



Technische geneeskunde:  
Werken aan de gezondheidszorg  
van morgen | P 6



OK Visie lanceert het Leernetwerk | P 7



Dé vaatchirurg | P 8



Randy: 'Werken als opleider én als operatieassistent is voor mij de ideale combinatie' | P 9

'Eerste behandeling met  
techniek die kankercellen laat  
oplichten succesvol uitgevoerd'.

Hier blijkt  
duidelijk hun ware  
(kwade) aard:

ze zijn ook nog in  
staat om op te  
lichten ...

**Smeltje**

#### Baby's

In Nederland komt circa de helft van de zwangere vrouwen in aanraking met een anesthesioloog, voor operatief ingrijpen of voor pijnstilling tijdens de bevalling. Ingrid Beenackers en Xandra Schyns-van den Berg, beiden anesthesioloog, vertellen in deze krant over het subspecialisme obstetrische anesthesiologie.

Over baby's gesproken, in het Diaconessenhuis worden multidisciplinaire trainingen voor een code 1 sectio georganiseerd, waarbij simultaan op de verloskamer en de operatieafdeling een scenario wordt getraind. Een training die zeer waardevol blijkt.

Verder onder andere in deze krant: Dé vaatchirurg, de technische geneeskundige en hoogsensitiviteit op de OK.

Wij wensen jullie weer veel leesplezier!



#### Redactie

Ingrid Hummel | Martijn Lupke  
[redactie@okvisie.nl](mailto:redactie@okvisie.nl)

#### Uitgeverij

Y-Publicaties | Postbus 10208 | 1001 EE  
Amsterdam | 020 - 520 60 77  
[www.y-publicaties.nl](http://www.y-publicaties.nl)

#### Sales

Cross Media Nederland BV | 010 742 19 42  
[zorg@crossmedianederland.com](mailto:zorg@crossmedianederland.com)

© 2019 OK Visie Krant | ISSN 2590-2431  
Niets uit deze editie mag worden gereproduceerd  
zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.

Mede mogelijk gemaakt door: **erbe**  
power your performance.



# BRUMABA

OPERATING TABLE SYSTEMS  
by LASERVISION

## Specialistische Oplossingen



### “Multifunctioneel en Individueel”

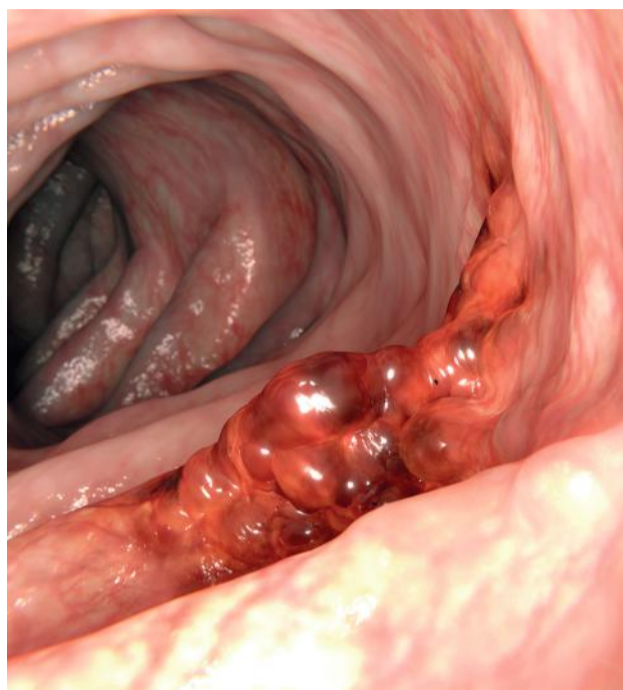
We hebben onze FOCUS, PRIMUS, VARIUS en GENIUS operatiebedden in 25 jaar continue doorontwikkeld. Door de verschillende functies van de operatietafels kunnen ze op bijna alle chirurgische vakgebieden worden gebruikt. Samen met een breed scala aan accessoires, maakt dit ze de perfecte partner voor chirurgen in ziekenhuizen en praktijken.

O.a. Oogheelkunde | KNO | Urologie | MKA | Gynaecologie | Proctologie | Tandheelkunde | Orthopedie | Dermatologie | Esthetiek

Kijk voor meer info op:  
**[www.brumaba.nl](http://www.brumaba.nl)**



## Eerste behandeling met techniek die kankercellen laat oplichten succesvol uitgevoerd



Het Franse biotechnisch bedrijf SurgiMab heeft in samenwerking met het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) een nieuwe techniek ontwikkeld die kankercellen tijdens een operatie laat oplichten. Chirurgen kunnen kwaadaardige cellen hierdoor beter opsporen en nauwkeurig verwijderen. Inmiddels is de eerste behandeling van de Fase III-studie met de fluorescerende contrastvloeistof SGM-101 succesvol uitgevoerd. De behandeling wordt binnenkort wereldwijd bij 360 darmkankerpatiënten toegepast.

De tumor-specifieke marker SMG-101 wordt voor de operatie ingespoten bij patiënten met endeldarmkanker. Met behulp van een fluorescentiecamera kan vervolgens worden gezien waar de kankercellen zich bevinden. Door de oplichtende cellen kunnen artsen meer kwaadaardig weefsel weghalen. Eerder was dit niet mogelijk omdat het verschil tussen gezond en tumorweefsel tijdens een operatie met het blote oog erg moeilijk te zien is. Pas na de operatie kan echt worden nagegaan of het tumorweefsel compleet is weggehaald.

De nieuwe techniek moet zorgen voor een verbetering van de kankerchirurgie en daarmee gelijk voor betere klinische uitkomsten voor patiënten. 'Kankeroperaties kunnen een dramatische impact hebben op de prognose van een patiënt. Het verwijderen van kwaadaardig weefsel is van cruciaal belang voor een succesvolle behandeling en goed herstel van de patiënt', vertelt hoofdonderzoeker en chirurg dr. Alexander Vahrmeijer van het LUMC.

'Deze vorm van fluorescentie-geleide chirurgie is een opwindende nieuwe benadering die de chirurg real time in staat stelt om onderscheid te maken tussen gezond en tumorweefsel. Door deze techniek kunnen zelfs kleine metastatische knobbeltjes die voor het oog onzichtbaar zijn worden gedetecteerd.' Nieuwe vormen die de detectie van kwaadaardig weefsel vergemakkelijken zijn volgens hem hard nodig. 'Per jaar worden 400.000 nieuwe gevallen gediagnosticeerd van darmkanker. We kijken daarom vol verwachting uit naar de resultaten van deze studie en hoe deze kunnen bijdragen aan betere behandelresultaten.'

## Operatie moet levenslang dragen van armkous overbodig maken

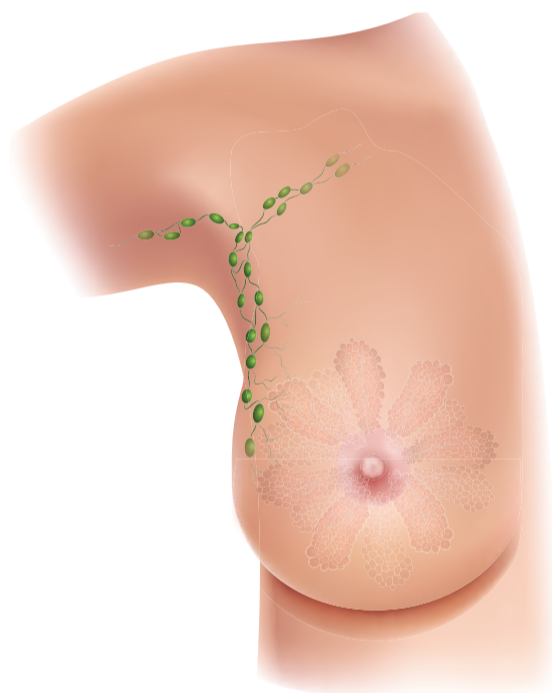
Een microchirurgische ingreep moet het levenslang dragen van armkousen en herhaaldelijke lymfedrainage (na borstkanker) overbodig gaan maken. Om vast te stellen of dat mogelijk is, gaan plastisch chirurgen van het Maastricht UMC+ en het Radboudumc in Nijmegen de nieuwe operatieve ingreep vergelijken met de traditionele therapie. Behandeling is nodig om lymfoedeem te voorkomen, een verschijnsel dat patiënten ernstig kan hinderen in het dagelijks leven.

