



Dé recoveryverpleegkundige | P 4



Het meest groene
onderhoudsanestheticum | P 10



Van Parimaribo naar Rotterdam | P 12



Onze koffiekamer: Jeroen Bosch Ziekenhuis | P 15



Proptober

Oktober is op de OK in het Diaconessenhuis omgedoopt tot de maand van de propofol. Initiator van deze doop is Esmee Smits, die onderzoek deed naar het meest groene onderhoudsanestheticum. Een mooi initiatief om de anesthesiologische ecologische voetafdruk te verlagen. Over mooie initiatieven gesproken, Arnold Smeink, oprichter van EMTG Health Care, maakt zich hard voor het terugdringen van de personeelstekorten op de OK. Hij haalt operatieassistenten uit Griekenland, Portugal, Spanje en Italië, met als doel het aanbod vakbekwame zorgprofessionals in Nederland te laten groeien. Is dit dan eindelijk het ei van Columbus? Lees er alles over in deze krant!



Martijn Lupke



Ingrid Hummel



Enno de Witt

Redactie

Ingrid Hummel | Martijn Lupke | Enno de Witt
redactie@okvisie.nl

Uitgeverij

Y-Publicaties | Postbus 10208 | 1001 EE
Amsterdam | 020 – 520 60 77
www.y-publicaties.nl

Sales

Cross Media Nederland BV | 010 742 19 42
zorg@crossmedianederland.com

© 2022 OK Visie Krant | ISSN 2590-2431
Niets uit deze editie mag worden gereproduceerd
zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.

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



CardinalHealth

Essential to care™

Cardinal Health™ Protexis™ Chirurgische handschoenen

Protecting the **hands that heal.**



Bekijk ons volledige productportfolio

cardinalhealth.co.uk

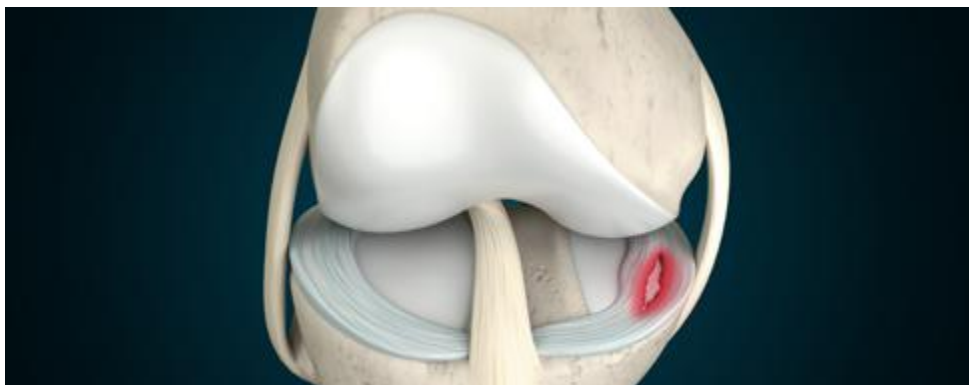


benelux.ms@cardinalhealth.com

Uitsluitend voor professionele zorgverleners.

Belangrijke informatie: Raadpleeg vóór gebruik de gebruiksinstructies die bij het hulpmiddel worden geleverd voor indicaties, contra-indicaties, bijwerkingen, voorgestelde procedure, waarschuwingen en voorzorgsmaatregelen. © 2022 Cardinal Health. Alle rechten voorbehouden. CARDINAL HEALTH, het Cardinal Health-LOGO, ESSENTIAL TO CARE en PROTEXIS zijn handelsmerken van Cardinal Health en kunnen in de VS en/of in andere landen gedeponeerd zijn. Alle overige merken zijn het eigendom van de respectieve eigenaars. 20R21-1757108-2 03/2022.

Fysiotherapie voorkeur boven operatie degeneratieve meniscusscheur



Voor patiënten met een degeneratieve meniscusscheur is er geen klinisch relevant verschil tussen fysiotherapie en een meniscusoperatie. Ook op de langere termijn is fysiotherapie niet minder effectief dan een operatie. Dit blijkt uit het onderzoek van fysiotherapeut en bewegingswetenschapper Julia Noorduyn, die met haar resultaten het huidige bewijs versterkt dat een fysiotherapeutische behandeling die zicht richt op oefentherapeutische interventies de voorkeur heeft boven een meniscusoperatie bij patiënten met een degeneratieve meniscusscheur.

Een degeneratieve meniscusscheur is een meniscusscheur die vaak geleidelijk aan ontstaat. Naarmate we ouder worden kan de meniscus minder elastisch worden waardoor hij makkelijker kan scheuren. Noorduyn: 'Bij mensen met een degeneratieve meniscusscheur was een kijkoperatie van de knie waarbij het gescheurde deel van de meniscus weg werd gehaald de standaardbehandeling. Echter, meerdere toonaangevende onderzoeken hebben in de afgelopen jaren aangetoond dat een meniscusoperatie ten opzichte van een fysiotherapeutische behandeling geen relevant verschil geeft in de behandeluitkomsten gedurende een periode van 2 jaar.'

Noorduyn hanteerde voor haar onderzoek o.a. de IKDC (International Knee Documentation Committee)-vragenlijst. De IKDC kan een relevante verandering over de tijd meten voor de uitkomst kniefunctie. Patiënten met een degeneratieve meniscusscheur ervaren een verbetering van tenminste 10.9 punten op de IKDC als relevante verbetering van de kniefunctie. 'Deze minimaal belangrijke verandering is van belang bij het interpreteren van onderzoeksuitkomsten', aldus Noorduyn.

Daarnaast vulden patiënten de Patiënt Specifieke Vragenlijst (PSK) in die vaak wordt gebruikt om fysiotherapeutische zorg te evalueren in de praktijk. Deze vragenlijst was echter nog niet eerder in meniscusonderzoek gebruikt. De PSK geeft inzicht in de mate van klachten die de patiënt ervaart bij het uitvoeren van activiteiten die voor hem of haar belangrijk zijn in het dagelijks leven.

Noorduyn: 'Toch zien we dat ongeveer één derde van de patiënten in ons onderzoek die fysiotherapie kregen later alsnog een meniscusoperatie ondergingen. Hierdoor stelde we onszelf de vraag of we een behandeladvies kunnen baseren op specifieke (combinaties van) patiënteigenschappen in plaats van op groepsgemiddelden. Hiervoor hebben we twee verschillende voorspellende analyses toegepast. Ten eerste zagen we dat onze voorspelmodellen niet nauwkeurig voorspellen of een patiënt na fysiotherapie alsnog een operatie zal ondergaan. Ook kunnen we op basis van een nieuwe analyse in orthopedisch onderzoek niet vooraf bepalen bij welke behandeling, fysiotherapie of een meniscusoperatie, een patiënt meer baat zal hebben.'

Noorduyn toonde in haar meest recente publicatie aan dat fysiotherapie ook na vijf jaar niet minder effectief is dan een meniscusoperatie.

[Meer informatie over het proefschrift: https://research.vu.nl/en/publications/escaping-the-scalpel-in-depth-evidence-to-change-clinical-practic](https://research.vu.nl/en/publications/escaping-the-scalpel-in-depth-evidence-to-change-clinical-practic).

Kleinere okseloperatie geeft accurate informatie over klieruitzaaiingen bij borstkanker



Dr. Thiemo van Nijntzen en prof. dr. Marjolijn Smidt.

Bij patiënten met borstkanker met uitzaaiingen in de oksel wordt wereldwijd nu nog vaak een okselklierdissectie verricht na behandeling met chemotherapie. Achteraf is zo'n ingreep vaak niet nodig, omdat na de chemotherapie geen uitzaaiingen meer in de okselklieren blijken te zitten. Onderzoek op initiatief van het Maastricht UMC+, in samenwerking met diverse andere ziekenhuizen, toont aan dat een kleinere ingreep ook mogelijk is.

Een grote okseloperatie kent veel nadelen. Deze vrouwen blijven vaak achter met klachten, zoals een dikke arm, pijn aan de arm of moeite met bewegen. De RISAS-studie beoogde dit probleem op te lossen en laat nu zien dat een kleinere operatie, waarbij selectief klieren uit de oksel worden verwijderd, een goed alternatief is. 227 borstkankerpatiënten – uit 14 ziekenhuizen – met uitzaaiingen in de oksel voor de start van de chemotherapie namen eraan deel.

Deze kleinere operatie wordt de RISAS-procedure genoemd: voor de chemotherapie wordt een radioactieve jodiummarker geplaatst in de okselklier met uitzaaiing. Na de chemotherapie wordt deze klier verwijderd, samen met de poortwachtersklier, de klier die als eerst lymfevocht uit de tumor opvangt. Aanvullend ondergingen de patiënten in de studie een aanvullende okselklierdissectie.

