

DE NEDERLANDSE OK KRANT

DE KRANT VOOR OK-MEDEWERKERS | JAARGANG 3 | EDITIE 1 | JANUARI 2020

HEEFT U EEN VACATURE?

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

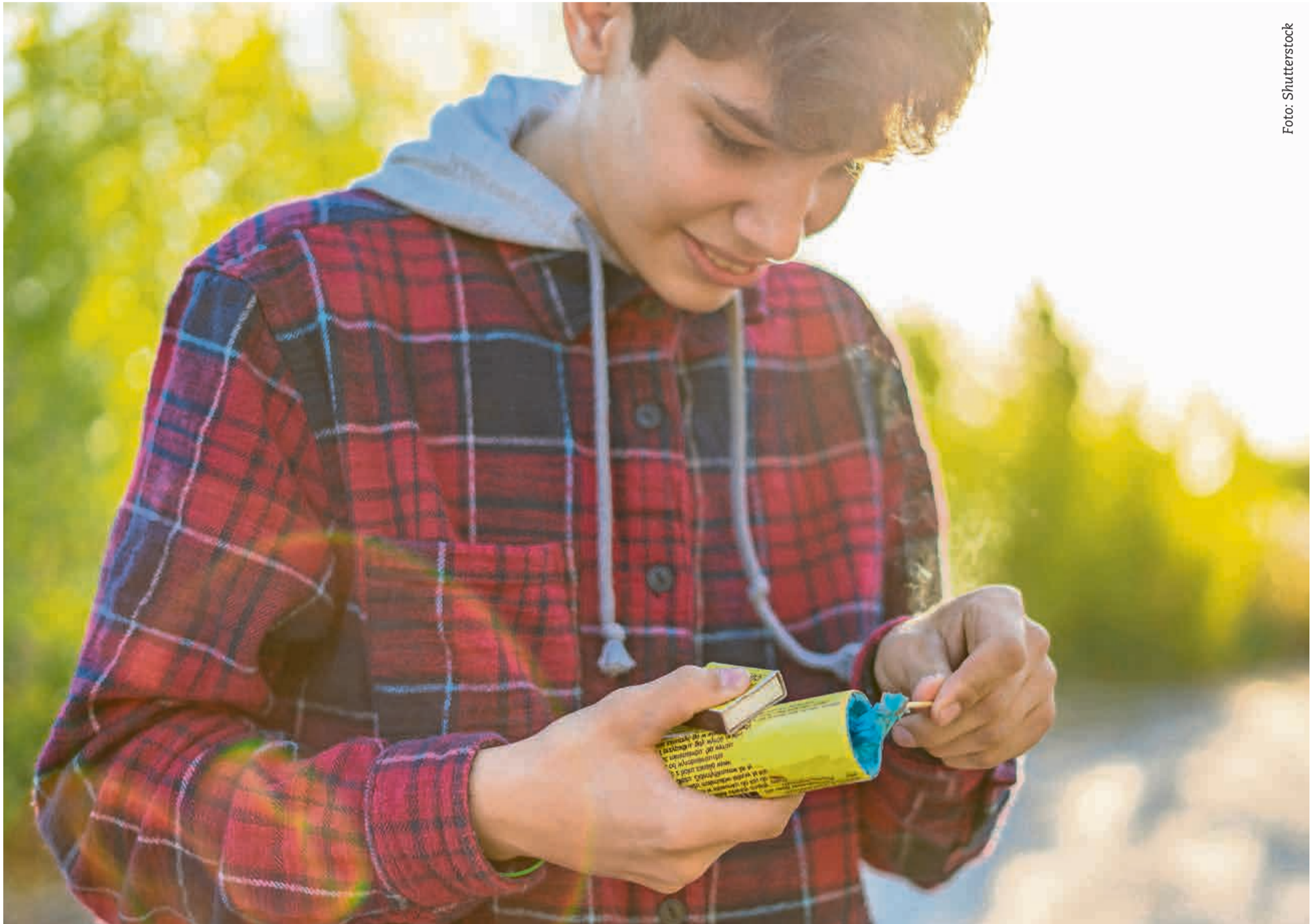


Foto: Shutterstock

IN DIT NUMMER ONDER ANDERE:

LVO EN DE NEDERLANDSE OK-KRANT steunen vuurwerkmanifest

NIEUWJAARSOCHTEND: 21 beschadigde ogen in Oogziekenhuis Rotterdam

GS1 HEALTHCARE CONFERENCE in New Delhi



Kom jij ons team versterken als operatieassistent?



Wij zijn een topklinisch opleidingsziekenhuis en daar zijn we trots op. Maar nog belangrijker: samen zijn we een organisatie van en voor mensen. Dat zie je, proef je en ervaar je. Als patiënt én als medewerker. Welkom bij #teammartini.



- Het Martini Operatiecentrum heeft veertien operatiekamers.
- We opereren ook op het Operatief Dagcentrum en Brandwondencentrum.
- We werken intensief samen in diensten van acht uur.
- De sfeer is informeel, met aandacht voor elkaar en werkplezier.
- We assisteren bij alle specialisaties, van laag tot hoog complex.
- Door de vlotte wissels doe je twee tot acht operaties per dag.
- De operatiekamers zijn ruim en modern en voorzien van daglicht.
- We doen 18.000 operaties per jaar.
- We opereren ook met de Da Vinci robot.

Dit hebben we te bieden

Ruim en groen wonen in Noord-Nederland, verhuiskostenregeling als je van ver komt, aandacht voor duurzame inzetbaarheid (o.a. vitaliteit, balans werk-privé), een goed salaris en mooie arbeidsvoorwaarden (o.a. bedrijfsfitness en fietsplan) en een inspirerend team in een energieke werkomgeving.

Nieuwsgierig?

Neem contact met ons op voor een rondleiding en/of afspraak voor een maatwerkgesprek over arbeidsvoorwaarden. Je kunt bellen of mailen met manager Wouter Loef, tel. (050) 524 7530 of w.loef@mzh.nl.

#teammartini



De vacature vind je op werkenbijmartiniziekenhuis.nl/vacatures

'De sfeer is goed, dat doet veel'

Susan Veentjer (26) heeft haar opleiding op het Martini Operatiecentrum gedaan en werkt nu al weer vier jaar als gediplomeerd operatieassistent. 'In de diensten werk je als allround operatieassistent. Dan komen vrijwel alle specialismen aan bod. Daarnaast heb ik ervoor gekozen om vakkener Neurochirurgie te zijn. Juist deze afwisseling spreekt mij aan.'



Al tijdens haar opleiding merkte Susan dat ze zich thuis voelt in het Martini. 'De sfeer is goed, dat doet veel. We hebben als collega's oog voor elkaar en werken echt als een team. We helpen elkaar en vangen elkaar op. Die collegialiteit is er ook als het gaat om het ruilen van diensten; dat is nooit een probleem.'

'Naast het werk organiseren we veel leuke activiteiten, zoals een bowlingtoernooi, deelname aan de 4 Mijl van Groningen en samen paardrijden. Daarmee blijven we vitaal. In het hele ziekenhuis is veel oog voor vitaliteit als onderdeel van het programma Sterk in je Werk. Zo zijn bijvoorbeeld de stoelmassages erg populair.'

'We zijn een vooruitstrevend ziekenhuis met volop ruimte om te leren, cursussen te volgen en congressen te bezoeken. Daarnaast kun je jezelf ontwikkelen in bijvoorbeeld robotchirurgie, CRM-veiligheidsstrainingen of het ERAS-kwaliteitsprogramma. Allemaal mooie dingen.'

LVO EN DE NEDERLANDSE OK-KRANT STEUNEN VUURWERKMANIFEST

De LVO, (Landelijke Vereniging van Operatieassistenten) en De Nederlandse-OK-Krant hebben zich aangesloten bij het vuurwerkmanifest.nl. Dit brede manifest pleit ervoor dat er uiterlijk 2020 een verbod komt op consumentenvuurwerk. De aangesloten organisaties vinden dat vuurwerk uitsluitend in handen moet zijn van professionals. Een te groot aantal mensen loopt letsel door vuurwerk op, tot aan amputaties van vingers, complete handen en blindheid toe. Met grote professionele vuurwerkshows kan iedereen genieten van vuurwerk, op een veilige manier.

Medische beroepsbeoefenaars zien in hun dagelijkse werkzaamheden de persoonlijke en maatschappelijke ellende, veroorzaakt door consumentenvuurwerk. Bovendien ontstaat door consumentenvuurwerk heel veel materiële schade aan de persoonlijke en publieke ruimte en gebouwen. In 2016 was dat zelfs 11 miljoen euro. Ook (hulp)honden, katten, vogels en andere dieren hebben veel last van vuurwerkstress.

Onder de vele aangesloten medische organisaties bevinden zich onder andere: KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst), NVPC (Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie), NVT (Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie), NOG (Nederlands

Oogheelkundig Gezelschap), LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging), V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland), NVK (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde), NVSHA (Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulpartsen), NCJ (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid), Oogziekenhuis Rotterdam en KNO (Nederlandse Vereniging voor KNO-Heelkunde).

Het manifest is te lezen en te tekenen op www.vuurwerkmanifest.nl.

Een algemene petitie voor een vuurwerkverbod staat op www.petities.nl en is al 377.655 keer ondertekend. (Stand 7 januari).



Foto: Shutterstock

NIEUWJAARSOCHTEND: AL 21 BESCHADIGDE OGEN IN HET OOGZIEKENHUIS ROTTERDAM

Tijdens oudjaarsnacht zijn achttien vuurwerkslachtoffers met oogletsel bij Het Oogziekenhuis Rotterdam binnengebracht. De helft van de letsels is dusdanig ernstig dat zij blijvend zijn. Voor de patiënten betekent dit verminderd zicht dan wel ogen die uiteindelijk volledig blind worden en wellicht zelfs verwijderd moeten worden. De meeste letsels zijn veroorzaakt door legaal siervuurwerk. De helft van de slachtoffers was omstander en is geraakt door rondvliegend vuurwerk. Geen van de slachtoffers droeg een vuurwerkbril. Het jongste slachtoffer was veertien jaar oud.

In de ochtend van Nieuwjaarsdag worden de



Tjeerd de Faber, oogarts in Het Oogziekenhuis Rotterdam en vuurwerkwoordvoerder van Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap.

eerste zes operaties uitgevoerd om de schade aan de ogen te herstellen. Dit aantal loopt nog verder op, aangezien gedurende de eerste dagen van het nieuwe jaar nog slachtoffers uit andere regio's bij het ziekenhuis binnenkomen.

Tjeerd de Faber is oogarts in Het Oogziekenhuis Rotterdam en vuurwerkwoordvoerder van Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap, het gezelschap waarbij alle in Nederland werkzame oogartsen aangesloten zijn. De Faber: 'De letsels van afgelopen jaarwisseling zijn vergelijkbaar aan die van de voorgaande jaren. Daarom toont ook deze jaarwisseling aan dat we moeten

stoppen met consumentenvuurwerk. Mijn hele carrière wijd ik aan het verbeteren van het zicht van mensen. Soms zijn meerdere operaties nodig om de patiënt een paar procent meer gezichtsvermogen te geven. Door één klap van een stuk vuurwerk, kan een oog in één keer blind worden. Dat kan toch niet de bedoeling van een feestje zijn? Ik hoop dan ook dat veel mensen na deze nacht het vuurwerkmanifest op www.vuurwerkmanifest.nl en op petities.nl ondertekenen.'

Meer ernstige oogletsels

Tijdens deze jaarwisseling registreren oogartsen voor de twaalfde maal het aantal en de ernst van oogletsels veroorzaakt door zelf afgestoken vuurwerk (consumentenvuurwerk). Dit op initiatief van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). De laatste elf jaar zagen de oogartsen in totaal 2.349 patiënten met 2.897 beschadigde ogen: 1.020 ogen liepen blijvende schade op, 189 ogen werden blind waarvan er 76 niet meer te redden waren en zijn verwijderd. Tijdens de vorige jaarwisseling was 42% van de patiënten omstander en stak zelf dus geen vuurwerk af, maar werd wel slachtoffer. Tijdens de vorige jaarwisseling waren er landelijk uiteindelijk tien blinde ogen

Verbod op consumentenvuurwerk

Gezien het hoge aantal vuurwerkslachtoffers dat ieder jaar weer ontstaat, zijn Het Oogziekenhuis Rotterdam, het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap en nog vele andere organisaties voor een verbod op consumentenvuurwerk en voor het organiseren van professionele vuurwerkshows. Deze organisaties hebben een gezamenlijk manifest ondertekend tegen consumentenvuurwerk. Al meer dan 1.800 organisaties en 84.000 particulieren hebben het manifest inmiddels ondertekend.

