

Onze OK MEEKIJKEN MET ELLEN DIRKX EN NATASJA LEERMAKERS KLINIEK VIASANA

- › DE ANESTHESIEMEDEWERKER: BELGIË VS. NEDERLAND
- › 'EEN KLEIN MENS IS HEEL DELICAAT': HET WERK VAN EEN KINDERNEUROCHIRURG
- › NVLO JAARCONGRES: GEDRAG, COMMUNICATIE EN CULTUUR

HAARSCHERP ZICHT ALTIJD.

De volgende generatie McGRATH™ MAC-video-laryngoscoop** biedt nog betere optische eigenschappen en is duurzaam bij routinegebruik.



NEW IMPROVED DESIGN

GEÏNSPIREERD DOOR ARTSEN

Wij hebben de McGRATH™ MAC-video-laryngoscoop ontworpen aan de hand van uw wensen. Want uw eerste poging moet meteen goed zijn.

ZIE HET VERSCHIL

De McGRATH™ MAC-video-laryngoscoop biedt zowel een eenvoudige als handige oplossing voor intubatie. Het nieuwste ontwerp biedt:

- Verbeterde optische eigenschappen
- Verhoogde duurzaamheid
- Slim batterijbeheer

Ga naar

medtronic.co.uk/mcgrath-mac-next-gen
om meer te weten te komen over de
volgende generatie McGRATH™
MAC-video-laryngoscoop

Met de nieuwe camera ziet u meer met hetzelfde schermformaat

Het batterijlampje geeft van minuut tot minuut precies aan hoe lang de batterij het apparaat nog kan voeden

De nieuwe functie voor automatische uitschakeling voorkomt dat de batterij leegraakt terwijl het apparaat niet wordt gebruikt

Een helderdere en warmere ledlamp zorgt voor een betere visualisatie

BELANGRIJK: Gelieve te verwijzen naar de handleiding voor volledige instructies, contra-indicaties, waarschuwingen en voorzorgsmaatregelen.

© 2021 Medtronic. Alle rechten voorbehouden. Medtronic, het logo van Medtronic en Further, Together zijn samen handelsmerken van Medtronic. ™* Handelsmerken van derden gemarkeerd met ™ zijn handelsmerken van hun respectievelijke eigenaars. Alle andere merken zijn handelsmerken van een Medtronic-onderneming. 21-weu-mcgrath-print-ad-nl-5416838

medtronic.com/covidien/nl

Medtronic

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



16 WERKZAAMHEDEN, WAARDEN EN WENSEN VAN OPERATIEASSISTENTEN

Het personeelstekort in de zorg loopt op. Dit tekort is het meest nijpend onder gespecialiseerde verpleegkundigen op high-careafdelingen. Operatieassistenten vormen hierin een knelpunt omdat ze moeilijk uitgewisseld kunnen worden met andere afdelingen door hun specifieke kennis en vaardigheden aan de operatietafel. Het onderzoek 'Werkzaamheden, waarden en wensen van operatieassistenten' heeft als doel om te kijken waar ruimte is voor taakherschikking voor operatieassistenten.



20 OPEREREN IN EEN KINDERZIEKENHUIS

Een recht-toe-recht-aan appendectomie kom je er niet zo snel tegen. Net zo min als 'straatjes' met ASA I- of ASA II-patiënten bij wie je het programma er snel doorheen kunt werken. Dat maakt het werken in het Wilhelmina Kinderziekenhuis juist zo leuk. 'Een laparotomie bij een kind van 700 gram is anders dan bij een adolescent. Geen dag en ingreep is hetzelfde!'



26 'EEN KLEIN MENS IS HEEL DELICAAT'

Zorg mogen leveren aan de allerkleinsten is het mooiste wat er is volgens dr. Peter Woerdeman, kinderneurochirurg in het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht. Dr. Woerdeman werkt vier dagen in de week in het UMCU/WKZ en Prinses Máxima Centrum. Daarnaast is hij betrokken bij het onderwijs aan de aiossen neurochirurgie en, alsof dat nog niet genoeg is, werkt hij een dag in de week in het Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede.



30 ANESTHESIOLOGISCHE ZORG BELGIË

Bij onze zuiderburen bestaat de functie van anesthesiemedewerker niet. In principe staat in iedere zaal een anesthesist. De omloopverpleegkundige doet wat assistend werk. In België is er wel een opleiding voor anesthesieassistent, maar het is geen erkende functie. Het systeem is dus heel anders. Wat vinden onze collega-operatieverpleegkundigen en anesthesisten van deze verschillen?



en verder:

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

OK VISIE MAGAZINE
WORDT MEDE MOGE-
LIJK GEMAAKT DOOR:

erbe

BESTE LEZER,

HET IS WEER VOORBIJ ...

Die mooie zomer, wilde ik bijna zeggen. Toch is mijn associatie met een mooie zomer net even anders als die bakken met regen die afgelopen weken gevallen zijn. Maar ik realiseer me ook dat 'mooi' een subjectieve beleving is. Mijn 'mooi' is niet jouw 'mooi'. Is er dan geen objectief 'mooi'? Als je het mij vraagt wel. Het is mooi dat de coronabesmettingen weer zijn gedaald en het is mooi dat de instroom van patiënten met Covid-19 deze zomer daardoor binnen de perken is gebleven. Dat is een vorm van 'mooi' die iedereen denk ik 'mooi' vindt. Maar 'we're not out of woods yet', zoals de Amerikanen vaak zo mooi zeggen. De herfst staat voor de deur en mensen die zich niet hebben laten vaccineren kunnen volgens RIVM-berekeningen zorgen voor 16.000 tot 22.000 ziekenhuisopnames en 2200 tot 3400 IC-opnames in de komende tijd. Wanneer de komende tijd is weten we nu niet precies, maar zoals het spreekwoord zegt, 'het venijn zit hem in de staart'.

Voor nu wens ik jullie veel leesplezier met dit mooie magazine!

Ingrid Hummel

Hoofdredacteur OK Visie Magazine



Aanleren technieken voor beademing

Het aanleren van technieken om de luchtweg van een patiënt te beademen of van een beademingstube te voorzien, gebeurt veelal allereerst op modellen: synthetische manikins. Een nadeel daarvan is dat de anatomische realiteit vaak niet in overeenstemming is met de echte patiënt. Mensen, die hun lichaam na hun overlijden beschikbaar hebben gesteld aan de wetenschap, kunnen mogelijk een goed alternatief zijn. Een nieuwe balsemtechniek, Fix for Life (F4L), zorgt ervoor dat de weefseigenschappen vergelijkbaar blijven met een 'echte' patiënt.

Michael van Emden onderzocht in zijn proefschrift 'A Fix for Airway Management Training?' hoe realistisch en geschikt artsen, die dagelijks met de luchtweg bezig zijn, bijv. anesthesiologen, deze lichamen beoordelen voor het aanleren van verschillende technieken.

Zo werd het F4L-lichaam voor bepaalde technieken net zo goed als of zelfs beter dan de manikin gevonden. Voor een moeilijker te benaderen luchtweg is het F4L-lichaam ook geschikt, alsook voor het leren herkennen van de plek om de luchtweg via een snede in de hals te bereiken.



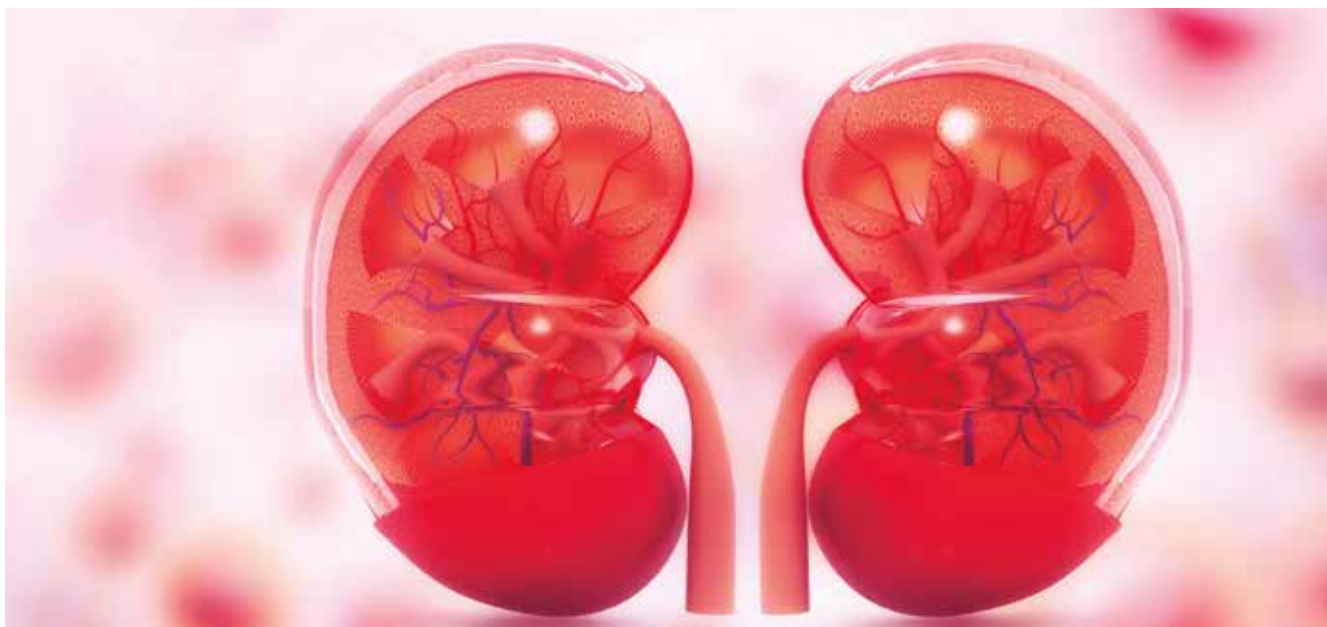
Modernisering in medische opleidingen en het effect op het mentale welzijn van aiossen

Voor een goede patiëntenzorg is het belangrijk dat de dokters goed opgeleid en mentaal fit zijn. Om hiervoor te zorgen is de medische vervolgopleiding de afgelopen jaren flink gemoderniseerd en competentiegericht geworden. In zijn proefschrift onderzocht Van Vendeloo deze modernisering, bracht hij in kaart wat de impact van het moderniseringsproces was op de leeromgeving en bekeek hij welke rol van de leeromgeving speelt in het bepalen van het mentale welzijn van de aios.

In zijn proefschrift, 'Optimizing learning environments and resident well-being in post-graduate medical education' concludeerde Stefan van Vendeloo onder andere dat de aiossen de kernelementen van het competentiegerichte opleiden, zoals expliciete toetsing, verbeterde supervisie en het opbouwen van een portfolio, wel konden waarderen. Daarnaast bleek de leeromgeving een sleutelrol te spelen in het bepalen van het mentale welzijn van aiossen. Een gunstige leeromgeving verkleinde de kans op een burn-out en stimuleerde hun bevoegdheid. De kenmerken van zo'n gunstige leeromgeving zijn onder andere: voldoende kansen om te leren, autonomie, ontvangen van constructieve feedback en een cultuur van groei. Volgens Van Vendeloo zou het goed zijn als opleiders zich bewust zijn van hun cruciale rol in dit proces, en moeten ze hier rekening houden bij verdere modernisering.



Onderzoek gestart om met virus niertransplantaties veiliger te maken



Het UMCG doet mee aan een Europees onderzoeksproject om een hulpmiddel te ontwikkelen om de activiteit van het immuunsysteem bij niertransplantatiepatiënten te bepalen. Met een dergelijk instrument zijn wellicht infecties en orgaanafstoting bij deze patiënten te verminderen.

Als de nieren niet meer werken, kan een niertransplantatie de nierfunctie herstellen. Het kan voorkomen dat het immuunsysteem de nieuwe nier niet als lichaamseigen herkent en vervolgens aanvalt. Daarom hebben niertransplantatiepatiënten medicijnen (immunosuppressiva) nodig om die functie van hun immuunsysteem te verminderen. Als de patiënten echter te veel medicijnen gebruiken, wordt hun immuunsysteem te

zwak en krijgen ze infecties.

Daarom hebben transplantatieartsen iets nodig om de precieze mate van activiteit van het immuunsysteem te bepalen. Als ze dit weten, kunnen ze aansluitend de exacte hoeveelheid van het geneesmiddel voorschrijven. Het recent ontdekte TT-virus zou dit kunnen doen. TT komt van nature voor in het bloed van bijna elke gezonde persoon en elke ontvanger van een niertransplantatie, maar veroorzaakt geen ziekte. Als het immuunsysteem sterk is, is de TT-virusbelasting laag: dit duidt op een risico op orgaanafstoting. Als het immuunsysteem zwak is, is de TT-virusbelasting hoog: dit duidt op een risico op infectie.