Zo konden de onderzoekers controleren of met de RISAS-procedure uitzaaiingen waren gemist. De onderzoekers constateerden dat bij slechts 3,5 procent van de patiënten in de RISAS-klier geen uitzaaiingen zaten, maar in de klier van de okselklierdissectie wel. De kans om uitzaaiingen te missen, als alleen de met jodium gemarkeerde klier of de poortwachtersklier wordt verwijderd, is ongeveer 1 op 6, met de RISAS-procedure is deze een stuk lager, namelijk 1 op 14. Veel Nederlandse ziekenhuizen zijn al overgestapt op de RISAS-procedure. Ook buitenlandse ziekenhuizen, waar het verwijderen van alle lymfeklieren in de oksel vaak nog de standaard is, hebben veel interesse in de onderzoeksresultaten.

Hoogleraar chirurgische oncologie Marjolein Smidt is onderzoeksleider vanuit het Maastricht UMC+. Ze legt uit waarin dit onderzoek zo belangrijk is: 'In het Maastricht UMC+ Comprehensive Cancer Centre streven we naar behandelingen die zo min mogelijk complicaties of nevenschade veroorzaken. Dat speerpunt noemen we "overleven met functiebehoud". Daarom willen we zo weinig mogelijk klieren verwijderen om bijwerkingen te voorkomen. Maar wel de juiste klieren, om betrouwbaar vast te stellen of er geen uitzaaiingen meer zijn. Onze studie laat zien dat dit goed kan met de RISAS-procedure.'

Minder afval en kostenbesparing door afstemmen infuussystemen

Een infuussysteem vanuit de operatiekamer dat niet geschikt is voor de verpleegafdeling. Veel ziekenhuizen in Nederland hebben hier mee te maken. Dit komt omdat er op verpleegafdelingen vaak infuuspompen worden gebruikt die andere infuussystemen vereisen. Het gevolg? Bij aankomst van een patiënt op de verpleegafdeling wordt het infuussysteem vervangen, weggegooid en een ander infuussysteem ingebracht. Onnodige verspilling van geld en grondstoffen vinden ze in het Radboudumc. Dat moet anders.

'In het Radboudumc worden minimaal 10.000 systemen weggegooid', vertelt Sandra Lako, kinderanesthesioloog en lid van het Landelijk Netwerk de Groene OK. 'Door de infuussystemen op elkaar af te stemmen besparen we jaarlijks minimaal 30.000 euro en 460 kilo afval.'

Sinds juli 2022 gebruiken ze in het Radboud dan ook het afdelingssysteem op de operatiekamer. Sandra: 'Het is even wennen, het nieuwe systeem. Het wielje is minder fijn en de terugslagklep functioneert suboptimaal, maar over deze punten zijn we in gesprek met de leverancier.' Ondanks dat het even wennen is, is Sandra overtuigd van deze nieuwe manier van werken: 'De winst is groter dan het ongemak!'

Bron: De Groene OK.

Dé recovery-verpleegkundige

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

'Zorgen voor mensen', dat is wat Peter Nauts het liefst doet. Zijn interesse in de recovery is gewekt tijdens zijn werk als verpleegkundige op de multidisciplinaire trauma-unit in Zuyderland Heerlen. Bij het ophalen van postoperatieve patiënten kwam hij geregeld op de recovery en wist hij dat dit de uitdaging was waar hij naar op zoek was. En zo geschiedde ... sinds augustus van dit jaar mag hij zich officieel recoveryverpleegkundige noemen.

Door Ingrid Hummel



Peter: De functie van recoveryverpleegkundige spreekt mij erg aan door de diversiteit en complexiteit.

Dé patiënt die me altijd bijgebleven is ...

is de patiënt die postoperatief in een sepsische shock raakte. Ik had toen voor het eerst een oproepdienst in het weekend als gediplomeerde. Plots was het zover; de kennis die ik had opgedaan moest ik als verantwoordelijk gediplomeerde toepassen in de praktijk. Ik voelde de adrenaline door mijn lichaam jagen. Maar ik was er klaar voor en ging er zelfverzekerd tegenaan. De situatie was zeer zorgelijk en spannend, maar gelukkig met een goed einde. Ik heb er veel van geleerd!

Dé leukste ingreep om te verkoeven vind ik ...

de Nuss-bar-operatie bij een pectus excavatum (trechterborst). Binnen Zuyderland Heerlen zijn wij hierin gespecialiseerd en komen (veelal) jonge mensen van ver om zich bij ons te laten opereren. Een complexe operatie op relatief jonge leeftijd.

Dé patiënt die mij het meest is bijgebleven is ...

een jonge Amerikaanse militair die zwaargewond de OK binnen werd gebracht. Beide benen verloren, zijn bekken gebroken, eigenlijk te veel kapot om op te knappen. We hebben alles geprobeerd, maar uiteindelijk in goed overleg helaas moeten besluiten om de behandeling te staken. Deze jongen was – helaas – niet eens een uitzondering, maar het feit dat we net na zijn overlijden hoorden dat we in de provincie Uruzgan twee Nederlandse collega's hadden verloren, maakte dat het voor mij wel heel dichtbij kwam.

Het mooiste compliment dat ik gekregen heb is ...

heel cliché. Een patiënt die mij bedankt voor de goede zorgen en zegt dat het allemaal is meegevallen. Daar doen we het toch voor? Buiten het werk herkennen patiënten mij en zij komen dan naar mij toe om mij nogmaals te bedanken. Ik krijg ook veel berichten op mijn socialemediaplatformen waarop ik video's over de zorg maak. 'Jouw zorg is mij zo bijgebleven en nu kom ik je op TikTok tegen.' Maar ik krijg ook berichten voor het gehele team binnen het OK-complex. Stuk voor stuk lieve zorgzame mensen.

Dé keuze voor het werken op de verkoever maakte ik omdat ...

deze functie mij erg aanspreekt door haar diversiteit en complexiteit. Ik kan in een relatief korte tijd veel voor een patiënt betekenen. Het OK-complex is niet de plek waar een patiënt wil zijn. Maar als ze er moeten zijn dan probeer ik hun verblijf zo aangenaam mogelijk te maken.

Dé dag is voor mij geslaagd als ...

het een productieve, maar vooral een leuke werkdag was. Ik vind het belangrijk dat – wanneer de situatie het toelaat – er gelachen wordt op de werkvloer. Wij hebben een grote open recovery. De patiënten krijgen daardoor vaker gesprekken mee, en ik neem hen daarom waar mogelijk ook mee in deze gesprekken. Ik geniet er echt van als zij net zo hard kunnen lachen als ik. Soms valt er niets te lachen, en dan is het mijn hand op een schouder die troost biedt.

Dé grootste uitdaging op de recovery vind ik ...

om bij drukte voldoende bedden beschikbaar te hebben. De recovery ligt soms vol terwijl het operatieprogramma doorgaat. Patiënten kunnen door personele bezetting of door beddentekort dan niet vlot doorstromen naar de verpleegafdeling. Dat is echt een logistieke uitdaging.

Dé manier om te ontspannen na een drukke werkdag is voor mij ...

samen met mijn partner, vrienden en familie gezellig bourgondisch een hapje en drankje te doen. Kletsen, lachen maar vooral genieten. Genieten is een woord dat ik heb geleerd vanuit deze werkplek.



Je kunt Peter volgen op TikTok en Instagram via @peterzorgt.

iovera[®]

Stop pain cold.

iovera[®] – delivers immediate and sustained* non-opioid pain relief from postsurgical total knee arthroplasty (TKA)¹ and chronic osteoarthritis (OA) of the knee²

Learn more at iovera.eu

Indication

The iovera[®] system is used to destroy tissue during surgical procedures by applying freezing cold. It can be used to produce lesions in peripheral nervous tissue by the application of cold to the selected site for the blocking of pain. It is also indicated for the relief of pain and symptoms associated with osteoarthritis of the knee for up to 90 days. The iovera[®] system is not indicated for treatment of central nervous system tissue.

