



## In dit nummer onder andere:

Kennis delen in project:  
Samen LVO

3

Agressie tijdens  
coronacrisis

10

De BIG-aanvraag: wat  
is er al gebeurd en wat  
gaat er nog gebeuren?

16

**Coververhaal**  
Werken in tijden van  
COVID-19

19



## Tegris OK-integratie/digitalisatie

Alles bij de hand met één oplossing

- Beheer gegevens en integreer (4K) video's.
- Bedien verschillende (medische) apparaten.
- Stroomlijn de workflow en verbeter de patiëntveiligheid.



Nieuwsgierig?

[www.getinge.com](http://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](mailto:info@tjepkemamedicalproducts.nl)

[tjepkemamedicalproducts.nl](http://tjepkemamedicalproducts.nl)

Landelijke vereniging van operatieassistenten

**34<sup>e</sup>**

**LVO CONGRES**

Donderdag 11 maart 2021

**1** DAAGS

**Andere tijden-de Groene OK**

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

## 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](http://www.interster.nl/cat/protectie)  
Neem contact met ons verkoopteam op via [cs@interster.nl](mailto:cs@interster.nl)

Your partner for CSSD, Endoscopy and Investment Solutions



© Shutterstock

# Waarom opnieuw het wiel uitvinden? Sla met ons de handen inéén!

Tekst: Marja Versantvoort, projectleider LVO

**Waarom zou je opnieuw het wiel uitvinden? Iedereen maakt onderwijs om te komen tot dezelfde eindtermen, iedereen schrijft voor dezelfde operaties protocollen en ontwerpt mogelijk ook nog eens dezelfde e-modules. Sla met ons de handen inéén! Wat kunnen we met elkaar delen?**

**D**oor het innoverende zorgaanbod en technologische ontwikkelingen in de zorg speelt de actuele kennis van een zorgprofessional een grote rol. Dit vraagt van de perioperatieve professional dat hij continu nieuwe kennis en vaardigheden ontwikkelt. Tevens krijgt deze professional een rol, waarbij verdieping en verbreding van het vak een vereiste is. Dit vraagt om scholing die efficiënt, kwalitatief en actueel is en blijft. Daarnaast blijft een tekort aan het aantal zorgprofessionals een feit waardoor het up-to-date houden van richtlijnen, protocollen en scholingsmaterialen een uitdaging is van alle dag.

**Daarom heeft de LVO met dit project een tweeledig doel:**

1. Investeren in efficiënte kennisinfrastructuur, ontwikkeld door en voor de perioperatieve zorgprofessionals door ontsluiting en ontwikkeling van leermaterialen, richtlijnen en protocollen voor gerelateerde onderwerpen voor de perioperatieve zorg van een operatieassistent en deze onder een open licentie beschikbaar stellen.
2. Realiseren van een actieve community van docenten, (student)operatieassistenten en andere betrokkenen bij de perioperatieve zorg die gebruikmaken van de ontwikkelde leermaterialen, richtlijnen en protocollen, daarover ervaringen uitwisselen en daardoor mede bijdragen aan onderhoud en uitbreiding van de verzameling open materialen (duurzaamheid).

**Dit draagt bij aan meerdere doelstellingen van de LVO:**

- Stimuleren van de professionalisering van de beroepsgroep
- Bevorderen van het contact tussen de leden
- Het organiseren van bij- en nascholing
- Internationale samenwerking

## DOELGROEP

Dit project heeft als hoofddoelgroep de 5000 (student)operatieassistenten en docenten van opleidingsinstituten en ziekenhuizen in Nederland. Daarnaast zijn de open gepubliceerde materialen toegankelijk voor eenieder die geïnteresseerd of betrokken is bij perioperatieve zorg.

Hierbij leren we van het landelijk project Samen hbo Verpleegkunde waarin zeventien bachelor verpleegkundeopleidingen dit al doen! Het landelijk project

Samen hbo Verpleegkunde heeft zich als doel gesteld om een platform ([hbo-vpk.wikiwijs.nl](https://hbo-vpk.wikiwijs.nl)) op te zetten om leermaterialen te delen en daarnaast een actieve community op te zetten waarop docenten, verpleegkundigen en studenten gemakkelijk met elkaar in contact kunnen komen ([hbovpk.nl/welcome](https://hbovpk.nl/welcome)). Om vertrouwen te creëren in de kwaliteit van elkaars materialen, is een kwaliteitsmodel ontwikkeld (het LOOV-kwaliteitsmodel). Dit model geeft deler en hergebruiker een handvat om de kwaliteit van hun leer materiaal te optimaliseren alvorens het te delen. Een onafhankelijke keurmeester kan op basis van dat model de kwaliteit van gedeelde leer materiaal toetsen. Wanneer het leer materiaal voldoet aan de eisen uit het kwaliteitsmodel, zal het een herkenbaar keurmerk krijgen (het LOOV-keurmerk). Dit keurmerk wordt zichtbaar gemaakt door middel van een logo dat bij het leer materiaal wordt geplaatst. Daarnaast is op Wikiwijs een vakvocabulaire ontwikkeld voor kernbegrippen, CanMedsrollen en thema's, waardoor het zoeken, vinden en uploaden onder dezelfde herkenbare termen zal plaatsvinden. Op deze manier wordt het voor de hergebruikers eenvoudiger snel de juiste materialen te vinden van een gegarandeerde kwaliteit.

## EERSTE STAPPEN

In de hectische tijd van corona is de saamhorigheid in Nederland groot en zoekt men snel naar e-learningmodules om mensen bij te scholen. Scholen zijn met man en macht lesmaterialen om aan het zetten naar digitaal of online materiaal. Hoe mooi is het dat men met kleine stappen al kan beginnen met delen en hergebruiken van elkaars kennis.

- In een samenwerking met de Amerikaans beroepsvereniging (AORN) zijn meerdere richtlijnen aangekocht. Deze worden vertaald en met de gebruikelijke procedures door meerdere verenigingen gekeurd.
- Een startpagina voor het delen van lesmaterialen is aangemaakt, met een eerste indeling per specialisme: <https://perioperatievezorg.wikiwijs.nl>.
- Tijdens het LVO-congres eerder dit jaar hebben de opleidingsinstituten uitgesproken met dit project actief aan de slag te willen gaan.

Heeft u vragen of wilt u meeparticiperen? Neem dan contact op met Projectleider Marja Versantvoort: [projecten@lvo.nl](mailto:projecten@lvo.nl)

[Lees verder op pagina 5. >>>](#)

## Colofon

### VL MEDIA Advies

Schorpioen 77  
9602 MJ Hoogezand  
Telefoon: 06-11352165  
Email: [info@denederlandse-ok-krant.nl](mailto: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, Aliëte Jonkers, Anne Meyer Fotografie, Ingrid Lutke Schipholt, Ivonne Zijp, Astrid Bron, 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](mailto: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.

# 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](http://www.lvo.nl) of scan de QR-code. Als dank ontvang je een luxe LVO-hamamdoek!

Scan de code!



**LANDELIJKE VERENIGING VAN OPERATIEASSISTENTEN**

# What's in it for me?

## Marja Geuzenbroek,

opleider operatieassistent Amstel Academie: 'Een databank en community kan opleiders helpen met het delen van lesmateriaal. Momenteel is iedereen in onderwijsland zijn/haar lesmateriaal in een sneltreinvaart aan het digitaliseren. Het is fijn om elkaars materiaal te gebruiken, ideeën op te doen en samen te werken. Samen komen we verder!'



## Wies van Hest,

teamleider hbo-v (waaronder technische stroom) Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid: 'Fijn dat operatieassistenten elkaar makkelijker kunnen gaan vinden op de community. Samen over de grenzen kunnen en durven kijken kan veel opleveren. Als er al een prachtig wiel is, gebruik het dan i.p.v. er nog een uit te vinden! Bedenk je een prachtig wiel, deel het dan!'



## Leonie Rüttermann,

operatieassistent in het UMCG: 'Het delen van praktijkgerichte evidence-based materialen: Eenvoudig informatie te vragen en te zoeken. Het blijft beschikbaar (geen links die uiteindelijk nergens toe leiden). Bij onbekende ingrepen hoeft het wiel niet opnieuw te worden uitgevonden. Men kan tips en trucs van collega's uit andere ziekenhuizen leren en toepassen op de eigen omgeving. Het keurmerk "evidence-based" is een belangrijke toevoeging, zodat men er zeker van kan zijn dat wat er aan materialen te vinden is ook echt klopt. Voordeel van een community is dat er ook gericht naar materialen kan worden gevraagd. Zo worden wij nu al af en toe gevraagd naar bepaalde richtlijnen (operatieverlopen), en die kunnen we dan met iedereen delen. Het principe van vraag en aanbod biedt zeker voordeel. Voor mij als operatieassistent en zeker als werkbegeleider kan het opleveren dat, in de toekomst, informatie op één plek te vinden is, dat je niet het hele internet hoeft af te speuren. Voor LVO Samen vertaal ik, (met een beetje hulp van collega's) de AORN-richtlijnen. Daarnaast kunnen we operatie-richtlijnen delen en willen we e-learnings en instructiefilmpjes gaan maken.'



## BEN OK

is een samenwerkingsplatform van de OK's van meerdere ziekenhuizen in de regio Brabant. We hebben de afgelopen jaren gezien dat het delen van kennis en bundelen van krachten noodzakelijk is om bij te blijven in de snel veranderende OK-omgeving. Gezamenlijk ontwikkelden we een curriculum voor gediplomeerde OA en AM. Dit curriculum vormt het fundament bij het ontwikkelen en organiseren van bij- en nascholing.

BEN OK ondersteunt regionaal de continue professionalisering van de beroeps-groep en elke OK kan lokaal het permanent leren (life long learning) borgen en managen. Operatieassistenten en anesthesiemedewerkers kiezen uit een breed palet van leeractiviteiten hoe zij hun kennis en kunde up-to-date houden. Met het "koffiekamer"-spel wordt op rustige momenten snel en op een leuke manier kennis opgefrist. De quizen die we sinds enige tijd online aanbieden rondom verschillende onderwerpen moeten nog terrein winnen. En we zoeken naar geschikte e-learning die relevant is en voldoende verdieping biedt voor deze specifieke doelgroep.' Zo vertelt Kirsten Godding, die sinds oktober 2017 het project begeleidt en zorgdraagt voor de didactische kwaliteit.

# OK-COLLEGA UITGELICHT

Randy werd operatieassistent vanwege de samenwerking

## ‘Eerst lekker werken, daarna doorleren’

Eerst wil hij lekker werken en veel ervaring opdoen, daarna gaat hij zijn verdere ambities verwezenlijken. Randy Juharianto (28), operatieassistent in het Dijklander Ziekenhuis (Purmerend/Hoorn) won tijdens het LVO-congres de prestigieuze Young Professional Award. Hij houdt van samenwerken. En als je geluk hebt maakt hij een rijsttafel.

Tekst: Ingrid Lutke Schipholt  
Foto's: Ivonne Zijp



### JE WON DE YOUNG PROFESSIONAL AWARD VOOR JOUW EINDSCRIPTIE. JE BENT DUS NET AFGESTUDEERD. HOE ZIET JOUW LOOPBAAN ER TOT NU TOE UIT?

‘Ik ben in drie jaar tijd operatieassistent geworden met werken en leren. Ik werkte in het Waterlandziekenhuis, dat nu het Dijklander Ziekenhuis is, en volgde de theorielessen aan de Amstel Academie via het VUmc. Tot eind augustus 2019, want toen studeerde ik af.’

### WAAROM HEB JE VOOR DIT VAK GEKOZEN?

‘Ik had altijd al iets met zorg. Op de operatiekamer ben ik op mijn plaats, omdat ik hier in een team werk en dus samenwerk. Daar heb ik behoefte aan. Eerst heb ik nog mijn propedeuse fysiotherapie gedaan in Rotterdam. Fysiotherapie was niet helemaal mijn ding, want als fysiotherapeut werk je meer één op één. Tijdens mijn opleiding fysiotherapie heb ik de kans gehad om eens een kijkje te nemen in de snijzaal van het Erasmus MC. Ik was onder de indruk; een kijkje nemen in het menselijk lichaam. Ik ging onderzoeken of er een opleiding bestond waardoor je dit vaker kon meemaken. En zo kwam ik bij het vak operatieassistent terecht.’

### HET TOENMALIGE WATERLANDZIEKENHUIS WAS NIET HEEL GROOT. WAAROM HEB JE VOOR DIT ZIEKENHUIS GEKOZEN?

‘Ik wilde graag in een academisch ziekenhuis werken, omdat je daar over het algemeen met complexere casussen te maken krijgt, maar het werd een perifeer ziekenhuis. Uiteindelijk pakte het gunstig voor mij uit, want je mag hier meer doen. Er zijn niet veel co-assistenten die het leuke werk mogen doen. In een academisch ziekenhuis zijn er veel lagen qua functies, en als je assisteren leuk vindt, moet je dat regelen. Hier zijn soms arts-assistenten, en die gaan dan natuurlijk voor aan tafel. Dan mag je instrumenteren of ben je de omloop. Verder zijn de contactlijnen korter dan in een groot ziekenhuis en het is heel gezellig. Ik heb er geen spijt van gehad.’