Bij een behandeling van borstkanker worden in veel gevallen de lymfeklieren in de oksel operatief verwijderd en/of bestraald. Door die behandeling krijgt één op de vijf patiënten echter last van lymfoedeem, dat ontstaat door een blokkade in de lymfevaten van de arm. Om de ophoping van vocht tegen te gaan, dragen veel vrouwen de rest van hun leven een armkous. Daar komt nog een regelmatige lymfedrainage bij, een soort massage om het overtollige vocht af te voeren. Een behandeling die soms meerdere malen per week moet worden uitgevoerd.

Mogelijk biedt een microchirurgische ingreep uitkomst, waarbij

een lymfoveneuze anastomose wordt aangelegd. Op die manier kan het vocht via de bloedbaan worden afgevoerd. Voor de operatie worden de lymfevaten in kaart gebracht en wordt bepaald of de lymfevaten geschikt zijn. De resultaten van deze nieuwe ingreep worden vervolgens vergeleken met een groep patiënten die doorgaan met het dragen van armkousen en lymfedrainage, de traditionele behandelvorm.

In totaal kunnen 120 vrouwen meedoen aan het onderzoek, dat gedoopt is tot 'the LYMPH trial'. Vrouwen bij wie lymfoedeem in de arm is ontstaan na een borstkankerbehandeling met bestralingen of operaties in de oksel, worden willekeurig ingedeeld in één van twee onderzoeksgroepen. De ene groep krijgt de nieuwe operatie, de andere de traditionele behandeling. De patiënten worden twee jaar lang gevolgd, waarbij verschillende metingen aan de arm worden gedaan. Verder worden de gemaakte kosten en de kwaliteit van leven van de patiënten in kaart gebracht. Zo is te beoordelen of de nieuwe ingreep betere resultaten oplevert dan de traditionele therapie.



## Ruiken aan urine om naadlekage te vinden

Door aan urine te ruiken, kan een elektronische neus mogelijk vaststellen of een patiënt na een darmoperatie een naadlekage heeft. Onderzoeker Victor Plat kwam op het idee om een elektronische neus te gebruiken voor het vaststellen van naadlekage. 'Gemiddeld krijgt iets minder dan 10 procent van de patiënten een naadlekage nadat een stuk van de darm is weggehaald en de darm weer aan elkaar is gehecht. Naast gevaarlijk, is een naadlekage soms lastig vast te stellen, de patiënt moet hiervoor een CT-scan of ingrijpende chirurgie ondergaan. Wij wilden weten of de elektronische neus deze complicatie zonder belastende onderzoeken kan detecteren door aan urine te ruiken', aldus Plat.

Het is voor het eerst dat de elektronische neus op de afdeling chirurgie komt ruiken. Plat vergeleek urine van 22 patiënten

met en 29 patiënten zonder naadlekage. Bij de mensen met een naadlekage zijn andere stoffjes in de urine aanwezig en die detecteert de elektronische neus. In totaal deden vijf Nederlandse ziekenhuizen mee aan het onderzoek. 'Met de elektronische neus was het mogelijk om patiënten met en zonder een naadlekage van elkaar te onderscheiden', aldus Plat. Vervolgonderzoek is nodig om te bepalen of de complicatie ook in een vroegere fase is op te sporen.

Deze geurdiagnostiek is accuraat en heeft een veel hogere voorspellende waarde dan bloedonderzoek. De methode is niet-invasief, de patiënt hoeft alleen maar wat urine af te geven. Wellicht hoeft er in de toekomst minder gebruikgemaakt te worden van CT-scans, wat veel kosten bespaart.

Co-Nijntje heeft een paar weken in het Isala ziekenhuis in Zwolle gebivakkeerd. Hier heeft ze eerst kunnen wennen in de koffiekamer tijdens de finale van Nederland-USA damesvoetbal. Een paar dagen later mocht Co-Nijntje mee aan tafel en heeft ze ook nog een beetje anatomie geleerd. Daarnaast heeft Co-Nijntje nog een heleboel andere dingen geleerd. Ze heeft uitleg gekregen van het hart, een patiëntje gerustgesteld bij het in slaap gaan, een vriendje ontmoet, het kon allemaal. Het was een plezier om met Co-Nijntje te mogen werken! We wensen haar veel succes bij haar volgende Co-schap!!







## Betrouwbare beeldtechnologie voor operatiekamers

In moderne ziekenhuizen neemt het aantal verschillende beeldbronnen die in diverse omgevingen tegelijkertijd moeten worden weergegeven, toe. Met de producten uit de CuratOR-serie is EIZO in staat hiervoor een oplossing te bieden. Bij de ontwikkeling is met name rekening gehouden met de wensen van gebruikers met betrekking tot de beeldweergave in interventieradiologieruimten, en in de bijbehorende controle- en operatiekamer. Dankzij de uitgebreide productlijn zijn er nauwelijks beperkingen.

### Geïntegreerde OK

Het digitale bekijksysteem, CuratOR Surgical Panel, kan worden aangepast aan uw behoeften en specifieke eisen. Het Surgical Panel kan worden gebruikt voor totaal verschillende doelen, bijvoorbeeld als platform voor het video-management binnen de OK, voor beeld- en video-documentatie, registratie van gegevens of het tonen van digitale röntgenbeelden.

### Interventionele radiologie

Tijdens interventieradiologie bestaat er een sterke behoefte om medische informatie en beelden tegelijkertijd te tonen, on-demand belangrijke beelden

te scalen naar het gewenste formaat en minder belangrijke informatie tijdelijk te verwijderen uit het zichtbare beeld. Door het leveren van hoge resolutie breedbeeldmonitoren - ook wel large format monitoren genoemd - en een large-monitormanagersysteem is EIZO in staat om deze verschillende workflow scenario's te ondersteunen. De large-monitormanager verzamelt verschillende video-inputs, combineert en rangschikt ze aan de hand van voorgeconfigureerde layouts op basis van uw voorkeuren en toont het resultaat op de monitor.

### Controlekamer

In de controlekamer kan eenzelfde large-monitormanagersysteem worden gebruikt om de informatie van verschillende bronnen te tonen op één of meerdere monitoren.

Meer informatie? Neem vandaag nog contact op met EIZO voor een vrijblijvende afspraak en/of testopstelling via 040-7600360 of [info.nl@eizo.com](mailto:info.nl@eizo.com).



## Flexibel werken? Ja natúúrlijk!

### Voor:

- operatieassistenten
- anesthesiemedewerkers
- recoveryverpleegkundigen
- high & mediumcare verpleegkundigen

... hebben wij direct super interessante opdrachten!

Alles over jouw voordelen, onze werkwijze en alle actuele vacatures vind je op onze site. Heb jij óók zin in een fijne werkplek, alle flexibiliteit die je wenst én goede inkomsten? **Neem dan nu contact met ons op.**

[www.yucomedical.nl](http://www.yucomedical.nl)

**YUCO<sup>+</sup>medical**  
zorgprofessionals



Jellow

### Werken als zelfstandige zorgprofessional?

Schrijf je gratis in bij **JellowZorg**

**Geen** bemiddelingskosten

Ziekenhuizen en zbc's vinden **jou**

Vergroot je **kennis** en **expertise** door te werken bij meerdere opdrachtgevers

Voor **€1,50 p/u** ontzorgen wij de zzp-er ook met **contractuele afhandeling** en **facturatie**

[www.JellowZorg.nl](http://www.JellowZorg.nl)



# Scenariotraining code 1 sectio

In het Diaconessenhuis is een multidisciplinaire training 'code 1 sectio' ontwikkeld. Deze training is zeer waardevol gebleken: tijdens die training groeit de interactie tussen de teams. Er ontstaan wederzijds respect, betere samenwerking en optimalisering van zorg voor onze patiënten. Elke training kijken de deelnemers terug op een fantastisch leerzame dag en zijn ze trots dat ze in het Diaconessenhuis de tijd en ruimte kunnen creëren voor trainingen die zo veel meerwaarde hebben voor patiënten en collega's.

Door: Sylvia Agterberg



Sylvia: De nabespreking gaat altijd met respect voor elkaars vakgebied.