Important Safety Information

The iovera[®] system is contraindicated for use in patients with the following:

- Cryoglobulinaemia, paroxysmal cold haemoglobinuria, cold urticaria, Raynaud's disease, and open and/or infected wounds at or near the treatment site

As with any surgical treatment that uses needle-based therapy and local anaesthesia, there is a potential for site-specific reactions, including, but not limited to:

- Ecchymosis, oedema, erythema, local pain and/or tenderness, and localized dysaesthesia

Proper use of the device as described in the User Guide can help reduce or prevent the following complications:

- At the treatment site(s): injury to the skin related to application of cold or heat, hyper- or hypopigmentation, and skin dimpling
- Outside the treatment site(s): loss of motor function

Contact us to place an order or for more information about iovera[®] **+44 800-949-6911** or euproducts@pacira.com

For medical inquiries, please contact us **+44 800-949-6911** or medinfo.eu@pacira.com

Pacira Ireland Ltd

Unit 13, Classon House, Dundrum Business Park
D14W9Y3 Dundrum, Dublin 14, Ireland
info@pacira.com

* Up to 14 days for postsurgical TKA pain and 90 days for chronic OA knee pain^{1,2}

** Germany, Austria, United Kingdom, Republic of Ireland, Netherlands, Belgium, Sweden, Finland

References: 1. Dasa V, et al. Percutaneous freezing of sensory nerves prior to total knee arthroplasty. *Knee*. 2016;23(3):523-528. 2. Radnovich R, et al. Cryoneurolysis to treat the pain and symptoms of knee osteoarthritis: a multicenter, randomized, double-blind, sham-controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage*. 2017;25(8):1247-1256.

Available
in selected
markets**



CE
0344

PP-IO-NL-0002/2021/08



iovera[®]
Stop pain cold.

PACIRA
BIOSCIENCES

Buitenlandse collega's op de OK. Het ei van Columbus?

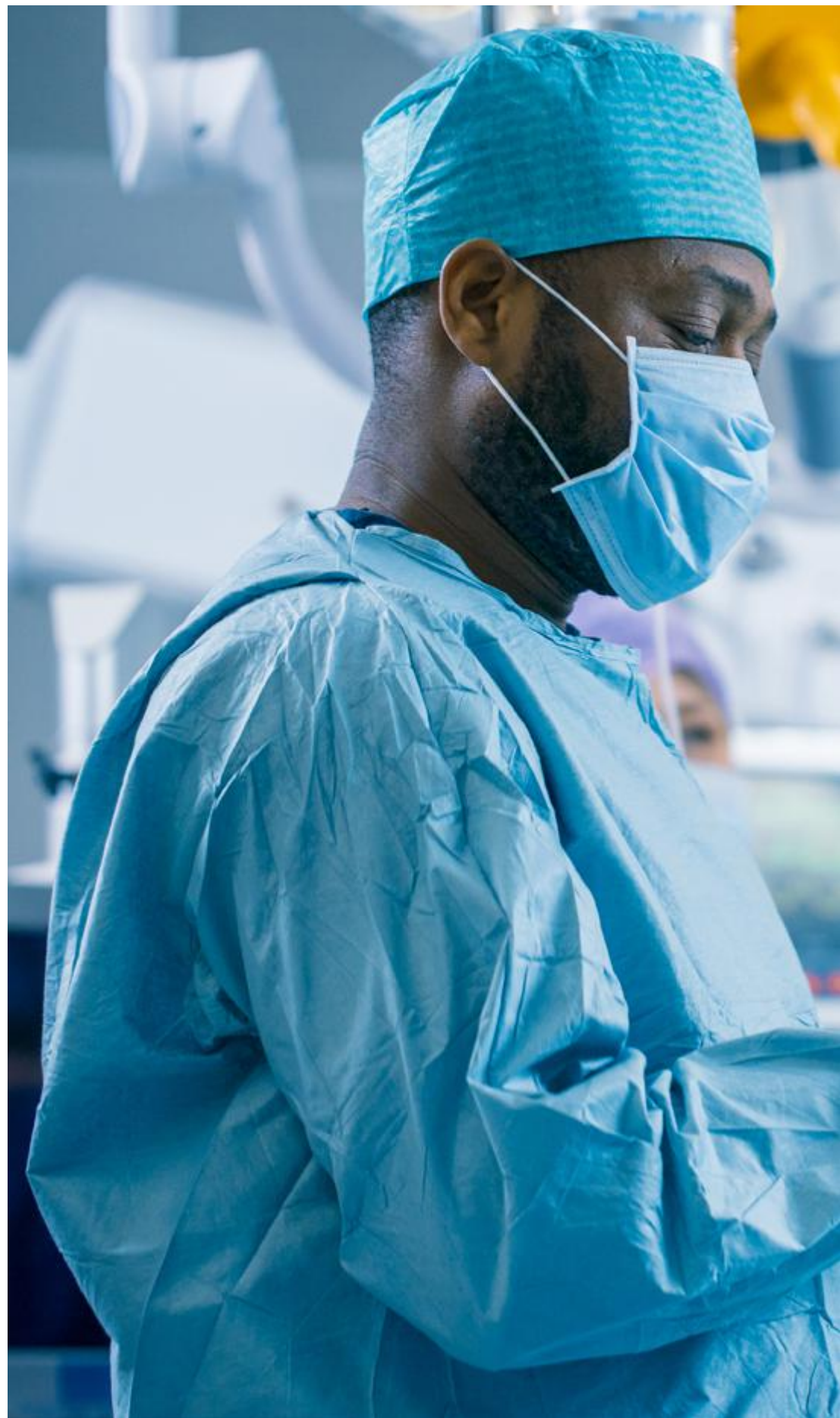
Het personeelstekort op de OK lijkt maar niet opgelost te kunnen worden. De tijd dat leerlingen na hun opleiding hun opleidingsziekenhuis moesten verlaten ligt ver achter ons. De oorzaken voor het tekort zijn divers. Er wordt te weinig opgeleid, er is te veel uitstroom, en de wachtlijsten lopen op. Creatieve oplossingen moeten bedacht worden, en een hiervan is het aantrekken van personeel uit het buitenland. Ervaringen uit het verleden laten zien dat dit een complex vraagstuk kan zijn dat vraagt om een aanpak die begint bij het bouwen van een basis van vertrouwen. Door met elkaar te praten, open en nieuwsgierig, en aan te sluiten bij de taal, cultuur en niveau van de ander. De achterliggende oorzaken van problemen achterhalen en aan de slag, met als resultaat duurzame verandering. Arnold Smeink, oprichter van EMTG Health Care, begrijpt dit als geen ander. Hij haalt operatieassistenten uit Griekenland, Portugal, Spanje en Italië met als doel het aanbod vakbekwame zorgprofessionals in Nederland te laten groeien. Is dit dan het ei van Columbus?

Door Ingrid Hummel | Foto: Shutterstock

Een terugblik

In 2009 en 2010 hebben twaalf Nederlandse ziekenhuizen in totaal 118 gediplomeerde operatieassistenten uit India aangetrokken. De keuze viel op India omdat Indiërs zijn opgeleid volgens het Engelse model en daardoor bevoegd zijn om in Nederland te werken. Ook verwachtte men dat de kwaliteit van opleiding goed was en dat Engels een gemeenschappelijke taal is. De operatieassistenten werden in eerste instantie voor drie jaar aangesteld.

Van de 118 Indiase operatieassistenten hebben 98 operatieassistenten de drie jaar volgemaakt. Van de operatieassistenten die de drie jaar hebben volgemaakt, kregen er 44 een vast contract aangeboden. Dit houdt in dat 74 van de 118 Indiase operatieassistenten uiteindelijk niet geïntegreerd zijn in de Nederlandse ziekenhuizen. De ziekenhuizen waren van mening dat 55 van hen niet volwaardig en gelijkwaardig inzetbaar zijn geworden, 19 van hen hebben om verschillende redenen zelf besloten te vertrekken.



Lessen voor de toekomst

Kunnen we met deze cijfers zeggen dat dit project mislukt is en de optie om collega's uit het buitenland te werven vervlogen is? Of kunnen we hiervan juist leren van het verleden om het in de toekomst beter te doen?

Naar aanleiding van de uitkomsten van dit project is een onderzoek verricht door Lida van den Broek en zijn de resultaten gepubliceerd in het rapport *'De waarde van diversiteit. Een evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van de inzet van Indiase Operatie Kamer Assistenten in Nederland'*.

Uit de resultaten van het onderzoek kunnen lessen worden getrokken voor toekomstig internationaal en intercultureel personeelsbeleid. Wat heeft een succesvolle integratie van buitenlandse operatieassistenten in de weg gestaan?

Weerstand

In de meeste ziekenhuizen was bij de Nederlandse medewerkers grote weerstand tegen de instroom van Indiase operatieassistenten. Zij gingen ervan uit dat de opleiding van de Indiërs niet hetzelfde kwaliteitsniveau zou hebben als de Nederlandse opleiding en dat het taal- en cultuurverschil erg groot zou zijn. Ze verwachtten geen toegevoegde waarde of nieuwe inzichten van de komst van de collega's uit het buitenland.



