

Onze OK MEEKIJKEN MET RAY VAN ZUNDERD VAN RADBOUDUMC

- > OPLEIDEN BUITEN DE OK HEEFT DE TOEKOMST
- > HET GEHEIM ACHTER TOPPRESTATIES VAN OK-TEAMS
- > DENKTANK GEZOND VERSTAND: EEN FRISSE WIND DOOR DE ZORG



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.

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



13 HET GEHEIM ACHTER TOPPRESTATIES VAN OK-TEAMS

Hoe kan een operatieteam het beste uit zichzelf halen? Dat lijkt een kwestie van gevoel. Je krijgt moeilijk de vinger achter de successen. Toch kiest het LUMC voor een wetenschappelijke aanpak. Het ziekenhuis is samen met de Universiteit Leiden een onderzoek gestart naar topprestaties op de OK. Een interdisciplinair team van psychologen, bestuurskundigen en chirurgen is in april een onderzoek gestart op het OK-complex van het Leids Universitair Medisch Centrum. Sindsdien zitten sportpsycholoog Yannick Balk en leiderschapsdeskundige Eduard Schmidt dagenlang te observeren in de operatiekamers – en de koffiekamer! – van het LUMC.



16 OPLEIDEN BUITEN DE OK HEEFT DE TOEKOMST

Om de tekorten aan vaste anesthesiemedewerkers, operatieassistenten en recoveryverpleegkundigen in de operatiekamers aan te pakken, hebben de ziekenhuizen in de regio Rotterdam-Rijnmond gekozen voor een gezamenlijke aanpak. In het project Innovatief Opleiden OK onderzochten de ziekenhuizen samen innovatieve leermogelijkheden om in de beperkte ruimte van de operatiekamers meer op te leiden. Door het anders aanbieden van de praktijkcomponent van de opleidingen, namelijk buiten de OK, kan de druk op de dagelijkse praktijk worden verminderd.



20 DENKTANK GEZOND VERSTAND

Jonge, ambitieuze en optimistische geneeskundestudenten zetten de denktank Gezond Verstand op. Doel is een toekomstbestendige zorg, waarvan nieuwe en frisse ideeën de basis gaan vormen. De denktank Gezond Verstand werd vorig jaar opgericht door Daantje Gratama. Ze is nu 24 jaar en loopt momenteel haar coschappen in het Tergooi MC, locatie Blaricum. Het idee voor de denktank kwam niet toevallig. 'We hadden kennisgemaakt met corona en alle gevolgen van dien. De zorg kwam van alle kanten onder druk te staan en overal dook ineens het begrip zorgcrisis op.'



en verder:

NIEUWS
COLUMN

OK VISIE MAGAZINE
WORDT MEDE MOGE-
LIJK GEMAAKT DOOR:

erbe

BESTE LEZER,

EÉN TEAM, EÉN TAAK

Waarom is de ene dag op de OK er een met een gouden randje en kun je de volgende dag de klok wel vooruit kijken?

Dat kan natuurlijk aan heel veel factoren liggen, maar wat voor mij enorm bepalend is, is het team waarmee je werkt. Hoe is de onderlinge sfeer, loopt het een beetje gesmeerd of moet je iedere keer opnieuw om die ene hechting vragen, is de chirurg een beetje te pruimen? Het is iedere dag weer een verrassing!

Het werken in wisselende team kan een wissel trekken op je gemoed, maar zeker ook op de te leveren prestaties. Terwijl we natuurlijk voor het best mogelijke resultaat gaan. We willen topprestaties leveren!

En naar die topprestaties op de OK is het LUMC samen met de Universiteit Leiden een onderzoek gestart.

Hoe kan een operatieteam het beste uit zichzelf halen? Hoe werkt de dynamiek op een OK? Wat is optimale samenwerking? En welke rol spelen leiderschap, veerkracht en zelfregulatie daarin? Sportpsycholoog Yannick Balk en leiderschapsdeskundige Eduard Schmidt zitten dagenlang te observeren in de operatiekamers – en de koffiekamer! – van het LUMC om antwoord te kunnen krijgen op deze vragen.

Ik kan niet wachten op het resultaat!

Ik wens je veel leesplezier.

Ingrid Hummel

Hoofdredacteur OK Visie Magazine



ChatGPT beantwoordt online vragen beter dan dokter

Chat-GPT overtreft artsen bij het beantwoorden van online gestelde medische vragen. Dit blijkt uit de recentelijk gepubliceerde resultaten in het vakblad *Jama Internal Medicine*. De antwoorden van de chatbot waren kwalitatief beter dan de online antwoorden van artsen. Nog opmerkelijker is dat de antwoorden van Chat-GPT meer meelevend waren dan die van artsen van vlees en bloed. De onderzoekers stelden een aantal vragen van patiënten op het forum Ask a Doctor van het sociale medium Reddit en lieten die beantwoorden door ChatGPT en professionals. De vragen gingen over tal van onderwerpen, zoals het hebben van vreemde bultjes of het effect van chloor in de ogen. Bij het beantwoorden van de vragen werd gebruikgemaakt van een recente gratis versie van ChatGPT3.5. Zowel de antwoorden van medisch professionals als de antwoorden van de chatbot werden voorgelegd aan een deskundig panel. In meer dan driekwart van de gevallen vonden de beoordelaars de antwoorden van ChatGPT beter. Gemiddeld scoorde de chatbot 'goed', terwijl de professionals het met de beoordeling 'acceptabel' moesten doen. Nog opzienbarend was dat ChatGPT beter in staat bleek om 'mee te leven' met patiënten. De beoordelaars vonden de antwoorden van de robot gemiddeld genomen namelijk empathischer dan de antwoorden van de professionals. Een bijzondere uitkomst omdat een machine zelf niks voelt, maar dus wel degelijk inlevend kan zijn. De onderzoekers zijn in hun conclusies omtrent deze ChatGPT-toepassing enthousiast maar tegelijkertijd terughoudend. Ze stellen in het vakblad *Jama Internal Medicine*: 'De studie heeft veelbelovende resultaten laten zien bij het gebruik van AI-assistenten voor het beantwoorden van vragen van patiënten. Maar verder onderzoek is nodig voordat definitieve conclusies kunnen worden getrokken over hun mogelijke effect in klinische omgevingen. Ondanks de beperkingen van deze studie en de frequente mediagekte omtrent nieuwe technologieën, is het bestuderen van de toevoeging van AI-assistenten aan de "workflows" voor patiëntberichten veelbelovend.'

bron: ICTHealth

‘Heart-in-a-box’: nieuwe methode hartdonatie leidt tot veel extra harttransplantaties

Twee jaar geleden vond in Nederland de eerste harttransplantatie plaats via een nieuwe ‘heart-in-a-box’-techniek: door het hart van een overleden patiënt buiten het lichaam weer te laten kloppen, kon het alsnog worden gedoneerd. Het tekort aan donorharten vormde de aanleiding voor deze nieuwe toepassing en de eerste resultaten zijn zeer gunstig: er zijn inmiddels al bijna zestig DCD-harten getransplanteerd en de wachtlijst stabiliseert. Bij donatie na een circulatiestilstand (DCD, Donation after Circulatory Death) wordt het stilstaande hart van een overleden donor in een speciale machine geplaatst. Daar gaat het weer kloppen na toevoer van zuurstof en bloed. Voorheen was hartdonatie alleen mogelijk bij een hersendode donor van wie het hart nog klopte. De nieuwe techniek is een belangrijke stap naar het verkorten van de wachtlijst voor donorharten. Het is het resultaat van een efficiënte uitvoering van de nieuwe techniek door nauwe samenwerking tussen het UMC Groningen, het UMC Utrecht en het Erasmus MC.

Niels van der Kaaij, hart-longchirurg UMC Utrecht:

‘Samen met de Nederlandse Transplantatie Stichting en Eurotransplant stelden we een nationaal protocol op. Aan alle mensen op de wachtlijst voor een donorhart werd gevraagd of ze ook een hart volgens de nieuwe methode wilden ontvangen. De procedures werden uitgevoerd op de volgorde van de nationale wachtlijst.’

WACHTLIJST GESTABILISEERD

In navolging van een advies van Zorginstituut Nederland heeft het ministerie van Volksgezondheid besloten om de behandeling vanaf 1 januari 2024 te vergoeden uit het basispakket van de zorgverzekering. En dat is goed nieuws. Want vóór de DCD-hartdonatieprocedure was al jaren sprake van een toenemend tekort aan donorhar-

ten, waardoor één op de zeven mensen op de wachtlijst overlijdt. Sinds de komst van DCD-hartdonatie in Nederland is de wachtlijst gestabiliseerd. Eind juli 2023 stonden er 164 mensen op de wachtlijst voor een donorhart.