Sylvia: Het begon ermee dat het VIT-team (Verloskundig Interventie Team) elke jaar vier multidisciplinaire trainingen organiseerde voor eerste- en tweedelijns verloskundigen, gynaecologen, en arts-assistenten, verpleegkundigen O&G en kraamverzorgenden. In één van die trainingen werd elk jaar de code 1 sectio getraind tot aan de deur van het operatiekamercomplex (OKC).

In werkelijkheid stopt het natuurlijk niet bij de deur van de OK. Vandaar een training die áchter die deur op het OKC plaatsvindt. Dat hebben we multidisciplinair aangepakt: Tatjana Vogelvang (gynaecoloog), Manon Westing (klinisch verloskundige), Willemijn Wesseling-Doornbos (klinisch verloskundige) en Sylvia Agterberg (scholingscoördinator OKC), met als resultaat dat we op 11 april 2017 de eerste code 1 sectio konden trainen op de operatiekamer.

## Alle disciplines doen mee

Tijdens de training doen alle disciplines mee die betrokken zijn bij een sectio, te weten: verpleegkundigen O&G, gynaecologen, arts-assistenten gynaecologie, klinisch verloskundigen, kinderartsen, arts-assistenten kindergeneeskunde, anesthesisten, anesthesiemedewerkers en operatieassistenten. De scenariotraining 'code 1 sectio' heeft een ochtend- en een middagtraining, met verschillende deelnemers. Vanuit het OKC doen twee of drie anesthesiemedewerkers, vier operatieassistenten en een anesthesist mee.

## Begrip voor elkaars werk

De training begint op de verlosafdeling met een theoriedeel over de sectio en het trainen van het scenario code 1 op de verloskamer. We trainen dan alle stappen die nodig zijn voor de casus. Ondertussen start in de vergaderruimte van het OKC een presentatie over de code 1 sectio. We laten een filmpje zien van tien minuten. Daarin zie je wat op de verloskamers gebeurt als het OK-team gebeld wordt voor een code 1 sectio. Door dat filmpje ontstaat begrip voor elkaars werk.

## Trainen met twee afdelingen tegelijk

Als het eerste scenario op de verloskamer is afgerond, is de OK klaar voor de scenariotraining. De casus start opnieuw op de verloskamer. Het OK-team wordt gebeld en de training gaat op twee afdelingen tegelijk lopen. We voeren alle handelingen uit zoals we die ook in het echt zouden doen. De verloskamer doet zijn checks en de operatiekamer wordt klaargemaakt voor een code 1 sectio. Na tien minuten krijgt de verloskamer het telefoontje dat de patiënt naar de OK gebracht mag worden. Het team klokt de tijd die

nodig is om met spoed op de OK te komen. Deze tijden laten we ook aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd zien. Op het OKC aangekomen, vindt de overdracht plaats volgens SBAR naar de anesthesist en de anesthesiemedewerker. De training gaat verder op de OK. Ook hier voeren we alle handelingen zo echt mogelijk uit. Denk hierbij aan overstappen op de OK-tafel, time-outprocedure, geven van een ruggenprik, desinfecteren en afdekken van de buik. De operatieassistenten schuiven hun opgedekte OK-tafels aan en de operatie kan beginnen. Het kind wordt geboren.

## Moeder en kind

De kinderarts staat klaar om samen met de verpleegkundige O&G de baby op te vangen op de sectiokar. Hier start het scenario voor de kinderarts/arts-assistent kindergeneeskunde. Onder supervisie van de VIT-instructeur wordt de kinderarts door de casus heen gepraat. Dit gaat door totdat de baby goed ademt en bij zijn moeder kan liggen. Ondertussen wordt de buik van de patiënt gesloten. We eindigen met een sign-outprocedure. Observatoren, collega's van de werkvloer, volgen de hele procedure.

## Nabespreking

We beëindigen de scenariotraining en iedereen komt in een grote kring om de OK-tafel staan. Onder leiding van de VIT-instructeurs bespreken we het hele scenario vanaf de verloskamer tot aan de sign out. Tijdens dit halfuur bespreken we ook de punten die beter of anders kunnen. Het VIT-team neemt alle verbeterpunten mee naar de evaluatie van de training. De nabespreking gaat altijd met respect voor elkaars vakgebied. Een mooi voorbeeld van een verbetering is dat we het whiteboard voor de verpleegkundigen en de kinderartsen hebben verplaatst naar een betere plek, zodat het goed gebruikt wordt en het zijn doel niet mist. Ook hebben we duidelijkere afspraken gemaakt over wie voor de partner zorgt tijdens het uitvoeren van de algehele narcose.

## In de herhaling

Vervolgens trainen we het scenario nog een keer vanaf de gang voor het OK-complex. Ook hierna bespreken we het na. De tweede keer gaan de aandachtspunten direct beter. Er is meer rust en iedereen weet nog beter wat zijn taken zijn. Daarom houden we ook twee keer per jaar de scenariotraining code 1 sectio.

Na de training drinken we een kopje koffie, eten wat lekkers en vullen de evaluatieformulieren in. Alle deelnemers krijgen tot slot een bewijs van deelname.

# Technische geneeskunde: werken aan de gezondheidszorg van morgen

Misschien werken ze al bij jullie op de afdeling, en anders grote kans dat je hem of haar binnenkort tegen het lijf loopt. De innovaties op de OK en daarbuiten volgen elkaar namelijk in rap tempo op en vragen om een nieuw soort medisch professional, die een brug slaat tussen de patiënt en techniek; de technisch geneeskundige. Koen van der Veen is tweedejaarsstudent aan de Universiteit van Twente in Enschede en actief in de studievereniging Paradoks. Hij vertelt ons over zijn studie en zijn toekomstige werkveld.

Door: Ingrid Hummel



Koen: De technisch geneeskundige vertaalt de techniek naar de geneeskundige procedure.

Technische geneeskunde is een relatief nieuwe academische medische discipline met als doel om (nieuwe) medische technologie veiliger en effectiever toe te passen in de directe patiëntenzorg. Er worden dus professionals opgeleid die techniek inzetten bij de behandeling van patiënten.

Koen: 'Dat is ook precies de reden geweest dat ik voor deze studie heb gekozen. Mijn interesse lag op de middelbare school heel erg bij de exacte vakken, zoals wiskunde, natuurkunde en biologie, maar daarnaast ben ik ook echt een mensen-mens. Dit komt samen in deze studie.

Waar je met de studie geneeskunde leert om patronen te herkennen, diagnoses te stellen en vooral uitvoerend bezig bent, leer je bij technische geneeskunde meer hoe de verschillende systemen in het lichaam werken, en hoe al deze systemen met elkaar samenwerken. Als we dat goed in beeld hebben, kijken we hoe we de techniek kunnen inzetten om ofwel een diagnose te stellen ofwel een behandeling te starten. De reguliere geneeskundestudent wordt geschoold om het gebruik van de techniek toe te passen, terwijl wij ook de werking achter die techniek leren.'

Je kunt hierbij denken aan de hybride OK's, waarbij er peroperatief scans en MRI's gemaakt kunnen worden. Zo'n kamer staat vol met softwarematig aangestuurde apparatuur die gevuld moet worden met data. Dat is een uitgelezen taak voor een technisch geneeskundige. Andere toepassingen van de technische geneeskunde zijn onder andere het 3D printen van organen, de ontwikkeling van hololenzen of het samenstellen van boor- en zaagmallen.

## Studie

De studie technische geneeskunde is in 2003 begonnen aan de Universiteit Twente. In 2014 is de TU Delft, in samenwerking met het Erasmus MC en het LUMC, begonnen met het aanbieden van de bachelor onder de naam klinische technologie. Zowel de bachelor als de master duurt drie jaar. Jaarlijks beginnen, via decentrale selectie, 130 studenten

aan de Universiteit Twente en 100 studenten aan de TU Delft met deze studie. De Universiteit Twente wil met ingang van collegejaar 2019/2020 de numerus fixus verhogen naar 150, met de kanttekening dat er voldoende docenten zijn.