### WAT VIND JE HET LEUKSTE IN JE WERK?

‘Ik ben nu allround operatieassistent en dat vind ik heel leuk. Toch heb ik de meeste affiniteit met de vaatchirurgie en orthopedie. Ik vind het leuk om met mijn handen te werken. Tijdens een operatie maakte een vaatchirurg eens de opmerking dat ik het goed had gedaan en best specialismeoudste zou kunnen worden. Dat vond ik prettig te horen. Ik ben nu vooral bezig met veel ervaring op te doen; vlieguren te maken.’

## JE WON DE YOUNG PROFESSIONAL AWARD, EEN SCRIPTIEPRIJS VOOR NET AFGESTUDEERDE OPERATIEASSISTENTEN. WAT BRACHT DEZE PRIJS JOU?

'Ik had een groot bereik voor mijn onderzoek omdat ik het tijdens het congres kon vertellen aan de hele zaal collega's, maar al eerder kon ik het bekendmaken aan de vakgroepen in het ziekenhuis.'

## HOE BEN JE OP IDEE GEKOMEN OM DE SCHADELIJKHEID VAN CHIRURGISCHE ROOK VOOR DE PATIËNT TE ONDERZOEKEN?

'Tijdens de opleiding volgde ik een workshop over diathermie. Daar leerde ik dat diathermische rook schadelijk is voor het operatiepersoneel en dat erdoor heel wat schadelijke partikels vrijkomen. Later in de praktijk stond ik bij een laparoscopische hysterectomie en toen zag ik dat er veel rook in de buik werd gevormd. Ik vroeg me af of het ook schadelijk voor de patiënt kon zijn. Een collega waarbij ik erover begon, wist er ook niet het fijne van. Toen dacht ik: ik ga het zelf wel uitzoeken voor mijn eindschrijft. Er bleek niet zo veel literatuur over te zijn. Dat wat er was ging voornamelijk over open chirurgie en ging in op wat het voor de teamleden betekent. Ik vind het ook belangrijk om het over de gevolgen voor de patiënt te hebben, opdat je hem er goed over kunt vertellen.'

## WAT KWAM ERUIT?

'Ik heb ontdekt dat laparoscopische rook uit andere bestanddelen bestaat dan die bij open chirurgie. Je ademt dus andere stoffen in. Daarnaast ben ik ook te weten gekomen dat partikels geabsorbeerd worden door de patiënt. Meestal zijn het kankerverwekkende en toxische chemische stoffen. Dat vind ik zorgwekkend.'

## IS ER VERDER IETS MEE GEDAAN?

'Ja, voor het onderzoek heb ik een nota van aanbeveling voor de directie geschreven. Die heeft naar aanleiding daarvan besloten om rookfilters aan te schaffen voor beide locaties, dus zowel Purmerend als Hoorn. Ik ben er heel blij mee dat ze er serieuze aandacht aan hebben geschonken.'

## WAT MAAKT JE VAK ZO INTERESSANT?

'Ten eerste vind ik het samenwerken heel leuk. Ik krijg er energie van en raak er extra door gemotiveerd: het met een team proberen de patiënt beter te maken of zijn kwaliteit van leven te verbeteren. Ten tweede spreekt mij de diepgang van de kennis aan. Ik vond het ook interessant om mijn onderzoek te presenteren voor wel zestig collega's van beide locaties. Dit was een soort warming up voor de presentatie van mijn scriptie tijdens het LVO-congres waar ik de Award won.'

## HOE IS DE RELATIE MET DE SPECIALISTEN?

'In het begin was het even wennen. Toen hield ik me bezig met hoe kan ik deze persoon benaderen, wat kan ik wel en niet doen. Ik moest even de persoon leren kennen. Nu, een halfjaar later, gaat het veel gemakkelijker. Nu vragen we over en weer hoe je weekend was en zo. Ik kan goed met ze opschieten. Laatst heb ik zelfs een Indonesische rijsttafel voor een van de specialisten gemaakt.'

## EEN INDONESISCHE RIJSTTAFEL? HOEZO?

'Ik ben in Indonesië geboren en rond mijn vijftiende naar Nederland gekomen omdat mijn oma hier woonde. Nederlands is niet mijn moedertaal. Daarom was het presenteren van mijn onderzoek extra spannend. Ik moest mij heel goed voorbereiden op hoe ik presenteerde en hoe je anderen kunt overtuigen. Toen ik net in Nederland was heb ik eerst een jaar school voor anderstaligen bezocht. Daarna ben ik doorgestroomd naar vwo 2.'

## JE BENT DOORGESTROOMD NAAR HET VWO EN JE WERKT IN DE CURE. HEB JE OOIIT OVERWOGEN OM GENEESKUNDE TE GAAN STUDEREN?

'Ja, maar mijn leeftijd speelde een rol bij de keuze voor een studie. Ik was al wat ouder dan mijn klasgenoten. Ik koos uiteindelijk voor een opleiding



waarvoor ik ook betaald zou worden. Best of both worlds zou ik maar zeggen.'

## BEN JE OVER TIEN JAAR NOG OPERATIEASSISTENT?

'Dat weet ik niet. Voor nu wil ik graag meer ervaring en kennis opdoen. Ik denk dat ik over een aantal jaar door wil groeien tot physician assistant (PA) via een masteropleiding. Als PA ben je autonoom en mag je meer zelfstandig doen. Ik zou dan ook contact met patiënten hebben, en dat wil ik graag.'

## KRIJG JE NU ZO KORT NA JE Afstuderen AL NASCHOLING?

'Jazeker, ik vind het leuk. En er is veel aanbod van nascholing. Ik kan op iets intekenen en vragen aan de leidinggevende of ik het mag volgen. Als je goede argumenten hebt, is er altijd wel budget voor.'

## WAT MERK JE VAN HET TEKORT AAN OPERATIEASSISTENTEN?

'Leerlingen hebben grote kans om te mogen blijven in het ziekenhuis waar ze opgeleid zijn. Ziekenhuizen willen zelf opgeleide mensen graag behouden. Ik ben in mijn opleidingsziekenhuis gebleven samen met een collega uit mijn jaar. Verder merk ik er niet veel van.'

## WAT MERK JE VAN DE COVID-19-PANDEMIE IN JE WERK?

'Aanvankelijk werd het aantal operaties niet echt gereduceerd, maar op een gegeven moment werden er wel ingrepen uitgesteld. En we draaien iets vaker diensten. Soms twee keer per week en minimaal één keer per week. Alles verloopt door die pandemie anders. Ik moest even wennen aan andere structuren. Het is een nieuwe situatie die we nog niet eerder hebben meegeemaakt.'

# Het 'Steriele Pad' fietsen?!



Operatieassistent Gesela Ebbinge (29) is er weer klaar voor! Vandaag fietst ze met collega's op de racefiets het 'Steriele Pad' in de ommelanden van Groningen. 'Samen met collega's heb ik de route uitgezet. Natuurlijk houden we 1,5 meter afstand. Maar dat gaat de pret niet drukken. We hebben er zin in.'



Het initiatief is onderdeel van OK Vitaal, een programma om elkaar op het Martini Operatiecentrum te motiveren om vitaal te blijven werken. Manager Wouter Loef: 'We vinden het belangrijk dat iedereen sterk in het werk blijft staan en hebben daar bewust aandacht voor, ook ziekenhuisbreed. Zo hebben we een Sterk in je Werk-jaarprogramma waar iedereen zich kosteloos kan inschrijven voor activiteiten, zoals yoga, mindfulness, coaching, workshops en trainingen. Daarnaast hebben we op het Operatiecentrum een eigen programma ontwikkeld.'

OK Vitaal helpt om collega's bewust te maken van hoe belangrijk beweging, ontspanning en gezonde voeding is. Gesela Ebbinge: 'We hebben op de OK best zwaar werk, zeker lichamelijk. Maar het is ook maar net hoe je daar tegenaan kijkt. Je kunt

er zelf veel aan doen om gezond te blijven. Daarin stimuleren we elkaar. Zo zijn er collega's die samen paardrijden of mountainbiken. We hebben ook al eens aan een Wampex meegedaan. En er is een groep die na het werk samen yogalessen volgt. Het mooie is dat alle disciplines meedoen en enthousiast zijn.'

Gesela is vijf jaar geleden begonnen met de opleiding en werkt sinds twee jaar als gediplomeerd operatieassistent in het Martini Ziekenhuis. 'Wat ik zo mooi vind in mijn werk, is dat we echt een team zijn. Iedereen heeft de ruimte om mee te denken. Als je iets ziet wat beter kan, kun je dat gewoon zeggen. Die collegialiteit is heel bepalend voor mijn werkplezier.'

En de tochtjes op de racefiets? 'Ik ben altijd al heel sportief geweest. Dus voor mij is het vanzelfsprekend dat ik lekker in beweging ben. Zo heb ik vorig jaar getraind voor een triatlon. Als ik voor een training een dienst wilde ruilen, was dat nooit een probleem. We houden gewoon rekening met elkaar. Dat is echt #teammartini.'

## Nieuwsgierig naar het Martini Operatiecentrum?

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



#teammartini





# Stilgezet



probeerden te drukken. Tijdens een crisis krijgen we alle kansen om kleur te bekennen en tot bewustzijn te komen. Meer dan ooit bleek dat als het eropaan komt, de zorg er klaar voor is en klaar staat. Het lijkt lichtjaren geleden dat we staakten en vroegen om meer waardering en erkenning. Die kwamen er nauwelijks, daar was iets totaal anders voor nodig. En dat kwam sneller dan we allemaal hadden kunnen vermoeden. Het applaus is inmiddels verstomd en in de ziekenhuizen gaan we al bijna weer over tot de orde van dag. En toch anders, we hebben gezien dat we een essentieel beroep hebben en dat er als het eropaan komt er veel waardering is. Hoe het nu verder moet weet niemand zeker. Straks zijn er weer files, pretparken vol Chinezen, pleinen vol selfiesticks en rommelende rolkoffers. Dan zal het weer over de stijgende zorgkosten gaan en hoe we wellicht weer kunnen bezuinigen. Laten we dan eens terugdenken aan de stille straten, pleinen en wachtkamers. Menselijk gedrag is kennelijk te sturen, evenals het beroep dat we als mensen doen op de zorg. Zouden we van de afgelopen maanden kunnen leren dat we met zijn allen de afgelopen jaren de zorg overvraagd hebben en wij als zorgaanbieders dat niet hebben kunnen afremmen om welke reden dan ook? Zouden we als het er echt opaan komt in eerste instantie wat beter voor onszelf kunnen zorgen in plaats van een beroep te doen op de zorg? En zouden we de overheid mogen vragen ons te helpen daar een bewustzijnsslag in te maken? Zorg goed voor jezelf en je lijf en leden. En als er dan toch extra geld nodig is, dan zijn er wel bedrijven die gestimuleerd door gunstige fiscale regelingen gevraagd kunnen worden een bijdrage te leveren, zeker als ze producten maken die bijdragen aan zorgkostenverslindende aandoeningen als obesitas, suikerziekte en COPD. De samenleving heeft heel even laten zien dat gedrag en gewoontes kunnen veranderen. Voor een duurzame verandering is meer nodig, dat kan niet zonder aansturing. Vooralsnog hebben overheden nu even iets anders aan hun hoofd, maar laten we hopen dat er in alle stilte plannen gemaakt worden om hier nu eens echt mee aan de slag te gaan.

**Pieter Poortman is algemeen, oncologisch en gastro-intestinaal chirurg in het Dijklander Ziekenhuis in Purmerend.**

**E**n zomaar ineens werd het stil. Op straten, op snelwegen, op pleinen en in scholen. Het viel stil in rechtszalen, theaters, concertgebouwen en sportscholen. Een enkele keer werd er 's avonds zomaar ineens geklapt, een applaus voor de longartsen, IC-verpleegkundigen en vrijwilligers die ingezet werden om de toestroom van benauwde patiënten op te vangen. Het leek ook wel een ritueel om eigen angsten te bezweren. Daarna werd het weer stil en trokken we ons terug in onze huizen om groepsimmunitet op te bouwen. Op het niet-coronadeel van Spoed Eisende Hulpen werd het ook stil, zo stil dat dokters zich zelfs wat zorgen gingen maken. Wat was er toch aan de hand? Geen pijn op de borst meer, geen herseninfarcten, geen buikpijn en zelfs geen blindedarmen meer. Er werden allerlei verklaringen voor gegeven, maar niemand die het echt goed kon verklaren. De SEH artsen riepen mensen op om toch vooral al hun lichamelijke klachten heel serieus te nemen en zich te melden bij een dokter, te lang wachten zou tot meer schade kunnen leiden. Bizarre tijden. Dokters op zoek naar patiënten. Patiënten op zoek naar geborgenheid. En intussen werd het daadwerkelijk rustiger op de operatiekamers terwijl op IC's en speciale afdelingen benauwde patiënten vchten voor hun leven en intensief verzorgd werden door artsen en verpleegkundigen. Ook OK-personeel werd ingezet, breed inzetbaar als ze zijn. Ze konden op de OK ook tijdelijk gemist worden, veel electieve zorg was op een laag pitje gezet. Het was opvallend hoe snel in ziekenhuizen geschakeld werd en hoe mensen elkaar vonden. Er werden speciale operationele teams opgericht en op een uiterst flexibele manier paste het personeel zich aan aan de veranderde omstandigheden. En eigenlijk vonden we het ook wel weer vanzelfsprekend, dit was toch eigenlijk waarom we in de zorg waren gaan werken. Er zijn mensen die zich de laatste weken hebben afgevraagd of ze misschien toch niet een baan hebben die er wat minder toe doet. Je zat thuis en ontdekte dat je eigenlijk niet gemist werd of dat al je rondvliegen over de wereld ook wel via Teams of Zoom kon. Je deed de marketing van een low budget airline maar besefte geleidelijk aan dat reclame maken voor een manier van reizen die uit zijn voegen gegroeid was misschien toch niet de voldoening kon geven die je ooit voor ogen stond. Er waren er ook die na miljardenwinsten en fiscale voordelen toch nog het lef hadden hun hand op te houden of aan het overheidsinfuus liggend er nog een salarisverhoging door



## Maquet PowerLED II Innovatieve verlichting op de OK

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

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



Meer weten?  
Scan de QR-code en bekijk de video.