PLASTISCH CHIRURGEN: ERNST VAN VUURWERK- LETSEL NEEMT TOE

Plastisch chirurgen hebben tijdens de jaarwisseling tien (gedeeltelijke) handamputaties uitgevoerd. Het aantal slachtoffers met vuurwerkletsel is tijdens de afgelopen oud-en-nieuwviering niet gestegen, maar de ernst van de letsels neemt toe. Dat concludeert de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) op basis van een onderzoek naar het aantal slachtoffers en de ernst van vuurwerkletsel.

Rond de jaarwisseling van 2019-2020 hebben plastisch chirurgen 50 patiënten met letsel door vuurwerk behandeld. De ervaring van afgelopen jaren leert dat het aantal slachtoffers nog tot eind januari flink kan oplopen. Ook deze keer was illegaal vuurwerk weer de grootste boosdoener. Van de 50 letsels is 60 procent het gevolg van een ongeluk met illegaal vuurwerk. De helft van de patiënten was jonger dan 18 jaar. Plastisch chirurg Annekatrien van de Kar, verbonden aan het OLVG in Amsterdam, waarschuwt voor het verwoestende werk van met name illegaal vuurwerk als de Cobra 6: 'Het letsel is vergelijkbaar met ernstige oorlogswonden. Kinderen kunnen de risico's niet inschatten, maar kampen wel de rest van hun leven met de gevolgen.'

Plastisch chirurgen uit heel Nederland registreerden de ernstigste gevallen van vuurwerkletsel rond oud en nieuw op de Spoedeisende Hulp. Ze zagen slachtoffers met zeer ernstige handletsels en brandwonden aan de handen en in het gezicht, maar ook met fracturen en weke delen-letsels. In totaal werden vijftig patiënten behandeld. In 85 procent van de gevallen had de patiënt het vuurwerk zelf afgestoken. De overgrote meerderheid van de vuurwerkletsels is het gevolg van (illegaal) knalvuurwerk. In totaal was er sprake van tien (partiële) handamputaties waarbij drie of meer vingers moesten worden geamputeerd, waaronder bij diverse minderjarige. Het jongste slachtoffer (brandwonden) was slechts drie jaar. Traditiegetrouw was de grote meerderheid van de slachtoffers van het mannelijke geslacht.

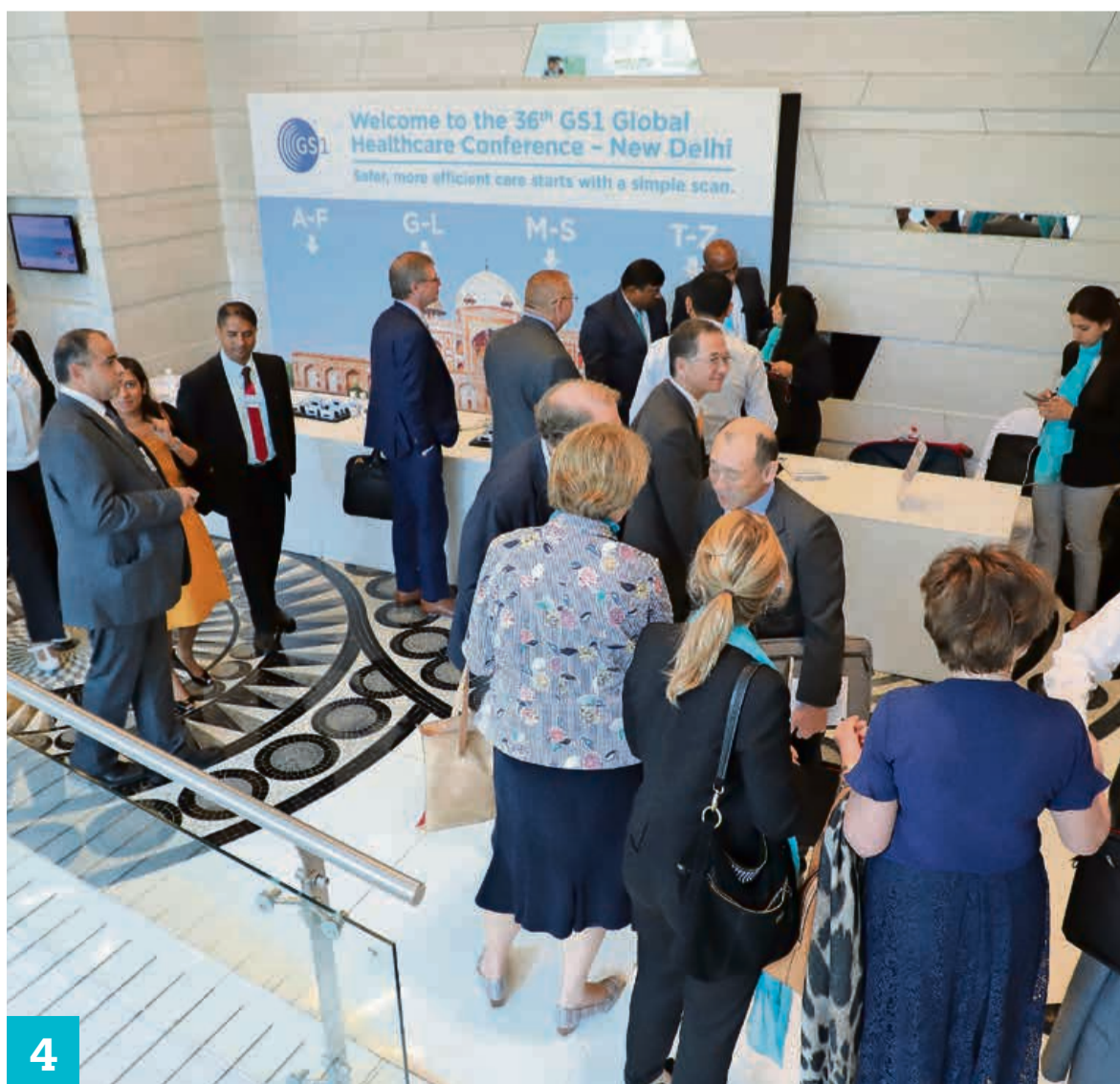
Gezien de ernst van vuurwerkletsels blijft de NVPC pleiten voor ingrijpende maatregelen van de overheid. De NVPC ziet dat de gevolgen van vuurwerkletsel nog steeds worden onderschat, terwijl vuurwerkslachtoffers vaak moeten leven met blijvende arbeidsongeschiktheid en chronische pijn. Annekatrien van de Kar stelt namens de NVPC dat de tijd rijp is voor de overheid om door te pakken: 'Als het aan de NVPC ligt, verbiedt de overheid het consumentenvuurwerk en wordt alles uit de kast gehaald voor de aanpak van illegaal vuurwerk. De ernst van de letsels voor de individuele patiënt, maar ook de maatschappelijke gevolgen, wegen zwaarder dan de wens van sommige particulieren om zelf vuurwerk af te mogen blijven steken.'



GS1 HEALTHCARE CONFERENCE

Afgelopen november vond in de Indiase stad New Delhi de 36ste GS1 Healthcare Conference plaats. Hennie Mulder van het Máxima Medisch Centrum en Alex van der Putten van het Radboudumc spraken er over gestandaardiseerde registratie van medische hulpmiddelen.

Tekst en foto's: GS1 Nederland



Hennie Mulder, voorzitter Gs1 Kennisgroep Traceerbaarheid in de zorg, bestuurslid LVO en operatieassistent in het Máxima MC: 'Vaak ontbreekt het aan een goede barcode. Dat soort problemen kun je je niet veroorloven in de operatiekamer.'



STANDAARDEN ZIJN DE TOEKOMST

Manager inkoop en supply chain Alex van der Putten sprak tijdens de GS1 Healthcare Conference over zijn ziekenhuis van de toekomst. In dat ziekenhuis zijn processen optimaal ingericht, zijn systemen op de juiste wijze gekoppeld en worden GS1-standaarden gebruikt. Alles met het doel veiligheid van zorg te verhogen en kosten te verlagen.

In het ziekenhuis is *out of stock* geen optie. Een cruciaal medisch hulpmiddel dat niet beschikbaar is, kan immers het verschil betekenen tussen leven en dood. 'Voor de beste zorg was meer grip op de voorraad nodig', stelt Alex van der Putten, manager inkoop en supply chain bij het Radboudumc Nijmegen. Van een goede grip op de voorraad was vijf jaar geleden in het Radboudumc nog geen sprake. De verschillende voorraadposities verspreid over het gehele ziekenhuis werden op verschillende manieren beheerd door zorgprofessionals zonder logistieke achtergrond. 'Iedereen beheerde naar eer en geweten de voorraad, vaak handmatig en met systemen die onderling niet waren gekoppeld. De kans op *out-of-stocks* was vrij groot', aldus Van der Putten.

Feilloze registratie

Van der Putten spreekt niet alleen in India, maar drie dagen later ook op het IHF World Hospital Congress in Oman. In beide landen blikte hij vooruit op het ziekenhuis van de toekomst, waar de medische voorraden efficiënt worden geborgd door het gebruik van GS1-standaarden en door een juiste koppeling tussen de verschillende systemen en databases.

Van der Putten: 'Toen we in Nijmegen begonnen met standaardisatie, waren verschillende barcodeformaten in gebruik. Dat leidde tot problemen bij het scannen, met als gevolg dat we soms handmatig artikel- en serienummers moesten invoeren. Dat zijn heel veel getallen, met een grote kans op fouten. Bij een recall is het echter cruciaal dat we exact weten welk implantaat is geplaatst bij welke patiënt. Nu accepteren we alleen nog maar de GS1-barcode of de GS1 DataMatrix. Zitten die bij binnenkomst niet op het artikel? Dan maken we zelf een unieke GS1-barcode aan. Hierdoor zijn alle artikelen het gehele proces conform standaard, uniek en tot in de operatiekamer scanbaar.'

Minder stenen, minder muren

Dat standaarden in de toekomst nodig zijn, staat volgens Van der Putten buiten kijf. Hij noemde drie factoren die de toekomst in de ziekenhuizen vormgeven. De eerste factor duidde hij aan met de term 'less bricks': minder stenen. 'Wij zien onze ziekenhuizen letterlijk krimpen. In Nijmegen zijn we bezig met nieuwbouw, waarbij we 100.000 vierkante meter gaan inleveren. Dat betekent dat we straks een kwart minder ruimte hebben. Minder ruimte dus ook voor voorraden.' Ook de virtuele muren tussen afdelingen zijn weggehaald. 'Eerder had elke afdeling zijn eigen werkwijze, nu is een logistieke organisatie verantwoordelijk voor voorraadbeheer. Als een medewerker op vakantie ging, legde hij wel eens vooraf een extra voorraad aan. Voorraad waarvan de expiratiedatum uiteindelijk kon verlopen. Nu is er uniformiteit in de processen, is er meer efficiëntie en zijn er minder risico's.'

Groeiend assortiment

Een andere factor is de exponentiële groei van de data. Dat heeft onder meer te maken met het groeiende assortiment aan medische hulpmiddelen. 'Vroeger hadden we een bepaalde set medische hulpmiddelen en instrumenten die we voor verschillende behandelingen konden inzetten. Nu heeft steeds vaker een bepaalde procedure haar eigen specifieke set aan medische hulpmiddelen en instrumenten. Bovendien raken de medische hulpmiddelen sneller *incurant*. Vroeger was de gebruiksduur misschien vijf jaar, nu soms nog maar twaalf maanden. Data raken dan ook sneller "verouderd". Standaarden en datapools zoals die van GS1 zijn noodzakelijk om de kwaliteit van al die data te waarborgen.'

Menselijk gedrag

De derde factor is het gedrag van de mensen. 'We kunnen mooie processen, systemen en standaarden implementeren, maar het zijn uiteindelijk mensen

die ermee moeten werken', aldus Van der Putten. 'Daarom zijn afspraken nodig. Vroeger werd het verbruik op het OK-bedrijf pas geregistreerd na de behandeling. De medische hulpmiddelen werden vooraf klaargelegd voor een geplande procedure, maar nog niet van de voorraad afgeboekt. Dat is logistiek gezien geen wenselijke situatie. Nu wordt elke fysieke verplaatsing van een artikel door barcodescanning real time vastgelegd.'

Verlamme syndromen

Van der Putten heeft ervaren dat menselijk gedrag een grote invloed heeft op veranderprocessen. Daarnaast dient dan ook veel aandacht uit te gaan, en mogelijk dient het tempo hierop te worden aangepast. 'Je kan en mag er niet aan voorbij gaan', stelt hij. 'Een syndroom dat vele organisaties kennen is het *not invented here*-syndroom. 'Als mensen iets niet zelf hebben bedacht, kan het ook niet goed zijn. Sommige mensen denken overal verstand van te hebben, maar logistiek is een vak apart', vindt Van der Putten. 'Ook het *six sigma*-syndroom kan verlamme werken: als je streeft naar directe perfectie, kom je er niet. Je moet oppassen dat er niet gestreefd wordt naar een oplossing voor alle scenario's en uitzonderingen. Er dienen keuzes gemaakt te worden: wat wordt wel gefaciliteerd in het proces en wat niet? En veel mensen zijn te druk om te veranderen. Ze zijn zo druk met de dagelijkse werkzaamheden en beslommingen dat participatie in verandertrajecten onder druk komt te staan. De betrokkenheid van alle disciplines is echter cruciaal voor een totaalbeeld, voor draagvlak en uiteindelijk voor het slagen van het veranderproces. Houd iedereen aangehaakt.'

