

Operationeel

VOOR OPERATIEASSISTENTEN

Magazine

NR. 1 MAART 2019 / JAARGANG 14

Meldpunt LVO:

al 69 meldingen

Designtafel

Makkelijk gazen tellen

Kurt Semm

Grondlegger van de
laparoscopie

Casus

Duplicatuur van de VCI

Mediation

Ook voor de OK



Astrid van der Meer (Nederlandse Obesitas Kliniek) ▶



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@denerlandse-ok-krant.nl en/of 06-11352165 (Alex van Leeuwen) of Hennie Mulder, bestuurslid LVO Media: operationeel@lvo.nl.



Getinge Hybride Operatiekamers

End-to-end oplossingen van de experts.

Met meer dan 850 implementaties wereldwijd, bieden Getinge's Hybride experts waardevolle hulp bij het creëren van een efficiënte, toekomstbestendige, multidisciplinaire Hybride OK.

Van ruimteplanning tot workflow management. Getinge kan een oplossing leveren, die het beste past bij de behoeften van al uw klinische specialismen: cardio, vasculair, neurologie, orthopedie, urologie, gynaecologie, traumatologie en oncologie.

Scherp!



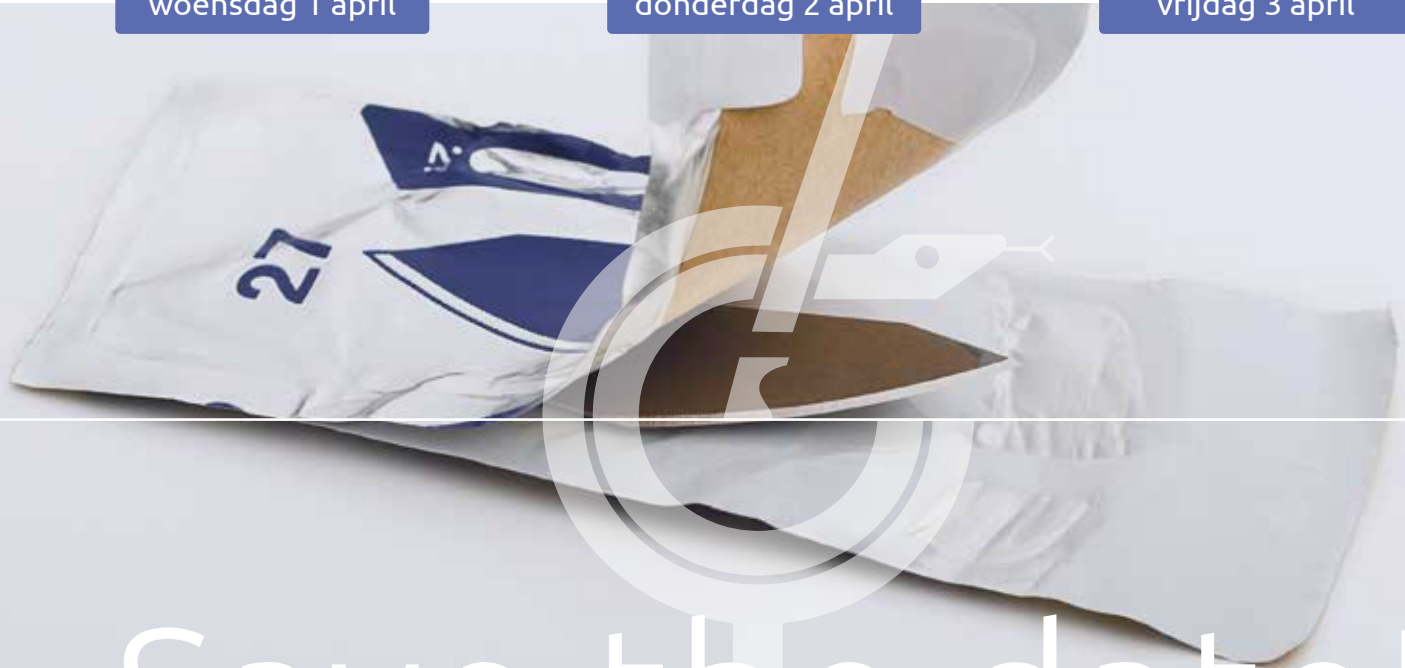
COBRAdagen 2020

Congres voor gynaecologische chirurgie

woensdag 1 april

donderdag 2 april

vrijdag 3 april



Save the date!

