



## **Onze OK MEEKIJKEN MET MARIËLLE LOK EN MARC STEIJART VAN ANNATOMMIE MC**

- › SEDATIEPRAKTIJKSPECIALIST-OPLEIDINGEN SLAAN DE HANDEN INEEN
- › GENEESKUNDESTUDENTEN ALS PLUSKRACHTEN OP DE OK
- › WIE LOST HET STUWMEER VAN UITGESTELDE ZORG OP?

# HEINE reusable laryngoscope blades are worth their price

Cost of 10,000 intubations  
and sterilisation cycles  
**6,000 €<sup>1</sup>**

Cost of 10,000 intubations  
with single-use blades  
**43,000 €<sup>1</sup>**



Studies show that it is much cheaper to use reusable laryngoscopes than single-use. The numbers speak for themselves: Disposable blades are about 7 times more expensive than reusable (high level disinfection).<sup>1</sup> Even with sterilisation, the reusable option comes to 6,000 € compared to 43,000 € for single-use.

Life cycle costing (LCC) quantifies the true cost of a product over its entire life cycle – from production to disposal. At Yale University Hospital in the US, the life cycle costs of various reusable laryngoscopes versus single-use combinations were analysed based on 60,000 intubations per year, and the calculated savings came to up to USD 1.8 million or 88 %.<sup>1</sup>

Their outstanding durability makes reusable HEINE blades also more affordable than other reusables. Why? Because HEINE blades still function flawlessly in situations where cheaper lookalikes break or have to be replaced.

- ▶ **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



<sup>1</sup> 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.



If you want to learn more, download our Book of Truth:  
[www.heine.com/BookofTruth](http://www.heine.com/BookofTruth)



# colofon

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



# inhoud

## 14 SEDATIEPRAKTIJSPECIALIST-OPLEIDINGEN SLAAN DE HANDEN INEEN

De Erasmus MC Academie in Rotterdam en de Amstel Academie van Amsterdam UMC hebben besloten hun krachten te bundelen. Beide academies bieden afzonderlijk van elkaar onder andere dertig verpleegkundige vervolgoopleidingen en negen medisch ondersteunende opleidingen aan. Met ingang van 2022 slaan ze de handen ineen en creëren ze een gezamenlijke opleiding tot sedatiepraktijkspecialist.



## 18 DE CULTUUR, DAT BEN JE ZELF

Robert Pierik is chirurg in Zwolle en Apeldoorn en dagvoorzitter van het NVLO najaarscongres. Hij ziet de manier waarop we op de OK werken ingrijpend en ten goede veranderen, al zal er in de toekomst nog heel wat meer moeten gebeuren. Aandacht voor de manier waarop we op de OK in een team samenwerken is iets van de laatste jaren', zegt Pierik, die nog net heeft meegemaakt dat de chirurg een onbetwiste heerser met welhaast goddelijke trekken was.



## 22 GENEESKUNDESTUDENTEN ALS PLUSKRACHTEN OP DE OK

Geneeskundestudenten als assisterende inzetten op de OK als ondersteuning voor de operatieassistenten; een oplossing voor het personeelstekort onder operatieassistenten? Danny van Delft, derdejaars aios orthopedie, is op het out-of-the-boxidee gekomen om Pluskracht op te zetten. Een formule waarbij geneeskundestudenten gedetacheerd worden om op de OK het personeel te ondersteunen door bij operaties te assisteren.



## 27 WIE LOST DE WACHTLIJSTEN OP?

Eind oktober schatte de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in dat het aantal behandelingen die door corona zijn uitgesteld oploopt tot tweehonderdduizend. Dat zal alleen nog maar meer worden, want in veel ziekenhuizen komt de planbare zorg alweer in het gedrang, ditmaal door de vijfde coronagolf. De wachtlijsten blijven groeien. Wie gaat dat stuwmeer van uitgestelde zorg straks – of nog liever: nu – wegwerken?



## en verder:

5 NIEUWS

10 ONZE OK

25 AFVANGEN EN RECYCLEN VAN  
ANESTHESIEGASSEN

30 COLUMN

OK VISIE MAGAZINE  
WORDT MEDE MOGE-  
LIJK GEMAAKT DOOR:

erbe



## BESTE LEZER,

### ZORG

Coronazorg, planbare zorg, uitgestelde zorg, inhaalzorg ... een grote bron van zorg!

Net nu iedereen in de zomer een beetje op adem heeft kunnen komen, slaat op het moment dat ik dit schrijf het coronavirus weer hard om zich heen. Operaties worden weer uitgesteld, terwijl de eerder uitgestelde operaties nog niet eens ingehaald zijn. Het stuwmeer van operaties loopt vol en de personeelstekorten lopen op.

Wie gaat dat stuwmeer van uitgestelde zorg straks – of nog liever: nu – wegwerken? Zelfstandige klinieken staan te springen om dit op zich te nemen, maar de samenwerking met ziekenhuizen verloopt vooralsnog stroef. Ook voor de zorgverzekeraars ligt hier een grote taak als zij niet willen dat de inhaalzorg op grote schaal uitwijkt naar de zelfstandige behandelcentra.

Vast staat dat creatieve oplossingen gevonden moeten gaan worden. De inzet van gemotiveerde geneeskundestudenten ter ondersteuning van operatieassistenten zou er daar een van kunnen zijn volgens Danny van Olst. De aios orthopedie detachert geneeskundestudenten als assisterenden op de OK. Hij vertelt over zijn ervaringen en de reacties uit het werkveld.

Ik wens jullie veel leesplezier met dit laatste OK Visie Magazine van 2021, en zorg goed voor jezelf en elkaar!

Ingrid Hummel

Hoofdredacteur OK Visie Magazine



## Maasstad Ziekenhuis breidt uit met derde operatierobot

Als eerste ziekenhuis in Nederland beschikt het Maasstad Ziekenhuis sinds deze maand over drie operatierobots in het Robot Expertisecentrum. De twee huidige robots zijn na tien jaar vervangen door nieuwe exemplaren.

In 2009 was het Maasstad Ziekenhuis het eerste ziekenhuis met een operatierobot. In 2011 volgde de tweede robot en werd het Robot Expertisecentrum opgericht.

De eerste twee robots worden vooral ingezet bij urologische en gynaecologische ingrepen. De derde robot is speciaal bedoeld voor chirurgische ingrepen. Deze robot is groter en heeft andere armen. Deze armen hebben meer mogelijkheden om te bewegen, zodat de robot voor ingrepen over het hele lichaam gebruikt kan worden.

Bij de aanschaf van de nieuwe robots is gekozen voor een leaseconstructie. Op die manier heeft het ziekenhuis altijd de laatste techniek in huis, met zo min mogelijk kosten. De specialisten en operatieassistenten zijn allemaal getraind en worden begeleid door de leverancier van de robots. Eén van de nieuwe mogelijkheden van de robots is dat de specialist de onderzoeksresultaten in beeld heeft tijdens de ingreep, zoals een MRI-scan. Ten slotte zijn alle robots voorzien van realistische opleidingsmodules. Hierdoor kunnen specialisten in opleiding een volledige operatie oefenen op de robot.

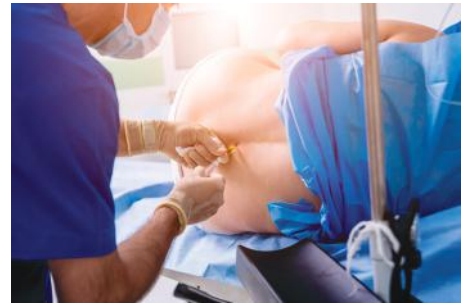


## Eerherstel voor morfine via ruggenprik bij buikoperaties

*Morfine via een ruggenprik moet een comeback maken als pijnstilling bij een buikoperatie. Patiënten hebben daarmee minder pijn en minder aanvullende pijnstilling nodig. Dat concludeert anesthesioloog-intensivist Mark Koning in zijn proefschrift dat hij op 3 november verdedigde.*

Al sinds 1979 wordt morfine via een ruggenprik toegediend voor langdurige pijnstilling. Vanwege een mismatch tussen de duur van postoperatieve pijn en de duur van pijnstilling werd deze eenvoudige manier van pijnstilling nauwelijks meer gebruikt. Inmiddels zijn chirurgische technieken

veranderd, met als gevolg een kortdurende postoperatieve pijn. Hierdoor past de pijnstillende werking van spinaal morfine bij de pijn na een operatie. We hebben het gebruik van spinaal morfine onderzocht bij darmchirurgie, prostaatchirurgie en bij operaties voor een gebroken heup. Deze onderzoeken lieten zien dat patiënten minder pijn en pijnstilling nodig hebben als er morfine via een ruggenprik wordt toegediend. Bovendien herstelden patiënten na een darmoperatie sneller en hadden patiënten met een gebroken heup minder verwardheid. Dit laatste moet bevestigd worden in



verdere onderzoeken, maar dit onderzoek toont aan dat het gebruik van spinaal morfine een passende vorm van pijnbestrijding is in de hedendaagse praktijk.

## Minder sectio's door continue inzet kraamverzorgenden bij bevalling

*Continue begeleiding van bevallingen leidt tot halvering van het aantal sectio's en minder gebruik van pijnstilling. Daarnaast ervoeren kraamverzorgenden die in het onderzoek participeerden hun vroege inzet als verrijking van hun vak. Dat blijkt uit onderzoek van het Maastricht UMC+ onder leiding van gynaecoloog Liesbeth Scheepers. Het onderzoek kreeg subsidie van ZonMw als onderdeel van een programma ter verbetering van de kraamzorg.*

Continue begeleiding van een bevalling houdt in dat kraamverzorgenden al in een vroeg stadium in actie komen. Ze gaan naar het huis van de barendes vrouw zodra de verloskundige hen inseeint. Daar begeleiden ze de vrouw en haar eventuele partner praktisch en emotioneel, onder meer met ademhalings- en massageoefeningen. Ze gaan ook mee naar het ziekenhuis om ondersteuning te bieden in de verloskamer, ook als de bevalling door een gynaecoloog wordt begeleid.

Uit internationale studies bleek al dat deze vorm van continue begeleiding positieve resultaten kan bieden. In Nederland was echter nog geen grote studie gedaan naar het effect ervan, ondanks dat inmiddels ook hier aanbevelingen zijn gedaan om kraamverzorgenden eerder in te zetten. Voor Scheepers en haar collega's reden om dit verder uit te zoeken: 'Als we vinden dat dit een betere vorm van zorg is, dan moeten we dit faciliteren in Nederland.' Voor de studie onderzocht het team iets meer dan 1000 bevallingen in Limburg. Ze werkten daarvoor samen met kraamzorgcentra, ziekenhuizen in de regio en zorgverzekeraars VGZ en CZ. De Academie Verloskunde Maastricht van Zuyd Hogeschool ontwikkelde een aanvullende training voor de kraamverzorgenden om de extra taak goed uit te kunnen voeren.

In het onderzoek werden vrouwen die continue begeleiding kregen vergeleken



met vrouwen die dit niet kregen. De resultaten laten zien dat in de groep met continue begeleiding 40 % minder ruggenprikken, 40 % minder aanvullende pijnstilling en 50 % minder sectio's nodig waren. Daarnaast vonden er 10 % meer spontane bevallingen plaats en lagen vrouwen minder lang in het ziekenhuis. De vroege inzet van begeleiding leverde bovendien een kostenbesparing op van € 180 per bevalling.

Gynaecoloog Liesbeth Scheepers: 'Deze uitkomsten laten zien dat de extra inzet van kraamzorg een doelmatige interventie lijkt. Verder onderzoek is nodig om te kijken of het geschikt is voor alle vrouwen in Nederland.'

