

DE NEDERLANDSE OK KRANT

DE KRANT VOOR OK-MEDEWERKERS | JAARGANG 3 | EDITIE 3 | MAART 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@d nederlandse-ok-krant.nl.



IN DIT NUMMER ONDER ANDERE:

- **RANDY JUHARIANTO** winnaar Young Professional Award
- **TOM PEREBOOM** stopt na 7 jaar als voorzitter van SVN
- 'Buigen of barsten' tijdens het **33^E LVO-CONGRES**
- **NU'91**: 'Snel gesprek met VWS over personeelstekort'

Heraeus

PALACOS®

Element of success
in joint replacement

60 YEARS

Pa
PALACOS®

> 30,000,000 PROCEDURES GLOBALLY

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

TOM PEREBOOM

STOPT NA 7 JAAR ALS VOORZITTER VAN SVN

We spraken Tom Pereboom eerder, bij zijn benoeming als SVN voorzitter in 2012. Hij vertelde destijds enthousiast over zijn plannen voor de vereniging en was vastbesloten een fundamentele bijdrage te gaan leveren. Nu, zeven jaar later, vindt Tom het tijd om het stokje door te geven en stopt hij met het voorzitterschap. Met die fundamentele bijdrage is het wel goed gekomen.



Tekst en Foto's SVN.



“Na zeven jaar is het goed om te stoppen”, vertelt Tom. “Ik speelde vorig jaar al met het idee, maar in 2019 zouden we ons 50-jarig bestaan vieren en dat wilde ik heel graag meemaken. Ik heb me toen herkiesbaar gesteld met de mededeling dat ik eind 2019 zou stoppen. Nu is het dan zover. Het is tijd voor een nieuw elan, een nieuw gezicht en nieuwe energie.” Van het bestuur waar Tom in 2012 in plaatsnam, is alleen Bram Willems nog over. Tom: “Het rouleert dus redelijk snel. Een bestuursronde duurt twee jaar, daarna kan men zich herkiesbaar stellen. De meeste bestuursleden nemen zitting voor minimaal vier jaar, want je moet ook even de tijd nemen om erin te groeien.”

Pieken op het congres

Tom, die intussen zelfstandig ondernemer is geworden, voert nu bij verschillende ziekenhuizen opdrachten uit. De afwisseling bevalt hem prima. Zijn drijfveer is en blijft een bijdrage te kunnen leveren aan de gezondheidszorg in Nederland. En hij wordt nou eenmaal nog steeds een blij mens als hij een ziekenhuis binnenloopt. Terugblikkend op zeven jaar voorzitterschap hoeft Tom niet lang na te denken over het hoogtepunt: “Dat was absoluut het wereldcongres dat we dit jaar mochten organiseren in Den Haag. We hebben wel vijf jaar moeten lobby-en voor het zover was, en daarna hebben we er met een grote groep mensen heel lang naartoe gewerkt. Je maakt echt iets mee met z'n allen; het is pieken. Het was een groot succes. Ik vond het vooral heel mooi en bevestigend om te zien dat wij als klein landje een aantrekkingskracht uitoefenen op de rest van de wereld. We hadden toch mooi bijna 1.900 man over de vloer. Nederland heeft een uitgesproken mening en vervult een voortrekkersrol in ons vakgebied. We worden vanuit het buitenland in de gaten gehouden. Die indruk is weer bevestigd door het wereldcongres. Voor mij was het congres een fantastisch voorbeeld van hoe je kennis met elkaar kunt delen.”

Agendapunten

Bij zijn aanstelling had Tom Pereboom als eerste agendapunt nog meer aandacht voor efficiency, om zo de kwaliteit van het sterilisatieproces te kunnen blijven verbeteren zonder de budgetten onder druk te zetten.

Dat punt is altijd op de agenda gebleven, vertelt hij. “Ook op de diverse congressen is dit een terugkerend thema. Bedrijfsvoering is een serieus onderdeel van onze vereniging.” Nog zo'n aandachtspunt was het vergroten van de zichtbaarheid van SVN, iets waar het bestuur prima in geslaagd lijkt te zijn. “Je kunt SVN wel zien als de ambassadeur van het sterilisatievak. We willen onszelf positief positioneren binnen de gezondheidszorg en ik denk dat we wel kunnen zeggen dat ons dat goed lukt. SVN wordt als een serieuze partij gezien. We hebben in de afgelopen jaren geprobeerd om meer bewustwording te creëren, zowel onder leidinggeevenden als andere leden van SVN. We hebben zoveel mogelijk kennis gedeeld en de vereniging ingezet als platform om kennis en resultaten te delen. Waar we volgens mij goed in geslaagd zijn is dat we de waardering voor het vak van de MSMH's hebben kunnen vergroten. Dat geldt trouwens ook voor mijzelf: ik heb gezien hoe onmisbaar en belangrijk deze mensen zijn. Zo zie je maar weer dat kennis hebben en delen van grote waarde is. SVN was van oorsprong gericht op de leidinggeevenden en is nu gelukkig ook goed vindbaar voor de MSMH's. Daar hebben we als bestuur altijd voor gestreden. Het is een andere doelgroep, met andere interesses en andere opleidingseisen. Daar moet je dus op inspringen. En dat is goed gelukt, als je bijvoorbeeld kijkt naar de jaarlijkse medewerkersdag in november waar een paar jaar geleden maar liefst 850 deelnemers op afkwamen. Dan heb je één derde van je hele achterban bij elkaar! Waar ik als vereniging en ook persoonlijk trots op ben is dat we hebben meegewerkt aan het tot stand komen van veldnormen voor kleding en hygiëne en bouwrichtlijnen voor de CSA.”

Ieder zijn insteek

Natuurlijk kunnen er ook altijd dingen nog net iets beter. Tom: “Ik zie het als een taak van SVN om een stempel te drukken op de kwaliteit van bij- en nascholing en het accreditatiesysteem van de MSMH's. Daar kunnen we nog meer aandacht aan besteden. Ook moeten we blijven werken aan de verbinding met de MSMH's, bijvoorbeeld door het faciliteren van workshops. En ik zou een nauwere samenwerking willen met de verenigingen om ons heen. Ik zie



een samenwerkingskoepel voor me, waarin we met elkaar werken aan ons gezamenlijk doel: veilige, toegankelijke patiëntenzorg. Hoewel ik met plezier veel tijd en energie heb gestoken in contact met andere verenigingen, is dat mijns inziens nog niet voldoende van de grond gekomen. Overigens vind ik dat mijn opvolger lekker zijn of haar eigen plan moet trekken. Ieder heeft zijn eigen insteek. Wie het gaat worden weet ik niet, maar er zijn genoeg enthousiaste mensen binnen de vereniging dus ik maak me geen zorgen of mijn plek wordt ingevuld. En ik wens mijn opvolger alvast veel plezier toe en passie voor de vereniging. Ik weet nu al dat ik het voorzitterschap ga missen, maar ik houd me aan mijn woord. Ik wil SVN bedanken dat ik de kans heb gehad voorzitter te zijn. Ik heb heel veel mensen leren kennen en de afgelopen jaren met andere actieve leden verbinding gevonden om ons vakgebied vooruit te helpen. Ik ben heel blij dat dit op mijn pad is gekomen. Dit is een mooi moment om te stoppen, voor mij. Maar ik stap niet uit de vereniging hoor; daar vind ik het veel te leuk voor. Ik ben vast van plan om actief te blijven, het liefst in de congrescommissie. Bij deze dus mijn sollicitatie...”

'BUIGEN OF BARSTEN'

TIJDENS HET 33E LVO-CONGRES

Op donderdag 5 en vrijdag 6 maart vond het LVO-congres plaats in De Reehorst in Ede. Het programma was zeer goed gevuld met aansprekende presentaties. Ook werd de winnaar van de Young Professional Award bekendgemaakt

Tekst: Menno Goosen

Foto's: Ivonne Zijp



Dr. Theo Hoppenreijns, MKA-chirurg, Ziekenhuis Rijnstate Arnhem, sprak over de ingrijpende gevolgen van tumoren in het hoofd-halsgebied.



Dr. Hasan Eker, HPB-chirurg, MCL Leeuwarden, hield een presentatie over het behandelen van levermetastasen. Voor een groep uitbehandelde patiënten blijkt soms toch genezing mogelijk.



Prof. dr. Esther Middelkoop, bijzonder hoogleraar huidregeneratie en wondgenezing, Brandwondencentrum, Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk, sprak over innovaties in het kweken van huid.



Anesthesiemedewerker Ezra Landman en operatieassistent Julia Roelofs stonden ook namens Beau Lieskamp en Mayke Pelzers op het podium om hun scriptie *When every second counts* te verdedigen voor de jury van de Young Professional Award.



Ook Yadi Hagnaars en Hanneke Verdult wilden graag de felbegeerde award winnen met hun scriptie *Robotchirurgie bij pancreaticoduodenectomie*. (Niet op de foto: medeauteurs Sabine Hoogendoorn en Gaby Spoeltman.)



De feestavond stond in het teken van het thema 'Fout!'. De deelnemers hadden enorm uitgepakt om zich zo onmodieus mogelijk te kleden. Dit duo won de prijs voor de meest 'foute' outfit.



Prof. dr. Rick van Rijn, Kinderradioloog/professor forensische radiologie, en mr. drs. Marie-Louise Loos, AMC Amsterdam, spraken over het herkennen van kindermishandeling op de OK. Ook operatieassistenten moeten hiervoor waakzaam zijn en bij verdenkingen hiervan professionele hulp inschakelen, bijvoorbeeld het LECK, Landelijk Expertisecentrum Kindermishandeling.



Dr. Michel Wouters, chirurg, AvL Amsterdam, sprak over kwaliteitsnormen en registratie in de chirurgische zorg.



Drs. Cathy van Beek, kwartiermaker duurzame zorg VWS, sprak over een duurzame OK en riep op om aan te sluiten bij het Green Deal-convenant voor de zorg.



De presentatie van prof. dr. Jeroen Meijerink, chirurg, Radboudumc Nijmegen, over een groene OK sloot naadloos aan bij de presentatie van Cathy van Beek. Meijerink ergert zich enorm aan de nodeloze verspilling en milieuschade die wij op de OK veroorzaken.



Drs. Bob Hollemans, chirurg in opleiding, St. Antonius Ziekenhuis/ onderzoeker Pancreatitis Werkgroep Nederland, besprak de Vard-techniek (Videoscopic Assisted Retroperitoneal Debridement) bij necrotiserende pancreatitis.



Dr. Pieter Broos, aios heelkunde, Zuyderland MC Heerlen, Sittard-Geleen, praatte de aanwezigen bij over TaTME (transanale totale mesorectale excisie): een nieuwe techniek voor lage rectumtumoren.



Dr. Ruben Schouten, algemeen chirurg, Flevo Ziekenhuis, sprak over bariatrische chirurgie: lange termijncomplicaties en de toekomst.



Het bekende televisieduo Rob Urgert en Joep van Deudekom sloot het congres af met een 'Manipulation Game'. Niets is wat het lijkt ...



De genomineerden voor de Young Professional Award wachtten op het podium op de bekendmaking van de winnaar.

