had ik in de zomer van 2018 al klachten die ik negerde. Het begon met slecht slapen, nachtmerries, prikkelbaarheid en woede-uitbarstingen. Maar op de een of andere manier ben je nog strijdbaar, omdat je vindt dat je door moet gaan voor je cliënten. Maar in september kon ik niet meer. Je hebt continu een verhoogde alertheid, je concentratie is weg en ook autorijden wordt een probleem. Je herkent jezelf niet. Je eigen lichaam voelt gewoon niet veilig. Je raakt het vertrouwen kwijt in jezelf, maar ook in anderen. Ik dacht: alsjeblieft, geef me therapie. Ik moet hier vanaf! Echt, PTSS beheerst je hele leven.”

Veel mensen maken tijdens hun leven een schokkende gebeurtenis mee waarna ze kortdurend stressklachten ervaren. Dit is een normale, menselijke reactie. De meesten kunnen een schokkende gebeurtenis goed verwerken met de steun van mensen om hen heen. Maar als de traumatische ervaringen ongewild en langdurig op diverse manieren of momenten worden herbeleefd, kan er sprake zijn van een posttraumatische-stressstoornis (PTSS). Dit is namelijk een lange, heftige stressreactie op een schokkende gebeurtenis. Hierbij ben je op de één of andere manier blootgesteld aan bedreiging, de dood, verwonding of seksueel geweld. Overigens hoeft het niet zo te zijn dat jij het alleen zelf meemaakt, ook als je getuige bent of je naaste iets ingrijpends meemaakt, kun je PTSS ontwikkelen. “Verwar PTSS niet met een psychotrauma. Je kunt namelijk een psychotrauma ervaren zonder PTSS te ontwikkelen. Al wordt PTSS wel gediagnosticeerd naar aanleiding van een psychotrauma”, zegt Manon Budy.

Taboe

PTSS ontwikkeld door een heftig trauma is voor velen de meest bekende vorm. “Dat er nog een stigma zit op PTSS heeft denk ik te maken met het beeld dat er bestaat. Op het moment dat PTSS gerefereerd wordt aan een oorlogsslachtoffer of iemand die is verkracht, dan heeft iedereen daar begrip voor. Dat is heel erg invoelbaar en begrijpelijk dat iemand daar last van ondervindt en een GGZ-traject aangaat. Maar op het moment dat er niet één duidelijk voorval is geweest, wordt er vaker onbegrip getoond vanuit de maatschappij”, zegt Manon. Terwijl in veel gevallen van PTSS het juist een opeenstapeling is van meerdere gebeurtenissen die je niet voldoende hebt verwerkt. De ervaren onveiligheid op de werkvloer in combinatie met negatieve gedachten, een sombere stemming, hoge prikkelbaarheid en angst spelen een grote rol. Deze onveiligheid kan ontstaan door onderbezetting, veelvuldig inzetten van flexwerkers maar ook het ontbreken van protocollen.

PTSS als beroepsziekte

In principe kan iedereen PTSS ontwikkelen. Wel komt duidelijk naar voren dat genetische kwetsbaarheid en persoonlijkheid een rol kunnen spelen bij het ontwikkelen ervan. “Daarnaast is het risico bij zorgpersoneel groter. In hun werksituaties komen vaker heftige gebeurtenissen en emoties naar voren. Zij komen sneller in nare situaties. Ook agressie en het risico op agressie speelt een belangrijke rol. De blootstelling aan bepaalde situaties in het werk van zorgpersoneel, maakt de kans veel groter. Daarnaast heeft het ook een ontzettende impact wanneer je getuige bent van heftige reacties en gebeurtenissen.” Op de vraag of jij je als hulpverlener weerbaar kunt maken, zegt Manon het volgende: “In de zorg is elke dag dusdanig anders, dat het lastiger is om je op dit soort situaties voor te bereiden. Als ambulancepersoneel bijvoorbeeld zit je het ene moment bij slachtoffers van een brand en vervolgens moet je naar een trein- of auto-ongeluk. Hier is het uiterst belangrijk dat de meldkamer de juiste informatie geeft, zodat het zorgpersoneel zich goed



kan voorbereiden. Dan bereiden ze zich daar mentaal anders op voor dan dat ze er blanco instappen en overspoeld worden door hetgeen wat ze aantreffen." Dit geldt niet alleen voor ambulancepersoneel. De overdracht en communicatie - tussen wie dan ook in de zorg - blijft een essentieel onderdeel. Tijd krijgen om voorbereidend werk te kunnen doen, sluit daar goed op aan. Maar ook verantwoordelijkheid en het gevoel van veiligheid zijn uiterst belangrijk.

