



© Shutterstock

In dit nummer onder andere:

Bonusregeling
zorgmedewerkers
in de maak

03

Goede resultaten
levertransplantatie na
euthanasie

Vacature LVO

05

Nu'91 geeft antwoord
op veelgestelde vragen
over veiligheid op de
werkvloer met covid-19

09

Nieuwe plannings-
oplossing van Getinge
voor wegwerken
uitgestelde operaties

21



Nieuwsgierig en leergierig?

Bij Getinge vinden we het belangrijk om kennis te delen. Dat doen we op allerlei manieren.



- Webinars
- Trainingen (online en op locatie)
- Evenementen
- Casuïstiek
- Verhalen van zorgprofessionals

Volg ons op [LinkedIn](#) en mis niets. 

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



QLICKSMART®

... and be safe

Wilt u snij- en prikincidenten, huidverwondingen en infecties voorkomen?

Gebruik dan Qlicksmart producten.
Veiligheid voor personeel en patiënten is onze prioriteit.
100% veilig, hygiënisch, preventief en kostenbesparend!



BladeFLASK
niet-seriel



BladeCASSETTE



BladeNeedleSYSTEM



SnapIT

Ampullen-breker



CheckCLIP
Voor ampul of flacon

Medicatie identificatie & labelling

Qlicksmart voldoet aan de nieuwe Wet- en Regelgeving werken met Scherpe Medische Hulpmiddelen art.4.97 punt 2c.

Nadere informatie en bestellingen bij uw reguliere leverancier of Medzorg Nederland BV
tel.0252 – 536200 * Qlicksmart.nl * info@qlicksmart.nl en orders@medzorg.nl



© Shutterstock

Bonusregeling zorgmedewerkers in de maak

De overheid werkt deze zomer aan een bonusregeling voor zorgmedewerkers. 'Tijdens de afgelopen maanden is tijdens de Coronapandemie een uitzonderlijke prestatie geleverd door de mensen in de zorg', zo stelt het kabinet in een update over de regeling aan de Kamer.

De focus van deze regeling ligt op alle zorgprofessionals en het ondersteunend personeel, voorgedragen door de zorginstellingen, die zich tijdens deze periode (1 maart tot 1 september 2020) hebben ingezet voor patiënten en cliënten met COVID-19 of die hebben bijgedragen aan de strijd tegen het coronavirus.

Vooralsnog krijgen zorgprofessionals een bonus die tijdens de Coronapandemie vooral werkzaam zijn geweest in de volgende beroepen: verpleegkundigen (niveau 4 en hoger), verzorgenden (niveau 3), helpenden (niveau 2), zorghulp (niveau 1), doktersassistenten, anesthesiemedewerkers, operatieassistenten, ambulancepersoneel, praktijkondersteuners huisarts, jeugd gezondheidszorgmedewerkers, jeugd- en gezinsprofessionals, artsen in opleiding, sociaal- pedagogisch medewerkers, huishoudelijke hulpen en schoonmakers in zorginstellingen.

Het kabinet schrijft in de update: 'Voor deze groep geldt dat zij in dienst zijn dan wel ingehuurd als ZZP-er door zorgaanbieders die uitvoering geven aan de Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijke ondersteuning, Wet publieke gezondheid en Jeugdwet en minder dan twee keer modaal (€ 73.000) verdienen bij een voltijd dienstverband (dit is vergelijkbaar met FWG 65 Ziekenhuizen en VVT eindschaal). Medisch specialisten en artsen zijn uitgesloten. Zo ook de beroepen behorend tot de mondzorg (denk aan tandartsen, mondhygiënisten, tandprothese professionals).'

Het kabinet gebruikt de zomerperiode om een zorgvuldige regeling uit te werken. Ze meldt overigens dat de bonusregeling niet is bedoeld voor zorgprofessionals voor wie het werk (tijdelijk) stil of op een lager niveau is komen te liggen als gevolg van COVID-19. Dit geldt zowel voor individuele professionals uit bovenstaande beroepenlijst, als voor beroepsgroepen die als geheel veelal minder werk hebben gehad.

'De inschatting is momenteel dat in ieder geval de volgende beroepsgroepen niet in aanmerking komen voor deze regeling; fysiotherapeuten, gezondheidspsychologen, psychotherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten, huidtherapeuten, klinisch fysici, logopedisten, oefentherapeuten, optometristen en podotherapeuten, voor zover het

zelfstandig werkende professionals zijn en niet in dienst bij een zorginstelling. Ook personeel in staffuncties en facilitair personeel van zorginstellingen vallen buiten de bedoeling van de bonusregeling', zo staat er te lezen.

Het kabinet noemt nog enkele beperkingen: 'Uitzondering hierop vormt een professional die behoort tot bovenstaande groep en die wel is ingezet voor het bieden van zorg aan COVID-19 patiënten of cliënten, of om COVID-19 zorg mogelijk te maken. Voor die professional kan wel de bonus worden aangevraagd. Denk aan fysiotherapeuten die revalidatiezorg hebben geleverd of de assistent van de dermatoloog die is gaan meehelpen op de COVID-19 verpleegafdeling.'

Het is aan de zorginstellingen om door te geven voor hoeveel zorgprofessionals ze de bonus aanvragen. De overheid opent in oktober een aanvraagloket.

Auteurs gezocht voor themanummer prostaatacarcinoom



Na het succes van ons themanummer over mammacarcinoom wil de redactie van Operationeel in november een themanummer over prostaatacarcinoom laten uitkomen. Hiervoor zijn we op zoek naar auteurs (chirurgen, oncologen, radiologen, verpleegkundigen, operatieassistenten etc., maar ook patiënten) die hier een bijdrage voor zouden willen schrijven. Het mogen ook artikelen zijn die al eens eerder gepubliceerd zijn. Omdat we een kleine vereniging zijn, is hier helaas geen budget voor beschikbaar. Heb je interesse? Mail dan naar hoofdredacteur Menno Goosen op redactie@lvo.nl.

Lidmaatschap van de LVO!

“ Het helpt als je weet dat je er niet alleen voor staat. Dankzij de LVO voel ik me in mijn werk gesteund. ”

Deze afbeelding is afkomstig van Shutterstock.

De LVO is de Landelijke Vereniging van Operatieassistenten. We vertegenwoordigen ruim 2000 leden. Dit maakt ons een belangrijke gesprekspartner bij huidige en toekomstige ontwikkelingen in de zorg. Een goede CAO hoort daarbij. Hierdoor kunnen we gezamenlijk voor jouw belangen opkomen.

Dit doen wij door het delen van actuele kennis op het gebied van ontwikkelingen in de markt, het verbinden door onze evenementen en ons vakblad 'Operationeel'.

 **WORD DIT JAAR NOG LID**

Voor maar **€45** tot 31 december 2020. Meld je aan bij de LVO via www.lvo.nl of scan de QR-code. Als dank ontvang je een luxe LVO-hamamdoek!

Scan de code!



LANDELIJKE VERENIGING VAN OPERATIEASSISTENTEN

Goede resultaten levertransplantatie na euthanasie

Een lever die wordt gedoneerd na euthanasie laat zich net zo goed transplanteren als een lever die wordt gedoneerd na een 'gewoon' sterfgeval, zo blijkt uit onderzoek van arts-onderzoeker Marjolein van Reeve, verbonden aan de afdeling Heelkunde van het Erasmus MC.

Van Reeve zocht uit wat de uitkomsten zijn van levertransplantaties in Nederland en België met levers die zijn gedoneerd na euthanasie. Het overlijdensproces –onder meer het overlijden na toediening van dodelijke middelen- lijkt geen invloed te hebben op de resultaten van de levertransplantatie. Ze publiceerde haar resultaten in het tijdschrift *Jama Surgery*¹.

'Dit onderzoek is voor mij bijzonder', legt Van Reeve uit. 'Het gaat om een groep donoren en nabestaanden die bereid is om een zeer emotionele gebeurtenis als euthanasie in het ziekenhuis te laten gebeuren, om belangeloos organen te kunnen doneren. Ik vind dat een groot gebaar van naastenliefde.' De euthanasie moet plaats vinden in het ziekenhuis omdat uitname van organen zo snel mogelijk na het overlijden dient plaats te vinden, uiterlijk binnen 30 minuten.

Het doneren van organen na euthanasie leidt tot een toename van het aantal te transplanteren organen, hetgeen zeer belangrijk is in tijden van aanhoudende schaarste. Dat de uitkomst van levertransplantatie na euthanasie even goed zijn als resultaten na een 'gewoon' overlijden, is dan ook een belangrijke bevinding voor mensen die wachten op een levertransplantatie.

In de landelijke richtlijn orgaandonatie na euthanasie staat uitgebreid beschreven hoe een procedure van Orgaandonatie na Euthanasie (ODE) in zijn werk dient te gaan. Daarbij wordt de klemtoon gelegd op het zo veel mogelijk gescheiden houden van de euthanasie enerzijds en de orgaandonatie anderzijds.

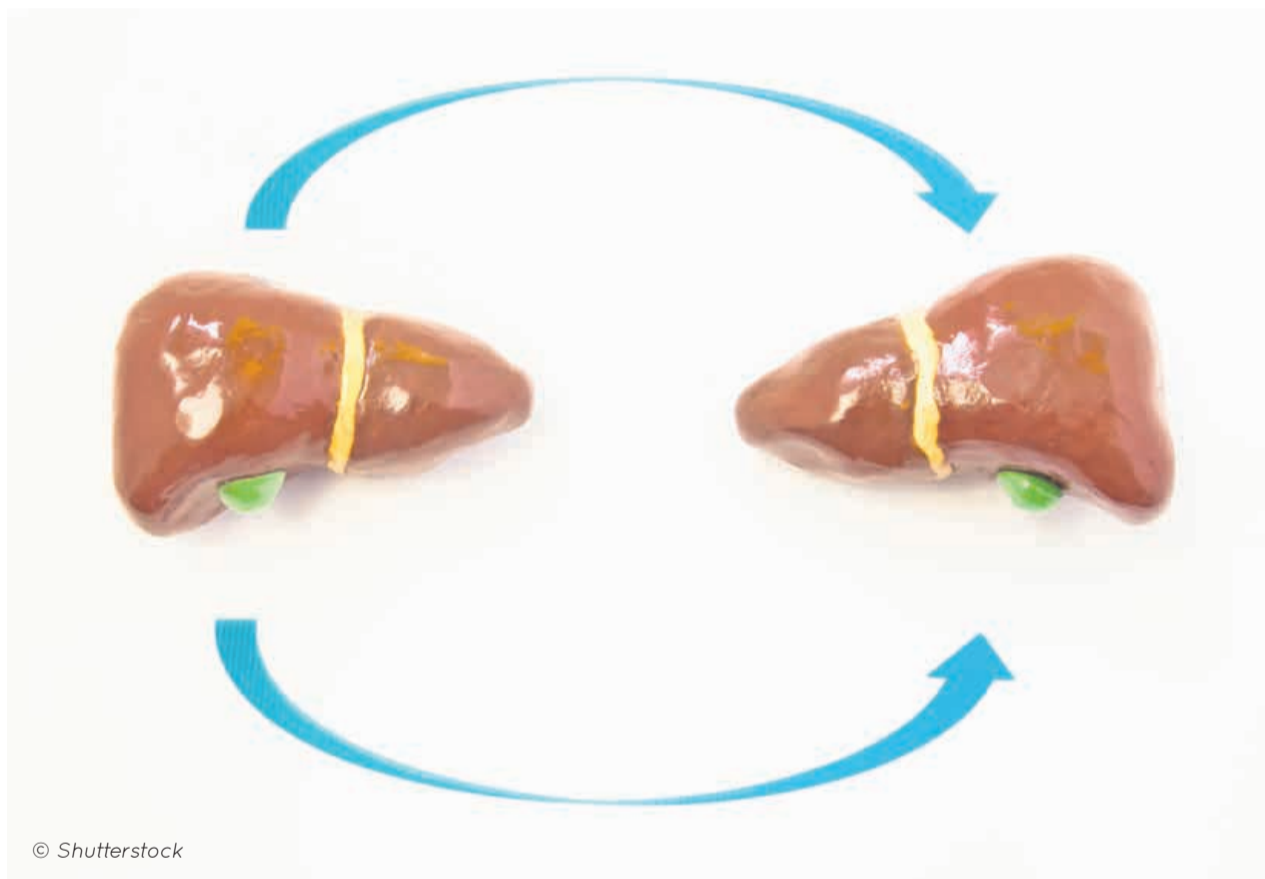
Tussen 2012 en nu hebben in Nederland 67 ODE-procedures plaats gevonden. Van een persoon die zijn organen doneert na euthanasie, kunnen de volgende organen worden gebruikt: longen, lever, nieren en alveesklier. De verwachting is dat in 2021 ook het hart van deze donoren kan worden getransplanteerd.

