

Onze OK MEEKIJKEN MET AREND, SERGE EN YVONNE HAAGLANDEN MEDISCH CENTRUM

- > **WIE MAG ALS EERSTE OP DE OPERATIETAFEL?**
- > **DE WEEK VAN DE ANESTHESIOLOOG: PASCAL RAMSODIT**
- > **OPERATIE BEZETTING OK - SAMEN KOM JE VERDER**

HEINE reusable laryngoscope blades are worth their price

The first and only one with a 10-year guarantee.

Not a single one with more than a 5-year guarantee.



Thrown into boxes and basins, washed and scrubbed with disinfectants, shaken on metal grids with other instruments, and exposed to extreme heat: a blade's life can be tough. But we know just how much care goes into making our high-quality blades.

We firmly believe in the quality of our product. That's why we offer an unmatched 10-year guarantee on our HEINE Classic+ F.O. blade.¹ This is the longest guarantee on the market today – and the only one to specify a minimum level of light transmission.

HEINE's goal is to support our customers with laryngoscopes that offer the highest level of performance, reliability and patient safety.

- ▶ **Exclusive 10-year guarantee** for maintenance-free service of our Classic+ F.O. blades
- ▶ **Economical** thanks to their outstanding durability
- ▶ **Sustainable** thus reducing your ecological footprint
- ▶ **Simple and safe reprocessing** thanks to smoothSURFACE: gentle curves and unmatched smoothness for maximum patient safety

**smooth
SURFACE**

¹ Updated in September 2020. For guarantee conditions see heine.com

endomed
specialist in medische hulpmiddelen

Available at Endomed B.V.
For more information, please contact info@endomed.nl
+31 (0)413-74 5940 | Oostwijk 14, 5406 XT Uden

www.heine.com



OK Visie Magazine is het vakblad voor operatieassistenten en anesthesiemedewerkers en recoveryverpleegkundigen. 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
Redactie: Enno de Witt, Leendert Douma
Opmaak: Thomson Digital
Opmaakbegeleiding: impaginator.nl
Druk: BalMedia

Advertenties

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

© 2021 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



14 WIE MAG ALS EERSTE OP DE OPERATIETAFEL?

De vierde golf komt eraan, de golf van uitgestelde operaties. Vele tienduizenden mensen wachten op een operatie, terwijl de capaciteit beperkt is. De verwachting is dat de ziekenhuizen zeker nog anderhalf à twee jaar bezig zullen zijn om de achterstand weg te werken. Maar wie mag er dan als eerste op de operatietafel? Het is een duivels dilemma; is een mammatumor urgenter dan een niertransplantatie? Benjamin Gravesteijn, epidemioloog en zesdejaars student geneeskunde, heeft met een groep onderzoekers een wiskundig beslistkundig model ontwikkeld wat een nuttige bijdrage kan leveren bij het prioriteren van diverse patiënten.



22 DE WEEK VAN ... ANESTHESIOLOG PASCAL RAMSODIT

Pascal Ramsodit (41) is fulltime werkzaam als anesthesioloog-pijnspecialist in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis. Samen met zijn partner Kees en hun labrador Brut woont hij op het platteland van het pittoreske Oosterwijk. Op een doordeweekse dag gaat de wekker om 6:00 uur en na een heerlijk ontbijtje, met het 7 uur Journaal op de achtergrond, start de dag. Rond 07:15 uur vertrekt Pascal richting het ziekenhuis. In de winter veelal met de auto en bij mooi weer kiest hij voor de fiets. Een kijkje in de werkweek van een anesthesioloog...



27 OPERATIE BEZETTING OK - SAMEN KOM JE VERDER

Ook in de operatiekamers van Rotterdam Rijnmond is een tekort aan operatieassistenten, recovery verpleegkundigen en anesthesiemedewerkers. De ziekenhuizen in deze regio voelden de behoefte om de personele problemen op de OK gezamenlijk aan te pakken, omdat ze ervaren dat ze alleen de problemen niet meer kunnen oplossen. Zij hebben zich dan ook alle acht gecommitteerd aan een unieke samenwerking, want juist de OK-managers zélf participeren actief in het programma, geven het vorm en zetten de lijnen uit én betrekken hierbij actief de medewerkers van de werkvloer door de deelname aan de projecten.



en verder:

- 5 NIEUWS
- 10 ONZE OK
- 19 NVLO
- 30 COLUMN

OK VISIE MAGAZINE
WORDT MEDE MOGE-
LIJK GEMAAKT DOOR:

erbe

BESTE LEZER,

DE VIERDE GOLF ...

Op het moment dat ik dit schrijf is de piek van de derde coronagolf bereikt en is de daling ingezet. Ontzettend goed nieuws, waar iedereen met smart op gewacht heeft.

Maar na deze derde golf wacht ons nog een vierde: de golf van uitgestelde operaties. Er zijn inmiddels al zo'n 140 duizend operaties in te halen, terwijl het personeel moe is, het ziekteverzuim hoog is en de personeelstekorten groot zijn. Alle zeilen zullen bijgezet moeten worden om deze achterstand weg te kunnen werken en de tijd zal het leren hoe dit uitpakt.

Maar wie mag er dan uiteindelijk als eerste op de operatietafel? Het is een duivels dilemma; is een mammatumor urgenter dan een niertransplantatie? Benjamin Gravesteijn heeft met een groep onderzoekers een wiskundig beslistkundig model ontwikkeld dat een nuttige bijdrage kan leveren bij het prioriteren van diverse patiënten. Over de totstandkoming en inhoud van het model lees je meer in dit magazine.

Verder onder andere: De week van anesthesioloog Pascal Ramsodit, een kijkje op de OK van Haaglanden Medisch Centrum en Operatie Bezetting OK.

Ik wens jullie een heel mooie, zonnige, zorgeloze zomer en veel leesplezier!

Ingrid Hummel
Hoofdredacteur OK Visie Magazine



Website Landelijk Netwerk Groene OK

Hoe ga je aan de slag met het verduurzamen van de OK in jouw ziekenhuis? De nieuwe website www.degroene-ok.nl van het Landelijk Netwerk Groene OK geeft hiervoor concrete handvatten. Naast een stappenplan om een 'Greenteam' te formeren, vind je op de site diverse tips en inspirerende voorbeelden om de CO2-uitstoot en het afval drastisch te verminderen.

Het Landelijke Netwerk focust daarnaast op vijf thema's: anesthesiedampen en medicijnresten, plastic afval, energie, het circulair gebruik van instrumentarium en een landelijke richtlijn duurzaamheid. Zo kan het reduceren van instrumentarium op de OK snel grote besparingen opleveren. Ook wil het netwerk ervoor zorgen dat met name in de avond en de nacht het energieverbruik omlaag gaat door de luchtbehandeling 's nachts op stand-by te zetten. De landelijke richtlijn heeft als doel om het thema duurzaamheid structureel te borgen in nieuwe en in de revisie van bestaande richtlijnen.

Het Landelijk Netwerk de Groene OK stimuleert en ondersteunt individuele medisch specialisten en zorgprofessionals die werkzaam zijn op de OK om op duurzame wijze aan de slag te gaan. Vijftien wetenschappelijke, waaronder die voor chirurgen, anesthesiologen, gynaecologen, orthopeden, urologen, kno-artsen en oogartsen, en vier beroepsverenigingen, NVAM, BRV, NVLO en LVO, vormen samen dit landelijk netwerk. De verenigingen zijn net als de Federatie Medisch Specialisten en 200 andere partijen ondertekenaars van de Green Deal Zorg.



NIEUW SYSTEEM ZET BEKKENBREUK BIJ PATIËNT MET OSTEOPOROSE STEVIGER VAST

Het Erasmus MC heeft een Europese primeur. Voor het eerst is een patiënt met een bekkenbreuk en osteoporose geopereerd met een nieuwe techniek. Traumachirurgen gebruikten geen schroeven, maar speciale titanium balkjes waarin het bot vastgroeit.

Een bekkenbreuk zit bij ouderen in een klein hoekje, weet traumachirurg Dennis den Hartog. 'Bij jongeren ontstaat het vaak door een val van grote hoogte of een ongeluk met hoge snelheid, maar bij een oudere kan het al gebeuren als hij of zij uitglijdt over het vloerkleed.' De gebroken botten moeten operatief aan elkaar worden vastgezet. Op 20 april 2021 gebruikten Den Hartog (links op de foto) en collega-traumachirurg Tjebbe Hagenaars (rechts op de foto) voor die operatie voor het eerst in Europa het nieuwe iFuse-systeem.

Poreuze botten

Het unieke aan dit systeem is dat het speciaal is aangepast voor de poreuze botten van een patiënt met osteoporose, ofwel botontkalking. Het iFuse-systeem bestaat uit driehoekige titanium implantaten met een ruw oppervlak met kleine gaatjes erin. 'Deze vorm zorgt voor stabiliteit en biedt de mogelijkheid dat het bot vastgroeit in de balkjes, waardoor het nóg steviger vastzit. We hebben hiermee meer grip dan met schroeven', legt Den Hartog uit.

De iFuse-balkjes worden onder röntgen-doorlichting in de botten vastgezet via een kleine opening in de bil. Patiënten hebben dus maar een kleine wond en kunnen hun bekken meteen na de operatie belasten. De balkjes blijven in principe levenslang zitten.



Vergrijzing

Het systeem werd al gebruikt bij patiënten met pijnklachten door bekkeninstabiliteit, bijvoorbeeld na een bevalling of een ongeluk. Maar nu – na toevoeging van de gaatjes – voor het eerst in Europa bij een patiënt met osteoporose en een bekkenbreuk.

De geopereerde patiënt maakt het goed. Ook Den Hartog is tevreden. 'Ik ben blij dat we nu een alternatief hebben voor patiënten die we eerst niet goed konden helpen. Dit is belangrijk, want door de vergrijzing zullen we steeds meer oudere patiënten met een bekkenbreuk zien.'

Denktank

Dat het Erasmus MC de primeur had, is volgens Den Hartog geen toeval. 'We zijn als traumacentrum in de regio gespecialiseerd in de behandeling van breuken



van het bekken. Per jaar opereren we hier zo'n vijftig tot zestig bekkenbreuken. Bovendien zitten we in een Europese denktank van de fabrikant van het iFuse-systeem. Als academisch centrum willen we natuurlijk ook een steentje bijdragen aan onderzoek naar dit systeem, dus we gaan geopereerde patiënten volgen door de tijd.'

WoestHaar en Riek

Vraag een willekeurige anesthesiemedewerker of operatieassistent eens hoeveel leidinggevenden hij of zij tot nu toe heeft gehad. Ik gok dat het aantal meer is dan je op een hand kunt tellen. Misschien zelfs wel meer dan op twee handen te tellen is.

Hoe komt het toch dat menig jong mens dat de uitdaging om leidinggevende te worden aangaat, in korte tijd weer afhaakt?

Ik had geluk. Ik startte mijn leidinggevende carrière in een piepklein (dus overzichtelijk) ziekenhuis met een collega-teamleider anesthesie die net zo groen was als ik. Samen doken we in de wonderde wereld van het management en verbaasden ons over wat er allemaal op ons afkwam. Deze collega, WoestHaar, was mijn redding. Door de manier waarop hij in het leven staat, heb ik leren relativeren. Door onze humor hebben we veel, en vaak heel hard, om onze stommiten kunnen lachen.

Een collega-leidinggevende zei mij eens: 'Op de OK werk je op een paar vierkante meter samen, met het bloed in je klompen en de kanker in je handen. Dat doet iets met een mens.' Het is mooi verwoord. Als je daarbij bedenkt dat de stampvoetende chirurg net uit een slechtnieuwsgesprek komt waarin hij een jonge moeder moest vertellen dat haar einde nadert, dan ...