Michiel Erasmus, hart-longchirurg UMC Groningen:

‘Tot en met juni hebben we dit jaar al dertig harttransplantaties in Nederland uitgevoerd, terwijl de norm jarenlang veertig per jaar was. Als we dit jaar tegen de zestig harttransplantaties kunnen uitvoeren, overtreffen we dat getal in 2023 ruimschoots. Dan zien we hopelijk ook een afname van het aantal mensen op de wachtlijst en van het aantal mensen dat overlijdt voordat er een geschikt donorhart beschikbaar komt. We zien nu al een stabilisatie van het aantal mensen op de wachtlijst, terwijl deze de afgelopen jaren alleen maar groeide. En de resultaten zijn voor de ontvangende patiënten minstens zo goed als bij de klassieke hartdonatie-methode.’

VOORDELEN VAN DE DCD-HARTPROCEDURE

Olivier Manintveld, cardioloog Erasmus MC:

‘Bij een DCD-procedure zijn bij de donor de bloedsomloop en ademhaling gestopt. Na een ‘no touch’-periode van vijf minuten wordt de dood vastgesteld en wordt het hart uitgenomen en in een perfusiemachine geplaatst. In de machine gaat het hart na toevoer van zuurstof en bloed weer kloppen.’ En dat geeft chirurg meer rust en tijd om de operatie uit te voeren, aldus Manintveld: ‘Het hart is op de perfusiemachine beschermd. Het kan maximaal acht uur bewaard worden, voordat het wordt getransplanteerd. De inzet van de machine herstelt ook tot nu toe onbruikbare donorharten en maakt deze geschikt voor transplantatie.’



MILJOENENSUBSIDIE VOOR ONDERZOEK NAAR DUURZAME CHIRURGIE

Operatiekamers in ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor een groot deel van de milieubelasting vanuit de zorg. Op initiatief van het Maastricht UMC+ gaat een groep van tien ziekenhuizen en klinieken onderzoeken hoe deze belasting te verminderen. Zij gaan aan de hand van een veelvoorkomende operatie – de galblaasverwijdering – analyseren en onderzoeken hoe het duurzamer kan. Hiervoor ontvangen ze een subsidie van € 3,4 miljoen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

De gezondheidszorg in Nederland is verantwoordelijk voor 7-8% van het totale broeikasgaseffect. In de ziekenhuizen is zeker 20% hiervan afkomstig uit de operatiekamer. Het gaat daarbij om zaken als afval, inhalatiegassen voor de anesthesie, luchtverversing en medicijnresten in het afvalwater.

NIEUWE DIMENSIE

In ziekenhuizen is al veel aandacht voor duurzaamheid, bijvoorbeeld via de Green Deal Zorg 3.0 en diverse ‘Green Teams’, ook in het Maastricht UMC+ (MUMC+). Onder leiding van hoogleraar innovatieve chirurgische technieken Nicole Bouvy van het MUMC+ voegt dit onderzoek daar een dimensie aan toe: een diepgaande analyse aan de hand van de veelvoorkomende (15.000 keer per jaar in Nederland) galblaasverwijdering via een kijkoperatie. Om alle aspecten van duurzaamheid te betrekken is een divers team samengesteld: onderzoekers, artsen, verpleegkundigen, psychologen, filosofen, inkopers van materialen, beleidsmakers, en betrokkenen uit de geneesmiddelen- en instrumentenindustrie, waterschappen, TNO en RIVM.

MILIEUBELASTING IN KAART BRENGEN

De onderzoekers gaan nauwkeurig in kaart brengen wat de milieubelasting is van de galblaasverwijdering, legt Bouvy uit. ‘Gemiddeld gebruiken we zo’n 7 kilo aan wegwerpmaterialen bij deze operatie. Daarnaast is er negatieve impact op het milieu door de luchtverversing op de operatiekamer, medicijnresten in afvalwater en reisbewegingen van patiënten voor herhaalbezoeken. Ook kijken we naar de vraag of er niet te veel mensen worden geopereerd, want onderzoek laat zien dat een deel van de patiënten geen verbetering van de klachten ervaart na de operatie. Niet opereren is natuurlijk duurzamer dan wel opereren. Als we inzicht hebben in alle vormen van milieubelasting kunnen we plannen maken voor hoe we structureel duurzamer kunnen opereren.’ Hierbij is het onderzoek gericht op twee aspecten: gedrag en ethiek. Bouvy werkt daarvoor onder meer samen met Frank van Harreveld, hoogleraar sociale psychologie aan de Universiteit van Amsterdam, en Marc Davidson, hoogleraar wijsgerige ethiek aan Radboud Universiteit.

GEDRAG

Het maken van duurzame keuzes heeft voor een groot deel te ma-



ken met gedrag, legt Bouvy uit. ‘Opereren is mensenwerk. Als we structureel duurzamer willen werken, zullen we dus gedrag moeten veranderen. Daarom hebben we ook psychologen erbij betrokken: om eerst te begrijpen waarom mensen bepaalde keuzes maken. Vervolgens willen we dit gedrag beïnvloeden en ervoor zorgen dat betrokken professionals een duurzamere werkwijze ook écht vertrouwen en accepteren. Zo hopen we op termijn veranderingen teweeg te brengen die bekliven.’

ETHIEK

Tot slot maken ook filosofen en ethici onderdeel uit van het onderzoeksteam. Ethiek is namelijk een belangrijk perspectief, legt Bouvy uit. ‘Denk maar eens aan die 7 kilo wegwerpmaterialen die we gebruiken. Dit is het gevolg van afwegingen die we maken rondom veiligheid: als het gebruik van wegwerpmaterialen veiliger is dan herbruikbare materialen, ook al is dit verschil minimaal, kiezen we voor de wegwerpmaterialen. Het milieu is nooit onderdeel geweest van deze afweging. Wij willen dit bespreekbaar maken: hoe verloopt de afweging als we de milieubelasting van de wegwerpmaterialen wel laten meewegen? Hoeveel verbetering van de patiëntveiligheid weegt op tegen hoeveel milieubelasting? Dat zijn moeilijke ethische vragen, maar die moeten wel aangekaart worden.’

Bron: MUMC

Nieuw onderzoek vergroot inzichten over juiste behandeling baarmoederverzakking

Wanneer vanwege een baarmoederverzakking een operatie nodig is, zijn verschillende operaties mogelijk. Een vergelijkende studie naar de twee meest gangbare baarmoedersparende ingrepen in 26 Nederlandse ziekenhuizen is nu gepubliceerd in het wetenschappelijke tijdschrift JAMA. De resultaten laten zien dat een honderd jaar oude methode betere resultaten na de operatie laat zien dan een meer recent ontwikkelde methode. Dit is een relevante bevinding omdat de meer recente methode wereldwijd en ook in Nederland juist veel vaker wordt toegepast. Er is ook een groep patiënten die juist meer baat heeft bij de nieuwere ingreep.

Verzakking van de baarmoeder is een veelvoorkomende aandoening. Naar schatting kampt 40 procent van de vrouwen boven de 45 jaar in meer of mindere mate met een verzakking. Lang niet iedereen ondervindt klachten van de verzakking, maar het leidt toch jaarlijks bij zo'n 15.000 vrouwen tot een medische ingreep.

Uit eerder onderzoek bleek dat een deel van de patiënten baat heeft bij ondersteuning van de verzakking met een pessarium. Is een ingreep nodig, dan bestaat de keuze uit behoud of verwijdering van de baarmoeder. Onderzoekers van onder meer Isala en Radboudumc lieten zien dat de ingreep waarbij een gezonde baarmoeder behouden blijft betere resultaten geeft dan een operatie waarbij de baarmoeder verwijderd wordt. Na vijf jaar hadden de vrouwen die een baarmoedersparende operatie ondergingen minder terugkerende klachten dan vrouwen van wie de baarmoeder wel werd weggehaald.

In die studie werd de meest recent ontwikkelde en meest gangbare baarmoedersparende operatie onderzocht, de sacrospinale fixatie. Hierbij wordt de verzakte baarmoeder met twee onoplosbare hechtingsdraden aan een bindweefselband in het bekken vastgemaakt en opgehangen in het bekken. Gynaecologen in sommige Nederlandse ziekenhuizen verrichten echter de al honderd jaar bestaande Manchester-operatie. Ze verwijderen daarbij een deel van de baarmoedermond en korten de uitgerekte banden van de baarmoeder in. Dit trekt de baarmoeder omhoog.

NOG GEEN INTERNATIONAAL BEWIJS

Tot nu ontbrak wetenschappelijk bewijs dat vaststelt welke ingreep de beste resultaten geeft. Een grootschalig onderzoek onder leiding van het Radboudumc brengt hier nu verandering in: 434 vrouwen met een milde tot matige baarmoederverzakking die één van beide ingrepen ondergingen werden bevraagd op klachten. Daarnaast keken de onderzoekers naar de anatomie na de ingreep en of er sprake was van een eventuele heroperatie. Het resultaat van de combinatie van deze drie factoren laat zien dat de vrouwen na de Manchester-operatie vaker een suc-

cesvolle operatie hadden dan de vrouwen na een sacrospinale fixatie. In beide groepen was het percentage vrouwen dat tevreden was met hun operatie overigens even hoog, ruim 80 procent. Gynaecoloog en hoofdonderzoeker Kirsten Kluijvers van het Radboudumc: 'We gingen ervan uit dat er geen verschil zou zijn. Dat bleek dus wel het geval. In de groep die de Manchester-operatie onderging zagen we geen heroperaties voor een hernieuwde baarmoederverzakking en minder vaak een hernieuwde verzakking van de blaas.'