In 2012 heeft voor het eerst in Nederland een persoon zijn organen gedoneerd na euthanasie. Een patiënt die euthanasie ondergaat, is per definitie niet hersendood. Dit betekent dat orgaandonatie na euthanasie wordt gerekend tot de categorie 'overlijden na een circulatiestop', ook wel donation after circulatory death (DCD) genoemd. Stelde in 2012 één donoor zijn organen ter beschikking na euthanasie, inmiddels stijgt dit aantal donoren gestaag. In 2019 werden 14 ODE-procedures uitgevoerd.

Mensen die een euthanasieverzoek hebben ingediend vanwege kanker, komen niet in aanmerking voor

orgaandonatie na euthanasie. Weefseldonatie na euthanasie is ook mogelijk, maar niet als de potentiële donor een zogeheten neurodegeneratieve aandoening heeft, zoals ALS, Parkinson, MS en Alzheimer. De uitkomsten van orgaandonatie na euthanasie werden al eerder op kleine schaal onderzocht. De studie van Van Reeve zet de gegevens van ODE-procedures van België én Nederland op een rij.

¹ Marjolein van Reeve, MD1; Nicholas Gilbo, MD2,3; Diethard Monbaliu, MD, PhD2,3; et al. Evaluation of Liver Graft Donation After Euthanasia. *Jama. Surg.* (2020) doi:10.1001/jamasurg.2020.2479



© Shutterstock

Gezocht: nieuw lid voor LVO-commissie PR & Voorlichting

De Commissie PR & Voorlichting (PR&V) informeert leden en aspirant-leden over wat de LVO allemaal doet. Ook geven we voorlichting over de ontwikkelingen van het beroep van operatieassistent in ziekenhuizen, op de opleidingsinstituten en op congressen.

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

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

WAT LEVERT HET OP?

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

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

MRI-screening effectief en levensreddend bij risico op borstkanker

MRI-screening kan kosteneffectief sterfte verminderen bij vrouwen met een risico van 20 procent of meer om in hun leven borstkanker te krijgen, bij voorbeeld omdat borstkanker vaker in de familie voorkomt. Dit blijkt uit de kosten-baten analyse van de FaMRIsc-studie, die nu is gepubliceerd in JAMA Oncology¹.

Kanker wordt duidelijk eerder ontdekt door MRI-screening dan door mammografie, ook als het borstklierweefsel niet dicht is, bleek eerder al uit de FaMRIsc-studie. In de studie werd de helft van 1355 vrouwen met verhoogd borstkankerrisico door hun familiegeschiedenis gescreend met een jaarlijkse MRI-scan. De andere helft kreeg de gangbare mammografie, een röntgenfoto van de borsten. De screening vond plaats in twaalf Nederlandse ziekenhuizen. Deze studie werd augustus vorig jaar gepubliceerd in Lancet Oncology.

In de MRI-groep werd borstkanker gemiddeld bijna een centimeter kleiner gevonden dan in de mammografie-groep. In de MRI-groep waren bij 17 procent de okselklieren aangedaan, tegen 63 procent in de mammografiegroep. Ook bij vrouwen met een goed te beoordelen mammografie ontdekt MRI de kanker eerder. Na de eerste screenings-ronde werden in de MRI-groep minder 'late' kankers gevonden.

Screening met MRI kan daardoor zowel sterfte als gebruik van chemotherapie terugdringen. Wel sloeg MRI vaker 'vals alarm', dat wil zeggen dat er een afwijking werd gesignaleerd, die pas na aanvullend onderzoek onschuldig bleek. Dit gebeurde na de eerste ronde van de screening nog bij 12 procent van de MRI-uitslagen, tegen 7 procent van de mammografie-uitslagen en kwam in beide groepen vooral voor bij vrouwen met dicht klierweefsel.

In de nu in Jama Oncology gepubliceerde kosten-baten analyse van de FaMRIsc-studie heeft wetenschappelijk



© Shutterstock

onderzoeker Madeleine Tilanus-Linthorst, samen prof. Harry de Koning en onderzoeker Amarens Geuzinge van de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, via modelberekeningen ingeschat dat MRI-screening de sterfte met 8 procent meer kan terugdringen, in vergelijking met mammografie. De modelberekening gaat daarbij uit van vrouwen tussen de 35 en 60 jaar met een risico op borstkanker van 20 procent of hoger, die eens per 18 maanden met alleen MRI worden gescreend vanwege borstkanker in de familie.

Dat valt nog binnen de voor Nederland (en Europa) acceptabele screeningskosten (NICE-standaard), ondanks de hogere kosten van MRI en de extra onderzoeken door vals alarm. Tilanus-Linthorst: 'In Amerika

wordt vrouwen met een familiale aanleg jaarlijks MRI-screening geadviseerd. Zoals wij dat in Nederland al doen met vrouwen met een BRCA-1 of BRCA-2 genmutatie. Zo'n termijn zou volgens de berekeningen de hoogste sterftereductie geven: 13 procent vergeleken met jaarlijkse mammografie. Maar de kosten van jaarlijkse MRI-screening zijn nu nog te hoog, volgens de NICE standaard. Het Radboudumc en het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis onderzoeken daarom de effectiviteit van een verkorte-MRI-opname, om de MRI-kosten terug te brengen en mogelijk ook het vals alarm.'

In een nog niet gepubliceerde enquête onder aan de FaMRIsc-studie deelnemende vrouwen, heeft een meerderheid ook een voorkeur geuit voor MRI-screening of screening met MRI én mammografie, weet Tilanus-Linthorst. 'Nu de resultaten van kosten en baten van MRI-screening bij deze vrouwen zijn gepubliceerd, kan de Nederlandse, en ook Europese Richtlijncommissie bezien of dit het officiële advies kan worden voor deze vrouwen.'

¹ H. Amarens Geuzinge, MSc1; Inge-Marie Obdeijn, MD2; Emiel J. T. Rutgers, MD3; et alSepideh Saadatmand, MD4; Ritse M. Mann, MD5,6; Jan C. Oosterwijk, MD7,8; Rob A. E. M. Tollenaar, MD9; Diderick B. W. de Roy van Zuidewijn, MD7; Marc B. I. Lobbes, MD10; Martijne van 't Riet, MD11; Maartje J. Hooning, MD12; Margreet G. E. M. Ausems, MD13; Claudette E. Loo, MD6; Jelle Wesseling, MD14; Ernest J. T. Luiten, MD15; Harmien M. Zonderland, MD16; Cees Verhoef, MD4; Eveline A. M. Heijnsdijk, PhD1; Madeleine M. A. Tilanus-Linthorst, MD4; Harry J. de Koning, MD1; for the Familial MRI Screening (FaMRIsc) Study group. Cost-effectiveness of Breast Cancer Screening With Magnetic Resonance Imaging for Women at Familial Risk. JAMA Oncol. Published online July 30, 2020. doi:10.1001/jamaoncol.2020.2922

Inzenden mogelijk voor Young Professional Award 2021

Ook dit jaar is de LVO op zoek naar operatieassistenten, die recent of bijna afgestudeerd zijn en een afstudeerproject hebben afgerond. Het is belangrijk om de kennis die zij met onderzoek hebben opgedaan te delen met andere operatieassistenten, zodat deze kennis niet beperkt blijft tot het eigen ziekenhuis.

Op het LVO congres in maart 2021, kunnen de genomineerde Young Professionals hun afstudeerproject presenteren aan de deelnemers.

De inzendingen worden beoordeeld door de leden van de LVO Commissie Onderwijs en een vertegenwoordiger van de firma Van Straten Medical, en er worden drie inzendingen genomineerd. De genomineerden krijgen een uitnodiging om de eerste congresdag gratis bij te wonen, en hun onderzoek te presenteren. De winnaar krijgt de Van Straten Medical Young Professional Award en een geldprijs.

De inzendingen moeten vóór 1 december 2020 worden gemailld naar onderwijs@lvo.nl.



Foto: Ivonne Zijp

NWO-subsidie voor radio-embolisatie levertumoren

Een onderzoeksconsortium van Radboudumc, Universiteit Twente, UMC Groningen en vijf bedrijven gaat werken aan de optimalisatie van de behandeling van levertumoren met radio-embolisatie. Hiervoor hebben zij een NWO-subsidie ontvangen.

Wereldwijd krijgen elk jaar ongeveer anderhalf miljoen mensen leverkanker. Als patiënten geen baat hebben bij een operatie of chemotherapie, dan is radio-embolisatie een behandeloptie. Dit is een techniek waarbij met een katheter kleine radioactieve bolletjes worden toegediend die via de leverslagader naar de tumor in de lever stromen. Daar lopen ze vast in de haarvaatjes, waardoor de levertumor ter plekke van binnenuit wordt bestraald. Radio-embolisatie wordt daarom ook wel selectieve interne radiotherapie (SIRT) genoemd.

Het effect van radio-embolisatie hangt sterk af van de plaats waar de bolletjes precies terechtkomen in de lever. Op welke plaats laat je de bolletjes in de leverslagader stromen, hoe snel moet je ze toedienen, hoe verdelen ze zich? 'We zien uiteenlopende resultaten bij radio-embolisatie die waarschijnlijk vooral te maken hebben met de uiteindelijke verdeling van de bolletjes in en rond de tumor', zegt Frank Nijsen van de afdeling Beeldvorming van het Radboudumc en coördinator van het project. 'Met dit onderzoek willen we meer grip krijgen op de factoren die van invloed zijn op de uiteindelijke verdeling van de bolletjes in de lever. Als we de verdeling kunnen beïnvloeden, wordt het mogelijk om gericht het tumorweefsel te bestralen en het gezonde leverweefsel te sparen. Als we dat inderdaad na afronding van dit onderzoek kunnen voorspellen, dan verwachten we minder bijwerkingen voor patiënten en vaker een langdurige stop van de groei of zelfs een verkleining van hun tumoren.'

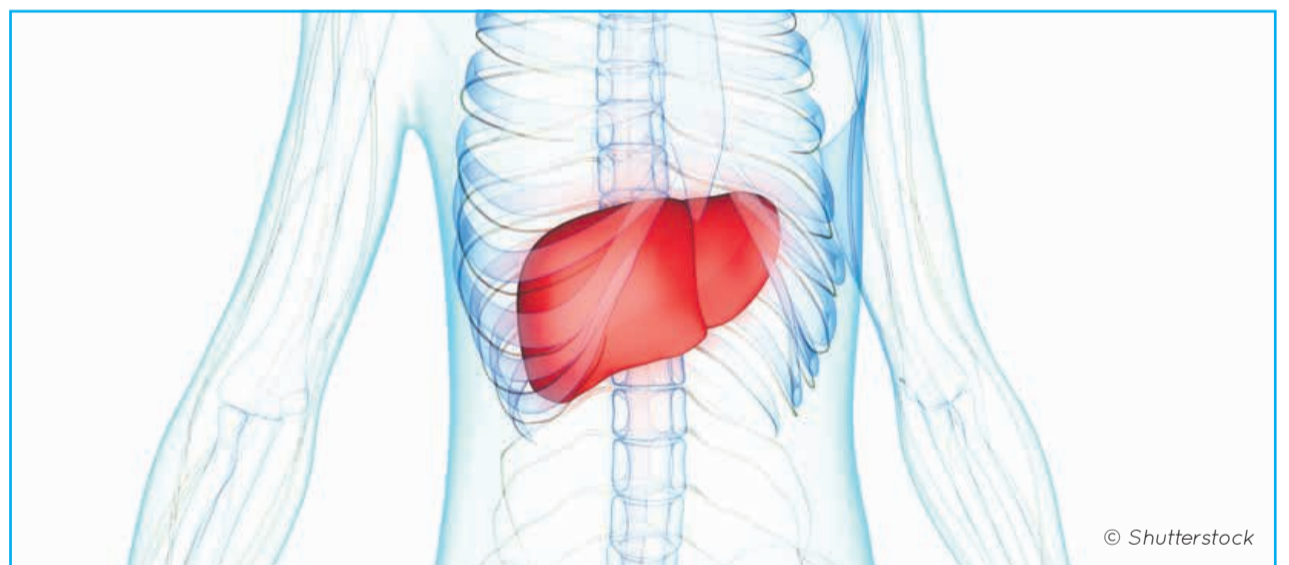
Bij radio-embolisatie worden vooral radioactieve yttrium- en holmiumbolletjes gebruikt. Een groot voordeel van de holmiumbolletjes is, dat ze - in tegen-

stelling tot yttrium - zeer goed te zien zijn op zowel MRI, CT en SPECT beelden. Vooral met MRI kunnen we op hoge resolutie heel nauwkeurig de verdeling in de lever direct meten en analyseren. Nijsen: 'Dit project past uitstekend binnen het onderzoek dat we in het Radboudumc doen naar beeldgestuurde radionucliden interventies en het verbeteren van de technieken om zo tot de beste uitkomsten te komen voor de patiënt.'