COBRAdagen 2020: scherper dan ooit!



Scherp!

Ook deze editie weer een inspirerend thema. Spraakmakende lezingen, discussies die hout snijden en scherpe lessen tijdens COBRAdagen 2020!



Belangrijke data

Blijf up-to-date via onze e-mail nieuwsbrief, inschrijven kan via de website



COBRAprijs

Ben jij in 2020 de winnaar van de prestigieuze COBRAprijs?



www.cobradagen.nl



@COBRAdagen (#COBRA20)

info@cobradagen.nl

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 dienen doorgegeven te worden via MIJN LVO (www.lvo.nl). Je kunt daar inloggen met je e-mailadres en lidnummer.

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. © 2019 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



6 OK-specialist uitgelicht

Astrid van der Meer-Breeveld (43) is 'moeder-overste' operatieassistenten bij de Nederlandse Obesitas Kliniek West, locatie Antoniushove in Leidschendam.



14 Meldpunt LVO ontvangt 69 meldingen

Sinds oktober 2018 is het Meldpunt Tekorten Operatieassistenten actief. Dit door de LVO opgezette platform heeft als doel te inventariseren welke gevolgen de tekorten aan operatieassistenten hebben.



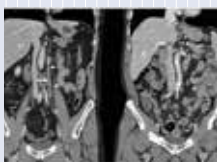
16 Minisymposium 'Samen naar de toekomst'

Op de Dag van de Operatieassistent organiseerde de LVO het minisymposium 'Samen naar de toekomst' bij Hotel Van der Valk in Duiven.



18 Gazen tellen

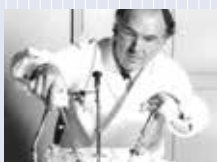
Dankzij multidisciplinaire samenwerking heeft het Radboudumc meer overzicht gecreëerd bij het tellen van gazen.



22

Casus

Bij een jonge mannelijke patiënt met een diepveneuze trombose werd een dubbel aangelegde vena cava inferior aangetroffen.



24

Kurt Semm

De medische wereld moest erg wennen aan zijn aanpak. Gelukkig bleef gynaecoloog Kurt Semm geloven in de laparoscopische chirurgie.



28

Operatieassistent op Curaçao

Raoul Karijopawiro (31) werkt in het St. Elisabeth Hospital in Otrobanda op Curaçao. 'Specialis-medeskundigen hebben we hier niet echt.'



31

De strijd tegen wegwerpplastic

Het personeel van HMC Haaglanden strijdt tegen plasticverspilling in de koffiekamer.



32

Mediation op de OK

Conflicten kunnen overal plaatsvinden. Als betrokkenen geen oplossing meer zien, kan mediation een uitweg bieden. Ook op de OK.



Beste lezer,

De LVO strijdt voor opname van operatieassistenten in het BIG-register. Minister Bruins heeft in ieder geval al gereageerd op de brandbrief die de LVO hem stuurde over de zorgwekkende tekorten, en de noodzaak van opname in het BIG-register. In dit nummer lees je er alles over. Op 2 april biedt de LVO een petitie aan de Tweede Kamer aan. We houden je op de hoogte!

Ook het LVO Meldpunt is een succes. We ontvingen al 69 meldingen over de tekorten en de werkdruk. In deze operationeel lees je een bloemlezing uit de meldingen.

Verder in dit nummer: Hoe creëer je meer overzicht bij het tellen van gazen? Over deze vraag boog zich een multidisciplinaire werkgroep van het Radboudumc. Het resultaat: een duidelijk telbord en een overzichtelijke teltafel.

Voor het laparoscopisch uitvoeren van een appendectomie werd pionier Kurt Semm bijna geschorst. Gelukkig ging hij door met het verspreiden van de laparoscopie. Wie was deze gedreven gynaecoloog?

We wensen je veel leesplezier!



Menno Goosen,
hoofdredacteur Operationeel
redactie@lvo.nl



Hennie Mulder,
redactiecoördinator LVO
operatieel@lvo.nl

EN VERDER IN DIT NUMMER

8 LVO-nieuws

36 Boeken

39 Column Marc Scheltinga

39 Column Pieter Poortman

'We werken snel en efficiënt'

Astrid van der Meer-Breeveld (43) is 'moeder-overste' operatieassistenten bij de Nederlandse Obesitas Kliniek West, locatie Antoniushove in Leidschendam.