## Chirurgische instrumenten maken van medisch afval



In Nederlandse ziekenhuizen wordt per jaar ruim een miljoen kilo blauw inpakpapier gebruikt voor het steriel inpakken van medische instrumenten. Na gebruik zorgt dit voor een enorme berg afval. TU Delft-onderzoekers Tim Horeman en Bart van Straten bedachten, in samenwerking met onder andere het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam, een omsmeltmethode om van dit blauwe polypropyleen inpakpapier een nieuw medisch hulpmiddel te maken. Een groeiend aantal Nederlandse ziekenhuizen gaat aan de slag met deze aanpak. De methode is gepubliceerd in het wetenschappelijke tijdschrift *Journal for Cleaner Production*.

Horeman en Van Straten haalden, in samenwerking met afvalverwerker Renewi, het blauwe inpakpapier van de operatiekamers op bij verschillende ziekenhuizen. Vervolgens deden zij

onderzoek naar de relatie tussen de materiaaleigenschappen, de gevolgen van opwarming bij diverse temperaturen en het verwerkte afval. Dit leidde tot de ontwikkeling van zogenoemde instrumentopeners; een hulpmiddel om medische instrumenten die een scharnier bevatten open te houden tijdens het reinigingsproces. Daarnaast ontwierpen de onderzoekers handvatten voor een nieuwe lijn van herbruikbare en stuurbare instrumenten voor geavanceerde endoscopieën.

De ziekenhuiszorg draagt voor 7 % bij aan de totale CO<sub>2</sub>-uitstoot in Nederland. De snelgroeiende afvalberg van ziekenhuizen wordt niet alleen veroorzaakt door een groeiende patiëntenpopulatie, maar ook door het toenemende gebruik van wegwerp-producten. Het omsmelten van medisch afval tot een nieuwe grondstof is een van de mogelijkheden om het wereldwijde afvalprobleem van ziekenhuizen aan te pakken.

**Tim Horeman, biomedisch onderzoeker:** 'Met deze methode heeft ons onderzoeksteam een circulaire keten gecreëerd waarbij zowel technische, medische als logistieke processen volledig op elkaar zijn afgestemd. Alleen op deze manier wordt het mogelijk om afval te verwerken tot bijvoorbeeld hoogwaardige nieuwe medische instrumenten zonder additieven toe te hoeven voegen. En dit is wat ons betreft nog maar het begin.'

Bron: TU Delft.

HEEFT U  
NIEUWS?

redactie@okvisie.nl

HET ACTUEELSTE  
OK-NIEUWS:

www.okvisie.nl



# SAMENWERKINGSVERBAND RICHTLIJNEN INFECTIEPREVENTIE VAN START

Het nieuwe Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie (SRI) gaat de komende vijf jaar zestig richtlijnen van de voormalige Werkgroep Infectiepreventie (WIP) actualiseren. Deze richtlijnen vormen in Nederland de basis voor infectiepreventie in de medisch-specialistische zorg, de openbare gezondheidszorg en de langdurige zorg. De nieuwe samenwerking betekent een belangrijke stap naar continuïteit, kwaliteit en samenhang in het ontwikkelen, beheren en onderhouden van deze richtlijnen. Binnen het SRI werken acht organisatie samen: Federatie Medisch Specialisten, Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ), Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), ActiZ en Zorgthuis.nl. In eerste instantie zullen de bestaande richtlijnen van de voormalige Werkgroep Infectiepreventie worden herzien. Daarna volgen nieuwe richtlijnen. In 2021 starten acht werkgroepen met het herzien van richtlijnen, bijvoorbeeld voor handhygiëne, resistente bacteriën (MRSA,



BMRO) en persoonlijke beschermingsmiddelen. De richtlijnen worden gepubliceerd op de website van het SRI. De richtlijnen voor medisch-specialistische zorg worden ook gepubliceerd in de Richtlijndatabase.

## OPLEIDINGSKLIMAAT ARTSEN IN OPLEIDING TOT SPECIALIST

Niet alle aios durven vrijuit te praten met hun opleider over hun opleiding en werkomstandigheden. Dat blijkt uit een peiling van De Jonge Specialist (DJS) onder 400 aios: 30 % geeft aan het moeilijk te vinden om problemen met de opleider te bespreken. De Federatie Medisch Specialisten neemt de uitslag van de peiling serieus. Kinderarts en bestuurslid Hein Brackel: 'Wij staan voor een veilig opleidingsklimaat voor elke aios. Een veilig opleidingsklimaat is een randvoorwaarde voor een goede opleiding.'

Naar aanleiding van de peiling doet De Jonge Specialist een aantal aanbevelingen. Zo zouden aios het wenselijk vinden om anoniem een klacht of probleem te melden. De Federatie wil samen met De Jonge Specialist en de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) de mogelijkheden daartoe onderzoeken. Ook andere aanbevelingen worden opgepakt. Hein Brackel: 'Elke aios die terughoudend is om een probleem te melden, is er een te veel. We willen dan ook graag met De Jonge Specialist bekijken hoe we die angst bij aios weg kunnen nemen.'

Uit de peiling blijkt ook dat er onder aios een groot gebrek is aan kennis waar zij terecht kunnen met een klacht of een probleem. Zo zegt 14 % van de respondenten de eigen Centrale Opleidings Com-

missie (COC) niet te kennen en weet slechts 20 % van de respondenten dat zij bij klachten en geschillen ook zo nodig terecht kunnen bij de RGS. Brackel: 'Een opvallend signaal dat we inmiddels bij alle voorzitters van de COC's hebben neergelegd, inclusief het meer kenbaar maken van de vertrouwenspersoon in elk ziekenhuis. Hier ligt een duidelijke taak voor De Jonge Specialist, maar ook voor de Centrale Opleidings Commissies en de RGS.' De Federatie werkt verder aan een herziening van diverse brochures over de rol van COC's bij conflicten tussen aios en opleiders.

Bron: *Demedischspecialist.nl*.



## Onderzoek naar betere patiëntenbegeleiding rondom een operatie

Hoe worden patiënten door hun chirurg geïnformeerd over een operatie? Welke methoden en hulpmiddelen kunnen ingezet worden om de patiëntenvoorlichting te verbeteren? En hoe effectief zijn e-health-toepassingen, zoals een gepersonaliseerde app, om patiënten te ondersteunen tijdens het herstel na een operatie? Dat onderzocht chirurg Wouter Leclercq van Máxima MC (MMC) voor zijn promotieonderzoek aan de Universiteit van Maastricht.

Om toestemming te verlenen voor een behandeling, heeft een patiënt vóór de operatie goede informatie nodig, 'informed consent'. Welke complicaties kunnen zich bijvoorbeeld voordoen? Wat zijn de langetermijneffecten van een operatie? En door wie wordt de patiënt geopereerd? 'Als we patiënten hier optimaal over voorlichten, hebben ze waarschijnlijk realistischere verwachtingen van hun operatie en de daarbij behorende risico's', vertelt chirurg Wouter Leclercq. 'Zo kunnen ze een weloverwogen beslissing nemen over de ingreep. Ook zal het herstel door optimale informatievoorziening sneller zijn, doordat patiënten beter weten wat kan en mag.'

### HOGERE TEVREDENHEID, MINDER KLACHTEN

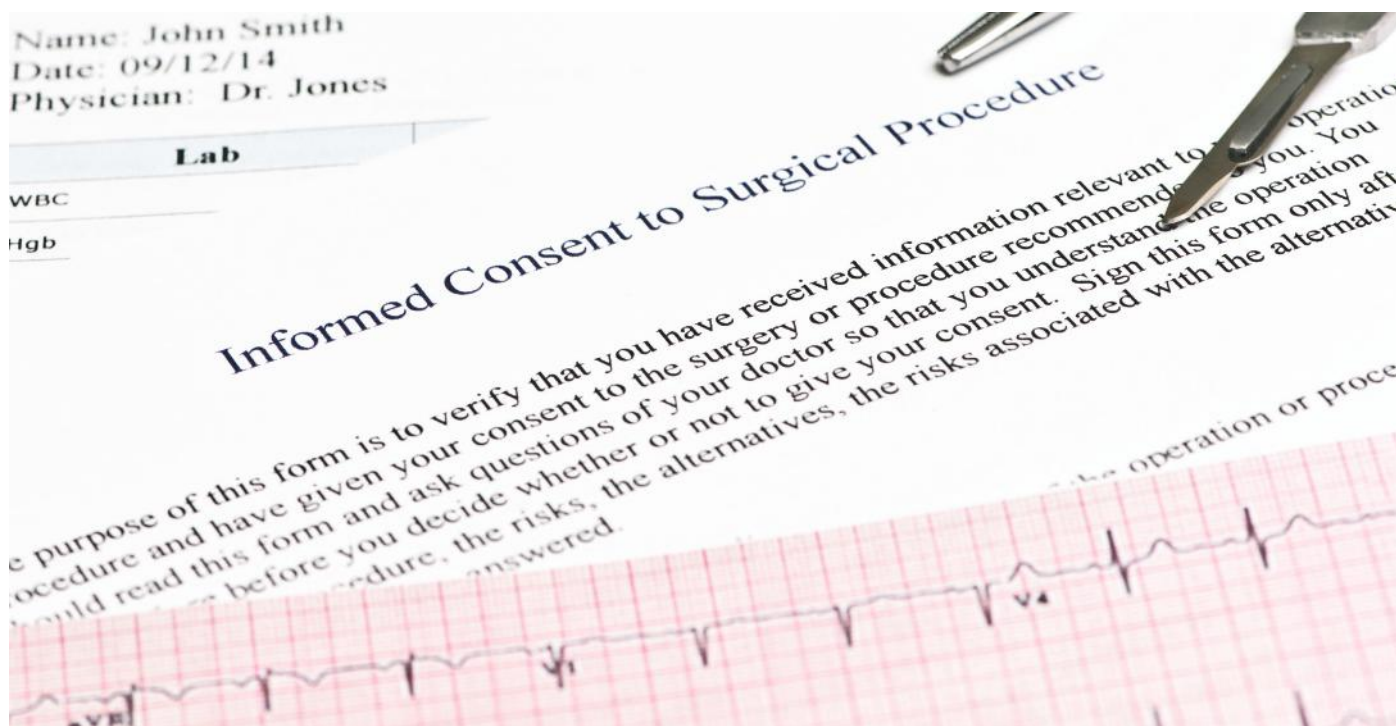
Om meer inzicht te krijgen in de status rondom informed consent, ondervroeg Leclercq chirurgen naar hun kennis op dit gebied. Ook onderzocht hij enkele hulpmiddelen om patiënten en chirurgen makkelijk door dit voorlichtingsproces te leiden. Volgens Leclercq is het belangrijk om dit proces te optimaliseren. 'Uit onderzoek komt namelijk naar voren dat de algemene tevredenheid en de ver-

wachtingen van patiënten op die manier verbeterd worden en dat het aantal klachten wordt verminderd. Hiervoor wordt onder andere scholing voor professionals aanbevolen. Ook hebben chirurgen in opleiding (meer) training nodig om bewustzijn en vaardigheden binnen dit proces te ontwikkelen.' Daarbij stelt hij een nieuwe leidraad voor die chirurgen en patiënten op een ideale manier door het voorlichtingsproces kan leiden en kan zorgen voor een nauwkeurige notitie in het patiëntendossier. Deze notities kunnen vervolgens meteen aan de patiënt worden uitgereikt.

### APP VOOR SNELLER HERSTEL NA OPERATIE

Daarnaast analyseerde Leclercq de effectiviteit van e-health om patiënten te ondersteunen tijdens hun herstel rondom na een buikoperatie. Denk hierbij aan een app waarin de patiënt een gepersonaliseerd herstelplan vindt. In dit herstelplan staat wanneer hij zijn dagelijkse activiteiten (naar verwachting) weer mag uitvoeren. 'De resultaten van deze studie tonen aan dat de inzet van e-health bij dit soort operaties helpt. Het zorgt voor een sneller herstel en het sneller kunnen hervatten van alledaagse activiteiten in vergelijking met reguliere nazorg. Geadviseerd wordt dan ook om e-health bij deze buikoperaties in te voeren.'