Eerste signalen en tips

PTSS is geen stemmingsstoornis net als depressie, maar een angststoornis. "Dat betekent niet dat je geen depressie kunt krijgen door deze angststoornis. Het lichaam is namelijk continu in staat van paraatheid. Je lichaam en geest blijven voortdurend in een bepaalde angst hangen. Daardoor ervaart je lijf bepaalde symptomen, zoals heftige emoties. Dit zijn vaak een van de eerste signalen. Het gevolg is vaak dat je deze emoties niet meer laat zien, waardoor je deze gaat opkroppen. Als dit lang genoeg aanhoudt, ga je verschillende klachten ervaren zoals slecht slapen en interesseverlies. Vanuit deze klachten kan het zijn dat er stemmingsproblematiek gaat ontwikkelen."

Omdat PTSS niet te voorkomen is, is het heel erg belangrijk om signalen snel te herkennen. Daarin is de steun van werkgever, collega's, vrienden en familie enorm belangrijk. "Zoek na een heftig voorval je collega's op en maak het bekend bij je leidinggevende. Zorg als organisatie dat er een protocol is, zodat mensen weten wat ze moeten doen bij een dergelijke gebeurtenis. En als je merkt dat klachten blijven aanhouden, ga dan alsjeblieft naar een professional. Er zijn zoveel effectieve behandelmethodes voor PTSS. Je hoeft er niet mee rond te lopen. Je hoeft het niet alleen te doen".



LILIAN:

“OP DIT MOMENT GAAT DE WERELD ECHT VEEL TE SNEL VOOR MIJ”

Lilian (59) werkt al 42 jaar in de gezondheidszorg, waarvan acht jaar in de gehandicaptenzorg. In 2014 begon ze op de locatie waar ze uiteindelijk eind 2018 tegen de lamp liep. Lilian is gediagnosticeerd met PTSS, is behandeld met EMR-therapie en heeft een depressie.

“Voor mij was er één moment en toen dacht ik: nu is het klaar. Nu ben ik zó overstuur en hebben ze me aan het huilen gekregen. Dit past totaal niet bij mij. Ik herkende mezelf gewoon niet. Ik merkte dat ik al zo ver over mijn grenzen heen was gegaan dat ik het niet normaal kon verwoorden. Er was zoveel boosheid en frustratie na de zoveelste keer dat er niets werd gedaan vanuit het management. Het was letterlijk de laatste druppel. Dit gebeurt niet zomaar ineens. Natuurlijk gaat daar al veel aan vooraf.”

Er gebeurde niets

“We werkten veertien uur per dag en dat soms wel zes dagen achter elkaar. Dan had je één dag vrij en dan begon het riedeltje weer opnieuw. Er werden wel uitzendkrachten ingezet, maar zij waren niet deskundig genoeg om voor de cliënten te zorgen.

Wat resulteerde in een hogere werkdruk voor mijn collega's en mij. Die vele personeelwisselingen zorgden ervoor dat mensen onrustig en agressief werden. Maar het heeft ook betrekking op jezelf. Je wordt zelf ook onzeker of jouw cliënten wel de juiste zorg krijgen. Meerdere malen heb ik, óók mijn collega's, klachten ingediend. Er moest iets gebeuren, maar er gebeurde niets.”

Geen concentratie

“En dan zit je ineens thuis. En dan? Ik houd van lezen, reizen, ballet en klassieke muziek. Maar ik kan niet eens één bladzijde lezen en dan vertellen wat ik nu eigenlijk gelezen heb. Ik kan niet meer naar een voorstelling, want van autorijden word ik angstig en zo'n lange treinreis is te vermoeiend. Ik kan mijn hobby's niet meer uitoefenen, want mijn concentratie is volledig weg. Overal in huis kom ik briefjes tegen

met dingen die ik moet onthouden. Het niet meer uit elkaar kunnen houden van je eigen gedachten, dat is toch naar? En het ergste: ik kan niet meer voor andere mensen zorgen, want ik werk niet meer. Dit alles was wie ik ben, maar het is van mij afgepakt. Ik ben de regie over mijn eigen leven kwijtgeraakt. En dat vind ik echt heel erg.”