PERSOONSGERICHTE BEHANDELING

Deze resultaten betekenen volgens Kluijvers niet dat vrouwen met een sacrospinale fixatie een slechte behandeling kregen. Het betekent ook niet het einde van de sacrospinale fixatie, want sommige patiënten hebben er juist meer baat bij. Daarom pleit Kluijvers voor een persoonlijke benadering: 'We willen op basis van risicofactoren kunnen inschatten wie baat heeft bij welke behandeling. We denken dat vrouwen met een ernstiger verzakking van de baarmoeder in combinatie met een verzakking van de darm juist meer baat hebben bij de sacrospinale fixatie. Als we meer van dit soort subgroepen herkennen, kunnen we toe naar persoonsgerichte behandeling.' Deze resultaten laten zien dat de Manchester-operatie meer aandacht verdient in het gesprek met patiënten in de spreekkamer.

Deze bevinding is van belang voor patiënten, ziekenhuizen en de maatschappij als geheel. Het draagt bij aan betere zorg voor en behandeling van vrouwen met een verzakking. En dat is belangrijk, volgens Kluijvers. Een verzakking kan immers tot vervelende klachten leiden, zoals een zwaar en zeurend gevoel in de vagina, urineverlies en een moeizame stoelgang. 'Er zijn enorm veel vrouwen die kampen met deze klachten. Ik vind het belangrijk dat we hun de juiste zorg kunnen bieden, en daarvoor is de juiste kennis van groot belang.'

Daarom kunnen we niet zonder dit soort grootschalige onderzoeken, aldus Kluijvers. Deze worden gefinancierd vanuit ZonMw, met het oog op bevordering van doelmatige zorg. Daarom berekenden de onderzoekers ook de kosten van beide ingrepen, waarbij de Manchester-operatie goedkoper bleek dan de sacrospinale fixatie. Het Radboudumc voerde deze studie uit binnen een samenwerkingsverband van maar liefst 26 centra, waaronder Zuyderland, Isala en Máxima Medisch Centrum. 'Deze ziekenhuizen behandelen veel patiënten, waardoor we een grote groep konden volgen.' Kluijvers verwacht dat ziekenhuizen de bevindingen overnemen en dat patiëntinformatie hierop aangepast wordt. Naar de toekomst toe wil ze de keuze voor de meest persoonsgerichte behandeling nog verder aanscherpen.

OPERATIE VOOR BLAASKANKER MOGELIJK MINDER VAAK NODIG DOOR NIEUW BLOEDONDERZOEK

Patiënten met blaaskanker hoeven in de toekomst mogelijk minder vaak uit voorzorg hun blaas te laten verwijderen na een behandeling met immuuntherapie. Wetenschappers van het Nederlands Kanker Instituut, het onderzoeksinstituut van het Antoni van Leeuwenhoek, hebben aangetoond dat met een nieuw bloedonderzoek beter kan worden voorspeld of de tumor zal terugkeren of niet. De bevindingen van Jeroen van Dorp, Michiel van der Heijden en Bas van Rhijn zijn gepubliceerd in het wetenschappelijk tijdschrift Nature Medicine. Ze werkten samen met het bedrijf Inivata in Cambridge.

Bij hun onderzoek analyseerden de wetenschappers het bloed van patiënten met blaaskanker die waren behandeld met immuuntherapie. De proefpersonen maakten onderdeel uit van een hoogrisicogroep. Ze hadden allemaal een grote kans om de ziekte opnieuw te krijgen. Daarom stonden ze ook op de lijst voor een operatie om hun blaas uit voorzorg te verwijderen.

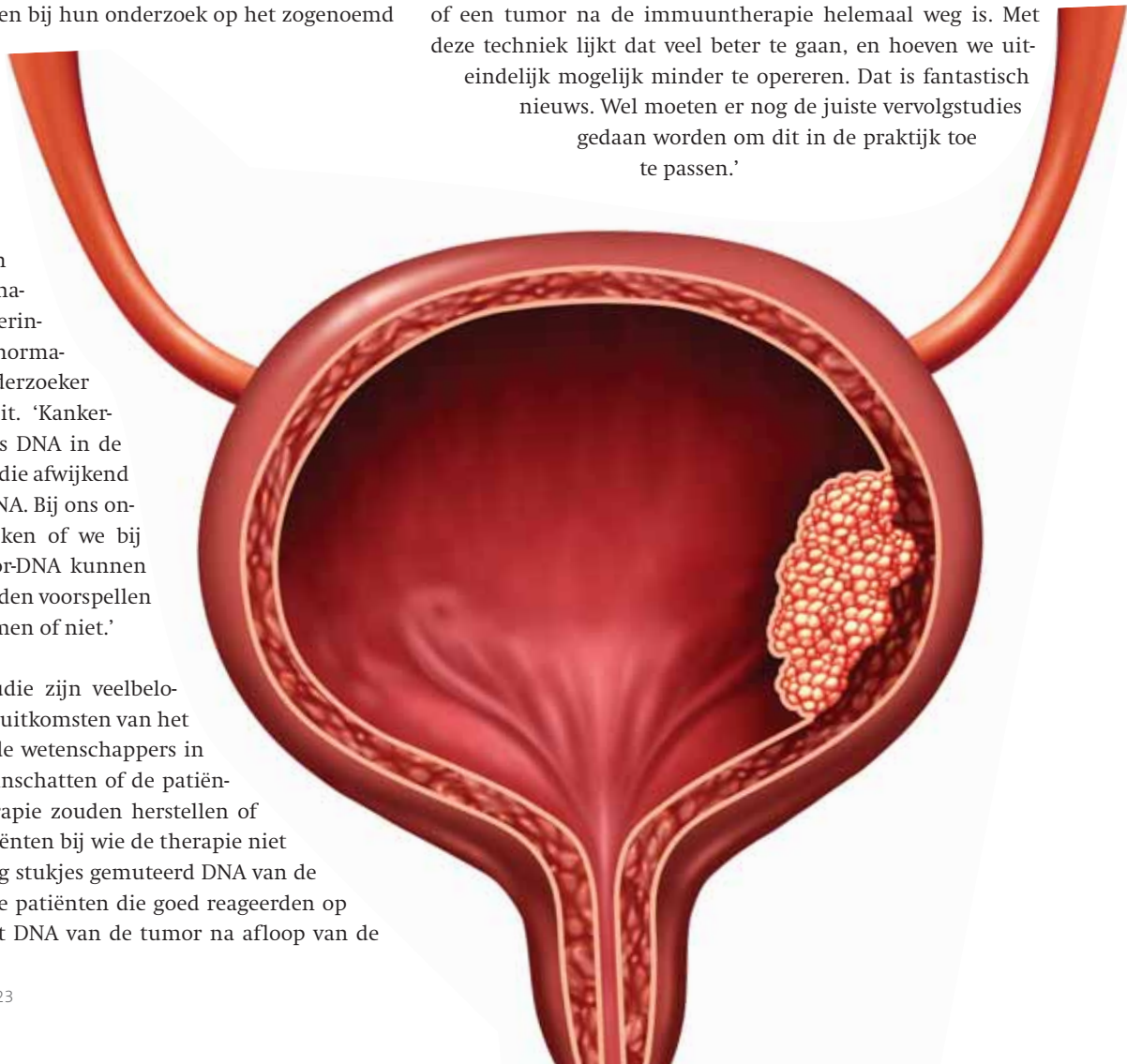
De wetenschappers focusten bij hun onderzoek op het zogenoemd vrij circulerend DNA in het bloed van de proefpersonen. Dat zijn kleine stukjes DNA die zich door de bloedbaan bewegen. Soms zit daar ook gemuteerd DNA bij dat afkomstig is van een tumor. 'Een tumor heeft namelijk genetische veranderingen ten opzichte van het normale weefsel', legt hoofdonderzoeker Michiel van der Heijden uit. 'Kankercellen laten kleine stukjes DNA in de bloedbaan en de urine los die afwijkend zijn van de rest van het DNA. Bij ons onderzoek hebben we gekeken of we bij deze patiënten nog tumor-DNA kunnen oppikken, en of we zo konden voorspellen of de tumor terug zou komen of niet.'

De resultaten van de studie zijn veelbelovend. Aan de hand van de uitkomsten van het bloedonderzoek konden de wetenschappers in de meeste gevallen goed inschatten of de patiënten door de immuuntherapie zouden herstellen of niet. In het bloed van patiënten bij wie de therapie niet aansloeg, werden vaak nog stukjes gemuteerd DNA van de tumor aangetroffen. Bij de patiënten die goed reageerden op immuuntherapie, was het DNA van de tumor na afloop van de

behandeling helemaal uit hun bloed verdwenen. Ook bleek dat de tumor bij mensen uit die laatste groep veel minder vaak terugkwam.