Wouter Leclercq promoveerde op vrijdag 24 september aan de Universiteit van Maastricht. Zijn onderzoek vond plaats onder begeleiding van promotors prof. dr. L.P.S. Stassen (Maastricht UMC+) en prof. dr. J. Legemaate (Amsterdam UMC), en co-promotor chirurg Marc Scheltinga (MMC).





# OK Visie lanceert nieuwe app!

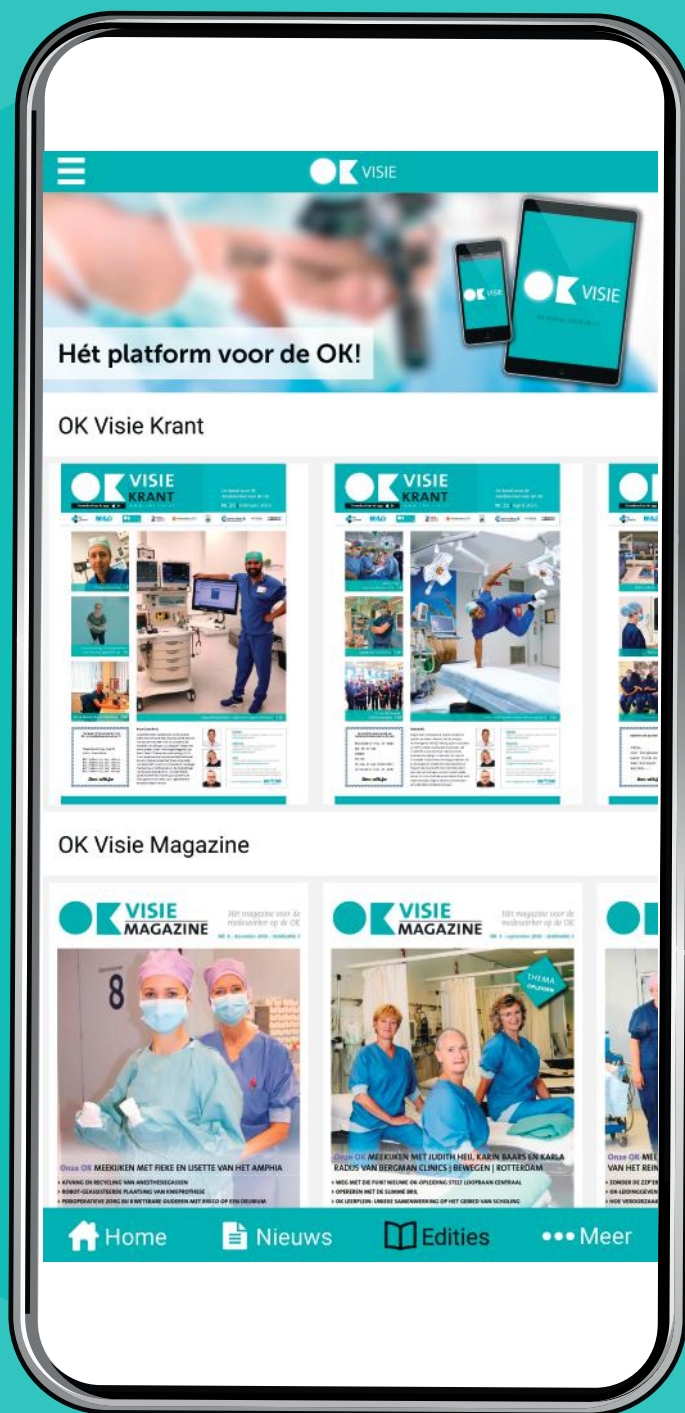
De Nederlandse OK's staan de komende jaren voor een belangrijk deel in het teken van de Groene OK. 'Duurzaamheid' is het woord dat we veel gaan horen de komende jaren. De totstandkoming van het 'Landelijk netwerk Groene OK', is het bewijs dat duurzaamheid hoog op de agenda staat binnen de gezondheidszorg.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

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

We zouden OK Visie niet zijn als we onze trouwe lezers hiermee tekort zouden doen, dus hebben we van de gelegenheid gebruik gemaakt om de OK Visie App een flinke update te geven. Deze update staat volledig in het teken van het leesbaar maken van onze (voorheen) papieren edities. Niet alleen de OK Visie Krant, maar ook het OK Visie Magazine is meegenomen in deze update. En omdat we toch bezig waren, hebben we meteen alles maar meegenomen: blogs, nieuws, vacatures, documenten, OKteleVisie, evenementen etc. Alles wat we hadden, hebben we nog steeds. En we hebben nog meer!

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

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



Wil je de OK Visie Krant, het OK Visie Magazine of de Documentenbank op de computer bekijken? Dat kan ook! Kijk dan op [www.reader.okvisie.nl](http://www.reader.okvisie.nl).



# ONZE OK

## Annatommie mc

Door: Ingrid Hummel

Foto (incl. cover): Ivonne Zijp

Annatommie mc is een zelfstandig behandelcentrum, gespecialiseerd in de diagnose en behandeling van bewegingsklachten, dat zich volledig op orthopedische zorg richt. Er zijn acht vestigingen, met twee operatieklinieken in Amstelveen en Utrecht. Mariëtte Lok is in 1988 aan haar opleiding tot operatieassistent begonnen en werkt sinds acht jaar als teamleider chirurgie in Amstelveen. Marc Steijart heeft zijn opleiding tot operatieassistent in ziekenhuis Saleem in Ermelo gevolgd, waarna hij daar vervolgens in 1981 ook de opleiding tot anesthesiemedewerker deed. Sinds begin dit jaar werkt hij als anesthesiemedewerker bij Annatommie mc.

---

**WIE:** Mariëtte Lok en Marc Steijart

**WAT:** Teamleider OK en anesthesiemedewerker

**WAAR:** Annatommie mc

---

### *Wat was voor jou de reden om bij Annatommie mc te gaan werken?*

Marc: 'Na een lange tijd in Zwitserland gewerkt te hebben als anesthesiemedewerker wilde ik stoppen met werken, maar door alle restricties vanwege corona, miste ik de uitdaging. De overgang van veel werken naar niet werken was te groot. Toen Annatommie mc mij uitnodigde om bij hen te komen werken, heb ik meteen ja gezegd. Nu heb ik een goede balans tussen werken en vrij zijn. Ik vind het prettig dat 's morgens al vaststaat welke ingrepen we die dag gaan doen. De werktaken zijn goed ingedeeld, waardoor we op schema lopen en vaak op tijd klaar zijn.'

### *Hoe vind je het om alleen orthopedische ingrepen te doen in plaats van (semi)allround te opereren?*

Marc: 'Voor mij is het prima. Ik heb inmiddels vrijwel alles gedaan wat je kunt doen op anesthesiegebied. Dat het nu wat meer afgebakend is, voelt voor mij goed. Orthopedie is breder dan alleen het plaatsen van knie- of heupprotheses. Bij Annatommie mc zien we

een breed palet aan bewegingsklachten, dus ook voet- en enkeloperaties en schouderprotheses worden bij ons gedaan. Bijzonder is dat we onlangs ook neuro-orthopedie hebben toegevoegd, dat is een welkome uitdaging.'



Arthrex



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.

### Werken de teamleiders bij Annatommie mc ook mee op de werkvloer?

Mariëlle: 'In principe werk ik niet mee op de werkvloer en kan ik mij geheel richten op mijn taken als teamleider. Af en toe, bij bijvoorbeeld ziekte van een collega, spring ik nog bij. Ik denk ook dat het goed is om als teamleider zo nu en dan nog op de OK te staan, om feeling te houden met de werkvloer en collega's.'

### Hoe is de logistiek rondom het instrumentarium bij jullie geregeld?

Mariëlle: 'Ons instrumentarium wordt gesteriliseerd door een externe CSA, wij hebben geen eigen sterilisatieafdeling. Dat werkt eigenlijk prima, iedere dag worden alle sets gesteriliseerd en ook iedere dag weer geretourneerd. Inmiddels hebben wij een uitgebreide voorraad aan instrumentarium, het komt zelden tot nooit voor dat we misgrijpen. Het klaarzetten van het instrumentarium voor de volgende dag doen we zelf.'

### Werken jullie veel met detacheerders en zzp'ers?

Marc: 'We hebben een vaste groep detacheerders en zzp'ers, en ongeveer 70 % van ons team is vast bij ons in dienst. Maar in vaste dienst of niet, het is vooral een hechte en gezellige groep collega's.'

Mariëlle: 'De zzp'ers die op regelmatige basis bij Annatommie werken zijn goed inzetbaar. Zij weten precies hoe de ingrepen gaan en kennen ook de logistiek eromheen. Ze kunnen snel schakelen en meedraaien om het OK-programma goed te faciliteren. Als zzp'ers en detacheerders ingezet worden voor een eenmalige dienst, worden zij vaak ingepland als omloop of aflos.'

### Wat is volgens jou de grootste uitdaging van het werken in een zbc?

Mariëlle: 'Een zbc werkt op snelheid en efficiëntie. We doen bepaalde ingrepen zo vaak, dat we er erg bedreven in zijn en de juiste flow hebben. Ik denk dat efficiënt werken enerzijds de grootste uitdaging is en anderzijds het grootste plezier brengt.'

## NAAST EEN LEUKE BAAN, HEB IK ZO OOK EEN STABIELE THUISITUATIE

### Wat is het verschil ten opzichte van werken in een algemeen ziekenhuis?

Mariëlle: 'Voor mij is dat het ontbreken van de hectische dynamiek, zoals je vaak treft in een ziekenhuis. We doen hier bijvoorbeeld geen spoedoperaties, waardoor de operatieprogramma's gestructureerd verlopen. Daarnaast vind ik het een groot voordeel dat we geen avond- en weekenddiensten hoeven te draaien. Naast een leuke baan, heb ik zo ook een stabiele thuissituatie. Ook merk ik dat de medewerkers erg betrokken zijn bij Annatommie mc. Ze zijn constant op zoek naar verbetering. Bijvoorbeeld bij het inrichten van dienstlijsten, ze bieden zelf aan een dienst op zich te nemen of er een extra te draaien. Dat maakt het voor mij de moeite waard en geeft mij veel plezier in mijn werk.'

### Rouleren jullie ook tussen de twee vestigingen?

Marc: 'Op beide locaties worden dezelfde ingrepen verricht. Het personeel kan op beide locaties ingezet worden, maar meestal werk je op dezelfde locatie in verband met de reistijd van de medewerkers. Voor de orthopeden geldt overigens hetzelfde.'

### Wat voor effect heeft de coronacrisis tot nu toe op jullie afdeling gehad?

Mariëlle: 'We hebben het als kliniek altijd als onze maatschappelijke verantwoordelijkheid gevoeld om zo veel mogelijk bij te dragen aan de strijd tegen het coronavirus. Tijdens de eerste lockdown hebben wij onze deuren moeten sluiten, daarom hebben we meteen onze voorraad medische middelen overgedragen aan drie ziekenhuizen in de regio's Utrecht en Amsterdam. Aan medewerkers is gevraagd of zij wilden ondersteunen in de Covid-zorg. Een aantal medewerkers heeft hier gehoor aan gegeven, maar in de praktijk blijft het lastig om inpassing te vinden. Daarnaast hebben we actief samenwerking gezocht met ziekenhuizen om te ondersteunen in de coronacrisis als het gaat om inhaalzorg. Sommige ziekenhuizen (zoals het Zaanlands Medisch Centrum) hebben hiervan gebruikgemaakt.' ■

# SEDATIEPRAKTIJKSPECIALIST- OPLEIDINGEN SLAAN DE HANDEN INEEN

*De Erasmus MC Academie in Rotterdam en de Amstel Academie van Amsterdam UMC hebben besloten hun krachten te bundelen. Beide academies bieden afzonderlijk van elkaar onder andere dertig verpleegkundige vervolgopleidingen en negen medisch ondersteunende opleidingen aan.*

*Met ingang van 2022 slaan ze hun handen ineen en creëren ze een gezamenlijke opleiding tot sedatiepraktijkspecialist (SPS). Else Ouweneel en Geert Verweij (Amstel Academie, Amsterdam UMC) en Jeffrey Lemmers (Erasmus MC Academie), opleiders van onder andere de anesthesiemedewerkers en de sedatiepraktijkspecialisten, lichten deze keuze toe.*

Door: Ingrid Hummel

## WAT IS DE AANLEIDING GEWEEST OM DE TWEE OPLEIDINGEN SAMEN TE VOEGEN?

De SPS-opleidingen moesten in maart 2020 landelijk stoppen vanwege de coronapandemie. De studenten waren te hard nodig op de OK en de IC. We hielden als opleiders in het begin wekelijks onderling contact met de vraag wat we nodig hadden om weer van start te kunnen. Tijdens die gesprekken kwam het plan om samen verder te gaan. De herstart van de gestopte groep kwam daarvoor te vroeg, maar op het onderlinge vertrouwen dat tijdens die overleggen gegroeid is zijn we verder gegaan. Daarnaast hebben we tijdens de coronapandemie ook van elkaar geleerd wat werkt bij het afstandsonderwijs en wat niet. De samenwerking werd bespoedigd door het vertrouwen in elkaars kunnen en expertises.