Na de bachelor zijn er twee afstudeerrichtingen: Medical Imaging & Intervention, en Medical Sensing & Stimulation. De richting Medical Imaging & Intervention richt zich op geavanceerde beeldvorming, lokalisatietechnieken, minimaal invasieve technologie, medische robotica en computergestuurde interventies. Hier leer je de vereiste technische achtergrond voor alle belangrijke beeldvormingstechnieken, waaronder nauwkeurige herkenning van gezond en pathologisch weefsel. De richting Medical Sensing & Stimulation richt zich op de verwerving, verwerking en interpretatie van medische signalen (diagnostiek) en het gebruik van signalen om gestoorde functies van het menselijk organisme te stimuleren en daardoor te corrigeren of te verbeteren (therapie). Een toepassing hiervan is bijvoorbeeld het gebruik van diepe hersenstimulatie bij de behandeling van bewegingsstoornissen of epilepsie.

Koen vervolgt: 'Tijdens de studie leren we de praktische vaardigheden tijdens stages en met behulp van simulaties in het hypermoderne Technisch Medisch Centrum (TMC) dat gevestigd is op de campus van de University of Twente. Het TMC bevat onder meer een operatiekamer en een intensive care met daarin de modernste apparatuur. We kunnen daar onder andere oefenen met laparoscopieën en echografieën. Ook oefenen we met een Human Patiënt Simulator, een geavanceerde pop waarmee je medische complicaties kunt simuleren. Voor de snijzaalpractica hebben we een samenwerking met het Radboud UMC om zo anatomische kennis te vergaren.'

Net zoals bij de studie geneeskunde, is ook bij deze studie de meerderheid van de studenten vrouw. 'Volgens mij zijn

heel veel vrouwen geïnteresseerd in techniek, maar niet altijd in de die-hardtechniek', aldus Koen. 'De combinatie van techniek en geneeskunde maakt het net wat "zachter", en zo een ideale combinatie.'

## Operatieafdeling

Zelf heeft Koen nog geen stage op de OK gelopen, maar van collega-studenten hoort hij wel dat er nog veel onbekendheid over technische geneeskunde bestaat en dat medewerkers op de OK zich afvragen wat de student komt doen. 'Je ziet dat dit op een afdeling waar technische geneeskunde meer wordt ingezet, zoals neurologie of cardiologie, al minder is. Ieder jaar studeert weer een nieuwe lichter studenten af die zich zullen bewijzen in de zorg, en de toename van techniek in de zorg zal alleen maar toenemen. Wij zullen dit gat gaan opvullen en ons dan ook vaker laten zien op de OK.'

Koen: 'Wij vertalen de techniek naar de geneeskundige procedure, en fungeren zo als link tussen de arts en techniek. Dit kan zijn als adviseur of als co-therapeut in een multidisciplinair patiëntgericht behandelteam. Ik vind het een prachtige studie en sta te popelen om ermee aan de slag te gaan.'

## Wet BIG

Als technisch geneeskundige maak je deel uit van het behandelteam, maar je bent in principe geen hoofdbehandelaar. Ook mag een technisch geneeskundige na de opleiding niet de titel arts dragen, maar onlangs werd wel bekend dat de technisch geneeskundige definitief is opgenomen in de Wet BIG. Daartoe besloot de Eerste Kamer op basis van een positieve evaluatie van de toegevoegde waarde van deze beroepsgroep in de zorg. Technisch geneeskundigen krijgen daarmee officieel de bevoegdheid tot het zelfstandig verrichten van medische handelingen.



# Leernetwerk

In deze rubriek belichten wij iedere maand een onderwerp waarin het leren van incidenten en het verbeteren van menselijke prestaties op de OK centraal staat.

## OK Visie lanceert het Leernetwerk

Zoals jullie zelf ervaren, is de OK een complexe omgeving waar potentiële gevaren op de loer liggen. Zowel voor onszelf als medewerkers als voor patiënten. Of je nu OK-assistent of chirurg bent, als medewerker ben je onderdeel van een systeem dat ingericht is om goede zorg te leveren. Vaak lukt dat ook, maar soms worden ook fouten gemaakt.



Vanuit OK Visie willen we graag de geleerde lessen na fouten en successen met andere OK's delen.

Van zowel fouten als successen willen wij graag leren. Een fout of succes staat meestal niet op zichzelf, vaak zijn meerdere oorzaken aan te wijzen die allemaal een aandeel hebben in het ontstaan van een fout of succes. Het werken op de OK vereist een hoogwaardige veiligheidscultuur en een optimale inrichting van de werkomgeving, er is immers geen afdeling in het ziekenhuis waar de risico's op blijvende schade voor de patiënt zo groot zijn als op de OK. De factor 'mens' (jij!) speelt daarbij een cruciale rol, en die factor willen wij zo goed mogelijk faciliteren.

Vanuit OK Visie willen we graag de geleerde lessen na fouten en successen met andere OK's delen. Want waarom zou je wachten op een vervelend incident als een ziekenhuis verderop een goede maatregel heeft bedacht om dit te voorkomen? Hetzelfde gaat op voor buitengewoon excellente zorg.

Er is een aantal ontwikkelingen in het zorglandschap dat maakt dat wij nu starten met het Leernetwerk:

- Vernieuwde veiligheidsmanagementsystemen: ziekenhuizen behoren eind 2023 een gecertificeerd of geaccrediteerd veiligheidsmanagementsysteem te hebben ingevoerd, conform de eisen in NEN 8009:2018. Met het Leernetwerk willen wij jullie hierbij ondersteunen.
- De brief van minister Bruins: hierin dringt minister Bruins erop aan dat ziekenhuizen maatregelen nemen gericht op een significante verbetering in het voorkomen van potentieel vermijdbare schade en sterfte. Dit onderschrijft wat ons betreft de urgentie om als afdeling actief deel te nemen aan het OK Veiligheidsleernetwerk.
- Nieuwe wet- en regelgeving voor medische hulpmiddelen (MDR): deze nieuwe regelgeving omtrent medische hulpmiddelen gaat in op 26 mei 2020. Hierin worden strengere eisen gesteld aan de hulpmiddelen, het ontwerpproces en de ervaringen van de eindgebruiker (jij!) in het veld. Zeker voor het delen van ervaringen met hulpmiddelen met bijvoorbeeld fabrikanten zien wij een rol voor het Leernetwerk.

Kortom, er staat veel te gebeuren de komende periode! Met het Leernetwerk willen wij hierop voorsorteren en jullie actief betrekken bij de ontwikkeling ervan. We denken

bijvoorbeeld aan het delen van casussen en verbetermaatregelen, trainingen, bijeenkomsten en ondersteuning bij calamiteiten. Maar, het netwerk valt of staat met jullie betrokkenheid en deelname, daarom willen we graag van jullie weten wat je wilt 'halen' uit dit Leernetwerk en wat je wilt bijdragen. Gebruik de vragenlijst om aan te geven waar jij of jouw afdeling behoefte aan heeft. Wij proberen op basis van deze resultaten het Leernetwerk zo goed mogelijk in te richten. Een groot gedeelte van het Leernetwerk zal gratis beschikbaar zijn, zoals jullie van ons gewend zijn. Binnenkort zullen we meer toelichting geven op wat het Leernetwerk nog meer inhoudt en wat het voor jouw afdeling kan betekenen.



Het Leernetwerk onderhouden kunnen wij niet alleen, daarom hebben we Intergo gevraagd om ons daarbij te ondersteunen. Jullie kennen wellicht Gert-Jan Kamps van zijn interview 'Veiligheid is mensenwerk' of van zijn eerdere columns hier in OK Visie. Hij richt zich op het leren van incidenten en het verbeteren van de menselijke prestatie op de OK. Wij zijn blij om samen met Gert-Jan verder te mogen werken in het Leernetwerk!

# Dé vaatchirurg

In 'Dé'-rubriek laten we iedere maand iemand van de werkvloer aan het woord. Of het nu de praktijkopleider, de herintreder, de leerling of de afdelingsassistent is, dit is *jullie* rubriek!

Pieter Klinkert werkt als vaatchirurg bij de Heelkunde Friesland Groep. In 2004 begon hij in het Tjongerschans Ziekenhuis in Heerenveen. Door de regionalisatie zijn de operatieve zorg en acute vaatchirurgie nu gecentreerd in het Medisch Centrum Leeuwarden. Hij is tevens voorzitter van Stichting Heelkunde Friesland. Doel van deze stichting is om betere zorg dichterbij huis aan te bieden. Zorg die niet in een hoogcomplex omgeving thuis hoort daar ook niet uit te voeren. Dit maakt de zorg beter, en ook goedkoper!



Pieter: In ons vak gaat het om communicatie en verwachtingsmanagement.