'We lijken het verloop van blaaskanker met deze techniek in hoge mate te kunnen voorspellen', zegt Van der Heijden. 'Dat zou betekenen dat je misschien een deel van de patiënten een ingrijpende operatie kunt besparen. Patiënten die het DNA van de tumor kwijt zijn, zou je misschien helemaal niet meer hoeven te opereren.' Dat is een belangrijke doorbraak, want een operatie bij blaaskanker is ingrijpend. 'De blaas wordt bij deze ingreep verwijderd, waardoor mensen niet meer op een normale manier kunnen plassen.'

Soms blijken er bij de operatie geen tumorcellen meer te vinden te zijn en was de ingreep misschien wel niet nodig. 'Met de middelen die we tot nu toe tot onze beschikking hadden, kun je namelijk niet bepalen of mensen echt zijn genezen', legt Van der Heijden uit. 'Wat je ook aan scans doet, je kunt daarmee niet precies zien of een tumor na de immuuntherapie helemaal weg is. Met deze techniek lijkt dat veel beter te gaan, en hoeven we uiteindelijk mogelijk minder te opereren. Dat is fantastisch nieuws. Wel moeten er nog de juiste vervolgstudies gedaan worden om dit in de praktijk toe te passen.'



Nieuwe richtlijnmodule Muziek tijdens het perioperatieve proces

Er zijn verschillende wetenschappelijke publicaties die positieve effecten van muziek voor, tijdens en na de operatie rapporteren bij volwassen patiënten. Het gaat dan om effecten op angst, pijn, stress en medicatiegebruik. De richtlijn Perioperatief traject is daarom aangevuld met vier modules over het toepassen van muziek bij patiënten die klinisch geopereerd worden, onder algehele en regionale anesthesie. De richtlijn is in het bijzonder bedoeld voor chirurgen, anesthesiologen, intensivisten en klinisch geriaters. Het doel van de richtlijn is het optimaal laten verlopen van het pre-, per- en postoperatieve traject van de patiënt. In de vier nieuwe richtlijnmodules is de beschikbare literatuur over het toepassen van muziek samengevat en de bewijskracht beoordeeld, en zijn overwegingen op basis van expert opinion en patiëntvoorkeuren beschreven. Voor het luisteren naar muziek op één moment (voor, tijdens of na de operatie) kon geen aanbeveling worden gedaan. Voor het luisteren naar muziek op meerdere momenten rondom de operatie werd meer bewijs van positieve effecten gevonden. Op basis hiervan heeft de werkgroep een aanbeveling gedaan om te overwegen om patiënten te wijzen op de mogelijkheid om op meerdere momenten in het perioperatieve proces (voor, tijdens en/of na de operatie) naar muziek te luisteren.



Afname revisiekans heupprothese, knieprothese en schouderprothese

De kans op een revisieoperatie na een heupprothese, knieprothese en schouderprothese is sterk afgenomen ten opzichte van tien jaar geleden.

Dat blijkt uit de nieuwste jaarrapportage van de Landelijke Registratie Orthopedische Interventies (LROI). 'Deze afname heeft grote voordelen voor patiënten, want het voorkomen van een grote revisieoperatie geeft een enorme gezondheidswinst', zegt Bart Pijls, medisch directeur van de LROI.

Pijls: 'Sinds de start van de registratie in 2007 zien wij het revisiepercentage na een heupprothese, knieprothese en schouderprothese ieder jaar verder dalen. Zo is het vijf jaar-revisiepercentage van een halve knieprothese afgenomen van 9,7 procent naar 3,9 procent. We zien ook een afname in de revisiekans van heupprothesen, hele knieprothesen en schouderprothesen. Deze behandelingen worden dus steeds beter.'

De LROI jaarrapportage geeft inzicht in welke prothesen het beste presteren, welke operatietechnieken de beste resultaten geven en welke behandeling het beste werkt bij verschillende patiënten.

Deze informatie geeft orthopedisch chirurgen handvatten om de behandeling beter af te stemmen op de individuele patiënt.



ONZE OK

Meekijken met Ray van Zunderd van Radboudumc

Door: Ingrid Hummel

Foto (incl. cover): Ivonne Zijp

Leidinggeven aan 53 fte anesthesiemedewerkers op een dynamische afdeling met 25 operatiekamers, dat brengt nog wel eens een uitdaging met zich mee. En laat dat nou net zijn wat Ray van Zunderd zo in het vak aantrekt.

Ray werkt al sinds zijn 18e in de zorg. Van ziekenverzorger, verpleegkundige, anesthesiemedewerker en praktijkopleider is hij nu samen met Sanne van Gogh-Krommendijk direct leidinggevende anesthesie. En alsof dat nog niet genoeg is, werkt Ray ook als adviseur Acute Zorg waarbij hij de acht acute zorgafdelingen van het Radboudumc helpt zich voor te bereiden op een externe calamiteit. Sinds kort is hij ook bestuurslid van de NVLO, Nederlandse Vereniging Leidinggevendend Operatieafdeling, en zit hij in het dagelijks bestuur van het platform Teamleiders zorg in het Radboudumc. Vervelen doet Ray zich dus niet!

WIE: Ray van Zunderd

WAT: operationeel manager anesthesie

WAAR: Radboudumc

Hoe ziet jouw gemiddelde werkdag eruit?

Rond de klok van 6:00 uur vertrek ik richting het Radboudumc. De dag start vaak met een rondje afdeling en het doornemen van de kortetermijnplanning. Verder heb ik regelmatig afspraken in huis, operationeel flow-overleg met de collegae van het HCC, het Hospital Control Center. Gaande de dag voer ik gesprekken met medewerkers, bereid ik overleggen en trainingen voor en schrijf ik beleidsstukken. Rond de klok van 16.00 ga ik even bij de floormanagers langs om een beeld van de gang van zaken te krijgen. Hoe loopt het programma, wat gaat goed, waar zit het tegen en loopt het mogelijk uit? Om 17.00 uur zit mijn werkdag er over het algemeen op.

Hoe ervoer je de overstap van anesthesiemedewerker naar operationeel manager?

Na vier jaar als gedetacheerde anesthesiemedewerker en werkplekmanager in andere ziekenhuizen gewerkt te hebben ben ik uiteindelijk weer teruggekeerd naar het Radboudumc als operationeel manager. Voor mijn gevoel is dit heel natuurlijk gegaan. Ik kende de meeste mensen uit het team al en ik kreeg veel steun van het team, dat heeft mij erg geholpen.

Wat valt onder de werkzaamheden van een operationeel manager?

Ik ben verantwoordelijk voor het team, de productie en de materialen voor het team

Ray: Ik geloof in mogelijkheden en kansen,
out-of-the-box denken.



anesthesiemedewerkers. Voor de afdeling heb ik de portefeuille Preventie, ARBO en Milieu, daar valt alles van veilig werken tot ZiROP (Ziekenhuis Rampen Opvang Plan) onder, van Groene OK tot RI&E (risico-inventarisatie en -evaluatie). Dat verzorg ik met een team collega's van alle vakgebieden.

Welke eigenschappen moet een manager volgens jou hebben om een team te kunnen leiden?

Stabiliteit, eerlijkheid en een helicopterview. En sociale vaardigheden zijn ook heel fijn!

Wat voor bijzondere operaties worden in het Radboudumc uitgevoerd?

We doen veel bijzondere ingrepen. Denk hierbij aan Minimally Invasive Cervical Esophagectomy, een slokdarmresectie waarbij de kijkoperatie via de borstkas vervangen wordt door een kijkoperatie via de hals, en schade aan borstkas, longen, longvliezen, zenuwen en bloedvaten voorkomen kan worden, maar ook wakkere neurochirurgie, Deep Brain Stimulation, veel uitgebreide thoracale vaatingrepen, HIPEC, genderoperaties, veel bijzondere aangezichtschirurgie, brandwonden bij kinderen, complexe chirurgie bij kleine kinderen, trachearesecties en niertransplantaties, zowel van levende als van overleden donoren. Een heel uitgebreid pakket aan specialistische operaties dus.

Wat vind jij het grootste verschil tussen werken in een academisch en werken in een perifere ziekenhuis?

Dat is voor een deel de ingrepen die we doen. We doen dus veel uitgebreide ingrepen, diverse daarvan zijn in een werkdag niet af. Een ander deel is het opleiden van de aiossen anesthesiologie, daar mogen we ook aan bijdragen. Verder is het een heel grote afdeling, met alle plussen en minnen die dat met zich meebrengt. We doen ons best om het persoonlijk te houden, ondanks dat het zo groot is. Dat vraagt van iedereen een bijdrage.

Wat vind je de grootste uitdaging van je werk?