LVO-CONGRES IN TIJDEN VAN COVID-19

Op sociale media zoals Facebook en LinkedIn wordt de vraag gesteld waarom de LVO tijdens de uitbraak van het virus Covid-19, beter bekend als het coronavirus, het 33e LVO-congres 'Buigen of barsten', liet doorgaan. Uiteraard zijn wij bij deze beslissing zeker niet over één nacht ijs gegaan. Na uitgebreide consultering bij zowel het RIVM als de NVZ, bleek dat het veilig en verantwoord was om het congres te laten doorgaan. Wij hebben van alle geraadpleegde deskundigen GEEN negatief advies gekregen. Onnodig paniek zaaien en het congres afgelasten zou volgens de deskundigen een disproportionele maatregel zijn. Wel zijn er in overleg met deze instanties diverse hygiënemaatregelen genomen, zoals een verbod op handen schudden en 'welkomstkussen'. Daarnaast werden er massaal dispensers met desinfectans verspreid die overal op het congres te vinden waren en die massaal gebruikt werden. Ook waren overal disposable tissues te verkrijgen. Op het moment van het congres (5 en 6 maart 2020) lieten het RIVM en de Rijksoverheid weten dat er geen restricties waren voor het organiseren van congressen, maar dat het belangrijk was om de standaardmaatregelen op te volgen die gelden voor alle virussen die griep en verkoudheid kunnen veroorzaken. Wij menen dat wij alle voorzorgsmaatregelen in acht hebben genomen om eventuele besmettingen te voorkomen.

Met vriendelijke groet,
Bestuur LVO

‘DE ERVARINGEN HIER MAKEN ONS RIJK’

Ze wonen met hun gezin al ruim twee jaar aan boord van de Africa Mercy. Bernard en Janetta van den Bosch werden geraakt door de impact van het werk van Mercy Ships en tekenden afgelopen zomer voor twee jaar bij. Ze vertellen over hun werk, wat het met hen doet en hoe het is om als gezin te leven aan boord van de Africa Mercy.



Kunnen jullie iets over jezelf vertellen?

‘Wij zijn Janetta en Bernard van den Bosch. We zijn ruim 22 jaar samen en hebben 3 zoons. 14 jaar geleden begonnen wij met missionair werk in het buitenland. Eerst hebben we een aantal jaar voor de MAF gewerkt. In de laatste jaren daar, in Madagaskar, werkten we veel samen met Mercy Ships. In die mooie periode van samenwerken zagen we de impact van het werk dat Mercy Ships doet. Die impact is zo ongelooflijk groot. We zagen de liefde van Jezus in de mensen en zo kwam het dat we verliefd zijn geworden op het werk.’

Wat doen jullie precies aan boord?

Janetta: ‘Ik begeleid mensen in hun mentale proces als ze aan boord komen, als ze weer terugkeren of verder trekken. Mijn doel is dat iedereen die aan boord komt goed kan beginnen, zich welkom voelt, een goed verblijf en een goed vertrek heeft.’

‘Als gezin hebben wij jarenlange ervaring met overgaan van de ene naar de andere situatie. We zijn heel veel verhuisd, ook binnen landen zelf. Dat maakt dat transitie onderdeel van ons leven is geworden. Daardoor begrijp ik heel goed hoe het voor mensen is om de overgang van thuisland naar Afrika te maken. Sommige mensen hebben echt een cultuurschok als ze hier net aankomen. Alles verandert in één keer: hun werk, omgeving, taal en de cultuur. Vrijwilligers die terugkeren kunnen opnieuw een cultuurschok hebben. Ik bied hen begeleiding en geef hen tips om hen door de eerste weken heen te helpen. Heel mooi dat hier aandacht voor is binnen Mercy Ships, het is een vorm van waardering voor mensen dat er zo meegedacht wordt.’

Bernard: ‘Ik ben verantwoordelijk voor alle programma’s op de Africa Mercy. Dit houdt in dat alle zorg die wij leveren, zowel in het ziekenhuis, het HOPE-centrum, de tandartskliniek

en de trainingsprogramma’s onder mij vallen. Ik verantwoord bijvoorbeeld aan de overheid wat wij dat jaar in hun land gedaan hebben. Voor een volgende werkperiode zorg ik dat er weer nieuwe programma’s ontwikkeld worden. Verder wordt er een beroep op mij gedaan als er problemen zijn op een van de afdelingen die onder mij vallen. Ten slotte zit ik ook in het managementteam van het schip, samen met de andere directors en de kapitein.’

‘DIE KINDEREN, DIE PATIËNTEN; DAAR GAAT HET OM’

Wat motiveert jullie voor dit werk?

Janetta: ‘We zetten ons al jaren in voor goede doelen, maar het begon ooit met het besef dat God ons gaven heeft gegeven die we mogen inzetten voor de ander. Als ik terugkijk, zie ik dat God ons jarenlang heeft voorbereid. Hij heeft ons door gebeurtenissen in ons leven de vaardigheden gegeven om dit werk te kunnen. Het voelt als een opdracht, niet alleen voor ons, maar ook voor onze kinderen. De ervaringen hier maken ons rijk. Niet in geld, maar in levenservaring. Ik weet elke dag weer zo zeker dat ik anderen tot zegen kan zijn. Als moeder, in de community, in alle taken die op me afkomen.’

Bernard vult aan: ‘Naast de roeping die we ervaren is dit werk ook gewoon erg boeiend om te doen. We genieten er heel erg van. Je zou eigenlijk even moeten komen kijken hier. Je ziet hier kinderen spelen met hun kromme beentjes. Twee dagen later zie je ze nog steeds, alleen nu met ingegipste benen. Dat is ook het

mooie van Mercy Ships, dat je het werk zo voor je ziet gebeuren. Als ik vanaf mijn kantoor naar onze hut loop, dan loop ik door het ziekenhuis. Ik zie zo steeds weer waar ik het voor doe. Die kinderen, die patiënten; daar gaat het om.’

Hoe ervaren jullie het dagelijks leven aan boord?

Bernard: ‘We hebben het heel goed aan boord en voelen ons gezegend met een familiehut. Voor mij persoonlijk is het wel belangrijk om me af te kunnen sluiten en dat kan gelukkig op deze manier. Het hebben van een eigen plekje helpt ons om als gezin bij elkaar te blijven. Ook de kinderen hebben hier veel baat bij, merken we. We beseffen dat we hier echt gezegend mee zijn, als we het vergelijken met mensen die met tien personen op een kamer zitten.’

Janetta vult aan: ‘We nodigen veel mensen uit om bij ons te eten, om mensen ook de gelegenheid te geven om even uit de community te stappen. Elke woensdag verzorg ik een lunch voor wie wil: iedereen mag aanschuiven.’

Bernard: ‘We hebben bij zo’n maaltijd altijd van één ding genoeg: of genoeg mensen of genoeg eten.’

Jullie hebben voor meerdere goede doelen gewerkt. Waarin onderscheidt Mercy Ships zich van andere goede doelen?

Bernard: ‘Bij veel andere doelen zit je door het soort werk dat ze doen veel verder af van de concrete hulp die ze geven. Bij Mercy Ships zie je het voor je neus gebeuren. Zodra ik mijn kantoor uitloop zie ik de mensen waar we het voor doen. Het doel is heel concreet en tastbaar.’

Janetta: ‘De sterke community is echt een hele grote kracht van Mercy Ships. Iedereen kiest ervoor om te dienen, we zijn allemaal vrijwilligers. Dat geeft een band, we gaan allemaal voor hetzelfde doel. En het zo concreet helpen, dat is wat Mercy Ships heel goed kan. Wij mogen voorzien in hele basale basisbehoeftes: weer kunnen lopen, weer kunnen zien; het is zo concreet en levensveranderend voor mensen.’

‘WEET JE ALS GEZIN GEROEPEN OM TE KOMEN’

Wat zouden jullie willen zeggen tegen gezinnen die ook overwegen om voor Mercy Ships te gaan werken?

Janetta: ‘Het is heel leuk en bijzonder om dit werk te mogen doen. Weet je als gezin geroepen om te komen! Je moet er echt met elkaar voor gaan, je samen geroepen voelen. Daar kun je ook kracht uit putten als het soms wat lastiger is. Leven op de Africa Mercy is ook echt verrijkend voor kinderen. Ze leren heel goed talen spreken en krijgen een veel bredere kijk op de wereld. Op de school aan boord is ook veel individuele aandacht. Kinderen leren heel intens en staan echt in verbinding met de docenten.’

EEN NACHTJE MEE LOPEN MET HET WAN-HOOFD

Ik heb een zwerfnacht, dat wil zeggen dat je niet vast staat op je eigen afdeling maar dat je rondzwerft door het hele ziekenhuis. Voordat je begint met je dienst meld je je bij het WAN-hoofd (weekend-, avond- en nachthoofd). Die regelt de opnames en is het aanspreekpunt in het weekend, 's avonds en 's nachts voor het hele ziekenhuis. Dan geeft het WAN-hoofd aan waar het druk is op de afdeling en daar ga je dan naartoe om te helpen.

Die nacht was het erg rustig in het ziekenhuis en het WAN-hoofd heeft besloten dat ik met hem mee ga lopen. Op een gegeven moment zegt hij: 'We gaan naar de OK een been ophalen'. Ik zeg: 'Een been ophalen?' 'Ja dat moet naar het mortuarium gebracht worden, een patiënt heeft een beenamputatie ondergaan.' Ik dacht jeetje, dat heb ik nog nooit gedaan, spannend vond ik het! Het been zat in een blauwe doos met een geel deksel. We droegen het been naar de lift en we gingen naar het mortuarium op de begane grond. We stonden in de lift en we zetten de blauwe doos op de grond. Op een gegeven moment hoorden we een harde knal. Ik dacht: 'huh, wat is dat nou?'. Oh jee, het been was omgevallen!!! Ik dacht dat ik flauwviel. We moesten wel erg hard lachen.

De telefoon van het WAN-hoofd ging, er was een patiënt overleden op een afdeling en die moest opgehaald worden en naar het mortuarium gebracht. We kwamen aan op de afdeling en het bleek dat de overledene erg veel geld bij zich had. Dat geld moest naar de beveiligingsdienst van het ziekenhuis gebracht worden. We gingen daar naartoe, we deden het geld in een enveloppe en we moesten allemaal een handtekening zetten om te bevestigen hoeveel geld erin zat. Ik vond het erg bijzonder om te zien hoe dat in zijn werk ging, want zo iets maak je niet elke dag mee. Er was namelijk geen familie van de overleden patiënt aanwezig, en daarom moest het geld naar de beveiligingsdienst gebracht worden.

De telefoon ging weer. We moesten naar de kraamafdeling. Er was een baby overleden bij de geboorte. Ik dacht: 'Jeetje, wat heftig', ik had nog nooit een overleden baby gezien.

We kwamen aan op de kraamafdeling en de zuster vroeg aan mij of ik de baby wilde zien. Ik twijfelde even maar besloot toch om het kindje te zien. Ik ging samen met het WAN-hoofd naar de baby. Ze lag in een mooi klein wiegje. Ze was helemaal voldragen, ze zag er zo mooi uit! Het enige was dat ze helemaal paars was. Ik vond het vreselijk dat de moeder haar baby had verloren bij de geboorte.

We brachten de baby naar het mortuarium, en we bevestigden een mooi kaartje met de afbeelding van een halve maan op de voorkant van de koelcel, zodat de medewerkers weten dat daar een baby inligt. Het is altijd heftig als



een baby'tje is overleden, ook voor de mensen die in het mortuarium werken. Achteraf weet ik niet of het verstandig is geweest om de baby te zien, want het beeld bleef op mijn netvlies staan.

Zo, de nacht was om. Ik vond het supergaaf om een keertje mee te lopen met het WAN-hoofd. Zo kon ik zien wat hij zoal moet doen in een nacht. En wat hij zoal meemaakt. Dat zijn zaken die wij als verpleegkundige niet meekrijgen omdat je normaal gesproken alleen werkt op je eigen afdeling.

