

Operationeel

VOOR OPERATIEASSISTENTEN

Magazine

NR. 3/4 DECEMBER 2018 / JAARGANG 13

Het verhaal van Ben

Orgaandonatie na euthanasie

Grote zorgen om tekort aantal operatieassistenten

LVO start petitie

Landelijk Implantaten Register

Belooft betere zorg

Brandwondenzorg in Tanzania

Angelique Koster vakcoördinator traumatologie, kinderoorthopedie en orthopedie in het MMC in Veldhoven. ▶

LVO
Landelijke vereniging van operatieassistenten

Voorheen
OK Operationeel



Adverteren in Operationeel en De Nederlandse OK-Krant



Operationeel (voorheen OK Operationeel) is het vakblad voor operatieassistenten. Het wordt gemaakt door de LVO (Landelijke Vereniging van Operatieassistenten) en vier keer per jaar verspreid onder ruim 2100 LVO-leden. Verdere verspreiding vindt plaats op alle OK-afdelingen in Nederlandse ziekenhuizen, particuliere klinieken en opleidingscentra. De totale oplage is 3500 exemplaren.



De Nederlandse OK-Krant

is een uniek product dat tot stand is gekomen door

VL Media Advies met medewerking van de LVO en de andere beroepsverenigingen voor het operatiekamercomplex.

(OKc). De krant wordt tien keer per jaar verspreid op alle OK-complexen en in de klinieken van Zelfstandige Klinieken Nederland.

Ook leveranciers zullen de krant ontvangen. De totale oplage is 6500 exemplaren.

Er zijn interessante tarieven voor combinatiepakketten!

Informatie betreffende adverteren in Operationeel en De Nederlandse OK-Krant kunt u verkrijgen via info@denederlandse-ok-krant.nl en/of 06-11352165 (Alex van Leeuwen) of Hennie Mulder, Bestuurslid LVO Media: operationeel@lvo.nl

Foto: Ivonne Zijp



Op de foto het LVO-bestuur: met de klok mee Jeanine Stuart (secretaris onderwijs), Monique de Kort (Congres), Jurrien Jongbloed (communicatie, PR en voorlichting), Nicole Dreessen (beroepsbelangen), Hennie Mulder (penningmeester en media) en Ger Creemers (voorzitter).



BELANGRIJKE INFORMATIE

Amsterdam, december 2018

Betreft: Operationeel, hét vakblad voor de operatieassistent, blijft bestaan!

Beste LVO-leden,

Door middel van deze brief wil de LVO jullie informeren over het feit dat we ons vakblad, **Operationeel** (voorheen OK Operationeel), in eigen beheer uitgeven.

Operationeel zal de eigen identiteit van ons beroep uitstralen en gericht zijn op de belangen en interesses van de LVO-leden.

De ruim 2100 LVO-leden zullen Operationeel 1 x per kwartaal op hun huisadres ontvangen. Daarnaast wordt het vakblad ook verspreid op het operatiecomplex van alle ziekenhuizen en zelfstandige klinieken in Nederland.

Naast het uitgeven van **Operationeel**, het vakblad van de beroepsvereniging, dat zich specifiek richt op ons beroep van operatieassistent (met interviews, beroepsgerichte en medische artikelen), zal de LVO samenwerken met het team van **De Nederlandse OK-Krant**. De Nederlandse OK-Krant is gericht op alle aspecten van de operatieafdeling en wordt in samenwerking met de andere beroepsverenigingen gerealiseerd. Voor het inleveren van kopij kun je je richten tot redactie@lvo.nl en/of operationeel@lvo.nl.

Het adres okoperationeel@y-publicaties.nl is NIET meer in gebruik! Het vakblad OK Operationeel dat jullie vier maal per jaar ontvingen, werd samengesteld en uitgegeven in samenwerking tussen de LVO en Uitgeverij Y-publicaties. Aan dit blad en de samenwerking met de uitgever is een eind gekomen. Y-publicaties gaat verder met een eigen blad: OK Visie Magazine, dat jullie onlangs ontvingen.

Om verwarring te voorkomen, willen we jullie meedelen dat de door Uitgeverij Y-Publicaties uitgegeven magazine, krant en website OK Visie GEEN uitgaven zijn van de beroepsvereniging LVO.

Mocht je nog vragen hebben, dan vernemen wij die graag. Wij zijn altijd bereid tot een gesprek.

Met vriendelijke groet,
Namens het LVO-Bestuur

Hennie Mulder, commissie-Media

COLOFON

Operationeel is het vakblad voor operatieassistenten. Het wordt gemaakt door de LVO (Landelijke Vereniging van Operatieassistenten) en vier keer per jaar verspreid onder ruim 2100 LVO-leden. Verdere verspreiding vindt plaats op alle OK-afdelingen in Nederlandse ziekenhuizen, particuliere klinieken en opleidingscentra. De totale oplage is 3500 exemplaren.

Redactie

Hoofdredacteur: Menno Goosen, redactie@lvo.nl
 Redactiecoördinator LVO: Hennie Mulder, operationeel@lvo.nl
 Eindredacteur: Marloes van Hoorn
 Beeldredacteur: Menno Goosen
 Vormgeving en dtp/opmaak: Snep
 Productie en distributie: Snep

Advertenties

Informatie betreffende adverteren in Operationeel en De Nederlandse OK-Krant kunt u verkrijgen via info@denederlandse-ok-krant.nl
 06-11352165 (Alex van Leeuwen), Of Hennie Mulder,
 Bestuurslid LVO Media: operationeel@lvo.nl

LVO

Landelijke Vereniging van Operatieassistenten
 Postbus 9058
 1006 AB Amsterdam
www.lvo.nl
 Zie voor alle LVO-mailadressen het blokje LVO-informatie in de rubriek LVO-nieuws in deze uitgave.

Abonnementen

Toezending van Operationeel is voor LVO-leden onderdeel van hun lidmaatschap.
 Adreswijzigingen geeft u door via ledenadministratie@lvo.nl.

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 LVO

Niets uit deze uitgave mag worden gereproduceerd zonder schriftelijke toestemming van de LVO. 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 LVO geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich aanbevolen.

INHOUD



12

Orgaandonatie na euthanasie

Een vreselijk fietsongeluk veranderde op slag het leven van Ben Damhuis en Annewiep Bloem. Revalidatie bracht Ben niet de kwaliteit van leven die hij minimaal wilde. Ben koos voor euthanasie. Als geregistreerd donor wilde hij graag zijn organen doneren. Een zéér bijzondere uitnameprocedure werd opgestart in het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL).



16

Grote zorgen om tekort aantal operatieassistenten

De LVO maakt zich grote zorgen over het tekort aan beroepskrachten en over de erkenning en de werkdruk van operatieassistenten.



22

Compartment syndroom na hamstringruptuur

Hamstringblessures worden frequent gezien op de SEH en in de huisartsenpraktijk, met name bij actieve sporters zoals voetballers. Dat een – in opzet – rustig middagje waterfietsen kan leiden tot een ernstig stretch-type hamstringtrauma, blijkt uit de navolgende casus.



24

De complexe invoering van het Landelijk Implantaten Register

Het Landelijk Implantaten Register belooft betere zorg. Momenteel wordt een aantal programma's ingevoerd die hiermee nauw samenhangen. Dat maakt de implementatie behoorlijk complex. Wat moet allemaal nog gebeuren en wat is al bereikt?



29 Snomed: uniforme vaktaal voor zorgverleners

'Longontsteking door pneumokokken', 'pneumokokkenpneumonie' of 'pneumonie door pneumokokken': dankzij Snomed begrijpen ook computers dat hiermee steeds hetzelfde wordt bedoeld. En op den duur wordt met deze enorme verzameling medische en verpleegkundige termen dezelfde taal gesproken in bijvoorbeeld multidisciplinair overleg, OK-verslag en ontslagbrief.



30 OORLOG IN DE OPERATIEKAMER

'Oorlog in de operatiekamer' is het verhaal van eerste luitenant Maaïke Hoogewoning (1981), die twee keer als operatieassistent in een militair ziekenhuis in de Afghaanse stad Kandahar werkzaam was. Ze vertelt over wat er gebeurt in dat ziekenhuis tijdens haar uitzending.



34 Missie Tanzania-Dokters van de Wereld

In ontwikkelingslanden komen ernstige brandwonden bij kinderen vaak voor. Er is uiteraard geen gespecialiseerde brandwondenzorg, zoals we die in Nederland kennen. Preventie is veel belangrijker dan de gezondheidszorg. Een team van Dokters van de Wereld reisde afgelopen juni naar Tanzania om brandwondenslachtoffers te helpen.

EN VERDER IN DIT NUMMER

- 02 Adverteren**
- 03 Ledenbrief**
- 04 Colofon**
- 04 Redactioneel**
- 06 OK-specialist uitgelicht**
- 08 LVO-nieuws**
- 10 LVO-congres**
- 19 Wat vindt u?**
- 39 Column Paul Meijsen**



De nieuwe Operatieel

Beste lezer,

Met gepaste trots presenteren we je de nieuwe Operatieel. Een nieuwe naam en een nieuw fris jasje voor je vertrouwde vakblad, het voormalige OK Operatieel. Alles over het waarom van deze naamswijziging lees je in de brief die staat afgedrukt op pagina 3.

In ieder geval zijn we trots op de inhoud van dit nummer. Zo lees je alles over de zorgen die de LVO zich maakt over de erkenning en de werkdruk van operatieassistenten. Evenals over het tekort aan beroepskrachten. Daarom is de LVO druk bezig om het tij te keren met onder meer een petitie, een meldpunt en aandacht vragen in politiek Den Haag.

Verder in dit nummer onder andere: een aangrijpend artikel over orgaandonatie na euthanasie, de complexe invoering van het Landelijk Implantaten Register, plastic besparen in de koffiekamer, opereren in oorlogsgebied en brandwondenzorg in Tanzania.

Wij wensen je veel leesplezier!



Menno Goosen,
hoofdredacteur Operatieel
redactie@lvo.nl



Hennie Mulder,
redactiecoördinator LVO
operatieel@lvo.nl

‘Wij zijn gewoon doeners’

Angelique Koster (35) is vakcoördinator op de operatiekamer traumatologie, kinderorthopedie en orthopedie in het Máxima Medisch Centrum in Veldhoven en Eindhoven.

Tekst: Ingrid Lutke Schipholt
Foto's (inclusief cover): Ivonne Zijp



Wat is jouw specialiteit?

Ik ben vakcoördinator traumatologie, kinderorthopedie en orthopedie van het Máxima Medisch Centrum in Veldhoven en Eindhoven. Ik zorg er voor dat alles rondom het OK-programma van de traumatologie en orthopedie zo veel mogelijk op rolletjes loopt. Ik zorg dat de materialen voorhanden zijn en zichtzendingen worden aangevraagd en gecontroleerd. Verder overleg ik met het managementteam, de specialisten, firma's en, indien nodig, de CSA. Ook zorg ik ervoor dat protocollen up-to-date blijven. Dit hoef ik gelukkig niet helemaal alleen te doen. We hebben een leuke club enthousiaste collega's die net zoals ik verliefd zijn geworden op het vak.

Waarom ben je hier gaan werken?

Na mijn leerlingentijd in 2003 besepte ik dat ik, na een tijdje all-round te hebben gewerkt, de traumatologie en de orthopedie het leukste vond. Ik stond al regelmatig op die specialismen. Er kwam een plekje vrij bij de orthopedie en ze vroegen mij deze plek in te vullen. Ik ben er dus als het ware ingerold. De diversiteit en de afwisseling spreken mij vooral aan. We hebben een uitgebreid arsenaal aan orthopedische operaties bij kinderen, van kleine wakedelenplastieken tot beenverlengingen en bekkenosteotomieën. We gebruiken veel osteosynthesemateriaal bij de kinderen: pennen, platen en schroeven, fixateur externe en combinaties daarvan. De kinderorthopedie heeft daardoor ook veel raakvlakken met de traumatologie. Geen operatie is hetzelfde, en soms moeten we wel eens improviseren en alles uit de kast halen. Ik vind het leuk om mee te denken en ideeën aan te dragen om zo als team het beste resultaat te krijgen. We zijn gewoon doeners. Er is net een nieuw operatiecomplex in gebruik genomen en dat geeft een nieuwe boost aan het geheel. We hebben het nieuwste van het nieuwste, inclusief een robot- en een hybride-OK.

Hoe is de indeling bij jullie geregeld?

Voor zover mogelijk worden de traumasesies ingedeeld als geplande spoed. Voor de echte acute zorg is er elke dag een traumasesie ingepland. Voor de orthopedie wordt verder vooruit gepland.

Leid je ook leerlingen op?

Ja. Onze leerlingen hebben vaste werkbegeleiders. Maar als de leerlingen bij ons specialisme komen, dan wordt er tijd voor uitleg gepland. En dan nodig ik ook de firma, de leverancier van materialen, uit voor een klinische les.

Hoe probeer je zo veel mogelijk studenten vast te houden voor het vak?

Je probeert de studenten zo goed mogelijk te begeleiden. Ik wil laten zien dat het vak leuk is. Elke leerling is anders, de een is heel enthousiast, vraagt veel en pakt meteen aan. De ander heeft daar wat meer moeite mee en heeft wat meer aanmoediging nodig. Het is leuk om de blik in hun ogen te zien als ze voor het eerst bij een operatie staan waarbij we bijvoorbeeld een bot doorzagen, roteren en er vervolgens een pen in plaatsen.

Wat vind je aantrekkelijk aan je werk?

Het werken in een team en het draaiende houden van een specialisme als vakcoördinator. Het is heerlijk om een dag OK te draaien als alles soepel verloopt.

Is er ruimte om goede ideeën uit te voeren?

Jazeker. Door de komst van de implantaatenregistratie moest ons trauma-assortiment op de schop. Alle implantaten gingen van zichtbaar op de instrumentensets naar los

steriel verpakt in doosjes. De instrumentensets moesten worden aangepast en we kregen ontelbaar veel platen en schroefjes los verpakt. Het was een enorme uitdaging om dit in goede banen te leiden. Ik heb samen met de webmaster van ons ziekenhuis een webpagina gemaakt waarin alle implantaten overzichtelijk zijn weergegeven. Je zoekt nu op botniveau, en daarbij worden meteen de platen in ons assortiment getoond met de daarbij behorende schroeven. Alle maten schroeven hebben een kleurcodering en deze komt weer terug bij de platen en in de implantatenkarren. De medisch specialisten kunnen deze pagina ook inzien en geven in het systeem aan welke plaat ze willen gebruiken, of dat ze bijvoorbeeld voor die ene casus een extra lange plaat willen bestellen. Nu is er veel meer overzicht, en kunnen wij makkelijker de juiste materialen controleren en klaarzetten.

Moeten jullie de materialen scannen?

Ja. Alle implantaten voor zowel de orthopedie als de traumatologie zijn los steriel verpakt en voorzien van een barcode. We scannen dit op patiëntniveau, maar er hangt ook een bestelsysteem aan vast. Zodra er iets gebruikt en gescand wordt, wordt dit ook meteen weer besteld. Daarnaast is het handig om te weten welk implantaat in welke patiënt geplaatst is. Mocht er ooit een terugroepactie komen, dan kun je eenvoudig terughalen welke patiënten dat betreffende implantaat hebben gekregen.