## Dé keuze voor vaatchirurgie ...

maakte ik tijdens mijn opleiding toen dr. Paul Breslau mijn opleider werd in het Rode Kruis Ziekenhuis in Den Haag. Zijn enthousiasme, kundigheid en betrokkenheid bij de patiënt waren een grote inspiratiebron. Zijn hulp bij mijn proefschrift over een vaatchirurgisch onderwerp hielp natuurlijk ook.

## Dé laatste ontwikkeling in mijn vakgebied ...

is de verschuiving van open naar endovasculair behandelen. Dit vraagt een heel andere manier van werken dan tijdens mijn opleiding.

## Dé grootste uitdaging in mijn vak ...

is mijns inziens regionalisatie van de vaatzorg. Deze wordt complex en gespecialiseerd, naast alle dure materialen die nodig zijn. Dit vraagt regionalisatie. In Friesland zijn we

aardig op weg, maar het vraagt erg veel overredingskracht van bestuurders, andere specialisten, personeel en natuurlijk de patiënt. Aangezien je niet alles zelf in de hand hebt, kan dat wel tot frustratie leiden.

## Dé meeste voldoening ...

krijg ik van tevreden patiënten of familie. Klinkt cliché, maar in ons vak gaat het om communicatie en verwachtingsmanagement. Een patiënt die na een operatie met complicaties bij mij terug blijft komen, heeft dus blijkbaar nog steeds vertrouwen in mij. Dat betekent dat mijn communicatie rondom de behandeling en de complicaties goed is geweest.

## Dé casus die me het meest is bijgebleven ...

is er niet één, maar zijn er vele. Overleden patiënten,

complicaties, successen. Een patiënt heeft een veulen naar mij genoemd; Piter (de Friese variant). Ik moet wel zeggen dat het wel een hengst was, maar klein en met maar de helft van het normale geboortegewicht ....

## Dé minst leuke operatie ...

heb ik eigenlijk niet. Maar als ik iets moet noemen is een amputatie natuurlijk het minst leuk.

## Dé onderlinge samenwerking op onze OK is ...

heel divers en dat maakt het complex, interessant en sommige dagen een uitdaging om alles soepel te laten lopen terwijl andere dagen het zomaar lekker loopt allemaal, dat zal iedereen wellicht herkennen in zijn of haar werk.



# OK van de maand: Wilhelmina Kinderziekenhuis

In de rubriek OK van de maand zetten wij iedere maand een operatieafdeling in de spotlights.

Randy Riemsdijk (30) is in 2009 aan de opleiding tot operatieassistent begonnen aan de UMC Utrecht Academie. Na zijn diplomering heeft hij in het UMC Utrecht gewerkt en momenteel werkt hij in het Wilhelmina Kinderziekenhuis. Daarnaast werkt hij als opleider bij de UMC Utrecht Academie. Volgens hem een ideale combinatie: 'Door deze combinatie ben ik betrokken bij het werkveld en kan ik kennis overdragen aan mogelijk mijn toekomstige collega's.'



Randy: Bij ons is iedere dag weer een verrassing.

## Wat is er specifiek aan de operatieafdeling van het WKZ?

Het specifieke aan onze operatieafdeling is dat wij zorg leveren die voornamelijk bij kinderen voorkomt. Sommige ingrepen kom je daarom ook niet bij volwassenen tegen. We leveren specifieke zorg aan pasgeborene tot en met de leeftijd van 18 jaar. Daarnaast opereren we hier ook de obstetrische patiënten. Omdat we zo divers aanbod hebben van kinderen is het altijd anticiperen; "hoe functioneert het kind?" hoe communicatief vaardig is het?" Doortastendheid wordt daarom soms dan ook wel verwacht van de medewerkers. We proberen tijdens de inleiding van de patiënt alles zo prikkelarm mogelijk te maken. Wij als operatieassistenten staan dan bijvoorbeeld op onze opdekking. Deze gang heeft grote ramen zodat we altijd interactie kunnen hebben met wat er speelt op de operatiekamer. We hebben dus niet alleen te maken met

de kinderen, maar ook met de ouders. Meestal worden de ouders begeleid door een verpleegkundige of een sociaal pedagogisch medewerker. Ook de entourage op het operatiekamercomplex is erg kindvriendelijk, denk bijvoorbeeld aan afbeeldingen op de muren of plafonds. In de holding hebben we zelfs elektrische auto's staan, je moet er dus niet gek van opkijken wanneer er een kind zelf naar de OK komt rijden. Alle afdelingen binnen het WKZ hebben dierenamen. Het operatiecomplex heet Drome(n)daris. Wanneer de kinderen geopereerd zijn krijgen ze na afloop een knuffeltje en een lekker ijsje.

## Welke operaties komen het meest voor bij jullie?

Dit is lastig te zeggen, aangezien we echt heel diverse ingrepen doen. We opereren hier geen 'straatjes'. De operaties die we hier onder andere doen zijn: congenitale cardiochirurgie, trepanaties, oncologische

buikoperaties, scoliosecorrecties, cystoscopieën, DLTB, ATE, oesophaguscorrecties en sectio's.

## Is er een bijzondere casus die je bij is gebleven?

Een kind is zo kwetsbaar en voor de ouders het meest waardevolle bezit. De ouders vertrouwen erop dat wij de beste zorg zullen verlenen die er is. Elke week maak je wel een bijzonder of een kippenvelmomentje mee. De patiënten die wij opereren zijn niet altijd stabiel en zijn soms dan ook risicovol. Je ziet de angst in de ogen van de ouders en het kind. Ik denk even terug aan enkele weken geleden. Een patiënt wilde graag een muzikje horen tijdens de inleiding. Wij hebben hierop geanticipeerd, echter het nummer was zo ontroerend dat bijna het gehele team met tranen in hun ogen stonden. Daarnaast op dezelfde dag ook nog A-spoed, waar je je kwaliteiten als OK-medewerker kunt laten uitkomen. Dat een nauwe samenwerking met het gehele team dan essentieel is, is toen gebleken. Er werd een mevrouw met een uitgezakte navelstreng aangekondigd. Binnen 1 minuut moesten wij weten te handelen, de adrenaline stijgt, en het lijkt dan soms alsof je even in een roes geleefd hebt. Dan merk je dat je ervaring genoeg hebt om zo snel mogelijk te kunnen handelen. Mochten we een bijzondere casus hebben meegemaakt, dan staat het ons vrij om een debriefing aan te vragen. Daarnaast wordt, indien nodig, begeleiding aangeboden.



## Wat vind jij het leukste aan het werken op jullie afdeling?

De afwisseling, uitdaging en het meedenken tijdens diverse procedures. Niets is standaard en elke dag is weer een verrassing. Ondanks de academische setting hebben wij op de OK wel de kleinschalige gezelligheid. Binnen het OK complex hebben wij korte lijnen met alle disciplines en merk je dat je gewaardeerd wordt als persoon en ben je een belangrijke schakel die het OK-team nodig is.

## En het minst leuke?

Het 's nachts werken ;), maar met mijn leuke collega's is het altijd wel plezierig.



Bij-en nascholing, the next level!

# HET BESTE OK OPLEIDINGSIDEE VAN NEDERLAND

**Pitch jouw idee.  
Het beste idee wordt uitgevoerd.**



**14 november 2019**



**Impact Hub, Amsterdam**



**14.00 uur - 19.00 uur**



**<https://www.okvisie.nl/contact>**



**INCISION**







# Anesthesiologie en zwangerschap

Door Ingrid Beenackers, anesthesioloog UMCU/WKZ Utrecht,  
en Xandra Schyns-van den Berg, anesthesioloog ASZ Dordrecht

De ontwikkeling van de moderne anesthesiologie is van meet af aan nauw verbonden met de verloskunde. Al kort na de door William Morton geïntroduceerde ethernarcose, in het midden van de 19e eeuw, werd ether voor het eerst gebruikt voor pijnstilling tijdens de bevalling door James Young Simpson, een Schotse gynaecoloog. Niet geheel tevreden over de effecten wisselde hij ether al spoedig in voor chloroform. Doordat enkele jaren nadien Queen Victoria bij de geboorte van twee van haar kinderen chloroform toegediend kreeg ter verlichting van haar weeën, werd analgesie tijdens de bevalling steeds geaccepteerder. Ook latere ontwikkelingen binnen de anesthesiologie vonden vaak spoedig hun weg naar de verloskunde, zo niet in Nederland, dan toch wel in vele landen om ons heen.