De kwantificering van de TT-virusbelasting in het bloed van ontvangers van een niertransplantatie kan helpen bij het optimaliseren van de hoeveelheid medicatie en zo infecties en afstoting verminderen. In het onderzoek wordt TT-virusgestuurde dosering van immunosuppressiva getest in een klinisch onderzoek met 300 niertransplantatiepatiënten uit heel Europa. Als het eenmaal wordt toegepast in de dagelijkse klinische zorg, zou dit jaarlijks duizenden infecties en afstoting van getransplanteerde nieren kunnen verminderen. In de toekomst zou het TT-virus niet alleen ontvangers van een niertransplantatie kunnen helpen, maar ook patiënten met lever-, hart- en longtransplantatie, en begeleiding kunnen bieden bij auto-immuunziekten, infectieuze en oncologische ziekten.

**HEEFT U
NIEUWS?**

redactie@okvisie.nl

**HET ACTUEELSTE
OK-NIEUWS:**

www.okvisie.nl

MENSELIJK HARTWEEFSEL KLOPT DOOR IN LABORATORIUM

Onderzoekers van het Erasmus MC kunnen plakjes menselijk hartweefsel in het laboratorium meerdere maanden in leven houden. Dit biedt de mogelijkheid om in de toekomst patiëntspecifieke behandelingen te testen en bijvoorbeeld vroege afstoting van een donorhart te voorspellen.

Het is uniek in Nederland dat menselijk hartweefsel 'doorleeft' in het laboratorium. De onderzoekers werken met restweefsel van hartoperaties, zoals een transplantatie of plaatsing van een steunhart. Dat kan zowel weefsel zijn van een hartkamer als van een boezem. Weefsel dat normaal gesproken in de prullenbak zou belanden. In plaats daarvan sluiten de onderzoekers het aan op een ingenieus systeem met elektrodes en precies de juiste omstandigheden qua voedingsstoffen en zuurstof. Wat je dan krijgt, is een levend, kloppend plakje hartweefsel van 1 vierkante centimeter groot en 300 micrometer dik, waarvan de 3D configuratie intact is. De opstelling is nu een halfjaar operationeel en de enige in Nederland.

MEDICIJNEN TOEVOEGEN

De onderzoekers gebruiken het levende hartweefsel om nauwkeuriger in beeld te krijgen hoe cellen onderling communiceren en hoe hartfalen en hartritme stoornissen kunnen worden behandeld. Zo kunnen ze bijvoorbeeld nieuwe medicijnen toevoegen aan de plakjes hartweefsel en heel precies meten wat het middel doet met de hartfunctie. Uiteindelijk zou dit kunnen leiden tot meer gepersonaliseerde behandelingen, waarbij een behandeling of medicatie eerst wordt toegepast op het levende stukje weefsel dat eerder van een patiënt werd afgenomen.

In de toekomst kan het model ook worden gebruikt om een donorhart buiten het lichaam in de gaten te houden. Tijdens de transplantatie wordt dan een stukje van het donorhart afgenomen en in de bioreactor in leven gehouden. Op die manier kunnen artsen al vroeg tekenen van afstoting oppikken en aan de bel trekken voordat de patiënt klachten krijgt.

Het onderzoekslab, genaamd het Translational Cardiothoracic Surgery Research Lab, staat onder leiding van harttransplantatiechirurg dr. Yannick Taverne van het Erasmus MC en is onderdeel van het wetenschappelijke programma Medical Delta Cardiac Arrhythmia Lab.

Het onderzoek van Taverne richt zich met name op de koppeling tussen elektrische signalen van het hart en de daarop volgende samentrekking. Bij patiënten met hartfalen is de koppeling vaak verstoord. Met de nieuwe opstellen is in *real time* te meten hoe de contractie verloopt en hoe dit verandert bij bepaalde handelingen, zoals het hartweefsel sneller laten kloppen of het geven van minder zuurstof. Daarmee hopen de onderzoekers beter inzicht te krijgen in de oorzaken en gevolgen van hartritme stoornissen, en hopen zij mogelijke defecten op te sporen die hartfalen of hartritme stoornissen veroorzaken.

Naast menselijk hartweefsel staat in het lab ook een opstelling om harten van geslachte varkens weer te op te starten. Ook van dit weefsel kunnen de onderzoekers kloppende plakjes maken, tevens als enigen in Nederland. Varkensharten komen vrijwel geheel overeen met mensenharten. Taverne probeert de contractie van deze kloppende varkensharten te verbeteren door eventueel trauma of defecten op te sporen en te herstellen. Vervolgens



Foto: Mathijs van Schie

Op de kloppende hartplakjes kunnen wetenschappers bijvoorbeeld medicijnen testen.



Foto: Esther Morren

Dr. Yannick Taverne (midden) met promovendus Jorik Amesz en geneeskundestudent Sanne Langmuur.

kunnen verdere analyses plaatsvinden terwijl de hartplakjes langere tijd verder blijven kloppen. Deze kennis kan worden toegepast om menselijke donorharten te 'pimpen' voor transplantatie.

De onderzoekers verwachten volgend jaar de eerste wetenschappelijke publicaties.

Bron: Amazingerasmusmc.nl.

Geen positief effect van ruime vochttoediening bij overmatig bloedverlies na bevalling

Toediening van een ruime hoeveelheid vocht per infuus bij overmatig bloedverlies tijdens en na een bevalling leidt niet tot betere behandelresultaten en kan zelfs nadelig zijn. Dat blijkt uit onderzoek vanuit het Maastricht UMC+, waarvan de resultaten recentelijk zijn gepubliceerd in het wetenschappelijk tijdschrift PlosOne. Er blijkt nauwelijks verschil tussen de groep waarbij overmatig bloedverlies wordt behandeld met ruime vochttoediening ten opzichte van de groep die deze behandeling niet kreeg. Deze bevinding leidt tot de conclusie dat de internationale richtlijnen heroverwogen dienen te worden en medici wellicht terughoudender zouden moeten zijn met infusie.

Bij één van de twintig bevallingen komt overmatig bloedverlies voor. Als dat meer dan een liter bloed is, wordt gesproken van ernstige *fluxus postpartum*. In Nederland krijgen daar jaarlijks ongeveer 8500 vrouwen mee te maken. Veel bloedverlies leidt tot een traumatische ervaring, kans op operatief ingrijpen, bloedtransfusies en IC-opnames. In omstandigheden waar minder goede voorzieningen voorhanden zijn, is het de belangrijkste reden van moedersterfte. Tot nu toe geven internationale richtlijnen het advies om bij overmatig bloedverlies een infuus met extra vocht toe te dienen. Onderzoek in andere situaties met veel bloedverlies (zoals bijvoorbeeld na een ongeluk) laat echter zien dat er aanwijzingen zijn dat te veel vocht geven leidt tot slechtere uitkomsten, zoals verstoring van de bloedstolling en een onwenselijke daling van de lichaamstemperatuur. Daarentegen kan te weinig vocht ook leiden tot een minder goede zuurstofvoorziening van belangrijke orga-

nen. Onderzoek naar de meerwaarde van vochttoediening is dan ook nodig.

In de zogeheten REFILL-studie, onder leiding van gynaecoloog dr. Liesbeth Scheepers van het Maastricht UMC+, is onderzocht of de kans op een fluxus groter of kleiner is door het geven van extra vocht. In totaal deden in het Maastricht UMC+, het Zuyderland MC, het Jeroen Bosch Ziekenhuis en het Radboudumc 252 vrouwen aan het onderzoek mee. Op het moment dat er 500 ml bloed werd verloren, werd geloot tussen het terughoudender of ruimer geven van vocht. In de terughoudende groep kreeg uiteindelijk 39 % van de vrouwen een fluxus, in de groep die ruimer vocht toegediend kreeg was dat 51 %. Omdat deze resultaten uiteindelijk net niet significant bleken, kan er geen voorkeur voor een bepaalde behandeling uitgesproken worden. Het laat het echter wel zien dat ruim vocht geven zeker niet de betere optie is. 'Gezien de mogelijke complicaties moeten we constateren dat de internationale richtlijnen van veel vochttoediening bij fluxus postpartum heroverwogen moeten worden naar meer terughoudendheid met infusiotherapie bij bevallingen', aldus onderzoeker Pim Schol.

Het onderzoeksartikel 'Restrictive versus liberal fluid resuscitation strategy, influence on blood loss and hemostatic parameters in mild obstetric hemorrhage: an open-label randomized controlled trial. (REFILL study)' werd op 25 juni 2021 gepubliceerd in het wetenschappelijke tijdschrift PlosOne, <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0253765>.



INTERCHANGE EN OK VISIE ZORGEN SAMEN VOOR LAAGDREMPELIGE INZET VAN OK-PROFESSIONALS

Mirte Lammers is 28 jaar en woont als Twents meisje sinds vorig jaar in Amsterdam. In 2015 is zij als verpleegkundige de opleiding tot operatieassistent gaan doen. Zij heeft in drie verschillende ziekenhuizen gewerkt en heeft dit als superleuk ervaren! Sinds maart is zij de mooie uitdaging begonnen bij Interchange en heeft zij het vak van operatieassistent achter zich gelaten. Ze kijkt terug op een geweldige en leerzame tijd.

Wat is je functie bij Interchange?

Ik ben consultant voor algemeen verpleegkundigen en daarnaast regel ik alles rondom het uitzenden en inzet van losse dagen. Het leuke hieraan is dat ik met alle functies te maken heb. Van apothekersassistenten tot operatieassistenten en alles ertussen. Ik begeleid het zorgpersoneel en adviseer hen in het extraatje of de switch die ze graag willen. Ik ben dan ook het aanspreekpunt voor alle zorgmedewerkers die het leuk vinden af en toe ergens anders te werken. Daar komt ook een stukje begeleiding bij kijken, want het is soms best spannend om deze stap te zetten. Samen komen we er wel en zorgen we voor een prettige en veilige werkplek.

Een onderdeel van de samenwerking met OK Visie is de uitrol van een dienstenportal met losse diensten voor OK-professionals, hoe gaat dat in z'n werk?

Wanneer je op de website van OK Visie komt, zie je op de homepage al de topdiensten staan. Dit is een klein gedeelte van de hele lijst van openstaande diensten die wij aanbieden. Mocht je deze lijst willen zien, dan kun je via de homepage naar de optie 'losse diensten'. Zie je hier een interessante dienst in jouw regio, dan kun je je makkelijk aanmelden door jouw naam en telefoonnummer achter te laten. Ik zal je dan binnen 24 uur terugbellen, zodat we samen kunnen doornemen waar jouw interesses liggen en wat de mogelijkheden zijn. Mocht je nog twijfelen, je kunt je vrijblijvend aanmelden.

Wat zijn de voordelen van de dienstenportal voor OK-professionals?

Het overzicht is heel duidelijk. Je hoeft geen uitgebreide persoonsgegevens achter te laten. Binnen 24 uur heb je contact met mij, en ik kan jou alles vertellen over de dienst. Dit is een laagdrempelige manier om eens wat meer informatie te ontvangen over de losse diensten.

Kom je in dienst bij Interchange als je diensten gaat invullen via de dienstenportal?

Wanneer je de dienst wilt invullen, gaan wij samen aan de slag met de informatie die wij nodig hebben. Je krijgt bij ons een nulurenuitzendovereenkomst. Dit is lekker laagdrempelig en jij werkt alleen wanneer jij daar zin in en tijd voor hebt.

Hoe kunnen ziekenhuizen die gebruik willen maken van de dienstenportal zich aanmelden?

Mocht je als ziekenhuis of kliniek interesse hebben, neem dan even contact op met Interchange. Wij weten als Interchange heel goed dat de markt op dit moment erg krap is, dus samen zullen we ervoor zorgen zo veel mogelijk openstaande diensten in te vullen.

Wanneer is de samenwerking met OK Visie voor Interchange een succes?

Wij zijn beide heel enthousiast, dat maakt het erg leuk om met dit project bezig te zijn. Door regelmatig met elkaar te overleggen over kleine aanpassingen of verbeteringen, proberen wij het proces zo aantrekkelijk en laagdrempelig mogelijk te maken. Martijn als anesthesiemedewerker en ik als operatieassistent nemen onze ervaring en kennis hierin mee. Af en toe komt er dan natuurlijk ook wat OK-humor voorbij, wat de samenwerking goed doet!

Tot slot dragen wij uit dat iedere zorgmedewerker ertoe doet, en wij vinden het heel belangrijk dat wij ons steentje kunnen bijdragen in de zorg. ■



Op zoek naar een losse dienst? Neem dan een kijkje op de dienstenportal.



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
- Snelgroeijende 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!

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



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



ONZE OK

Kliniek ViaSana

Door: Ingrid Hummel

Foto (incl. cover): Ivonne Zijp

Orthopedische chirurgie is hun passie, dus bij Kliniek ViaSana voelen Natasja Leermakers en Ellen Dirkx, beiden operatieassistent, zich als een vis in het water.

Natasja heeft in het Jeroen Bosch Ziekenhuis en in het Elizabeth-TweeSteden Ziekenhuis als vakspecialist orthopedie gewerkt, en werkt sinds 1 januari 2021 in ViaSana. Ellen begon haar opleiding 20 jaar geleden in het Máxima Medisch Centrum en werkt inmiddels al 13 jaar met veel plezier bij ViaSana.

ViaSana is een orthopedische kliniek. Hoe vinden jullie het dat je geen andere specialismen meer doet?