Op onze OK's lopen collega's rond die net iets extra's hebben. Wie zijn ze en wat doen ze? Operationeel geeft ze hier het podium.

En dan hebben we het nu even over de financiën. Heb je een eigen budget?

Nee, als het om kleine investeringen gaat, wordt iets na goedkeuring van het afdelingshoofd besteld. Bij grote investeringen wordt een investeringsaanvraag gedaan. Doordat hier meer mensen mee gemoeid zijn, neemt het wat meer tijd in beslag voordat je de materialen in huis hebt.

Krijg je extra salaris voor het coördinator-zijn?

Nee, we krijgen geen extra salaris.

Ben je betrokken bij de aanschaf van apparatuur en dergelijke?

Ja, we worden hierbij betrokken. Zeker als er nieuwe operatietechnieken zijn. Dan bespreken we met de specialist wat de benodigdheden zijn. We hebben nauw contact met de firma's en gaan dan samen om de tafel.

Hoe is relatie met de medisch specialisten?

Goed. We hebben geen regulier overleg met de artsen. Als er iets te bespreken valt, dan doen we dat per mail of in de wandelgangen. We weten elkaar snel te vinden als er iets nieuws moet komen, een zichtzending aangevraagd moet worden of als er iets aan de hand is. We hebben echt een goede band. Er is natuurlijk wel een hiërarchie, maar zo voelt het niet. Het wordt gewaardeerd dat we meedenken en dat we zo veel extra's doen voor het specialisme.

LVO-informatie

Ger Creemers	voorzitter, voorzitter@lvo.nl
Hennie Mulder	penningmeester en redactiecoördinator Operationeel operationeel@lvo.nl en penningmeester@lvo.nl
Jeanine Stuart	secretaris en bestuurslid Opleiding & Scholing secretaris@lvo.nl en onderwijs@lvo.nl
Nicole Driessen	bestuurslid Beroepsbelang Kwaliteit & Veiligheid beroepsbelang@lvo.nl
Monique de Kort	bestuurslid Congres, congres@lvo.nl
Jurrij Jongbloed	communicatie, PR en voorlichting, 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
Ledenadministratie	ledenadministratie@lvo.nl

Voor verdere informatie over Operationeel zie het colofon op pagina 4.

Symposium op Dag van de Operatieassistent 15 februari 2019

De Dag van de Operatieassistent is elk jaar op 15 februari. De LVO wil deze dag niet ongemerkt voorbij laten gaan. Daarom organiseren we een minisymposium op vrijdag 15 februari 2019. In de ochtend vindt de jaarlijkse ALV plaats, waarbij we onze plannen voor het komende jaar zullen presenteren. Tevens zullen enkele leden van het bestuur herkiesbaar zijn.

Voor de Young Professionals is het dé kans om de YP Award te winnen, die zoals elk jaar beschikbaar wordt gesteld door de firma Van Straten Medical. Iedere student die dit jaar of in maart 2019 afstudeert, kan zijn afstudeerproject insturen. Drie inzenders worden genomineerd om op 15 februari een presentatie te geven over hun onderwerp. De beste zal winnen! Het programma voor dit symposium volgt spoedig.

In 2019 is er geen LVO Congres in maart, zoals je gewend bent. In mei 2019 vindt namelijk het Europese congres voor operatieassistenten EORNA plaats in Nederland, Den Haag. De inschrijving is geopend en er zijn aantrekkelijke groepskortingen.

Meldpunt LVO: Tekorten operatieassistenten

Op steeds meer plekken in Nederlandse ziekenhuizen wordt het voelbaar dat er tekorten (zijn) ontstaan aan operatieassistenten. Als gevolg hiervan is de werkdruk ernstig verhoogd en staan de kwaliteit en veiligheid van de medewerkers op de operatiekamers onder druk. De Landelijke Vereniging van Operatieassistenten (LVO) maakt zich zorgen over het tekort aan operatieassistenten en over de kwaliteit en veiligheid op de operatiekamers. Vacatures zijn moeilijk in te vullen, met als gevolg dat sprake is van ernstig hoge werkdruk en dat operaties worden uitgesteld of niet uitgevoerd. Door die hoge werkdruk zijn instellingen en medewerkers minder goed in staat om studenten goed te begeleiden en wordt geconstateerd dat uitval van studenten toeneemt. Dit versterkt opnieuw het feit dat een tekort aan adequaat geschoolde operatieassistenten blijft bestaan en dat dit tekort steeds groter wordt.

Soms horen we via leden of de media dat oplossingen bedacht worden die de nodige vraagtekens oproepen. Om concreet als beroepsvereniging te kunnen reageren, willen we inventariseren wat er op de OK's gebeurt.

- Wordt er onbekwaam of onvoldoende getraind personeel ingezet?
- Is de werkdruk te hoog?
- Krijgen studenten niet de juiste mogelijkheden om hun opleiding op een goede manier te volgen door de tekorten?

Dit zijn een paar voorbeelden, maar misschien zijn er nog meer te noemen.

Het gaat ons er niet om om iemand aan de schandpaal te zetten, maar we willen graag inventariseren wat er allemaal speelt. Dan pas kunnen we als beroepsvereniging een constructieve rol spelen om de kwaliteit van zorg voor de operatieassistenten te waarborgen, en dan samen met alle betrokkenen tot een goede en duurzame oplossing komen.

Je kunt alles melden bij ons Meldpunt. Dit kan zelfs anoniem:

<https://lvo.nl/form/meldpunt-lvo-tekorten-operatieassistenten>.

'Van Straten Medical Young Professional Award'

Heb je dit jaar je diploma behaald of ga je dit binnenkort behalen? En heb je een interessante scriptie geschreven of een belangrijk onderzoek verricht? Dan moet je nu even verder lezen!

Evenals vorig jaar kun je proberen de mooie Young Professional Award te winnen! Deze wordt beschikbaar gesteld door de firma Van Straten Medical in Nieuwegein.

Je hebt tot 2 januari 2019 de tijd je onderzoek in te sturen en daarmee kans te maken op het winnen van deze prachtige Award. De inzenders van de drie beste scripties mogen op het LVO-symposium op 15 februari 2019 een presentatie geven over hun onderwerp. Uit deze drie wordt de beste voordracht gekozen door de commissie-Onderwijs en de firma Van Straten. Deze winnaar gaat met de Van Straten Medical Young Professional Award en een geldprijs naar huis.

Stuur je scriptie voor 2 januari naar onderwijs@lvo.nl. Behoor je zelf niet tot de doelgroep maar ken je een student die een interessante scriptie heeft geschreven, laat dit bericht aan hem of haar lezen.



De winnaar van vorig jaar:
Pieter Buijsman van het Westfriesgasthuis in Hoorn.

Foto: Ivonne Zijp

LVO Spine-dag goed bezocht

De laatste LVO-dag van het jaar 2018 die door de firma Zimmer Biomet werd georganiseerd, was drukker dan ooit. Er waren maar liefst zestig operatieassistenten uit het hele land en zelfs van nog iets verder weg aanwezig. Er waren namelijk tien gasten uit de Antillen op bezoek.



Tekst en foto: Maril Hageman

Elke paar jaar maken de leerkrachten van de opleiding tot operatieassistent uit Curaçao gebruik van de mogelijkheid tot een studiereis voor hun leerlingen. Dit jaar stond de firma Zimmer Biomet garant voor een mooi lesprogramma. De Spine-dag werd begonnen met een zeer interessante uitleg over de verschillende afwijkingen die voorkomen aan de wervelkolom door prof. Martin Repko van het University Hospital van Brno, Czech Republic. Alle mogelijke behandelmethoden kwamen ter sprake, en om de volle zaal met operatieassistenten goed te laten zien wat er nu eigenlijk met de wervelkolom gebeurt tijdens het rechtzetten van bijvoorbeeld een scoliose, maakte hij gebruik van een camera boven een werkmodel. Via het scherm was ook achterin de zaal goed te zien hoe de wervels op hun plaatst gemanoeuvreerd werden. Hij werd bij het inbrengen van de Polarisschroeven en -staven geassisteerd door Charles van Heningen van het Horacio Oduber Hospital uit Aruba. Door middel van verschillende casussen werden de diverse mogelijkheden tot behandeling besproken. Na de lunch was het woord aan dr. Mark Arts, neurochirurg van het Leids Universitair Medisch Centrum. Na zijn uitleg mocht iedereen in de verschillende werkstations instrumentarium ter hand nemen en oefenen op de saw bones. Een leerzame dag dus. Ook volgend jaar zullen weer LVO-dagen bij Zimmer Biomet georganiseerd worden, dus houd de agenda in de gaten!

BIKE

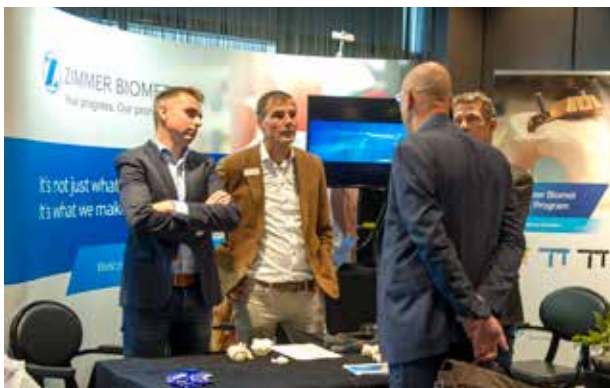
Terug van weggeweest gaat het bedrijf ook weer beginnen met de speciale BIKE-trainingen. Tijdens deze trainingen wordt wel wat extra inzet van de operatieassistent gevraagd. Vooraf studie is vereist en de dag zal met een toets afgesloten worden. Er zijn trainingen voor de Oxford, Nexgen, Vanguard, heup en nog een paar meer. Zeker de moeite waard voor de gevorderde orthopedisch operatieassistent!



Tweemaal kwaliteit bij de LVO

Op 29 oktober vonden twee interessante bijeenkomsten plaats: De tweede landelijke Kwaliteitsdag én het symposium 'De LVO staat voor kwaliteit'. In Van der Valk Hotel Breukelen waren verschillende sessies en rondetafeldiscussies.

Tekst: LVO, Foto's: Ivonne Zijp



Tijdens de Kwaliteitsdag kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Veilig Incident Melden of Patiënt Incident Melden. Er is iets fout gegaan. We willen niet blamen and shamen, maar kijken wat we hiervan kunnen leren.
- "Werken zonder risico's is een utopie". Risico's beheersen door een Prospectieve Risico Analyse (PRI) te maken helpt ons. Hoe ga je als kwaliteitsfunctionaris te werk en welke tips kunnen je hierbij helpen?
- Onbedoelde hypothermie kan eenvoudig worden voorkomen. Patiëntverwarmingsoplossingen voor pre-, intra- en postoperatieve verzorging.
- Hersteriliseren van single use materialen. Single use hergebruiken, kan dit?
- Landelijke implantatenregistratie. Het hoe en waarom van registreren van implantaten en de gevolgen daarvan voor de OK.
- Lean op de OK en de CSA.
- Medisch Teamwork in het World Café, wat levert het ons op? Tijdens deze interactieve bijeenkomst werd ingegaan op de vraag hoe je als kwaliteitsfunctionaris de teamleden kunt stimuleren een bijdrage te leveren aan kwaliteitsverbetering. Aan bod kwamen ook vaardigheden en handvatten die gericht zijn op reductie van fouten. Tevens kwam aan bod hoe je collega's meekrijgt bij veranderingen.

Tijdens het symposium 'De LVO staat voor kwaliteit' kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Invloed op de luchtkwaliteit in de OK.
- Kwaliteit van zorg voor chirurgische patiënten: samen verbeteren.
- De ontwikkelingen binnen de LVO.
- De medewerker operatieve zorg (MOZ).
- Een andere kijk op donatie. (Zie ook het uitgebreide artikel op pagina 12 in dit nummer van Operationeel.)
- Veilig leren op de OK: de blackbox.
- Rondetafeldiscussie.

Orgaandonatie na euthanasie

Het verhaal van Ben

Een vreselijk fietsongeluk veranderde op slag het leven van Ben Damhuis en Annewiep Bloem. Ben liep een hoge incomplete dwarslaesie (C5) op. Revalidatie bracht Ben niet de kwaliteit van leven die hij minimaal wilde. Ben koos voor euthanasie en kreeg daar uiteindelijk toestemming voor. Als geregistreerd donor wilde hij graag zijn organen doneren. Een zéér bijzondere uitnameprocedure werd opgestart in het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL). Donatie na euthanasie is een procedure die nog maar weinig voorkomt.

Tekst: Menno Goosen, Foto: Ivonne Zijp

9 april 2017 was een dag die Annewiep Bloem nooit zal vergeten. Ze werd gebeld door een fietsvriend van haar man. Ben was tijdens een toertocht op de Veluwe door een onbekende oorzaak zeer ongelukkig ten val gekomen. Een paar uur later werd duidelijk dat Ben zijn nek had gebroken, met een dwarslaesie als gevolg. Hij was vanaf de borst verlamd. Een lang traject in ziekenhuis en revalidatiecentrum volgde. Meteen na de operatie van de nek was het Ben al duidelijk. Als sportman en buitenmens in hart en nieren wilde hij zijn verdere leven niet in bed slijten. De sportman in hem wilde echter ook de uitdaging aangaan om zo ver mogelijk te herstellen. Zijn doorzettingsvermogen, positieve karakter en gevoel voor humor maakten het hem mogelijk om keihard te werken aan verbetering. Zelfs wanneer het lijf niet meedeed liet hij zich niet leiden door teleurstelling, maar probeerde hij om lichtpunten te zien. Na acht maanden revalidatie was er wel een klein beetje progressie (Ben kon zijn benen bewegen, de rompspieren waren sterker, er kwam hier en daar een beetje gevoel terug), maar Ben had geen handfunctie, wat zo bepalend is voor wat je wel en niet kunt. Het lukte Ben niet om zelf uit bed te komen en zichzelf te douchen en aan te kleden. Dat waren zijn minimale eisen voor kwaliteit van leven. Ben realiseerde zich dat er ondanks zijn inzet wel eens geen perspectief zou kunnen zijn en dat hij totaal afhankelijk van zorg zou blijven. Op 26 december 2017 besloot Ben dat hij op deze manier niet verder kon en dat hij euthanasie wilde. Dat besluit gaf hem rust. Na een proces dat voor hem lang duurde kreeg Ben begin maart 2018 toestemming voor euthanasie. Hij had eerder al aan de huisarts laten weten dat hij zijn organen beschikbaar wilde stellen voor donatie.