Stop!

WoestHaar zou nu ingrijpen. 'De dramatiek van Riek', ik hoor het hem zeggen.

Op 12 mei jl. is mijn verhalenbundel 'WoestHaar en Riek' uitgekomen. Door COVID 19 geen grote lancering van mijn vierde boek. Een filmpje op de Harley van WoestHaar was het idee, met daarna het uitreiken van een exemplaar aan een lid van de raad van bestuur in het ziekenhuis waar WoestHaar werkt.

Het liep anders.

De Harley glom mooi, maar weigerde dienst en de directeur was ziek. Niet getreurd, de foto is leuk geworden. WoestHaar bedacht twintig uitspraken om de boeken die zijn ziekenhuis kocht te signeren. Ik vind ze hilarisch. Hier is er vast eentje:

Leidinggeven is als een timmerman, soms creëer je de mooiste dingen en soms sla je de plank volledig mis.

De andere negentien verschijnen in de komende weken op sociale media.

'WoestHaar en Riek' is het boek waarmee ik mijn leidinggevende carrière op de OK afsluit.

Volgens WoestHaar het enige boek dat je moet lezen als je leiding gaat geven.

Een medewerker op de OK dit het boek al gelezen heeft, schreef dat ze ervan heeft genoten én dat zij de teamleider nu in een ander licht ziet.

En de arts op de achterflap zegt: 'Op humoristische wijze weet Riek voor outsiders de deur van het anders moeilijk toegankelijke OK-complex te open. Voor insiders daarentegen schetst ze een feest der herkenning van deze subcultuur binnen de zorg.'

Doe er je voordeel mee.

Groet!

Annerieke de Vries

'WoestHaar en Riek' is verkrijgbaar bij Boek & Art, www.boekenart.nl.



**HEEFT U
NIEUWS?**

redactie@okvisie.nl

**HET ACTUEELSTE
OK-NIEUWS:**

www.okvisie.nl

EERSTE HARTKLEPSYSTEEM-OP-MAAT IN ERASMUS MC

In het Erasmus MC Thoraxcentrum is voor het eerst in Nederland een nieuw hartklepsysteem gebruikt dat volledig is aangepast aan de anatomie van de patiënt. De patiënt had de ingreep nodig vanwege een tricuspidalisinsufficiëntie. Interventiecardioloog prof. Nicolas Van Mieghem deed de eerste ingreep ermee in Nederland. Van Mieghem: 'Wereldwijd was het zelfs de eerste ingreep bij een patiënt die al eerder met katheters was behandeld.'

Van Mieghem: 'Het bijzondere is dat deze nieuwe hartklep op maat gemaakt is naar de specifieke anatomie van de patiënt met als doel de lekkage richting de

holle aders op te heffen zonder de oorspronkelijke klep aan te tasten. Op basis van een CT-scan van de patiënt wordt het klepsysteem gefabriceerd zodat het precies past in de anatomie van de patiënt. De klep bestaat uit een stent met een klepelement van dunne varkenspericardiumbladeren met een lage sluitingsdruk. Een dergelijke patiënt-specifieke klepbehandeling is uniek.' De ingreep met het nieuwe hartklepsysteem kent een laag operatierisico.

Lekkage van de tricuspidalisklep is een veel voorkomende hartklepaandoening die rechtstreeks in verband wordt gebracht met een hogere morbiditeit en



mortaliteit. Als de lekkage ernstig is, stijgt de druk in de rechterboezem en de holle aders. Daardoor stroomt bloed terug en kan stuwning en uiteindelijk oedeem en een verminderde functie van de organen zoals lever en nieren ontstaan.

VERVANGING VAN DE LONGSLAGADERKLEP

In de laatste decennia is de levensverwachting van mensen met aangeboren hartaandoeningen toegenomen, waardoor meer patiënten de volwassen leeftijd bereiken. Een groot deel van deze patiënten heeft een klepvervangings gehad. De meest voorkomende klepvervangingen zijn die van de aortaklep in het linker- en de pulmonaalklep in het rechterventrikel. De aorta- en de pulmonaalklep lijken veel op elkaar, maar de hemodynamische omstandigheden verschillen. Waar in het linkerventrikel een hogedruksysteem heerst, functioneert het rechterventrikel onder een lagedruksysteem. Het verschil in hemodynamische omstandigheden geeft een verklaring voor het feit dat pulmonaalkleppen groter zijn dan aortakleppen. Er zijn verschillende opties voor chirurgische vervanging van de pulmonaalklep. De meeste van deze kleppen zijn ontwikkeld voor de aorta- of mitraalpositie, en worden off-label gebruikt in de pulmonaalpositie. Onderzoek heeft aangetoond dat klepvervangings in de pulmonaalpositie een groter risico geeft op falen van de klepprothese dan vervangings in de aor-

tapositie. In haar proefschrift 'Prosthetic valves in the pulmonary position' wil Hanna Pragt inzicht geven in de prevalentie, mechanismen en het effect van pulmonaalklepvervangings.

Pragt analyseerde klepprothesen in de pulmonaalpositie. De resultaten van haar proefschrift laten zien dat er behoefte is aan een geschikte klep voor pulmonaalklepvervangings, afgestemd op de fysiologische omstandigheden in het rechterventrikel en de jonge leeftijd van deze populatie. De momenteel beschikbare kleptypes hebben elk hun eigen beperkingen die de neiging hebben meer tot uiting te komen in de pulmonaalpositie. Pragt heeft aangetoond dat een mechanische klepprothese een geschikte optie kan zijn voor een pulmonaalklepvervangings. Verder heeft ze aangetoond dat de functionaliteit van klepprothesen beïnvloed wordt door de hemodynamische omstandigheden waarin de klep wordt geplaatst. Haar resultaten tonen aan dat de kwaliteit van leven van patiënten met een aangeboren hartafwijking en een klepprothese niet op alle aspecten vergelijkbaar is met die



van de algemene bevolking. Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat het gebruik van de bestaande hartklepprothesen in de pulmonale kleppositie suboptimaal is.

OK Visie lanceert nieuwe app!

De Nederlandse OK's staan de komende jaren voor een belangrijk deel in het teken van de Groene OK. 'Duurzaamheid' is het woord dat we veel zullen gaan horen. De totstandkoming van het Landelijk Netwerk Groene OK is het bewijs dat duurzaamheid hoog op de agenda staat binnen de gezondheidszorg. En dat is hard nodig. De OK produceert in het ziekenhuis het meeste afval, dat zal je als OK-professional niet verbazen. Dat moet veranderen!

OK Visie ondersteunt de doelstellingen van het Landelijk Netwerk Groene OK en wil hieraan bijdragen. We hebben daarom besloten om de maandelijkse OK Visie Krant alleen nog maar digitaal uit te brengen. Zo besparen we op papier, inkt en CO2-uitstoot door het bezorgen van de kranten in alle OK's. Hoe klein deze bijdrage ook is, in onze beleving helpen alle kleine beetjes.

We zouden OK Visie niet zijn als we onze trouwe lezers hierin tekort zouden doen, dus hebben we van de gelegenheid gebruik gemaakt om de OK Visie App een flinke update te geven. Deze update staat volledig in het teken van het leesbaar maken van onze (voorheen) papieren edities. Niet alleen de OK Visie Krant, maar ook het OK Visie Magazine is meegenomen in de update.

En omdat we toch bezig waren, hebben we meteen alles maar meegenomen in de update. Blogs, nieuws, vacatures, documenten, OK-

teleVisie, evenementen, alles wat we hadden, hebben we nog steeds. En meer!

Met de lancering van de nieuwe app kondigen we ook de inhoud van de samenwerking met Interchange Medical Recruitment aan. Waar we eerder al onze intenties aankondigden om een bijdrage te willen leveren aan de tekorten op de arbeidsmarkt, presenteren we tegelijk met de nieuwe app, de 'Interchange Dienstenportal'. In deze portal vind je als zorgprofessional alle openstaande diensten van Interchange. Van een losse dag tot meerdere diensten, je kunt als zorgprofessional overal voor intekenen. Laagdrempelig voor werkgevers, laagdrempelig voor zorgprofessionals, korte lijntjes en op een vertrouwd platform.

Nieuwsgierig geworden naar de app? Download hem dan vandaag nog via de Appstore of GooglePlay.

Wil je de OK Visie Krant, - Magazine of de Documentenbank op de computer bekijken? Dat kan ook! Kijk dan op www.reader.okvisie.nl.



Innovatieve bloedstelpende pleister voor het eerst toegepast

In het Radboudumc is onlangs bij een aantal patiënten na een operatie voor het eerst de innovatieve bloedstelpende pleister gebruikt. Deze zogenoemde GATT-Patch is ontwikkeld door het Nijmeegse GATT Technologies. Met deze bloedstelpende pleister wordt de kans op complicaties door (na)bloedingen en lekkage uit weefsels, een serieus probleem in de geneeskunde, verkleind.

De eerste patiënt die met de GATT-Patch behandeld werd, had een operatie aan de lever ondergaan. Hij was tevens de eerste van een kleine groep patiënten die in een multicenter klinisch onderzoek met deze pleister worden behandeld. Aan dit onderzoek werken naast het Radboudumc ook het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam mee. Inmiddels zijn ook in het UMCG al enkele patiënten met de innovatieve bloedstelpende pleister behandeld.

Om complicaties tijdens of na de operatie zo veel mogelijk te voorkomen, is het van belang dat complexe bloedingen snel en effectief behandeld kunnen worden. Hiervoor wordt soms al gebruik gemaakt van hemostatica. Deze middelen zijn echter kost-

baar, niet altijd even makkelijk in het gebruik en ook niet in staat alle bloedingen te stelpen. 'Voor patiënten is het goed nieuws als de pleister deze beperkingen weet te omzeilen. Meedoen aan dit klinisch onderzoek om te zien of deze innovatie de zorg kan verbeteren, past bij het Radboudumc, dat immers wil bijdragen aan een significant impact on healthcare', aldus Hans de Wilt, hoogleraar oncologische chirurgie in het Radboudumc.

'Het is prachtig om te zien dat deze pleister, ontwikkeld op basis van onze gepatenteerde synthetische polymeertechnologie, nu echt wordt gebruikt bij patiënten. Dit eerste onderzoek zal essentiële gegevens opleveren over de veiligheid en werkzaamheid van GATT-Patch in een klinische setting', vertelt Johan Bender, oprichter en cto van GATT.

Na het eerste klinische onderzoek volgen nog diverse aanvullende proeven voordat de bloedstelpende pleister het traject in gaat voor FDA-goedkeuring. Daarnaast gaat GATT onderzoeken of de pleister ook bij andere chirurgische procedures, zoals operaties aan de weke delen, hart en vaten, longen, nieren, alvleesklier en dergelijke, ingezet kan worden.

Heijnenman Medical, groot geworden door klein te blijven

In familiebedrijven wordt vaak vol passie gewerkt. Vaak bestaan ze jarenlang, en dat straalt vertrouwen uit. Familiebedrijven worden gezien als bestendiger en meer gericht op de lange termijn. Ze hebben een bepaald soort charme. Bij Heijnenman Medical is dat niet anders, zo vertelt Marco Heijnenman trots. In 2018 nam hij het bedrijf officieel over van zijn vader, Nelis Heijnenman, die het bedrijf in 1975 opgerichte.

