

OK

OPERATIONEEL

Magazine voor
operatieassistenten en
anesthesiemedewerkers

NR. 1 / april 2018 / JAARGANG 13



Onze OK MEEKIJKEN MET JELTSJE KOOTSTRA VAN ZIEKENHUIS TJONGERSCHANS IN HEERENVEEN

- > WIE WAS PERCIVALL POTT?
- > LENSCONDENSATIE VERMINDEREN
- > OPERATIEASSISTENT IN ZWITSERLAND (DEEL II)

Landelijke vereniging van operatieassistenten
LVD

Optipac[®] Vacuum Mixing System

The proven¹ closed vacuum mixing system, pre-packed with bone cement*

PROVEN

On the market since 2008¹ and based on more than 20 years' experience with the Optipac[®] Technology.

STRONG

Mixing **and** collecting under vacuum improves cement fatigue life.¹⁻³

SAFE

SoftPac[™] Technology ensures no breaking of glass ampoules and minimizes exposure to monomer fumes⁴

Optipac | SINCE
2008

*Technology tried in practice of mixing and collecting bone cement in a system under vacuum, see reference 1-3.

1. Wang J-S, *et al.* Porosity of bone cement reduced by mixing and collecting under vacuum. *Acta Orthop Scand.* 64 (2): 143-146, 1993. Laboratory testing is not necessarily indicative of clinical performance.
2. Wang J-S, *et al.* Bone Cement Porosity in Vacuum Mixing Systems, *Bone Cements and Cementing Technique*. In *Bone Cements and Cementing Technique* ed. by Walenkamp G, Murray D, Springer Verlag 2001. Laboratory testing is not necessarily indicative of clinical performance.
3. Dunne N-J, *et al.* Influence of the mixing techniques on the physical properties of acrylic bone cement. *Biomaterials.* 22: 1819-1826, 2001. Laboratory testing is not necessarily indicative of clinical performance.
4. Report from SPTechnical Research Institute of Sweden (2007 08 13). Airborne methyl methacrylate monomer during the use of different bone cement mixing systems.

All content herein is protected by copyright and trademarks owned by or licensed to Zimmer Biomet. This material is intended for health care professionals. For product information, including indications, contraindications, precautions, potential adverse effects, and patient counseling, see the package insert and www.zimmerbiomet.com.

Not for distribution in France.

©2018 Zimmer Biomet - February



OK Operationeel is het vakblad voor operatie-assistenten en anesthesiemedewerkers. Het wordt gemaakt door uitgeverij Y-Publicaties in samenwerking met de LVO (Landelijke Vereniging van Operatieassistenten) en verspreid onder alle LVO-leden. Verdere verspreiding vindt plaats onder alle OK-afdelingen in Nederlandse ziekenhuizen, particuliere klinieken en opleidingscentra.

Redactie

Hoofdredacteur: Menno Goosen,
okoperatieel@y-publicaties.nl
Redactiecoördinator LVO: Hennie Mulder,
operatieel@lvo.nl

Uitgeverij

Y-Publicaties
Postbus 10208
1001 EE Amsterdam
020-520 60 77
info@y-publicaties.nl
www.y-publicaties.nl
Kijk ook op onze website www.oknieuws.nl

Uitgever: Ralf Beekveldt

Eindredacteur: Marloes van Hoorn
Beeldredacteur: Menno Goosen
Tekstcorrector: Marijn Mostart
Ontwerp: Annelies van Turnhout
Opmaak: Thomson Digital
Opmaakbegeleiding: impaginator.nl
Druk: BalMedia

Advertenties

Cross Media Nederland BV
010-742 19 42
gezondheidszorg@crossadvertising.nl
www.crossmedianederland.com

Abonnementen

SP Abonneeservice
Postbus 105
2400 AC Alphen a/d Rijn
088-1102056
ypublicaties@spabonneeservice.nl

Toezending van OK Operationeel is voor LVO-leden onderdeel van hun lidmaatschap. Voor niet-leden gelden de volgende abonnementsprijzen: jaarabonnement € 65,50; los nummer € 8,50; abonnement buiten Nederland € 82,50. Alle prijzen zijn inclusief btw en verzendkosten. Prijswijzigingen voorbehouden. Opzegging betaalde abonnementen: schriftelijk, uiterlijk twee maanden voor afloop van de abonnementsperiode. Bij niet tijdige opzegging wordt het abonnement automatisch met een jaar verlengd.

© 2018 OK Operationeel

Niets uit deze uitgave 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 WIE WAS PERCIVALL POTT?

De invloedrijke achttiende-eeuwse chirurg Percivall

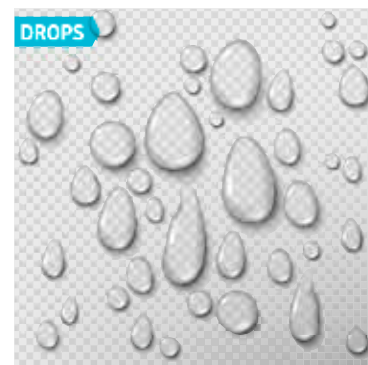
Pott beschreef als een van de eersten medische aandoeningen. Hij stond ook bekend om zijn aandacht voor de patiënt.



18 LENSCONDENSATIE VERMINDEREN

Wat helpt het best tegen lenscondensatie bij laparoscopische chirurgie: een voorverwarmde

optiek of anticondensdoekjes? Het Raboudumc deed een vergelijkend onderzoek.



26 OPERATIEASSISTENT IN ZWITSERLAND (DEEL II)

Thomas Kerres bleef zich verwonderen als operatie-

assistent in Zwitserland. In dit tweede deel vertelt hij over de verrassende werkwijze op Zwitserse OK's.



en verder:

4 REDACTIONEEL

4 NIEUWS

10 ONZE OK

22 LVO-NIEUWS

31 COLUMN PAUL MEIJSEN

OK OPERATIONEEL
WORDT MEDE MOGELIJK
GEMAAKT DOOR:



ZIMMER BIOMET

BESTE LEZER,

Op 8 en 9 maart vond het LVO-congres plaats. Voor de derde keer werd de Young Professional Award uitgereikt. Unaniem werd Pieter Buijsman uit het Westfries Gasthuis tot winnaar uitgeroepen. Wegens omstandigheden lees je het uitgebreide congresverslag in OK Operationeel nr 2. Op de Facebookpagina, en op de LVO-website, vind je alvast een korte impressie. Operatieassistent Thomas Kerres bleef zich verwonderen toen hij in Zwitserland aan de slag ging. Over zijn avonturen heb je kunnen lezen in 'OK Operationeel' nummer 4 2017. In dit tweede en laatste deel vertelt hij over de verrassende werkwijze op Zwitserse OK's.

Ziekenhuizen doen elk hun eigen pogingen om lenscondensatie tijdens laparoscopische ingrepen te verhelpen. Maar welke methode werkt nu het beste? Het Radboudumc legde twee methoden naast elkaar en concludeert: een thermoskan met warm steriel water werkt beter dan anticondensdoekjes. Ronald Schulte, operatieassistent in het Radboudumc, schreef een interessant artikel over dit onderzoek.

Wij wensen je veel leesplezier!

Menno Goosen, hoofdredacteur
OK Operationeel
okoperatieeel@y-publicaties.nl

Hennie Mulder, redactiecoördinator LVO
operatieeel@lvo.nl



BORSTIMPLANTAAT GEEFT KLEIN RISICO OP ZELDZAME VORM VAN NON-HODGKINLYMFOOM

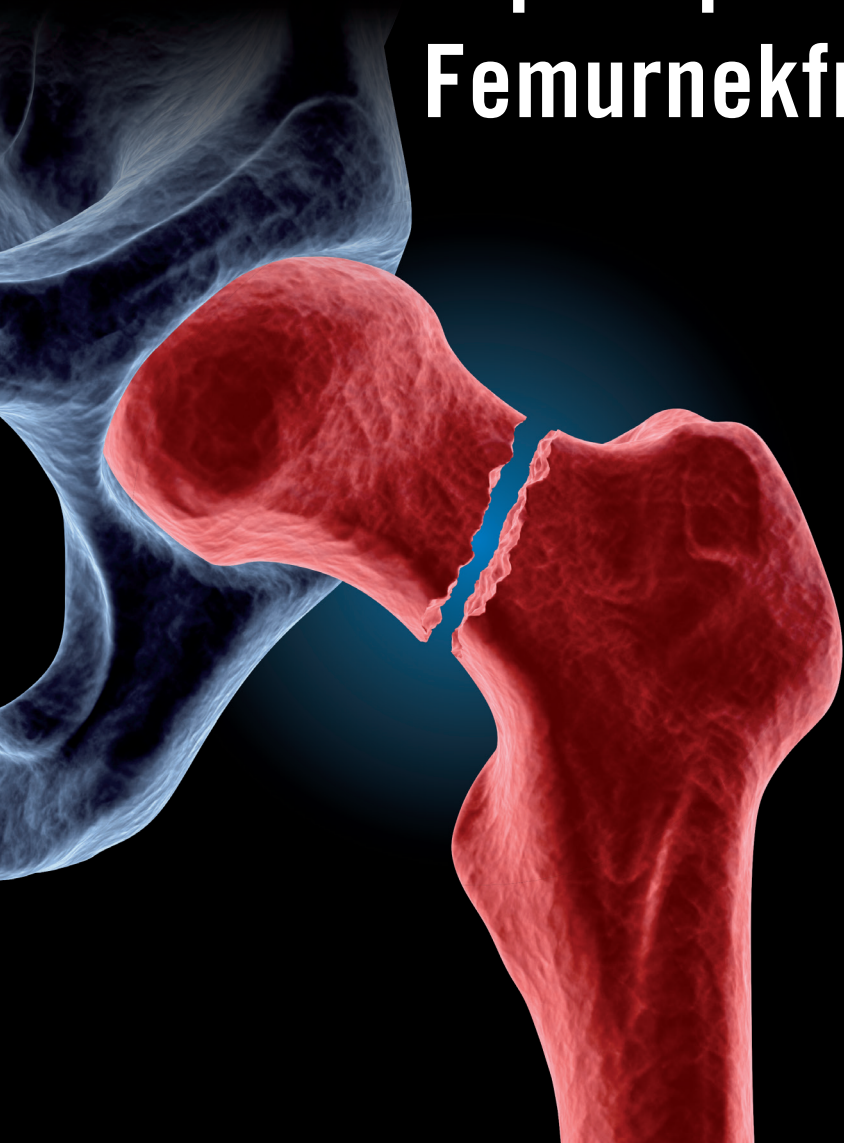
Een zeldzame vorm van non-hodgkinlymfoom in de borst blijkt meer voor te komen bij vrouwen met een borstimplantaat. Plastisch chirurgen zullen vrouwen op dit risico gaan wijzen. Het onderzoek hiernaar van onder meer het Antoni van Leeuwenhoek is onlangs gepubliceerd in het tijdschrift *JAMA Oncology*.

In Nederland hebben tweehonderdduizend vrouwen tussen de twintig en zeventig jaar een borstimplantaat, van wie 20 à 25 procent vanwege een reconstructie na borstkanker of na amputatie vanwege een erfelijke aanleg voor borstkanker. Circa 75 procent heeft een borstimplantaat om cosmetische redenen.

Sinds enige jaren is er meer aandacht voor een zeldzame en meestal ook goed behandelbare vorm van non-hodgkinlymfoom (lymfklierkanker, geen borstkanker) die kan optreden bij vrouwen met borstimplantaten. Het gaat om het grootcellig anaplastisch T-cellymfoom (ALCL). De afgelopen twee jaar heeft een Nederlandse samenwerkingsgroep van plastisch chirurgen, pathologen, hematologen en epidemiologen voor het eerst in kaart gebracht hoe groot het risico op deze vorm van lymfklierkanker is voor vrouwen met een borstimplantaat. De onderzoekers hebben alle patiënten in kaart gebracht bij wie tussen 1990 en 2016 het zeldzame ALCL in de borst is gediagnosticeerd. Hiervoor gebruikten zij de PALGA-database, waarin alle verslagen van pathologieonderzoeken in Nederland sinds 1990 geanonimiseerd zijn opgeslagen. De onderzoekers vonden 43 vrouwen met het ALCL, van wie er 32 een borstimplantaat hadden. Ze berekenden dat vrouwen met een borstimplantaat ruim vierhonderd keer zo veel risico lopen op deze vorm van lymfklierkanker als vrouwen zonder implantaat. Met een implantaat hebben vrouwen een kans van 1 op de 35.000 op ALCL voor hun vijftigste levensjaar. Deze kans loopt op tot 1 op de 7000 als ze de leeftijd van 75 jaar hebben bereikt.