## WAT IS HET DOEL VAN DEZE SAMENWERKING?

Met deze samenwerking willen we een gezamenlijke SPS-opleiding creëren die kwalitatief sterker is dan de afzonderlijke opleidingen, en tevens flexibeler aangeboden kan worden aan

de ziekenhuizen en studenten in onze regio's. We kunnen nu bijvoorbeeld twee keer per jaar van start gaan.

## WAT BETEKENT DEZE SAMENWERKING CONCREET VOOR DE STUDENTEN?

Eigenlijk niet zo veel. Dat klinkt raar, maar in de manier hoe we de opleiding hebben georganiseerd blijft veel bij het oude vertrouwde. De inschrijving vindt volgens dezelfde bekende procedures plaats, in Rotterdam en in Amsterdam. Na de inschrijving krijgen de studenten echter hetzelfde onderwijsprogramma aangeboden. Ze volgen dezelfde lessen (digitaal) of fysiek in Amsterdam of Rotterdam. Er komt één gezamenlijke studiegids en studenten werken in dezelfde digitale leeromgeving.

## KWAMEN DE HUIDIGE OPLEIDINGEN VAN DE AMSTEL ACADEMIE AMSTERDAM UMC EN ERASMUS MC ACADEMIE AARDIG OVEREEN OF ZITTEN ER AANZIENLIJKE VERSCHILLEN IN DE MANIER VAN OPLEIDEN TUSSEN DE VERSCHILLENDE OPLEIDINGSINSTITUTEN?

Jaren geleden is er op basis van een landelijke opleidingsblauwdruk een SPS-curriculum opgesteld. Dit vormde de basis voor de CZO-eindtermen. De academies hebben de SPS-opleiding afzonderlijk van elkaar aangeboden. Er zijn daardoor wel wat nuanceverschillen ontstaan tussen de opleidingen, maar niet dusdanig dat het een grote klus was om de curricula samen te smelten. Bij het opstellen van het nieuwe curriculum van de Amstel Aca-





Jeffrey Lemmers, opleider bij Erasmus MC Academie, en Else Ouweneel, opleider bij Amstel Academie.

demie en Erasmus MC Academie zijn we vooral uitgegaan van elkaars expertises en onze uitblinkende lessen en docenten. Die hebben de basis gevormd voor de onderlinge verdeling van lessen en trainingen tussen Amsterdam en Rotterdam.

#### KUN JE AANGEVEN HOE DE OPLEIDING ERUITZIET?

Onze gezamenlijke SPS-opleiding start in april 2022 voor het eerst, we hebben een startmoment in april en een in oktober. Het theoretische curriculum duurt circa negen maanden. De nieuw opgestelde EPA's vormen de basis van ons gezamenlijke curriculum. De theoretische opleiding bestaat uit docent-ongebonden leermodules en uit live lessen die digitaal of op locatie in Amsterdam of Rotterdam worden aangeboden. In de lessen op locatie staan samen leren, klinisch redeneren en casusgestuurd onderwijs centraal. Voorbeelden van dergelijke lessen zijn verdiepende theorielessen over specifieke patiëntendoelgroepen, een weerbaarheidstraining, vaardigheidslessen met betrekking tot presedatiescreening (gesprekstechnieken en lichamelijk onderzoek) en simulatietrainingen. De toetsing in de opleiding bestaat onder andere uit twee kennistoetsen, praktijkopdrachten en een eindopdracht. De theorietoetsen komen niet meer helemaal aan het einde, maar op verschillende momenten. Op deze manier kan de groei in de praktijk en de theorie beter op elkaar worden afgestemd.

#### ZIJN JULLIE AL TEGEN PRAKTISCHE BEZWAREN BIJ DE IMPLEMENTATIE AANGELOPEN?

Een mogelijke hobbel was dat we een hernieuwde erkenningsaanvraag voor de SPS-opleiding hadden moeten aanvragen. Na

overleg met het CZO bleek dit niet nodig te zijn. Het CZO juicht onze samenwerking toe en adviseerde ons om de invloed van de ziekenhuizen op de inhoud van de opleiding te borgen. Daarom hebben we in een vroeg stadium al nauw contact onderhouden met een delegatie van SPS-contactpersonen uit de ziekenhuizen in beide regio's. De informatie die we uit die overleggen haalde staat aan de basis van de planning en ontwikkeling van het gezamenlijke SPS-curriculum. Zo hebben we een breed draagvlak gecreëerd voor zowel de organisatie als de inhoud van onze nieuwe gezamenlijke SPS-opleiding.

#### WAT ZIEN JULLIE ALS DE VOOR- EN NADELEN VAN DEZE SAMENWERKING?

Het vergt even wat organisatorische en inhoudelijke afstemming, maar wanneer we eenmaal 'in de lucht' zijn, is ons land een kwalitatief hoogstaande SPS-opleiding rijker die een groot deel van de ziekenhuizen in Nederland kan bedienen in het leveren van sedatiepraktijkspecialisten.

#### WANNEER IS DEZE SAMENWERKING VOOR JULLIE GESLAAGD?

Dat was die al vanaf de start. De handen ineenslaan voelde vanaf dag één goed. We bieden

de ziekenhuizen door onze samenwerking een grotere opleidingscapaciteit, een kwalitatief (nog) betere SPS-opleiding en tevens meer flexibiliteit doordat we nu twee startmomenten per jaar hebben in plaats van één.

### HOE ZIEN JULLIE DE INSTROOM VAN NIEUWE SEDATIEPRAKTIJKSPECIALISTEN IN HET KADER VAN HET PERSOONELSTEKORT OP DE OK?

De druk in de zorg is op het moment enorm, in de operatiekamers in het bijzonder. Er ligt een enorme uitdaging om de grote hoeveelheid operatieve inhaalzorg te realiseren. Er heerst schaarste onder operatiekamerpersoneel, waaronder ook anesthesiemedewerkers. Dat bemoeilijkt de instroom in de opleiding tot sedatiepraktijkspecialist. En dat terwijl zoals gezegd ook de vraag naar sedatiepraktijkspecialisten toeneemt. Dat maakt dat ziekenhuizen zich in een spagaat bevinden. Wij hopen dat de geboden flexibiliteit in onze nieuwe SPS-opleiding de ziekenhuizen meer in de gelegenheid zal stellen om anesthesiemedewerkers in te sturen voor de opleiding tot sedatiepraktijkspecialist.

### HOE ZIE JULLIE DE TOEKOMST VAN HET VAK VAN SEDATIEPRAKTIJKSPECIALIST? Voorspellen is lastig. Om te weten welke kant

## DE HANDEN INEENSLAAN VOELDE VANAF DAG ÉÉN AL GOED

het opgaat, moet je eerst weten waar je vandaan komt. In eerste instantie was sedatie door de sedatiepraktijkspecialisten alleen bij kortdurende procedures bij relatief gezonde patiënten. Al snel werden dat ook langere en intensievere procedures bij ziekere patiënten voor wie algehele anesthesie geen optie is. Het jonge beroep heeft zijn bestaansrecht in korte tijd bewezen. Nu gaat het om de verdere professionalisering van het beroep. Deze vernieuwde opleiding neemt een voorschot op die benodigde groeiende professionalisering van het vak. Daarnaast groeit de vraag naar sedatiepraktijkspecialisten elke dag. Dat zal betekenen dat ook het aantal SPS-studenten in de toekomst zal groeien. Dat betekent dat goede supervisie in de praktijk cruciaal is om kwalitatief hoogstaande sedatiepraktijkspecialisten te kunnen leveren. Het leren is zeker niet alleen op school, maar juist ook in de praktijk. ■

*Meer informatie? Kijk op de website van de Amstel Academie of Erasmus MC Academie.*

Met procedurele sedatie en/of analgesie (PSA) wordt bedoeld het toedienen van een sedativum en/of analgeticum in het kader van een pijnlijke, stresserende en/of immobiliteit vereisende diagnostische of therapeutische procedure met de bedoeling om: deze procedure maximaal veilig voor de patiënt te laten verlopen; deze procedure maximaal comfortabel voor de patiënt te laten verlopen (dit wil zeggen met een maximaal onderdrukken van pijn, stress of angst); bij te dragen aan optimale diagnostische of therapeutische condities. De SPS werkt autonoom binnen de PSA bij volwassen patiënten die diagnostische of therapeutische ingrepen binnen diverse specialismen ondergaan. De SPS heeft de bevoegdheid om zelfstandig matige tot diepe sedatie toe te passen bij ASA I- en ASA II-patiënten, bij ASA III- en ASA IV-patiënten is een anesthesioloog laagdrempelig op verzoek van de SPS voor consult beschikbaar. PSA buiten de operatiecomplexen behoort tot de risicovolle medische handelingen waarvoor strikte kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden gelden. In het bijzonder voor matige tot diepe sedatie geldt dat dit gezien wordt als een separate medische handeling die niet tegelijkertijd met een diagnostische of therapeutische procedure door dezelfde professional kan worden uitgevoerd. Matige en diepe sedatie mag alleen worden uitgevoerd door hierin geschoolde en bekwame professionals. De kwaliteitsvoorwaarden zijn gebaseerd op de landelijke CBO-richtlijnen (NVA en NVZ, 2012) en op het toetsingskader van de Inspectie voor Volksgezondheid (IGZ, 2012). Het volgende niveau van matige tot diepe PSA is algehele anesthesie. De SPS is competent in het opvangen van complicaties op dit gebied. Matige tot diepe sedatie wordt om kwaliteitsredenen gezien als de voorbehouden handeling van algehele anesthesie. Aan de PSA is een zorgtraject gekoppeld vanaf de presedatiescreening tot en met de recovery.

*Bron: CZO.*

# 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

### Recovery verpleegkundige

"Onze recovery-afdeling is een heerlijke plek om te werken. We staan met elkaar voor de gezondheid en het herstel van de patiënt en de positieve ervaring rondom de operatie. We hebben een sterke vertrouwensband en dat versterkt de samenwerking met directe collega's op de recovery en met onze operatieassistenten, anesthesiemedewerkers en medisch specialisten." – Marianne en Marlies, recovery verpleegkundigen 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](https://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





## Robert Pierik: De cultuur, dat ben je zelf

Robert Pierik is chirurg in Zwolle en Apeldoorn en dagvoorzitter van het NVLO-najaarscongres. Hij ziet de manier waarop we op de OK werken ingrijpend en ten goede veranderen, al zal er in de toekomst nog heel wat meer moeten gebeuren.