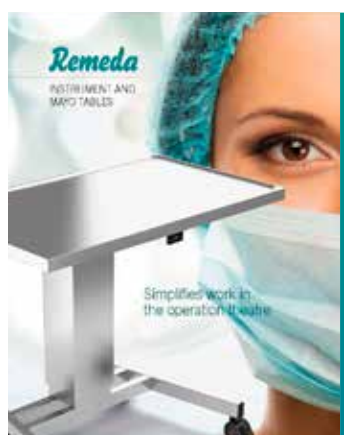
‘Als kind ging ik al graag met mijn vader mee naar het werk’, herinnert Marco zich nog goed. ‘In die tijd merkte ik al dat dit werk op mijn lijf geschreven is. Ik heb de fijne kneepjes van het vak dan ook goed kunnen afkijken van mijn vader. Voordat ik in zijn voetsporen trad, vond ik dat ik ook elders werkervaring moest opdoen. Dat bleek een goed besluit. Ik heb daardoor ook in een andere keuken kunnen kijken. Tot op de dag van vandaag heb ik daar nooit spijt van gehad, integendeel.’

Iedereen die op de OK werkt kent de naam Heijnenman Medical. Op welke producten richten jullie je vooral?

‘Heijnenman Medical is marktleider op het gebied van LED-operatielampen van KLS Martin en de voorzieningsbruggen voor operatiekamers van modul techniek, dus op de meeste OK’s in Nederland “hangt” wel iets van ons. Maar we verkopen niet alleen investeringsproducten, zoals de genoemde producten officieel heten, we hebben ook positioneringsmateriaal, zoals de gele Yello fins beensteunen. Ons team is echter gespecialiseerd in investeringsproducten en er tijdens het hele proces – van initiatie tot montage – persoonlijk bij betrokken. We besteden niets uit, daarom kunnen we de kwaliteit garanderen die we nastreven.’

Familiebedrijven kijken vaak naar de langere termijn, wat is jullie toekomstvisie?

‘We zijn niet bezig met uitbreiding of groeiën. Onze visie is dat we goed moet blijven in wat we doen. Dat betekent vooral blijven investeren in goede producten van onze leveranciers, feeling met de werkvloer houden, weten wat er speelt en daarop inspelen. Die persoonlijke benadering is belangrijk, en laten familiebedrijven daar nou toevallig juist heel goed in zijn ...

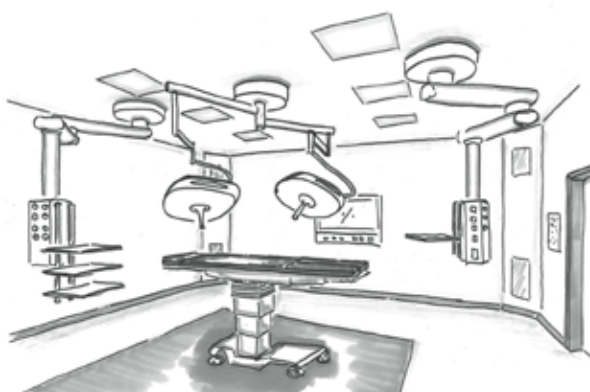


Specialist in het inrichten van:

- (Hybride) operatiekamers
- Holding/ Recovery
- Spoed Eisende Hulp
- (Intensive) Care afdelingen
- Poliklinieken

Exclusief distributeur voor:

- Allen Medical Systems (positionering accessoires voor gebruik in OK)
- ESWELL/ Simonsen & Weel (positioneringsmateriaal)
- KLS Martin Group (operatielampen, plafondpendels, onderzoeklampen)
- modul techniek GmbH (wandgoten, plafondpendels, voorzieningenbruggen)
- OPT SurgiSystems (operatietafels)
- Reison Medical (operatietafel accessoires)
- Remeda (instrumententafels)
- Trulife (positioneringsmateriaal)



ONZE OK

Haaglanden Medisch Centrum

Door: [Martijn Lupke](#)

Foto (incl. cover): [Yvonne Zijp](#)

Haaglanden Medisch Centrum (HMC) is hét topklinische stadsziekenhuis voor de Haagse regio, en het heeft een compleet zorgaanbod. Naast een poliklinische locatie in Wassenaar biedt HMC klinische en poliklinische zorg op drie ziekenhuislocaties: HMC Antoniushove, HMC Bronovo en HMC Westeinde. Er zijn negen OK's op locatie HMC Westeinde waarvan er twee spiksplinternieuw zijn: de hybride OK en de Body angiokamer. Locatie HMC Antoniushove en locatie HMC Bronovo hebben beide zes OK's.

Arend, Serge en Yvonne zijn de zorgmanagers van de recovery, OK, sedatie en de Acute Pijn Service, en zij geven ons een inkijkje in hun OK.

WIE: [Arend Verbaan](#), [Serge Hansen](#), [Yvonne van de Velde](#)

WAT: [Zorgmanager Recovery](#), [Zorgmanager OK locatie Bronovo en Antoniushove](#), [Zorgmanager OK Westeinde](#), [sedatie en acute pijn service](#)

WAAR: [Haaglanden Medisch Centrum](#)

Wat maakt het werken in HMC zo leuk?

Yvonne: HMC is een zeer veelzijdig ziekenhuis. Doordat we de meest uiteenlopende operaties uitvoeren, is het werk zeer uitdagend. De sfeer is ontspannen en de teams werken samen als een geoliede machine. Er is een fijne samenwerking tussen de verschillende disciplines, zeker ook tussen de medisch specialisten en de OK-medewerkers.

HMC investeert ook in werkplezier en vindt het belangrijk dat medewerkers meedenken over verbetering van de zorg. Dat we een opleidingsziekenhuis zijn verhoogt het werkplezier. Als opleidingsziekenhuis leiden we medewerkers op, doen we onderzoek en wisselen we kennis uit. We zijn ervan doordrongen dat ieder mens anders is en iets anders nodig heeft. Iedereen is welkom bij HMC.

Is er een specifiek specialisme waar jullie in uitblinken of dat speciale aandacht verdient?

Yvonne: onze speerpunten, waar patiënten ons niet alleen vanuit de Haagse regio maar vanuit het hele land voor opzoeken, zijn ons HMC Traumacentrum en HMC Neuro-

V.l.n.r.: Arend Verbaan, Yvonne van de Velde,
Serge Hansen.



centrum. Met een van de grootste Spoedeisende Hulpen van Nederland als entree kunnen patiënten in HMC 24 uur per dag, zeven dagen per week, terecht voor alle denkbare acute zorg. Ons HMC Traumacentrum is een regionaal Level 1 multi-traumacentrum: een centrum voor hoog complexe acute zorg en acute interventies op het hoogste niveau

In het HMC Neurocentrum behandelen onze specialisten ziekten en neurologische aandoeningen aan de hersenen, wervelkolom, zenuwen, het ruggenmerg en de spieren. We investeren de komende jaren verder in deze hoog complexe en zeer specialistische zorg met de nieuwste technieken en behandelmethoden, mede in samenwerking met het LUMC.

Daarnaast bieden we bijzondere en hoogwaardige vormen van zorg voor mensen met kanker in ons HMC Kankercentrum. We onderscheiden ons in kwaliteit en toegankelijkheid, en we werken voor topklinische kankerzorg samen met het LUMC. Voor de behandeling van een aantal zeldzame vormen van kanker komen patiënten uit de wijde omtrek naar ons toe.

In de meeste OK's in Nederland is er een enorm personeelstekort, hoe is dat bij jullie?

Arend: wij zien dat ook, met name op de recovery. Alle ziekenhuizen vissen in dezelfde vijver. Wij werken veel met detacheerders en zzp'ers. Ondertussen leiden wij het maximale aantal leerlingen op. Hier maken wij regionaal afspraken over met de collega-ziekenhuizen. We zijn zeer ambitieus op dit vlak. Verder blijven medewerkers en leidinggevenden gedurende het jaar met elkaar in gesprek door onze doorlopende gesprekscyclus. Hierin worden onderwerpen zoals opleiding en ontwikkeling, motivatie, betrokkenheid en vitaliteit met elkaar besproken. Door met elkaar in gesprek te blijven, streven wij naar meer werkplezier, en dat mensen hier willen blijven werken.

Wat is volgens jullie de beste aanpak om de personeelstekorten op de OK aan te pakken?

Arend: opleiden ... opleiden ... opleiden! Hierbij kijken we ook naar innovatie om meer en

DOOR MET ELKAAR IN GESPREK TE BLIJVEN STREVEN WIJ NAAR MEER WERKPLEZIER

sneller te kunnen opleiden zonder in te boeten aan kwaliteit. We hebben een heel actieve en gemotiveerde groep praktijkopleiders die gezamenlijk met ons de nieuwe weg proberen vorm te geven.

Leiden jullie 'bovenformatief' op om dit probleem aan te pakken?

Arend: dat is zeker ons streven. Waar we in het verleden zagen dat ziekenhuizen stopten met opleiden als de eigen formatie op orde is, prediken we nu regionaal voor opleiden om de landelijke tekorten weg te werken. Daarnaast is HMC een aantrekkelijke werkgever met oog voor zijn personeel.

Een jaar nadat HMC de eerste coronapatiënt verzorgde, stond het bijvoorbeeld een week lang stil bij een jaar coronazorg. Met een week vol verschillende initiatieven werden alle medewerkers van HMC bedankt voor hun zorg voor de patiënten en voor elkaar, met als hoogtepunt een tv-show met verschillende HMC-gasten aan tafel, muziek, bijzondere verhalen en mooie ontroerende filmpjes om zo een bijzonder jaar te markeren. Onder het genot van een toegestuurd borrelpakket kon elke HMC'er zo, met elkaar, een moment van ontspanning beleven na een intensief jaar, en kunnen collega's elkaar steunen om de moed erin te houden nu corona na een jaar nog niet is verdwenen.

Wat maakt jullie afdeling tot de leukste werkplek van Nederland?

Serge, Arend en Yvonne: we zijn een topklinisch ziekenhuis dat uitblinkt in acute zorg en in de hoog complexe zorg die nodig is rondom acute interventies. Daarnaast kom men van heinde en verre naar HMC voor gespecialiseerde neurozorg. Verder bieden wij behandelingen van een aantal zeldzame vormen van kanker en is er samenwerking met het LUMC die patiënten toegang biedt tot academische onderzoekslijnen. De uitdagingen bij HMC zijn groot, zeker op technisch vlak en door de complexiteit van de zorg. Er wordt hard gewerkt, maar zeker zo veel gelachen. Dat alles in die mooie, internationale Haagse stad die ook alles te bieden heeft op gebied van ontspanning en plezier. ■

‘DE KENNIS OVER HET GEBRUIK VAN UV-C ONTBREEKT NOG’

UV-C-licht, je leest en hoort er steeds meer over. Maar wat is het eigenlijk? Wat zijn de voor- en nadelen? En gaat het de traditionele desinfectiemethoden vervangen?

UV-C is een vorm van ultraviolette straling die het DNA en RNA van micro-organismen ernstig beschadigt. Door die beschadigingen kunnen de micro-organismen, zoals bacteriën, virussen en schimmels, niet meer delen en gaan ze dood. UV-C is in die zin net als chloor een desinfectiemiddel. Chloor zorgt ervoor dat bacteriën en virussen worden geïnactiveerd en dat doet UV-C ook. En zo zijn er nog meer desinfectiemiddelen.

KENNIS ONTBREEKT

Over UV-C bestaat nog veel onduidelijkheid. Iedere schoonmaker is gewend om te werken met natte desinfectiemiddelen. Dat is al tientallen jaren gemeengoed. Iedereen weet hoe je het moet toepassen. Voor het gebruik van UV-C ontbreekt vooralsnog die kennis. Toch wordt het bijvoorbeeld al jarenlang gebruikt voor statische oplossingen in de voedingsindustrie. Daar hebben ze UV-C-straten en -tunnels waar verpakkingen doorheen gaan en worden gedesinfecteerd. De kennis over hoe je kantoren of zelfs operatie kamers kunt desinfecteren met UV-C ontbreekt vaak en daarom wordt het op brede schaal nog niet toegepast.