69% Reductie van
diepe infecties bij
kophalsprotheses na een
Femurnekfractuur*



COPAL[®] G+C

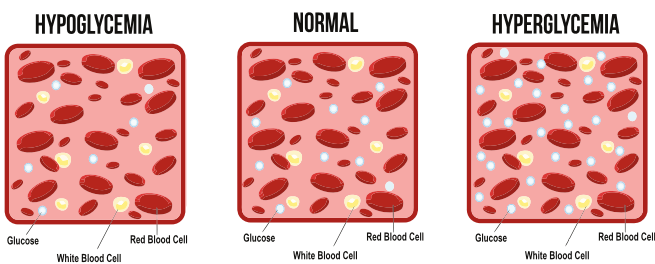
**Botcement met
gentamicine en clindamycine**

* Sprowson AP et al. Bone Joint J 2016; 98-B: 1534–1541

PRODUCTEN EN OPLOSSINGEN WAAROP U KUNT VERTROUWEN

CONTINU BLOEDSUIKER- WAARDEN METEN NIET NODIG TIJDENS OPERATIE

Bij patiënten zonder diabetes die geopereerd worden in dagbehandeling of die een grote gynaecologische operatie ondergaan, is het niet nodig de bloedsuikerwaarden te monitoren. De korte stijging van de bloedsuikerspiegel tijdens de ingreep leidt namelijk niet tot complicaties na de operatie. Bij patiënten die wél diabetes hebben is het niet zinvol de bloedsuikerspiegel continu te registreren. Elk úúr meten is even effectief. Dit zijn de belangrijkste conclusies uit het proefschrift van Jorinde Polderman van het AMC: 'Perioperative hyperglycaemia and its treatment in patients with diabetes mellitus'. Zij onderzocht ook hoe de behandeling van patiënten met diabetes tijdens de operatie beter kan. Ze stelt dat liraglutide, een stof die de glucosewaarden in het bloed verlaagt, voor stabiele glucosewaarden zorgt, met tegelijk een afname van de insulinebehoefte tijdens de operatie. Het is daarom interessant om verder te onderzoeken of dit middel de bloedsuikerregulatie tijdens de ziekenhuisopname kan stabiliseren en daarmee complicaties kan voorkomen.



Illustratie: Shutterstock

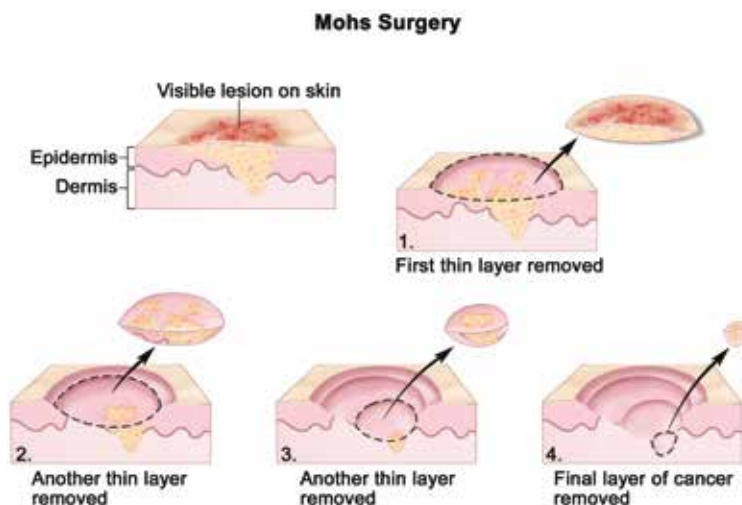
**HEEFT U
NIEUWS?**

okoperationeel@y-publicaties.nl

**HET ACTUEELSTE
OK-NIEUWS:**

www.okvisie.nl

AMPHIA WERKT VIJF JAAR MET MOHS-CHIRURGIE BIJ HUIDKANKER



Huidkanker is de meest voorkomende vorm van kanker in Nederland. Reden voor het Amphia om vijf jaar geleden te starten met het uitvoeren van Mohs' micrografische chirurgie – kortweg Mohs-chirurgie – voor de behandeling van deze vorm van kanker. Onlangs 'vierde' Amphia het eerste lustrum van het werken met deze techniek.

Jaarlijks krijgen ongeveer 55.000 patiënten de diagnose 'huidkanker'. Van deze groep hebben ongeveer 40.000 mensen een basaalcelcarcinoom, dat niet levensbedreigend is maar wel behandeling vereist. Behandeling met Mohs-chirurgie was destijds een initiatief van de dermatologen in Amphia. Zij zagen het aantal huidkankerpatiënten toenemen en hadden de expertise om deze behandelmethode te mogen uitvoeren. 'We zijn nu vijf jaar verder. Een mooi moment om even bij stil te staan', aldus dermatoloog en expert in de uitvoering van Mohs-chirurgie Sarah Caers. 'Vooral ook omdat we sinds eind januari 2018 een eigen Mohs-be-

handelcentrum hebben. De nieuwe locatie biedt nog betere behandel-faciliteiten. Daarnaast is de wachtlijst aanzienlijk afgenomen.'

Huidkanker komt vaak voor op plaatsen die blootgesteld worden aan de zon. Met name op zichtbare plekken – bijvoorbeeld in het gezicht – is het van belang om zó te opereren dat het resultaat zo mooi mogelijk is. Mohs-chirurgie is vernoemd naar de Amerikaanse chirurg Frederick E. Mohs. Al in 1938 bedacht hij deze techniek om huidkanker volledig te verwijderen zonder onnodig gezond weefsel weg te halen. Na de operatie worden direct alle sneevlakken onder de microscoop gecontroleerd.

De operaties worden uitgevoerd door dermatologen van Amphia, tevens Mohs-chirurgen. Indien nodig werkt de dermatoloog samen met andere specialisten, zoals een plastisch chirurg, een KNO-arts of een oogarts. 'Dat is ook een groot voordeel van een Mohs-centrum in het ziekenhuis: de lijnen met andere specialisten zijn erg kort', aldus Caers.

Nauwkeuriger opereren bij rectumcarcinoom met beeldgeleide chirurgie

Drie Nederlandse ziekenhuizen zijn gestart met baanbrekend onderzoek naar het preoperatief inspuiten van fluorescerende contrastvloeistof bij patiënten met een rectumcarcinoom. Op die manier kunnen chirurgen tumorweefsel nauwkeuriger verwijderen en gezond weefsel sparen. Deelnemende ziekenhuizen zijn het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), het Erasmus MC in Rotterdam en het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven, die hiervoor samenwerken met het Centre for Human Drug Research (CHDR).

Patiënten met een groot, lokaal voortgeschreden rectumcarcinoom of met een recidief rectumcarcinoom krijgen een aantal dagen voor de operatie bij het CHDR in Leiden de tumorspecifieke marker SGM-101 toegediend via een infuus. Deze fluorescerende contrastvloeistof hecht zich specifiek aan de tumorcellen. 'Vergelijk het met een fluorescerende jas die oplicht in het donker als er licht op valt', zegt hoofdonderzoeker en chirurg dr. Alexander Vahrmeijer van het LUMC. Tijdens de operatie gaat het licht op de operatiekamer uit en lichten de tumoren met behulp van een infraroodcamera op. 'Het effect is tweeledig: tumoren die niet te zien zijn met het blote oog worden zichtbaar, en plekken waarvan we ten onrechte vermoeden dat het tumorweefsel is, kunnen dus worden gespaard.'



OPEREREN BIJ RECTUMCARCINOOM NIET ALTIJD NODIG DOOR NIEUW BESTRALINGSAPPARAAT

Drie patiënten van het Antoni van Leeuwenhoek hebben als eersten in Nederland een behandeling met het nieuwe bestralingsapparaat Papillon ondergaan. Dit is een vorm van oppervlakkige radiotherapie. Een groep patiënten met rectumcarcinoom hoeft door de behandeling met dit apparaat geen operatie te ondergaan, en ondervindt dus ook geen negatieve gevolgen daarvan, zoals een stoma. Het Antoni van Leeuwenhoek is het eerste ziekenhuis in Nederland dat het apparaat voor dit doel inzet.



Illustratie: Shutterstock

Bij kleinere rectumtumoren die niet uitgezaaid zijn is bestraling met de Papillon een goed alternatief voor opereren. Het apparaat is een uitkomst voor oudere mensen die vanwege een zwakke gezondheid of comorbiditeit geen grote operatie of narcose kunnen verdragen. Bovendien kunnen door deze bestraling meer patiënten in aanmerking komen voor de *wait and see*-behandeling, waarbij verdere behandeling achterwege kan blijven of pas ingezet wordt als de tumor groeit. Deze techniek van oppervlakkige contactbestraling bestaat al langer in Europa, maar is nu ook beschikbaar in Nederland.

Ruim 4300 mensen kregen in 2016 de diagnose 'rectumcarcinoom'. Patiënten met dit type kanker worden doorgaans eerst behandeld met bestraling of chemoradiotherapie voordat zij geopereerd worden. Door deze voorbehandeling verdwijnt bij 20 procent van de patiënten de tumor volledig. Bij 10 tot 20 procent van de patiënten blijft een klein restje tumorweefsel achter. Zij moeten alsnog een operatie ondergaan. Door dit restje tumorweefsel met de Papillon te bestralen is een operatie niet langer nodig. De oppervlakkige toediening van de bestraling geeft nauwelijks bijwerkingen. Wereldwijd zijn al duizenden mensen met het apparaat bestraald. Het is ook inzetbaar voor intraoperatieve bestraling van bijvoorbeeld borsttumoren of bij oppervlakkige huidtumoren.

Onderzoek naar HIPEC-behandeling bij maagcarcinoom

Het Antoni van Leeuwenhoek onderzoekt hoe effectief een HIPEC-behandeling is bij patiënten met een maagcarcinoom en uitzaaiingen op het buikvlies. Op dit moment is er geen effectieve behandeling voor deze patiënten. Hun levensverwachting is gemiddeld vier maanden. HIPEC-behandelingen worden al met veelbelovend resultaat toegepast bij patiënten met buikvliesuitzaaiingen van colon- of ovariumcarcinoom. Nu is een fase III-studie gestart om de effectiviteit bij maagcarcinoom te onderzoeken. Palliatieve systemische chemotherapie is de standaard, maar is bij buikvliesuitzaaiingen slechts beperkt werkzaam. Met de HIPEC-behandeling hopen de onderzoekers deze patiënten een nieuwe behandeling te bieden.

Aan de fase III-studie gingen voorbereidende onderzoeken vooraf. In de literatuur is gezocht welke cytostatica in aanmerking zouden komen voor een HIPEC-procedure bij maagkankerpatiënten. Oxaliplatin en docetaxel zijn beide effectief tegen maagkanker als ze via het infuus gegeven worden. Hoofdonderzoeker Johanna van Sandick van het



Antoni van Leeuwenhoek: 'Vervolgens hebben we in een fase I-studie onderzocht of de HIPEC-behandeling met deze twee middelen veilig kan worden toegepast bij patiënten met een maagcarcinoom en buikvliesuitzaaiingen. Ook onderzochten we welke dosering van deze chemotherapiespoeling in de buikholte haalbaar is in combinatie met het verwijderen van het maagcarcinoom zelf.' De uitkomst van deze studie is dat de HIPEC-behandeling bij patiënten met maagcarcinoom veilig en haalbaar is mits aan een aantal voorwaarden is voldaan: de buikvliesuitzaaiingen mogen niet te uitgebreid zijn,

het maagcarcinoom zelf moet operatief te verwijderen zijn en er mag geen ziekteprogressie zijn tijdens de chemotherapie die gegeven wordt voorafgaand aan de operatie. Bovendien zijn voor de intensieve zorg na de operatie strikte werkafspraken ontwikkeld. Het onderzoek is nu een fase verder. De vraag in het huidige onderzoek is of de HIPEC-behandeling effectief is in het verbeteren van de overleving van deze patiëntengroep. Het betreft een gerandomiseerde studie. Er wordt gelooft of patiënten die aan de studiecriteriën voldoen de studiebehandeling krijgen (operatie met HIPEC) of de huidige standaardbehandeling in Nederland (palliatieve systemische chemotherapie). In totaal dienen 106 patiënten deel te nemen om voldoende solide onderzoeksresultaten te genereren en een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van de behandeling.

