

Onze OK MEEKIJKEN MET KARIN, WENDY EN JACOLIEN VAN HET REINIER DE GRAAF GASTHUIS

- > ZONDER DE ZZP'ERS, DE ZORG ZONDER PERSONEEL?
- > OK-LEIDINGGEVENDEN IN COVIDTIJD
- > HOE VEROORZAAKT ALGEHELE ANESTHESIE BEWUSTELOOSHEID?
- > FWG: DE TOTSTANDKOMING VAN EEN FUNCTIEPROFIEL

Track & Trace en zorglogistiek

Zijn jullie je aan het oriënteren op het gebied van Track & Trace, voorraadbeheer en zorglogistiek binnen jouw zorginstelling? Dan heb je al een belangrijke stap gezet! Want door toenemende wet- en regelgeving is het (deels) handmatig verwerken en registreren van medische artikelen echt niet meer van deze tijd. Met de nieuwste Track & Trace technieken is het automatisch uitvoeren van deze handelingen eenvoudig binnen handbereik!

Wéér een nieuw IT-systeem? Is dat nu echt nodig? Het simpele antwoord luidt: "Ja". Het levert namelijk heel veel op aan efficiency en kostenbesparingen. De huidige ERP en EPD-systemen bieden deze oplossing niet. CoperniCare wel! Zorglogistiek en Track & Trace

is niet meer weg te denken uit een modern ziekenhuis/kliniek en neemt naast het EPD en ERP- of inkoopstelsel een permanente plek in als kernapplicatie.

De verbindende factor

CoperniCare is opgericht vanuit de wens om zorgspecifieke oplossingen te bieden die uniek zijn voor deze sector. Namelijk één integraal platform voor alle Track & Trace, alle voorraadbeheer en alle goederenlogistiek. Daarnaast koppelen en integreren wij alle systemen voor een efficiënte workflow waardoor in één handeling alle relevante data in het EPD en ERP wordt opgenomen! We hebben meer dan 10 jaar ervaring in het ontwikkelen en implementeren van zorglogistiek specifieke software. En dat blijven wij doen, samen met onze gebruikers.



Vraag een Quickscan aan

Wil je ook meer grip op OK-processen en ben je benieuwd hoe jouw zorginstelling ervoor staat? Vraag nu een quickscan aan en krijg inzicht in de optimalisatie van al jullie logistieke processen. We brengen onder andere de volgende onderwerpen in kaart:

- Huidige visie Track & Trace
- Logistieke processen van o.a. steriel medische hulpmiddelen
- Borging patiëntveiligheid en recall
- Aanwezige hardware
- Koppelingen (met EPD, ERP, landelijke registers etc.)
- Besparingspotentieel

Tijdsbesteding:

- 1 dag onsite (rondleiding en interviews)
- halve dag uitwerking
- halve dag presentatie rapport met aanbevelingen

Quickscan: nu slechts € 695,-.

Aanbieding is geldig t/m 1 oktober

colofon

OK Visie Magazine is het vakblad voor operatieassistenten en anesthesiemedewerkers. Het wordt gemaakt door uitgeverij Y-Publicaties in samenwerking met OK Visie. En verspreid onder alle OK-afdelingen in Nederlandse ziekenhuizen, particuliere klinieken en opleidingscentra.

Redactie

Ingrid Hummel
Martijn Lupke
redactie@okvisie.nl

Uitgeverij

Y-Publicaties
Postbus 10208
1001 EE Amsterdam
020- 520 60 77
www.y-publicaties.nl
Kijk ook op de website: www.okvisie.nl

Uitgever: Ralf Beekveldt
Hoofdredacteur: Ingrid Hummel
Tekstcorrector: Marijn Mostart
Opmaak: Thomson Digital
Opmaakbegeleiding: impaginator.nl
Druk: BalMedia

Advertenties

Cross Media Nederland BV
010 – 742 19 45
zorg@crossmedianederland.com
www.crossmedianederland.com

© 2020 OK Visie Magazine

Niets uit deze editie mag worden gereproduceerd zonder schriftelijke toestemming van de uitgever. Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich aanbevolen.

ISSN 1872-6712



inhoud

14 'HOE VEROORZAAKT ALGHELE ANESTHESIE BEWUSTELOOSHEID'

Operatieve ingrepen zijn nu ondenkbaar zonder algehele anesthesie, en het is dan ook merkwaardig dat dokters en wetenschappers niet kunnen verklaren door welk mechanisme patiënten onder anesthesie tijdelijk het bewustzijn verliezen, ondanks het feit dat algehele anesthesie al bijna 175 jaar toegepast wordt.



25 ZONDER DE ZZP'ERS, DE ZORG ZONDER PERSONEEL?

De discussie of zzp'ers in de zorg werken in verkappt loonverband en er sprake is van schijnzelfstandigheid, houdt de gemoederen al langere tijd bezig. Minister De Jonge sprak zich in januari in het programma Meldpunt uit tegen het bestaan van 135.000 zzp'ers in de zorg. Zzp'ers zijn in de zorg helemaal geen zzp'er, volgens de minister. Wij vroegen Ramon Vink, zzp'er anesthesie, Miraine van der Hulst-Slots, anesthesiemedewerker in loondienst, en Maik Koster, partner bij Interchange, hun mening.



28 DE BMH-BEROEPSVERENIGING IN DE COVIDCRISIS

De Nederlandse Vereniging voor Bachelor Medisch Hulpverleners is een jonge beroepsvereniging die dagelijks bezig zijn met leren en ontdekken. Sinds de oprichting groeien ze als vereniging, als hulpverleners in het werkveld en als bestuurders. Wat heeft de beroepsgroep geleerd van de coronacrisis?



en verder:

- 5 NIEUWS
- 10 ONZE OK
- 18 OK-LEIDINGGEVENDEN
- 30 COLUMN

OK VISIE MAGAZINE
WORDT MEDE MOGELIJK
GEMAAKT DOOR:

erbe

BESTE LEZER,

ROERIGE TIJDEN

Het coronavirus heeft de zorg afgelopen maanden stevig in zijn greep gehouden. We hebben met zijn allen een flink staaltje flexibiliteit laten zien en gewerkt op de afdelingen waar het het hardst nodig was.

Ook voor OK-leidinggevenden waren de afgelopen maanden zeer bijzonder. Managers Hella Abma van Bernhoven Uden en Vincent van Weerlee van HMC Westeinde blikken terug op de afgelopen periode en kijken wat we kunnen leren voor de toekomst.

De roep naar waardering lijkt sinds de coronacrisis ook harder dan ooit. Er heerst onvrede over de werkdruk en salariëring. Beloofde bonussen schijnen niet uitgekeerd te kunnen worden aangezien dit 'uitvoeringstechnisch ingewikkeld' is. Het rommelt aan alle kanten in OK-land. Laten we hopen dat de rust snel wederkeert en we met zijn allen weer ongestoord kunnen doen waar we zo goed in zijn: uitstekende operatieve en anesthesiologische zorg verlenen.

Ik wens jullie een fijne, zonnige zomervakantie toe, en natuurlijk veel leesplezier met dit magazine!

Ingrid Hummel
Hoofdredacteur OK Visie Magazine



JEROEN BOSCH ZIEKENHUIS NIET AANSPRAKELIJK VOOR LEKKENDE BORSTIMPLANTATEN

Vrouwen die schade hebben geleden door PIP-borstimplantaten, kunnen artsen en ziekenhuizen daarvoor niet aansprakelijk stellen. De Franse fabrikant, die inmiddels failliet is, heeft jarenlang gesjoemeld met de siliconen. Dat valt de ziekenhuizen en de artsen niet te verwijten, zegt de Hoge Raad.

Een van de slachtoffers was naar de rechter gestapt. Zij had in 2000 PIP-implantaten gekregen. In 2012 bleek het implantaat in haar linkerborst te zijn gescheurd. Ze wil het Jeroen Bosch Ziekenhuis daarvoor aansprakelijk stellen. De rechtbank wees haar claim af, waarna de vrouw in beroep ging bij het gerechtshof in Den Bosch. Dat hof had de Hoge Raad om duidelijkheid gevraagd.

De fabrikant van PIP is failliet en kan dus zelf niet aansprakelijk worden gesteld. Als een ziekenhuis voor de kosten moet opdraaien, zullen volgens de Hoge Raad 'veel, vaak grote schadeclaims' komen waartegen ziekenhuizen zich nauwelijks kunnen verzekeren. Bovendien kunnen ziekenhuizen de kosten ook niet verhalen op de failliete producent.

Het gerechtshof gaat nu verder met de schadeclaim van de gedupeerde vrouw. Daarin wordt de uitspraak van de Hoge Raad van vrijdag meegenomen.

De borstprothesen van PIP werden tussen 2000 en 2010 gebruikt. Eind 2011 ontstond onrust toen de implantaten bleken te lekken. Vrouwen die de prothesen hebben gekregen, zijn bang dat ze door de lekken auto-immuunziekten of bindweefselziekten hebben gekregen.



Bron: Skipr

TERUGKEER NAAR SPORT MET KNIETPROTHESE

Laura Kleeblad heeft in haar studie 'The role of robotics in unicompartmental knee arthroplasty' verschillende aspecten onderzocht van de robotgeassisteerde unicondylaire knieprothese (UKP), waarbij de focus ligt op patiëntselectie, de rol van beeldvorming en de klinische uitkomsten na operatie.

Veel aandacht gaat uit naar terugkeer naar sport. Dit is belangrijk omdat de indicaties voor een UKP zijn uitgebreid en steeds meer jongere en actievere patiënten een operatie krijgen. Honderdvierenzestig patiënten (179 UKP's) werden geïncludeerd, van wie 81 procent preoperatief een sport beoefende, dit percentage nam toe tot 90 procent na de operatie. Drieëntachtig procent van de patiënten was tevreden met hun vermogen om postoperatief aan sport deel te nemen. De meest beoefende spor-



ten na een UKP waren fietsen (45 procent), zwemmen (38 procent) en stationair fietsen (27 procent). Van alle patiënten keerde 93,9 procent terug naar sporten met een lage impact, 63,9 procent naar gemiddelde

impact en 32,7 procent naar hoge impact. Van de patiënten die preoperatief aan highimpactsporten deelnamen, was 85,2 procent tevreden met het herstel van hun sportvermogen.

INNOVATIE VOOR METEN JUISTE SCHROEFFLENGTE

Momenteel meten chirurgen handmatig de diepte van de te boren gaten in botten. Afhankelijk van de gemeten diepte gebruiken ze een bijpassende schroef. Een tijdrovende klus die ook nog eens foutgevoelig is: in 8 % van de gevallen blijkt achteraf een te grote of te kleine schroef te zijn gebruikt. SLAM Ortho B.V. heeft een nieuw innovatief idee ontwikkeld voor Screw Length Automated Measurement (SLAM).

Zij hebben een sensor ontwikkeld die op een bestaande boor kan worden bevestigd. De sensortechniek meet tijdens het boren tot op de millimeter nauwkeurig hoe diep het gat is, zodat de chirurg met veel meer zekerheid de juiste schroef kan selecteren. Op termijn kan de techniek ook de sterkte van het bot inzichtelijk maken. Hierdoor kan een chirurg veel

nauwkeuriger bepalen wat nodig is om het bot goed te fixeren.

Voor deze en voor vijf andere zorginnovaties is door de provincie Zuid-Holland en de Metropoolregio Rotterdam Den Haag geld gegeven om het product te verbeteren.

Meer dan 60.000 euro is vergeven aan het Delftse SLAM Ortho. De sensor kan dankzij de subsidie in samenwerking met het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft verbeterd worden. Het ziekenhuis ziet veel in slimme instrumenten als die van SLAM Ortho. 'Zo wordt de zorg beter, veiliger en houden we grip op de stijgende zorgkosten', legt een woordvoerder van het ziekenhuis uit. 'Ook wordt hiermee de operatie korter en levert het voor de patiënt een betere behandeling op.'