Door: Enno de Witt

‘Aandacht voor de manier waarop we op de OK in een team samenwerken is iets van de laatste jaren’, zegt Pierik, die nog net heeft meegemaakt dat de chirurg een onbetwiste heerser met welhaast goddelijke trekken was. ‘Daarvoor is in ziekenhuizen de afgelopen vijftien jaar met name ingezet op betere protocollen, richtlijnen, checklists. Aandacht dus voor met name de structuur. Dat heeft onbetwistbaar geleid tot een enorme verbetering in de kwaliteit van de patiëntenzorg, want er worden daardoor veel minder fouten gemaakt. Tegelijkertijd was het wel een extra belasting voor het personeel. Vroeger ging je bij

wijze van spreken gewoon aan de slag. Nu moest je richtlijnen volgen, checklists afwerken, protocollen opstellen, en alles wat je deed ook nog documenteren en afvinken.

Sinds een jaar of vijf is het inzicht doorgedrongen dat een verdere aanscherping en nog meer protocollen en richtlijnen weinig extra winst opleveren, maar wel het personeel verder over de kling kan jagen. Dat inzicht deel ik van harte; we moeten echt veel meer aandacht hebben voor de cultuur in plaats van voor de structuur in het ziekenhuis. Het is voor de cultuur op een OK belangrijk hoe we met elkaar in het team omgaan. Niet alleen voor de – vreselijk woord – zorgmedewerker, maar indirect ook voor de patiënt. Is de cultuur goed, dan werk je met plezier, en dat heeft effect op de patiënt. Met een team dat positief en constructief samenwerkt is de kans op een goede afloop groter. Die cultuur op de operatiekamer maak je met elkaar, van chirurg tot schoonmaker, van operatieassistent tot secretaresse. Iedereen heeft een rol.

We gaan op de operatiekamer momenteel naar een andere wereld. Het besef dat het team verantwoordelijk is voor het resultaat is inmiddels ingedaald. Geen chirurg in Nederland zal nog zeggen dat alles om hem of haar draait. Vroeger waren we zogenaamd onfeilbaar, we konden geen fouten maken, zo werd je ook opgeleid. Als je dan toch een fout maakte, en dat gebeurde iedereen, ging je heel erg aan jezelf twijfelen, of je zocht een schuldige. Het kon ook niet dat een chirurg fouten maakte, dus dat moest worden verzwegen. Nu weet iedereen dat chirurgen ook mensen zijn, en dus per definitie ook fouten zullen maken. Dat is niet erg. Je moet ook niet zoals vroeger alles op alles zetten om iedere fout te voorkomen, want dat lukt je toch nooit. Het team – dat is de oplossing – moet je behoeden voor het daadwerkelijk maken van een fout. Dat is het nieuwe inzicht!

Fouten voorkom je uiteraard eerder door een goede sfeer binnen het team. Wanneer een operatieassistent zich als onderdeel van een team veilig voelt, kan hij gerust tegen de chirurg zeg-



Robert: Met een team dat positief en constructief samenwerkt is de kans op een goede afloop groter.

gen dat die op het punt staat het verkeerde been eraf te zagen. En als het goed is kijkt die het dan nog een keer na, in plaats van te zeggen dat de assistent zijn mond moet houden. De moderne chirurg leert in de opleiding gelukkig ook om beter om te gaan met feedback en kritiek, en beseft dat hij onderdeel is van een team en dat hij zijn teamgenoten hard nodig heeft. We zitten nu in de fase waarin we ontdekken hoe we dat met elkaar nog beter vorm kunnen gaan geven.

Maar met alleen aandacht voor teamwork ben je er niet, want een team moet ook nog onderling een sfeer creëren waarin topresultaten mogelijk zijn. Daarvoor is nodig dat iedereen ontvankelijk is voor kritiek, vanuit de wil om samen het allerbeste voor de patiënt te bereiken. Dat moeten we expliciet maken en hoog op de agenda zetten. Wat lastig is, want er staat altijd druk op de ketel, we willen efficiënt werken, het gaat nogal ergens over en de teams die het moeten doen wisselen voortdurend van samenstelling. Het is niet Ajax 1, het zijn elke keer andere chirurgen, andere verpleegkundigen, andere anesthesiologen, mannen en vrouwen, oud en jong, met ieder een eigen plek in de hiërarchie.

Bij het nadenken over hoe we als teams beter zouden kunnen samenwerken haal ik veel inspiratie uit de publicaties van Frans de Waal. In de Verenigde Staten heeft hij onderzoek naar teams op de OK gedaan, op precies dezelfde manier als hij dat naar apen deed. Bijvoorbeeld turven hoe vaak iemand een grapje maakt. Of wanneer er een conflict is, en die zijn er altijd. Het zou gek zijn als je zou zeggen: bij ons is het altijd gezellig, de sfeer is goed, we werken perfect samen en geven elkaar feedback. Dat is hopelijk vaak zo, maar natuurlijk nooit altijd. Bij apen ontdekte De Waal dat ze erg goed zijn in het verzoenen na een conflict. Ze gaan elkaar zitten vlooien. Wij mensen, en zeker op de OK, zijn daar niet in getraind. Wij proberen vooral conflicten te voorkomen, wat volgens De Waal niet altijd mogelijk is. Dat geeft ook niet, conflicten zijn niet erg, als er maar wel verzoening op volgt. En dat is dus best lastig op de OK, met al die wisselende teams waardoor je elkaar niet per se de volgende dag weer tegenkomt. Als een anesthesioloog mij een klootzak vindt en ik hem, kan het maanden duren voordat we weer met elkaar moeten samenwerken. Er is dan geen noodzaak om het conflict uit te praten.

De Waal doet nog een praktische aanbeveling. Dat verzoenen moet voor iedereen van het team zichtbaar gebeuren, en er moet ook een vorm van fysiek contact aan te pas komen. Als de groep alleen maar hoort dat een conflict tussen twee teamleden zou zijn bijgelegd, is dat van minder waarde dan wanneer dat team hen beiden samen in de koffiekamer heeft zien kof-fiedrinken en lachen.

Ik realiseer me dat het in de praktijk voor veel mensen, die al lang op hun eigen manier op een OK werken, moeilijk zal zijn. Daarom is dit soort congressen zo belangrijk. Bewust-

wording is de eerste stap. Begrijpen dat jij zelf mede de cultuur maakt waarin je werkt. Het is niet iets wat de directeur of de zorgverzekeraar hebben bedacht en opgelegd. Jij bent er zelf een belangrijk onderdeel van. Als je ervaart wat je eigen rol is, kan de bal gaan rollen. We zijn nu de eerste stappen aan het zetten. Hoe het precies af gaat lopen weet ik niet. Ik heb geen glazen bol en het is een lang proces, je hebt er hulp bij nodig en zult er experts voor moeten benaderen, maar het begint met ontvankelijkheid. Het inzicht dat je met elkaar een team en een cultuur maakt krijgt gelukkig steeds meer aandacht. De NVLO loopt hierin voorop, het is fenomenaal dat ze dit thema hebben gekozen. Door mensen te vragen mee te denken helpen we bij die bewustwording, maar hoe we dat gaan doen zal per afdeling verschillend zijn.

Wat we dus vooral niet moeten doen is nieuwe richtlijnen ontwikkelen, ik zie juist een zichzelf organiserend proces. Dat we deze kant opgaan, staat voor mij als een paal boven water. Ik zie voor me dat leidinggevend op de OK binnen hun afdeling dit onderwerp op de agenda zetten. Dat mensen die er moeite mee hebben daarbij geholpen kunnen worden, want laten we wel zijn: het geven en ontvangen van kritiek is een vak apart en samenwerken gaat niet vanzelf. Om leren gaan met conflicten, waarna je weer samen verder kunt, in plaats van dat je alleen vaststelt dat er veel conflicten op een OK zijn en dat dokter Jansen maar weg moet of zich ziek moet melden. Het is erg interessant om als afdeling of ziekenhuis te erkennen hoe belangrijk cultuur is en te zien hoe je die steeds verder kunt verbeteren.'

De overtuiging dat we moeten veranderen komt bij Pierik ook voort uit zijn persoonlijke ervaringen: 'In mijn werk heb ik helaas dingen gezien en meegemaakt waarvan ik niet dacht dat ze op een OK konden gebeuren. Ik kon daar niet goed mee omgaan en ben daarover gaan schrijven. Literaire romans over de cultuur in het ziekenhuis en specifiek op een operatiekamer, met mensen en situaties die ik onherkenbaar heb gemaakt of die fictief zijn. Over machtsstrijd, jaloezie en naar gedrag die tot enorme consequenties voor de patiënt kunnen leiden en waar iedereen die op een OK werkt wel voorbeelden van kent. Daar moeten we vanaf.' ■



Wil jij...  
**ÉLKE DAG**  
met **FRISSE** benen  
aan het **WERK?**

- ✓ Voorkom vermoeide benen
- ✓ Verminder de kans op spataderen

#### MEER WETEN?

M. info@herzogmedical.com  
T. +31 (0) 342 745 041



HERZOGMEDICAL.COM

## Advertorial

# COMPRESSIEKOUSEN, EEN DRUKVERHOGENDE INTERVENTIE

De druk op de zorg blijft hoog. Herzog Medical draagt z'n steentje bij en voert de druk op. Op de benen welteverstaan. En dat werpt z'n vruchten af, zo blijkt. Harald Herzog, eigenaar van Herzog Medical, gelooft heilig in de heilzame werking van compressiekousen. En hij staat hierin niet alleen. Ook veel topsporters omarmen de compressiekousen van Herzog Medical in figuurlijke zin. 'Mathieu van der Poel, Jorien ter Mors, Kjeld Nuis, Annemiek van Vleuten en vele andere toppers die onlangs ook tijdens de OS in Tokyo actief zijn geweest dragen onze kousen', vertelt Harald zichtbaar trots. 'Eén voor één topsporters die net als de toppers in de zorg een wereldprestatie hebben neergezet en nog steeds neerzetten. Toppers die hun lijf inzetten om tot deze prestaties te komen.'

'De analogie tussen topsport en werken in de zorg is niet nieuw en niet door mij verzonnen, maar wel de aanleiding van mijn inzet om de werkers in de zorg op dezelfde manier te ondersteunen', aldus Harald. 'In een spontane bui heb ik Diederik Gommers een e-mail gestuurd en ik werd al snel door hem uitgenodigd voor een gesprek in het Erasmus MC. Dat heeft ertoe geleid dat wij daar honderden IC-benen hebben opgemeten.'

'Het behoeft eigenlijk niet zo veel betoog waarom onze compressie-

kousen heel zinvol zijn op de OK. Wanneer je uren achtereen staat, dan eist dat zijn tol.'

'Tijdens verschillende opmeet sessies op de OK hebben wij gezien dat het merendeel van de OK-professionals al doordrongen is van het belang van compressiekousen. Echter, men draagt doorgaans geen échte compressiekousen die voldoende compressie geven en afgestemd zijn op de individuele beenmaten.'

'Voor een optimale compressiewerking is het van groot belang dat de compressiekous is toegesneden op ieders beencontour, hoe uiteenlopend ook! Bovendien dienen de kousen een drukprofiel te hebben van zo'n 30 mmHg op de enkel naar plus minus 23 mmHg onder de knie. Immers, de hydrostatische druk op enkelniveau is al ruim 100 mmHg. Er moet dus iets tegenover gesteld worden. Een goedbedoelde Hema-kous of een lichte antitrombosekous is voor dat doel echt onvoldoende', aldus Harald.

Wij hebben een speciale prijs van € 35 voor de zorg vastgesteld, waar de normale verkoopprijs in de winkels € 54,95 is. Dus doe je lijf een plezier en voer de druk op!

Voor meer inhoudelijke informatie of het maken van een afspraak kunt u ons bereiken op 06 22805811. ■



**Medtronic**

# Maak van uw OK een rookvrije ruimte

Zowel tijdens open-  
als laparoscopische  
ingrepen

RapidVac™ rookafzuigsysteem  
Code: SE3695  
Verpakt per stuk



Valleylab™ laparoscopisch  
rookafzuigsysteem  
Code: SEL7010  
Verpakt per: 10



**Scan de QR code  
voor meer informatie.**



Geneeskundestudenten als assisterende inzetten op de OK als ondersteuning voor de operatieassistenten; een oplossing voor het personeelstekort?