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



Astrid strijdt tegen plasticverspilling op de OK. Hierover lees je meer in het artikel op pagina 31.

Wat is jouw specialisme?

'Ik ben operatieassistent bij bariatrische ingrepen in de Nederlandse Obesitas Kliniek West (NOK West). Hier volgen we het fasttrack-protocol. Dat is een manier om methodisch en efficiënt te werken. Elke dag volgen we dezelfde routines. Als je je taak gedaan hebt, ga je een ander teamlid helpen. Dat geldt voor iedereen. Dus ook voor de chirurgen. Het is echt heel leuk: één team, één taak. Het team bestaat uit een camera-assistent, een chirurg, twee operatieassistenten, een anesthesioloog en een anesthesieassistent. Als ik omloop heb, dan help ik bijvoorbeeld de anesthesie met de inleiding indien nodig. Andersom helpt de anesthesie ons, bijvoorbeeld om het OK-licht aan te doen. De wissels zijn heel snel. Als de patiënt klaar is en wakker, dan stapt hij of zij zelf over.'

Hoe ben je operatieassistent geworden?

'Mijn vader zag in mij een dierenartsassistent, en dat ben ik via een mbo-opleiding ook geworden. Tijdens mijn stage kreeg ik een vaste baan bij een dierenarts aangeboden. Ik ben vijf jaar dierenartsassistent geweest. Alle ochtenden opereerden we huisdieren. Ik vond het heel leuk om de dierenarts daarbij te assisteren. Daar kwam ik in contact met een anesthesioloog, die eenmaal in de veertien dagen kwam helpen bij moeilijke casussen. Hij vertelde mij over het mooie vak van operatieassistent in een ziekenhuis. Na een gesprek in zijn ziekenhuis mocht ik in opleiding komen. Na mijn diploma ben ik eerst bij de Schoemaker Kliniek gaan werken. Daarna werkte ik op detacheringsbasis bij diverse ziekenhuizen door heel Nederland. Toen werd ik gevraagd om mee te helpen een obesitaskliniek in Den Haag op te zetten. De patiënten krijgen langdurig multidisciplinaire begeleiding vanuit de locatie in Den Haag. De operaties gebeuren op de locatie Antoniushove in Leidschendam.'

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 een podium.

Met welke categorie patiënten krijg je te maken?

'ASA-klasse III en IV, dus patiënten met veel comorbiditeit. Deze groep mensen heeft vaak een hoge bloeddruk, diabetes, hartklachten en/of gewrichtsklachten. Het zijn hoogrisicovolle patiënten, wat soms lastig is voor de anesthesie. Wij moeten zorgen dat alles wat wij doen optimaal is.'

Hoe hebben jullie de aflossing geregeld?

'Wij hebben geen aflos nodig. Wij pauzeren met het hele team. Dus we hebben koffiepauze tussen de operaties door en dan stoppen we de OK. Lunchen doen we ook gezamenlijk. De lunch staat al voor ons klaar als de laatste operatie van de ochtend is afgerond. Daarna gaat hetzelfde team weer verder. Deze werkwijze schept een band. We werken twee tot vier keer per week in hetzelfde team.'

Doe je ook de inkoop?

'Ja, ik ben de enige operatieassistent in vaste dienst. Alle andere operatieassistenten zijn zzp'er. Ik heb een status aparte, haha. Dat komt misschien ook omdat ik er vanaf het begin bij ben geweest. Ik heb verschillende extra taken: ik doe de bestellingen, werk protocollen bij, werk nieuw personeel in, zorg voor de planning van de OK's, los calamiteiten op en zoek nieuw personeel. Dat doe ik voor de anesthesie en de chirurgie.'

Hoe regel je je bijscholing?

'Bijscholen is lastig, want daar heb ik bijna geen tijd voor. Ik ga wel elk jaar naar het

LVO-congres, en heel af en toe heb ik een bijscholing in de laparoscopie. De cursus Basic Life Support volg ik elk jaar. In 2016 heb ik mijn laatste bijscholing over de bariatric gehad. Binnenkort moet mijn registratie in het Kwaliteitsregister verlengd worden, dus daarvoor moet ik nog wel wat bijscholing doen.'