Binnen ViaSana is er genoeg uitdaging en afwisseling. We doen bijvoorbeeld heup-, knie- en schouderprotheses, revisie knie, allerlei scopische ingrepen, bandenreconstructies, voorste en achterste kruisbanden, en veel osteotomieën. Jaarlijks komen meer dan 13.000 nieuwe patiënten uit heel Nederland naar onze kliniek in Mill. Daarvan worden er meer dan 3.000 geopereerd. We hebben geen arts-assistenten, dus mogen we als operatieassistent veel doen: hechten, pees voorbereiden, assisteren bij alle ingrepen.

In de orthopedie zijn we heel dynamisch bezig met ons vak, heel technisch met veel instrumentarium. Je hebt veel gelegenheid tot meedenken en handelen.

We hebben dedicated teams voor de knie, heup, schouder, voet en osteotomie om nog meer kwaliteit te kunnen leveren.

Waarin onderscheidt ViaSana zich van 'gewone' ziekenhuizen?

Door de kleinschaligheid kunnen we goede zorg verlenen, we horen vaak terug van patiënten dat er een goede sfeer heerst.

Voor ons is het erg prettig werken, gemoe-

WIE: Natasja Leermakers en Ellen Dirkx

WAT: Operatieassistenten

WAAR: ViaSana

- Relevante medische gegevens en beeldmateriaal gezien?
- Zijn er kritische fasen tijdens de operatie? Zo ja welke en wanneer?

Anesthesie

- Type anesthesie?
- Anesthesieapparatuur gecontroleerd?
- Preoperatieve antibiotica toegediend?
- Stollingsstatus?
- Anesthesiologische bijzonderheden?

SIGN OUT

Compleet team

- Uitgevoerde ingreep?
- Gazen, disposables en instrumenten compleet?
- Postoperatieve bijzonderheden?
- Is de postoperatieve medicatie?
- Complicaties tijdens ingreep?

Natasja (li.) en Ellen (re.): We werken als een goed geoliede machine.



Kom werken op de OK van HMC!

Onze OK is uniek! Ja, we vallen graag met de deur in huis. Want we zijn trots op onze OK en de mensen die er werken. De vraag voor jou is natuurlijk 'waarom is de OK van HMC uniek?' HMC is een groot topklinisch ziekenhuis dat zowel een level 1 traumacentrum, een oncologisch centrum en een electief centrum is. Dit betekent dat wij onze OK-professionals met onze drie locaties ontzettend veel innovatie, variatie en diversiteit kunnen bieden. Zowel in patiëntencategorieën, specialismen en werkomgeving. En voor ieders ambitie is er voldoende ruimte!

Drie rollen, alle drie even belangrijk



Operatieassistent

"De grootte van ons ziekenhuis maakt het werk voor ons uitdagend. Het aanbod aan specialismen is enorm. Wat er op onze OK dagelijks binnenkomt is zo divers en bijzonder. Wij vinden het daarom top dat HMC ons allround opleidt en inzet, van laagcomplex tot grote trauma's en alles daar tussenin." – Mara en Nick, operatieassistenten bij HMC



Anesthesiemedewerker

"De OK van HMC is één grote leerschool. Als je bij ons werkt dan heb je later een goed gevulde rugzak als OK-professional én als mens! Je krijgt bij ons met zoveel culturen en ziektebeelden te maken, daar leer je elke dag van!" – Angelique, anesthesiemedewerker bij HMC



Recoveryverpleegkundige

"Wat het werk zo mooi maakt is dat écht geen enkele dag hetzelfde is en het werk zeer afwisselend is. Als ik de OK-lijst voor die dag zie dan weet ik vrij zeker dat de dag niet exact zo gaat lopen. Heerlijk vind ik dat." Kirsten, praktijkopleider en recovery verpleegkundige bij HMC



Werken bij HMC, geef je carrière een plus!

HMC is hét opleidingsziekenhuis van regio Haaglanden waar je écht de kans krijgt om intern door te groeien. Met drie ziekenhuislocaties en vrijwel alle medische specialismen aanwezig heb je als OK-professional bij HMC ontzettend veel mogelijkheden. Wij bieden jou een werkomgeving waar innovatie, werkplezier en diversiteit samenkomen. Een baan waar jij met jouw ambities nog jaren vooruit kunt! Een hecht team maakt jou direct wegwijs en zorgt ervoor dat jij je zeer snel thuis voelt bij ons. Voor je het weet ben je lekker aan het borrelen, shoppen in het grootste winkelcentrum van Nederland of misschien wel lekker op het strand met jouw nieuwe collega's. Vanuit HMC ben je er zo. Op onze OK ontstaan zelfs nieuwe vriendengroepen!



Kom jij ook werken op onze OK?

Solliciteer dan op één van bovenstaande rollen via werkenbijhmczorg.nl/ok of [OKvisie.nl](https://okvisie.nl). Of bel/app onze wervingsadviseur Michael Borst via **06 83 19 46 50**.

Geef je carrière een plus



delijk en iedereen kent elkaar, dus iedereen is ook op elkaar ingespeeld. We hebben een hoog werktempo, maar met de juiste mensen op de juiste plek is het een goed geoliede machine. De orthopeden spreken we gewoon met de voornaam aan en er heerst geen hiërarchie. Daarbij zijn de secundaire arbeidsvoorwaarden heel goed bij ViaSana. Zo krijgen we de hele reiskosten vergoed, hebben we twee keer per week vers fruit, op woensdag verse soep en op vrijdag is er de vrijmibo!!

En als klap op de vuurpijl: geen diensten, en de weekenden en feestdagen altijd vrij!

Gratis parkeren en altijd plek.

Ook is er een mogelijkheid tot allerlei opleidingen en bijscholingen. Bijvoorbeeld een röntgen-opleiding waarna je bevoegd bent om tijdens een operatie door te lichten.

Orthopedische ingrepen zijn fysiek best zwaar om bij te assisteren, is er extra aandacht voor ergonomie bij jullie?

Eens in de zoveel tijd komt een ergotherapeut tips geven, en als je wilt mag je naar het gratis inloopsprekkuur van de fysiotherapeut speciaal voor medewerkers van ViaSana.

Verder duren de ingrepen relatief kort, dus blijf je in beweging.

Wat was de invloed van de coronacrisis op jullie OK-programma?

We zijn drie weken dicht geweest tijdens de eerste golf, van hier zijn werknemers ingezet in verschillende ziekenhuizen en verpleeghuizen. Daarna zijn we voorzichtig weer opgestart met opereren, en langzaam hebben we dit uitgebreid. Daarna kon weer volop geopereerd worden omdat we hier geen IC en corona-afdeling hebben.

We hebben een aantal zaterdagen extra gewerkt met orthopeden uit een ander ziekenhuis om hun wachtlijst een beetje weg te werken.

Hebben jullie een eigen CSA in de kliniek?

We hebben een eigen CSA bij ViaSana, wat heel fijn werkt. Er kan snel geanticipeerd worden op

IEDEREEN IS HIER HEEL GOED OP ELKAAR INGESPEELD

allerlei situaties. Er heerst een prettige samenwerking met de CSA-medewerkers.

Daarnaast hebben wij meerdere logistiek medewerkers. Zij zetten de benodigdheden voor alle operaties klaar en zorgen dat alles weer aangevuld wordt. Ook zijn ze inzetbaar als opdekmedewerkers.

Elke OK heeft een eigen opdekruimte, waardoor je als operatieassistent ruim de tijd hebt om je voor te bereiden op het instrumenteren, en daardoor hebben we ook snelle wisseltijden. Ook is de logistiek medewerker de buitenomloop en vult deze onder andere de gebruikte protheses weer aan.

We hebben veel eigen sets in huis, en soms maken we gebruik van leeninstrumentarium.

Er zijn twee dagcoördinatoren die het overzicht bewaren en ervoor zorgen dat de dag op rolletjes loopt!

Welke complexe operaties doen jullie zoal?

ViaSana is gespecialiseerd in bandenreconstructies, bijvoorbeeld posterolaterale hoekreconstructies volgens La Prade. Ook zijn we gespecialiseerd in osteotomiën en combinatie-ingrepen van bandenreconstructie en osteotomiën.

Voor de osteotomiën komen er regelmatig gastorthopeden uit verschillende landen, zoals Japan, om deze operatietechniek te leren. Voor ons als operatieassistent zijn dit leuke ingrepen om te instrumenteren.

Bij nieuwe operaties worden wij goed van tevoren geïnformeerd over de operatietechniek.

Ook hebben we een informatie-groepsapp waarin veel gedeeld wordt met elkaar.

Werken jullie ook met robots op de OK?

Momenteel werken wij niet met robots, maar dankzij de korte lijnen kan ViaSana nieuwe technieken snel invoeren. Ook de ontwikkelingen rondom robotchirurgie worden goed in de gaten gehouden. Robots kunnen veel, maar hebben geen humor! Het is hier ontspannen en gezellig werken, met een muziekje op de achtergrond, en we zijn altijd op zoek naar leuke mensen om ons team te komen versterken! ■

WERKZAAMHEDEN, WAARDEN EN WENSEN VAN OPERATIEASSISTENTEN

De kwaliteit van zorg in Nederland staat onder steeds grotere druk door het oplopende personeelstekort. Dit tekort is het meest nijpend onder gespecialiseerde verpleegkundigen op high-careafdelingen. Operatieassistenten vormen hierin een knelpunt omdat ze moeilijk uitgewisseld kunnen worden met andere afdelingen door hun specifieke kennis en vaardigheden aan de operatietafel.

Pieter-Paul Vergroesen is aios orthopedie en heeft in het kader van zijn MBA-opleiding een thesis geschreven met als onderwerp de werkzaamheden, waarden en wensen van operatieassistenten. Binnen dit onderzoek wordt door middel van 'mixed-methods' gekeken wat de werkzaamheden van operatieassistenten precies zijn en hoe deze gewaardeerd worden door de operatieassistenten zelf. Dit met als doel om te kijken waar ruimte is voor taakherschikking.

Door: Ingrid Hummel

WAT WAS VOOR JOU DE AANLEIDING OM DIT ONDERWERP TE GAAN ONDERZOEKEN?

Recent heb ik een zorggerelateerde MBA afgerond aan het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, hiervoor moest ik een thesis schrijven op basis van een zelf uitgevoerd onderzoek. Ik heb toen gezocht naar een onderwerp dat op het snijvlak ligt tussen orthopedie en de organisatorische kant van zorg. Omdat bij het doen van onderzoek het ook belangrijk is dat je het onderwerp en de omgeving interessant vindt, bedacht ik dat ik dan op het operatiecomplex moest zijn, daar ben ik uiteindelijk toch het liefst. Op het operatiecomplex speelt het oplopende personeelstekort in alle verschillende ziekenhuizen waar ik voor mijn opleiding heb gewerkt, vandaar dat ik dacht: laat ik daar eens naar kijken. De keuze om me dan helemaal vast te bijten in de werkzaamheden van de operatieassistenten is deels persoonlijk, omdat je als snijdend specialist hier

mee het meeste samenwerkt, en ik ook wel eens wilde weten wat ze allemaal deden als ze niet bij mij aan tafel stonden.

JE BENT IN OPLEIDING TOT ORTHOPEDISCH CHIRURG, VANWAAR JE INTERESSE IN DE WERKZAAMHEDEN VAN OPERATIEASSISTENTEN?

Juist als aios kom je er al snel achter hoe essentieel operatieassistenten zijn omdat zij diegenen zijn die je in het begin wegwijs maken in de steriliteit, en even met je meekijken als jij de wond sluit en de chirurg de administratie alvast aan het doen is. Daarnaast zijn ze ook altijd heel laagdrempelig te benaderen als je operaties aan het voorbereiden bent, en even vraagt hoe zit dit eigenlijk precies, of welke voorkeur heeft deze chirurg voor deze stap. Daarnaast lijkt het mij oprecht ook echt een heel leuke en dynamische baan, met vanzelfsprekend heel leuke mensen. Hierdoor was het geen straf om ze dagenlang te volgen!

WAT HEB JE PRECIES ONDERZOCHT?

Mijn onderzoek bestaat uit drie pijlers:

1. Observaties van een hele werkdag van enkele operatieassistenten (totaal tien dagen).



Pieter-Paul: Ik wilde graag weten wat operatieassistenten allemaal doen als ze niet bij mij aan tafel staan.

2. Interviews met de geobserveerde operatie-assistenten, om na te gaan wat voor hen de kern is van hun vak en hoe dit beter georganiseerd zou kunnen worden.
3. Een vragenlijstonderzoek onder alle operatie-assistenten in twee topklinische ziekenhuizen om verder in de breedte de kernwaarden, wensen en fricties van operatie-assistenten uit te vragen.

De observaties lieten zien dat er een duidelijk verschil is tussen operatie-assistenten die op de OK staan en operatie-assistenten in de aflos. Deze laatsten zijn eigenlijk voornamelijk bezig met logistieke taken. Dit zijn deels taken waarvoor je heel specifieke kennis nodig hebt, maar toch ook voornamelijk 'loop'-werk. De reden dat de aflos hier relatief veel tijd mee bezig is, zijn de verschillende oorzaken in het logistieke traject: van het klaarzetten van alle benodigdheden voor de OK, waarbij veel verschillende dingen mis kunnen gaan, en chirurgen die de operatieaanvraag niet volledig invullen, tot logistiek medewerkers die dingen niet kunnen vinden. Hierdoor zijn er relatief veel ad-hoc zaken die geregeld moeten worden. De aflos is hiermee zo'n 35 % van de werkdag mee bezig, ten opzichte van maar 10 % 'aan tafel' staan, wat gezien wordt als de kern van het werk. De rest van de tijd gaat op aan omlopen, ontdekken, administratie en pauzes.