Volgens schattingen komt tegenwoordig ook in Nederland zeker de helft van de zwangere vrouwen in aanraking met een anesthesioloog, voor operatief ingrijpen om de zwangerschap tot een goed einde te brengen of voor pijnstilling tijdens de bevalling. Mede door toename van de wens voor medicamenteuze pijnbehandeling, en dus een toename van het percentage epidurale analgesie (in 10 jaar tijd van ongeveer 4 % naar 20 %), neemt het aantal thuisbevallingen in Nederland af en het contact met anesthesiologen hierdoor toe. Daarnaast neemt de leeftijd van vrouwen bij de eerste zwangerschap toe en zijn vrouwen met ernstige comorbiditeit beter in staat kinderen te krijgen. Deze situaties kunnen leiden tot acuut medisch ingrijpen met belangrijke betrokkenheid van anesthesioloog en volledig OK-team.

## Obstetrische anesthesiologie

Alhoewel in ongeveer tachtig ziekenhuizen in Nederland verloskunde plaatsvindt en vrijwel alle anesthesiologen daarbij betrokken zijn, is het subspecialisme obstetrische anesthesiologie in Nederland niet zo goed ontwikkeld als in de ons omringende landen. Deels heeft dit te maken met de aard van de uitvoering van de Nederlandse verloskunde, waarbij een natuurlijke bevalling zonder medisch ingrijpen nog steeds de voorkeur geniet. Deels ook is dit het gevolg van de organisatiestructuur van de klinische verloskunde. De anesthesioloog heeft, in tegenstelling tot in vele andere westerse landen, geen vaste plek binnen het obstetrisch team. Daardoor is deze, naast voor het toedienen van pijnstilling, niet direct betrokken bij de medische zorg rondom de zieke zwangere of barende vrouw. Vanwege de fysiologische veranderingen die optreden tijdens een zwangerschap, heeft iedere gezonde zwangere al een ASA 2-score. Bij vooraf bestaande ziektes of optreden van pathologie tijdens de zwangerschap of bevalling, zoals pre-eclampsie, HELLP, vruchtwaterembolie of massaal bloedverlies, treden verstoringen op in hemodynamiek, ademhaling en/of bloedstolling, bij uitstek het werkterrein van de anesthesiologie. Daarom zijn anesthesioloog en OK-team bij uitstek noodzakelijke teamplayers in het netwerk van zorgverleners rondom de zwangere. Dit vereist kennis van en training in behandelen van risicovolle of spoedsituaties. Vroegtijdige betrokkenheid bij de (multidisciplinaire) zorgverlening kan bijdragen aan een verdere verbetering van de uitkomst voor moeder en kind.

## Informatieverstrekking

Ook is het voor een positieve beleving van de bevalling en een goede moeder-kindbinding

van belang om de anesthesiologische zorgverlening rondom de geboorte goed te begeleiden. Door juiste informatieverstrekking en tijdig overleg kunnen de zwangere en haar partner goed geïnformeerde keuzes maken en participeren in shared decision making. Want ook bij het streven naar een natuurlijk geboorteproces zonder medische interventies, is het belangrijk om voorbereid te zijn op onverwachte complicaties. Een actieve belangstelling voor en toepassing van obstetrische anesthesiologie is dus gewenst. Om de perinatale morbiditeit en mortaliteit in Nederland terug te dringen, zijn in 2010 door de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte adviezen uitgebracht om de samenwerking en kwaliteit van de betrokken beroepsgroepen bij obstetrische zorg te verbeteren. Deze hebben in 2016 geleid tot de Zorgstandaard Geboortezorg waarin integrale geboortezorg wordt beschreven. Hierbij zijn alle zorgprofessionals samen verantwoordelijk voor een goede uitkomst, vanaf preconceptie tot jeugdgezondheidszorg. De rol van de anesthesioloog wordt echter slechts kort aangestipt, en zou door de betrokken beroepsgroepen verder uitgebouwd kunnen worden, zodat anesthesiologen actiever betrokken raken bij de uitvoering van integrale geboortezorg

*‘De anesthesioloog heeft, in tegenstelling tot in vele andere westerse landen, geen vaste plek binnen het obstetrisch team’*

## Symposium

Om de gewenste input en expertise van de anesthesie binnen de verloskunde te vergroten en up-to-date te houden, wordt sinds tien jaar samen met Vlaanderen een jaarlijkse Refresher Course Obstetrische Anesthesiologie georganiseerd. Deze is tot nu toe bestemd voor anesthesiologen en gynaecologen. In maart 2020 zal voor het eerst ook een symposium georganiseerd worden voor anesthesiologie- en recoverymedewerkers, samen met verloskundigen en obstetrisch verpleegkundigen. Het thema zal zijn ‘anesthesie en analgesie rondom de bevalling’. Door het delen van kennis over dit vakgebied, bewustwording te creëren en begrip te vergroten voor de uitdagingen en problemen die de verschillende zorgverleners tegenkomen, kunnen alle professionals beter samenwerken aan het optimaliseren van de geboortezorg.



# ‘Ik ben niet gecompliceerd, ik ben een uitdaging’

Sannie Alblas merkte vroeger al dat ze ‘anders’ was. Na een carrière op de OK maakte zij de switch naar een werkplek die beter past bij de kenmerkende eigenschappen van een hoogsensitief persoon (HSP).

## Wie is Sannie Alblas?

Deze vraag is al een mooie om uit te leggen hoe een hoogsensitief brein werkt. Een hoogsensitief brein is o.a. goed in het leggen van verbanden, bekijkt alles van alle kanten, wil het grotere geheel begrijpen en houdt rekening met de sociale context. Dus vanuit één vraag, ontstaan tien nieuwe vragen. Bedoel je Sannie in haar praktijk? Bedoel je Sannie die houdt van een trekking in de Himalaya? Bedoel je Sannie de moeder? Bedoel je Sannie die als doel heeft dat hoogsensitiviteit meer geaccepteerd wordt? Bedoel je Sannie de auteur? (Eind september komt een kaartenset plus begeleidend boekje van mij uit.) Bedoel je Sannie die kan huilen om een mooi muziekstuk? Bedoel je Sannie die niet tegen onrecht kan?

## Hoe merkte jij dat je hoogsensitief bent?

Klinkt een beetje extreem, maar ik voelde mij van jongs af aan altijd al anders. Het was net of ik de wereld op een andere manier zag en ervoer als anderen. Dit hield ik lang voor mijzelf. Ik wilde er niet aan dat ik hoogsensitief of überhaupt ‘anders’ zou zijn. Ik wilde ‘normaal’ zijn. Rond mijn dertigste liep ik vast. Ik had in drie jaar drie kinderen gekregen, had een baan die niet meer mijn passie was en leefde op de automatische piloot. Ik was zagezegd mezelf een beetje kwijt. Daarom ben ik toen een opleiding gaan volgen tot multidisciplinair coach/therapeut. Voor persoonlijke ontwikkeling en om er in de toekomst mijn beroep van te maken.

## Wat heeft je doen besluiten het werk op de OK helemaal achter je te laten?

Als ik eerlijk ben, was de OK de laatste jaren niet meer mijn passie. Ik vond en vind het werken in teamverband en het ‘aan tafel’ of op de OK staan nog steeds een prachtig vak.

Ik kreeg echter steeds meer weerstand tegen alles eromheen. Ik kon niet meer genieten van het bijzondere werk dat je op een OK doet. De fases van tekort aan personeel, de vele protocollen, inspecties, het gerommel bij tijd en wijle, het spreken over ‘productie’ draaien in plaats van over patiënten, de invloed van zorgverzekeraars. Ik voelde mij op een gegeven moment een poppetje in een machine dat niet meer zelf mocht nadenken. Hoe meer werk ik kreeg in mijn praktijk, hoe meer ik het verschil ervoer. Het werkgeluk dat ik haalde uit een dag in mijn praktijk was veel groter dan een dag op de OK.