Het was een bijzondere nacht. Een nacht om nooit meer te vergeten. Een nacht die veel indruk heeft gemaakt, en waardoor ik veel respect heb gekregen voor het WAN-hoofd.

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**.

Automatic Gas Control (AGC) kan hieraan bijdragen op de OK. Scan de QR-code en lees het verhaal van een aantal anesthesiologen over hun ervaringen met AGC.



www.getinge.com

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 kunt u verkrijgen via info@denederlandse-ok-krant.nl en/of 06-11352165 (Alex van Leeuwen)

Kom jij ons team versterken als recovery-verpleegkundige?



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.



- De Recovery is onderdeel van het Martini Operatiecentrum.
- Daar doen we 18.000 operaties per jaar.
- We werken intensief samen met alle disciplines van het Operatiecentrum.
- De zorg op de Recovery is afwisselend, van laag tot hoog complex.
- Acute Pijn Service is een van onze specialisaties.
- Op basis van onderzoek werken we vanuit de nieuwste inzichten.
- De sfeer is informeel, met aandacht voor elkaar en plezier in het werk.
- Met volop ruimte om zelfstandig te handelen en initiatief te nemen.

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 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



'Kansen om door te groeien'

Germaine Daams is verpleegkundige in hart en nieren. 'Ik ben inservice opgeleid en heb twintig jaar geleden bewust voor het Martini gekozen voor mijn persoonlijke ontwikkeling. Dit ziekenhuis is groot genoeg om door te groeien, maar heeft gelukkig nog wel de persoonlijke sfeer die mij zo aansprekt.'



'Nadat ik een aantal jaren als gediplomeerd verpleegkundige had gewerkt, ben ik de oncologie-opleiding gaan doen. Toen ik kinderen kreeg, wilde ik graag wat meer regelmatig werken. Die kans kreeg ik op de poliklinische operatiekamers. Inmiddels werk ik ruim tien jaar als recoveryverpleegkundige. Bij deze specialisatie heb ik als aandachtsgebied Acute Postoperatieve Pijn. Daarvoor heb ik de tweejarige pijnspecialisatie bij de HAN gevolgd. Zo kan ik mijn werk op de Recovery mooi afwisselen met mijn werk als pijnverpleegkundige in de kliniek.'

'Het is mooi dat het Martini kansen biedt om door te groeien, ook als het gaat om vergoeding in tijd en geld. Je bent immers nooit te oud om te leren.'

#teammartini



De vacature vind je op werkenbijmartiniziekenhuis.nl/vacatures



RANDY JUHARIANTO WINNAAR YOUNG PROFESSIONAL AWARD

Randy Juharianto van het Dijklander Ziekenhuis (Purmerend/Hoorn) is met zijn scriptie: *De schadelijkheid van chirurgische rook voor patiënten in een laparoscopische setting de winnaar geworden van de Young Professional Award.*

Tekst: Menno Goosen
Foto's: Ivonne Zijp

De prijs werd uitgereikt door Ron op de Weegh van Straten Medical. De jury roemde Juharianto voor de keuze van zijn onderwerp. Er is inmiddels veel onderzoek gedaan naar de negatieve gevolgen van chirurgische rook voor OK-personeel, maar er is nauwelijks of geen literatuur te vinden over de gevolgen voor de patiënt. Ook werd het positief gevonden dat hij, ondanks de kritische vragen die hij van de dagvoorzitter en het publiek kreeg, en hij overduidelijk zenuwachtig was, moedig stand hield. In een van de volgende nummers van Operationeel lees je uitgebreid over zijn onderzoek. Nog een weetje: voor de tweede maal is een medewerker van het Dijklander Ziekenhuis (het voormalige Waterland Ziekenhuis en Westfries Gasthuis) winnaar geworden van de award. In 2018 won Pieter Buijsman de prijs voor zijn onderzoek naar gehoorschade en bescherming bij een totale knieprothese.

De andere genomineerden waren:

- Alexandra Bakker, VUmc: Het classificeren van spoedsectio's.
- Ezra Landman en Beau Lieskamp (anesthesiemedewerker), en Mayke Pelzers en Julia Roelofs (operatieassistenten), MUMC+: When every second counts.
- Yadi Hagenaars en Hanneke Verdult (beiden Bravis), Sabine Hoogendoorn en Gaby Spoelتمان (beiden Reinier de Graaf Gasthuis): Robotchirurgie bij pancreaticoduodenectomie.



PILOTSTUDIE TOONT HAALBAARHEID SUPER- MICROCHIRURGIE MET ROBOT-ONDERSTEUNING

Supermicrochirurgische operaties met robot-ondersteuning zijn mogelijk. Een pilotstudie in het Maastricht UMC+ heeft dat aangetoond in de eerste klinische studie naar supermicrochirurgie met robot-ondersteuning ter wereld. Daarmee is weer een stap gezet in de verdere ontwikkeling van operatierobots. De resultaten van het onderzoek zijn gepubliceerd in *Nature Communications*(^{*}).

MUSA

Operatierobots worden in steeds meer ziekenhuizen gebruikt. Een robot waarmee microchirurgie mogelijk is, bestond tot voor kort niet. In nauwe samenwerking tussen plastisch chirurgen van het Maastricht UMC+ en technici van TU Eindhoven en van spin-off bedrijf Microsure is de eerste robot voor microchirurgie ter wereld ontwikkeld. Deze robot, 'MUSA' gedoopt, kan bijvoorbeeld minimale trillingen van de hand van de chirurg wegfilteren.

Lymfoedeem

Supermicrochirurgie betreft operaties aan de allerkleinste vaten (met een diameter van 0,3-0,8 mm). Bij deze extreem nauwkeurige ingrepen lopen we tegen de grenzen aan van de menselijke mogelijkheden. Minimale trillingen van de hand maken dat dit soort ingrepen slechts voor weinig chirurgen zijn weggelegd. Een voorbeeld van zo'n behandeling is de ingreep om lymfoedeem (vochtophoping) in de armen te verminderen. Lymfoedeem komt vaak voor na de behandeling van borstkanker als de lymfeklieren in de oksel worden verwijderd of bestraald. Vrouwen met lymfoedeem na behandeling van borstkanker dragen om die reden vaak levenslang armkousen. In sommige gevallen kan lymfoedeem worden behandeld met een zogenoemde LVA-operatie (lymfo-veneuze anastomose). Bij deze operatie worden lymfevatjes gekoppeld aan zeer kleine bloedvatjes om zo het overvloedige lymfevocht af te voeren. Het gaat dan om vaatjes met een diameter van 0,3 tot 0,8 millimeter. Het Maastricht UMC+ is een van de drie Nederlandse expertisecentra op het gebied van de microchirurgische behandeling van lymfoedeem.

Vervolgstudie

Maastrichtse artsen en wetenschappers onderzochten de haalbaarheid en veiligheid van LVA-operaties met ondersteuning van MUSA. Criteria waren de kwaliteit en duur van de operatie, en het resultaat voor patiënten na één en drie maanden. De studie bevestigt dat het veilig en mogelijk is om bij de behandeling van lymfoedeem met behulp van de MUSA-robot lymfevaten van 0,3 tot 0,8 mm diameter aan te sluiten op bloedvatjes. Grote vervolgstudies in meerdere centra zijn nodig om de verschillen tussen operaties met- en zonder robot-ondersteuning nader te onderzoeken.

De pilotstudie die nu in Maastricht is gedaan, is een stap in de verdere ontwikkeling van operatierobots, met name voor (super)microchirurgische ingrepen. Voor patiënten met bijvoorbeeld lymfoedeem is dit goed nieuws. Op termijn kunnen er meer patiënten operatief behandeld worden en zullen ze niet langer levenslang afhankelijk zijn van medische hulpmiddelen zoals armkousen.

(^{*})van Mulken, T.J.M., Schols, R.M., Scharmga, A.M.J. et al. First-in-human robotic supermicrosurgery using a dedicated microsurgical robot for treating breast cancer-related lymphedema: a randomized pilot trial. *Nat Commun* 11, 757 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41467-019-14188-w>

ZO KOMT EEN CAO TOT STAND

Door Abhilash Sewgobind

Voor er een definitief akkoord ligt over een cao, is er al heel veel gebeurd. Knelpunten en wensen worden geïnventariseerd, er zijn – soms verhitte – gesprekken gevoerd die tot diep in de nacht kunnen duren en er wordt heel veel met de achterban overlegd. Als Cao-onderhandelaar van NU'91 neem ik jullie mee in het proces van hoe een cao uiteindelijk tot stand komt.

Allereerst is er een 'wensenlijstje' nodig. Dat komt tot stand door je achterban, ongeacht om welke cao het gaat. Je probeert te achterhalen wat zij in een cao willen zien. Dat doe je door leden te bevragen. Je verstuurt enquêtes, gaat de vloer op en praat met mensen. Daarnaast hebben we als NU'91 een eigen visie op arbeidsvoorwaarden in de zorg. Die resultaten en onze visie brengen wij bij elkaar en die vormen samen de belangrijkste speerpunten. Dat voorstel wordt vastgelegd in een brief. Met die brief kloppen we aan bij de werkgevers en dan gaan we in gesprek. Dat is het startpunt van de onderhandelingen. Overigens weet je als onderhandelaar gedurende de looptijd van de cao al wat er speelt en wat er tijdens de volgende cao-onderhandelingen moet veranderen. Het belangrijkste blijft de input van de leden, want tenslotte sluiten wij die cao af voor hen. Uiteindelijk zijn het de leden die bepalen of ze het goed vinden of niet. Als je geen lid bent, heb je hier geen stem in. We luisteren wel naar niet-leden, maar alleen als je lid bent mag je ook daadwerkelijk iets zeggen over een voorstel.

Met elkaar aan tafel

Zodra het onderhandelen begint, ga je letterlijk met elkaar aan tafel. Hierbij zijn werkgevers en de andere bonden betrokken. Grotendeels bestaat het voorstel uit dezelfde wensen, omdat je in de sectoren dezelfde problematiek ziet. Zo'n twintig procent bestaat uit eigen speerpunten van de vakbonden. Wij hebben bijvoorbeeld meer vakinhoudelijke kennis en nemen dit mee in de gesprekken. Met elkaar ga je bespreken waar ruimte voor onderhandeling zit. Vaak speelt geld hierbij een rol, maar daar draait het niet alleen om. Loon is een belangrijk onderdeel, maar ook andere componenten van de cao-afspraken zijn van belang. Doen mensen nog met plezier hun werk? Hebben zij genoeg middelen om dat werk te doen en zijn ze hierover tevreden? Dat soort vragen zijn ook van belang. We kijken goed of het vak voor verpleegkundigen en verzorgenden nog up-to-date is en wat onze bijdrage kan zijn om het werk aantrekkelijk te maken en te houden voor onze leden en voor de nieuwe aanwas.

Zoektocht

Niet alleen de bonden geven aan wat zij belangrijk vinden, de werkgever zal ook vertellen wat wel of niet mogelijk is. Dat is een zoektocht die je samen onderneemt en die verschillend kan uitpakken. Soms hoeft je maar vijf keer bij elkaar te komen voor je een nieuwe cao hebt. Het kan echter ook leiden tot het traject dat we vorig jaar bij de ziekenhuizen hebben gezien. Je bent steeds met elkaar aan het bekijken in welke punten nog beweging zit. Wat willen we echt bereiken



voor onze leden? En welke punten laten we varen, nemen we in een volgende ronde mee of gieten we in een andere vorm? Je kunt bijvoorbeeld besluiten om er een studie-afpraak van te maken. Gedurende de looptijd van een cao ga je dan onderzoeken wat in zo'n afspraak haalbaar is. Bij de volgende onderhandelingen probeer je dit alsnog binnen te halen.

