

# DE NEDERLANDSE OK KRANT

DE KRANT VOOR OK-MEDEWERKERS | JAARGANG 3 | EDITIE 2 | FEBRUARI 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](mailto:info@denederlandse-ok-krant.nl).



### IN DIT NUMMER ONDER ANDERE:

**LVO CONGRES 'BUIGEN OF BARSTEN'** 5 en 6 maart in Ede  
**VIER GENOMINEERDE SCRIPTIES** voor Young Professional Award  
**ETZ OPENT VERNIEUWDE** sterilisatieafdeling





**LVO**  
Landelijke Vereniging van Operatieassistenten

33<sup>e</sup>

## LVO CONGRES

Landelijke Vereniging van Operatieassistenten

Donderdag & vrijdag  
5 & 6 maart 2020

Congrescentrum  
De ReeHorst,  
Ede

# BUIGEN OF BARSTEN

**MET INSPIRERENDE  
SESSIES OVER O.A.:**

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

[www.lvocongres.org](http://www.lvocongres.org)

Mede organisatoren:

nederlandse vereniging voor traumachirurgie  
nederlandse vereniging van de Nederlandse Vereniging van Operatieassistenten



**NVEG**  
Nederlandse Vereniging voor Endoscopische Chirurgie





# 33<sup>e</sup> LVO-CONGRES: BUIGEN OF BARSTEN

Op donderdag 5 en vrijdag 6 maart 2020 vindt alweer het 33<sup>e</sup> LVO Congres plaats in Congrescentrum de ReeHorst te Ede. Het thema is dit jaar: 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 moeten 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?!

**Aanmelden voor het congres kan op: [www.lvocongres.org/registratie](http://www.lvocongres.org/registratie).**

Hieronder vind je onder voorbehoud van wijzigingen het programma:



## DONDERDAG 5 MAART

### Plenair Programma

- 09:00 Opening & Openingswoord – Mevr. M. de Kort, Voorzitter Congrescommissie LVO Congres
- 09:15 Buigen of barsten... Hoe kom ik in die situatie terecht? – Dhr. Geert Driessen, lees hieronder meer.
- 10:00 LVO – Dhr. G. Creemers, Voorzitter A.I. LVO
- 10:30 **Koffiepauze**

### Parallelsessie 1.1

- 11:00 Een tumor in het hoofd-hals gebied; Wat en hoe verder? – Dr. T. Hoppenreijns, MKA-chirurg, Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem
- 11:30 n.t.b. – Dr. S. Kuthe, AIOS Plastische Chirurgie, MCL Leeuwarden
- 12:00 Brandwonden, nieuwe ontwikkelingen, kweken van huid – Prof. Dr. E. Middelkoop, Bijzonder Hoogleraar Huidregeneratie en Wondgenezing, Brandwondencentrum, Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk

### Parallelsessie 1.2: Robotchirurgie

- 11:00 Robot chirurgie - hoofd hals – Dr. P. Schreuder, Hoofd Hals Chirurg, AvL, Amsterdam
- 11:30 Robot geassisteerde digitale laparoscopie – Dr. S.F.P.J. Coppus, Gynaecoloog Máxima MC, Veldhoven/Eindhoven & Lisa Jongerius, Operatie Assistent, Máxima MC, Veldhoven/Eindhoven
- 12:00 Robotchirurgie, niet meer weg te denken! – Dr. G.P. Van der Schelling, Chirurg, Amphia Ziekenhuis, Breda & Mevr. M. Grootenboer, Operatieassistent, Amphia Ziekenhuis, Breda
- 11:00 Sessie onderwijsinstututen – Vindt parallel plaats aan het congresprogramma van 11:00 uur tot 12:30 uur. Lees hieronder meer..

### 12:30 Lunch

### Parallelsessie 2.1: Debat

- 14:00 Hoe veilig zijn wij en de patient op de OK? – Dhr. C. Widdershoven, Arts-Assistent, De Jonge Dokter & Dhr. E. Luijendijk, Advocaat Gezondheidsrecht, KBS Advocaten Utrecht

### Parallelsessie 2.2 Van Straten Young Professional Award

- 14:00 Het classificeren van spoedsectio's – Alexandra Bakker, VUmc
- 14:20 De schadelijkheid van chirurgische rook voor patiënten in een laparoscopische setting – Randy Juharianto, Dijklander Ziekenhuis
- 15:40 When every second counts – Julia Roelofs
- 15:00 Robotchirurgie bij pancreaticoduodenectomie – Yadi Hagenaars en Hanneke Nauta-Verdult, Bravis ziekenhuis

### 15:30 Pauze

### Plenair Programma

- 16:00 Uitreiking Van Straten Young Professional Award
- 16:15 Plenaire Afsluiting – Filosoof & Cabaretier Paul Smit

## VRIJDAG 6 MAART

### 07:30 ALV & Ontbijt

### 08:30 Registratie & koffie

### Plenair Programma

- 09:00 Opening
- 09:05 Kindermishandeling – Prof. Dr. R. Van Rijn, Kinder Radioloog / Professor Forensische Radiologie, AMC Amsterdam
- 09:50 Pancreas patiënt met behandelaar – Dhr. W. Brethouwer en Prof. Dr. O.R.C. Busch, Hoogleraar Gastro-intestinale Chirurgie, AMC Amsterdam
- 10:30 De operatieassistent: laat ze het lineair barsten of maakt ze een circulaire buiging? #call2action – Mw. Drs. C. Van Beek MCM, Leading Sustainable Health Care, Nijmegen
- 11:00 **Pauze**

### Parallelsessie 3.1: NVEC

- 11:30 TA-TME Techniek – Mw. J. Vellemans, Algemeen Chirurg, Zuyderland Ziekenhuis
- 12:00 Vard techniek Videoscopic Assisted Retroperitoneal Debridement (VARD) bij necrotiserende pancreatitis – Dhr. B. Hollemans, Chirurg in opleiding, St. Antonius Ziekenhuis / onderzoeker Pancreatitis Werkgroep Nederland
- 12:30 Bariatrische Chirurgie – Dr. R. Schouten, Algemeen Chirurg, Flevo Ziekenhuis

### Parallelsessie 3.2

- 11:30 De toegevoegde waarde van 3D holografische medische beeldvorming in chirurgie – Mw. L. Roelofs, BSc, Universiteit Twente / ETZ Tilburg
- 12:00 Wervelfracturen – Dr. R. de Haan, Traumachirurg, MCL Leeuwarden
- 12:30 Knie artrose en innovatieve behandelopties – Dr. R.J.H. Custers, Orthopedisch Chirurg, UMC Utrecht

### 13:00 Lunch

### Parallelsessie 4.1: Gynaecologie

- 14:00 Therapeutische hysteroscopie: onderwaterchirurgie bij uitstek – Dr. A.R.H. Twijnstra, Gynaecoloog, LUMC, Leiden
- 14:30 Intra Uterine ingrepen – Dr. R.H. Hakvoort, Urogynaecoloog, Martiniziekenhuis, Groningen
- 15:00 Chirurgie bij ovarium carcinoom – Dr. C.D. de Kroon, Gynaecologisch oncoloog, LUMC, Leiden

### Parallelsessie 4.2

- 14:00 Groene OK – Prof. Dr. W.J.H.J. Meijerink, Chirurg, Radboudumc, Nijmegen
- 14:30 Evidence based medicine – Dr. M. Wouters, Chirurg, AvL, Amsterdam
- 15:00 De dokter met de benen omhoog! – Mw. J. Giesbers, Physician Assistant i.o., Zuyderland Ziekenhuis MC, Heerlen/Geleen/Kerkrade

### Plenaire afsluiting - De KWIS! (Urgert & van Deudekom)

- 15:30 Manipulation Game



De foto's op deze pagina en op de voorpagina zijn gemaakt op voorgaande edities van het LVO-congres door Ivonne Zijp.



Voor de liefde verruilde Joop Vangangel (38) het Maastrichtse AZM – inmiddels Maastricht UMC+ – zestien jaar geleden voor het Amsterdamse OLVG. Heen en weer pendelen tussen de hoofdstad en Limburg was vanwege de afstand op den duur geen optie meer. Drie jaar geleden veranderde hij ook van specialisme: van orthopedie naar cardiothoracale chirurgie.

# ‘VERTEL MIDDELBARE SCHOLIEREN EENS OVER ONS VAK’



Tekst: Menno Goosen  
Foto's: Ivonne Zijp

## Het was in het begin vast flink wennen als Limburger in Amsterdam.

'Zeker, vooral aan de directe manier van communiceren. Wat me meteen opviel, was dat de patiënten hier veel mondiger zijn. Ze nemen niet direct iets voor waarheid aan, ook niet als een arts het zegt. Maar we praten natuurlijk al over een flinke tijd geleden, hè. In Limburg zijn de tijden ook veranderd. Ik heb niet echt vergelijkingsmateriaal, omdat ik nooit meer in Maastricht gewerkt heb. Dat zou overigens best wel eens leuk zijn, maar verhuizen is nu geen optie. Mijn hele leven vindt al zestien jaar lang plaats in Amsterdam. Ik woon hier met mijn vriendin, mijn dochter Mirella van zes en mijn zoon Etienne van vier. Ik heb het hier erg naar mijn zin.'

## Merkte je verschillen in de omgang met collega's?

'Ook die directheid. Amsterdammers hebben het hart op de tong en zeggen meteen wat ze vinden. Zeker als iets hun niet bevalt. In het begin ervoer ik dat vaak als kritiek. Inmiddels ben ik het gewend, en beschouw ik het als positieve feedback. Een manier om jezelf te kunnen verbeteren. De sfeer bij ons is echt super. We hebben een heel leuke groep collega's, waarmee we na werktijd vaak dingen ondernemen. Ze zaten al flink te geinen over de reden dat ik was uitgekozen voor dit interview. Ik heb toen gezegd dat ze op LinkedIn op zoek waren naar de knapste mannelijke operatieassistent, en dat die geen homo mocht zijn. Dit soort grapjes kunnen we rustig maken. Niemand voelt zich daar beledigd door. De bal wordt gewoon net zo hard teruggekaatst. OLVG past sowieso goed bij me. Hoewel het best een groot ziekenhuis is, blijft het persoonlijk. Dat ervaren onze patiënten ook zo. De zorg wordt zo persoonlijk mogelijk gemaakt.'

## Waarom ben je overgestapt naar de thoraxchirurgie?

'Eigenlijk om een heel praktische reden. OLVG heeft in Amsterdam twee locaties: Oost en West. Ik werk op locatie Oost, maar de afdeling Orthopedie is verhuisd naar West. Meeverhuizen naar locatie West zou voor mij betekenen dat ik bijna een uur langer reistijd heb. Fietsen is mijn grote hobby, maar een uur op de fiets naar het andere eind van de stad vóór de werkdag begint: dat was me toch te zwaar. Daar kwam bij dat ik het na al die jaren op de orthopedie wel eens leuk vond om een nieuw specialisme te leren. De thoraxchirurgie leek me zeer interessant. Ook omdat deze afdeling multidisciplinair is. We werken zo veel mogelijk minimaal invasief. Je moet een beetje uitdaging in je vak houden. Als je merkt dat je je werk op de automatische piloot doet, is het tijd voor iets nieuws.'

