

Onze OK MEEKIJKEN MET CATHELIJNE BRONDER EN LISANNE HOGEWONING VAN HAAGLANDEN MC

- > **PERSOONLIJKHEID VAN DE CHIRURG IN KAART GEBRACHT**
- > **BETERE SAMENWERKING MULTIDISCIPLINAIRE TEAMS OP OK**
- > **MINDER BRAKEN DANKZIJ OPEREREN ZONDER OPIATEN**
- > **GEZOND WERKEN OP DE OK VOLGENS DE PHYSICAL SENSE-METHODE**

**Als OK-assistent
werk ik nu regelmatig.
Met meer vrije tijd.**

Als **OK-assistent** ben je bij Bergman Clinics een onmisbare schakel voor succesvolle operaties. Voor, tijdens en erna zorg jij dat alles gereed is om de ingreep zo goed mogelijk te laten verlopen. Daarbij werk je in een vast team dat volledig op elkaar is ingespeeld. Aan één blik heb je genoeg om te doen wat nodig is. Zo lever je samen de beste zorg. Ontdek werken bij Bergman Clinics op werkenbijbergmanclinics.nl.

Werken bij Bergman Clinics

Daar word je beter van

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

© 202 OK Visie Magazine

Niets uit deze editie mag worden gereproduceerd zonder schriftelijke toestemming van de uitgever. Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich aanbevolen.

ISSN 1872-6712



14 DE PERSOONLIJKHEID VAN DE CHIRURG IN KAART GEBRACHT

Wie is toch die man of vrouw die bij jou aan de operatietafel staat? Die vraag is aanleiding voor heel veel speculaties en soms zelfs roddels. Maar er wordt ook serieus wetenschappelijk onderzoek naar gedaan. De Surgical Personality Research Group in het Leids Medisch Universitair Centrum publiceerde vorig jaar een studie naar de persoonlijkheid van chirurgen. Zij blijken gemiddeld meer open-minded, meer consciëntieus, extravert, meer inschikkelijk en minder ontvankelijk voor angst en stress dan de algemene Nederlandse bevolking.



21 GEZOND WERKEN OP DE OK VOLGENS DE PHYSICAL SENSE-METHODE

Dat werken op de OK zwaar is hoeft Corina en Nicoline niet te vertellen, beiden werken al meer dan 25 jaar als operatieassistent op de OK en gingen dat merken aan hun lichaam. Uren staan, soms in de meest onmogelijke posities, leidde bij hen zelfs tot blessures aan schouders en rug. Dit moest anders en het kon ook anders, zo bleek na een kennismaking met de Physical Sense-methode. De inzet van deze methodiek zorgt ervoor dat ook Corina en Nicoline zelf weer pijnvrij hun werk kunnen doen met relatief weinig ingrijpende aanpassingen. Een opleiding tot ergocoach (beweegcoach) bleek een schot in de roos, het is zelfs zo succesvol dat collega's bij hen in de rij staan voor een consult.



24 HET EFFECT VAN OPIAATVRIJE ANESTHESIE OP POSTOPERATIEVE MISSELIJKHEID EN BRAKEN

Jaarlijks vinden er zo'n 900.000 operaties plaats in Nederland (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2022). Een operatie is een invasieve ingreep waarbij postoperatieve misselijkheid en braken (POMB) als bijwerking kan ontstaan. Zonder behandeling ervaart 25% tot 33% van de patiënten POMB. POMB is niet alleen een ongemak voor de patiënt, maar het kan ook zorgen voor dehydratie, elektrolytenstoornissen, aspiratie (pneumonie), wondproblematiek en een langere verkoovertijd. Een van de oorzaken van POMB kan het peroperatief gebruik van opioïden zijn. Daan Lennartz, medisch hulpverlener anesthesie, schreef een onderzoek over het effect van opiaatvrije anesthesie op postoperatieve misselijkheid en braken.



en verder:

NIEUWS
COLUMN

OK VISIE MAGAZINE
WORDT MEDE MOGE-
LIJK GEMAAKT DOOR:

erbe

BESTE LEZER,

PERSOONLIJKHEDEN

Je kent ze vast wel: de ietswat saaie en ingetogen oogarts, de competitieve chirurg, de onbehouwen traumachirurg en de orthopeed met enkele licht autistische trekjes.

Er bestaan best wel wat vooroordelen over de persoonlijkheden van de verschillende medische specialisten, maar zit er toch niet ook een kern van waarheid in?

Het klinkt heel logisch dat je een beroep kiest dat past bij je persoonlijkheid. En wat blijkt; de persoonlijkheidskenmerken van chirurgen in het algemeen verschillen op bepaalde vlakken van de kenmerken van de gemiddelde Nederlandse bevolking.

De Surgical Personality Research Group in het Leids Medisch Universitair Centrum publiceerde vorig jaar een studie naar de persoonlijkheid van chirurgen. Zij blijken gemiddeld meer open-minded, meer consciëntieus, extravert, meer inschikkelijk en minder ontvankelijk voor angst en stress.

Het je bewust worden van je eigen persoonlijkheid en van die van de andere mensen in je team op de OK kan helpen bij teambuilding, zo stellen de onderzoekers.

Want jouw manier van denken en doen is niet hetzelfde als die van een ander, maar met een gezonde portie zelfkennis en wederzijds begrip komen we al een heel eind!

Ik wens je veel leesplezier!

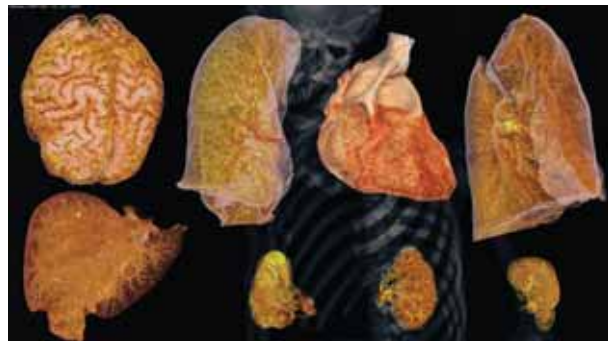


Human Organ Atlas

De Human Organ Atlas Hub (HOAHub) is een project dat beelden van menselijke organen in extreem hoge resolutie maakt. De beelden worden gecreëerd met behulp van de deeltjesversneller in Grenoble. Inmiddels zijn al van meer dan vijftig organen dergelijke beelden gemaakt, zoals longen, hersenen, harten, nieren, milten en levers. De organen die voor deze 3D-atlas gebruikt worden, zijn afkomstig van lichamen van mensen die zich ter beschikking hebben gesteld aan de wetenschap.

De scans hebben een resolutie van 25 micron, wat ongeveer twintig keer de resolutie is van een klinische CT-scanner. Vervolgens kan worden ingezoomd op kleine gebieden met een resolutie van < 1 micron, wat vijfhonderd keer de resolutie is van een CT-scanner.

Het uiteindelijke doel is om een wereldwijde referentiedatabase van organaafbeeldingen te creëren, toegankelijk voor wetenschappers en medisch professionals over de hele wereld. Deze beelden zijn beschikbaar op de website van de HOAHub. De beelden zijn in eerste instantie bedoeld voor medisch onderwijs en klinisch onderzoek, maar komen uiteindelijk ook de zorg ten goede. De gedetailleerde beelden geven nieuwe inzichten in oorzaken van ziekten en dat leidt weer tot nieuwe behandelingen.



Meer donorlevers goedgekeurd door nieuwe manier van testen

Dertig patiënten hebben de afgelopen twee jaar in het Erasmus MC Transplantatie Instituut een levertransplantatie ondergaan met een lever die tot voor kort niet gebruikt had kunnen worden. Dit was mede mogelijk door een op maat gemaakt apparaat dat bloedgasen meet terwijl de donorlever wordt voorbereid en 'opgeladen' voor transplantatie.

Het speciaal afgestelde apparaat meet de bloedgasen in een donorlever terwijl die een warme perfusie ondergaat. Bij perfusie wordt een donorlever aangesloten op een pomp die het orgaan van allerlei voedingsstoffen en zuurstof voorziet.

Het orgaan wordt zo 'opgeladen' voor de transplantatie. Perfusie met een koude vloeistof beschermt de galwegen tegen schade. Levers die op het eerste gezicht niet worden vertrouwd, en vroeger werden afgekeurd, ondergaan tegenwoordig 'warme perfusie', waarbij ze worden getest op de perfusiemachine. Met de nieuwe bloedgasmeter kan zowel bloed als gal worden gemeten, waardoor betrouwbaarder kan worden vastgesteld of de lever transplantabel is.

Circa twee derde van de levers die zo'n warme perfusie ondergaan, wordt na de perfusie getransplanteerd. Dit zijn allemaal levers die zonder deze warme perfusie worden afgekeurd voor transplantatie. 'Warme perfusie is bewezen effectief en is sinds januari 2022 vergoede zorg', legt orgaanperfusionist Puck Groen uit. 'Warme perfusie is niet alleen een methode om de donorlever op te laden, het is ook een manier om de lever uitvoerig en minutieus te testen.'

NATUURGETROUW

De warme perfusiepomp bootst als het ware een menselijk lichaam na. Op lichaamstemperatuur wordt de lever zo natuurgetrouw mogelijk voorzien van voedingsstoffen en er wordt gekeken of de lever zijn werk blijft doen. Het Point of Care

Testing-team van de afdeling Klinische Chemie heeft nu het bloedgasapparaat zodanig ingeregeld dat de orgaanperfusionist real time tientallen bloedgasmetingen kan doen en kan observeren welke kant het op gaat met de lever.

Ook meet het bloedgasapparaat de kwaliteit van de gal die wordt aangemaakt in de lever. 'Dat is heel belangrijk om te weten, want juist de galwegen kunnen na de transplantatie voor ernstige complicaties zorgen', zegt Groen.

HIX

Ten slotte heeft het Point of Care Testing-team het apparaat aangesloten op HiX, het digitale systeem waarop de elektronische patiëntendossiers draaien. In HiX wordt voor elke donorlever een dossier aangemaakt. 'Straks zien we de uitslagen van de metingen overzichtelijk in een grafiek. Vroeger moesten we de resultaten handma-

tig invoeren. Dat was gevoelig voor fouten', aldus Groen.

Een grote verbetering dus, want gedurende het perfusieproces – dat minimaal circa zes uur duurt – worden gemiddeld vijftig gal- en bloedsamples van de donorlever getest. De orgaanperfusionisten blijven bovendien gedurende het hele proces dicht bij de lever in de buurt omdat het apparaat in de Organ Preparation & Repair-kamer op het OK-complex staat. Groen: 'Wij zijn ontzettend blij met de samenwerking met de afdeling Klinische Chemie. We hebben alle warme perfusieprocedures nu heel grondig kunnen onderzoeken en daardoor goede protocollen opgesteld. We kunnen de chirurg nu een betrouwbaarder advies geven over de staat van de lever, want de chirurg neemt het uiteindelijke besluit of de lever wel of niet wordt getransplanteerd.'

Bron: Erasmus MC



ONDERZOEK NAAR NIEUWE BEHANDELING BIJ LEVERKANKER UITGEBREID

Onderzoekers van de afdelingen Chirurgie en Interventieradiologie in het Maastricht UMC+ onderzoeken al een aantal jaar een nieuwe behandel-methode die ervoor moet zorgen dat meer mensen met naar de lever uitgezaaide darmkanker een operatie kunnen krijgen. Dankzij een tweede subsidie van KWF Kankerbestrijding gaan ze nu ook onderzoeken of de methode toegepast kan worden bij mensen waar de kanker in de lever begonnen is – een zogenaamde primaire levertumor.