Als de kern van het werk wordt gezien het faciliteren van de chirurg, 'zorgen dat alles op het juiste moment in de hand van de chirurg belandt'. Als dit soepel loopt, dan hebben de operatie-assistenten een goede dag. De grootste frustraties zitten in het niet aanwezig zijn van benodigdheden, door gebrekkige communicatie met de inkoop, zichtzendingen of problemen met de sterilisatieafdeling. De afwisseling in het werk, inhoudelijk, qua team en qua werktijden, wordt als het meest positieve aspect van het vak gezien, maar hier staat wel ook wat druk op. De steeds verder uiteenlopende superspecialisatie maakt het lastig allround te blijven. Uit het onderzoek komt ook naar voren dat het OK-management weinig verbinding heeft met de werkvloer.

AF EN TOE INGEPLAND WORDEN ALS AFLOS WORDT OOK WEL ALS PRETTIG ERVAREN, VOORAL ONDER DE OPERATIEASSISTENTEN DIE FULLTIME

ALS AIOS KOM JE ER AL SNEL ACHTER HOE ESSENTIEEL OPERATIEASSISTENTEN ZIJN

WERKEN. DE HELE WEEK 'AAN TAFEL STAAN' IS FY-SIEK ZWAAR EN EEN AFLOSDAG KAN DAN VOOR WELKOME AFWISSELING ZORGEN. HEB JE DIT OOK GEHOORD?

Het de hele dag instrumenteren is inderdaad relatief zwaar, maar er is altijd de afwisseling tussen de instrumenterende en de omloop, dus je staat nooit de hele dag. Op zich is er tijdens het onderzoek niet gezegd dat het af en toe zijn van aflos onmisbaar is voor de afwisseling. Wel wordt dit moment door de specialismedeskundigen gebruikt voor het wegwerken van de administratie, hier moet dan op een ander moment ruimte voor gevonden of gemaakt worden.

IN ZBC'S ZIJN ER VAAK GEEN 'AFLOSSEN' BESCHIKBAAR, MAAR REGELEN DE OPERATIETEAMS HUN KOFFIE- EN ETENSPAUZES ZELF DOOR BIJVOORBEELD HET PROGRAMMA EVEN TE PAUZEREN. IS DEZE OPTIE OOK AAN BOD GEKOMEN IN JE ONDERZOEK?

Wat een goed idee! Ik heb deze optie niet onderzocht, maar dit is in de kern wel een deel van de uitkomst van mijn onderzoek. De operatie-assistenten vertellen dat ze graag als team functioneren, en daar kan dit goed aan bijdragen. Het is dan wederom essentieel dat alle middelen en materialen tijdig klaarstaan. Daarnaast zorgt acute zorg in ziekenhuizen ook voor extra druk op operatieprogramma's, waar deze patiënten last minute aan toegevoegd kunnen worden. Je zou dan de acute patiëntenstroom helemaal moeten scheiden van de reguliere operatieprogramma's om een ZBC-achtige workflow te krijgen. Maar zeker interessant om te kijken waar er over en weer wat van elkaar geleerd kan worden.

EEN VAN JE AANBEVELINGEN IS OM ASSISTENT-OPERATIEASSISTENTEN, LAGER GESCHOOLDE OPERATIEASSISTENTEN DIE OPGELEID ZIJN VOOR STERILITEIT EN OMLOPEN, IN TE ZETTEN VOOR LOGISTIEKE WERKZAAMHEDEN. DIT ZODAT ZIJ MEER AFFINITEIT MET



HET VAK ONTWIKKELEN. WORDT DEZE OPTIE VERDER ONDERZOCHT?

Op dit moment ligt mijn thesis bij het management van de operatieafdelingen in de twee onderzochte ziekenhuizen. Of deze optie hier ook gebruikt gaat worden, weet ik niet. Vaak gaat over dit soort organisatorische veranderingen veel tijd heen, helaas, maar ik ben het met je eens dat een verbinding tussen de logistiek van het klaarzetten en de binnenkant van de operatiekamers een belangrijke schakel is om de logistieke keten te verbeteren. Hier ligt ook echt nog een rol voor de chirurgen, o.a. in hoe nauwkeurig zij de operatieaanvragen doen. Ook de ICT-systemen kunnen hierbij nog meer gebruikt worden voor ondersteuning.

DENK JE DAT ER OOK EEN TAAKHerschikking MOGELIJK IS VOOR ANESTHESIEMEDEWERKERS?

Ik kan daar op basis van het huidige onderzoek geen uitspraken over doen, en ik heb te weinig affiniteit met het vak om daar op basis van gevoel iets zinnigs over te kunnen zeggen. Wel denk ik dat als je op dezelfde manier naar het werk van anesthesiemedewerkers kijkt, je waarschijnlijk ook wel duidelijke aanknopingspunten voor verbetering gaat zien.

KOMT ER NOG EEN VERVOLG OP DIT ONDERZOEK NAAR AANLEIDING VAN DE CONCLUSIES/AANBEVELINGEN?

Voor nu heb ik daar even geen tijd voor, maar ik denk dat ik dit in de toekomst nog wel weer op zou kunnen pakken.

Ik denk dat het huidige onderzoek ook gebruikt kan worden in de werving en selectie van mensen voor het mooie vak van operatie-assistent. Ik denk namelijk dat het hele vak wat onzichtbaar en daardoor onbekend is, maar er zitten zo veel mooie facetten aan. Hopelijk dat dit onderzoek daar ook een beetje licht op kan laten schijnen. ■

De studie 'De werkzaamheden, waarden en wensen van operatieassistenten in topklinische ziekenhuizen' lees je hier:



Opereren in een kinderziekenhuis

‘GEEN DAG EN PATIËNT IS HETZELFDE’

Een recht-toe-recht-aan appendectomie kom je er niet zo snel tegen. Net zo min als ‘straatjes’ met ASA I- of ASA II-patiënten bij wie je het programma er snel doorheen kunt werken. Dat maakt het werken in het Wilhelmina Kinderziekenhuis juist zo leuk. ‘Een laparotomie bij een kind van 700 gram is anders dan bij een adolescent. Geen dag en ingreep is hetzelfde!’

Door: Ingrid Hummel

‘**D**e mate van persoonlijke aanpak die hier wordt gebruikt, spreekt mij enorm aan. Alles is ingericht om het voor kind en ouders of begeleiders zo aangenaam mogelijk te maken. Door het hele ziekenhuis heen is nagedacht om het ziekenhuis een leuke en vrolijke uitstraling te geven, zodat je niet dat steriele ziekenhuisgevoel krijgt wanneer je binnenkomt. Zo hebben de verschillende afdelingen in het ziekenhuis benamingen van dieren. Zo zijn er de afdelingen Kameleon, Schildpad en Pelikaan. Overal zie je leuke tekeningen op de muren en ramen.

Onze afdeling heet Drome(n)daris, omdat de kindjes hier ook gaan dromen. Ook iedere operatiekamer heeft een eigen “thema”. Kindjes kunnen ook ervoor kiezen om met een coole auto of ander speelgoed-vervoermiddel naar de operatiekamer te rijden. Dit geeft alles toch, in hoeverre dat mogelijk is, een leuke sfeer’, vertelt Audrey.

Audrey Wouters is in maart 2018 begonnen aan de opleiding tot operatieassistent in het UMC Utrecht. Omdat ze het aan het einde van haar opleiding lastig vond een keuze te maken in welke ‘specialismeteams’ ze wilde gaan werken, heeft ze ervoor gekozen om te rouleren met het Wilhelmina Kinderziekenhuis. ‘Deze optie sprak mij heel erg aan omdat ik op deze manier wel alle specialismen kan blijven uitoefenen en dus breed opgeleid blijf. Ik werk nu sinds maart 2021 in het UMC Utrecht bij de neurochirurgie, de kaakchirurgie en de KNO-chirurgie, en in het Wilhelmina Kinderziekenhuis kan ik bij alle specialismen worden ingezet.’

PRINSES MÁXIMA CENTRUM

Het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ) werkt samen met het Prinses Máxima Centrum (PMC) voor kideroncologie. Het PMC heeft geen eigen operatiecomplex en personeel, en maakt gebruik van het complex van het WKZ. In het begin was dit vooral voor de algemene onco-chirurgie (van het plaatsen van een PAC tot neuroblastomen en grote hals-chirurgie), maar intussen is dit uitgebreid met onder andere de neurochirurgie en orthopedische chirurgie, zoals bijvoorbeeld tumorprotheses. In totaal zijn er negen operatiekamers in het WKZ waarvan een voor de obstetrie, een voor de cardiochirurgie, een voor het PMC en een voor de CT. Er wordt nu een nieuwe operatiekamer aangebouwd met een intra-operatieve MRI. Deze zal midden 2022 klaar zijn. Audrey: ‘De operaties van het Prinses Máxima Centrum zijn natuurlijk geen “leuk” werk, maar toch haal je hier voldoening uit omdat je weet dat je er alles aan doet om deze zieke kindjes te kunnen helpen. Zelf heb ik (nog) geen kinderen, dus ik kan nare dingen heel goed van mij afzetten aan het einde van de werkdag. Ik denk dat als je zelf kinderen hebt en je misschien dingen hebt meegemaakt bij je eigen kinderen, dat het soms best lastig kan zijn om gebeurtenissen op je werk niet mee naar huis te nemen.’

PEERSUPPORT

Dat bepaalde operaties bij kinderen een emotionele lading met zich meebrengen, beaamt ook Tannie Vis. Tannie werkt sinds 2016 als operatieassistent in het WKZ. ‘We werken hier met peersupport. Als er heftige situaties op OK hebben plaatsgevonden, wordt specifiek aan het team gevraagd of er nog begeleiding nodig is. Ik heb zelf drie kinderen, maar ik neem gelukkig niet alle zorgen mee naar huis. Op de OK ben ik meer bezig met de ingreep en de patiënt “beter” maken dan met het traject dat de patiënt na de operatie misschien nog moet afleggen. Dat geldt zeker voor de PMC-kinderen, ik vraag niet naar het traject dat nog moet komen. Als kinderen meerdere keren achter el-



Elisabeth: Wij leveren continu maatwerk aan onze patiënten.



Audrey: Voor ons als operatieassistenten is de emotionele druk minder dan bij de anesthesie.

kaar op de OK komen, dan realiseer ik me wel dat het traject voor hen niet eindigt na de OK.'

'Voor ons als operatieassistenten is de emotionele druk minder dan bij de anesthesie', vindt Audrey. 'Als wij bezig zijn slapen de kinderen en dan krijg je heel veel ook niet mee aan emoties van het kind en van de ouders/begeleiders. Echter, ook tijdens de ingreep kan iets gebeuren wat je als traumatisch kunt ervaren. Hier kun je zelf begeleiding in vragen, maar vaak word je daarvoor al benaderd door het peersupport-team.'

ANESTHESIE

De anesthesie is in een kinderziekenhuis ook net een ander verhaal. Elisabeth Hannewijk is anesthesiemedewerker en sedatiepraktijkspecialist, en vindt werken met kinderen iedere keer weer een uitdaging. 'Er zijn twee specifieke aandachtspunten voor het geven van anesthesie en sedatie bij kinderen: gewicht en leeftijd. Je berekent alles op deze twee factoren. Bij de sedatie bijvoorbeeld heeft een kind een veel hogere dosering propofol nodig dan een volwassene. Hierin heb je ook nog het verschil tussen een peuter en een puber, waarbij we bij de pubers nog hoger zitten wat de doseringen betreft. Daarnaast hebben we allemaal specifieke materialen voor kinderen en houd je een vochtbalans bij: 100 ml bloedverlies bij een tienjarige is van minder grote impact als bij een kind van een jaar. Je bent continu bezig met doseringen berekenen en maatwerk te leveren voor je patiënten.

We hebben bij de kinderen ook te maken met de verschillende syndromen, die ook van invloed kunnen zijn op de anesthesie. Qua materialen hebben we ook een grote variatie in soorten

en maten, denk aan hierbij aan kleine en grote beademingsslangen/-ballonnen, maar ook bijvoorbeeld verschillende soorten beademingsfilters.'