## Dat betekende wel dat je je een heel nieuw vakgebied eigen moest maken.

'Klopt. Maar gelukkig vind ik het erg leuk om iets nieuws te leren. Het is goed om eens uit je comfortzone te treden. Het was wel een flinke verandering. Van het meest "grove" specialisme naar het meest "fijne" specialisme. Op de Amstel Academie, onderdeel van het Amsterdam UMC, heb ik een vervolgopleiding voor de cardiothoracale chirurgie gevolgd, en ik doe nog steeds aan bijscholing. Wel merkte ik dat het best lastig is om op latere leeftijd weer in de studieboeken te kruipen. Zeker als je het moet combineren met fulltimewerk en een gezin.'

## Hoe was het om opeens weer leerling te zijn? Was dat niet even slikken? Je was specialismedeskundige op de orthopedie.

'In de praktijk had ik daar niet zo veel moeite mee. Wel merkte ik dat ik me vaak afvroeg wat de meerwaarde van een bepaalde handeling was. Ik was natuurlijk al jaren operatieassistent toen ik de thoraxchirurgie ging doen, en dat heeft me zeker geholpen bij het inwerktraject. Mijn expertise in de orthopedie is niet verloren gegaan en komt vaak nog goed van pas. Ik krijg regelmatig vragen over bijvoorbeeld de keus voor een bepaald orthopedisch implantaat.'

## Doe je helemaal geen orthopedische ingrepen meer?

'Er worden in Oost alleen nog orthopedische ingrepen bij kinderen verricht. Daar sta ik wel eens bij. Ook werken we op de andere locatie. Gemiddeld werk ik één keer in de week in West. Ik heb gezegd dat ik dan wel op de orthopedie wil staan, zodat ik bijblijf. Dat up-to-date blijven is overigens nog best een hele klus. Ook in de orthopedie gaan de ontwikkelingen razendsnel. Gemiddeld doe ik 80% cardiothoracale en 20% orthopedische ingrepen. Af en toe sta ik ook wel eens bij een gynaecologische of een urologische ingreep, maar dat is veel sporadischer.'

## Welk specialisme vind je zwaarder: thorax of orthopedie?

'Bij orthopedie is meer gepland, hoewel je natuurlijk ook te maken hebt met traumachirurgie. Wij werken in OLVG met een voor- en achterwacht. Als er een team bezig is, en er komt nog een spoedingreep – bijvoorbeeld een aortadissectie – dan komt de achterwacht. We wisselen deze "dissectie"-diensten af met het Amsterdam UMC. Als je voor een dergelijke operatie wordt opgeroepen, weet je dat je de bed die nacht niet meer gaat zien. Veel planbare ingrepen zijn minimaal invasief, zowel op de thoraxchirurgie als op de orthopedie. Dat scheelt enorm in de duur van een operatie. Een ander belangrijk verschil is dat het bij de cardiothoracale chirurgie vaak om leven en dood gaat. Zeker bij een type A-dissectie. Dat is bij de orthopedie natuurlijk veel minder vaak het geval.'

Op de orthopedie kun je een patiënt die onverwacht binnenkomt nog wel eens naar de volgende dag doorschuiven. Dat kan op onze afdeling vaak niet. Vervolgens komt meestal ook nog de stress dat er na afloop van de ingreep een IC-plaats nodig is. Dat is vaak ook nog een heel gepuzzel.'

## Ik zag op je LinkedIn-profiel dat je ook een kortstondig uitstapje naar de industrie hebt gemaakt ...

'Toen ik een jaar of vier in OLVG gewerkt had, wilde ik eens iets anders uitproberen. Ik heb toen kort als vertegenwoordiger gewerkt. Het bedrijf was leuk, maar het leuren bij afdelingen Inkoop van ziekenhuizen is niets voor mij. Gelukkig kon ik daarna weer aan de slag bij OLVG. Ik heb er overigens geen spijt van, hoor. Als ik dat niet geprobeerd had, had ik nooit geweten of dat een geschikte baan voor mij was geweest.'

## Als laatste: heb je misschien een idee hoe we de personeelstekorten kunnen oplossen?

'Het heeft me altijd verbaasd dat ik op de middelbare school nooit iets gehoord heb over het beroep operatieassistent. Iedereen kent het beroep verpleegkundige of arts, maar van ons beroep heeft geen middelbare scholier ooit gehoord. Ik zou veel meer voorlichting geven over ons beroep. Ik zelf ben ook bij toeval operatieassistent geworden. Fysiotherapie was mijn eerste studiekeuze, maar ik werd uitgeloot. Toen begon ik met een studie oefentherapie Cesar,\* maar dat vond ik niet zo leuk. Ik wilde meer met mijn handen werken. Doordat een vriendin van mijn zus operatieassistent was, kwam ik uiteindelijk in aanraking met ons vak. En pas toen dacht ik: dat is echt iets voor mij. Maar op de middelbare school heeft nooit iemand mij iets verteld over dit beroep. Een gemiste kans.'

\* De oefentherapie Cesar is een paramedische behandelmethodede gericht op het behandelen en voorkomen van klachten door een onjuist houdings- en bewegingspatroon.





# Bouwplannen in de medische sector?

De toekomst van specialistisch zorgvastgoed ligt in zowel tijdelijke als permanente, modulaire bouw.

Medexs en Jan Snel hebben hun expertise gecombineerd om oplossingen aan te bieden voor specialistisch zorgvastgoed. Modulair bouwen is het bouwen van de toekomst. Het is een snelle, efficiënte, flexibele en circulaire bouwmethode zonder concessies te doen aan de kwaliteit.

De dynamische processen in het ziekenhuis kunnen op deze manier ongestoord verder gaan, terwijl Jan Snel Medical Buildings de huisvesting realiseert. Een ambulancepost, laboratorium, MRI- en CT-scan ruimtes of een volledig K1P1 operatiecomplex: Jan Snel & Medexs hebben de oplossing voor u!



Kijk op [www.jansnel.com](http://www.jansnel.com) voor meer informatie.



## DE KWETSBAARHEID VAN ZORGVERLENERS

**M**eneer X wordt opgenomen op onze afdeling MDL (maag, darm en leverziekten). Het is een invalide, verstandelijk beperkte man, die alleen nog maar in bed kan liggen. Meneer komt voor een PEG plaatsing. PEG staat voor Percutane Endoscopische Gastrostomie. De PEG-sonde is een dun slangetje dat via een sneetje door de buikwand in de maag wordt geplaatst. Door deze sonde kunnen vloeibare voeding of vloeibare medicijnen worden toegediend omdat Meneer X niet meer normaal kan eten.

Communiceren kan hij nauwelijks. Hij kan zich alleen maar uiten met een soort kreunen. Zijn nichtje is aanwezig bij de opname en geeft aan dat hij 'ja en nee' kan knikken. Als je wilt communiceren, moet je het hele alfabet afgaan om na te gaan wat hij wilt vertellen.

Ik ga de nachtdienst in en op een bepaald moment hoor ik een heel hard gekreun. Gelijk weet ik dat het de nieuwe opname is op kamer 3.1. Ik loop naar meneer toe en vraag hem of hij pijn heeft. Hij gaat alleen maar harder kreunen en ik weet me even geen raad. Ik leg mijn hand op zijn hoofd en schouder en leg hem uit dat ik niet begrijp wat er aan de hand is. Vreselijk, vind ik dat. Gelukkig wordt hij wat rustiger en uiteindelijk valt hij in slaap.

De volgende dag word ik gebeld door mijn afdelingshoofd dat er een officiële klacht is ingediend door de meneer op kamer 3.1. Ik val even stil, en na een paar seconden vraag aan mijn afdelingshoofd wat de klacht dan is. Meneer heeft aangegeven dat ik hem onzedelijk betast zou hebben op intieme plekken. Ik mag wel komen werken, maar mag niet meer bij meneer op zijn kamer komen tot dat de klacht onderzocht is. Ik leg de telefoon neer en voel me erg machteloos. Ik ben verdrietig en boos tegelijkertijd. Ik kan het wel van de daken schreeuwen: 'HET IS NIET WAAR!!!'.

Als een patiënt een officiële klacht indient, wordt dat gelukkig erg serieus genomen. De klacht wordt onderzocht door een speciale commissie van het ziekenhuis. De volgende dag gaan vertegenwoordigers van de klachtencommissie samen met mijn afdelingshoofd en zijn nichtje naar de patiënt toe.

Tijdens het gesprek zegt het nichtje: 'Weet je heel erg zeker dat de broeder dit gedaan heeft? Dit kan voor hem namelijk hele erge gevolgen hebben.' Na een lang gesprek waar ik niet bij ben, geeft meneer aan dat hij het gedroomd heeft! De officiële aanklacht wordt ingetrokken en er zijn geen verdere gevolgen voor mij.

Ik word gebeld door mijn afdelingshoofd en hij legt me alles uit. Als ik de telefoon neerleg, besef ik me opeens hoe kwetsbaar mensen zijn die in de



zorg werken. Je wilt mensen verzorgen en helpen waar het kan. En dan word je beschuldigd van dingen die helemaal niet waar zijn. Desondanks houd ik van mijn werk en blijf ik dit vak met liefde uitoefenen.

Ik schrijf dit stukje om aan te geven dat mensen die in de zorg werken, ook erg kwetsbaar kunnen zijn. De meeste mensen denken dat de patiënt erg kwetsbaar is. Meestal is dat ook het geval. Maar als je onterecht wordt beschuldigd, zet het je wel aan het denken dat wij als hulpverleners ook slachtoffer kunnen worden. Meneer heb ik zelf nooit meer gesproken. Zijn nichtje heeft me een brief geschreven waarin zij excuses aanbiedt namens meneer.

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



### Verbeterde zorg die tijd en kosten bespaart en milieuvriendelijker is.

Het klimaat is dagelijks onderwerp van gesprek en op allerlei manieren maken we onze manier van leven **groener**.

Wilt u weten hoe we hier op de OK aan kunnen bijdragen? Scan de QR-code en leer meer over het verminderen van verbruik van anesthesiegassen.



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).



# Welke sokken draag jij?

De kleurige kledkamer van het Martini Operatiecentrum past goed bij de hippe sokken van manager Wouter Loef. 'Op de OK onderscheiden we ons graag met mooie sokken. Ik heb een flinke voorraad in de kast liggen. Misschien passen jouw sokken ook goed bij #teammartini?'

Wouter Loef is van huis uit anesthesiemedewerker. Via de functie van teamleider werd hij manager. 'Zo'n voortrekkersrol past goed bij mij. Ik hou van vernieuwing en ben altijd op zoek naar hoe we het nog beter kunnen doen. Daarvoor is in het Martini Ziekenhuis alle ruimte. Ik vind het mooi als mensen daarbij uit de verf komen met hun kwaliteiten. Mijn uitdaging is dan ook het werkproces zo in te richten dat mijn medewerkers vleugels krijgen.'