Lichtpuntje

“Voor mezelf ligt er een taboe op PTSS. Ik vind zelf dat ik enorm faal en dat ik tekortschiet. Ik ben een sterke vrouw. Ik kon echt alles alleen, maar nu is het anders. Gelukkig heb ik veel lieve mensen die mij steunen en begrip hebben voor de situatie. Ze luisteren en geven raad. Ze zijn er voor mij. Dat is het allerbelangrijkste. Dat is een klein lichtpuntje: ik word gezien. Ik word gehoord.”

de glossy voor verpleegkundigen en verzorgenden

FLOOR

DE GLOSSY VOOR VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN

De nieuwste FLOOR verscheen op 1 december 2019

REALISATIE KUNSTBAARMOEDER VOOR PREMATUREN SNEL DICHTERBIJ

De kunstbaarmoeder is een stap dichterbij gekomen. Een Europees consortium onder leiding van Eindhovense onderzoekers ontvangt hiervoor namelijk een nieuwe subsidie van 2,9 miljoen euro van EU-programma Horizon 2020. Een kunstbaarmoeder kan de overlevingskansen vergroten van veel te vroeg geboren baby's door de omstandigheden in een echte baarmoeder na te bootsen. Waar het een jaar geleden nog slechts ging om een eerste ontwerp tijdens de Dutch Design Week, kan met deze subsidie een werkend prototype worden gerealiseerd.

Een kunstbaarmoeder dient als vervanging van de couveuse en kunstmatige beademing. 'Het doel is om met een kunstbaarmoeder extreem vroeg geboren kinderen door de kritische periode van 24 tot 28 weken te helpen', vertelt Guid Oei, gynaecoloog in het Máxima MC en deeltijdhoogleraar aan de Eindhoven University of Technology (TU/e). De overlevingskansen van deze baby's zijn klein; ongeveer de helft overlijdt bij 24 weken zwangerschap. De baby's die overleven, hebben vaak hun leven lang problemen met chronische aandoeningen zoals hersenschade, verminderde longfunctie en/of netvliesproblemen, met mogelijk blindheid tot gevolg. 'Met elke dag dat de groei van een foetus van 24 weken in een kunstbaarmoeder wordt verlengd, stijgt de overlevingskans. Als we de foetale groei van deze kinderen in de kunstbaarmoeder kunnen verlengen tot 28 weken, is het risico op voortijdig overlijden teruggebracht tot 15%', zegt Oei.