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

GETINGE ✦



De BIG-aanvraag:

# wat is er al gebeurd en wat gaat er nog gebeuren?

Tekst: Nicole Dreessen en Marja Versantvoort  
Foto's: Ivonne Zijp

## WAT IS ONZE GEZAMENLIJKE VISIE OP HET BEROEP OPERATIEASSISTENT?

Even een terugblik naar 2012, toen bovenstaande vraag gesteld werd. De LVO had het initiatief genomen voor een bijeenkomst met verschillende betrokken instanties: NVZ, NFU, CZO, NVLO.

Op deze bijeenkomst kwam de volgende vraag naar voren: Hoe ziet het beroep er in 2020 uit om de kwantiteit en de kwaliteit van operatieassistenten te kunnen waarborgen? Deze vraag ontstond na de publicatie van het nieuwe beroepsprofiel, maar ook door de toen actuele problematiek rondom het beroep, zoals schaarste op de arbeidsmarkt en de inzet van buitenlandse medewerkers. De LVO heeft in 2012 een actueel en op de toekomstgericht beroepsprofiel van de operatieassistent ontwikkeld. Reeds ingezette en te verwachten ontwikkelingen vereisten een herbezinning op het beroep, om zowel de kwaliteit als de kwantiteit van operatieassistenten te kunnen blijven waarborgen. Met dit beroepsprofiel had de LVO een eerste stap gezet om zich samen met de betrokken partijen hiervoor in te zetten. Erkenning van het beroep van operatieassistent en het verkrijgen van een hbo-status was hierbij een belangrijk aandachtspunt.

Als je naar bovenstaande terugblik kijkt, krijg je het gevoel dat er niets is veranderd. Er is nu ook een tekort aan operatieassistenten en het beroep operatieassistent is nog steeds niet in de Wet BIG opgenomen. Toch is er in de tussentijd veel gebeurd. Naar aanleiding van het beroepsprofiel zijn nieuwe eindtermen voor de opleiding vastgesteld. Daarna heeft het CZO in samenspraak met de LVO in 2013 een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheid tot niveau-inschaling van de opleiding operatieassistent. Na gesprekken te hebben gevoerd met verschillende ministeries, hogescholen en inschalingsorganisaties, kon de conclusie worden getrokken dat een procedure bij het Nationaal Coördinatiepunt NLQF (NCP NLQF)

de snelste en meest kansrijke optie was. Het resultaat is dat de opleiding is ingedeeld in niveau NLQF 6 (bachelorniveau).

De kern van het beroep is ondertussen in de praktijk al uitgekristalliseerd, het is een specifiek beroep waarbij een steeds groter beroep zal worden gedaan op zelfstandigheid van handelen en belangrijke algemene hbo-competenties als professionaliteit en innovatievermogen. Operatieassistenten hebben een cruciale rol in het operatieve proces. Bij deze zorg bestaat een grote kans op fouten met soms zeer ernstige consequenties voor de patiënt. Tevens voeren ze naast verpleegkundige en technische handelingen ook medische handelingen uit.

## WAAROM EEN BIG-AANVRAAG?

Door de constante ontwikkelingen op technologisch, medisch en zorginhoudelijk gebied zijn de taken en de benodigde kennis van operatieassistenten complexer en gespecialiseerder geworden, en krijgen ze steeds meer verantwoordelijkheden. Door taakverschuivingen en deze technologische ontwikkelingen nemen operatieassistenten steeds meer taken over van specialisten. Operatieassistenten verrichten zelfstandig heelkundige en voorbehouden handelingen, zoals introduceren van een trocar bij laparoscopische operaties/robotchirurgie, plaatsen van klemmen, clips en of autosuture op organen, blaaskatheterisatie, aanleggen van bloedleegte en röntgendoorlichting. Soms worden zelfs kleine operaties uitgevoerd, zoals het uitnemen van venen. En ook gedeelte van een operatie, zoals bijv. het verwijderen van huid en hechten van subcutis/ huid bij operaties terwijl de operateur hier niet meer bij aanwezig is. Deze handelingen worden in de praktijk nu wel uitgevoerd door de operatieassistent, maar ze zijn bij wet niet goed geregeld en geborgd.

De LVO heeft meermaals overleg gehad (in 2013, 2015, 2017 en 2019) met het ministerie in verband met de vraag hoe kunnen we dit regulariseren. In 2019 heeft minister Bruins aangegeven dat hij onderschrijft dat operatieassistenten een belangrijke rol vervullen in de operatieve zorg, waarin risicovolle handelingen en technologische ontwikkelingen elkaar snel opvolgen. Opname van een nieuw beroep in artikel 3 van de Wet BIG vraagt om een wetswijziging.

Vanwege de patiëntveiligheid en bescherming van het beroep ziet de LVO een BIG-registratie als noodzakelijk. Daarnaast moet een kwaliteitsregister naast bescherming van het beroep ook ondersteuning bieden voor het bewaken van de kwaliteit van de beroepsbeoefenaar.

Er is een aanvraag gedaan voor een BIG-registratie volgens artikel 3 voor functionele zelfstandigheid voor enkele voorbehouden handelingen tot het verrichten van heelkundige handelingen (hierbij kun je denken aan coaguleren, doornemen van structuren, knopen/hechten, boren etc., katheterisaties, injecties, puncties en defibrillatie). Voor functionele zelfstandigheid is gekozen omdat de operatieassistent namelijk wel zelfstandig, maar altijd in opdracht van de specialist of indirect via protocol, de handelingen uitvoert.

## ACHTERGROND WET BIG

Sinds 1997 is de Wet BIG van kracht en is de beroepsmatige uitvoering van de individuele gezondheidszorg in principe vrij voor iedereen. Het uitgangspunt van de Wet BIG dat een beroep niet wordt opgenomen tenzij dit noodzakelijk is om patiënten adequaat te beschermen tegen onzorgvuldig en/of ondeskundig handelen. In de volksmond wordt dit vaak het 'nee, tenzij'-principe genoemd. Om deze reden zijn de meeste beroepen in de individuele gezondheidszorg niet opgenomen in de Wet BIG.

Met dit uitgangspunt in gedachten is de doelstelling van de Wet BIG tweeledig: 1) het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, en 2) het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaars in de individuele gezondheidszorg.

### CRITERIA OPNAME WET BIG

Een beroep kan op verschillende manieren worden opgenomen in de Wet BIG. Er is het zogenaamd 'zware regime' (artikel 3 beroepen) en het 'lichte regime' (artikel 34 beroepen). Ook is het mogelijk een beroep bij wijze van experiment tijdelijk op te nemen in de Wet BIG middels het 'experimenteerartikel' (artikel 36a beroepen).

Voor beroepen in het 'zware regime' (artikel 3) geldt een beschermde beroepstitel, is het tuchtrecht van toepassing en is het mogelijk om een zelfstandige bevoegdheid voor voorbehouden handelingen toe te kennen. Deze beroepsgroepen zijn verplicht zich elke vijf jaar te (her)registreren in het BIG-register. Voorbeelden van beroepen in het 'zware regime' zijn: artsen, apothekers en verpleegkundigen.

Voor beroepen in het 'lichte regime' (artikel 34) geldt alleen een beschermde opleidingstitel. Voorbeelden van beroepen in het 'lichte regime' zijn: diëtisten, huidtherapeuten en radiodiagnostisch laboranten.

Voor beroepen in het 'experimenteerartikel' (artikel 36a) geldt dat zij tijdelijk zijn opgenomen in het BIG-register in het kader van taakherschikking voor een periode van vijf jaar. Tijdens deze periode vindt er een onafhankelijk evaluatieonderzoek plaats om te bepalen of het beroep definitief moet worden opgenomen in het 'zware regime' (artikel 3 van de Wet BIG). Voorbeelden van beroepen waarmee momenteel geëxperimenteerd wordt zijn: bachelor medisch hulpverlener en mondhygiënist.

Voor opname van een beroep in de Wet BIG (artikel 3, 34 of 36a) moet in ieder geval aan drie criteria worden voldaan, waarbij verschillende overwegingen van toepassing zijn.

De criteria zijn:

1. Is het beroep gericht op de individuele gezondheidszorg?
2. Is het beroep een basisberoep en is het voldoende onderscheidend?
3. Is wettelijke regulering van het beroep noodzakelijk om patiënten adequaat te beschermen?

Voldoet een beroep aan deze criteria, dan vindt daarna een afweging plaats of het beroep in aanmerking komt voor opname in het 'lichte' of in het 'zware regime'.

Het Zorginstituut adviseert de minister van Medische Zorg en Sport of een beroep voldoet aan de criteria. Voor meer informatie over de criteria en de overwegingen die daarbij van toepassing zijn zie: [www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-opname-beroepen-en-erkenning-specialistentitels-in-de-wet-big/de-wet-big-achtergrondinformatie](http://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-opname-beroepen-en-erkenning-specialistentitels-in-de-wet-big/de-wet-big-achtergrondinformatie).

### WAT ZIJN DE ROL EN DE WERKWIJZE VAN HET ZORGINSTITUUT?

Het Zorginstituut is een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) en heeft een wettelijk opgedragen takenpakket. Sinds 2018 adviseert het Zorginstituut de minister van Medische Zorg en Sport (MZS), op verzoek, over het opnemen van beroepen in de Wet BIG. Het Zorginstituut heeft hiervoor een speciaal team geformeerd.

Een verzoek voor opname van een beroep moet door een beroepsvereniging formeel worden ingediend bij de minister. De minister vraagt vervolgens het Zorginstituut om het verzoek te beoordelen aan de hand van de beleidslijn van VWS (zoals hierboven beschreven) en hierover een advies uit te brengen. Door middel van werkbezoeken, gesprekken met experts en aanpalende partijen en het verrichten van (literatuur)onderzoek bekijkt het Zorginstituut in hoeverre voldaan wordt aan de criteria. Een conceptadviesrapport wordt voorgelegd aan de aanpalende partijen (waaronder de verzoekende partij), waarna het adviesrapport definitief wordt vastgesteld. Er geldt geen wettelijke termijn, maar het Zorginstituut streeft ernaar een advies binnen acht maanden uit te brengen.

De minister beslist vervolgens of het advies wordt overgenomen. Indien de minister beslist om een beroep op te nemen in de Wet BIG, zal er een wetstraject (wetswijziging) worden ingezet. Dit kan enkele jaren duren.

### TOEKOMSTVISIE WET BIG

In december 2019 heeft de minister aangekondigd om, samen met de veldpartijen, te verkennen in hoeverre de Wet BIG toekomstbestendig is. De minister heeft hiervoor een stuurgroep in het leven geroepen. Het doel van de stuurgroep is om te komen tot een lange-termijnvisie op de Wet BIG. De minister wil de Tweede Kamer hierover na de zomer van 2020 verder informeren.

Nieuwe verzoeken voor opname van beroepen in de Wet BIG worden hierdoor vooralsnog opgeschort, met uitzondering van die verzoeken waarvan de minister het Zorginstituut al heeft gevraagd om een advies. Dit betreffen in totaal zes verzoeken, waarvan het verzoek van de LVO er een is.

### RELATIE VERZOEK LVO MET EVALUATIEONDERZOEK BMH

Het evaluatieonderzoek m.b.t. de inzet van de bachelor medisch hulpverlener (BMH) en het advies van het Zorginstituut over het verzoek van de LVO om de operatieassistent op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG staan los van elkaar.

De BMH is, voor een periode van vijf jaar, opgenomen in de Wet BIG. Gedurende deze periode loopt er een onafhankelijk evaluatieonderzoek naar de doeltreffendheid en doelmatigheid van het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan de BMH voor het uitvoeren van enkele voorbehouden handelingen. Indien het evaluatieonderzoek uitwijst dat het doeltreffend en doelmatig is, kan de BMH definitief worden opge-



nomen in de Wet BIG. Het evaluatieonderzoek wordt uitgevoerd door het Maastricht UMC+.

BMH's met het uitstroomprofiel 'operatieve zorg' worden vaak ingezet als operatieassistent. Het onderzoeksteam wil daarom data verzamelen bij operatieassistenten om deze te kunnen extrapoleren naar de BMH met het uitstroomprofiel operatieve zorg. Om deze reden heeft het LVO verschillende oproepen gedaan mee te werken aan het evaluatieonderzoek, aangezien we in de praktijk dezelfde taken uitvoeren. De BMH's operatieve zorg worden ook tijdens hun stage begeleid door een operatieassistent.