Resultaten

De resultaten spreken voor zich. De voorraad is inmiddels met meer dan een kwart afgenomen. De kostenbesparingen zijn significant. *Out-of-stocks* komen vrijwel niet meer voor. 'Daardoor is de medische veiligheid flink verbeterd', weet Van der Putten. Processen zijn daarnaast doelmatiger en derving van de voorraad is sterk gereduceerd. 'Natuurlijk kost het aanmaken van barcodes en het scannen tijd, maar elders in het operatieproces besparen we juist veel tijd. En de koppeling met het Landelijk Implantaten Register (LIR) dat op 1 januari van start gaat? Dat is voor ons een relatief eenvoudige opgave. Het enige wat we moeten doen, is een koppeling maken tussen het epd en het LIR.'

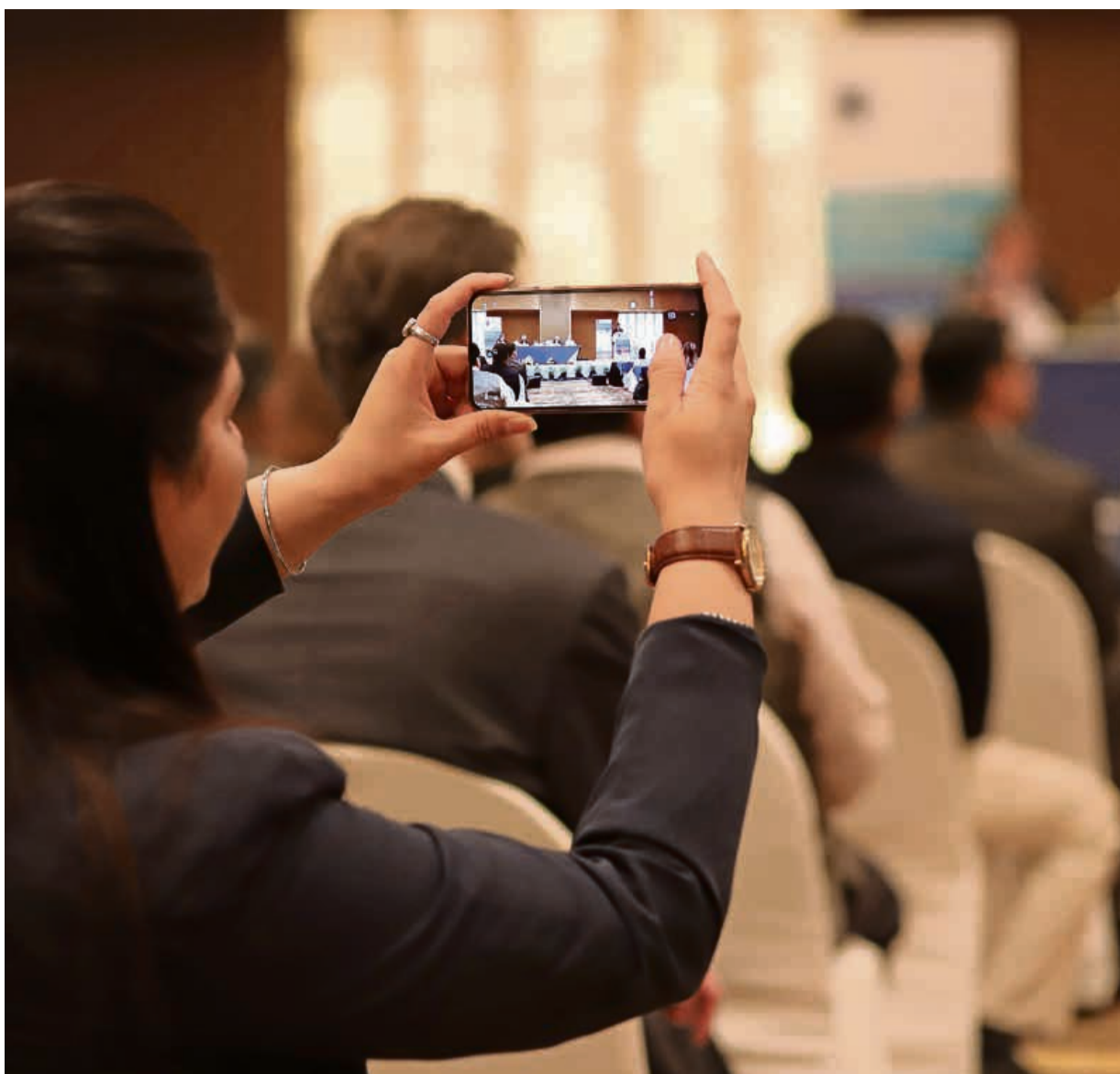
Het ziekenhuis van de toekomst is nog niet gereed in de ogen van Van der Putten. Hij droomt allereerst van een automatische koppeling met datapools, zodat data vanuit de bron (fabrikanten) automatisch in het ERP-systeem belanden. Hij droomt van RFID-tags op alle hulpmiddelen. 'De unieke GS1-code blijft cruciaal, maar is dan ook vastgelegd in de RFID-chip. Dat maakt automatische detectie mogelijk.'

Tot slot wil het Radboudumc meer doen met verzamelde data. 'Voor operaties leggen we op basis van een *bill of material* – een soort boodschappenlijst – veel medische hulpmiddelen en instrumenten klaar', vertelt Van der Putten. 'Uiteindelijk wordt een deel daarvan toch niet gebruikt tijdens de ingreep. Door de data daarover te analyseren, kunnen we gericht advies geven over de klaar te leggen medische hulpmiddelen en instrumenten. Je wilt immers thuis bij het klussen ook niet meer gereedschap klaar hebben liggen dan je werkelijk op dat moment nodig hebt. Dat ligt alleen maar in de weg en leidt tot gevaarlijke situaties. Minder gereedschap geeft meer overzicht en vergroot daarmee de veiligheid. Daarnaast is het efficiënter.'

[Lees verder >](#)



Alex van der Putten, manager inkoop en supply chain van het Radboudumc, sprak tijdens de GS1 Healthcare Conference over zijn ziekenhuis van de toekomst.



ZIEKENHUIZEN MANEN LEVERANCIERS TOT ACTIE OM PRODUCTEN JUIST TE CODEREN

Veel ziekenhuizen werken aan een waterdicht registratiesysteem voor implantaten en andere medische hulpmiddelen. Helaas kunnen ze nog altijd niet blindvaren op de barcodes. Hennie Mulder, operatieassistent in het Máxima MC en voorzitter Gs1 Kennisgroep Traceerbaarheid in de zorg, sprak erover tijdens de 36ste GS1 Healthcare Conference: 'Zonder goede UDI kunnen we niet aan de wetgeving voldoen. De patiënt is de dupe. Dat wil toch niemand? Leveranciers weten al een paar jaar dat dit eraan zit te komen. Ze moeten dit nu écht snel voor elkaar krijgen.'

In New Delhi vertelt operatieassistent en LVO-bestuurslid Hennie Mulder hoe een recall van borstprothesen leidde tot ingrijpen van de Nederlandse overheid. Op 1 januari 2020 treedt het Landelijk Implantaten Register (LIR) in werking. Op 26 mei 2020 volgt de Europese Medical Device Regulation (MDR). Bij beide speelt de Unique Device Identifier (UDI) een belangrijke rol in de registratie van implantaten.

In de operatiekamer de barcode scannen zou voldoende moeten zijn om een implantaat aan een patiënt te koppelen en de bijbehorende gegevens toe te voegen aan het elektronisch patiëntendossier (epd). De praktijk is echter weerbarstig, weet Hennie Mulder: 'Vaak ontbreekt het in onze sector gewoon aan een goede barcode. Soms staat op de buitenverpakking wel de correcte code, maar op de binnenverpakking een onbruikbare, of is het barcodelabel aangebracht op de plek waar de verpakking moet worden geopend. Dat soort problemen kun je je niet veroorloven in de operatiekamer.'

Scannen en inboeken zorgt voor minder misgrijpen en betere recalls. Het scannen van implantaten in de operatiekamer doet het Máxima MC al sinds 2012. De invoering van het LIR was voor het ziekenhuis aanleiding om het hele proces rondom implantaten onder handen te nemen. Dat begint in het magazijn waar de producten binnenkomen. 'Door de UDI te scannen, kunnen de producten meteen worden ingeboekt', vertelt Mulder. 'De magazijnmedewerkers zien meteen of een implantaat naar de locatie in Eindhoven of naar die in Veldhoven moet.'

Operatieassistenten kunnen zien of een implantaat al is binnengekomen en waar het zich bevindt. Door in de operatiekamer het implantaat te scannen, wordt dat product automatisch van de voorraad afgeboekt. Als het aantal implantaten onder een bepaald niveau daalt, wordt een bestelvoorstel gegenereerd om de voorraad weer op peil te brengen. 'Het hele proces wordt door scanning veel minder foutgevoelig, waardoor we minder vaak misgrijpen. Door de koppeling van het ERP-systeem aan het epd kunnen we bij een recall meteen zien welke patiënten we moeten terugroepen. In het verleden moesten we daarvoor het archief in en alle papieren dossiers doorworstelen.'

Heupprothesen

Het LIR is niet het enige register waaraan het epd wordt gekoppeld. De orthopedie heeft een registratiesysteem dat wordt gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek: het LROI, een register voor gewrichtsprothesen. 'Dat verschaft onder meer informatie over de revisie van heupprothesen. Nu moeten heupprothesen en andere implantaten nog handmatig worden ingevoerd. Met een automatische koppeling is dat niet langer nodig. Datzelfde geldt voor soortgelijke registers voor plastische chirurgie of hartkatheterisatie. Overigens worden niet alleen op de operatiekamers implantaten gebruikt. Ook poliklinieken plaatsen implantaten. Denk aan het inbrengen van een spiraaltje. Of neem de stents die worden geplaatst op de afdeling Radiologie. Al deze zaken moeten aan de bron worden gescand en geregistreerd, zowel binnen als buiten een centraal OK-complex. Daardoor ontstaat meer transparantie voor onder anderen de patiënt.'

Eenduidige omschrijving

Helemaal klaar is het Máxima MC nog niet. Scanners waren nog niet gekoppeld aan het epd en het inkoopbestelsysteem. Het afgelopen jaar is dit nieuwe inkoopbestelsysteem geïmplementeerd. Dat wordt nu getest, belangrijk om te kunnen garanderen dat alles op 1 januari correct werkt. 'Dit is een behoorlijk grote exercitie, waarvoor meer nodig is dan alleen het installeren en integreren van systemen. Zo hebben we bijvoorbeeld veel tijd gestoken in de eenduidige omschrijving van artikelen. De een praat bijvoorbeeld over een afvalzakje, de ander over een instrumentzakje. Dat is hetzelfde zakje. Daarover mag straks geen misverstand meer bestaan.'

Leveranciers

Een van de uitdagingen vormen de leveranciers. Mulder toont er begrip voor dat leveranciers tijd nodig hebben hun ict- en productiesystemen aan te passen, maar geeft tegelijkertijd aan dat ze al wel geruime tijd weten dat ze hun medische producten van een UDI moeten voorzien. 'Ze weten al een paar jaar dat dit eraan zit te komen. De introductie van het LIR is zelfs een halfjaar uitgesteld om de sector meer tijd te geven. Ik roep alle leveranciers op om nog voor 1 januari hun zaken op orde brengen.'

OOK BUITEN HET ZIEKENHUIS BEN JE ALTIJD VERPLEEGKUNDIGE

Soms heb je van die dagen dat alles tegenzit. Het is maandagochtend en ik fiets naar mijn werk. Ik ben vandaag de oudste van dienst, dat wil zeggen dat ik alles regel en coördineer op de afdeling. Ik heb deze dag zelf geen patiënten, maar ondersteun mijn collega's met het verlenen van zorg. Ik ben het aanspreekpunt, regel dat de geplande opnames verdeeld zijn. En als er een spoedopname komt, zorg ik er voor dat een collega die patiënt onder zijn hoede neemt.