Op het Martini Operatiecentrum worden volop 'vliegren' gedraaid: ruim tweehonderd collega's doen 18.000 operaties per jaar. 'Wij assisteren hier bij alle specialisaties, van laag tot hoog complex. Dat maakt dat je de ene dag zeven of acht operaties doet en de andere dag één of twee. Deze mix maakt het werk heel afwisselend.'

'We vinden het heel belangrijk dat mensen sterk in hun werk staan. Daarom hebben we binnen het Operatiecentrum twee coaches opgeleid, die je kunnen helpen bij knelpunten in de werksituatie. Daarnaast bieden we buiten de afdeling het zogenoemde peer support. Daar kun je een beroep op doen als je een ingrijpende situatie hebt meegemaakt en de behoefte hebt om daar over door te praten.'

'We zijn een groot ziekenhuis en toch is de sfeer heel persoonlijk: we kennen elkaar en leven met elkaar mee. Bijvoorbeeld bij de Keek op de Week. Dan stemmen we praktische dingen met elkaar af, maar hebben we ook aandacht voor verjaardagen, diplomering en andere mijlpalen. We eten trouwens regelmatig taart, omdat we de baksels van collega's beoordelen voor *Heel de OK bakt*. We zijn al aan de derde ronde toe...'

Natuurlijk heeft ook het Martini te maken met de krappe arbeidsmarkt. 'Wij gaan de komende jaren maximaal operatieassistenten en anesthesiemedewerkers opleiden om de verwachte tekorten op te kunnen vangen. Daarvoor hebben we het 'Gronings opleiden' ontwikkeld. Dat is een vernieuwende vorm van onderwijs, met een kortere opleidingsduur en stageperiodes in meerdere ziekenhuizen. Dit initiatief geeft de instroom een mooie impuls. Wij zijn klaar voor de toekomst!'



## Nieuwsgierig naar het Martini Operatiecentrum?

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

#teammartini 



Kijk op [werkenbijmartiniziekenhuis.nl](http://werkenbijmartiniziekenhuis.nl)



## DEZE COLUMN KAN SPOREN VAN NOTEN BEVATTEN!

Op het operatiecentrum controleren wij altijd de allergieën van patiënten. Hiermee bedoelen wij ook daadwerkelijk relevante allergieën waar ze lichamelijke reacties van krijgen. Uitslag, zwelling, benauwdheid etc. Het is noodzakelijk om dit te controleren voordat patiënten een behandeling krijgen. Om dit duidelijk te krijgen, vragen wij de allergieën uit en dat levert soms bijzondere situaties op. Mensen verwarren allergieën vaak met bijwerkingen. Bijna de helft van alle patiënten die ik zie zijn 'allergisch' voor morfine, want daar worden ze misselijk van. Laat ik het nog één keer duidelijk maken: misselijkheid van morfine is een bijwerking en géén allergie.

Laatst kreeg ik de vraag of de paracetamol die ik gaf wel glutenvrij was. Ik ben zelf ook behoorlijk allergisch, namelijk voor mensen met een glutenallergie. Glutenvrije mensen. Die zwellen al op bij het woordje 'gluut' maar ontploffen niet als ze het wel per ongeluk binnen krijgen. Uitzonderingen daargelaten natuurlijk. Het is bijzonder vervelend als je een échte glutenallergie hebt. Dat kan je leven behoorlijk beïnvloeden, maar soms vind ik het eerder een modeverschijnsel dan dat ik het echt serieus neem. Er is niets hipper dan een foto van een vegan poké bowl zonder gluten op je Instagram. Gelukkig hebben wij glutenvrije operatiekamers, dus doen we mooi mee met de hype.

Relevante allergieën, uiterst belangrijk in ons vak. Een veel voorkomende allergie is bijvoorbeeld schaaldieren. Patiënten benoemen het vaak, terwijl het niet relevant is. Misschien zijn ze bang dat we per ongeluk een garnaal achterlaten op de plek van de galblaas. Een ander leuk verschijnsel is de patiënt die allergisch is voor middelen die hij niet kent. Zo tref ik wel eens mensen die allergisch zijn voor bepaalde antidiabetica maar zelf geen diabetes hebben. Of mensen die zeggen allergisch te zijn voor bloeddrukverhogende middelen terwijl ze die medicijnen nog nooit hebben gehad.

Sommige bejaarden (of moet je tegenwoordig senioren zeggen?) zijn ook wel allergisch voor 'dat witte pilletje'. De naam weten ze niet, maar het is 'dat ene, voor het hart'. O, dat!

Toen ik nog op de afdeling werkte zei ooit een mevrouw tegen mij dat ze geen temazepam mocht hebben want daar werd ze slaperig en suffig van. Dat is ook de bedoeling van temazepam, vriendin! De leukste uitspraak die ik ooit heb gehoord was: 'Als ik maar geen klysma krijg want dan raak ik aan de dunne!' Waarschijnlijk was het klysma niet lactosevrij en is het gemaakt op een plek waar ook noten verwerkt worden.



Met vriendelijke gluten,

Don

Don Roelofsen is recoveryverpleegkundige bij het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch.

## ...WAAROM IK FIETS...

...ik heb van jongs af aan gesport, maar niet altijd zonder kleerscheuren. Zo liep ik achtereenvolgens warm voor voetballen (onderbeenbreuk), tafeltennis (onderarmbreuk), volleybal (schouder-uit-kom) en rugby (diverse kneuzingen). Nadat ik tijdens een verhitte schaakpartij met stoel-en-al achterover was gekukeld en een hersenschudding opliep, was voor mijn ouders de maat vol. Ze vonden fietsen voortaan een goede bezigheid om van mijn overmatige energie af te komen. Het is goed dat ze maar een klein deel van mijn wielrenblessures hebben meegemaakt...

...er zijn boeken geschreven over hoe het nu kwam dat medaillewinnaar Jantje of Pietje voor schaatsen koos, en waarom dat voor anderen nou juist wielrennen is. Vaak blijft de verklaring beperkt tot een vaag positief gevoel, een leuke eerste kennismaking, aardige medesporters, een oom die ook..., maar de werkelijke drijfveer blijft meestal onverklaard. Deze redenering geldt niet voor mij, vanaf het begin van mijn wielercarrière was ik verkocht, en als je onderstaande beweringen leest, begrijp je wel waarom:

'...wielrenners zijn geen voetballers. Ze praten met hun fans, hebben geen hoeden, zelden tatoeages, en als ze vallen, roepen ze om een wiel in plaats van een gele kaart...'

'...warm, bewolkt weer. Ik pak mijn spullen uit mijn auto en zet mijn fiets in elkaar. Vanaf terrasjes kijken toeristen en inwoners toe. Niet-wielrenners. De leegheid van die levens schokt me...'

'... wie döt mij wat, wie döt mij wat, wie döt mij wat vandage, 'k heb de banden vol met wind, nee ik heb ja niks te klagen...'

'...in velo veritas...'

'...in oorlog, liefde en wielrennen is alles geoorloofd...'

'...mobiel bellen, neem een fietsbel...'

'...t Is zelf gezochte eenzaamheid, het is de berg tegen je benen, het is de kop tegen je lijf,

't Is doen zonder te denken, je stopt, je huilt, je vloekt, je rust, en stampen, stampen...'

...mijn fietsmaatje en ik waren onderweg van Valkenswaard naar Santiago, de fietsen beladen met tassen, tentje en slaapzak, er stond in Zuid België waar we pauzeerden een bus met Nederlandse kinderen op schoolreisje, ze waren zeer geïnteresseerd in ons en stonden in een grote kring om ons heen, toen we vertelden dat we naar Spanje gingen fietsen, zei er een: Maar hebben jullie thuis geen auto dan...?

Marc Scheltinga is vaatchirurg in het Máxima Medisch Centrum.







## DEDDY KRUIZE, TEAMLEIDER ALGEMENE CHIRURGIE OP ZIEKENHUISSCHIP DE AFRICA MERCY: ‘EEN TOPBAAN, ONDANKS DE ELLENDE DIE IK ZIE’

**D**eddy Kruize (34) wilde als klein meisje al verpleegkundige worden en naar Brazilië gaan om voor arme kinderen te zorgen. Brazilië veranderde uiteindelijk in Afrika, en naast verpleegkundige werd Debby ook operatieassistent. Inmiddels werkt ze al jaren als vrijwilliger voor Mercy Ships, de laatste vier jaar als teamleider op de OK. Dit jaar tekende ze bij voor nóg een jaar op ziekenhuisschip de Africa Mercy.

Tekst en foto's: Mercy Ships



**Je loopt al een aantal jaren mee bij Mercy Ships. Wat brengt je ertoe om er jaar na jaar weer voor te gaan?**

'Ze zeggen wel eens: "Werken in Afrika is besmettelijk." Daarnaast heeft het Mercy Ships-virus mij te pakken. Ik wilde altijd al verpleegkundige worden en me inzetten voor arme mensen. Het werk aan boord van de Africa Mercy is voor mij een roeping. Zolang mij niet duidelijk wordt gemaakt dat mijn werk en tijd in Afrika erop zitten, blijf ik. Tenzij het dicht op elkaar leven me te veel wordt.'

**Hoe ben je ooit bij Mercy Ships terechtgekomen?**

'Na de middelbare school heb ik een opleiding tot verpleegkundige gevolgd. Daarna heb ik doorgestuurd voor operatieassistent en vervolgens nog een tropenopleiding gedaan. Na deze opleiding kwam ik uit bij Mercy Ships, omdat ik dan als operatieassistent in Afrika aan de slag kon.'

**Inmiddels ben je teamleider ...**

'Ik ben in 2010 bij Mercy Ships begonnen als vrijwilliger voor de korte termijn, dus steeds een paar maanden, maar elke periode aan boord smaakte naar meer. Daarom heb ik me voor de werkperiode in Madagaskar – in 2015 – ingeschreven voor een heel jaar. Ik zou gewoon als operatieassistent aan het werk gaan, maar het liep al snel anders: na vijf weken aan boord werd ik teamleider algemene chirurgie. Vanaf dat moment kreeg het werk me – op een goede



manier – volledig in zijn greep. Ik verkocht mijn huis in Nederland, waarna niets mij ervan weerhield twee jaar bij Mercy Ships te blijven. Halverwege het tweede jaar kwam de vraag of ik wilde bijtekenen voor nog een jaar. Dat was voor mij geen makkelijke vraag, maar uiteindelijk concludeerde ik dat mijn tijd in Afrika er nog niet op zit. Daarom ga ik voor nog een jaar de uitdaging aan in Senegal.'