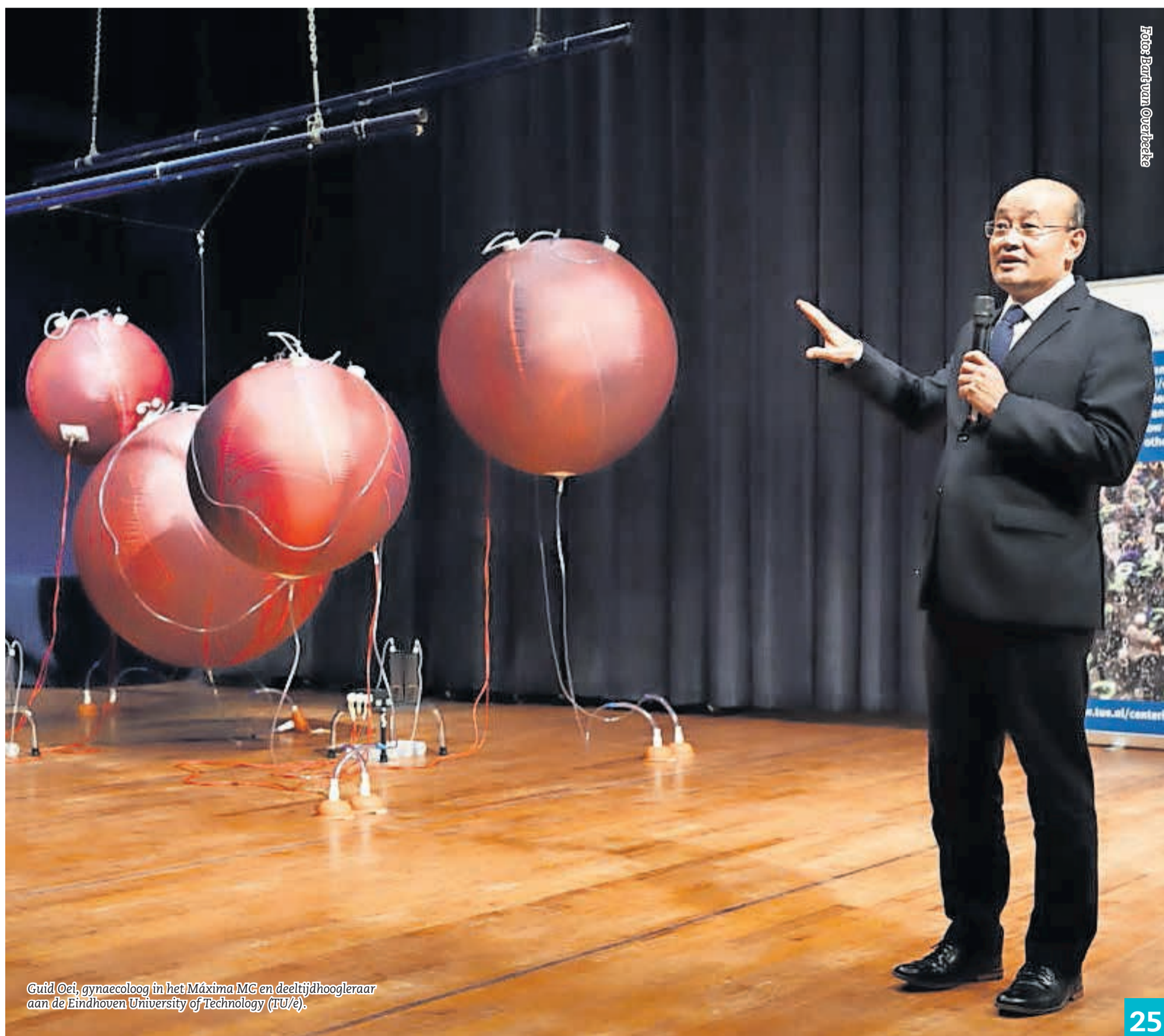
'We zullen uitgaan van verschillende technologieën om de kunstbaarmoeder tot stand te brengen', vertelt

Frans van de Vosse, hoogleraar cardiovasculaire biomechanica aan de faculteit Biomedische Technologie van de TU/e en coördinator van het project. 'De omgeving waarin de te vroeg geboren baby's worden opgevangen is net als de natuurlijke baarmoeder op vloeistof gebaseerd. Hierin vindt dus geen beademing met zuurstof via de longen plaats. Zuurstof- en voedingsstoffenuitwisseling verloopt via de navelstreng met een kunstmatige placenta. Het systeem dat daarvoor zorgdraagt monitort continu de toestand van de baby. Denk hierbij aan hartslag en zuurstofvoorziening, maar ook hersen- en spieractiviteit. Geavanceerde computermodellen die de toestand van de baby simuleren worden gebruikt om zeer snel de arts te ondersteunen in besluitvorming omtrent de instellingen van de kunstbaarmoeder.'

In het project is ook de groep Industrial Design of Embedded Systems onder leiding van Loe Feijs actief. Zij ontwikkelen een foetale oefenpop die nauwkeurig veel te vroeg geboren baby's in een

intensivere instelling kan simuleren. Hiermee kan de kunstbaarmoeder in een realistische testomgeving worden geëvalueerd voordat deze in de kliniek wordt toegepast.

'De komende vijf jaar gaan we deze technologieën in Europees wetenschappelijk verband verder onderzoeken, testen en uitwerken om tot een eerste prototype kunstbaarmoeder te komen. Dat is een geweldig mooie uitdaging', aldus Oei. TU/e en MMC zijn initiatiefnemer van dit Europese consortium in samenwerking met LifeTec Group, Nemo Healthcare, Politecnico di Milano en Universitätsklinikum Aachen. De partners die in dit consortium samenwerken, zijn experts op alle deelgebieden die nodig zijn om de kunstbaarmoeder te ontwikkelen. Door de ervaring te delen en de krachten te bundelen komt de realisatie van de kunstbaarmoeder snel dichterbij.