De studie is in het Antoni van Leeuwenhoek gestart en op termijn zullen nog vier centra verspreid over Nederland erbij aansluiten. De verwachting is dat de resultaten in 2022 bekend zijn.

OOGZIEKENHUIS ROTTERDAM AAN DE SLAG MET OPERATIEROBOT VOOR OOGCHIRURGIE

Het Oogziekenhuis Rotterdam werkt samen met de firma Preceyes aan de eerste operatierobot voor oogchirurgie in Nederland. De operatierobot zal in de toekomst gebruikt worden bij netvliesoperaties om patiënten preciezer en veiliger te helpen. Ook maakt de robot op termijn nieuwe behandelingen mogelijk waarmee aandoeningen aan het netvlies kunnen worden verholpen waarvoor nu nog geen adequate behandelingen beschikbaar zijn. Op dit moment worden alle netvliesoperaties nog handmatig door een kleine groep hooggespecialiseerde artsen uitgevoerd.

Het systeem in het Rotterdamse Oogzieken-

huis is de tweede operatierobot voor oogchirurgie ter wereld. De artsen zijn erg blij met de komst van de robot. Senior netvlieschirurg Koorosh Faridpooya: 'Het oog is een klein en complex orgaan. Oogoperaties zijn daarom erg lastig. Doordat we met de robot behandelingen preciezer kunnen uitvoeren, kunnen we complicaties verminderen en de uitkomst van de operaties verbeteren. Ook kunnen we op termijn zelfs behandelingen uitvoeren die op dit moment nog zeer moeilijk of zelfs onmogelijk zijn. Denk aan het toedienen van medicijnen in zeer kleine bloedvaten achter in het oog en andere behandelingen die ervoor kunnen



Foto: Preceyes

zorgen dat mensen minder snel of niet het zicht verliezen.'

Aan de robot is een 'parkeersensor' gekoppeld die met geluidssignalen aangeeft hoe ver de oogarts met zijn instrumenten verwijderd is van het netvlies. De robot kan deze afstand gebruiken om snel en nauwkeurig te reageren en bijvoorbeeld te voorkomen dat het aan de robot gekoppelde instrument het netvlies raakt.

BYPASSOPERATIE BETER VOOR COMPLEXE PATIËNT DAN DOTTEREN

Patiënten die ernstige afwijkingen hebben aan hun kransslagaders kunnen beter worden geopereerd dan gedotterd. Na een bypassoperatie is hun risico op overlijden 20 procent kleiner dan na dotteren. Dat blijkt uit onderzoek van onder andere het Erasmus MC, dat online is gepubliceerd in het toonaangevende wetenschappelijke tijdschrift *The Lancet*.

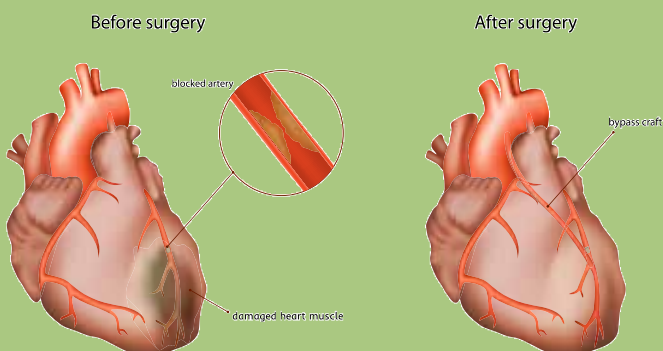
In Nederland ondergaan jaarlijks ruim 38.000 mensen een dotterbehandeling. Een bypassoperatie is veel ingrijpender en wordt daarom veel minder vaak gedaan (4500 keer per jaar). Hoe acuut de situatie is en hoe ernstig de verstopping, bepaalt welke behandeling de patiënt krijgt. Als de arts twijfelt, kiest hij vaak eerder voor een dotterbehandeling.

Een openhartoperatie blijkt echter de beste optie voor patiënten die niet met spoed een behandeling nodig hebben, maar wel ernstige verstoppingen hebben of vernauwingen op meerdere plekken, vooral in combinatie met diabetes. Specialist in opleiding Stuart Head, thoraxchirurg in het Erasmus MC, leidde het internationale onderzoek. Head onderzocht casussen van in totaal 11.518 patiënten die de afgelopen jaren in verschillende gerandomiseerde onderzoeken ofwel een bypassoperatie ofwel een dotterbehandeling hadden ondergaan. Patiënten die geopereerd waren hadden 20 procent minder kans om te overlijden dan patiënten die een dotterbehandeling hadden gekregen. Van de patiënten die geopereerd waren, overleed 9,2 procent binnen vijf jaar. Bij de mensen die gedotterd waren, was dat 11,2 procent.

Als de verstoppingen of vernauwingen minder ernstig of complex zijn en op relatief gemakkelijk bereikbare plekken zitten, kan dotteren wel een goede optie zijn. Head benadrukt dat dotteren, met stents die medicijnen afgeven tegen opnieuw dichtslibben, een goede behandeling blijft voor patiënten die geen uitgebreide of ingewikkelde verstoppingen of bijvoorbeeld diabetes hebben.

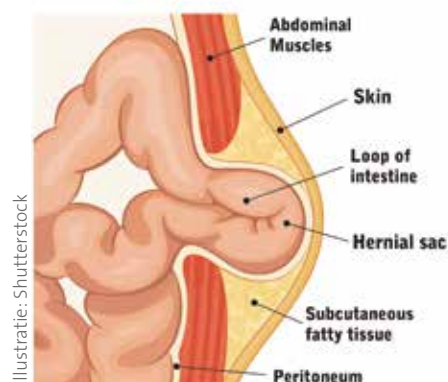
De optimale behandeling verschilt dus per patiënt en de complexiteit van zijn aandoening. Head: 'Het is essentieel dat de keuze voor een openhartoperatie of dotteren gemaakt wordt door een team van cardiologen en chirurgen.' Ook benadrukt Head dat studies waarin patiënten langer gevolgd worden nodig zijn om de verschillen in overlijden na een operatie of dotterbehandeling nog beter te begrijpen.

Coronary Artery Bypass



MATJE BETER BIJ KLEINE NAVELBREUK DAN HECHTEN

UMBILICAL HERNIA



Bij kleine navelbreuken werkt kunstmatige versteviging met een matje beter dan hechten. Bij hechten komt de navelbreuk namelijk drie keer zo vaak terug. Over matjes was de afgelopen jaren in de media veel te doen. Bij kleine navelbreuken blijken ze echter uitstekend te werken, concluderen onderzoekers van het Erasmus MC. 'Bovendien geven de matjes niet meer pijn of complicaties dan hechtingen', aldus arts-onderzoeker Ruth Kaufmann.

In de zogenoemde HUMP-studie van het Erasmus MC (HUMP = Hernia Umbilicalis: Mesh versus Primary suture) zijn driehonderd patiënten in binnen- en buitenland onderzocht. De helft van de onderzochte patiënten was aan de navelbreuk geopereerd met een hechting. De andere helft kreeg een matje ingebracht. Beide groepen werden twee jaar na de operatie gevolgd. De resultaten verschijnen binnenkort in het toonaangevende medische tijdschrift *The Lancet*. Ruth Kaufmann hoopt dit jaar op het onderzoek te promoveren aan de Erasmus Universiteit.

In de media verschenen de afgelopen jaren berichten over negatieve gevolgen van matjes bij verzakking van de bekkenbodem. Destijds waren er verhalen over patiënten met permanente pijn en weinig zicht op verbetering. Bij navelbreuken is dat risico op pijn minder. 'Daar liggen minder zenuwen dan bij de bekkenbodem en de lies. Rondom de navel is het gebruik van de matjes daardoor veel minder pijnlijk', aldus Kaufmann. Het onderzoek is uitgevoerd zonder subsidie van de bedrijven die matjes maken. Het gaat in dit onderzoek om kleine navelbreuken, met een diameter van 1 tot 4 centimeter. Bij grotere navelbreuken werd het voordeel van het gebruik van matjes al eerder aangetoond door onderzoekers van het Erasmus MC. In Nederland worden jaarlijks circa 4500 mensen geopereerd aan een navelbreuk.



DePuy Synthes

COMPANIES OF Johnson & Johnson

Sterile Implants

ONZE OK

Meekijken met Jeltsje Kootstra van ziekenhuis Tjongerschans in Heerenveen

Tekst: Marloes van Hoorn

Foto's (inclusief cover): Henk Veenstra (Henx)

Wij zijn trots op ...

... onze sfeer. Bij ziekte of afwezigheid worden diensten altijd onderling opgelost. We vormen een hechte groep en hebben het gezellig samen. Zo heb ik laatst samen met een collega en twee oogartsen een OK-eten-tje georganiseerd. Het thema was Route 66. Twee collega's zingen graag en traden op. Erg leuk! Daarnaast hebben we eens per jaar een OK-feest in een kroeg in Heerenveen. Iedereen kent elkaar persoonlijk want we zijn een vrij klein ziekenhuis. We hebben zes OK's en nog een OK voor dagopnames in Sportstad, het stadion van SC Heerenveen.

In Sportstad ...

... worden artroscopieën en pijnbehandelingen gedaan. Patiënten kunnen daar zowel narcose als spinale anesthesie krijgen. De materialen worden gesteriliseerd in het ziekenhuis en per koerier naar de OK in het stadion gebracht. Vuil materiaal gaat

per koerier weer terug. Er is een verkoeper in Sportstad. Omdat er maar op één OK wordt gewerkt, is er alle tijd en aandacht voor de patiënten.

's Ochtends ...

... houden we geen centrale briefing. Dat hoeft ook niet. We zien op het whiteboard waar we staan ingedeeld. Gedurende de dag schrijft de dagcoördinator er zaken bij, zoals wie komt aflossen en hoe laat de dokter beschikbaar is voor het middagprogramma. Boven het whiteboard hangt per OK een digitaal scherm met het OK-programma. Als alles is klaargelegd, bespreken we tijdens het wassen wie precies wat gaat doen. Soms wil iedereen assisteren. Dan loten we met een cijfer onder de tien. Tussentijdse mededelingen belt de dagcoördinator door naar de OK of hoor je als je een patiënt naar de holding brengt.

Assisteren ...

... doen we bij alle operaties. We hechten vaak de huid en verrichten het camerawerk bij laparoscopische ingrepen. Dat vind ik erg leuk om te doen. Momenteel is er een test met een robotarm die voorkomt dat je heel lang in dezelfde houding moet staan bij lange laparoscopische ingrepen. Ergonomisch gezien goed, maar ook

jammer. Dat betekent minder camerawerk voor ons. Ergonomie krijgt hier veel aandacht de laatste tijd. Behalve de robotarm hebben we wiebelmatten zodat je minder statisch staat bij lange OK's en een tillift op de verkoeper voor zware patiënten.

WIE: Jeltsje Kootstra

WAT: operatieassistent en specialismeoudste trauma

WAAR: ziekenhuis Tjongerschans in Heerenveen

WE HEBBEN EEN MOOI UITZICHT OVER DE STAD

De aflos ...

... rouleert: dit ben je 's morgens of 's middags. Voor zes OK's zijn er twee aflossen. Je bepaalt zelf wie je wanneer aflost voor koffie. Bij een klein programma leggen we de OK een halfuur stil. Op een bord in de OK staat geschreven welke materialen de instrumenterende op tafel heeft en hoeveel, zodat ook de aflos dit met de instrumenterende kan controleren. Niet het hele team wordt tegelijk afgelost; er moet altijd iemand van het OK-team aanwezig zijn tijdens de time-out en sign-out.

In de pauze ...

... eten we wat we van huis hebben meegenomen. In de koffiekamer, want dat is het gezelligst en kost de minste tijd. Chirurgie, holding, anesthesie: alles zit door elkaar. We hebben heel vaak traktaties bij de koffie. Ook tijdens de dienst nemen we ons eigen, warme eten mee. Alleen in het weekend of tijdens een onverwacht lange dag kan het dienstteam de portier of de keuken bellen voor een koelbox met eten.

Vaste stopmomenten ...

... zijn de time-out en de sign-out. Bij de time-out zie je de patiënt vaak vreemd opkijken als de arts vraagt wat we bij hem of haar gaan doen. 'Weten jullie dat nou nog niet?', zeggen ze dan. Daarom staat er sinds kort een voorlichtingsfilm op onze website met alle vijf de stopmomenten die een operatiepatiënt meemaakt in ons ziekenhuis.