Wat merk je van het tekort aan operatieassistenten?

'Bij de NOK hebben we vreemd genoeg niet te maken met een tekort. Het is de hamvraag waarom wij geen tekorten hebben. Ik denk omdat wij zo'n goed op elkaar ingespeeld team hebben. We zijn op elkaar geselecteerd. We zien elkaar ook buiten het werk, en we werken snel en efficiënt. Als het programma om twee of drie uur klaar is, dan krijgen we gewoon betaald tot halfvijf. Dat werkt als een soort beloningssysteem. Ik denk dat dat voor andere ziekenhuizen ook goed zou zijn. Daar krijg je er een spoedpatiënt bij als je eerder klaar bent. Dat wordt gezien als een soort straf. Wij blijven ook rustig een kwartiertje langer als dat nodig is. En ik denk dat mensen graag bij ons werken vanwege de heerlijke lunch die we krijgen. We worden ook echt gewaardeerd, en we hebben een groot verantwoordelijkheidsgevoel. Als één van ons uitvalt door ziekte, dan hebben we echt een groot probleem want we hebben niet zomaar een nieuwe collega. We willen onze collega's niet met een probleem opzadelen. Dat gaat al tien jaar goed. Hebben we hoofdpijn, dan komen we gewoon toch werken.

Bovendien is de drempel om je ziek te melden heel hoog, want je moet je bij de betreffende chirurg afmelden.'

Geef je wel eens een klinische les?

'Soms. Als er nieuwe mensen komen, dan lopen ze eigenlijk altijd een dagje mee op de OK. Ze zien dan het instrumentarium waarmee we werken en de ligging en routing van de patiënt, en ze zien hoe wij fast track werken. Sinds kort geven we ook bijscholing aan teams. Zowel nationaal als internationaal. Dan komt er een heel team kijken hoe wij het fasttrackprotocol hanteren.'

Heb je ook wel eens patiënten gedurende het hele traject gevolgd?

'Onze patiënten worden voorafgaand aan de operatie in een groep voorbereid op blijvende leefstijlverandering, op de operatie en op de nazorg. Ik heb op de locatie in Den Haag wel eens met een groep patiënten bij de psychiater gezeten en gehoord waar zij doorheen moeten. Daar schrok ik van de verhalen die op tafel kwamen. Het blijkt dat sommigen zo zwaar zijn geworden door life events als mishandeling en misbruik. Dat is wel heftig. Ik heb enkele patiënten een tijdje na de operatie gesproken en toen waren ze helemaal gelukkig met hun nieuwe leven. Ze passen weer in een vliegtuigstoel en kunnen hun dagelijkse dingen weer normaal doen, zoals sporten, op een gewone stoel zitten en in normale kledingzaken hun kleding kopen. Dan weet je waarvoor je het doet.'

Nicole Dreessen gekozen tot LVO-voorzitter

Tijdens de afgelopen algemene ledenvergadering is Nicole Dreessen benoemd tot voorzitter van de LVO. Nicole was al jaren bestuurslid Beroepsbelang Kwaliteit en Veiligheid bij de LVO. Daarnaast is zij teamleider chirurgie bij Zuiderland MC. Nicole volgt de oude voorzitter Ger Creemers (Links op de foto) op. We bedanken Ger voor zijn inzet van afgelopen jaren. Ger zal de LVO blijven ondersteunen bij projecten. Wij wensen Nicole heel veel succes bij het vervullen van het voorzitterschap!



Meld zorgwekkende situaties

Sinds de LVO het Meldpunt Tekorten Operatieassistenten is opgestart, zijn er al 63 meldingen binnengekomen (zie voor een bloemlezing het artikel in deze Operationeel). Is de situatie in jouw ziekenhuis ook zorgwekkend? Laat het ons weten. Dit kan anoniem. Het meldpunt is nog steeds open. **Kijk op:**

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



Minister Bruins reageert op brandbrief LVO



Minister voor Medische Zorg en Sport Bruno Bruins laat onderzoeken of operatieassistenten in het BIG-register moeten worden opgenomen. Dat schrijft hij in een brief aan de Tweede Kamer.*

Tekst: Ingrid Lutke Schipholt

De LVO wil al jaren dat operatieassistenten in het BIG-register komen, mede omdat de beroepsgroep voorbehouden handelingen uitvoert. 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 hierbij niet meer aanwezig is. De brief van de minister is een reactie op een brandbrief van de LVO aan de Tweede Kamer (d.d. 28 november 2018).