Op dit moment is dat echt het maken van langetermijn- en kortetermijnkeuzes. Laten doorgaan van OK-programma's of prioriteit geven aan niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals

WE DOEN WERK WAAR WE TROTS OP MOGEN ZIJN, EN DAT MOETEN WE UITDRAGEN!

bijvoorbeeld scholing en symposia. Dit geldt voor heel het ziekenhuis. Het overleg met het HCC zorgt ervoor dat we elkaar inzicht geven in de plussen en minnen van afdelingen, dat helpt om zo veel mogelijk patiënten te kunnen behandelen.

Hoe denk je dat we 'twijfelaars' over de streep kunnen halen om de opleiding tot anesthesiemedewerker of operatieassistent te gaan volgen?

We moeten duidelijk maken hoe mooi en belangrijk ons werk is. We zijn natuurlijk op zoek naar de mensen die duidelijk weten dat hun hart en hun toekomst in ons vak liggen. We doen alle dagen werk waar we trots op mogen zijn, en dat moeten we uitdragen!

En hoe kunnen we bestaand personeel motiveren om in hun huidige vak werkzaam te blijven?

Ik geloof in mogelijkheden en kansen, out-of-the-box denken. Daarom laten we zien dat veel kan en alles bespreekbaar is. Doorontwikkelingen als SPS en OA met chirurgische vaardigheden zijn manieren om nieuwe uitdagingen voor mensen mogelijk te maken. Ook de mogelijkheid om een combifunctie te hebben, zoals bijvoorbeeld anesthesiemedewerker en verpleegkundige, kan mensen de uitdaging geven die ze nodig hebben. We hebben hier zelfs een collega die 50% op de OK en 50% op de kinder-IC werkt. Verder is er ook naast het primaire werk genoeg om jezelf te ontwikkelen en uit te dagen. Zo is bij ons een groep collega's bezig met het organiseren van het symposium 'The future is now', op 7 oktober 2023. Een dagvullend symposium door en voor medewerkers van de operatiekamers.

Hoe zie jij de toekomst van ons vak?

Het vak van operationeel leidinggevende zie ik beperkt veranderen van inhoud, voor ons werk als anesthesiemedewerker zie ik in de toekomst veel veranderingen, zoals er in het verleden al veel veranderd is. Veel professionalisering en veel ontwikkelingen in het vak. Verschuiving van taken en ook technische ontwikkelingen. In het verleden prikten we nooit met de echo, dat is nu al dagelijkse kost. Ik verwacht dat in dit soort zaken nog meer ontwikkeling komt, maar de toekomst zal het leren! ■

LUMC doet samen met zorgprofessionals onderzoek naar leiderschap, veerkracht en zelfregulatie

OP ZOEK NAAR HET GEHEIM ACHTER TOPPRESTATIES VAN OK-TEAMS

Hoe kan een operatieteam het beste uit zichzelf halen? Dat lijkt een kwestie van gevoel. Je krijgt moeilijk de vinger achter de successen. Toch kiest het LUMC voor een wetenschappelijke aanpak. Het ziekenhuis is samen met de Universiteit Leiden een onderzoek gestart naar topprestaties op de OK.

Mensen als Sarina Wiegman of Louis van Gaal weten hoe het moet. Zij kunnen teams tot topprestaties brengen. Maar hoe werkt die dynamiek? Wat is optimale samenwerking? En welke rol spelen leiderschap, veerkracht en zelfregulatie daarin? Dat werkt op een sportveld eigenlijk hetzelfde als op de operatiekamer van een ziekenhuis. Maar er is nog nauwelijks wetenschappelijk onderzoek gedaan naar gedrag en samenwerking op de OK. Tot nu toe. Een interdisciplinair team van psychologen, bestuurskundigen en chirurgen is in april een onderzoek gestart op het OK-complex van het Leids Universitair Medisch Centrum. Sindsdien zitten sportpsycholoog Yannick Balk en leiderschapsdeskundige Eduard Schmidt dagenlang te observeren in de operatiekamers – en de koffiekamer! – van het LUMC. Ze nemen ook vragenlijsten af en houden uitgebreide interviews met alle zorgprofessionals in een OK-team.

BREDER EN DIEPER

Dat valt goed op de werkvloer. Volgens hoogleraar en vaatchirurg Jaap Hamming van het LUMC – die samen met hoogleraar gedragsinterventies in Population Health Marieke Adriaanse betrokken is bij het onderzoek – heeft dat te maken met de focus. Jaap Hamming: 'Er is altijd veel aandacht voor wat er allemaal niet goed gaat. Zo wordt een blackbox ingezet om afwijkingen

van de gebruikelijke procedures te achterhalen, en dat is ook leerzaam. Maar wij leggen de focus op wat er allemaal wél goed gaat, ook in onverwachte situaties. Daaruit kunnen we veel meer leren dan we tot nu toe hebben gedaan.' Onder leiding van 'apenonderzoeker' Frans de Waal is in 2018 een studie gedaan naar samenwerking op de OK, maar dat richtte zich vooral op de communicatievaardigheden van de chirurg, zegt Hamming. 'Wij willen veel breder en dieper gaan kijken. Hoe komt het dat het goed gaat? Wat zijn de onderliggende processen? We willen het hele plaatje zien.'

PRESTEREN ONDER DRUK

Eduard Schmidt doet veel onderzoek in de zorg, maar was daarvoor nog nooit binnen een OK geweest. Hij zag al snel parallellen met eerder onderzoek dat hij deed. Eduard Schmidt: 'Mijn proefschrift ging over leiderschap bij topambtenaren tijdens bezuinigingen. Dat gaat ook om presteren onder druk, want zoiets vraagt nogal wat van een organisatie. Op een OK speelt een soortgelijke druk, maar dan op veel kortere termijn. Veel meer acuut.' In de basis gaat het om dezelfde dingen waar mensen stress van krijgen, zo legt de wetenschapper uit. 'Vaak is dat werken met mensen die je niet zo goed kent. Dus wij willen graag ontdekken hoe mensen snel een vertrouwensband kunnen opbouwen, ook al werken ze in wisselende teams.'

DYNAMIEK

Als buitenstaanders zien ze dingen die het OK-personeel al lang niet meer opvallen, zo concludeert Schmidt. Daarnaast horen ze veel verhalen tijdens de koffiepauzes. 'Mensen beginnen automatisch te vertellen', zo zegt hij. De twee onderzoekers observeren zo veel mogelijk verschillende

Door: Leendert Douma

operaties. Eduard Schmidt: 'We zijn bij lange, complexe ingrepen, zoals bijvoorbeeld het weghalen van een hersentumor. Maar we bekijken ook korte operaties waar snel na elkaar veel nieuwe patiënten binnenkomen, zoals cataracten. Ze hebben allemaal hun eigen dynamiek. We gaan natuurlijk ook ongeplande operaties in de avond- en weekenddiensten observeren.' De twee onderzoekers verwachten elk zo'n paar honderd uur aan observaties te doen. Ze noteren dan bijvoorbeeld hoe teams discussiëren. Wordt er tegenspraak gegeven en door wie? Wie durft zich uit te spreken bij twijfel? 'Maar wat zich in iemands hoofd afspeelt kun je niet zien', zegt Schmidt. 'Daarvoor houden we interviews met chirurgen, anesthesisten, artsen in opleiding en operatiemedewerkers. Als je opereren wilt vergelijken met topsport: veel sporters visualiseren bijvoorbeeld hoe ze over de finish komen. Wij vragen ons af of mensen in een OK-team dat ook doen. En hoe dan? Lopen ze vooraf de moeilijke stappen langs? Dat kun je natuurlijk niet observeren.' Als derde methode leggen de onderzoekers alle betrokkenen korte vragenlijsten voor, voorafgaand en na afloop van een ingreep. Zo kunnen ze bijvoorbeeld patronen herkennen in veerkracht en hoe mensen op verschillende momenten met druk omgaan.'

REFLECTEREN

Als het gaat om leiderschap, dan kijken ze nadrukkelijk niet alleen naar chirurgen. Eduard Schmidt: 'Feitelijk is de chirurg de leider van een OK, maar ik zie leiderschap vooral als gedrag. Dat kan door de formeel leidinggevende worden vertoond, maar het kan ook zijn dat bijvoorbeeld een operatie-assistent leiderschap laat zien, bijvoorbeeld door anderen te motiveren of er oog voor hebben dat mensen tijdens een lange ingreep wat minder scherp worden. Of door de lead te nemen als dat nodig is.' Het is interessant hoe iedereen daarmee omgaat, vindt Jaap Hamming. Hij werkt ongeveer dertig jaar als chirurg en heeft in die tijd veel zien veranderen. 'Vroeger was de chirurg echt de "Grote Roerganger" op de OK. Dat is nu helemaal niet meer zo. Nu is hij of zij eerder een regisseur die ervoor moet

WIJ LEGGEN DE FOCUS OP WAT ER ALLEMAAL WÉL GOED GAAT.

zorgen dat alle spelers op de juiste positie hun rol optimaal kunnen vervullen.' Dat vraagt om een heel ander competentieprofiel, aldus Hamming. 'Gelukkig zijn de opleidingen daarin mee veranderd. Er staat nu echt een nieuwe generatie mensen te opereren, al denk ik dat Yannick en Eduard ook nog wel die ouderwetse artsen – zoals ik, hahaha – observeren. Ik ben benieuwd wat hun bevindingen straks zijn.' Zelf is Hamming zeer gelukkig met die veranderde cultuur aan tafel. Elkaar helpen zonder elkaar af te rekenen is een van de belangrijkste teamaspecten op een OK, zo vindt hij. 'Ik wil altijd de beste uitkomst voor de patiënt. Als ik daarvoor mijn eigen gedrag moet aanpassen, dan doe ik dat graag. Ik vind dat professionals die goed kunnen reflecteren op hun eigen beperkingen vaak de besten worden in hun vak.'