### Hoe ervaar je jouw baan op het schip?

'Ik vind het een topbaan. Het is hard werken en ik zie ontzettend veel ellende, maar desondanks geniet ik erg van mijn werk. Met zo veel verschillende mensen met verschillende achtergronden, culturen, opleidingen en nationaliteiten samenwerken, is en blijft bijzonder. Uiteindelijk heb je allemaal hetzelfde doel: het beste voor de patiënt. Iedereen heeft z'n eigen rol en taken. Binnen het team is iedereen altijd bereid om de ander zo veel mogelijk te helpen.'

### Hoe ziet voor jou als teamleider van de OK een gemiddelde werkdag eruit?

'Nou, elke dag is weer anders. Maar er zijn natuurlijk wel dingen die dagelijks terugkomen. Officieel begint elke werkdag om 8 uur. Meestal ben ik wel wat eerder aanwezig om de operatiekamer klaar te maken voor de eerste operatie. Als het team compleet is, houden we onze teambriefing. Tijdens de operaties vul ik alle papieren in en tel ik de instrumenten en materialen. Ondertussen volg ik ook de operatie, zodat ik extra materialen kan aangeven. Daarnaast houd ik de planning van die dag bij. Als we uitlopen, pas ik de planning aan. Onze werkdag is pas ten einde als het operatieprogramma klaar is, hoe laat dat ook is. Als de laatste operatie geweest is, moet ik me als teamleider nog voorbereiden op het operatieprogramma van de volgende dag. Ik ga bijvoorbeeld samen met de chirurg naar de afdeling om de patiënten voor de volgende dag te zien. We geven hun uitleg over de operatie en bereiden hen alvast zo veel mogelijk voor. Na deze bezoeken is mijn werkdag echt klaar. Soms heb ik dan nog even de tijd om met collega's te gaan eten, maar vaak rol ik direct mijn bed in.'

### Welk onderdeel van je werk geeft je de meeste voldoening?

'Iedere geslaagde operatie geeft mij voldoening, maar het ene geval is het andere niet. Sommige mensen kun je helpen met één eenvoudige operatie. Bij anderen spelen veel gezondheidsfactoren een rol, zoals ondervoeding. Dan heb je veel meer en langer contact met de patiënt, en vaak ook met de moeder of vader, omdat dit vooral voorkomt bij kinderen met een gespleten lip en gehemelte. Je ziet dat de tijdsinvestering – van het voortraject tot en met de operatie(s) – een duurzaam effect heeft. Als we dan een moeder naar huis kunnen sturen met een baby die gezond is en goed op gewicht, geeft me dat ontzettend veel voldoening.'



### Welke patiënt is je tot nu toe het meest bijgebleven?

'Er zijn meerdere patiënten die ik nooit zal vergeten, en elk jaar komen er meer bij. Maar als ik er nu een zou moeten kiezen, kom ik uit bij Gifty. Zij was destijds een zesjarig meisje uit Liberia. Haar aandoening was complex: ze had een gespleten gezicht en een gespleten gehemelte. Dit kunnen wij goed verhelpen, maar eigenlijk had ze ook nog een correctie van haar schedel nodig, zodat haar ogen dicht bij elkaar zouden komen te staan. Het sluiten van het gespleten gezicht en de correctie rondom haar oog zou dan een veel beter resultaat opleveren. Deze constatering maakte veel gesprekken los, want als we dit allemaal zouden doen werd het een enorm lange operatie die voor het team een grote belasting zou zijn. De chirurgen wilden het team dit eigenlijk niet aandoen.'

### Hoe liep dit af?

'Ik heb onderdeel mogen zijn van de discussie met de chirurgen, en samen hebben we gezocht naar de oplossing die het beste zou zijn voor Gifty. Haar moeder had te maken met albinisme, en daardoor ging haar zicht meer en meer achteruit. Een gespleten gehemelte maakt spraak ontzettend moeilijk. Het plaatje van een bijna blinde moeder met een slecht pratende dochter

ging mij erg aan het hart, en gelukkig heb ik de chirurgen ervan kunnen overtuigen dat we moesten gaan voor de oplossing die het beste was voor Gifty en haar moeder. Uiteindelijk hebben we dus zowel het gespleten gezicht als het gespleten gehemelte gesloten én de correctie van de schedel uitgevoerd, zodat Gifty en haar moeder zo goed mogelijk kunnen blijven communiceren en er ook zo veel mogelijk perspectief is voor haar toekomst.'

### Het schip is onlangs aangekomen in Senegal. Wat verwacht je van de komende werkperiode?

'Ik verwacht dat het in ieder geval weer hard werken zal worden. Ik heb begrepen dat Senegal zelf geen chirurgen heeft voor aangezichtschirurgie. Dat betekent dat wij waarschijnlijk veel patiënten zullen krijgen met grote kaaktumoren. Operaties van dit soort aandoeningen zijn complex en vergen veel van het medisch personeel. Tegelijkertijd zijn dit ook heel dankbare operaties. Na vaak jarenlang met een grote tumor rondgelopen te hebben en altijd nagewezen te zijn, worden mensen weer gezien. Ze durven weer in de spiegel te kijken. Je ziet hun gezichtsuitdrukking veranderen van dof en neerslachtig naar optimistisch en hoopvol voor de toekomst.'



## OVER MERCY SHIPS

Door de jaren heen heeft Mercy Ships met een handvol schepen meer dan twee miljoen mensen in ontwikkelingslanden geholpen met medische operaties en ontwikkelingsprojecten. Op dit moment heeft de organisatie één groot ziekenhuisschip in de vaart: de Africa Mercy, het grootste particuliere varende ziekenhuis ter wereld, speciaal ingericht om mensen in de armste landen in Afrika te helpen. Aan boord zijn meer dan 150 verschillende functies waarop je kunt solliciteren: van kapper tot magazijnmedewerker, van chirurg tot loodgieter. Vanaf minimaal twee weken. Bij alle vacatures gaat het om een vrijwilligersfunctie, waarbij je zelf je reiskosten en verblijf aan boord betaalt. Op deze manier kan Mercy Ships de medische hulp gratis aanbieden. Ook is het mogelijk om de organisatie te steunen met een donatie.

Meer informatie is te vinden op [www.mercyships.nl](http://www.mercyships.nl).





## Maquet Lyra

Onze nieuwste mobiele OK-tafel

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



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

[www.getinge.com](http://www.getinge.com)

GETINGE 



**COBRAdagen 2020**  
Congres voor gynaecologische chirurgie

Scherp!

woensdag 1 april

donderdag 2 april

vrijdag 3 april



# Save the date!

COBRAdagen 2020: scherper dan ooit!



**Scherp!**

Ook deze editie weer een inspirerend thema.  
Sprakmakende 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](http://www.cobradagen.nl)

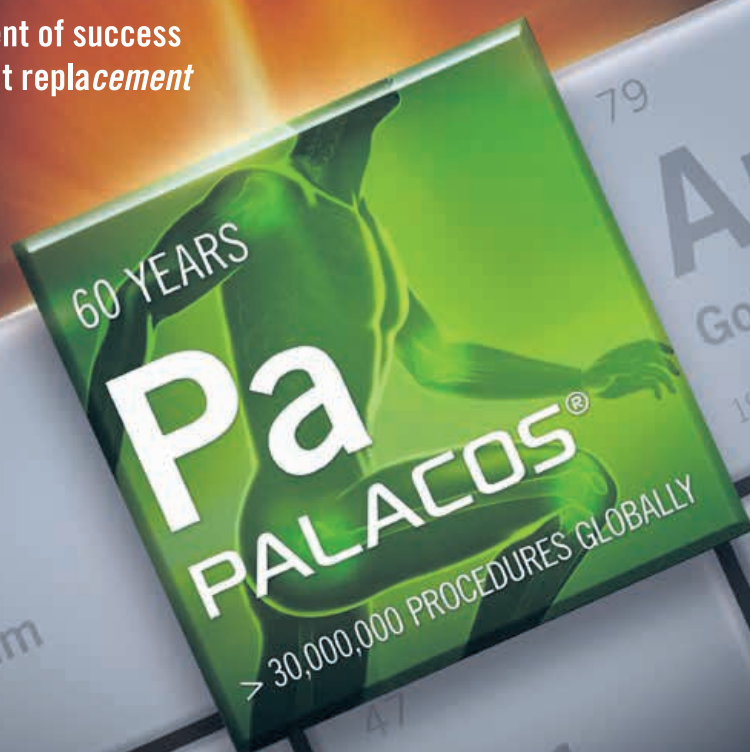
[#COBRA20](https://twitter.com/COBRAdagen)

[info@cobradagen.nl](mailto:info@cobradagen.nl)

Heraeus

## PALACOS®

Element of success  
in joint replacement



Proven for 60 years in more than 30 million procedures worldwide.  
Global leader in clinical evidence with more than 130 studies. This  
makes PALACOS® bone cement what it is: The gold standard among  
bone cements, and the element of success in joint replacement.

[www.heraeus-medical.com](http://www.heraeus-medical.com)

## Oogheelkunde Symposium

Dinsdag 10 maart 2020, 17.30 uur

**Symposium met workshops die bestaan uit:**

- Oefenen met de microscoop, vb hechten
- Lenzen vouwen
- Persoonlijke oogmeting

**Wanneer?** Dinsdag 10 maart van 18.00 tot 21.00 uur

**Waar?** Locatie Veldhoven, Het Plein en Auditorium

**Aanmelden:** U meldt zich aan door een e-mail te sturen vóór  
3 maart 2020 naar [h.mulder@mmc.nl](mailto:h.mulder@mmc.nl)



 **máxima mc**





# ZES NIEUWE OPERATIEKAMERS VOOR IJSSELLAND ZIEKENHUIS

**H**et IJsselland Ziekenhuis krijgt een nieuw operatiekamer complex (OKC). De eerste zes modules zijn via convoi exceptioneel in Capelle aan den IJssel gearriveerd en op zijn plaats gehesen. In totaal worden 36 modules in vier dagen 's nachts naar het ziekenhuis vervoerd en overdag op de eerste verdieping gehesen via een 500 tons kraan. Binnen een week staat de basis voor een geheel nieuw OKC. De eerste modules zijn officieel onthaald door Peter Oskam, burgemeester van Capelle aan den IJssel, in gezelschap van Edwin Kafoe, anesthesiemedewerker, Marlous Boender, projectleider bouw, en Janine Oosting, Raad van Bestuur IJsselland Ziekenhuis.

## Bouwen op twee plaatsen tegelijk

Terwijl het terrein voor het ziekenhuis de afgelopen maanden is voorbereid, zijn de operatiekamers (inclusief technische installaties) door middel van modulaire industriële bouw in Duitsland, bij Cadolto in Cadolzburg, gebouwd. Een deel van de in totaal 36 modules - die samen een 2.000 m<sup>2</sup> complex van zes OK's gaan vormen - is nog onderweg naar het ziekenhuis. Een operatie op zich. De eerste zes modules zijn via drie vrachtschepen vanuit Duitsland naar Dordrecht vervoerd. Vervolgens werden de modules in vier nachten vanuit de haven in Dordrecht in Convoi Exceptionnel over de (snel)weg naar Capelle a/d IJssel vervoerd. Naar verwachting staan alle 36 modules eind januari op hun plaats en wordt zo binnen één week het nieuwe OKC gevormd. Daarna wordt alles in ca. drie maanden afgewerkt en in bedrijf genomen. Vervolgens wordt het huidige OKC

gerenoveerd, het totale OKC houdt - ook gedurende het bouw- en renovatie traject - beschikking over acht OK's.