Bijscholing ...

... krijgen we regelmatig van firma's. Dit is steeds na werktijd, om halfvijf. Tijdens de Anesthesiedagen hebben we ook altijd een programma. Op het Fries Leerplein, onze online leeromgeving, volgen we verplichte e-learningmodules en maken we toetsen. Soms doen we naar aanleiding van de theorie een toets in de praktijk. Voorbehouden handelingen zoals blaaskatheteriseren worden afgetekend door een van de vier operatieassistenten die toetsers zijn. We vragen hun dan om even mee te kijken. Naar congressen mogen we ook, maar deze zijn niet verplicht. Ik vind congressen erg leuk. Meestal zijn de praatjes interessant en vaak kom je wel collega's uit andere ziekenhuizen of oud-studiegenootjes tegen.

Specialiseren ...

... doen we niet. Daarvoor is het OK-complex eigenlijk te klein. Iedereen doet in principe alles, maar het gebeurt automatisch dat

je ergens vaker staat. Zelf ben ik specialismeoudste van de traumatologie. Ik sta ook vaak bij urologie omdat ik bevoegd ben voor het bedienen van de laser.

Roosters ...

... met het programma voor de volgende week hangen er op donderdag. Je kunt jezelf dan inschrijven bij de OK's. De dagcoördinatoren kijken de week erna op die lijst als ze het programma voor de volgende dag maken.

Logistiek medewerkers ...

... zorgen dat alles klaarstaat wat we nodig hebben op de OK. Als iets in de operatie verandert of we missen iets, zetten zij het klaar in de opdekrumte. Twee OK's hebben een eigen opdekrumte, de overige kamers delen een ruimte met één andere OK.

Werkoverleg ...

... hebben we één keer per maand met alleen de operatieassistenten. Na het werk, in een van de OK's. Als je die dag niet werkt mag je thuisblijven, maar anders wordt wel verwacht dat je er bent. Zo'n twee keer per jaar hebben we een verplichte thema-avond, waarbij ook de holding, verkoever, POS en CSA aanwezig zijn.

Doorlichten ...

... daar komt een röntgenmedewerker voor.

In de toekomst ...

... wens ik dat de sfeer zo blijft. In 2015 nog zijn de OK's verbouwd en opgefrist. Ze zijn modern en best wel groot. Het daglicht is behouden en we hebben een mooi uitzicht over de stad. Natuurlijk blijven er altijd wensen, maar we hebben niets te klagen. ■

Bekijk de film met stopmomenten op www.tjongerschans.nl/patiënten/patiënteninformatie/hoe-verloopt-een-operatie.

En kijk op www.meerlevenvoorjouwzorg.nl voor een videovacature op deze OK.

SAMEN STERK IN DE OK

Het platform voor iedereen die op de OK werkt! Met het laatste nationale en internationale OK-nieuws, blogs, vacatures, evenementen en een documentenbank. Kom in contact met collega's in binnen- en buitenland.

Doe mee met ons lezersonderzoek en maak kans op een dinerbon t.w.v. €100,-
Scan de QR-code:



WWW.OKVISIE.NL



Beroemde namen

SIR PERCIVALL POTT (1714-1788)

Percivall Pott was een zeer succesvolle en invloedrijke Engelse chirurg in de achttiende eeuw. Hij was een van de eerste artsen die medische aandoeningen beschreven. Sommige daarvan dragen zijn naam. Ook was hij de eerste die ontdekte dat kanker kan worden veroorzaakt door een bepaald beroep.

Tekst: Jeanine Stuart



Percivall Pott

De Engelse chirurg Percivall Pott werd geboren op 6 januari 1714 in Londen. Zijn vader, een notaris, stierf toen hij pas vier jaar oud was. Zijn moeder werd toen voor de tweede keer weduwe. Zij had een dochter, Elizabeth, uit haar eerste huwelijk met Houblon, een officier die stierf tijdens een gevecht in Lissabon. Dankzij zijn moeder en de bisschop van Rochester, Joseph Wilcocks, kreeg Pott een goede opvoeding. Op zevenjarige leeftijd ging hij naar een privéschool in Kent. Hij wilde eerst geestelijke worden, maar werd uiteindelijk op vijftienjarige leeftijd leerling bij Edward Nourse (1701-1761), een chirurg in het Londense St. Bartholomew's ziekenhuis.

Nourse onderwees anatomie en chirurgie voor het enorme bedrag van 200 pond. Gedurende zijn stage van zeven jaar prepareerde Pott kadavers voor demonstraties. Op deze manier verwierf hij heel veel kennis over anatomie en perfectioneerde hij zijn chirurgische techniek. Nourse liet zijn pupil ook operaties bijwonen. Daarnaast was Pott student bij William Cheselden, van wie werd gezegd dat hij de snelste operateur van het land was. Hij verrichtte een lithotomie in vier minuten. In 1736 deed Pott examen bij de Company of Barber-Surgeons, de voorloper van het Royal College of Surgeons, en slaagde met lof. Hij was nu arts.

KUNSTENAARS

Na zijn stage bleef Percivall Pott bij zijn leermeester Nourse om hem te assisteren in het St. Bartholomew's. Tegelijkertijd begon hij een eigen praktijk aan huis. Hij woonde samen met zijn halfzuster en zijn moeder, op wie hij buitengewoon gesteld was. Pas na haar dood trouwde hij, met Sara Cruttendon. Samen kregen ze vijf zoons en vier dochters. De eerstgeborene stierf al na vijf maanden.

In 1745 werd Pott assistent-chirurg. In hetzelfde jaar scheidde de chirurgie zich af van de barbiers en stichtten zij hun eigen genootschap, de Company of Surgeons. In 1749 werd Percivall chirurg in

het St. Bartholomew's. Hij bleef tot aan zijn pensioen in 1787 in dit ziekenhuis, waar hij onder anderen beroemde kunstenaars en acteurs behandelde, zoals de aan jicht lijdende acteur David Garrick. Daarnaast hield hij – in die tijd gebruikelijk – zijn eigen praktijk aan.

Pott introduceerde belangrijke vernieuwingen. Ook deed hij zijn best het veelvuldige branden (cauter) af te schaffen. Daarbij vielen destijds veel doden.

ONGELUK

Op een koude januariochtend in 1756 reed Pott visite te paard. Hij werd van het paard geworpen en brak zijn distale tibia. Het was een open fractuur en hij zag meteen de ernst van de situatie in. Hij weigerde verplaatst te worden totdat er een geschikt voermiddel was gevonden. Twee mannen

Enkele aandoeningen verbonden aan Percivall Pott

Pott's disease: tuberculose van het ruggenmerg.

Pott's puffy tumor: abces.

Pott's fracture: enkelfractuur.

met palen schoten hem te hulp. Pott liet hen ook een deur op de palen bevestigen, en werd zo naar huis gebracht.

De chirurgen in het ziekenhuis maakten alles gereed voor amputatie, destijds de aangewezen behandeling voor dit type letsel. Deze ingreep leidde veelal tot sepsis en de dood, maar Pott had geen keus en ging akkoord. Op dat moment kwam Nourse binnen en adviseerde tractie. Dit werkte en de fracturen genazen zonder complicaties. De techniek werd verder verfijnd en werd de standaardbehandeling bij open fracturen. Hierdoor daalde het aantal amputaties aanzienlijk. Deze fractuur van het onderbeen werd bekend als Pott's fracture.

SCHOORSTEENVEGEN

In 1775 merkte Pott dat veel schoorsteenvegers zweren op hun scrotum hadden. In tegenstelling tot collega's dacht hij niet aan een venerische ziekte, maar aan een soort huidkanker. Hij ontdekte dat zich in de rand van het scrotum veel roet bevond. Door zijn documentatie – waarin hij sprak over chimney sweeper's carcinoma – werd duidelijk dat kanker een externe oorzaak kon hebben. Dit kan beschouwd worden als het eerste epidemiologische onderzoek, een medische mijlpaal. Potts schoonzoon James Earle, ook een chirurg, onderschreef de conclusie van Pott; hij ontdekte dat tuinlieden die roet gebruikten om naaktslakken te verdelgen, huidcarcinoom aan hun handen ontwikkelden.

Potts publicatie leidde mede tot de Chimney Sweepers Act van 1788, waarin staat dat kinderen onder de acht jaar niet mogen werken als schoorsteenveger. Er kwam een roep om het schoorsteenvegen te vervangen door mechanische apparatuur. Verzekeringsmaatschappijen en huiseigenaren waren echter van mening dat een carcinoom een kleine prijs was voor het beschermen van veel mensen tegen rook en schoorsteenbranden. De publicatie van Pott leidde wel tot belangstelling voor preventieve maatregelen bij werkgerelateerde ziekten. Pott was actief lid van de Company of Surgeons en klom op in de hiërarchie. In 1753 werd hij gekozen als een van de eerste Masters of Anatomy. Drie jaar later werd hij benoemd in de Court of Examiners. In 1765 werd hij Gouverneur of the Company of Surgeons.

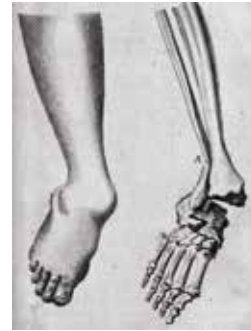
AANDACHT

Scholing van patiënten vond Pott erg belangrijk. Hij distribueerde pamfletten waarin hij zijn waarnemingen beschreef. Ze gingen over hoofdletsels, hydroceles, fistels en fracturen. Deze pamfletten waren zeer gewild en werden verkocht voor 1 shilling en 6 pence. Tussen 1760 en 1770 circuleerden er meer dan veertien soorten pamfletten. Pott verwierf veel roem door de aandacht die hij voor zijn patiënten had. Mede daarom wordt hij beschouwd als een van de twee grootste chirurgen van de achttiende eeuw, samen met zijn student John Hunter.

Hij werd ook gezien als een mentor. Artsen en chirurgen mochten bij hem wonen als ze bij hem ervaring wilden opdoen. Potts schoonzoon James Earle schreef dat de chirurgie van Pott ontdaan was van het grootste deel van de gruwelverhalen; het was eigenlijk een aan-



Percivall Pott ontdekte dat zich bij schoorsteenvegers met zweren vaak roet aan de rand van het scrotum bevond.



Deze fractuur van het onderbeen werd bekend als Pott's fracture.



Percivall Pott schreef vele boeken.

genaam vakgebied. Earle was ook opgeleid in St. Bartholomew's en werd bekend door zijn vaardigheid in de lithotomie.

PUBLICATIES

Percivall Pott schreef veel artikelen en boeken. Hij begon ermee in 1756, het jaar dat hij gedwongen rust moest houden vanwege zijn fractuur. Hij schreef over de oorzaken en behandeling van hernia's en over tuberculose van de wervels. Tussen 1756 en 1782 verschenen veertig publicaties onder zijn naam. Vele werden ook vertaald in het Frans, Duits, Nederlands en Italiaans. Het in 1769 gepubliceerde *Some Few Remarks upon Fractures and Dislocations* was zeer succesvol in Engeland en Frankrijk.

Op 11 december 1788 kwam Pott in slecht weer terug van een ziekenbezoek en vatte kou. James Earle probeerde hem ervan te overtuigen dat hij een tweede bezoek aan hem moest overlaten. Gedurende Earles afwezigheid legde Pott toch ziekenbezoek af in Londen. Zijn conditie ging achteruit en op 22 december stierf hij aan de gevolgen van een pneumonie. Op 7 januari werd hij begraven in het koor van St. Mary's. ■

BRONNEN

- www.whonamedit.com
- www.britannica.com
- www.jurology.com
- Wikipedia
- Wikisource.org

Snel en doeltreffend labels printen op de OK en anesthesieafdeling

‘FOUTEN IN MEDICATIETOEDIENING HELPEN VOORKOMEN’

Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) blijkt uit onderzoek dat in Nederland nog te vaak vermijdbare fouten worden gemaakt met geneesmiddelen, zoals toediening van het verkeerde medicijn of onjuiste dosering. Het zorgvuldig labelen van medicatie, met ruimte voor een dubbelparaaf op het label, kan de medicatieveiligheid verbeteren.

Het voorkomen van fouten bij het toedienen van medicijnen blijft een hot issue. Correcte medicatielabeling speelt een belangrijke rol in dit verbeteringsproces. Om hieraan bij te dragen heeft Brother al enkele jaren een thermische labelprinter in het assortiment die bij uitstek geschikt is voor het labelen van injectiespuiten en spuitpompen op de OK en anesthesieafdeling.