Dit is volgens Arnold ook waar de grootste uitdaging ligt: het overtuigen van de Nederlandse collega's op operatiekamers. 'Wat wij steeds terug horen is: "Wij hebben geen tijd om hen in te werken", "De werkdruk is zo hoog dat een nieuwe collega onder de arm nemen er niet meer bij kan", "Zijn zij net zo goed opgeleid als wij zijn?" en "Nu is er een tekort aan operatieassistenten, maar over een paar jaar misschien niet, wat betekent dat voor onze baan zekerheid?"'

Dit zijn allemaal valide vragen en argumenten, maar feit is dat het tekort aan vakkundig OK-personeel aangepakt moet worden en dat wij ons er allemaal voor moeten inspannen.'

Cultuurverschillen

Wat duidelijk naar voren is gekomen als struikelblok bij het inwerken van de Indiase collega's zijn de cultuurverschillen. Wat het meest genoemd werd is dat Indiërs een meer afwachtende en dienstbare opstelling hebben, in tegenstelling tot de meer assertieve en proactieve houding

die Nederlanders gewend zijn. Ze wachten op instructies in plaats van zelf initiatief te nemen, en hebben moeite met vragen stellen als en toegeven dat ze iets niet weten. Collega's aanspreken als iemand ouder is of als er een hiërarchisch verschil is vinden ze ook moeilijk.

Verwachtingsmanagement speelt ook een rol bij de kans van slagen.

Medewerkers uit de EU

En juist hierin zit een groot verschil met operatieassistenten uit EU-landen, vindt Arnold Smeink. 'De klassenmaatschappij waarin Indiërs vaak zijn opgegroeid en de waarden vanuit hun geloofsovertuiging maken het voor hen moeilijk om zich aan te passen aan de liberale opvattingen en de open cultuur van omgang van Nederlanders. Dit kost heel veel tijd voor hen, en dan volstaan een paar lessen cultuur niet.

De cultuur van de medewerkers afkomstig uit de EU-landen verschilt uiteraard ook van de onze, maar je merkt dat operatieassistenten uit Zuid-Europa gewend zijn aan onze mentaliteit. Ze zijn harde werkers en zeer leergierig.

Daarnaast speelt de afstand ook een rol. Tussen hun diensten door kunnen Europeanen relatief goedkoop een paar dagen naar familie reizen. Voor de Aziaten en Afrikanen betekent familie en vrienden zien een kostbare en veel tijd vergende behoefte.'

Taal

Bij een goede voorbereiding voor het werken in een ander land hoort natuurlijk ook het je eigen maken van de voertaal.

Alle Indiase operatieassistenten hebben de eerste maanden intensief Nederlandse les gekregen. In de ziekenhuizen werden afspraken gemaakt dat Nederlands als voertaal zou gelden. Toch moet daar (in het eerste jaar) flexibel mee om worden gegaan.



In acute en chaotische situaties moet teruggevallen kunnen worden op het Engels als gemeenschappelijke taal.

De Indiase operatieassistenten gaven aan dat wanneer er minder streng mee werd omgegaan, Engels tussendoor mocht en collega's bereid waren te helpen, ze zich meer welkom voelden en beter in staat waren om te leren.

EMTG bereidt de operatieassistenten uit de EU op taalgebied al goed voor. 'Het is goed om al in het moederland te starten met lessen Nederlandse taal. Deze taallessen moeten beroepsgericht te zijn, maar ook de gewone omgangstaal mag niet ontbreken. Met onze taalschool Academia Neerlandesa trainen wij bijvoorbeeld het communiceren met een masker op en leren ze een woordenlijst met daarop de namen en bijnamen van alle instrumenten. Maar ook voor sociale omgangsvormen is veel aandacht. De directheid van de Nederlander en de mogelijkheden om je visie professioneel te geven, dit zijn onderwerpen die wij tijdens de taaltraining uitvoerig oppakken. Zij pakken dit snel op en vinden onze manier van met elkaar werken vaak een verademing.'

Verwachtingsmanagement

Het managen van de verwachtingen van de Nederlandse medewerkers voorafgaand aan de komst van buitenlandse collega's speelt ook een rol in de kans van slagen. Er moeten reële verwachtingen gewekt worden. Als verondersteld wordt dat de buitenlandse collega's binnen een halfjaar tot een jaar volwaardig en gelijkwaardig mee kunnen draaien, en dit niet op blijkt te gaan, wordt de kritiek van de medewerkers alleen maar bevestigd en de weerstand vergroot.

Bepaalde aannames kunnen ook werken als een 'selffulfilling prophecy': Door ervan uit te gaan dat de opleiding van buitenlandse collega's van een lagere kwaliteit is dan de onze, worden bepaalde kwaliteiten niet gezien en erkend.

Inpassen i.p.v. aanpassen

Komende jaren wordt een verdere daling van de beroepsbevolking in het algemeen verwacht, en de beroepen op de OK zullen daarin waarschijnlijk geen uitzondering zijn. Een toekomstgericht personeelsbeleid is nodig en de inzet van medewerkers uit de EU kan daar goed onderdeel vanuit maken.

Een goede les die getrokken kan worden uit de ervaringen met de inzet van Indiase operatieassistenten, is dat het beleid gericht moet worden op inpassing in plaats van aanpassing van buitenlandse medewerkers. Het beeld dat vaak heerst is dat nieuwkomers zich maar moeten aanpassen aan de bestaande cultuur, de Nederlandse manier van werken en de omgang met elkaar. Maar met oog voor, erkenning en waardering van bestaande culturele verschillen kunnen we veel van elkaar leren. Openstaan voor 'andere' inbreng en wederzijdse aanpassing. Met name leidinggevendenden moeten getraind worden in het managen (herkennen, waarderen en inzetten of overbruggen) van verschillen.

Ervaringen

De bereidheid van Europese operatieassistenten om voor de Nederlandse zorg te kiezen is groot, ziet Arnold. 'De operatieassistenten zijn tevens gediplomeerde

verpleegkundigen op niveau 6. Wij adviseren hen dan ook om eveneens de BIG-registratie te doen. Het werktempo is hoog in Nederland en dat is zeker in het begin wennen voor hen. Dat komt met name doordat de verhuizing naar een ander land veel energie kost. Na een paar maanden zijn zij gewend en bouwen zij aan hun carrière in Nederland. Het zijn absoluut geen jobhoppers en ze waarderen de kansen die zij krijgen. Ideaal dus om na verloop van tijd een vast contract aan te bieden.

We zien dat het aanstellen van een buddy voor een nieuwe collega zeer welkom is. Dit betekent niet dat de nieuwe collega een-op-een begeleid moet worden, maar het is meer een kwestie gekoppeld worden aan een vaste collega om te zien hoe het werkt en vertrouwd te raken met de mores.'

De ervaringen met operatieassistenten die al aangesteld zijn in ziekenhuizen en zbc's zijn tot nu toe zeer positief. 'Natuurlijk moeten we geduld hebben met nieuwe collega's in het algemeen en met buitenlandse collega's in het bijzonder. Maar met wat extra inlevingsvermogen in de ander komen we al heel ver, en leren van en over andere culturen is vooral erg leuk en leerzaam!'

Bron: Onderzoeksrapport 'De waarde van diversiteit Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van de inzet van Indiase Operatie Kamer Assistenten in Nederland' Dr. Lida van den Broek.

Samenwerken aan verduurzaming in de zorg

Dräger is zich bewust van de impact die klimaatverandering wereldwijd op dit moment heeft en kiest ervoor om voor ziekenhuizen een partner te zijn die hen bijstaat in het realiseren van doelstellingen rondom een duurzame toekomst. Zoals het terugdringen van de CO₂-footprint, efficiënter inzetten van zorgmateriaal en instrumenten en kritisch kijken naar de consumptie van medicatie en medische gassen.

► WWW.DRAEGER.COM



Esmée: Met mijn studie wil ik bijdragen aan het verkleinen van de ecologische voetafdruk van het Diaconessenhuis.

Afstudeerartikel BMH: ‘Het meest groene onderhoudsanestheticum’

Esmée Smits is recentelijk afgestudeerd als medisch hulpverlener anesthesie en is in september 2022 gestart met haar traineeship in het Diaconessenhuis te Utrecht. Als onderdeel van het afstuderen aan deze opleiding heeft zij in juni 2022 haar onderzoeksartikel ‘Het meest groene onderhoudsanestheticum’ verdedigd, dat uiteindelijk is beoordeeld met een acht! In dit artikel vertelt Esmée over de reden van haar studie, hoe ze het onderzoek heeft aangepakt en wat de resultaten en haar aanbevelingen zijn.