Als iemand kanker in de lever heeft, kan een chirurg het aange-taste stuk van de lever verwijderen, maar dat kan alleen als er minimaal 30% van de lever overblijft. Dankzij onderzoek van een internationaal consortium onder leiding van het Maas-tricht UMC+ (MUMC+), de Dragon Trials Collaborative, worden die behandel mogelijkheden uitgebreid.



VEELBELOVENDE BEHANDELING

Het gezonde deel dat overblijft na de operatie noemen we de restlever. Het is al langer mogelijk om die restlever voor de operatie te laten groeien, zodat meer mensen kans maken op een operatie. Maar de 'oude' methode hiervoor – door de aanvoer van bloed via de poortader af te sluiten in het aangetaste deel van de lever – werkt slechts bij 60-75% van de patiënten. Bij de nieuwe methode wordt niet alleen de aanvoer, maar ook de afvoer van bloed via de leverader afgesloten. Uit de eerste resultaten van onderzoek blijkt dat tot 90% van de patiënten met een aanvankelijk te kleine restlever de operatie uiteindelijk kan ondergaan.

PRIMAIRE LEVERTUMOREN

Het huidige onderzoek is alleen gericht op patiënten met naar de lever uitgezaaide darmkanker. Nu gaan de onderzoekers de methode ook toepassen bij tumoren die in de lever zelf zijn ontstaan. Die patiënten zijn moeilijker te behandelen, legt drs. Sinéad James uit, arts-onderzoeker en promovendus bij de afdeling Chirurgie van het MUMC+. 'Bij primaire levertumoren gaat het om tumoren in de galwegen (cholangiocarcinoom) of in het leverweefsel zelf (hepatocellulair carcinoom). Patiënten met deze vormen van kanker zijn vaak zieker dan wanneer de kanker ergens anders in het lichaam is begonnen en de kanker later in de lever is gekomen. Bij een galwegtumor wordt bijvoorbeeld vaak de galafvoer geblokkeerd waardoor patiënten geelzucht krijgen. Bij een tumor in de lever zie je dat de patiënt vaak al verzwakt is, waardoor opereren bij veel patiënten geen optie is. Kortom, primaire en uitgezaaide kanker in de lever zijn dus eigenlijk heel verschillende ziekten, daarom moeten we in aparte onderzoeken bekijken of we de methode kunnen toepassen.'

364 PATIËNTEN

Coördinerend onderzoeker Sinéad James en de rest van het team werken samen met zo'n zestig ziekenhuizen in Europa, Noord-Amerika, Australië en Azië. Gezamenlijk gaan ze 364 patiënten behandelen, waarvan de helft met de nieuwe methode. De onderzoekers verzamelen vervolgens alle gegevens van de behandelingen, zoals scans van de lever. Daarnaast worden de patiënten vijf jaar gevolgd om inzicht te krijgen in de eventuele terugkeer van de kanker en in de overleving van de patiënten. Zo hopen de onderzoekers de komende drie tot zeven jaar belangrijke vragen over de toegevoegde waarde van de nieuwe behandel methode bij mensen met primaire levertumoren te kunnen beantwoorden.

Bron: MUMC

HEEFT U NIEUWS?

redactie@okvisie.nl

HET ACTUEELSTE OK-NIEUWS:

www.okvisie.nl

HIPEC zorgt voor een jaar langere levensduur bij eierstokkanker

Een team van onderzoekers van het Antoni van Leeuwenhoek heeft deze week een belangrijk artikel gepubliceerd in *Lancet Oncology*. Dit artikel laat zien dat vrouwen met eierstokkanker na tien jaar nog altijd voordeel hebben van een behandeling met verwarmde chemotherapie (hypertherme intraperitoneale chemotherapie; HIPEC). Deze nieuwe analyse van de OVHIPEC-1-studie bevestigt dat de HIPEC-behandeling de terugkeer van eierstokkanker uitstelt met vier maanden en de levensduur met een jaar verlengt. Deze fase 3-studie werd geïnitieerd en uitgevoerd in zes Nederlandse centra onder leiding van hoofdonderzoekers Willemien van Driel en Gabe Sonke van het Antoni van Leeuwenhoek.

HIPEC is een procedure die gecombineerd wordt met een vorm van chirurgie (debulking) waarbij alle zichtbare ziekte verwijderd wordt. Aan het einde van de operatie wordt de buik gespoeld met verwarmde chemotherapie om ook de onzichtbare tumorcellen aan te pakken. Daarmee verkleint de kans op terugkeer van de ziekte. Deze behandeling is specifiek gericht op uitzaaiingen naar het buikvlies, wat kenmerkend is voor stadium 3-eierstokkanker. Bij patiënten met uitgebreide ziekte is een operatie aanvankelijk niet altijd haalbaar en wordt in eerste instantie gestart met neoadjuvante chemotherapie. Deze operatie wordt 'intervaldebulking' genoemd.

HIPEC BIJ EIERSTOKKANKER

In Nederland krijgen ongeveer 1.300 vrouwen per jaar de diagnose eierstokkanker. In ongeveer 75% van de gevallen is de ziekte bij de diagnose al naar het buikvlies uitgezaaid. Naar aanleiding van de resultaten van de OVHIPEC-1-studie is HIPEC sinds 2019 opgenomen in de basisverzekering en wordt de behandeling in

heel Nederland standaard aangeboden aan patiënten met stadium 3-eierstokkanker die een intervaldebulking zullen ondergaan. Toen werd na een follow-up van bijna vijf jaar al duidelijk dat de ziekte later terugkeert na een HIPEC-behandeling. Ook is er een langere algehele overleving ten opzichte van intervaldebulking zonder HIPEC.

HET ONDERZOEK

Het follow-uponderzoek richtte zich op een totaal van 245 patiënten die in de periode 2007-2016 verdeeld in twee groepen meededen aan de studie: intervaldebulking met of zonder HIPEC. 'Het is belangrijk de effecten op lange termijn te bestuderen omdat terugkeer van tumoren ook na vijf jaar optreedt', gaf arts-onderzoeker Lot Aronson aan. Met een langere follow-up van tien jaar en de vaststelling van vergelijkbare behandelingen tussen beide groepen, wordt het voordeel van HIPEC bevestigd. Lot Aronson: 'In Nederland zijn we al overtuigd van het effect van HIPEC en is het dus al een aantal jaar onderdeel van de standaardbehandeling. Internationaal is het nog niet de standaard. Dit onderzoek helpt ons om ook hen ervan te overtuigen dat HIPEC echt een voordeel oplevert voor patiënten.'

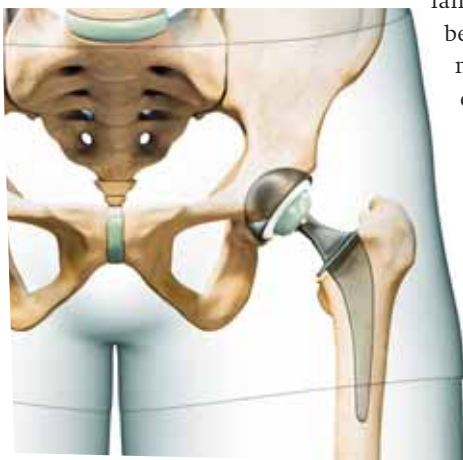
VERVOLG

Na het vaststellen van de voordelen van HIPEC voor patiënten die een intervaldebulking ondergaan, wordt op dit moment in de OVHIPEC-2-studie onderzocht of dit ook geldt voor patiënten die direct worden geopereerd en vervolgens chemotherapie krijgen (primaire debulking). Deze studie is momenteel open in 27 centra in zeven landen, en de resultaten worden in 2026 verwacht.



GEEN VERSCHIL IN PATIËNTGERAPPORTEERDE UITKOMSTEN TUSSEN DIRECT SUPERIEURE BENADERING EN POSTEROLATERALE OF ANTERIEURE BENADERING VOOR PLAATSEN TOTALE HEUPPROTHESE

Bij het plaatsen van een totale heupprothese zijn er voor de chirurg verschillende manieren om bij het heupgewricht te komen. De anterieure, of voorste, en posterolaterale, of achterste, benadering zijn de meest gebruikte operatietechnieken in Nederland.



De direct superieure benadering is een nieuwe, minimaal invasieve benadering, afgeleid van de klassieke posterolaterale benadering. Deze techniek heeft zich de afgelopen jaren bewezen als een succesvolle techniek, met als voordeel dat het de spieren en omliggende weefsels spaart. De pijn na de operatie zou minder zijn en het herstel zou

sneller moeten verlopen. Deze mogelijke voordelen zijn bij Nederlandse patiënten nog niet onderzocht.

Het doel van dit onderzoek was om te bekijken of patiënten 3 maanden en 1 jaar na het krijgen van een totale heupprothese via de direct superieure benadering beter scoren op zelfgerapporteerde uitkomsten (PROMs) dan patiënten die een totale heupprothese krijgen via de anterieure of posterolaterale benadering. Alle patiënten met een totale heupprothese vanwege heupartrose en ingevulde PROMs voor, 3 maanden na en 1 jaar na de operatie in de periode 2014-2020 werden bekeken. Pijn, kwaliteit van leven en functie werden onderzocht. Hierbij is rekening gehouden met patiëntkenmerken die van invloed kunnen zijn op de uitkomsten, zoals leeftijd, geslacht, ASA-score voor algemene gezondheid en BMI. Daarnaast werd gekeken of verschillen in zelfgerapporteerde uitkomsten tussen benaderingen klinisch relevant waren door deze te vergelijken met klinisch relevante verschillen zoals benoemd in de literatuur.

Bron: LROI

Kwart personeel wordt zzp'er om betere zorg te kunnen geven

Een kwart van de zorgmedewerkers wordt zzp'er omdat ze betere zorg willen leveren. Dat laten zelfstandigen weten in een onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

De twee belangrijkste redenen voor zorgmedewerkers om zzp'er te worden zijn: zelf kunnen bepalen hoeveel en wanneer je werkt (geldt voor 46 procent van de vrouwen, 40 procent van

de mannen) en het beter combineren van werk en privé. Betere zorg kunnen leveren is de derde belangrijkste motivatie om zzp'er te worden.

Hoger loon als zzp'er is voor een kwart van de mannen doorslaggevend en voor 18 procent van de vrouwen. Opvallend is dat slechts 10 procent van de ondervraagden aangeeft dat de mate van bureaucratie een rol heeft gespeeld bij hun besluit. Eén op de vijf overstappers geeft aan dat 'een nieuwe uitdaging' meeweegt; één op

de zes wilde niet meer voor een baas werken.

Volgens het CBS steeg het aantal zzp'ers in de zorg- en welzijnsector vorig jaar 14 procent: dat is een dubbel zo snelle toename dan gemiddeld bij andere beroepen. Eind vorig jaar telde het CBS 178.000 zzp'ers in de zorg. Daarmee is 16 procent van de zorgprofessionals zzp'er.

Relatief de meeste zelfstandigen werken in huisartsenpraktijken en gezondheidscentra: 38 procent. De minste in de gehandicaptenzorg (3 procent). De ziekenhuizen zitten op 5 procent en bij umc's blijft het aantal zzp'ers beperkt tot 1 procent. Gemiddeld werken zzp'ers 32 uur per week – tegen 25 uur bij hun collega's in loondienst.

Uit de cijfers blijkt dat een kwart van de zorgmedewerkers flexibel werkt. Dat kan met een tijdelijk contract, als oproepkracht of via een uitzendbureau. Bij umc's en in de jeugdzorg werkt een derde van het personeel flexibel. In de vvt en de algemene ziekenhuizen is dit ongeveer een vijfde van het aantal werknemers. In de ggz is dat percentage het laagst: 12 procent.

Bron: Skipr



Kunnen we donorlongen verbeteren met sevoflurane?’