Contacten buitenwereld

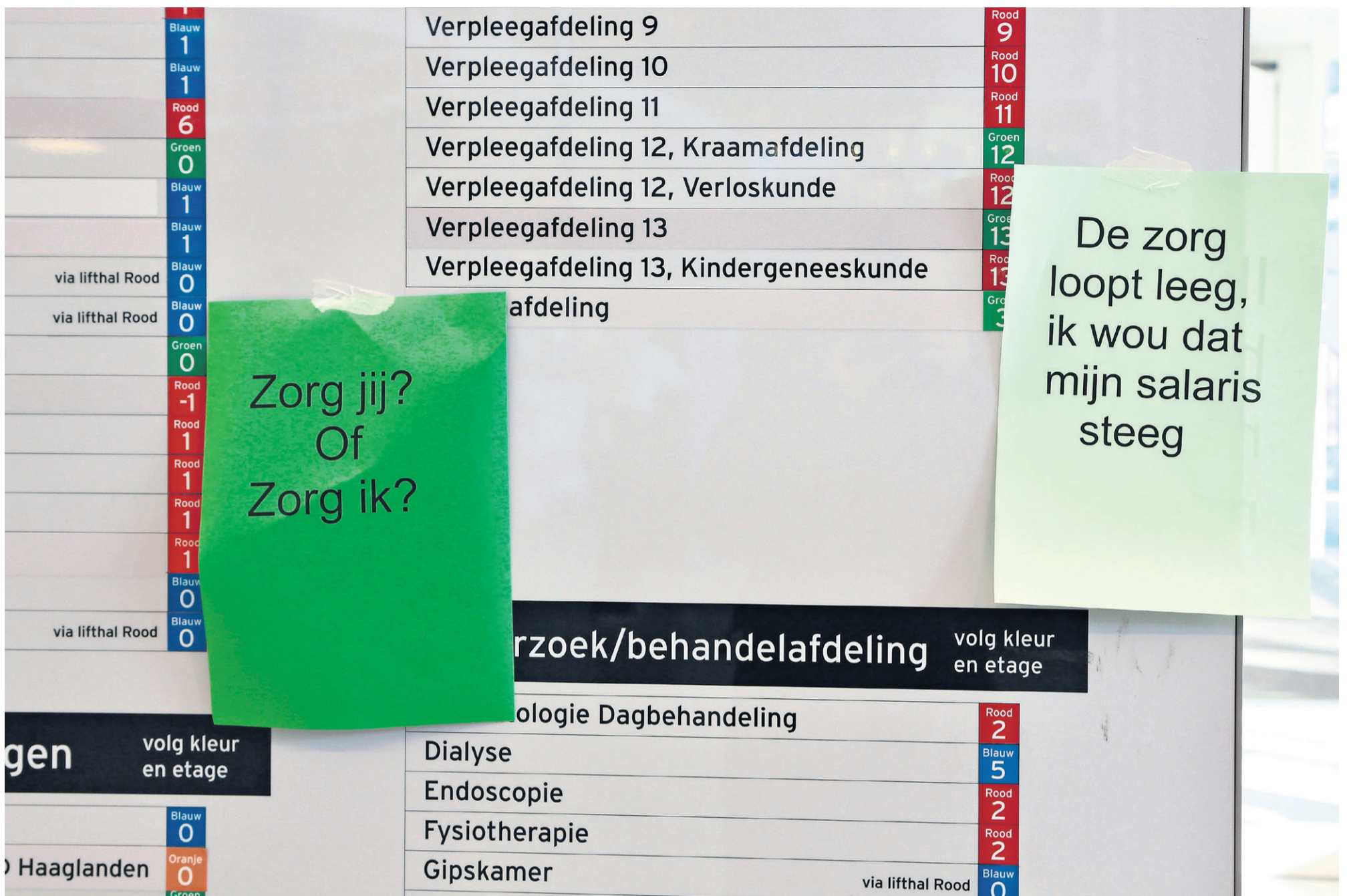
Gedurende de onderhandelingen, heb je altijd contact met meerdere mensen. Zo is er altijd contact met de interne communicatieafdeling van NU'91. Daarnaast zijn de managers betrokken en als het echt tot crisissituaties leidt, ook de voorzitter. Bovendien spelen de leden hierin wederom een belangrijke rol. Soms worden er namelijk dingen op tafel gegooid die je graag wil checken bij je leden. Klopt het wel wat er wordt gezegd? Gebeurt dit in de praktijk echt zo? Tot

slot heb je vaak nog een lijntje uitstaan naar de pers. Vaak weten zij dat je aan tafel zit en willen zij graag snel een reactie hebben over de uitslag. Dat is van belang voor de profilering en je boodschap.

Nachtelijke onderhandelingen

Onderhandelingen vinden vaak 's nachts plaats. Simpelweg omdat de verschillende agenda's niet met elkaar matchen door de dag heen. Met een beetje geluk begin je om 15.00 uur, maar gedurende een cao-onderhandeling wordt er heel vaak geschorst. Dat schorsen doe je omdat er bepaalde onderwerpen op tafel liggen, waar je het met vakbonden over wil hebben. Je trekt je terug uit de onderhandeling en gaat erover discussiëren. Je gaat checken of het klopt wat er wordt gezegd, bijvoorbeeld dus bij je leden, maar ook bij een jurist of een andere specialist. Daar gaat veel tijd in zitten, want schorsen duurt vaak langer dan een uur. Als je dat dan heb besproken, neem je opnieuw een standpunt in, ga je weer met elkaar aan tafel en begin je opnieuw. Het schorsen kan door zowel de bonden als de werkgevers worden gedaan. Sommige punten kun je meteen met elkaar afvinken. Mocht de onderhandelaar rond 22.00 uur merken dat er een deal gemaakt gaat worden, dan stop je er ook niet mee. Dan wil je doorgaan. Hierdoor kan het soms 5 uur in de ochtend worden tot je een deal hebt.

HET BELANGRIJKSTE BLIJFT DE INPUT VAN DE LEDEN, WANT TENSLOTTE SLUITEN WIJ DIE CAO AF VOOR HEN



LOON IS EEN BELANGRIJK ONDERDEEL MAAR OOK ANDERE COMPONENTEN VAN DE CAO-AFSPRAKEN ZIJN VAN BELANG

Geen akkoord

Het kan ook voorkomen dat er geen akkoord is. Als je merkt dat je steeds nee als antwoord krijgt – op verschillende punten – dan is het de eerste stap om intern en met je leden in gesprek te gaan. Om het eisenpakket te bekijken en wat je daarmee gaat doen. Gaan we bijstellen? Worden de punten in een andere vorm gegoten? Of is dit wat het is en moet het zo gaan worden? Vaak gebeurt dat laatste en ga je weer terug naar de werkgever. Soms is die tijd die daar overheen is gegaan al voldoende voor een werkgever geweest. Vaak gaat het echter niet lukken. Als het echt maandenlang duurt, moet je overgaan tot acties. Dat is bijvoorbeeld gebeurd bij de cao voor de ziekenhuizen. Op een gegeven moment praat je niet meer elkaar. Dan kun je met elkaar aan tafel gaan maar dan schiet het niet op. Je moet dan een andere manier gaan bedenken om werkgevers in beweging te krijgen. Met je leden bedenk je wat de volgende stap is. Vaak begin je met het voeren van kleinschalige en ludieke acties. Als dit niet werkt, ga je grotere acties voeren. Bijvoorbeeld door het draaien van zondagsdiensten. Dat raakt dan een ziekenhuis waardoor zo'n bestuurder hopelijk merkt dat het menens is.

Juridisch goed vastgelegd

Overigens gaat er een juridisch traject aan vooraf voor je begint met het voeren van actie. Er moet namelijk altijd een eindbod zijn. Dit kan van zowel

de werkgevers als de bonden komen. Pas als er niet binnen een bepaalde termijn op dit eindbod wordt gereageerd, kan er juridisch gezien actie worden ondernomen. Liever kom je niet in zo'n situatie terecht, want dat is natuurlijk niet je doel. Contact met je leden is ook hierin weer het allerbelangrijkste, omdat je tijdens die onderhandelingen voortdurend moet schakelen. Je neemt de leden daarin mee. Dat kan overigens nog wel eens lastig zijn. Je hebt namelijk formele en informele onderhandelingsgesprekken. Het verschil is dat een informeel gesprek eigenlijk nooit heeft plaatsgevonden. Soms is het handig om er even vrij met elkaar over te kunnen spreken. Dat je aangeeft waarom iets echt belangrijk is voor je leden. Dit kan soms zelfs de oplossing zijn om te komen tot cao. Het probleem is dat je dit niet met je leden kunt overleggen, want uit zo'n overleg mag namelijk niets naar buiten. Als er een formele onderhandeling plaatsvindt, is de buitenwereld daarvan op de hoogte. Bij informele gesprekken is dat dus niet zo, waardoor leden soms opmerken dat ze lange tijd niets meer hebben gehoord over het verloop van de onderhandelingen.

Tijd voor een akkoord

Op het moment dat er dan eindelijk een voorstel op tafel ligt, gaat dit voor goedkeuring weer terug naar de leden. Zij kunnen hier uiteindelijk over stemmen. Dit is de laatste stap op weg naar een nieuwe cao.



ALS HET ECHT MAANDENLANG DUURT, MOET JE OVERGAAN TOT ACTIES



Bij elke stap aan uw zijde

Op de OK werkt iedereen samen als één team. Getinge staat daarbij graag aan uw zijde. Op de OK zelf en daarbuiten.

Weet u al wat wij voor u kunnen betekenen? Scan de QR-code en ontdek het.



www.getinge.com

GETINGE

Meike V4.1 bladderscanner – veelzijdig in het gebruik. Kan op een trolley gemonteerd worden of er kan vanuit een koffer of tas worden gewerkt



Meda MD6000P bladderscanner – met een beeldscherm en kan ook via het internet met een mobiele telefoon of tablet worden verbonden

Tjepkema

Medical Products

Tjepkema Medical Products levert een uitgelezen programma tbv ziekenhuizen en zorginstellingen. Het assortiment bestaat uit o.a. Bladderscanners (6 verschillende types van 4 merken), hoezen voor CSA karren, Nova Medica medicijnwagens, water standoff balloons voor EUS procedures, etc

Neem een kijkje op onze website: <https://tjepkemamedicalproducts.nl/>

Heggerank 169 ■ 7242 MJ Lochem ■ M +31 (0) 6 23965156 ■ E info@tjepkemamedicalproducts.nl

tjepkemamedicalproducts.nl

Zimmer Biomet LVO Studiedagen 2020



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.®

Extremiteiten

9 april • locatie Dordrecht

Heup

11 & 12 juni • locatie extern

Wervelkolom

5 november • locatie Dordrecht

Hemi knie

26 & 27 november • locatie extern

Landelijke Vereniging voor Operatieassistenten

Bezoek onze website voor meer informatie en registratie:
www.zimmerbiometacademy.nl/openinschrijving

Deelname is kosteloos



LVD
landelijke vereniging van operatieassistenten

GEACCREDITEERD

NU'91: “STEL VOLDOENDE BESCHERMENDE MIDDELEN EN EXTRA VERGOEDING BESCHIKBAAR VOOR ZORGPROFESSIONALS”

Verpleegkundigen en verzorgenden maken zich zorgen of er voldoende beschermende middelen op voorraad zijn tegen het coronavirus. Daarnaast is een overgroot deel van de zorgprofessionals bereid om extra te werken als dit nodig is, mits er voldoende beschermende materialen beschikbaar zijn én daar een vergoeding tegenover staat. Dat blijkt uit een enquête van NU'91, beroepsorganisatie voor verpleegkundigen en verzorgenden.