Door Martijn Lupke

‘Omdat een operatie en de hierbij gekozen anesthesietechniek een aanzienlijke bijdrage leveren aan de opwarming van de aarde, heb ik onderzoek gedaan naar de schadelijke milieueffecten van sevofluraan (een inhalatieanestheticum) en propofol (een intraveneus anestheticum). Het doel hiervan was om de uitkomsten te delen met het Green Team van het Diaconessenhuis, waardoor mogelijk een bijdrage geleverd kon worden aan het verkleinen van de ecologische voetafdruk van het Diaconessenhuis.

Op basis van het Global Warming Potential, het koolstofdioxide-equivalent en de persistence, bioaccumulation en toxicity-score van beide onderhoudsanesthetica, verkregen door middel van literatuuronderzoek, is propofol in dit onderzoek benoemd tot “het meest groene onderhoudsanestheticum”. Hierbij lijken de belangrijkste milieueffecten van propofol op het atmosferisch milieu het gevolg te zijn van de energie die de spuitpomp behoeft, met een kleine bijdrage van fabricage en afvalverwerking.

Hierna vond praktijkonderzoek plaats en werden twee enquêtes gedeeld met anesthesiologen en anesthesiemedewerkers van het Diaconessenhuis. Hierin stonden de kennis over de schadelijke milieueffecten, de persoonlijke aanpassingen die men doet om bij te dragen aan de verkleining van de ecologische voetafdruk, en de mogelijkheden en beperkingen van propofol als standaard onderhoudsanestheticum centraal. Op basis van deze uitkomsten zijn aanbevelingen geschreven.

De uitkomsten en de aanbevelingen van het praktijkonderzoek hebben ook de basis gevormd voor komende oktober, de maand waarin propofol als standaard onderhoudsanestheticum wordt gebruikt in het Diaconessenhuis. Dit is voor het Diaconessenhuis ongebruikelijk (in 2019 werd bij 79% van alle operaties onder algehele anesthesie gebruikgemaakt van inhalatieanesthetica)! Ik denk dat dit een stap is in de goede, groene richting en ik hoop dat er nog veel meer maanden als oktober komen in ons ziekenhuis (en andere ziekenhuizen, natuurlijk!).’

Het meest groene onderhoudsanestheticum

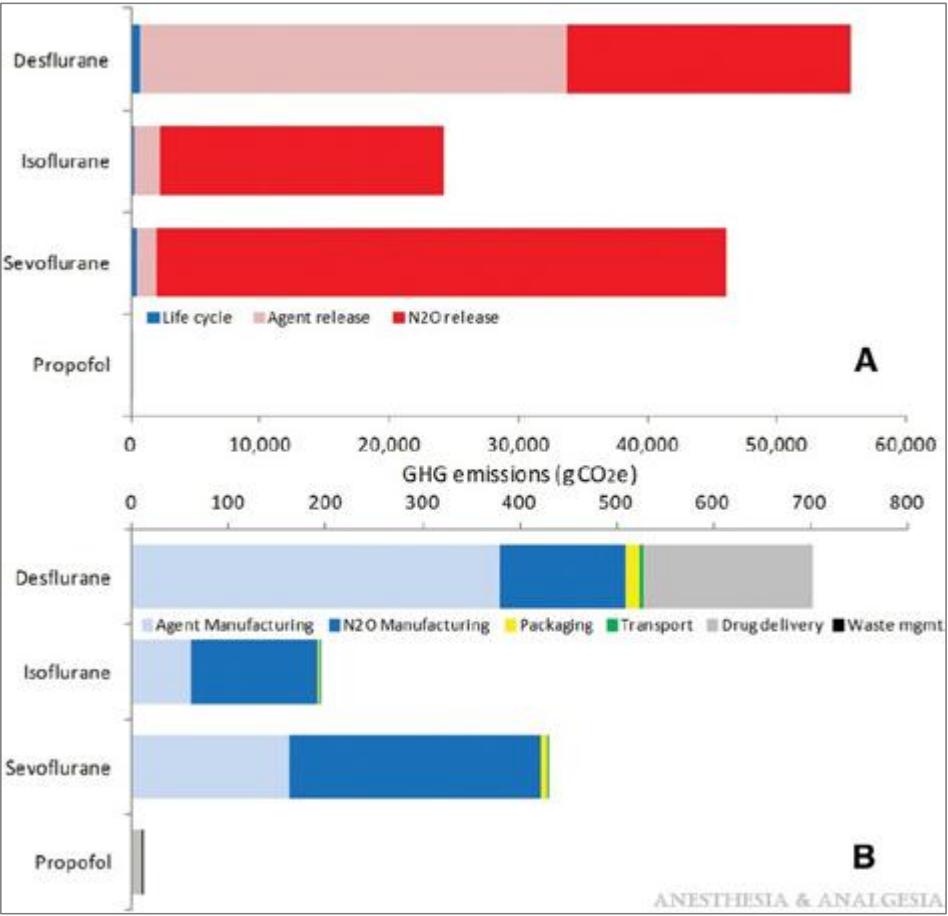
Het operatiekamercomplex van een ziekenhuis levert een aanzienlijke bijdrage aan de opwarming van de aarde door het gebruik van krachtige broeikasgassen als inhalatieanesthetica, terwijl milieuvervuiling en de bijbehorende klimaatverandering worden gezien als de grootste bedreigingen van de volksgezondheid.

Een veelvoorkomend broeikasgas dat als inhalatieanestheticum wordt ingezet, is sevofluraan. Dit inhalatieanestheticum wordt nauwelijks gemetaboliseerd en wordt daardoor vrijwel onveranderd door de beademingsmachine naar de atmosfeer afgevoerd. Door het vermogen om gedurende de atmosferische levensduur (1,1 jaar) infraroodstraling te absorberen en opnieuw uit te zenden (radiative efficiency), wordt sevofluraan geassocieerd met luchtvervuiling (afbeelding 1).

Emissies die verband houden met broeikasgassen kunnen geëlimineerd worden door het gebruik van totale intraveneuze anesthesie (TIVA). Hierbij is propofol het geprefereerde onderhoudsanestheticum vanwege de relatief snelle offset. Echter, TIVA heeft ook effect op het milieu door fabricage, transport, levering en vernietiging van de benodigde flacons.

Aan het gebruik van het inhalatieanestheticum sevofluraan en het intraveneuze anestheticum propofol zitten milieugebonden nadelen die bijdragen aan de opwarming van de aarde. Het doel van dit afstudeeronderzoek was dan ook om inzichten te verkrijgen in deze schadelijke milieueffecten, waarna ‘het meest groene anestheticum’ gekozen kon worden en aanbevelingen geformuleerd konden worden om bij te dragen aan het verkleinen van de ecologische voetafdruk van het operatiekamercomplex.

Resultaten



Aangepast overgenomen uit Sherman et al. (2012, mei). Life Cycle Greenhouse Gas Emissions of Anesthetic Drugs. Anesthesia & Analgesia, 114 (5), 1086-1090. DOI: 10.1213/ANE.0b013e31824f6940.

Luchtvervuiling

Het Global Warming Potential (GWP) is een maatstaf voor de hoeveelheid energie die de uitstoot van 1 ton van een broeikasgas gedurende een bepaalde periode (uitgedrukt in 20 (GWP20) of 100 jaar (GWP100) zal absorberen in vergelijking met de uitstoot van 1 ton koolstofdioxide. Op basis van de eigenschappen van sevofluraan (radiative efficiency en de atmosferische levensduur) heeft het broeikasgas een GWP100 van 130. Propofol, daarentegen, heeft een GWP100 van 21, een waarde gebaseerd op een life cycle analysis, waarbij de gehele levenscyclus van het intraveneuze anestheticum werd bekeken. Daarnaast blijkt dat de broeikasgasemissies van propofol aanzienlijk lager zijn (0,01-1,01 kilogram CO₂e) dan die van sevofluraan (3-23 kilogram CO₂e) bij één uur met minimale alveolaire concentratie. Hierbij lijken de belangrijke schadelijke milieueffecten het gevolg te zijn van de energie die de spuitpomp behoeft, met een kleine bijdrage van fabricage en afvalverwerking (afbeelding 3).

Waternvervuiling

Het metabolisme van propofol zorgt ervoor dat sporen van de toegediende dosis propofol in het aquatisch milieu terechtkomen (afbeelding 2). Eenmaal in het aquatisch milieu kan propofol bioaccumuleren in organismen als gevolg van oplosbaarheid in vet. Daarnaast is aangetoond dat propofol bij acute en chronische blootstelling groeiremming en dood van algen en toxiciteit van kleine schaaldieren en zoetwatervissen veroorzaakt. Dit maakt dat propofol een persistence, bioaccumulation & toxicity (PBT)-waarde krijgt van 4, wat wijst op een laag milieurisico.