‘In mijn hoofd ben ik continu bezig met wat we nog kunnen onderzoeken om te zorgen dat patiënten zo goed mogelijk uit een operatie komen’, vertelt Gertrude Nieuwenhuijs-Moeke.

In 2003 volgde zij de opleiding tot anesthesioloog in Gent. ‘In die tijd werd er onderzoek gedaan naar de effecten van sevoflurane, een dampvormig narcosemiddel, op het hart tijdens hartchirurgie. Uit onderzoeken van die tijd bleek dat dit middel het hart kan beschermen tegen schade (ischemie-reperfusieschade) die ontstaat tijdens een hartoperatie.’ Die schade ontstaat doordat er eerst een zuurstoftekort is in het orgaan, gevolgd door een toename aan zuurstofrijk bloed. ‘Ik vroeg me meteen af of dit ook voor andere organen het geval zou kunnen zijn.’

VERANDERINGEN IN LICHAAM TIJDENS OPERATIE

Gertrude rondt in Groningen de opleiding tot anesthesioloog af. Vanuit haar vak weet ze dat er tijdens een operatie verschillende veranderingen ontstaan in het lichaam, bijvoorbeeld door schade aan weefsels of organen, die invloed hebben op het resultaat van de operatie en het herstel van de patiënt. ‘Daarom is het belangrijk om na te denken over hoe we organen kunnen beschermen tijdens een operatie’, legt ze uit. ‘Wat gebeurt er eigenlijk in de patiënt tijdens de operatie, en hoe kunnen we de kwaliteit van leven na de operatie verbeteren?’

ONDERZOEK NAAR ORGAANTRANSPLANTATIE

Als ze in 2009 in het UMCG als anesthesioloog gaat werken, begint ze met haar onderzoek om de kwaliteit van donornieren tijdens de transplantatieprocedure te verbeteren. ‘In het UMCG doen we veel onderzoek met en naar machineperfusie: een techniek waarbij organen op een “pomp” worden gezet die het menselijk lichaam nabootst. Het orgaan wordt dan gespoeld met een vloeistof met zuurstof en andere lichaamseigen stoffen. Met machineperfusie kun je zien hoe een orgaan het doet, een soort testrit, maar je kunt ook de kwaliteit van het orgaan verbeteren. Als we zien dat een orgaan niet goed genoeg is voor transplantatie, kunnen we het proberen op te knappen door andere stoffen toe te voegen’, vertelt Gertrude. ‘We hopen dat er zo meer organen getransplanteerd kunnen worden en dat er minder complicaties ontstaan.’

DONORLONGEN VERBETEREN

En toen popte het idee op: ‘Wat als we donorlongen op de pomp beademen met het narcosemiddel sevoflurane? Zou de kwaliteit van deze longen dan verbeteren?’ Ze wist namelijk nog wat ze had gelezen over de beschermende werking van sevoflurane tegen ischemie-reperfusieschade, een fenomeen dat ook bij orgaantransplantatie een belangrijke rol speelt. ‘De long is het beste orgaan om dit in te onderzoeken, omdat longen tijdens machineperfusie ook beademd worden. Dat maakt het makkelijk om sevoflurane toe te dienen’, legt ze uit.

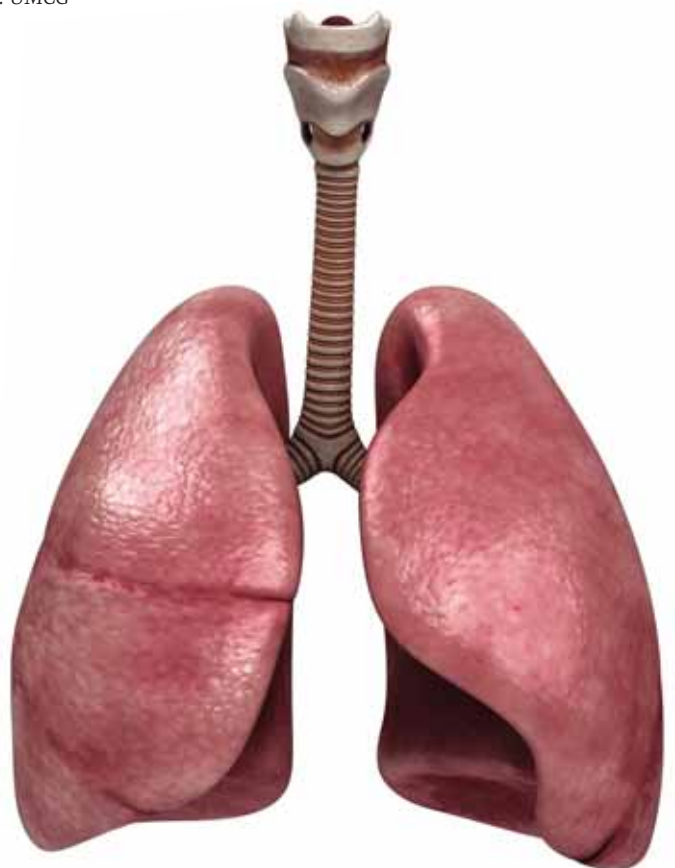
SUCCES IN SCHAPENLONGEN

In 2021 begon Gertrude met haar onderzoek in schapenlongen uit het slachthuis, waar ze eerst keek of het eigenlijk wel lukt om longen op de pomp te beademen met sevoflurane. Mensen die onder narcose zijn nemen het middel vanuit de longen op in het bloed, maar op de pomp gaat er geen bloed maar een perfusievloeistof door het orgaan met andere chemische eigenschappen dan bloed. Het bleek te werken, de sevoflurane werd goed opgenomen in de perfusievloeistof. ‘Ook zagen we dat de longen die we beademden met sevoflurane minder stijf waren, waardoor we ze beter konden beademen en ze meer zuurstof opnamen’, vertelt Gertrude.

LAATSTE STAP: MENSELIJKE LONGEN

Nu ze weet dat we longen tijdens machineperfusie kunnen beademen met sevoflurane en dat dit de kwaliteit van schapenlongen verbetert, onderzoekt Gertrude welke dosis van het middel en welke duur van het beademen zorgen voor het beste resultaat. Ook kijkt ze naar wat op celniveau gebeurt in de longen als ze beademd worden met sevoflurane. ‘Het mooie van machineperfusie is dat je dosissen kunt geven die we patiënten niet kunnen geven vanwege de bijwerkingen. Ook zijn er geen andere organen, weefsels en cellen die het proces kunnen beïnvloeden. De laatste stap van dit project is om deze strategie toe te passen op menselijke donorlongen voordat ze worden getransplanteerd.’

Bron: UMCG



ONZE OK

Haaglanden MC

Door: Ingrid Hummel

Foto's (incl cover): Ivonne Zijp

Cathelijne en Lianne werken beiden als praktijkopleider op de OK van Haaglanden MC. Cathelijne op de locaties Westeinde en Antoniusshoeve en Lianne rouleert tussen Bronovo en Westeinde. Afwisseling, dat is wel wat hun werk typeert. Afwisseling in collega's, in locatie, in patiëntencategorie. En dan ook nog eens de ene dag aan het werk als anesthesiemedewerker en operatieassistent en de andere dag als praktijkopleider. Never a dull moment dus.

Jullie werken beiden als praktijkopleider. De grootste verandering in het opleidingsklimaat is de verschuiving naar het EPA-onderwijs. Hoe ervaren jullie dit in de praktijk?

Cathelijne: Het vraagt vooral een andere mindset; zeker als je al jaren gewend bent om volgens een bepaalde methode op te leiden moet je nu schakelen naar een andere manier van opleiden en beoordelen. Des-

ondanks merk ik dat onze studenten er baat bij hebben. Het is zeer overzichtelijk opgebouwd en in elke EPA wordt duidelijk beschreven wat je moet kunnen, weten en wat er tijdens deze EPA van je verwacht wordt. Hierdoor wordt het voor zowel de werkbegeleiders als de studenten ook duidelijker wanneer iemand wel of niet aan de eisen van een bepaalde EPA voldoet en wordt het makkelijker om de studenten daarin te begeleiden.

Lianne: Ik denk dat de werkbelasting voor de werkbegeleiders hetzelfde is gebleven. Het voordeel van de EPA's is wel dat er veel ruimte is voor flexibiliteit. Dat wanneer je wilt en kunt versnellen, dat ook mogelijk is.

De uitstroom van medewerkers en uitval van leerlingen is een van de oorzaken van het personeelstekort op de OK. Hoe denken jullie dat deze uitval van studenten tot een minimum beperkt kan worden?

Cathelijne: Het HMC heeft het laatste jaar al goede stappen gemaakt om de uitval van studenten te beperken. Zo zijn er gesprekken geweest met elke leerling om te weten te komen wat goed gaat en waar ze tegenaan lopen. Hierdoor voelen ze zich gehoord en gezien, en is er een aantal punten uitgekomen waar we verbetering op hebben ingezet. Een van deze verbeterpunten is

dat de salariering is aangepast. Voorheen was het zo dat iedereen een leerlingsalaris kreeg, behalve degene die een relevante zorgopleiding hadden gedaan, zoals verpleegkundigen of doktersassistenten. Veel van onze studenten komen echter van buiten

WIE: Cathelijne Bronder en Lianne Hogewoning

WAT: Praktijkopleider anesthesie/anesthesiemedewerker en praktijkopleider chirurgie/operatieassistent

WAAR: Haaglanden MC

Lisanne: Genoeg tijd voor gezelligheid op de OK, er wordt onderling heel wat georganiseerd, bv. om te gaan borrelen.



de zorg. Ze hebben al wel een diploma, maar komen dan voor niets anders in aanmerking dan het leerlingsalaris. Daar is nu verandering in gekomen. Ook degene die een erkend mbo-, hbo- of wo-diploma hebben komen in aanmerking voor schaal 45. Zo trekken we toch kandidaten aan die anders niet van een leerlingsalaris kunnen leven maar wel graag de opleiding willen doen.

Lisanne: Ook denk ik dat er meer voorlichting moet komen voor werken op een OK. De OK-wereld is een gesloten wereld waar je niet even kunt kijken of het wat voor jou is. Voordat je aan de opleiding begint heb je eigenlijk geen idee wat het precies inhoudt. Meer voorlichting kan ervoor zorgen dat leerlingen een beter idee hebben van waar ze nou eigenlijk aan beginnen.

Wat vinden jullie het grootste voordeel en het grootste nadeel van je vak?

Cathelijne: De afwisseling tussen soort operatie, soort diensten en de collega's vind ik erg leuk. Wat het grootste voordeel voor mij is, is dat wij als anesthesiemedewerkers onderdeel van de traumaopvang zijn, waarbij we de anesthesioloog assisteren tijdens de opvang. Dit maakt het werk nooit saai en het zorgt ervoor dat je nooit precies weet hoe je dienst gaat verlopen. Wat mij betreft geeft het echt een extra dimensie aan het werken bij HMC als anesthesiemedewerker.

Is er in deze tijden van personeelstekort nog wel tijd voor ontspanning, een geintje tussendoor, een vrijdagmiddagborrel, een feestje of een iets uitgebreidere lunch?

Cathelijne: Daar is zeker tijd voor. We kunnen ook echt heel serieus en geconcentreerd werken, maar vaker staat er gezellig een muziekje op en wordt er onderling gekletst, en worden af en toe geintjes gemaakt.

Lisanne: Ook wordt onderling heel wat georganiseerd, om te gaan borrelen of om een potje padel te spelen bijvoorbeeld. Tijdens het werk zelf is er ook zeker ruimte om een beetje te ontspannen, zo staat er een massagestoel op het complex waarin je even kunt bijkomen.

DE AFWISSELING TUSSEN SOORT OPERATIE, SOORT DIENSTEN EN DE COLLEGA'S MAAKT ONS VAK ZO LEUK

Welke werkdag of specifieke ingreep staat je nog bij als de dag van gisteren?