NU91.NL / NU91CORONADOSSIER.NL

TROTS OP ONZE VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN

Als er een onderwerp is dat op dit moment het nieuws bepaalt, is het wel het coronavirus. Er heerst veel onzekerheid over het virus waarbij nu nog meer dan normaal wordt verwacht van zorgverleners. In toenemende mate moeten verpleegkundigen en verzorgenden hun werkzaamheden uitvoeren met beschermende kleding en bijpassende mondkapjes. Deze omstandigheden vragen veel en zijn verre van comfortabel. Ondanks de onzekerheid, de extra diensten die worden gedraaid en de vele zieken, blijft een ding centraal: de professionaliteit en de betrokkenheid waarmee verpleegkundigen en verzorgenden hun werk iedere dienst uitvoeren. Dag in, dag uit, en dat onder de moeilijkste omstandigheden.

VECHTEND
TEGEN
CORONA

Ook voor al jouw vragen m.b.t. het coronavirus, in relatie tot jouw vak, kun je terecht bij NU'91.

Dat de beperkte toegang tot beschermende middelen een grote rol speelt, blijkt uit het feit dat ruim dertig procent aangeeft dat er nu al een tekort is aan deze beschermende materialen. Vooral aan mondkapjes en brillen is een groot gebrek. Met name in de verpleeghuizen is het tekort opmerkelijk. Dit komt mede doordat zij doorgaans al minder grote voorraden hebben op dit gebied. Zorgverleners in de VVT maken zich dan ook extra zorgen om de bescherming van hun kwetsbare zorgvragers en van zichzelf.

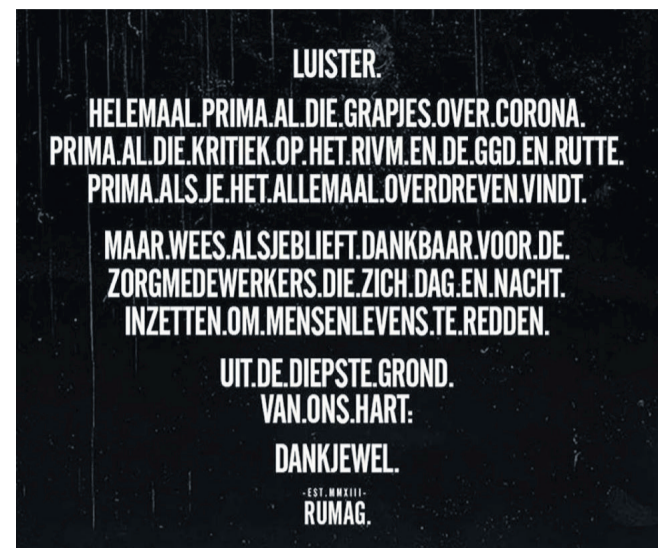
Zorgsector bereidt zich voor

Dat deze sector zich aan het voorbereiden is op een grootschalige doorbraak, blijkt uit de antwoorden. Ruim driekwart van de respondenten geeft aan dat ze goed op de hoogte zijn gebracht door de werkge-

ver over het protocol, mocht het virus zich binnen de instellingen aandienen. Echter blijkt ook uit de reacties dat het merendeel van de zorgverleners zich afvraagt of hun werkplek wel voldoende is ingericht op de specifieke zorg die wordt gevraagd bij het verplegen van coronapatiënten. Niet overal zijn (voldoende) isolatieruimtes beschikbaar en binnen de thuiszorg wordt isolatieverpleging helemaal een uitdaging.

Rust bewaren

Het coronavirus zorgt voor veel vragen en onduidelijkheid. Toch heerst er volgens de zorgprofessionals teveel onnodige paniek en is het volgens hen van belang dat de rust wordt bewaard. Echter baart het de doelgroep wel zorgen dat – bij een grootschalige uitbraak waarbij



ook zorgverleners uitvallen – het tekort aan personeel nog verder oploopt. Als oplossingen opperen zij het draaien van aangepaste diensten of het verlenen van aangepaste zorg. Dat betekent dat kritisch moet worden gekeken welke zorg noodzakelijk is en welke kan worden uitgesteld tot een later moment. De doelgroep is grotendeels bereid om extra diensten te draaien, maar dan moet hier wel een vergoeding tegenover staan. Het liefst in de vorm van vakantiedagen of salaris.

Onbelaste vergoeding

NU'91 vindt dat er acuut actie moet worden ondernomen, voor het probleem te groot wordt. Voorzitter Stella Salden van NU'91: “Als beroepsorganisatie vinden wij dat het de verantwoordelijk van de overheid is om een daad te stellen. Zorgverleners moeten veilig hun werk kunnen doen. De voorraad beschermende middelen moet daarom overal toereikend zijn. Onze zorgverleners helpen mee aan een landelijk probleem en daar tegenover moet een passende vergoeding staan. Bijvoorbeeld door uitbetaling in de vorm van onbelast loon over de extra uren. Zo laten we zien dat wij de zorgprofessionals waarderen en dat het werken van extra diensten in tijden van crisis wordt beloond.”

NU'91 IN OVERLEG MET VWS

NU'91, de beroepsorganisatie voor verpleegkundigen en verzorgenden, sprak 12 maart met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport (VWS). Stella Salden, voorzitter NU'91, geeft aan positief te zijn over dit gesprek. “Het is goed om te zien dat er momenteel vanuit VWS veel aandacht is voor de zorgprofessional.” In het gesprek werd gesproken over de zorgen die de beroepsgroep ervaart rondom de inzet van verpleegkundigen en verzorgenden in de strijd tegen het coronavirus.

Uit het gesprek zijn drie belangrijke punten naar voren gekomen, waarop de komende tijd verder zal worden ingespeeld. Allereerst is dat het punt veiligheid. NU'91 heeft aangegeven dat uit eigen onderzoek blijkt dat op veel plekken nu nog wel de juiste beschermende middelen voorradig zijn, maar dat deze op korte termijn opraken. Daarbij worden extra zorgen geuit over de voorraad binnen de VVT-sector, zowel intra- als extramuraal. VWS heeft aangegeven dat ze grootschalig en wereldwijd deze middelen inkopen en daar de regie in zullen houden. VWS geeft ook aan dat er vooralsnog voldoende middelen zijn, maar dat er prioriteit wordt gegeven aan de inkoop van nieuwe



voorraden. Vanuit het ministerie kwam tevens de oproep om kritisch te blijven kijken naar de nut en noodzaak van het gebruik van deze middelen, ook in andere situaties. Uiteraard wel met inachtneming van de protocollen.

Wegnemen belemmeringen

Het tweede aandachtspunt is: ontzorg de professional. Verpleegkundigen en verzorgenden moeten hun werk veilig kunnen uitvoeren en zich daarbij geen zorgen hoeven te maken of dit wel mogelijk is. Bovendien moeten zij hierin geen belemmeringen ervaren, zoals het gebrek aan kinderopvang en moet de vergoeding van de extra uren op een goede manier worden geregeld. VWS

heeft aangegeven in gesprek te gaan met werkgevers over kinderopvang. Het ministerie zal op korte termijn een verkenning doen hoe de waardering richting de beroepsgroep geuit kan worden, met name als het gaat om de vergoeding van de extra gewerkte uren. Binnen zorginstellingen moet gekeken worden naar allocatie van zorg. Niet-acute zorg zal moeten worden uitgesteld, waardoor ook met de personele bezetting in een zorginstelling kan worden geschoven.

Regionale samenwerkingsverbanden

Het laatste punt waar aandacht aan zal worden besteed, is de communicatie naar de beroepsgroep. VWS heeft aangegeven dat er meer aandacht besteed zal worden aan het – op een juiste manier – informeren van zorgverleners. Daarbij zullen werknemerspartijen een plek krijgen in de regionale samenwerkingsverbanden. VWS roept regionale samenwerkingsverbanden op om werknemerspartijen te betrekken bij het te ontwikkelen beleid rondom corona. Regionale vertegenwoordigers zijn onder andere de GGD en de werkgevers.

NU'91 zal er de komende tijd kritisch op toezien dat bovenstaande aandachtspunten worden uitgevoerd.



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ENDOSCOPISCHE CHIRURGIE

**SAVE
THE DATE**

**LUSTRUM
20 JAAR
NVEC**

Innovating technology
creating the future together

NVEC **Congres 2020**

10 november 2020
Beurs van Berlage
Amsterdam

Onderwerpen:

- Innovating technology
- Imaging technology
- Robotica
- Singularity

**MASTERCLASSES VOOR AIOS EN
JONGE KLAREN OP 9 NOVEMBER 2020:**

- Masterclass Robotic Surgery: leer de beginselen van de robotchirurgie
- Masterclass Career Development: hoe richt je jouw carrièrepad in voor een geslaagd leven als hightech chirurg

**HET JUISTE INSTRUMENT
VOOR JE TOEKOMST !**

LVD
landelijke vereniging van operatieassistenten

Reserveer de datum alvast in uw agenda,
het programma en meer informatie volgt op www.nvec.nl

NIEUWE WET- EN REGELGEVING PER 1 JANUARI 2020

Je ontkomt er ook in de zorg niet aan: wet- en regelgeving. Per 1 januari is er het een en ander veranderd. Zo zijn er enkele nieuwe wetten bijgekomen. Daarnaast zijn sommige bestaande wetten en regels veranderd. Wij zetten de belangrijkste punten voor je op een rij.



De Wet zorg en dwang (Wzd)

Per 1 januari is de BOPZ omgezet in de Wet zorg en dwang (Wzd). Waar deze wet voorheen gold voor iedereen met een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke beperking of psychische aandoening, is deze nu uitgesplitst in de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvzggz). Met de Wzd worden alleen de rechten geregeld bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van patiënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening. Het uitgangspunt van deze wet is: 'Nee, tenzij...' Alleen als er sprake is van (vermoedelijk) ernstig nadeel voor de patiënt of zijn omgeving, mag onvrijwillige zorg worden toegepast. Deze wet geldt niet alleen voor de zorginstellingen, maar ook voor kleinschalige woonvormen, logeeropvang of de thuissituatie. Met deze wet wordt geregeld hoe – door middel van een stappenplan – onvrijwillige zorg ingezet wordt, in welke situatie dit aan de orde is, hoe het geëvalueerd moet worden en hoe je de opname van een patiënt regelt. 2020 is nog een overgangsjaar. Dat wil zeggen dat de wet wel al per 1 januari in werking is getreden, maar dat dit jaar nog wordt gebruikt om de wet in het veld zo goed mogelijk in te voeren.

Reactie van NU'91

De overgang van Bopz naar Wzd vraagt nogal wat van zorgverleners. Een veelgehoord geluid is dat er – in tijden van weinig tijd en hoge werkdruk – door de komst van deze wet nog meer administratieve lasten bij komen. Terwijl er juist hard is gewerkt om deze administratieve lasten naar beneden te

brengen. Bovendien vindt NU'91 het ongekend dat deze wet in werking treedt, terwijl er niet goed is uitgezocht hoe het in de praktijk zal gaan uitpakken. Er is onvoldoende onderzoek gedaan naar hoe zorginstellingen de wet moeten gaan uitvoeren of daar voldoende gekwalificeerd personeel voor is. Daarnaast lijkt het alsof er veel meer kosten gemaakt gaan worden. Het ministerie heeft zelf gezegd dat nog niet duidelijk is hoe hoog de kosten gaan zijn. NU'91 zal daarom komende tijd bij haar leden gaan inventariseren waar zij in de praktijk nog meer tegenaan lopen.