De meeste schoonmaakmiddelen hebben een inwerktijd nodig van dertig seconden om effectief te zijn. Dat kost dus extra tijd, en die tijd zou prima voor andere zaken gebruikt kunnen worden.

GROOT VERSCHIL

Als je met een natte desinfectie middelen een deurklink wil desinfecteren, moet je dertig seconden contacttijd hebben wil je komen tot een log 4 reductie (99,99 procent desinfectie). Daar moet je rekening mee houden. Met een UV-C-apparaat, afhankelijk van het UV-C wattage, werkt dit veel sneller. Als je zo'n apparaat binnen tien centimeter van een deurklink houdt, dan is na twee seconden log 3 reductie (99,9 procent desinfectie) een feit. Dat is een groot verschil en kan dus tijd schelen, maar je moet wel weten hoe je het moet toepassen.

VEEL APPARATEN DEUGEN NIET

De effectiviteit van UV-C wordt al jarenlang bewezen. Hoe kan het dan dat het nog geen gemeengoed is met schoonmaken? Er komen veel apparaten op de markt waar UV-C in zit, maar dat wil niet zeggen dat zo'n apparaat goed functioneert. Er komt meer bij kijken en dat geldt ook voor UV-C. Daar zit een groot manco. Een aantal producten dat nu op de markt komt zijn in onze optiek kwalitatief niet voldoende om daarmee een goed desinfectieprotocol op te tui-

gen. Daarnaast worden gebruikers vaak ook niet goed begeleidt bij de inzet van UV-C.

De afstand van een UV-C-lamp tot een te desinfecteren oppervlakte komt nauw. Als je de afstand verdubbelt, neemt de UV-C-kracht, dus de desinfectiekracht, met factor vier af. Hoe groter de afstand tussen de lamp en de oppervlakte, hoe langer de lamp moet aanstaan. Dat is geen probleem als je een uur de tijd hebt. Maar het werkt niet als je weinig tijd hebt om te desinfecteren tussen bijvoorbeeld twee operaties in. Dus als je UV-C gebruikt, moet je dat dicht op het oppervlak doen. Deze kennis is er nog onvoldoende in de markt.”



COMBINEER BEIDE WERELDEN

Het ideale desinfectieprotocol bestaat uit een combinatie van traditionele schoonmaak en het gebruik van UV-C. Schoonmaak is uiteindelijk een kostenpost. Het is dus zaak als organisatie om te inventariseren waar je makkelijk UV-C kunt inzetten en waar de traditionele methode beter is. Het is weggegooid geld om alleen in te zetten op UV-C omdat dat niet altijd geschikt is. Je moet daarin de balans vinden, waarbij er daadwerkelijk wordt gedesinfecteerd. Dan creëer je uiteindelijk een win-winsituatie.

De echte meerwaarde van UV-C ten opzichte van traditionele desinfectie komt om de hoek kijken bij handmatig te desinfecteren oppervlaktes. Hoe gecompliceerder het is en hoe langer je bezig bent om het te desinfecteren, hoe aantrekkelijker UV-C wordt. Je kunt geld besparen en het resultaat is beter. Zodra het gaat om kleinere, gecompliceerde vormen, zoals je veel tegenkomt in kantoren, laboratoria, hotelkamers en ziekenhuizen, komen de voordelen van UV-C om de hoek kijken. Dat weet je van te voren.

ECOLOGISCHE OPLOSSING

UV-C een milieuvriendelijke oplossing, ten opzichte van veel desinfectiemiddelen, omdat er geen chemische middelen aan te pas komen. Veel desinfectiemiddelen stoten schadelijke gassen uit en/of zijn ronduit schadelijk voor het milieu en het personeel dat de middelen gebruikt. Je moet je afvragen of het doel de middelen heiligt. Bovendien scheelt het veel lege plastic flessen.

Bekijk het vooral praktisch. Zet UV-C daar in waar het kosteneffectief is en/of waar huidige desinfectie tekortschiet. Kijk goed naar de meest kritische plekken, daar waar veel verschillende mensen contact hebben met hetzelfde oppervlak. UV-C inpassen in een bestaand protocol is niet zo moeilijk. Als je er even maar de tijd voor neemt en de huidige routine bekijkt met de praktische kennis over UV-C, dan bespaar je al snel tijd en wordt het desinfectieniveau verbeterd. En een laatste tip: bekijk de technische specificaties van UV-C apparaten die je krijgt aangeboden kritisch, of laat je goed adviseren. ■



Nederland koploper op weg naar circulaire OK

Bart van Straten, general manager bij Van Straten Medical en onderzoeker aan de TU Delft, verwacht dat Nederland nog lang een koppositie behoudt bij de omschakeling naar een circulaire OK. Dat is niet alleen gunstig voor het klimaat.

Door: Enno de Witt

Volgens Van Straten snapt iedereen in de Nederlandse OK's de noodzaak om over te schakelen van kopen-gebruiken-weggooien, naar gebruiken-recyclen-hergebruiken. 'Als je kijkt naar hoeveel instrumenten en ander afval we na operaties weggooien en dat vertalen naar een doorsnee huishouden, dan schrik je je rot. Er valt daar nog steeds heel veel te winnen.'

Terwijl die huishoudens nog niet eens zo'n grote voorsprong hebben. Natuurlijk, we scheiden allemaal ons afval, maar als we alleen al naar plastic kijken, dan wordt nog maar een kleine tien procent hergebruikt en gaat de rest de verbrandingsoven in.

Daar zal heel snel verandering in moeten komen, ook op de OK, zegt Van Straten: 'We hebben met elkaar klimaatdoelen afgesproken voor 2030. Het dringt nu goed door dat we dus nog maar negen jaar hebben. Daardoor is lichtelijke paniek uitgebroken. Bovendien heeft het rijk alles op alles gezet om de zorg te ondersteunen bij verduurzaming. Corona speelde daar ook een rol bij. We ontdekten vorig voorjaar ineens dat we geen mondkapjes meer hadden voor zorgpersoneel omdat China die niet meer leverde. Het drukte ons acuut met de

neus op de geopolitieke feiten. Hergebruik kan helpen om dat in de toekomst te voorkomen.'

Van Straten Medical/GreenCycl kwamen met een oplossing door mondkapjes te steriliseren, zodat ze vijf keer meekonden in plaats van één keer. Daarbij werd samengewerkt met afvalverwerker Renewi, het voormalige Van Gansewinkel. 'We willen niet meer afhankelijk zijn van schaarse bronnen', zegt Van Straten. 'We willen ook nooit meer misgrijpen, dus voldoende op de plank hebben liggen. Maar als de planken vol liggen, heeft dat ook impact, want er zal meer moeten worden geproduceerd. Hergebruik is dan de oplossing.'

Van Straten Medical werd in 1975 opgericht als groothandel. In 2011 werd het bedrijf Medical Repairs overgenomen en deed circulair zijn intrede, allereerst bij rvs instrumenten door deze te repareren en door (preventief) onderhoud toe te passen. Hierdoor wordt de levenscyclus van het instrumentarium verlengd en worden kosten bespaard ten opzichte van vervanging. Dat kost uiteraard ook energie en water, maar vergeleken met de productie van nieuwe instrumenten is dat een fractie. Dat maakte het makkelijker om het idee ingang te doen vinden in ziekenhuizen, waar de wil om iets aan verspilling te doen toch al aanwezig was.

'Rvs recycelen is al goedkoper dan nieuw kopen. Bij kunststof is het nu nog budgetneutraal, maar dat komt doordat we met kleine volumes begonnen zijn. We hebben in Delft een kleine teststraat en een grotere productielijn in De Meern waar we disposables en inpakpapier omsmelten, maar nog steeds op be-



perkte schaal. Kunststof instrumenten voor de OK werden altijd verkocht met het verhaal dat ze steriel zouden zijn, maar dat is onzin natuurlijk, want alle instrumenten zijn steriel, daar zorgt de CSA wel voor. De werkelijke reden om met disposables te werken was financieel, maar dat gaat niet meer op. We kunnen hergebruikte instrumenten goedkoper leveren terwijl disposables door klimaatheffingen steeds duurder zullen worden.'

Ook speelt mee dat grondstoffen simpelweg steeds schaarser worden en dat het vervoer over de hele wereld de nodige uitstoot met zich meebrengt. Met andere woorden: we moeten wel. De Europese Unie haakte al aan met het vastleggen van een right to repair: wie iets koopt heeft het recht om dat te laten repareren, zodat uiteindelijk niets hoeft te worden weggegooid.

Er is dus nogal wat gaande, en toch zitten we volgens Van Straten nog maar aan het begin van het proces: 'Wekelijks ontdekken we nieuwe mogelijkheden, krijgen we nieuwe inzichten in wat we kunnen met materialen. Nederland begon in de afgelopen jaren aan een groeispurt die ons de koppositie bezorgde. Tot en met de WHO wordt in de gaten gehouden wat hier gebeurt.' Hij noemt als voorbeeld een bak waarin gebruikte instrumenten op de OK kunnen worden verzameld voor recycling, een door Van Straten ontwikkeld product.

'Het kan ineens heel snel gaan en een hockey-stick worden. Dat komt ook door verenigingen als de NVLO. De rol van leidinggevende wordt bij de verduurzaming van een OK enorm belangrijk. Deze laat zien wat er allemaal kan worden gedaan en wat er al gebeurt, en heeft een sturende positie.' ■





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."

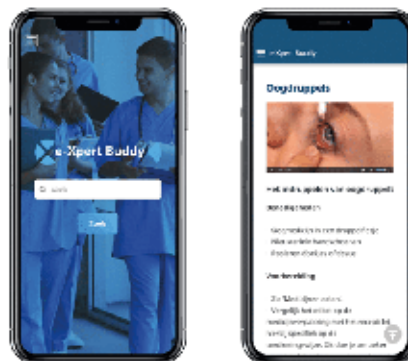
Voor operatieassistenten, die zich hebben gespecialiseerd in een aantal disciplines, zijn de modules van OK Leerplein een mooie manier om 'allround' te blijven. De benodigde kennis betreffende de pré-, per- en postoperatieve zorg blijft zo up-to-date. De modules kunnen ook als naslagwerk dienen, waarbij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



WIE MAG ER NA CORONA ALS EERSTE OP DE OPERATIETAFEL?

De vierde golf komt eraan, de golf van uitgestelde operaties. Vele tienduizenden mensen wachten op een operatie, terwijl de capaciteit beperkt is. De verwachting is dat de ziekenhuizen zeker nog anderhalf à twee jaar bezig zullen zijn om de achterstand weg te werken.

Maar wie mag er dan als eerste op de operatietafel? Het is een duivels dilemma; is een mammatumor urgenter dan een niertransplantatie? Benjamin Gravesteijn, epidemioloog en zesdejaars student geneeskunde, heeft met een groep onderzoekers een wiskundig beslistkundig model ontwikkeld dat een nuttige bijdrage kan leveren bij het prioriteren van diverse patiënten.

Door: Ingrid Hummel

Kort uitgelegd combineert het beslistkundig model een aantal parameters over overleving en kwaliteit van leven en rekent het daarbij uit hoe urgent verschillende operaties zijn. De maat voor urgentie die het model uitrekent, is de hoeveel gezondheid (zowel in kwantiteit als in kwaliteit) die verloren gaat door uitstel van een bepaalde operatie. Oftewel: als je niet snel opereert, dan leef je minder lang in goede gezondheid.