Oprechte belangstelling

De huisarts legde het contact met dr. Rik Gerritsen, coördinerend donatie-intensivist van het MCL. Gerritsen is een expert op het gebied van orgaandonatie na euthanasie. Hij maakt deel uit van de werkgroep die zich hiermee bezighoudt en schreef mee aan de Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie (*) van de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Ook Annalize van 't Zand, donatiecoördinator en IC-verpleegkundige van het MCL, was hier zeer nauw bij betrokken. Annewiep: 'Rik belde met de vraag wanneer hij en Annalize konden langskomen om het hele proces met ons te bespreken. Ik zei nog dat we best naar het ziekenhuis wilden komen, maar er was geen discussie mogelijk. Ze wilden alles doen om het voor ons zo makkelijk mogelijk te maken. De oprechte interesse voor Ben als mens, en dus niet als patiënt, heeft ons geraakt. Evenals het moment dat Rik vertelde dat hij dit spannend vond. Omdat Ben iedereen zo'n grote gunst verleende en er helemaal niks mis mocht gaan. Die kwetsbaarheid en die oprechte belangstelling zorgden voor een gelijkwaardige relatie en een bijzondere band. Dit proces werd daardoor onze beste ervaring met de zorg ooit.' De bijzondere, vriendschappelijke band die de drie hebben is tijdens het interview duidelijk te zien. Rik Gerritsen: 'Ik wilde per se het verhaal over de procedure zo goed mogelijk uitleggen, zonder machtsverhoudingen, en dat kon veel beter in een thuissituatie. Voor mij was het ook heel bijzonder. Hoewel ik meegeschreven heb aan de richtlijn, had ik nog nooit zelf een patiënt met een dergelijk verzoek begeleid. Ook voor het MCL was dit de eerste keer. Sterker nog, als intensivist heb ik nooit eerder contact gehad met een patiënt buiten de afdeling.' Annalize van 't Zand: 'Dit zal ons voor



Annewiep Bloem, Rik Gerritsen, coördinerend donatie-intensivist van het MCL en Annalize van 't Zand, donatiecoördinator en IC-verpleegkundige.

de rest van ons leven binden. Het was zo bijzonder dat wij hierbij betrokken mochten zijn.'

Euthanasie in het ziekenhuis

Normaal gesproken vindt euthanasie plaats in een thuisituatie, begeleid door de huisarts. Bij een euthanasieprocedure gevolgd door orgaandonatie, moet het overlijden in het ziekenhuis plaatsvinden, zodat de organen zo snel mogelijk op de OK kunnen worden uitgenomen door een Zelfstandig Uitname Team (ZUT). Het ZUT bestaat meestal uit twee chirurgen, twee operatieassistenten, een anesthesioloog en een anesthesiemedewerker. Het is een team specialisten dat naar het ziekenhuis gaat waar de donor is. Het ZUT komt met een speciaal ingerichte bus met daarin alle materialen die nodig zijn. Het team neemt de organen van de donor uit in een OK-ruimte van

het donorziekenhuis. Dit team kan deze uitname, de donatie, op iedere OK in ieder ziekenhuis verrichten. Nederland heeft drie van dergelijke teams. De daadwerkelijke transplantatie vindt plaats in een van de acht academische transplantatiecentra.

Donatie na euthanasie

Rik Gerritsen: 'Donatie na euthanasie is iets wat nog maar kort mogelijk is. Het is een heel lastige procedure omdat twee zaken bij elkaar komen: euthanasie, wat een juridisch zeer strikt gereguleerd en emotioneel proces is, en orgaandonatie, wat logistiek heel goed geregeld moet worden in verband met de beperkt mogelijke tijdsduur van de ingreep. Dit proces roept ook veel emoties op. Beide processen moeten worden samengevoegd. Orgaandonatie is al zeldzaam in de meeste ziekenhuizen, orgaandonatie na euthana-

sie komt maar heel weinig voor. Tot nu toe ongeveer veertig keer in Nederland. In november 2017 is een landelijke richtlijn gepubliceerd zodat niet elk ziekenhuis het wiel opnieuw hoeft uit te vinden. Een van de belangrijkste punten die in deze richtlijn staan, los van alle praktische zaken, is dat het initiatief voor de procedure altijd uitgaat van degene die euthanasie gaat krijgen. In dit geval Ben. Dat is wezenlijk anders dan bij een reguliere orgaandonatie, waarbij de artsen het initiatief nemen en de nabestaanden gevraagd wordt of er bezwaar is tegen donatie. Ben zou altijd het recht hebben om tot op het laatste moment af te zien van de procedure.'

Onderzoeken

Van de huisarts hadden Ben en Annewiep al begrepen dat het beschikbaar stellen van de organen betekende dat de euthanasie in het ziekenhuis plaats moest vinden. Annewiep: 'Toen hebben we nog even getwijfeld of we de orgaandonatie wel wilden. Ben vond dat vooral voor mij belangrijk. We hebben toch besloten om het te doen. Achteraf ben ik blij dat de euthanasie in het ziekenhuis uitgevoerd is. Thuis zou ook beladen zijn geweest. Nu kan ik het scheiden.' Ben en Annewiep besloten om de euthanasie, en achtereenvolgens de donatie, te laten plaatsvinden op 9 april, exact een jaar na het ongeluk van Ben. De cirkel zou dan rond zijn. Anderhalve week daarvoor werd Ben een paar uur opgenomen op de IC in het MCL voor onderzoek. Een bloedanalyse en een echo werden uitgevoerd om de kwaliteit van de organen van Ben te bepalen. Bij een 'normale' donatie worden meerdere onderzoeken uitgevoerd, zoals een bronchoscopie, maar in het geval van Ben zou dat te belastend zijn. Toen eenmaal de datum was vastgesteld, zocht Rik contact met de verantwoordelijke planner van de OK. Er moest namelijk absoluut zekerheid zijn dat er een OK beschikbaar was op deze bewuste 9 april. De planner heeft in overleg met een aantal specialisten het grote Ok-programma zo aangepast dat er voldoende ruimte beschikbaar was. Afstemming en samenwerking met de OK is van onmisbare waarde voor deze procedure. Het is immers een groot onderdeel van de hele schakel. Het eigen OK- team van het MCL werd op de bewuste ochtend op de hoogte gesteld van deze procedure om de privacy van Ben en Annewiep zo lang mogelijk te respecteren.

Rol van de donatiecoördinator

Annalize vervulde in het hele traject de rol van donatiecoördinator. Een donatiecoördinator geeft uitvoering aan het lokale donatorwervingsbeleid in overleg met en onder verantwoordelijkheid van de raad van bestuur van het ziekenhuis. Hij of zij regelt en coördineert het traject totdat de transplantatiecoördinator in huis is, en vanaf dat moment ondersteunt de donatiecoördinator de transplantatiecoördinator. Daarnaast zorgt de donatiecoördinator ervoor dat



Foto: Ziko van Dijk

Het Nationaal Donor Monument in Naarden, Noord-Holland. 'De Klim', ontworpen door Egbert Hermsen en vervaardigd door Ben Overkamp. Op 21 oktober 2011 onthuld door Erica Terpstra en burgemeester Joyce Sylvester.

binnen het uitnameziekenhuis, conform de Wet op de orgaandonatie (WOD), respectvol wordt omgegaan met orgaan- en weefseldonatie. Het belangrijkste is misschien wel het ondersteunen van familie, artsen en verpleegkundigen tijdens het proces. Annalize: 'In het MCL hebben we twee donatiecoördinatoren. De keuze is op mij gevallen omdat ik ook IC-verpleegkundige ben. Dat was een praktische overweging omdat ik ook aan het bed kan staan en verpleegtechnische handelingen kan uitvoeren.' Annewiep: 'Annalize dacht werkelijk aan alles. Zo zorgde ze er onder andere voor dat er een tillift beschikbaar was. Annalize en Rik waren echt een enorme steun voor ons. Ze hebben zich in het hele proces alleen maar laten leiden door wat het beste was voor ons. Daarbij zijn ze soms dwars door ziekenhuissystemen heen gefietst. De manier waarop ze dat hebben gedaan, heeft Ben rust en mij kracht gegeven.'

DBD- versus DCD-procedure

In Nederland kan donatie plaatsvinden via een donatieprocedure na hersendood (DBD of donation after brain death, voorheen heart-beating-procedure), of via een donatieprocedure nadat het hart en de bloedsomloop zijn gestopt (DCD of donation after circulatory death, voorheen non-heartbeating-procedure). Voor een DBD-procedure wordt met behulp van meerdere onderzoeken aangetoond dat sprake is van hersendood. Dat is het volledige en onherstelbare verlies van de functies van de hersenen, inclusief hersenstam en verlengde merg (**). Het vaststellen van hersendood is streng geregeld, er mag niet worden afgeweken van de protocollen. De ademhaling en circulatie van de potentiële donor worden na vaststelling van de hersendood nog door machines op gang gehouden. Op deze manier blijven de organen voorzien van zuurstof en andere

belangrijke stoffen. Dit gaat door tot het moment dat de organen tijdens de operatie worden uitgenomen. De DBD-procedure is de meest gewenste voor donatie omdat de mensen met intacte circulatie naar de OK gaan en de tijd zonder bloedvoorziening het kortst is, waardoor de organen optimaal behouden blijven.

Bij Ben is de DCD-procedure toegepast. Een DCD-procedure vindt plaats nadat het hart tot stilstand is gekomen en er dus geen bloedsomloop meer is. Er is meer haast bij geboden dan bij de DBD-procedure en niet alle organen zijn meer geschikt voor donatie. Gerritsen: 'Gelukkig zijn er steeds minder mensen hersendood, maar daardoor neemt het aanbod van deze donoren wel af. Daarom is de DCD-procedure bedacht, wat een andere manier is om aan organen te komen.'

Maandag 9 april 2018

Annewiep: 'Op vrijdag 6 april nam Ben met een mooi feest afscheid van alle mensen die hem steeds gesteund hadden. Hij genoot van het prachtige lenteweer op zaterdag en zondag. Op maandag 9 april reden we naar het ziekenhuis. Daar werden we met bloemen, koffie, thee en broodjes ontvangen door Rik en Annalize. Rik legde nogmaals de hele procedure uit. De huisarts vroeg Ben voor de laatste keer of hij nog steeds achter zijn besluit stond. We aten samen broodjes, ook Ben. De sfeer was rustig en we hebben zelfs nog gelachen om grapjes van Ben.' Na de lunch was het tijd voor het starten van de euthanasieprocedure. De huisarts diende de via de infuuslijn de euthanatica (anesthetica en spierrelaxantia) toe. Euthanatica hebben geen invloed op de kwaliteit van de donororganen. De huisarts is altijd de uitvoerende arts, ook stelt deze polsloosheid, bewusteloosheid en ademstilstand vast. Daarna wordt vijf minuten gewacht en niets meer gedaan, de zogenaamde 'no touch'. Deze procedure is bij orgaandonatie nodig om zeker te weten dat het hart niet meer vanzelf begint te kloppen en dat de ademhaling niet meer vanzelf op gang komt. Dit hoort bij het vaststellen van de dood als iemand orgaandonor is. Ben is rustig gestorven.

Rik: 'Het was een zeer aangrijpende, maar niet belastende ervaring.' Annewiep en Annalize bevestigden dat.

Held

Uiteindelijk heeft Ben drie mensen kunnen helpen met zijn organen. Er werden twee nieren en een lever getransplanteerd. Over mogelijke weefseltransplantaties, zoals hoornvlies en bot, zijn geen gegevens bekend. Annewiep: 'Een aantal mensen zei me dat Ben nu voortleeft in andere mensen. Daar heb ik helemaal niets mee, en Ben had dat ook niet. Daar zijn we te nuchter voor. Ben heeft dit gewild omdat hij er andere mensen mee kon helpen. Wat wij hopen is dat we andere mensen aan het denken zetten over de mogelijkheid om na het overlijden organen af te staan. Door onze openheid is dat al gebeurd. Ik hoop dat dit artikel daar ook weer aan bijdraagt.' Annalize: 'Jullie zijn echte helden.'



Foto: Ivonne Zijp

Annewiep Bloem vertelde op het LVO-symposium over de donatieprocedure van haar man Ben.

(*) De richtlijn orgaandonatie na euthanasie is te downloaden op de website van de NTS: www.transplantatiestichting.nl. Voor dit artikel is gebruikgemaakt van deze richtlijn, en van informatie op de website van de NTS.

(**) Hersendoodprotocol van de Gezondheidsraad.

Acties om tij te keren

Grote zorgen om tekort aantal operatieassistenten

De LVO maakt zich grote zorgen over het tekort aan beroepskrachten en over de erkenning en de werkdruk van operatieassistenten. Daarom is de LVO druk bezig om het tij te keren met onder meer een petitie, een meldpunt en aandacht vragen in Den Haag. En er is haast bij.

Tekst: Ingrid Lutke Schipholt, Foto's: Ivonne Zijp

De LVO wil officiële erkenning van het beroep van operatieassistent, zodat alleen goed opgeleide operatieassistenten in de OK mogen werken. 'Nu kan bij wijze van spreken iedereen die van straat wordt geplukt op de OK aan de slag gaan', zegt beroepsbelangenbehartiger van de LVO, Nicole Dreessen. 'Wij willen opgenomen worden in het register Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG-register). Dan worden de kwaliteit, veiligheid en bevoegdheid gewaarborgd.'

In het BIG-register zijn zorgverleners opgenomen die voorbehouden handelingen mogen uitvoeren zoals trocarts inbrengen of het hechten van de huid. Dreessen: 'Operatieassistenten verrichten voorbehouden handelingen, maar deze taken zijn in de wet niet goed geregeld en geborgd. Het is heel raar dat wij nog niet in het BIG-register staan. We vragen het ministerie van Volksgezondheid in Den Haag keer op keer aandacht hiervoor, maar er gebeurt niets. Ons beroep wordt steeds ingewikkelder. We nemen steeds meer taken over van de medisch specialist. Dat

moet je goed regelen.' De roep om erkenning staat in verband met het grote aantal tekorten aan OK-personeel. 'Wil je kwaliteit bieden, dan moet een operatieassistent een drie- of vierjarige opleiding achter de rug hebben en moet hij of zij zich blijvend laten nascholen', aldus Dreessen. 'Maar er

zijn te weinig collega's. En ons beroep is niet beschermd want we zijn niet BIG-geregistreerd, dus mogen mensen zonder specifieke OK-opleiding als operatieassistent werken. Patiënten en zorgprofessionals moeten erop kunnen vertrouwen dat operatieassistenten daadwerkelijk bevoegd en bekwaam zijn.'

De vraag naar gekwalificeerde operatieassistenten is groot. Het Capaciteitsorgaan, dat de arbeidsmarkt in de zorg monitort, stelt dat er de komende drie jaar jaarlijks 1.068 operatieassistenten bij moeten komen. Een behoorlijke toename in vergelijking met voorgaande jaren. In 2017 raamde het orgaan nog dat er 643 operatieassistenten bij moesten komen. (zie kader).

In een tweede brandbrief aan de Tweede Kamer legt de LVO weer uit dat er te weinig operatieassistenten bij komen: 'Het tekort aan operatiepersoneel is twee jaar geleden al aangekondigd door het Capaciteitsorgaan van uw overheid, dat berekent hoeveel mensen in de toekomst nodig zullen zijn in de geneeskunde. Ziekenhuizen moesten aan de bak: zij zijn zelf verantwoordelijk voor het opleiden van operatieassistenten. Dat hebben zij echter niet voldoende gedaan.' Daarnaast speelt het probleem van de grote uitval van leerlingen/studenten

Dreessen: 'Er is al jaren veel uitval. Daarbij komt dat door de tekorten er nu minder tijd



is voor een goede begeleiding van de studenten. Er vallen daardoor nogal wat studenten tussen wal en schip. Weet wel dat het een moeilijke opleiding is. Het is mentaal zwaar en complex. Dat kan lastig zijn voor mensen die net van de middelbare school komen. Die vragen tijd en aandacht en die kunnen we ze steeds minder vaak geven.'