Ik begin om 7.00 uur, en deel het rooster in waarop vermeld staat wie wat doet qua patiëntenzorg. Er is een ziekmelding. Er is die dag dus een collega minder, waardoor ik dus zelf -naast de taak van 'oudste van dienst' - ook patiënten toegewezen krijg. Dat wordt een drukke dag... Er zijn veel zieke patiënten en mijn telefoon staat roodgloeiend. Hij blijft de hele dag maar afgaan. Om 16.30 uur zit mijn dienst erop. Ik merk dat ik erg moe ben. Het was echt een hele hectische dag met een superhoge werkdruk. Er zit nog maar weinig energie in me. Moe en met een heel langzaam tempo, fiets ik naar huis. Op een bepaald moment zie ik in de verte een man voor mij fietsen. Hij slingert onwils heen en weer. Het eerste wat ik denk is dat hij ontzettend dronken is.

Twee meter voor mijn neus valt de man op de grond. 'He bah, moet ik ook nog gaan helpen, terwijl ik toch al doodop ben.' Ik zet mijn fiets aan de kant en ik loop naar hem toe. Tot mijn grote schrik zie ik een lijkbleke man liggen. Ik schat hem op een jaar of 60 a 65 jaar oud. Hij is totaal bezweet en reageert niet als ik hem aanspreek. Ik geef de man een pijnprikkel maar er volgt geen enkele reactie. Ik voel aan zijn pols, maar ik voel geen polsslag. Dit is foute boel! Gelukkig stopt er een meisje, die op mijn verzoek meteen 112 belt. Ik begin met reanimeren en ik merk dat er een soort knop bij me wordt omgezet. Ik ben super geconcentreerd. Ik vraag aan het meisje of ze zoveel mogelijk omstanders wil wegsturen. Gelukkig blijft ze bij me en helpt me waar ze maar kan.

In de verte hoor ik de ambulance aankomen. Het duurde nog geen vijf minuten tot ze ter plaatse waren. De ambulancebroeders nemen het van mij over. Gelukkig gaat de man levend de ambulance in. Een van de broeders zegt: 'Dat heb je heel goed gedaan!!!'.

De ambulance rijdt met hoge snelheid weg. Ik sta nog een beetje te trillen op mijn benen van alle inspanning. Van mijn moeheid is niets meer te merken.



Ik sta stijf van de adrenaline. Ik bedank het meisje voor al haar hulp, en fiets met een grote glimlach naar huis. Ik ben zo blij dat die man levend de ambulance in gegaan is. 'Jeetje, wat een dag'.

Zo zie je maar weer dat je ook buiten het ziekenhuis altijd een verpleegkundige bent.

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



Start 2020 met de juiste Flow



Scan de QR-code en ontdek meer.

GETINGE ✦

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)

Focus leggen op individuele wensen en behoeften

INNOVATIE IN DE ZORG WINT STEEDS MEER TERREIN

Innovatie. Een krachtig woord maar wellicht voor veel zorgprofessionals nog onduidelijk. Want wat is innovatie nu precies? En hoe vertaalt het zich op de werkvloer? Vaak wordt gedacht dat innovatieve ideeën alleen fancy, hightech producten zijn voor de meest invloedrijke organisaties. Maar niets is minder waar. Het belangrijkste aan innovatie is namelijk de waarde voor de klant. In de zorgsector zijn dat uiteraard de zorgprofessionals en de cliënten. Dat innovatie kan worden toegepast in alle sectoren wil Ilse Schoormans vanuit haar ervaringen duidelijk naar voren brengen. Het door haar opgerichte platform [Thuisleefgids.nl](https://thuisleefgids.nl) adviseert en ondersteunt cliënten, verpleegkundigen en verzorgenden bij de invulling van een veranderende rol.

Door Jos de Blank

De grootste vernieuwing in de zorgpraktijk is misschien wel de bredere blik die van verpleegkundigen en verzorgenden wordt gevraagd. “Het gaat niet alleen om medische zaken, maar ook om de wens om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven. Maatschappelijk merk je bijvoorbeeld heel sterk dat de generatie van babyboomers daar al bewust mee bezig is. In een vroeg stadium worden plannen gemaakt en maatregelen genomen”, licht Ilse toe. “Zorginstellingen gaan in diezelfde beweging mee. Ziekenhuizen zijn er helemaal op gericht om patiënten zo snel mogelijk naar huis te laten gaan. En dat geldt ook voor de zorg in de wijk”.

Cliëntgericht kijken

Dat betekent dat niet alleen de medische handelingen en verzorging centraal blijven staan. Ze vervolgt: “Je moet ook goed kijken naar de thuissituatie en of een cliënt ermee uit de voeten kan. Is er verdere ondersteuning nodig, bijvoorbeeld op het gebied van zaken als preventie, communicatie, voeding of alarmering? Dat zijn vragen die verpleegkundigen en verzorgenden in de praktijk steeds vaker stellen. Of zouden moeten stellen.” Ze is daarom ook een voorvechter van een aanvullende vragenlijst bij de anamnese.

“Vragen die dan specifiek gaan over het zelfstandig thuis blijven wonen. Die antwoorden zouden een nuttige plek in kunnen nemen in het proces van een intake en zelfs in het reguliere zorgproces. Het is iets waar ik op dit moment actief mee bezig ben.”

‘BELANGRIJKSTE AAN INNOVATIE IS DE WAARDE VOOR DE ZORGPROFESSIONAL EN DE CLIËNT’

Geen tijd voor Google

Aansluitend moeten er antwoorden worden gezocht op de gestelde vragen. “Dan is het natuurlijk niet de bedoeling dat de betreffende verpleegkundige of verzorgende het bos in wordt gestuurd. Achter de computer zitten googlen naar alle innovatieve producten die er te koop of te leen zijn, is natuurlijk niet de bedoeling. Daar is met de huidige werkdruk absoluut geen tijd voor. Dus moet je die vragen in andere handen kunnen leggen”, aldus Ilse. Ze zou het daarom goed vinden als zorgorganisaties een medewerker of een ondersteunende applicatie zouden krijgen, die met deze gerichte vragen uit de praktijk aan de slag gaat. “Een specialist die de vragen neer gaat leggen op plaatsen waar kennis en informatie van producten aanwezig is”.

Reviews en keurmerk

Dit platform – voor het vergelijken en kiezen van innovatieve producten – wil [Thuisleefgids.nl](https://thuisleefgids.nl) nadrukkelijk zijn. “Vergelijk ons maar met Booking.com of Independer. Jij vult je wensen in en vervolgens verschijnt er een overzicht van alle opties. Met prijzen en beoordelingen.” Dat laatste staat hoog op het

verlanglijstje. “We hebben overleg met gemeenten, zorgorganisaties, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS om tot een soort van landelijke structuur of waarderingsmethodiek te komen. Zodat je producten heel snel en gemakkelijk op waarde kunt schatten. Dat zou de keuze voor een cliënt of zorgprofessional een stuk gemakkelijker maken. En datzelfde geldt voor reviews, waarbij gebruikers hun mening en waardering geven. We zijn volop bezig om dat ook op onze website te integreren.”

‘AAN HET PLAATJE ZIE JE NIET OF EEN PRODUCT INDERDAAD DE OPLOSSING BIEDT DIE JE ZOEKT’

Samenwerken bij testen

In dit kader houdt ze een pleidooi voor samenwerking bij het testen van producten: “Nu is het nog zo dat dit binnen allerlei organisaties los van elkaar wordt gedaan. Iedereen is met eigen testen bezig, waarbij er veel dingen dubbel worden gedaan. Waarom zoek je elkaar daarin niet op? Dat je het testen en de testomgeving met elkaar combineert én op elkaar afstemt. Waarbij je producten bijvoorbeeld laat rouleren, zodat er meerdere praktijkervaringen bij elkaar worden opgeteld. Ook dat is iets waar we gericht mee bezig zijn. Dat dit een plek krijgt binnen een breder kennisnetwerk, waar wij als bedrijf uiteraard dolgraag een rol in willen spelen.” Het bedrijf verkoopt zelf geen producten, maar is een verzamelplatform. Daardoor zijn er geen belangen bij specifieke fabrikanten of leveranciers. Alle leveranciers zijn welkom op het platform. Hierdoor ligt de keuze voor een oplossing altijd bij de cliënten of professionals.

Speciale tool

Om het keuzeproces voor cliënten en professionals te vergemakkelijken, is er een speciale filtertool ontwikkeld. “Deze tool begeleidt je via belangrijke thema's en gerichte vragen door een boomstructuur. Dat begint met de heel algemene vraag over de kern van het probleem. Heeft het te maken met een behoefte op het gebied van mobiliteit en specifiek alarmering? Gaat het bijvoorbeeld om valrisico's? Vanuit die basis gaat de tool dan verder met steeds specifiekere vragen. Om ten slotte uit te komen bij de producten en hulpmiddelen die een rol zouden kunnen spelen”, legt Ilse uit. “Maar je kunt natuurlijk nog altijd rechtstreeks een beroep doen op onze expertise.”

Producten op proef

In het verlengde van dit keuzeproces ziet ze de optie om producten op proef te kunnen gebruiken. “Aan het plaatje zie je niet of een product inderdaad de oplossing biedt die je zoekt. Daarom moet het toch mogelijk zijn om dat even uit te proberen in de praktijk. Om te checken of het inderdaad past bij de cliënt in zijn of haar situatie”, benadrukt ze. Van de zijde van fabrikanten en leveranciers ziet ze daarin geen terughoudendheid. “Die zijn er bij gebaat dat hun producten zo breed mogelijk worden geaccepteerd.

Dus komen ze hun afnemers daarin graag tegemoet. Datzelfde geldt trouwens ook als het bijvoorbeeld gaat om het leasen van hun producten. Dit gaat de komende tijd meer vorm krijgen in deze markt.”

‘IEDEREEN IS MET EIGEN TESTEN BEZIG, WAARBIJ ER VEEL DINGEN DUBBEL WORDEN GEDAAN’

Focus op de werkvloer

Het past volledig in de ontwikkeling die de markt voor zorgproducten en -hulpmiddelen doormaakt. “Je merkt dat er op allerlei gebieden ontwikkelingen plaatsvinden. Niet alleen puur met producten, maar ook in het zoeken van verbanden om samen te werken. In principe zijn dat allemaal zaken die je onder het kopje ‘innoveren’ kunt verzamelen. Het gaat om

Ilse schoormans (34) is na een studie hbo-v aan het werk gegaan als verpleegkundige. Daarna koos ze al snel voor een specialisatie als toegepast gerontoloog. Deze studie, die zich specifiek richt op ouderen, innovatie, wonen, welzijn en zorg, rondde ze als eerste in Nederland succesvol af. Al tijdens de studie werd ze gefascineerd door het scala aan innovatieve producten, dat er voor de zorg beschikbaar was. Dat deed haar besluiten om zich hier helemaal op te richten. Via het platform [Thuisleefgids.nl](https://thuisleefgids.nl) informeert, adviseert en ondersteunt ze met haar team dagelijks klanten en professionals op dit gebied.



verbeteren en vernieuwen. Waarbij wat mij betreft de focus steeds moet blijven liggen op de cliënt en – in het verlengde daarvan – de professional op de werkvloer. Daar moet de vernieuwing, de innovatie, om draaien”. Zelf blijft Ilse Schoormans zich in elk geval enthousiast en met veel ambitie inzetten voor innovaties in de zorg. “Zowel wat de producten betreft als de mogelijke samenwerkingsverbanden. We moeten in deze belangrijke sector toch als BV Nederland kunnen handelen en niet vanuit allerlei verschillende eilandjes. Als we dat bereiken, hebben we misschien wel de grootste innovatie te pakken. Zeker als we dan ook nog de dagelijkse praktijk als middelpunt van alles zien.”

VALPREVENTIE

Op dit moment speelt valpreventie een hoofdrol als het gaat om innovatieve producten. Voor het groeiend aantal zelfstandig wonende ouderen vormt vallen en de daaruit voortvloeiende letsels een zeer reëel risico. Daarom worden op dit gebied steeds meer hulpmiddelen ontwikkeld en aangeboden. In dat kader is de heupairbag een interessant product. Deze wordt onder de kleding gedragen en komt bij een val in actie.



INNOVATIE-PROFESSOR JEFF GASPERSZ: ‘INNOVATIE ZIT IN MENSEN, NIET IN DINGEN’

De innovatiekracht van zorgorganisaties schuilt in de mensen op de vloer. Daar is Jeff Gaspersz, hoogleraar Innovatiemanagement aan de Nyenrode Business Universiteit, heilig van overtuigd. “Innoveren zit niet alleen in nieuwe producten en systemen. Het gaat vooral ook om de verbeteringen en vernieuwingen die de mensen in de dagelijkse praktijk signaleren. Hoe klein ze ook zijn. Maar de optelsom kan wel voor enorme sprongen vooruit zorgen.” Eigenlijk is het helemaal niet zo complex en ingewikkeld als het soms lijkt of wordt voorgespiegeld. “Vaak denken medewerkers én managers dat innovatie alleen draait om nieuwe producten. Ooit heb ik bijvoorbeeld gewerkt met een zorgorganisatie die een aparte afdeling had voor technologische toepassingen. Dat is mooi, maar innoveren betekent zoveel meer. Het gaat niet alleen om nieuwe systemen.”