Siliconen kunnen tot celdood leiden

Siliconenmoleculen uit borstimplantaten kunnen in menselijke cellen processen in gang zetten die celdood tot gevolg hebben. Dat hebben onderzoekers van de Radboud Universiteit aangetoond in een nieuwe studie, die op 12 juni gepubliceerd wordt in *Scientific Reports*. 'Maar er zijn nog veel openstaande vragen over wat dit zou kunnen betekenen voor de gezondheidseffecten van siliconen borstimplantaten. Meer onderzoek is dus hard nodig', zegt Ger Pruijn, hoogleraar biomoleculaire chemie aan de Radboud Universiteit.

De mogelijke bijwerkingen van siliconen borstimplantaten staan al geruime tijd ter discussie. Er zijn gevallen bekend waarbij deze hebben geleid tot ernstige vermoeidheid, koorts, pijnlijke spieren en gewrichten en concentratiestoornissen. Er is echter nog geen wetenschappelijke studie die aantoont welk effect siliconenmoleculen op menselijke lichaamscellen kunnen hebben dat deze gevonden bijwerkingen zou kunnen verklaren.

Siliconen in het lichaam

Het is bekend dat borstimplantaten 'zweten', waarbij siliconenmoleculen uit het implantaat door de omhulling heen komen en in het lichaam terechtkomen. Uit eerder onderzoek van dr. Rita Kappel, plastisch chirurg, samen met het Radboudumc in 2016 is gebleken dat siliconenmoleculen zich vervolgens kunnen verplaatsen door het lichaam via de bloedbaan of het lymfestelsel. De biochemici van de Radboud Universiteit stelden zich de vervolgvraag welk effect siliconen zouden kunnen hebben op cellen die eraan worden blootgesteld.



Gekweekte cellen

Bij gekweekte cellen bleken siliconen moleculaire processen in gang te zetten die celdood tot gevolg hebben. 'We zien overeenkomsten met moleculaire processen die te maken hebben met geprogrammeerde celdood, een natuurlijk proces dat we apoptose noemen en dat een belangrijke functie heeft bij het opruimen van cellen in ons lichaam. Dit effect is overigens afhankelijk van de dosis siliconen en de grootte van de siliconenmoleculen. Hoe kleiner het molecuul, hoe sterker het effect', aldus Pruijn.

Om het effect van siliconen op menselijke cellen te onderzoeken, hebben de onderzoekers kleine siliconenmoleculen – die ook voorkomen in siliconen borstimplantaten – toegevoegd aan drie verschillende soorten gekweekte menselijke cellen. 'Het ene celtype bleek gevoeliger voor het effect van siliconen dan de andere twee celtypen. Dit suggereert dat er ook in het menselijk lichaam verschillen bestaan in de gevoeligheid van cellen voor siliconen.'

Open vragen

De effecten die de onderzoekers hebben gevonden, leiden tot veel nieuwe vragen. 'We zien dat siliconen verandering in cellen induceren, maar we kunnen nog niet met zekerheid zeggen of deze veranderingen zouden kunnen leiden tot bijvoorbeeld een auto-immunreactie, wat de negatieve bijwerkingen van implantaten gedeeltelijk zou kunnen verklaren', zegt Pruijn. 'Het is daarnaast ook erg belangrijk om voorzichtig te zijn met het verbinden van conclusies aan deze bevindingen, omdat we gekweekte cellen hebben gebruikt voor het onderzoek en geen specifieke menselijke cellen, zoals hersencellen of spiercellen. Verder onderzoek is dus nodig om meer helderheid te krijgen.'

HEEFT U
NIEUWS?

redactie@okvisie.nl

HET ACTUEELSTE
OK-NIEUWS:

www.okvisie.nl

BETER VOORSPELLEN BOEZEMFIBRILLEREN

Behalve een hogere Body Mass Index (BMI) is met name vetopslag in de buik een risico op het ontwikkelen van boezemfibrilleren. Jolien Neefs beschrijft een unieke biobank met daarin bloed en hartweefsel van 150 patiënten die een hartoperatie hebben ondergaan. Met deze biobank wil Neefs beter kunnen voorspellen wanneer boezemfibrilleren kan ontstaan.

Jolien Neefs promoveert op het proefschrift 'Neurohumoral Arrhythmogenic Mechanisms and the Treatment of Atrial Fibrillation'.

Ondanks geavanceerde behandelingen blijft boezemfibrillen een terugkerend

fenomeen. Welke factoren optimaliseren de chirurgische behandeling van boezemfibrilleren? Heeft een medicijn (mineralocorticoid receptor antagonist, MRA) dat de bloeddruk verlaagt en mogelijk verbindweefseling tegengaat een preventief effect? Daarnaast is het moeilijk te voorspellen wie boezemfibrilleren gaat ontwikkelen. Wat zijn op bloed en weefselniveau risicofactoren voor het ontwikkelen van boezemfibrilleren?

Andere conclusies uit haar proefschrift zijn dat het gebruik van MRA's een duidelijk lagere kans op boezemfibrilleren gaf. Dit effect was het sterkst bij patiënten met hartfalen. Het toevoegen van extra



ablaties (het wegbranden) van zenuwknopen op de boezem verbeterde na twee jaar niet het succes van de chirurgische ingreep, terwijl er wel meer complicaties optraden. Het ableren van de zenuwknopen op de boezems wordt in de richtlijn nu niet meer aangeraden als routinematige behandeling.

Verwachtingsmanagement verbetert tevredenheid knieprothese

Betere voorlichting voorafgaand aan een knieprotheseoperatie komt de tevredenheid van patiënten over de behandeling ten goede. Als patiënten van tevoren concreter weten wat het herstel inhoudt en wat hun te wachten staat, kijken zij tevredener terug op het behandelresultaat. Dat blijkt uit promotieonderzoek van orthopedisch chirurg Jaap Tolk van het Máxima Medisch Centrum. Tolk onderzocht de verwachtingen van patiënten als het gaat om het behandelresultaat bij een nieuwe knie op langere termijn. Ook onderzocht hij of voorlichting over de te verwachten resultaten de tevredenheid kan veranderen.

'We constateerden dat de arts vaak tevredener was over het resultaat van een knieprothese dan de patiënt zelf. Dat maakte dat we zijn gaan kijken hoe dat komt en hoe dat te verbeteren is. Mijn onderzoek maakt daar onderdeel van uit. Een aanvullende voorlichtingsmodule blijkt relevant.'

De voorlichting bestaat uit een informatiebijeenkomst en aanvullend informatiemateriaal voor thuis. De informatie is zeer

praktisch van aard: wanneer kan ik weer autorijden? Wanneer kan ik het huishouden weer zelf doen? Deze vragen worden beantwoord door middel van illustraties met gemiddelden.

Onderdeel van het promotieonderzoek was het vastleggen van het gemiddelde behandelresultaat. 'We zochten antwoord op de vraag: wat is een realistische verwachting van het herstel één jaar na deze operatie?' Hiervoor onderzocht hij wat orthopedisch chirurgen in Nederland realistische verwachtingen vinden. Daarnaast analyseerde hij op basis van de Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten hoe groot de kans is op restklachten een jaar na een knieprotheseoperatie. 'De situatie is uiteraard verschillend in individuele gevallen, maar we zochten naar een richtlijn.'

Lage uitkomstverwachtingen werden vooral gezien bij vrouwen, patiënten met een hogere leeftijd, een hogere depressiescore en een langere duur van de klachten. Pijn- en functiescores bleken niet gerelateerd te

zijn aan het niveau van preoperatieve verwachtingen. 'Deze resultaten helpen om

patiënten die een grotere kans hebben op te hoge of te lage verwachtingen gericht extra voorlichting te geven.' Desalniettemin mag volgens de orthopedisch chirurgen geen volledige terugkeer naar normaal worden verwacht; vooral bij veeleisende fysieke activiteiten zijn restklachten te verwachten.

Het blijkt dat de aanvullende voorlichting over realistische verwachtingen voor een knieprotheseoperatie zorgt voor meer uiteengekomen verwachtingen na de operatie. De patiënten die deze aanvullende voorlichting hebben gekregen, zijn uiteindelijk tevredener over het resultaat van de operatie.

Bron: Máxima Medisch Centrum.





e-learning voor anesthesiemedewerkers, operatieassistenten en recoveryverpleegkundigen

- Praktische e-learningmodulen die direct zijn toe te passen in de praktijk
- Verdieping van kennis en vaardigheden in de pré-, per- en postoperatieve zorg
- Snelgroeïende bibliotheek met zeer praktijkgerichte online modulen
- Als naslagwerk te gebruiken ter voorbereiding op operaties en procedures
- E-learningmodulen te integreren in ieder LMS
- Mogelijkheid tot e-learning op maat, specifiek voor uw leerbehoefte
- Performance support met heldere instructiefilms en protocollen



OK Leerplein

www.okleerplein.nl

info@okleerplein.nl

020-5453380

Gondel 1 | 1186 MJ Amstelveen

Mail ons!

Met de e-learningmodulen van OK Leerplein wordt leren en persoonlijke ontwikkeling leuk en laagdrempelig. Wilt u meer informatie of heeft u vragen, laat het ons weten via info@okleerplein.nl.

Wij nemen binnen 24 uur contact met u op!



Verhoog de inzetbaarheid van uw OK-personeel met de leeroplossing van OK Leerplein



Team OK Leerplein: Martijn Lupke, Ralf Beekveldt, Asaf Gafni, Marlies Bakker, Ingrid Hummel en Robyn Barnier.

De vraag naar specifieke scholing voor de OK professionals is hoger dan ooit. Het aanbod heeft jaren achtergelopen bij de vraag. Ondenkbaar eigenlijk als je bedenkt dat de OK een 'high risk' afdeling is waar fouten direct kunnen leiden tot grote problemen. Kwalitatieve scholing van OK-professionals is daarom een vereiste om hoogwaardige en veilige operatieve zorg te verlenen.

OK Leerplein is opgezet om het gehele OK-team van gerichte scholing te voorzien. De modules beslaan zowel chirurgie als anesthesie en recovery, maar zijn ook buiten de OK goed te gebruiken. Constante scholing van OK-professionals is een vereiste om hoogwaardige operatieve zorg te verlenen. Ingrid Hummel (OK Visie, auteur e-learning): "Dankzij de breed georiënteerde online modules van OK Leerplein blijf je op de hoogte van alle specialismen."

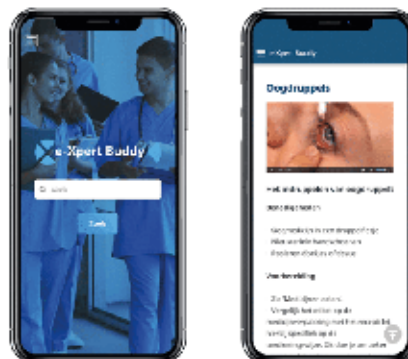
Voor operatieassistenten, die zich hebben gespecialiseerd in een aantal disciplines, zijn de modules van OK Leerplein een mooie manier om 'allround' te blijven. De benodigde kennis betreffende de pré-, per- en postoperatieve zorg blijft zo up-to-date. De modules kunnen ook als naslagwerk dienen, waarbij bijvoorbeeld de operatieprocedure voorafgaand aan een operatie kan worden doorgenomen.

Kwalitatieve inzet van allround personeel is hiermee geborgd.

De e-learningmodules bieden voor gediplomeerde anesthesiemedewerkers en recoveryverpleegkundigen een verdieping van kennis en vaardigheden in de pré-, per- en postoperatieve anesthesiologische zorg.