De labels bieden ruimte voor een dubbele paraaf door twee verschillende medewerkers. Hiermee komt het tegemoet aan het protocol dubbelcheck medicatie.

MEDICATIEVEILIGHEID

Peter Rood van Brother vertelt: ‘OK en anesthesiemedewerkers zijn verplicht om een dubbelcontrole uit te voeren op medicatie. De Brother TD-2130N labelprinter is zo te programmeren dat alle benodigde informatie die nodig is voor medicijn labels geprint kan worden. Uiteraard is er ook een ruimte voor de verplicht dubbele paraaf.

Deze structurele controle kan helpen om fouten in medicatietoediening te voorkomen. De Brother labelprinter bevat 99 labelformats en de mogelijkheid om voorkeurslabels in te programmeren.

Rood: ‘Steeds meer ziekenhuizen hebben dit model naar tevredenheid in gebruik. Daarbij zie ik dat zij er vaak voor kiezen om de labels voor de top 10 of top 20 meest gebruikte medicatie voor te programmeren. Deze staan dan onder voorkeurstoetsen of zijn op naam van het geneesmiddel op te zoeken.’

Zorgvuldige medicatietoediening blijft voor ziekenhuizen een hot issue, verneemt Rood van diverse OK- en anesthesiemedewerkers. De dubbelcontrole op medicatie is een verplichting waarop de Inspectie ook controleert.





STAND-ALONE DANKZIJ BATTERIJ

Een ander groot voordeel van de labelprinter is dat deze niet alleen op netstroom werkt, maar ook op een oplaadbare batterij. Rood: 'Daardoor is de printer mobiel inzetbaar op elke gewenste plek, wat natuurlijk essentieel is voor gebruik op de OK en de anesthesieafdeling.'

LCD-SCHERM

Verder bevat het model een los te monteren LCD-scherm met touchpanel, waardoor er uit het geheugen (dus zonder computer of tablet) snel een grote hoeveelheid labels geprint kan worden. Het LCD-scherm is makkelijk te bedienen en goed leesbaar. Via het gekoppelde touchpanel met 28 voorkeurstoetsen, heeft men met één druk op de knop het gewenste medicijn label. Het is tevens mogelijk om verschillende medicijn labels die nodig zijn voor een specifieke operatie, onder één toets te programmeren (One touch, print all).

BARCODEPROTOCOLLEN

Dankzij de ondersteuning van de meeste barcodeprotocollen is de labelprinter ook goed inzetbaar voor andere labeltoepassingen binnen de gezondheidszorg, zoals in het laboratorium, de apotheek en aan het bed van de patiënt.



Voor meer informatie over de nieuwe labelprinter TD-2130N van Brother, Zie www.brother.nl/medische-labels, of neem contact op met Peter Rood, account manager Brother, e-mail p.rood@brother.nl, mobiel 06 22465500.

brother[®]
at your side

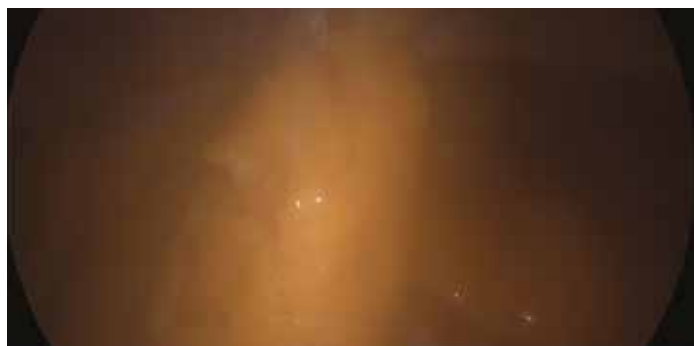
VOORVERWARMDE OPTIEK VERMINDERT LENSCONDENSATIE

Ziekenhuizen doen elk hun eigen pogingen om lenscondensatie tijdens laparoscopische ingrepen te verhelpen. Maar welke methode werkt nu het beste? Het Radboudumc legde twee methoden naast elkaar en concludeert: een thermoskan met warm steriel water werkt beter dan anticondensdoekjes.

Tekst: Ronald Schulte,
operatieassistent,
Radboudumc

Een beslagen optiek kan laparoscopische ingrepen verstoren en compliceren (afbeelding 1A + 1B). Ziekenhuizen gebruiken verschillende methoden om dit probleem te tackelen, vaak gebaseerd op ervaring en cultuur en niet op evidence. In het Radboudumc gebruiken we twee manieren om het beslaan van de optiek tegen te gaan: warm steriel water of een doekje met anticondensmiddel. Samen met mijn collega's heb ik onderzocht welke methode tot het beste resultaat leidt.

De oorzaken van lenscondensatie zijn niet helemaal duidelijk. De meest geaccepteerde theorie is dat de condensatie – ook wel intra-abdominale condensvorming of laparoscopic lens fogging genoemd – ontstaat door het temperatuurverschil tussen de koude lens en de warme buikholte, gecombineerd met de luchtvochtigheid in de buik; deze is met minimaal 85 procent veel hoger dan die in de operatiekamer. Figuur 1 maakt duidelijk wat de relatie is tussen de temperatuur van de lens en de vochtigheid in de buikholte bij proefdieren. Is de laparoscoop warm genoeg of heeft de vochtigheid geen invloed op de lens, dan is er volgens de grafiek sprake van helder zicht.



Afbeelding 1A + 1B Een beslagen scooplens vertroebelt het beeld.

CONDENS TE LIJF

Voor het bestrijden van lenscondensatie zijn de volgende methoden bekend:

- De laparoscoop verwarmen. In Nederland gebeurt dit meestal in een thermoskan met warm steriel water. Er zijn ook systemen op

- de markt waarbij de hele scoop in een warm bad wordt gelegd.
- Speciale anticondensproducten gebruiken. Er zijn verschillende merken steriele doekjes, sponsjes en flesjes op de markt. Deze bevatten een vloeistof die je op de lens aanbrengt. De film die daardoor ontstaat verlaagt de oppervlaktespanning van de tip van de lens, wat condensatie vermindert. Een methode die ook wordt beschreven is het dopen van de lens in Betadine-jodium, met hetzelfde doel. Hoewel Betadine ruim voorradig is op de operatiekamer, is de bruine kleur nadelig. Daardoor kleurt de lens bruin en raakt het beeld vertroebeld.
 - De laparoscopie modificeren. Bijvoorbeeld met apparatuur als de FloShield, een disposable schild dat over de scoop wordt geschoven. Op dit schild is een systeem voor CO₂-toevoer bevestigd. De CO₂-werveling op de tip van de lens gaat lenscondensatie tegen. Kijk voor meer informatie op: <https://youtu.be/QNXzjTZvY4>.
 - Een mengvorm van deze drie methodes toepassen. Het disposable Clearify Visualization System gebruikt warmte samen met een anticondensmiddel. Kijk voor meer uitleg op: <https://youtu.be/eCf3rHN1wyc>.

ONDERZOEKSOPZET

In de literatuur heb ik niet kunnen vinden welke van de genoemde methodes het beste werkt. Daarom heb ik samen met collega's van het Radboudumc zelf onderzoek gedaan. We hebben de methoden die wij gebruiken vergeleken: een steriel doekje met anticondensmiddel (afbeelding 2) en een thermoskan met warm steriel water (afbeelding 3).

Begin 2016 deed ik een onderzoeksvoorstel bij dr. Langenhuijsen, uroloog in het Radboudumc. Samen hebben we vervolgens een onderzoeksgroep opgericht en een voorstel geschreven voor de Commissie Mensgebonden Onderzoek, de commissie die toetst of een onderzoek voldoet aan alle wettelijke bepalingen.

De primaire uitkomstmaat van het onderzoek was het aantal gevallen van condensvorming in dertig minuten. Daarnaast hebben we ook naar de kosten en operatieduur gekeken. Het onderzoek heeft



Afbeelding 2 De anticondensdoekjes die in het onderzoek werden gebruikt.

gerandomiseerd plaatsgevonden onder vijftig patiënten bij wie electief een laparoscopische donornefrectomie werd uitgevoerd. Bij de helft van de patiënten werden de doekjes gebruikt, bij de andere helft warm steriel water. Tijdens de preoperatieve briefing werd blind een envelop getrokken en werd aan de operateurs meegedeeld welke techniek moest worden gebruikt. Het onderzoek vond plaats bij één soort ingreep met dedicated teams. Iedereen was dus uitstekend op elkaar ingespeeld.

WERKWIJZE

Bij het verwarmen van het steriele water gingen we als volgt te werk. We plaatsten



Afbeelding 3 De scoop werd verwarmd in een thermoskan met steriel warm water.

500 milliliter drie minuten in de magnetron bij 1000 Watt. Eerder had ik met een laserthermometer vastgesteld dat het water dan een temperatuur heeft van gemiddeld 74,6 °C. In de thermoskan plaatsten we een steriel gaas om de scoop te beschermen. Vervolgens vulden we de kan met het warme water en plaatsten we de optiek er direct in. De kan dekten we af met een disposable seal zodat het water niet te veel afkoelde. Na minimaal vijftien minuten in de thermoskan bereikte de scooptip een temperatuur van gemiddeld 44 °C. Bij deze temperatuur heb je altijd helder zicht, ongeacht de luchtvochtigheid (figuur 1). Het steriele water was na negentig minuten nog steeds gemiddeld 65 °C. Als de lens besloeg werd de scoop uit de trocar gehaald, tien seconden in de thermoskan gehouden, drooggeveegd met een steriel gaas en opnieuw ingebracht in de trocar.

Voor de tweede methode werkten we met anticondensdoekjes van Reso-Clear. De doekjes werden gebruikt als de incisie van de fascie van de eerste trocar werd gemaakt. Dit is in de praktijk tien seconden voor de eerste introductie van de scoop in de trocar. Als de lens besloeg werd de scoop uit de trocar gehaald en werd het doekje opnieuw gebruikt. Vervolgens werd tien seconden gewacht zodat het middel kon intrekken, zoals op de verpakking geschreven staat.

Voor dit onderzoek was de temperatuur in de operatiekamer standaard 20 °C en die van de Bair Hugger 43 °C. De lichtbron was een standaard D-light P (Karl Storz) op stand 30. De genoemde parameters konden worden aangepast als de situatie daarom vroeg. We gebruikten steeds dezelfde laparoscopietoren, namelijk een Storz Spiesplatform, met als instellingen: CO₂-druk 12mm Hg en 'high-flow'.

Medisch studenten werden getraind om als onafhankelijk observator te kunnen turven hoe vaak de scoop tijdens de ingreep uit de trocar werd verwijderd. Zij bewaakten de genoemde parameters en noteerden elke verandering. Ook legden ze vast of er sprake was van condens dan wel vuil (beslag zoals bloed of vet). Ze begonnen met meten

als de scoop voor het eerst in de trocar werd geïntroduceerd en gingen hier een halfuur mee door. We hebben voor deze periode gekozen omdat tijdens het eerste halfuur van de operatie de meeste lenscondensatie optreedt.

RESULTATEN

Van de studiegroep van vijftig patiënten was de gemiddelde leeftijd 53,8 jaar en de gemiddelde Body Mass Index 26,5. In totaal werden 45 patiënten links geopereerd en vijf rechts. De temperatuur op de operatiekamer en de instellingen van de laparoscopietoren bleven bij alle patiënten constant, net als de Bair Huggerstand. De lichtbron werd bij 44 procedures (88 procent) op dezelfde stand gehouden. Bij de overige zes procedures varieerde de lichtsterkte van 20 tot 80.