Wet verplichte ggz

In de Wet verplichte ggz (Wvzggz) worden de rechten geregeld van patiënten die te maken hebben met verplichte zorg vanwege een psychiatrische aandoening die leidt tot gedrag dat ernstig nadeel veroorzaakt voor zichzelf of voor anderen. Bijvoorbeeld door zichzelf of anderen in levensgevaar te brengen of omdat het gedrag zorgt voor agressie bij anderen. De rechter kan, als er geen vrijwillige zorg mogelijk is, verplichte zorg opleggen. Dit met als doel om ernstig nadeel weg te nemen. De gedwongen zorg hoeft niet alleen in een kliniek of instelling plaats te vinden, maar kan ook thuis worden geleverd. Het regelt de procedures voor professionals, de bescherming van rechten van cliënten die te maken hebben met verplichte ggz en de inspraak van familie.

Reactie van NU'91

De Wvzggz doet veel stof opwaaien. Psychiaters verzetten zich publiekelijk tegen de wet vanwege de onhaalbare uitvoering. Ook vanuit onze klankbordgroep GGZ komen geluiden dat de wet de komende tijd tot grote problemen en zelfs risicovolle situaties gaat leiden. NU'91 inventariseert deze knelpunten bij haar leden en brengt in kaart waar de zorgverleners tegenaan lopen.

Wet langdurige zorg

In de Wet langdurige zorg (Wlz) is de intensieve zorg geregeld voor kwetsbare ouderen, mensen met een handicap en mensen met een psychiatrische aandoening. Of iemand in aanmerking komt voor de Wlz, wordt vastgesteld door het Centrum

Indicatiestelling Zorg (CIZ). Sinds januari 2020 is er het een en ander in deze wet veranderd.

- De financiering van hulpmiddelen voor cliënten in een Wlz-instelling is veranderd met als doel dit eenvoudiger te maken. Mobiliteitshulpmiddelen (zoals een rolstoel of scootmobiel) worden voortaan voor iedereen in een Wlz-instelling verstrekt vanuit de Wlz en niet meer vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Daarnaast worden hulpmiddelen voor zorgverlening en wonen voor algemeen gebruik vanaf nu uit de Wlz betaald. Denk bijvoorbeeld aan een tillift. Voorheen kwam dit vanuit de Wmo of de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- Voorheen kon iemand met een Wlz-indicatie terecht in een verpleeghuis, ggz-instelling of instelling voor mensen met een handicap. Daar is nu iets aan toegevoegd: deeltijdverblijf. Dat wil zeggen dat iemand die onder de Wlz valt, deels thuis en deels in een instelling kan wonen.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo)

In de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) staan alle rechten en plichten van cliënten die zorg krijgen. Het ligt aan de basis van alle zorgverlening. Als verzorgende of verpleegkundige krijg je hier dus dagelijks (onbewust) mee te maken. De wet gaat in zodra er een behandelingsovereenkomst is tussen de cliënt en de zorgverlener. Op een paar punten is de Wgbo gewijzigd:

- De periode die was ingesteld voor het bewaren van medische dossiers wordt verruimd. Voorheen moest je deze vijftien jaar bewaren. Per 2020 is de bewaartermijn opgehoogd naar twintig jaar. Dit gaat in vanaf de laatste aanpassing in het dossier.
- Sinds dit jaar hebben nabestaanden – onder bepaalde omstandigheden – recht op inzage van het dossier van een overleden patiënt.
- Als zorgprofessional heb je een informatieplicht. Dit wil zeggen dat je je cliënt bijvoorbeeld informeert over zijn of haar ziekte, de voorgestelde behandeling of de voorgeschreven medicatie. Die informatieplicht is verder uitgebreid. Zo moet je op tijd overleggen met de cliënt en moet je hem stimuleren om vragen te stellen zodat je samen beslissingen neemt. Daarnaast moet je de cliënt informeren over de mogelijkheid om van een behandeling af te zien, de uitvoeringstermijn van de behandeling en hoe lang die naar verwachting duurt. Bovendien moet je informatie verstrekken over alternatieve behandelingen en onderzoeken van andere hulpverleners.

HET BLAD VOOR DE MENSEN IN DE ZORG #1 - 2020

VERPLEEGKUNDIGEN IN OORLOGSGEBIEDEN ZO KOMT EEN NIEUWE CAO TOT STAND NIEUWE WET- EN REGELGEVING

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.



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

‘JIJ WERKT TOCH IN HET ZIEKENHUIS?’

Werken in de zorg is het leukste beroep dat er is, maar het brengt ook een minder leuke bijkomstigheid met zich mee. Je bent namelijk altijd ‘degene met een medische achtergrond’ die dus alle kwaaltjes moet diagnosticeren op verjaardagen. Nou weet ik niet wat erger is. Een verjaardag of het bekijken van rare bultjes bij de navel van de buurvrouw. Het leukste vind ik om haar dan een beetje bang te maken. Dat doe je vooral door met grote ogen te kijken en heel geschrokken te reageren. ‘Nou, dat is niet goed!’ Waarop ze bijna van haar klapstoeltje valt en zich verslikt in haar augurk met boterhamworst.

Een tante vroeg ooit: ‘Ik heb het altijd bloedheer, wat zou dat kunnen zijn? Een grote infectie of toch een auto-immuunziekte?’ Nee tante Gerda, dat is de overgang. Ze hoopte natuurlijk dat ik zou zeggen dat ze een of andere kwaal had waardoor ze lekker een paar weken thuis kon blijven Netflixen, maar helaas. Dit zijn vaak dezelfde mensen die hun diagnose bij elkaar googelen. Die zijn dringend op zoek naar een verklaring, geloven alles wat zij op internet lezen en laten dan aan de dokter blijken dat ze nergens verstand van hebben. Geef mensen met wat maagzuur een zoekmachine en ze hebben slokdarmkanker. En hoofdpijn is altijd een hersentumor. Zelf je diagnose bij elkaar googelen is de meest efficiënte manier om jezelf ervan te overtuigen dat je doodgaat.

Zo zijn er wel meer beroepsgroepen waaraan op iedere verjaardag een gratis consult wordt

gevraagd. Als je boekhouder bent, word je continu om advies gevraagd om zo min mogelijk belasting te betalen en als dierenarts kun je gelijk naar een bult bij de anus van de hond van de burens kijken. Verloskundigen kennen waarschijnlijk alle bevallingsverhalen van tantes, zussen en vriendinnen, en als psycholoog krijg je allerlei jeugdtrauma’s over je heen gestort. Zeg ook nooit dat je in de IT werkt, want voor je het weet sta je een kapotte printer te fixen. Om dit soort dingen te voorkomen, kun je maar beter lijkschouwer worden, dan is er niemand die iets van je wil.

Zijn deze mensen bang of willen ze de aandacht naar zich toe trekken? We willen natuurlijk allemaal onze (medische) kennis delen, maar uiteindelijk is het beste medicijn het afschaffen van verjaardagen. Zeker verjaardagen waarbij iedereen in een kring zit.



Don Roelofsen is recoveryverpleegkundige in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch. In de rubriek ‘Column’ komen vakgenoten en directe collega’s aan het woord. Meedoen? Mail naar redactie@lvo.nl.

SEH-ARTS GEEFT INSTAGRAM-CURSUSSEN EN WEBINARS

SEH-arts en wetenschapper Heleen Lameijer, verbonden aan het Medisch Centrum Leeuwarden, zag dat mensen van haar leeftijd (geboren in 1987) en jonger niet goed bereikbaar zijn voor de standaard reanimatiecursussen, maar juist wel daar aanwezig zijn waar reanimaties plaatsvinden, zoals op straat of in de sportschool. Daarom startte zij op het onder jongeren zeer populaire Instagram op haar account @makesciencework ‘De Insta Life Saver Cursus’ en het vervolg daarop: ‘AED kenner cursus’. Via haar bedrijf Make Science Work is Lameijer inmiddels ook met een Academy gestart. Voor € 14,95 volg je ruim 1,5 uur lang een webinar met de mogelijkheid tot het stellen van vragen. Op 13 februari was het eerste webinar met als onderwerp toxicologie. Ruim honderd deelnemers uit verschillende disciplines hadden zich online verzameld. In een notendop leerde Lameijer de cursisten de meest voorkomende intoxicaties bij patiënten te herkennen, vertelde ze – met veel humor – hoe je deze patiënten het beste kunt benaderen, en natuurlijk hoe je ze kunt behandelen. Een van de punten die aan bod kwamen waren toxidromen (een complex aan symptomen die gezamenlijk een toxicologisch syndroom vormen), dat een aanwijzing kan vormen voor de oorzaak van de intoxicatie. Het niveau van het webinar is hbo, en het is goed te volgen voor mensen met een medische (basis)opleiding. Ook de mogelijkheid tot het stellen van vragen kwam de begrijpelijkheid zeer ten goede. Er zijn geen accreditatiepunten voor de cursus te behalen. Lameijer: ‘Accreditatie verkrijgen kost veel geld. Wanneer ik accreditatie zou aanvragen voor doel-beroepsgroepen, zou ik dit moeten doorberekenen in de kostprijs van een ticket voor een webinar (de prijs wordt dan fors hoger) waardoor de colleges niet meer voor iedereen toegankelijk kunnen zijn. Dat draagt niet bij aan mijn missie.’ Toekomstige onderwerpen zijn onder andere reanimatie. Voor meer informatie: www.makesciencework.nl.



Dinsdag 31 maart 2020

Studentendag 2020

**Super specialismen:
What's in it for you?**

Locatie:

Van Straten Medical
Rijnzathe 2
3454 PV De Meern

Informatie en inschrijven via de website:

www.lvo.nl

Kosten:

LVO leden € 40,-
Niet leden € 80,-

HET JUISTE INSTRUMENT VOOR JE TOEKOMST !

VAN STRATEN MEDICAL
'Providing Value To Life'

LVO
landelijke vereniging van operatieassistenten

Disclaimer: i.v.m. het Covid-19 virus, is het niet zeker dat het evenement op deze pagina vermeld staan, doorgaat. Volg de berichtgeving hierover goed!

SOMS HUILT DE VERPLEEGKUNDIGE OOK

Haar hoofd valt weg in het grote, witte kussen. Ze is in een diepe slaap gevallen. Het gezicht is ontspannen. Alsof het accepteert dat het bijna klaar is. Het lichaam moegestreden, de geest die steeds verder wegzakt in een moeras van onafhankelijke gedachten. Ze geeft zich eraan over.

Ik zit op een krukje naast haar bed en kijk naar de rimpels op haar gezicht. Het is een moment van ons samen. Even daarvoor had ze mij nog gewenkt, naar me gelachen, me geknuffeld en een kus op mijn wang gegeven. Praten ging niet meer, het was meer brabbelen dat ze deed. Mijn naam wist ze niet, maar daar in dat moment, in die omhelzing, zei ze zoveel meer dan misschien met woorden mogelijk was.

Nu ligt ze stil op haar zij. De ademhaling is nauwelijks hoorbaar, tot ze dan ineens weer een flinke teug inademt. Haar hand ligt in mijn hand en met haar laatste beetje kracht houdt ze die vast. Af en toe knijpt ze er zachtjes in. Ondanks een lijf dat langzaam opgeeft, is er nog de ziel die het laatste stukje leven niet zomaar los wil laten. Zo zit ik een tijdje bij haar. Ondanks de stilte en serene rust gebeurt er ontzettend veel. Een leven is bezig om zich te voltooien.