OK Leerplein biedt een snelgroeiende bibliotheek met zeer praktijkgerichte online modules die binnen een korte tijd werknemers schoolt in de competenties van verschillende disciplines en technieken. Iedere maand verschijnen nieuwe modules die automatisch worden toegevoegd aan de bibliotheek.

Hiernaast wordt de medewerker ondersteund met innovatieve performance support met de **e-Xpert Buddy app**.



De inhoud omvat interactieve oefeningen, heldere afbeeldingen en illustraties en tientallen video's die de handelingen en procedures op realistische en stimulerende wijze aanleren. Met deze oplossing van OK Leerplein zorgt u ervoor dat uw team continu wordt geschoold en maximaal inzetbaar is.

Wij verzorgen met genoeg een demonstratie van het systeem en de inhoud bij u op locatie. Bent u betrokken bij het onderwijs van anesthesiemedewerkers, operatieassistenten en recovery-verpleegkundigen? Neem dan contact met ons op.

OK Leerplein

www.okleerplein.nl

info@okleerplein.nl

020-5453380

OK Leerplein is een initiatief van OK Visie en ExpertCollege



Nieuwe chirurgische podcast 'Met het Mes aan Tafel'

Vanwege de annulering van de Chirurgedagen zijn plenaire sessies of wetenschappelijke voordrachten afgelast. Victor Alberts, Lars Brouwers en Thony Ruys bieden een alternatief: de gloednieuwe podcast 'Met het Mes aan Tafel'. In deze chirurgische podcast kun je een kijkje nemen in de keuken bij de top van het chirurgisch vakgebied. In het eerste seizoen worden tien chirurgisch experts uitgenodigd. Zo wordt met Marc Besselink gesproken over pancreatitis, vertelt David Zimmerman over de perianale fistel, weet Niels Schep alles over de distale radiusfractuur en leert Rudi Roumen over ACNES.

Luister de podcast onderweg van of naar het werk, 's avonds op de bank of tijdens de operatie. Beluister de podcast via methetmesaan-tafel.nl of via iTunes, Spotify, of Google podcasts.



APP MAAKT BEHANDELKEUZE SARCOOMPATIËNTEN MAKKELIJKER

Artsen moeten samen met patiënten met bot- en wekedelentumoren op zoek naar een optimale persoonlijke behandelstrategie, vindt prof. dr. Michiel van de Sande. Hij heeft een app ontwikkeld die bij de behandelkeuze ondersteunt. Van de Sande is 1 mei 2020 benoemd tot hoogleraar orthopedie in Leiden, in het bijzonder kinderoncologische orthopedie.

Van de Sande is orthopedisch chirurg bij de afdeling Orthopedie in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Hij is gespecialiseerd in bot- en wekedelentumoren en algemene kinderothopedie. 'Omdat ik zowel bij het LUMC als het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie werk, kan ik technieken uit de oncologische orthopedie implementeren in de kinderoncologie, en andersom. Zo blijven we de chirurgische zorg optimaliseren.'

Patiënten met bot- en wekedelentumoren en hun behandelars staan vaak voor ingewikkelde behandelbeslissingen. Bijvoorbeeld of een patiënt na de tumorverwijdering nog bestraald moet worden of niet. 'Aan de hand van internationale patiëntengegevens, zoals het type tumor en behandeling, hebben we een model gemaakt dat de behandelkeuze moet ondersteunen.' Het model is verwerkt in de PERSARC-app en geeft de patiënt een persoonlijke prognose per behandeloptie. 'We moeten met elkaar, artsen en patiënten, op zoek naar de optimale behandelstrategie, en die is voor elke persoon anders.'

Maar de PERSARC-app kan nog meer mogelijkheden bieden, meent Van de Sande. Begin volgend jaar start een wetenschappelijk onderzoek met de app. 'We willen graag met de app voorspellen wanneer een patiënt na een behandeling de meeste kans heeft op terugkeer van de tumor. De app geeft op basis



van berekeningen bv. aan dat je die ene patiënt bijvoorbeeld vaker moet controleren direct na de behandeling en daarna steeds minder.' Zo kan veilig worden bepaald of minder of meer controles moeten worden ingepland. 'Dat bespaart niet alleen kosten, maar kan ook angst wegnemen bij de patiënt', vertelt Van de Sande.

Naast met het ondersteunen van de behandelkeuze houdt Van de Sande zich bezig met het optimaliseren van de oncologische chirurgie. 'Als we de tumor door beeldvorming zichtbaar kunnen maken voor de arts, kan de tumor veel nauwkeuriger verwijderd worden. De kans op terugkeer neemt dan af.'

ONZE OK

Meekijken met Karin in 't Veld, Wendy van der Boon en Jacolien de Jong-Koornneef van het Reinier de Graaf Gasthuis

Door: *Martijn Lupke*

Foto (incl. cover): *Ivonne Zijp*

Karin, Wendy en Jacolien werken respectievelijk als operatieassistent, anesthesiemedewerker en recoveryverpleegkundige in het Reinier de Graaf Gasthuis. Na verschillende omzwervingen hebben zij hun plek gevonden op de OK die zij onafhankelijk van elkaar omschrijven als een warm bad. Voor Karin was het bad zelfs zo warm dat zij in vaste dienst kwam na er als detacheerder begonnen te zijn.

Wat maakt de OK van het Reinier de Graaf Gasthuis zo'n leuke werkplek?

Karin: 'De collegialiteit is erg goed, zowel onderling als tussen de verschillende disciplines. Als er iets speelt op de afdeling, wordt dit altijd opgepakt. Ook is de leiding goed benaderbaar en is er transparantie.' Jacolien vult aan: 'Het ziekenhuis zorgt goed voor zijn medewerkers, en er zijn voldoende

mogelijkheden om je binnen het ziekenhuis verder te ontwikkelen. Momenteel ben ik werkzaam binnen een enthousiast en gezellig team, ik ben trots om daar onderdeel van te mogen uitmaken.'

Waarin onderscheidt de OK van het Reinier de Graaf Gasthuis zich ten opzichte van andere OK's?

Karin: 'Ik heb in geen ander ziekenhuis de samenwerking tussen de groepen zo goed gezien als hier. Ook is er niks te merken van hiërarchie, alle artsen en assistenten zijn goed te benaderen.' Wendy: 'De onderlinge samenwerking met mijn directe collega's en de samenwerking met de anesthesiologen is bijzonder goed en laagdrempelig.'

In hoeverre heeft de coronacrisis effect gehad op jullie werkzaamheden?

Wendy: 'Eigenlijk in alles. Wij zijn als anesthesiemedewerkers twee maanden samen met het recoveryteam ingezet op de ic. De omstandigheden waren zwaar, zowel geestelijk als lichamelijk; het was warm met continu de beschermende kleding aan, maskers en spatbril op. Zo erg dat ik echt een kapotte neus had van de maskers en dat de striemen op mijn gezicht stonden.'

Karin: 'De operaties werden afgeschaald en we gingen week op, week af werken. Het was fijn dat we nog wel gewoon bleven opereren, dat gaf toch een soort rust en structuur. De opschaling ging bij ons snel maar heel gecontroleerd, met goede communicatie vanuit de leiding.'

WIE: Karin, Wendy en Jacolien

WAT: Operatieassistent, anesthesiemedewerker en recoveryverpleegkundige

WAAR: Reinier de Graaf Gasthuis

Van links naar rechts: Karin, operatieassistente
Jacolien, recoveryverpleegkundige en Wendy,
anesthesiemedewerker

Recovery



Hoe hebben jullie die periode ervaren op persoonlijk vlak?

Jacolien: 'Ik vond het zeker in het begin, toen nog veel dingen onduidelijk waren, heel spannend. Het heeft me wel wat nachtrust gekost.' Karin vult aan: 'In de week dat ik thuis was, was ik wel oproepbaar. Dit gaf mij een onrustig gevoel. Ook omdat je weet dat er veel gebeurt en staat te gebeuren, gaf mij dit een soort schuldig gevoel. Ik had hierdoor ook geen idee hoe het op dat moment was in het ziekenhuis. Daarom kregen we elke dag een update via een app of een filmpje, hoe we ervoor stonden en wat er ging veranderen, dat gaf rust.'

In hoeverre staan jullie ervoor open om structureel beschikbaar te zijn voor 'opschalen' voor de ic of andere afdelingen die extra handen nodig hebben bij een corona-uitbraak?

Jacolien: 'Ik sta daar positief tegenover omdat ik het erg leerzaam en interessant vind, als ik jonger zou zijn geweest was ik zeker weer teruggegaan naar de ic. De verdieping en de uitgebreide zorg aan een patiënt blijven toch heel boeiend.' Karin: 'Ik weet na deze crisis zeker dat ik echt het leukste beroep van de wereld heb. Het was leuk om op de SEH te werken. Als het noodzakelijk is bij een nieuwe uitbraak, dan sta ik er zeker voor open om weer hulp te bieden. Ik wil niet thuiszitten, wetend dat het op andere afdelingen druk is en ze mijn hulp goed kunnen gebruiken. Alleen zou ik bij een volgende uitbraak liever gekoppeld zijn aan een anesthesie- of recoverycollega, zodat ik meer het gevoel krijg dat we het samen doen.'

Het Reinier de Graaf Gasthuis heeft een nauwe samenwerking met de TU Delft, wat merken jullie daar in de praktijk van?

Karin: 'Wij werken op de OK met DORA, een systeem dat samen met de TU Delft is ontwikkeld. DORA zorgt ervoor dat we al-

'IK WEET ZEKER DAT IK NA DE CORONACRISIS DAT IK ECHT HET LEUKSTE BEROEP VAN DE WERELD HEB'

tijd zeker weten dat we met apparatuur werken die veilig en goed onderhouden is. Ook kunnen we met DORA precies zien waar onze apparatuur staat, dat scheelt veel ergernis en gezocht. De samenwerking met de TU Delft maakt onze afdeling innovatief en klaar voor de toekomst.'

Hoe bevalt het werken op het nieuwe OK-complex? Zijn jullie betrokken geweest bij de totstandkoming van de nieuwe OK's?

Wendy: 'Inmiddels werken we vijf jaar in de nieuwbouw en zijn we wel gewend. Wel is het door de grootte wat onpersoonlijker geworden, soms zie ik collega's de hele dag niet!'

Karin: 'Er worden nu nog twee kamers bijgebouwd op het dak van de parkeergarage. Deze worden met ons verbonden door middel van een loopbrug. Ik ben vijf jaar geleden uitgebreid betrokken geweest bij de nieuwbouw, ik was kwartiermaker. Dat vond ik een heel leerzaam proces, een uitdaging die ik niet had willen missen.'

Wat zouden jullie tegen toekomstige collega's willen zeggen die overwegen om in het Reinier de Graaf Gasthuis te gaan werken?

Jacolien: 'Kom naar het Reinier de Graaf, een heel gezellig ziekenhuis waar goed wordt gezorgd voor jou als medewerker! Er zijn veel mogelijkheden om je te ontwikkelen door de vele afdelingen met de verschillende specialisaties.' Karin: 'Als je wilt werken op een mooi complex, in een team waar ze lief zijn voor elkaar, waar je kunt lachen met de specialisten en waar we op vrijdag gezellig een borrel drinken met elkaar, voel je dan welkom om bij ons te komen werken.' Wendy: 'Het motto van Reinier is medewerker op één, dat is niet altijd makkelijk te realiseren, maar daar doet het ziekenhuis wel erg zijn best voor.' ■

HOE VEROORZAAKT ALGEHELE ANESTHESIE BEWUSTELOOSHEID?