Condensvorming

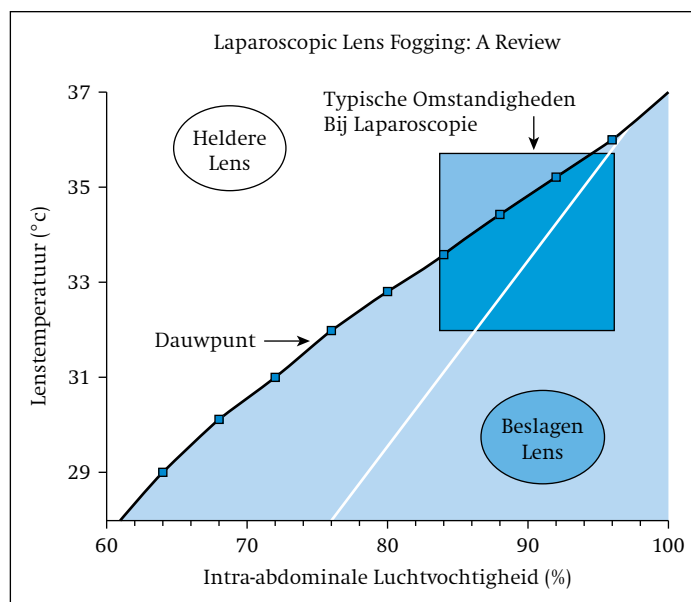
In de warmwatergroep kwamen veel minder gevallen van condensvorming voor dan in de groep met anticondensdoekjes (figuren 2 en 3). Opvallend is dat bij twintig procedures in de warmwatergroep (80 procent) helemaal geen lenscondensatie optrad, terwijl dit in de andere groep bij acht procedures het geval was (32 procent).

Operatieduur

De operatieduur bij de twee groepen was vrijwel gelijk: gemiddeld 131 minuten (116-147 minuten) van huid tot huid in de warmwatergroep en 132 minuten in de doekjesgroep (115-149 minuten).

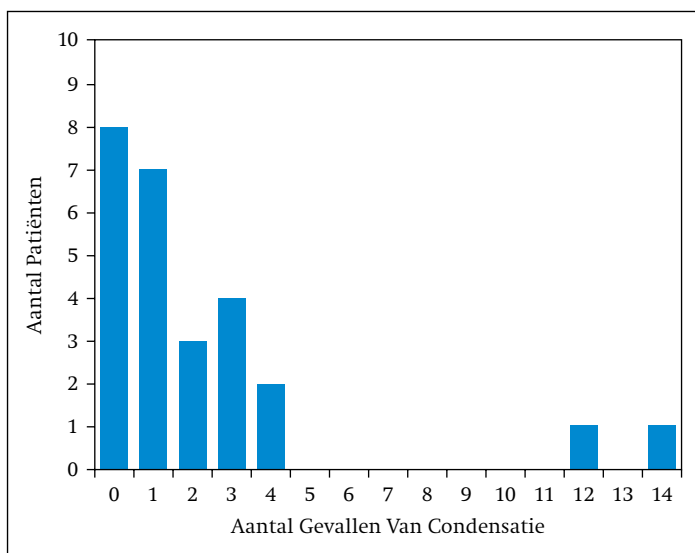
Kosten

De kosten voor de doekjes zijn voor ons ziekenhuis € 1,09 per stuk. Per operatie heb je één doekje nodig. Voor de warmwater-

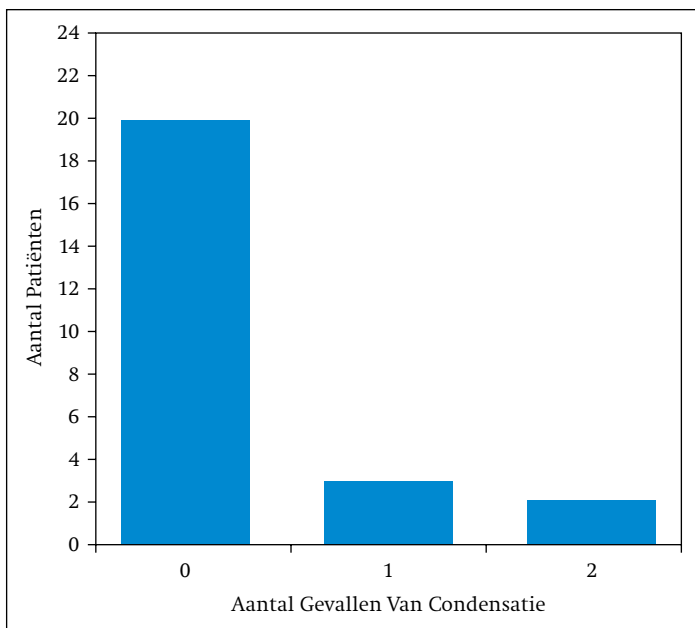


Figuur 1 De relatie tussen de temperatuur van de lens en de vochtigheid van de buikholte bij proefdieren (Flemming et al 1996).

groep komen de kosten op totaal € 4,62. Dit is als volgt berekend. Steriel water kost € 0,89 per fles. Extra kosten zijn nog de disposable seals die we gebruiken om de thermoskan af te dekken en afkoeling te voorkomen. Deze kosten € 3,73. Verder moet je nog rekening gehouden met de eenmalige aanschaf van de herbruikbare thermoskan à € 165,-. Deze is bij ons geplaatst in de set met algemene laparoscopische basisinstrumenten. Als je de gemiddelde huurkosten van een operatiekamer (€ 700 per uur) beschouwt, zijn de kosten van de twee verschillende anticondensmethoden te verwaarlozen.



Figuur 2 Resultaten van de Reso-Cleargroep.



Figuur 3 Resultaten van de groep met warm steriel water.

DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

In deze studie hebben we twee gangbare methodes vergeleken die lenscondensatie beogen tegen te gaan. Het blijkt dat warm water condensatie beter voorkomt dan anticondensedoekjes, gemeten tijdens de eerste dertig minuten van een laparoscopische donornefrectomie. Opvallend was het grote aantal ingrepen waarbij helemaal geen verwijdering van de scoop nodig was, vooral in de warmwatergroep. Hierdoor hoefde de operatie niet te worden onderbroken, wat gemakkelijker en veiliger werkte.

Beide methoden brachten verwaarloosbare kosten met zich mee en verschilden niet significant in operatietijd. Bij het gebruik van warm water hebben operatieassistenten wel meer werkzaamheden te verrichten. Ze moeten het water dat uit de magnetron komt temperen, want niet alle magnetrons gebruiken hetzelfde wattage. Ook moeten ze uitzoeken hoe snel de tip van de scoop in het water opwarmt. Voor de gewenste helderheid is immers een temperatuur van boven de 37 °C nodig (figuur 1). Verder moeten operatieassistenten zich ervan bewust zijn dat het warme water in de thermoskan lichte brandwonden kan veroorzaken.

Er zijn onlangs studies gepubliceerd die een aantal methodes met elkaar hebben vergeleken (Bendifallah et al. 2018; Drysch et al. 2016). In die studies waren veel vaker scoopverwijderingen dan in onze studie. Dit is deels te verklaren uit het feit dat wij slechts de eerste dertig minuten hebben gemeten. Volgens de literatuur geeft deze periode de meeste kans op lenscondensatie. Het is onze voorlopige aanbeveling warm water te gebruiken. Voor een completer beeld is een vervolgstudie echter noodzakelijk. Hierin zouden de methode die wij onderzocht hebben en de eerder beschreven methoden met elkaar vergeleken moeten worden onder dezelfde omstandigheden. Hierdoor zouden we lenscondensatie nog beter kunnen voorkomen.

BRONNEN

De literatuurlijst bij dit artikel is op te vragen door te mailen naar: okoperatieeel@y-publicaties.nl. ■

Pieter Buijsman wint Young Professional Award 2018

Alweer voor de derde keer werd tijdens het IVO Congres de Young Professional Award uitgereikt. Dit is een initiatief van de firma Van Straten Medical te Nieuwegein. Op donderdagmiddag 8 maart waren er drie geweldige presentaties: op hoog niveau van recent gediplomeerde collega's.

- Wat heeft het lawaai bij het inbrengen van een totale knieprothese voor invloed op het gehoor van de medewerkers op de OK?
- Het dragen van dubbele handschoenen bij bepaalde gynaecologische operaties is aan te raden.
- Wat is het effect van deurbewegingen tijdens een operatie?

Het was voor de leden van de commissie-Onderwijs en Ron op de Weegh van Van Straten Medical een zware taak om een winnaar aan te wijzen. Tenslotte werd unaniem tot winnaar uitgeroepen: Pieter Buijsman uit het Westfries Gasthuis in Hoorn.

Uit zijn onderzoek kwam de aanbeveling tijdens deze ingreep gehoorbescherming te dragen. Pieter ging naar huis met een mooie Award en een geldbedrag van € 250,-



Wegens omstandigheden lees je het uitgebreide congresverslag in OK Operationeel nr 2.

LVO-INFORMATIE

Ger Creemers, voorzitter, voorzitter@lvo.nl

Hennie Mulder, penningmeester en redactiecoördinator
OK Operationeel operationeel@lvo.nl en
penningmeester@lvo.nl

Jeanine Stuart, secretaris en bestuurslid Opleiding & Scholing
secretaris@lvo.nl en onderwijs@lvo.nl

Nicole Dreessen, bestuurslid Beroepsbelang Kwaliteit &
Veiligheid beroepsbelang@lvo.nl

Monique de Kort, bestuurslid Congres, congres@lvo.nl

Jurrien Jongbloed projectleider communicatie
prvoorlichting@lvo.nl

Lid worden van de LVO?

<https://lvo.nl/lidmaatschap/>
inschrijven

Lidmaatschap opzeggen

Dit dient voor 1 oktober te
gebeuren.

[https://lvo.nl/lidmaatschap/
opzeggen](https://lvo.nl/lidmaatschap/opzeggen)

Ledenadministratie

ledenadministratie@lvo.nl



Toe aan verdieping en verbreding als operatieassistent?

De LVO is op zoek naar een enthousiast lid onderwijscommissie. Vind je het leuk om de deskundigheid van de LVO-leden te bevorderen en mee te denken over onderwijsactiviteiten? Dan zijn we op zoek naar JOU!

Wat zijn de doelstellingen van de onderwijscommissie?

- Organiseren van diverse bij- en nascholingsactiviteiten, voor zowel studenten als gediplomeerde operatieassistenten.
- Meewerken aan het ontwikkelen van landelijke richtlijnen.

Wat levert het je op?

- Je leert de beroepsvereniging goed kennen.
- Je ontwikkelt organisatorische en communicatieve vaardigheden.
- Je zult daadwerkelijk iets kunnen betekenen voor je collega's.

De huidige onderwijscommissie bestaat uit:

- Jeanine Stuart, praktijkcoördinator OKC BovenIJ Ziekenhuis,
- Rina Kuijl, operatieassistent Rode Kruis Ziekenhuis,
- Anneloes ten Brink, operatieassistent en floormanagement Ziekenhuis Amstelland,

Wil je meer weten? Mail dan met Jeanine Stuart: onderwijs@lvo.nl.

Professionalisering op de OK: AORN-richtlijnen

De Nederlandse operatieassistenten zijn hard op weg naar een internationaal erkend niveau. De opleiding gaat langzaam maar doelgericht richting een vierjarige hbo-opleiding op bachelorniveau. Door een combinatie met de bachelor Verpleegkunde of Medische Hulpverlening kunnen afgestudeerden zich inschrijven in het BIG-register. Internationaal gezien is een bachelorgraad en BIG-registratie een voorwaarde voor herkenning en erkenning.

Met het oog op verdere professionalisering volgens internationale standaarden heeft de IVO contact gelegd met AORN, dé organisatie voor de OK in de Verenigde Staten. Als 's werelds grootste professionele vereniging beschikt AORN over een professioneel bureau dat richtlijnen ontwikkelt van hoog niveau. Hun uitgebreide assortiment richtlijnen heeft ons beroep in Amerika nog beter op de kaart gezet en geprofessionaliseerd. Ze ondersteunen de scholing en dragen bij aan optimale resultaten in de zorg. Bij het ontwikkelen van deze richtlijnen wordt altijd gebruikgemaakt van uitgebreide evidence, met oog voor de praktische tools en implementatie. Ze zijn in het Engels opgesteld en in alle landen goed bruikbaar.

Wij willen de evidence-based AORNA-richtlijnen graag in Nederland gebruiken. Te denken valt aan richtlijnen over positi-



Ontmoeting tussen AORN en IVO-delegatie over het delen van de Amerikaanse richtlijnen.

oneren, elektrochirurgie, röntgenstraling, chirurgische rook, lasers en bloedleegte.

Gebruik van internationale richtlijnen is een relatief eenvoudige manier om kennis en kwaliteit naar Nederland te halen en hier de kwaliteit van opleidingen, lesmateriaal, e-learningmodules, ziekenhuisprotocollen en ons beroep op internationaal niveau te brengen. We roepen operatieassistenten, praktijkopleiders, kwaliteitsfunctionarissen en opleidingsinstituten dan ook op de nieuwe richtlijnen straks toe te passen. Zo professionaliseren we ons beroep verder met een internationaal elan.