### WAT IS DE HUIDIGE STATUS VAN DE BIG-AANVRAAG?

In mei 2017 heeft de LVO formeel een verzoek ingediend bij de minister. In april 2019 heeft de minister het Zorginstituut gevraagd het verzoek te beoordelen en hierover te adviseren. In mei, september en december 2019 is er overleg geweest tussen het Zorginstituut en de LVO. In januari 2020 heeft er nog een gesprek plaatsgevonden en heeft de LVO haar verzoek aangevuld.

In februari 2020 is het Zorginstituut officieel begonnen met het adviestraject. Dit bevindt zich nu in een opstartfase, waarin werkbezoeken en gesprekken met aanpalende partijen worden ingepland. Ook is begonnen aan het (literatuur)onderzoek en het verzamelen van achtergrondinformatie. In dat verband was het Zorginstituut ook aanwezig op het LVO-congres.

### IMPACT CORONACRISIS

Door de coronacrisis is het aannemelijk dat het adviestraject vertraging oploopt. Zo zijn geplande werkbezoeken afgelast en is het moeilijker om gesprekken met aanpalende partijen te organiseren. Samen met de LVO bekijkt het Zorginstituut wat wel mogelijk is. Het Zorginstituut streeft er nog steeds naar om het adviesrapport dit najaar uit te brengen aan de minister.

### HEEFT U VRAGEN?

Neem dan contact op met [beroepsbelang@lvo.nl](mailto:beroepsbelang@lvo.nl). Voor meer achtergrondinformatie: [www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-opname-beroepen-en-erkenning-specialistentitels-in-de-wet-big/de-wet-big-achtergrondinformatie](http://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-opname-beroepen-en-erkenning-specialistentitels-in-de-wet-big/de-wet-big-achtergrondinformatie)

## OVERZICHT VAN WAT DE WET BIG REGELT

	'Zwaar regime' (artikel 3) (Bijv. arts, verpleegkundige, tandarts)	'Licht regime' (artikel 34) (Bijv. diëtist, apothekersassistent)	'Specialismen' (artikel 14) (Bijv. cardiologie, huisartsgeneeskunde)	'Experiment' (*) (artikel 36a) (Bijv. Bachelor Medisch Hulpverlener)	Andere zorg-professionals (Bijv. doktersassistent, chiropractor)
Wettelijk beschermde beroepstitel	+	-	+	-	-
Verplichte registratie	+	-	+	+	-
Tuchtrecht	+	-	+	+	-
Wettelijk beschermde opleidingstitel	-	+	-	-	-
Mogelijkheid tot het toekennen van zelfstandige bevoegd tot voorbehouden handelingen	+	-	+	+	-
Mogelijkheid tot het toekennen van functionele zelfstandige bevoegdheid tot voorbehouden handelingen	+	+	+	-	-

(\*)Voor zover bij AMvB geregeld. Bron: Zorginstituut Nederland.

Heraeus

**69%** Reductie van  
diepe infecties bij  
kophalsprotheses na een  
Femurnekfractuur\*



**69**

**COPAL® G+C**

**Botcement met  
gentamicine en clindamycine**

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

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

# Even van me afschrijven...

Vannacht mijn tweede nacht als dienstdoend operatieassistent. Gisteren was al een onrustige nacht en ik was voorbereid op weer zo'n nacht. Als er geen spoedaanbod is knappen we een uiltje, en dat was ik afgelopen nacht ook aan het doen. Samen met mijn collega hadden we de twee seinen verdeeld, zij dat van de OK en ik het outbreak-sein. Dit had ik nog niet eerder gehad, ik had wel gelezen wat ik moet doen en ik had goede uitleg gehad van een collega op de SEH.

Ergens na vijf uur hoorde ik een stem mijn naam roepen: 'Tanneke, ben je hier?' Ploep, ik stond gelijk 'aan'. Oef, ik moest nog wel even snel plassen. De anesthesist en de anesthesiemedewerker stonden op mij te wachten zodat we samen naar de longafdeling konden lopen. Ik kreeg te horen dat we een patiënt moesten gaan intuberen. Uiteraard doe ik dat niet, maar als operatieassistent bewaak je de seinen van de 'vieze' kant en je neemt zo'n sein op of je belt iemand indien nodig. Dat mocht ik gelijk doen, de achterwacht van de anesthesiemedewerker bellen om te komen.

Nadat we ons in het isolatiepak hadden gehesen ritsten we de tent van de afdeling open en stonden we al snel bij de doodzieke patiënt. De sfeer die er was kon je bijna pakken. De onmacht kon je in ieders ogen lezen. Het was net of ik in een slechte film zat. De patiënt was nog aanspreekbaar, maar hapte naar adem. Alle medicatie om hem te laten slapen werd opgetrokken. Inmiddels was er een ic-verpleegkundige aangeschoven. Er liepen meerdere mensen daar en ondanks zoveel jaren NWZ kende ik ze echt niet allemaal! Een verpleegkundige van locatie Den Helder was erbij en ook, volgens mij, een arts die gelaten toekeek hoe het intubatieteam het overnam. Er was een mooie cohesie tussen alle medewerkers van het NWZ. Naast de professionele zorg was er ook aandacht voor elkaar. Iedereen liet elkaar in zijn waarde en kon daardoor zijn deel bijdragen aan deze gebeurtenis.

De anesthesist legde heel rustig aan de angstige man uit dat hij zo dadelijk ging slapen, net als voor een operatie. Af en toe moest ik wat aangeven, bijvoorbeeld een yankauer (zuigbuis) of een spuitje NaCl. Ineens zag ik dat ze overgingen naar een reanimatiesetting! O nee hè ... wat een klotevirus ook, zei een verpleegkundige. Er werd gevraagd om atropine en daarna om adrenaline, die ik snel optrok, moest ik dat eigenlijk wel doen? Maar leek normaal leek dat ik het deed, en dan doe je dat. 'Nog een keer adrenaline 1 milligram!' En nog een keer werd het gezegd, o ja ... CRM Tanneke, dus ik riep; 'Adrenaline komt eraan.' Gelukkig was er snel weer een hartritme en was de patiënt gereed om vervoerd te worden.

Snel alle telefoons en seinen bij elkaar geraapt, waren er echt heel veel, en snel de cohorttent uit richting lift, jemig wat had ik het warm ... met pasjes de deuren openen, en voor een andere deur moest ik de portier bellen om die te ontgrendelen, nou ik kan je vertellen dat bellen met een FFP2-masker op, handschoenen aan en een lijf vol adrenaline niet zo makkelijk is, maar al snel waren we op de ic waar de arme man verder opgelijnd werd. Nu had ik alle tijd om te observeren, mijn enige taak was nu

nog om de seinen te beheren. Ook hier was het alsof je in een slechte film zit. Allemaal doodzieke mensen in bed, aan de beademing en met alle toeters en bellen. Brrrrr, wanneer eindigt deze nare droom? En toch ... ik ben blij dat ik kan helpen, thuiszitten en weten dat er zo knetterhard gewerkt wordt in het NWZ is psychisch ook zwaar, nee laat mij dan maar mijn rol pakken in deze boze droom.

**Tanneke Goverse is verpleegkundige (verkoever-ic) en lid van de ondernemingsraad bij de Noordwest Ziekenhuisgroep (NWZ). Tanneke staat rechts op de foto samen met haar collega Karin van Heuven van Staereling-Barnhoorn. Tanneke schreef deze tekst aan het begin van de Covid-19-periode.**



## Monddood

**De helden van de zorg. Zo werden de verpleegkundigen en verzorgenden de afgelopen maanden genoemd. Televisie en schrijvende pers zochten naar de verhalen van onze beroepsgroep. Voor de uitbraak van COVID-19 moesten we vaak hemel en aarde bewegen om het vak onder de aandacht te brengen. Nu lag de aandacht voor het oprapen.**



Buiten alle zaken waar het fout ging – en dat was helaas net iets teveel – kwamen ook de mooie verhalen over het vak naar buiten. Toch kregen we al heel vroeg in de coronacrisis te maken met een vreemd en eigenlijk helemaal niet bij Nederland passend fenomeen. Zorgprofessionals kregen op veel plaatsen van bovenaf opgelegd om niet met de media te praten. Gedurende de crisis werd het steeds moeilijker om verpleegkundigen en verzorgenden hun verhaal te laten vertellen. Anderen vonden het nodig om de beroepsgroep het zwijgen op te leggen. Transparantie was opeens ver weg. Problemen kwamen mede daardoor vaak moeizaam naar buiten. Verpleegkundigen en verzorgenden die vanuit hun professie opkomen voor hun patiënten en cliënten werden monddood gemaakt. Ook wij hebben de afgelopen periode meer dan eens ervaren dat het niet lukte om verpleegkundigen en verzorgenden hun verhaal te laten vertellen. Deze signalen kwamen ook steeds vaker tot ons via journalisten van kranten

en tv. Televisieprogramma's die het werk van de zorgprofessionals in beeld brachten en de ervaringen van de beroepsgroep op een mooie manier optekenden, kregen steeds meer tegenwerking. Is het koudwatervrees van bestuurders van instellingen? Of zijn de afdelingen communicatie bang om de grip kwijt te raken? Ik denk dat het een combinatie is, maar ik weet ook dat dit moet stoppen. Onze professionals zijn professioneel genoeg om zelf keuzes te maken. De zorg is gebaat bij openheid, ook als het misschien niet goed gaat. Laat onze zorgprofessionals vertellen over hun vak en hun ervaringen. Uiteindelijk is dit voor iedereen beter.

**Geef de zorgprofessionals hun stem terug!**

Michel van Erp  
Hoofd communicatie NU'91  
Hoofdredacteur FLOOR magazine  
m.vanerp@nu91.nl



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

# NU'91: Zorgpersoneel niet klaar voor tweede golf

Een grote groep verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan nog niet klaar te zijn voor een eventuele tweede coronagolf. Dat blijkt een ledenpeiling van beroepsorganisatie voor verpleegkundigen en verzorgenden NU'91. In totaal werd de enquête 2500 keer ingevuld door zorgprofessionals uit alle zorgsectoren.



**V**an die 2500 respondenten geeft 35% aan niet klaar te zijn voor een tweede golf en 15% zegt het niet te weten. Voorzitter van NU'91, Stella Salden: "Dat betekent uiteraard dat 50% al wel klaar is voor een eventuele tweede piek, maar gezien de huidige tekorten en het feit dat er bij een nieuwe uitbraak hoogstwaarschijnlijk nog meer personeel uitvalt, is dat niet genoeg. Dat moet 100% zijn, wil je kunnen stellen dat je er klaar voor bent. Het baart ons dan ook grote zorgen."

## KLACHTEN NA EERSTE GOLF

Daarnaast kampen veel verpleegkundigen en verzorgenden nog altijd met veel klachten naar aanleiding van de eerste golf. 42% geeft aan vermoeid te zijn, 10% ervaart slaperigheid, 23% voelt stress, 25% heeft last van boosheid en 25% heeft last van spanningen. Stella Salden: "Enerzijds komt dit door de hoge werkdruk die zij tijdens de eerste piek veelal hebben ervaren. Daarnaast mogen we de mentale impact niet vergeten. Zij hebben beelden op hun netvlies staan die veel indruk hebben gemaakt. Verpleegkundigen en verzorgenden hebben geleerd om met de dood om te gaan, maar niet op deze manier en in deze mate. Zij waren soms niet alleen zorgprofessional maar ook familielid, omdat eigen familie er niet bij mocht of kon zijn. Daarnaast is er ontzettend lang veel onduidelijk geweest. Zijn er voldoende beschermende middelen en testen? Hoe bereiden we ons voor op een uitbraak? Wat wordt er van ons verwacht? Dat zorgde voor veel angst en onzekerheid."

## FYSIEKE BELASTING

Naast deze psychische belasting, mag volgens NU'91 ook de fysieke belasting niet vergeten worden. "Het werken met die persoonlijke beschermingsmiddelen wordt vaak onderschat. Het vraagt twee keer zo veel energie. We zien in de peiling terug dat veel verpleegkundigen en verzorgenden kampen met hoofdpijn aan het einde van hun dienst. En tot slot blijkt een grote veroorzaker van al deze klachten het feit dat zij zich niet serieus genomen voelden. Er werd te weinig naar ze geluisterd toen zij aangaven dat bepaalde zaken – zoals het gebrek aan PBM – niet op orde waren."

## PBM NOG NIET OP ORDE

Uit de peiling blijkt tevens dat die PBM nog altijd niet op orde zijn. Zo geeft slechts 52% aan dat het binnen de eigen organisatie op orde is. De overheid gaf recent nog aan dat de PBM nu overal voorradig zijn. "Wij vragen ons af in hoeverre dat dit echt zo is als wij kijken naar de resultaten uit onze peiling. Dit moet nu op orde zijn, willen we qua voorzieningen voorbereid zijn op een eventuele tweede uitbraak", aldus Stella Salden.



## Boosheid en intimidatie op de werkvloer

# Zorgprofessionals ervaren nog meer agressie tijdens Coronacrisis

Een grote groep zorgprofessionals ervaart de afgelopen maanden meer agressie en intimidatie op de werkvloer. Er wordt met onbegrip gereageerd als familie of naasten worden aangesproken op het niet naleven van de richtlijnen. Het aangepaste bezoekersbeleid zorgt voor veel verdriet en onmacht en vaak moeten zorgverleners dat ontgelden door scheldpartijen of zelfs dreigementen. Dat blijkt uit een peiling onder zo'n 1200 leden van NU'91.