Meldpunt

Naast lobby-activiteiten en de brandbrief aan de Tweede Kamer, heeft de LVO een meldpunt ingesteld. Hier kunnen OK-medewerkers melding maken van incidenten als gevolg van het tekort aan operatieassistenten. Binnen twee weken waren er al meer dan vijftig meldingen gedaan, variërend van hoge werkdruk tot operaties die op het laatste moment worden uitgesteld omdat er geen personeel is. Dreessen: 'Dat is niet niks voor patiënten die opgenomen zijn er zich erop hebben voorbereid.' Het meldpunt is te vinden op <https://lvo.nl/form/meldpunt-lvo-tekorten-operatieassistenten>

Petitie

De LVO is een petitie gestart om het tekort aan operatieassistenten op de politieke agenda te krijgen, om de erkenning van het beroep in de Wet BIG te krijgen en voor het structureel opleiden van operatieassistenten. De LVO roept iedereen op de petitie te tekenen, dus ook andere zorgprofessionals zoals anesthesiemedewerkers en medisch specialisten. In de petitie staan de volgende punten:

- Operatieassistenten worden opgenomen in artikel 3 van de Wet BIG, waarin registratie en titelbescherming zijn geregeld.
 - Studenten worden structureel en proactief opgeleid en niet reactief ingezet bij tekorten of problemen.
 - De werkdruk wordt verlaagd, en daarnaast moet gezorgd worden dat de operatieassistent de nodige bij- en nascholing kan volgen.
 - Een verplichte registratie en accreditatie zou een belangrijke stap zijn, ook om de kwaliteit en veiligheid van operatieve zorg te borgen en te verbeteren.
- De petitie is te ondertekenen op <https://operatieassistenten.petities.nl>



Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan, de instantie die de in- en uitstroom van zorgverleners becijfert, heeft in november de laatste cijfers bekendgemaakt. Er moeten tot 2021 jaarlijks 1.068 operatieassistenten bij komen. Ter vergelijking: in 2017 kwamen er 313 operatieassistenten bij. Omdat ziekenhuizen verantwoordelijk zijn voor een groot deel van het aantal opleidingsplaatsen, zijn de regionale in- en uitstroomcijfers belangrijk. In de regio Noordwest Nederland moeten er jaarlijks de meeste operatieassistenten bij komen, namelijk 232. In de regio Stedendriehoek, rond Apeldoorn, de minste, namelijk 31 operatieassistenten. Landelijk werken er nu 5.207 operatieassistenten in 4.036 fte's.

Vorbehouden handelingen

Patiënten en zorgprofessionals moeten erop kunnen vertrouwen dat operatieassistenten daadwerkelijk bevoegd en bekwaam zijn. Operatieassistenten hebben een cruciale rol in het operatieve proces. Bij deze zorg bestaat een grote kans op fouten met soms zeer ernstige consequenties voor de patiënt. Tevens voeren we medisch-verpleegkundige handelingen uit. Operatieassistenten verrichten zelfstandig heelkundige en voorbehouden handelingen, bijvoorbeeld: introduceren van trocars bij robotchirurgie, plaatsen van klemmen of clips op organen, blaaskatheterisatie, aanleggen van bloedleegte en doorlichten door middel van röntgen. Soms worden zelfs kleine operaties zelfstandig uitgevoerd, zoals het uitnemen van venen, of wordt een gedeelte van een operatie uitgevoerd, zoals het prepareren van pezen en het hechten van subcutis en huid, terwijl de operateur hier niet meer bij aanwezig is. Deze handelingen worden in de praktijk nu wel uitgevoerd door de operatieassistent, maar ze zijn in de wet niet goed geregeld en geborgd. Een verplichte registratie en accreditatie is een belangrijke stap om de kwaliteit en veiligheid van operatieve zorg door de operatieassistent verder te borgen en te verbeteren.

Momenteel zijn voor negen (basis)beroepen (*) wettelijke registers ingesteld (artikel 3). Wie voldoet aan de wettelijke opleidingseisen kan zich laten inschrijven in het wettelijke register voor het beroep (BIG-register). Alleen diegene die is ingeschreven in het register voor een beroep mag de wettelijk beschermde beroepstitel voeren en mag (indien bekwaam) zelfstandig de bij dat beroep behorende voorbehouden handelingen verrichten.

* Arts, tandarts, apotheker, verpleegkundige, verloskundige, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en de PA.

De Volkskrant besteedde al eerder aandacht aan deze problematiek. LVO-voorzitter Ger Creemers werd hierover geïnterviewd. Zie De Volkskrant 25 oktober 2018: Ziekenhuizen moeten 'varkenscyclus' doorbreken om nijpend personeelstekort op te lossen. Het artikel is geschreven door Michiel van der Geest. Het artikel is ook te vinden op internet en is gratis toegankelijk.

Heraeus



PALACOS®

Hoogwaardigheid in moderne cementeringstechniek

PALACOS® R+G pro

De snelle en eenvoudige weg naar optimaal botcement

- Bewezen PALACOS® R+G ready-to-mix voor standaard primaire gewrichtsvervangende ingrepen
- Veilige en contactvrije hantering van de cementbestanddelen
- Tijdsbesparend mengen



PRODUCTEN EN OPLOSSINGEN WAAROP U KUNT VERTROUWEN.

www.heraeus-medical.com

ZIMMER BIOMET INSTITUTE NETWORK

Zimmer Biomet Institute Network is an **online HCP community** offering **webinars, e-books, tutorials, event-related materials** and much more. **Choose your field of interest and join the interactive platform:** engage in online events, ask questions during live webinars and access recordings and materials of Zimmer Biomet Institute events.

Stay up-to-date with Zimmer Biomet Institute's convenient and comprehensive educational online offering!

REGISTER NOW
www.zbinetwork.com/emea

 ZIMMER BIOMET
Institute



Het vak van operatieassistent is geen beschermd beroep. Operatieassistenten (en ook anesthesiemedewerkers) vallen niet onder artikel 3 van de Wet BIG, waar veel medische beroepsgroepen zoals artsen, verpleegkundigen, physician assistants, verloskundigen en fysiotherapeuten wel onder vallen. De LVO maakt zich sterk voor een BIG-erkenning. Onder andere door het aanbieden van een petitie aan de Tweede Kamer. (Zie het artikel op pagina 16 en 17). Maar wat vindt u eigenlijk?



Guy Vijgen

aios chirurgie in het Erasmus MC en eigenaar van Snijgerei

‘Als aios chirurgie heb ik in het Erasmus MC waar ik werk rondvraag gedaan naar aanleiding van deze stelling. Daarbij is voor mij wat duidelijker geworden hoe verschillend de vooropleiding van operatieassistenten kan zijn. Het blijkt dat een deel van de werkzame OK-assistenten een “directe” opleiding heeft gevolgd, direct uit de middelbare schoolbanken intern opgeleid. Een ander deel is eerst opgeleid tot verpleegkundige en daarmee BIG-geregistreerd. De huidige werkzaamheden zijn exact hetzelfde, op de (bijzondere) uitzondering wel/niet mogen katheteriseren van een man na. Niet BIG-geregistreerde operatieassistenten vallen niet onder een “ander” register, er is eigenlijk geen register. Je hoeft geen verplichte nascholing te volgen en degenen die ooit BIG-geregistreerd waren hebben dit vaak al jaren niet vernieuwd. Mijns inziens is het met name van belang dat er een uniforme, gedegen opleiding komt met een register. Dit staat los van wel of niet BIG-geregistreerd zijn, dat blijkt in de praktijk van weinig toegevoegde waarde. Dus, een landelijk gecontroleerd register waarbij iedere operatieassistent zijn of haar registratie aan moet vragen en om de zoveel tijd moet vernieuwen met aantoonbare nascholingsactiviteiten.’



Lusanne Dek

teamcoördinator operatieassistenten en CSA, Zaans Medisch Centrum

‘Het is een lastige vraag, daar wij in principe altijd onder een verantwoordelijke specialist vallen. Ik denk wel dat een BIG-registratie de operatieassistenten handvatten geeft voor het wel en niet zelfstandig handelen, maar ook voor het naleven daarvan, wat soms best lastig kan zijn als een specialist je iets vraagt. Tevens maken de ziekenhuizen keuzes gebaseerd op eigen voorkeuren ... Denk hierbij aan het wel of niet in opdracht van de arts doorlichten bij bepaalde ingrepen. Hierover zijn vele verschillende meningen en duidelijkheid ontbreekt. Ik denk, hoop dat een BIG-registratie meer verduidelijking zal kunnen geven zodat de patiënt, maar ook de medewerker, beschermd wordt.’



Ramon Vink

zvp anesthesiemedewerker/(her)accreditatie CZO opleidingen/interim management, OK Zorg & Management

‘Jazeker, we horen thuis in het BIG-register! Iedereen wil voorkomen dat ondeskundigen patiëntenzorg gaan verlenen. Door operatieassistenten op te nemen in de Wet BIG zorgen we er in ieder geval voor dat deze mensen naar behoren zijn opgeleid. Ook mag je je niet zomaar operatieassistent noemen, je beschermt hiermee je titel, zoals dat bij verpleegkundigen is geregeld. In tijden van arbeidskrapte zie je allemaal creatieve ideeën ontstaan. Men gaat vanuit alle hoeken mensen betrekken bij de OK-zorg. Buitenlands OK-personeel wordt ingevlogen, coassistenten worden aangenomen als omloop of als cameraman bij laparoscopieën. Zij-instromers die soms decennia lang niet meer op een OK hebben gestaan, gaan na een individueel inwerktraject diensten doen. Wanneer men een BIG-registratie heeft ingevoerd zal de buitenlandse collega eerst moeten aantonen dat zijn of haar diploma in ieder geval gelijkwaardig is, de coassistent zal zich dan enkel concentreren op de vaardigheden die relevant zijn voor een arts en de zij-instromer zal zich pas kunnen laten (her)registreren na het slagen voor een officieel examen. We staan er soms niet bij stil, maar ons werk is echt serieus! Fouten kunnen leiden tot ernstige lichamelijke schade. Laten we er dan in ieder geval voor zorgen dat onze patiënten in aanraking komen met operatieassistenten die allemaal voldoen aan dezelfde opleidingskwalificaties. Nog een voordeel, mocht het een keer fout gaan, vallen we onder de tuchtrechtspraak in plaats van het strafrecht. Dat is namelijk ook in de Wet BIG geregeld!’



Danielle Kragtwijk

operatieassistent bij Interchange Medical Recruitment

‘Ik vind het ontzettend belangrijk dat de operatieassistenten opgenomen worden in de Wet BIG. Het zou een goede stap zijn in de richting van het beschermen van de kwaliteit van ons vak. Ik heb vol enthousiasme de petitie getekend en hoop dat iedere operatieassistent dit zal doen.’



Beste operatieassistent,

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg stelt in haar advies 'Bekwaam is bevoegd' dat het noodzakelijk is zorgprofessionals anders op te leiden, om ze voor te bereiden op de vraag naar zorg van morgen. Dat geldt zowel voor de initiële scholing als voor de bij- en nascholing. De bevoegdheid tot het verrichten van handelingen moet niet langer voortvloeien uit een eenmalig verkregen beroepstitel, maar uit blijvende bewezen bekwaamheid.

De Nederlandse gezondheidszorg ziet er nu anders uit dan twintig jaar geleden. Daarbij vinden veranderingen in een steeds hoger tempo plaats. Dit brengt met zich mee dat in de loop der jaren de mogelijkheden en technische vaardigheden op de operatiekamer sterk zijn veranderd en deze gaan in de toekomst nog verder veranderen. De basis van het aankunnen van deze veranderingen ligt bij het betrekken en betrokken houden van het individuele teamlid.

Zimmer Biomet Nederland neemt in dit kader haar verantwoordelijkheid door het aanbieden van certificeringstrajecten.



Roland van Esch
General Manager, Nederland

Het Zimmer Biomet BIKE Program

De operatieassistent is een belangrijke schakel binnen de gehele operatieprocedure. In een wereld waarin orthopedisch specialisten zich steeds verder specialiseren, is het noodzakelijk dat het gehele operatieteam meer specifieke kennis heeft. Zo kan men beter anticiperen op het handelen van de specialist en wordt de kans op fouten tijdens de operatie verkleind, wat leidt tot een betere kwaliteit van zorg.

Wat is het?

Het Zimmer Biomet BIKE Program is een systematische aanpak van scholing van operatieassistenten met als oriëntatie orthopedie. Het BIKE Program geeft operatieassistenten kennis en vaardigheden, waardoor er een dieper inzicht ontstaat in het eigen handelen en het handelen van de medisch specialist. De training is gericht op het vergroten van kennis en inzicht in operatieprocedures die met Zimmer Biomet producten gedaan worden. Op deze manier wordt het veilig en effectief gebruik van Zimmer Biomet producten gewaarborgd.

Hoe werkt het?

Het Zimmer Biomet BIKE Program wordt jaarlijks aangeboden als trainingsprogramma, waarbij Zimmer Biomet een open inschrijving hanteert. Zo kunnen alle operatieassistenten in Nederland zich inschrijven. De trainingen zijn primair gericht op operatieassistenten met orthopedie als specialisatie. De trainingen kunnen ook interessant zijn voor Physician Assistants.

Zimmer Biomet BIKE Program 2019

Data

14 januari 2019
30 januari 2019
11 februari 2019
27 februari 2019
11 maart 2019
27 maart 2019
8 april 2019
6 mei 2019
22 mei 2019

Oxford®
Heup - Taperloc® & Allofit®
Schouder
NexGen®
Vanguard®
Cement
Revisie heup
Revisie knie LCCK
Revisie knie Vanguard® 360

Locatie

Zimmer Biomet Nederland B.V.
Toermalijnring 600
3316 LC Dordrecht

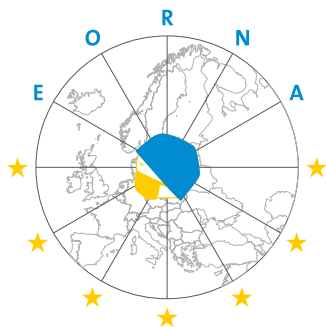
Tijd

9:00 – 16:00 uur

Registratie

www.zimmerbiometacademy.nl/openinschrijving

* *accreditatie is aangevraagd.*



EORNA

EUROPEAN OPERATING ROOM
NURSES ASSOCIATION

**Trots
op je beroep?**

Maak een fimpje hier-
over en maak kans op
een gratis inschrijving
van EORNA.
Zie www.lvo.nl



“ON THE MOVE”

9th EORNA Congress

The Hague, The Netherlands

16 - 19 May 2019

www.eorna-congress.eu

Compartimentsyndroom na hamstringruptuur

Hamstringblessures worden frequent gezien op de SEH en in de huisartsenpraktijk, met name bij actieve sporters zoals voetballers. Het traumamechanisme is onder te verdelen in twee typen. Het eerste is het 'sprint-type', waarbij de blessure berust op een hoog excentrisch krachtmoment.

Deze afwijking wordt met name gezien bij sporten met explosieve krachtmomenten en acceleraties/deceleraties zoals voetbal en atletiek.¹ Het tweede is het 'stretch-type', waarbij een blessure ontstaat door een ongecontroleerde en extreme rek op de hamstrings zoals bijvoorbeeld bij dansen, turnen en skiën.¹ Dat een – in opzet – rustig middagje waterfietsen kan leiden tot een ernstig stretch-type hamstringtrauma blijkt uit de navolgende casus.