Guid Oei, gynaecoloog in het Máxima MC en deeltijdhoogleraar aan de Eindhoven University of Technology (TU/e).

6.2 MILJOEN EURO EXTRA VOOR ONDERZOEK NAAR LIPOFILLING BIJ VOLLEDIGE BORSTRECONSTRUCTIE



Foto: Shutterstock

Op korte termijn komt er 6,2 miljoen euro extra geld beschikbaar voor onderzoek naar de toepassing van lipofilling bij een volledige borstreconstructie na borstkanker. Minister Bruins van VWS heeft dit besloten na een advies van het Zorginstituut Nederland. De toekenning is van groot belang voor borstkankerpatiënten. Het geld is bedoeld om aanvullend onderzoek te doen naar de effectiviteit en veiligheid van lipofilling als techniek voor een volledige borstreconstructie.

Het gaat om vrouwen die een borstamputatie hebben ondergaan vanwege borstkanker of een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen hiervan als gevolg van een genmutatie. Met deze studie kan worden aangetoond dat lipofilling een effectieve en veilige methode is. Dit is een belangrijke voorwaarde voor vergoeding vanuit het basispakket. Lipofilling wordt op dit moment in Nederland nog niet vergoed voor een volledige borstreconstructie. Dit geldt wel voor andere reconstructietechnieken, zoals bijvoorbeeld voor reconstructies met siliconen borstimplantaten. De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) is blij met het extra geld en hoopt dat dit onderzoek een definitieve doorbraak betekent.

BREAST-trial

Momenteel loopt er in Nederland al een landelijk studie, de zogenaamde BREAST-trial, gecoördineerd door het Maastricht UMC. In dit onderzoek wordt lipofilling vergeleken met een borstreconstructie met een siliconen borstprothese. Projectleider en plastisch chirurg, prof. dr. René van der Hulst: "Lipofilling is een techniek die al veelvuldig en met veel succes binnen de borst reconstructieve chirurgie wordt toegepast voor kleine defecten. Binnen de BREAST-trial onderzoeken we de effecten van toepassing bij een volledige borstreconstructie. Deze wordt vergeleken met de standaardbehandeling, een borstreconstructie met implantaat. Door de onderzoeksopzet waarbij patiënten loten voor één van beide behandelingen, wordt het hoogst

haalbare wetenschappelijke bewijs geleverd. Dat is belangrijk om een uitspraak te kunnen doen of lipofilling voor een volledige borstreconstructie doelmatig is. Als dat zo is, komt er eindelijk de noodzakelijke vergoeding vanuit het basispakket." Het gaat hierbij om een zogeheten Voorwaardelijk Toelatingstraject vanuit het Zorginstituut Nederland, waarin vrouwen moeten loten voor een van deze methoden. Tot 1 oktober 2019 konden patiënten besluiten deel te nemen om op deze manier binnen een vergelijkend onderzoek kans te maken op een borstreconstructie met lipofilling. Voordat de studie is afgerond, zou er geen lipofilling-behandeling (meer) kunnen worden aangeboden voor een volledige borstreconstructie.

Tweede studie

De 6,2 miljoen euro die nu extra beschikbaar komt, is bestemd voor een tweede studie (BREAST II) verdeeld over 10 klinieken. Maximaal 350 vrouwen kunnen hierdoor alsnog met lipofilling worden behandeld als totale borstreconstructie techniek. René van der Hulst is verheugd dat met de BREAST II studie voor meer vrouwen een volledige borstreconstructie met lipofilling beschikbaar wordt gemaakt. "Voor een definitieve vergoeding moeten we de resultaten van de BREAST-trial afwachten. Maar door de BREAST II zijn er wel 350 extra patiënten die in aanmerking kunnen komen om met deze veelbelovende en innovatieve techniek een borstreconstructie te ontvangen. Voor vrouwen met borstkanker is het kunnen kiezen uit meerdere

borstreconstructiemethoden erg belangrijk. Niet elke methode is voor iedereen geschikt en niet elke vrouw wil borstimplantaten."