Door Femke van der Palen

**A**an het begin van de corona-uitbraak was er veel respect en waardering voor zorgverleners. Er werd massaal geapplaudiseerd, spandoeken werden opgehangen en binnen diverse zorgorganisaties werden cadeautjes afgegeven. Maar nu het virus na al die maanden nog altijd onder ons is, blijkt dat er meer onbegrip en boosheid ontstaat richting zorgpersoneel. Het lijkt een afspiegeling te zijn van de hele maatschappij: mensen zijn het beu om zich aan te moeten passen en zich aan regels te moeten houden die door de overheid zijn opgelegd. Ze willen graag zorgeloos bij hun geliefden kunnen zijn zonder afstand te houden en niet continu met het virus geconfronteerd worden. Het virus zorgt voor onzekerheid, gebrek aan grip op de eigen situatie en onduidelijkheid. En dat zijn nou juist de factoren die een grote rol spelen in het ontstaan van conflicten en agressie, vertelt Caroline Koetsenruijter. Ze is conflictexpert en auteur van het boek *Jij moet je bek houden*. Voor dit boek deed ze uitgebreid onderzoek naar agressie en sprak ze met diverse zorgprofessionals. "Iedereen ervaart die drie zaken momenteel. Het is onduidelijk wat er de komende maanden of misschien wel jaren op ons afkomt. We hebben in bepaalde mate minder grip op onze eigen situatie. De overheid en het RIVM bepalen veel voor ons. En er is heel veel onzekerheid. Word ik ziek? Kan ik anderen besmetten? Heb ik straks nog werk? Deze factoren vormen de bron van het ontstaan van conflicten, maar ook agressie en geweld. De zorg had al een probleem met agressie en geweld, want van alle sectoren hebben zij hier het meeste mee te maken. Tel daar corona bij op en je kunt wel stellen dat zorgprofessionals topscoorders zijn als het aankomt op geweld."

### DOELBEWUST BESMETTEN MET CORONA

Dat blijkt ook uit de antwoorden van de ledenpeiling. Vaak geven zorgprofessionals aan dat zij worden gekleineerd, bedreigd, gemanipuleerd, uitgescholden of dat er tegen hen wordt geschreeuwd. Zeker het aanspreken op het niet naleven van de richtlijnen, is reden voor discussies of woordenwisselingen. Opvallend vaak wordt genoemd dat zorgprofessionals de laatste maanden zijn bespuugd. "Iedereen heeft kunnen lezen over het incident in het Alrijne Ziekenhuis waar een boos familielid met corona verpleegkundigen doelbewust in het gezicht spuugde. 'Nu zijn jullie allemaal besmet', riep het familielid. De vier verpleegkundigen werden inderdaad allemaal ziek. Dit voorbeeld maakt meteen een onderscheid duidelijk. Onder mensen die agressief gedrag vertonen, heb je namelijk verschillende groepen. Vijfentwintig tot dertig procent bestaat uit manipulatieve personen die jou doelbewust zo behandelen voor hun eigen gewin. Zij kennen geen enkele vorm van empathie voor de zorgprofessional en doen er alles aan om er zelf beter van te worden. Ze zijn voornamelijk bezig met macht, iemand terugpakken of het nemen van wraak. Zoals met het spuugincident is gebeurd. De persoon wilde bewust die verpleegkundigen besmetten. Zij kennen achteraf geen spijt. Deze groep heeft met corona in feite een nieuw speeltje in handen om hun agressie te uiten. Bijvoorbeeld door te dreigen om iemand te besmetten of door te roepen dat ze gaan melden dat het coronabeleid in een instelling niet goed is. Voor dit soort personen betekent een zorgprofessional niets, maar is die persoon slechts een middel om het eigen doel te bereiken."

Daarnaast is er nog een andere groep volgens Caroline. Dat zijn de mensen die in hun emotie zo fel reageren, bijvoorbeeld overbelaste mantelzorgers. "Je ziet deze vorm van agressie tijdens deze periode natuurlijk veel. De frustratie-agressie. Mensen zijn al uitgeput en lopen over van de zorgen. Ze zijn afhankelijk van regels, bijvoorbeeld van het ziekenhuis of het RIVM, of zij afscheid kunnen nemen van een dierbaar persoon. Zij zijn dus niet zo rationeel en berekenend als die andere groep. Deze frustratie kan zeker leiden tot agressie, maar het is veel minder op de persoon gericht. Bovendien zien zij achteraf wel in dat zij op dat moment niet juist gehandeld hebben. Niet dat het dan alsnog goed te praten valt."

**'Van alle sectoren heeft de zorg het meeste te maken met agressie en geweld'**

### HARDERE AANPAK

Van de respondenten van de ledenpeiling heeft 24% de afgelopen maanden naast verbaal geweld ook te maken gehad met fysiek geweld. Zij zijn gebeten, geslagen of geschopt. Een zorgelijke situatie aldus NU'91 en des te meer reden om het huidige systeem eens kritisch onder de loep te nemen. Caroline bevestigt dat. "Voor corona uitbrak, hadden we al een serieus probleem met agressie in de zorg. Zorgprofessionals in Nederland hebben zelfs twee keer zoveel te maken met agressie en geweld als andere zorgprofessionals in Europa. Mede omdat bij ons softer wordt opgetreden, terwijl je juist veel scherper moet zijn in je agressieprotocol en striktere consequenties aan agressie verbinden. Zo sprak ik een verpleegkundige die werkt op de hartbewaking. Zij was twee maanden zwanger toen zij in haar buik werd geschopt. Het ziekenhuis wilde geen aangifte doen





omdat het zoveel gedoe was. Vervolgens kwam zij bij mij op cursus en was ik degene die de eerste opvang en nazorg verleende. Dat kan natuurlijk niet." Het maakt volgens Caroline in de aanpak na het incident dan ook niet uit of iemand doelbewust of vanuit emotie zo heeft gehandeld. "Of de agressie nu is ontstaan uit frustratie of manipulatie: zodra iemand wordt geschopt, geslagen of gebeten, is er sprake van fysiek geweld. Dat is grensoverschrijdend en hiervan moet altijd aangifte worden gedaan. Daarnaast zul je er direct gevolgen in je dienstverlening aan moeten verbinden. Heeft iemand zich ernstig misdragen? Dan komt hij de zorginstelling tijdelijk of langer niet meer in. Klaar. Dit is helaas nog niet op orde. In Nederland missen namelijk zo'n 550.000 professionals passende maatregelen vanuit de werkgever. Dat geldt niet alleen voor professionals in de zorg, maar bijvoorbeeld ook in het onderwijs of bij de overheid. Zij weten niet of er een agressieprotocol is en ze zien dat er amper wordt ingegrepen. En als er dan iets gebeurt, wordt er zacht ingegrepen. Iemand krijgt bijvoorbeeld een waarschuwing en de verpleegkundige moet op cursus om met agressie om te gaan. Dat is de verkeerde manier om dit aan te pakken en haast de omgekeerde wereld. Een zorgorganisatie kan namens de zorgprofessional aangifte doen en moet ervoor zorgen dat het bij politie en OM bekend is. En dat er vervolging plaatsvindt. Handen af van onze zorgprofessionals en zorg er juist voor dat zij worden ontzorgd en beschermd."

**‘Nederlandse  
zorgprofessionals  
ervaren twee  
keer meer geweld  
dan andere  
zorgprofessionals  
in Europa’**

## WAT DOET NU'91 TEGEN AGRESSIE?

NU'91 heeft diverse speerpunten in haar programma waarvoor de beroepsorganisatie zich inzet. Agressie is er daar één van, omdat we vinden dat agressie niet normaal is en nooit onderdeel van je werk kan zijn. In het verleden zijn hierover al duidelijke afspraken gemaakt, bijvoorbeeld in de Eenduidige Landelijke Afspraken (ELA). Deze werden gerealiseerd tussen politiek en OM. In de praktijk blijkt echter dat deze nog niet altijd worden gehanteerd. Daarnaast is het feit dat de politie niet altijd goed weet wat er met een aangifte in een zorgsetting gedaan moet worden, een groot probleem. Dit soort zaken belanden hierdoor onderop de stapel of worden onjuist behandeld. NU'91 pleit ervoor dat deze zaken bovenop de stapel komen en dat ze voorrang krijgen. Er moet een snelle berechting zijn en politie en justitie dienen dit soort zaken de hoogste prioriteit te geven. Bovenal is het van belang dat iemand anoniem aangifte kan doen. Het feit dat dit nu niet kan weerhoudt zorgverleners er vaak van om er melding van te maken, omdat zij bang zijn voor hun eigen veiligheid.



# Omgaan met boosheid en agressie op de werkvloer

## 1 TRAIN JE GEDACHTEN

Jezelf wapenen betekent dat je ervoor zorgt dat je het overzicht houdt. Het is logisch dat je door bedreiging van een patiënt of familie in paniek raakt, maar dat moet je zien te voorkomen. Deels helpt het al als je werkt aan je eigen gedachtesturing. Vaak zijn we geneigd om direct dingen te denken als: 'Dit is mijn ergste nachtmerrie. Nu gaat iemand mij in elkaar slaan.' Het is zaak om die gedachten in dat moment om te buigen naar: 'Klopt het wat ik denk?' Denk vooral wat er nog wel kan en probeer te rationaliseren. Bijvoorbeeld door te denken: 'Ik heb voor hetere vuren gestaan. Ik weet dat mijn collega's mij komen helpen. Ik weet dat ik de beveiliging kan roepen.'

## 2 ONTSPAN JE SPIEREN

Tijdens een conflict of agressie zijn we geneigd om alle spieren aan te spannen. Je zet jezelf letterlijk schrap. Dit heeft te maken met het oudste deel van onze hersenen: het reptielenbrein. Dat geeft een melding aan dat we moeten vluchten, vechten of verstarren. Het zijn onbewuste processen die op zo'n moment gebeuren. Je lijf ziet niet of het een tijger in de bosjes is of een agressieve patiënt die op je afkomt en reageert dus hetzelfde. Terwijl we ook weten dat die boze patiënt niet altijd tot fysieke agressie overgaat. Dus ondanks dat we normaal gesproken niet meer worden beslopen vanuit de bosjes door wilde dieren, bestaat dat reflex vanuit het oerbrein nog steeds.

## 3 BLIJF UITADEMEN

Bij acute stress, en dat is een conflict of agressie, gaan we anders ademen. Van nature zijn we zo geprogrammeerd dat we op het moment dat we schrikken, heel diep inademen. Hierdoor ontstaat een hoge ademhaling. Train jezelf zo dat je je bewust wordt om ook in dergelijke situaties goed te blijven uitademen. Bijvoorbeeld door vier tellen in te ademen, dit een aantal tellen vast te houden en weer goed, via je buik, uit te ademen.

## 4 BEMOEIRECHT EN BEMOEIPLICHT

In een team werk je met anderen. Het is dus zaak om met collega's te praten over bemoeirecht en bemoeiplicht. In het eerste geval kan een collega aan jou vragen of deze jou ergens bij moet ondersteunen. Bijvoorbeeld op het moment dat hij ziet dat jij iemand verzorgt die steeds bozer wordt. Door simpel 'ja' of 'nee' te antwoorden, weet jouw collega of hulp nodig is of dat jij de situatie onder controle hebt. Bij bemoeiplicht moet jouw collega helpen. Bijvoorbeeld wanneer iemand dreigend op jou afkomt. Dan is er gewoon hulp nodig. Hetzelfde geldt ook voor omstanders. Op het moment dat iemand jou bijvoorbeeld bedreigt tijdens een bezoekersuur, kun je een omstander vragen om hulp te halen. Zorg ervoor dat je dit duidelijk doet door concreet te zeggen wat nodig is. Bijvoorbeeld: "Loop nu naar buiten en roep de beveiliging."

**‘Voor corona uitbrak, hadden we al een serieus probleem met agressie in de zorg’**



### Wie is Caroline Koetsenruijter

Caroline Koetsenruijter (1979) is trainer conflictantering, jurist en mediator. Zij heeft 15.000 professionals getraind in het omgaan met conflicten, agressie en geweld in de zorg, de overheid, het onderwijs en het bedrijfsleven. Haar achtergrond is onderzoeker aan de Universiteit Leiden en conflictbemiddelaar bij het ministerie van Justitie en Veiligheid. Ze is auteur van het boek: Jij moet je bek houden! Omgaan met boze burgers, ouders, klanten en patiënten. Hiervoor sprak zij onder andere met diverse verpleegkundigen. Die verhalen heeft ze hierin vastgelegd. Daarnaast geeft het boek tools om conflicten te voorkomen en te overwinnen.





Het team van Bernhoven: Van links naar rechts: Lotte Selten, Susanne de Ruiter, Geertje Deerns en Ellen Verbeek.

## Werken in tijden van covid-19

# ‘Je krijgt in één keer een heel andere rol!’

De afgelopen tijd is voor veel operatieassistenten heftig, hectisch en nieuw geweest. Vrijwel iedereen werkte een aantal weken op een andere plek, variërend van de seh en de ic tot een verpleegafdeling. Zeven collega's vertellen over deze periode waarin covid-19 de hoofdrol speelde.