# GENEESKUNDESTUDENTEN ALS PLUSKRACHTEN OP DE OK

Danny van Delft is derdejaars aios orthopedie en heeft tijdens zijn studie geneeskunde bij Orthopedium (tegenwoordig Bergman Clinics Rotterdam) een bijbaan op de OK gehad als assisterende. Mede hierdoor is hij op het out-of-the-boxidee gekomen om Pluskracht op te zetten. Een formule waarbij geneeskundestudenten gedetacheerd worden om op de OK het personeel te ondersteunen door bij operaties te assisteren.

Door: Ingrid Hummel

‘O ngeveer een jaar geleden was er bij ons op de OK een gastoperateur. Hij vertelde ons dat ze in zijn ziekenhuis al een jaar een openstaande vacature hadden voor een operatieassistent, maar dat er weinig tot geen mensen reageerden. Hij vroeg om een out-of-the-boxidee om het chronische tekort aan operatieassistenten te verminderen.

Ik heb als student geneeskunde bij Orthopedium gewerkt en daar stond ik op de OK als assisterende aan tafel. Dus de haken vasthouden, diathermie en zuig bedienen. Daarnaast hielp ik de operatieassistenten met tal van andere taken, zoals de instrumentennetten openmaken, steriele verpakkingen openen en de operatiekamer schoonmaken en weer klaar maken voor de volgende patiënt. Dat was op dat moment mijn droombaan! Zo ben ik op het idee gekomen om Pluskracht op te richten en ziekenhuizen te helpen. De functie van de geneeskundestudent noemen wij dan ook de pluskracht.

## OP WELKE MANIER KUNNEN GENEESKUNDESTUDENTEN EEN BIJDRAGE LEVEREN AAN HET PERSONEELSTEKORT ONDER OPERATIEASSISTENTEN?

Geneeskundestudenten (pluskrachten) zijn slimme mensen die snel dingen leren. Met

name als ze over veel intrinsieke motivatie beschikken, bv. omdat ze zelf chirurgische ambities hebben. Wij selecteren daarom alleen mensen met bewezen chirurgische interesse. De pluskrachten zijn geen operatieassistenten die een driejarige opleiding hebben gedaan, dus ze zullen ook nooit al die specifieke kwaliteiten krijgen. Onze visie is dat ze wél heel goed kunnen assisteren: omlopen bij veel standaard- en/of kleine ingrepen, helpen tussen de operaties door zodat het team pauze kan houden en als een soort buddy de benodigdheden klaarzetten voor de volgende dag. In Duitsland wordt al sinds jaar en dag gewerkt met ‘hakenhalters’, geneeskundestudenten puur en alleen voor deze functie. Zij worden ingezet bij veel verschillende ingrepen: orthopedie, traumachirurgie, vaatchirurgie, algemene chirurgie. Eigenlijk bij alles waar iemand een haak moet vasthouden.

## BIJ WAT VOOR OPERATIES KUNNEN DE PLUSKRACHTEN ZOAL INGEZET WORDEN?

Bij alle operaties waar de chirurg iemand nodig heeft om de haken vast te houden. Dit kan heel breed gezien worden. Wat wij met name merken, is dat de pluskrachten worden ingezet bij de orthopedische prothesiologie of bij laparoscopieën om de camera vast te houden. Wij denken niet dat je ze moet inzetten bij risicovolle operaties zoals een aneurysma van de aorta. Juist bij de routine-ingrepen is de waarde groot. Hierbij kunnen de geneeskundestudenten ook leren omlopen.

## ASSISTEREN BIJ EEN OPERATIE IS MEER DAN ALLEEN ‘DE HAKEN VASTHOUDEN’. ANTICIPEREN OP HET OPERATIE-

## VERLOOP IS ER DAAR EEN VAN. HOE GAAN DE GENEESKUNDESTUDENTEN DAAR MEE OM?

Assisteren is inderdaad meer dan alleen de haken vasthouden, en dat moet je leren. Hoe vaker je dit doet, hoe beter je wordt. Daarom formeren we een team van studenten dat twee à drie jaar op dezelfde plek werkt om routine te kweken. Veel chirurgen opereren zo nu en dan met een coassistent, zij zijn minder ervaren en getraind dan pluskrachten. Ook hier ontstaat wel eens een acute situatie die niet goed opgelost wordt.

## OP HET MOMENT DAT EEN GENEESKUNDESTUDENT ALS ASSISTERENDE OP DE OK WORDT INGEZET IN PLAATS VAN EEN OPERATIEASSISTENT, BESTAAT HET TEAM VAN OPERATIEASSISTENTEN NOG MAAR UIT TWEE PERSO- NEN IN PLAATS VAN DRIE. VERHOOGT DIT DAN NIET JUIST DE WERKLAST?

Ik denk dat het de werkdruk juist niet verhoogt. De pluskrachten kunnen ook helpen met dit soort werkzaamheden. Studenten zijn heel leergierige en hardwerkende mensen. Ze willen ook graag een positieve bijdrage leveren en brengen frisse energie. Hierdoor zien ze veel 'werk liggen' en zoeken ze hier actief naar. In combinatie met de vaste werkplek van de pluskracht ontstaat routine en neemt de werkdruk af. De operatieassistent heeft dan tijd voor iets anders.

## HOE WORDEN DE GENEESKUNDESTUDENTEN VOORBEREID VOORDAT ZIJ OP DE OK AAN DE SLAG KUNNEN?

Ze krijgen een basis-OK-training met mij en een operatieassistent. Daar leren de studenten om te gaan met steriliteit, hoe je te gedragen op de OK, wassen, jas en handschoenen aantrekken en steriele verpakkingen openmaken. Verder komen ze op de OK zelf om te leren hoe de logistiek aldaar is, waar de inventaris uit bestaat en welke functie de apparatuur heeft. Als het ziekenhuis het wenst, leren we de pluskrachten ook hechten en knopen met de hand. Als het van tevoren al duidelijk is waar de studenten met name ingezet gaan worden, leer ik ze ook de ins en outs en het verloop van de ingrepen waar ze bij gaan assisteren. Het *on the job* aanleren van vaardigheden en indrukken opdoen blijft ook een belangrijk onderdeel.

## HOE ZIJN DE REACTIES UIT HET WERKVELD?

Het is wisselend. De chirurgen vinden het bijna altijd top. De pluskrachten met meer dan gemiddelde interesse in het snijdende vak worden omschreven als super coassistenten die qua niveau een stuk hoger werken. Vergelijkbaar met een beginnende arts-assistent. In ziekenhuizen waar de operatieassistenten normaal gesproken alleen instrumenteren en assisteren gaat het heel goed. Voor hen verandert er niet heel veel en zien we een heel goede samenwerking. In de ziekenhuizen waar gerouleerd wordt tussen omloop, instrumenterende en assisterende merken we meer weerstand vanuit de operatieassistenten. Het meest gehoorde argument is dat de operatieassistenten het zelf leuk vinden om te assisteren en deze taak dus liever niet afstaan. Sommige ziekenhuizen trekken



om die reden dan ook de stekker weer uit het project. Erg jammer.

Wij merken dat de pluskracht meer dan eens gezien wordt als een soort concurrent van de operatieassistent. Ik wil benadrukken dat dit absoluut niet zo is. Als chirurg kun je niet zonder de operatieassistent. De pluskrachten zullen ook nooit zo goed en breed worden als de operatieassistenten, en dat is ook niet het doel. Het doel is om het operatieteam te verbreden en te zorgen dat we op een creatieve manier gaan nadenken over het chronische personeelstekort dat niet op korte termijn opgelost gaat worden.

## HOE IS JE EIGEN ERVARING GEWEEST ALS ASSISTERENDE OP DE OK?

Het was mijn droombaan op dat moment. Dezelfde reacties hoor ik ook terug van de pluskrachten die nu het werk doen. Ik voelde me een gewaardeerd lid van het team en leverde een goede bijdrage. Daarnaast deed ik ook zeer waardevolle ervaring op die me een voorsprong gegeven heeft in mijn tijd als anios en aios.

## ZIE JE NOG ANDERE MOGELIJKHEDEN VOOR TAAKHerschikking VOOR OPERATIEASSISTENTEN?

Ik denk dat er veel mogelijkheden zijn. Kritisch kijken naar de taken van operatieassistenten is daar een van. Een aantal van deze taken kan door iemand anders gedaan worden. Of zoals in het bedrijfsleven en in sommige moderne apotheken, zelfs gerobotiseerd. Denk dan aan het klaarzetten van ingrepen. Zoals Pieter-Paul Vergroesen ook al beschreef in zijn onderzoek naar het werk van operatieassistenten is 'assistent-operatieassistent' een interessante functie om te onderzoeken. Ik denk dat de rol van een pluskracht daar ook onder valt. ■

Danny: We moeten op een creatieve manier gaan nadenken over het chronische personeelstekort.



# ROLAND VAN WANDELEN IS PRO CONTRAFLURAN

‘Als ziekenhuis, en zeker in mijn geval als anesthesioloog, moeten we onze rol in de bestrijding van de uitstoot van broeikasgassen opeisen. Niet afwachten en naar de burens kijken, maar proactief handelen en ons aandeel in de klimaatdoelstellingen zo veel mogelijk claimen’, zegt Roland van Wandelen stellig. ‘Ik vond het al langer een doorn in het oog dat we onze narcosegassen zomaar het milieu inblazen, mede daardoor ben ik voortrekker geworden van dit vergroeningsproject in mijn ziekenhuis, het Bravis ziekenhuis.’

Door: Martijn Lupke

‘Als anesthesioloog die al een tijdje meedraait, heb ik de afgelopen jaren veel ontwikkelingen gezien, zoals de introductie van propofol en de TCI-mogelijkheden daarvan, maar ook desfluraan en sevofluraan. Ik ben zelf een groot fan van desfluraan,

mede door de snelle in- en uitwerking van dit anestheticum. Deze persoonlijke voorkeur maakt dat ik me wellicht bewuster ben van de schadelijke effecten op het milieu van inhalatieanesthetica in het algemeen. Ik ben me daarom meer gaan verdiepen in een mogelijke duurzame oplossing voor deze schadelijke uitstoot.



Roland van Wandelen, anesthesioloog, Jacqueline Kamsma, Baxter, Ron van Tilburg, anesthesiemedewerker (zittend voor toestel), Ad van Ginneken, afd. medische techniek Bravis, Johan van Nieuwburg, GE Healthcare (achter toestel).

Na overleg met de leverancier van onze inhalatieanesthetica werd de mogelijkheid van afvangen en recycling van deze anesthesica besproken. Vervolgens zijn we met een projectgroep, waar anesthesiemedewerker Ron van Tilburg een belangrijke rol in heeft gespeeld, enthousiast aan de slag gegaan. Uiteindelijk heeft dit geleid tot het product waar we nu als eerste ziekenhuis in Nederland mee werken. In het kort komt het proces van afvangen en recyclen op het volgende neer. De afvangtechnologie van anesthesiegas bestaat uit twee componenten: De CONTRAfluran en de SENSOfluran. De CONTRAfluran-anesthesiegascanister is bedoeld voor het verwijderen van geïsoleerde, gehalogeneerde koolwaterstoffen (sevofluraan en desfluraan) uit de beademingsgassen. De SENSOfluran-vulniveau-regeleenheid controleert de status van de opvangbeker om te zorgen dat deze tijdig wordt vervangen. Beide componenten zijn ontworpen om te werken met bestaande anesthesiemachines. SENSOfluran is uitsluitend bedoeld voor gebruik met geïsoleerde gehalogeneerde koolwaterstoffen (sevofluraan en desfluraan) en is niet effectief bij andere anesthesiegassen. Zodra de opvangbekers vol zijn, worden deze vervangen en verzonden naar een gespecialiseerde faciliteit die alleen het gebruikte anestheticum uit de opvangbeker haalt. Vervolgens worden sevofluraan en desfluraan gesteriliseerd en opnieuw verwerkt tot sevofluraan en desfluraan.'