Bijeenkomst opleidingsinstituten was een succes

De IVO heeft voor de tweede keer een bijeenkomst georganiseerd voor de opleidingsinstituten in Nederland. Deze vond plaats op 6 februari en was wederom een succes. Vrijwel alle opleidingsinstituten waren aanwezig, evenals het College Zorg Opleidingen en de Nederlandse Vereniging van Leidinggevenden Operatieafdeling (NVLO). De firma Van Straten Medical was zo vriendelijk haar ruimte ter beschikking te stellen.

Projectleider Irma de Vries gaf een presentatie over een nieuw te starten opleiding bij de HAN. Hierin zal de in-serviceopleiding operatieassistent/anesthesiemedewerker zijn geïntegreerd met de bachelor Medische Hulpverlening. Het beste uit beide opleidingen blijft behouden. Er zijn bijeenkomsten geweest met mensen uit het veld; hun opmerkingen zijn meegenomen en er zal binnenkort weer een evaluatiemoment zijn.

Maurice Heck van het Capaciteitsorgaan vertelde over de ramingen die zijn instelling maakte voor de FZO-beroepen (FZO = Fonds

Ziekenhuisopleidingen), dus ook het beroep operatieassistent. Het orgaan heeft een enquête gehouden in de ziekenhuizen en heeft experts geraadpleegd. Conclusie: er worden te weinig operatieassistenten opgeleid in Nederland. Bovendien is de uitval vrij hoog. Als er niets verandert, zullen de tekorten blijven. Het Capaciteitsorgaan brengt hierover advies uit aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Tot slot hield Paul Meijns een presentatie over scholing en landelijke richtlijnen. De IVO maakt deel uit van internationale netwerken en heeft bijvoorbeeld contact met de Amerikaanse vereniging voor operatieassistenten AORN (zie ook hiervoor in het IVO-nieuws). Deze heeft veel richtlijnen. Waarom zouden we daar geen gebruik van maken? Er is een start gemaakt met de richtlijn 'Positioneren'. Deze is vertaald en zal nu worden bewerkt zodat hij bruikbaar wordt in Nederland.

Op 6 april organiseert de NVLO een bijeenkomst met als thema 'duurzaam opleiden'.

ACTIEPLAN WERKEN OP OK

De zorg krijgt 320 miljoen euro om de personeelstekorten in 2022 naar nul te reduceren en om de huidige werknemers in de zorg te behouden. Dat zijn mooie geluiden uit Den Haag, maar hoe concreet wordt dit voor ons als medewerkers van de OK? Wie gaat onze belangen vertegenwoordigen in het actieplan 'werken in de zorg'?

Ruim een jaar geleden organiseerde OK Visie een debatavond over de personeelstekorten op de OK, waarin duidelijk werd dat er geen pasklare oplossing is, maar dat samenwerking op regionaal niveau tussen ziekenhuizen een belangrijke stap in de goede richting is. Met name het maken van afspraken over opleidings- en stageplaatsen is cruciaal. De NVZ zou hier een coördinerende rol in moeten spelen. Nu, ruim een jaar later, maken de LVO en OK Visie de balans op.

De LVO constateert dat de uitstroom van gediplomeerde operatieassistenten nog steeds veel te laag is om aan de vraag te voldoen. En niet alleen operatieassistenten, maar ook het aanbod anesthesiemedewerkers is nog steeds veel te laag om aan de toekomstige vraag te voldoen. Daarnaast is de bekendheid van de beroepen op de OK bij de jeugd een punt van aandacht. Hoog tijd voor een landelijke campagne en een (eigen) actieplan 'werken op de OK'.



Foto: Shutterstock

De komende maanden gaan OK Visie en de LVO hun plannen, in het licht van het landelijke actieplan 'werken in de zorg', verder concretiseren, en ze hebben hierbij jullie hulp hard nodig. Ook de andere beroepsverenigingen (NVAM, NVLO en BRV) zullen betrokken worden bij de uitwerking van ons actieplan. We willen de nadruk leggen op 'samen', want hier ligt onze kracht en het succes van onze acties! We willen graag met jullie in gesprek hierover.

EORNA Congress 2019

Dear Perioperative Colleagues,

On behalf of EORNA and its Organising Committee, it is a great pleasure for us to invite you to attend the 9th biennial congress of the European Operating Room Nurses Association. The congress will be held in The Netherlands in the beautiful city of The Hague from 16 to 19 May 2019. It will be a great moment bringing together all committed nurses, leaders and perioperative professionals.

The scientific program will offer delegates a wide range of innovative and interesting topics, with oral presentations, poster sessions and workshops. During the last congress held in Greece in 2017, EORNA welcomed delegates from over forty countries. It is a huge opportunity to learn and to share knowledge with colleagues from around the world.

The congress theme is 'On The Move'. With this title we indicate that our profession is constantly moving forward to enhance perioperative care, with more advanced technology for quality and safety of patient care in operating theaters. All these developments require the attention and commitment of the entire

surgical team. Besides that, it is not only the operating room environment which is moving, but also the world around us. Thus, we know how essential it is to have up-to-date knowledge and to be prepared for any eventuality.

The Dutch Association LVO is very proud to host the 9th EORNA Congress in The Netherlands and to organise a warm welcome for all delegates. We are sure to offer you a fantastic and unforgettable congress.

So, join us in The Hague. We look forward to seeing you there!



May Karam, EORNA President



Henk Folkertsma, Chair of the Organising Committee



Jaana Perttunen, Chair of the Scientific Committee

Het juiste instrument voor de toekomst!

Kijk voor meer informatie op lvo.nl!

ORGANISATIE



Als enige beroepsorganisatie voor operatieassistenten kunnen we zorgen voor:

- CAO bemiddeling
- gehoord worden
- (inter)nationale contacten
- lid van EORNA

VOORDELEN



- korting congres
- gratis liveoperatie.nl
- korting vakbond
- boekenreeks
- praktische middelen en ondersteunende tools

ERKENNING



Wij werken aan erkenning! Hoe groter de groep, hoe groter de invloed op o.a.:

- BIG-register
- bevorderen kwaliteit en veiligheid perioperatieve zorg

HET JUISTE INSTRUMENT VOOR JE TOEKOMST !



KENNIS



Wij helpen je kennis op peil te houden met:

- professionele ontwikkeling
- kennisforum
- netwerken
- overzicht scholing

SCHOLING



Wij zorgen voor een erkende opleiding en geaccrediteerde scholing:

- kwaliteitsregister
- vervolg NLQF 6
- zitting in opl.commissie CZO
- accreditatie

INFORMATIE



Wij informeren je over de laatste ontwikkelingen:

- vakblad
- nieuwsbrief
- website
- sociale media
- contact met elkaar

BELANGEN



Wij hebben de connecties en kennis om te ondersteunen als vraagbaak bij:

- richtlijnen/normen
- juridische ondersteuning
- arbeidszaken
- conflicten

Thomas Kerres werkte als operatieassistent
in Zwitserland

VAN DE ENE VERBAZING IN DE ANDERE (DEEL 2)

Operatieassistent Thomas Kerres bleef zich verwonderen toen hij in Zwitserland aan de slag ging. Over zijn avonturen heb je kunnen lezen in 'OK Operationeel' nummer 4 2017. In dit tweede en laatste deel vertelt hij over de verrassende werkwijze op Zwitserse OK's.



Foto: Shutterstock

Andere landen, andere gewoonten. Dat had ik al begrepen. Maar wat dacht je van spoedoperaties in de onsteriele berging – ook de doorgang naar het steriele hok – tussen de dozen Ringer-vloeistof. Nood breekt wet, zou je zeggen, maar ik voelde mij niet op mijn gemak als een patiënt met een peperdure privéverzekeringspolis daar lag voor een keizersnee. Lekker hoor, zo tussen de dozen, en gezellig met al die mensen die spullen kwamen halen. Vooral leuk als we op dat moment bezig waren met het klaarzetten voor de volgende dag. Zo sta je als patiënt nog eens helemaal in het middelpunt van de aandacht.

Dan het gebruik van hypermoderne apparatuur. Ik kwam op een ochtend op de OK en vroeg mijn collega's of je in Zwitserland wél een radio op de kamer mocht meenemen. Ze hadden immers een oubolig geel kastje met grote zwarte draaiknoppen op een tafel klaargezet. Ik werd verbouwereerd aangekeken en iemand zei diep beledigd: 'Dit is toch geen radio, dit is onze doppler!' Uit 1890, denk ik.

DEPPEN DEPPEN DEPPEN

Ook verrassend vond ik de preoperatieve desinfectie van de huid. Je móét alles altijd drie keer poetsen. Daar heb je normaal gesproken minstens drie steriele deppers en minstens één korentang voor nodig. Voor de zekerheid willen sommige Zwitserse artsen, vooral orthopeden, graag een vierde keer poetsen. Stel je voor dat je één bacterie mist. In één ziekenhuis moest met een vijfde depper gedrenkt in desinfectiemiddel heel precies een streep gemaakt worden op de plaats van de aanstaande incisie. Net een schilderij.

Een heel lieve vriendin van mij, die in een Zwitserse privékliniek voor gynaecologie werkte, wist me het volgende verhaal te vertellen. Voor een vaginale ingreep heb je daar – je raadt het al – acht deppers nodig. Met drie deppers wordt uitwendig gepeetst en drie deppers heb je nodig om drie keer met de korentang in de vagina te roeren. De dames die dit lezen zullen misschien ook vinden dat dit wel een beetje mensonterend is. Depper nummer zeven moet je dan – uiteraard – in de vagina stoppen tot je afgedekt hebt, zodat de Betadine er niet uit kan lopen. Want o wee: als de jodium eruit komt stromen is vanzelfsprekend alles weer onsteriel en moet opnieuw alles gepeetst worden. Zes nieuwe deppers dus! De gynaecoloog komt vervolgens woordeloos binnen, houdt zijn rechterhand omhoog en verwacht van de instrumenterende een schone, droge depper in zijn hand te ontvangen zónder daarbij zelf onsteriel te worden. Totaal acht deppers dus.

BIJ VOLLE MAAN

Dit gebeurt dus allemaal in Zwitserland. Bloedserieus! Een vriendin werkte in een ander Zwitsers ziekenhuis en kreeg daar gigantische ruzie met een chirurg omdat ze met de korentang van links naar rechts poetste in plaats van andersom. De richting van het poetsen bepaalt de steriliteit, dat weten we allemaal.

In een ander Zwitsers ziekenhuis waar ik werkte beweerde men dat de kleur van je mondmasker bewezen invloed heeft op het aantal infecties. Als je daar als instrumenterende steriel staat, móét je een

geel maskertje dragen. Uiteraard geldt dit alleen voor het OK-personeel en enkel binnen de orthopedie en niet binnen – laten we zeggen – de neurochirurgie of voor de artsen. Die zijn allemaal autosteriel. Maar dat wist je natuurlijk ook allang.

Ik moest in het laatste ziekenhuis waar ik werkte een steriel tafeltje voor de omloop dekken. En als omloop moest ik tijdens de huiddesinfectie steriele handschoenen dragen. In dat ziekenhuis was voor elke operatie apart vastgelegd wat je met hoeveel deppers in welke richting moest poetsen. Ik schilderde met de Betadine altijd een smiley op de buik van de patiënt als ik met dit ritueel klaar was. Dat vonden ze dan wel weer grappig.

Tekst: Thomas Kerres,
operatieassistent,
diverse ziekenhuizen



Wat ik nooit begrepen heb is dat ze dáároveň zo spastisch deden, maar bijvoorbeeld nooit de inwerktijd van het desinfectiemiddel aanhielden. Nee, eerst moest je een cirkeltje maken van linksonder naar rechtsboven en dan met het alcoholbakje bij volle maan rond de eikenboom in de ziekenhuistuin euh ...

Oké, ik sla wat door. Maar serieus: eerst een heel ritueel rondom poetsen en dan meteen de Betadine droogdeppen omdat het anders te lang duurt, en van de andere kant niet snappen waarom de infectiecijfers nou toch zo hoog zijn.

EINDELOOS POSITIONEREN

In Zwitserland heb je een beroepsgroep die we in Nederland niet kennen: de Lagerungspflege. Die kun je in bijna ieder Duitstalig ziekenhuis vinden. Personeel dat eigenlijk enkel en alleen aanwezig is om de patiënten te positioneren (en stiekem nog wat werkzaamheden te verrichten zoals uitpakken van dozen nieuw aangeleverd materiaal of kastjes soppen, handlangers dus). Deze Lagerungspflege zelf hecht daar veel waarde aan en beweert dat Zwitserland het laagste aantal problemen door verkeerd positioneren kent.