Driekwart is sociale innovatie

Onderzoek van de Erasmus Universiteit heeft uitgewezen dat maar vijftieng procent van het innovatiesucces afkomstig is van technologische innovatie. “Driekwart van het succes komt voort uit sociale innovatie. Dus slimmer werken, samenwerken, leidinggeven en organiseren. Dat er ideeën voor verbeteringen vanuit de werkvloer komen en worden opgepikt binnen de organisatie”, vervolgt hij, waarbij hij het laatste deel extra benadrukt. “Het is heel belangrijk dat leidinggevendenden dit proces van innoveren mogelijk maken en stimuleren. Dat de medewerkers ook alle gelegenheid krijgen om mee te werken aan de realisering van ideeën.”

Stages en diners

In dit kader noemt hij een aantal voorbeelden van hoe een organisatie innovatie op de werkvloer kan prikkelen: “Medewerkers zouden een aantal weken op een andere afdeling kunnen werken. Met de vraag of ze na de ‘stage’ met concrete tips voor verbetering kunnen komen. Maar ik ken ook een organisatie in de gehandicaptenzorg, die speciale dialoog-diners organiseert. Cliënten, medewerkers en familie praten dan gezamenlijk over de zorg en mogelijkheden voor verbetering.”

Hart voor het vak

Dit soort ongedwongen contacten leveren heel veel op, weet Jeff Gaspersz uit eigen ervaring. “Bij al mijn contacten in de zorg – en dat zijn er veel – weet ik dat er warme mensen werken met hart voor het vak. Mensen die graag hun aandeel leveren aan het innoveren. Als ze daar maar de kans toe krijgen en weten hoe”, benadrukt hij. Juist daarin hebben de leidinggevendenden een belangrijke functie. “Dat begint bij een begrijpelijke vertaling

van de missie en strategie naar de werkvloer. En verder gaat het, zoals ik al zei, om het motiveren, faciliteren en helpen te realiseren.”

Aantrekkelijke werkplek

Ook ondernemingsraden en vakbonden hebben in dit proces trouwens een belangrijke positie. “Het is essentieel dat zij directies en leidinggevendenden van zorgorganisaties hierop blijven aanspreken en aanmoedigen”, besluit de hoogleraar en adviseur. “Zeker omdat het ook de toekomst van de sector betreft. Een prettige werkplek biedt ruimte om je te ontwikkelen en creëert persoonlijke betrokkenheid bij de totale organisatie. Zorg je voor zo’n werkklimaat dan groeit je aantrekkingskracht op de arbeidsmarkt.”

Je kunt een e-book met praktische innovatietips van Jeff Gaspersz gratis downloaden via www.ideebrief.nl



HET BLAD

VOOR DE MENSEN IN DE ZORG

495 - 2019



WERKEN IN HET BUTTENLAND

INNOVATIE IN DE ZORG WINT STEEDS MEER TERREIN GEGELZELD DOOR DE BOP?

NU'91

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

CHIRURGISCH INSTRUMENTARIUM DE TOEKOMST VAN DUURZAAM INSTRUMENTARIUM: MODULAIR ONTWERPEN EN CIRCULAIR HERGEBRUIK

Interview met Tim Horeman en Bart van Straten, TU Delft.

Assist. Professor Tim Horeman, onderzoeksleider en Bart van Straten, onderzoeker en promovendus zijn beiden verbonden aan de afdeling BioMechanical Engineering van de TU Delft. Beide onderzoekers vinden het van groot belang dat fundamenteel onderzoek wordt uitgevoerd om enerzijds de kosten in de zorg terug te brengen en anderzijds de patiëntveiligheid te garanderen. Er wordt in dit kader dan ook samengewerkt met de medische industrie waaronder medische startups omdat de combinatie van onderzoek, ervaring en praktische toepassing van grote waarde is.

Tim heeft in 2015 als Assistant Professor de onderzoekslijn 'Sustainable Surgery' opgestart met de focus op modulair ontwerp van complex endoscopisch instrumentarium. Zo heeft hij met zijn onderzoeksgroep een nieuwe stuurtechniek ontwikkeld voor arthroscopische en laparoscopische instrumenten die het gebruik van kabels, zoals nu de standaard is, overbodig maakt. Hierdoor kunnen instrumenten ten hoeve van inspectie, reparatie en het schoonmaakproces éénvoudig uit elkaar worden gehaald. Deze techniek is door onze medische techno-starter, Surge-on Medical BV, reeds geïntegreerd in een herbruikbare instrumentlijn voor de Arthroscopie en de (robot) chirurgie. De instrumenten zijn zo ontworpen dat het met één klik op de knop uit elkaar kan worden gehaald. Het positieve effect hiervan is dat het optimaal reinigbaar is maar ook dat het vanuit de circulaire gedachte gemakkelijker te repareren is zonder dat het hele instrument hoeft te worden vervangen.

Met een 2de onderzoekslijn binnen de TU Delft zetten Tim en Bart zich in voor modulaire instrumenten en circulaire modellen voor hergebruik van chirurgisch instrumentarium en afval. Inmiddels hebben zij diverse experimenten uitgevoerd in ziekenhuizen waarbij zowel herbruikbaar, overtollig als gebruikt

disposable instrumentarium werd opgehaald, gedesinfecteerd en omgesmolten.

Het omsmelten van RVS via een specifieke procedure heeft als resultaat dat het – als toevoeging – kan worden verwerkt naar plaatwerk. Dit plaatwerk kan opnieuw worden gebruikt voor het maken van nieuwe medische producten. Tim en Bart hebben hier inmiddels ruime ervaring mee opgebouwd. De uitdaging is om te onderzoeken welke materialen nog meer kunnen worden bewerkt naar nieuwe grondstof.

We weten inmiddels dat materialen zoals verpakkingen, inpakpapier en instrumentarium die gebruikt worden op de CSA en OK van hoge kwaliteit zijn. Het zijn ideale ingrediënten om te laten omsmelten of anderszins te verwerken. Het voorkomt niet alleen afvalverspilling. Het raakt ook vele facetten van technisch onderzoek: materiaalkundig, ontwerpmatig en procesmatig.

Momenteel bestuderen we de mogelijkheden van het omsmelten van inpakpapier en plastics. Het komende experiment dat we gaan uitvoeren is op het gebied van disposable laryngoscopische bladen. In samenwerking met de leverancier van deze bladen onderzoeken we

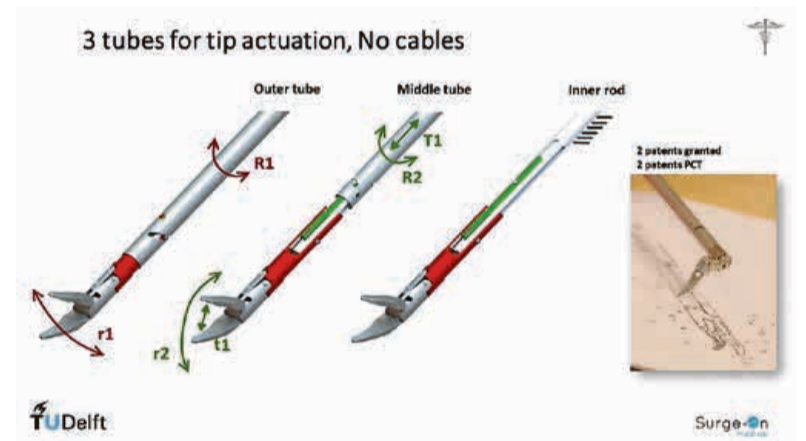
de mogelijkheid tot het omsmelten en verwerken naar een grondstof dat gebruikt kan worden bij het fixeren van instrumentnetten.

Momenteel wordt een smeltoven gebouwd die in het lab van de TU Delft komt te staan en waarmee we de proeven gaan uitvoeren. Brian Tantuo is student aan de TU Delft en werkt mee aan dit project. In het kader van zijn afstudeerstage voor zijn studie Master of Science in Biomedical Engineering, die Brian bij Van Straten Medical doorloopt, tekent hij onder meer de mallen waarmee we gaan werken maar beschrijft hij ook het proces en resultaten hiervan. Indien het ons lukt om deze bladen op een gecontroleerde manier om te smelten en wij hiervoor een gevalideerd proces op weten te zetten dan kunnen we dit project met ziekenhuizen verder gaan uitbouwen.

Uiteindelijk is ons doel om modellen te ontwikkelen voor effectief hergebruik van verschillende waardevolle materialen in het medisch afval zodat we deze als grondstof voor nieuwe medische producten kunnen gaan inzetten.



Lab TU Delft voor omsmelten van materialen



Van links naar rechts: Tim Horeman, Bart van Straten, Brian Tantuo in het Misit Lab, TU Delft.



Tim en Bart nemen Green Quest runner-up award in ontvangst van BNR Nieuwsradio

CONFLICT & OPLOSSING

Een spandoek veroorzaakte ophef in het ziekenhuis waar de schrijvers van onderstaande mail werken. Zij vroegen onze mediator, voormalig operatieassistent Laura Haket-Becx, om advies. Hieronder formuleert zij een oplossingsrichting voor deze kwestie. Laura zal de komende tijd meer vragen rondom conflicten en mediation behandelen. Ook in deze rubriek? Mail je conflict naar redactie@lvo.nl. Wij anonimiseren de casus.

Foto: Remco van Vondelen

Beste Laura,

Net als in veel andere Nederlandse ziekenhuizen wordt in ons ziekenhuis actie gevoerd voor een betere cao. Ons actiecomité is druk in de weer geweest met het maken van creatieve spandoeken. Een van onze pareltjes was een spandoek met de tekst: 'Red zuster Ank van de voedselbank'. Het spandoek heeft maar heel kort gehangen, want we werden teruggedrukt door de communicatieafdeling en het management: 'Ons ziekenhuis moet een plek zijn waar iedereen zich welkom voelt' en 'Dit kan denigrerend overkomen voor mensen die cliënt zijn bij de voedselbank'.

Zelf denken we hier nogal anders over. Bezoekers vonden het een geweldige tekst, en lieten blijken ons te steunen. Daarnaast merkte een collega op dat het toch ook de waarheid is: 'Probeer maar eens niet in de financiële problemen te raken met de voorstellen die er nu liggen. Alles wordt duurder: de huur, boodschappen (btw-stijging), energieprijzen. De voedselbank is er al lang niet meer alleen voor mensen zonder werk. Ook werkenden moeten er steeds vaker een beroep op doen.' Een andere collega merkte op dat het eigenlijk een vorm van censuur is.

Hoe denk jij hierover? We horen graag jouw professionele mening.

Enkele medewerkers die hard strijden voor een rechtvaardige cao



Beste schrijvers,

Fijn dat jullie gehoor hebben gegeven aan onze oproep een conflict in te zenden. Als ik het goed begrijp, zit het probleem met name in het verschil van mening over de slogan. De vraag aan mij is wat ik hiervan vind. Ik schrijf deze reactie vanuit mijn rol als mediator. Dat betekent dat ik in deze kwestie neutraal ben en dat mijn mening hier niet van belang is. Daarnaast lees ik nu enkel het verhaal van jullie kant, en mis ik het verhaal van het management.

Iedereen heeft een mening en een bepaalde kijk op een situatie. Dat is in jullie geval niet anders. Jullie dachten een pakkende slogan te hebben gevonden om actie mee te voeren, een die waarschijnlijk prikkelt en pakkend is, waardoor mensen er niet zomaar aan voorbijgaan. Jullie zijn er enthousiast over. Het management bekijkt het vanuit een andere hoek. Ook zij zullen aangeven dat hun argumenten berusten op de waarheid (dan doel ik op 'denigrerend').

Wie heeft nu gelijk? Moet überhaupt iemand gelijk hebben? Wellicht is er voor jullie beide waarheden wat te zeggen. Naar mijn idee leeft bij jullie het gevoel weggezet te worden en niet serieus te worden genomen. Jullie moeten je maar voegen naar de mening van het management. Ik kan me zo voorstellen dat dat het gevoel benadrukt ondergeschikt te zijn en geen stem te hebben in deze kwestie. Dit maakt dat jullie argumenten ventileren om de slogan te onderbouwen en zo hopelijk alsnog jullie gelijk te halen.

De kern van deze kwestie is dat de beslissing over het spandoek voor jullie genomen is, zonder dat daarover goed is gepraat en gedachten zijn uitgewisseld. Hierdoor is een conflict ontstaan, of in ieder geval wrijving en onvrede. Ik kan uit jullie brief niet opmaken hoe hoog dit is opgelopen en wat de consequenties daarvan zijn. Mijn advies is om met twee personen het gesprek aan te gaan met het management. Geef aan dat jullie graag met ze om tafel wil gaan om hier samen naar te kijken, omdat het jullie dwarszit. Zorg dat jullie je tijdens dit gesprek open opstellen en geïnteresseerd luisteren naar wat zij te vertellen hebben. Bereid het gesprek ook voor. Neem een briefje mee als geheugensteun.