Medisch mysterie na 175 jaar opgelost

Operatieve ingrepen zijn nu ondenkbaar zonder algehele anesthesie, en het is dan ook merkwaardig dat dokters en wetenschappers niet kunnen verklaren door welk mechanisme patiënten onder anesthesie tijdelijk het bewustzijn verliezen, ondanks het feit dat algehele anesthesie al bijna 175 jaar toegepast wordt. Een nieuwe studie van Scripps Research heeft nu een oplossing voor het raadsel gevonden: blootstelling aan anesthesie veroorzaakt een tijdelijke verandering in een opeenhoping van vetten in het celmembraan, wat leidt tot een reeks van gebeurtenissen waardoor de neuronen niet meer kunnen vuren, en daardoor verliest de patiënt tijdelijk het bewustzijn.

Door: Luc De Roy
Foto: Shutterstock

Dankzij moderne microscopische technieken op nanoschaal en vernuftige experimenten in levende cellen en fruitvliegen konden de onderzoekers tonen hoe opeenhopingen van lipiden in het celmembraan dienst doen als een tot nu toe ontbrekende tussenstap in een uit twee delen bestaand mechanisme.

Een tijdelijke blootstelling aan anesthesie maakt dat die opeenhopingen, clusters, van lipiden van een geordende staat overgaan naar een ongeordende staat, en dan weer terug. Dat leidt tot een heel aantal van verdere effecten die uiteindelijk veranderingen in het bewustzijn veroorzaken.

De ontdekking door chemicus en dokter Richard Lerner en moleculair bioloog doctor Scott Hansen maakt een einde aan een wetenschappelijk debat dat al een eeuw lang woedt: werken verdovingsmiddelen direct in op io-

nenkanalen of werken ze op het membraan in door cellulaire veranderingen op een nieuwe en onverwachte manier door te geven?

Het bleek het tweede te zijn, maar het heeft bijna vijf jaar van experimenteren, debatteren en uitdagingen gevegd om tot de conclusie te komen dat het een proces in twee stappen is, dat begint in het membraan, zo zeggen de twee onderzoekers. De verdovingsmiddelen verstoren geordende opeenhopingen van lipiden in het celmembraan die bekend staan als 'lipid rafts' (lipide vloten) om het signaal in gang te zetten.

De onderzoekers denken overigens dat hun nieuwe bevindingen ook nog andere toepassingen zullen kennen en nieuwe

Ether was een gift die ons helpt het probleem van bewustzijn te begrijpen.



onderzoeksmogelijkheden zullen openen. ‘We denken dat het weinig twijfel lijdt dat deze nieuwe signaalroute ook gebruikt wordt voor andere hersenfuncties naast het bewustzijn, wat ons nu zal toestaan om vooruitgang te boeken in het oplossen van nog andere raadsels in verband met de hersenen’, zei Lerner.

ETHER

Het vermogen van ether om bewusteloosheid te veroorzaken werd voor het eerst in praktijk gebracht – na een demonstratie op een student – bij een operatie op een patiënt met een tumor in het Massachusetts General Hospital in Boston in 1846. Dat gebeurde in een operatiezaal die bekend kwam te staan als de ‘Ether Dome’ en de procedure had zo’n verstrekken gevolgen dat ze vereeuwigd werd in een beroemd schilderij, ‘First Operation Under Ether’ door Robert Hinckley, en dat ze korte tijd later nagespeeld werd door een aantal mensen om er een daguerrotype van te maken – een vroege vorm van fotografie. De Duitse farmacoloog Hans Horst Meyer kwam in 1899 terecht tot de conclusie dat de sterkte van een verdovingsmiddel bepaald werd door de oplosbaarheid ervan in vet, en hij werd daarin gevolgd in 1901 door de Britse bioloog Charles Ernest Overton. Terwijl Hansen een aanvraag voor subsidie aan het invullen was om die historische vraag over de rol van vetten in het

proces verder te onderzoeken, kwam hij op het idee om op Google te gaan zoeken, ervan overtuigd dat hij niet de enige kon zijn die overtuigd was van het feit dat de ‘lipid rafts’ in het celmembraan daarbij betrokken waren.

Tot zijn grote vreugde vond hij een illustratie uit een artikel van Lerner dat in 1997 in de *Proceedings of the National Academy of Sciences* gepubliceerd was, ‘A hypothesis about the endogenous analogue of general anesthesia’. Hansen kende Lerner, hij had letterlijk lange tijd naar hem opgekeken, namelijk toen hij als predocoraal student bij Scripps Research in San Diego in een laboratorium werkte in een kelder met een raam dat uitkeek op de voorbehouden parkeerplaats van Lerner.

‘Ik nam contact met hem op, en ik zei “Je gaat dit nooit geloven. Jouw illustratie uit 1997 beschreef op een intuïtieve manier wat ik hier en nu in onze gegevens zie”, het was briljant.’

Ook voor Lerner was het een opwindend telefoontje. ‘Dit is het grootste van alle medische mysteries’, zo zei hij. ‘Tijdens mijn medische opleiding in Stanford was dit het probleem dat ik wilde oplossen. Anesthesie was praktisch ge-



Bron: Wikimedia

Een uitbeelding van de eerste operatie onder algehele anesthesie door middel van ether, enkele dagen na de echte operatie.

zien zo belangrijk, dat ik niet kon geloven dat we niet wisten hoe al deze verdovingsmiddelen ervoor konden zorgen dat mensen het bewustzijn verliezen.'

Veel andere wetenschappers hadden al een eeuw lang experimenten uitgevoerd om de antwoorden te vinden, maar ze misten een aantal sleutelementen. Ten eerste, microscopen die in staat zijn om biologische complexen te visualiseren die kleiner zijn dan de diffractielimieten van licht, en ten tweede recente inzichten in de aard van celmembranen, en in de complexe organisatie en functie van de grote verscheidenheid aan lipide complexen waaruit de membranen bestaan.

'Ze hadden gekeken in een hele zee van lipiden, en het signaal werd weggespoeld, ze za-

gen het gewoon niet, voor een groot deel door een gebrek aan technologie.'

VAN ORDE NAAR WANORDE

Een postdoctoraal onderzoeker in het laboratorium van Hansen baadde cellen in het verdovingsmiddel chloroform en bekeek ze met microscopische technologie die een Nobelprijs had opgeleverd, meer bepaald een microscoop die dSTORM genoemd wordt, wat staat voor 'direct stochastic optical recon-

'Ik niet kon geloven dat we niet wisten hoe anesthetica werkten.'

struction microscopy'. Wat hij zag leek op de openingsstoot van een partijtje biljarten.

Het blootstellen van de cellen aan chloroform vergrootte de diameter en de oppervlakte van lipideclusters in het celmembraan die GM1 genoemd worden. Wat de onderzoeker zag was een verschuiving in de organisatie van de GM1-clusters, een verschuiving van een dicht opeengepakte bal naar een verstoorde warboel. Terwijl het meer en meer ongeordend werd, verspreide GM1 zijn inhoud, waaronder een enzym dat phospholipase D2 (PLD2) genoemd wordt.

De onderzoekers merkten PLD2 met een fluorescerende stof en Hansen was in staat om door de dSTORM-microscop te zien hoe PLD2 zich als een biljartbal weg bewoog van zijn GM1-thuisbasis en overliep naar een andere lipidecluster, PIP2, waarvoor het minder voorkeur had. Dit activeerde dan weer bepaalde sleutelmoleculen in de PIP2-clusters, waaronder TREK1 kalium-ionenkanalen en hun lipide activator, fosfatidinezuur (phosphatidic acid, PA). De activering van TREK1 bevriest in essentie het vermogen van zenuw- of hersencellen om te vuren – om een signaal door te geven – en leidt zo tot het verlies van het bewustzijn.

'De TREK1 kaliumkanalen geven kalium vrij en dat hyperpolariseert de zenuw – het maakt het moeilijker om te vuren – en dat legt de zenuw gewoon stil.'

Lerner stond erop dat ze de bevindingen bevestigden in een levend diermodel, en de fruitvlieg *Drosophila melanogaster* – een van de meest gebruikte proefdieren – leverde die data. Als de onderzoekers verhinderden dat PLD tot uitdrukking werd gebracht in de vliegen – dat wil zeggen dat de onderzoekers het gen dat codeert voor PLD onklaar maakten zodat het niet aangemaakt werd – werden de vliegen resistent voor de effecten van verdoving. Ze moesten blootgesteld worden aan een twee keer zo grote dosis van het verdovingsmiddel om dezelfde reactie te verkrijgen.

'Alle vliegen verloren uiteindelijk het bewustzijn, wat doet veronderstellen dat PLD helpt om een drempel in te stellen maar niet de enige signaalweg is die de gevoeligheid voor anesthesie controleert', zo schrijven de onderzoekers.

SLAAP

Hansen en Lerner zeggen dat de ontdekkingen een resem aanlokkelijke nieuwe mogelijkheden bieden om andere raadsels van de hersenen te kunnen verklaren, onder meer de gebeurtenissen op moleculair niveau die maken dat we in slaap vallen. De oorspronkelijke hypothese van Lerner uit 1997 in verband met de rol van 'lipide matrixen' bij het doorgeven van signalen, kwam voort uit zijn onderzoek naar de biochemie van de slaap en zijn ontdekking van een slaapverwekkend lipide dat hij oleamide noemde.



Hansen en Lerner zetten hun samenwerking op dit gebied intussen voort. 'We denken dat dit fundamenteel is en dat hier de grondslagen van iets nieuws worden gelegd, maar er moet nog veel meer werk verricht worden, en dat moet gedaan worden door veel mensen', zegt Hansen.

Lerner is het daarmee eens. 'Mensen zullen dit gaan onderzoeken voor alles wat je je kunt voorstellen: slaap, bewustzijn en alle aandoeningen die daarmee verband houden. Ether was een gift die ons helpt het probleem van bewustzijn te begrijpen. Dit heeft licht laten schijnen op een tot hiertoe onbekende signaalroute die de hersenen duidelijk ontwikkeld hebben om functies van een hogere orde te controleren', zo zei hij. ■

Het artikel 'Studies on the mechanism of general anesthesia' van Lerner, Hansen en collega's bij Scripps Research Mahmud Arif Pavel, E. Nicholas Petersen en Hao Wang is gepubliceerd in PNAS, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. Dit artikel is gebaseerd op een persbericht van Scripps Research en verscheen eerder op www.vrt.be.

IN HET OOG VAN DE STORM

OK-leidinggevenden in covidtijd

Tekst: Enno de Wit

Afbeelding: privéfoto's

Ook voor OK-leidinggevenden waren de afgelopen maanden zeer bijzonder. Covid-19 legde een zware druk op het functioneren van ziekenhuizen, waar de aandacht vooral uitging naar patiënten die het virus onder de leden hadden of daarvan werden verdacht. Intussen is de situatie minder gespannen. Tijd dus om terug te kijken, en te zien wat we kunnen leren voor de toekomst.

‘We zaten in het oog van de storm’, zegt Hella Abma, bedrijfsleider Interventie Zorgstraten in het relatief kleine Bernhoven in het Brabantse Uden. ‘Op 27 februari hebben we een Outbreak Management Team ingericht en op 4 maart kwamen de eerste patiënten. We zagen de aantallen heel snel stijgen. Het was al snel duidelijk dat we dit niet alleen aankonden. Op een gegeven moment zagen we aan de ene kant de ambulances aankomen en aan de andere kant de lijkwagens vertrekken. De buitenwereld dacht nog dat het om een griepje ging, maar wij zagen de mensen bij bosjes vallen.’



Hella Abma: “Het is belangrijk dat we nu weer even naar de basis terugkijken”

‘We hebben heel lang gedacht: dit gaat ons niet overkomen’, zegt Vincent van Weerlee, zorgmanager OK bij het Haaglanden Medisch Centrum, locatie Westeinde in Den Haag. ‘China was nog ver van ons bed. Daarna kwam het langzamerhand steeds een beetje dichterbij. In Italië zagen we de toestanden op de SEH en de ic, maar wij dachten: de Nederlandse zorg is zo goed, dat gebeurt hier niet. We zijn wel op tijd begonnen met de voorbereidingen, maar toen covid-19 hier eenmaal was, ging het allemaal heel snel. Hoe goed de plannen ook waren, we werden toch steeds ingehaald door een nieuwe werkelijkheid.’