Benjamin: 'We hebben bij de ontwikkeling van het model eerst gefocust op operaties die vaak in het Erasmus MC worden gedaan die semi-electief zijn (die ongeveer tussen drie dagen en drie maanden moeten worden verricht). Met gepubliceerde data uit de literatuur en nationale dataregistraties ontwikkelden we een model dat kan afwegen hoe de overleving van patiënten is als hun operatie met een x aantal weken wordt uitgesteld. Met expertpanels (van chirurgen, beschouwend specialisten en generalisten) hebben we vervolgens de kwaliteit van leven van deze patiënten met en zonder operatie geschat. Hierdoor kunnen we de kwantiteit en kwaliteit van gezondheid die door uitstel verloren gaan, berekenen. Operaties waarbij meer kwantiteit en kwaliteit van gezondheid verloren gaan per maand, zijn volgens ons urgen-

ter. Door operaties te prioriteren die een hogere maat van urgentie hebben (onze maat), zorg je er dus voor dat de populatie als geheel zo min mogelijk gezondheid verliest.

De kwaliteit van leven-schattingen hebben we gevalideerd met behulp van het Amsterdam UMC. Wij hebben hen gevraagd dezelfde operaties te 'waarderen', waarna we de waardes van het Erasmus MC en Amsterdam UMC hebben vergeleken. Amsterdam UMC gaf systematisch iets andere schattingen, maar dit had geen effect op de ranking van de procedures. Ook hebben we de procedures uitgebreid naar niet-tertiaire operaties (hemicolectomieën, staaroperaties) met behulp van het Maastad Ziekenhuis Rotterdam.'

PARAMETERS

De urgentie van een operatie hebben Benjamin en zijn collega's bepaald aan de hand van een aantal parameters. Naast data over overlevingskansen (kwantiteit) wordt ook gekeken naar kwaliteit van leven; vóór een operatie hebben mensen een andere kwaliteit van leven dan ná een operatie.

De parameters zijn:

- De overleving van patiënten die niet worden geopereerd
- De overleving van patiënten die wél worden geopereerd
- De kwaliteit van leven van patiënten voor de operatie
- De gemiddelde leeftijd van de patiënt
- De tijd totdat er geen effect van de operatie mag worden verwacht op de overleving (bijvoorbeeld als een tumor inoperabel is geworden)



Benjamin: Het was erg lastig om betrouwbare data te vinden over de overleving als er niet wordt geopereerd.

- De tijd totdat er geen effect van de operatie mag worden verwacht op de kwaliteit van leven (bijvoorbeeld als de patiënt een CVA krijgt doordat een carotis endarterectomie te lang is uitgesteld)

De kwaliteit van leven van patiënten voor en na de operatie zijn te vinden in de 'global burden of disease'-studie van de World Health Organisation (WHO). Een perfecte kwaliteit van leven is gelijk aan 1 en dood is gelijk aan 0. De gezondheidstoestanden die ontbreken, worden voorgelegd aan een expert-panel.

TRIAGE VAN OPERATIES

Het idee om dit model te ontwikkelen werd ingegeven door een vraag van Rob Baatenburg de Jong. 'Prof. Baatenburg de Jong, professor KNO-/hoofd-halschirurgie en daarnaast voorzitter van de stuurgroep "Waardegedreven zorg" in het Erasmus MC, vroeg Hester Lingsma, Eline Krijkamp en mij tijdens de eerste golf om hem te helpen. Hij was op dat moment actief betrokken bij de triage van operaties in het Erasmus MC en was ontevreden over hoe dit werd aangevlogen: het was moeilijk om het algemeen belang van alle snijdende specialismen voor ogen te houden. Er werd per specialisme gekeken wat de meest urgente operaties waren

en vervolgens per specialisme geprioriteerd. Echter, hierdoor werden met name operaties geprioriteerd van patiënten die het ziekst waren (bijvoorbeeld oncologie), niet die de meeste gezondheid opleverden (bijvoorbeeld een niertransplantatie).

Bij ons is toen het idee ontstaan om dit door te trekken naar de huidige situatie.'

HEIKEL PUNT

Tijdens de ontwikkeling bleek het grootste probleem te zijn beschikbare informatie voor het model te vinden. 'De meeste operaties worden al decennia lang verricht. Het was dus erg lastig om betrouwbare data te vinden over de overleving als er niet wordt geopereerd. Alle andere parameters waren wel op een of andere manier te vinden of te beredeneren, maar dit was het grootste heikele punt. We zijn toch doorgegaan met het idee – ook al waren de data niet overal even betrouwbaar – omdat het is nog steeds

transpanter en systematischer dan het alternatief: discussie tussen partijen (chirurgen) met individuele belangen.'

GROTE VOOR- EN TEGENSTANDERS

De reacties uit het werkveld op het model zijn heel divers, vertelt Benjamin. 'Er zijn grote voorstanders en grote tegenstanders. De voorstanders zien hierin een manier om óók patiënten te kunnen opereren waarbij een groot effect op hun gezondheid valt te verwachten, maar die niet doodziek zijn, zoals bijvoorbeeld het geval is bij patiënten met ernstige incontinentie. Critici wijzen ons op historische verdeling van OK-tijd. Deze verdeling is mede vormgegeven door medisch inhoudelijke, politieke en financiële afwegingen die in het verleden zijn gemaakt. Gedeeltelijke invulling van het OK-programma met behulp van ons model gaat gepaard met een nieuwe denkwijze en bijbehorende uitdagingen. Daarnaast zijn de aannames van het model onderwerp van discussie. Dat is denk ik zeker een goed argument, maar je moet dan ook de aannames van het model uitzetten tegen de aannames van het alternatief: dan moet je dus aannemen dat artsen die de triage doen op basis van kennis en ervaring objectief kunnen oordelen over de urgentie van een operatie. Wij denken dat dit een nóg moeilijker aanneme is.'

OPERATIES WAARBIJ MEER KWANTITEIT EN KWALITEIT VAN GEZONDHEID VERLOREN GAAN ZIJN VOLGENS ONS URGENTER

ERASMUS MC

Het model wordt nog niet toegepast in heel Nederland. In het Erasmus MC is op dit moment 25% van het OK-programma geïncorporeerd in het model, en zijn Benjamin en het team bezig dit nog verder uit te breiden. 'Bij het inplannen van het OK-programma in het Erasmus MC wordt dan naast de te plannen operaties ook de ranking op basis van ons model weergegeven. We gaan dus bekijken in hoeverre deze weergave de keuze beïnvloedt voor het OK-programma en hoever de échte planning afwijkt van ons ideale programma (dat gezondheid op populatieniveau optimaliseert).'

NA COVID-19

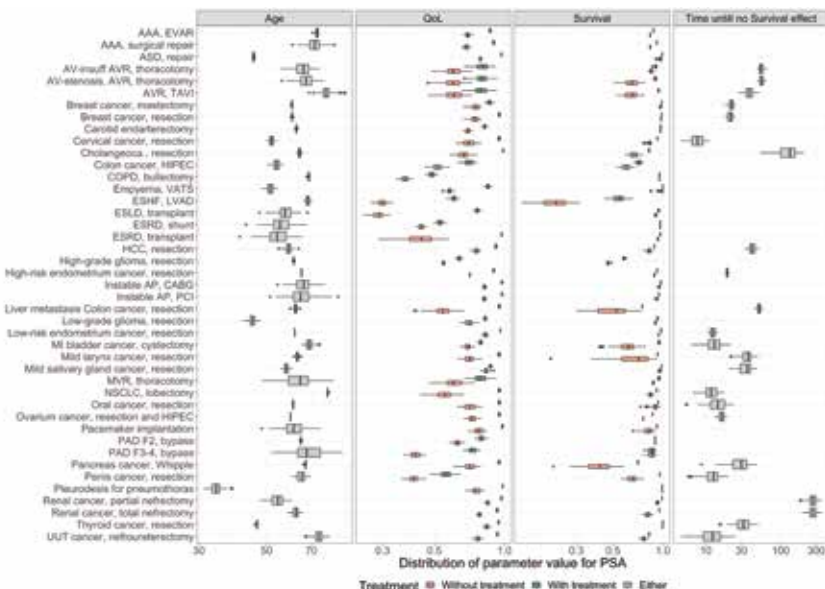
Dit model is dus ook zeker niet specifiek alleen toepasbaar voor de vierde golf. Benjamin: 'Deze methode is een manier om inzichtelijk te maken hoe we systematisch operaties kunnen triëren zodat zo min mogelijk gezondheid verloren gaat. Dat betekent dat iedere situatie van schaarste zich leent om dit model te gebruiken, waaronder beperkte bedden capaciteit en schaarste ten gevolge van beleidsvoering volgens het Hoofdlijnenakkoord. Er gaat ook het geluid rond dat eigenlijk al vóór de COVID-19-pandemie de schaarste in OK-zorg nijpend was. Misschien is dit een eerlijkere manier om ook reguliere OK-tijd in te plannen.'

Meer weten?

- [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(21\)00046-2/fulltext](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(21)00046-2/fulltext).

Minimizing Population Health Loss in Times of Scarce Surgical Capacity During the Coronavirus Disease 2019 Crisis and Beyond: A Modeling Study. Benjamin Gravesteyn, MSc, Eline Krijkamp, MSc, Anouk van Alphen, MD, Jan Busschbach, PhD, Hester Lingsma, PhD, Rob Baatenburg de Jong, MD, PhD .

- <https://bgravesteyn.shinyapps.io/ShinyAppUpdated/>.



DE GRENZEN VAN BARIATRISCHE CHIRURGIE

Er is toekomst voor minimaal-invasieve chirurgie om obesitas te behandelen, en ook kinderen en jongvolwassenen kunnen in een situatie terechtkomen waarin een operatie de beste optie is. Traditionele bariatrische chirurgie, zoals de maagverkleining, is weliswaar bewezen effectief, maar niet als standaardbehandeling aan te bevelen voor jongeren omdat er nog te weinig bekend is over de gevolgen. Dat blijkt uit onderzoek van dr. Givan Paulus, die op 16 april aan de Universiteit Maastricht promoveerde op onderzoek naar chirurgische opties om obesitas te behandelen.



Obesitas is een groot probleem, dat bovendien alsmaar toeneemt. In Nederland is het aantal gevallen bij volwassenen vanaf 2010 gestegen van 17,7 procent naar 20,4 procent, en bij kinderen en jongvolwassenen van 5,9 procent naar 7,0 procent. Bariatrische chirurgie is de enige bewezen effectieve behandeling op de lange termijn. Bij bariatrische chirurgie worden chirurgische technieken ingezet om het gewicht te verminderen, zoals het verkleinen van de maag of het plaatsen van een maagbandje. Er kunnen echter heel goede redenen zijn om patiënten niet bloot te stellen aan deze onomkeerbare, anatomieveranderende ingrepen. Er kunnen namelijk ernstige complicaties optreden, zoals wondinfecties, darmlekkage, slokdarmbeschadiging door maagzuur en darmobstructie.

BASIC-TRIAL

Er is meer onderzoek nodig om de gevolgen van bariatrische chirurgie op jonge leeftijd in kaart te brengen vooraleer deze techniek een reguliere behandeling kan worden. Binnen het Maastricht UMC+ gebeurt dat in het kader van de BASIC-trial, waarbij BASIC staat voor Bariatric Surgery in Children. De BASIC-trial is een studie naar de effecten van een maagbandoperatie bij adolescenten met morbide obesitas bij wie leefstijlinterventie niet het gewenste effect heeft gehad.