Lisanne: Mijn allereerste meeloopdag in de BVP (beroeps voorbereidende periode). Ik weet nog dat ik samen met een klasgenoot in het HMC Bronovo bij een sectio mocht meekijken. Ineens voelde ik mij niet lekker worden en ik zei tegen mijn klasgenoot dat ik uit de OK moest. Eenmaal in de koffiekamer werd ik heel lief opgevangen door mijn collega's. Ik dacht: 'O jee, als het nu al niet goed gaat wat heb ik hier dan te zoeken?' Ik werd enorm gerustgesteld door iedereen die daar werkte en ik besepte dat iedereen dit wel eens overkomt. Sindsdien is het ook nooit meer gebeurd, maar het heeft wel indruk op me gemaakt.

Zijn er specifieke ingrepen die uniek zijn voor het HMC?

Cathelijne: Westeinde is een gespecialiseerd trauma- en neurocentrum. Dit houdt in dat alle grote trauma's uit de regio naar Westeinde gebracht worden om daar behandeld te worden. Daarnaast wordt er als neurocentrum veel aan hersenchirurgie gedaan, zoals onder andere wakkere craniotomie, intra-arteriële trombectomie, coiling of een clipping. Ook worden er regelmatig mini-TTA's gedaan om thoracale hernia's te behandelen. In Antoniushove worden daarentegen juist veel oncologische operaties gedaan, onder andere longchirurgie, grote buikchirurgie en grote KNO-/kaakchirurgie, zoals commando's, vinden daar regelmatig plaats.

Waarom is de operatieafdeling van het HMC dé leukste OK voor jullie?

Lisanne: Het diverse aanbod van ingrepen, de spanning en sensatie van een level 1-traumacentrum, en de gezelligheid van alle collega's, maken deze afdeling voor mij de leukste!

Cathelijne: Mee eens! Ik denk dat we een goede combinatie zijn van een perifeer ziekenhuis en een academisch ziekenhuis; we kennen het doorwerken van de straatjes, maar we kennen ook de casussen die uitgebreid worden voorbereid en de grote trauma's die binnenkomen. Dat we deel uit mogen maken van de traumaopvang maakt voor mij dat OK HMC dé leukste OK is. ■

Cathelijne: Dat we deel uit mogen maken van de traumaopvang maakt voor mij dat OK HMC dé leukste OK is.



Geen kookboek voor de perfecte chirurg, maar een bijdrage aan bewustwording en teamprestaties

De persoonlijkheid van de chirurg in kaart gebracht

Wie is toch die man of vrouw die bij jou aan de operatietafel staat? Die vraag is aanleiding voor heel veel speculaties en soms zelfs roddels. Maar er wordt ook serieus wetenschappelijk onderzoek naar gedaan. De Surgical Personality Research Group in het Leids Medisch Universitair Centrum (LUMC) publiceerde vorig jaar een studie naar de persoonlijkheid van chirurgen. Zij blijken gemiddeld meer open-minded, meer consciëntieus, extravert, meer inschikkelijk en minder ontvankelijk voor angst en stress dan de algemene Nederlandse bevolking. Daarmee stopt het niet. Op allerlei vlakken – nationaal en internationaal – brengen onderzoekers de persoonlijkheid van de chirurg in kaart, zo laten Vincent Sier en Joost van der Vorst zien. ‘De onderzoeken kunnen bijdragen bij aan meer bewustwording, zelfbegrip en teambuilding binnen chirurgische teams.’

Door: Leendert Douma

De onderzoeksgroep publiceerde in augustus 2022 het artikel ‘The big five: Studying the surgical personality’ in het wetenschappelijk tijdschrift *Surgery*, samen met onder anderen chirurgen Abbey Schepers en Joost van der Vorst van het LUMC en Roderick Schmitz van het Groene Hart Ziekenhuis. Tot verbazing van Sier was er in Nederland nog nauwelijks onderzoek gedaan naar de psyche van de chirurg. Hun studie was de eerste.

BIG FIVE

De gevolgde methode is wel al wat ouder en wijdverbreid. Vincent Sier: ‘Voor het persoonlijkheidsonderzoek gebruikten wij de Big Five-methode. Daarbij wordt persoonlijkheid verdeeld in vijf domeinen: 1. de mate van open-mindedness, 2. de mate van gestructureerd en

gedreven, oftewel consciëntieus, werken, 3. extravert versus introvert zijn, 4. de mate van vriendelijkheid of inschikkelijkheid, oftewel agreeableness in het Engels, en 5. de mate van negatieve emotionaliteit, oftewel hoe gevoelig je bent voor angst of stress.’ Om deze te meten stuurde de onderzoeksgroep ongeveer driehonderd vragenlijsten naar chirurgen, aios en anios heelkunde en medische studenten in de regio Leiden. De respons was hoog voor zo’n onderzoek: 55 procent. De groep zette de uitkomsten af tegen de Nederlandse bevolking, de zogenaamde ‘normpopulatie’. Daarvoor mochten ze gebruikmaken van de LISS-database met gedetailleerde gegevens van een enorme groep Nederlandse huishoudens. Vervolgens verdeelden zij zowel de chirurgen (in opleiding) en studenten als de normpopulatie in drie leeftijdscategorieën: van 18 tot en met 25 jaar, van 26 tot en met 35 jaar en van 36 tot en met 67 jaar.

Zoals gezegd: de respons in regio Leiden was hoog. Dat zegt wel wat over het enthousiasme onder de chirurgen en chirurgen in spe. En ook de reacties op de publicatie waren positief. De volgende stap is om de persoonlijkheid van alle chirurgen in



Joost van der Vorst.

Nederland in kaart te brengen. Dat loopt voorspoedig, zo vertelt Vincent Sier. 'We hebben contactpersonen in alle ziekenhuizen in Nederland. Die zijn nu bezig om vragenlijsten te verspreiden.'

GEEN KOOKBOEK

De Leidse conclusies waren alvast opvallend. Chirurgen, studenten geneeskunde, aios en anios hadden duidelijk een ander Big Five-profiel dan de gemiddelde Nederlander. Vincent Sier: 'Er waren ook verschillen tussen de generaties binnen de chirurgische groep. Die waren met name te zien bij open-minded zijn, dat is de openheid voor creativiteit en zelf ideeën hebben. Daarin scoren de chirurgen en studenten gemiddeld genomen hoger dan de arts-assistenten. Als het gaat om gevoeligheid voor angst en stress, dan ligt die bij chirurgen en aios lager dan bij studenten.'

Daar kun je allerlei conclusies bij bedenken, maar Vincent Sier waakt ervoor om te speculeren. 'Het is observationeel onderzoek', zo benadrukt hij. 'Dit is ook absoluut geen kookboek voor de perfecte chirurg! Het gaat ons meer om het je bewust worden van je eigen persoonlijkheid en van die van de andere mensen in je team. Hoe ga je daarmee om? Eigenlijk beogen wij een middel tot reflectie. Op de OK, maar ook daarbuiten, is het bijvoorbeeld handig om te weten of iemand energie krijgt van



Vincent Sier.

sociale situaties of dat het juist energie kost. Het is ook goed om te weten of iemand georganiseerd is van karakter, want dan zal hij of zij zich bijvoorbeeld eerder kunnen ergeren aan een ongeorganiseerde omgeving dan iemand anders. Vervolgens is het goed om het daar met elkaar over te hebben.' De conclusies van het onderzoek kunnen ook de basis zijn voor een goed functionerend chirurgisch team. 'Mogelijk bestaat die uit een mix van verschillende persoonlijkheden,' zegt Vincent Sier, 'maar dat vraagt om nader onderzoek.'

Een eerste stap is al gezet. Om te kijken hoe verschillende disciplines werken binnen een team is de groep een nieuw onderzoek gestart naar aortateams. 'We analyseren de persoonlijkheid van zowel interventieradiologen als thoraxchirurgen', zo legt hij uit. 'We hebben al een landelijke database met gegevens van vaatchirurgen, dus dan hebben we de hele "driehoek" gecoverd. Samen met onderzoekers, zoals aios heelkunde Merel Verhagen, die gespecialiseerd zijn in teamprocessen, gaan we vervolgens kijken hoe persoonlijkheden en teameffectiviteit met elkaar gerelateerd zijn.' De vragenlijsten staan nu uit. Sier verwacht dat de onderzoekers in de loop van volgend jaar hun conclusies kunnen delen.

CULTUURVERSCHILLEN

Daarnaast zoekt de onderzoeksgroep de internationale samenwerking op. Vincent Sier: 'We werken nu met een groep uit het Verenigd Koninkrijk die onderzoek doet naar de impact van



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.

persoonlijkheid binnen de colorectale chirurgie, met name bij patiënten met rectale tumoren. Ze kijken bijvoorbeeld naar de klinische besluitvorming. Heeft de persoonlijkheid van de chirurg volgens de Big Five-methode invloed op het besluit om een stoma aan te leggen of twee darmsegmenten geheel aan elkaar te naaien? Hun conclusie is dat er daadwerkelijk verband is tussen de persoonlijkheid en de keuze van de chirurg.' De eerste stap in de samenwerking met Engeland is een paper waarin de persoonlijkheidsgegevens van de colorectale chirurgen worden vergeleken met die van de gastro-intestinale chirurgen in Nederland. Die is net ingediend, zo laat Sier zien. 'Daarna willen we het onderzoek uitbreiden naar besluitvorming in Nederland.'

Cultuurverschillen spelen een rol bij de vergelijking tussen chirurgen in verschillende landen. Tussen Nederland en het Verenigd Koninkrijk zijn die al aanwezig. Het land heeft ook een totaal ander zorgstelsel. Maar de verschillen met een Arabisch land als Jordanië zullen nog veel groter zijn. Wat voor persoonlijkheden brengt dat met zich mee? Daar gaat weer een nieuw onderzoek over. Vincent Sier: 'In Jordanië kijken we naar de jonge mensen in de chirurgie. Ze hebben daar enorme datasets met gegevens van studenten geneeskunde, assistenten en chirurgen onder de 40. Wij zijn erg benieuwd hoe die jonge generatie zich daar ontwikkelt. Hoe zit hun persoonlijkheid in elkaar en hoe kunnen we die gegevens koppelen aan die van chirurgen in Nederland? Dat zijn we nu aan het uitzoeken.' Het voordeel daarbij is dat de Big Five-metho-

'DIT ONDERZOEK IS ABSOLUUT GEEN KOOKBOEK VOOR DE PERFECTE CHIRURG'

diek wereldwijd hetzelfde is. De vragenlijsten zijn ontwikkeld in de eigen taal.

HOBBYWERK

Zo wordt de landkaart van het hoofd van de chirurg stapje voor stapje ingetekend. Het is gigantisch veel werk, maar Vincent Sier ziet het vooral als hobby. 'Ik doe dit naast mijn promotieonderzoek naar een heel technisch onderwerp in de vaatchirurgie', zo lacht de biomedicus. 'Dat is dus iets totaal anders. Daarvoor moet ik veel labonderzoek doen. Ik hoop over anderhalf of twee jaar te promoveren.' Hij loopt een apart traject, want pas daarna wil hij zijn master geneeskunde af gaan ronden. Het duurt dus nog even voordat hij zijn eigen persoonlijkheid als chirurg kan inbrengen in het operatieteam. ■

Meer informatie over de Big Five studie kun je vinden op www.surgicalpersonality.com.

Big Five Personality Traits



Er zijn al veel pogingen gedaan om persoonlijkheidskenmerken inzichtelijk te maken. Momenteel is de gouden standaardtaxonomie voor persoonlijkheidskenmerken het vijffactorenmodel, beter bekend als de 'Big Five' of onder de afkorting OCEAN.