## Nieuwbouw en renovatie IJsselland Ziekenhuis

In 2016 is het IJsselland Ziekenhuis gestart met een ingrijpend renovatie- en nieuwbouwtraject. In 2019 is de nieuwe Acute Opname Afdeling (AOA) in gebruik genomen en de eerste algemene gerenoveerde verpleegafdeling geopend. Begin januari is de nieuwe kinderafdeling door Capellenaar Ronnie Flex geopend. Voor het nieuwe OKC heeft het IJsselland gekozen voor een deel nieuwbouw en een deel renovatie. Door te kiezen voor modulaire industriële systeembouw wordt in het bouwtraject veel tijd gewonnen en ondervindt de omgeving van het ziekenhuis veel minder overlast.



# 'PLEISTER' VOORKOMT LEKKAGE HERSENVOCHT NA OPERATIE

Hersenvocht lekkage na een hersenoperatie is een veel voorkomende en vervelende complicatie. Neurochirurg Tristan van Doormaal uit het UMC Utrecht ontwikkelde daarom samen met Polyganics in Groningen een 'pleister' die ervoor moet zorgen dat de hersenvliezen na een operatie gesloten blijven.

Lekkage van hersenvocht is een van de meest voorkomende complicaties na een hersenoperatie vanwege bijvoorbeeld een aneurysma, epilepsie of een hersentumor. Ongeveer een op de vijftien patiënten krijgt hiermee te maken. Een dergelijke lekkage heeft vaak zeer vervelende gevolgen: langere hersteltijd in het ziekenhuis, plaatsing van een drain of hersteloperatie en het risico op een levensbedreigende infectie. Nadat Van Doormaal zich vijf jaar geleden afvroeg wat de meest voorkomende en allervervelendste complicatie was voor de patiënten, bedacht hij

een 'pleister' om hersenvocht lekkage tegen te gaan. Van Doormaal: 'We hadden iets nodig wat de hersenvliezen 100% waterdicht zou maken. De huidige lijmsorten of andere middelen zijn vaak niet specifiek voor hersenvliezen gemaakt en boden daarom onvoldoende resultaat. Ik ben toen in contact gekomen met Polyganics, een biotechnologisch bedrijf in Groningen, met het idee van een soort pleister. Samen ontwikkelden we een synthetische variant die we kunnen vastmaken in een vochtige omgeving. De hersenen drijven namelijk in vocht, en dit maakt het lastig iets echt

goed vast te plakken. Deze pleister zuigt zich als het ware vast en blijft lang genoeg zitten om er nieuw hersenvlies in te laten groeien. Uiteindelijk lost de pleister vanzelf op en is het gevaar geweken.' Na een klinische studie, waar ook het Elisabeth-Tweesteden ziekenhuis in Tilburg en het UniversitätsSpital Zürich in Zwitserland aan meewerkten, trad bij geen van de patiënten lekkage van hersenvloeistof op. Op basis van deze resultaten is het CE-keurmerk verleend, waardoor de pleister nu voor regulier gebruik beschikbaar komt.





# Heijneman 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



# ETZ OPENT COMPLEET VERNIEUWDE STERILISATIE AFDELING



Alle operatie-instrumenten worden handmatig voorgespoeld voordat ze de wasmachine in gaan.

FOTO'S: ETZ Fotografie & Film

Het ETZ (Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis) opende onlangs zijn compleet vernieuwde CSA. Jaarlijks worden hier miljoenen instrumenten gereinigd en gesteriliseerd.

Het ETZ is een groot topklinisch ziekenhuis met een traumacentrum waar dagelijks vele complexe operaties plaatsvinden. Hierin is de sterilisatie afdeling een onmisbare schakel. Door de week worden daar de klok rond alle instrumenten voor operatieve verrichtingen in het ziekenhuis gereinigd, gedesinfecteerd en gesteriliseerd. "Dit is een ingewikkeld proces, met hele dure apparatuur. We hebben meer dan 25.000 instrumenten in beheer. Van 160 verschillende schaaftjes tot mechanisch hechtmateriaal dat na gebruik allemaal weer schoon moet zijn voor de volgende patiënt", vertelt Miranda Bressers, hoofd

CSA. Om er zeker van te zijn dat ieder mesje en pincet brandschoon de CSA verlaat, zijn de reinigingsvoorschriften streng. Ze vervolgt: "Het duurt in totaal vijf uur voordat een operatie instrument schoon en steriel is." In de desinfectoren, zoals de wasmachines heten, worden de instrumenten op het oog netjes schoongemaakt en gedesinfecteerd. Maar daarmee zijn ze nog niet steriel. Dat gebeurt in een van de vijf zogeheten stoomsterilatoren: machines waar de overgebleven bacteriën op de schaaftjes, zaagjes en pincetten met natte stoom bij een temperatuur van 134 graden worden gedood.

## Ingenieus

De oude sterilisatie afdeling moest na twintig jaar hoognodig gerenoveerd worden. Bressers: "De apparatuur was verouderd en we hadden twee afdelingen in

het ETZ die dit werk deden. De nieuwe CSA is alleen nog gehuisvest op locatie ETZ Elisabeth waarin alle medewerkers op dezelfde manier werken." De nieuwe CSA is groter dan de oude; in de immense ruimte staan non-stop acht wasmachines te draaien. De afdeling heeft een ingenieus instrumentenvolgsysteem. Bressers: "Elk instrument staat hierin want er mag geen instrument ontbreken na een ingreep." Alle pc's zijn voorzien van touchscreen en bij het ontwerpen van de nieuwe afdeling is rekening gehouden met de werknemers. Door de grote ramen in de kelder van het ziekenhuis hebben de nieuwe vertrekken nu veel daglicht. "Ook de goede droogresultaten en het lage geluidsniveau van de nieuwe sterilisatoren maken het werk in de CSA veel comfortabeler," vertelt Bressers.



Een medewerker steriele medische hulpmiddelen aan het werk bij een van de acht wasmachines die non-stop draaien in de nieuwe Centrale Sterilisatie Afdeling.

## JAARCIJFERS 2019 EXPERTISECENTRUM EUTHANASIE



Bestuurder Steven Pleiter Expertisecentrum Euthanasie.

Expertisecentrum Euthanasie ontving in 2019 3.122 hulpvragen. Dat is 22 procent meer dan in 2018 en veel meer dan verwacht. Het expertisecentrum kampt al jaren met een tekort aan psychiaters; nu is er ook een tekort aan andere artsen. Bestuurder Steven Pleiter: "Elke werkdag melden zich dertien mensen bij ons die zeggen: 'Help mij, ik kan niet verder'. De nood is groot." In 2017 en 2018 was er voor het eerst sinds de oprichting van Expertisecentrum Euthanasie (toen nog Levensindekliniek) sprake van een stabilisatie van het aantal hulpvragen. Halverwege 2019 bleek dat het aantal hulpvragen wederom beduidend toenam. In juli 2019 werden voor het eerst meer dan driehonderd hulpvragen per maand ontvangen. Dit herhaalde zich in oktober.



## Grote impact op organisatie

Gemiddeld voerde een ambulante team (bestaand uit een arts en een verpleegkundige) twaalf keer per jaar euthanasie uit; het streven is om dit aantal niet verder op te laten lopen. Voor 2020 houdt Expertisecentrum Euthanasie rekening met 3.300 hulpvragen. "De aantallen hebben grote impact op de organisatie", zegt Pleiter. "We hebben momenteel op alle fronten vacatures: artsen, psychiaters en verpleegkundigen. Met name in Zuid-Holland, regio Den Haag - Rotterdam, is er een tekort aan artsen."

## Schrijnend

Het tekort aan psychiaters is al langer schrijnend. De wachttijd voor een euthanasietraject op basis van psychiatrische problematiek is inmiddels opgelopen tot een jaar of langer. In 2019 waren de wachttijden voor de overige trajecten, zonder psychiatrische problematiek, te verwaarlozen. Als een ambulant team een hulpvraag onderzocht, startte het daar in de helft van de gevallen binnen vijftien dagen mee en werd binnen twee maanden euthanasie verleend.

## Zorgvuldig

Vooraf complexere hulpvragen komen bij het expertisecentrum terecht: euthanasie bij dementie, stapeling van ouderdomsklachten en psychiatrie. Van de 3.122 hulpvragen werd een derde ingewilligd: bijna 900 patiënten kregen euthanasie. Van Regionale Toetsingscommissies (RTE) werden uitsluitend beoordelingen 'zorgvuldig' ontvangen, net als in 2018. In 2019 kregen twee demente, wilsonbekwame patiënten euthanasie. Hoewel slechts met 1 procent is de groei van het aantal ingewilligde verzoeken op basis van dementie opvallend: van 70 (2018) naar 96 (2019).



# VISIES OP ZORG



**M**acro-ontwikkelingen van de laatste decennia hebben geleid tot een steeds complexere wereld. Ingrijpende veranderingen in de beschikbaarheid en uitwisseling van informatie, technologie, goederen, diensten en geld introduceren nieuwe maatschappelijke vraagstukken op het gebied van economische groei, mobiliteit, huisvesting, onderwijs, veiligheid, arbeid, welzijn en zeker ook zorg. Deze vraagstukken betreffen niet alleen positieve, maar ook negatieve gevolgen. Lineaire en eenduidige benaderingen bieden meestal geen oplossing voor deze negatieve effecten. Naar integrale oplossingen wordt niet gezocht.

Tekst: Jo Caris(\*) en Theo Poiesz(\*\*)

In plaats daarvan worden we voortdurend geconfronteerd met gefragmenteerde beschouwingen en beleidsbeslissingen die slechts een (klein) deel van de werkelijkheid raken. Dergelijke aspectbenaderingen hebben enerzijds tijdelijke en oppervlakkige effecten en veroorzaken anderzijds nieuwe problemen omdat ze geen rekening houden met hun invloed op andere aspecten binnen het systeem, noch met de wisselwerking met aanpalende systemen. Een aspectbenadering moet vaak met een andere aspectbenadering worden gecorrigeerd. Die correctie vraagt op haar beurt ook weer om een compensatie, etcetera.

Zo verspringt, in de zorg, het accent van de bezuinigings- naar de arbeidsmarktproblematiek en vervolgens weer naar nieuwe middelen. Controlesystemen die de kosten moeten beheersen maken de zorg juist duurder. De onoverzichtelijke wirwar van aspectbenaderingen is per definitie minder effectief en efficiënt dan een integrale benadering.