Het onderzoeksprogramma omvat zowel fundamenteel en experimenteel als patiëntgebonden onderzoek. 'We gebruiken experimentele opstellingen, fantomen, levers van dieren die overblijven na de slacht, en niet-buikbare menselijke levers die beschikbaar komen rond het proces van leverdonatie en na levertransplantatie', zegt Nijsen. 'Alle kennis die we zo opdoen moet uiteindelijk een computermodel opleveren. Dat computermodel

zal aan de hand van het vaatstelsel van een patiënt kunnen voorspellen waar de katheter geplaatst moet worden, en met hoeveel bolletjes de meest optimale behandeling - veel activiteit in de tumor en minimale activiteit in het gezonde leverweefsel - kan worden gegeven.'

Het onderzoek naar een optimale behandeling wordt uiteindelijk afgesloten met het daadwerkelijk behandelen van patiënten in de speciale MITeC-operatiekamers in het Radboudumc. Nijsen: 'Daar zullen we vervolgens testen of ons computermodel inderdaad een betere patiëntbehandeling oplevert. Zo moet er een gevalideerde, algemeen toepasbare behandelingswijze uit dit onderzoek volgen, met als doel betere en meer consistente resultaten bij de radio-embolisatie.'



© Shutterstock

Speciale nieuws-app voor alle operatieassistenten



© Shutterstock

De LVO heeft speciaal voor operatieassistenten een app ontwikkeld. Met de app brengen we jullie op een snelle manier nieuws over ontwikkelingen in ons beroep- en werkveld. In de app staat behalve OK-nieuws, ook relevant nieuws over Covid-19. Bovendien vind je er informatie over scholingen, congressen, richtlijnen en protocollen.

De app is vooral ook bedoeld om operatieassistenten en OK-professionals onderling met elkaar te verbinden. Zo kun je voor actuele of prangende vragen de Chat-functie gebruiken en in contact komen met collega's. Op die manier wordt de app hét informatiekanaal voor iedereen die werkt op een OK.

Download de LVO App en ontvang al het nieuws m.b.t. tot jouw beroep direct op je telefoon! De app is nu beschikbaar via de Appstore van Apple en de Google Play Store (Android).



Kom jij ons team versterken als anesthesiemedewerker?



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 afdeling Anesthesie is een onderdeel van het Martini Operatiecentrum met veertien moderne operatiekamers.
- Wij verzorgen de anesthesie bij 18.000 operaties per jaar, waaronder operaties uitgevoerd met de Da Vinci robot.
- Ook op het Operatief Dagcentrum en het Brandwonden-centrum geven we anesthesiologische zorg.
- Daarnaast participeren wij in de ziekenhuisbrede Acute Pijn Service.
- Onze patiëntenpopulatie varieert van laag tot hoog complex.
- In ons werk is een mooie balans tussen snelheid en intensiviteit.
- De sfeer is informeel, met aandacht voor elkaar en plezier in het werk.

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) bij een inspirerend team in een energieke werkomgeving.

Nieuwsgierig geworden?

Neem dan contact met ons op voor een rondleiding en/of een dagje meelopen of maak direct een afspraak voor een maatwerkgesprek over je arbeidsvoorwaarden. Je kunt hiervoor bellen of mailen met onze manager Wouter Loef, tel. (050) 524 7530 of mail naar w.loef@mzh.nl



#teammartini



'Volop kansen om door te groeien'

Marije Hunse (31) is anesthesiemedewerker en werkt acht jaar in het Martini Ziekenhuis. 'Omdat we een topklinisch opleidingsziekenhuis zijn, komen bijna alle operaties voorbij. Dat maakt mijn werk heel afwisselend. Het is een van de redenen waarom ik gekozen heb voor het Martini.'



'Een andere reden is dat je hier echt vooraan staat te werken, samen met de anesthesioloog. Ja, ik heb hier een zelfstandige baan met veel verantwoordelijkheid en uitdaging. Daar hou ik van. Er zijn ook volop kansen om door te groeien. Je kunt je specialiseren in Acute Pijnservice, Preoperatieve Screening of als Sedatie Praktijk Specialist. Ik heb zelf aangegeven dat ik graag aan de slag wil met werkbegeleiding. Daarvoor kreeg ik een mooie cursus aangeboden. Inmiddels begeleid ik mijn tweede leerling.'

'Ik ben een echte Noorderling en gehecht aan de rust en ruimte hier. Wat dat betreft kan ik iedereen het wonen en werken in het Noorden aanbevelen. Hoewel het Martini Ziekenhuis een groot ziekenhuis is, voelt het kleinschalig en gemoedelijk aan. De sfeer is vriendelijk, men kent elkaar en er is een sterk gevoel van saamhorigheid. Dat maakt dat ik elke dag positieve energie van mijn werk krijg!'

De vacature vind je op werkenbijmartiniziekenhuis.nl/vacatures

Failing to prepare, is preparing to fail...

“Er komen nog zeker 14 slachtoffers, maar dat aantal kan waarschijnlijk nog oplopen...” Geef mijn collega traumachirurg door, die net contact heeft gehad met de officier van dienst ter plekke van de gasexplosie 15 km verderop.

Mijn collega staat aan de poort van onze Spoedeisende hulp (SEH) en is daar verantwoordelijk voor de triage: hij moet dus in een oogopslag bepalen hoe zwaargewond elke patiënt is en naar welke ruimte ze op de SEH gestuurd moet worden. Na het uitspreken van de woorden, wordt er uit de binnengereden ambulance een hevig bebloede patiënt gereden. Een vlugge blik laat zien dat de patiënt buiten bewustzijn is en moeite heeft om zelf zijn luchtweg vrij te houden. Volledig terecht krijgt de patiënt het label “T1”, de meest ernstige categorie, en wordt naar 1 van de drie shockrooms gestuurd, die ik superviseer.

In de kamer staat het team bestaand uit een anesthesist, een chirurg in opleiding en twee verpleegkundigen al klaar om de patiënt op te vangen. Terwijl de anesthesist zuurstof aanbiedt met een beademingsmasker, gaat de rest meteen aan de slag en begint de bebloede kleding van het lichaam te knippen om een overzicht van de levensbedreigende letsels te kunnen krijgen. Op het moment dat de schaar in het zwarte onderhemd wordt gezet, springt de zojuist nog bewusteloze patiënt overeind en roept: “Ho ho! Zwarte kleding is STOP!” Op de traumakamer ontstaat een lacherige sfeer want het is weer gebeurd: de hele training is zo realistisch dat iedereen volledig is meegesleept in het scenario... De “patiënt” gaat weer bewusteloos liggen en men gaat verder met de trauma-opvang en de patiënt te stabiliseren. Na deze patiënt volgen er nog vele andere slachtoffers, maar ook bezorgde familieleden en opringerige media, en het lukt het ziekenhuis om hen op te vangen.

Dit soort realistische scenario-trainingen gebeuren vrijwel jaarlijks in elk Nederlands ziekenhuis. Dit is nodig om het ZIROP, het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan te testen. De traumachirurg speelt vaak een sleutelrol in deze lokale plannen, vaak als medeauteur van het plan, maar bovenal als de expert op het gebied van de opvang en behandeling van de zwaargewonde patiënt. Het testen en het oefenen van het ZIROP is essentieel, want zo weet elke zorgprofessional wat er van hem wordt verwacht wanneer er echt een ramp plaatsvindt. Want zoals Benjamin Franklin ooit al zei: “failing to prepare, is preparing to fail...”



Willem-Maarten Bosman
Traumachirurg, Albert Schweitzer Ziekenhuis Dordrecht

Nabestellen themanummer borstkanker

De LVO krijgt veel vragen over de mogelijkheid tot het nabestellen van ons themanummer over mammacarcinoom.

Dit nummer is nog beperkt voorradig.

De prijs is €9,95 inclusief verzendkosten.

Indien je dit nummer wilt nabestellen, mail dan aan Hennie Mulder, redactiecoördinator LVO: operationeel@lvo.nl met vermelding van je adresgegevens en hoeveel exemplaren je wilt bestellen.



Enquête Hoge werkdruk onder operatieassistenten

Florien van Heck is vierdejaars student Medisch hulpverlening, differentiatie operatieve zorg. Voor haar afstudeerscriptie doet ze onderzoek naar de gevolgen van een hoge werkdruk op de operatiekamer onder operatie-assistenten in Nederland. De gevolgen die ontstaan kunnen op zowel psychisch als op lichamelijk gebied zijn.

Zouden jullie haar vragenlijst willen invullen? Het invullen van de vragenlijst duurt 5 à 10 minuten. De verwerking van de vragenlijst gebeurt anoniem.

Je vindt de vragenlijst via <https://tinyurl.com/yyf6ns7x>

LVO
landelijke vereniging van operatieassistenten

34^e

LVO CONGRES

Donderdag
11 maart 2021

Congrescentrum
De ReeHorst, Ede

1
DAAGS

Andere tijden-de Groene OK

www.lvocongres.org

Bot-verankerde prothesen na vijf jaar nog een succes

Na een amputatie van het bovenbeen is er de optie voor een prothese die direct in het dijbeenbot geplaatst wordt. Ondanks dat bot-verankerde prothesen al dertig jaar worden toegepast, hebben Radboudumc-onderzoekers nu de eerste lange termijnvaluatie gepubliceerd van een dergelijke prothese. Het blijkt dat de prothese leidt tot blijvende verbetering van de mobiliteit en de kwaliteit van leven. De studie is gepubliceerd in *Journal Of Bone And Joint Surgery*¹.

In het bot verankerde prothesen bieden een aantal belangrijke voordelen ten opzichte van traditionele 'koker'-verbindingen, waarbij de koker nauwsluitend over de stomp moet passen en op zijn plaats wordt gehouden door middel van een zuig- of een ophangstelsel. Om een bot-verankerde prothese te plaatsen moet er eerst een stalen pin van 14 cm in het resterende deel van het dijbeenbot geplaatst worden. In enkele weken groeit deze gecoate pin vast in het bot, waarna er een adapter aan gemonteerd wordt dat enkele centimeters door de huid heen naar buiten steekt (het stoma). Aan dit deel kan de drager zelf het kunstbeen met een snelkoppeling bevestigen en weer los maken.

In deze studie bekeken arts-onderzoeker David Reetz en chirurg Jan Paul Frölke, samen met hun collega's van de afdeling revalidatie en orthopedie aan het Radboudumc, 42 patiënten die een dergelijke prothese geplaatst hebben gekregen, en beoordeelden het verloop van de vijf jaar na de operatie. Een volledige follow-up kon worden uitgevoerd bij 39 van de 42 patiënten. De meest voorkomende complicatie was infectie, bij 77% van de patiënten - meestal oppervlakkig en in de eerste twee jaar. Het overgrote deel (95%) betrof milde tot matige infecties waarvoor geen chirurgische behandeling nodig was. Veertien patiënten ervoeren irritatie rond de plek waar de pin door de huid heen steekt, en zij ondergingen een kleine operatie om het zachte weefsel te vormen.

Na ontvangst van hun implantaten verhoogden de patiënten het aantal uren per week dat ze hun prothese konden gebruiken aanzienlijk: van gemiddeld 56 uur met hun vorige kokerprothese tot 101 uur met de bot-verankerde prothese. De bot-verankerde prothesen zorgden ook voor een verbetering van de aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven (HRQoL): op een schaal van 100 punten nam de gemiddelde score toe van 33 naar 75.

Frölke: 'We hebben in het begin veel sceptische reacties gehad van collega's die er niet in geloofden, zelfs nadat we uitstekende resultaten publiceerden na twee jaar follow-up. Dankzij het vertrouwen dat de patiënten ons gaven zijn we doorgegaan en kunnen we nu vaststellen dat dit de nieuwe standaard is bij mensen met koker-gerelateerde problemen. En dan hebben we het over de helft van alle mensen met een beenamputatie.'

De studie is een aanvulling op eerder bewijs dat de voordelen van bot-verankerde prothesen laat zien, waaronder een natuurlijkere en stabielere controle van de prothese, verbeterde loop- en zitomstandigheden en het vermijden van de vele problemen die verband houden met de kokerprothese, zoals blaren. Reetz merkt op: 'Volgende stappen in klinisch onderzoek zouden studies moeten omvatten die gericht zijn op het optimaliseren van het stoma met behulp van een uniform registratiesysteem, en verdere ontwikkeling van het implantaatontwerp en de veiligheid van bot-verankerde prothesen bij patiënten met vaatandoeningen. Dat is immers veruit de grootste groep en die is in deze studie nog buiten beschouwing gelaten.'