Let op de volgende punten:

- Ga open het gesprek in.
- Zorg dat jullie niet meteen eisen stellen of in de verdediging schieten, en wijs anderen niet af. Anders bestaat de kans dat het management zijn standpunt extra zal verdedigen. Uiteindelijk staat iedereen dan met zijn hakken in het zand. Dan is het een kwestie van winnen of verliezen, en ik denk dat jullie dan aan het kortste eind trekken.
- Vertel jullie verhaal. Hoe zijn jullie op het idee gekomen van deze slogan? Wat is de achterliggende gedachte? Hebben jullie nog nagedacht over de gevolgen hiervan? Wat zijn daarbij jullie afwegingen geweest? Wat vinden jullie er zo sterk aan?
- Vervolgens geven jullie aan dat de reactie van het management een hoop teweeg heeft gebracht. Hoe voelt dit voor jullie? Zeg het als je je onbegrepen en niet gehoord voelt. Ventileer rustig wat dat met jullie doet.

- Als het management jullie gevoelens kan erkennen en daarop verder inspeelt, geeft dit al een beter gevoel. Daarop kunnen jullie samen voortborduren.
- Geef aan dat jullie er graag samen uit willen komen en ook de managementkant van het verhaal willen horen. Wat zijn hun overwegingen? Waarom denken ze dat de slogan denigrerend is? Stel veel open vragen en wissel gedachten uit. Laat hen uitpraten.
- Kunnen jullie begrip opbrengen voor het verhaal van het management? Geef dan ook richting hen erkenning. Vraag door als je dingen niet begrijpt.
- Als iedereen zijn verhaal heeft verteld, kunnen jullie kijken wat de vervolgstap wordt. Dit is voor mij natuurlijk koffiedik kijken: de uitkomst is van meerdere punten afhankelijk. Wellicht komt er begrip en mogen jullie de tekst alsnog behouden – misschien op een andere plek – of kunnen jullie samen een heel andere tekst verzinnen die ook pakkend is. Misschien snappen jullie juist wel de redenatie van de andere partij en zien jullie in dat het misschien toch niet zo handig is. Er zijn veel mogelijkheden.
- Vergeet niet dat het ook prima is om het niet met elkaar eens te zijn ([cursief]we agree to disagree[cursief]). Als alle partijen dit kunnen accepteren, creëert dat ook ruimte om verder te gaan.

Waar het om gaat, is dat naar jullie verhaal wordt geluisterd en dat er erkenning komt voor jullie gevoel. Van daaruit kunnen jullie verder gaan, wat de route ook zal zijn.

Mediators worden vaak ingeschakeld omdat bovenstaande erg moeilijk zelf voor elkaar te boksen is als een conflict hoog is opgelopen. Je bent boos, voelt je onbegrepen en niet serieus genomen. Je gaat dingen zwart-wit zien en argumenten 'verzinnen' om je eigen standpunt te verdedigen. Rationeel dingen bekijken en daarop reageren vanuit een emotionele toestand, is erg lastig. Afstand nemen is niet zo simpel als je er middenin zit. Overigens is dit heel normaal en menselijk. Achteraf kijk je ook weer anders tegen zaken aan. Dat komt omdat alles dan gezakt is en je beter kunt reflecteren. Het is [cursief] in the heat of the moment [cursief] moeilijk om open te zijn en oprecht geïnteresseerd naar de ander te luisteren, misschien zelfs toe te geven dat je iets verkeerd hebt ingeschat, en creatief te zijn om iets nieuws op te zetten. Toch is dit belangrijk. Merk je tijdens het gesprek dat je gespannen bent, laat dan spanning los. Open je handen, en zet je voeten op de grond. Adem even diep in en uit. Door gevoelens te uiten kun je ook frustraties beter loslaten. Als je een time-out nodig hebt, geef dit dan aan. Even een break voor koffie tussendoor is soms juist goed.

Ik vertel hier dus niet of jullie gelijk hebben, of wat ik vind van de slogan op het spandoek. Het gaat om jullie geschil en jullie oplossing. Hopelijk kunnen jullie in de praktijk aan de slag met mijn tips. Mochten jullie nog vragen hebben of extra hulp wensen, dan mag altijd contact met mij worden opgenomen.

Ik wens jullie heel veel succes!

Laura Haket, MfN-registermediator



**Schijnt er dit jaar een nieuw licht
op uw OK?**



Scan de QR-code en
ontdek meer.

GETINGE 

MERCY SHIPS ONDERSTEUNT LIBERIAANSE ARTS MET CURSUS IN NEDERLAND

Een unicum in de geschiedenis van Mercy Ships! Recentelijk was er een arts uit Liberia, Dr. Gbozee, in Nederland voor de Global Surgery Summer School van de Universiteit Utrecht. In Liberia is hij algemeen chirurg. Waar Mercy Ships normaal lokaal mensen traint, ondersteunde Mercy Ships Holland Dr. Gbozee zodat hij – bij uitzondering – in Nederland deze cursus kon volgen.

De cursus voor deze arts is een steuntje in de rug voor Liberia, waar de gezondheidszorg langzaam oprabbelt na de recente Ebola-epidemie, en een goede voorbereiding voor de komst van de Africa Mercy in 2020. Tijdens zijn bezoek spraken we met Dr. Gbozee over zijn ervaringen als arts in Liberia.

Hoe heeft u Nederland en de Summer School ervaren?

'Ik was voor het eerst in Europa en heb veel bijzondere indrukken opgedaan. Ik ben Mercy Ships dankbaar dat ze mij gesponsord hebben om de Summer School te kunnen volgen, ik heb heel veel geleerd over algemene chirurgie. Deze waardevolle kennis kan ik terug in Liberia goed inzetten. Ik voel me ook gesterkt om weer naar huis te gaan.'

Kunt u iets over uw werk als arts in Liberia vertellen?

'Ik ben algemeen chirurg in het John F. Kennedy Medical Center in Monrovia. Het Kennedy Medical Center is het grootste openbare ziekenhuis van Liberia. Ik doe veel buik- en trauma-operaties, inclusief operaties met botbreuken. Tijdens de cursus in Nederland heb ik veel geleerd over algemene chirurgie. Deze waardevolle kennis kan ik bij de operaties in Liberia goed inzetten.'

Hoe bent u met Mercy Ships in contact gekomen?

'Ik kwam in contact met Mercy Ships via het ministerie van Gezondheid in Liberia. Mercy Ships had bij het ministerie een verzoek neergelegd voor het opzetten van een samenwerking met een Liberiaanse chirurg, als voorbereiding voor de inzet van de Africa Mercy in Liberia in 2020. Het ministerie kwam via een adviseur bij mij uit, en zo werd ik aanbevolen als chirurg om mee samen te werken. Dit heeft uiteindelijk geleid tot mijn deelname aan de Summer School in Nederland!'

'Mercy Ships is nieuw voor mij, maar ik heb me vanaf het begin welkom gevoeld. Elke Mercy Shipper die ik heb ontmoet is gastvrij en bereid om te helpen. Ik voel me opgenomen in een grote familie en kijk er naar uit om in de toekomst verder samen te werken met Mercy Ships!'

'IK DENK DAT MERCY SHIPS EEN BELANGRIJKE ROL KAN SPELEN BIJ HET VERHOGEN VAN HET NIVEAU VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN LIBERIA'

Wat kan Mercy Ships voor Liberia betekenen als de Africa Mercy in 2020 het land bezoekt?

'De gezondheidszorg van Liberia verkeert in een slechte staat. De toegang tot hoogwaardige chirurgische zorg is zeer beperkt, evenals het aantal chirurgische specialisten. Het gevolg daarvan is dat een groot aantal mensen dat een chirurgische behandeling nodig heeft, niet geopereerd kan worden. Het bezoek van Mercy Ships aan Liberia is daarom erg belangrijk. Ik denk dat Mercy Ships een belangrijke rol kan spelen bij het verhogen van het niveau van de gezondheidszorg in Liberia. Hoe

meer gezondheidswerkers jullie kunnen trainen, hoe groter de capaciteit van de medische zorg in Liberia wordt.'

Wat kan Mercy Ships specifiek doen om de verbetering van de gezondheidszorg in Afrika voor de lange termijn te waarborgen?

'Brandwonden en botbreuken zijn een groot probleem in Liberia. Als Mercy Ships kan investeren in het opleiden van lokale gezondheidswerkers in deze vakgebieden, is dat van grote waarde voor Liberia. Alleen met meer opgeleide medische professionals kunnen we het cijfer van het aantal mensen dat sterft of invalide wordt als gevolg van deze aandoeningen naar beneden brengen.'

Welk effect heeft de Ebola-epidemie gehad op de gezondheidszorg in Liberia?

'Ebola heeft een enorme impact gehad op Liberia. De economie heeft een knauw gehad, en het gezondheids-

stelsel is wankel. Veel gezondheidswerkers, waaronder artsen, kwamen door de ziekte om het leven. De gevolgen ervan zijn dus nog steeds voelbaar, vier jaar nadat het land Ebola-vrij is verklaard. Maar tegelijkertijd is de kennis van Ebola onder gezondheidswerkers gegroeid. De bevolking is zich meer bewust van hoe de ziekte wordt overgedragen, en de monitoring van epidemieën is nu veel beter dan voor de uitbraak. Als de overheid dit vasthoudt en investeert in de gezondheidszorg, kan in de toekomst een eventuele nieuwe uitbraak eerder in de kiem gesmoord worden.'

Ontmoeten we u nog op de Africa Mercy als die in 2020 in Liberia ligt?

'Zeker weten! Als Mercy Ships in 2020 in Liberia komt, wil ik graag samenwerken met en gecoacht worden door de ervaren, gespecialiseerde chirurgen aan boord. Op deze manier kan ik mijn kennis nog verder verdiepen en een betere chirurg worden, zodat ik de mensen in Liberia zo goed mogelijk kan helpen.'





Tim Schoonenberg meewerkend teamleidinggevende logistiek OK, over nieuwbouw Amphia

‘ALLE OK-MAGAZIJNEN BIJ ELKAAR BRENGEN WAS EEN HELE UITDAGING’

Toen Tim Schoonenberg (35) in 2002 wat bijverdiende als transportmedewerker in het Bredase ziekenhuis Amphia, had hij nooit kunnen bedenken zo'n vijftien jaar later nauw betrokken te zijn bij de grootschaligste logistieke operatie die het ziekenhuis ooit heeft ondergaan.

Tekst: Maril Hageman
Foto's: Amphia - Beeld Werkt.

Hoe ben je in het Amphia terechtgekomen?

‘Als achttienjarige jongen was ik in opleiding tot kok. Ik zocht een bijbaantje, en kon aan de slag als transportmedewerker bij het Amphia. Elk weekend liep ik hier in de kelder rond. Ik ontdekte al snel dat ik werken in het ziekenhuis leuk vond. Toen ik na het afronden van mijn studie in vaste dienst kon komen, hoefde ik daar niet lang over na te denken. Er gebeurt heel veel in de kelder van het ziekenhuis waar veel mensen geen weet van hebben, en het was een leuke omgeving om mezelf te ontwikkelen. In de jaren die volgden kreeg ik de kans om assistent-magazijnmedewerker te worden. Weer een paar jaar later werd ik een van de voorraadbeheerders van de locatie Molengracht in Breda. Het Amphia bestaat uit drie locaties: twee in Breda en één in Oosterhout.’

Je werkte ook op de operatiekamer...

‘Ja, toen ik als voorraadbeheerder begon te werken. De operatieafdeling was een logistieke uitdaging. Hier heb ik het proces opgezet om veel artikelen te laten scannen. Met name de koopartikelen, artikelen die niet op voorraad zijn in het ziekenhuis maar meteen van de leverancier komen. Na een paar jaar in het voorraadbeheer had ik het hele ziekenhuis wel leren kennen en stapte ik over naar de functie afdelingsassistent op de operatiekamer.

Afdelingsassistenten zijn het aanspreekpunt van de operatieassistenten. Zij zorgen dat alle spullen bij de verschillende operaties klaargezet worden en ze halen indien nodig extra benodigdheden op. Een intensieve maar leuke baan. Ik werkte

op twee locaties, en het was vaak een hele uitdaging om alle spullen op tijd van de ene locatie naar de andere te krijgen als dat nodig was.’

En intussen thuis?

‘Daar ging het leven gewoon door natuurlijk. Samen met mijn vrouw Diana kreeg ik in die periode twee prachtige kinderen: Ashley (nu 10) en Kane (nu 8). Met het doorstromen op de werkvloer had ik het steeds gered. Maar toen kreeg ik de kans om een opleiding te gaan volgen tot logistiek medewerker op de OK, een eenjarige opleiding in Eindhoven. Dat was wel even andere koek. Veel studeren en aan opdrachten werken, boven op het gewone werk. Als ik de kinderen in bad en bed had gedaan, zocht ik de studeerkamer op en werkte ik aan mijn opdrachten. Maar ik ben blij dat ik het gedaan heb, want daardoor raakte ik betrokken bij de nieuwbouw van het Amphia.’