'Allereerst wil ik benadrukken dat ik de signalen van de LVO zeer serieus neem', schrijft Bruins. 'Goede kwaliteit en veiligheid van zorg staan voor mij voorop, deze moeten altijd op orde zijn.' Het Zorginstituut Nederland gaat onderzoeken of de beroepsgroep aan de criteria voldoet voor opname in het BIG-register. Het kijkt of de beroepsgroep 'gericht is op de individuele gezondheidszorg, een basisberoep is dat voldoende onderscheidend is ten opzichte van andere beroepen, en of er een wettelijke regulering noodzakelijk is om de patiënt adequaat te beschermen.' Met opname van het beroep in het BIG-register worden wettelijke eisen gesteld aan het beroep en is de titel beschermd. Nu mag iedereen die zichzelf bekwaam vindt als operatieassistent werken. Met opname in het register gaan operatieassistenten onder het tuchtrecht vallen. De tuchtrechter is een rechtbank van en voor medische professionals en oordeelt over het handelen van de zorgverlener.

'Op zich is het positief dat de minister een onderzoek laat uitvoeren', zegt de nieuwe LVO-voorzitter Nicole Dreessen. 'Hij onderschrijft dat de operatieassistent een belangrijke rol vervult in de operatieve zorg, waarin risicovolle handelingen en technologische ontwikkelingen elkaar snel opvolgen. Opname van een nieuw beroep in artikel 3 van de Wet BIG vraagt om een wetswijziging. Bij de beoordeling of een wetswijziging op dit punt noodzakelijk is, wordt aan een aantal criteria getoetst, waaronder: is het beroep gericht op de individuele gezondheidszorg, is het een basisberoep dat voldoende onderscheidend is ten opzichte van andere beroepen, en is wettelijke regulering noodzakelijk om de patiënt adequaat te beschermen. Het is een belangrijke stap in de goede richting. Het is nog nooit eerder zo ver geweest.'

* D.d. 14 februari 2019. Zie <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/02/14/commissiebrief-zorgen-lvo-over-tekort-aan-operatieassistenten-en-kwaliteit-en-veiligheid-van-zorg>.

LVO strijdt in Den Haag voor BIG-registratie



De LVO is druk bezig om te strijden voor erkenning van het beroep van operatieassistent door registratie in het BIG-register. Zo waren bestuursleden Hennie Mulder en Nicole Dreessen 7 februari op bezoek bij CDA-Tweede Kamerlid Joba van den Berg om de LVO-standpunten over BIG-registratie toe te lichten. En passant wisten de LVO-bestuursleden minister-president Mark Rutte nog te strikken voor een kort onderonsje.

Een medisch specialist die we met naam mochten noemen, dr. Rudi Roumen, chirurg-oncoloog bij het Máxima Medisch Centrum en tevens hoofd van de zorggroep snijdend, steunt de pogingen tot BIG-registratie: 'Bizar dat het voor deze zeer specifieke beroepsgroep, die toch zo mogelijk nog meer voorbehouden handelingen verricht dan menig andere in de Wet BIG opgenomen paramedische groep, nog niet in diezelfde Wet BIG geregeld is, zoals voor andere in die wet genoemde beroepsgroepen.'



LVO zoekt bestuurs-/ commissieleden

De LVO is dringend op zoek naar leden die deel willen uitmaken van een commissie of het bestuur. Wij hebben de volgende commissies:

- Opleiding & Scholing,
- Beroepsbelang Kwaliteit & Veiligheid,
- Congres,
- Communicatie PR & Voorlichting.

Heb je interesse? Mail dan Jeanine Stuart, secretaris LVO: secretaris@lvo.nl.

NVEC-congres: 'Innovate to Perform'

Op 18 april 2019 wordt het jaarlijkse congres van de Nederlandse Vereniging voor Endoscopie (NVEC) georganiseerd. Evenals voorgaande jaren is de locatie de Beurs van Berlage in Amsterdam. Deze mooie locatie ligt dicht bij het Centraal Station en is makkelijk te bereiken met het openbaar vervoer.