¹ *Journal of Bone and Joint Surgery: Safety and Performance of Bone-Anchored Protheses in Persons with a Transfemoral Amputation*; D. Reetz, R. Atallah, J. Mohamed, H. van de Meent, J.P.M. Frölke, R. Leijendekkers. DOI: 10.2106/JBJS.19.01169

© Radboudumc



Onderhoudsperiode Africa Mercy is in volle gang



Het onderhoud aan de Africa Mercy is in volle gang

Afgelopen maand is de Shipyard-periode van Mercy Ships aangebroken. Een periode waarin het schip van Mercy Ships, de Africa Mercy, het nodige onderhoud krijgt om binnen afzienbare tijd weer uit te varen naar Afrika. Een korte update.

Het schip ligt op dit moment in Tenerife. Het ziet er naar uit dat het schip in januari weer naar Afrika (Senegal) zal kunnen varen. In samenwerking met vele vrijwilliger-professionals worden er veel verschillende onderdelen vervangen, gerestaureerd of gerepareerd.

CORONA-PROOF

Een van de onderdelen is om het schip 'corona-proof' te maken. Dit wil zeggen dat het schip zo wordt voorbereid dat het de verspreiding van mogelijke ziekten aan boord zoveel mogelijk tegengaat. Normaal duurt de jaarlijkse onderhoudsperiode twee maanden, maar de door de coronacrisis zal dit zeker zes maanden duren. Het voordeel hiervan is dat we grotere onderhoud kunnen doen.



Bemanning inspecteert een nieuw touw, gedoneerd door Lankhorst Ropes

DANKZIJ DONATEURS EN PARTNERS

We zijn dankbaar met de steun van donateurs en partners. Onder meer het bedrijf IHC Merwede, dat jaarlijks verschillende mensen naar het schip stuurt.

Nu'91 geeft antwoord op veelgestelde vragen over veiligheid op de werkvloer met covid-19

NU'91 ontvangt opnieuw veel vragen met betrekking tot de veiligheid en COVID-19 op de werkvloer. Om twijfels en onduidelijkheden weg te nemen, hebben wij een aantal antwoorden voor jullie op een rijtje gezet.

BEN JE VERPLICHT OM TE WERKEN OP EEN COVID-AFDELING?

In principe wel. Je hebt een eed afgelegd waar je als verpleegkundige voor staat. Dit houdt in dat de hele samenleving juist in moeilijke tijden op je moet kunnen rekenen. Dit betekent echter niet dat er helemaal geen uitzondering kan worden gemaakt voor kwetsbare medewerkers.

Als je zelf tot de risicogroep hoort, dan heb je volgens de Arboret recht op extra bescherming. Het RIVM bevestigt dat een kwetsbare werknemer met een verhoogd gezondheidsrisico, moet worden vrijgesteld van 'werkzaamheden waarbij blootstelling mogelijk is aan COVID-19-positief geteste patiënten of voor COVID-19-verdachte personen'. Volgens Artikel 3 lid 1 sub a is de werkgever verplicht zoveel mogelijk te voorkomen dat het werk een nadelige invloed heeft op de gezondheid van werknemers. Wanneer jij of iemand anders in je gezin tot de risicogroep behoort, geef dit dan aan bij je werkgever en ga erover in gesprek. Wees ook open als je nare ervaringen met werken op een COVID-afdeling hebt gehad, een gezond werkklimaat staat of valt altijd met goed werkgeverschap.

MAG IK BESCHERMENDE MIDDELEN EISEN BIJ MIJN WERKGEVER?

Je werkgever is verantwoordelijk voor een veilige werkplek. Dit is verankerd in de Arboretgeving. Zodoende moet je werkgever er alles aan doen om de kans op besmetting zo veel mogelijk te minimaliseren. Eventuele kosten neemt de werkgever op zich. Advocaten wijzen erop dat je mag weigeren als er onvoldoende beschermende middelen zijn.

Op het moment dat er een onveilige situatie ontstaat, doordat bijvoorbeeld de beschermende middelen op zijn, ga dan direct het gesprek aan met je leidinggevende. Als die geen antwoord kan geven, is hij of zij degene die moet opschalen. Het kan in een concreet geval betekenen dat het onverantwoord is om de zorg niet te leveren. In dit geval doe je er verstandig aan om het werk niet volledig neer te leggen, maar om het werk te onderbreken en in overleg te treden met de werkgever. Dit is een afweging die per situatie anders kan zijn.

WAT ALS MIJN WERKGEVER DE RICHTLIJNEN NAAR BENEDEN BIJSTELT OF NEGEERT?

Volgens de Arboret heb je recht op een veilige en gezonde werkplek. Dit houdt in dat je werkgever moet zorgen voor goede arbeidsomstandigheden, zodat het risico dat je ziek wordt zo klein mogelijk is. De werkgever moet zich aan deze wetgeving houden.

Als je vindt dat je gezondheid onder druk staat, mag je je werk onderbreken. Wij raden je aan om over dit onderwerp in overleg te blijven met je werkgever en samen te zoeken naar oplossingen. Als het nodig is kun je naar de or of/ en het melden bij de arbeidsinspectie (Inspectie Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst) via www.inspectieszw.nl/melden/corona.

Nu'91: Aanscherping voor zorgprofessionals nog noodzakelijker

In juni riep NU'91 de overheid al op om het testbeleid voor zorgprofessionals aan te scherpen. Helaas blijkt nu dat zij nog steeds vaak lang moeten wachten voor zij terecht kunnen voor een coronatest. Vervolgens duurt het onverantwoord lang voor de uitslag bekend is. In de ergste gevallen kan dit hele proces wel vijf dagen duren. Met het oog op de toenemende besmettingen is dit volgens de beroepsorganisatie een zorgelijke situatie.

Stella Salden, voorzitter van NU'91, beroepsorganisatie voor verpleegkundigen en verzorgenden: "Patiënten en medewerkers binnen zorgorganisaties van alle sectoren moeten vooraan gezet worden als het gaat om testen. Daar mag geen discussie over mogelijk zijn en gebrek aan testcapaciteit mag geen argument zijn. We blijven bij ons standpunt dat zij binnen 12 uur getest moeten worden en dat de uitslag binnen 24 uur bekend moet zijn. Weekend- en feestdagen mogen hierop geen uitzondering vormen."

DRUK OP TESTEN NEEMT TOE

De beroepsorganisatie hoort steeds meer geluiden vanuit het werkveld dat de wachttijd voor een test toeneemt en dat de uitslag heel laat – in enkele gevallen zelfs pas na 72 uur – bekend is. NU'91 vindt het een onwenselijke situatie. "Het ziekteverzuim wordt veel hoger als zorgmedewerkers onnodig lang thuis moeten blijven omdat zij wachten op de uitslag. En dat in deze vakantieperiode, waarin structureel al extra tekorten zijn. Bovendien gaat het, in het geval van de cliënten, om kwetsbare mensen die op afdelingen verblijven waar zij anderen kunnen besmetten. Patiënten worden afgezonderd en zitten alleen in isolatie. Zij begrijpen soms door een beperking of cognitieve aandoening niet waarom dit nodig is. Daarnaast worden er veel persoonlijke beschermende middelen ingezet die mogelijk niet nodig zijn. Met het oog op de schaarste is dat zonde. We hebben toch inmiddels wel genoeg geleerd van de afgelopen maanden om te weten dat het zo nooit meer mag gebeuren?"

APART TELEFOONNUMMER

Tussen de regionale GGD's zijn veel verschillen. Zo heeft GGD Brabant-Zuidoost een apart telefoonnummer in het leven geroepen voor zorgmedewerkers zodat zij in de meeste gevallen met voorrang getest kunnen worden. Dit blijkt echt niet bij alle GGD's zo te zijn en niet iedereen is hier van op de hoogte. NU'91 vindt dat dit testbeleid landelijk bij alle GGD's moet worden doorgevoerd. Stella Salden: "We eisen dat een dergelijk beleid voor iedere zorgmedewerker wordt ingezet. En niet pas volgende week, dit zou vandaag al geregeld moeten zijn. Zeker met het oog op het feit dat de druk op het testen toeneemt. Verpleegkundigen en verzorgenden vragen dit niet voor niets en niet alleen voor zichzelf. Het is van groot belang voor de zorg in heel Nederland."



NU'91
VOOR DE MENSEN IN DE ZORG



Dieet voor operatie verbetert herstel nierdonor

Nierdonoren die vijf dagen lang een calorie- en eiwitarm dieet volgen voordat zij hun nier afstaan, herstellen sneller dan donoren die dat niet doen. Bijna driekwart van de nieren die in het Erasmus MC worden getransplanteerd, is tegenwoordig afkomstig van een levende donor. Dat blijkt uit een verkennende studie van de afdeling Transplantatiechirurgie, die onlangs is gepubliceerd in het tijdschrift *Aging*¹.

Als een nier uit het lichaam wordt genomen, treedt in min of meerdere mate schade aan het lichaam, maar ook aan de nier op. Zeker nu zowel donoren als ontvangers ouder worden op het moment van transplantatie, wordt het beperken van deze schade belangrijker. De afdeling Chirurgie ging op zoek naar methoden om het herstel na een donatie te bevorderen.

Enkele jaren geleden werd al bij muizen aangetoond dat een kortdurend calorie- en eiwitarm dieet de schade aan nieren spectaculair kan verminderen. Het dieet werd vervolgens getest en veilig bevonden bij gezonde proefpersonen. Vorig jaar werden ongeveer dertig nierdonoren geselecteerd. De helft van hen kreeg vijf dagen lang een calorie- en eiwitarm dieet voor de operatie, de andere helft volgde zijn of haar gebruikelijke voedingspatroon.

Het dieet bestond uit synthetische shakes, die 30 procent minder calorieën en 80 procent minder eiwitten bevatten dan in het dagelijks aanbevolen voedingspatroon. Het dieet bleek bij te dragen aan een sneller herstel van zowel de donor als de ontvanger, ontdekte dr. Franny Jongbloed, onderzoeker en internist in opleiding en inmiddels gepromoveerd aan het Erasmus MC. De functie van de overgebleven nier kwam bij de diëtende groep donoren aanzienlijk sneller weer op peil.

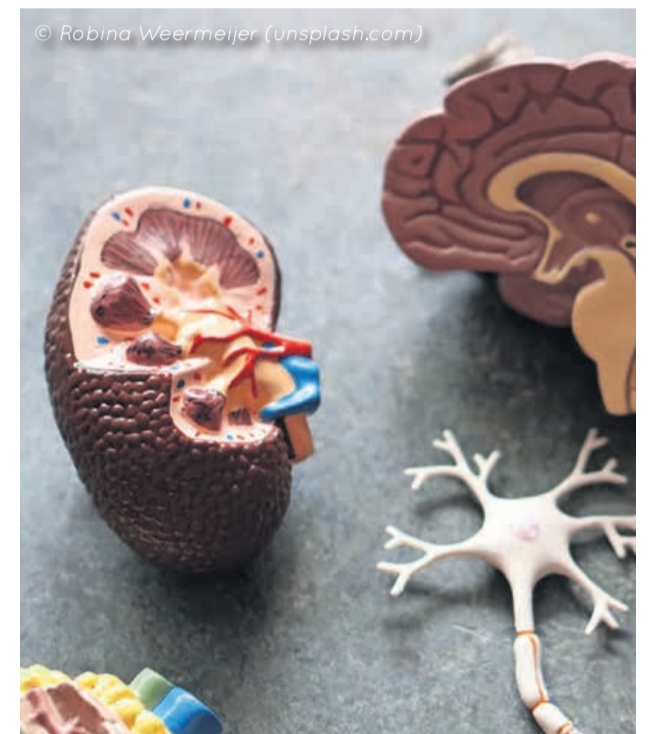
Ook de ontvanger van een nier waarvan de donor het dieet volgde, kreeg sneller een goede nierfunctie. 'Het dieet zorgt ervoor dat de donornier een pakketje beschermende genen mee krijgt', veronderstelt Jongbloed.

Diëten vlak voor een transplantatieprocedure na donatie bij leven is dus zinvol. 'De nierdonoren hielden het dieet goed vol', constateert ze. 'Het is een zeer gemotiveerde groep mensen. Dit blijkt onder andere uit dat ze zelf gezond zijn en vaak aan een dierbare donoren, van wie ze hebben gezien hoe deze heeft geleden onder zijn of haar nieraandoening.'