Wat gaat er precies gebeuren?

‘Op de locatie Molengracht is een nieuw ziekenhuis gebouwd naast de bestaande bouw. Eind november 2019 wordt dit in gebruik genomen. Dan verhuist ook de andere Bredase locatie naar deze nieuwbouw. Door de nieuwbouw heeft Amphia er 80.000 m² bijgekregen. Samen met de bestaande bouw is dit een zorglocatie van 128.000 m². Er is een tunnel van 250 meter lang gemaakt van de bestaande bouw naar de nieuwbouw. De nieuwbouw heeft een OK-complex op de eerste verdieping met een grote steriele berging. Op de eerste verdieping van de bestaande bouw komt in 2021 nog een heel nieuw OK-complex voor laagcomplexere operaties. Er zijn momenteel 16 operatiekamers in de nieuwbouw, waarvan twee hybride OK's. Het totale operatiecomplex in Breda heeft 22 kamers. De rest

van het bestaande ziekenhuis wordt na november nog verbouwd. Er is een groot nieuw centraal magazijn in de kelder van de nieuwbouw gebouwd, met een steriel en een onsteriel deel. Het magazijn van de OK in Oosterhout wordt hier ook naartoe verplaatst. Het was een hele uitdaging om OK-magazijnen van de verschillende locaties bij elkaar te brengen.’



Foto: Maril Hageman



Hoe was jij hierbij betrokken?

'Ik mocht deelnemen aan de werkgroep "logistiek nieuwbouw OK", die ter voorbereiding op de gang naar de nieuwbouw was opgericht. We hadden als doel de efficiëntie en kwaliteit van patiëntenzorg te verhogen en de kosten natuurlijk te verlagen. Ik was vanaf het begin nauw betrokken bij het uitwerken van alle werkprocessen.'

En je was nog niet klaar met studeren...

'Ongeveer tegelijkertijd met de werkgroep begon ik aan de tweejarige NCOI-opleiding tot logistiek supervisor. Daar heb ik kennis opgedaan die ik goed kon toepassen bij de inrichting van het nieuwe magazijn. Inmiddels ben ik begonnen met een hbo-managementopleiding zorg en welzijn om mijn werkzaamheden als leidinggevende zo goed mogelijk te kunnen uitvoeren.'

Is het gelukt met de logistieke vernieuwingen?

'We hebben inmiddels één groot centraal magazijn in de kelder onder de bestaande bouw met een steriel en een onsteriel magazijn waar alle spullen opgeslagen liggen in speciale kasten. Op het nieuwe OK-complex is een enorme ruimte vrijgemaakt om alle materialen op te slaan, en dat zijn er nogal wat. De afgelopen maanden ben ik samen met mijn collega's druk bezig geweest om de huidige steriele berging door te lichten en alle spullen die langere tijd niet meer gebruikt werden eruit te halen. Binnen het nieuwe OK-complex moest heel veel gebeuren, maar er is ook gekeken naar de logistieke aanvoer van buiten de operatiekamer. De werkgroep "logistiek nieuwbouw OK" heeft samen met de werkgroep "werkprocessen OK" alle stappen van het logistieke proces in kaart gebracht en nieuwe werkprocessen geschreven.'

En hoe nu verder?

'De komende periode ben ik druk bezig met de verhuizing van het ziekenhuis naar de nieuwbouw. Dat wordt een spannende tijd. We hebben de afgelopen maanden al hard gewerkt aan de inrichting van de steriele berging. Dat is een hele puzzel, kan ik je zeggen. Inmiddels zijn alle kasten geplaatst, en langzamerhand komen ze ook vol te liggen. Alle materialen moeten een nieuwe opbergplaats krijgen. De afdeling Logistiek is straks verantwoordelijk voor het scannen van alle voorraadkasten in het ziekenhuis. Deze nieuwe manier van werken zijn we langzaam aan het invoeren bij onze medewerkers. Het werk gaat ondertussen onverstoord door. Inmiddels geef ik als meewerkend teamleider richting aan het veertienkoppige team van afdelingsassistenten. Ook voor hen gaat straks alles veranderen.'

Vertel...

'Tot de verhuizing werken de afdelingsassistenten in de steriele berging om de spullen voor de verschillende operatieprogramma's klaar te zetten in karren. Zij ruimen ook alle materialen op die van de Centrale Sterilisatie komen en bevoorraden de dagkarren van de operatiekamers. Daarnaast kunnen ze worden gebeld voor het wegbrengen van cyto-histologie of het snel aanleveren van materialen die onverwacht toch nodig blijken of onsteriel zijn geworden. Na de verhuizing naar de nieuwbouw krijgen de afdelingsassistenten er nog een taak bij. Zij worden dan verantwoordelijk voor een steriele opdekgang, waarop vier operatiekamers uitkomen en waar zij samenwerken met de operatieassistenten. Iedereen heeft daarvoor een cursus steriliteit gehad en heeft in de praktijk geleerd hoe de verpakkingen op de diverse operatiekamers opengemaakt moeten worden. Elke afdelingsassistent werkt straks ofwel op een opdekgang ofwel in de steriele berging. Verschillende werkplekken. Dat geeft wat meer variatie.'

Kijk je uit naar de toekomst?

'Alle neuzen staan in dezelfde richting en we kijken uit naar de week van 25 tot 29 november, de week van de grote verhuizing. Het zal in het begin best nog even wennen zijn, maar ik heb er alle vertrouwen in dat het goed komt. We krijgen straks een prachtige nieuwe werkomgeving, mooi toch?'



Passion for life

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. Met passie voor het leven.



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

GETINGE 
PASSION FOR LIFE

NASCHRIFT

Op 29 november 2019 is het nieuwe ziekenhuis op locatie Molengracht Breda in gebruik genomen. De ingrijpende verhuizing is zonder problemen verlopen.

Patholoog Jan van den Tweel schreef een boek over zijn vakgebied van de middeleeuwen tot nu

‘PATHOLOGIE LAAT DE BASIS VAN ALLE ZIEKTES ZIEN’



De auteur van het boek: Jan van den Tweel, emeritus hoogleraar pathologie.

Afgelopen november presenteerde Jan van den Tweel, emeritus hoogleraar pathologie, zijn boek ‘De geschiedenis van de Utrechtse pathologie – ca. 1800-2020’. Daarin kijkt hij overigens nog enkele eeuwen verder terug naar zijn vakgebied. Een gesprek over de belangrijkste ontwikkelingen, de ontdekking van weefsels en cellen en de processen daarin. Maar ook over perikelen met de afzuiginstallatie en het karakter van de patholoog. ‘Je moet een arts zijn die niet in de spotlights hoeft te staan.’

Tekst: UMC Utrecht

Illustraties uit *De geschiedenis van de Utrechtse pathologie*

De basis van de pathologie is in de late middeleeuwen gelegd door medici wier interesse de normale anatomie oversteeg. ‘Ook in de vijftiende eeuw waren er al wetenschappelijk onderzoekers die behoorlijk out of the box dachten’, vertelt Jan van den Tweel, van 1991 tot 2004 hoofd van de afdeling Pathologie in het UMC Utrecht. ‘Zij namen geen genoegen met het idee dat mensen ziek worden en doodgaan, maar openden hun lichamen om te zien waaraan ze waren overleden.’ Over deze en andere pathologische mijlpalen schrijft Van den Tweel in zijn boek over de geschiedenis van de Utrechtse pathologie. Hij voelt zich hier erg mee verbonden: ‘In 1964 begon ik als medisch student op afdeling Pathologie van het toenmalige Academisch Ziekenhuis Utrecht (AZU), destijds nog op de hoek van de Catharijnesingel en de Pasteurstraat. Ik wist van meet af aan dat ik patholoog wilde worden. Pathologie laat de basis van alle ziektes zien. Dat vind ik heel bijzonder. Er worden maar weinig serieuze ziektes behandeld zonder dat de patholoog de diagnose heeft gesteld.’ De eerste onderzoeker die over obducties (= sectie/autopsie) publiceerde was de Italiaan Antonio Benivieni (1443-1502), die in Florence aantekeningen maakte van de ziekten van zijn patiënten en soms zelfs een autopsie verrichtte, keurig met toestemming van de familie. Hij beschreef zijn bevindingen gedetailleerd, maar kon het verband tussen de symptomen van zijn patiënten en zijn bevindingen niet begrijpen, gehinderd als hij was door de humorale leer van Hippocrates (ca. 460 v.Chr.-ca. 370 v.Chr.) en diens ‘profeet’ Claudius Galenus (129-199). Van den Tweel: ‘Galenus stelde dat ziekten een gevolg waren van verstoorde verhoudingen in het lichaam tussen bloed, slijm, gele gal en zwarte gal. Daar kwam ook het idee vandaan voor de behandeling met bloedzuigers en aderlaten, hetgeen tot ver in de negentiende eeuw gebruikelijk was.’



De eerste onderzoeker die over obducties publiceerde was de Italiaan Antonio Benivieni (1443-1502).

Giovanni Battista Morgagni (1662-1771). ‘Die publiceerde in 1761 een beroemd boek, waarin hij stelde dat ziekten ontstaan in een orgaan’, vertelt Van den Tweel. Ook heel belangrijk was de ontdekking van de Franse



De eerste belangrijke ontwikkeling in de pathologie is het werk van de Italiaanse arts Giovanni Battista Morgagni (1662-1771).

wetenschapper Marie François Xavier Bichat (1771-1802) dat organen uit negentien verschillende soorten weefsels bestaan, zoals epitheel-, spier-, zenuw- en vetweefsel. Hij stelde vast dat een ziekte het gevolg is

van een verandering in zo’n weefsel. Niet veel later bevestigde de Oostenrijkse patholoog Carl von Rokitansky (1804-1878) dat vrijwel alle ziekten een afwijking in de organen als basis hebben. ‘Von Rokitansky verrichtte in Wenen meer dan vijftigduizend secties’, vertelt Van den Tweel. ‘Waarschijnlijk het grootste aantal ooit verricht door één persoon. Hij beschreef veel verschillende vormen van ziekten in de orgaanstructuren. Dat gaf de Europese pathologie en gezondheidszorg een basis om beter te diagnosticeren en te behandelen.’



De Oostenrijkse patholoog Carl von Rokitansky (1804-1878) bevestigde door zijn onderzoek dat vrijwel alle ziekten een afwijking in de organen als basis hebben.



Ook heel belangrijk was de ontdekking van de Franse wetenschapper Marie François Xavier Bichat (1771-1802) dat organen uit negentien verschillende soorten weefsels bestaan.

Microscopisch onderzoek

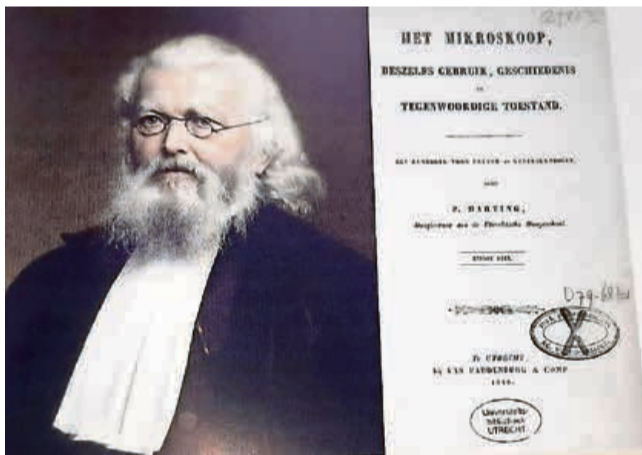
Een volgende grote stap was de komst van het microscopisch onderzoek. De Duitser Rudolf Virchow (1821-1902) was een van de eersten die beschreven dat iedere cel uit een andere cel ontstaat, zo ook tumorcellen. 'Dat idee was voor veel mensen nieuw', zegt Van den Tweel.



De Duitser Rudolf Virchow (1821-1902) was een van de eersten die beschreef dat iedere cel uit een andere cel ontstaat, zo ook tumorcellen.

Virchow ontdekte dat ziekten het gevolg zijn van verstoringen in de cellen van weefsels, en dat dus meestal niet het hele lichaam ziek is.

In dezelfde periode richtte Peter Harting in Utrecht een microscopisch laboratorium op, dat omstreeks 1850 tot de beste van Europa kon worden gerekend. Ook publiceerde Harting in 1848 het boek. *Het mikroskoop: deszelfs gebruik, geschiedenis en tegenwoordige toestand.*



Peter Harting richtte in Utrecht een microscopisch laboratorium op, dat omstreeks 1850 tot de beste van Europa kon worden gerekend.