Tekst: Ingrid Lutke Schipholt | Foto's: Ivonne Zijp

**D**e operatieassistenten Ellen Verbeek, Lotte Selten en Susanne de Ruiter zijn lid van het Corona Support Team in Bernhoven in Uden. Samen met verkoeververpleegkundige Geertje Deerns en twee andere verpleegkundigen, een arts, verpleegkundig specialisten en collega's van de afdelingen Kwaliteit en Veiligheid, en Hygiëne en Infectie vormen zij het team. In het Máxima Medisch Centrum Eindhoven/Veldhoven (MMC) verruilden operatieassistenten Hennie Mulder, Wendy Raaijmakers en hun collega's de OK voor andere afdelingen. OK-afdelingshoofd Anke Sleddens hield zich binnen het MMC bezig met de dagelijkse leiding van de operatieassistenten in hun nieuwe werk.

### HOE ZIJN JULLIE OP EEN ANDERE WERKPLEK GEKOMEN?

Geertje Deerns, verkoeververpleegkundige Bernhoven: 'Ik werd als eerste van onze afdeling benaderd om in het Corona Support Team te komen. Ik heb het team helpen opzetten. Mijn collega's van de OK zijn er later bij gekomen. Ik wist niet wat ons te wachten stond, want alles was nieuw. We hebben in korte tijd alles opgezet. Het bijzondere van een crisis is dat er heel veel kan zonder allerlei restricties. Het Corona Support Team was er om inlichtingen te geven aan patiënt en familie over covid-19.'

Susanne de Ruiter, operatieassistent Bernhoven: 'Mijn leidinggevende vroeg of ik voor het Support Team wilde komen werken. In maart werden al nauwelijks meer electieve operaties uitgevoerd. Een week later werden zelfs bijna geen spoedoperaties meer uitgevoerd. In ons ziekenhuis was de zorg volledig gefocust op het leveren van intensieve coronazorg.'

Ellen Verbeek, operatieassistent Bernhoven: 'Ik ging op die eerste maandagochtend toch wel met een beetje buikpijn naar mijn nieuwe werkplek toe. Je krijgt in een keer een heel andere rol. Het patiëntencontact is bijvoorbeeld heel anders dan dat wij gewend zijn op de OK.'

Hennie Mulder, operatieassistent MMC: 'Ons ziekenhuis is opgeschaald van 11 naar 25 ic-bedden. Op dat moment werd de organisatie anders ingedeeld; meer mensen moesten 24/7 werken. We werden in diensten ingedeeld, dus we werkten ook 's nachts.'

Wendy Raaijmakers, operatieassistent MMC: 'Wij werden in groepen verdeeld: het draaiteam, het calamiteitenteam, de runners of het OK-team. Het werd ons niet gevraagd, maar ik ging natuurlijk werken waar ik nodig was.'

### WAT WAREN JE NIEUWE WERKZAAMHEDEN?

Geertje Deerns: 'We moesten veel met elkaar overleggen: wat willen we doen, wat gaan we de mensen vertellen, waar halen we de informatie vandaan? Bij de GGD? Het RIVM? Het was in de begintijd van de uitbraak. Ons kantoor was vlak bij de directie en daardoor wisten we hoe snel en wanneer het ziekenhuis ging opschalen. Niemand wist nog wat covid-19 inhield. De internist die bij ons team betrokken was, heeft ons dan ook uitvoerig uitleg gegeven. Zij nam ook onze onrust weg omdat wij veel in contact kwamen met de covid-patiënten.'

Ellen Verbeek: 'Wij waren de vraagbaak voor de patiënten en hun familie. We bezochten alle nieuwe covid-patiënten als ze op een afdeling kwamen en bij ontslag gaven wij instructies mee voor thuis. Patiënten kregen geen bezoek. Om toch contact met familie te behouden, hielpen wij mensen met beeldbellen. Er was veel angst bij de familie. Ze hadden veel vragen over wat hun te wachten stond. Voor sommige patiënten die door volledige zuurstofbehoefte een masker op hadden, was bellen wel lastig. Wij waren dan tolk om onduidelijkheden duidelijk te maken aan de familie.'



Hennie Mulder met haar team in beschermende kleding.

Hennie Mulder: 'Ik werkte meestal als runner op de ic, en later ook in het draaiteam. De functie van runner hield in dat ik de schakel was tussen het schone gedeelte en het gecontamineerde gedeelte van de ic. Ik zorgde voor de aan- en afvoer van materialen en medicijnen. Denk aan pompen, infusen, beddengoed, lijnen, sondevoeding, noem maar op. De niet-besmette materialen legde ik op een tafel op de ic. De plek waar ik liep was zogezegd schoon. Collega's aan de andere kant van de tafel werkten in het gecontamineerde gedeelte. Zij pakten de schone spullen van de tafel. We konden gewoon met elkaar praten; er was geen scherm tussen. Verder heb ik in een draaiteam gewerkt. Patiënten op de ic moesten om de vier uur worden gedraaid. Dat deden we met een team.'

Wendy Raaijmakers: 'Ik werd ingedeeld in het draaiteam, als runner en in het OK-team. In het begin werkte ik vaak in het draaiteam, maar dat was niet goed voor mijn nek vanwege mijn nekklachten. Toen ben ik vaker ingezet als runner. Om de week heb ik op de OK gestaan. We deden spoed- en electieve zorg voor oncologische patiënten.'

### HEB JE KWALITEITEN GEZIEN DIE JE NIET VAN JEZELF KENDE?

Ellen Verbeek: 'Normaal gesproken heb je contact met patiënten bij de omloopwerkzaamheden. Je begeleidt

ze in een relatief korte periode. Nu kwam je vaker terug bij een patiënt en je bouwde een band op. Ik begreep waar hun zorg lag. Daarnaast hadden we contact met de familie. Dat ervoer ik als zeer waardevol. We werden als het nodig was begeleid door het maatschappelijk werk, psychologen en palliatief begeleiders. Ik denk dat wij hier beter zijn uitgekomen, dat we nog completere operatieassistenten zijn dan voorheen.'

Geertje Deerns: 'Ik heb als verpleegkundige op de recovery altijd al meer contact met patiënten, al is het wel kortdurend. Nu had ik intensiever contact met de patiënten. Ik had echt een band met ze. Meer sociale contacten in mijn werk is ook voor mij verrijkend. Ik heb een begrafenis op afstand samen met een patiënte meegemaakt; heel bijzonder. De mevrouw was op haar kamer en via beeldbellen hebben we de begrafenis van een familielid gevolgd. Ik was voor haar echt een ondersteuner.'

Lotte Selten, Bernhoven: 'Ik merk dat ik op eigen gevoel, ervaring en empathie vaar. Het gaat een beetje vanzelf. Al doende leert men. Gelukkig kregen we van het maatschappelijk werk en het palliatieve team tips en tricks mee. Ik merkte dat ik eigenlijk vooral een luisterend oor bood en dat dat heel belangrijk was; je hoeft niet zo veel te zeggen.'



Anke Sleddens.

Hennie Mulder: 'Veel van de werkzaamheden waren voor mij nog redelijk bekend omdat ik een verpleegkundige achtergrond heb. Alhoewel er vreselijk veel veranderd is in de loop der jaren, en zeker op een intensive care, maar ik had in deze periode heel ander werk dan als operatieassistent. Het was een andere tak van sport, met andere diensten en een grote impact van de ziekte.'

### WAREN JULLIE VOORBEREID OP DE DOOD IN JE WERK?

Lotte Selten: 'Nee, eigenlijk niet, maar je leert snel in deze bizarre situatie, en we werden goed begeleid in het proces. Het kostte in het begin veel energie, maar tijdens een crisisperiode ben je snel ingewerkt. De dood raakt me, maar je leert het langzamerhand wel te relativiseren. Het went nooit, maar het gaat wel steeds beter. In het begin was ik verbaasd als ik een patiënt bij binnenkomst had gezien en deze de dag erna was overleden. Later dacht ik bij een patiënt die binnenkwam, die zou er morgen wel eens niet meer kunnen zijn. Het klinische beeld kreeg je steeds beter op je netvlies.'

### HOE KONDEN JULLIE JEZELF BESCHERMEN?

Lotte Selten: 'Wij werkten op een afdeling met covid-verdachte patiënten, daar liepen we met mondkapje en bril, en we hielden anderhalve meter afstand. Op een cohortafdeling waar alleen maar covid-besmette mensen lagen, hadden we ook een beschermende jas en handschoenen aan.'

Hennie Mulder: 'De beschermende kleding was afhankelijk van het werk dat ik deed. Als runner, bijvoorbeeld, droeg ik wanneer noodzakelijk een mondkapje, handschoenen en OK-kleding, dat was mijn uniform. De anderhalve meter afstand houden was natuurlijk heel belangrijk, maar kon in sommige situaties niet gewaarborgd worden, maar we deden ons best.'

Anke Sleddens: 'Dagelijks werden we door het crisisbeleidsteam gebriefd over de hoeveelheid persoonlijke beschermingsmiddelen. Verder hielden we rekening met de gezondheid van onze medewerkers en het werk dat ze gingen doen. Collega's met een kwetsbare gezondheid hoefden niet in de vuurlinie te werken.'

### MISTE JE HET OPERATIEWERK?

Susanne de Ruiter: 'Ja, dat gold voor ons alle vier. We misten onze maatjes van de OK.'

Hennie Mulder: 'Ja, maar het was duidelijk dat we ander werk moesten doen. Er waren nog wel OK's open voor sectio's, trauma en oncologische operaties die niet konden wachten.'

### WAT HEEFT DIT JULLIE GEBRACHT?

Susanne de Ruiter: 'Hoe dan ook hadden we de crisis liever niet meegemaakt, maar het brengt ook heel mooie dingen met zich mee. Zowel in de onderlinge contacten als met andere afdelingen. Ik kwam op plekken waar ik nog nooit was geweest en ik ontmoette mensen die ik anders nooit had ontmoet. Ik werk al heel lang in dit ziekenhuis. We zeggen wel eens op de OK dat we op de gesloten afdeling werken. Je komt 's ochtends binnen, je gaat door de deuren van het OK-complex en daar kom je de hele dag niet meer af. We zitten met z'n allen in dezelfde bubble. In de crisistijd was onze werkplek in de kantoortuin in de buurt van de directie. We maakten de andere kant mee van het reilen en zeilen in het ziekenhuis. Voor de crisis had ik nooit gedacht dat ik met de directeur zou gaan lunchen of even een praatje maken.'

Hennie Mulder: 'We hadden een enorm gevoel van saamhorigheid. Samen stonden we voor een moeilijke klus die we hebben geklaard.'

Anke Sleddens: 'Het was een heftige periode waarin ik als crisismanager moest fungeren. Ik nam moeilijke beslissingen en als ik iets had geregeld, was het na een paar uur vaak al achterhaald. Maar er was ook een positieve kant: iedereen was gelijk. De operatieassistenten werkten met anderen, onbekenden, intensief samen. Niemand had tijd om zich rustig in te werken; iedereen ging meteen aan de slag.'

### HOE OVERLEEFDE JE ZELF DEZE CRISIS?

Ellen Verbeek: 'Ik ben blij dat ik samen met directe collega's lid was van dit team. Wij hebben aan een half woord genoeg. En het was heel fijn dat we dit werk samen met goede verpleegkundigen deden. Er was een open sfeer, we konden bij elkaar terecht. In de privésfeer was deze periode heel lastig. Voor mijn naasten was het moeilijk zich voor te stellen waar wij in stonden. Mijn werk was een heel andere wereld dan dat van kinderen met schoolwerk. Mensen in mijn omgeving waren wel bezorgd over mij, maar zolang ik nog sliep ging het wel goed met me. We liepen een marathon die niemand ooit heeft gelopen. Het was één grote teambuilding binnen het ziekenhuis. Mensen van alle afdelingen stonden er samen voor. Je moest het klaren met mensen uit alle vakgebieden.'

Lotte Selten: 'Het heeft mij bewuster gemaakt van wie we zijn, en dat we meer kunnen dan we denken. Wij zijn op de OK gewend om protocollair te werken. Alles staat beschreven en we volgen de regels strikt op. En nu wordt hier ineens alles losgelaten en ga je doen waarvan je denkt dat het goed is. Om daarmee om te gaan is voor mij wel een dingetje. Ik heb veel geleerd. Wij zijn een van de eerstgetroffen ziekenhuizen en de rest van het land heeft bij ons kunnen kijken hoe we het deden. Verder heb ik geleerd om gesprekken te voeren met heel zieke mensen en hun familie. Hoe ga je het gesprek aan met iemand die heel ziek is, of waarvan een familielid is overleden? Dat was ik niet gewend want ik ging van de havo direct de opleiding tot operatieassistent in. Ik heb veel gehad aan mijn collega's en hun ervaring. Als alles achter de rug is, dan ga ik het liefst gewoon terug naar de OK. Maar, zeg ik wel eens gekscherend, dit komt op mijn cv.'

### WAT ZOUDEN COLLEGA'S ELDERS VAN JULLIE ERVARING KUNNEN LEREN?

Susanne de Ruiter: 'Leer om out of the box te denken en weet dat je best ergens onvoorbereid in kunt duiken. Protocollair werken is heel goed, maar ik heb nu geleerd dat je, ook al is er een protocol, dingen ook op een andere manier kunt doen. Anders is niet altijd verkeerd. Verder leer je vanzelf open te staan voor andere disciplines in het ziekenhuis.'