Waardevolle aanvulling

De NVPC zet zich al jaren in om de behandeling met lipofilling vanuit het basispakket vergoed te krijgen. Deze techniek kan vooral voor vrouwen die een borstsparende operatie of borstamputatie vanwege borstkanker hebben ondergaan, een waardevolle aanvulling op de huidige behandelopties zijn. Lipofilling maakt gebruik van het verplaatsen van vetcellen, van een locatie waar er genoeg vet is naar een locatie waar er een tekort aan vet is. Na het transplanteren van deze vetcellen, moeten deze vetcellen ingroeien. De vetcellen zorgen voor volume, maar verbeteren ook de doorbloeding van het aangedane gebied en kunnen bovendien pijnklachten verminderen, door een inert pijnstillend effect en doordat ze het bot of de zenuwen bedekken. Bij een behandeling met lipofilling is geen lichaamsvreemd materiaal nodig zoals bijvoorbeeld bij een siliconenprothese, waardoor er geen risico is op infectie, kapselvorming met bijbehorende pijnklachten, ruptuur en de noodzaak van latere prothesewissels. Lipofilling leidt nauwelijks tot extra littekens, het gaat om een relatief weinig belastende operatie, waarvan er wel 3 of 4 nodig zijn voor een goed resultaat, en het herstel verloopt over het algemeen snel. Bovendien groeit het verplaatste vetweefsel mee met de rest van het lichaam en geeft het daardoor een levenslang resultaat.

Patiënt positionering oplossingen voor laparoscopie en robot chirurgie



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!'

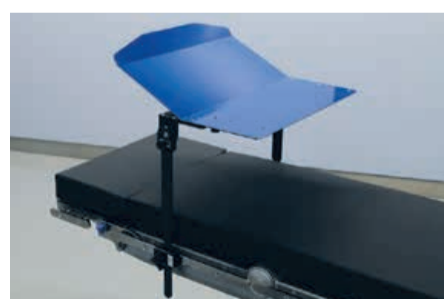
Model in 40° Trendelenburg, hier getoond met PatientGuard™ 600 Robot Stirrups, ArmGuard™ rail gemonteerde arm bescherming en TrenGuard™ HYBRID 450 (één van de schouderkussens is doorzichtig gemaakt voor betere visualisatie)



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



erbe
power your performance.



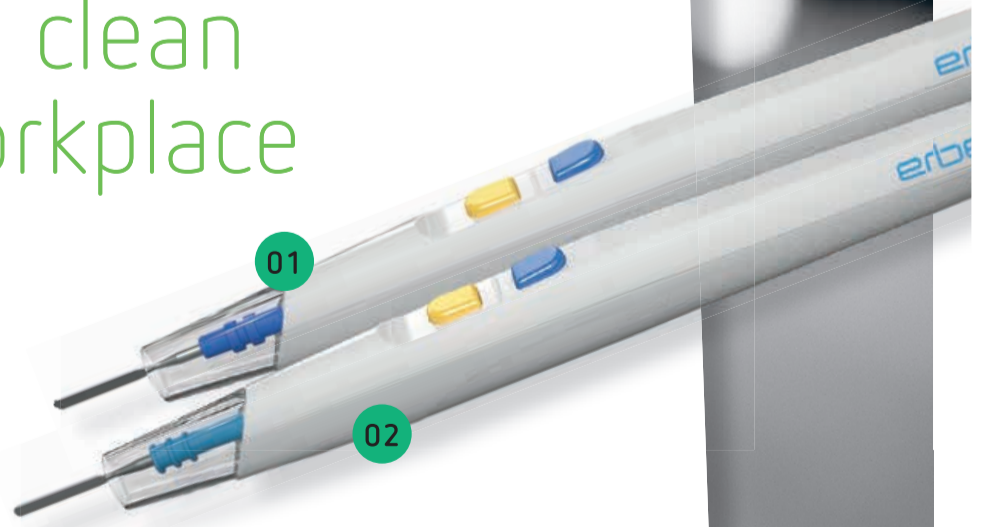
Smoke evacuation pencils

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



01 Spatula electrode with 3 m or 5 m tubing
02 Coated spatula electrode with 3 m or 5 m tubing