Het thema van dit 15de congres is: 'Innovate to Perform'.

Elk jaar wordt het congres door een andere regio georganiseerd. Dit jaar is het de beurt aan Nijmegen, Eindhoven en Den Bosch. De rode draad binnen het congres is performance. Performance van het team, van de operateur en van de patiënt zelf. Er wordt gekeken naar menselijke factoren en naar nieuwe technieken. Denk aan 3D printen, het labelen van tumoren, 'fit de operatie in' en snel herstel. Net zoals voorgaande jaren vindt er een parallelsessie plaats voor operatieassistenten. De LVO verzorgt samen met operatieassistent Reni Berends een interessante invulling van dit programmaonderdeel van het NVEC-congres.

De parallelsessie is dit jaar korter dan voorgaande jaren. Hiervoor is gekozen omdat teamperformance binnen het gehele congres een belangrijke rol speelt. De operatieassistenten hebben in voorgaande enquêtes aangegeven ook de sessies voor de specialisten te willen bijwonen, en daaraan is hiermee gehoor gegeven. We zien jullie graag 18 april op het NVEC-congres. De sessie voor de operatieassistenten zal plaatsvinden van 12.50 uur tot 14.00 uur. We eindigen de sessie met een interactieve discussie. Daarna wordt iedereen weer in de plenaire zaal verwacht. Het congres wordt afgesloten door Robert Doornbos, die ons zal meenemen in de Formule 1-autosport. Een topsport waarbij naast de menselijke prestatie de technologie een belangrijke rol speelt. Hier kunnen we dus een parallel trekken met ons werk op de operatiekamer, waar – zeker met de minimaal invasieve chirurgie en de zorg voor de patiënt – topsport wordt bedreven.

Het belooft weer een prachtig NVEC-congres te worden!

Kijk voor meer informatie en inschrijven op www.lvo.nl/www.nvec.nl.

Teken de petitie & kom naar Den Haag!

Al meer dan 3700 mensen hebben de LVO-petitie getekend en zo hun zorgen geuit over de tekorten aan operatieassistenten. Daarmee geven ze een belangrijk signaal af. De verzamelde petitieën zullen worden aangeboden aan de Tweede kamer. Wij roepen zoveel mogelijk collega's op om op dinsdag 2 april a.s. naar Den Haag te komen. De petitie wordt om 13.30 uur overhandigd aan de Tweede Kamerleden. Ondanks dat er maar acht personen naar binnen mogen, willen we ook buiten ons standpunt duidelijk laten zien! Kom daarom ook naar Den Haag!

- Wanneer: dinsdag 2 april a.s.
- Tijdstip: 13.30 uur
- Waar: Tweede Kamer der Staten-Generaal, Plein 2 in Den Haag (naast Binnenhof).

Hoe meer stemmen, hoe meer waarde de petitie heeft. Daarom zou iedere operatieassistent deze moeten tekenen. Heb jij dit nog niet gedaan? Ga dan naar: operatieassistenten.petities.nl.



Foto: Wikipedia

Evaluatieonderzoek voorbehouden handelingen BMH

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport vindt momenteel een evaluatieonderzoek plaats naar het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid voor een aantal voorbehouden handelingen aan de Bachelor Medisch Hulpverlener (BMH) en daaraan gekoppeld de verankering van het beroep BMH in de Wet BIG. Op dit moment hebben de onderzoekers van het MUMC+, die het evaluatieonderzoek uitvoeren, voor bepaalde uitstroomprofielen van de BMH's nog onvoldoende data om conclusies te kunnen trekken en aanbevelingen te kunnen doen.

BMH's met uitstroomprofiel operatieve zorg worden in de praktijk veelal ingezet als operatieassistent. Het onderzoeksteam wil daarom graag data verzamelen bij operatieassistenten om deze te kunnen extrapoleren naar de BMH om toch uitsluitsel te kunnen geven over dit uitstroomprofiel.

Dit biedt de beroepsgroep van operatieassistenten de unieke kans om inzichtelijk te maken dat het (zelfstandig) uitvoeren van voorbehouden handelingen ook tot hun dagelijkse werkzaamheden behoort. Dit zou een eventuele aanvraag voor opname van operatieassistenten in (het experimenteerartikel van) de Wet BIG kunnen ondersteunen.