Tekst: J.J.W. Reijnders, coassistent Chirurgie, S. Mans, SEH arts, P. van Eerten, M. Scheltinga, chirurgen
Correspondentie: p.vaneerten@mmc.nl

Casus

Een 67-jarige vrouw werd op de SEH van het MMC gepresenteerd, nadat ze vanaf een waterfiets op de kade was gestapt. Ze was hierbij in een soort spagaat gekomen, waarna ze vrijwel direct pijn in het rechter bovenbeen voelde. De patiënte was bekend met diabetes mellitus type 2 en paroxysmaal atriumfibrilleren. Ze gebruikte als medicatie metformine, rivaroxaban (1dd 20mg), furosemide, rabeprazol, pravastatine, gliclazide en tambocor. Vanwege de intense pijn had zij in de ambulance 25 mg esketamine, 1 mg midazolam en 50 µg fentanyl ontvangen.

Bij presentatie op de SEH was, mogelijk vanwege de pijnmedicatie, het bewustzijn gedaald (E3M6V5), waardoor de anamnese bemoeilijkt werd. Er was geen sprake van trauma capitis, misselijkheid of braken, nekklasten, pijnlijke ademhaling, dyspnoe of buikpijn. Ze gaf veel pijn in het rechter bovenbeen aan. De ATLS-systematiek liet behoudens een licht gedaald bewustzijn (E3M6V5), een bloeddruk van 80/60 mmHg en een pols van 50/minuut, geen afwijkingen zien. Bij extremiteitonderzoek bleek het bekken stabiel en niet drukkijnlijk. Er waren



Proximale totale hamstringruptuur, peroperatief aanzicht bij patiënt in buikligging.

geen hematomen in het urogenitaal gebied zichtbaar. De femora waren stabiel en niet drukkijnlijk. De heup rechts daarentegen stond in exorotatie en was drukkijnlijk in de liesregio en aan de gehele dorsale zijde. Er was tevens ossale asdrukkijn rechts. Aan de dorsale zijde van het rechter bovenbeen was ook een zwelling zichtbaar. Het rechter onderbeen en de rechervoet waren niet pijnlijk. De distale pulsaties waren intact.

Aanvullend onderzoek

Onder de voorlopige diagnose rechter bovenbeensletsel werd een röntgenfoto gemaakt van de rechter heup, knie en rechter bovenbeen, waarop geen fracturen of ossale letsels te zien waren. Oriënterend bloedonderzoek (Tabel 1) liet verlaagde waarden van hemoglobine, hematocriet, kalium en kreatinine zien bij een verhoogde PT.

Beloop

Tijdens een één uur durende observatieperiode namen de pijnklachten in het rechterbeen fors toe. Herhaling van het onderzoek toonde aan, dat de dorsale zijde van het rechter bovenbeen progressief onder spanning stond. De pijn nam, ondanks toediening van 5mg morfine, verder toe bij

palpatie en bij passief strekken van de adductoren. Opvallend was een tintelend en doof gevoel in de rechervoet. Een CT-scan werd overwogen, maar onder de werkdiagnose compartimentsyndroom door een traumatische spierbloeding bij NOAC-gebruik werd besloten tot een spoedoperatie.

Operatie

Onder algehele anesthesie werd de patiënt in buikligging geopereerd. Bij het openen van de fascia ter plaatse van de bovenbeenswelling werd een forse hoeveelheid stolsels en spierweefsel zichtbaar. De hamstrings bleken van hun origo op het tuber os ischii af te zijn gescheurd (Figuur 1).

Een arteriële spierbloeding nabij de nervus ischiadicus werd verzorgd. Met een tweetal Mitek-ankers werden de hamstrings weer op het tuber os ischii vastgezet waarna de huid kon worden geapproximeerd met een vasselloop vetersysteem. De overige spierloges bleken gaaf en werden derhalve ongemoeid gelaten. Het totale bloedverlies was ongeveer één liter. In verband met het aanzienlijke bloedverlies vond transfusie met 2 units plasma en erythrocyten plaats, waardoor het hemoglobine van 5,1 naar 6,9 mmol/l steeg en stabiel bleef.

Vervolg

Postoperatief werd de patiënt opgenomen op de Medium Care, waar dagelijks de vasselloop werd aangetrokken. Drie dagen postoperatief konden subcutis en huid worden gesloten. Vanaf vier dagen postoperatief werd gestart met mobiliseren op geleide van de pijn. Om anteflexie van de heup te vermijden en om te waarborgen dat de knie maximaal 20°-30° kon flecteren, werd een scharnierbrace aangemeten. Uiteindelijk kon de patiënt in goede conditie en zonder tekenen van wondlekkage of infectie op de vijfde postoperatieve dag worden ontslagen met adequate pijnstilling. Bij een poliklinische controle twee weken postoperatief bleek de patiënt geen pijnklachten te hebben. Ze kon het been nog niet belasten, wat in de lijn der verwachting lag. Voor verdere controle werd zij doorverwezen naar haar eigen ziekenhuis in Den Bosch. Hier is zij twee maanden postoperatief nog eenmaal geweest voor controle en een

doorverwijzing voor fysiotherapie. Ruim zes maanden postoperatief werd de patiënt telefonisch benaderd ter evaluatie. Hierbij gaf ze aan dat het fysiotherapietraject net was afgesloten en dat ze, behoudens een doof gevoel rondom het litteken en distaal van de knie, geen pijnklachten of functionele klachten aan het aangedane been had. Ze had echter wel het idee dat het aangedane been nog wat zwakker was en dat ze iets gemakkelijker viel dan voor het trauma. Ze gaf aan alle dagelijkse bezigheden zonder klachten uit te kunnen voeren, en ook het wandelen van wandeltochten van 10 kilometer was niet bezwaarlijk.

Commentaar

Een search op PubMed resulteerde in slechts drie andere rapporten met vergelijkbare

beelden. Een artikel beschrijft een patiënt met een compartimentsyndroom op basis van een 'stretch-type' totale hamstringruptuur.² Een tweede case series (n=21) beschrijft elf casussen van acute bovenbeenscompartimentsyndromen waarbij sprake was van stomp trauma of vasculair trauma.³ Een compartimentsyndroom van het bovenbeen op basis van een totale hamstringruptuur lijkt dus relatief weinig voor te komen. Desalniettemin moet men hierop bedacht zijn bij een patiënt met acuut ontstane zwelling en pijn in het bovenbeen na een trauma. De schaarse literatuur is het er over eens dat er zo snel mogelijk moet worden overgegaan tot een fasciotomie, net zoals bij andere vormen van het compartimentsyndroom, om complicaties als neurovasculaire schade, spierschade en zelfs amputatie te voorkomen.⁴

Literatuuroverzicht

1. Van der Horst N. Hoe omgaan met hamstringblessures? Sportgericht, 2015;1:28-32.
2. Mallo GC, Stanat SJ, Al-Humadi M, Divaris N. Posterior thigh compartment syndrome as a result of a basketball injury. Orthopedics, 2009;32(12):923. Beschikbaar via: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Posterior+thigh+compartment+syndrome+as+a+result+of+a+basketball+injury>
3. Schwartz JT Jr, Brumback RJ, Lakatos R, Poka A, Bathon GH, Burgess AR. Acute compartment syndrome of the thigh: A spectrum of injury. J Bone Joint Surg Am, 1989;71(3):392-400. Beschikbaar via: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2925712>
4. Gregory Modral J. Lower extremity fasciotomy techniques. UpToDate [Internet]. 2017 [geciteerd op 4-12-2017]. Beschikbaar via: <https://www.uptodate.com/contents/lower-extremity-fasciotomy-techniques#H548658810>

Tabel 1. Bloedanalyse bij presentatie op de SEH

Bepaling	Waarde	Ref. waarden
Hemoglobine	5,5 mmol/l	8,5 – 11,0
Hematocriet	0,26 l/l	0,41 – 0,51
Natrium	139 mmol/l	135 – 145
Kalium	3,4 mmol/l	3,5 – 5,0
Ureum	5,3 mmol/l	3,2 – 7,4
Kreatinine	54 µmol/l	62 – 106
APTT	30 sec	22 – 32
PT	2,5 INR	0,9 – 1,2

De complexe invoering van het Landelijk Implantaten Register

Het Landelijk Implantaten Register belooft betere zorg. Momenteel wordt een aantal programma's ingevoerd die hiermee nauw samenhangen. Dat maakt de implementatie behoorlijk complex. Wat moet er allemaal nog gebeuren en wat is al bereikt?

Tekst: Trudy Boshuizen, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).



H

Het is van groot belang dat patiënten met medische implantaten snel en efficiënt traceerbaar zijn. Hun implantaat kan immers problemen blijken te veroorzaken. Daarom gaf de minister van Volkshuisvesting, Welzijn en Sport (VWS) in 2012 opdracht tot het ontwikkelen van het Landelijk Implantaten Register (LIR). Alle ziekenhuizen moeten de bij patiënten geplaatste implantaten registreren in het EPD en vervolgens op uniforme wijze aanbieden aan dit register. Op 5 juni 2018 is de Eerste Kamer akkoord gegaan met de aanpassing van een wet waarin de instelling van het LIR is geregeld. Oorspronkelijk zou de aangepaste wet op 1 juli 2018 in werking treden. Gelukkig is de inwerkingtreding inmiddels uitgesteld tot 1 januari 2019, met een ingroeiperiode tot 1 januari 2020. Ziekenhuizen hebben nu meer tijd voor de implementatie van het LIR. Ook is de afstemming met drie hiermee samenhangende trajecten nu beter: dat van eenduidige codering in de ziekenhuizen, dat van het VIPP-programma en dat van het programma Registratie aan de bron. Deze parallel lopende trajecten maken de invoering van het LIR veelomvattend en complex. Hoe hangen de trajecten precies samen? Wat is al geregeld, en wat nog niet?



Foto: Shutterstock

Eenduidige barcodering

Ziekenhuizen kunnen geplateerde implantaten alleen gestandaardiseerd aanbieden aan het Landelijk Implantaten Register als op deze implantaten eenduidige barcodering aanwezig is. Al in 2009 onderschreef de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) het universele GS1-codestelsel omdat dit de patiëntveiligheid kan vergroten en voorraad- en recallkosten kan besparen. Met een GS1-code zijn producten, locaties, verzendeenheden en mensen wereldwijd uniek te identificeren. De GS1-code wordt ook wel 'EAN' of 'GTIN' genoemd en wordt in alle sectoren gebruikt.

De implementatie van eenduidige barcodering op medische hulpmiddelen – waaronder implantaten vallen – werd gecompliceerd door een nieuwe Europese verordening: de Medical Device Regulation (MDR). Fabrikanten zijn straks verplicht om medische hulpmiddelen te voorzien van een unieke identificatiecode (UDI). Wat het lastig maakte, is dat deze verordening pas op 26 mei 2020 van kracht wordt.

Afsprakendocument

Toch lukte het alle betrokken partijen breed gedragen afspraken te maken over de invoering van barcodering op medische hulpmiddelen. Het zogeheten 'Afsprakendocument eenduidige codering medische hulpmiddelen' is in de zomer van 2017 ondertekend op

verzoek en onder regie van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. De hele Nederlandse keten van productie tot gebruik bij de patiënt was hierbij betrokken: de NVZ, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, de Federatie van Technologiebranches, de Ondernemersorganisatie voor de technologische industrie en de belangenorganisatie van producenten, importeurs en handelaren van medische hulpmiddelen Nefemed. Ook GS1 Nederland was van meet af aan nauw betrokken bij de totstandkoming van deze afspraken. GS1 Nederland ondersteunt en adviseert ziekenhuizen bij de invoering van de eenduidige codering. Het afsprakendocument is inmiddels ook in het Engels vertaald en verspreid.

Met het afsprakendocument was de eerste stap gezet. De volgende stap is dat zorginstellingen de eenduidige barcodering vastleggen in hun registratiesysteem. De gegevens over een hulpmiddel kunnen dan met een scanner eenduidig, betrouwbaar en traceerbaar in het EPD en het registratiesysteem van het ziekenhuis worden opgenomen. Handmatig invoeren is niet meer nodig.

VIPP-programma

Het Landelijk Implantaten Register raakt niet alleen aan de eenduidige barcodering voor medische hulpmiddelen. Daarnaast is het gelinkt aan het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling patiënt en professional (VIPP). Het VIPP-programma bestaat uit twee delen: gegevensuitwisseling met de patiënt en gegevensuitwisseling tussen professionals en met de patiënt rondom medicatie. Het VIPP zorgt ervoor dat de standaarden geïmplementeerd worden die deze informatie-uitwisseling mogelijk maken.

Patiënten moeten straks hun medische gegevens kunnen downloaden, waaronder informatie over implantaten die zijn ingebracht. Het beschikbaar stellen van de informatie aan de patiënt over het ingebrachte implantaat is daarnaast een wettelijke verplichting binnen de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Na de inwerkingtreding van de MDR moet elke zorgaanbieder ook een door de fabrikant verschaft implantaatkaart aan de patiënt verstrekken. Een doelstelling van het VIPP-programma is dat patiënten medische gegevens (straks) kunnen downloaden. Het VIPP sluit daarvoor aan op bestaande landelijke standaarden en zorgt voor de implementatie daarvan. In dit programma worden dus geen nieuwe standaarden ontwikkeld. Er wordt aangesloten bij onder andere de volgende landelijke standaarden:

- Basisgegevensset Zorg (BgZ) (programma Registratie aan de bron),
- standaarden medicatieproces (programma Medicatieproces),
- standaarden voor de uitwisseling met een persoonlijke gezondheidsomgeving (programma Medmij).

Registratie aan de bron

Van de drie hiervoor genoemde programma's raakt 'Registratie aan de bron' aan het LIR. Dit programma zorgt ervoor dat alle zorginformatie eenmalig en eenduidig wordt vastgelegd overeenkomstig de Basisgegevensset Zorg. Alleen zo is die informatie voor veel doeleinden – waaronder het LIR – te hergebruiken. De BgZ is een minimale set van patiëntgegevens die specialisme-, ziektebeeld- en beroepsgroepoverstijgend relevant is, en is vanuit het programma Registratie aan de bron ontwikkeld.

De BgZ is gedefinieerd met zorginformatiebouwstenen (zibs). Zorginformatiebouwstenen zijn zorginhoudelijke concepten beschreven in termen van de gegevenselementen waaruit dat concept bestaat. Per gegevenselement staan onder meer de definitie en de bijbehorende coderingen (voornamelijk SNOMED CT en LOINC) beschreven. Lees meer over SNOMED CT in dit nummer van Operationeel.

Het model van de zibs zorgt ervoor dat zorgverleners gegevens eenduidig kunnen vastleggen en onderling kunnen delen en hergebruiken. Voor de implementatie van de zorginformatiebouwstenen in het EPD zijn ziekenhuizen afhankelijk van de softwareleveranciers.

Overlappende zibs

Binnen het VIPP-programma wordt als minimale gegevensset uitgegaan van de Basisgegevensset Zorg. De technisch-inhoudelijke link tussen het LIR en het VIPP betreft de implementatie van de zorginformatiebouwstenen Medische Hulpmiddelen, Ziekenhuis en tot slot Verrichtingen en Patiënt.

De doelstellingen van het VIPP-programma en het LIR zijn echter verschillend. Het VIPP gebruikt deze zibs onder andere voor het beschikbaar stellen van implantatatinformatie aan de patiënt (via een online portaal of een digitale download) en het LIR voor de traceability van implantaten. De zib Medische Hulpmiddelen omvat nagenoeg alle verplichte data die door ziekenhuizen aan het LIR moeten worden aangeleverd.