PLOOIEN IN DE MAAG

Ondertussen zijn er tal van andere, minder-invasieve technieken die als alternatief voor de traditionele bariatrische chirurgie kunnen worden beschouwd. Procedures die al worden toegepast of worden onderzocht, variëren van ruimte-innemende hulpmiddelen, zoals de maagballon, tot maagstimulatoren. Paulus deed onderzoek naar de verschillende chirurgische technieken om obesitas te behandelen. Hij ziet met name toekomst voor het endoscopisch plooiën van de maag, de zogenaamde *gastroplicatie*. Bij die techniek worden met een stapler, die via de mond en de slokdarm wordt ingebracht, plooiën in de maag gemaakt, waardoor het maagvolume wordt verkleind.

Deze techniek kan leiden tot blijvend gewichtsverlies, en afname van comorbiditeit. Inmiddels zijn er wereldwijd zestig patiënten op deze manier behandeld, zonder significante problemen en met een bemoedigend gewichtsverlies als resultaat. Het plooiën van de maag leidde tot een afname van het hongergevoel, toename van verzadiging en daardoor ook minder voedselinname.

VOORDELEN

Het grote voordeel van deze techniek is dat er over de volledige dikte van de maagwand plooiën worden gemaakt, waarbij de serosa tegen de buitenwand komt te liggen, die daardoor met elkaar kunnen vergroeien. Hierdoor blijven de plooiën netjes zitten, anders dan bij technieken waarbij de plooiën aan de binnenkant van de maagwand (mucosa) geniet worden. Gastrosco-pisch onderzoek een jaar na de ingreep liet nog steeds aanwezige plooiën aan de binnenkant van de maag zien die het volume van de maag reduceerden. Deze techniek, waarbij dus niet meer door de buikwand gesneden hoeft te worden, lijkt grote voordelen met zich mee te brengen. ■

Het onderzoek naar bariatrische technieken, onder leiding van prof. dr. Nicole Bouvy (Maastricht UMC+) en prof. dr. Ernst van Heurn (Amsterdam UMC), leidde tot wetenschappelijke publicaties in onder meer BMC Pediatrics, Gastrointestinal Endoscopy en Appetite.

Het proefschrift van Paulus is getiteld Exploring the Boundaries of Bariatric Surgery.

Bron: MUMC+

DE WEEK VAN ... ANESTHESIOLOOG PASCAL RAMSODIT

Pascal Ramsodit (41) is fulltime werkzaam als anesthesioloog-pijnspecialist in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis (ETZ). Het ETZ is een level 1 traumacentrum, een neurochirurgisch/neuro-interventiecentrum en heeft daarnaast een breed palet aan complexe operaties. Samen met zijn partner Kees en hun labrador Brut woont hij op het platteland van het pittoreske Oosterwijk. Op een doordeweekse dag gaat de wekker om 6 uur en worden ze in de woonkamer uitbundig kwispelend begroet door Brut, die ze vervolgens uitlaten terwijl de zon opkomt boven het prachtige Brabantse landschap. Na een heerlijk ontbijtje, met het journaal van 7 uur op de achtergrond, start de dag. Rond 07:15 uur vertrekt Pascal richting het ziekenhuis. In de winter veelal met de auto en bij mooi weer kiest hij voor de fiets. Een kijkje in de werkweek van een anesthesioloog ...

Door: Ingrid Hummel

MAANDAG

Deze maandag begint met een ochtend pijnpoli, maar niet voordat ik eerst met mijn collega's het weekend heb besproken. Gemiddeld zie ik vijf tot zes nieuwe patiënten, van wie het gros is doorverwezen door collega-specialisten (neurologen, neurochirurgen en orthopeden). Daarnaast staan er gemiddeld tien controleafspraken gepland, waar ik een gegeven behandeling of gestarte medicatie evalueer en tevens vragen beantwoord van patiënten. De meeste controleafspraken vinden op dit moment telefonisch plaats in verband met COVID-19.

Mijn eerste nieuwe patiënt is helemaal fan van een groot frisdrankmerk en verschijnt dan ook in een compleet bedrukte outfit, met bijpassende tas en zonneklep, op de afspraak. Laat mijn laatste patiënt nu net werkzaam zijn bij dat bekende frisdrankmerk. Ik kan een kleine glimlach nauwelijks onderdrukken door deze toevalligheid. Wellicht dat ze in de toekomst, post-COVID, naast elkaar plaatsnemen in de wachtkamer. Hoe leuk zou dat zijn?!

Mijn voorlaatste patiënt spreekt alleen Pools

en heeft gelukkig een vriend meegenomen, echter na tien minuten worstelen met de anamnese kom ik erachter dat de vriend Hongaars is en puur voor de gezelligheid is meegekomen i.p.v. te tolken.

Op maandagmiddag verzorgen de pijnspecialisten (totaal zes) de anesthesie op de radiologie voor de neuro-interventies (denk hierbij aan intracranieële aneurysmata en AV-malformaties). De overige middagen van de week zijn bestemd voor pijnbehandelingen, waarbij wij op de behandelkamer gemiddeld acht tot tien patiënten een pijnbehandeling geven.

Na een snelle lunch haast ik mij naar beneden waar de patiënt, het radiologieteam en mijn anesthesiemedewerker mij al staan op te wachten. Na de time-out en geruststellende woorden breng ik de patiënt in slaap, monitoren wij de patiënt tijdens de gehele procedure en aan het einde maken we de patiënt wakker en brengen we deze naar de verkoeverkamer. In de tussentijd is er een patiënt met een subarachnoïdale bloeding (SAB) op basis van een cerebraal aneurysma aangemeld die net opgenomen is op de medium care (MC). Van belang bij deze patiënt is dat de bloeddruk goed in de gaten wordt gehouden tijdens de procedure om te voorkomen dat het aneurysma weer barst (een re-bleed) bij een te hoge bloeddruk. Een te lage bloeddruk is ook onwenselijk omdat er dan sprake is van onvoldoende bloedvoorziening naar de hersenen. Sowieso kan bij een SAB de bloedvoorziening gestoord zijn door eventueel vaatspasmes (dit is ook tijdens de



angiografie goed te zien). De procedure (coiling) loopt ongecompliceerd, de patiënt wordt neurologisch goed wakker en kan geëxtubeerd worden. Ter observatie blijft patiënt eerst nog op de verkoever alvorens weer terug te gaan naar de MC. Het is halfzes en mijn dag zit erop. Ik draag de patiënt die voor coiling is geweest over aan mijn dienstdoende collega en bel de intensivist voor een overdracht alvorens mij om te kleden en naar huis te gaan.

DINSDAG

Dinsdag sta ik de hele dag op OK. Na binnenkomst overleg ik kort met mijn anesthesiemedewerkers van vandaag en ik ga direct door naar mijn eerste patiënt. Het is fijn dat de holdingmedewerkers alles al klaar hebben gezet. Deze patiënt krijgt een oesofaguscardiaresectie. Nadat ik mij heb voorgesteld en kort met de patiënt heb gepraat, prik ik de epiduraal. Aangezien wij meestal twee OK-programma's tegelijk draaien, loop ik direct door naar mijn andere OK. Deze patiënt heeft een bekkenfractuur en komt oorspronkelijk uit Amsterdam. Dit is de stad waar ik geboren en getogen ben. Nadat wij even onderling plat Amsterdams hebben gepraat, breng ik patiënt in slaap, prik een arteriële lijn en geef de anesthesiemedewerker alle perioperatieve instructies (o.a. streef-bloeddruk, vulling, medicatie en pijnstilling).

Vervolgens ga ik terug naar de OK van de patiënt met oesofaguscarcinoom om deze narcose te geven, te intuberen en verder op te lijnen. Na het oplijnen bespreek ik ook hier alle perioperatieve instructies en loop ik terug naar de OK van mijn mede-Amsterdammer om te zien hoe het met het bloedverlies staat. Het bloedverlies blijkt uiteindelijk 900 cc te zijn en gelukkig kunnen wij dit via de cellsaver teruggeven.

Tussendoor word ik met spoed gebeld in verband met een acute lage bloeddruk en hoge beademingsdrukken bij de patiënt waar een oesofaguscardiaresectie wordt verricht; het blijkt om een spanningspneumothorax te gaan en door snelle communicatie over het doek heen, verhelpt de chirurg dit met behulp van een drain.

De rest van de operatie loopt ongecompliceerd en mijn anesthesiemedewerker houdt de patiënt goed in de gaten, we houden frequent telefonisch contact, ik loop een aantal keren binnen en verder volg ik alles via EPIC. Voor de andere OK prik ik verschillende echogelegeide locoregionale blokken bij patiënten.

Tussendoor heb ik een Teams-vergadering met mijn collega pijnspecialist over een zinnig zorgtraject.

Aan het eind van de middag breng ik de patiënt van de oesofaguscardiaresectie terug naar de verkoever. Hier blijft de patiënt een paar uur alvorens naar de MC te gaan voor observatie. Ik bel de verantwoordelijk intensivist voor een overdracht en ga daarna snel naar huis, want ik heb nog een vakgroepvergadering via Teams.

WOENSDAG

Happy humpday ... het is woensdag ... het midden van de week.

Toen ik in Toronto werkte dacht ik dat humpday totaal iets anders betekende, maar hiermee viert men het midden van de week!

Vandaag heb ik OK's met veel wisselingen tussen KNO- en kaakchirurgie, tevens draag ik het consultensein voor chronische pijn. Lopende consulten handel ik meestal telefonisch af en bij nieuwe patiënten ga ik langs om het behandelplan persoonlijk door te nemen met patiënt en zaalarts.

Thuis wordt getracht om met gele verf een verjaardagskaart voor mijn vader te maken, met een pootafdruk van onze jonge pup Brut. Er zit echter meer gele verf op de vloer in de woonkamer dan uiteindelijk op de kaart!

DONDERDAG

Op donderdag heb ik twee kamers met neurochirurgie en mammachirurgie. Beide kamers zijn voornamelijk gevuld met oncologische patiënten. Dat ik gisteren een deels niet oncologisch programma had van de KNO en kaakchirurgie is echt sporadisch in deze COVID-19-periode. Wij hebben een fors gereduceerd operatieprogramma en veel anesthesiemedewerkers en operatieassistenten springen al maanden op de ic bij of zitten in het RRT (Rapid Respons Team) van locatie Noord (Twee-Steden ziekenhuis). Onze vakgroep heeft in de eerste golf met zeven anesthesiologen (waarvan ik er een was) bijgesprongen op de ICU; De afgelopen maanden zijn dat er maximaal drie geweest omdat wij ook zo veel mogelijk OK-capaciteit willen behouden en daarbij taken van het RRT hebben overgenomen van de intensivisten. Tevens heeft onze groep pijnspecialisten de afgelopen maanden de wachtlijst (ontstaan door de eerste golf) van de pijnpoli (was meer dan vier maanden) terug kunnen brengen naar enkele weken door extra poli's te draaien. Ik sluit de dag af met een digitaal overleg met het palliatief team.

VRIJDAG EN ZATERDAG

Na een normale dag op de OK op vrijdag heb ik ook nog een avond-/nachtdienst voor de boeg op zaterdag waarbij ik wederom word geconfronteerd met de effecten van uitgestelde zorg. Tijdens deze dienst zie ik twee patiënten die eigenlijk een week later gepland staan. De eerste patiënt had inklemmingsverschijnselen door massawerking van zijn hersentumor; de andere patiënt had een obstructie bij zijn bekende darmtumor. Beiden zijn in mijn dienst geopereerd en beiden hebben het gelukkig goed gedaan postoperatief.

Een paar peripartumepiduralen midden in de nacht, een oproep van het traumateam en vroeg in de ochtend nog een sectio.