We nodigen u uit om een bijdrage te leveren aan deze dataverzameling. Hoe kunt u dat doen?

1. U kunt zich aanmelden voor een focusgroepinterview. In mei/juni 2019 zal een interview met operatieassistenten plaatsvinden. Tijdens deze focusgroep (8-10 personen) komen onderwerpen aan bod als de manier waarop voorbehouden handelingen in de dagelijkse praktijk worden uitgevoerd en de belemmerende en bevorderende factoren die hierbij een rol (kunnen) spelen. Het interview duurt twee uur en vindt centraal in het land plaats. Datum en tijd worden in overleg vastgesteld. U kunt zich aanmelden bij het onderzoeksteam Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG-BMH, via onderzoek.wetbig@mumc.nl.
2. In oktober 2019 zullen vragenlijsten worden verspreid onder operatieassistenten. Meer informatie hierover volgt nog.

Indien u vragen heeft of meer informatie over het onderzoek wilt, kunt u contact opnemen met het onderzoeksteam via onderzoek.wetbig@mumc.nl.

EORNA-congres in Nederland: 16-19 mei 2019

Vrijwilligers gezocht

Van 16 tot en met 19 mei vindt in Den Haag het congres plaats van de European Operating Room Nurses Association (EORNA). Thema van dit internationale congres is: 'On the move'. Wij zijn er als LVO trots op dat we dit grootse evenement naar Nederland hebben weten te halen. Nederland is één van de 24 landen die – via de LVO – zijn vertegenwoordigd in deze Europese vereniging van operatieassistenten.

Naar het congres komen delegaties uit Europa, maar ook uit de rest van de wereld. Een unieke kans om met collega's uit andere landen kennis te maken en kennis te delen. Voor onze buitenlandse collega's hebben we de mogelijkheid een aantal operatieafdelingen te bezoeken. En er is een charity run voor het Juliana Kinderziekenhuis. Het thema van dit internationale congres is tenslotte 'On the move'.

Het programma is rond en kun je vinden op de website van de EORNA. Het programma biedt, naast meer dan 120 voordrachten in diverse parallelsessies, ook diverse workshops in het zogeheten simulatiecentrum. Ook zijn er vele posterpresentaties, die op de zeer uitgebreide beursvloer te vinden zullen zijn. Onze belangrijkste (internationale) firma's zijn aanwezig, evenals onze Defensiecollega's met een uitgebreide stand.

Er is een zeer aantrekkelijke korting voor een 'eendagsregistratie'. Kom je met meer dan tien collega's, dan doen we je graag een aanbod via het secretariaat: eorna-registration@kit-group.org.

LVO leden krijgen voorrang als ze zich aanmelden als vrijwilliger!

Heb je zin en tijd om te komen helpen? Ga dan naar deze link om je aan te melden en om aan te geven wanneer je beschikbaar bent:

<https://form.jotformeu.com/90352364222348>.

**We hopen je te zien op ons congres!
Namens de EORNA en de LVO,
Henk Folkertsma en Jeanine Stuart.**

Uitreiking Young Professional Award



Op 15 februari vierde de LVO 'De dag van de operatieassistent' met het minisymposium 'Samen naar de toekomst!' (zie voor een uitgebreid verslag het artikel in deze Operationeel). Tijdens dit evenement werd ook de Young Professional Award voor de beste afstudeerscriptie uitgereikt. Genomineerd waren: Dian de Wit (links op de foto) met haar scriptie over allround tijdens de dienst en Tess Ris-van Bodegraven (rechts) met haar scriptie over werken met een opdekplein. Helaas kan er maar één winnaar zijn. En dat is geworden: Tess Ris-van Bodegraven! Gefeliciteerd! Wij danken Tess en Dian hartelijk voor hun inzet!

Winnaars lezersactie

De winnaars van het boek Oorlog in de operatiekamer uit de vorige Operationeel zijn: Annemiek Frijters, Wendy van Meerendonk, Leny van Hameren en Mascha Romp-Velzeboer.



LVO-informatie

Nicole Dreesen	voorzitter en bestuurslid Beroepsbelang, voorzitter@lvo.nl en beroepsbelang@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
Monique de Kort	bestuurslid Congres, congres@lvo.nl
Jurrien 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.