Geen idee of dat klopt, maar ik begreep wel dat ze nodig waren. In één ziekenhuis 'beschermde' de Lagerungspflege de patiënt in strandstoelpositie met een gigantisch aantal kussentjes en dekentjes op elke plek waar decubitus kon ontstaan. Hierdoor waren ze alleen voor het positioneren al 90 minuten kwijt. Als een patiënt dermate lang op de OK-tafel ligt, heeft hij natuurlijk bescherming nodig. Spreekt voor zich, toch?

In dat ziekenhuis werden alle patiënten op de operatiekamer geschoren. Zo ver waren ze dus al. Maar vanzelfsprekend gebeurde dat met water, zeep en een scheermesje. Ik heb zelfs meegemaakt dat ze een jongedame voor een supergierende spoedsectie eerst nog moesten scheren. Héél belangrijk.

TELLEN NIET NODIG

Zwitserland is ook een heel andere wereld qua hiërarchie. Als instrumenterende of omloop ben je bijvoorbeeld niet zelf ver-



antwoordelijk voor wat je doet. Ik kreeg werkwijzen opgedrongen waarvoor ik de verantwoording niet op me wilde nemen. Toen ik zei dat ik het niet op die manier ging doen, zei mijn leidinggevende dat ik wel degelijk volgens hun werkwijze hoorde te werken. Want hij zou voor de rechter staan mocht er iets misgaan, en niet ik. Als een gaasje of naald in de patiënt achterblijft, dan is dat de verantwoordelijkheid van de dokter. Ik maakte dat zelf mee. Een jonge arts in opleiding raakte een naaldje van zijn hechting kwijt. Niemand van het aanwezige team wilde dat naaldje vervolgens zoeken en al helemaal niet met een C-boog boven die patiënt kijken. 'Nee hoor, die naald zal vast op de grond liggen', zeiden ze tegen mij. De volgende dag lag diezelfde patiënt weer op de OK-tafel. Hij stond op het OK-programma voor een 'littetekcorrectie'. Het naaldje zat in het kraakbeen van zijn oor.

Ook hiërarchie: in sommige ziekenhuizen moet je helemaal onderaan beginnen. Een vriendin van mij begon in Zwitserland in een academisch ziekenhuis op de OK van de algemene, de vaat-, de thorax- en de hartchirurgie. Ze was in Nederland al heel lang op de OK werkzaam geweest en dus ervaren, ze had de aantekening voor cardiochirurgie en was hier in Nederland zelfs venen-assistent geweest. Maar in het Zwitserse ziekenhuis hebben ze haar uitgelachen toen ze vroeg wanneer ze in de cardiochirurgie mocht werken. Daar moet je – ongeacht je ervaring – minimaal drie maanden als omloop in de algemene chirurgie werken voordat je überhaupt mag instrumenteren. Na twee jaar mag je dan voor het eerst op de cardiochirurgie werken en daar start je dan met het instrumenteren van een Port-a-Cath, anders raak je overbelast. Mijn vriendin heeft tijdens de proeftijd haar baan opgezegd.

TROTS

Je ziet het: er zijn veel verschillen tussen de Nederlandse en Zwitserse manier van werken op de OK. Als je mijn blog volgt zal ik je nog veel meer verhalen vertellen. Bijna iedere dag stuitte ik op zaken die we in Nederland totaal anders doen. Of het nu tellen is of hygiëne, deurendiscipline of andere eigenaardigheden.

Ik heb heel veel geleerd in Zwitserland en heb er totaal geen spijt van daar geweest te zijn. Mijn verhalen klinken misschien negatief of grappig, maar ik heb ook wel genoten van mijn tijd daar. Ik ben vooral trots op het feit dat ik het daar gehaald heb, dat ik uiteindelijk door de Zwitsers gewaardeerd werd en dat ze me niet wilden laten gaan. Want een Zwitser accepteert je niet zomaar. Ik heb dus heel wat bereikt, en ik heb in ieder geval heel veel te vertellen.

Zwitserland was op den duur niet mijn land. Ik ben blij dat ik weer terug ben. Maar ik mis mijn Zwitserse vrienden en burens,

de vriendelijkheid van het volk, de bergen, de veiligheid van het land, de rust en de welvaart.

Uf wiederluege! ■

Je vindt de blogs van Thomas Kerres op www.okvisie.nl onder blogs>werken in het buitenland.

Ingezonden brief

In het vorige nummer van 'OK Operationeel' vertelde Thomas Kerres over zijn ervaringen als operatie-assistent in Zwitserland ('Van de ene verbazing in de andere'). Toen ik zijn artikel las viel ik van de ene verbazing in de andere. Ik heb namelijk ook in Zwitserland gewerkt en herken – gelukkig – bijna niets. Wel was ik erg blij dat ik er niet alleen was. Ik ging samen met een vriendin, die een maandje eerder begon.

Van 1991 tot 1993 heb ik in Thun gewerkt. Dit prachtige stadje ligt in het Berner Oberland. Vele jaren later (2005) heb ik nog een maandje in Grenchen gewerkt, een heel klein ziekenhuis in het kanton Solothurn. Op beide plekken werd ik heel hartelijk en gastvrij ontvangen en heb ik met veel plezier gewerkt.

Thomas schrijft dat uit reacties blijkt dat hij soms 'wat negatief overkomt'. Dat vind ik heel zacht uitgedrukt. Ik moest natuurlijk ook wennen, maar dat had vooral te maken met het feit dat ik hiervoor twee jaar op Curaçao gewerkt had. Een groter cultuurverschil kan ik me bijna niet voorstellen. Waar de Antilliaan vanaf dag één heel gastvrij is, kijkt de Zwitser eerst de kat uit de boom. En ja, hiërarchie: dat herken ik zeker. Maar daar was ik al snel aan gewend. We hadden ook twee koffiekamers: een voor de specialisten en een voor ons. Jij spreekt iedereen met Sie aan, totdat iemand jou zijn du aanbiedt. Iedereen spreekt jou ook met Sie aan. Duidelijk. Wat betreft het niet skiën: dat was nooit aan de orde. We konden gewoon gaan skiën. We hadden per jaar twee uitstapjes van het werk: een skidag en een wandeldag.

Het precieze werken herken ik. Maar in ons werk kun je toch nooit precies genoeg zijn? En wat dat noteren betreft: alles wat je tijdens een OK voor een patiënt nodig hebt, wordt ook doorberekend aan die patiënt. Een ander systeem dus dan in Nederland.



De financiën, die waren in mijn tijd nog rianter. De euro was er nog niet en de koers was erg gunstig. Over parkeerkosten kan ik niet meepraten. Omdat het openbaar vervoer er echt super geregeld is, hadden we geen auto en ging ik op de fiets naar het werk. In het begin werden we gehuisvest in de Fachschule (die bij een hotel hoorde): mooie, ruime kamers met een eigen douche en wc en een gezamenlijke woonkamer en keuken. Al snel reageerden we op een advertentie in de krant en huurden een prachtig appartement van een Italiaanse mevrouw. Met uitzicht op de Eiger, Mönch en Jungfrau. Ik weet nog dat dit 1100 Zwitserse Frank per persoon kostte, maar dat was geen enkel probleem voor ons.

Ik ben uiteindelijk twee jaar in Zwitserland blijven werken en mijn vriendin zes jaar. We hebben ons altijd zeer gewaardeerd gevoeld, zowel door de specialisten als door collegae. Ik heb goede Zwitserse vrienden uit die tijd overgehouden en kom er nog steeds graag.

Dorine Boersma, operatieassistent in MC Lelystad.

Word jij mijn nieuwe collega?



Ben jij professional in je vak en wil je werken in een hecht team?
Het Zaans Medisch Centrum zoekt

**Anesthesiemedewerkers en
Operatieassistenten (m/v 0,67 - 1,00 FTE) en een
Planningsfunctionaris OK (m/v 0,77 FTE)**
om mee verder te groeien

Voor meer informatie over onze vacatures ga naar :
www.zaansmedischcentrum.nl/werken-en-leren/vacatures/



Efficiënt en Veilig

Persoonlijke
polsbandjes en
labels printen op elke
gewenste locatie -



Medische fouten
voorkomen dankzij het
printen van barcodes -
Dat is veilig!

Verbeter de patiëntveiligheid met persoonlijke polsbandjes



Afleiding, onderbrekingen en hoge werkdruk zijn risicofactoren die kunnen leiden tot identificatie problemen en medische fouten.

Door snel en zonder veel omslag belangrijke informatie vast te leggen op polsbandjes en medische labels, kan de TD-2130NHC de werkdruk van medisch personeel verlagen en de patiëntveiligheid verbeteren. Het biedt ziekenhuizen en zorgorganisaties tevens de mogelijkheid om kosten te besparen, omdat er in tegenstelling tot de meeste concurrerende producten, zowel polsbandjes als labels afgedrukt kunnen worden met dezelfde machine.



Volledig mobiel inzetbaar

De machine kan als een mobiele printer op een verplaatsbare trolley gebruikt worden, of eenvoudig gekoppeld worden aan een vast werkstation.

Compatibel met TrustSense™

De TD-2130NHC kan gebruikt worden in combinatie met gespecialiseerde TrustSense™ materialen van PDC, speciaal ontwikkeld voor de zorgsector. Binnen het assortiment is een ruime keuze aan diverse polsbanden en verschillende label formaten.



Meer info: brother.nl

Zo gek als een deur?

De Wereldgezondheidsorganisatie WHO heeft in 2016 een ontvenderend rapport uitgebracht over de werkelijke oorzaken van wondinfecties en de rituelen hieromheen. Rituelen zijn zelfverzonnen poespas. Goedbedoeld en ogenschijnlijk belangrijk, maar ze bevorderen de gezondheid van de patiënt niet. Sommige rituelen zijn zelfs ronduit schadelijk.

Een commissie van vooraanstaande infectiedeskundigen uit de hele wereld heeft alle beschikbare literatuur over de relatie tussen luchtbehandelingssystemen en infecties opnieuw bekeken. Voor enig verband daartussen heeft zij geen bewijs gevonden. Infecties kunnen vele oorzaken hebben, maar dat ze ontstaan door deurbewegingen is gewoon niet bewezen.

Hoeveel orthopeden hebben niet gefrustreerd opgekeken bij de zoveelste deurbeweging? Hoeveel werkbesprekingen zijn er niet aan gewijd? Hoeveel scripties zijn er niet over geschreven? Zo veel, dat we zelf in het belang van minder deurbewegingen zijn gaan geloven en zo een nieuw ritueel hebben geïntroduceerd. Wellicht zijn we zelfs iets té fanatiek aan de slag gegaan met het terugdringen van deurbewegingen en hebben we zaken over het hoofd gezien die er wél toe doen. 'Een aandachtig uitgevoerde time-out is honderd keer zo belangrijk als het verminderen van deurbewegingen', schreef een van de WHO-panelleden.

Ietsje minder spastisch doen over deurbewegingen mag dus. Wel durf ik te beweren dat ziekenhuizen met veel deurbewegingen hun zaakjes niet op orde hebben: de aflos is niet goed geregeld, materialen worden niet goed genoeg klaargezet, de discipline en het organisatievermogen van het personeel en de organisatie zijn beroerd. Hoe meer deurbewegingen, hoe groter het bewijs van onvermogen. Dat moet toch beter kunnen.

PAUL MEIJSEN

Lees het rapport: Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection, WHO, 2016. Daarin vind je voldoende tips om wél bij te dragen aan de preventie van wondinfecties.





VIO® 3

plug and operate

Elektrochirurgie met maximaal comfort

Wij geloven, dat een chirurgisch team niet afgeleid moet worden door technische details. Keuzes dienen gemaakt te worden op basis van gewenst chirurgisch resultaat. Met dynamische pictogrammen die een indicatie geven, bieden wij de keuze voor een chirurgisch effect.

Overige voordelen:

- 1) overzicht van alle instrumenten en modi. All-in one View
- 2) instrumenten worden weergegeven door pictogrammen, overzichtelijk!
- 3) uniek universeel stecker concept, verkeerd aansluiten wordt voorkomen
- 4) advies bij aansluiten van instrumenten via StepGuide
- 5) geïntegreerde gebruikshandleiding, altijd overeenkomstig de software versie
- 6) chirurgisch gezien: onze beste dissector - coagulator ooit, ervaar het zelf!