Omdat de PBT-waarde van propofol op 4 is geschat en de hoeveelheid kilogram CO₂e aanzienlijk lager is dan de hoeveelheid CO₂e van sevofluraan, wordt propofol gezien als ‘het meest groene onderhoudsanestheticum’.

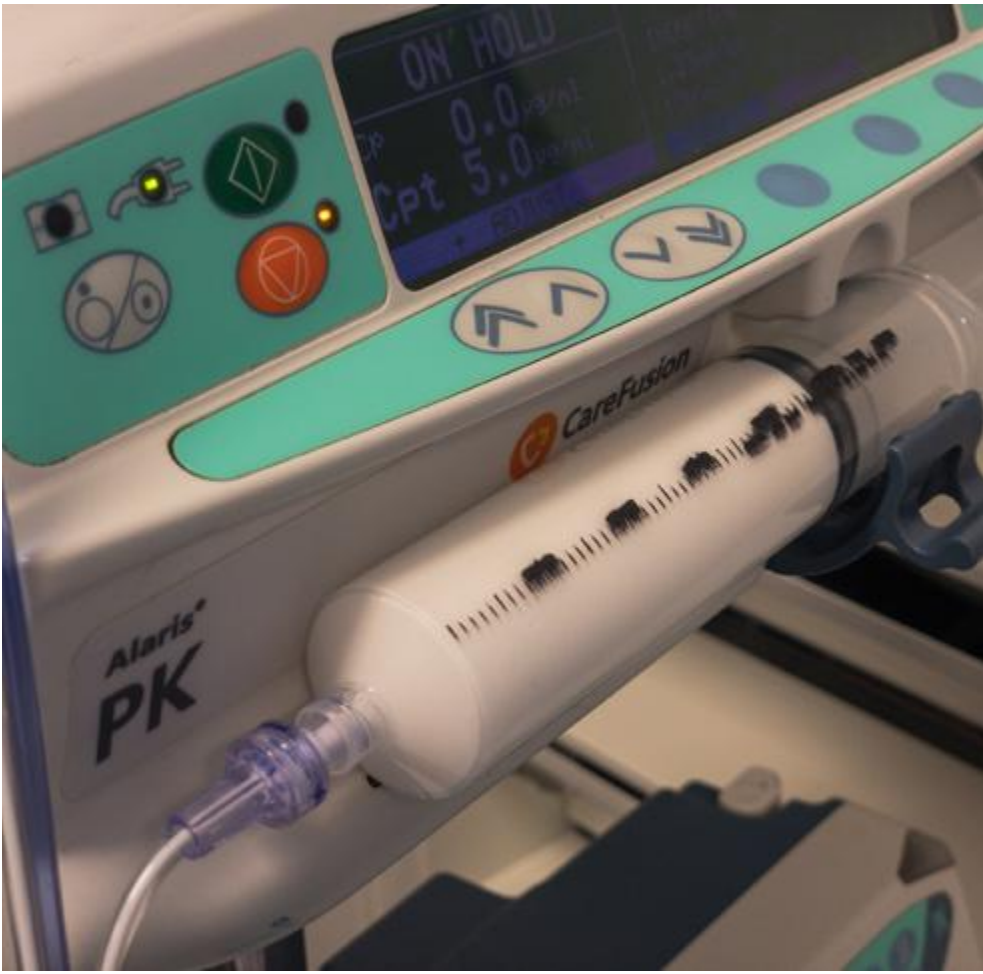
Praktijkonderzoek

Op basis van de gevonden resultaten zijn twee enquêtes opgesteld en verzonden naar de anesthesiologen en anesthesiemedewerkers van het Diaconessenhuis te Utrecht en Zeist. Hieruit blijkt dat 92,3% van de anesthesiologen en 92,9% van de anesthesiemedewerkers soms, regelmatig of vrijwel altijd rekening houdt met de te gebruiken anesthesietechniek, met daarbij het doel om de ecologische voetafdruk te verlagen.

Aanbevelingen

De schadelijke milieueffecten van propofol kunnen geminimaliseerd worden door de hoeveelheid resterende propofol te verlagen, waardoor minder propofol (verkeerd) wordt weggegooid. Het vervangen van de gebruikelijke 50 milliliter flacons door 20 milliliter flacons kan hieraan een bijdrage leveren. Daarnaast dient de resterende propofol in de naaldencontainer te worden weggegooid om vervolgens te worden verbrand, aangezien de volledige vernietiging van propofol temperaturen van 1000 graden Celsius voor meer dan 2 seconden vereist.

Download [hier](#) het volledige literatuur- en praktijkonderzoek.



‘Mijn collega’s hebben me er doorheen geholpen.’

Gerold Cairo was nog maar net aan zijn opleiding tot operatieassistent in Suriname begonnen toen hij plots zelf patiënt werd. Hij kreeg last van tintelingen in zijn arm en been. ‘Ik vroeg aan mijn docent neurochirurgie om een scan te maken. Ik bleek een tumor te hebben bij mijn hersenstam. Goedaardig gelukkig, maar wel groot en op een lastige plek.’ Ondanks deze lastige periode rondde hij na zijn operatie met succes zijn opleiding af en begon hij als operatieassistent in het Academisch Ziekenhuis Paramaribo. Toen hij daar voor zijn gevoel het plafond bereikt had, besloot hij de overstap naar Nederland te maken.

Door Arianne van Helden

‘De overgang qua werkroutine vond ik niet zo heel erg groot. De werkwijze in Suriname is hetzelfde als hier. Wel is de hiërarchie er sterker dan in Nederland. De medisch specialist is minder benaderbaar en de assistenten en artsen zaten gescheiden van elkaar in de koffiekamer. Zelf voelde ik geen drempel om artsen aan te spreken of bijvoorbeeld een kletspraatje over voetbal te houden, maar collega’s keken wel raar op als ik “zomaar” met een arts aan het praten was. Voor mij was het dus ook niet zo wennen aan de vrijere omgangsvormen op de OK in Nederland.’

Saamhorigheid

‘De opleiding tot operatieassistent is in Suriname ook vergelijkbaar met die in Nederland. Het instroomniveau is hetzelfde en ook de inhoud komt overeen. Wat wel anders is in het Erasmus MC ten opzichte van het Academisch Ziekenhuis Paramaribo, is dat we in Suriname ook assisteerden bij de operaties. Hier zijn het de arts-assistenten die dat doen. Het Erasmus MC is ook vele malen groter dan het AZP, ik mis wel de saamhorigheid van daar. Ik kende er iedereen omdat het zo klein is. In het AZP zijn zes operatiekamers en hier in het Erasmus MC hebben we er 36. In het Erasmus MC bestaat dus alleen al op de operatiekamer de mogelijkheid dat je iedere dag een nieuw gezicht ziet.’

In Suriname keken collega’s raar op als ik ‘zomaar’ een praatje met een arts hield.

Mooie dingen

‘Een verschil is wel dat je in Nederland de beschikking hebt over meer apparatuur en technieken om een patiënt te helpen. Een mooi voorbeeld zijn de onderbeen- en bovenbeenamputaties. Een impactvolle operatie. Het been wordt afgezet en we bereiden de stomp dusdanig voor dat er in een latere stadium een prothese op kan. Ondanks de impact van zo’n operatie, kan de patiënt wel door met zijn of haar leven. Op een aangepaste manier weliswaar, maar toch. Je biedt iemand ondanks zo’n heftige operatie toch perspectief.’



Gerold: Mijn collega’s hebben mij echt door de coronaperiode heen geholpen.

Nog zo’n bijzondere operatie vind ik een DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator)-operatie’, zegt Gerold. Een DIEP is een duurzame operatie. Het is wel zo dat zo’n vrouw voor zeker drie maanden uit de roulatie is. Maar daartegenover staat dat het lichaamseigen weefsel is, mooi geneest en heel natuurlijk aanvoelt. Wij mogen een stukje bijdragen aan een moeilijke periode in iemands leven, ondanks dat het een heftige operatie is. We doen hier mooie dingen.’

Complex

‘Het bijzondere in het Erasmus MC is dat je hier de meest complexe operaties en situaties meemaakt. Het is nooit een simpele knieoperatie, maar er is altijd iets extra’s aan de hand, zoals een uitgebreide medische voorgeschiedenis. Dat betekent ook dat je soms minder leuke dingen ziet. Denk aan mensen die een zelfmoordpoging gedaan hebben. Die lap je helemaal op en vervolgens zie je ze een paar maanden later weer binnenkomen. Dat is heftig.’

De eerste keer dat hij meemaakte dat een patiënt verslechterde tijdens de operatie, kan hij zich goed herinneren. ‘De patiënt had een hersenbloeding en ging halverwege de operatie onderuit. We hebben hem proberen te reanimeren, maar het mocht niet baten. Je doet alles wat in je macht ligt, en toch heb je het gevoel dat je de patiënt niet volgens de boeken hebt kunnen helpen. Maar ook dat hoort erbij.’