## Belemmerde je hoogsensitiviteit je op de OK?

Hoogsensitiviteit hoeft geen belemmering te zijn op de OK, integendeel. Ik denk dat het juist een heel mooie eigenschap kan zijn op de OK. Denk aan de kwaliteiten van een HSP, zoals: het snel verbanden zien, makkelijk tien stappen vooruit kunnen denken, snel kunnen schakelen, het kunnen creëren van harmonie, creatief kunnen denken. Er zit alleen één grote maar aan het verhaal. Die eigenschappen komen vooral tot uiting als je goed in je vel zit, geen last hebt van overprikkeling, je je gewaardeerd voelt door de leiding en je je grenzen kunt handhaven.

## Wil je nog iets kwijt aan je (oud-)collega's? Wat wil je ze meegeven?

De OK-wereld is een bijzondere wereld, en ik heb er jaren van genoten en veel van geleerd. Soms is het ook een harde wereld. Luister oprecht naar elkaar, veroordeel niet zomaar iemand, samen bereik je meer, en geniet vooral. Blijf daarnaast geloven in je dromen. Niets is onmogelijk, als je maar ergens begint.



Sannie: Ik denk dat hoogsensitiviteit een heel mooie eigenschap kan zijn op de OK.



# Nieuwe mascotte van de milieuactivisten

De honigbij is het troeteldiertje van veel milieuactivisten. ‘Red de bij’, dat is wat de milieuactivist vindt. Want we hebben gehoord hoe het in China is afgelopen. En zelf willen we dat gedoe niet, met die kwastjes in de kersenboomgaard. Dus: minder pesticiden, meer bijen-bloemenmixen zaaien en vooral ook het Red de Bij-lied van kinderen voor kinderen meebleren. Ondertussen sterven de bijen gewoon nog rustig uit, maar hebben we toch het gevoel dat we er iets aan hebben gedaan.

Door: Dorien Beekveldt | schrijfster & receptenmaakster



Nu zou ik graag een nieuwe mascotte willen voorstellen. De paddenstoel. Iets minder sexy, maar zeker niet minder belangrijk. Want: zonder bijen misschien geen appels, maar zonder paddenstoelen helemaal geen bomen! Paddenstoelen zijn het topje van de ijsberg van een onzichtbaar verhaal over een onmisbare schakel in het circulaire karakter van de natuur. Een paddenstoel is de vrucht van een grotere schimmel die je vaak niet ziet. En die verstopte schimmels zijn de recyclers van moeder aarde. Bodemschimmels breken 90 % van al het organisch materiaal af in de natuur. Bomen en planten kunnen dat gerecyclede ‘afval’ weer opnemen als voedsel. Zonder schimmels dus niet die beroemde ‘circle of life’ waar de vader van Simba het al over had (Disney’s Lionking, weet je nog?).

Er is nu veel aandacht voor bijen die uitsterven door het gebruik van pesticiden – en dat is natuurlijk goed – maar schimmels worden in gangbare agricultuur net zo hard weggevaagd. Hierdoor neemt de kwaliteit van de bodem af en wordt de grond afhankelijk van wat de mens toevoegt. Een gezonde aarde, is een aarde vol bodemschimmels. Geen steriele akkers maar eetbare bossen. En dat is dus waar we heen moeten met elkaar. Ik stel voor: gratis zakjes mycelium-sporen voor in uw achtertuin en het Poooo-Puuuu-Paddenstoelen lied. En ondertussen lekker veel paddenstoelen eten, want die zijn ook nog eens heel gezond!

## Koreaanse shiitake jjigae met kimchi

Jjigae betekent soep in het Koreaans. Deze jjigae wordt gemaakt met shiitake paddenstoelen en kimchi. De shiitake is een medicinale paddenstoel. Hij bevat een stofje dat de groei van tumoren tegengaat. Ook heeft dit paddenstoeltje een positieve werking op het immuunsysteem. Hoe gezond kimchi is, kon je in onze vorige editie lezen. Dit soepje is dus zeker de moeite waard om eens te maken, vooral als je het gevoel hebt dat er een griepje aan zit te komen.

Je kunt kimchi in enkele supermarkten kopen, en in de meeste toko’s en biologische supermarkten. Shiitake paddenstoelen liggen in de schappen van de meeste supermarkten.

### Voor 4 porties heb je dit nodig:

- 150 gr shiitake paddenstoelen
- 2 wortels
- 4 lente-uitjes
- 200 gr tofu (naturel)
- 750 ml groente- of kippenbouillon
- 1 tl shoyu
- 2 tl sriracha saus (of andere hete chilisaus)
- 200 gr kimchi
- 250 gr noedels naar keuze (bijv. somen, ramen of eiernoedels)
- 2 tl sesamololie
- 4 tl sesamzaadjes
- 1 limoen
- olie om in te bakken

### Zo maak je het:

In dit recept wordt de kimchi pas als laatste toegevoegd om de voedingswaarde zo veel mogelijk te behouden.

Veeg de shiitakes schoon en halveer evt. de grootste exemplaren. Roerbak de shiitakes dan 7 minuten in 1 eetlepel olie. Haal ze vervolgens weer uit de pan en zet ze apart. Was/schrap de wortelen en snijd deze in dunne plakjes. Was de lente-ui en snijd hem in stukken van 3 cm. Doe de wortels en ui met 1 eetlepel olie in de pan en roerbak 3 minuten op hoog vuur. Voeg dan de bouillon toe, breng aan de kook en zet het vuur lager. Voeg de shoyu en chilisaus toe. Snijd de tofu in plakken en voeg toe. Laat het geheel 20 minuten sudderen.

Kook ondertussen de noedels volgens instructie. Voeg na het afgieten de sesamololie en sesamzaadjes toe.

Verdeel de noedels over vier kommen. Doe in elke kom ook een schep kimchi. Giet hier de hete soep op. Proef en breng op smaak met een beetje limoensap.



Tess won een prijs voor haar verbeteringen aan het opdekplein

# 'Nu loopt het hier gesmeerd'

Het opdekplein op de OK is een nog relatief nieuw concept. Toen het Zaans Medisch Centrum overstapte op deze moderne manier van werken, besloot operatieassistent Tess Ris - van Bodegraven onderzoek te doen naar een efficiënte werkwijze. 'Veel voorstellen vonden direct hun weg naar de werkvloer.'

tekst: **Naomi van Esschoten**



Tess Ris - van Bodegraven

Het opdekplein van het Zaans Medisch Centrum ligt centraal tussen alle OK's in. Eén operatieassistent heeft vandaag pleindienst. Op het 'Schipholbord' ziet ze precies wat er in de zes OK's gebeurt: welke operaties net begonnen, halverwege of bijna klaar zijn. In dat laatste geval weet ze dat er zo een steriel geklede OK assistent het opdekplein opkomt om de instrumenten voor de volgende operatie samen op te pakken. De operatieassistent met pleindienst kan dan helpen met het uitpakken van materialen of controleren of alles voor de volgende OK compleet is. 'Efficiënt en gestroomlijnd', vindt operatieassistent Tess. 'Bovendien is er meer rust tijdens de inleiding en uitleiding van de patiënt.'

## Overzichtelijk protocol

Aan het begin van 2017, toen het Zaans Medisch Centrum het opdekplein in gebruik nam, liep het nog niet zo soepel. 'Omdat er nog veel onduidelijk was, was de overstap lastig. Daarom besloot ik het proces van de opdekplein onder de loep te nemen voor mijn scriptie, die verplicht is om voor de opleiding te schrijven. Al snel bleek dat maar twee van de zeventig operatieassistenten, anesthesiemedewerkers en operateurs ervaring hadden met een opdekplein. Er was dus grote behoefte aan een overzichtelijk en concreet protocol voor een uniforme werkwijze.'

## Praktische verbeteringen

Met een enquête onder collega's vond Tess al veel praktische verbeterpunten. 'Kleine dingen kunnen een groot verschil maken: flessen met desinfectans stonden bijvoorbeeld overal en nergens. Nu is dat anders.' Ook bezoeken aan het Deventer Ziekenhuis en het St. Anna Ziekenhuis in Geldrop, die al met opdekpleinen werken, leverden veel handige ideeën op. 'Daar werkten ze al met de pleindiensten en schipholborden om de continuïteit te borgen. Wij hadden die laatste al wel in de OK en de koffiekamer hangen, maar niet op het opdekplein. Nu merken we de meerwaarde daarvan.'