LEREN BEGRIJPEN

'Maar we zijn er niet op uit om richtlijnen op te stellen voor hoe chirurgen, anesthesisten, operatieassistenten of anesthesiemedewerkers zich moeten gedragen', benadrukt Eduard Schmidt. 'Hooguit kunnen we helpen met tips en tricks als ze bepaalde valkuilen bij zichzelf herkennen.' Het onderzoek – dat een subsidie van 122.000 euro kreeg van ZonMw – gaat ongeveer een jaar duren. Over wat de uit-



Jaap: ik vind dat professionals die goed kunnen reflecteren op hun eigen beperkingen vaak de besten worden in hun vak.



Sportpsycholoog Yannick Balk (li) en leiderschapsdeskundige Eduard Schmidt

komsten gaan zijn, durven Hamming en Schmidt nog niet te speculeren. 'Het gaat ons primair om te leren begrijpen', zo zegt Jaap Hamming. 'Gaandeweg komen we misschien dingen tegen die we helemaal niet hadden verwacht.' Als er bepaalde bevindingen zijn, worden die teruggekoppeld naar de mensen die op de OK werken, legt Eduard Schmidt uit. Hoe kijken die daarnaar? 'In die zin is het een onderzoek dat we mét de praktijk uitvoeren.' De opgedane kennis zou straks de basis kunnen zijn voor beleidsmakers en leidinggevenden, maar ook de theorie kunnen verrijken van geneeskundestudies en opleidingen voor operatieassistenten en anesthesiemedewerkers. Eduard Schmidt: 'Hoe mooi zou het zijn als je ervoor kunt zorgen dat mensen niet terugschieten in directief en defensief gedrag als het spannend wordt. Kennis delen en kleine veranderingen voorstellen, zoals bepaalde routines doorbreken of bepaalde gewoontes aanleren, lijkt ons veel efficiënter dan iedereen op leiderschapstraining sturen.'

ORGANISATIECULTUUR

'Het enige nadeel is dat een jaar vrij kort is voor wetenschappelijk onderzoek', zegt Schmidt. 'In de ideale situatie

zou je dit onderzoek niet alleen binnen het LUMC uitvoeren, maar in veel verschillende ziekenhuizen of klinieken. Dan zou je bijvoorbeeld ook kunnen kijken wat de invloed is van organisatiecultuur op teamprestaties. Zijn er bijvoorbeeld verschillen tussen een academisch ziekenhuis en een perifeer ziekenhuis of een zelfstandige kliniek? Daar hebben we nu geen tijd voor. Dat zou een mooi onderwerp zijn voor een vervolgonderzoek.' ■

Opleiden buiten de OK heeft de toekomst

Om de tekorten aan vaste anesthesiemedewerkers, operatieassistenten en recoveryverpleegkundigen in de operatiekamers aan te pakken, hebben de ziekenhuizen in de regio Rotterdam-Rijnmond gekozen voor een gezamenlijke aanpak. In het project Innovatief Opleiden OK onderzochten de ziekenhuizen samen innovatieve leermogelijkheden om in de beperkte ruimte van de operatiekamers meer op te leiden. Opleiden vindt nu vooral op de werkplek plaats, waarbij een student tot aan zijn diplomering groeiende verantwoordelijkheden krijgt. Door het anders aanbieden van de praktijkcomponent van de opleidingen, namelijk buiten de OK, kan de druk op de dagelijkse praktijk worden verminderd. Denk aan het faciliteren van extra praktijkleerruimtes waarbij, afgekeken van het onderwijs, maximaal gebruik wordt gemaakt van nieuwe technologieën zoals e-learning, simulatieonderwijs, skillslab en virtual reality. Drie leden van het regionale projectteam uit verschillende ziekenhuizen leggen uit waarom dit nieuwe opleiden niet alleen de werkvloer ontlast, maar ook meerwaarde heeft voor de student.

Door: Sophie Veraart

Een belangrijk onderdeel van de nieuwe curriculumstructuur zijn de EPA's: entrustable professional activities, ofwel opleiden via bouwstenen. Daarvoor bracht het projectteam in de eerste fase van het project met elkaar in kaart welke onderdelen van de opleiding de meeste impact hebben op het ontlasten van de werkvloer, hoe zij deze anders kunnen organiseren en welke leermiddelen hierbij passen. Francis van Neutegem (manager OK IJsselland Ziekenhuis) is nauw betrokken bij het project Innovatief Opleiden waarbij gebruik gemaakt wordt van de EPA's: 'De EPA-structuur vormt niet de kern, maar is wel een mooi handvat voor de inrichting van het innovatief opleiden. Het eigenlijke doel is om anders op te leiden, op een manier die past bij deze tijd en bij de huidige lichter studenten, en die de werkvloer ontlast. Een voordeel van

de EPA-structuur is dat deze de student volgt, en niet de onderwijsstructuur. Zo kan iedereen in zijn eigen tempo leren.' Jeffrey Lemmers is als theorieopleider van Erasmus MC Academie een van de 'bouwers' van de nieuwe flexibele opleidingsstructuur: 'Met de EPA's willen we theorie en praktijk beter op elkaar aan laten sluiten. Het is een flinke transitie omdat we zowel de theorie als de toetsstructuur moeten aanpassen. We verwachten dat deze nieuwe manier van opleiden bijdraagt aan het behoud van studenten en dat zij met meer plezier en vertrouwen hun diploma halen.'

OPLEIDEN BUITEN DE OK

Fase twee van het project is onlangs afgesloten. Hier lag de nadruk op het vormgeven van de blauwdruk en de uitwerking van lesvoorbereidingsformulieren voor alle EPA's. Deze maken het mogelijk om praktijklessen óók buiten de reguliere OK-praktijk te faciliteren, zoals in een skillslab of een leegstaande OK-ruimte. Francis: 'Door alle technologische ontwikkelingen wordt het mogelijk om te leren in een simulatieom-



Pilotsessie innovatief opleiden in de praktijk; foto Robert Vossen

geving, zoals ook gebeurt met het opleiden van piloten in de luchtvaart. Daardoor krijgen we letterlijk extra ruimte om het aantal opleidingsplekken te vergroten. Het maakt ook het leren leuker, want studenten kunnen nu van elkaar leren.' Pieter Reedijk, anesthesiemedewerker en werkbegeleider in Franciscus Gasthuis & Vlietland, benadrukt de voordelen: 'Op de OK's is de werkdruk hoog door personeelstekort, maar ook omdat het inherent is aan het werken op een OK. Je bent tenslotte toch met mensenlevens bezig. Het veel kunnen oefenen in een veilige ruimte geeft studenten regie, vertrouwen en rust. Die kennis en kunde nemen ze mee terug naar de OK en komen daar beter beslagen ten ijs. Daardoor hoeven werkbegeleiders in de OK niet alle stappen meer voor te kauwen. De

basis is al aangeleerd, en dat neemt een stuk van de werkdruk weg.'

OLC CUBE

In het Erasmus MC is het eerste skillslab op het OK-complex inmiddels een feit. Sinds half februari kunnen studenten veilig oefenen en van elkaar leren in de Cube, een simulatieruimte met verschillende OK-opstellingen en technologische zorg- en onderwijsinnovaties, zoals gaming, virtual reality en op afstand leren. Jeffrey: 'Sinds deze ruimte in gebruik is, hebben we het aantal studenten voor de OK-opleiding



OLC de Cube Erasmus MC; foto Marlies van Vianen

kunnen verdubbelen. Dat is een harde noodzaak vanwege het personeelstekort. Opleiden in de Cube laat studenten in hun eigen tempo ervaren en leren. En dat werkt. Ik merk nu al in de theoretische lessen dat studenten die zijn opgeleid in de Cube verder zijn in hun denken. Ook de ervaring van de praktijkopleiders die lesgeven in de Cube is positief. Zij vinden het een leuke en krachtige manier om de interactie aan te gaan met meer studenten.'