Juist de snelheid waarmee het virus om zich heen greep werd bepalend voor wat de afgelopen drie maanden in de ziekenhuizen gebeurde. Alles werd van de ene dag op de andere anders, en dat bleef voorlopig ook zo. Met alle gevolgen van dien. ‘We waren niet echt verrast’, zegt Van Weerlee. ‘We hebben ook niet continu beleid moeten aanpassen. We hadden alles verwacht, maar niet dat het in Nederland zo veel impact zou hebben. Bijvoorbeeld dat de electieve zorg in veel ziekenhuizen grotendeels stil kwam te liggen. Dat is natuurlijk een logische keuze als je anesthesiemedewerkers en verpleegkundigen in moet zetten op de ic.’

We hebben ons ziekenhuis in no time volledig om moeten bouwen om de vloedgolf aan coronapatiënten op te kunnen vangen, zegt Abma. ‘Dit scenario willen we in de toekomst voorkomen. Ook de reguliere zorg moet door kunnen blijven gaan. Van de acht OK’s in Bernhoven gingen we naar één acute OK, omdat anesthesie- en recoverymedewerkers op de ic nodig waren. Maar ze gingen niet alleen daar aan de slag. Je zag OK-medewerkers in hun blauwe kleding ook in het beddenhuis rondlopen. Ze werden overal ingezet, brachten patiënten van A naar B en hielpen mee op de SEH. Iedereen had een andere baan. In het Corona Support Team was het vooral veel uitleggen aan patiënten en hun familie, en met iPads ondersteunen in de communicatie met dierbaren. Bijvoorbeeld zo dat een vrouw de begrafenis van haar man kon meemaken – voor ze een aantal dagen later zelf overleed. We hebben ook met hulp van Artsen zonder Grenzen en Defensie voor psychologische ondersteuning gezorgd, zodat we snel konden herkennen dat mensen zouden vastlopen. Als er twee, drie patiënten op een dag overlijden, hoort dat voor de één bij zijn werk, terwijl dit voor een ander een enorme impact heeft.’

HMC Westeinde schakelde ook de klinisch ziekenhuispsychologen in. Die gaven voorlichting op de OK, achteraf hebben weinig mensen er gebruik van gemaakt, dat terwijl de hectiek er niet minder was. Omdat het ziekenhuis deel uitmaakt van een groter geheel kon wel wat makkelijker geschoven worden met personeel en middelen. Op de recovery werd een nieuwe ic gebouwd, de apparatuur en de mensen kwamen van HMC-locatie Bronovo, dat tijdelijk dichtging. 'Urgente gevallen behandelden we wel, maar liesbreuken en dergelijke moesten even geduld hebben', zegt Van Weerlee. 'We hebben ook de bewuste keuze gemaakt om geen covidpatiënten op de nieuwe ic te leggen.'

In HMC Westeinde werden in allerijl medewerkers getraind voor nieuwe taken, sommige specifiek. 'We zijn neurocentrum, maar de meeste OK-medewerkers hadden geen ervaring met het leveren van neurologische verpleegkundige zorg in de postoperatieve fase die men op een ic uitvoert. Om ze te leren hoe je een neurologische patiënt bewaakt, hebben we op rustige momenten medewerkers van de anesthesie en recovery mee laten lopen om aan elkaar te wennen. Ze kregen verder door ons zelf ontwikkelde cursussen over onderwerpen als langdurige beademing en verpleegtechnische handelingen.' In Bernhoven werd behalve bijscholing in hoog tempo een uitzendbureau georganiseerd, om iedereen zo goed mogelijk op de juiste plek te krijgen. 'Er moesten handen aan de bedden van covidpatiënten komen', zegt Abma. 'In het ziekenhuis werkte iedereen goed mee, er was geen enkele discussie, want we hadden een gezamenlijk doel. Dit was Bernhoven op zijn best. Er meldden zich ook mensen van buiten aan, een deel met ervaring in de zorg. Dat was heel fijn, het werden er zelfs zo veel dat het moeite kostte de aanmeldingen allemaal te verwerken.'

Door een gelukkig toeval waren ze in het HMC Westeinde net bezig met het invoeren van een seniorenconstructie. 'Daar heb ik enorm veel aan gehad', zegt Van Weerlee. Twee senioren waren aanspreekpunt voor de werkvloer en fungeerden als intermediair met de leidinggevende. 'Op die manier krijg ik meer input van de vloer en kunnen we daar meer de regie leggen. Dat heeft mij zeker in covid-tijd geholpen. Als manager ben je heel erg met beleid bezig. Wat hebben we nodig. Waar moeten we aan denken. Hoeveel personeel kost het. Dat soort dingen. Wat wij met elkaar bedacht hadden en op papier gezet, moet vervolgens in de praktijk worden uitgevoerd. Als je alleen maar zegt wat er moet gebeuren, krijg je vaak weerstand. De senioren deden mee op de werkvloer, waren laagdrempelig en konden al vroeg knelpunten signaleren en bijsturen. Nog los van het feit dat ik al zo lang van de vloer weg ben dat ik ook niet meer alle details weet. Zij wel, en dat werkte heel goed. Daardoor is het ondanks alles eigenlijk wel soepel verlopen.'

'We hebben allemaal heel hard gewerkt, het is nu belangrijk dat we weer even naar de basis terugkeren', zegt Abma. 'Dat we ons eigen werk weer gaan doen. Je hoort overal zuchten van verlichting: eindelijk weer op de eigen afdeling. Vergeet ook niet dat ze heel veel hebben meegemaakt. De lering die we hieruit hebben getrokken, is dat we als klein ziekenhuis moeten zorgen voor een flexibele schil. Werken in netwerken vergroot onze slagvaardigheid. We hadden



nog geen centrale planorganisatie voor personele planning, die zijn we nu aan het inrichten.'

Onder druk wordt alles vloeibaar, merken ze ook in Bernhoven. Een extra kamer waar al vijf maanden op werd gewacht was ineens in een dag geregeld. 'Die snelheid en slagvaardigheid willen we graag behouden', zegt Abma. 'Misschien dat een meer centrale aansturing ervoor kan zorgen dat niet iedereen in zijn eigen silo terugkruipt. Ik ben trots op wat we hebben gedaan en op hoe we allemaal met elkaar waren verbonden. Je voelde de kracht als je door het ziekenhuis liep. We waren goed bezig, ondanks alle ellende.'

'We zijn ons meer bewust geworden van dat we elkaar nodig hebben', zegt Van Weerlee. 'OK en ic zijn best wel eilandjes, het was gaaf om mee te maken dat we allemaal één doel hadden, en dat was zorgen voor deze patiënten. Langzamerhand keren we nu terug naar onze oude rollen, maar het is goed om nog eens na te denken over wat we hebben gedaan, want dit of iets dergelijks komt nog een keer terug.'

NVLO-voorzitter Mimosen Ahmidi, manager Zorg bij de Alrijne Zorggroep, herkent veel in de verhalen van zijn collega's: 'Wij hebben net als alle andere ziekenhuizen flink moeten aanpakken. Het heeft ons ook nieuwe inzichten gegeven, en ons bevestigd in het idee dat we breder moeten opleiden, zoals we als NVLO ook hebben voorgesteld. Verder rest niets dan trots op de prestatie die we met elkaar hebben geleverd. Als er iets is wat deze pandemie heeft laten zien, dan is het dat de zorg er staat. Altijd.' ■

TRACK AND TRACE OP DE OK, DE TOEKOMST KOMT STEEDS DICHTERBIJ

De Nederlandse OK's krijgen steeds meer te maken met wet- en regelgeving op het gebied van registratie en traceerbaarheid. Dat komt uiteindelijk de patiëntveiligheid ten goede. Door slimme manieren van elektronisch uitlezen, hoeft dat niet veel extra werk te kosten. Bij 'track and trace' denkt iedereen vaak aan de wettelijke registratie van implantaten, maar er is nog veel meer mogelijk. Denk aan systemen voor voorraadbeheer, het volgen van instrumenten en apparaten, of zelfs weefsel en bloed. Wat betekent dat voor de praktijk? Nooit meer instrumenten en gazen tellen? Nooit meer bestellijstjes mailen? Nooit meer gegevens invoeren in het patiëntendossier? En alles live volgen via je computerscherm? Het lijkt toekomstmuziek, maar veel ziekenhuizen maken er al gebruik van. Of zetten stappen daartoe.

Tekst: Leendert Douma
Afbeelding:
CoperniCare

De eerste stap is bijvoorbeeld een automatische koppeling met de database van het Landelijk Implantaten Register (LIR), zoals Meander Medisch Centrum vorig jaar in samenwerking met CoperniCare heeft gerealiseerd. Peter Verwoerd is manager OK in het Meander. 'Het heeft wat voorbereiding gekost, maar het loopt soepel. We scannen de implantaten op de OK en de informatie wordt automatisch met een anoniem nummer verstuurd', zegt Verwoerd. 'We denken nu wel:



wettelijk moeten we van een groot aantal implantaten gegevens gaan aanleveren aan het LIR. Dat levert ons op de operatiekamers niks op, alleen maar extra werk. Daarom willen we de mogelijkheden van het systeem verder benutten zodat het ons juist werk uit handen gaat nemen. Bijvoorbeeld door ook medische artikelen en verbruiksartikelen te scannen en te koppelen aan een voorraadbeheersysteem, zodat we meteen bestellingen kunnen doen. Nu houden we dat op papier bij, waardoor we weinig overzicht hebben over de dagvoorraad. We willen het systeem ook koppelen aan de OK-planning en het patiëntendossier. Eigenlijk gaat het om allemaal administratief werk. Dat doen nu operatieassistenten die daar eigenlijk veel te hoog voor zijn ingeschaald.' Voorwaarde daarbij is wel dat het Meander een ziekenhuisinformatiesysteem heeft dat daarop is ingericht. Dus daar ligt nu de prioriteit. Eind dit jaar wil Verwoerd de keuze maken voor een integrale track and trace-oplossing, waarmee alles van voorraadartikelen en apparatuur tot instrumentarium gevolgd kan worden en het verbruik via een koppeling tussen het ziekenhuisinformatiesysteem en het patiëntendossier wordt weggeschreven. Het OK-personeel is daar al lang aan toe, denkt hij. 'In de supermarkt halen ze hun boodschappen gewoon zelf langs de scanner, dus waarom niet ook op de OK?'

VOORRAAD VOLGSYSTEEM

In locatie Leiden van het Alrijne Ziekenhuis zijn ze al in 2015 gestart met de invoering van het Voorraad Volgsysteem (VVS) van CoperniCare, zo vertelt applicatiebeheerder en teamleider OK logistiek Peter van Oorschot. 'Alle artikelen die bij ons binnenkomen worden op een centrale plek verwerkt. Ze worden door ons voorzien van gele stickers met een barcode. Op de OK worden hun gegevens, door te scannen, gekoppeld aan het patiëntendossier en aan het ziekenhuisinformatiesysteem. Daarin zit een inkoopmodule die automatisch de stand van zaken bijhoudt. Als een artikel is gescand, dan loopt de teller terug en zo rolt er vanzelf een besteladvies uit. We halen al die info één keer per dag, om twee uur 's middags op, en dan gaan met een druk op de knop alle bestellingen eruit. Ze krijgen ons eigen ordernummer mee, voor de interne verwerking en zodat er – ter controle – vier ogen naar kijken.' Het VVS is inmiddels geïntroduceerd in alle locaties op de afdelingen Angiologie, Radiologie, Cardiologie en Microbiologie. Het systeem wordt ook gebruikt om het verbruik van materialen, artikelen of implantaten door te belasten aan de specialismen.