In het vijffactorenmodel wordt persoonlijkheid onderverdeeld in vijf persoonlijkheidsdomeinen:

1. mate van openheid (open-mindedness),
2. mate van gestructureerdheid en gedrevenheid (conscientiousness),
3. extraversie versus introversie,
4. mate van vriendelijkheid (agreeableness), en
5. mate van negatieve emotionaliteit, ofwel meer of minder gevoelig voor angst of stress.

Bij een persoonlijkheidsonderzoek beantwoordt de respondent een vragenlijst. Dit resulteert in een score per dimensie. Op elke dimensie kunnen mensen laag, hoog of gemiddeld scoren – of ergens ertussenin. De uitkomst helpt om een inschatting te maken of je persoonlijkheid past bij de werkomgeving en de eisen die het werk aan je stelt.

Marianne van der Jagt: ‘We gaan de NVLO relevant maken’

Marianne van der Jagt is net aangetreden als nieuwe voorzitter van de NVLO, waar ze Mimos Ahmadi opvolgt. Ze heeft er al een aantal jaren op zitten in het bestuur, kent de organisatie door en door, en weet waar nog winst is te halen.

Van der Jagt is opgegroeid op Goeree Overflakkee, waar ze nog steeds woont. Het gezin waarin ze opgroeide kwam op het voormalige eiland onder Rotterdam terecht toen haar vader in de gemeente Goedereede hoofd werd van de divisie weg- en waterbouw.

In die voetsporen is ze niet getreden, haar vader is wel van beslissend belang geweest voor haar keuze voor de zorg.

Door: Enno de Witt

‘Ik was zestien toen mijn vader overleed, nadat hij een jaar ziek was geweest. Toen zal mijn interesse zijn gewekt, ik zag van dichtbij wat de zorg deed. Mede door zijn ziekte was er weinig aandacht voor mijn studiekeuze en ben ik de opleiding tot doktersassistente gaan volgen. Dat bleek voor mij echter te administratief, en ik wilde bovendien meer, ik was ambitieus.

Na het behalen van mijn diploma kwam ik in 1990 terecht in het oude Zuiderziekenhuis in Rotterdam, waar ik startte met de opleiding tot operatieassistent.

Daar heb ik nooit spijt van gehad. Zeker als ik er nu op terugkijk was dat een gouden tijd, ook al was de opleiding pittig vanwege een cultuur die je totaal niet kent in combinatie met studeren. De sfeer op de OK was wennen, maar uitdagend en intrigerend.

Het teamwerk vond ik geweldig; dingen met el-

kaar neerzetten en de afhankelijkheid daarbij van elkaar, zowel van collega's als van artsen. Communicatieve en sociale vaardigheden helpen daarbij, waardoor je makkelijker dingen kunt benoemen. En wanneer gezien werd dat je je uiterste best deed, werden fouten ook makkelijker geaccepteerd.'

Vanuit de behoefte aan afwisseling en ambitie veranderde ze een aantal keer van werkgever binnen de regio Rotterdam om een nieuwe uitdaging aan te kunnen gaan en ook om zichzelf scherp te houden. In 1998 begon ze als operatieassistent in het Ikazia Ziekenhuis, waar ze al snel ook programmacoördinator (pc'er) werd. Door deze combinatie hield ze goed zicht op wat de impact van het programma op de werkvloer was, en omgekeerd nam ze vanaf de werkvloer veel informatie mee. Na een aantal jaren werkte ze volledig als pc'er. 'Een leuke, enerverende tijd in een mooie centrale functie, waarbij je contact hebt met alle gebruikers van de OK, met als *part of the job* soms ook wel stevige discussies door uiteenlopende belangen.'

Daarop volgde een teamleidersfunctie in het Ikazia. In eerste instantie had ze daar weinig trek in, maar op aandringen van

collega's en leidinggevende heeft ze zich toch gemeld voor de procedure. Alles liep voortvarend, maar de combinatie van een gezin met drie jonge kinderen en de vele uitdagingen in haar functie maakte dat ze besloot een sabbatical te nemen. Daarna zou ze weer terugkeren, maar ze besloot om weer van werkgever te veranderen.

Ze stapte over naar de Daniel den Hoed-kliniek, waar ze operatieassistent werd en zich kon uitleven op de grotere ingrepen. Daar werd ze alweer snel meewerkend teamleider, niet de meest makkelijke functie in de lijn. Vervolgens maakte ze de stap naar het Oogziekenhuis in Rotterdam, om als teamleider OK en poli-OK en laserafdeling aan de slag te gaan.

In combinatie met opgroeiende kinderen was het aantrekkelijk om dichterbij huis te werken. Ze solliciteerde op een vacature voor manager OK/CSA bij Het Van Weel Bethesda Ziekenhuis in Dirksland, waar ze ook weer met veel plezier gewerkt heeft. Na een aantal jaar keerde ze terug naar het Ikazia, als hoofd opnameplanning/POS-Pijn poli/transfers. Twee jaar later werd ze daar clustermanager.

Intussen was ze lid geworden van het bestuur van de NVLO. 'Ik ging naar de congressen die door de NVLO werden georganiseerd, en toen degene met deze portefeuille het bestuur verliet, werd mij gevraagd eens na te denken over die positie. Dat sprak me erg aan en ik ben daar dan ook met veel enthousiasme aan begonnen. Na het vertrek van Mimos Ahmadi afgelopen mei was het logisch dat ik hem zou opvolgen als voorzitter, als langstzittend bestuurslid. Dat wilde ik zeker wel, maar wel met het idee dat er dan meer beweging in de organisatie zou komen.

Ik wil graag meer activiteit van en met de NVLO, waardoor we zichtbaarder worden. We moeten meer de verbinding met de leden zoeken en aansluiten bij hun behoeften. Een vereniging worden die bij de leidinggevenden bekend is en waar ze ook écht lid van willen zijn. We organiseren mooie congressen en die willen we zeker blijven organiseren, aangezien die ook een belangrijke netwerkfactor hebben, maar we kunnen en willen meer betekenen voor onze leden. Dan moeten we wel meer de verbinding zoeken.

Een nieuw bestuur is een mooie gelegenheid om dat in beweging te krijgen. Het vorige bestuur had die ambitie ook, maar het ontbrak ons vaak aan tijd, middelen en continuïteit om dit te realiseren. Ook de Covid-periode heeft ons daarbij niet geholpen.

We werken aan een visiedocument, waar we ook de leden bij zullen betrekken, en gaan gesprekken met de leveranciers verder oppakken om te onderzoeken wat we voor elkaar kunnen betekenen.'

De NVLO zou wat Van der Jagt betreft ook zichtbaarder moeten zijn voor partijen die bepalen wat er in de zorg gebeurt. 'We krijgen nu allerlei maatregelen op ons bord, maar zouden eigenlijk aan het begin van zo'n proces erbij moeten zitten en

DE NVLO MOET EEN VERENIGING WORDEN DIE BIJ DE LEIDINGGEVENDEN BEKEND IS EN WAAR ZE OOK ÉCHT LID VAN WILLEN ZIJN

meepraten vanuit onze praktijkkennis. Het zou mooi zijn als we bij onder andere IGJ en de NZA op de kaart komen te staan, zodat ze daar weten wie we zijn: "De NVLO. O ja, dat is de OK!" En ik kan me voorstellen dat we meer samen gaan doen met andere belangenorganisaties in de zorg, waar we nu vooral als eilandjes opereren. Kortom ... werk aan de winkel!' ■



Marianne: We moeten meer de verbinding met de leden zoeken en aansluiten bij hun behoeften.

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



Senior zorgmanager
OK Centrum



Geef je carrière een plus



Gezond werken op de OK volgens de Physical Sense-methode

ERGOCOACHES (BEWEEGCOACHES) CORINA LUIJK EN NICOLINE VAN OEVEREN AAN HET WOORD

Dat werken op de OK zwaar is, hoef je Corina en Nicoline niet te vertellen, beiden werken al meer dan 25 jaar als operatieassistent op de OK en gingen dat merken aan hun lichaam. Uren staan, soms in de meest onmogelijke posities, leidde bij hen zelfs tot blessures aan schouders en rug. Dit moest anders en het kon ook anders, zo bleek na een kennismaking met de Physical Sense-methode. De inzet van deze methodiek zorgt ervoor dat ook Corina en Nicoline weer pijnvrij hun werk kunnen doen met relatief weinig ingrijpende aanpassingen. Een opleiding tot ergocoach (beweegcoach) bleek een schot in de roos, het is zelfs zo succesvol dat collega's bij hen in de rij staan voor een consult.

DE PHYSICAL SENSE-METHODE, WAT HOUDT DAT PRECIES IN?

Corina: 'De Physical Sense-methode streeft ernaar om op een 'natuurlijke' wijze te bewegen, waarbij rekening wordt gehouden met 'bewegingsketens'. Hierbij is er een natuurlijke volgorde en combinatie van spiergebruik. Deze sequentie kan verstoord raken door externe invloeden, zoals een omgevingsfactor die onbewust incorrect bewegingsgedrag aanleert, bijvoorbeeld wanneer iemand met een verkeerd bewegingspatroon aan tafel assisteert. Met behulp van de Physical Sense-methode wordt deze relatie duidelijk gemaakt en wordt het natuurlijke bewegingsgedrag opnieuw aangeleerd.'

Nicoline: 'Wij observeren het bewegingspatroon van onze collega's en identificeren waar de beweging afwijkt. Het doel is dat zij begrijpen wat de oorzaak van de klachten is en hoe ze klachten in de toekomst kunnen voorkomen. We leren ze de beweging aan te passen en actief stappen te ondernemen om de verstorende factor te elimineren, zoals bijvoorbeeld een aanpassing op de werkplek of soms alleen maar een kleine aanpassing in het bewegingspatroon.'

HOE ZIET DIT ER IN DE PRAKTIJK UIT OP JULIE AFDELING?

Nicoline: 'Voor de goede orde, collega's komen bij ons op eigen initiatief. Het is niet zo dat we de hele dag collega's aan het observeren zijn en ongevraagd advies en tips geven. Het initiatief ligt bij de medewerker. We beginnen een traject altijd met een intakegesprek om een beeld te krijgen van de hulpvraag en eventueel bestaande klachten. Daarna laten we door middel van een anatomisch model van een ruggengraat zien hoe krachten precies werken in de rug. Vervolgens zoeken we de steunfunctie op, want daar draait alles om. Na zes tot zeven consulten hebben de meeste collega's hun bewegingspatroon dusdanig aangepast en geleerd anders te bewegen dat een opfrisconsult volstaat.'

STEUNFUNCTIE, WAT IS DAT PRECIES?

Corina: 'De steunfunctie is de lichaamshouding waarbij je optimaal gebruikmaakt van het steun- en bewegingsapparaat. Het steunapparaat bestaat uit: bekken, acetabulum, wervelkolom, schouder, atlas en draaier, ribben en schouderblad. Het bewegingsapparaat bestaat uit: spieren, bloedvaten, zenuwen en pezen. Al deze lichaamsdelen werken nauw samen en vormen samen de blauwdruk van iemands bewegingspatroon.'

Nicoline: 'We leren onze collega's het bewegingspatroon aan waarbij ze in hun steunfunctie staan, waardoor ze veel natuurlijker gaan bewegen en daardoor minder fysieke klachten

Door: Martijn Lupke



Nicoline (l) en Corina: we merken dat we een meerwaarde hebben en zelfs kunnen voorkomen dat mensen langdurig uitvallen.

krijgen. Het komt er in feite op neer dat we de lichaamshouding en manier van bewegen die men in de peutertijd heeft aangeleerd, en door externe omstandigheden zoals een zittend beroep is verleerd, weer opnieuw aanleren.'