### BESPARING

'Belangrijk om voorop te stellen, is dat de besparing zich puur richt op het milieu – zo'n 220.000 kg CO<sub>2</sub> of 2,2 miljoen autokilometers – maar niet op de portemonnee van het ziekenhuis', aldus Van Wandelen. 'In ons ziekenhuis zijn de kosten zo'n 25.000 euro per jaar, waar geen inkomsten tegenover staan. Het is goed om je dat als ziekenhuis te realiseren voordat je dit project gaat starten. Wij zijn er in ons ziekenhuis ongeveer twee jaar mee bezig geweest om dit project te laten slagen. Deze tijdsduur heeft alles te maken met het realiseren



van de technische aanpassingen aan het anesthesietoestel, het verkrijgen van goedkeuring, training en scholing etc. Ziekenhuizen die in de toekomst volgen, kunnen uiteraard gebruikmaken van onze kennis en ervaringen, waardoor de implementatiefase elders zeker korter zal zijn.'

### OLIEVLEK

'Het is mooi om te zien hoe snel de Nederlandse ziekenhuizen zich aanpassen aan de noodzakelijke vergroening en hoe zij de Green Deal Duurzame Zorg massaal omarmen. Een aantal jaar geleden was dit totaal geen issue op congressen en binnen vakgroepen, nu verspreidt het zich als een olievlek en staan ziekenhuizen te trappelen om mee te doen, dat is pure winst!'

### BESTE DUURZAME ZORGINITIATIEF

'Op donderdag 7 oktober jl. wonnen we met dit project als Bravis ziekenhuis zelfs de juryprijs voor het beste duurzame zorginitiatief van 2021. Daar zijn we natuurlijk erg trots op, en het voelde als de kers op de taart.' ■

## Werkingsmechanisme

Het werkingsmechanisme is gebaseerd op een koolstof-filter op basis van kokos dat de gassen adsorbeert. Dat is iets anders dan absorberen. Adsorberen is het vasthouden van een stof aan de oppervlakte van een andere stof, terwijl bij absorberen iets helemaal wordt opgenomen. Wanneer een gas is geïsoleerd, zit het vast aan de koolstofstructuur en kan het niet meer ontsnappen naar de buitenlucht. De rest van de gassen, zoals bijvoorbeeld zuurstof, passeert het filter wel en gaat via de uitgang van de CONTRAfluran-canister weer terug in de OK. De medewerkers zijn verzekerd van het inademen van schone lucht.

## Green Deal Duurzame Zorg

In de Green Deal Duurzame Zorg staan afspraken voor minder milieuvervuiling door de zorg, zodat de zorg ook op lange termijn goed is voor mensen, voor de planeet en voor de welvaart, en dus niet leidt tot extra vervuiling of gezondheidsklachten.

Meer dan tweehonderd partijen hebben de Green Deal ondertekend. Zij hebben ieder hun eigen doelen, maar baseren die op de volgende vier afspraken:

- CO<sub>2</sub>-uitstoot terugdringen met 49 % in 2030.
- Circulair en maatschappelijk verantwoord inkopen.
- Minder medicijnresten in grondwater, sloten en rivieren.
- Gezonde werk- en leefomgeving voor zorgpersoneel en patiënten.

# WERKEN ALS ZZP-OPERATIEASSISTENT VIA TMI

Anoeschka van Amstel maakte in 2012 de overstap van een kantoorbaan naar OK-assistent door haar grote interesse in de medische wereld. Na de werken en lerenopleiding is ze sinds 2015 bevoegd operatieassistent en in maart 2019 heeft ze besloten verder te gaan als zzp'er. Hoe is het werken als zzp'er en waarom koos ze voor detacheringsbureau TMI? Dit legt Anoeschka uit in het interview.

Door: Cynthia Buckert

## VAN DETACHEREN NAAR ZZP'EN

'Voordat ik ging zzp'en, heb ik een jaar als gedetacheerde gewerkt. Al snel kwam ik erachter dat ik goed kon functioneren in diverse werkomgevingen en het leuk vond om met verschillende collega's te werken. Daarnaast zie je allerlei ingrepen en manieren van werken omdat je in verschillende ziekenhuizen werkt. Echter ben je met detacheren nog wel in loondienst, en toen had ik zoiets van: dit kan ik zelf ook regelen wanneer ik ga zzp'en! Alleen wel via een bureau dat mij goed kan ondersteunen.'

## DE KEUZE VOOR TMI

'Ik ben met verschillende detacheringsbureaus in gesprek gegaan die onder andere zzp'ers bemiddelen en daaruit kwam TMI als beste naar voren. Naast dat ze een groot aanbod hebben aan vacatures, hebben ze de juiste kennis, ervaring en een enorm netwerk. Dat was voor mij de reden om voor hen te kiezen. Verder is de begeleiding heel fijn en heb ik continu dezelfde contactpersoon waar ik altijd op kan terugvallen. Je hebt hierdoor een houvast ondanks dat je verder eigen baas bent. Als zzp'er heb je ook veel administratie, zoals het factureren van je uren. Bij TMI nemen we dat allemaal uit handen van de zzp'er. Anoeschka legt uit: "TMI maakt de factuur op en verstuurt deze naar mij en naar de klant. Deze moet ik goedkeuren en dat is alles"

## EEN COMBINATIE VAN LANGE OPDRACHTEN EN LOSSE DIENSTEN

Als zzp'er bij TMI kun je kiezen voor opdrachten voor een langere



periode op één locatie of je beheert je eigen agenda door losse diensten zelf in te plannen via de online omgeving van TMI. Anoeschka heeft gekozen voor een combinatie: 'Ik heb gekozen voor een opdracht voor een langere periode, waar ik inmiddels al tweeënhalf jaar werk. Dit combineer ik met losse diensten die ik draai in verschillende ziekenhuizen. Deze combinatie met losse diensten zorgt ervoor dat je scherp blijft en niet op de automatische piloot werkt. Door af en toe bij een ander ziekenhuis te werken, word je weer uitgedaagd binnen het vak met nieuwe collega's en een andere OK.'

## OPDRACHTEN VIA EEN BEMIDDELINGSBUREAU

'Je mag altijd je wensen en voorkeuren doorgeven bij TMI. Zelf was ik als beginnend zzp'er heel blij dat mijn accountmanager bij TMI al een opdracht beschikbaar had in de buurt van mijn woonplaats. Als ik nu een nieuwe opdracht zou willen, dan neem ik eerst contact op met TMI en dan gaan zij kijken of er bij een andere kliniek of een ander ziekenhuis vraag is naar een operatieassistent. Daarom is het voor mij perfect om opdrachten aan te nemen via een bureau, ik hoef zelf geen ziekenhuizen te benaderen. Ziekenhuizen kennen je vaak niet persoonlijk, maar ze hebben wel ervaring met TMI'ers. Ze weten dat zorgprofessionals bij TMI altijd goed worden gescreend en alle documenten op orde hebben, waardoor je in mijn ogen een grotere kans hebt om aangenomen te worden dan wanneer je alles zelf regelt.' ■



.....

## Samenwerking ziekenhuizen en zelfstandige klinieken loopt stroef in wegwerken inhaalzorg

# WIE LOST DE WACHTLIJSTEN OP?

Eind oktober schatte de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in dat het aantal behandelingen die door corona zijn uitgesteld oploopt tot tweehonderdduizend. Dat zal alleen nog maar meer worden, want in veel ziekenhuizen komt de planbare zorg alweer in het gedrang, ditmaal door de vijfde coronagolf. De wachtlijsten blijven groeien. Wie gaat dat stuwmeer aan uitgestelde zorg straks – of nog liever: nu – wegwerken? Zelfstandige klinieken staan te springen om dit op zich te nemen, maar de samenwerking met ziekenhuizen verloopt stroef. Het helpt ook niet dat de zorgverzekeraars niet willen dat de inhaalzorg op grote schaal uitwijkt naar de zelfstandige behandelcentra (zbc's). Zij betalen daar liever de ziekenhuizen voor.



**P**atiënten die in aanmerking komen voor planbare zorg – of het nou gaat om bijvoorbeeld orthopedische, oogheelkundige of plastische chirurgie – belanden sinds maart 2020 op de wachtlijsten van de ziekenhuizen. Die kunnen hun OK's maar op hooguit zeventig of tachtig procent van hun capaciteit draaien. Ze worstelen met personeelstekort enerzijds en beschikbare IC-ruimte anderzijds. Het lange wachten is niet alleen vervelend, maar levert patiënten vaak nog meer gezondheidsschade op, zegt Sjoerd Bulstra, chirurg in het UMC Groningen en voorzitter van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV). 'Als mensen niet goed kunnen bewegen, gaan ze ook cardiopulmonaal achteruit. Het is lastig om te bepalen wat de meest urgente gevallen zijn. Je moet kijken naar de fysieke gesteldheid, maar ook naar de maatschappelijke positie van een patiënt. Heeft hij of zij een

baan? Doet iemand mantelzorg? Elke specialist wil voorrang voor zijn eigen patiënt – daar ben je tenslotte dokter voor. Maar bij verminderde capaciteit moet je met z'n allen kijken hoe je het aanpakt.'

Dat gebeurt. Binnen de 'orthopedische gemeenschap', maar ook binnen andere specialismen zoeken artsen elkaar op om patiënten toch een plek te geven, zo ziet Bulstra. 'Dat kan in een buurziekenhuis zijn, maar ook in een zbc. Vanuit de NOV stimuleren we het ook: kijk om je heen, verzin samen oplossingen. Dat vraagt best wat organisatietalent. Denk aan het inroosteren van operatiedagen, maar ook aan het regelen van postoperatieve zorg. En partij-

Door: Leendert Douma



Sommige ziekenhuizen zien zelfstandige behandelcentra nog als concurrent.

en moeten er financieel uitkomen. Er zijn sinds corona heel veel dingen gedaan waarvoor de rekening nu nog niet is vereffend. Er worden allerlei experimenten gedaan, maar er is helaas nog geen uniforme oplossing.'

#### HAPSNAAP

Er gebeurt veel – ook tussen ziekenhuizen en klinieken, maar de contacten zijn vooral hap-snap, zo blijkt uit een rondje door de regio's. 'Voor de coronatijd waren er ook al samenwerkingsverbanden voor het realiseren van de juiste zorg op de juiste plek', zegt Paulette Timmerman, directeur van koepelorganisatie Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). 'Vanaf 2020 werd dat alleen maar urgenter. Voor Covid-patiënten is er een dashboard dat laat zien waar ze heen kunnen. Het is eigenlijk raar dat er niet zo'n dashboard is voor de reguliere zorg. Dat zou alle beschikbare zorgcapaciteit vanuit patiëntperspectief moeten ontsluiten', zo betoogt Timmerman. Een voorbeeld van een succesvolle regionale aanpak voor de planbare reguliere zorg is het Amsterdamse zorgnetwerk dat vorig jaar is opgezet rondom het OLVG, het BovenIJ, het AVL, Bergman Clinics en XpertClinics. Daar zijn de zbc's onderaannemer van het OLVG. Een digitale triage bepaalt wie waar-naartoe gaat.