OUT-OF-THE-BOX

Het is de bedoeling dat de Cube in de toekomst ook voor andere ziekenhuizen te gebruiken is. Francis: 'We kijken ernaar uit om tijdens de implementatie van ons project gebruik te kunnen maken van de Cube. Want ook wij willen meer studenten aannemen en ze in een veilige simulatieomgeving laten leren. In ons ziekenhuis staan in de avonduren OK's leeg die we ook kunnen gebruiken voor praktijklessen. Dat vergt wel de nodige flexibiliteit van opleiders

en begeleiders, en misschien wel een cultuurverandering. Om de personeelstekorten op te lossen en de werkdruk te verlagen, moeten we met elkaar out-of-the-box gaan denken.'

IMPLEMENTATIE

Na de voorbereidingsperiode is het nu tijd voor de implementatie. In deze derde fase richt het projectteam zich vooral op het faciliteren van de praktijkonderwijsruimten op alle locaties zodat er op meerdere locaties gestart kan worden met een pilot. Pieter: 'Ik ben heel benieuwd wat fase 3 ons gaat brengen. Op ons OK-complex is er elke dag wel een lege ruimte waar we gebruik van kunnen maken. Er is in ieder geval een gedegen basis van waaruit we het project "intern kunnen verkopen" aan collega's en managers. Sommige collega's vragen zich in eerste instantie af of opleiden buiten de OK werkt, maar zodra je uitlegt dat studenten sneller inzetbaar zijn, zien ze daar de voordelen van. Het blijft natuurlijk zaak om hierover goed te communiceren met alle betrokkenen.'

Francis: 'Voor mij is de pilot geslaagd als de werkvloer straks positief verbaasd is over het hoge niveau van studenten die buiten de OK-setting zijn opgeleid. Het zal ook de nodige flexibiliteit vragen van begeleiders en gediplomeerden. Zo kan het door de

EPA-structuur voorkomen dat er straks twee studenten op de OK staan, omdat studenten van niveau 5 beginnende studenten mogen begeleiden. Voor gediplomeerden betekent dat leren loslaten en vertrouwen geven, en de studenten “empoweren”.

REGIONALE SAMENWERKING

De drie projectgroepen zijn het erover eens dat dit project niet zonder regionale samenwerking kan. Pieter: ‘De onderlinge samenwerking verloopt goed. Het is sowieso leuk om je collega’s uit de regio te spreken, contact te hebben op projectniveau en te horen hoe andere ziekenhuizen de nieuwe opleidingsstructuur aanpakken. Het geeft je handvatten om te bekijken hoe je de opleiding in je eigen ziekenhuis kunt verbeteren vanuit een gedeelde regionale basisstructuur. Francis: ‘Zolang de schaarste aan personeel blijft, hebben we elkaar nodig. Gebruikmaken van elkaars krachten, het is nog toekomstmuziek, maar hoe mooi zou het zijn dat studenten straks in verschillende, gespecialiseerde ziekenhuizen kunnen leren. Daarvoor moeten we uit ons oude denken stappen.’ Jeffrey deelt de toekomstvisie van Francis: ‘Ik kijk er erg naar uit om tot een gezamenlijke manier van opleiden te komen. Bijvoorbeeld door studenten op bepaalde dagen vanuit verschillende ziekenhuizen EPA’s aan te bieden waarvoor zij zich kunnen inschrijven, zodat zij niet meer belemmerd worden door de vaste praktijkroutes in het eigen ziekenhuis.’

DUTCH

Het Rotterdamse project voor Innovatief Opleiden OK is landelijk niet onopgemerkt gebleven.

Jeffrey is als onderwijskundige en vanuit zijn ervaring met het schrijven van het innovatieve opleidingscurriculum ook betrokken bij het landelijke project DUTCH (Digital United Training Concepts for Healthcare). DUTCH heeft als doel vernieuwend, toekomstbestendig en sneller opleiden en blijven ontwikkelen van zorgprofessionals. Jeffrey: ‘Het is een parallel traject, maar er zijn ook verschillen. Zo focust het project van deRotterdamseZorg op de gehele EPA en richt DUTCH zich op die activiteiten van medewerkers die met simulatie getraind kunnen worden. DUTCH is ook bedoeld om straks te kunnen opschalen naar SEH- of IC-opleidingsactiviteiten. Ik leer veel van ons project van deRotterdamseZorg. Dat neem ik mee naar DUTCH, en ook weer andersom. Het is een mooie wisselwerking dus.’

TROTS

DUTCH is inmiddels gestart met een pilot waarin het Erasmus MC, Franciscus Gasthuis & Vlietland en het Amphia ziekenhuis te Breda het simulatieonderwijs gaan testen en verder ontwikkelen. Ook wetenschappelijk onderzoek is een belang-

WE MOETEN UIT ONS OUDE DENKEN STAPPEN.

rijk onderdeel van de pilot. De leden van het projectteam zijn er trots op dat ‘hun project’ een opstap is voor de uitwerking op landelijk niveau. Jeffrey: ‘Ik geloof er heilig in dat simulatieonderwijs vanuit een gezamenlijke EPA-structuur de toekomst van opleiden is. We sluiten nu ook beter aan bij de belevingswereld van de studenten. Zij zijn gewend aan razendsnel en spelenderwijs informatie verwerken. Je houdt ze niet meer in de klas, achter de boeken. We moeten om!’ ■

Programma Operatie Bezetting OK

Innovatief Opleiden OK is één van de vier projecten van het programma OK van deRotterdamseZorg. In de regio Rotterdam-Rijnmond werken de ziekenhuizen samen aan het terugdringen van het personeelstekort in de operatiekamers in het programma Operatie Bezetting OK. Dit programma kent vier projectlijnen:

- Regionaal Opleiden OK: verhogen van het opleidingsrendement door gezamenlijke werving en selectie.
- Innovatief Opleiden OK: het aantal opleidingsplekken vergroten door met innovatieve leervormen op te leiden buiten de OK.
- Regionaal Uitwisselen OK: medewerkers wisselen tijdelijk van werkplek, wat zorgt voor uitdaging en bijscholing waardoor uitstroom vermindert.
- Leerklimaat OK: gezamenlijk werken aan een veilig en positief leerklimaat.

Het programma wordt gefaciliteerd en ondersteund door de regionale werkgeversorganisatie deRotterdamseZorg. Kijk voor meer informatie op: [deRotterdamseZorg.nl](https://www.derotterdamsezorg.nl).

‘We willen een frisse wind door de zorg laten waaien’

Jonge, ambitieuze en optimistische geneeskundestudenten zetten de denktank Gezond Verstand op. Doel is een toekomstbestendige zorg, waarvan nieuwe en frisse ideeën de basis gaan vormen.

De denktank Gezond Verstand werd vorig jaar opgericht door Daantje Gratama. Ze is nu 24 jaar en loopt momenteel haar coschappen in het Tergooi MC, locatie Blaricum. Het idee voor de denktank kwam niet toevallig. ‘We hadden kennisgemaakt met corona en alle gevolgen van dien. De zorg kwam van alle kanten onder druk te staan en overal dook ineens het begrip zorgcrisis op.’

Door: Enno de Witt

De denktank Gezond Verstand werd vorig jaar opgericht door Daantje Gratama. Ze is nu 24 jaar en loopt momenteel haar coschappen in het Tergooi MC, locatie Blaricum. Het idee voor de denktank kwam niet toevallig. ‘We hadden kennisgemaakt met corona en alle gevolgen van dien. De zorg kwam van alle kanten onder druk te staan en overal dook ineens het begrip zorgcrisis op.’

Die ging alleen veel verder dan alleen volle ziekenhuizen tijdens de pandemie, merkte Gratama: ‘We realiseerden ons dat die zorgcrisis al voor de pandemie bestond, en ook langer zou gaan duren. We kwamen steeds vaker dingen tegen waarvan ik dacht: waarom weten we dit niet?’

Gratama richtte een stichting op. Met een bestuur, waarvan zij zelf voorzitter is, en een comité van aanbeveling om u tegen te zeggen. Daarin zitten grote namen als voorzitter tabakspreventie jeugd Wanda de Kanter, voorzitter NWO professor Marcel Levi, voorzitter van de raad van bestuur van het UMCU Margriet Schneider, huisarts en columnist Danka Stuijver en Brigit Toebes, hoogleraar gezondheidsrecht in internationaal perspectief.

In een mission statement op de website is het grote doel waarmee Gezond Verstand aan de slag gaat bondig aangegeven: ‘De groeiende zorgvraag moet ingedamd worden, er moet gekeken worden naar de patiënt in de maatschappij, en de opkomende digitale technologie biedt kansen die nu vaak onbenut blijven. De verschillende partijen met elk eigen belangen maken besluitvorming omtrent grote zorgthema’s ingewikkeld. Wij geloven dat jonge studenten de frisse wind kunnen zijn in het huidige zorgklimaat.’