Mimoen Ahmidi is manager OK-CSA-Pijnbehandelcentrum Screeningspoli bij Alrijne. 'We hebben het systeem aangeschaft om in te spelen op de wet- en regelgeving voor traceerbaarheid', zo vertelt hij. 'Maar we wilden en we doen er veel meer mee. Voorwaarde daarbij is: het moet zo min mogelijk gedoe voor het OK personeel opleveren. Logistiek is niet onze core-business, dus dat kunnen we dan maar beter automatiseren.'

BOEKHOUDWAARDE

Via de koppeling met het ziekenhuisinformatiesysteem haalt Ahmidi er allerlei managementinfo uit. 'Je kunt bijvoorbeeld per operatie zien wat er gebruikt wordt. Dus aan wat voor materialen meer behoefte is en waaraan minder. Daar kun je met je voorraadbeheer op inspelen. Bovendien weet je zo precies wat een OK per verschillende behandeling of per specialist kost. Die gegevens kunnen dienen als benchmark.' Voorraad is waarde en komt als zodanig ook in de boekhouding, legt Peter van Oorschot uit. Met het VVS heeft het ziekenhuis meteen inzichtelijk welke artikelen het in bezit heeft en welke in bruikleen. Zo bleek bij de invoering van het CoperniCare-systeem dat er zes ton voorraad als waarde in de boeken kon worden geschreven.

RFID

Net als Peter Verwoerd willen Peter van Oorschot en Mimoen Ahmidi wel een stapje verder. Liever verbannen zij de handelingen met een scanner zo veel mogelijk van de OK. Daar is een techniek voor die meer en meer in de praktijk wordt toegepast: radio frequency identification, oftewel RFID. Dat is een tag met een marker die van een afstandje wordt gelezen, vergelijk het maar met je OV-chipcard die door het poortje op het station gaat. Zulke RFID-leespunten zouden aan de ingang van de OK kunnen worden geplaatst om de inhoud van een hele transportkar straks in één keer automatisch te scannen, zo legt Jiska Korf de Gidts,



productmanager MediTracker bij CoperniCare, uit. Maar je kunt ook denken aan leespunten in het plafond van de operatiekamer of in de muren. Daarmee kunnen losse instrumenten en apparatuur worden gevolgd en afvalzakken, met daarin verpakkingen van implantaten en voorraadartikelen, na de OK worden gescand om het verbruik automatisch vast te leggen. 'Daarnaast kun je direct zien waar apparaten zich bevinden, op welke locatie, op welke OK of bij het technisch beheer', zegt Peter van Oorschot. 'Dat scheelt een hoop kostbare zoektijd.' Dit is geen toekomstmuziek. Op veel sterilisatieafdelingen wordt RFID al toegepast in het instrumentenvolgsysteem, op netniveau en om transportbewegingen automatisch vast te leggen. In Turkije en Denemarken wordt RFID al standaard in het hele ziekenhuis geïntegreerd. Voor de verbouwing van Alrijne wordt hierover op sommige plekken nagedacht, vertelt Ahmidi, want het vormt de basis om het VVS of het Instrumenten Volgsysteem nog geavanceerder te maken.

Dit soort technieken maakt het ook makkelijker om weefsel en bloed te volgen. En Mimoen Ahmidi ziet nog meer mogelijkheden: 'Het kan ook dienen om de patiënt realtime te volgen in zijn of haar gang door het ziekenhuis, de operatiekamer en de recovery. Het zou toch fantastisch zijn als je thuis kunt zien waar je moeder die geopereerd moet worden op dat moment is en hoe het met haar gaat? Dat zou ons ook weer werk en telefoontjes heen en weer schelen.'

De RFID-techniek en track and trace-systemen, zoals van CoperniCare, zijn er klaar voor, maar ziekenhuizen in Nederland zijn nog niet allemaal klaar om dit integraal toe te passen. De processen worden deels in gang gezet door wet- en regelgeving, maar daar deels ook weer door beperkt. 'Het kost veel energie en mankracht om systemen te implementeren en in te richten volgens regelgeving en veilig voor de patiënt', zegt Peter Verwoerd. 'Daar moet je ook gewoon de tijd voor nemen.' ■

Benny Bourgonje onderzoekt functieprofielen op de OK

HOE BEPAAL JE DE FUNCTIE VAN EEN OPERATIEASSISTENT EN HOE VERANDERT DIE?

Verschuiven de werkzaamheden van een operatieassistent? Wat voor taken, functies en verantwoordelijkheden krijgt hij of zij er dan erbij? Veranderen de arbeidsomstandigheden? En hoe vertaalt zich dat allemaal in het salaris? Als er iemand is die dat kan weten, dan is het Benny Bourgonje. Als FWG-deskundige licht hij ieder jaar de functies door, waaronder die op de OK, als onderdeel van het functiegebouw in de zorg. Hoe gaat dat in zijn werk? En welke veranderingen ziet hij in het vak? OK Visie kreeg een kort college, vanwege corona via Skype.

Tekst: Leendert Douma | Afbeelding: privéfoto

Even voor de duidelijkheid: Benny Bourgonje bepaalt dus niet wat jij als operatieassistent gaat verdienen. Hij helpt alleen de basis vast te stellen, waarop vervolgens managers en HR-afdelingen van ziekenhuizen bepalen hoeveel ze hun personeel willen betalen. Die basis, dat is soms al moeilijk genoeg, zo legt Bourgonje uit. Even in het kort gezegd is FWG Progressional People het onderzoeks- en adviesbureau voor functiewaardering en het functiehuis in de hele zorgsector. FWG stelt op objectieve basis functiebeschrijvingen vast om in te delen volgens het functiewaarderingssysteem voor de zorg. Dat gebeurt in overleg met werkgeversorganisaties en vakbonden. In Nederland wordt dit functiehuis jaarlijks on-

derhouden en geüpdatet, iets wat uniek is in de wereld. Benny Bourgonje is een van de vier FWG-functieonderzoekers die zich hiermee bezighouden – over de hele breedte van de zorg. Hij doet dit al achttien jaar en heeft veel ontwikkelingen – ook op de OK – zien ontstaan en weten vast te leggen in functieomschrijvingen en rapporten. Daarnaast is er binnen FWG Progressional People een research en developmentafdeling die op verschillende niveaus – macro- en mesoniveau – onderzoek doet. Hierover komen trendrapporten uit.

WERKPROCESSEN

‘Het meten van functies is voor een groot deel papierwerk. Je bekijkt eerdere functieomschrijvingen en protocollen’, legt Bourgonje uit. ‘Daarnaast ondervragen we medewerkers, leidinggevenden en managers van ziekenhuizen. Om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen, houden we verdiepende



Benny Bourgonje: Er is ontzettend veel anders geworden en tegelijkertijd is er heel veel bij het oude gebleven op de OK.

interviews om door te vragen hoe de daadwerkelijke uitoefening van taken eruitziet. We checken dan bijvoorbeeld zaken als: Hoe start je op? Op wie kun je terugvallen? Et cetera.' De functieonderzoekers lopen regelmatig een dag mee op de OK, legt Bourgonje uit. 'We observeren om werkprocessen te kunnen duiden, maar ook om arbeidsomstandigheden zo goed en zo kwaad als mogelijk te ondergaan of te signaleren. Denk bijvoorbeeld aan de geur van bloed, het gebruik van diathermie of het gebruik van bepaalde middelen. De temperatuur op de operatiekamers. Hoe lang je moet staan. Dat soort "inconveniënten", zoals we ze noemen, moeten we ook meewegen in de functieprofielen. Dat kan niet alleen van papier.' Dat meelopen is trouwens niet uniek voor de OK, dat gebeurt bij alle onderzoeken die ze doen.

Voor de metingen houdt FWG afstemming met werkgeversorganisaties en vakbonden. 'Bijna maandelijks hebben overleg met partijen als NVZ, Actiz, GGZNL en VGN namens de werkgevers, en FNV, CNV, NU'91 en FBZ voor de werknemers.' Elk jaar in oktober is er vervolgens een update van het FWG-systeem en houden de adviseurs ter afstemming contactdagen met de P&O- en HRM-afdelingen in het land, al is het nu nog de vraag hoe die eruit gaan zien in de anderhalvemetersamenleving.

GEZICHTSPUNTEN

Hoe gaan de metingen dan inhoudelijk in zijn werk? Benny Bourgonje: 'Bij het meten kijken we naar negen gezichtspunten. Elk gezichtspunt kent een aantal aspecten, die we waarderen met een letter, van B olopend tot en met J. In totaal zijn er zo 97 aspecten. De eerste vier gezichtspunten hebben de meeste aspecten. Dan gaat het om 1. vakkennis, 2. zelfstandigheid, 3. risico's en veiligheid, en 4. sociale vaardigheden.' De verschillen in FWG-waardering worden bijvoorbeeld bepaald door hoeveel verschillende operaties een operatieassistent doet. Iemand die alleen maar cataracten doet, wordt anders beoordeeld dan iemand die allround is en werkt op een grote OK waar alle operaties plaatsvinden. Kennis van protocollen

speelt mee. Maar ook het aantal verschillende handelingen die iemand moet verrichten. 'Het verschilt per ziekenhuisorganisatie hoe daarmee wordt omgegaan.'

De scores van alle aspecten samen bepalen de zogenaamde 'ijkfunctie'. In het FWG 3.0-functiegebouw – waar de werkzaamheden op de operatiekamers onder vallen – krijgt de ijkfunctie van operatieassistent bijvoorbeeld FWG 50. De functies die daarbij horen, lopen uiteen van FWG 45 tot FWG 55. Maar, benadrukt Bourgonje, voor functieomschrijvingen geldt: er is geen gouden sleutel. Veel is grijs gebied. In de praktijk zetten de ziekenhuisorganisaties vaak wat hoger in dan de FWG-adviseurs, zo constateert Bourgonje. Dat heeft volgens hem onder andere te maken met de schaarste op de arbeidsmarkt. Een hogere

FWG-schaal maakt een vacature aantrekkelijker. 'Maar hoe dat wordt ingevuld en hoe daar financiële consequenties aan worden verbonden, is niet aan ons', aldus Bourgonje. 'Wij zijn geen politie. Wij kijken binnen de organisaties en zetten een onafhankelijke standaard.' Deze standaard wordt vermeld in de cao en gebruikt als er conflicten zijn over de invulling van het werk of als er een bezwarencommissie moet worden ingeschakeld.

TRENDS

De metingen dienen ook om ontwikkelingen in het vak te volgen. FWG geeft sinds 2009 regelmatig een trendrapport uit over de verschillende branches in de zorg. Ontschotting en vervaging van grenzen zijn daarin nu kernbegrippen, maar ook specialisatie en individualisering. Hoe ziet Benny Bourgonje zelf de veranderende werkzaamheden en omstandigheden op de OK? 'Er is ontzettend veel anders geworden en tegelijkertijd is er heel veel bij het oude gebleven', constateert de functieonderzoeker. 'De traditionele rollen van assisterende, instrumenterende en omloop zijn er nog steeds. Wat je wel ziet is dat er veel meer poliklinisch wordt verricht en dat op de OK steeds grotere ingrepen worden gepland. Ziekenhuizen zijn zich steeds meer gaan specialiseren. Het aantal ingrepen door middel van scapie en laparoscopie is in al die jaren flink toegenomen. En nu zien we dat robotchirurgie enorm in opkomst is. De operateur staat niet meer per se achter de tafel, maar zit soms in een hoek van de OK, of soms zelfs aan de andere kant van de wereld.' De techniek is enorm veranderd en er kan steeds meer, maar Benny Bourgonje is niet van mening dat dat het vak per definitie ingewikkelder heeft gemaakt. 'Er zijn steeds meer protocollen. Het voordeel is nu: je hoeft niet alles meer uit je hoofd te leren. Ze zijn via ICT vaak overal te raadplegen.'