De afdeling Experimentele Chirurgie verricht onderzoek naar methoden om de kwaliteit van het 'transplantaat' te verbeteren. 'We hebben geconstateerd dat de schade die optreedt door het uitnemen van de nier groter is naarmate de donor ouder wordt. We vroegen ons af: hoe komt dat precies en kunnen we dat misschien beïnvloeden? We hebben daarom contact gezocht met prof. dr. Jan Hoeijmakers', vertelt universitair hoofddocent dr. Ron de Bruin.

Hoeijmakers is gespecialiseerd in het proces van veroudering, en toonde lang geleden al aan dat dieetrestrictie het proces van veroudering vertraagt. Muizen die 30 procent minder eten, leven langer.

¹ Franny Jongbloed, Ron W.F. de Bruin, Harry Van Steeg, Piet Beekhof, Paul Wackers, Dennis A. Hesselink, Jan H.J. Hoeijmakers, Martijn E.T. Dollé, Jan N.M. IJzermans. Protein and calorie restriction may improve outcomes in living kidney donors and kidney transplant recipients. *Aging*, vol. 12, issue 13, 12441–12467 (2020) <https://doi.org/10.18632/aging.103619>



CBS Oranje-Nassau in Sliedrecht haalt 1500 euro op voor Mercy Ships

Kinderen van groep 5 tot en met 8 van de CBS Oranje-Nassau in Sliedrecht hebben wekenlang zendingsgeld opgehaald en actie gevoerd voor Mercy Ships. Samen haalden ze het geweldige bedrag op van 1500 euro! Een groot succes.



Kinderen van CBS Oranje-Nassau in Sliedrecht in actie voor Mercy Ships

Mariëtte Schild hield op de school een presentatie over Mercy Ships. Ze heeft zelf meerdere keren aan boord van het schip gewerkt. De bedoeling was dat de kinderen in de eerste plaats alleen zendingsgeld zouden ophalen. Na de indrukwekkende verhalen waren de kinderen zo enthousiast geworden dat ze besloten om zelf actie te gaan voeren.

BEVLOGENHEID

Carin van Herik (directeur): 'Ze besloten om cupcakes te bakken, lege flessen op te halen en in te leveren en ze verkochten tijdens een winterfair in de wijk zelfgebakken taarten. Ze zijn zelfs langs de deuren gegaan. Zelfs zoveel dat een inwoner mij mailde of ik wel wist dat de kinderen huis-aan-aan aanbelden om geld op te halen en of we daar wel een vergunning voor hadden. Het liet iets zien van hun bevolgenheid.'

EEN GROOT FEEST

Als kers op de taart ontving de school een chocolade-element van het chocoladekunstwerk van Mercy Ships. Deze werd met een hamer en beitel in genoeg stukken gehakt door meester Jaap voor alle leraren en leerlingen van de school. Carin: 'Iedereen heeft ervan genoten. Het was een groot feest!'



Het chocolade-element wordt angebroken op CBS Oranje-Nassau



Heijnevan Medical BV

SPECIALISTEN IN HET INRICHTEN VAN



▶ OPERATIEKAMER

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



▶ RECOVERY

PENDELS EN GOTEN | LAMPEN | TROLLEYS | ACCESSOIRES | MEUBILAIR



▶ SPOED EISENDE HULP

PENDELS EN GOTEN | LAMPEN | TROLLEYS | ACCESSOIRES | MEUBILAIR



▶ CARE

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



▶ POLIKLINIEK

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



Minder pijn voor kankerpatiënten in de laatste fase

Patiënten met kanker hebben vaak veel pijn. Vooral patiënten die niet meer beter worden, hebben in de laatste fase van hun leven last van klachten. Op de Pijnpoli in het St. Antonius Ziekenhuis, een van de grootste pijnbehandelcentra van Nederland, worden daarom verschillende pijnbehandelingen bij kanker gegeven. 'Het is heel mooi om er zo voor te zorgen dat patiënten minder pijn hebben en ze een betere laatste periode van hun leven te geven', aldus anesthesioloog Joep Scholten.

Vaak krijgen patiënten met kanker morfine tegen pijnklachten, maar dit helpt niet altijd voldoende. 'Twee derde van de patiënten heeft ondanks de morfine nog pijn. Ook kan het vervelende bijwerkingen geven, zoals misselijkheid en vermoeidheid.' Als patiënten op de Pijnpoli in het St. Antonius komen, wordt eerst gekeken welke morfine iemand krijgt. 'Soms helpt het om een ander soort morfine voor te schrijven. Als dat geen verlichting geeft, dan kijken we of de patiënt voor een pijnbehandeling in aanmerking komt.'

ZENUWBLOKKADE

Alle pijnbehandelingen die de pijnspecialisten doen, draaien om het tijdelijk of definitief uitschakelen van de zenuwen die de pijn veroorzaken. 'In eerste instantie kiezen we ervoor om de zenuwen tijdelijk aan te pakken met een zenuwblokade', legt Scholten uit. 'We spuiten een lokaal verdovend middel rond de zenuw en zorgen er hiermee voor dat de pijnprikkel de hersenen niet bereikt. Het voordeel van deze injectie is dat je de pijn gericht aanpakt, waardoor je een lagere dosis pijnstilling nodig hebt. Hierdoor hebben patiënten ook minder last van bijwerkingen.'

Als deze tijdelijke maatregel onvoldoende werkt, gaan de pijnspecialisten over tot het definitief uitschakelen van de betreffende zenuwen. 'Als patiënten met lever- of maagkanker bijvoorbeeld veel buikpijn hebben, kunnen we zenuwcellen in de bovenbuik verhitten en definitief uitschakelen met alcohol. Omdat deze behandeling behoorlijk ingrijpend is, doen we dit alleen wanneer er sprake is van een beperkte levensverwachting.'

KATHETER

Een laatste mogelijkheid is de pijn te behandelen door een katheter in de rug te plaatsen. 'We sluiten een pompje op de katheter aan, waar we pijnstillers inspuiten. Met een slangetje komen de pijnstillers direct bij het ruggenmerg terecht, waardoor de medicijnen direct terechtkomen op de plaats waar ze moeten werken. Hierdoor is een veel lagere dosering pijnstillers nodig met minder bijwerkingen tot gevolg. Tot voor kort werd deze katheter aangesloten op een pomp buiten het lichaam die de patiënt continue bij zich moest dragen, maar sinds kort is het ook mogelijk om deze pomp in de buik te implanteren, waardoor de patiënt veel meer vrijheid heeft.'

MINDER PIJN

Het merendeel van de patiënten die een pijnbehandeling bij kanker op de Pijnpoli van het St. Antonius ondergaat wordt niet meer beter. 'Juist deze patiënten hebben vaak veel pijn. Hierin speelt de psyche een grote rol. Als patiënten nog midden in hun behandelingen zitten, wordt pijn soms voor lief genomen, maar in de laatste fase lukt dat niet altijd meer. Er zijn onderzoeken die aantonen dat wanneer je minder pijn hebt, je mogelijk ook langer leeft', aldus Scholten. 'Wij proberen de tijd die deze patiënten nog hebben zo prettig mogelijk te maken. Kwaliteit van leven houdt niet op als je niet meer beter kunt worden.'



Geen paniek Alles onder controle

Goed georganiseerd werken is van levensbelang op de OK. Met onze IT-oplossingen helpen we u graag om alles in goede banen te leiden.

Of het nu gaat om operatieplanning, beheer van patiëntenstromen, OK-integratie of het traceren van steriele goederen; u kunt rekenen op onze *Integrated Workflow Solutions*.



Nieuwsgierig?

www.getinge.com

GETINGE ✱

Het belang van ampullenveiligheid

Huidverwondingen door ampullen komen heel vaak voor. Het zal u misschien verbazen te weten dat verwondingen door ampullen het meest voorkomende type scherpe verwondingen zijn in de gezondheidszorg. Tijdens het openen kunnen de glazen ampullen onregelmatig versplinteren of breken met mogelijke gevolgen voor bloedvaten en zenuwen. Rapporten stellen dat 26 - 42% van de huidverwondingen door scherpe voorwerpen het gevolg is van het openen van een ampul of gebroken glas van de ampullen (Smith en Leggat, 2005).



Meer dan 50% van de gebruikers van ampullen heeft een snijwond ervaren, 6% van de anesthesisten (Parker, 1995) en 35,2% van de verpleegkundigen (Smith, Chloe, Jeong, et al, 2006) hebben handschoenen opgelopen door het openen van glazen ampullen. Snij-incidenten door glazen ampullen verhogen ook het risico op infectie met door bloed overgedragen pathogenen en kunnen vereisen dat betrokken personeelslid uit bepaalde taken wordt ontheven.

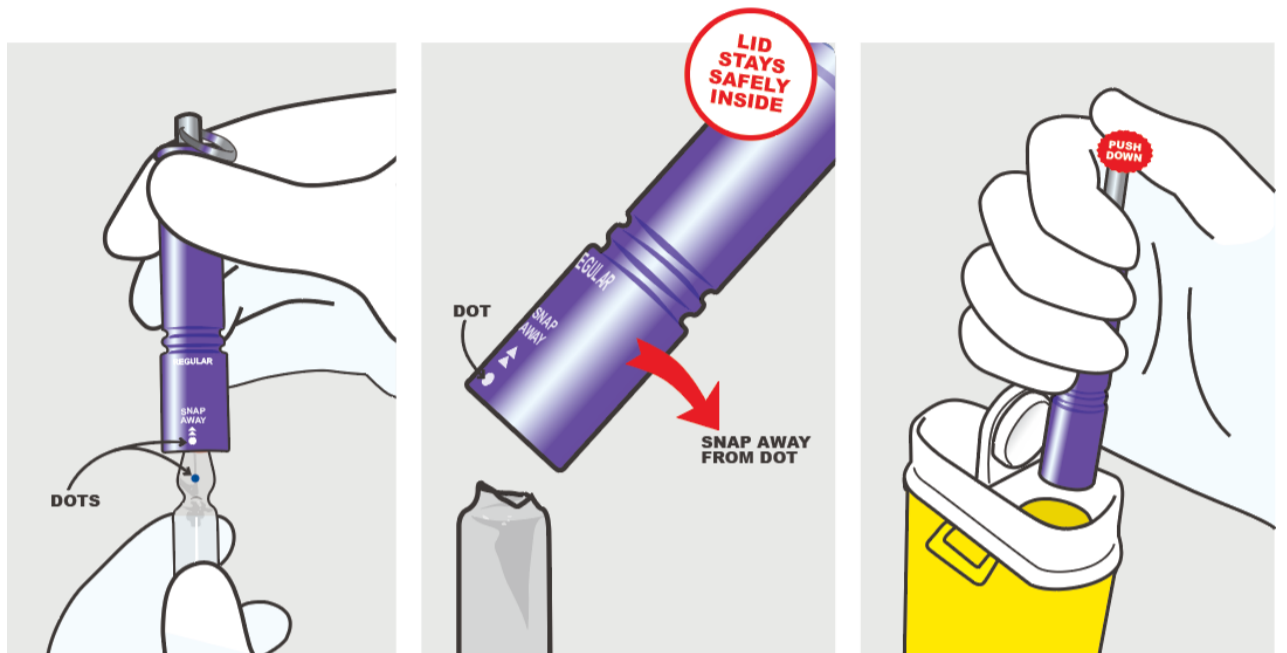
Om een ampul te openen, moet het topje eraf worden gehaald zodat het medicijn erin kan worden gebruikt. Het is gebruikelijk dat mensen een doekje of tissue om het topje van de ampul wikkelen als beschermingsmaatregel. Hoewel dit u een gevoel van veiligheid kan geven, bieden deze methoden voor het openen van glazen ampullen geen echte bescherming. Iedereen herkent de snij-incidenten t.g.v. het werken met en breken van glazen ampullen.

Agressieve openingstechnieken - met doeken en tissues - verhogen het risico op verwondingen, op het afbreken van microscopische kleine glasscherven en het besmetten van het medicijn in de ampul.



EEN SCHONE EN VEILIGE BREUK VAN DE AMPUL IS ERG BELANGRIJK

Het toepassen van een ampullenbreker zoals de Qlicksmart SnapIT zorgt voor een veilige opening van de glazen ampul. Erg belangrijke en dus eigenlijk een protocollaire noodzaak. Het vergemakkelijkt dus het openen maar voorkomt ook snij-incidenten niet alleen tijdens het gevaarlijke proces van het openen van de ampullen, maar ook daarna. Hiermee wordt



ook voldaan aan de nieuwe Wet- en Regelgeving van het Werken met Scherpe Medische Hulpmiddelen. De Qlicksmart SnapIT ampullenbreker elimineert het risico dat u zichzelf snijdt bij het openen van glazen ampullen door u de hefboomwerking te geven om de ampullen veilig te breken en tegelijkertijd een fysieke barrière tussen de gebruiker en het glas te bieden.