Op zondagochtend rijd ik naar huis, waar manlief en pup me enthousiast begroeten, het ontbijt klaarstaat met vers geperste juice, zelf gevouwen croissants à la Kees en eindelijk een bak koffie. Het weekend is begonnen! ■

Meer zien van Pascal? Volg hem dan op Instagram: @md_pascal

OPIAATVRIJE ANESTHESIE, GEEN CENTJE PIJN...

Opiaatvrije anesthesie is een anesthesietechniek waarbij – zoals het woord al zegt – geen of heel weinig opioïden gebruikt worden. In het Jeroen Bosch Ziekenhuis wordt deze techniek tot ieders tevredenheid veel toegepast. In dit artikel vertellen recoveryverpleegkundige Geneviève Stikkelman en anesthesioloog Aarnoud Teune, beiden werkzaam in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, over hun ervaringen met deze nog relatief onbekende anesthesietechniek.

Door: Martijn Lupke

‘Ik ben nooit flauw geweest met pijnstilling geven, maar heb sinds de introductie van opiaatvrije anesthesie, de techniek die internationaal beter bekend staat als OFA (opioïd-free anesthesia), wel een andere visie op pijnbestrijding gekregen en ik ben erg enthousiast over deze ontwikkeling in ons ziekenhuis’, vertelt Geneviève.

Aarnoud vult aan: ‘Toen ik voor het eerst in aanraking kwam met opiaatvrije anesthesie, via mijn collega Jan Paul Mulier, anesthesioloog uit het AZ Sint Jan Brugge-Oostende, die een fervent aanhanger is van opiaatvrije anesthesie, dacht ik eerst dat deze collega gek was geworden. Algehele anesthesie zonder opioïden stond voor mij destijds gelijk aan friet zonder mayonaise, maar mijn interesse was toch gewekt.’

WELKE MIDDELEN WORDEN GEBRUIKT TER VERVANGING VAN OPIOÏDEN?

Aarnoud: ‘Opiaat-vrije anesthesie betekent in de praktijk dat we opiaatsparend werken, dus we geven alleen opioïden als het echt niet anders kan. We zetten echter wel in op opiaatvrij en gebruiken dus een cocktail van alternatieve niet-opioïde middelen. Onze cocktail bestaat uit: dexmedetomidine (dexdor), lidocaine, esketamine, magnesiumsulfaat, metamizol en dexamethason. We leiden in met propofol en gebruiken sevofluraan of propofol als onderhoudsanestheticum.’

MAGNESIUMSULFAAT? DAT KLINT NIET ALS EEN GENEESMIDDEL MET ANALGETISCHE EIGENSCHAPPEN.

Teune: ‘Dat klopt inderdaad. Magnesiumsulfaat werkt eigenlijk als een “plug” in de NMDA-receptor. Hierdoor is er minder esketamine nodig, omdat deze “plug” de NMDA-receptor blokkeert. In zekere zin is magnesiumsulfaat dus een NMDA-receptor-antagonist.’

ZIJN DE PATIËNTEN NET ZO ENTHOUSIAST ALS JULLIE?

Geneviève: ‘We zagen eerder veel bijwerkingen van opioïden op de recovery, zoals misselijkheid en braken, dat was een van de redenen om deze nieuwe techniek te gaan onderzoeken met de anesthesiologen. Aarnoud Teune heeft hierin een belangrijke voortrekkersrol gespeeld.’

‘Als we kijken naar de colorectale chirurgie dan kunnen we in brede zin concluderen dat de patiënten erg tevreden zijn. Ook de operateurs zijn erg te spreken over de techniek omdat de patiënten niet misselijk zijn, postoperatief geen ileus krijgen en geen blaaskatheter nodig hebben, omdat ook epidurale anesthesie niet in het nieuwe opiaatvrije beleid gebruikt wordt. Dit past allemaal perfect binnen het ERAS-protocol’, benadrukt Aarnoud. ‘Er komen zelfs patiënten uit het hele land speciaal voor deze anesthesietechniek naar het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Dat zegt mij genoeg over het enthousiasme en de tevredenheid van de patiënten.’

WORDT OPIAATVRIJ ANESTHESIE ALLEEN BIJ COLORECTALE CHIRURGIE GEBRUIKT?

Aarnoud: ‘Nee, zeker niet. Deze techniek is voor allerlei soorten ingrepen geschikt. Er zijn zelfs collega’s die het binnen de cardiochirurgie gebruiken.’



Geneviève: 'Ik heb door OFA wel een andere visie op pijnbestrijding gekregen.'



Aarnoud: 'Deze techniek biedt de patiënt zo veel meer postoperatief comfort.'

'Een contra-indicatie is er voor patiënten met een tweede- of derdegraads AV-block zonder pacemaker, patiënten met ongecontroleerde hypotensie, bij acute cerebrovasculaire events, voor vrouwen die borstvoeding geven en voor patiënten binnen de acute heelkunde', vult Geneviève aan.

WORDT DEZE TECHNIEK DOOR ALLE ANESTHESIOLOGEN TOEGEPAST?

Geneviève: 'Nog niet alle anesthesiologen gebruiken de techniek, maar het is mooi om te zien dat het steeds meer interesse wekt. Het is een andere manier van denken en het zal een kwestie van tijd zijn voordat iedereen deze techniek zich eigen maakt.'

Aarnoud: 'Bij de colorectale chirurgie werken alle anesthesiologen wel met opiaatvrije anesthesie, omdat deze patiënten binnen het ERAS-protocol behandeld worden waarin zo opioïdsparend mogelijk gewerkt moet worden. Dit houdt in dat we in sommige gevallen wel eens opioïden geven als het echt niet anders kan, maar we houden de dosis dan zo laag mogelijk.' 'OFA is een vereiste binnen het ERAS-protocol in ons ziekenhuis, en daarin behalen we mooie resultaten waar de patiënten veel voordeel van ervaren. Zoals een kortere opnameduur in het ziekenhuis', vertelt Geneviève trots.

OPIAATVRIJE ANESTHESIE IS EEN ANDERE MANIER VAN DENKEN

ZIJN ER SIGNIFICANTE POSTOPERatieve VERSCHILLEN TE BEMERKEN TUSSEN OPIAATVRIJE EN OP OPIAAT GEBASEERDE ANESTHESIE?

Geneviève: 'Op de recovery zien we een duidelijk verschil bij de patiënten die OFA kregen tijdens de operatie. Postoperatief hebben zij veel minder pijnstilling nodig dan patiënten zonder OFA. Dit is met name terug te zien in de tijd van het verblijf op de recovery. Patiënten die OFA kregen hebben veel minder pijn, en als we toch opioïden geven, zien we snel effect met kleinere hoeveelheden. We gebruiken postoperatief dus nog wel opioïden, maar veel minder.'

OFA IS NOG GEEN MAINSTREAM TECHNIEK, ZIEN JULLIE EEN ROL WEGGELEGD VOOR HET JEROEN BOSCH ZIEKENHUIS?

Aarnoud: 'Zeker! We spiegelen op dit moment de data van onze patiënten die OFA hebben gehad met vergelijkbare patiënten die anesthesie hebben gehad met opioïden. Deze data willen we op termijn gaan publiceren, want we zijn ervan overtuigd dat we met deze techniek het verschil voor de patiënten kunnen maken.'

WAT ZIJN JULLIE PERSOONLIJKE ERVARINGEN?

Geneviève: 'Mijn ervaring is erg positief. Ik ben steeds weer verast hoe goed de patiënt wakker wordt, met weinig of geen pijn, en ik zie nauwelijks postoperatieve misselijkheid en braken. Op het moment dat we wel opioïden moeten geven, zijn dit maar kleine hoeveelheden en we bereiken met deze kleine hoeveelheden sneller het gewenste effect. Ik hoop dat de OFA meer bekendheid krijgt, want ik gun al onze patiënten een stabielere situatie na algehele anesthesie.'

Aarnoud: 'Ik sluit me daar volledig bij aan. Deze techniek biedt de patiënt zo veel meer postoperatief comfort dat ik me regelmatig afvraag waarom er nog niet in heel Nederland zo gewerkt wordt. Het spreekwoord "onbekend maakt onbemind" gaat ook in dit geval op. Daarom hierbij de uitnodiging aan iedereen die het een keer met eigen ogen wil zien om bij ons langs te komen in 's-Hertogenbosch. We vertellen er heel graag meer over!' ■

OPERATIE BEZETTING OK – SAMEN KOM JE VERDER



Ok in de operatiekamers van Rotterdam Rijnmond is er een tekort aan operatieassistenten, recoveryverpleegkundigen en anesthesiemedewerkers. De ziekenhuizen in deze regio voelden de behoefte om de personele problemen op de OK gezamenlijk aan te pakken, omdat ze ervaren dat ze alleen de problemen niet meer kunnen oplossen. Zij hebben zich dan ook alle acht gecommitteerd aan een unieke samenwerking, want juist de OK-managers zélf participeren actief in het programma, geven het vorm, zetten de lijnen uit én betrekken hierbij actief de medewerkers van de werkvloer door de deelname aan de projecten.

De OK-managers hebben met elkaar de speerpunten gedefinieerd als maximaal opleiden, anders opleiden en meer flexibiliteit voor nieuwe maar ook voor zittende medewerkers. Dat kunnen ze alleen bereiken door samen te werken. Geen concurrentie maar verbinding. Samen kom je verder!

'Tijd investeren om elkaar leren kennen, het commitment naar elkaar durven uitspreken en een gedeeld belang, dat zijn de

slutels die deze unieke samenwerking tot een succes maken. Een keer iets op inhoud organiseren is niet genoeg', vertelt Marlies Verstuijff, directeur zorg (ic, SEH en OK) bij het Franciscus Gasthuis & Vlietland.

deRotterdamseZorg faciliteert, als werkgeversorganisatie van regio Rotterdam-Rijnmond, het netwerk en het programma. 'We doen dat op onze eigen manier, met energie en verbinding en vanuit de gedachte dat we samen deze uitdaging kunnen aangaan', zegt Jacqueline Stuurstraat, directeur van deRotterdamseZorg. 'Het biedt de mogelijkheid om regionaal de krachten te bundelen, kennis te delen en samen ontwikkelstappen te zetten zodat we samen de zorgarbeidsmarkt in balans brengen. Dat biedt kansen voor nu en de toekomst.'

Door:
deRotterdamseZorg
Foto: Tien producties

COMMITMENT

‘In de regio voelden we allemaal dat het probleem van personeelsschaarste zo groot werd dat elk ziekenhuis dat niet individueel kon oplossen’, vertelt Marlies Verstuijf. ‘Ondanks dit gedeelde belang zijn we niet meteen de inhoud ingedoken. We hebben de tijd genomen om elkaar te leren kennen en commitment uit te spreken. We hebben uitgebreid gesproken over “willen wij samenwerken?” En, hoeveel commitment is iedereen bereid daarvoor te leveren? We vinden het soms spannend om informatie met elkaar te delen, maar we ervaren allemaal dat we een probleem hebben in de regio. Ook hebben we relatief veel tijd besteed aan het verkrijgen van commitment voor dit programma en voor de inzet en tijd die het dan kost. Dit uit te spreken heeft het ons vertrouwen gegeven, in elkaar en in de samenwerking.’

EÉN PROGRAMMA – VIER PROJECTEN

‘Daarna hebben we samen vier projecten gedefinieerd. We hebben vanuit het gezamenlijke probleem van personeelsschaarste nagedacht over welke projecten dit probleem zouden kunnen

SAMENWERKEN IS HARD WERKEN EN VRAAGT TIJD, AANDACHT EN OPRECHTE VERBINDING

oplossen. We hebben projecten gekozen die veel logischer zijn als we die in regionale gezamenlijkheid oppakken. Omdat er bijvoorbeeld voordelen te behalen zijn bij het doen van investeringen, het slechten van barrières en het uitvoeren van pilots. Bovendien heb je een ander ziekenhuis nodig wanneer je personeel wilt uitwisselen en kun je de opleiding niet alleen innovatiever maken. Ook merkten dat we bij het werven van studenten uit dezelfde vijver visten. Dat hebben we nu ondervangen in één proces, *samenopleidenok.nl*’, vertelt Marlies.