Wendy Raaijmakers: 'Ik heb een nieuwe draaimethode geleerd. Die zouden we goed op de OK kunnen toepassen bij het positioneren van patiënten. De patiënt ligt op een laken en bovenop hem leg je nog een laken, en dan draai je het boven- en het onderlaken in elkaar. Vervolgens draai je de patiënt in buik- of rugligging. Die methode leerden we van een ander ziekenhuis dat filmpjes hierover op sociale media had gedeeld. Het heet de loempiaroltechniek en het werkt prima. Verder hebben we een protocol gemaakt voor een laparoscopische operatie bij een covid-patiënt. Uit



Wendy Raaijmakers.

onderzoek op Pubmed blijkt dat zich virusdeeltjes verspreiden wanneer je het kraantje van de trocart openzet en er CO<sub>2</sub> in blaast. We hebben uitgezocht welke filters we daarbij nodig hebben.'

Anke Sleddens: 'Ik besef dat we vaak snel besluiten moesten nemen, en dat was niet voor iedereen even

goed. Door de tijdsdruk werden de medewerkers er niet altijd bij betrokken. We hebben bijvoorbeeld opeens een 24 uursrooster ingesteld. Dat had enorme impact. Mensen met vaste werkdagen moesten ineens nachtdiensten draaien. Realiseer je dat het belangrijk is dat je er een afvaardiging van het personeel bij betrekt wanneer zo'n ingrijpende beslissing wordt genomen.'



Hennie Mulder.



# Jan Snel bouwt slimmer, sneller én schoner

Bouwplannen in de medische sector?

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

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



# Het Eiken Huwelijk

Voor mij zit een vrouw van boven de 95 jaar; in een rolstoel, diep in de herfst van haar leven maar ze heeft de lente in haar ogen vast kunnen houden. Naast haar zit haar levenslustige echtgenoot, ineengedoken in een rolstoel, aan beide zijden geflankeerd door hun zoon en schoondochter.

‘Zuster, weet u, ik loop al de hele gang heen en weer, maar mijn heup is nog wel een beetje gevoelig. ‘Ma, dat is de dokter’ souffleert haar zoon monotoon.

Mijn patiënte heeft ruim 1,5 maand geleden haar heup gebroken. De stand van de breuk was goed ten tijde van het ongeval. Daarbij heeft patiënte een dusdanig slecht functionerend hart dat er een grote kans is dat patiënte ten tijde van de operatie kan komen te overlijden. Vanwege deze combinatie van omstandigheden hebben we in gezamenlijk overleg besloten om de breuk te laten helen zonder operatie. Helaas blijkt de breuk toch niet goed te genezen en zit de heupkop daardoor niet meer vast aan de heup. We bespreken nu de huidige functie, pijnklachten en behandelwensen samen met de patiënte en haar familie.

“Zuster, weet u, mijn man en ik vieren al bijna ons Eiken huwelijksjubileum en dat wil ik nog graag meemaken.” ‘Ma, dat is de dokter’ souffleert haar zoon opnieuw. Het gesprek neemt nog enkele andere wendingen, waarbij mijn patiënte en haar echtgenoot liefdevol over en weer over elkaar opscheppen. Na wat hoofd-rekenwerk hoe lang je moet zijn getrouwd om een Eiken jubileum te mogen vieren, probeer ik het gesprek weer terug te brengen naar de heup. Ja, zuster, het lopen gaat wel wat moeilijker, maar ik red me wel in huis en kan zelf naar het toilet. ‘Dat is de dokter, Ma’. Uiteindelijk besluiten we gezamenlijk dat de huidige functie van de heup voldoende is en de pijn voor patiënte goed mee te leven. De voordelen van een operatie wegen niet op tegen de risico’s. We nemen na zo’n 3 kwartier afscheid van elkaar en ik wens patiënte en haar echtgenoot alvast een hele mooie viering van het Eiken huwelijk toe. Met een glimlach verlaat ik de poli, vanwege de levenslust en liefde die van dit echtpaar afspat.

Voor deze patiënte gaf de heupfractuur relatief weinig belemmering in haar dagelijks functioneren, waardoor zij voldoende kan functioneren om een fijn leven te hebben. Echter met enige regelmaat zien we dat een heupfractuur ervoor zorgt dat het perspectief om langdurig afhankelijk te worden van zorg en niet meer volledig zelfstandig te kunnen functioneren, de levenslust dusdanig aantast dat patiënten besluiten geen verdere behandeling te wensen.



Een heupfractuur is een veelvoorkomende breuk bij ouderen, jaarlijks worden ongeveer 20.000 patiënten hier mee opgenomen. De behandeling is in principe operatief, omdat dit een hele goede vorm van pijnstilling is en de enige mogelijkheid tot volledig functioneel herstel. Echter, het is soms de vraag of patiënten die reeds volledig zorgafhankelijk en immobiel zijn met daarbij een beperkte levensverwachting, gebaat zijn bij een heupoperatie met kans op complicaties en zelfs overlijden ([www.frail-](http://www.frail-hip.nl)

[hip.nl](http://www.frail-hip.nl)). Daarom wordt momenteel in studieverband in samenwerking met orthopeden en gerieters ook de niet-operatieve behandeling besproken met als uitgangspunt de wensen en kwaliteit van leven van de patiënt. Hiermee kunnen we in de toekomst het beleid voor deze kwetsbare patiënten beter aanpassen op de individuele wensen en toekomstperspectief.

**S. Beerekamp**  
Fellow traumachirurgie MST, Enschede

## LVO-congres 2021 wordt eendaagse webinar

Komend jaar organiseert de LVO vanwege COVID-19 haar congres online en op één dag. Gezien de maatregelen die de regering heeft genomen met de anderhalve-metermaatschappij is het niet mogelijk het LVO-congres te organiseren zoals de 33 voorgaande jaren.

De congrescommissie heeft al een mooi en boeiend programma samengesteld, een programma wat ook heel

goed via een webinar online gevolgd zal kunnen worden. Het congresbureau waar de LVO mee samen werkt, Congress Care, heeft in de afgelopen maanden al veel van deze webinars verzorgd. Met groot succes. Uiteraard zal de LVO iedereen steeds op de hoogte houden met nieuws over de inschrijving, op welke manier er kan worden ingelogd, wat de tijden zullen zijn en natuurlijk het programma. Het thema van deze dag is: "Andere tijden- De Groene OK".

In de hoop dat er in de loop van het komende jaar een vaccin is en we weer lijfelijk met meer personen samen kunnen komen, gaan we in het najaar van het volgende jaar een eendaags congres organiseren. Datum en locatie zullen tijdig bekend worden gemaakt!

Informatie op de website:  
[www.lvo.nl](http://www.lvo.nl) en [www.lvocongres.org](http://www.lvocongres.org)



## Maak kennis met NICCI

Never miss a beat



reddot winner 2020

Heeft u geavanceerde hemodynamische monitoring al in de vingers?

Ontdek onze nieuwste innovatie op dit gebied. Een non-invasieve oplossing en winnaar van de Red Dot Award



Nieuwsgierig?

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

GETINGE

# le KROKET

FINESSE ZIT VAN BINNEN...



- Ambachtelijk
- Hoge kwaliteit
- Scherpe prijzen
- Uitsluitend voor horeca

- Eenvoudig te bestellen
- Snelle levering
- Uitgebreid assortiment
- Gratis proefpakket

### Klant worden?

Bel 06 - 290 64 924 of  
mail naar: [info@lekroket.nl](mailto:info@lekroket.nl)  
We zijn je graag van dienst!

*Sfeermakers sinds 1933*



**OOK JOUW STEM TELT.  
WORD NU LID VAN NU'91**

[www.nu91.nl/leden](http://www.nu91.nl/leden)

DE BOND

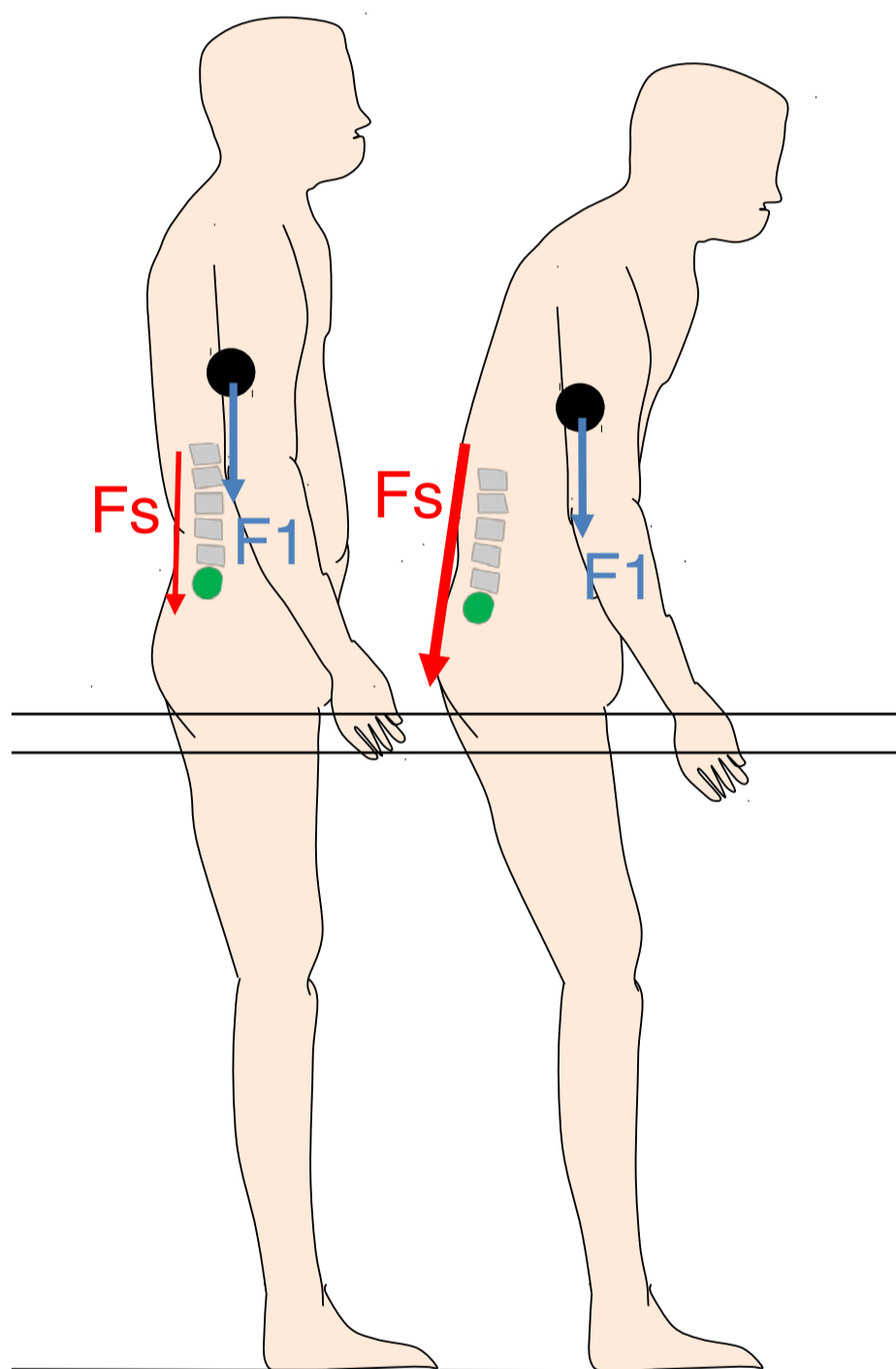
**NU'91**  
VOOR DE MENSEN IN DE ZORG



# Preventie van rugpijn bij operatieassistenten: **kunnen** **exoskeletten** **hierbij helpen?**

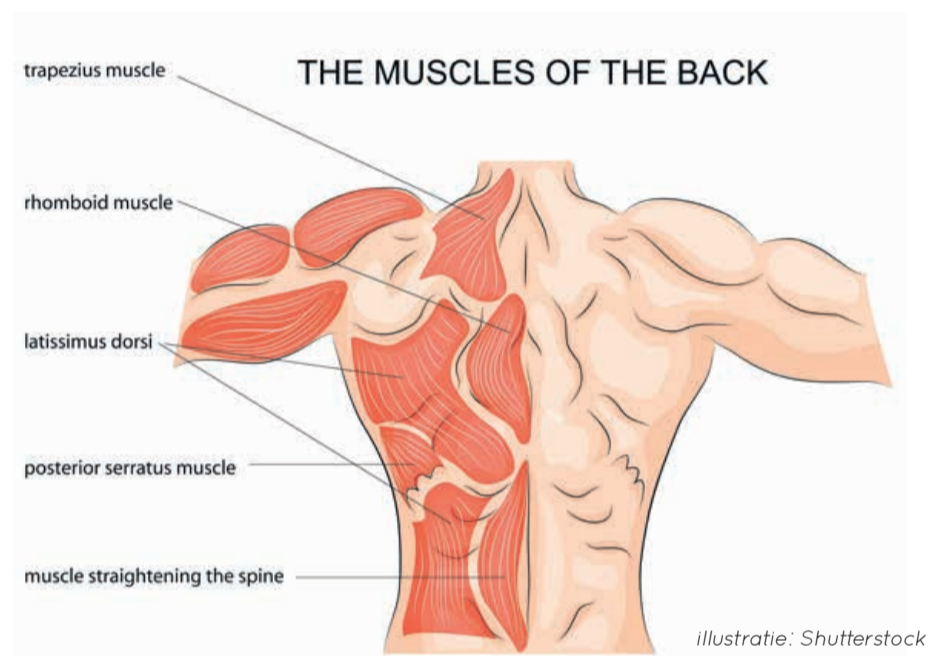
Tekst: dr. Idsart Kingma en Prof. Dr. Jaap H. van Dieën, Afdeling Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam Movement Sciences

Wereldwijd heeft, per jaar, ongeveer 37% van de mensen voor langere of kortere tijd rugpijn. Bij een derde van de mensen met rugpijn ontstaat binnen een jaar een nieuwe episode met rugpijn, en bij ongeveer 10% van de mensen met rugpijn worden de klachten chronisch<sup>1</sup>. Ook bij operatieassistenten is rugpijn een veelvoorkomend probleem.