De SnapIT producten zijn herbruikbaar en éénvoudig te gebruiken met een snelle "insert en snap" handeling. SnapIT's zijn gemaakt van hoogwaardige kunststof of autoclaveerbaar aluminium waardoor ze perfect zijn voor gebruik in ziekenhuizen, klinieken, ambulances, laboratoria, praktijken, dokterstassen en meer! Voorzien van een sleutelring, is de SnapIT ideaal om te bevestigen aan een keycord, een klip of op zak te hebben voor gemakkelijk gebruik onderweg.

Vanaf nu: werk veilig, hygiënisch en kostenbesparend met Qlicksmart SnapIT en vergeet het breken van glazen ampullen met handen, doekjes en tissues!

DIT IS WAT MENSEN ZEGGEN OVER HET WERKEN MET DE SNAPIT:

"SnapIT is echt een prachtige uitvinding. Een onmisbaar noodzakelijk hulpmiddel wanneer u een ampul-medicijn wilt gebruiken. Het is gemakkelijk te gebruiken, compact formaat en herbruikbaar! Een éénmalige aanschaf voor jaren veilig werken!"

"Het is echt een geweldige uitvinding. Bedankt, het beste hulpmiddel om glazen ampullen te breken. Ik wordt altijd nerveus en heb moeite om de ampullen te breken, maar nu is dat alles voorbij. Het is nu ook voor mij super éénvoudig en veilig!"

"Ik heb zojuist de SnapIT voor het eerst gebruikt. Wow, zoveel beter dan mijn vingers te gebruiken. Het topje van de ampul mooi eraf gebroken. Geen bloed, geen kleine stukjes glas, geen glassplinters om op te ruimen en geen gemorst medicijn. Ik zou het iedereen aanraden: gebruik vanaf nu nog alleen maar de SnapIT!"

Referenties:

- Parker MRJ. The use of protective gloves, the incidence of ampoule injury and the prevalence of hand laceration amongst anaesthetic personnel. *Anaesthesia* 1995;50(8):726-29. doi:10.1111/j.1365-2044.1995.tb06105.x
- Smith DR, Leggat PA. Needlestick and sharps injuries among nursing students. *Journal of Advanced Nursing* 2005;51(5):449-55.
- Smith DR, Choe M-A, Jeong JS, et al. Epidemiology of Needlestick and Sharps Injuries Among Professional Korean Nurses. *Journal of Professional Nursing* 2006;22(6):359-66. doi:10.1016/j.profnurs.2006.10.003



VOOR NADERE INFORMATIE:

Medzorg Nederland BV
info@qlicksmart.nl
Qlicksmart SnapIT ampullenbreker is te bestellen bij Medzorg (orders@medzorg.nl) en/of uw reguliere leverancier.



Cardioloog Boersma plaatst een van de kleinste draadloze pacemakers

Deze week implanteerde prof. dr. Lucas Boersma bij een patiënt in het St. Antonius voor het eerst een van de kleinste draadloze pacemakers ter wereld. De ingreep is succesvol verlopen. Met deze nieuwe pacemaker komt er een belangrijke behandeloptie bij voor patiënten die een kwetsbare gezondheid hebben en voor wie een operatie riskant is.

Waar een klassieke pacemaker onder de huid op de borst wordt geïmplanteerd en met twee vastgemaakte draadjes (leads) wordt verbonden met het hart, wordt deze mini-pacemaker rechtstreeks in het hart geïmplanteerd. Hij is 90% kleiner dan de klassieke pacemaker (vergelijkbaar met een grote vitaminepil), waardoor de operatie veel minder ingrijpend is. Het kleine apparaat wordt via een klein sneetje in de lies en vervolgens via de bloedbaan rechtstreeks tot in het hart gebracht. Met haakjes wordt het vervolgens aan het hart bevestigd en geeft het elektrische impulsen af die het hart stimuleren via een elektrode aan het uiteinde van het apparaat. Omdat er geen draad meer in het hart zit of een batterij onder de huid, daalt het risico op infecties drastisch. Bovendien is de minipacemaker onzichtbaar voor de patiënt en zijn omgeving.

VOOR MEER PATIËNTEN

Tot nu toe was de minipacemaker slechts geschikt voor zestien procent van de patiënten, omdat ze in één kamer van het hart de hartactiviteit kon meten. Bij deze nieuwe verbeterde versie kunnen ook patiënten worden behandeld die een volledige onderbreking van de hartactiviteit tussen voorkamer en kamer hebben. De nieuwste minipacemaker, de Micra AV, ontwikkeld door Medtronic, kan ook patiënten helpen die met hartritme stoornissen kampen in beide hartkamers. Dit betekent dat tot wel 40% van de hartpatiënten die een pacemaker nodig hebben in aanmerking kan komen voor deze behandeling, meer dan dubbel zoveel patiënten in vergelijking met de eerste generatie van deze kleine pacemaker.

SLIMME BRIL

Cardioloog Boersma van het St. Antonius droeg tijdens de implantatie van de kleine pacemaker een slimme bril. Hiermee stond hij in contact met een productexpert van de fabrikant. De expert kon op deze manier van buiten het ziekenhuis meekijken

met de operatie, en desgewenst geraadpleegd worden voor advies door Boersma. Een uitkomst nu vanwege corona het aantal mensen in het ziekenhuis en zeker op de OK tot een minimum wordt beperkt.

Via onderstaande link legt Lucas Boersma onder meer uit wat het revolutionaire aan deze nieuwe pacemaker is.

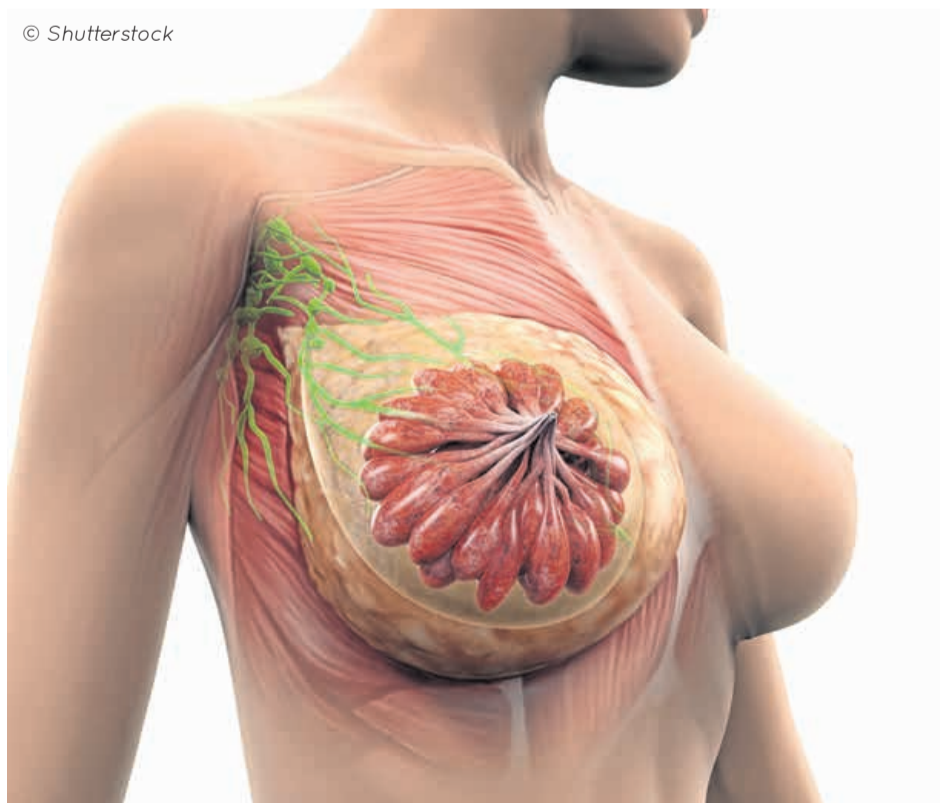
(<https://bit.ly/2XUnpYr>)



Borstzorg Anna opent kliniek in Eindhoven

Het Geldropse St. Anna Ziekenhuis breidt de borstzorg uit. Vanaf 1 september is Borstzorg Anna van het St. Anna Ziekenhuis ook in Eindhoven te bezoeken.

© Shutterstock



Sinds februari 2019 gaan patiënten die door de huisarts verwezen worden met afwijkingen in hun borst(en) eerst naar de afdeling radiologie in het St. Anna Ziekenhuis in Geldrop. Hier doet een gespecialiseerde mamma-radioloog aanvullend onderzoek (vaak met een echo en/of een foto). Is er niets aan de hand, dan gaat de patiënt opgelucht naar huis en is een 'beladen' bezoek aan de mamma-poli niet meer nodig.

Dat de aanpak van Borstzorg Anna aansluit bij de behoefte blijkt onder andere uit de resultaten van het patiënttevredenheidsonderzoek. 89% van de patiënten blijkt zeer tevreden over de snelheid waarmee je terecht kan voor het onderzoek, namelijk binnen 1 werkdag. Ook zegt 90% zeer tevreden te zijn met het contact met de radioloog en de informatie die ze ontvangen.

Het blijkt dat 17% van de patiënten die voor onderzoek bij de radioloog komen, doorverwezen wordt naar de mammapoli. De overige 83% gaat dezelfde dag gerustgesteld naar huis. Door het hele proces minder beladen en sneller te maken, verkorten we de tijd van onzekerheid voor patiënten.

Vanwege het toenemend aantal patiënten gaat het ziekenhuis haar Borstzorg Anna verder uitbreiden, hiervoor is ook een extra mammograaf aangeschaft.

Nast de zorg voor borstkanker start in Eindhoven ook een spreekuur met aandacht voor bijvoorbeeld pijnklachten van de borsten (mastopathie), borstvorming bij de man (gynaecomastie) en vragen over borstkanker, erfelijkheid en screening.

Getinge Online
Altijd. Overal.

Maximaliseer uptime op de OK

Verbind uw Flow anesthesiemachines met Getinge Online, een digitaal platform waarmee zowel clinici als serviceteams de efficiëntie kunnen verbeteren.

Getinge Online geeft direct toegang tot apparatuurgegevens die u, uw team en uw ziekenhuis helpen om inzichten te verkrijgen en de uptime te maximaliseren.

Nu ook beschikbaar voor Servo beademingsmachines.



Vraag gratis en vrijblijvend de
Nederlandstalige brochure aan.

www.getinge.com

GETINGE

LVO
landelijke vereniging van operatieassistenten

34^e

LVO
CONGRES

1
DAAGS

Donderdag
11 maart 2021

Congrescentrum
De ReeHorst, Ede

Andere tijden-de
Groene OK

www.lvocongres.org

Heraeus

69% Reductie van
diepe infecties bij
kophalsprothesen na een
Femurnekfractuur*

COPAL[®] G+C

Botcement met
gentamicine en clindamycine

*Sprawson AP et al. Bone Joint J 2016; 98-B: 1534-1541

www.heraeus-medical.com

INTERSTER[®]

Optimale bescherming

Maskers, mutsen, protectie jassen en meer.

Bescherming van personeel volgens alle normen
en standaarden. **Interster heeft de goede oplossing
voor alle handelingen binnen uw proces.**



Bekijk het gehele assortiment van onze
protectiemiddelen www.interster.nl/cat/protectie
Neem contact met ons verkoopteam op via
cs@interster.nl

Your partner for CSSD, Endoscopy and Investment Solutions





© Waldemar Brandt (unsplash.com)

Weer staan door **stimulatie** zenuwknoop

Stimulatie van een zenuwknoop in de onderrug, het spinale ganglion, wekt spierreacties op waardoor mensen met een volledige dwarslaesie weer kunnen staan met ondersteuning. Dat stellen onderzoekers van het Erasmus MC in het wetenschappelijke tijdschrift *Neuromodulation*¹.

Uniek aan het onderzoek is de manier waarop de beenspieren werden gestimuleerd. 'We hebben een apparaatje geplaatst dat elektrische stroompjes afgeeft direct op de zenuwknoop (het spinale ganglion, ofwel DRG) in de onderrug', zegt betrokken promovenda Sadaf Soloukey. 'Deze plek is tot nu over het hoofd gezien door dwarslaesieonderzoekers. Zij waren gefocust op het stimuleren van het ruggenmerg zelf en keken niet naar de zenuwknoop. Wij hebben dit voor het eerst gedaan.'