#### SLIM INZETTEN

Onlangs dat er weinig structureel is geregeld, wordt het aandeel van de zbc's in het wegwerken van de achtergebleven zorg steeds groter, schetst Paulette Timmerman. 'Tot september van dit jaar hebben we zo'n honderdduizend patiënten meer geholpen. Het is lastig om te zeggen hoeveel operaties wij meer zijn gaan doen. Uit de NZa-monitor blijkt dat er ruim dertig procent meer verwijzingen van ziekenhuizen naar zbc's zijn. Maar de Nederlandse zelfstandige klinieken kunnen nog meer doen binnen de beschikbare capaciteit', zegt Timmerman. 'Onze leden geven aan dat ze nog zo'n tien procent aan extra ruimte hebben. Er is voldoende personeel. Door die slimmer in te zetten – bijvoorbeeld door langere openingstijden – kunnen klinieken uitbreiden. Daar is wel wat financiële armslag voor nodig.' Die kosten zouden honderd- tot honderdvijftig miljoen euro bedragen, een heel kleine fractie van het totale zorgbudget. ZKN lobbyt daarvoor in de Tweede Kamer en aan de formatietafels. De zbc's vinden daarbij steun bij Patiëntenfederatie Nederland, maar de zorgverzekeraars blijken minder bereidwillig.

#### SAAMHORIGHEIDSGEVOEL

De specialisten willen wel. 'Die zitten niet te wachten op politieke spelletjes en willen gewoon hun ding doen, aan de slag voor hun patiënt', zegt Cherry Ponsen. Zij is accountmanager voor de verhuur van operatiekamers bij Medical Parc van Sandstep Healthcare, een zelfstandige kliniek waar merken als Orthoparc, CosMed, Genderclinics en HandsOnCare onder vallen. De organisatie heeft twee klasse I-prestatieniveau I-OK's in Bosch en Duin en drie OK's in Rozendaal bij Arnhem. Er werkt een vast team van zo'n vijftien

# WE WILLEN PLEITEN VOOR EEN DASHBOARD VOOR DE REGULIERE (INHAAL) ZORG, GELIJK AAN DAT VOOR CORONA

operatieassistenten, vijf anesthesiemedewerkers en ongeveer veertien verpleegkundigen. Ponsen ziet veel belangstelling van ziekenhuizen om bij Medical Parc inhaalzorg te doen. 'Het begon met contacten in Groningen. Het Martini Ziekenhuis was het eerste dat hier artroscopieën kwam doen. Patiënten werd de keuze voorgelegd of ze dat wel wilden. De afstand Groningen-Arnhem is best groot. Bijna iedereen was enthousiast! Ook de orthopeed en de anesthesioloog stapten graag in de auto. Het waren gezellige dagen. Er lagen allemaal Groningers op de afdeling. Er heerste een soort saamhorigheidsgevoel.' Op deze manier zijn er iets meer dan honderd artroscopieën gedaan, zegt Robbert van de Mortel, operationeel directeur van Sandstep Healthcare. Inmiddels zijn er ook contacten met andere ziekenhuizen. Isala uit Zwolle gaat vanaf januari bij Medical Parc KNO-operaties uitvoeren. Al langer waren er overeenkomsten met Amsterdam UMC, locatie VUmc. En ziekenhuis Rijnstate in Arnhem doet er nu orthopedische en algemeen chirurgische ingrepen. 'Dat werkt hetzelfde als bij het Martini Ziekenhuis, alleen nemen zij hun eigen instrumenten mee. Dat vinden ze makkelijker. Dat is ook mogelijk doordat ze zo dichtbij zitten', zegt Ponsen.

## PROJECTTEAM

Zo hapsnap als de eerste contacten verlopen, zo georganiseerd verloopt het vervolg, laten Robbert van de Mortel, Cherry Ponsen en hoofd OK Jannette van der Wal zien. 'We worden benaderd door een specialist uit het ziekenhuis, maar gaan daarna snel in gesprek met de raden van bestuur, de kwaliteitsfunctionarissen, operatieplanners en uiteraard de financiële mensen. Van begin af aan is er een projectteam om alles achter de schermen te organiseren.' Maar ook op de werkvloer wordt alles doorgesproken. Cherry Ponsen: 'We vragen de specialisten die komen opereren om vooraf een klinische les te geven aan onze operatieassistenten, anesthesiemedewerkers en verpleegkundigen. Zo zijn we allemaal optimaal voorbereid. Welke shavers gaan we gebruiken? Hoe positioneren we de patiënt? Hebben we alle steunen voor een laparoscopische galblaas? Hoe intuberen we? Alles moet dichtgetimmerd zijn voordat we

beginnen.' De totstandkoming van zo'n samenwerking kan zeker beter, concludeert Van de Mortel, maar als het eenmaal loopt, dan werkt het optimaal.

## PERSONEEL

Waarom staan de ziekenhuizen en de zbc's dan soms met de ruggen naar elkaar toe, zelfs als de nood zo hoog is? 'Sommige ziekenhuizen zien zelfstandige klinieken nog als concurrent', legt Paulette Timmerman uit. 'Die gaan er met "onze patiënten" vandoor, roepen ze dan. Terwijl een patiënt van niemand is. Die hebben gewoon een keuze.' Ook Medical Parc ziet zichzelf niet als concurrent, eerder als aanvulling op het aanbod. Ook wordt wel eens gezegd dat de zbc's in de personeelsvijver van de ziekenhuizen vissen en daardoor de tekorten in stand houden. 'Dat is uit proporties getrokken,' zegt Timmerman, 'als je bedenkt dat er zo'n honderdduizend verpleegkundigen in ziekenhuizen werken en ongeveer vijfhonderd in zelfstandige klinieken.' Orthopeed Sjoerd Bulstra heeft nooit gezien dat de klinieken actief werven in ziekenhuizen, zo vertelt hij. Hoofd OK Jannette van der Wal van Medical Parc ziet eerder dat operatieassistenten kiezen voor beide opties. 'Veel mensen werken een paar dagen per week in het ziekenhuis. Daar zien ze spannende, hoogcomplexere zorg. Daarnaast werken ze een paar dagen per week bij ons om in een klein team in een platte organisatie lekker te kunnen knallen. Vijftien knieoperaties per dag, dat is goed voor je routine. Zo houd je kwaliteit.'

## CAPACITEIT

De zbc's hebben geen last van het personeels tekort, zeggen ZKN en Medical Parc. De ziekenhuizen wel, concludeert Bulstra. 'Wij hebben in het UMCG zeker hinder van het personeels tekort op de OK's, de verpleegafdelingen en op de IC's, maar we hebben ook last van tekorten in de wijkverpleging. De uitstroom na een operatie loopt daardoor spaak. Daardoor houden mensen langer een ziekenhuisbed bezet.' Ook dat zou pleiten voor een dashboard voor de reguliere (inhaal)zorg en een einde aan de politieke spelletjes. 'We moeten alle capaciteit die er is nu inzetten om zo snel mogelijk zo veel mogelijk zorg te leveren,' besluit Paulette Timmerman, 'zodat we hopelijk volgend jaar een normaal regulier zorgjaar in kunnen.' ■





## Wat kunnen we voor u betekenen?

### HET LAATSTE NIEUWS

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

Uw kunt nieuws over uw ok-afdeling mailen naar [info@okvisie.nl](mailto:info@okvisie.nl) en wij plaatsen het op onze website en delen het via onze social media kanalen



### BLOGS

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

Heeft u of één van uw collega's een vlotte pen? Mail jullie belevenissen naar ons en wij delen ze op [www.okvisie.nl](http://www.okvisie.nl)



### DOCUMENTEN

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

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



### VACATURES

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

Ook uw vacature op OK Visie plaatsen? Neem dan contact op met Cross Media via [zorg@crossmedianederland.com](mailto:zorg@crossmedianederland.com)



### EVENEMENTEN

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

Uw evenement kunt u plaatsen op OK Visie door contact op te nemen met Cross media, via [zorg@crossmedianederland.com](mailto:zorg@crossmedianederland.com)



### IN THE PICTURE

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



[WWW.OKVISIE.NL](http://WWW.OKVISIE.NL)

Door: Martijn Lupke

column

## 4US

'Covid-19 is een blijvertje' hoorde ik laatst een viroloog zeggen. 'Vaccinatie gaat ons geen Covid-vrije wereld brengen. We zullen eraan moeten wennen, net als het griepvirus zal het ieder jaar terugkeren en slachtoffers maken, en de solidariteit van de samenleving op de proef stellen', aldus deze viroloog. 'De solidariteit van de samenleving op de proef stellen.' Ik kreeg die zin dagen niet meer uit mijn hoofd. Wat is solidariteit?

'Solidariteit is het bewustzijn dat alhoewel individuen verschillende taken, interesses en waarden hebben, de orde en samenhang van de maatschappij afhangen van het elkaar kunnen vertrouwen voor het uitvoeren van die specifieke taken. Dit houdt in dat individuen inzien dat het verdedigen of het verder helpen van andermans belangen uiteindelijk in het belang van het individu zelf is. Het kan daarmee bijdragen aan de sociale cohesie', aldus Wikipedia. Maar, het begrip is ruimer. 'In de politiek is het begrip omstreken. Enerzijds meent men dat solidariteit de cohesie en stabiliteit van een samenleving bevordert doordat zij de gemeenschapszin stimuleert. Anderzijds wordt wel eens gesteld dat door overwegingen van solidariteit de autonomie van de mens geweld wordt aangedaan; in die visie zou iemand juist zijn beslissingen altijd op persoonlijke gronden moeten nemen.' Laat dat nu precies het dilemma zijn waar we bij het vaccineren voor staan. Met solidariteit alleen zijn we er dus niet. Althans, voor wie keuzevrijheid en autonomie laat prevaleren. En wie doet dat niet? Wie zegt dat hij of zij zich puur op solidaire gronden heeft laten vaccineren benadrukt vooral de sociaalwenselijkheid hiervan. Het klinkt wel mooi en altruïstisch, maar het is hol. Vaccineren doet men vooral voor zichzelf. Je helpt er ook een ander mee, maar dat is voor velen bijvangst. Niet-gevaccineerden kiezen ook voor keuzevrijheid en autonomie, maar niet voor deze bijvangst. Dat is het verschil. Een verschil dat bij een pandemie een groot verschil maakt. Zijn de niet-gevaccineerden dan per definitie niet solidair? Dat zou alleen het geval zijn als alle gevaccineerden zich op solidaire gronden hebben laten vaccineren, en daar is geen sprake van. Laten we daarom het begrip solidariteit voorlopig even parkeren, daarmee komen we er nu niet. Het gaat om begrip en grip. Begrip voor elkaars standpunt en behoefte aan autonomie en keuzevrijheid, en grip krijgen op wat dit betekent voor de samenleving. Dat heeft alles weg van 'polderen', maar daar zijn we nu eenmaal goed in. De nadruk moet meer op 'samen', dan komt die solidariteit weer als het echte water ons aan de lippen staat in 2100.



# HEINE reusable laryngoscope blades are worth their price

Easy  
to reprocess.



Just as easy  
to reprocess.



We design our blades to be tough. However many reprocessing cycles they endure over their long life, they keep coming back for more. To ensure no liquids can enter the blade during intubation or reprocessing, and to avoid cross-contamination, our fiber bundles aren't just glued together; they're pressed in too. We use a steel ring on the proximal end of the fiber bundle to ensure a perfect seal and to protect the bundle when the blade is repeatedly engaged.

HEINE blades are quick, easy, and safe to clean. Here's what the smoothSURFACE quality label promises: unmatched smoothness, gentle curves, easy-to-clean transitions, and no recesses or gaps.

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



If you want to learn more, download our Book of Truth:  
[www.heine.com/BookofTruth](http://www.heine.com/BookofTruth)

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



# IES 3

The smoke evacuation system for  
clean air at your workplace



The IES 3 smoke evacuation system can effectively filter SARS-CoV-2 viruses with a very high probability.

A safe working environment with IES 3: One core component of the 5-stage main filter cartridge is the ULPA-15 filter which removes 99.9995 % of all 0.1  $\mu\text{m}$  particles. According to current knowledge, the particle size of the SARS-CoV-2 virus is between 60 and 140 nm.

The best practice for mitigating possible infectious transmission during open, laparoscopic and endoscopic procedures is to use a multi-faceted approach, including smoke evacuation devices.

**FURTHER INFORMATION AT: [SMOKE.ERBE-MED.COM](https://smoke.erbe-med.com)**