'Ik heb wel een beetje moeten wennen aan de tijd die de anesthesie soms nodig heeft', aldus Tannie. 'Er wordt met de kinderen niet gehaast, er is tijd om goede zorg te leveren zodat de kinderen geen slechte herinneringen aan de OK hebben en ze de best mogelijke zorg krijgen. Dat betekent dan soms dat we even moeten wachten.'

ouders

In het WKZ staat het kind samen met de ouders centraal. Vooral de anesthesioloog en anesthesiemedewerker spelen een rol in de begeleiding van de kinderen en de ouders. Elisabeth: 'Als anesthesiemedewerker halen wij vaak samen met de anesthesioloog de patiënt en ouder op van de holding. De afspraak is dat één persoon contact maakt met het kind en ook aanspreekpunt is, waardoor er voor het kind rust gecreëerd wordt in een nogal drukke en prikkelrijke omgeving. Vaak is er een verpleegkundige of pedagogisch medewerker mee, die het kind en vooral de ouder(s) begeleidt. Op de OK zeggen wij wat we gaan doen tegen het kind en de ouder(s), en nadat het kind slaapt neemt de verpleegkundige

WERKEN MET KINDEREN VERGT VEEL MEER CONCENTRATIE, AANDACHT EN AANPASSINGSVERMOGEN

Werk jij in het OK-complex en ben je toe aan een nieuwe uitdaging?

Ga aan de slag via TMI!

De voordelen van detacheren via TMI

- + Vast dienstverband, oproepbasis of zzp
- + Hoogste salarisgarantie
- + Gratis bemiddeling voor zzp'ers
- + Ook vacatures in Zwitserland en de Caribbean
- + Werkrooster in overleg
- + Bijscholing via TMI Academy
- + Persoonlijke benadering & coaching
- + Regelmatig uitjes en regioborrels

Enthousiast geworden? Solliciteer direct op één van onze openstaande vacatures.
Vragen of interesse in een persoonlijk gesprek? Neem dan vrijblijvend contact met ons op.



Tannie: Ik moest wel een beetje moeten wennen aan de tijd die de anesthesie soms nodig heeft.

of de pedagogisch medewerker de ouder(s) mee naar de wacht-ruimte. In dit korte tijdsbestek bouw je al een vertrouwensband op met zowel de ouder(s) als het kind, en maakt of breekt deze ook de communicatie. Het is een ontzettend belangrijk onderdeel van ons werk om goed en duidelijk te communiceren, zodat je het vertrouwen krijgt van kind en ouder(s).'

VERSCHILLEN

'Werken met kindjes vergt veel meer concentratie, aandacht en aanpassingsvermogen. De leeftijd, het gewicht en de ingreep hebben veel invloed bij het maken van je behandelplan. Bij ons is een briefing 's ochtends heel belangrijk, zodat de chirurg, de anesthesiemedewerkers en de operatieassistenten, en eventueel andere aanwezige disciplines, precies weten wat voor voorgeschiedenis het kindje heeft. Ook wordt besproken wat het plan van aanpak tijdens de ingreep zal zijn en welke problemen verwacht kunnen worden. We bespreken dan ook wat onze handelswijze zal worden bij het ontstaan van complicaties zodat iedereen snel kan anticiperen en zo veel mogelijk al in de operatiekamer aanwezig is in geval van nood', vertelt Audrey.

'Bij volwassenen heb je veel meer tijd wanneer er iets in de vitale functies verslechtert om het probleem vast te stellen en het "op te lossen". Bij kindjes heb je deze tijd niet, en gaat het supersnel van goed en stabiel naar slecht en kritiek.'

Wat het opereren met kinderen ook bijzonder maakt is de verscheidenheid aan instrumentarium. 'Instrumentarium wordt aangepast aan de grootte van de patiënt. Dat betekent bijvoorbeeld dat we niet één algemeen laparoscopienet hebben, maar drie verschillende maten. Hetzelfde geldt voor de cystoscopienetten. Ook iets simpels als de diathermieplaat wordt aangepast aan het gewicht. Het is namelijk nogal een uitdaging om een normale diathermieplaat op een kind van 700 gram te plakken', lacht Tannie. 'Veel disposables zijn ook nog niet in kindermaten verkrijgbaar, dus we gebruiken relatief veel reusables vergeleken met bijvoorbeeld het UMCU.

Denk bijvoorbeeld aan de trocars bij een laparoscopie', vult Audrey aan.

TEMPERATUUR

Nog een specifiek aandachtspunt voor het werken met kinderen op de OK is het temperatuurmanagement. Audrey: 'Baby's en kleine kinderen zijn heel erg gevoelig voor afkoelen, een baby kan niet rillen. Deze functie komt pas na drie maanden op gang. Om afkoeling te voorkomen moeten extra maatregelen worden getroffen, zoals een muts, Bairhugger, infuusverwarmer, warme moltons en het verhogen van de OK-temperatuur (afhankelijk van het gewicht van het kind). De temperatuur op de OK wordt in principe door het anesthesieteam bepaald. Hierbij wordt goed gekeken naar een goede balans tussen de gewenste temperatuur voor het kind en de gewenste temperatuur voor het OK-team, dat steriel staat met soms ook nog loodschorten aan. Als er echt kleine kinderen komen, kan de temperatuur op OK wel oplopen tot 27 graden.'

INGREPEN VOOR VOLWASSENEN

'Ingrepen die je in het WKZ niet tegenkomt, zijn de grote trauma's, grote transplantatie/transpositieoperaties en bypassoperaties van de neurochirurgie. Maar we opereren in het WKZ ook geregeld zeventien- en achttienjarige patiënten, en we hebben natuurlijk ook de obstetrie erbij', vertelt Elisabeth. 'Klopt', zegt Audrey. 'Zo is het bij een sectio met een placenta increta, accreta of percreta (placenta die is doorgegroeid in/door de baarmoederwand) voor de moeder van belang om in het UMCU geopereerd te worden. Wij gaan dan naar het OK-complex in het UMCU en doen daar deze ingreep met behulp van een derde operatieassistent vanuit het UMCU die urologische expertise heeft.'

'Ik mis op dit moment echt niks in mijn werk', besluit Elisabeth. Tannie sluit zich daarbij aan: 'Ik sta veel op de cardiochirurgie gepland, dat vind ik heerlijk om te doen. Van ventrikelseptumdefecten en AP-shunts tot aortaboogreconstructies en Norwoods, ik zie daar echt een uitdaging in. Als ik dan de volgende dag op een programma sta met minder complexe ingrepen, vind ik dat ook weer lekker. Voor mij is deze werkplek ideaal' ■



Najaarscongres NVLO gaat over veiligheid op de werkvloer

Marianne van der Jagt heeft binnen het bestuur van de NVLO het najaarscongres in haar portefeuille. Ze is naast haar werk druk met de voorbereiding van het uitgestelde najaarscongres, dat voor dit jaar gepland staat in november. In OK Visie ligt ze alvast een tipje van de sluier op.

Door: Enno de Witt

Van der Jagt rondde in 1993 de opleiding tot operatieassistent af in het oude Rotterdamse Zuider Ziekenhuis en stapte vrij snel in het bestuur van de Landelijke Vereniging Operatieassistenten (LVO). 'Dat hoort bij mij', zegt ze daarover. 'Ik ben altijd op zoek naar nieuwe uitdagingen, en die vond ik hier. Binnen het bestuur kon ik zorgen voor extra verdieping en veel kennis opdoen.'

Toch maakte ze kort daarna een uitstapje buiten de zorg. Ze ging als vertegenwoordiger aan de slag in het bedrijfsleven, en ontdekte al snel dat ze in die functie niet vond wat ze zocht, mede doordat het product dat ze verkocht niet

erg onderscheidend was. Ze keerde als dagcoördinator terug op de OK en is nu clustermanager OK/CSA, opnameplanning, POS/pijnpoli en transferafdeling bij Ikazia. Een verzameling van afdelingen die niet ongewoon is, met uitzondering van de transferafdeling, die bij het ontslag van patiënten de benodigde zorg regelt, thuiszorg of verpleeg- of verzorgingstehuis, wanneer de patiënt niet zelfstandig naar huis.

Ondanks dat deze afdeling redelijk los staat van de rest, is ze blij met de verantwoordelijkheid hiervoor, omdat het haar horizon verruimt: 'Het heeft niet zozeer met de OK te maken, maar veel meer met de kliniek. In de regio Rotterdam gebeurt erg veel op dit gebied, in een regionaal project waarbinnen samenwerkt wordt met de Rotterdamse Ziekenhuizen en de VVT om de doorstroom verder te optimaliseren.'

In 2018 trad ze toe tot het bestuur van de NVLO: 'Het kriebelde weer, en dus ging ik op zoek naar extra dynamiek naast het werk. Ik had de behoefte aan verdere verdieping binnen de beroepsgroep. Ik was al een vaste bezoeker van de congressen, sprak daar met bestuursleden en wist dat deze portefeuille vrij zou komen.'

Van der Jagt heeft geen opleiding of achtergrond in de organisatie van congressen, maar dat hoeft ook niet. Facilitair, dat wil zeggen puur praktisch, wordt ze ondersteund door een congresbureau, waarop ze altijd kan bouwen. 'In 2018 draaide ik mee met het vertrekkende bestuurslid, in 2019 organiseerde ik voor het eerst zelf het congres, met als onderwerp Mindful leiderschap, niets is wat het lijkt. Ik ben zelf niet zo mindful, maar op sociale media kwamen veel mindfulgerelateerde onderwerpen voorbij, wat me inspireerde. Mindful leiderschap is met meer regie en kracht in het leiderschap te staan, in plaats van continu door de agenda te worden geleefd. Erg leerzaam, maar dan nog toepassen.'

We hebben onder andere Wibo Koole uitgenodigd, hij heeft boeken geschreven over mindful leiderschap. Ik had van tevo-



ren wel met hem besproken dat het niet te zweverig mocht worden, dat zou niet bij onze leden passen – al heeft hij wel nog even zijn momentje gepakt. We kregen na afloop veel positieve reacties, gelukkig maar, want ik vond het best spannend. Net zoals het bijzonder was te ervaren hoe anders je op een congres zit als je geen bezoeker bent maar organisator. Het bureau heeft ons waar het maar kon ontzorgd, maar in mijn hoofd was ik toch continu bezig met komen de sprekers wel op tijd, sluit hun presentatie aan bij de verwachtingen en hoe reageren de bezoekers. We hebben overwegend positieve reacties gekregen, en het aantal kleine aandachtspunten nemen we mee bij de organisatie van het volgende congres. Netwerken is een belangrijk onderdeel van het congres, voor zowel de bestuursleden, de deelnemers als de mensen van de industrie.

Zelf ga ik op zoek naar sprekers en stem met ze af wat zij voor input kunnen leveren, en of dat aansluit bij de behoeften. Ook het congresbureau kan hierin meedenken, zeker vanuit hun brede ervaring. De officiële afspraken en de verdere afhandeling verlopen via het congresbureau.

Toen kwam Covid-19 en werd het congres afgelast. We hadden nog even de hoop dat het toch gewoon kon doorgaan, maar nee. Het was helemaal van de baan. Ik heb toen zelf ook weer alle sprekers benaderd. Ze hebben gelukkig toegezegd in november te komen, op één na, die echt niet kan. Iedereen had begrip voor de situatie.'

Na een online webinar, waarbij Van der Jagt niet betrokken was, gaat het nu op naar november. 'Normaal is het najaarscongres in september, maar we wilden dit keer echt weer een livebijeenkomst, juist omdat we het sociale aspect zo belangrijk vinden. Ook de bezoekers willen dat. Door het te verplaatsen vergroten we de kans dat het gewoon door kan gaan, maar het kan natuurlijk alsnog twee kanten op.'

Bij het congres hoort een logo dat weergeeft waar het over gaat. 'Een levendig web van verbindingen tussen mensen op de OK,' legt Van der Jagt uit, 'waarbij gedrag, cultuur en communicatie een grote rol spelen en waarin de leidinggevende een centrale plaats heeft. Een dynamische chaos of een complexe situatie – in ieder geval energiek en constant in beweging. Hoe ga jij hier als leidinggevende mee om?'

Thema van het congres is Gedrag, Communicatie en Cultuur. 'De afgelopen jaren zijn we veel bezig geweest met de veiligheid op de OK. De focus lag op praktische zaken, er werden allerlei checklists ontwikkeld. De cultuur op de werkvloer bleef daarbij onderbelicht, terwijl het heel belangrijk is dat daar veilig met elkaar kan worden gecommuniceerd. Er is ook op de OK's aandacht voor crew resource management (CRM), maar daar heb je weinig aan als je niet goed met elkaar kunt praten. Je kunt wel roepen dat je het zo goed en leuk met elkaar hebt, maar als dan

puntje bij paaltje komt en mensen durven niets te zeggen, ben je ver van huis.'

Er zijn ook artsen betrokken bij het congres, zegt Van der Jagt, omdat zij ook een belangrijke partij zijn in de communicatie op de OK. 'Het is een samenspel tussen medisch personeel en artsen, en dat kan veel beter. Een te strakke hiërarchie kan zorgen voor een angstcultuur. We reflecteren ook op de positie van leidinggevende. We komen amper nog op de operatiekamers zelf, maar spelen wel een rol bij het veilig maken van de werkvloer. Dus wordt ook belicht wat wij daar zelf aan kunnen bijdragen. Ik denk dat het belangrijk is dat wij het goede voorbeeld geven, en dat er openheid is, ook vanuit het management.'

Een streven is ook mensen van buiten de specifieke doelgroep naar het congres te halen, zegt Van der Jagt: 'Die zijn vanuit hun achtergrond soms ongelooflijk verbaasd over de cultuur op een OK. De inspectie heeft het vaak over veiligheid in de zorg, en zij zijn ook uitgenodigd om dit vanuit hun perspectief te belichten.'