Kortom: zowel het VIPP als het LIR stimuleert een gestandaardiseerde registratie en ontsluiting van implantaatgegevens.

Meer tijd, minder registreren

De wettelijke deadline van het LIR-implementatietraject liep oorspronkelijk voor op die van het VIPP-programma. De deadline voor het LIR was in eerste instantie immers 1 juli 2018. Doordat de implementatie van het LIR is uitgesteld, loopt dit traject nu synchroon met het VIPP-programma, zoals de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) ook steeds heeft bepleit.

Nu de time lines van het LIR-traject en het VIPP-programma synchroon lopen, is een versnelde aanpak vanuit de ziekenhuizen niet meer noodzakelijk. De NVZ is verheugd dat de ziekenhuizen nu meer tijd hebben voor de implementatie. Zo wordt voorkomen dat de registratielasten van zorgverleners en ziekenhuizen tijdelijk fors stijgen. Met de oorspronkelijke deadline hadden alle data voor het LIR handmatig via de tijdelijke webportal van de Rijksoverheid moeten worden ingevoerd.

De registratie van implantaten en vervolgens de aanlevering aan het LIR zal nu alleen via het EPD plaatsvinden. De implantaten kunnen daartoe rechtstreeks in het patiëntendossier worden gescand, daarbij gebruikmakend van standaardcoderingen.



Illustratie: Shutterstock

Handhaving door de IGJ

Het LIR heeft een ingroeperiode van een jaar. Tot 1 januari 2020 zal de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ook niet handhaven. Ziekenhuizen hoeven pas aan te leveren aan het LIR zodra dit rechtstreeks mogelijk is vanuit het EPD. Er zijn dus geen dubbele registratielasten én er is voorlopig geen handhaving door de IGJ. VWS heeft dit expliciet bevestigd.

De ziekenhuizen moeten echter wel aantoonbaar per 1 januari 2019 een opdracht aan hun EPD-leveranciers hebben gegeven voor de implementatie van de noodzakelijke zorginformatiebouwstenen én implementatieplannen kunnen laten zien. Voor de ziekenhuizen die het dan nog niet per 1 januari 2020 op orde hebben, is er de webportal als vangnet. Dit zou tijdelijk een dubbele registratielast betekenen. Hoewel er nog veel werk moet worden verzet, zetten de ziekenhuizen grote digitale stappen richting 2020.

Meer weten?

- www.nvz-kennisnet.nl (met de besloten werkgroepen 'Platform LIR' en 'VIPP-programma', waar NVZ-leden actuele informatie kunnen vinden en praktijkervaringen kunnen delen)
- www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/medische-hulpmiddelen/registratie-van-implantaten
- www.vipp-programma.nl
- www.registratieaandebn.nl
- www.gs1.nl
- www.vmszorg.nl/actueel/eenduidige-codering-medische-hulpmiddelen

Eenduidige codering voor traceerbaarheid van implantaten

Fabrikant/Leverancier

De leverancier is verantwoordelijk om zijn producten te voorzien van UDIs. Een UDI is (afhankelijk van de klasse van het implantaat) opgebouwd uit:

- **Device Identifier (UDI-DI)**
- **Product Identifier (UDI-PI)**
 - Expiratiedatum
 - Batch-/lotnummer
 - Serienummer

De UDI-DI is te verkrijgen bij GS1 of HIBC. De UDI-PI komt van de leverancier zelf tijdens productie. Met deze onderdelen maakt de leverancier de complete UDI-string en barcode voor zijn product. Brancheorganisaties hebben afgesproken in 'Afspraken eenduidige codering medische hulpmiddelen ADC' dat elk medisch implantaat dat voorkomt op de inclusielijst voorzien moet worden van een barcode en dat de fabrikanten en/of leveranciers stamdata over het implantaat delen via GDSN.

Ziekenhuis

Wanneer een doos met implantaten bij het ziekenhuis arriveert, wordt de UDI-string op de doos gescand*. Wanneer een ziekenhuis de doos met implantaten scant, wordt de volledige UDI vastgelegd in het ziekenhuissysteem en wordt de betreffende productdata (die al was ontvangen via GDSN en vastgelegd) getoond. Die productdata is altijd actueel door continue synchronisatie met GDSN. Een van de gegevens uit GDSN is het producttype dat wordt vastgelegd met een GMDN-code. Deze GMDN-code wordt in het ziekenhuis voor alle implantaten omgezet naar een SNOMED CT code met behulp van een koppelingstabel.

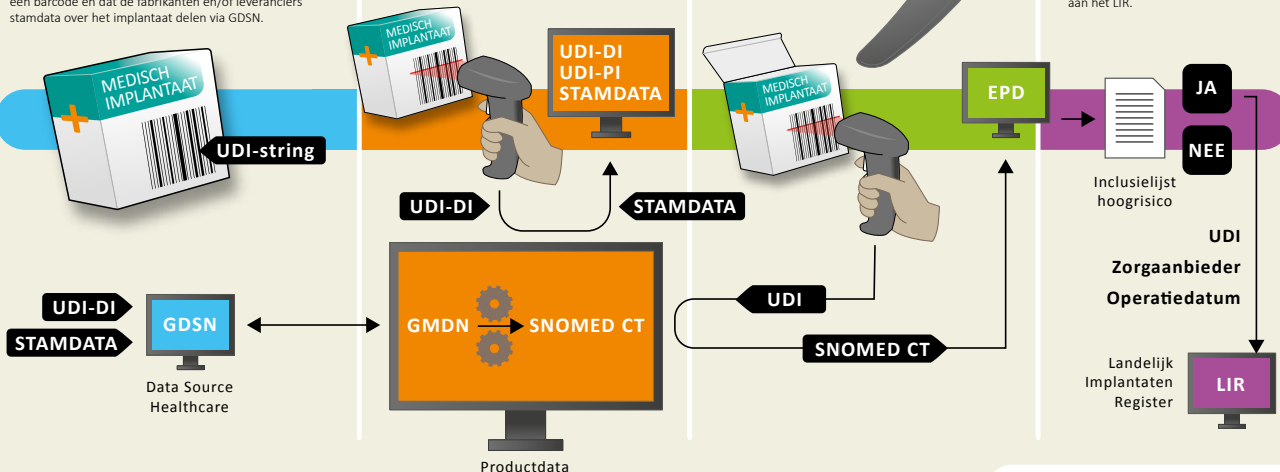
Patiënt-dossier

Tijdens de operatiesessie van de patiënt wordt het implantaat gescand. De UDI en SNOMED CT worden vastgelegd in het EPD.

Toezicht

De Nederlandse editie van SNOMED CT bevat een referentielijst met alle SNOMED CT-codes van implantaten op de inclusielijst. Met behulp van de SNOMED CT-code die staat geregistreerd bij het implantaat van de patiënt, kan worden afgeleid of het gebruikte implantaat op de inclusielijst staat. Voor de implantaten op de inclusielijst geldt een verplichte aanlevering aan het LIR.

De aanlevering gebeurt automatisch via een koppeling met het EPD (bijv. met zibs) of handmatig via een webportal. De IGJ houdt toezicht op de juiste registratie en aanlevering aan het LIR.



* scannen gebeurt nog niet (overall), maar is iets wat in de toekomst hoogstwaarschijnlijk gaat gebeuren.



Circulair
instrumentbeheer

VAN STRATEN MEDICAL

'Providing Value to Life'



van

- maken
- gebruiken
- weggooien

naar

- maken
- gebruiken
- hergebruiken

Vraag naar de mogelijkheden en draag bij aan de circulaire economie



Van Straten Medical is onderdeel van de Green Deal voor duurzame zorg.

mail@vanstratenmedical.com | 030 602 38 30 | www.vanstratenmedical.com | EN-ISO 13485 & EN-ISO 14971

NVEC

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ENDOSCOPISCHE CHIRURGIE

INNOVATE TO PERFORM

NVEC Congres 2019

Onderwerpen:

Nieuwe Technologie
Robotica
Imaging Technologie
Ontwikkelingen Image Guided Surgery
Improving Team Performance
Improving Patient Performance

Special guest:

Robert Doornbos, voormalig autocoureur
Titel lezing: Fast & furious Technology



SAVE THE DATE

Masterclasses voor AIOS en Jonge Klaren op 17 april 2019:

- Masterclass 1. Robotic Surgery: hier leert u de beginselen van de robotchirurgie
- Masterclass 2. PreHab & ReHab: ins en outs voor een succesvolle introductie van een pre- en posthabilitatie programma
- Masterclass 3. Career Development: Hoe richt je een carrière pad in voor een geslaagd leven als hightech chirurg

18 april 2019

Beurs van Berlage, Amsterdam

Programma en meer informatie: www.nvec.nl

HET JUISTE INSTRUMENT VOOR JE TOEKOMST!



Snomed: uniforme vaktaal voor zorgverleners

'Longontsteking door pneumokokken', 'pneumokokkenpneumonie' of 'pneumonie door pneumokokken': dankzij Snomed begrijpen ook computers dat hiermee steeds hetzelfde wordt bedoeld. En op den duur wordt met deze enorme verzameling medische en verpleegkundige termen dezelfde taal gesproken in bijvoorbeeld multidisciplinair overleg, OK-verslag en ontslagbrief.

Tekst: Pim Volkert, coördinator terminologiecentrum en Snomed CT Nationaal Release Center, Nictiz.



Figuur 1 Een groep prothesen wordt zichtbaar in de Snomed-browser.

Stel je voor: je scant een heupimplantaat op een OK in Groningen en krijgt het signaal dat dit onlangs in Nieuw-Zeeland tot serieuze gezondheidsproblemen heeft geleid. Dan pas je uiteraard je planning hierop aan. Het is al bijna zover dat je van over de hele wereld dergelijke waarschuwingen kunt krijgen als je in de OK aan het werk bent. Deze positieve verandering is te danken aan wereldwijde standaardisatie van (zorg)gegevens (zie ook het artikel over het Landelijk Implantaten

Register in deze Operationeel). Hierbij wordt onder meer gebruikgemaakt van SNOMED CT (Snomed). Met Snomed spreken zorgverleners dezelfde, eenduidige vaktaal. Een vaktaal die ook door computers wordt begrepen. Hiermee kunnen onder meer diagnoses, medische hulpmiddelen, anatomie en allergieën consistent worden vastgelegd. Daardoor kunnen deze gegevens makkelijker worden gebruikt voor zorg en onderzoek.



Figuur 2 Je krijgt een signaal als een prothese moet worden aangemeld bij het Landelijk Implantaten Register (Dutch Implant Registry).

Eén taal

Snomed is een internationaal, medisch terminologiestelsel. Het bevat ruim 340.000 medische en verpleegkundige termen met hun synoniemen. Termen die in de directe patiëntenzorg worden gebruikt. Veel van deze termen zijn vertaald, ook naar het Nederlands. Snomed is inmiddels in meer dan veertig landen op verschillende vlakken ingevoerd. Het bevat koppelingen naar de internationale standaarden ICD-10 en GMDN. Eind 2018 zijn tegen de 100.000 termen beschikbaar in het Nederlands.

Snomed is eigendom van SNOMED International, een lidstatenorganisatie die in 2007 mede door Nederland is opgericht. Namens het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport wordt Snomed in Nederland beheerd door expertisecentrum voor e-health Nictiz. Ziekenhuizen en ICT-leveranciers en zorginstellingen in Nederland kunnen bij Nictiz een kosteloze licentie aanvragen om met Snomed te werken.

Informatie hergebruiken

Als operatieassistent merk je niet onmiddellijk iets van Snomed. Maar het levert ongemerkt een positieve bijdrage aan je werk. Medische hulpmiddelen zoals kunstheupen worden met een (internationale) taalcode geregistreerd in het zorgproces. Dit is handig bij het uitleveren van informatie aan het Landelijk Implantaten Register en andere kwaliteitsregisters. In de toekomst gaan daardoor administratieve handelingen sneller, ook in de OK. Computers begrijpen de taal, en de ingevoerde informatie kan betekenisvol worden hergebruikt. Voor een operatieassistent komt eenduidige informatie bijvoorbeeld terug in het multidisciplinair overleg, in het OK-verslag of in de ontslagbrief. De kans op fouten door misinterpretaties neemt door Snomed aanzienlijk af. En in een OK-complex in Groningen is het snel bekend als een bepaald heupimplantaat in Nieuw-Zeeland problemen heeft veroorzaakt.

Wil je zelf zoeken in Snomed?

Ga dan naar www.snomedbrowser.nl en typ de gewenste term in. Het kan zijn dat deze nog niet is vertaald naar het Nederlands. Typ dan de Engelse benaming in.

Oorlog in de operatiekamer

'Oorlog in de operatiekamer' is het verhaal van eerste luitenant Maaïke Hoogewoning (1981), die twee keer als operatieassistent in een militair ziekenhuis in de Afghaanse stad Kandahar werkzaam was.

Ze vertelt over wat er gebeurt in dat ziekenhuis tijdens haar uitzending. Over haar inspanningen om samen met haar collega's zieke en gewonde collega's, maar ook Afghaanse burgers, te helpen met de beste geneeskundige hulp die zij kunnen leveren. In dit nummer van Operationeel lees je een voorpublicatie.

Tekst en foto's: Maaïke Hoogewoning



zien en ervaren dat het leven zo voorbij kan zijn. 'We gaan nu gewoon naar Japan!', roep ik naar Ray wanneer we achter de computer onze zomervakantie aan het uitzoeken zijn. September 2010 is het zover, ik ben met mijn Ray op onze welverdiende vakantie in Japan. We lopen door het prachtige Hiroshima museum.. Terwijl ik naar de daar geplaatste foto's, kleding en delen van overgebleven gebouwen kijk, valt mijn oog op een horloge ... Dat zilverkleurige horloge staat stil op het tijdstip waarop de bom Hiroshima vernietigde ... 6 augustus 1945, 08.15 uur. Het brengt mij, zonder dat ik mij ervan bewust ben, razendsnel terug naar Afghanistan, Kandahar om precies te zijn. 17 april 2010, daar sta ik met een zwart horloge van een jonge Amerikaanse militair in mijn handen, hij is zojuist onder onze handen overleden op de operatietafel. Ook zijn horloge staat stil ... 16.15 uur, het moment waarop een bermbom in Afghanistan een einde aan zijn leven maakte ...

Japan staat al zeer lange tijd bovenaan op onze vakantielijst, maar met een man met een eigen bedrijf is op vakantie gaan wel een dingetje. Hij wil wel, maar ook niet te lang. Twee weken is eigenlijk wel het maximum om van de zaak weg te zijn. Japan is best een duur land en zeker voor maar twee weken vakantie. Na mijn uitzending naar Afghanistan besluit ik dat mijn man, Ray, en ik gewoon gaan. Duur of maar twee weken vakantie maakt niet meer uit, ik heb ge-

Ray vraagt: 'Maaïke, waar ben je met je gedachten? Gaat het goed? Je lijkt afwezig?' Ik knipper met mijn ogen en kijk in het rond. Ik zie de Japanse karakters op de platen naast de etalages, die het verhaal vertellen over de spullen en foto's die ik in het museum zie. Ik realiseer me dat ik op vakantie ben, helemaal in Japan, maar dat ik toch heel even 'terug' was in Afghanistan en ik begin te vertellen.