De zenuwknoopen vormen een uniek gebied buiten het centrale zenuwstelsel waar zich ook neuronen bevinden die informatie overdragen over en naar de rest van het lichaam en dus ook de beenspieren. Soloukey: 'Door stroomstootjes af te geven op het spinale ganglion, wekten wij reflexen in het ruggenmerg op. Omdat de zenuwknoop onder de dwarslaesie zit, komen de elektrische signalen wél aan in de benen. We creëren dus eigenlijk een shortcut naar een spierbeweging.'

Het onderzoek beschrijft de eerste vijf deelnemers aan het onderzoek. Elk van hen had minimaal vier jaar een volledige dwarslaesie en sindsdien geen beenfunctie. De hersenen geven normaliter signalen af om beweging aan te sturen. Bij een volledige dwarslaesie komen door een breuk in het ruggenmerg de signalen niet meer aan in de benen. 'Alles onder de beschadigde plek is dan uitgevallen', zegt onderzoeksleider Dr. Sanjay Harhangi.

Bij alle vijf de deelnemers lukte het om de bovenbeenspieren te activeren. De spieren in hun benen trokken samen. Ook spanden de benen zich zo aan dat ze strekten bij de knieën. De strekking was sterk genoeg om gewicht te kunnen dragen, waardoor sommigen met ondersteuning konden staan. Harhangi: 'Binnen vijf dagen, zonder enige vorm van rehabilitatie of trainingen en na jaren van complete verlamming. Dat is een prachtig resultaat. Ook voor de patiënten voelde dit als een bijzonder moment. Het inbrengen van het apparaat dat de stroomstootjes geeft is bovendien een relatief eenvoudige ingreep.'

Harhangi ontdekte bij toeval dat het geven van stroomstootjes op de zenuwknoop wel eens een interessante sleutel zou kunnen zijn in het behandelen van dwarslaesies. 'Op de afdeling pijngeneeskunde van hoogleraar Frank Huygen werd deze DRG-stimulatie al langer toegepast om zenuwpijnen aan te pakken. Sommige pati-

enten kregen echter als bijwerking dat hun benen zomaar gingen bewegen. Toen ik dat hoorde op een symposium over pijn, ben ik aan het denken gezet. Zou je via deze knoop beenspieren kunnen aansturen en verlamde mensen weer kunnen laten lopen?'

Of patiënten door deze ontdekking echt kunnen lopen, is nog maar de vraag. 'Daarvoor is er nog meer onderzoek nodig', benadrukt Harhangi. 'We moeten nog uitzoeken of we hun benen een precieze loopbeweging kunnen laten maken. Hoe sterk moeten de stroompjes zijn en in welke frequentie bijvoorbeeld? We hebben wel gezien dat het mogelijk is om looppatronen op te wekken. Maar voor écht lopen is nog meer nodig, bijvoorbeeld stabiliteit van de romp. Ook dat willen we verder onderzoeken.'

Het onderzoek is een samenwerking tussen de afdelingen Neurochirurgie, Neurowetenschappen, Revalidatiegeneeskunde, Klinische Neurofysiologie en Pijngeneeskunde van het Erasmus MC, en Rijndam Revalidatie.

¹ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ner.13235>

Zoekt u medisch personeel?

Plaats dan nu uw vacatures in De Nederlandse OK krant.

Neem contact op via 06-11352165 of info@denederlandse-ok-krant.nl

Het Laurentius Ziekenhuis in Roermond gaat anders werven

Eind 2019 kwam het Laurentius Ziekenhuis in Roermond net als veel ziekenhuizen in Nederland voor een enorme uitdaging te staan. Op de afdeling anesthesie waren enkele nieuwe medewerkers nodig om de afdeling weer compleet te maken.

Het Laurentius Ziekenhuis is direct gestart met verschillende acties om de afdeling anesthesie weer zo snel mogelijk op peil te brengen, helaas bleek dit niet voldoende. Men vroeg zich af waarom. Visten ze in een te kleine vijver? Benaderden ze hun doelgroep wel op de juiste manier? Vragen die veel zorginstellingen zullen herkennen. Het werd in ieder geval duidelijk dat dit anders moest. Er werd gezocht naar een specialistische partij om te helpen. Na enkele gesprekken ging men in zee met Brockmeyer Jobmarketing Experts, die meerdere adviseurs in huis heeft die gespecialiseerd zijn in werven voor de zorg.

DOELSTELLING & UITGANGSPUNTEN CAMPAGNE

Het Laurentius Ziekenhuis was op zoek naar minimaal 2 nieuwe anesthesiemedewerkers. In de zorg is dit een schaars profiel, maar jobmarketing expert Robin Hildenbrant van Brockmeyer zag toch mogelijkheden. "Het uitgangspunt is dat de wervingsdoelstelling wordt behaald, maar ook zeker dat we het ziekenhuis als werkgever goed 'profilen'. Het Laurentius Ziekenhuis staat in de regio goed bekend en heeft een positief werkgeversimago. De sfeer is heel goed en warm, dat proef je al als je het ziekenhuis binnen loopt. Naast deze bijzondere werkomgeving biedt het ziekenhuis, ondanks de kleinschaligheid, kansen voor anesthesiemedewerkers. Ondanks dat het een streekziekenhuis is, biedt het Laurentius wel een grote diversiteit aan ingrepen. Je kan er veel leren en er wordt goed geïnvesteerd in opleidingen. Dit is een mooi vertrekpunt voor een succesvolle arbeidsmarktcampagne", aldus Hildenbrant.

STRATEGISCH WERVEN IN DE REGIO

Brockmeyer heeft een effectieve methodiek ontwikkeld waarmee strategisch via o.a. social media wordt geworven in de regio. Voorafgaand aan de campagne werd de ideale kandidaat in kaart gebracht middels meerdere persona sessies. Het team van Brockmeyer ging in gesprek met een anesthesiemedewerker en teamleider van de afdeling om zo de doelgroep tot in

detail in kaart te brengen. "Dit voorwerk is de basis van een goede recruitment marketingstrategie", volgens Hildenbrant.

ONLINE CAMPAGNE

Brockmeyer heeft een speciale campagnepagina ontwikkeld, specifiek voor deze vacature. Door middel van achterliggende techniek wordt op deze pagina tot in detail al het verkeer en gedragingen van alle bezoekers gemonitord. Door dit te monitoren kan de campagne worden bijgestuurd om het optimale resultaat te bereiken. Via social media advertenties wordt de campagnepagina vervolgens onder de aandacht gebracht bij potentiële kandidaten. In de campagne wordt ook gebruik gemaakt van specialistische vakwebsites en vacaturebanken.

HET 'NIEUWE' WERVEN

Het bereiken van de ideale kandidaat is slechts het eerste deel van een campagne. Daarna moet de

kandidaat nog verleid worden om te solliciteren. De campagne van het Laurentius Ziekenhuis bestaat daarom uit 3 fasen. De eerste fase (awareness) is puur bedoeld om de vacature onder de aandacht te brengen. In deze fase wordt een retargetingpool opgebouwd die de basis vormt voor de volgende fasen. Als deze pool opgebouwd is, krijgen de personen in deze retargetingpool wederom advertenties met deze vacature onder ogen. Deze keer vooral gericht op het verleiden van de kandidaat (consideration), denk hierbij aan het tonen van unieke voordelen van werken bij het Laurentius Ziekenhuis. Tijdens de derde en laatste fase wordt er volledig gestuurd op het genereren van sollicitaties/aanmeldingen (decision).

SNEL RESULTAAT

De campagne is vrijdag 19 juni van start gegaan. Binnen 4 dagen kwamen de eerste reacties van kandidaten met diploma al binnen en was de eerste meeloopdag al ingepland.



'Bij' verlicht pijn bij dialysepatiënten



Buzzy apparaat dat pijn stilt bij dialyse. © Maastricht UMC+

Met behulp van een klein apparaatje in de vorm van een bij wordt de pijn van het herhaaldelijk prikken verzacht bij dialysepatiënten. Zeker voor mensen met prikangst biedt dit uitkomst. Het device wordt al op de kinderafdeling ingezet bij jonge patiënten, maar het Maastricht UMC+ introduceert het nu voor de eerste keer in Nederland op de dialyse-afdeling.

Nierpatiënten moeten gemiddeld zo'n drie keer per week naar het ziekenhuis voor dialyse. Deze gang maakt dat het een behoorlijke heeft impact op het dagelijks leven. Voor de aansluiting op het dialyseapparaat moet telkens twee prikken worden gemaakt in de arm, met een naald die aanzienlijk dikker is dan een normale spuit van bijvoorbeeld een vaccinatie. 'Hoewel patiënten het wel gewend zijn, is het geen prettige ervaring', zegt dialyse-verpleegkundige Liesbeth de Boer. 'Zeker niet als je al prikangst hebt.' Daarom nam De Boer samen met collega Elke Roox een kijkje op de kinderafdeling in het Maastricht UMC+. Daar wordt bij kinderen met prikangst gebruik gemaakt van een klein apparaatje waar een verdovende werking van uit gaat.

Het apparaatje heeft de vorm van een bij en zorgt door een combinatie van trilling en kou voor pijnstilling tijdens het prikken. Door het apparaatje simpelweg een minuut lang op de prikplek te houden, treedt een plaatselijke verdoving op. De Boer: 'Je schopt eigenlijk heel lokaal de zenuwen in de war, zodat de pijnprikkels niet worden doorgegeven.' De eerste ervaringen zijn dan ook positief en sommige patiënten zweren erbij volgens de dialyse-verpleegkundige: 'Het zijn soms van die kleine dingen die het net een beetje aangenamer kunnen maken en we de angst voor dialyse kunnen verminderen.'



Herhaaldelijk prikken is belastend voor de patiënten. © Maastricht UMC+



Liesbeth de Boer aan het werk. © Maastricht UMC+

Getinge introduceert nieuwe **planningsoplossing** voor wegwerken uitgestelde operaties

COVID-19 kan wereldwijd mogelijk leiden tot 30 miljoen geannuleerde of uitgestelde operaties in 2020. Het wegwerken van de totale achterstand zal naar schatting een volledig jaar in beslag nemen, zelfs als ziekenhuizen hun dagelijkse aantal operaties met 20% verhogen. Ter ondersteuning lanceert Getinge nu Torin OptimalQ, een efficiënte planningstool om chirurgische wachtlijsten, veroorzaakt door COVID-19, te prioriteren.

"We voelen allemaal het effect van COVID-19; vooral onze zorgprofessionals," zegt Matthias Rath, Director Product Management & Business Development OR Solutions bij Getinge. "Om zorgverleners te helpen hun chirurgische activiteiten te hervatten, hebben we gekeken hoe we onze data en kennis over de planning van chirurgische ingrepen kunnen gebruiken. We bieden nu een schaalbare en eenvoudig te implementeren oplossing, die snel resultaat oplevert voor personeel en patiënten."

Torin OptimalQ is een softwareoplossing op cloudbasis, die wachtlijstgegevens van klanten combineert met informatie uit Getinge's databank over gemiddelde procedureduur en de beste planningsmethoden. Dit wordt gekoppeld aan patiëntenscores en ziekenhuiscapaciteit en vervolgens bepaalt Torin OptimalQ de beste manier om de operatieplanning te prioriteren. Per OK, per week of per dienst. De oplossing wordt aangeboden als stand-alone voor bestaande Torin OK- management klanten of als Software-as-a-Service (SaaS) omgeving, met advies om ziekenhuizen te ondersteunen bij het verfijnen van hun processen voor operatieplanning.

Torin OptimalQ kan op een later tijdstip worden geüpgraded naar de volledige Torin OK- managementoplossing, waardoor ziekenhuizen nog meer verbeteringen kunnen realiseren met nauwkeurige operatieschema's, realtime voortgangsupdates, prestatieanalyses en volledige chirurgiedocumentatie.

WILT U MEER WETEN OVER TORIN OPTIMALQ?

Neem dan contact op met Getinge of download het gratis e-book.

GETINGE 



Hartrevalidatie voor veel hartaandoeningen en op elke leeftijd **effect**

Voor alle hart- en vaatpatiënten heeft het zin om een hartrevalidatieprogramma te volgen. Mensen die aan een programma meedoen, en zo meer kennis opdoen over de risicofactoren van hart- en vaatziekten en advies krijgen over leefstijl en stressmanagement, leven gemiddeld langer. Dit laten onderzoekers van het Radboudumc zien in samenwerking met zorgverzekeraar VGZ. De resultaten zijn nu gepubliceerd in *Jama Network Open*¹.

Het onderzoek laat zien dat slechts 31% van de mensen die tussen 2012 en 2017 een nieuwe diagnose van hart- en vaatziekten kregen of hartchirurgie ondergingen een hartrevalidatieprogramma hebben gevolgd. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om een hartinfarct, chronisch hartfalen of het plaatsen van een stent.