Ze denkt niet dat de oplossing moet worden gezocht in nog meer protocollen: 'Dan voelen medewerkers zich nog meer in een keurslijf gedwongen. Afspraken rondom gedrag zijn beter, zolang het maar geen geboden worden. We moeten het met elkaar doen.'

Het NVLO Jaarcongres 2021 wordt gehouden op 25 en 26 november in Van der Valk in Tiel. Naast een gevarieerd en inspirerend programma is er volop ruimte voor ontmoetingen, en uiteraard een heerlijk diner met aansluitend feest. In september wordt het programma gepubliceerd en opent de inschrijving. Als je op de hoogte gehouden wilt worden over het NVLO Jaarcongres 2021, meld je dan aan voor de NVLO-nieuwsbrief op <https://www.nvlo.nl/>. ■



‘EEN KLEIN MENS IS HEEL DELICAAT’

Zorg mogen leveren aan de allerkleinsten is het mooiste wat er is volgens dr. Peter Woerdeman, kinderneurochirurg in het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht. Dr. Woerdeman werkt vier dagen in de week in het UMCU/WKZ en Prinses Máxima Centrum. Daarnaast is hij betrokken bij het onderwijs aan de aiossen neurochirurgie en, alsof dat nog niet genoeg is, werkt hij een dag in de week in het Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede.

Door: Ingrid Hummel

Hoe bent u in dit vak terechtgekomen?

Na het afronden van mijn coschappen geneeskunde ben ik in 2001 als arts-assistent gaan werken op de afdeling Neurochirurgie in het UMC Utrecht. De colleges van professor Tulleken en zijn passievolle fascinatie voor en uitvoering van het vak enthousiasmeerden mij destijds zodanig, dat ik mij stortte op het specialisme waarin ik nu werkzaam ben, de neurochirurgie. Dat ik arts wilde worden, heeft alles te maken gehad met het werk van mijn opa. Hij was huisarts-oude-stijl in Valkenswaard. Altijd bezig en in de weer met de zorg voor zijn patiënten. Mijn opa was heel praktisch ingesteld en deed veel (kleine) operatieve ingrepen zelf. Ik vond het als jong mannetje prachtig in de praktijk in Valkenswaard ...

Tijdens mijn studie wist ik al gauw dat ik een chirurgisch vak zou gaan kiezen. Tijdens de coschappen zag ik hoe bijzonder het is om in het domein van het centrale zenuwstelsel en zijn uitlopers te mogen werken; aandoeningen van dit domein hebben enorme impact op het ‘zijn en functioneren’ van mensen. Om hier iets aan te mogen en te kunnen doen, geeft een enorm gevoel van zingeving. Ik stapte dus

binnen in een vakgebied waar het ontwikkelproces continu uitdagend is: op het gebied van zelf opgeleid worden, je precisievaardigheden eigen maken, innoveren van technieken, met mensen omgaan wier leven ineens heel onzeker wordt en de nieuwe generatie neurochirurgen opleiden. En dit alles binnen een intrinsiek ontzettend geëngageerd team neurochirurgen, collega-specialisten, verpleegkundigen en operatiekamer medewerkers.

Wat was uw motivatie om kinderneurochirurg te worden?

Gedurende de opleiding, en die duurde wel een tijdje vanwege de combinatie opleiding/promotieonderzoek, kwam ik in contact met alle subspecialismen binnen de neurochirurgie. Dr. Patrick Hanlo, kinderneurochirurg, die ons helaas veel te vroeg is overleden, nam me vaak op sleeptouw in het WKZ. Daar ervoer ik hoe mooi de zorg voor de allerkleinsten is, ook op het gebied van de neurochirurgie. In 2012, een jaar na mijn opleiding, heb ik een intensief fellowship kinderneurochirurgie gedaan in Vancouver, Canada, en genoot ik steeds meer van het vak. En ik kreeg er ook steeds meer grip op!

In vaak maar al te korte tijd het vertrouwen verkrijgen van ouders, die hun dierbaarste bezit ‘afgeven’ om geholpen te worden aan delicate aandoeningen, vraagt een professionele omgeving waar het vertrouwen heerst om deze altijd uitdagende zorg zo goed mogelijk te kunnen leveren. Het vraagt ook om zelf een zeker en veilig gevoel te hebben en het vertrouwen te



Dr. Woerdeman op de OK UMC-AZU.



Dr. Woerdeman op de OK UMC-WKZ.

ervaren van je werkomgeving. En dat is zo, en in het bijzonder op het OK-complex in het WKZ/UMCU.

Hoe ziet een gemiddelde werkweek er voor u uit?

Vier dagen in de week werk ik in het UMCU/WKZ en Prinses Máxima Centrum. Deze ziekenhuizen zijn allemaal aan elkaar verbonden. Ik loop dus best wel veel op en neer tussen de verschillende centra om polikliniek of operaties te doen. Verder houd ik me bezig met onderwijs en opleiding van met name de aiossen neurochirurgie en geeft ik wat les aan studenten. Onderzoek doe ik ook, maar in iets mindere mate. Een leuk project is het ontwikkelen van een predictiemodel voor revisieoperaties bij patiënten (ook kinderen) die een schedelimplantaat hebben moeten krijgen. En onderzoek naar de uitkomsten van behandelingen bij neonaten die een waterhoofd ontwikkelen net na hun geboorte. Al dit soort projecten doen we trouwens altijd in teamverband. Net als operaties, die doe je nooit alleen! Naast het werk overdag zijn er ook de avond-, nacht- en weekenddiensten. De diensten zijn best druk en inspannend, en bestaan met name uit acute neurochirurgische problematiek, zoals het behandelen van neurotrauma, inklemmingsbeelden als gevolg van verschillende ziektes, acute ruggenmergproblematiek enzovoorts.

O, en één dag in de week werk ik in het ZGV Ede. Daar behandel ik met name patiënten met degeneratieve rugproblemen en perifere neuropathieën.

Welke ingrepen verricht u zoal?

Ik behandel dus zowel algemene neurochirurgische ziektebeelden als kinder-neurochirurgische ziektebeelden. In het AZU de volwassenen met neurochirurgische ziektebeelden (van ACDF tot tumor craniotomieën) en in het WKZ de kinderen met congenitale aandoeningen, hydrocephalus, trauma, infecties enzovoorts.

In het Prinses Máxima Centrum ben ik onderdeel van het team dat zich bezighoudt met de behandeling van kindertumoren van met name het centrale zenuwstelsel. Als chirurg houd ik me met name bezig met de operaties binnen het behandelprogramma van kinderen met neuro-oncologische aandoeningen.

Welke ingreep vindt u het leukst om uit te voeren?

Oef, dat is een lastige. Zoals je ziet ben ik best hybride in mijn werkzaamheden en vind ik dus het brede palet van de neurochirurgie leuk. Maar goed, als ik dan toch moet kiezen, de behandelingen van kinderen met aandoeningen in de achterste schedelgroeve en aan de craniocervicale overgang scoren wel heel erg hoog! Ook vind ik opereren aan verschil-

Aan de slag op het vernieuwde operatiecomplex van Ziekenhuis Gelderse Vallei!

Wist je dat het operatiecomplex in Ziekenhuis Gelderse Vallei onlangs is vernieuwd? Het operatiecomplex bestaat uit 10 operatiekamers, waar jaarlijks 14.000 operaties worden uitgevoerd! We werken met de nieuwste apparatuur en zijn trots op ons werk. Voor bijna alle (uitgezonderd cardio en grote neurochirurgie) specialismen worden operaties uitgevoerd. Binnen onze OK wordt gewerkt met een ploeg van diverse professionals die op een prettige en informatieve manier samenwerken.

In Ziekenhuis Gelderse Vallei bieden we gezondheidswinst voor de patiënten en inwoners van onze regio met voeding, bewegen en slaap als basis van onze zorg en kennis. Ook vakinhoudelijke ontwikkeling staat centraal in ons ziekenhuis en stimuleren we onze medewerkers om te groeien in hun vak. Kortom, wil jij werken in een ziekenhuis en op een afdeling waar gewerkt wordt met de nieuwste apparatuur, je kan zijn wie je bent maar er ook oog voor detail is? Dan is werken bij het operatiecomplex van Ziekenhuis Gelderse Vallei iets voor jou!



Wil je eerst meer weten over het werken op onze OK?

Neeemt dan contact op met Michel Kremer (afdelingsmanager OK Chirurgie) via 0318 435646 of met Marianne van Dongen (afdelingsmanager OK Anesthesie en Pijncentrum) via 0318 435603.

Aan de slag als operatieassistent

Wil jij als operatieassistent aan de slag in ons ziekenhuis? Dan krijg je een afwisselende baan waar je in aanraking komt met de verschillende facetten van je vakgebied. Binnen de functie krijg je veel verantwoordelijkheid en zelfstandigheid, maar is er ook ruimte en aandacht voor opleiding en bijscholing. Als ziekenhuis hebben we veel expertise in de lage darmchirurgie. Vanwege Sports Valley, het sportmedisch expertisecentrum van Ziekenhuis Gelderse Vallei zijn we ook actief op het gebied van orthopedische ingrepen, ook bij topsporters. Heb jij net een afgeronde opleiding NVZ/CZO of BMH operatieassistent of wil jij de switch maken naar een regionaal ziekenhuis?

Aan de slag als anesthesiemedewerker

Het bewaken van rust en op het gemak stellen van een patiënt die een operatie ondergaat, dat is werken als anesthesiemedewerker. In nauwe samenwerking met de anesthesioloog, begeleid en verzorg je de patiënten in de pre-, per- en postoperatieve fase. Afhankelijk van de anesthesietechniek bewaak en ondersteun je de vitale lichaamsfuncties van de patiënt of neem je deze over. Geen dag is hetzelfde in Ziekenhuis Gelderse Vallei, dat maakt dit werk juist leuk! Beschik je over een afgeronde opleiding NVZ/CZO en ben je toe aan een nieuwe uitdaging?

Ben jij enthousiast geworden en heb je interesse in één van bovenstaande functies? Solliciteer dan via www.werkenbijgeldersevallei.nl

OPERATING ROOM PROGRAM

EEN VEILIGE OMGEVING CREËREN VOOR UW OK's

HET INFECTIEPREVENTIEPROGRAMMA DAT MANUELE EN AUTONOME DESINFECTIE COMBINEERT

Ecolab heeft, in samenwerking met UVD Robots en Blue Ocean Robotics, desinfecterende UV-C bestralings-equipment geïntegreerd in het Healthcare Premium Operating Room Program. Het Premium Programma van Ecolab is ontworpen om het risico en de last van zorginfecties te helpen verminderen, de veiligheid van zowel patiënten als personeel te verbeteren en de operationele efficiëntie te verhogen. En dit dankzij een combinatie van de juiste doeltreffende producten aangevuld met moderne technologie.

WERKEN ZONDER MANUELE HERPOSITIONERING

De autonome UVD Robot is ontworpen om de uitdagingen van schaduwwerking en manuele herpositionering te overwinnen, die tot nu toe de toepassing van UV-C desinfectie in de routinepraktijk van de gezondheidszorg belemmerden.

De autonome werking van de UVD Robot bespaart tijd voor het personeel en vermindert de arbeidskost* van het herpositioneren, waardoor de zorgprofessionals tijd kunnen besteden aan andere belangrijke taken.

Het Ecolab Team staat tot uw dienst om u te helpen met advies en begeleiding voor bestaande infectiepreventie processen en met het identificeren van verbeteringsmogelijkheden om de veiligheid van patiënten en personeel te verhogen. Voor meer informatie, of voor het aanvragen van een test van de UVD Robot, kan u ons contacteren via onze Sales Support:

TEL +32 (0)2 467 84 01

EMAIL: mia.leemans@ecolab.com

ECOLAB HEALTHCARE NEDERLAND

Oude Rhijnhofweg 17
2342 BB Oegstgeest
Nederland
Tel. +31 (0)71 524 1200



*UVD Robots Financial Benefits Overview Brochure, 2020

ECOLAB

UVD
ROBOTS

www.ecolab.com

HET IS VAAK JUIST DE WEG NAAR EEN OPERATIE TOE DIE IK ALS STRESSVOL ERVAAR

lende soorten van sluitingsdefecten (hoofd en wervelkolom) ontzettend leuk.

Zijn er patiënten die u extra zijn bijgebleven?

Die zijn er zeker. Ik zal niet in details treden, maar er zijn een paar patiënten die ik altijd zal onthouden, gezien de hevigheid van het ziektebeeld, het overlijden op de OK of het acuut moeten behandelen van mensen die (heel) dicht bij je privéleven staan. Bij deze patiënten ervaar je heel direct hoe kwetsbaar het leven is.

Wat ervaart u als het meest stressvolle van uw werk?

Eigenlijk is dat nooit het behandelen of het opereren van de patiënt zelf. Het is de weg daarnaartoe, die soms best heel stressvol is.