## In de prijzen

Want terwijl Tess nog bezig was met het schrijven van haar scriptie, werden veel van haar aanbevelingen al ingevoerd. 'Dat je voorstellen direct hun weg vinden naar de werkvloer, is natuurlijk geweldig.' Helemaal bijzonder is dat haar inzet niet alleen werd gewaardeerd door haar collega's, maar ook in een veel bredere kring. 'Met mijn scriptie heb ik de *Van Straten Medical Young Professional Award* gewonnen. De jury was enthousiast omdat er steeds meer opdekpleinen komen en er nog weinig bekend over is. Maar zelf ben ik vooral blij dat het gesmeerd loopt en ook de collega's superpositief zijn. Inmiddels kan ik iedereen het opdekplein aanraden!'

Wil je ook een interessante baan of opleidingsplek bij het Zaans Medisch Centrum? Kijk dan op: [www.zaansmedischcentrum.nl/vacatures](http://www.zaansmedischcentrum.nl/vacatures)



# Brainwave

## Puzzel lekker mee!

2	5		4					1
8	7		9		6			
			6		5			
5	9							2
		4					3	8
4			5	6	8	9		
		5				6		7
6		3	1	9		2	5	

5	8	6		7				
			9		1	6		
			6					
		7						
9		2		1		3		5
		5		9				
	9			4				8
		3	5				6	
				2		4	7	

R	D	T	G	Y	N	U	T	S	I	S	E	H	T	S	E	N	A
T	E	S	O	B	R	R	E	T	A	I	H	C	Y	S	P	M	J
S	R	T	O	V	X	H	A	R	P	R	X	O	U	P	T	P	F
I	M	R	L	K	F	S	T	B	F	H	R	A	R	W	S	N	N
N	A	A	O	M	W	S	V	P	M	T	F	V	R	P	I	E	E
R	T	G	T	R	T	V	R	W	H	M	C	Q	A	I	N	U	U
E	O	N	A	C	L	V	R	O	S	P	B	R	D	J	O	R	R
T	L	O	M	L	O	B	P	L	L	E	K	G	I	N	I	O	O
N	O	L	U	V	U	E	P	C	G	R	I	Y	O	B	T	C	L
I	O	K	E	T	E	Y	O	O	K	F	N	N	L	E	A	H	O
K	G	G	R	D	Q	O	O	N	A	U	D	A	O	S	D	I	O
C	J	G	B	R	G	L	O	U	C	S	E	E	O	T	E	R	G
R	K	K	L	A	O	I	P	E	H	I	R	C	G	R	S	U	T
W	R	M	R	I	U	D	W	I	I	O	A	O	B	I	T	R	Z
R	P	T	D	K	F	E	B	I	R	N	R	L	L	J	E	G	F
N	S	R	F	H	S	L	R	R	U	I	T	O	D	D	L	F	U
X	A	V	A	H	Z	P	B	T	R	S	S	O	M	E	F	Z	E
C	K	U	R	O	L	O	O	G	G	T	N	G	O	R	R	Y	X

- ANESTHESIST
- CARDIOLOOG
- CHIRURG
- DERMATOLOOG
- GYNAECOLOOG
- INTERNIST
- KINDERARTS
- KNO
- LONGARTS
- MDL
- NEUROCHIRURG
- NEUROLOOG
- OOGARTS
- ORTHOPEED
- PERFUSIONIST
- PIJNBESTRIJDER
- PSYCHIATER
- RADIOLOOG

# Innovatie

Innovatie in de zorg krijgt veel belangstelling, ook in de OK Visie Krant. In mei ging het bijvoorbeeld over een 'positioneringskussen voor patiënten op de OK'. Een prima ontwikkeling, want wat is mooier dan geavanceerde technologie, zoals robots en apparaten, te bedenken om de zorg voor patiënten te verbeteren.

Het valt me echter op dat vele van deze zogenoemde 'innovaties' nog in de testfase zijn. De bedenkers zijn razend enthousiast en zien alleen maar voordelen. Ze willen hun 'innovaties' vervolgens 'implementeren' en 'uitrollen'. Voel je de weerstand op de werkvloer al (Orelia, Mensen Beter Maken, 2019)?

Voor mij is innovatie 'het succesvol invoeren van een nieuwe werkwijze, technologie of product'. Met de nadruk op succesvol. Wat bepaalt dit succes? Natuurlijk de kwaliteit van het nieuwe apparaat: doet het wat het moet doen, maar zeker zo belangrijk is het draagvlak van de mensen die ermee moeten werken. Wat betekent het nieuwe apparaat voor hen? Fijne werkhouding, makkelijk schoon te maken, soepel te verplaatsen, eenvoudig in gebruik?

Ik ben benieuwd naar de eerste artikelen over 'succesvol ingevoerde vernieuwingen', waarin naast de bedenkers ook alle patiënten, medewerkers en het management enthousiast zijn en alleen maar voordelen zien. Misschien kan de OK Visie-redactie elk gepubliceerd 'goede idee' na zes maanden opvolgen, om te kijken wat ervan terecht is gekomen?

Dat zal niet meevallen, want succesvol betekent eigenlijk dat je de nieuwe werkwijzen zodanig hebt ingevoerd en verspreid dat mensen niet meer in de gaten hebben dat er iets is veranderd, zoals met de smartphone.



Arnout Orelia

Stuur reacties naar [arnout@deverbeterpraktijk.nl](mailto:arnout@deverbeterpraktijk.nl).  
Meer lezen van Arnout Orelia?  
Ga naar: [www.deverbeterpraktijk.nl](http://www.deverbeterpraktijk.nl).



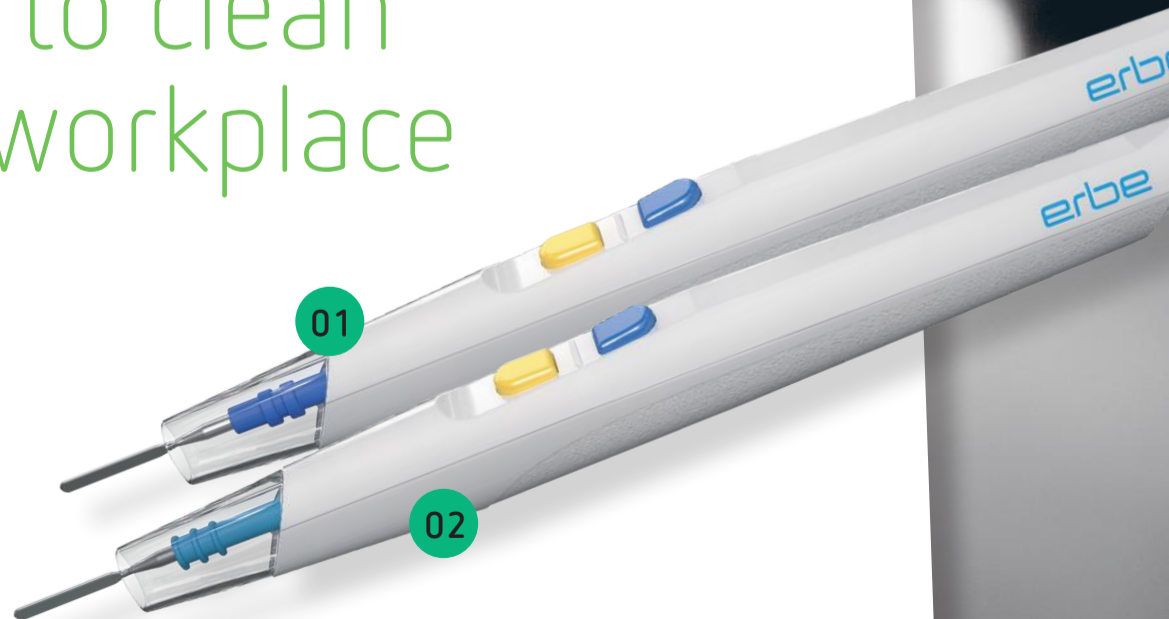
## Smoke evacuation pencils

# Less health risk due to clean ambient air at your workplace

The Erbe smoke evacuation pencil evacuates surgical smoke and its potentially dangerous substances directly at the source.

### BENEFITS AT A GLANCE

- ☑ Clean work environment, safer work conditions
- ☑ Comfort for your hand and wrist with
  - Ergonomic design
  - Structured profile on the handle
- ☑ The single-use pencils are packed sterile individually and are usable immediately for procedures



01 Spatula electrode with 3 m or 5 m tubing  
02 Coated spatula electrode with 3 m or 5 m tubing