De Nederlandse zorg staat internationaal als uitstekend aangeschreven. Toch is er voortdurend sprake van politieke en bestuurlijke onrust rond de vraag of het stelsel betaalbaar is en blijft. De beleidsmatige aandacht voor zorg richt zich primair op kosten. Dit is niet alleen een doodlopende weg, maar het absorbeert ook de aandacht die nodig is voor meer fundamentele vragen. Het zijn juist die vragen die in dit boek besproken worden en, waar mogelijk, verbonden worden aan mogelijke oplossingsrichtingen.

De zorg en de zorgsector worden in hoge mate als een gesloten systeem beschouwd. Ze worden als vaststaand gegeven gezien waarbinnen de vele diverse partijen, elk met hun eigen belangen, gewoonten en opvattingen, elkaar gevangen houden. Het gevolg is dat structurele of systeeminnovaties geen kans krijgen en dat oplossingen voor problemen zich gewoonlijk beperken tot operationele of organisatorische verbeteringen binnen het systeem – en dus niet van het systeem. Politici en bestuurders zien zich vaak gedwongen om beslissingen te nemen die op de korte termijn zijn gericht. Beleid in de zorg is sterk *incident-driven*. De vraag die buiten schot blijft, is of de incidenten het gevolg zijn van imperfecties van het systeem.

Dit leidt tot paradoxale situaties waarvan we hier enkele noemen.

- De eerste is al genoemd: de Nederlandse zorg behoort tot de beste van de wereld. Toch wordt breed over het systeem geklaagd. Is de zorg zó goed dat iedere misser opvalt: het zogenaamde 'witte muur syndroom' waarbij iedere smet zichtbaar is?
- De zorg is sterk intern gericht. En dat terwijl de grote veranderingen zich juist (ook) buiten de zorg lijken af te spelen. In een wereld die gekenmerkt wordt door toenemende integratie stelt de zorg zich als eiland op. In de sector wordt integratie gemakshalve vertaald met samenwerking – en dan nog het liefst met een partij van de eigen discipline.
- Hoewel kwaliteit van leven steeds vaker genoemd wordt als het hogere doel van zorg en kwaliteit van zorg als de voorwaarde daartoe, is veel inspanning en geld uitsluitend gericht op het verbeteren van handelingen en verrichtingen.
- De aandacht voor de kwaliteit van zorg manifesteert zich in alsmat toenemende regeldruk en protocollering. Deze hadden eerst een positief effect op kwaliteit. Maar er is sprake van een

asymptotische werking: er is onevenredig meer geld en regelgeving nodig voor steeds kleinere verbeteringen. De wet van de afnemende meeropbrengst slaat nu door: door de onevenredige nadruk op kwaliteit van zorg staat de kwaliteit van zorg onder druk.

- Er is een duale focus: enerzijds zoeken zorgorganisaties naar samenwerking en schaalvergroting; tegengesteld daaraan is er een toenemende roep om de menselijke maat in zorgorganisaties.
- In andere sectoren dan de zorg zijn dominante ontwikkelingen op het vlak van (informatie)technologie aanleiding tot het fundamenteel heroverwegen van bestaande processen. In de zorg bestaat de neiging die ontwikkelingen in te passen in bestaande processen.
- In de sterk gefragmenteerde zorgsector valt een luide roep om samenwerking en integratie te beluisteren. Maar in de zorg wordt de strategische basis daarvan slechts marginaal uitgewerkt.
- De volumenor (meer verrichtingen van één soort als inzet voor productieafspraken) worden gerelateerd aan efficiëntie en aan kwaliteit van de verrichting en niet aan kwaliteit van zorg. Het leidt tot verdere differentiatie en juist niet tot integratie. En dus niet tot betere zorg.
- De zorgsector claimt een sterke gerichtheid op de patiënt/cliënt. Maar de feitelijke gerichtheid varieert vaak tussen het aanbod, de organisaties, de aanbieders en de financiers.
- Zorgverleners kunnen vaak rekenen op een groot vertrouwen van hun patiënten en cliënten. Het is opvallend hoe sterk het contrast is met het ernstige wantrouwen bij de financier en inspectie, tot uiting komend in moeizame budgetonderhandelingen en de eis tot uitgebreide registraties.
- In de meeste sectoren is duidelijk wie de aanbieder is en wie de afnemer. Met een tripartite systeem (verzekeraar, zorgaanbieder en –afnemer) is dat in de zorg niet het geval. De sterke positie van inkoopmachten (verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) verkleint de invloed van de afnemers en leidt tot een pseudo-markt.
- Het ultieme doel van zorg is het welzijn van mensen. Waarom ligt dan de focus op curatieve zorg in plaats van op preventieve zorg c.q. op scholing, arbeid en leefstijl?

Deze paradoxen komen samen in wat misschien wel de grootste paradox is: waar de zorg veel nadruk legt op de zorgvuldigheid van de diagnose voordat men tot een behandeling overgaat, lijken de problemen op het niveau van het zorgsysteem aan datzelfde principe te ontsnappen. Er zijn problemen in de zorg, maar een zorgvuldige diagnose ontbreekt. Met ad hoc oplossingen vlucht de zorg zelf in symptoombestrijding.

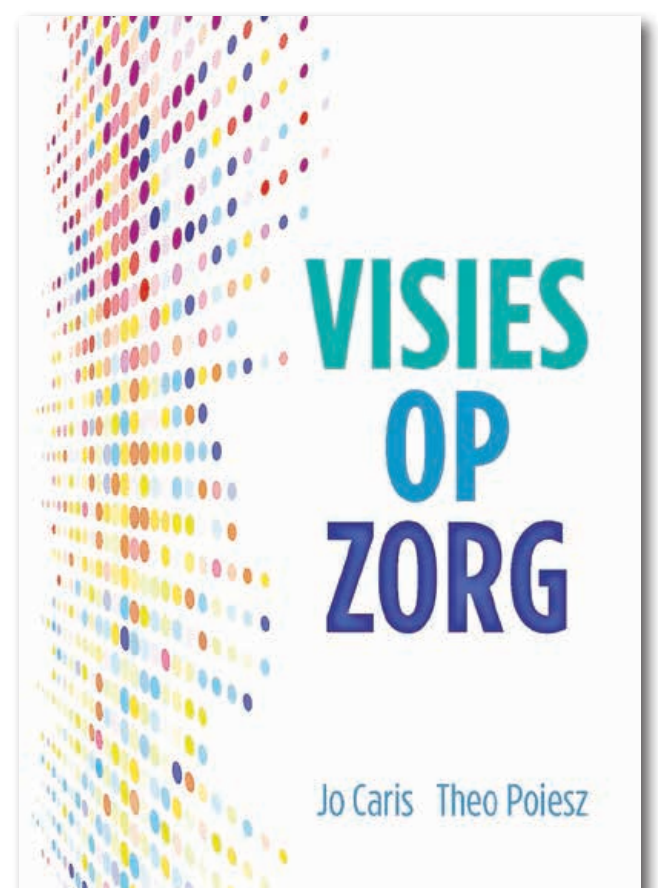
Wij pretenderen met het boek niet dé diagnose te bieden, maar we hopen wel een bijdrage te leveren aan de discussie die tot die diagnose kan leiden. Het boek biedt een vervolg op ons vorige met als titel 'Ontwikkelingen in de Zorgmarkt'. In het afgelopen decennium kregen we talloze reacties van bestuurders, managers en beleidsmakers in de zorg. Deze hebben nu op een of andere manier hun weg gevonden in 'Visies op Zorg'.

#### Over de auteurs

(\*)Prof. (em.) dr. G.J. (Jo) Caris (1945) studeerde (sociale) psychologie aan de Universiteit van Utrecht.

Hij studeerde af in 1972 in organisatiepsychologie en onderwijskunde. Vanaf 1985 werkte hij als directeur en later als bestuursvoorzitter in de eerstelijnsgezondheidszorg. In 1997 promoveerde hij op 'Laten Praten' (leidinggevende aspecten van hulpverleners en de kwaliteit van consulten). Vanaf 1998 was hij bestuurslid, vicevoorzitter en vervolgens voorzitter van de brancheorganisatie (LVT, later Z-Org). Hij realiseerde mede de fusie met ActiZ en was daar nog twee jaar vicevoorzitter. In 2005 maakte hij de overstap als adviseur en, bij Tias van de Universiteit van Tilburg, als Academic Director voor de Master of Health Administration en de leergang voor Toezichthouders van Maatschappelijke Ondernemingen. Hier bekleedde hij als bijzonder hoogleraar de leerstoel organisatieontwikkeling in de zorg en was als wetenschapscoördinator verbonden aan een topklinisch ziekenhuis.

(\*\*)Prof. (em.) dr. Th.B.C. (Theo) Poiesz (1952) is afgestudeerd in de economische psychologie in 1977 (cum laude). Hij werkte een jaar aan de Eastern Michigan University op het gebied van consumentengedrag. Hierna was hij verbonden aan de Tilburgse universiteit (destijds hogeschool), waar hij in 1983 promoveerde (cum laude). Hij was van 1988 tot 1992 parttime hoogleraar Psychologie van de Reclame en van 1989 tot 1992 parttime hoogleraar Marketing met focus consumentengedrag aan de Universiteit Maastricht. Vanaf was hij 1992 fulltime hoogleraar Economische Psychologie aan de faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit van Tilburg. In 1997 maakte hij een halftime overstap naar TIAS, de businessschool van de Universiteit van Tilburg. In 2004 werden zijn leerstoeltaken hier volledig ondergebracht. In 2007 bood ActiZ hem een parttime leerstoel Healthcare Management aan, die hij bekleedde van 2006 tot 2016, naast de leerstoel Economische Psychologie. In deze periode was hij ongeveer negen jaar voorzitter van de Raad van Toezicht van GGZ Breburg. Van 2015 tot 2018 was hij parttime wetenschappelijk directeur van BrabantAdvies, verantwoordelijk voor de advisering van GS en PS van de provincie Brabant.



**Titel:** Visies op zorg  
**Auteurs:** Jo Caris en Theo Poiesz  
**Uitgeverij:** SWP Amsterdam  
**ISBN:** 978 90 8850 893 6  
**Prijs:** €44,90



# *le* KROKET

De finesse van 3 generaties...



- Ambachtelijk gemaakt
- Gratis proefpakket
- Snelle levertijden
- Hoge kwaliteit
- Betaalbare prijzen

- Rundvlees kroketten
- Rundvlees bitterballen
- Garnalen kroketten
- Mini garnalen kroketten
- Groente kroketten

#### **Klant worden?**

Bel 06 - 290 64 924 of

mail naar: [info@lekroket.nl](mailto:info@lekroket.nl)

We zijn je graag van dienst!

**Lekroket.nl**

**Sfeermakers sinds 1933**



# WELKE JONGE OPERATIEASSISTENT WINT DIT JAAR DE VAN STRATEN YOUNG PROFESSIONAL AWARD?

**T**ot 1 december afgelopen jaar hadden pas afgestuurde operatieassistenten de kans om hun scriptie of onderzoek in te sturen. Van alle inzendingen zijn er vier afstudeerprojecten genomineerd voor de Van Straten Young Professional Award. De jonge professionals mogen hun scriptie of onderzoek presenteren tijdens aankomend LVO Congres op donderdag 5 en vrijdag 6 maart in Congrescentrum de ReeHorst te Ede.