Na het stellen van de behandelindicatie is de organisatie om een patiënt te gaan behandelen soms ongewenst langdurig. De wachttijden waren voor Covid al aan de ruime kant, nu met Covid is dat alleen maar erger geworden en heb je regelmatig te maken met teleurstelling of frustratie van de patiënt. De wetenschap van schaarste aan zorgpersoneel en operatiemogelijkheden is dan best stressvol. Acute spoedbehandeling is eigenlijk altijd wel te doen ... dan wordt desnoods ingebroken in electieve OK-programma's. Helaas geven afgevallen patiënten dan weer stress vanwege de noodzaak om de operatie te herplannen.

Ik kan me voorstellen dat uw vak emotioneel zwaar kan zijn, hoe ontlaadt u na een dag werken?

Ik denk dat dat niet heel anders is dan wat veel mensen na hun werk doen. Naar huis, met de familie eten en elkaars dag bespreken. Verder vind ik het fijn om in de tuin te werken (snoeien!), te lezen, soms een wandeling of een rondje op de fiets. De laatste tijd vind ik ook ontspanning in naoorlogse kunst en bezoek aan musea.

Naast de drukte van het dagelijks leven, is het werk heel soms dusdanig emotioneel zwaar dat het fijn is om met een collega



Dr. Woerdeman op de OK ZGV Ede.

van de afdeling of van peer support te kunnen praten. In dat soort gesprekken zit toch ook wel ontlasting.

Wat vindt u het grootste verschil tussen 'volwassen' chirurgie en kinderchirurgie?

Buiten de OK zijn dat 'de ouders' vooral. Op de OK zijn het de soort aandoeningen en het (huid-/bot-/brein)weefsel zelf. De kleine mens is delicaat, tissue handling moet vaak wat subtieler en het circulerend bloedvolume is lager (dus bloedverlies is vaak nijpend).

Hoe ervaart u de samenwerking met de operatieassistenten en anesthesiemedewerkers?

Ik ben heel blij met de samenwerking op de OK: heel professioneel, aardig en goed! En ik merk dat iedereen tegenwoordig heel oplossingsgericht is, ook bij drukte en tegenslag. Aan het einde van de dag, of nacht, is het altijd maar weer gedaan: bedankt team OK! ■

NEDERLAND VERSUS BELGIË: WEL OF GEEN ANESTHESIEMEDEWERKER IN DE OPERATIEKAMER?

Wie in België een operatiekamer binnenloopt, zal misschien op het eerste gezicht niets opvallen. Het operatieteam is even groot als in de Nederlandse ziekenhuizen, maar de taken liggen heel anders. Bij onze zuiderburen bestaat de functie van anesthesiemedewerker niet. In principe staat in iedere zaal een anesthesist. De omloop doet wat assisterend werk. In België is er wel een opleiding voor anesthesieassistent, maar het is geen erkende functie. Het systeem is dus heel anders. Wat vinden operatieverpleegkundigen en anesthesisten van deze verschillen? En zou er niet wat meer eenheid moeten zijn? 'Ze zeggen wel: als je in Nederland de opleiding voor anesthesiemedewerker doet, dan ben je eigenlijk al een halve anesthesist.' Maar is dat ook wenselijk?

Door: Leendert Douma



In Nederland wordt gewerkt volgens het 'twee-tafelsysteem' of het 'twee-zalen-systeem', waarbij er voor twee operatiekamers één anesthesist beschikbaar is. Ooit was dit in België ook zo, er was soms zelfs sprake van een drie-zalensysteem, maar dat is al lang verleden tijd. Inmiddels beschikt elke operatiekamer over een eigen anesthesioloog of arts-assistent anesthesiologie. Er zijn geen tekenen dat dit zal veranderen in een situatie zoals in Nederland, legt Peter De Gang uit. De Gang is Verpleegkundig Afdelingshoofd PAZA bij Ziekenhuis Netwerk Antwerpen en voorzitter van de Vereniging van Vlaamse Operatieverpleegkundigen (VVOV). 'De wet zegt dat er overal een anesthesist of arts-assistent aanwezig moet zijn. Een verpleegkundige mag wel bepaalde gedelegeerde handelingen doen, maar altijd onder toezicht. Er moet auditief en visueel contact zijn.' Het gebeurt overigens wel dat operatieverpleegkundigen zelfstandig op zaal staan, zegt De Gang.

NORMERING

Personeel op de OK moet in Vlaanderen een afgeronde opleiding tot verpleegkundige hebben. Daarna kunnen ze een zogenaamde banaba (bachelor na bachelor) doen voor de beroepstitel perioperatieve verpleegkundige, maar die heeft weer een

andere status dan die voor de spoedeisende hulp of de IC. Peter De Gang: 'Onze opleiding is als zodanig wel erkend, maar de beroepstitel is niet genormeerd. Op de spoed en de IC moet 75 procent van de medewerkers een beroepstitel hebben. Voor de OK is zo'n norm er niet.' Dat komt misschien door een betere lobby van de spoedartsen? Of een andere status van de spoedzorg omdat mensen graag naar ER of andere tv-series over de SEH kijken? Het zou al heel wat schelen als er tijdens de verpleegkundige opleiding – die van drie naar vier jaar is gegaan – meer ruimte is voor de specialisatie OK, zegt de VVOV-voorzitter. 'Dan zijn mensen ook eerder inzetbaar.'

TAAKVERDELING

Hoe bij onze zuiderburen dan de gang van zaken op de werkvloer is? 'Globaal gezien bestaat een operatieteam uit dezelfde personen als in Nederland', zegt De Gang. Alleen is de taakverdeling anders. De omloopverpleegkundige start bij de anesthesie. Hij of zij assisteert bij de inductie in de functie van anesthesieverpleegkundige. Als de patiënt stabiel is, gaat hij of zij verder met de omlooptaken voor chirurgie. Als er een instrumenterende verpleegkundige in de zaal is – wat niet bij elke ingreep nodig is – dan start die alvast een aantal voorbereidingen en gaat dan scrubben en aan tafel. Vooral in kleinere ziekenhuizen of bij kleinere ingrepen is er maar één verpleegkundige per zaal. Of er is een arts-assistent die meehelpt bij het instrumenterende of assiterende werk. Het vervoer van de patiënt en de overdracht aan bijvoorbeeld de recovery is de taak van de anesthesist, met hulp van de omloopverpleegkundige. De anesthesist blijft dan de eindverantwoordelijke.'

MENTALITEIT

Maar in een academisch ziekenhuis gaat het wat anders, vertelt anesthesioloog Matthijs Vogels. Vogels is opgeleid in het UMCG in Groningen en doet nu een fellowship kinderanesthesiologie in België (UZ Leuven) en het Radboudumc in Nijmegen. 'In Leuven heeft één anesthesioloog de supervisie over vier zalen, waarbij op elke OK een arts-assistent staat.' Dat er geen anesthesiemedewerker tot zijn beschikking stond, maar een



MAAK VAN UW OK EEN ROOKVRIJE WERKPLEK

Ook tijdens
Laparoscopische ingrepen



BESTELINFORMATIE:

Valleylab™ Laparoscopisch rookafvoersysteem

Code: SEL7010

Verpakt per: 10

Ontdek het gebruiksgemak
via deze instructievideo en
zie hoe de SEL7010 uw
OK-team beschermt.



[medtronic.com](https://www.medtronic.com)

© 2021 Medtronic. All rights reserved. Medtronic, Medtronic logo and Further, Together are trademarks of Medtronic.™* Third party brands are trademarks of their respective owners. All other brands are trademarks of a Medtronic company.

Medtronic
Further, Together

omloop, was in het begin wel even wennen. Matthijs Vogels: 'In Nederland word je opgeleid met een anesthesiemedewerker aan je zijde. Als die heel ervaren is, kun je daar veel steun aan hebben. Er worden dingen klaargelegd en aangegeven. In België moet je alles zelf doen. Klussen als de beademingsmachine controleren en medicatie optrekken voor de hele dag, en dan moet je ook nog op de patiënten letten.' Het verschilt per omloop hoe die anesthesieassistentie verleent, heeft Vogels gemerkt. 'Je moet vaak expliciet zeggen wat je wilt.' Bovendien zijn de kennis over en ervaring met anesthesie bij kinderen soms niet zo groot als die bij volwassenen. In Leuven worden kinderen daarom op zaal ingeleid door de arts-assistent en de supervisor-anesthesioloog gezamenlijk, vertelt Vogels. 'Eigenlijk is het wel harder werken in België, vind ik, maar daar leer je ontzettend veel van. Je komt erachter hoeveel een anesthesiemedewerker eigenlijk doet op een dag. Daardoor waardeer ik dat nog extra.' Manav Mehra ziet dat ook. 'In België heerst een andere mentaliteit. Heel veel taken van een Nederlandse anesthesiemedewerker doen we zelf, zegt de anesthesioloog. 'We starten hier ook wat eerder. We beginnen zelf met de ampnen, het opstarten en testen van de machines, het ophalen en optrekken van de opiaten. Dan ga je de patiënt ophalen bij de holding.'

ODP

Mehra is medisch hoofd OK bij het Adrz, met locaties in Goes, Vlissingen en Zierikzee. Hij deed geneeskunde in het Erasmus MC en anesthesie in UZ Leuven. Daarna deed hij een fellowship in Londen. Nog steeds is hij faculty member van de British Anesthesia and Pain Academy. Mehra kent dus de situatie in Nederland, België én Engeland goed. 'De assistentie in Nederland is hooggekwalificeerd', zegt hij. 'Er werken hier mensen met jaren ervaring in de anesthesie. Je kunt de functies in Nederland, Engeland en België niet goed vergelijken. Een operatieverpleegkundige is heel wat anders dan een anesthesiemedewerker en ook de opleidingen verschillen heel veel van elkaar.' In Engeland staat ook een anesthesist op elke zaal, maar die wordt ondersteund door een speciaal opgeleide ODP: operating department practitioner, legt Mehra uit. Die zijn vergelijkbaar met een anesthesiemedewerker. Net als in Nederland hoeft dat in Engeland geen verpleegkundige te zijn, vult Peter De Gang aan.

FINANCIËN

'Ik vind het Nederlandse systeem het beste als het gaat om kosten-efficiëntie. Daarna komt Engeland en dan België,' lacht Manav Mehra, 'maar de kwaliteit van zorg is overal goed.' De systemen zijn internationaal heel verschillend, zeggen alle anesthesisten. In Nederland zijn zij in loondienst, in België zelfstandig ondernemers. Zij zullen anesthesieassistentie zelf moeten inhuren en eventueel hun opleidingen betalen. Dat gebeurt in Wallonië en Vlaanderen soms ook, zegt Peter De Gang. Volgens Charlotte Stolte, anesthesioloog en medisch diensthoofd van het operatiekwartier van AZ Nikolaas in het Belgische Sint Niklaas, worden de internationale verschillen vooral verklaard door waarop per land de nadruk ligt. 'Ik heb soms het idee dat in Nederland de financiën



Charlotte Stolte: Ik ben trots om anesthesist te zijn vanwege het feit dat we de mens als een geheel zien.

altijd primeren boven kwaliteit en service. Het lijkt me een precair evenwicht, waarbij de situatie in België soms juist het volledig tegenovergestelde is.'

GEHEEL

In Nederland zijn de OK-opleidingen destijds afgesplitst omdat er een tekort was aan verpleegkundigen, legt Peter De Gang uit. 'Zo ontstonden wat technische opleidingen. Die sluiten misschien beter aan bij de steeds geavanceerder wordende operaties, maar je leidt wel mensen op die enkel naar een klein deeltje kijken in plaats van naar de patiënt in z'n totaliteit.' Charlotte Stolte denkt daarom dat anesthesiemedewerkers of operatieverpleegkundigen nooit alle taken van een anesthesioloog kunnen overnemen. Het liefst houdt ze veel zelf in de hand. Stolte: 'Ik ben trots om anesthesist te zijn vanwege het feit dat we de mens als een geheel zien. Ik denk dat we er daarom voor moeten waken dat we ons beroep uithollen door alles uit te besteden. Ik denk dat we fier mogen zijn op alles wat we in de afgelopen decennia hebben verwezenlijkt. Als je bedenkt dat vroeger de chirurg alles zelf deed en dat we nu toch van duidelijke meerwaarde zijn met al onze kennis en kunde. Daardoor kan de chirurg focussen op wat voor hem of haar belangrijk is. Ik vraag me af, als we voor elk facet een verpleegkundige opleiden, wat is onze meerwaarde dan nog?' ■

De visie van een MSMH'er

WAAR GEWERKT WORDT

Door: Lars van Raan-Whiteley



Lars: MSMH's zullen steeds meer ICT en technische aspecten moeten gaan toepassen.

VALLEN SPAANDERS



Even voorstellen, Ik ben Lars van Raan-Whiteley, 36 jaar. Ik heb mijn opleiding tot medewerker steriele medische hulpmiddelen (MSMH) in 2014 op het Deltion te Zwolle beëindigd. Ik wist helemaal niet dat dit vak bestond, maar ik rolde erin via het werken bij de logistiek in het ziekenhuis. Ik kon toentertijd maar moeilijk in een zekere toekomst terechtkomen met mijn andere diploma, en eigenlijk was het MSMH-vak uit noodzaak geboren. Ik kan heel veel vertellen over dit levenspad, maar laat ik eens een visie geven.