Een trend is dat er steeds meer afdelingen of units voor acute zorg ontstaan, en operatieassistenten hebben daar ook een rol in. Dit werd de afgelopen maanden nog versterkt door de coronacrisis, waardoor veel operatieassistenten op de ic werden ingezet. Bourgonje weet niet of dit structureel zo blijft. 'We moeten nog maar zien wat er beklijft na corona.' Als dat wel zo is, dan zal er voor FWG eigenlijk niet zo veel veranderen, zo geeft hij aan. 'De functies die wij vastleggen kunnen ook generiek worden ingezet, of dat nu op de OK, ic of SEH is. Een aantal vaardigheden heb je overal nodig – ik denk bijvoorbeeld aan kunnen reanimeren, en eigenlijk zijn de gezichtspunten die ik noemde geldig voor alle plekken in de zorg.' ■

'Om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van een functie, vragen we door hoe de daadwerkelijke uitoefening van taken eruitziet'

Zorginspirator

De zogenaamde 'zorginspirator' is een handige applicatie die FWG Progressional People en anderen – in opdracht van de cao-partijen – hebben ontwikkeld voor de arbeidsmarkt in de zorg. Het is eigenlijk een soort virtuele loopbaancoach, bedoeld voor mensen binnen en buiten de zorg. Iedereen kan zelf een functieprofiel aanmaken en de zorginspirator bekijkt op basis daarvan welke werkzaamheden geschikt zijn en welke opleiding daarbij past. Het systeem bevat ruim vierhonderd functies en is gekoppeld aan negenduizend beroepsopleidingen en/of specialisaties. Ideaal dus om eens rond te kijken als je je als operatieassistent niet meer helemaal op je plek voelt. Of andersom: als je juist ambities hebt om op de OK te komen werken.

Kijk voor jouw ideale functies binnen of buiten het ziekenhuis op www.zorginspirator.nl.

ZONDER DE ZZP'ERS, DE ZORG ZONDER PERSONEEL?

De discussie of zzp'ers in de zorg in verkapt loonverband werken en of er sprake is van schijnzelfstandigheid, houdt de gemoederen al langere tijd bezig. Minister De Jonge sprak zich in januari in het programma Meldpunt uit tegen het bestaan van 135.000 zorgprofessionals. Zzp'ers zijn in de zorg helemaal geen zzp'er volgens de minister, en zij horen in loondienst. Er komt wetgeving dat alleen nog in loondienst gewerkt kan worden in de zorg, aldus De Jonge. Later heeft hij deze uitspraak genuanceerd en ervoor gepleit dat werkgevers er zo veel mogelijk voor zouden moeten zorgen dat zorgpersoneel graag bij hen in loondienst wil blijven en niet uit onvrede kiest voor het zzp-schap.

Tekst: Ingrid Hummel | Afbeelding: privéfoto's

Het blijft de vraag waarom zorgprofessionals voor het zzp-schap kiezen en waar zij behoefte aan hebben. Onvrede ziet Ramon Vink ook als een van de redenen waarom mensen kiezen voor het zzp-schap. 'Men is het gewoon zat om continu overvraagd te worden als het gaat om verantwoordelijkheid en flexibiliteit. Werkgevers moeten meer gaan focussen op wat nu de echte reden is dat men uit loondienst gaat. Zorg voor een goed salaris, geef medewerkers de ruimte om werk en privé meer op elkaar af te stemmen, geef ze meer invloed en waardeer ze! Ik denk niet dat geld de hoofdreden is om als zzp'er te gaan werken, het is volgens mij vooral de autonomie.'

Ramon is anesthesiemedewerker en maakte in 2017 de keuze om als zelfstandige te gaan werken. 'Ik stond destijds een beetje op een kruispunt. Ik werkte al een aantal jaren als anesthesiemedewerker en praktijkopleider. Ik had het prima naar mijn zin, maar ik miste toch een beetje de uitdaging. Van ziekenhuis switchen was geen



Ramon Vink.



Maik Koster.

optie, want dan zou ik dat gevoel na een aantal jaar weer gaan ervaren. De combinatie van zorg en overstijgend werken wilde ik wel voortzetten. Door voor mijzelf te beginnen kreeg ik de regie in eigen handen. Opdrachten zijn meestal voor een halfjaar, waardoor het werk altijd uitdagend is. Daarnaast kan ik de combinatie maken van beleid, management en zorg.'

VERLAGING VAN DE WERKDruk

Ook Maik Koster, partner bij Interchange, een detacheringsbureau in de zorg en tevens bemiddelaar voor zzp'ers, kan bovenstaande argumenten voor de keuze van het zzp-schap beamen. 'We komen bij Interchange een aantal overwegingen om de overstap naar zelfstandigheid te maken frequent tegen. Verlaging van de werkdruk is een eerste reden. Het gaat hier om de additionele werkzaamheden op de afdeling. Veel zzp'ers willen vooral en alleen patiëntenzorg doen. Ontevredenheid binnen de huidige werkomgeving is een tweede reden die we veel horen. "Ik ben het zat op mijn oude werk." Op nummer drie staat meer grip op het

rooster, onafhankelijk willen zijn. Het zal niemand vreemd in de oren klinken dat betere financiële voorwaarden ook een veel gehoorde reden is.'

ECHTE ONDERNEMER

De opvatting die nog vaak heerst, is dat zelfstandigen precies doen wat zij deden in loondienst, maar dan als zzp'er. Ze zouden dus heel erg lijken op medewerkers en niet een 'echte zzp'er zijn', zoals De Jonge liet vallen bij Meldpunt. Maar klopt dat beeld wel?

Ramon: 'Ik voel mezelf wel een echte ondernemer. Ik draag zelf het risico voor ziekte en arbeidsongeschiktheid, mijn pensioen regel ik zelf. Ik ben zelf aansprakelijk voor (medische) fouten en loop het risico dat mijn facturen niet betaald worden. Ik heb mijzelf extern laten certificeren op kwaliteit en ondernemerschap. Het risico om werkloos te zijn is in de zorg niet erg groot, maar geen werk is geen inkomsten.'

Maik vervolgt: 'De uitspraak die minister De Jonge deed kent een aantal kanttekeningen. Ten eerste: er is een groep schaarse zorgprofessionals die niet gehoord worden door hun werkgever. Zij zijn gaan zzp'en uit onvrede over het rooster, de werkdruk, de werkvloer et cetera. Het alleen werken in loondienst zou tot gevolg hebben dat een deel van deze groep de zorg verlaat. Volgens een rondvraag van Solopartners is dit aantal schrikbarend hoog: 65% van de zelfstandige zorgprofessionals verlaat de zorg als zij alleen nog in loondienst kunnen werken. Momenteel zou de druk op het personeel in loondienst te groot worden om deze zorgverlaters op te vangen. De tweede kanttekening is dat deze groep zorgprofessionals moet voldoen aan een aantal vereisten om zorg te kunnen verlenen. In de zorg worden aanvullende eisen gesteld aan zzp'ers ten opzichte van aan zzp'ers buiten de zorg. Als een zzp'er in de zorg aan al deze eisen voldoet, dan is het praktisch niet mogelijk om hem zelfstandig ondernemerschap te ontnemen. De derde kanttekening is dat de uitspraak dat er alleen nog in loondienst gewerkt kan worden in de zorg zou zijn gedaan met het idee om zorgkosten te besparen. De vergelijking tussen het uurtarief van een zzp'er en het bruto uurloon van een werknemer wordt (te) vaak gemaakt, maar dat is appels met peren vergelijken. Dat komt omdat onder andere risico's, verzekeringen, vakantiegeld en een dertiende maand niet in het brutoloon van de werknemers zitten maar wel in het uurtarief van de zzp'er verdisconteerd zijn.'

CORONACRISIS

Door de benodigde covid-19-zorg stopte de reguliere zorg in de ziekenhuizen voor een heel groot deel. Het afschalen van reguliere operaties tijdens het hoogtepunt van de coronacrisis heeft voor zzp'ers ook de nodige consequenties gehad.

Ramon: 'Ik zat eind maart tussen twee opdrachten in. Bij mijn nieuwe opdrachtgever moest ik een periode worden ingewerkt

i.v.m. het specialistische karakter van het werk. Men ging toen afschalen en had dus ook geen ruimte meer om mij in te werken. Mijn opdrachtgever en ik hebben toen in goed overleg afscheid van elkaar genomen. Ik was toen ook even werkloos. Ik heb er een nacht slecht van geslapen, maar via mijn netwerk ben ik terechtgekomen op een covid-ic. Echt een bizarre periode! Terug als verpleegkundige, onregelmatig werken en het gevaar van besmetting. Uiteindelijk wende het en heb ik tot begin juni (met plezier) op de ic gewerkt. Nu ben ik weer terug op de OK.'

Voor Ramon heeft deze crisis overigens geen verandering van mindset teweeggebracht. 'Ik heb niet overwogen om terug te keren naar een loondienstverband, maar of ik tot 67 jaar zzp'er blijf, dat kan ik niet zeggen. Nu wil ik niets liever dan op deze manier doorgaan.'

Maik: 'Via Interchange werken ook veel OK-medewerkers als zzp'er. Deze groep werd nu veelal ingezet op covid-19-zorgafdelingen. Deze switch gaf veel reuring binnen ons team, werken op een andere afdeling met superspecialistische zorg heeft veel gevraagd van de veranderbereidheid en flexibiliteit van onze zorgprofessionals. Daarnaast vroegen veel zorginstellingen om extra medewerkers om de covid-19-zorg aan te kunnen. Veel herintreders en zij-instromers zijn via Interchange aan het werk gegaan in de zorg. Ons bureau heeft op volle toeren moeten draaien om aan de vraag naar ic-, SEH-, recovery- en medium-careverpleegkundigen te kunnen voldoen.'

TERUG IN LOONDIENST

Uiteraard kleven aan iedere contractvorm zowel voor- als nadelen. Miraine van der Hulst-Slots koos er in 2010 voor om als anesthesiemedewerker te gaan detacheren en in 2014 werd zij zzp'er. 'Voor mij was de belangrijkste motivatie de vrijheid die ik kreeg, ik kon zelf bepalen waar en wanneer ik ging werken.' Toch koos zij er vorig jaar voor om weer terug te gaan in loondienst. 'Ik werd onrustig en wilde weer een nieuwe uitdaging. Als zzp'er werd ik vaak op dezelfde laagcomplex programma's gezet, waar ik begrip voor heb, maar het ging kriebelen en ik ging op zoek naar een nieuwe werkplek. Dat werd het AMC, waar ik ook de kans kreeg om de SPS-opleiding te gaan volgen.'



Miraine van der Hulst-Slots.

Een opleiding waar ik ook tijdens mijn zzp-periode al interesse in had, maar niet de kans kreeg om te volgen. Ik voel me thuis in het AMC, het is een werkplek waar ik nog veel kan en mag leren. Dat zijn weer de voordelen van een loondienstverband. Daarnaast biedt een vaste aanstelling op mijn leeftijd toch meer zekerheid, dit heeft ook meegeteld in mijn overwegingen. Waar ik wel aan moet wennen, is dat ik mijn vakanties nu beter en lang van tevoren moet plannen', voegt ze eraan toe.

TOEKOMST

Kijkend naar de toekomst hoopt Ramon dat over een aantal jaren de balans tussen de flexibele schil en personeel in loondienst weer een beetje in evenwicht is. 'Ik hoop dat de overheid en werkgevers maatregelen hebben genomen, zodat er meer autonomie, inspraak en waardering is ontstaan voor alle zorgmedewerkers in loondienst. Het applaus tijdens de covidcrisis was hartverwarmend, maar het is tijd voor echte maatregelen waaruit respect en waardering blijkt! ■

DE BEROEPSVERENIGING BMH IN DE COVIDCRISIS

De Nederlandse Vereniging voor Bachelor Medisch Hulpverleners (NVBMH) bestaat pas vijf jaar. Als jonge beroepsvereniging zijn wij dagelijks bezig met leren en ontdekken. Sinds de oprichting groeien we als vereniging, als hulpverleners in het werkveld en als bestuurders. We leren bijvoorbeeld veel van de NAPA, onze burens in het kantoorcomplex in Utrecht. We trainen onszelf en gaan in gesprek met collega-verenigingen. Al doende leert men. Elke dag weer.