Het vertellen van mijn verhaal doe ik acht jaar later. Ik heb heel lang getwijfeld; er zijn al zo veel boeken over Afghanistan, ik ben helemaal geen schrijver en wie zit er in 's hemelsnaam nou op 'mijn verhaal' te wachten. In de tussentijd heb ik ook twee prachtige kinderen mogen krijgen en ben ik begonnen als gastspreker bij 'Veteraan in de klas' van het Veteraneninstituut. Hierbij verzorg ik als veteraan gastlessen op zowel basis- als middelbare scholen. Ik vertel dan mijn, uiteraard aangepaste, persoonlijke verhaal over mijn uitzendervaringen als operatieassistent.

In de loop der jaren heb ik ook aan medische collega's in diverse ziekenhuizen mijn verhaal verteld. Wat ik opmerkte is dat er veel interesse is in mijn ervaringen in oorlogsgebied.

Dat heeft mij doen besluiten toch verder te gaan met het op papier zetten van mijn verhaal. Eigenlijk moest het boek al af zijn voordat onze tweede geboren werd, maar dat heb ik niet gehaald. Tijdens mijn missies in Afghanistan, Kandahar, hield ik een dagboek bij. Op die manier kon ik de ervaringen die ik tijdens mijn werk op de operatiekamer meemaakte, van mij afschrijven en ze een plek geven. Maar ook om het naar het o zo belangrijke thuisfront te sturen, dat graag wilde weten hoe het mij verging, daar in de zandbak. Dat heb ik ze tot op zekere hoogte ook wel geschreven, maar niet alles, lang



niet alles. Hoe kan ik thuis vertellen dat ik een paar keer per dag op de grond moet gaan liggen omdat raketten op de basis worden afgevuurd? Maar ze hoeven zich geen zorgen te maken, hoor, er is niks aan de hand hier. Of hoe vertel ik dat op één dag drie jonge Amerikaanse collega's zijn overleden bij mij op de operatiekamer? Meestal vertel ik alleen de leuke dingen die ik die dag heb gedaan en dat ik het druk heb gehad met werken, we hadden veel patiënten. Je wilt het thuisfront niet nog ongeruster maken dan het toch al is.

—
 ‘Ik wist dat ik in de hel op aarde terecht zou komen in Afghanistan, maar er daadwerkelijk dan ook zijn, zien, horen, ruiken en voelen is toch echt een ander verhaal, mijn verhaal.’
 —

Daarnaast vind ik het ook belangrijk om de andere kant van onze krijgsmacht te laten zien, de verzorgende kant. Vaak is de eerste gedachte aan het leger: schieten en bommen gooien. Maar er is meer binnen de krijgsmacht. Ik zit bij het regiment Geneeskundige troepen. ‘Eripiendo Victoriae Prosum’ op mijn baretembleem, in het Nederlands vertaald: ‘Al helpende dien ik de overwinning’, en dat doe ik op de operatiekamer, tezamen met de rest van het chirurgisch team. Ik denk dat zo’n 80% van de krijgsmacht uit ondersteunend personeel bestaat om de overige 20%, die soms

lega’s die (meestal) zwaargewond en verminkt aan mij voorbij trekken. Ik vergelijk het maar met een topsporter: die traint ook niet zijn hele leven alleen maar om het trainen, hij wil die allerbelangrijkste wedstrijd winnen en met goud thuishkomen. Op dat moment functioneer ik als de beste, ik vlieg op de adrenaline en skills en drills die mij geleerd zijn. Maar achteraf pas komt het besef dat het een jonge collega van mij is of was ... Diezelfde adrenaline zal mij later gaan dwarszitten. Mijn uitzendingen hebben mij gemaakt tot wie ik ben en voor mij is dodenherdenking op 4 mei voorgoed ver-



wél schietend voorwaarts moeten gaan, te ondersteunen en bij te staan. De vele ondersteunende collega’s zorgen ervoor dat er post aankomt in het missiegebied, dat er gegeten kan worden, dat er schoon drinkwater is, dat er een woon- en werkomgeving wordt gebouwd, psychische zorg aanwezig is, noem alles maar op. Maar ook medische zorg is aanwezig en uitgebreid in de vorm van een chirurgisch team, waar ik als operatieassistent deel van uitmaak. We helpen elkaar tijdens de momenten dat het goed gaat, maar ook wanneer het fout gaat. Dan staan wij als chirurgisch team dag en nacht klaar om de gewonde collega’s de medische hulp te bieden die zij op dat moment zo hard nodig hebben. Het is heel paradoxaal; aan de ene kant wil ik graag werken tijdens een missie, want dat is mijn vak, daar heb ik voor geleerd en veel cursussen voor gevolgd, aan de andere kant zijn het in mijn geval wel mijn (internationale) col-

Peter van Uhm over Oorlog in de operatiekamer

Dit boek van eerste luitenant Maaïke Hoogewoning vertelt over wat er gebeurt in het militair ziekenhuis in Kandahar/Afghanistan tijdens haar uitzending. Wat voor een inspanning zij met haar collega’s doet om zieke en gewonde collega’s, maar ook Afghaanse burgers, te helpen met de beste geneeskundige hulp die zij kunnen leveren. Zij vertelt dat al die inspanning en die beste hulp soms niet mogen baten en dat zij toch mensen verliezen in hun operatiekamer. Maaïke is zo eerlijk om ook te beschrijven wat dit allemaal met haar en haar collega’s doet. Zij beschrijft bijvoorbeeld hoe dun de grens is met de zin: ‘Het is zo dubbel, leven en dood, geluk en verdriet zo dicht bij elkaar.’ Zij maakt het allemaal mee en laat de lezer op een open maar indringende manier het ook meebelevén.

Maaïke toont ook hoe het dagelijkse leven op een militair kamp in een missie is en hoe met de dreiging en de spanning wordt omgegaan. Zij laat zien wat dit kan doen met jezelf als militair, maar ook met het thuisfront, de familie thuis. Dit boek gaat over een gedreven professional in uniform, maar onder dat uniform zit ook gewoon een kwetsbaar mens. Het is een boek dat een mooi inzicht geeft in een wereld die velen niet kennen. Het is een boek dat om respect vraagt!

Peter van Uhm,
 Generaal b.d., oud-commandant der Strijdkrachten

anderd. Ik heb samen met mijn man Ray gekozen om voor Defensie te gaan werken, en daar horen tenslotte ook uitzendingen bij. Ik wist dat ik in de hel op aarde terecht zou komen in Afghanistan, maar er daadwerkelijk dan ook zijn, zien, horen, ruiken en voelen is toch echt een ander verhaal, mijn verhaal: 'Oorlog in de operatiekamer'.



Titel:

Oorlog in de operatiekamer

Subtitel:

Belevissen van een militair operatieassistent in Afghanistan

Auteur:

Maaïke Hoogewoning

ISBN:

978-90-79763-26-9

Aantal pagina's:

304 / Paperback

Prijs:

€ 22,- (geen verzendkosten)

Bestellen en meer informatie:

www.we-publishing.nl

Doe mee & Win

Operationeel mag van White Elephant Publishing drie exemplaren van dit boek weggeven.

Kans maken op een exemplaar?

Mail dan voor 2 januari 2019 je adresgegevens naar redactie@lvo.nl. Onder de snelste inzenders verloten we de exemplaren.

Missie Tanzania- Dokters van de Wereld

Een druppel op een gloeiende
plaat of je hart achterna



Pat Patten en Matthijs Botman overleggen naast het vliegtuigje op de landingsbaan.

In ontwikkelingslanden komen ernstige brandwonden bij kinderen vaak voor; families koken op veel plaatsen op open vuur. Kinderen spelen hier dichtbij en kunnen in het vuur vallen of krijgen kokende olie of water over zich heen. Er is uiteraard geen gespecialiseerde brandwondenzorg, zoals we die in Nederland kennen, voorhanden. Preventie is veel belangrijker dan de gezondheidszorg. Een team van Dokters van de Wereld reisde afgelopen juni naar Tanzania om brandwondenslachtoffers te helpen.

Tekst: Paul van Zuijlen, directeur en plastisch chirurg van het Brandwondencentrum van het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk. Daarnaast is hij bijzonder hoogleraar brandwondgeneeskunde aan het Amsterdam UMC.

Al jaren wilde ik naar de tropen op missie. Voor een plastisch chirurg met ruime ervaring op het gebied van de brandwondenzorg is er – helaas – veel werk te doen. Nu is het zover. Samen met een klein team bestaande uit Matthijs Botman (plastisch chirurg), Jan Brommundt (anesthesist), Thom Hendriks (arts internationale gezondheidszorg), Nicole Faithfull (Dokters van de Wereld) en Johanne (Joop) de Vries (surgical camp coördinator) zijn we op een missie van Dokters van de Wereld naar het Haydom Lutheran Hospital in Tanzania. Brandwonden komen veel voor in Afrika, zeker bij de kansarme medemens. De problemen zijn vaak extremer dan in Nederland: de kans dat mensen in ons land overlijden ten gevolge van uitgebreide brandwonden is uitermate klein maar in Afrika erg groot. Littekenproblemen in Afrika zijn ook vaak extremer. Dat komt niet alleen door de beperkte acute zorg, maar ook door nagenoeg afwezige revalidatiemogelijkheid. Overigens gaan we

niet alleen maar opereren. Het is juist vooral de bedoeling dat we lokale dokters meer kennis bij gaan brengen over de brandwondenzorg zodat ze meer zelf kunnen doen. De Engelsen zeggen dan: 'Give a man a fish, and you feed him for a day. Teach a man to fish, and you feed him for a lifetime.'

Bewustwording brandwondenzorg

De laatste jaren is het mij duidelijk geworden dat het niet alleen waardevol is om je in te zetten voor ieder individu, maar dat het ook uitermate waardevol is om bewustwording te creëren voor de problemen in Nederland en ver daarbuiten op het gebied van brandwondenzorg. Door weer te geven wat we op een dergelijke korte missie meemaken, kan ik meteen laten zien wat er speelt en waarom ik het belangrijk vind om dat te delen. Eigenlijk kan iedereen die dat wil op zijn eigen wijze een steentje bijdragen aan dergelijke missies. Mijn weg heb ik gevonden.

Voor mijn collega Matthijs Botman voelde het als thuiskomen, want hij heeft hier al vele jaren gewerkt. Haydom Lutheran Hospital is een ziekenhuis gelegen in de stad Haydom aan het westelijke uiteinde van de regio Manyara. Het ziekenhuis ligt ongeveer 300 km ten zuidwesten van Arusha. Het werd in 1955



Een missie van Dokters van de Wereld naar het Haydom Lutheran Hospital in Tanzania.

gesticht door de Noorse lutherse missie. Het is momenteel eigendom van en wordt geëxploiteerd door de Evangelisch-Lutheraanse kerk van Tanzania.

Dag 1: Pat

Gisteren zijn we geland op Kilimanjaro Airport. Helaas was het eerste welkom bij de douane teleurstellend omdat we vele medicatie en verbandmiddelen voor het ziekenhuis moesten achterlaten om louter bureaucratische redenen. Gelukkig werden we vervolgens één uur rijden daar vandaan heel prettig welkom geheten door Pat Patten. Pat is Amerikaan, priester en piloot. In 1983 stichtte hij de Flying Medical services voor Tanzania. Deze vliegende brigade is nog steeds een van de weinige services in Afrika. Ik heb veel respect voor iemand als Pat die al 35 jaar zo'n mooie vliegdiens letterlijk en figuurlijk in de lucht houdt met alle technische, financiële en bureaucratische problemen die daarbij komen kijken. Vandaag brachten hij en de Franse pilote Laurence ons met een Cessna-vliegtuigje naar Haydom. Het opstijgen bij Arusha Airport ging nog vanaf asphalt, het landen daarentegen was op een oude kleibaan nabij het ziekenhuis van Haydom. Daar blijkt je dus ook prima op te kunnen landen. Op de foto zie je Pat en Matthijs naast het vliegtuigje overleggen op de landingsbaan. Dat geeft

een aardige indruk van de situatie. De eerste indruk van het ziekenhuis was niet verkeerd. Het voldeed aardig aan mijn verwachtingen, met de patiënten op de gang en beperkte hygiëne. Aan de andere kant was het ook modern: een deel van de afdelingen werkt met een elektronisch patiëntendossier. Het zag er overigens wat klantvriendelijker uit dan de Nederlandse systemen.

Dag 2: Thom

Vandaag begon het serieuze missiewerk. Om halfacht mochten we aanschuiven bij de overdracht van alle artsen in de bieb. Het was een warm welkom. Tijdens de kerkdienst daarna werden we door de directeur aan alle personeelsleden voorgesteld. Niet dat ik alle gebruiken van hier zou willen overnemen, maar het gezamenlijk starten van de week met gezang heeft zeker ook voordelen heb ik gemerkt. Op de operatiekamers aangekomen merkten we direct dat het deze week in het zie-

kenhuis in belangrijke mate om onze missie zal draaien, ze besteden veel aandacht aan de brandwondenzorg. Veel van het personeel was (voor)bereid om langer te werken. Een klein wonderdje. Drie grote operaties waren voor vandaag gepland. We opereerden twee patiënten met ernstige dwangstanden van de handen door littekens, waardoor hun handen niet meer functioneel waren. In beide gevallen is het ons goed gelukt om de vingers weer recht en beweeglijk te krijgen. Pas als de patiëntjes de hand ook zelf weer goed gaan gebruiken, kunnen we zeggen dat de operatie helemaal geslaagd is. De operatie is slechts het begin van het traject, maar een goed begin is wel cruciaal voor een goede uitkomst. De laatste patiënt was een jongen van 14 jaar waarvan de bovenarm links geheel vastgegroeid was aan de romp. We hebben de arm gelukkig weer helemaal los kunnen krijgen. Eigenlijk geldt voor alle drie de gevallen dat dit zo ernstig is dat we het in Nederland door de goede brandwondenzorg nooit meer zien. Gelukkig blijken de principes en operatietechnieken die ik in Nederland toepas ook hier prima te werken. Een complexe brandwondenoperatie vereist sowieso maatwerk en improvisatievermogen. Dat komt in de tropen uiteraard goed van pas.

's Middags had ik gelegenheid om even met Thom Hendriks mee te kijken bij een patiëntje. Thom werkt als Nederlandse arts in Haydom. Samen met Matthijs Botman (en ook enigszins onder mijn begeleiding) is hij een prachtig project gestart: hij volgt en meet operatieresultaten van alle brandwondenreconstructies in Haydom. Ik begeleid hem graag, omdat het een aardige kerel is, maar ook omdat ik weet dat de gegevens die hij verzamelt uniek zijn in hun soort. In de westerse wereld



Mughisha is één van de jonge chirurgische collega's waarvoor we de training gaven.



Deze jongen van zes maakt de eerste bewegingen met zijn 'nieuwe arm'.

zijn al nauwelijks goede langetermijneffecten beschikbaar, laat staan in landen als Tanzania. Thom is dus bezig met een wereldproject waarmee een belangrijke stap voorwaarts gezet wordt in de kwaliteit van brandwondenzorg.