Het plenaire middagprogramma van donderdag 5 maart staat in het teken van de uitreiking van de Young Professional Award. De presentaties die voorafgaand aan de uitreiking zullen plaatsvinden, worden beoordeeld door de jury. Deze bestaat uit leden van de Commissie Onderwijs van de LVO en een vertegenwoordiger van de firma Van Straten Medical. Degene met de beste scriptie én de beste presentatie wint de Award en een leuk geldbedrag.

Wij stellen de kans makers graag aan jullie voor:



## Bij elke stap aan uw zijde

Bij het geven van de beste zorg, werkt iedereen samen als één team. Getinge staat daarbij graag aan uw zijde.

Weet u hoe wij u kunnen helpen op de OK en daarbuiten? Scan de QR-code en ontdek het.



GETINGE 

GENOMINEERD	TITEL EN OMSCHRIJVING AFSTUDEERPROJECT
<b>Alexandra Bakker</b> (operatieassistent bij het VUmc)	<b>HET CLASSIFICEREN VAN SPOEDSECTIO'S</b> Uit enquêtes afgenomen bij de 81 operatieassistenten werkzaam in het VUmc, bleek het huidige spoedclassificatiesysteem met vier categorieën onduidelijk te zijn voor de operatieassistenten. Eveneens schiet het systeem tekort in duidelijkheid van de operatie-indicatie en de mate van spoed bij een aangemelde sectie. Daarnaast esvaren de operatieassistenten vaak een discrepantie tussen de aangemelde spoedklasse en de wachttijd tussen aanmelding en arriveren van de patiënt op de OK. Alexandra heeft een aanbeveling geschreven voor een aanvulling op het classificatiesysteem.
<b>Randy Juharianto</b> (werkzaam in het Dijklander Ziekenhuis)	<b>DE SCHADELIJKHEID VAN CHIRURGISCHE ROOK VOOR PATIËNTEN IN EEN LAPAROSCOPISCHE SETTING</b> Chirurgische rook bevat toxische en kankerverwekkende stoffen. Hier is al onderzoek naar gedaan, maar de meeste van deze onderzoeken zijn gericht op het effect van deze rook op OK-personeel tijdens een open chirurgische procedure. De ontstaanswijze en de eigenschappen van de rookpartikels, evenals het gevolg van de systemische absorptie van de rookpartikels op het lichaam van de patiënt in een kijkoperatie, komen vooralsnog beperkt aan de orde in de literatuur. Hoe kunnen we deze schade zo veel mogelijk beperken?
<b>Ezra Landman en Beau Lieskamp</b> (anesthesiemedewerker), <b>en Mayke Pelzers en Julia Roelofs</b> (operatieassistenten), MUMC+	<b>WHEN EVERY SECOND COUNTS</b> In 2017 werden in het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ 153 (multi)traumapatiënten opgevangen. Echter, toentertijd was de recentelijk opgestelde landelijke norm van 240 patiënten nog niet van kracht. Aangezien de landelijke normering hoger is dan het aantal in 2017 ontvangen multitraumapatiënten in het Maastricht Universitair Medisch Centrum+, kan worden gesteld dat komende jaren het aantal (multi)traumapatiënten zal stijgen. Om de kwaliteit van zorg te waarborgen, dienen de medewerkers van de afdeling Operatieve Geneeskunde in het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ voorbereid te worden op het opvangen van het aantal (multi)traumapatiënten volgens de landelijke norm.  Om de kwaliteit van traumazorg te verbeteren, blijkt het toepassen van simulatieonderwijs in traumazorg zinvol. Binnen het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ bestaat simulatieonderwijs voor verschillende afdelingen, er is echter geen simulatieonderwijs gericht op een (multi)traumapatiënt voor de afdeling Operatieve Geneeskunde ontwikkeld. Om te onderzoeken of simulatieonderwijs op de operatiekamers bij het ontvangen van een (multi)traumapatiënt zinvol is, wordt een pilot uitgevoerd.
<b>Yadi Hagenaars en Hanneke Verdult</b> (beiden Bravis), <b>Sabine Hoogendoorn en Gaby Spoeltman</b> (beiden Reinier de Graaf Gasthuis)	<b>ROBOTCHIRURGIE BIJ PANCREATOCODUODENECTOMIE</b> Een pancreaticoduodenectomie wordt uitgevoerd bij een pancreaskopcarcinoom. Hierbij wordt een deel van de pancreas (pancreaskop), het duodenum, de galblaas en de pylorus verwijderd. Zijn er betere resultaten na een robotgeassisteerde pancreaticoduodenectomie dan na een open of laparoscopische procedure bij pancreaskopcarcinoom?





# ‘WIJ BRENGEN HET ZIEKENHUIS NAAR DE PLEK VAN HET ONGEVAL’

DIT ARTIKEL VERSCHEN EERDER IN FLOOR, DE GLOSSY VOOR VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN

**A**ls er een traumahelikopter over vliegt, weet je dat het goed mis is. Verpleegkundige Leo Monster en zijn collega's van het Amsterdam UMC locatie VUmc zijn altijd in opperste staat van paraatheid. Ze reageren snel en alert, maar blijven rustig. “De slachtoffers verkeren in levensgevaar, dus we moeten vlug zijn. Als de meldkamer ons oproept, proberen we binnen twee minuten in de lucht te zitten.” Wat gebeurt er nu precies in de tijd tussen het opstijgen en het landen? En wat is de rol van een verpleegkundige tijdens deze vlucht en op de plek van een ongeval? FLOOR sprak met Leo over zijn ervaringen.

Tekst, Iris van de Laar  
Foto's, Ton de Bruin

Om te zien waar het allemaal gebeurt, moeten we naar het hoogste punt van het Amsterdam UMC klimmen. Via een soort brandtrap worden we omhoog geleid naar het dak van het gebouw. Oftewel het grote, ronde platform waar de stoere Airbus H135 klaar staat voor extreme noodgevallen. De neongele traumahelikopter tekent fel af tegen de donkere lucht die boven Amsterdam hangt. Ondanks dat de Nederlandse hoofdstad altijd een drukte van jewelste is en het ziekenhuis wordt omringd door allerlei gebouwen,

kijk je vanaf het platform zo over hartje Amsterdam. Uiteraard ook belangrijk, want de Airbus moet snel kunnen opstijgen en naar de plek van bestemming. En dat 24 uur per dag, zeven dagen in de week. Het Mobiel Medisch Team (MMT) moet te allen tijde inzetbaar zijn. Het MMT beschikt over de traumahelikopter maar ook over ambulancevoertuigen. Op basis van de melding bepaalt de meldkamer vanuit welke regio de traumaheli wordt ingezet. Nederland telt namelijk vier helikopterstandplaatsen: Amsterdam, Rotterdam, Eelde en Volkel. Elke basis heeft een eigen specialistisch team. Het team in Amsterdam bestaat uit piloten, helikopter landing officers, die

tevens ambulancechauffeurs zijn, verpleegkundigen en gespecialiseerde artsen, zoals traumachirurgen of anesthesiologen. Dit team staat dag en nacht klaar. Het MMT in Amsterdam werkt in twee shifts, maar altijd twaalf uur en drie kwartier.

## Opleiding en ervaring

Dat je niet zomaar bij de traumahelikopter terecht komt, wordt al snel duidelijk. Als verpleegkundige op de heli heb je een specialisatie op de SEH of op de ambulance nodig. Leo is van oorsprong verpleegkundige en koos vervolgens voor de spoedeisende hulp. “Je hebt minimaal drie jaar ervaring nodig voordat je in aanmerking komt voor het werken op de traumahelikopter. Je start met een assessment en een medische keuring. Dit assessment heeft niets te maken met het medische deel van een verpleegkundige, maar dit is puur gericht op het vliegedeelte. Tijdens het assessment moet duidelijk worden dat jij als verpleegkundige ook vliegtechnische taken kunt uitvoeren. Ben jij opleidbaar en vooral: kun jij dit jezelf snel eigen maken?”, vertelt Leo. De piloten ondergaan een zwaardere medische keuring dan de verpleegkundigen. “Logisch”, vindt hij. “Zij besturen de heli. Theoretisch gezien vlieg ik niet zelf. Dat ik die keuring toch moet afleggen is om het volgende: op de werkvloer ben je puur medisch, maar in de lucht ben je bezig met vliegtechnische taken. Je kijkt sowieso mee naar buiten, je bent een extra paar ogen. Je helpt bij het nalopen van checklisten en noodprocedures. Daarnaast doen wij ook het navigatiedeel. Als verpleegkundige neem je dus altijd plaats naast de piloot.” Op de vraag of je dan ook stressbestendig moet zijn, reageert Leo volmondig ‘ja’. “Tijdens het assessment wordt daar dus ook echt naar gekeken. Ben je alert? Hoe reageer je op bepaalde situaties? Het gaat er niet om of jij een goede verpleegkundige bent of dat jij mooie zorg levert en goed klinisch kunt redeneren, maar ben jij







stressbestendig. Kun je snel schakelen tussen dingen. Kun je hoofd- van bijzaken onderscheiden. Ik vind het voordeel ook wel dat ik een dubbelrol heb. Je houdt je vaardigheden gemakkelijker op peil en het is gewoon leuker. In het ziekenhuis werk ik met een groot team, maar met de traumahelikopter werk ik in een klein gespecialiseerd team buiten het ziekenhuis. Daarnaast werk je ook samen met politie, brandweer en verloskundigen. Het is heel anders werken. Het geeft mij echt het beste uit twee werelden. Het is heel veelzijdig. Dat maakt voor mij deze functie heel erg aantrekkelijk.”