Corona

Corona zorgde ervoor dat zijn overstap naar Nederland anders is verlopen dan hij zich had voorgesteld. De eerste maanden van de pandemie werkte hij op de IC, omdat het OK-programma was afgeschaald. En hij voelde zich alleen, in een vreemd land ver van huis. ‘Nederland zat op slot. Contact leggen of Rotterdam leren kennen, kon niet. En mijn familie en vrienden waren in Suriname.’ Inmiddels staat hij er beter voor. ‘Mijn collega’s hebben me er doorheen geholpen. Het leuke en gezellige team waar ik in terecht ben gekomen heeft er echt voor gezorgd dat ik niet terug ben gegaan. En de afgelopen maanden kon ik gelukkig wel leuke dingen doen. In augustus ben ik zelfs even terug geweest in Suriname.’

Toekomst

Komend jaar wil hij zich nog nuttiger maken in het ziekenhuis door ook onregelmatige diensten te draaien. ‘In de toekomst wil ik ook verder gaan studeren, al weet ik nog niet goed in welke richting, daar ben ik me nog op aan het oriënteren. En buiten het ziekenhuis? Hij lacht: ‘Wil ik graag noten leren lezen, en basgitaar spelen in een orkest.’

EXPAREL[®] liposomal

(liposomale bupivacaine)

EXPAREL[®] liposomal is indicated as a brachial plexus block or femoral nerve block for treatment of post-operative pain in adults, and as a field block for treatment of somatic post-operative pain from small- to medium-sized surgical wounds in adults.¹

Contact us to place an order or for more information about EXPAREL[®] +44 800-949-6911 or euproducts@pacira.com

For medical inquiries, please contact us +44 800-949-6911 or medinfo.eu@pacira.com



Information about this product, including adverse reactions, precautions, contra-indications and method of use can be found at www.EXPAREL.eu
Prescribers are recommended to consult the summary of product characteristics before prescribing.

References: 1. EXPAREL[®] Summary of Product Characteristics December 2020. To view EXPAREL[®] PIL and SmPC, please visit EMA's site, www.ema.europa.eu

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL
EXPAREL liposomal 133 mg/10 ml dispersie voor injectie met verlengde afgifte EXPAREL liposomal 266 mg/20 ml dispersie voor injectie met verlengde afgifte

KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING
Elke ml bevat 13,3 mg bupivacaïne in een multivesiculaire liposomale dispersie.

FARMACEUTISCHE VORM
Dispersie voor injectie met verlengde afgifte.

THERAPEUTISCHE INDICATIES
EXPAREL liposomal is geïndiceerd voor gebruik als blokkade van de plexus brachialis of als femorale zenuwblokkade voor de behandeling van postoperatieve pijn bij volwassenen, en als veldblokkade voor de behandeling van somatische postoperatieve pijn als gevolg van kleine tot middelgrote operatiewonden bij volwassenen (zie rubriek 5.1 van de SKP).

DOSERING EN WIJZE VAN TOEDIENING
EXPAREL liposomal moet worden toegediend in een omgeving waarin getraind personeel en geschikte reanimatieapparatuur beschikbaar zijn om patiënten die tekenen vertonen van neurologische of cardiale toxiciteit onmiddellijk te behandelen.

Dosering
De aanbevolen dosis EXPAREL liposomal is gebaseerd op de volgende factoren:

- de grootte van het operatiegebied;
- het volume dat nodig is om het gebied te dekken;
- factoren die specifiek zijn voor de patiënt.

Een maximale dosis van 266 mg (20 ml onverdund geneesmiddel) mag niet worden overschreden.

Wijze van toediening
EXPAREL liposomal is uitsluitend voor toediening via infiltratie of perineuraal gebruik.

EXPAREL liposomal is uitsluitend bestemd voor toediening van een enkelvoudige dosis.

EXPAREL liposomal moet langzaam worden geïnjecteerd (doorgaans 1 tot 2 ml per injectie) met frequente aspiratie indien dit klinisch is aangewezen, om op de aanwezigheid van bloed te controleren en het risico op onopzettelijke intravasculaire injectie zoveel mogelijk te beperken.

EXPAREL liposomal moet worden toegediend met behulp van een naald met een diameter van 25 gauge of meer om de structurele integriteit van de liposomale bupivacaïnepartikels te

behouden. Voor instructies over de bereiding van het geneesmiddel voorafgaand aan toediening, zie rubriek 6.6 van de SKP.

- CONTRA-INDICATIES**
- Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de in rubriek 6.1 van de SKP vermelde hulpstoffen.
 - Overgevoeligheid voor lokale anesthetica van het amide type.
 - Obstetrische paracervicale blokkade anesthesie wegens het risico op foetale bradycardie of overlijden.
 - Intravasculaire toediening.
 - Intra articulaire toediening (zie rubriek 4.4 van de SKP).

BIJZONDERE WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGEN BIJ GEBRUIK
De werkzaamheid en veiligheid zijn niet vastgesteld bij grote abdominale, vasculaire en thoracale chirurgische ingrepen. EXPAREL liposomal wordt niet aanbevolen voor epidurale en intrathecale toediening.

Door lokale anesthetica veroorzaakte systemische toxiciteit (LAST)
Er is een mogelijk risico op ernstige, levensbedreigende bijwerkingen geassocieerd met toediening van bupivacaïne-bevattende producten. Acute toxiciteit is meestal gerelateerd aan hoge plasmaconcentraties van lokale anesthetica. Monitoring van de patiënt wordt aanbevolen na injectie van bupivacaïne-bevattende producten.

In de postmarketingsetting zijn mogelijke gevallen van LAST waargenomen. Hoewel de meeste gevallen met een geregistreerd tijdstip van ontstaan werden waargenomen binnen minder dan 1 uur na toediening van EXPAREL liposomal, werd een klein aantal gevallen gemeld die later dan 24 uur na toediening ontstonden.

Neurologische effecten
Reacties van het centrale zenuwstelsel worden gekenmerkt door prikkeling en/of onderdrukking.

Verminderde cardiovasculaire functie
Bupivacaïne moet met voorzichtigheid worden gebruikt bij patiënten met een verminderde cardiovasculaire functie.

Lever- en nierfunctiestoornis
Bupivacaïne wordt gemetaboliseerd door de lever en moet daarom met voorzichtigheid worden gebruikt bij patiënten met een leverziekte.

Het risico op toxische reacties als gevolg van dit geneesmiddel kan groter zijn bij patiënten met een nierfunctiestoornis.

Allergische reacties
Allergie-achtige reacties kunnen in zeldzame gevallen optreden als gevolg van overgevoeligheid voor het lokaal anestheticum of voor andere bestanddelen in de formulering.

Chondrolyse
Intra-articulaire infusie van lokale anesthetica, waaronder EXPAREL liposomal, na artroscopische en andere chirurgische ingrepen is gecontra-indiceerd.

Methemoglobinemie
Er zijn gevallen van methemoglobinemie gemeld bij gebruik van lokale anesthetica. Het risico op methemoglobinemie is verhoogd bij bepaalde patiënttypes en bij patiënten die oxiderende stoffen krijgen. Tekenen en symptomen van methemoglobinemie kunnen onmiddellijk of enkele uren na de blootstelling optreden.

Waarschuwingen en voorzorgen specifiek voor EXPAREL liposomal
De verschillende formuleringen van bupivacaïne zijn niet bio-equivalent, ook niet wanneer de dosering in milligram hetzelfde is. Daarom is het niet mogelijk om de dosering van andere formuleringen van bupivacaïne om te rekenen naar EXPAREL liposomal en vice versa.

Voorzichtigheid is geboden bij gelijktijdige toediening van EXPAREL liposomal en bupivacaïne HCl, vooral bij toediening in gebieden met een hoge vasculariteit waar een hogere systemische absorptie te verwachten is.

EXPAREL liposomal is niet geëvalueerd voor de volgende gebruiksvormen en wordt daarom niet aanbevolen voor deze typen analgesie of toedieningswegen: epiduraal en intrathecmaal. EXPAREL liposomal wordt niet aanbevolen voor gebruik als een femorale zenuwblokkade als vroege mobilisatie en ambulantisering deel uitmaken van het herstelplan van de patiënt.