Elke OK-manager is verantwoordelijk voor een project en elk project heeft een projectleider met een projectteam waarin

Vier projecten:

- Regionaal uitwisselen OK-medewerkers

Ziekenhuizen maken het mogelijk dat OK-medewerkers van werkplek wisselen en in andere ziekenhuizen kunnen werken en leren. Daardoor kan een OK-medewerker juist meer of minder dynamiek vinden of juist expertise opdoen in een andere organisatie met andere ingrepen. Dit draagt bij aan het werkplezier en behoud van medewerkers.

- Regionaal opleiden OK-medewerkers

Te veel leerling-operatieassistenten en -anesthesiemedewerkers stromen vroegtijdig uit. Door regionaal te werven en selecteren kan een betere match tussen leerling en ziekenhuis worden gemaakt, wat resulteert in een hoger opleidingsrendement. Daarnaast wordt ook gekeken welke andere interventies nog in de opleiding ingezet kunnen worden om het opleidingsrendement te verhogen. Want elke leerling die start willen we behouden. Daarnaast worden alle mogelijke stageplekken benut in de regio, door samen te opleiden met ZBC's of ziekenhuizen zonder CZO-erkenning.

- Innovatief opleiden OK-medewerkers

Met elkaar een nieuwe manier van opleiden ontwikkelen die leidt tot een erkend diploma waarmee we meer, beter en sneller kunnen opleiden. Hiervoor worden moderne technologie en verschillende leermiddelen ingezet waardoor opleiden buiten de OK mogelijk is en de beperkte OK-ruimte en begeleidingscapaciteit niet extra belast wordt. Hier worden ook de ontwikkelingen van CZO Flex Level ten positieve benut.

- Leerklimaat OK

Integrale aanpassing van het leer- en werkklimaat is een noodzakelijke randvoorwaarde voor het slagen van de andere projecten in dit programma. Daarom zijn de ziekenhuizen gestart met een interventie om tot een goed leerklimaat te komen. Het huidige leerklimaat wordt in beeld gebracht, dit wordt met de betrokkenen besproken om vervolgens op basis van onderbouwde bevindingen een verandering vorm te geven.

Het Erasmus MC, IJsselland Ziekenhuis, Ikazia Ziekenhuis, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, Maasstad Ziekenhuis en Franciscus Gasthuis & Vlietland en het Spijkenisse MC doen mee. De ziekenhuizen verschillen in grootte, in diversiteit van patiëntengroepen en in cultuur. De ziekenhuizen willen OK-medewerkers en leerlingen behouden voor de regionale arbeidsmarkt door gezamenlijk op te leiden en uitwisselingstrajecten te starten. Ook wordt er gezamenlijk gezocht naar innovatieve oplossingen om buiten de OK op te leiden en verbeteringen door te voeren rondom het leer- en werkklimaat binnen het OK-complex.

elk ziekenhuis vertegenwoordigd is. De verbinding tussen de verschillende projecten, het overzicht en de voortgang worden bewaakt door de programmamanager die dit in afstemming met de OK-managers vormgeeft. 'We hebben met elkaar stap voor stap de samenwerking vormgegeven en gekeken wat wel en niet werkt, en ook blijven we openstaan voor continue verbetering, zodat we samen sterker staan', zegt Marlies van Vianen, programmamanager.

'Iedereen heeft zich er ook écht aan verbonden door op deze manier deel te nemen aan de projecten', zegt Marlies Verstuijf. 'Bovendien zijn we hierdoor breed vertegenwoordigd en hebben we slagkracht. Ik zie in mijn team dat mijn mensen het ook écht leuk vinden om bij te dragen aan een regionaal project, om collega's uit andere ziekenhuizen te leren kennen, om nieuwe dingen in te leren en met elkaar een mooi resultaat te leveren.'

SAMENWERKING

De OK-managers komen elke drie weken bij elkaar om de voortgang van de projecten te monitoren, het proces met elkaar af te stemmen en te komen tot besluitvorming, zodat de aanpak ook echt leidt tot impact op de werkvloer. Vraagstukken die voorheen individueel werden opgepakt per ziekenhuis worden nu ingebracht in het netwerk en de samenwerking wordt gezocht.

'In de praktijk merk ik, omdat we al zo lang met elkaar omgaan, dat we ook andere zaken uitwisselen. We werken, ook op andere projecten, meer samen. Dat zie je niet alleen bij de OK-managers maar ook bij de teamleiders en andere medewerkers. Er is een gedeelde stip aan de horizon in plaats van een eigen stip. We zijn meer collega's geworden dan we waren en minder concurrenten. We hoeven niet steeds individueel opnieuw het wiel uit te vinden en de lijnen zijn korter. Daarbij heeft het geholpen dat er niet veel wisselingen zijn in de groep. We hebben dus echt de tijd kunnen nemen om een band op te bouwen, en dat werpt nu zijn vruchten af', vertelt Marlies.

Regelmatig staan de OK-managers stil bij de samenwerking. 'We bespreken elkaars ervaringen binnen het programmateam en kijken hoe we de volgende stap kunnen zetten. Uiteraard



Marlies: Goede onderlinge samenwerking is de basis voor het behalen van resultaat.

speelt de discussie rondom concurrentie af en toe op. Maar als je einddoel is dat je genoeg medewerkers voor de hele OK-zorg beschikbaar krijgt waardoor jouw eigen ziekenhuis ook genoeg medewerkers heeft, dan is het niet meer zo spannend wat dat ene individu doet.'

TOEKOMST

Voor de toekomst ziet Marlies wel een verandering ontstaan in de focus van het programma. 'Ik merk dat onze horizon opschuift. Lag eerst onze focus vooral op de schaarse capaciteit, nu komt ook steeds meer de vraag naar voren "waarom zouden we ieder voor zich het wiel uitvinden?" We kunnen ook gezamenlijk protocollen opstellen en gezamenlijk bijscholing aanbieden. Ik verwacht dat we ons hier in de toekomst meer op gaan focussen. Wat kun je individueel doen en wat kan makkelijker/beter als je het samendoet? Daar is nog veel winst te behalen.' ■



Weten hoe het is om te werken bij ViaSana?

- ✓ Vraag een medewerkersmagazine aan
- ✓ Loop een dagje mee op de OK
- ✓ Bel een collega uit ViaSana
- ✓ Of meld je aan voor job alerts

www.viasana.nl/werkenbij

Werken bij ViaSana

- Instrumenteren, omlopen én assisteren!
- Geen weekend-, avond- en nachtdiensten
- Uitstekende arbeidsvoorwaarden
- Vernieuwend en innovatief
- Meewerken aan wetenschap
- Drie moderne operatiekamers
- Al ruim 15 jaar zeer hoge patiënttevredenheid
- Veel uiteenlopende operaties: Prothesiologie, voorste- en achterste kruisbandchirurgie, standscorrecties van het been, schouderoperaties, hernia en voet- enkelchirurgie
- Werkervaring in orthopedie niet nodig, we leren het je

Hoogveldseweg 1 5451 AA Mill 0485 476 330 www.viasana.nl



Door: Martijn Lupke

column

Uitstelgedrag

Van uitstel komt afstel. Had ik die luxe maar. Naar een datum toewerken is inherent aan een magazine uitbrengen. Deadlines. Ik heb er een broertje dood aan. Zou het daarom zo heten? Er wordt nogal wat uitgesteld de laatste tijd. Reguliere zorg, opening van terrassen, versoepelingen en niet te vergeten de bonus voor zorgpersoneel. We stellen met elkaar nogal wat uit. Is het niet privé, dan is het wel de overheid. Ik heb me de afgelopen maanden in toenemende mate verbaasd over het gemak waarmee maatschappelijke versoepelingen werden aangekondigd en weer uitgesteld. Terrassen open, nee toch niet. Winkels open, nee de cijfers lopen weer op. Bij iedere aangekondigde versoepeling schuiven er 's avonds in de talkshows fronsende artsen en epidemiologen aan die deze versoepeling ten zeerste afraden. Waar in diezelfde talkshow de doorgewinterde horeca-iconen pleiten om de terrassen en restaurants zo snel mogelijk te openen. Het water stond de ondernemers tot aan de lippen. En ik begreep die oproep. Maar ik begreep de fronsende en waarschuwendende zorgprofessionals ook. Waar is dit dualisme ontstaan? Wie heeft deze framing op zijn geweten? Iedereen wil toch zo snel mogelijk van corona af? Wij zorgprofessionals tegen de horeca. Alsof het openen van de terrassen zou leiden tot een daling van het aantal besmettingen. Wie houden we hier voor de gek? Doel is toch dat we als maatschappij zo snel mogelijk corona achter ons laten, en daarna met elkaar een biertje drinken op de goede afloop? Ik kwam tot het inzicht – of beter de aanname – dat de kern van dit dualisme in iets heel anders moet zitten. 'Gebrek aan hoop en de acceptatie dat deze situatie wel eens totaal oncontroleerbaar kan zijn.' Men durfde deze gedachte niet toe te laten. We hadden tegenstanders nodig om een gevoel van controle te houden. Coronabelievers tegen -ontkenneren. Afstel tegen uitstel. Een virtuele vijand geeft houvast. Terwijl iedereen diep van binnen weet dat de vijand niet de wappies op het Museumplein zijn, maar het virus dat als een embolus de zorg infarceert. Dat is voor velen de echte virtuele vijand, echter voor de zorgprofessional iets minder virtueel. Volle ic's, hoge werkdruk, geen vakantie, zelf ziek worden door je werk. Daar is niets virtueels aan. En daar zit het werkelijke dualisme. De mensen die de ic's in de lucht houden en dagelijks geconfronteerd worden met die ellende, versus de 'gewone' burger die 's avonds de tv niet eens meer durft aan te zetten van ellende. En geef hun eens ongelijk. De sleutel is wederzijds begrip, zonder uitstelgedrag.



HEINE reusable laryngoscope blades are worth their price

4,000 intubations



4,000 intubations



Massive amounts of single-use products drive up greenhouse gas emissions and costs in hospitals. But there are more sustainable alternatives that are also economical. For instance, studies show that it is up to 88 % cheaper to work with reusable laryngoscopes than single-use.¹

Having to throw products in the trash after just one application is a terrible waste of resources. By using a reusable HEINE blade over many years, disposal and recycling only take place once, decades after the blade's first use. This is the best approach both environmentally and financially.

HEINE's goal is to support our customers with laryngoscopes that offer the highest level of performance, reliability and patient safety.

- ▶ **Exclusive 10-year guarantee** for maintenance-free service of our Classic+ F.O. blades
- ▶ **Economical** thanks to their outstanding durability
- ▶ **Sustainable** thus reducing your ecological footprint
- ▶ **Simple and safe reprocessing** thanks to smoothSURFACE: gentle curves and unmatched smoothness for maximum patient safety

**smooth
SURFACE**

¹ Reusable versus disposable laryngoscopes: environmental and economic considerations. Jodi D. Sherman, M.D., Lewis Raibley, B.Eng., Matthew Eckelman, Ph.D., Yale University, ASA 2014.

endomed
specialist in medische hulpmiddelen

Available at Endomed B.V.
For more information, please contact info@endomed.nl
+31 (0)413-74 5940 | Oostwijk 14, 5406 XT Uden

www.heine.com





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!