Eerder die dag is het slechtnieuwsgesprek geweest met de arts en mantelzorg. Uitzaaingen, niets meer aan te doen en waardig sterven, zijn termen die tijdens het gesprek vielen. Hoe verdrietig ook, we zijn het er allemaal over eens: ze hoeft niet te lijden. Een palliatief beleid wordt ingezet om een akelige dood voor te zijn. Een beleid waardoor ze rustig inslaapt om uiteindelijk niet meer wakker te worden. Het is een gesprek dat ik in mijn loopbaan als verpleegkundige vaker heb bijgewoond. Het zijn gesprekken die nog altijd raken, omdat je het liefst zo lang mogelijk alle zorg wil geven die mogelijk is. Omdat je iemand graag hier wil houden. Tot het rekken niet meer langer mogelijk is en tot leven lijden wordt. Want iemand waar je intensief voor zorgt zien lijden, raakt je ook als doorgewinterde professional nog steeds.

Na anderhalf jaar voor haar te mogen zorgen, kan ik zeker zeggen dat het goed is dat ze gaat. Dat haar leven voltooid is. Haar eerder zo te zien strijden deed pijn. Zo is het goed, maar jezelf honderd procent afsluiten voor gevoelens gaat niet. Dat hoeft ook niet en maakt je niet direct minder professioneel. Mijn ogen worden troebel van de tranen. Ik probeer om ze tegen te houden, maar dan accepteer ik dat dit net zo goed onderdeel is van mijn professionele houding. Soms ben ik blij dat iets me nog zo raakt, omdat afgestompt zijn een groot schrikbeeld van me is. Geraakt worden hoort bij de menselijkheid van ons vak. Want soms, soms huilen verpleegkundigen ook.

Femke van der Palen
Verpleegkundige

Femke van der Palen is verpleegkundige en journalist. Beide functies combineert zij door te schrijven over de zorg. Eerlijk, ontwapenend en het liefst met een beetje humor. f.vanderpalen@nu91.nl



Maquet Moduevo Sky Onze nieuwe, horizontale pendel

Last van ruimtegebrek op de OK? Dan biedt ons horizontale pendelsysteem Sky misschien wel de oplossing.

Sky is beschikbaar in verschillende uitvoeringen en kan worden uitgerust met verstelbare plateaus en vele andere Maquet Moduevo accessoires.



Scan de QR-code en ontdek de mogelijkheden.

www.getinge.com

GETINGE 





Winnaars Marja Zwaan en Evelien Harink

“COMPLEXE WONDZORG IN DE HUISARTSENPRAKTIJK” WINT PRIJS VOOR KWALITEIT EN VEILIGHEID

Het project “Complexe wondzorg in de huisartsenpraktijk” is winnaar van de jaarlijkse Prijs voor kwaliteit en veiligheid van Isala. Projectleider Marja Zwaan en verpleegkundig specialist Evelien Harink namen de prijs tijdens in ontvangst. Wij zijn ongelooflijk blij en trots op deze erkenning’, reageert Marja vlak na de uitreiking. ‘Het succes van dit project is mede te danken aan de samenwerking met enthousiaste huisartsen. Hierdoor kunnen inmiddels 50.000 patiënten gebruik maken van deze zorg in de eerste lijn. Komend jaar gaan we verder uitbreiden.’

Verplaatsing complexe wondzorg

Onder aanvoering van vaatchirurg Jacques Oskam van het Isala Wondexpertisecentrum (WEC) - die niet bij de uitreiking aanwezig kon zijn -, verpleegkundig specialist Evelien Harink, projectleider Marja Zwaan en in samenwerking met verschillende huisartsen en Qualityzorg, is de complexe wondzorg in de regio de afgelopen jaren aanzienlijk verbeterd. Qualityzorg is een gespecialiseerde thuiszorgorganisatie op het gebied van wondzorg. Het project startte met een pilot bij de huisartsenpraktijk in Heerde, waarna praktijken in Heino, Genemuiden, Wezep en Elburg volgden. Verpleegkundigen specialisten zoals Evelien draaien samen met doktersassistentes speciale wondzorgspreekuren in de huisartsenpraktijken. Juist die multidisciplinaire aanpak is de sleutel tot het succes van dit project. De verpleegkundig specialist en chirurg geven in de huisartsenpraktijk bijscholing over complexe wondzorg, wat de kwaliteit van wondzorg verbeterd en ervoor zorgt dat er minder onnodige doorverwijzingen naar het ziekenhuis zijn. Wat ook weer een kostenbesparing oplevert. Eén jaar na de start van de pilot behandelen de verpleegkundig specialist samen met de doktersassistent in de huisartsenpraktijken veel patiënten die complexe wondzorg nodig hebben, en verwijzen ze nog maar 14 procent van de patiënten door. Dit ligt ver onder het landelijk gemiddelde van circa 35 procent. Het uiteindelijke doel is om 80 procent van de complexe wondzorg bij de huisartsenpraktijken onder te brengen.

Scoren

Het project scoort volgens de Cliëntenraad op drie belangrijke punten: Betere zorgresultaten, zorg dichtbij als het kan, en zorg betaalbaar houden. Voorzitter Ton van den Berg: ‘De verplaatsing van complexe wondzorg is een toonbeeld van goede samenwerking tussen zorgverleners binnen en buiten Isala. De samenwerking met huisartsen leidt ertoe dat de drempel voor patiënten verlaagt. Een veelbelovend initiatief, dat erom vraagt om verder door te ontwikkelen. Wij juichen dat als Cliëntenraad van harte toe!’

Prijs voor kwaliteit en veiligheid

De Cliëntenraad van Isala reikt jaarlijks de Prijs voor kwaliteit en veiligheid uit aan een groep of persoon die een impactvolle verbetering in de zorg heeft gerealiseerd. Daarbij let de Cliëntenraad met name op concreet merkbare verbetering voor de patiënt én vereist dat deze verbetering meetbaar is en een voorbeeld voor anderen. Binnen Isala zijn er veel zorgprofessionals die individueel, maar meestal in groepsverband, initiatieven ontwikkelen die een grote sprong voorwaarts betekenen voor de kwaliteit van behandeling van patiënten. Meer informatie is te vinden op: www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl

ARTSEN EN WETENSCHAPPERS LUIDEN DE NOODKLOK:

AANPAK OBESITAS IS ONVOLDOENDE

Obesitas verhoogt het risico op verschillende ziekten, zoals diabetes, hart- en vaatziekten en kanker. Het voorkomen en tijdig behandelen van (ernstig) overgewicht is daarom van groot belang. De behandeling van obesitas is niet simpelweg minder eten en meer bewegen. De invloed van de omgeving en andere factoren zoals het gebruik van medicijnen spelen ook een belangrijke rol. Er moet naast preventie veel meer gebeuren om de epidemie van obesitas in Nederland te stoppen, zoals zorg op maat. Stigmatisering van obesitas leidt tot onvoldoende behandeling en meer ziektelast. De samenleving moet daarom beter worden voorgelicht over obesitas en er moet meer aandacht komen voor obesitas in de zorgopleidingen. Dat zeggen artsen en wetenschappers aan de vooravond van World Obesity Day die op 4 maart gehouden werd.

Stijgende cijfers

Sinds 1990 is er een verdubbeling te zien in het aantal volwassenen en kinderen met obesitas en dit aantal stijgt nog steeds ieder jaar. Uit cijfers van het CBS blijkt dat 50% van de volwassenen en 12% van de kinderen in Nederland kampen met overgewicht. 15% van alle volwassenen en bijna 3% van alle kinderen heeft ernstig overgewicht (obesitas). Dat is ruim 2,5 miljoen volwassenen en 100.000 kinderen met obesitas in Nederland.

Aanpak op maat

‘Obesitas is geen leefstijlkeuze. Hoewel voeding en lichamelijke activiteit belangrijk zijn in de preventie en behandeling van overgewicht, spelen ook andere factoren een rol, zoals slaap, stress en medicatiegebruik’ zegt Dr. Gijs Goossens, wetenschapper aan het Maastricht Universitair Medisch Centrum en voorzitter van de Nederlandse Associatie voor de Studie van Obesitas (NASO).

‘Overheid en zorgverzekeraars richten zich met name op het voorkomen van obesitas en dat is niet genoeg’, zegt Ronald Liem, chirurg en voorzitter van de Dutch Society for Metabolic and Bariatric Surgery. ‘De gevolgen van obesitas zijn groot. Obesitas verhoogt het risico op andere chronische ziekten zoals diabetes, hart- en vaatziekten en kanker. Obesitas is een chronische aandoening en verdient daarom ook zorg en behandeling op maat. De mate van overgewicht bepaalt welke vorm van behandeling noodzakelijk is. Er kan dan gekozen worden voor leefstijlbegeleiding, medicijnen, een operatie of een combinatie hiervan.’

Wetenschappers en artsen roepen op tot betere voorlichting van de samenleving over voeding en een gezonde leefstijl en tot meer aandacht voor obesitas in de opleiding van zorgverleners; niet alleen artsen, maar ook praktijkondersteuners, paramedici en leefstijl coaches.

Stop stigmatisering

Mensen met obesitas worden vaak gezien als lui, gulzig en met gebrek aan zelfdiscipline. Ze worden vaak gediscrimineerd op de werkplek, in het onderwijs en zelfs door professionals in de gezondheidszorg. ‘Deze stigmatisering kan leiden tot ongelijkheid, belemmert de toegang tot zorg en zorgt voor extra gezondheidsschade bij mensen met obesitas. Obesitas is geen persoonlijke keuze. Zolang we in Nederland de vooroordelen in stand houden, blijft de drempel naar adequate behandeling en begeleiding voor mensen met obesitas onverantwoord hoog’, stellen Goossens en Liem.



Foto: Shutterstock



Foto: Shutterstock

PROMOTIEONDERZOEK BIEDT MEER INZICHT IN OORZAKEN KAPSELVORMING BIJ BORSTIMPLANTATEN

Een reactie van het immuunsysteem lijkt de oorzaak van kapselcontractie (overmatige kapselvorming) bij siliconen borstimplantaten. Dit blijkt uit het promotieonderzoek van onderzoeker Yara Bachour. Zij promoveerde eind januari aan de Vrije Universiteit (VU) bij plastisch chirurg, prof. dr. Marco Ritt. Yara Bachour heeft onderzoek gedaan naar de oorzaak van kapselcontractuur bij borstimplantaten. Kapselcontractie is de belangrijkste complicatie na een borstvergroting of een borstreconstructie (na borstkanker) met siliconen implantaten. Het is daarnaast de meest voorkomende reden voor heroperatie. Tot op heden is de exacte oorzaak van kapselcontractie nog onbekend. Decennialang werd gedacht dat overmatige kapselvorming werd veroorzaakt door de aanwezigheid van bacteriën. De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) is blij met de uitkomsten van het onderzoek. De resultaten van het promotieonderzoek zijn relevant, omdat gericht vervolgonderzoek inzicht geeft in hoe kapselcontractuur kan worden voorkomen en welke vrouwen meer risico's lopen om extreme vormen van kapselvorming te krijgen.