BIJWERKINGEN
De bijwerkingen die in verband zijn gebracht met EXPAREL liposomal op basis van klinische onderzoeken en postmarketingbewaking zijn weergegeven in tabel 1 hieronder volgens de systeem/orgaanclassificatie van MedDRA en per frequentie. De frequenties zijn als volgt gedefinieerd: zeer vaak (≥ 1/10), vaak (≥ 1/100, < 1/10), soms (≥ 1/1.000, <1/100), zelden (≥ 1/10.000, < 1/1.000), zeer zelden (< 1/10.000) en frequentie niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). Binnen iedere frequentiegroep worden de bijwerkingen gerangschikt naar afnemende ernst.

Tabel 1 Tabel met bijwerkingen

Systeem/orgaanklasse	Frequentie	Bijwerkingen
Immuunsysteemaandoeningen	Niet bekend	Overgevoeligheid
Psychische stoornissen	Zelden	Verwarde toestand, angst
Zenuwstelselaandoeningen	Vaak	Dysgeusie
	Soms	Motore disfunctie, gevoelsverlies, duizeligheid, somnolentie, hypo esthesie, branderig gevoel, hoofdpijn
	Zelden	Syncope, monoplegie, presyncope, lethargie
	Niet bekend	Insult, verlamming
Oogaandoeningen	Zelden	Gezichtsvermogen afgenomen, gezichtsvermogen wazig
Evenwichtsorgaan en ooraandoeningen	Zelden	Diplacsis
Hartaandoeningen	Soms	Bradycardie, tachycardie
	Zelden	Atriumfibrillatie, tachyritmie, sinustachycardie
	Niet bekend	Hartstilstand
Bloedvataandoeningen	Soms	Hypotensie
	Zelden	Hypertensie, overmatig blozen
Ademhalingsstelsel, borstkas en mediastinumaandoeningen	Zelden	Apneu, hypoxie, atelectase, dyspneu, orofaryngeale pijn
Maagdarfstelselaandoeningen	Vaak	Braken, constipatie, hypo esthesie oraal, nausea
	Zelden	Bloederige feces, dysfagie, abdominale distensie, abdominaal ongemak, bovenbuikpijn, diarree, speekselhypersecretie, droge mond, dyspepsie, orale pruritus, paresthesie oraal
Huid en onderhuidaandoeningen	Soms	Urticaria, pruritus gegeneraliseerd, pruritus, huidirritatie
	Zelden	Geneesmiddelenruptie, hyperhidrose, erytheem, rash, nagelverkleuring
Skeletspierstelsel en bindweefselaandoeningen	Soms	Mobiliteit verminderd, spierzwakte, spierspasmen, spiertrekkingen, artralgie
	Zelden	Gewrichtszwelling, liespijn, gewrichtsstijfheid, skeletspierstelsel borstpijn, pijn in extremiteit
Nier en urinewegaandoeningen	Niet bekend	Urineretentie
Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen	Soms	Pyrexie
	Zelden	Perifere zwelling, niet cardiale pijn op de borst, koude rillingen, het heet hebben, injectieplaatspijn, pijn
	Niet bekend	Geen werkzaamheid
Onderzoeken	Soms	Bloedcreatinine verhoogd, alanineaminotransferase verhoogd, aspartaataminotransferase verhoogd
	Zelden	Elektrocardiogram ST segment optrekking, leverenzym verhoogd, witte bloedceltelling verhoogd
Letsels, intoxicaties en verrichtingscomplicaties	Soms	Kneuzing, oedeem na verrichting, val
	Zelden	Spierletsel, seroom, wondcomplicatie, erytheem op incisieplaats, procedurepijn
	Niet bekend	Door lokale anesthetica veroorzaakte systemische toxiciteit (LAST)

Melding van vermoedelijke bijwerkingen
Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het nationale meldsysteem: Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb. Website: www.lareb.nl

FARMACOTHERAPEUTISCHE GROEP
Anesthetica, amiden, ATC code: N01BB01

HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN
Pacira Ireland Ltd
Unit 13, Classon House, Dundrum Business Park, Dundrum, Dublin 14, D14W9Y3, Ierland

DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST: Dec/2020
INDELING VAN HET GENEESMIDDEL MET BETREKKING TOT DE AFLEVERING
Receptplichtig



Onze koffiekamer: Jeroen Bosch Ziekenhuis

De laatste nieuwtjes worden uitgewisseld, er wordt uitgerust, er wordt gelachen en gehuild, en natuurlijk veel koffie gedronken. Het kloppend hart van de operatieafdeling, dat is toch wel de koffiekamer!

Door Ingrid Hummel

In welke koffiekamer nemen we nu een kijkje?

In de koffiekamer van het Bossche Jeroen Bosch ziekenhuis. Aangezien we een heel grote afdeling zijn hebben we twee koffiekamers, zo overbelasten we onze stappenteller niet! In de grootste koffiekamer is het vrij druk en lawaaiig, je ziet hier collega's in meerdere kleine clubjes zitten. In de kleinere koffiekamer is het beter mogelijk om gezellig samen bij te praten in je pauze.



Wat wordt naast koffiedrinken en lunchen nog meer in jullie koffiekamer gedaan?

Genoeg! Er wordt natuurlijk veel op de telefoons gestaard. Het lijkt hier soms wel de stiltecoupé van een trein. Maar er worden ook gezellig spelletjes met elkaar gespeeld. In rustige diensten wordt de sjoelbak op tafel gelegd of 30 Seconds gespeeld. Of gewoon even lekker chillen voor de televisie. Op zijn tijd worden scholingen in de koffiekamer gegeven, we hebben hiervoor een groot scherm hangen.



Wat voor soorten lunch komen er allemaal bij jullie voorbij?

Echt van alles! Gezond en minder gezond. Brood, thuis gesmeerd in een trommeltje. Yoghurt met noten. Fruit en groente. Gelukkig hebben we ook een tosti-ijzer, dat maakt hier overuren. Dus geen excuus meer om je oude brood niet op te eten! Op de gang ruik je die lekker gesmolten kaas al. Voor nuchtere patiënten is dit natuurlijk wel wat minder fijn. Ook hebben we een cup-a-soup-automaat van de zaak. En verder krijgen we koffie, thee, melk en karnemelk. Voor het gratis fruit moeten we wel even naar het personeelsrestaurant lopen.

Netjes aan tafel of met het bord op schoot?

Wisselend! Veel collega's zitten graag met het bord op schoot, maar netjes met mes en vork aan tafel kan ook. Het scheelt of je een boterham met kaas mee hebt of een bord salade eet.

De Bossche bollen en worstenbroodjes, hoe vaak eten jullie die?

Helaas véél te weinig. Bij een jubileum trakteert het JBZ op appelflappen en worstenbroodjes, of soms op gesorteerd gebak. Eén keer per maand trakteren de jarigen. De traktaties zijn heel divers. Laatst hebben we zelfs warme loempiaatjes gekregen bij de lunch.

En de afwas, wie doet die?

Wij zijn heel blij met onze huishoudelijke dienst-dames die voor ons de vaat doen. Zij zorgen dat al onze troep in de vaatwasser komt en ook weer opgeruimd wordt. Echt zo fijn!

Wat voor leesvoer ligt er in jullie koffiekamer?

Er liggen verschillende tijdschriften, zoals tuinbladen, Linda of VT Wonen. We hebben ook een hele kast vol met boeken van Heleen van Rooijen tot Suzanne Vermeer. Dat idee kwam van een collega die ging verhuizen en haar voorraad op de OK deponeerde.

Zit iedereen gezellig door elkaar of is er een scheiding tussen 'de chirurgie' en 'de anesthesie'?

Er is zeker geen strikte scheiding, maar je ziet toch wel dat ze bij elkaar kruipen. Blijkbaar zoekt soort toch soort :)

Hebben jullie een koffiekamertraditie?

Jazeker, van elk feest dat voor de afdeling georganiseerd wordt komt een collage aan de muur te hangen. Als er wat te vieren is, zoals een vijftigjarige, of bijvoorbeeld als iemand ons gaat verlaten, dan versieren we de hele afdeling met de gekste foto's en uitspraken die we kunnen vinden over het feestvarken.

En last but not least ... hoe smaakt de koffie?

Mwah.... daar valt nog wel wat aan te verbeteren. Maar wie wil kan zijn eigen cupjes van huis meenemen en gebruikmaken van een Nespresso-apparaat voor toch een lekker bakkie.

BiClamp[®] knife 220

Designed to simplify
your surgery

Seal and cut for open surgical procedures



More information? Scan here!

- ✓ Seal vessels up to 7 mm in diameter
- ✓ Prevent inadvertent thermal effect to adjacent tissue, branches backside temperature below 40°C
- ✓ Dissect close to critical structures, lateral thermal spread < 1 mm without carbonization
- ✓ Control diffuse bleedings of larger surface areas

Erbe Nederland B.V. Werkendam Nederland +31 183 509-755 erbe-nederland.com