Tekst: Ellen Schepers, BMH SEH | Afbeeldingen: privéfoto's

COVID-19

En toen stormde covid-19 ons land binnen. Een virus dat ook onze beroepsgroep flink raakt. Onze leercurve steeg nog wat meer en we consulteerden onze leden. Wat hadden ze van ons nodig? Wat kunnen wij betekenen in deze vreemde en onzekere tijd?



Ellen Schepers

In de ziekenhuizen en bij de RAV's wisselden de informatie en protocollen per dag, zo niet per dienst. Ook de landelijke media overspoelden ons met updates en geruchten. Uit de zee van informatie die op ons af kwam, probeerden we te destilleren wat nuttig zou kunnen zijn voor onze leden en andere volgers. Deze informatie delen we via onze sociale media en onze nieuwsbrief. Omdat onze beroepsgroep verspreid werkt in verschillende acute werkvelden, delen wij informatie vanuit allerlei richtingen. De BMH'er is namelijk te vinden op de ambulance, de spoedeisende hulp, de anesthesie en op cardio-diagnostische afdelingen.

BMH'ERS?

Waar de medisch hulpverlener vijf jaar geleden nog een onbekend begrip was, zien we nu dat de meeste ziekenhuizen en ambulancediensten inmiddels kennis hebben gemaakt met deze jonge beroepsgroep. Op verschillende plaatsen is de BMH'er niet weg te denken uit het team en op andere plaatsen wordt enthousiast geëxperimenteerd om deze nieuwe collega's te integreren op de werkvloer. Vanuit de NVBMH doen wij ons best dit proces van verschillende kanten te ondersteunen. Op de eerste plaats zijn wij er voor de leden, die zich ontwikkelen als jonge professionals en hun bekwaamheid bijhouden door middel van ons Kwaliteitsregister. Ook het werkveld ondersteunen wij graag in de introductie en verdere ontwikkeling van de medisch hulpverlener als onderdeel van het team. Omdat er inmiddels meer dan 150 medisch hulpverleners werkzaam zijn in verschillende takken van de acute zorg, en verspreid over het hele land, is er voldoende expertise te vinden wat betreft het integreren van deze nieuwe collega's op de werkvloer. Wij zijn dan ook van mening dat we de fase voorbij zijn waarin er ge-



Kelvin Zomer, Leonie van der Schans, Sophie Kremer, Ellen Schepens, Stefan van Gorsel, Arjen Venema.

twijfeld wordt aan de inzetbaarheid van de BMH'er. Kijk maar eens op onze website onder 'BMH in beeld' om te zien op welke locaties onze leden met veel plezier en succes werken.

INFORMATIEVOORZIENING

Wij zijn als beroepsvereniging niet de organisatie die gaat over het werk op de werkvloer (tijdens de covidcrisis). We kunnen onze leden echter wel informeren door de onderzoeken die zijn uitgekomen en het nieuws over de effecten van covid-19 op de samenleving te delen. Voor de afwisseling plaatsten we nog zo veel mogelijk 'normaal' nieuws. Op het hoogtepunt van de covidcrisis was het echter moeilijk om dit soort nieuws te vinden. De wereld sprak over niets anders.

We zochten naar opmerkelijk en interessant nieuws om de NL-alerts aan te vullen. Casusbeschrijvingen, onderzoek naar covid in landen die eerder getroffen werden en de acties voor personeel in de zorg kwamen voorbij. Uiteraard deelden we ook nieuws vanuit de NVIC en andere verenigingen. Nog steeds domineert covid-19 onze tijdlijn.

LUCHT JE HART

Naast dit eenrichtingsverkeer hebben wij als vereniging ook aangeboden te luisteren naar de BMH'ers in het werkveld. Zij werkten dienst na dienst in de toenemende ellende. Vaak met protocollen die achter de feiten aan liepen. Voor iedereen, maar zeker voor jonge professionals, kan dit zeer indrukwekkend zijn. We merkten dat onze beroepsgroep zich goed staande hield. Op <https://www.nvbmh.nl/2020/03/ervaringen-met-het-coronavirus/> is te lezen hoe zij de piek

van de coronacrisis ervoeren. We organiseerden interviews via Zoom om de verhalen vanuit de frontlinie te horen en met elkaar te praten over de gevoelens die deze situatie oproep. De interviews werden niet allemaal druk bezocht. Wijzelf merkten dat er binnen de verschillende organisaties gelukkig veel ruimte was voor reflectie en interview, wat de noodzaak verminderde om daarnaast nog via onze vereniging te reflecteren. De mensen die we online spraken deelden prachtige en kwetsbare verhalen. We waren dan ook blij dat we dit voor deze kleine groep mogelijk hebben kunnen maken. Ook bij een eventuele volgende ingrijpende situatie zullen we dit middel opnieuw inzetten. Al met al hebben wij als beroepsvereniging dankzij de covidcrisis snel en veel kunnen leren over onze rol in het werkveld. Het sterkt ons in de tijd die komen gaat, waarin de BMH'er een steeds steviger rol in het werkveld zal innemen, en wij als vereniging mogen groeien. Covid-19 heeft de mensen in de zorg dichter bij elkaar gebracht, maar ook de zorg dichter bij de mensen. De waardering voor eenieder die een steentje bijdraagt aan deze crisis wordt breed gedragen. Ook door onze vereniging. ■



Wat kunnen we voor u betekenen?

HET LAATSTE NIEUWS

Op OK Visie plaatsen we het laatste nieuws over de ontwikkelingen in de ok-wereld. Zo blijft u altijd up-to-date over de laatste ontwikkelingen op de ok.

U kunt nieuws over uw ok-afdeling mailen naar info@okvisie.nl en wij plaatsen het op onze website en delen het via onze social media kanalen



BLOGS

Onze eigen ervaringen op de werkvloer delen we graag met u, en ook onze lezers vertellen graag hun verhaal. Vaak voor velen een feest van herkenning. Zo leren we van elkaar.

Heeft u of één van uw collega's een vlotte pen? Mail jullie belevenissen naar ons en wij delen ze op www.okvisie.nl

DOCUMENTEN

In de documentenbank vindt u de meest actuele documenten, protocollen en richtlijnen voor alle disciplines die op de ok werken.

U kunt hier ook uw eigen documenten uploaden en op de site plaatsen. Zo leren we van en met elkaar.



VACATURES

We plaatsen de laatste nieuwe vacatures en delen deze via Facebook, LinkedIn en Twitter.

Ook uw vacature op OK Visie plaatsen? Neem dan contact op met Cross Media via zorg@crossmedianederland.com

EVENEMENTEN

Bijscholing, evenementen, klinische lessen, u vindt ze terug op OK Visie.

Uw evenement kunt u plaatsen op OK Visie door contact op te nemen met Cross media, via zorg@crossmedianederland.com



IN THE PICTURE

In deze rubriek staan instructievideo's van diverse producten, apparatuur en materialen die op de ok gebruikt (gaan) worden. Daarnaast plaatsen we in deze rubriek video's van lezingen en presentaties.

Quick fix

‘Denken in termen van oplossingen versluiert een probleem, de ware omvang ervan, de complexiteit ervan.’ Dat wil niet zeggen dat acute problemen oplossen per definitie een slechte strategie is. Echter, je dringt hierdoor vaak niet door tot de kern van een probleem. Zo heeft de coronacrisis aangetoond dat een quick fix een acuut probleem (op de ic) kan oplossen en tegelijkertijd kan aantonen dat we een probleem hebben dat groter is dan we ooit voor mogelijk hielden. Het was medio maart 2020 toen duidelijk werd dat de covid-19-pandemie Nederland niet zou sparen en dat de ic's langzaam vol begonnen te lopen. De regio Uden kreeg de eerste klap te verwerken, en al snel bleek dat het daar niet bij zou blijven. De rest is geschiedenis die lang zal na-echoën en zal zorgen voor blijvende veranderingen in maatschappij en gezondheidszorg. ‘Het nieuwe normaal’, aldus Rutte. Erwin Kompanje, filosoof en medisch ethicus in het Erasmus MC, corrigeerde dit in zijn podcast heel treffend naar ‘Het nieuwe abnormaal’.

Hoe ziet ons ‘nieuwe abnormaal’ eruit? Hoe normaal wordt het om als anesthesiemedewerker, operatieassistent of recoveryverpleegkundige bij te springen op afdelingen die moeten opschalen? De coronacrisis heeft aangetoond dat we als OK-professionals deze quick fix prima kunnen leveren. Is daarmee ook vastgesteld dat we hiermee tot de kern van het diepere probleem zijn gekomen? Is flexibiliteit het toverwoord? Of versluiëren we hiermee de kern van het werkelijke probleem?

Het zou ons – en toekomstige generaties – helpen om nu even niet in oplossingen en een quick fix te denken maar een meer filosofische benadering toe te passen. Filosofie is in dit kader niets anders dan het bedenken van concepten die moeten helpen om het diepere probleem zichtbaar te maken. Hebben we dit al gedaan? Wordt ‘ons nieuwe normaal’ zonder goede overdenkingen niet vanzelf een blijvend abnormaal? Ik moet er niet aan denken. Een nieuw normaal zou het streven moeten zijn naar een perfectionering van ons beroep. Ons oude normaal achter ons laten en ons realiseren dat perfectionering eigenlijk de erkenning is van de onvolmaaktheid van hetgeen we tot nu hebben bereikt, zonder dit te veroordelen.

Hoe we dat bereiken is de vraag waar we nu voor staan. Dat vraagt ‘out of the box’ denken en vragen stellen die niet primair gericht zijn op antwoorden, maar juist vrijheid in ons denken creëren.

Zeker is dat ons oude normaal zal verdwijnen en dat het nieuwe normaal andere eisen stelt aan ons beroep. Laten we er samen voor zorgen dat dat geen nieuw en blijvend abnormaal wordt ...



MAXIMALE VEILIGHEID, DAT IS WAT TELT!

- Europees fabrikant
- MH en PBM gecertificeerd
- AQL 0,65

Sempermed® Supreme – Kwaliteit in ieder opzicht

Sempermed® Supreme Plus – Alles onder controle

Sempermed® Syntegra Green – de ideale onderhandschoen

Sempermed® Syntegra Green – voor verhoogde veiligheid

Sempermed® Senso – Voor bijzonder gevoelige toepassingen

Sempermed® Supreme Plus – biedt stevige grip

Sempermed® Syntegra IR – Een betrouwbare oplossing voor latex-allergie



MEDIQ Medeco



VIO® 3

plug and operate

Elektrochirurgie met maximaal comfort

Wij geloven, dat een chirurgisch team niet afgeleid moet worden door technische details. Keuzes dienen gemaakt te worden op basis van gewenst chirurgisch resultaat. Met dynamische pictogrammen die een indicatie geven, bieden wij de keuze voor een chirurgisch effect.

Overige voordelen:

- 1) overzicht van alle instrumenten en modi. All-in one View
- 2) instrumenten worden weergegeven door pictogrammen, overzichtelijk!
- 3) uniek universeel stekker concept, verkeerd aansluiten wordt voorkomen
- 4) advies bij aansluiten van instrumenten via StepGuide
- 5) geïntegreerde gebruikshandleiding, altijd overeenkomstig de software versie
- 6) chirurgisch gezien: onze beste dissector - coagulator ooit, ervaar het zelf!