Corina: 'De wervelkolom kan wel 200 kg aan gewicht dragen, mits je de wervels op een goede ma-

nier positioneert, we noemen dit stapelen. Stapel je de wervels op de juiste manier, dan is er geen spierkracht nodig en voorkom je spier- en peesblessures.'

WAS ER EEN SPECIFIEKE AANLEIDING VOOR DIT PROJECT?

Corina: 'Onze leidinggevende zocht medewerkers die zich bezig wilden gaan houden met ergonomie, omdat er best veel collega's – waaronder ikzelf – fysieke klachten hadden als gevolg van de werkomstandigheden op de operatiekamer. Omdat ik destijds ook veel last had van mijn rug en zelfs pijnstillers nam wanneer ik bij een lange operatie moest assisteren, vroeg ik me regelmatig af hoe ik dit werk tot mijn 67e zou gaan volhouden. De oproep van onze leidinggevende kwam voor mij daarom op het juiste moment. Ik meldde me aan met mijn collega Nicoline en samen zijn we deze kar – op een ergonomisch verantwoorde manier – gaan trekken.'

Nicoline: 'Geïnspireerd door een artikel over een soortgelijk project in het MCL (Medisch Centrum Leeuwarden) hebben we contact gezocht met deze collega's en zij doordrongen ons van het feit dat de oplossing niet zit in extra hulpmiddelen, zoals op- en afstapjes, maar in het op een andere manier inzetten van je lichaam waardoor je het werk langer volhoudt.'

DE KERN VAN JULLIE METHODIEK ZIT HEM DUS VOORAL IN HET VOORKOMEN VAN KLACHTEN?

Nicoline: 'Klopt helemaal. We zien collega's met klachten die al langer bestaan, maar ook steeds meer collega's die nog nergens last van hebben, maar zich wel bewust zijn van de risico's van een verkeerd bewegingspatroon. We hebben afgesproken dat de leerlingen, die nog een hele carrière voor de boeg hebben, ook bij ons langskomen. Zo zorgen we voor preventie van klachten en uiteindelijk voor het langer en gezond inzetbaar houden van ons schaarse personeel.'

COACHEN JULLIE NAAST OPERATIEASSISTENTEN OOK ANESTHESIEMEDEWERKERS EN RECOVERYVERPLEEGKUNDIGEN?

Corina: 'Zeker! De nadruk lag in het begin op operatieassistenten, omdat deze collega's veel bestaande klachten hadden aan het bewegingsapparaat en er dientengevolge veel personele uitval was. Maar ook anesthesiemedewerkers en recoveryverpleegkundigen hebben baat bij onze methodiek. In feite kunnen we bij iedereen klachten aan het bewegingsapparaat helpen voorkomen en vaak bestaande klachten door een verkeerd bewegingspatroon verhelpen.'

Nicoline: 'Laatst waren we op uitnodiging op de afdeling Radiologie, want ook daar is sprake van fysiek zwaar werk. Men had daar gehoord over onze succesvolle methodiek en wilde met eigen ogen zien wat onze aanpak is. Ze waren na afloop laaiend enthousiast over hoe wij met simpele interventies een groot verschil kunnen maken.'

IK KAN ME VOORSTELLEN DAT MEN BUITEN HET WERK OOK PROFIJT VAN JULLIE INTERVENTIES KAN HEBBEN.

Corina: 'Absoluut. We horen dit vaak terug van collega's. Zo is er een collega die tijdens het hardlopen nu bewust in zijn steunfunctie loopt, waardoor hij nu met minder inspanning veel langere afstanden aflegt. Het klinkt soms ongeloofwaardig, maar de resultaten bewijzen het.'

ALS JULLIE DE BALANS OPMAKEN, WAT IS DAN HET RESULTAAT VAN JULLIE WERK TOT NU TOE?

'We waren hier zelf eerder ook al nieuwsgierig naar en hebben zodoende een onderzoek gedaan naar onze effectiviteit. De resultaten waren zeer opmerkelijk. Alle respondenten gaven aan dat hun klachten door onze interventies zijn verminderd of zelfs verdwenen. Daarnaast gaf iedereen aan dat het geleerde direct toegepast kan worden in de praktijk. Kortom, we merken dat we een meerwaarde hebben en zelfs kunnen voorkomen dat mensen langdurig uitvallen.'

HEBBEN JULLIE PLANNEN VOOR DE TOEKOMST ALS HET GAAT OM ERGOCOACHING?

'Ja, zeker. We zijn nu vier jaar bezig en zien een enorme progressie in het aantal collega's die bij ons langskomen, en ook medisch specialisten weten ons steeds beter te vinden. Door ook op andere afdelingen in het ziekenhuis te komen, merken we dat er nog veel winst te behalen is. Winst die zich kan uitbetalen in langer inzetbaar houden van personeel en meer pijnvrij werkplezier. Dat is in deze tijd ontzettend belangrijk, want de personeelstekorten in de zorg nemen alleen maar toe, dus mensen fit en zo lang mogelijk inzetbaar houden is in onze ogen cruciaal. We zijn blij dat we hier een bijdrage aan kunnen leveren.'

WANNEER KIJKEN JULLIE TERUG OP EEN GESLAAGD PROJECT?

Corina: 'Eigenlijk doen we dat nu al. We zijn enorm trots op de behaalde resultaten en de potentie van ons werk. Als we zien hoeveel collega's al baat hebben gehad van ons werk, dan worden we heel blij, en het sterkt ons tegelijkertijd in de overtuiging dat de OK een werkplek moet zijn waar je zonder problemen en gezond je pensioengerechtigde leeftijd kunt bereiken.'

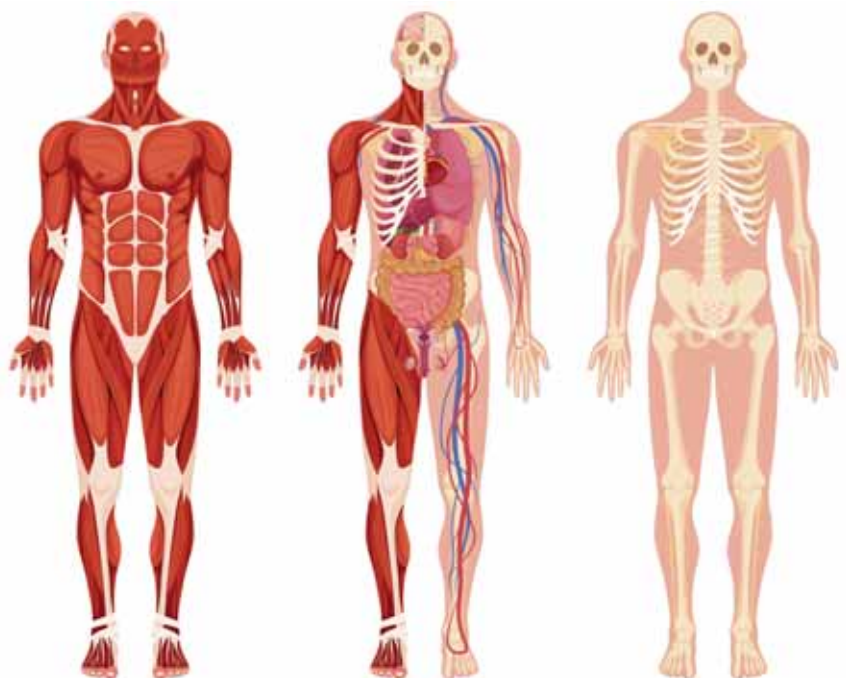
Nicoline: 'Daar sluit ik me volledig bij aan. Toen ik hoorde dat een collega na een lang traject bij verschillende therapeuten maar niet van haar tenniselleboogklachten afkwam, maar bij ons na een aantal sessies van haar klachten af was, was ik overtuigd van onze meerwaarde. Dat we dit kunnen bereiken met relatief weinig middelen vind ik nog steeds magisch. Ik hoop dat ik dit magische gevoel nog lang blijf houden.'

TOT SLOT, ALS COLLEGA'S DIT INTERVIEW LEZEN EN MEER WILLEN WETEN, MOGEN ZIJ CONTACT MET JULLIE OPNEMEN?

MET BEHULP VAN DE PHYSICAL SENSE-METHODE WORDT HET NATUURLIJKE BEWEGINGSGEDRAG OPNIEUW AANGELEERD

'Zeker weten, graag zelfs. We gunnen iedereen onze behaalde resultaten. Als tip willen we alvast meegeven dat het belangrijk is om een gecertificeerde opleiding te volgen, want die heb je echt nodig. Sommige interventies zien er misschien eenvoudig uit, maar er zit een hele filosofie achter die zich niet alleen op de interventies zelf richt, maar op de interactie tussen mens en omgeving. We vertellen er graag meer over, dus stuur ons een mail, stel ons je vragen en we nemen contact met je op!'

ergonomie.ok@stjansdal.nl



Het effect van opiaatvrije anesthesie op postoperatieve misselijkheid en braken.

Minder braken dankzij opereren zonder opiaten

Jaarlijks vinden er zo'n 900.000 operaties plaats in Nederland (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2022). Een operatie is een invasieve ingreep waarbij postoperatieve misselijkheid en braken (POMB) als bijwerking kan ontstaan. Zonder behandeling ervaart 25% tot 33% van de patiënten POMB. POMB is niet alleen een ongemak voor de patiënt, maar het kan ook zorgen voor dehydratie, elektrolytenstoornissen, aspiratie(pneumonie), wondproblematiek en een langere verkovertijd (Amirshahi et al., 2020; Noordzij et al., 2017).

Door: Daan Lennartz,
medisch hulpverlener
anesthesie

De kans op POMB is onder andere kleiner bij het toepassen van locoregionale anesthesie dan bij algehele anesthesie. Wordt er toch algehele anesthesie toegepast, dan kunnen totaal intraveneuze anesthesie en het toedienen van anti-emetica voor een verlaging van die kans zorgen (Hennis et al., 2018; Noordzij et al., 2017). Ondanks het toepassen van bovenstaande technieken komt POMB nog steeds voor. Een oorzaak hiervan kan het peroperatief gebruik van opioïden zijn. Eén van de bijwerkingen van opioïden is namelijk misselijkheid en braken (Horn et al., 2014). Tijdens algehele anesthesie wordt gebruikgemaakt van opioïden omdat er tijdens een operatie weefsel-schade plaatsvindt, wat leidt tot nociceptieve pijn. De weg van de nociceptieve pijn kan op verschillende manieren geblokkeerd worden, opioïden zijn daarvoor de standaardtechniek. Echter, er zijn ook ziekenhuizen die operaties onder algehele anesthesie doen zonder het gebruik van peroperatieve opioïden (Lupke, 2021). Er is dan sprake van opiaatvrije anesthesie (OFA). OFA is een relatief onbekende multimodale aanpak waarbij medicamenten aangrijpen op de receptoren en mediators binnen de nociceptieve weg van de pijn. Doordat OFA nog een onbekende aanpak is, bestaat er nog weinig bewijs of het effect heeft op de prevalentie

van POMB en of er nadelige gevolgen van deze aanpak zijn (Be-loeil et al., 2019). Binnen het Diaconessenhuis wordt OFA nog niet toegepast, onduidelijk is de reden hiervan. Dit onderzoek heeft tot doel om een aanbeveling te doen voor het toepassen van OFA binnen het Diaconessenhuis te Utrecht en te Zeist. De onderzoeksvraag die in dit onderzoek dan ook centraal staat is: 'Kan opiaatvrije anesthesie een bijdrage leveren aan het ver-lagen van postoperatieve misselijkheid en braken binnen het Diaconessenhuis te Utrecht en te Zeist?'