Dat betekent, jong of oud, dat je keuzes moet maken, anders verdrink je in de complexiteit en gebeurt er nog niets. Het probleem is groot en divers, beseft ook Gratama, en er zijn geen quick fixes: ‘Voor studenten geneeskunde kun je het curriculum actualiseren, maar ik vroeg me af hoe je als student zicht krijgt op wat er allemaal speelt in de zorg. Er zijn zo veel factoren die daar invloed op hebben. We hebben daarom gekozen voor een multidisciplinaire aanpak, maar beperken ons tot scherp afgebakende thema’s.’

De praktijk is daarbij leidend, Gezond Verstand is geen praatclub: ‘Met de stichting Gezond Verstand willen we ambitieuze, maatschappelijk georiënteerde topstudenten laten nadenken over verandering en verbetering binnen de zorg door het organiseren van evenementen, case-dagen en een denktank.’

Beginnen met studenten is voor Gratama belangrijk: ‘In de opleiding ligt de focus voornamelijk op het ziekenhuis, terwijl de zorg veel en veel breder is. Studenten geneeskunde die



Daantje: ons doel is om studenten met een andere blik naar de zorg te laten kijken.

meedoen, kunnen daardoor hun blik belangrijk verruimen. Daarvoor kunnen ieder jaar twintig studenten meedoen aan de denktank.'

Die jaarlijkse denktank staat in alle activiteiten bovenaan. Vijf maanden lang krijgen deelnemers de kans om zich persoonlijk en professioneel te ontwikkelen. Het idee is dat zij een soort geneeskundigen van de toekomst worden. Deze nieuwe generatie, studenten van alle richtingen met affiniteit voor de zorg, zal de kans krijgen om mee te denken over een beter zorgsysteem en kennis te maken met de verschillende partijen die hierbinnen een rol spelen.

De deelnemende studenten worden verdeeld in groepen, elke groep werkt aan een subvraag binnen het hoofdthema. Een consultant begeleidt ze tijdens de probleemanalyse en het werken naar een oplossing, die op een symposium wordt gepresenteerd.

Gezond Verstand organiseert ook een Talent Class, een ook alweer zeer praktijkgericht netwerk van studenten die affiniteit hebben met de zorg en graag kennis willen maken met het bijbehorende bedrijfsleven.

Gratama heeft niet de illusie dat de zorg door haar initiatief direct ingrijpend zal veranderen: 'Dat gaat niet gebeuren.' De politiek is bijvoorbeeld een belangrijke factor, maar aanschuiven bij minister Kuipers is voor later. Eerst de basis opbouwen. 'We beginnen met het vergaren van kennis en het trekken van aandacht voor waar we mee bezig zijn. We hopen dat we de stem kunnen zijn van een generatie die wil meedenken over de zorg en dingen wil veranderen. We hebben grote ambities, maar we zetten kleine stapjes.

Ons belangrijkste doel voor nu is studenten met een ande-

re blik naar de zorg te laten kijken. Niet alleen geneeskundestudenten trouwens. Wat wij heel belangrijk vinden, is dat er juist veel verschillende studieachtergronden betrokken worden bij de denktank. Een multidisciplinaire benadering, waarvoor in het UMC professor Westerveld vaak heeft gepleit. We beperken zelfs de selectie van geneeskundestudenten om zo veel mogelijk achtergronden bij elkaar te brengen. Nu doen bijvoorbeeld ook studenten data science, epidemiologie, neuropsychologie en bestuurs- en organisatiewetenschappen mee.'

Ze heeft zelf wel een idee van welke kant de zorg in de toekomst op zal gaan: 'Mijn generatie wordt meer opgeleid om samen te werken, en ik denk dat het vooral belangrijk is om meer aandacht te hebben voor een interdisciplinaire benadering. Dat kun je ook betrekken op de OK. Mensen met verschillende functies hebben vaak een andere kijk op dingen. Ik denk dat het belangrijk is dat we meer van elkaar gaan leren.

Hiërarchie blijft binnen een organisatie belangrijk, maar we moeten meer gebruikmaken van elkaars visie. Verpleegkundigen, artsen, OK-personeel, we kunnen zo veel van elkaar leren. We hebben namelijk allemaal hetzelfde doel: de beste zorg leveren voor de patiënt.' ■

Kom werken op ons OK-complex

Naast neuro- en oncologische specialisatie biedt HMC traumazorg van het hoogste niveau op basis van de landelijke criteria. Met het grote aantal polytrauma-patiënten, de expertise in de traumazorg en de infrastructuur vormt HMC Westeinde hét Level 1 Traumacentrum van Haaglanden en omgeving. Op locatie HMC Bronovo worden voornamelijk veelvoorkomende en planbare ingrepen uitgevoerd en op locatie HMC Antoniushove vinden naast planbare ingrepen, de oncologische ingrepen plaats. Op alle operatieafdelingen heerst een ongedwongen sfeer en wordt er goed samengewerkt tussen anesthesie, recovery en chirurgie.

Wij zoeken enthousiaste en gedreven professionals voor ons OK-complex, die de vrijheid pakken om hun kennis en deskundigheid in zetten en door te ontwikkelen.

Ben jij die professional? Scan de QR-codes voor meer informatie over de vacatures.



Locatiecoördinator



Operatieassistent



Anesthesiemedewerker



RecoveryVerpleegkundige



Geef je carrière een plus





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 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 belevissen naar ons en wij delen ze op www.okvisie.nl

DOCUMENTEN

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

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



VACATURES

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

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

EVENEMENTEN

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

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



IN THE PICTURE

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

Door: Martijn Lupke

column

Zo vrij als een gekookte kikker

Moet je opgesloten zijn om onvrij te zijn? Is onvrij zijn hetzelfde als opgesloten zijn? Kun je vrijheid ervaren als je opgesloten bent? Zijn keuzevrijheid en autonomie een voorwaarde om vrijheid te ervaren? In hoeverre is de ervaring van vrijheid een voorwaarde voor een gezonde en uitdagende werkplek? Hoe vrij zijn we als operatieassistenten en anesthesiemedewerkers op de OK? Zijn we vrij in onze keuzes, in onze autonomie? Hoe vrij ben je in een operatiekamer van 30m² waar je pas uit mag als de wond gesloten is en je niet weet of dit over een uur of pas over vier uur is. Je niet zelf kunt bepalen wanneer je koffie drinkt, eet of kan plassen. Een werkplek waar operatieassistenten en anesthesiemedewerkers veelal de medisch inhoudelijke keuzes van de medisch specialist moeten volgen. 'Eigen initiatief wordt gewaardeerd, maar liefst niet altijd op eigen initiatief, zullen we maar zeggen. Hoe vrij is zo'n werkplek, en – niet onbelangrijk – hoe kijkt de broodnodige potentiële personele aanwas naar zo'n werkplek?

Een gesloten afdeling als de OK kent dus meerdere vormen van onvrijheid. Opgesloten zijn in een operatiekamer, afgesloten zijn van de rest van het ziekenhuis en weinig echte autonomie in het uitvoeren van de werkzaamheden.

Terugkijkend naar mijn eerste stappen op de OK, zo'n 25 jaar geleden, was deze onvrijheid hetgeen waar ik het meest aan moest wennen. Niet dat ik het toen op die manier zou verwoorden, maar nu besef ik met terugwerkende kracht wat me destijds deed twijfelen of ik de juiste beroepskeuze had gemaakt. De onvrijheid.

Je kent vast het experiment met een kikker. Als je een kikker in heet water gooit springt hij er meteen uit, maar als je de kikker in koud water doet en je warmt het water langzaam op, dan blijft de kikker zitten tot hij gekookt wordt. Zijn degenen die – net als ik – tot het meubilair horen de gekookte kikkers? Zijn we zo aan deze onvrijheid gewend dat we het niet eens meer doorhebben?

Ik merkte pas hoe beperkt onze autonomie op de OK is toen ik met de sedatieopleiding begon in 2017. Ik ging zelfstandig patiënten screenen, zelf een sedatieplan maken, echt zelfstandig werken. Ik kreeg autonomie, vrijheid om zelf keuzes te maken, een eigen werkwijze te ontwikkelen. Toen merkte ik pas hoe weinig echte autonomie je als anesthesiemedewerker hebt. Deze nieuwe vrijheid heeft mijn werk veel leuker en afwisselender gemaakt.

Willen we collega's behouden en nieuwe medewerkers aantrekken, zorg dan voor meer echte autonomie en vrijheid.



erbe
power your performance.



100 YEARS
electrosurgical unit

In 1923 hebben we de ERBOTHERM 900HC uitgevonden. Dit baanbrekende medische apparaat heeft de chirurgie voorgoed veranderd.

In de afgelopen 100 jaar zijn onze elektrochirurgische apparaten verder ontwikkeld en verbeterd, met nieuwe technologieën en vooruitgangen die de chirurgie veiliger en effectiever hebben gemaakt.

Vertrouw op onze erfenis van innovatie en uitmuntendheid en maak de toekomst van de chirurgie veiliger en beter met ons!

More information? Scann here!



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

We celebrate a century
of invention and innovations.