GEEN BUSINESS AS USUAL MEER

Althans, dat was het credo dat men wilde verwezenlijken voor het 'vak' MSMH, geen manke Henk meer die van een andere afdeling kwam en op de CSA nog wel een baantje kon vinden als je op een andere plek niet meer kon werken, geen snelle inwerk cursus meer, maar een volwaardig vakman. Echte goedgetrainde vakmensen, dat was het doel. En op zich is dat ook wel gelukt met de opleiding, moet ik zeggen. Al vind ik wel dat ons vakgebied niet zo zeer bij de OK moet aansluiten maar bij de techniek! Waarom? Het wordt steeds technischer en geavanceerder in het ziekenhuis, wij gaan het ziekenhuis in de nabije toekomst steeds vaker bedienen met geavanceerde spullen die we zowel moeten bedienen als als product moeten leveren. Ik vind dat mbo 3-niveau in de nabije toekomst niet meer genoeg zal zijn. MSMH'ers zullen steeds meer ICT en technische aspecten moeten gaan toepassen.

HAKKEN MET DE BOTTE BIJL

Maar is de praktijk in veel gevallen wel mee gestegen? Ik vind toch van niet. Veelal hoor en zie ik nog dingen voorbij komen of de CSA 'ff deze schaar kan slijpen'... newsflash ... dat gebeurt al jaren niet meer ... die gaan gewoon terug naar de desbetreffende firma ter reparatie

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



LATEN WE MEER GAAN PRATEN MET ELKAAR, EN DE ZAKEN DAN PRAKTISCH AANPAKKEN

of omruil. Onsamenhangende benamingen voor instrumenten tussen OK en CSA. Moedwillig vast willen blijven houden aan verpakkingsmethodes, gewoonweg omdat men vastzit in de gedachte dat dit het enige goed is. Prachtige geavanceerde spullen in willen zetten maar amper de vraag stellen of de CSA die wel normaal kan verwerken. Totdat het al te laat is: sets die niet te vinden zijn ... ja ... ik word hier best wel moe van moet ik zeggen. En daarom is het vaak hakken met de botte bijl in ons vak, toch maar zo veel mogelijk zien te verwerken voordat je dienst voorbij is. Alles voor de patiënt, vaak midden in de onnodige en onhandige zaken en werkingen van het geheel.

WAAROM BEGRIJPEN WE ELKAAR VAAK NIET?

Het valt en staat met de zaak om als keten echt constructief aan de tafel te gaan zitten en de werkingen en mankementen in onze keten aan te pakken. Dit kan met slimme oplossingen, maar dat vergt ook wat van jou als ontvanger. Stel er zijn dertig 'ontvangers' van producten van de CSA in een ziekenhuis, en vijf daarvan willen niet mee met bijvoorbeeld een nieuw transportsysteem, hoe krijg je dan in vredesnaam de toekomst-CSA voor elkaar? Dat zou haast betekenen dat je alsnog een 'oude' productielijn naast je nieuwe verwerkingssysteem hebt, en je dus weer in 'mits en maar uitzonderingenland' terechtkomt. Dit is echt funest als je gewoon als klant een 'high turnover' wilt hebben die ook nog eens van kwaliteit is. Wat er ook toe doet is de juiste techniek op de juiste plek inzetten bij vernieuwing, hightech is niet altijd beter en gewenst. Standaard tweehonderd scharen los verpakken zou bijvoorbeeld prima in een al jaren beproefde machine kunnen met een hopper-systeem dat in no-time via een bedieningspaneel geseald verpakte schachtjes eruit pakt. Ditzelfde geldt voor het verpakken van sets, geseald met doekmateriaal in een grote sealmachine. Wil je opdekvelen voor je OK? Die kunnen ook geseald in laminaat via de beproef-

de machine met een hopper-systeem. Het hoeft niet moeilijk en duur te zijn, en nog steeds kun je je sets bij de opdek 'traditioneel' opstellen.

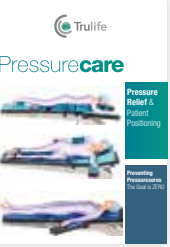
OPTIMISME EN TOEKOMSTVISIE

Ja, natuurlijk vallen er spaanders waar gewerkt wordt. Maar daar maak je dan weer vuur mee. Met vuur verwarm je je, je kunt erin reflecteren en tot rust komen. Het brengt je de waarheid. En de waarheid is het hoogste goed, stap af van persoonlijke glorie en prestigeprojecten die niet de functionaliteit van het geheel dienen, mensen hebben nep door, ook al zullen ze je dat niet in je gezicht zeggen. Het zou toch een domper zijn als het een prachtig apparaat of een oplossing lijkt, en vele euro's, prachtige foto's en propagerende teksten later ... blijkt in de praktijk dat het, figuurlijk gesproken gewoon, een dode koe is die je achter je aansleept en die weinig doet. Maar we zouden naar optimisme gaan, vergeef me. Ja! Optimisme is jouw MSMH-team op te schalen in verloning en waardering naar technisch mbo-niveau, het een werkelijk bepalende zetel te geven in de vooruitgang met een besluitfactor van 51 %.

Ze kunnen het vaak wel, maar geef ze dan ook de ruimte en de kans om meer te kunnen zijn dan de ragger en de schrobber. Zet jouw hoofd als leidinggevende niet vooraan in je bedrijfsfilmpje, maar deel op elk moment de spotlights met je medewerkers, neem die foto te midden van je team, niet ervoor. Enzovoorts. De toekomstvisie is positief als de machine de mens dient, en niet andersom, schaal de mensen op, stuur ze niet weg. Houd de regie over de machine en co-existeer.

Zelf ben ik lyrisch over magnetische levitatie-systemen die complex non-lineair transport kunnen verzorgen en hoog adaptief ingezet kunnen worden. Een voorbeeld hiervan is te vinden op YouTube. Het ACOPOS 6D-systeem. Ik geloof hierin een toekomst te zien binnen ziekenhuizen en propageer dit al een tijd op LinkedIn. Evenveel geloof ik in de volautomatische voorreinigingsmachines voor scopenreiniging, ook dit heb ik al een hele tijd terug in de spotlights gezet op mijn LinkedIn.

Enfin, ik kan nog zo veel meer vertellen ... volg me maar anders. ■


Heijnen Medical BV

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)

Copenweg 17 | 3411 NX | Lopik | www.heijnenmedical.nl | +31 (0)88 1181 000 | info@heijnenmedical.nl



#Ren tegen kanker



Waar ren jij mee?
Ga naar rentegenkanker.nl

4US

Door: Martijn Lupke

column

Bijna twee jaar heeft ons werk in het teken gestaan van een focus op een externe factor, een factor die ons systeem volledig overhoop heeft gegooid. Het was overleven. Voor velen van ons letterlijk. De Covid-pandemie heeft laten zien hoe kwetsbaar we zijn, zowel wij mensen als ons zorgstelsel. Dat geeft te denken. In retrospectieve en in prospectieve zin. Reflectie is na deze ramp essentieel, maar kan ons, wanneer we de focus niet tijdig op de toekomst richten, doen verzuren in klaagzang. Leren van fouten is essentieel, maar zijn er echt fouten gemaakt? Wie had voorzien dat de IC-capaciteit ooit onvoldoende zou kunnen worden? En moeten we de IC-capaciteit überhaupt op het niveau brengen om een pandemie van deze orde het hoofd te kunnen bieden? Is deze gebleken mismatch een fout te noemen? Ik houd het liever bij een vaststelling die een creatieve oplossing nodig heeft. Wat niet als verrassing kwam was de vaststelling van een personele mismatch, die als een chronische ziekte de zorg al jaren teistert en waar nog geen medicijn voor is. Een ziekte die went, maar die het systeem verlamt wanneer er iets extra's van de zieke gevraagd wordt. Net als een oudere patiënt die weinig verstoring van vitale functies nodig heeft om in de problemen te komen. Het gaat goed zolang alles goed gaat. In die staat verkeert ons zorgstelsel, zo blijkt na bijna twee jaar Covid. Is dat een fout te noemen? Ik neig naar ja. Jaren van bezuinigingen en te weinig opleiden hebben ondubbelzinnig aangetoond dat we het systeem te veel geweld hebben aangedaan. Dus, meer personeel? Doe maar! Over Doe Maar gesproken. Als jeugdige fan in de jaren '80 is mijn interesse in de muziek van deze band nooit helemaal weggeweest. Toen de band in het jaar 2000 aankondigde dat ze weer gingen touren, klonk mij dat als muziek in de oren. Het was op Pinkpop in 2016 dat ik ze na bijna veertig jaar weer live zag. De documentaire over Doe Maar 'Dit is alles', heb ik dan ook al drie keer gezien. De laatste keer, een week geleden ongeveer, viel me iets moois op. Een woordspeling die me niet eerder was opvallen. Ernst Jansz, zanger en toetsenist van de band, sprak over het album '4US'. '4US' gelezen als 'for us'. Ware het niet dat heel Nederland '4US' als 'virus' las. Laten wij deze spraakverwarving vasthouden en zorgen dat het Covid-4US, 4US veel positieve verandering geeft en een einde maakt aan de chronische ziekte die 'personeelstekort in de zorg' heet.



AL TWAALF JAAR IN DIENST, EN NOG IS ELKE DAG EEN UITDAGING

Pantea Hermans is sinds 2010 vast in dienst bij TMI, waardoor waar zij gedetacheerd wordt als operatieassistent. Vanuit echte passie voor het vak is ze continu op zoek naar nieuwe uitdagingen, en die vindt zij in het detacheren. 'Als je op verschillende OK's werkt, leer je voortdurend nieuwe skills. In verschillende ziekenhuizen zie je telkens andere ingrepen, en specialisten opereren niet overal op dezelfde manier.'

DETACHEREN MOET BIJ JE PASSEN

Bij detacheren ga je vast in dienst bij TMI en vervolgens aan de slag bij één of meerdere opdrachtgevers. Ondanks dat Pantea enthousiast is over detacheren, geeft ze aan dat het niet voor iedereen is weggelegd: 'Je moet minimaal twee tot drie jaar werkervaring hebben opgebouwd. Bij detacheren wordt er veel van je verwacht, je moet zeker zijn van je zaak. Ik heb dat juist altijd als een uitdaging gezien, bewijzen dat ik het kan. Je moet de basis kennen en brede kennis hebben als operatieassistent. Maar als je je vak goed kent, dan kun je bij wijze van spreken, overal werken!'

STEILE LEERCURVE DANKZIJ DETACHEREN

Ieder ziekenhuis is anders, maar de basis blijft hetzelfde, legt Pantea uit: 'Of je in het noorden of zuiden van Nederland werkt of juist in de Randstad, bepaalt onder andere de cultuur in het ziekenhuis. Ook verschilt het per ziekenhuis hoe snel je wordt opgenomen in het team. Daarnaast zijn het type ingrepen, de apparatuur en de technieken verschillend per ziekenhuis. Hierdoor heb ik heel veel geleerd in de bijna twaalf jaar dat ik bij TMI werk.'

DETACHEREN VERSUS WERKEN ALS ZZP'ER

Steeds meer zorgmedewerkers gaan zzp'en, en ook bij Pantea heeft dit dienstverband de revue gepasseerd: 'Inmiddels weet ik dat detacheren beter bij mij past. Er is altijd een accountmanager of consultant bij wie je terecht kunt. Alles wordt voor jou geregeld en je hebt een vast aanspreekpunt. Als zzp'er sta je er alleen voor en komt er veel meer bij kijken, het is daardoor een stuk minder zorgeloos.'



EEN NIEUWE OPDRACHT IS EEN NIEUWE UITDAGING

Momenteel werkt de allround operatieassistent in een ziekenhuis in Noord-Brabant, op haar leukste opdracht zoals ze het zelf noemt. Ondanks dat het een behoorlijk eind rijden is vanuit haar woonplaats IJsselstein, werkt ze er met enorm veel plezier: 'Ik ben echt onderdeel van het team. Ik heb eerder gewerkt voor hetzelfde ziekenhuis en vervolgens andere opdrachten gehad, gelukkig ben ik altijd weer met open armen ontvangen.' Maar hoe leuk ze de opdracht ook vindt, als haar huidige opdracht is afgerond en een ander ziekenhuis haar nodig heeft, dan vindt ze dat ook prima: 'Dan ontmoet je weer nieuwe collega's, al ken ik inmiddels altijd wel iemand bij een nieuwe opdracht.'

FLEXIBILITEIT

Toch heeft Pantea ook wel eens een minder uitdagende opdracht gehad: 'Ik kwam in een heel leuk team te werken, maar de ingrepen waren voor mij niet uitdagend genoeg. Ik ben destijds als allround operatieassistent op de oogchirurgie geplaatst, en dat was mij te eentonig. Maar als er iets is wat je als gedetacheerde moet zijn, dan is het flexibel. Je kunt het namelijk niet overal naar je zin hebben en met iedereen overweg. Gelukkig kun je bij TMI altijd je voorkeur uitspreken en wordt er goed naar je wensen geluisterd. Er is persoonlijke aandacht en je kunt altijd bij iemand terecht.' ■

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!