DOEL EN METHODE

Het doel van dit onderzoek is om voor een verbetering van de kwaliteit van zorg binnen het Diaconessenhuis te zorgen door te kijken naar de effecten van OFA op de prevalentie POMB en de bijkomende effecten daarvan. Om dit te bereiken heeft een literatuur- en praktijkonderzoek plaatsgevonden. Voor het literatuuronderzoek is in Pubmed, Embase en Cochrane gezocht naar systematische reviews en meta-analyses die OFA vergelijken met opiaten-anesthesie. Daarin is gekeken naar de prevalentie van POMB en bijkomende effecten. In het praktijkonderzoek heeft surveyonderzoek plaatsgevonden onder het anesthesieteam van het Diaconessenhuis om de kennis en beperkende/bevorderende factoren van het anesthesieteam te inventariseren. De survey is gebaseerd op een gepubliceerd OFA-protocol (Teune, 2022).

RESULTATEN

Praktijkonderzoek

In de periode van 3 tot en met 14 april hebben medisch hulpver-

leners anesthesie (MHA), anesthesiemedewerkers (AM) en anesthesiologen van het Diaconessenhuis deelgenomen aan het onderzoek. In totaal zijn 42 leden van het anesthesieteam geïnccludeerd aan de hand van in- en exclusiecriteria. De response rate is 69%. De survey laat zien dat het anesthesieteam nog onvoldoende kennis heeft over het gebruik van OFA. Echter, zij staan met extra scholing en tijd, en bij specifieke indicaties, niet onwettig tegenover het toepassen van OFA.

Literatuuronderzoek

In de drie databases zijn in de periode van 2 januari 2023 tot 28 maart 2023 vier systematische reviews en/of meta-analyses gevonden die voldoen aan de in- en exclusiecriteria.

PREVALENTIE POSTOPERATIEVE MISSELIJKHEID EN BRAKEN

De geïnccludeerde studies laten alle een statistisch significante afname in prevalentie van POMB zien bij het toepassen van OFA (Hung et al., 2022; Malo-Manso et al., 2023; Salomé et al., 2021; Olausson et al., 2021). Tegelijkertijd tonen Salomé et al. (2021) aan dat er tussen de verschillende OFA-technieken en postoperatieve pijnstilling geen verschil in uitkomst is. Het percentage waarmee OFA zorgt voor een afname van POMB verschilt onderling wel. Zo laten Hung et al. (2022) een reductie van 64% zien en Salomé et al. (2021) een reductie van 54% bij gebruik van OFA. Ook misselijkheid 24 uur postoperatief laat met het gebruik van OFA een statistisch significante afname van 45% zien (Salomé et al., 2021). Alle studies hebben voor uitkomsten omtrent POMB een lage heterogeniteit en een gemiddeld tot hoge certainty of evidence.

BIJKOMENDE EFFECTEN

De studies hebben geen eenduidig antwoord als het gaat over statistisch significante afname van pijn 24 uur postoperatief, postoperatief morfinegebruik en rillen. De studies laten verder zien dat er geen afname is van extubatietijd, gastro-intestinale complicaties en geen verbetering van kwaliteit van recovery. Deze bijkomende effecten hebben alle een hoge heterogeniteit en lage certainty of evidence (Hung et al., 2022; Malo-Manso et al., 2023; Olausson et al., 2021; Salomé et al., 2021).

Bij het toepassen van OFA is het ook van belang dat het niet zorgt voor nadelige neveneffecten. Malo-Manso et al. (2023) laten een statistisch significante toename van bradycardie zien. Deze uitkomst heeft een lage heterogeniteit en hoge certainty of evidence. Andere studies laten geen verschil in incidentie van nadelige neveneffecten zien (Salomé et al., 2021; Olausson et al., 2021).

DISCUSSIE

Praktijkonderzoek

Om een betrouwbaarder en meer valide antwoord te verkrijgen op de inzichten van het anesthesieteam, is een verbeterd



Daan Lennartz, medisch hulpverlener anesthesie.

surveyonderzoek nodig waarbij de bevindingen van de literatuurstudie en kosten-batenanalyse zijn geïntegreerd. Door de kleine onderzoekspopulatie is de generalisatie van de praktijkstudie over Nederland laag. Binnen de onderzoekspopulatie zijn de uitkomsten wel representatief dankzij de response rate van 69%.

Literatuuronderzoek

Binnen de studies zijn er veel verschillende OFA-technieken, soorten opiatengebruik en soorten chirurgie. Dit maakt dat er meer onderzoek noodzakelijk is naar de juiste techniek en doseringen. De meest voorkomende techniek is dexmedetomidine met een dampvormig onderhoudsanestheticum. Echter, er is weinig onderzoek gedaan naar het gebruik van pro-



pofol als onderhoudsanestheticum, het middel dat het minst schadelijk is voor het milieu (Sherman et al., 2012). Dit maakt dat er ook meer wetenschappelijk onderzoek nodig is naar de effecten van OFA in combinatie met propofol om zo oog te houden voor de wereld van morgen.

CONCLUSIE

De wetenschappelijke literatuur toont aan dat er een statistisch significante afname van prevalentie van POMB bij volwassen patiënten onder algehele anesthesie is. Wel zijn er aanwijzingen dat dit zorgt voor een grotere kans op bradycardiën en is voorzichtigheid geboden. Praktijkonderzoek laat zien dat het anesthesieteam van het Diaconessenhuis in Utrecht en in Zeist er onder bepaalde voorwaarden, zoals extra scholing en tijd, en bij specifieke indicaties, voor openstaat om opiaatvrije anesthesie toe te passen. ■

Literatuurlijst

Amirshahi, M., Behnamfar, N., Badakhsh, M., Rafiemanesh, H., Sheyback, M., & Sari, M. (2020). Prevalence of postoperative nausea and vomiting: A systematic review and meta-analysis. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 14(1), 48. https://doi.org/10.4103/sja.sja_401_19

Beloeil, H. (2019). Opioid-free anesthesia. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 33(3), 353–360. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2019.09.002>

Hennis, P. J., van Dongen, H. P. A., & van Klei, W. A. (2018). *Leerboek Anesthesiologie* (vierde, herziene druk editie). Bohn Stafleu van Loghum.

Horn, C. C., Wallisch, W. J., Homanics, G. E., & Williams, J. W. (2014). Pathophysiological and neurochemical mechanisms of postoperative nausea and vomiting. *European Journal of Pharmacology*, 722, 55–66. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2013.10.037>

Hung, K., Chiu, C., Hsu, C., Lin, C., Liao, S., Teng, I., Chen, I. P., & Sun, C. (2022). Impact of Opioid-Free Anesthesia on Analgesia and Recovery Following Bariatric Surgery: a Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *Obesity Surgery*, 32(9), 3113–3124. <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06213-7>

Lupke, M. (2021, 20 april). Opiaatvrije anesthesie. *OK Visie*. Geraadpleegd op 14 november 2022, van <https://www.okvisie.nl/blog/opiaatvrije-anesthesie>

Malo-Manso, A., Fontaneda-Heredia, A., Romero-Molina, S., Sepúlveda-Haro, E., Escalona-Belmonete, J. J., & Guerrero-Orriach, J. L. (2022). Opioid-Free Anaesthesia Improves Anaesthesia Recovery when Compared

with that of Opioid-Based Anaesthesia. *Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials. Current Medicinal Chemistry*, 30(14), 1667–1681. <https://doi.org/10.2174/0929867329666220907155612>

Noordzij, P. G., Klimek, M., & Landman, J. (2017). *Klinische anesthesiologie* (3de editie). De Tijdstroom.

Olaussen, A., Svensson, C., Andréll, P., Jildenstål, P., Thörn, S., & Wolf, A. (2022). Total opioid free general anaesthesia can improve postoperative outcomes after surgery, without evidence of adverse effects on patient safety and pain management: A systematic review and meta analysis. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 66(2), 170–185. <https://doi.org/10.1111/aas.13994>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2022, 5 juli). De gezondheidsgevolgen van uitgestelde operaties tijdens de corona-pandemie. Schattingen voor 2020 en 2021 | RIVM. [RIVM.nl. Geraadpleegd op 18 februari 2023, van https://www.rivm.nl/publicaties/gezondheidsgevolgen-uitgestelde-operaties-tijdens-coronapandemie](https://www.rivm.nl/publicaties/gezondheidsgevolgen-uitgestelde-operaties-tijdens-coronapandemie)

Salomé, A., Eghiaian, A., Fletcher, D., & Martinez, V. (2021). Opioid-Free Anesthesia Benefit–Risk Balance: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Clinical Medicine*, 10(10), 2069. <https://doi.org/10.3390/jcm10102069>

Sherman, J. D., Le, C., Lamers, V., & Eckelman, M. J. (2012). Life Cycle Greenhouse Gas Emissions of Anesthetic Drugs. *Anesthesia & Analgesia*, 114(5), 1086–1090. <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e31824f6940>

Teune, A. (2022). Opioid-vrije anesthesie. *Curare*, 20, 18–21.

Pilot voor betere samenwerking multidisciplinaire teams in Isala start op OK

‘RESPECTVOL KRITISCH ALS DE NORMAALSTE ZAAK VAN DE WERELD’

Als je straks bij Isala over de OK loopt, zou je per ongeluk zomaar in een teamdebriefing van een operatieteam terecht kunnen komen, omdat dat dan de normaalste zaak van de wereld is. Sinds enige tijd werkt het ziekenhuis aan verbetering van het teampresteren van multidisciplinaire behandelteams. Dat gebeurt met behulp van CRM-trainingen (crew resource management), die per afdeling op maat worden vormgegeven. De pilot was op het OK-complex van Isala. Aanjagers zijn niet-praktiserend internist acute geneeskunde, onderwijskundig adviseur Anique Baten en anesthesioloog Phi-Vu Dong. Het project staat nog in de kinderschoenen, maar de ambities zijn groot.

Door: Leendert Douma

‘D e aanleiding voor dit project was een wens van onze OK-medewerkers’, legt Phi-Vu Dong uit. ‘Zij vroegen om training ter ondersteuning van de communicatie en samenwerking op de OK. Er bestonden op dat moment al verschillende CRM-initiatieven in Isala. Zo ontstond het idee om onze krachten te bundelen en dit project ziekenhuisbreed op te zetten. Zo zonde als iedereen opnieuw het wiel moet uitvinden. Sindsdien hebben we grote stappen kunnen maken.’ Een belangrijke factor daarbij is dat er groot draagvlak is – niet alleen op de werkvloer, maar ook bij de medische staf en de raad van bestuur. Dat laatste uit zich heel concreet. Er is praktische ondersteuning vanuit de Isala Academie, het onderwijsinstituut van het ziekenhuis, en voor Phi-Vu Dong worden uren vrijgemaakt vanuit het Medisch Specialistisch Bedrijf om aan dit project te werken. ‘Dat is een waardevol en krachtig signaal vanuit het bestuur en management waar we heel blij mee zijn’, aldus de anesthesioloog.

LEIDRAAD

Kwaliteit van zorg wordt beïnvloed door de interactie tussen zorgprofessionals en hun





omgeving (denk aan collega's, apparatuur, voorgeschreven werkprocessen, lokale cultuur). Onderzoek wijst uit dat zo'n 70% van de incidenten in de zorg het gevolg is van een gebrek in deze interactie. Dan gaat het bijvoorbeeld over communicatie, leiderschap of al dan niet effectief teamwork. Naast aandacht voor technische vaardigheden is er dus aandacht voor niet-technische vaardigheden nodig om optimaal functionerende teams te creëren. Het is een 'no brainer' dat je daar iets mee zou moeten doen, vinden Dong en Baten. 'Bij het project maken we gebruik van een onderliggend theoretisch raamwerk', legt Anique Baten uit. Isala baseert zich op het werk van Rhona Flin, emeritus hoogleraar industriële psychologie aan de Universiteit van Aberdeen. Zij deed onderzoek naar niet-technische vaardigheden in tal van hoog-risicowerkomgevingen, waaronder ook de OK. Het raamwerk van Flin werd de leidraad voor de CRM-leerlijn die Isala ontwikkelde. Anique Baten: 'Dat hebben we gedaan omdat haar raamwerk aansluit bij de al lopende initiatieven én omdat het handvatten biedt voor afdelingen die nieuw aansluiten. Het raamwerk van Flin heeft ook aandacht voor persoonlijke vaardigheden zoals presteren onder druk. Dat is dagelijkse kost voor veel zorgprofessionals, maar ontbreekt in veel andere benaderingen.