Histochemie

In de tijd dat Van den Tweel in de pathologie werkte, maakte ook hij belangrijke ontwikkelingen mee. 'In de pathologie worden weefsels aangekleurd om celstructuren zichtbaar te maken. Vanaf begin jaren zestig konden we met een nieuwe techniek – de enzymhistochemie – ook functionele elementen in de cellen in beeld brengen, zoals de enzymactiviteiten bij spierziekten.' Rond 1975 kwam daar de immunohistochemie bij. Daarmee zijn immunologische processen in beeld te brengen, zoals het aanmaken van antistoffen door het lichaam in reactie op een prikkel. Ook is de methode te gebruiken om specifiek geproduceerde antistoffen te binden aan bekende antigenen van (tumor)cellen. Aan de hand van kenmerken in en op de cel kan men nauwkeurig het type tumor vaststellen. De arts kan de behandeling vervolgens daarop afstemmen. Het ontstaan van de moleculaire pathologie eind jaren negentig bracht nog meer verfijning; ook in de celkern wordt nu gekeken naar de oorzaak van ziekte, bijvoorbeeld een mutatie in het DNA. Gaandeweg levert de pathologie steeds vaker de basis voor *personalized medicine*.

Verkeerd afgesteld

Midden jaren tachtig verhuisde het AZU van de Catharijnesingel in Utrecht naar De Uithof. Het Pathologisch Instituut verhuisde mee. In het nieuwe gebouw – zo was het plan – moest de sectiekamer niet worden wegge-



Charles Spronck, hoogleraar van 1888-1919, met zijn team. Hij werd benoemd tot Ridder in de Orde van de Nederlandse Leeuw nadat hij tijdens een cholera-epidemie in Rotterdam in 1892-1893 uit het besmette drinkwater een kommagabacil (*vibrio cholerae*) had weten te isoleren.

stopt in een kelder. 'Dat idee was aardig, maar dat de sectiekamer op de vierde verdieping kwam te zitten, bleek niet zo praktisch', vertelt Van den Tweel. 'Het transport van overledenen is toch iets wat je graag minder zichtbaar houdt. Bovendien was men zich er onvoldoende van bewust hoe het in een sectiekamer kan ruiken. Is iemand al enkele dagen dood of bijvoorbeeld overleden aan een darmziekte, dan geeft dat bij een sectie wel bepaalde geuren', weet hij. 'Als patholoog kun je daar op een bepaald moment wel tegen, maar van anderen kun je dat niet verwachten. Destijds was tot overmaat van ramp ook de afzuiging verkeerd afgesteld. De lucht werd uit de sectiekamer de afdeling en de nabije gangen in geblazen.' Na enige tijd verhuisde de sectiekamer toch maar weer naar de begane grond.

Detective

Is de patholoog als beroepsbeoefenaar zelf eigenlijk veranderd? Dat ziet Van den Tweel niet zo. In de jaren zestig was het nog een mannenberoep. Nu bestaat de staf van de afdeling uit negen vrouwen en acht mannen. 'Maar qua karakter is de patholoog niet veel

veranderd', zegt hij. 'Het is een beetje een detective die probeert de oorzaak van een ziekte te vinden. Je moet een arts zijn die wil bijdragen aan de diagnostiek en niet in de spotlights hoeft te staan. Je werkt op de achtergrond.'

Vroeger heette het beroep 'patholoog-anatoom', tegenwoordig 'klinisch patholoog'. 'De oude naam werd meestal geassocieerd met het verrichten van secties, terwijl we dat steeds minder vaak doen', ligt Van den Tweel toe. De afdeling Pathologie van het UMC Utrecht verricht nu jaarlijks ongeveer 38.000 onderzoeken bij levenden en ongeveer 260 secties op overledenen. 'Het werk bestaat nu vooral uit het beoordelen van verwijderde organen, weefselfragmenten en cellen die met puncties zijn verkregen uit bijvoorbeeld lymfeklieren of tumoren.'

Naast deze historische beschouwingen bevat het boek ook de beschrijvingen van alle afdelingshoofden Pathologie en hun daden van 1862 tot heden. Een interessant detail is dat ook bijna alle huidige medewerkers van de afdeling in het boek zijn geportretteerd.



HET BOEK

De *Geschiedenis van de Utrechtse pathologie*, met meer dan honderd historische foto's, is op aanvraag voor 25 euro verkrijgbaar via het secretariaat van de afdeling Pathologie: w.vanBragt@umcutrecht.nl.

PATIËNT NA HERSENOPERATIE DIRECT TERUG NAAR VERPLEEGAFDELING



FOTO: ETZ Fotografie & Film

De teamleiders Laura Jue (l) en Yvette Tooten zijn op de verpleegafdeling Neurochirurgie met hun ervaren team van verpleegkundigen goed voorbereid op de nieuwe werkwijze.

Patiënten gaan voortaan na een schedeloperatie direct terug naar de verpleegafdeling Neurochirurgie in het ETZ (Elisabeth-Twee-Steden Ziekenhuis). Het is niet altijd meer nodig dat zij de eerste nacht na de operatie op de afdeling Intensive Care (IC) worden verpleegd.

“Hierdoor neemt de belasting voor de patiënt af, neemt de patiënttevredenheid toe, wordt de ligduur verkort en treden minder complicaties op”, stelt neurochirurg Bram van der Pol.

Uit onderzoek van Radboudumc1 blijkt dat het veilig is om patiënten na een craniotomie - een ingreep waarbij een stuk van de schedel tijdelijk wordt verwijderd om zo bij de hersenen te kunnen - op een ‘gewone’

verpleegafdeling te verplegen. “Voor ons reden om het goede voorbeeld van het Nijmeegse academisch ziekenhuis te volgen”, zeggen teamleiders Laura Jue en Yvette Tooten van de verpleegafdeling Neurochirurgie. “Wij hebben op onze verpleegafdeling al veel ervaring met hoog complexe zorg. We zijn dus goed voorbereid op de nieuwe werkwijze.”

Zonder risico

Door de patiënt na afloop van de operatie naar de verpleegafdeling te verplaatsen hoeft die niet aan de nieuwe IC-omgeving en de IC-verpleegkundigen te wennen. Laura: “De stress op een IC vergroot de kans op nare ervaringen en herinneringen en vertraagt het herstel. Het is dus verstandig om als het verantwoord is opname op een IC te vermijden. We weten nu dat

we veel patiënten na een hersenoperatie de IC kunnen besparen”. De patiënten die daarvoor in aanmerking komen, worden uiteraard heel zorgvuldig geselecteerd, vult Yvette aan. “Zo mag de operatie geen spoed zijn en niet langer dan zes uur duren. Ook mag er geen sprake zijn van extreem bloedverlies. De neurochirurgen beoordelen steeds heel secuur in overleg met de anesthesioloog wie binnen de criteria vallen om naar de verpleegafdeling terug te gaan.”

Consultatief intensive care verpleegkundige

De verpleegkundigen op de verpleegafdeling Neurochirurgie kunnen bij eventuele vragen dag en nacht een beroep doen op de consultatief intensive care verpleegkundigen, waar ze intensief mee samenwerken. Zo worden de competenties van zowel MBO- als HBO-verpleegkundigen optimaal benut, in het kader van hun beroepsontwikkeling. De verpleegkundigen leren intensief klinisch redeneren bij de craniotomie-patiënten. Vervolgens kunnen ze hun kennis ook bij alle andere patiënten inzetten. De verwachting is dat jaarlijks ongeveer tweehonderd patiënten voor de nieuwe werkwijze in aanmerkingen komen. “Er worden maximaal twee craniotomie-patiënten per dag terug verwacht. Om de juiste zorg te kunnen bieden, hebben we de bezetting uitgebreid.” Om eventuele misverstanden te voorkomen benadrukken Bram, Laura en Yvette dat er bij de nieuwe werkwijze geen sprake is van verplaatste IC-zorg. “Het past wel bij de verpleegkundige beroepsontwikkeling in het ETZ en het streven naar zinnige zorg.”

¹ Mark ter Laan, Suzanne Roelofs, Ineke Van Huet, Eddy M M Adang, Ronald H M A Bartels, Selective Intensive Care Unit Admission After Adult Supratentorial Tumor Craniotomy: Complications, Length of Stay, and Costs, Neurosurgery, , nyz388, <https://doi.org/10.1093/neuros/nyz388>

NIEUWE “KNOOPSGAT”-OPERATIETECHNIEK LONGEN IN MCL

Een complexe longoperatie via één incisie van vier centimeter. Tot voor kort was dat bijna ondenkbaar. In het MCL is onlangs de eerste ingreep in Friesland uitgevoerd met de “Uniportal”-techniek.

Bij deze operatietechniek worden én de scoop waardoor de longchirurg het werkterrein overziet, én alle operatie-instrumenten via één betrekkelijk kleine incisie in het lichaam gebracht.

In het MCL vinden veel longoperaties plaats via de thoroscopische methode (‘knoopsgatoperatie’). Daarbij worden camera, lichtbron en chirurgische instrumenten via dunne buisjes (trocars) in het lichaam gebracht. Doorgaans zijn er twee of drie trocars en een hulpincisie nodig. Het MCL is al geruime tijd voorloper op het gebied van minimaal invasieve chirurgie. Een scopische ingreep (de VATS-techniek) biedt al veel voordelen boven de ‘klas-

sieke’ open operatietechniek, waarbij een grote incisie nodig is en de ribben moeten worden gespreid en vaak worden gekneusd. De Uniportal-techniek brengt de thoroscopische techniek naar een hoger niveau.

Dr. Frederike Grimme, longchirurg in het MCL, voerde de eerste succesvolle ingreep met de Uniportal-techniek in het MCL uit. Zij werd daarbij geassisteerd door longchirurg Dr. Rob Droog. De techniek wordt langzaam maar zeker in Nederland geïntroduceerd. Het team onder leiding van Dr. Gabi Murrmann heeft zich al een paar jaar op deze techniek voorbereid. Training vond onder andere plaats in Spanje, Shanghai en de laatste training vond in Heerlen plaats. De voordelen voor de patiënt zijn groot: één kleine incisie, geen spreiden van de ribben, minder pijn, snellere mobilisatie, en in veel gevallen ook sneller herstel na de operatie. De techniek werd in 2010 ontwikkeld door de Spaanse chirurg Dr. Diego Gonzalez-Rivas.

Het was de eerste keer dat de ingreep in Friesland werd uitgevoerd. Het betrof een lobectomie, een ingreep waarbij een deel van de long en de lymfeklieren wordt verwijderd in verband met longkanker. De operatie en het herstel verliepen voorspoedig.

Murrmann: “De operatie is op zich niet anders, maar de operatietechniek biedt voor de patiënt onmiskenbaar voordeel. Elders in de wereld heeft deze techniek zich al bewezen. We zijn er trots op dat we deze techniek ook in het MCL kunnen bieden. De techniek kan echter niet bij alle longpatiënten worden toegepast.”

Dr. Gabi Murrmann werkt sinds 2009 in het MCL. Ze was tot 2008 hoofd longchirurgie van de Chris Barnard-afdeling Cardiothoracale chirurgie, Groote Schuur Ziekenhuis, Universiteit Kaapstad (UCT).



Foto: MCL

Het team longchirurgen van het MCL. Vlnr: Drs. Jan Eikelaar, Dr. Cora Arts, Dr. Rob Droog, Dr. Gabi Murrmann, Dr. Frederike Grimme.

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!'**

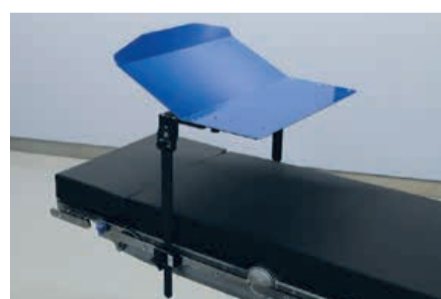
Model in 40° Trendelenburg, hier getoond met PatientGuard™ 600 Robot Stirrups, ArmGuard™ rail gemonteerde arm bescherming en TrenGuard™ HYBRID 450 (één van de schouderkussens is doorzichtig gemaakt voor betere visualisatie)



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





Heijnevan Medical BV

SPECIALISTEN IN HET INRICHTEN VAN



▶ OPERATIEKAMER

PENDELS EN BRUGGEN | OK-LAMPEN | OK-TAFELS | SPINE | ACCESSOIRES | MEUBILAIR



▶ RECOVERY

PENDELS EN GOTEN | LAMPEN | TROLLEYS | ACCESSOIRES | MEUBILAIR



▶ SPOED EISENDE HULP

PENDELS EN GOTEN | LAMPEN | TROLLEYS | ACCESSOIRES | MEUBILAIR



▶ CARE

PENDELS, GOTEN EN BRUGGEN | LAMPEN | TROLLEYS | ACCESSOIRES | MEUBILAIR



▶ POLIKLINIEK

PENDELS EN GOTEN | LAMPEN | OK-TAFELS | ACCESSOIRES | MEUBILAIR