Dag 3: zuster Avelina

Elke dag wil ik een boeiend persoon van hier graag in de schijnwerpers zetten. Vandaag is zuster Avelina de held van de dag. Zuster Avelina is chirurg. Dat lijkt verwarrend, maar Avelina is ook non. Ze merkte als non dat er te weinig medische zorg was in haar gebied en is toen dokter geworden, om zich daarna ook nog chirurgisch te specialiseren. Dat dat haar gelukt is zegt al veel over deze boeiende vrouw. Ze werkt in Tanga als enige chirurg in een gebied dat groter is dan Nederland. Dat hele gebied heeft thans zes dagen helaas geen chirurgische service omdat zij naar Haydom gekomen is om door ons getraind te worden. Dat wist ik niet, maar zij des te beter. Ze is twee dagen in de bus onderweg geweest, is nu twee dagen hier en gaat daarna weer in twee dagen naar huis. Wat een fantastisch mens. Weliswaar heeft ze nooit dezelfde trainingen kunnen hebben als wij, maar dat compenseert ze ruim met enthousiasme, leergierigheid, slimheid en bescheidenheid. Tja, het is een feest om dan jouw kennis aan haar te mogen overbrengen. En ja, ik heb ook van haar mogen leren gedurende deze nieuwe boeiende operatiedag met allemaal vergroeide en verminkte lichaamsdelen door brandwonden die we – ondanks alle uitdagingen – gelukkig goed konden herstellen. Mocht je in de buurt van Tanga zijn en chirurgische hulp nodig hebben, dan weet je bij wie je moet zijn: zuster Avelina ...

Dag 4: de Bikkel

Tanzanianen zijn bikkels. Ik heb het nu zelf mogen zien en ervaren. Ze liggen met velen in het ziekenhuis op overvolle zalen en zelfs op de gang, en die gang is ook vol. Als we dan even bij een patiënt langsgaan om de brandwonden te bekijken, dan gaat het verband er zo af. Midden op de gang. Geen kík wordt gegeven. Dat heb ik wel eens anders meegemaakt. Hun wonden raken vaak ernstig vervuild en overgroeid met bacteriën voordat ze in het ziekenhuis komen. Toch lijkt een huidtransplantaat behoorlijk goed in te groeien waardoor de wond goed geneest. Bij uitgebreidere brandwonden zien we vaak een heftige ontstekingsreactie (SIRS): het lichaam ontregelt dan behoorlijk. Bij westerlingen althans. Bij de Tanzanianen gaat dat anders.

Deze avond nog kwam een brandwondenpatiënt binnen op de Eerste Hulp



Zuster Avelina, chirurg en non met Paul van Zuijlen.

nadat ze negentig kilometer gereisd had. De eerste zeven dagen was ze behandeld door een traditioneel genezer met een mengsel van as en eieren. We wilden haar vanavond nog opereren, maar er kwam een ander spoedgeval tussendoor. Ondertussen bleef zij maar stabiel. Uitgeput en dorstig dat wel. Een sterk gestel. Waar kwam de eerste mens ook alweer vandaan? Juist uit Afrika. Over duizenden jaren zijn we hopelijk ook zover geëvolueerd. Tot echte bikkels.

Dag 5: de maan

Het is hier bijna winter. Overdag is het 24 graden, maar 's nachts behoorlijk fris, we bevinden ons dan ook op 1800 meter hoogte. We hebben uitzicht over het prachtige Tanzaniaanse landschap waar vooral veel hyena's rondlopen. Met name als het donker is laten de hyena's van zich horen met hun kenmerkende geluid. Op de compound van het ziekenhuis waan ik mijzelf veilig. Vandaag hadden we gelukkig ook nog tijd om de patiënte te opereren die gisteren was opgenomen met brandwonden; één van onze bikkels. We hebben



Thom Hendriks met een patiëntje en zijn vader.

haar zo veel en uitgebreid als mogelijk behandeld zoals binnen onze mogelijkheden lag. Daardoor werd het een veel uitgebreidere operatie dan gebruikelijk. Dat was nogal een cultuurschok hier; normaliter wordt namelijk weken gewacht met opereren. Ze wachten dan liever, maar op wat? ...

Morgen wordt een dag met een overvol operatieprogramma. Het is de laatste operatiedag en we wilden zo min mogelijk mensen teleurstellen. Uiteraard zullen wij ons best doen, maar hoe en of we het morgen gaan redden is nog maar de vraag. Het antwoord op die vraag hangt vooral af van de maan ...

Vanmiddag vertelde een operatieassistent mij dat het morgen waarschijnlijk een vakantiedag wordt. Dat was nog niet zeker. Op mijn vraag waarom kwam een even simpel als doeltreffend antwoord: als vannacht de maan te zien was dan was het morgen een vrije dag. Anders niet. Die zag ik dus niet aankomen. Vanavond hadden wij eerst een afscheidsetentje voor zuster Avelina waarbij zij een prachtig en ontroerend dankwoord sprak en zong en voor ons bad. Ik werd daar stil van; ik ben niet gelovig, maar ik geloof uitermate in de goedheid van mensen. Mensen als zuster Avelina. Op de terugweg kon ik de schitterende Tanzaniaanse sterrenhemel bewonderen. Er was geen maan te zien. Toch ben ik ervan overtuigd dat zij haar pracht nog gaat tonen en dat het morgen dus een vakantiedag wordt. Dat vind ik niet erg: wij zullen er zijn en kunnen dan lekker doorwerken en daarmee iedereen helpen.

Dag 6: de nieuwe klompen van Mughisha

De laatste operatiedag. Weer hebben wij een overvol programma. We wilden zo veel mogelijk mensen die nog kwamen aanlopen kunnen helpen en uiteraard zo min mogelijk mensen teleurstellen, maar al bij het ochtendrapport was er nauwelijks iemand aanwezig. Waar

ik me gister nog zo over verbaasde, bleek werkelijkheid te worden: omdat de maan vannacht zichtbaar geweest is, is het vandaag een officiële vakantiedag. Wij mogen ons als westerlingen hierover verbazen, maar vervolgens had ik des te meer respect voor de aanwezigen die ons hielpen om te zorgen dat de missie een succes zou worden. Vele Tanzaniaanse collega's (vrienden inmiddels) hielpen ons dus op een vakantiedag en we waren nog nooit zo vroeg klaar geweest die week, ondanks de volle lijst. Daar heb ik respect voor. Mughisha is een van deze jonge chirurgische collega's aan wie we de training gaven. Ik zag hem later die ochtend bij de entree 'zijn' klompen aandoen. Maar wacht eens even ... dat waren mijn klompen, die ik voor deze missie meegenomen had! Toen realiseerde ik me dat hier een mooi symbolisch gebaar spontaan ontstond. Ik vertelde Mughisha dat dit mijn oude klompen waren en dat ik het mooi zou vinden als hij in mijn klompen – lees voetsporen – verder zou willen gaan. Wat hij van dit gebaar vond is goed te zien op de foto. In ieder geval één dag liep hij naast zijn klompen.

Dag 7: Mpaka baadaye!

Het waren bijzondere dagen. Het bijzonderst was toch wel de visite die we op zaterdagochtend liepen. Bijna alle patiëntjes (het waren bijna alleen kinderen die we opereerden) lagen nog opgenomen en konden we dus bekijken. Los van de traantjes en het gekrijs tijdens de verbandwissel zagen we veel kleine en grotere wonderen voor onze ogen gebeuren ... Mbodje van twee jaar keek naar zijn voet, die toch echt heel lang helemaal misvormd was en vastgegroeid zat aan zijn been en die nu weer 'normaal' leek. Die blik van hem toen hij zijn voet voor het eerst bewoog vergeet ik nooit meer. En die jongen van zes wiens bovenarm helemaal vastge-

groeid zat aan zijn romp. Ik was erbij toen hij met de fysiotherapeut de eerste bewegingen maakte met zijn 'nieuwe arm'. Het was voor mij een bijzonder wonder. Ik mocht het fotograferen en delen van hem. Hij kon eerst niet eens blij zijn, simpelweg omdat hij het niet kon bevatten. Brandwonderen noemde Hein Zoete dat ooit.

Toch Hein?

's Middags krijgen we een waardig afscheid van het hele team. Ik dacht dat er 'even' certificaten uitgereikt gingen worden, maar het bleek een hele polonaise aan dankzeggingen. Hieruit bleek meer dan daarvoor in welke mate onze aanwezigheid gewaardeerd werd. Ik kreeg een prachtig Masaigewaad dat ze alleen geven aan mensen die terugkomen. Ze zijn niet alleen dankbaar maar ook slim. Daarna stegen we op met een klein vliegtuigje vanaf de kleiige en hobbelige landingsstrip om over het prachtige landschap terug te vliegen naar Kilimanjaro Airport. De 'Kili', de reusachtige berg van bijna zes kilometer hoogte, was een fenomenaal baken waar we heen moesten. Een schitterende tocht die ergens ook al normaal leek. De Kili straalde uit dat hij me groette. Geen vaarwel maar overduidelijk een 'tot later'.

Mpaka baadaye!



Paul van Zuijlen voor het vliegtuigje waarmee teruggevlogen werd naar Kilimanjaro airport.



Dokters van de Wereld

Dokters van de Wereld is onderdeel van het internationale Médecins du Monde-netwerk. Samen met vijftien andere delegaties komen wij in binnen- en buitenland op voor het universele recht op gezondheid, met als belangrijkste speerpunt toegang tot gezondheidszorg voor mensen die hiervan uitgesloten zijn. Het fundament van Dokters van de Wereld is sterk gebouwd op vrijwilligers. Samen met betrokken medisch professionals, actieve leden, jong talent en de vaste medewerkers zetten we ons actief in voor het recht op gezondheid. Zie ook: doktersvandewereld.org. Op deze website kun je ook een donatie doen of je aanmelden om zelf als vrijwilliger aan de slag te gaan.



Stopmoment

Ook je persoonlijke leven kent stopmomenten. Je kijkt hoe alles is verlopen tot dan toe en of alles in orde is voor de volgende stap. Zo'n moment beleef ik nu mijn (pre)pensionering is aangebroken. Bijna veertig jaar was het beroep van operatieassistent een rode draad in mijn leven. Eerst op de werkvloer, later binnen de opleiding en steeds als lid van de LVO. Daarnaast schreef ik vakinhoudelijke artikelen en columns. Deze column is mijn laatste. Toevallig verschijnt hij in het 'eerste' nummer van Operationeel. Een mooie aanleiding om ook hier even terug en vooruit te kijken en mijn visie op het beroep, de LVO en dit tijdschrift met jullie te delen.

Handen uit de mouwen

Ik zie nog steeds de Nederlandse operatieassistenten, samen met de LVO, snakken naar erkenning en een identiteit: bachelorniveau, BIG-registratie en buitenland zijn hot items. Het liefst even snel geregeld in Den Haag: we vullen een petitie in en wachten vervolgens rustig af of dé LVO het voor elkaar krijgt. Liefst met een generaal pardon voor iedereen.

We gebruiken de huidige druk op de arbeidsmarkt om onze eisen kracht bij te zetten. Uitvalcijfers laten echter zien dat we ons leerklimaat nog steeds niet op orde hebben en daarmee onze eigen tekorten in stand houden. We vergeten en passant ook nog even te melden dat er al tien jaar vierjarige OK-opleidingen in Nederland bestaan die een bachelordiploma waardig zijn, waarvan de afgestudeerden in het BIG-register worden ingeschreven en die vergelijkbaar zijn met opleidingen in vele westerse landen. Studenten van deze nieuwe opleidingen worden echter nogal eens met argusogen bekeken.

We komen al meer dan veertig jaar niet uit deze cirkel, en ik vrees dat er op deze manier ook nu weer geen oplossing komt. De titel van deze column – stopmoment – slaat dus ook op ons beroep. Handen uit de mouwen dus. Niet alleen tijdens je functie op de OK. Daar wordt serieus en hard genoeg gewerkt. Ook de kwaliteit van werken is voldoende gewaarborgd. Een BIG-erkenning is hiervoor geen noodzaak, ook niet om voorbehouden handelingen te verrichten. Die vinden immers altijd in opdracht en onder supervisie van artsen plaats. Er is echter een verschil tussen het uitoefenen van je functie en het uitoefenen van je beroep. Professionalisering van je beroep bereik je niet door er een paar mooie labels op te plakken en te wijzen naar anderen in plaats van naar jezelf.

Doe jezelf niet tekort

Wat kun je dan zelf doen om het beroep van operatieassistent te professionaliseren? Om te beginnen: beschouw jezelf niet als assistent. Zeg nooit: 'Wij helpen chirurgen bij operaties.' Dat klinkt stoer, maar je doet jezelf tekort. Zeg liever trots:

1. 'Wij verlenen samen met de anesthesiemedewerkers intensieve zorg aan patiënten van holding tot recovery en laten ze geen minuut alleen.'
2. 'Tijdens de operatie verrichten we medische en technische assistentie als lid van het operatieteam.'
3. 'Wij zorgen ervoor dat de operatieafdeling 24/7/365 bedrijfsklaar is.'
4. 'Wij zijn zelfstandig in staat om nieuwe collega's op een professionele manier op te leiden, we werken volgens internationale standaarden en we ontwikkelen zelfstandig ons beroep verder naar een hoger niveau.'

Nieuw elan

Als deze vier zaken beter uit de verf komen, is het beroep klaar voor de toekomst en krijgt het een nieuw elan. Dit vraagt een actieve bijdrage van alle operatieassistenten. Met name over het vierde punt maak ik me zorgen.

Kennisontwikkeling is cruciaal voor de professionalisering van het beroep. De LVO moet hiervoor kunnen rekenen op de inzet van alle leden. Actief lidmaatschap van een beroepsvereniging is tegenwoordig niet meer vanzelfsprekend, maar wel broodnodig. De medische techniek verandert razendsnel. Alleen door samen te investeren in kennisontwikkeling kan de LVO een kennisbolwerk worden waar niemand meer omheen kan. Zonder dat zijn de Nederlandse operatieassistenten slechts vijfduizend losse kiezelsteentjes, die eigenlijk een blok beton zouden moeten vormen en een bouwsteen voor verdere internationale samenwerking. Er zijn al hoopvolle initiatieven: regionale samenwerkingsverbanden voor bij- en nascholing met operatieassistenten zelf in de regio. Verder is de LVO in gesprek met buitenlandse beroepsverenigingen voor het bundelen van kennis en kracht voor het gebruik van internationale richtlijnen.

Ook de pagina's in de vervolgnommern van deze Operationeel geven kansen voor professionalisering, iedere drie maanden opnieuw. Ze smeken om jullie bijdragen. Geen makkelijk geschreven stukjes die even lekker weggelezen in je pauze, maar stukken dóór en vóór operatieassistenten over de vier hiervoor genoemde aspecten.

Ik hoop jullie verdere ontwikkelingen te kunnen volgen in Operationeel. LVO-lid blijf ik nog wel even. Meer dan vier jaar geleden nam ik afscheid van de OK, maar ik droom nog steeds van operaties. Na de dynamiek van het opleiden komt er rust en voldoening. Collega's en studenten zal ik missen, maar mijn beroep blijft bij me in mijn hart en in mijn ziel.

Paul Meijsen, voormalig operatieassistent en voormalig docent operatieve technieken.

Samen naar de toekomst!

Dag van de operatieassistent



Vrijdag 15 februari 2019



- Algemene ledenvergadering
- Gezond praten
- Young Professional Award
- Ja, maar...

Van der Valk Hotel
Amsterdamseweg 505
6816 VK Arnhem

Toegang gratis

Informatie en inschrijving:
www.lvo.nl