De trainingen zijn een echte coproductie van het ziekenhuisbrede regieteam en de deelnemende afdelingen. Per deelnemende afdeling wordt een

CRM-kernteam gevormd bestaand uit zorgprofessionals en een operationeel leidinggevende. Iedere context is anders. Deze kernteams helpen ons om per context een passende training te maken.'

Op iedere afdeling begint het proces met een nulmeting. Anique Baten: 'We werken met een enquête waarin mensen scores kunnen geven aan hun eigen teampresteren. De patronen die we uit de resultaten halen verwerken we vervolgens in de training, zodat die echt is toegespitst op de context.'

SPECIALISTEN

Het pilotproject op de OK van Isala boekte de eerste successen bij operatieassistenten en anesthesiemedewerkers. Gaandeweg haakten ook snijdend specialisten en anesthesiologen aan, zodat nu met voltallige teams kan worden getraind. 'In evaluaties van onze trainingen zien we duidelijk de waardering voor deze multidisciplinaire benadering terug', zegt Phi-Vu Dong. 'Ik heb veel waardering voor de inzet van mijn collega's en de bereidheid om ondanks alle drukte tijd vrij te maken voor deze trainingen.' Het betrekken van de medisch specialisten is belangrijk omdat zij een sleutelrol hebben om dit project tot een succes te maken, vindt Anique Baten. 'De zorg is een sterk hiërarchisch georganiseerde omgeving. Op zich hoeft dat geen probleem te zijn en kan het juist ook heel ondersteunend werken in het creëren van een goede samenwerking. We zien alleen ook dat hiërarchie soms wordt vertaald als een ervaren gevoel van ongelijkwaardigheid, en dan werkt het belemmerend. Hier proberen we nu de hiërarchie op een positieve manier te gebruiken en reiken we de medisch specialisten tools aan om een veilige, laagdrempelige werkomgeving te creëren. Die oude werkomgeving hoeft niet overboord, maar je zou die ook op een positieve manier kunnen inzetten. Stel dat een chirurg 's morgens zijn team even bij elkaar zou roepen en zou zeggen: "Wij moeten het vandaag samen gaan doen. Ik wil weten hoe iedereen erbij staat. Laten we samen even het operatieprogramma doornemen." Dan werkt iedereen heel anders dan als de chirurg op het laatste moment de OK binnenkomt en haastig aan het werk gaat.'

BETROKKENHEID

De training is opgezet in drie levels, zo legt Phi-Vu Dong uit. 'We beginnen met een level I-training waarin de theorie wordt aangeboden, toegespitst op de resultaten uit de nulmeting. In een drie uur durende training laten wij zien waar de gevaren liggen en wat daarin de rol is van niet-technische vaardigheden. Zo ontstaat bewustzijn én zorgen we ervoor dat iedereen een gelijk vertrekpunt heeft. Want voor de een is CRM allang bekend, maar een ander denkt misschien dat we het over "Customer Relationship Management" hebben. Als iedereen bekend is met het raamwerk, kunnen we van daaruit verder bouwen. In de level II-trainingen gaan we in multidisciplinair teamverband scenario's draaien waarbij we beogen de eerste praktische vertaalslag te maken van het raamwerk en blijven we de nadruk leggen op de bewustwording ten aanzien van de niet-tech-

nische vaardigheden in ons dagelijkse werk. Het zwaartepunt van deze trainingen ligt bij de uitgebreide debriefing waarin de deelnemers worden begeleid bij het reflecteren op het teamfunctioneren zodat positieve punten worden bekrachtigd en samen met de verbeterpunten weer mee naar de werkvloer genomen kunnen worden. Voor de toekomst is er de wens om een level III-training te ontwikkelen waarbij de scenario's complexer zijn en mogelijk ook in de keten wordt getraind. Dan begint een casus bijvoorbeeld op de SEH en gaat dan naar de OK en de IC.' De pilot-trainingen die tot nu toe op de OK werden gegeven, zijn enthousiast ontvangen, zo ziet Anique Baten. 'Er is veel interactie en mensen durven hun emoties ook te laten zien. Soms is er weerstand, maar daar kan ook openlijk over worden gesproken. Dat levert juist veel op.'

GEEN VINKJE

Het blijft niet bij het eenmalig afvinken van een reeks trainingen, zeggen Dong en Baten. 'Dit is slechts een eerste aanzet. Na deze kennismaking moet deze manier van denken en werken langzaam deel worden van ons DNA. Dat vraagt een lange adem', zegt Anique Baten. Isala wil CRM goed borgen. Dat betekent cyclisch herhalen, legt Phi-Vu Dong uit. 'Het zou mooi zijn als een team elke twee tot vier jaar aan zo'n sessie kan deelnemen en dat er tussentijds aandacht blijft bestaan voor het implementeren van initiatieven om de werkomgeving en -processen te optimaliseren. Dat moet vanuit de werkvloer komen. Alleen zo bereik je de gewenste cultuuromslag', vinden Dong en Baten.

TOPZORG

Ook achter de schermen wordt een teamprestatie neergezet. Een groeiende groep buitengewoon gemotiveerde collega's van verschillende achtergronden voelt zich verantwoordelijk voor een succesvolle uitvoering van het project. De randvoorwaarden worden actief geschapen door de raad van bestuur en het stafbestuur. 'En niet in de laatste plaats ben ik dankbaar voor de ruimte en de medewerking die mijn vakgroep mij geeft om dit project van de grond te krijgen', zegt Phi-Vu Dong.

Wanneer het project geslaagd is? Anique Baten hoeft daar niet lang over na te denken. 'Als teampresteren zichtbaar als prioriteit wordt gevoeld. Teams die bewust tijd reserveren om hun teampresteren te evalueren en te verbeteren. En beleidsmakers die hun teams hier waar mogelijk in ondersteunen en meedenken over het creëren van een werkomgeving waarin teams optimaal kunnen presteren.' Phi-Vu Dong vult aan: 'Ik zou heel blij zijn als wij in Isala een cultuur krijgen waarin iedereen zich durft uit te spreken, elkaar durft te bevragen en kritisch durft te zijn – met wederzijds respect. Als iedereen goed samenwerkt binnen een geolied team, en dat valt samen met ieders technische vaardigheden, dan kunnen we écht topzorg leveren.' ■





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 belevenissen 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

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

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



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

Dead easy, easy deadly; de veiligheid van anesthesie onder de loep

Niet alleen voor de oplettende operatieassistent ziet anesthesie er vaak eenvoudig uit. Het is vaak ook best eenvoudig, niet te verwarren met saai. Veel collega's op de OK zouden niet moeten denken aan een carrièremove naar de andere kant van het laken. 'Lijkt me zo saai heel de dag op je kruik zitten. Naar de monitor staren, je telefoon, of op de klok.' En eerlijk, vaak snap ik dat beeld van het werk van een anesthesiemedewerker. Een programma met alleen maar spinaalanesthesie is ook vrij saai. Zeker met een snorrende pomp propofol die de patiënt diep in slaap houdt, waarbij de enige afleiding het plaatsen van een nieuwe spuit propofol is. Die dagen duren lang. Maar schijn bedriegt! Juist die dagen zijn het gevaarlijkst. We zijn geneigd gevaar niet te onderkennen als de situatie niet direct gevaarlijk lijkt. We staan minder 'aan' en anticiperen daardoor trager. Des te belangrijker is het om de beginnende studenten die hun eerste zelfstandige stappen in de OK zetten nadrukkelijk op dit mechanisme te wijzen. Ik zie soms leerlingen die het gedrag van hun begeleider een op een kopiëren en na een week zelfstandig op de OK al onderuitgezaakt op hun telefoon zitten te scrollen. Ik wijs er dan ook op dat anesthesie dead easy lijkt, maar easy deadly kan zijn, en dat we vaak op een dun lijntje balanceren. Op dat moment voel ik me dan een vader die zijn puberdochter waarschuwt niet met vreemde mannen om te gaan, zeker als de leerling in kwestie ouders heeft die jonger zijn dan ik. Ik denk dan terug aan 1999 toen ik zelf voor het eerst op OK zat bij de orthopedie en tien scopieën onder spinaal deed. Zag ik toen het echte gevaar? Nee, ik geloof het niet. Ik deed wat mijn begeleiders deden, zorgen dat het middagprogramma op tijd kon beginnen en alles klaar stond voor de volgende patiënt. Gedrag kopiëren en meters maken. Besef van de echte risico's komt pas met de jaren, als je hebt meegemaakt dat een eenvoudige ingreep bij een ASA 1-patiënt uitmondt in een IC-opname aan de beademing. Dan dringt het besef van dead easy, easy deadly pas echt goed door, en dat de risico's van ons vak niet recht evenredig verlopen met de ASA-classificatie, integendeel. Het grootste risico is ons eigen gedrag, en dat heeft weinig met anesthesie te maken, maar alles met het besef hoe dun de lijn is tussen doodsimpel en simpel dood.





‘Je krijgt hier alle ruimte om door te groeien’

Gertina (35) Recoveryverpleegkundige

“Ik ben al een aardig tijdje in dienst bij Meander, sinds 2009. Ik woonde in Hoogland, Meander was voor mij eerste keus. Sinds 2018 ben ik recoveryverpleegkundige. Op de recovery kom je voornamelijk als patiënt na een operatie. We hebben hier met heel veel verschillende afdelingen te maken. Je kent daardoor op bijna iedere afdeling collega's.”

Mezelf uitdagen

“Ik wil mezelf graag blijven uitdagen in mijn werk. Je krijgt hier alle ruimte om door te groeien. Medewerkers krijgen hier kansen, er wordt veel geïnvesteerd in mogelijkheden. Binnenkort begin ik met de opleiding anesthesiemedewerker. Daar heb ik veel zin in. Ik ken de collega's van de anesthesie al want als recoveryverpleegkundige zijn wij betrokken bij voorbereidingen op een operatie.”

Prettige cultuur

“Meander is voor verpleegkundigen een fijn ziekenhuis. En het is een prettige cultuur. Er lopen hier veel betrokken collega's rond. Ook in mijn team zijn mensen echt bereid om elkaar te helpen. En heel belangrijk: je kunt hier jezelf zijn. Wat me ook aanspreekt is de omvang van Meander. Er zijn ook grotere ziekenhuizen. Het aantal wisselingen op een afdeling is dan lastig bij te houden. Hier komen en gaan natuurlijk ook wel collega's, maar het is allemaal te overzien.”

Vacatures



RECOVERY-
VERPLEEGKUNDIGE



ANESTHESIE-
MEDEWERKER



OPERATIE-
ASSISTENT

Werken bij Meander. Volg je gevoel.

➤ werkenbijmeandermc.nl



erbe
power your performance.



reddot winner 2023



TriSect rapide®

Dissectie en sealen
in 1 beweging

96%

van de ondervraagde
artsen beoordeelde
TriSect rapide® als
innovatief.

Optimaliseer de balans
tussen dissectie-snelheid,
thermische impact en sealen



**ERVAAR HET DUIDELIJKE VERSCHIL NEEM CONTACT
OP MET UW VERTEGENWOORDIGER OF BEZOEK
ERBE-MED.COM VANDAAG NOG VOOR EEN TEST.**