**Figuur 1.** Dit figuur laat zien dat je vrij ver naar voren moet buigen als de werkplek iets te laag is. In deze situatie is de rugbelasting al ongeveer 40% van de belasting die ontstaat bij een 90 graden gebogen heup. In de figuur is F1 de zwaartekracht die aangrijpt op het bovenlichaam en Fs de spierkracht.

**M**echanische belasting van de rug speelt een rol bij het ontstaan van rugpijn. Zo kan bij het tillen van een last van 10 kg vanaf de grond een kracht op de onderste rugwervels ontstaan van 400-500 kg.<sup>2</sup> Afhankelijk van de individuele belastbaarheid, die onder andere samenhangt met leeftijd, geslacht, lichaamsbouw en botdichtheid, kan dan schade aan de wervelkolom ontstaan.<sup>3</sup> Misschien nog belangrijker dan tilwerk, is bij operatieassistenten het werken in langdurig licht gebogen houdingen. Bij een licht gebogen houding hoeven de rugspieren niet zulke hoge krachten te leveren dat direct schade aan de wervelkolom zal optreden. Toch kan dit tot



problemen leiden. Figuur 1 maakt duidelijk dat de rugbelasting snel oploopt bij een iets te lage werkplek. We vonden in recente metingen<sup>4</sup> dat de rugspieren bij een 5% (ongeveer 4 cm) te lage werkplek al ongeveer 25% van hun maximale kracht moeten leveren. Dat terwijl bij een veel geringere kracht, van 5% van het maximum, na een halfuur ook al verschijnselen van vermoeidheid meetbaar zijn.<sup>5</sup> Overigens zal bij het werk van de operatieassistent het feit dat het werkgebied niet vlak bij de rand van de operatietafel is, ook bij een optimale hoogte van de tafel, leiden tot een voorovergebogen houding. Werken aan de operatietafel kan dus leiden tot vermoeidheid of spierpijn in de rugspieren. Velen zullen vervolgens proberen om de vermoeidheid te verminderen door de lage rug in plaats van de heupen te buigen. Door zo te 'hangen' in passieve structuren (zoals banden en de tussenwervelschijven) neemt de benodigde spierkracht af.<sup>6</sup> Een nadeel is dat de passieve structuren geleidelijk oprekken, waardoor het bewegingsgevoel, de reflexen en de stabiliteit van de wervelkolom verminderen, en er op den duur schade aan deze structuren kan ontstaan. Dit verklaart waarschijnlijk het feit dat langdurig gebogen of gedraaide houdingen tot rugpijn kunnen leiden.<sup>7</sup>

## MOGELIJKE ROL VAN EXOSKELETEN

Het bovenstaande maakt aannemelijk dat werken met een langdurig licht gebogen en/of gedraaide rug bij operatieassistenten tot rugpijn kan leiden. De vraag is nu of, en zo ja hoe, een exoskelet deze problemen zou kunnen verminderen. We hebben het dan niet over exoskeletten zoals deze ontwikkeld worden om het lopen te ondersteunen, maar over exoskeletten die de rug (en heup) ondersteunen. De kern van de werking is dat ze, bij een gebogen houding, een kracht op de romp leveren (zie figuur 2), waardoor ze als het ware een deel van het gewicht van het bovenlichaam 'dragen' en de spieren of passieve structuren in de rug minder kracht hoeven te leveren.

## GEMETEN EFFECTEN VAN EXOSKELETEN

De exoskeletten zoals getoond in figuur 2 zijn recent getest in ons laboratorium in het kader van het EU-project SPEXOR. Van de Laevo zijn er twee versies: een voor lichte tot matige buiging en een voor diepere buiging. Voor statisch werk leverde dit exoskelet voor lichte tot matige buiging bij een werkhoogte van 75% van de 'rechttop' werkhoogte grofweg een ondersteuning van 20% op.<sup>6</sup> We zagen verder dat proefpersonen vooral de lage rug en niet de heup bogen. Bij een deel van de proefpersonen zagen we een kleine toename van de buiging van de lage rug bij het gebruik van het exoskelet. Bij het tillen van een last van 10 kg vanaf de grond



**Figuur 2.** (a) de Laevo, een commercieel verkrijgbaar 'passief' exoskelet. Passieve exoskeletten maken gebruik van veren. De blauwe pijlen geven aan waar het systeem op het lichaam kracht uitoefent om de rug te ondersteunen. (b) een gebruiker die een Laevo draagt. (c) Een recent ontwikkeld 'passief' exoskelet (SPEXOR). Het systeem heeft naast de veer bij de heup een buigend element bij de romp en draagt de kracht over via banden om de schouders. Het systeem levert meer ondersteuning dan de Laevo, maar is ook groter en zwaarder en nog niet uitontwikkeld. (d) een 'actief' exoskelet (Robomate) dat gebruik maakt van motoren bij de heupen.

was de afname van de rugbelasting minder dan 10%.<sup>8</sup> Dit komt vooral doordat de belasting dan hoog is.

Het tweede geteste systeem is het zwaardere SPEXOR-exoskelet<sup>4</sup>, dat nog als een prototype moet worden gezien. Bij werkhogtes van 95% en 80% van de optimale handhoogte vonden we een afname van de rugbelasting van ongeveer 13 tot 20%, terwijl ook de buiging van de lage rug wat afnam. Bij tillen vonden we een vermindering van de rugbelasting van 14%.

Het derde geteste systeem was het 'Robomate'-exoskelet (figuur 2d). Dit is een systeem met motoren. Een dergelijk exoskelet is veel complexer, maar kan zich beter aanpassen om de benodigde ondersteuning in verschillende situaties te leveren. Het kan naar behoefte steun leveren als de motoren sterk genoeg zijn. Probleem is natuurlijk dat het exoskelet niet te zwaar mag zijn en niet te omvangrijk. Naast het ontwikkelen van lichte maar sterke motoren, zonder zware batterijen, zit de moeilijkheid in het bepalen van de behoefte aan ondersteuning. We hebben het 'Robomate'-exoskelet getest bij het tillen (15 kg) en vonden een vermindering van 18% van de rugbelasting. Daarnaast bleken proefpersonen wat langzamer te tillen met minder buiging van de lage rug.

#### ERVARINGEN MET EEN EXOSKELET BIJ OPERATIEASSISTENTEN

Het Laevo-exoskelet is inmiddels door operatieassistenten en chirurgen uitgeprobeerd in enkele Nederlandse en buitenlandse ziekenhuizen. De ervaringen waren wisselend. Het systeem levert ondersteuning, zit niet in de weg tijdens het werk en past onder een operatieschort, maar de pasvorm is, vooral bij vrouwen, niet optimaal, ondanks het bestaan van verschillende maten. Daarnaast gaat het niet goed samen met het dragen van een loodschort. Verder zijn er praktische vragen zoals op welk moment doe je het om of af, en waar laat je het systeem als je het niet gebruikt. Er is overigens naast de Laevo inmiddels een aantal andere passieve exoskeletten op de markt.

#### HET WEARABLE ROBOTICS-ONDERZOEK EN DE LVO

Eind 2018 is een start gemaakt met het vijf jaar durende 'wearable robotics'-onderzoeksprogramma, gefinancierd door NWO. In dit programma werkt een aantal universiteiten samen om de techniek van actieve exoskeletten te verbeteren. Daarnaast zijn er drie toepassingsprojecten, waarvan er een gaat over het ondersteunen van de rug. Bij dit project, geleid door de afdeling Bewegingswetenschappen van de VU, is het ontwikkelen van exoskeletten voor ondersteuning van de rug van operatieassistenten en chirurgen als een van de doelstellingen geformuleerd. Om dit proces mede te sturen heeft Jeanine Stuart namens de LVO plaatsgenomen in de zogeheten 'gebruikerscommissie'. In dit project willen we onder andere onderzoeken: (1) of we vermoeidheid van de rugspieren kunnen detecteren, (2) of we rugbelasting continu kunnen monitoren en met het exoskelet gedoseerd kunnen aanpassen waar nodig, en (3) hoe we bij langdurige statische houdingen op subtiele wijze variaties in houding kunnen stimuleren. We hopen hiermee op termijn eraan bij te dragen dat operatieassistenten hun werk gedurende vele jaren zonder lichamelijke klachten kunnen uitvoeren.

## Onderzoek exoskelet

Het is aannemelijk dat werken met een langdurig licht gebogen en/of gedraaide rug bij operatieassistenten tot rugpijn kan leiden. De vraag is nu of, en zo ja hoe, een exoskelet deze problemen zou kunnen verminderen. We hebben het dan niet over exoskeletten zoals deze ontwikkeld worden om het lopen te ondersteunen, maar over exoskeletten die de rug (en heupen) ondersteunen. Eind 2018 is een start gemaakt met het vijf jaar durende 'wearable robotics'-onderzoeksprogramma, gefinancierd door de NWO. In dit programma werken een aantal universiteiten samen om de techniek van actieve exoskeletten te verbeteren. Daarnaast zijn er drie toepassingsprojecten, waarvan er één gaat over het ondersteunen van de rug. Bij dit project, geleid door de afdeling Bewegingswetenschappen van de VU, is het ontwikkelen van exoskeletten voor ondersteuning van de rug van operatieassistenten en chirurgen als een van de doelstellingen geformuleerd. Een afgevaardigde namens de LVO heeft plaatsgenomen in de zogeheten 'gebruikerscommissie'. Met dit onderzoek hoopt men op termijn eraan bij te dragen dat operatieassistenten hun werk gedurende vele jaren zonder lichamelijke klachten kunnen uitvoeren.

Namens de werkgroep wil ik jullie vragen een korte vragenlijst in te vullen. De link voor de vragenlijst is te vinden op: [tinyurl.com/y9lqerkb](https://tinyurl.com/y9lqerkb)

Bij voorbaat dank,  
Jeanine Stuart  
Secretaris LVO

#### REFERENTIES

- Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018;391:2356-67.
- Kingma I, Faber GS, van Dieën JH. How to lift a box that is too large to fit between the knees. *Ergonomics* 2010;53:1228-38.
- Jäger M. Extended compilation of autopsy-material measurements on lumbar ultimate compressive strength for deriving reference values in ergonomic work design: The Revised Dortmund Recommendations. *EXCLI J* 2018;17:362-85.
- Koopman AS, Näf M, Baltrusch SJ, Kingma I, Rodriguez-Guerrero C, Babić J, et al. Biomechanical evaluation of a new passive back support exoskeleton with two separated joints for hip and lumbar flexion. *Journal of Biomechanics* in press.
- van Dieën JH, Westebring-van der Putten EP, Kingma I, de Looze MP. Low-level activity of the trunk extensor muscles causes electromyographic manifestations of fatigue in absence of decreased oxygenation. *Journal of Electromyography and Kinesiology* 2009;19:398-406.
- Koopman AS, Kingma I, Faber GS, de Looze MP, van Dieën JH. Effects of a passive exoskeleton on the mechanical loading of the low back in static holding tasks. *Journal of Biomechanics* 2019;83:97-103.
- Hoogendoorn WE, Bongers PM, de Vet HC, Douwes M, Koes BW, Miedema MC, et al. Flexion and rotation of the trunk and lifting at work are risk factors for low back pain: results of a prospective cohort study. *Spine* 2000;25:3087-92.
- Koopman AS, Kingma I, de Looze MP, van Dieën JH. Effects of a passive back exoskeleton on the mechanical loading of the low-back during symmetric lifting. *Journal of Biomechanics* 2019;Epub109486.

# 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.

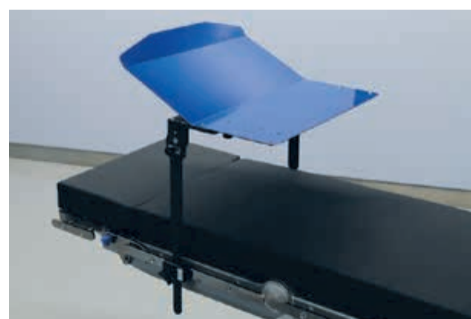
**Bezoek [www.da-surgical.com](http://www.da-surgical.com)  
voor de research poster:  
'Preventing patient sliding  
in steep Trendelenburg!'**



**TrenGuard™**  
Trendelenburg Restraint



**ArmGuard™**  
Arm Protector



**FaceGuard™**  
Face Protector/ Tray



**PatientGuard™**  
Robotic Stirrups™



CALL US  
+32 92 339 037  
+1 800.261.9953

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