GEEN VERSCHIL

Deze groep had vervolgens 32% minder kans op vroegtijdige sterfte in vergelijking met patiënten die geen hartrevalidatie hebben gevolgd. Opvallend genoeg werd hierbij geen verschil gevonden in geslacht, leeftijd, sociaal economische status of de eventuele aanwezigheid van andere aandoeningen. Thijs Eijsvogels, inspanningsfysioloog van het Radboudumc: 'Het blijkt dus niet uit te maken of iemand boven de 80 jaar of onder de 50 is en of er sprake is van extra aandoeningen. Voor iedereen zien we een positief effect bij het volgen van een hartrevalidatieprogramma.'

LEEFSTIJL

Hartrevalidatieprogramma's duren gemiddeld zo'n zes tot twaalf weken en vinden plaats in het ziekenhuis of revalidatiecentrum. Het programma bestaat uit informatiebijeenkomsten over de risico's en gevolgen van een hartaandoening, gezonde voeding en het gebruik van medicijnen. Daarnaast krijgen patiënten actief hulp bij bijvoorbeeld het stoppen met roken en aanleren van een actieve leefstijl. Ook psychologische bijstand en het omgaan met stress kan onderdeel van het programma zijn.

BETERE VOORLICHTING

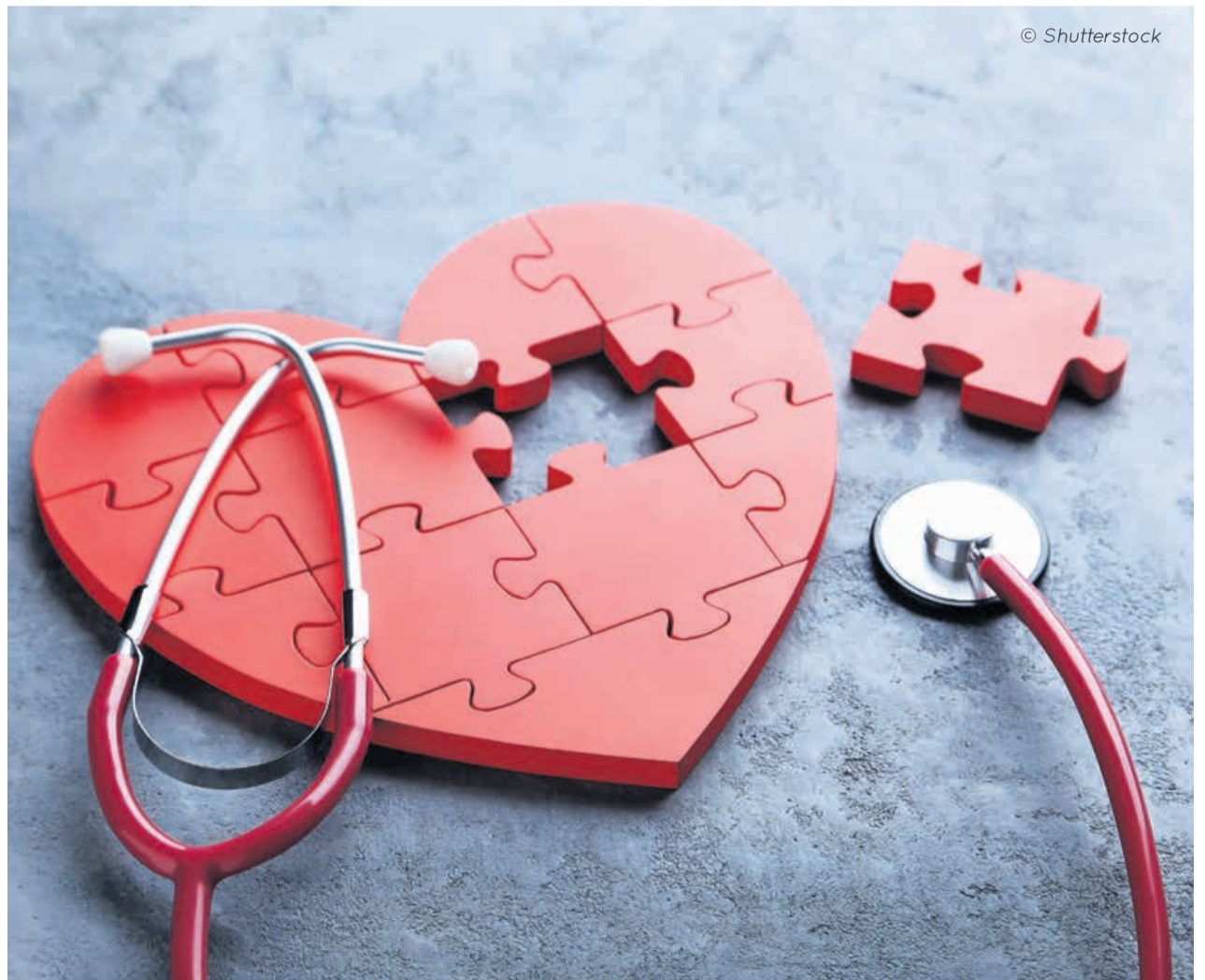
VGZ-onderzoeker Martijn Maessen: 'We hebben op basis van geanonimiseerde gegevens kunnen zien dat bij hartpatiënten met een indicatie voor hartrevalidatie twee derde niet deelneemt. Nu we weten dat deelname aan het programma een positief effect heeft op de levensverwachting, valt hier nog veel winst te behalen. Bijvoorbeeld door betere voorlichting over de gezondheidsvoordelen van hartrevalidatie.'

TIJDENS CORONAPANDEMIE

In maart en april werden vrijwel alle hartrevalidatieprogramma's stopgezet om de verspreiding van het coronavirus tegen te gaan. Nu worden deze weer voorzichtig opgestart. Thijs Eijsvogels: 'Dit onderzoek laat zien dat hartrevalidatie een positief effect heeft op de levensverwachting van personen met hart- en vaatziekten. Het zou daarom goed zijn om bij een eventuele opleving van het coronavirus te voorko-

men dat de programma's opnieuw stil gelegd moeten worden aangezien het aantal deelnemers dan afneemt. Thuisrevalidatie in combinatie met digitale en fysieke afspraken heeft de toekomst.'

¹ *JAMA Network Open: Association of Cardiac Rehabilitation With All-Cause Mortality Among Patients With Cardiovascular Disease in the Netherlands - Thijs M.H. Eijsvogels, Martijn F.H. Maessen, Esmée A. Bakker, Esther P. Meindersma, Niels van Gorp, Nicole Pijnenburg, Paul D. Thompson, Maria T.E. Hopman.*



Colofon

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, Femke van der Palen, Andreas Boender-Vaags, Don Roelofsen, Menno Goosen, Ingrid Lutke Schipholt, Aliëte Jonkers, Anne Meyer Fotografie, Astrid Bron, 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).

Disclaimer

Veel van de gebruikte foto's in De Nederlandse OK-Krant dienen slechts ter illustratie van de artikelen. De personen op de foto zijn niet noodzakelijkerwijs gekleed volgens de geldende kledingvoorschriften voor de OK. Dit geldt met name voor de stockfoto's die een artistiek doel dienen.

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.

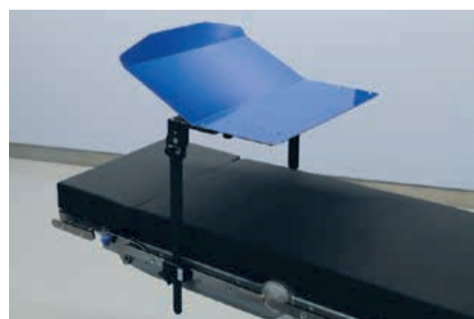
Bezoek www.da-surgical.com
voor de research poster:
**'Preventing patient sliding
in steep Trendelenburg!'**



TrenGuard™
Trendelenburg Restraint



ArmGuard™
Arm Protector



FaceGuard™
Face Protector/ Tray



PatientGuard™
Robotic Stirrups™

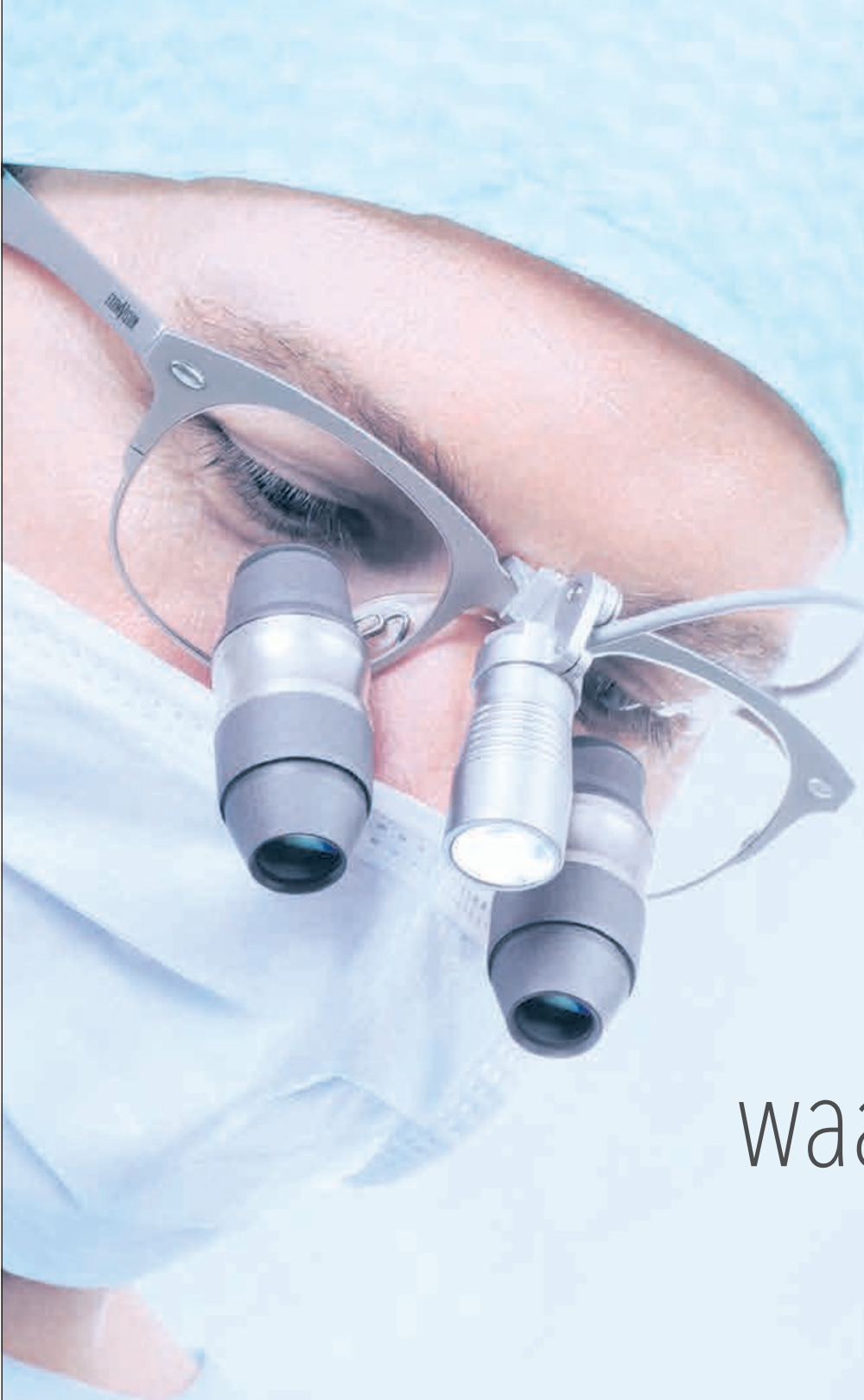


CALL US
+32 92 339 037
+1 800.261.9953

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



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



EXAMVISION

Zicht
Licht
Ergonomie

Zomaar 6 redenen
waarom u als arts voor
ExamVision kiest.

01

Innovatief

Met de Kepler Advanced heeft u 4 vergrotingen in 1 loepbril.

02

Professioneel

Advies en aanmeting op locatie door gediplomeerde opticiens.

03

Ervaring

Al meer dan 7.000 (tand)artsen gingen u voor in de Benelux.

04

Ruime keuze

Met 8 verschillende vergrotingen en 3 modellen altijd succes.

05

Ergonomie

Verbeter uw werkhouding met onze loepbrillen en ergonomisch advies.

06

Kwaliteit

Door gebruik van de beste materialen standaard 5 jaar garantie.

Nog meer redenen nodig?

Neem contact op met ExamVision.

www.examvision.nl

+31(0)10 - 4375052