#### Als de pieper gaat

“Op het moment dat de pieper gaat, zijn er drie mensen die meegaan naar de helikopter: de piloot, de arts en de verpleegkundige. De piloot vertrekt naar de helikopter en start op. De arts heeft contact met de meldkamer van de ambulance. Hij of zij krijgt te horen wat er aan de hand is en waar we naar toe gaan. Ik doe ondertussen de planning en de navigatie. Dit alles gebeurt in ongeveer twee minuten tijd.” Dat kan alleen als je ‘s morgens de dienst start met vluchtvoorbereidingen. De helikopter en de materialen,

maar ook de NOTAMS (staat voor Notice to Airmen. Dat zijn berichten over het luchtruim die relevant zijn voor piloten), moeten gecontroleerd worden. Het kan zijn dat ze in Alkmaar een show hebben met luchtballonnen of dat het het broedseizoen van ganzen is. Maar er moet ook rekening gehouden worden met militaire oefeningen. Dat betekent dat er vaak meer vliegtuigen in de lucht zijn. Misschien wordt er ergens een bom tot ontploffing gebracht of is er vuurwerk, een lasershow of iets met drones. En dan heb je natuurlijk nog Schiphol waar wij vanaf hier rekening mee moeten houden. Gedurende de dag houd ik, samen met de piloot, bij wat het weer doet. Dus als de pieper gaat, hebben we eigenlijk van te voren al veel dingen op

een rijtje. Ik voer het adres in op het navigatiesysteem en daaruit krijg ik een tijd, een koers en een afstand. Afhankelijk dus van wat er in het luchtruim gaande is. Het komt wel eens voor dat je de lucht in gaat en nog niet weet wat er aan de hand is. Soms zijn de vluchten zo kort dat je op dat moment alleen bezig bent met de juiste route en het vinden van een geschikte landingsplek. Zit je wel wat langer in de lucht, dan kan de arts jou bijpraten. Een arts heeft ook continu het contact met de meldkamer dus hij of zij heeft de informatie. Je moet echt goed kunnen samenwerken en ook nog eens in een kleine ruimte. Op de eerste hulp is dat anders. Daar sta ik vaak alleen. Dan komt de patiënt binnen en ga ik zelf triëren. Dan bedenk ik wat er wel of niet aan de hand is en wie ik daarbij nodig heb. In een situatie met de traumahelikopter word je veel meer aangestuurd vanuit de arts”, vertelt Leo.

#### Traumahelikopter versus ambulance

Op het moment van landen is de ambulance vaak al ter plaatse. Leo: “De ambulancezorg in Nederland is erg goed geregeld en de hulpverleners zijn onwijs goed getraind en gekwalificeerd. Heel veel handelingen kunnen zij ook gewoon zelf. Maar soms moet de traumahelikopter worden ingezet om zo snel mogelijk een arts op de plek van het ongeval te krijgen. Wij zijn er om de zorg te verlenen die de ambulancezorg overstijgt. De arts kan een bepaalde behandeling starten of uitvoeren die een ambulanceverpleegkundige niet mag doen. Op die manier brengen wij een stukje ziekenhuis naar de patiënt toe. Wij kunnen bijvoorbeeld intuberen. Dat kan een ambulancemedewerker natuurlijk ook, maar zij mogen dat niet met verslappende medicatie doen en wij wel. Stel: iemand heeft een hersenbloeding en ademt niet meer goed, maar hij heeft nog wel zijn slikreflex, dan kan een ambulancemedewerker niet intuberen want dan gaat de patiënt mogelijk overgeven. Wij geven dan medicatie om de spierspanning weg te halen en op dat moment kunnen wij iemand wel intuberen. Een ander voorbeeld: als iemand gereanimeerd moet worden, dan zijn alle reflexen al weg, dus dan kan de ambulance dat zelf.

## ‘WERKEN OP DE SEH ÉN VLIEGEN MET DE TRAUMAHELI IS VOOR MIJ HET BESTE UIT TWEE WERELDEN’





Maar wij kunnen bijvoorbeeld weer een thoraxdrain inbrengen, waardoor je een long die ingeklapt is of in de verdrukking zit door heel veel bloed, weer de ruimte geeft om te ontplooiën. Hierdoor kan iemand beter ademen. Wij kunnen bijvoorbeeld ook wat meer doen qua pijnstilling. En als dat nodig is ook de thorax van iemand openmaken, om een verwonding aan het hart te behandelen. Dit heeft natuurlijk te maken met opleiding en verantwoordelijkheid. Een arts mag dit soort dingen wel, maar ik weer niet. Daarnaast heeft het ook te maken met het materiaal dat wij hebben en een ambulance niet. Maar in de ambulance ligt ook weer genoeg, wat wij niet hebben. Wel met een kleine kanttekening: soms komen wij als eerste ter plaatse. Er kan dus overlap zijn, omdat wij wel zorg moeten leveren zoals een ambulance die ook levert.

Een ander idee dat er bestaat is dat men denkt dat wij vaak patiënten vervoeren, maar in de regio Amsterdam is dat niet zo. In de regio Groningen is dit eerder het geval omdat de afstanden groter zijn. Wij proberen vooral de arts en het ziekenhuis ter plaatse te krijgen. Vervolgens gaat de arts met de ambulance en de patiënt mee naar het ziekenhuis en wij vliegen er achteraan om de arts weer op te halen. Het voordeel is dat je in een ambulance iemand reanimerend kunt vervoeren. Dat gaat in een helikopter niet. Voor helikoptervervoer moet iemand stabiel zijn. Dus het kan zo zijn dat je met de heli sneller in het ziekenhuis bent, maar dat je ervoor kiest om met de ambulance te gaan omdat je dan veel meer kan."

#### Kwestie van leven of dood

Als je op de traumahelikopter werkt, krijg je vaak te maken met kwesties van leven of dood. Op het moment dat de helikopter gaat landen, zie je van bovenaf al de chaos en wat er staat te gebeuren. Het beeld bestaat dat iedereen uit de helikopter springt en het op een rennen zet naar de plek van het ongeval. Leo lacht: "Soms ren je wel een klein stukje, maar binnen enkele minuten stap je de chaos binnen en gaat er een bepaalde knop om. Het is dan zaak om rustig en alert aan te komen bij de patiënt. Als je dan buiten adem aankomt, is dat niet heel handig. Dus deze situaties zie je meer op televisie dan in de werkelijkheid. Ik denk ook dat dit werk niet voor iedereen is weggelegd. Je kunt veel leren, maar een deel is ook wel persoonlijkheid. Ik merk wel dat ik het zelf heel prettig vind om alles na te bespreken. Dat geeft het voor mij een plek. Dat maakt ook dat ik het beter kan handelen. Als we een hele heftige inzet hebben gehad, dan wordt dit altijd besproken. Alleen al omdat daar aandacht voor is, maakt het dat je daardoor vaak wel verder kunt. De ondersteuning doen we dan voornamelijk zelf. Wat een situatie voor mij ook gemakkelijker maakt, is dat je zo min mogelijk van de patiënt weet. Je kunt dan veel zakelijker blijven. Maar het wordt moeilijker als je op een gegeven moment dingen van iemand gaat weten. Kortom: als het persoonlijk wordt, is het lastiger. Ik heb eens meegemaakt dat een kinderreanimatie goed verliep. Ik had geen last van de situatie. Dat heeft natuurlijk wel impact, maar ik kan dan ook bedenken: we hebben er alles aan gedaan en het kindje is levend in het ziekenhuis aangekomen. Daar houdt het voor mij op. Maar het werd pas echt moeilijk toen ik op een gegeven moment de verloskundige sprak die erbij was. En dat ik hoorde dat het kindje is overleden, welke naam het heeft gekregen en dat de verloskundige nog de nazorg heeft gedaan voor het gezin én dat ze ook bij



## ‘BINNEN ENKELE MINUTEN STAP JE DE CHAOS BINNEN EN GAAT ER EEN BEPAALDE KNOP OM’

de begrafenis is geweest. Juist dat maakt het moeilijk. Daar probeer ik mezelf tegen te beschermen, want als ik zo bij elke inzet alles te horen krijg, wordt het zwaar. Ik denk ook dat ik voor de meesten van ons spreek dat ongevallen met kinderen het moeilijkst zijn. Maar je haalt ook wel echt voldoening uit het feit dat je iemand levend in het ziekenhuis krijgt, ondanks dat veel

patiënten niet aanspreekbaar zijn. Dat je in een acuut moment echt wel iets voor iemand kan betekenen. Maar vaak loopt het niet goed af. Het is letterlijk een strijd tussen leven en dood. Maar ook als iemand overlijdt, kun je er voor ze zijn geweest. Omdat wij er waren, heeft hij of zij geen pijn meer gehad. Ook dat is heel belangrijk."



DE GLOSSY VOOR  
VERPLEEGKUNDIGEN  
EN VERZORGENDEN

@floorglossy
 magazinefloor
 
Download de recentste versie op [www.floormagazine.nl](http://www.floormagazine.nl)



# Patiënt positionering oplossingen voor laparoscopie en robot chirurgie



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

PatientGuard™ Robotic Positioning Systeem  
FEATURING

## TrenGuard™ Trendelenburg Patient Restraint



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

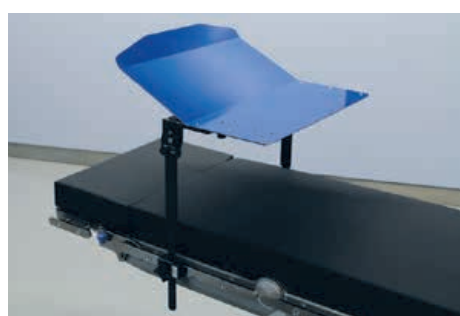
Bezoek [www.da-surgical.com](http://www.da-surgical.com)  
voor de research poster:  
'Preventing patient sliding  
in steep Trendelenburg'



TrenGuard™  
Trendelenburg Restraint



ArmGuard™  
Arm Protector



FaceGuard™  
Face Protector/ Tray



PatientGuard™  
Robotic Stirrups™



CALL US  
+32 92 339 037  
+1 800.261.9953

EMAIL US  
[info@careforhealth.eu](mailto:info@careforhealth.eu)  
[da-surgical.com](http://da-surgical.com)



TrenGuard™ Covered by Patent # 9149406B2, Multiple Patents Pending Copyright 2018 D. A. Surgical All Rights Reserved L1097IA7



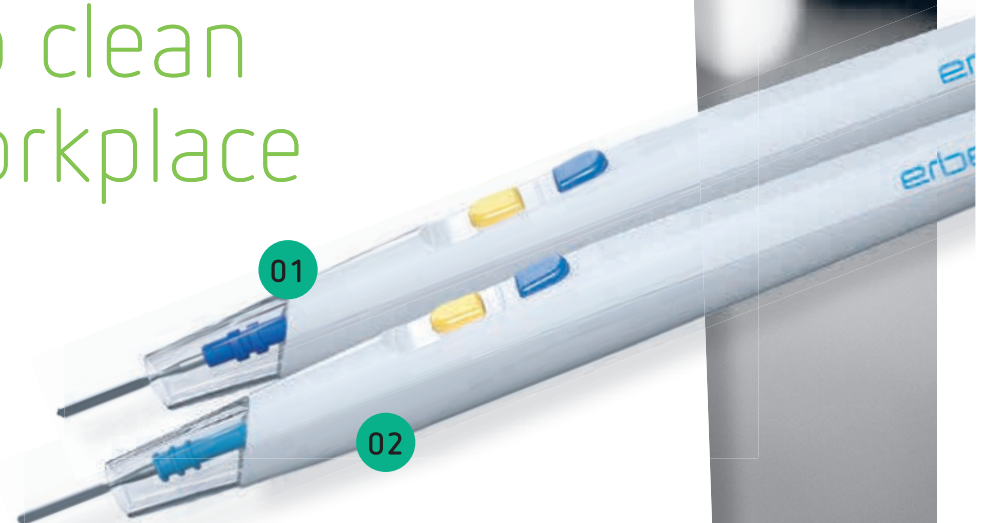
## Smoke evacuation pencils

# 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