Siliconen borstimplantaten worden al tientallen jaren gebruikt voor een borstvergroting of borstreconstructie na borstkanker. Nadat het implantaat in het lichaam is gebracht, vormt zich in de loop der tijd een kapsel rond het implantaat. Dit is een natuurlijke reactie van het lichaam. Het kapsel is dun en zacht, veroorzaakt geen klachten en heeft geen invloed op de vorm van de borst. Echter, in sommige gevallen verhardt en krimpt het kapsel rond het implantaat na verloop van tijd. Dit wordt kapselcontractie (overmatige kapselvorming) genoemd. Deze complicatie komt zowel voor bij vrouwen met een borstvergroting als bij vrouwen die een borstreconstructie na borstkanker hebben ondergaan. Bij de laatste groep komt kapselcontractie relatief vaker voor met een prevalentie van 19 tot 25 procent.

Kapselcontractie brengt diverse klachten met zich mee zoals (ernstige) borstpijn, verandering van de vorm en het volume van de borst en bewegingsbeperkingen. De

klachten hebben een negatieve invloed op de esthetische uitkomst, maar ook op de kwaliteit van leven na een borstvergroting of borstreconstructie. In de meeste gevallen is een operatie nodig om het kapsel te verwijderen en vaak is vervanging of verwijdering van het implantaat noodzakelijk. Kapselcontractie is de meest voorkomende complicatie bij borstvergroting of reconstructie met borstimplantaten en ook de belangrijkste reden voor een heroperatie.

Risicofactoren

In haar onderzoek heeft Yara Bachour breed gekeken naar de risicofactoren die de vorming van kapselcontractie zouden kunnen veroorzaken. Daarbij is bijvoorbeeld gekeken naar immunologische factoren, maar ook naar verschillende patiënt-, chirurgische- en implantaat gerelateerde factoren. Bachour: "Het is voor het eerst dat we in een grootschalig onderzoek aan hebben kunnen tonen dat er geen causaal verband lijkt te zijn tussen deze factoren en de prevalentie van

kapselcontractie." Om de bestaande theorie waarbij de oorzaak van kapselcontractie werd gezocht in een bacteriële infectie te toetsen is de aanwezigheid van bacteriën in het kapsel bij kapselcontractie onderzocht met behulp van een zeer sensitieve methode. Voor het eerst is aangetoond dat borstkapsels voornamelijk steriel zijn, de aanwezigheid van bacteriën is te gering om de contractie te veroorzaken. Parallel hieraan is voor het eerst onderzocht of bacteriën de immunologische respons in gang zetten. Hierbij is onderzocht of bepaalde receptoren (eiwitten) op immuuncellen worden geactiveerd door bacteriën of een andere trigger. Hierbij is aangetoond dat deze receptoren na een gemiddelde implantatieperiode van 11 jaar nog steeds worden geactiveerd, maar niet persé door bacteriën. Dit suggereert dat een bepaalde nog onbekende trigger het immuunsysteem continue aan zet.

Vervolgonderzoek

Het onderzoek van Yara Bachour past in het streven van de NVPC om blijvend onderzoek te doen naar de verbetering van de zorg met en het gebruik van borstimplantaten. Vervolgonderzoek zal zich in de toekomst op basis van deze onderzoeksresultaten meer toespitsen op de oorzaak van de veranderde reactie van het immuunsysteem bij patiënten die kapselcontractie ontwikkelen. Marc Mureau: "De waardevolle inzichten uit het onderzoek van Yara, maar ook haar vervolgonderzoek, leiden idealiter tot een afname van de prevalentie van kapselcontractie voor de patiënt. De NVPC stimuleert onderzoek naar de effecten van borstimplantaten zodat we de zorg beter kunnen maken."

ALGORITME VOORSPELT BLOEDDRUKDALING TIJDENS OPERATIE

Op de operatiekamers van Amsterdam UMC is met succes een waarschuwingssysteem getest dat alarm slaat als de bloeddruk van de patiënt dreigt te dalen. Daardoor krijgen OK-patiënten minder vaak een te lage bloeddruk (hypotensie). Dat is beter voor hun gezondheid, want hypotensie is een voorbode van complicaties. De studieresultaten verschenen in JAMA(*) Complicaties tijdens of vlak na een operatie komen vrij vaak voor. In 2018 zijn er wereldwijd 320 miljoen mensen geopereerd; naar schatting kreeg een op de vijf een complicatie. 'Als we sterfte in de dagen na een chirurgische ingreep als aparte doodsoorzaak zouden classificeren, dan zou het de vierde meest voorkomende doodsoorzaak ter wereld zijn', vertelt onderzoeker Bart Geerts van de afdeling Anesthesiologie, een van de auteurs van de JAMA-studie.

werkt als een soort early warning system. Vóórdat de bloeddruk omlaag gaat, geeft het algoritme een waarschuwing. Dat kan, afhankelijk van de oorzaak, twee tot vijftien minuten van tevoren zijn. Vervolgens is het aan de arts of deze ingrijpt en hoe hij dat doet.

Complicaties

Bij ongeveer honderd OK-patiënten is onderzocht of het systeem – in vergelijking met de standaard zorg – het aantal keer dat iemand lage bloeddruk krijgt, kan verminderen. Dat bleek het geval: patiënten kregen aanzienlijk minder lang met hypotensie te maken. In de groep die de standaard zorg kreeg, zagen de onderzoekers ongeveer 33 minuten lage bloeddruk per patiënt. Bij de groep waarin het waarschuwingssysteem werd gebruikt, was dat rond de 8 minuten. Of het aantal complicaties tijdens en na de ingreep daardoor is gedaald, weten de onderzoekers nog niet. 'Dat zou logisch zijn, maar we hebben het niet onderzocht', zegt Veelo. 'Het zit wel in de planning om dat te doen.'

Artificiële intelligentie

De studie die de onderzoekers uitvoerden, is vrij uniek. Er zijn al algoritmes voor de zorg ontwikkeld die bijvoorbeeld helpen bij het analyseren van scans. Maar een algoritme dat op de operatiekamer iets zegt over de gezondheid van de patiënt, is nog amper getest. Het algoritme ontwikkelde zichzelf doordat het gevoed werd met grote hoeveelheden gegevens van een paar duizend patiënten die op de OK en de intensive care kwamen. Daardoor deed het 'ervaring' op. 'Zo'n waarschuwingssysteem vervangt geen mensen', benadrukt Veelo. 'Het is een middel om de zorg te verbeteren. Uiteraard kan het geen acute bloeddrukdaling voorspellen als gevolg van menselijk handelen. Maar het systeem kan wel aanslaan op langzaam bloedverlies bijvoorbeeld of op uitdroging, zodat je de problemen vóór kunt zijn.' Geerts: 'Het is puur een alarmbel die op tijd waarschuwt: er komt een bloeddrukverlaging aan, check het even.' Onder de noemer AI technology for people, doet Amsterdam UMC samen met de gemeente Amsterdam, de Universiteit van Amsterdam, de Vrije Universiteit, bedrijfsleven, maatschappelijke partners en andere onderzoeksinstituten, baanbrekend onderzoek naar nieuwe algoritmen en toepassingen, en de impact ervan op onze samenleving.

(*) *Effect of a Machine Learning-Derived Early Warning System for Intraoperative Hypotension vs Standard Care on Depth and Duration of Intraoperative Hypotension During Elective Noncardiac Surgery.* Marije Wijnberge, MD; Bart F. Geerts, MD, PhD, MSc, MBA; Liselotte Hol, MD; et al doi:10.1001/jama.2020.0592



Enkele minuten te laat

Factoren als leeftijd en ernst van de ziekte hebben invloed op het ontstaan van complicaties. Geerts: 'Daar kunnen we weinig aan doen. Maar ook een te lage bloeddruk kan tot ernstige gezondheidsproblemen leiden. Die kunnen we wél beïnvloeden.' Dat gebeurt nu al: tijdens de operatie is de anesthesioloog alert op een bloeddrukdaling. Die mag niet te lang duren.

'Probleem is dat het operatieteam pas reageert als de bloeddruk onder een bepaalde grens komt', zegt onderzoeker Denise Veelo (Anesthesiologie). 'Bijvoorbeeld door medicijnen te geven of vocht toe te dienen. Maar dat werkt niet meteen.' Geerts: 'Gemiddeld ben je enkele minuten te laat met je interventie.' Daarom heeft het Amerikaanse medische technologiebedrijf Edwards Lifesciences een algoritme ontwikkeld dat

de glossy voor verpleegkundigen en verzorgenden

FLOOR

DE GLOSSY VOOR VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN

@floorglossy magazinefloor

Download de recentste versie op 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 System

FEATURING

TrenGuard™

Trendelenburg Patient Restraint



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

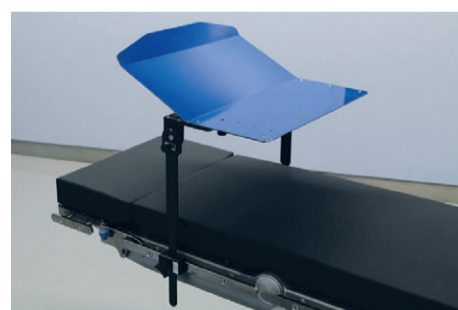
Bezoek www.da-surgical.com
voor de research poster:
**'Preventing patient sliding
in steep Trendelenburg'**



TrenGuard™
Trendelenburg Restraint



ArmGuard™
Arm Protector



FaceGuard™
Face Protector/ Tray



PatientGuard™
Robotic Stirrups™



CALL US
+32 92 339 037
+1 800.261.9953

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



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

**70% Improvement
in Osteoarthritic
Knee Pain at
2 years following
a Single Injection^{3,#}**

nSTRIDE[®] Autologous Protein Solution Kit

Treating Osteoarthritic Knee Pain

Autologous Anti-Inflammatory Therapy for Knee Osteoarthritis

The nSTRIDE APS Kit is designed to produce a novel autologous anti-inflammatory therapy to treat osteoarthritis pain in the knee via a single intra-articular injection.

The nSTRIDE APS Kit is a point of care cell-concentration system designed to concentrate anti-inflammatory cytokines and anabolic growth factors to significantly decrease pain and promote cartilage health. nSTRIDE APS is suitable for treating patients who have Kellgren & Lawrence Stage 2 or 3 and who have failed conservative care.

nSTRIDE Autologous Protein Solution (APS) was developed after an extensive research program which focused on understanding the osteoarthritic disease process in the knee and understanding the mode of action that an autologous blood-based product could have.

- **Significantly Reduces Pain Associated with Knee OA up to 2 years¹⁻³**
- **Significantly Improves function in the Knee Joint associated with OA¹⁻³**
- **Effective for patients with Kellgren and Lawrence stage 2 and 3 following a single injection¹⁻³.**
- **70% Improvement in Knee Pain at 2 years following a Single Injection^{3,#}**

1. Kon E, Engebretsen L, Peter Verdonk P, Nehrer S and Filardo G. "Clinical Outcomes of Knee Osteoarthritis Treated with an Autologous Protein Solution. A 1-year Pilot Double-Blinded Randomized Control Trial. American Journal of Sports Medicine, Oct. 2017.

2. Van Drumpt RA, van der Weegen W, King WJ, Toler K, Macenski M. Safety and treatment effectiveness of a single autologous protein solution injection in patients with knee osteoarthritis. BioResearch Access, Vol 5.1, 2016.

3. Kon E, Engebretsen L, Peter Verdonk P, Nehrer S and Filardo G. "Two-year Clinical Outcomes of An Autologous Protein Solution Injection For Knee Osteoarthritis." ICRS 14th World Congress, presented, 2018.

As measured by WOMAC pain scores reported by patients continuing follow-up through 2 years (n = 22).

This material is intended for health care professionals. Check for country product clearances and reference product specific instructions for use. For product information, including indications, contraindications, warnings, precautions, and potential adverse effects, see the package insert and www.zimmerbiomet.com. Not for distribution in France. ©2018 Zimmer Biomet



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.[®]