Film & win!!!

Trots op je werk als operatieassistent? Maak een kort filmpje van maximaal drie minuten over je werk en maak kans op twee entreekaarten voor het EORNA-congres 'On the move', van 16 tot en met 19 mei 2019 in Den Haag (zie ook: www.lvo.nl). Stuur je film voor 20 april 2019 naar: prvoorlichting@lvo.nl met je naam en e-mailadres. De film kun je het best versturen via WeTransfer. Dit is een gratis dienst waarmee je grote bestanden kunt versturen. De winnaar wordt voor 1 mei bekendgemaakt. Door het insturen van je gemaakte film, geef je de LVO toestemming deze te gebruiken voor publicatie.



Foto: Shutterstock

Enkele tips:

- Het gaat om de boodschap! Maak dus een pakkend filmpje van minimaal één minuut en maximaal drie minuten.
- Houd altijd rekening met de privacy als je opnamen in het ziekenhuis maakt. Patiënten en artsen, maar ook bezoekers en ander personeel, mag je nooit zonder toestemming filmen.
- Vraag altijd schriftelijke toestemming van mensen die in beeld komen. Dit in verband met de Algemene verordening gegevensbescherming.
- De titel is jouw visitekaartje. Bedenk dus een pakkende kop. Maak gebruik van keywords, dat zijn veelgebruikte woorden of woordcombinaties die mensen invoeren in een zoekmachine om iets op te zoeken.
- Voorbereiding is het halve werk: bereid je verhaal goed voor. Lange stiltes, onnodige herhaling en weinig afwisseling zijn funest. Houd het interessant!
- Speel in op de actualiteit en wees creatief.
- Spanning en sensatie: wil je een extraatje aan je film meegeven? Zorg dan voor een spannend beeld. Wissel steeds van shot en film vanuit verschillende standpunten.

De nieuwe LVO-voorzitter Nicole Dreessen:

'De patiënt voorop'

Nicole Dreessen is Ger Creemers opgevolgd als voorzitter van de LVO. Zij is teamleider chirurgie bij Zuyderland MC en al jaren bestuurslid Beroepsbelang Kwaliteit en Veiligheid. Een korte kennismaking.

Tekst: Marloes van Hoorn
Foto: Hennie Mulder

Ben je al lang operatieassistent?

'In 1985 ben ik begonnen aan de opleiding. In de loop der jaren heb ik verschillende functies bekleed op de operatieafdeling: secretaresse, leidinggevende, specialisme-deskundige en kwaliteitsfunctionaris.'

Je houdt je al jaren bezig met beroepsbelangen, kwaliteit en veiligheid bij de LVO. Nu ben je dus ook nog voorzitter. Wat drijft jou?

'De patiënt. Die moeten we absoluut niet vergeten. Daarin werd ik twee jaar geleden bevestigd toen ik zelf een flinke rugoperatie moest ondergaan. Ik voelde me totaal afhankelijk van de professionals om me heen. Je móét er als patiënt op kunnen vertrouwen dat je in veilige handen bent en dat iedereen hoge kwaliteit levert.'

Wat is daarvoor nodig?

'Professionalisering door erkenning van het beroep operatieassistent, BIG-registratie voor alle operatieassistenten, heldere richtlijnen en gezond verstand in plaats van papierwerk.'

Hoe heb je je hiervoor ingezet tot nu toe?

'Door intensief samen te werken met partijen als de Inspectie voor de Gezondheidszorg (nu IGJ), het ministerie van VWS, aansprakelijkheidsverzekeraar MediRisk en collega-beroepsverenigingen. Ik merk dat zij de LVO als serieuze gesprekspartner zijn gaan zien. Dit heeft onder meer



Nicole Dreessen voor de camera van RTV Utrecht.

geleid tot het beroepsprofiel en de richtlijn "Achterblijven operatiemateriaal". Ook is het niveau van de opleiding tot operatieassistent inmiddels vastgesteld op niveau 6 (bachelor). Hieraan gingen veel inspanningen van de LVO en CZO vooraf.'

Wat zijn je ambities?

'Registratie van het beroep operatieassistent in de Wet BIG. Daarnaast een rol spelen in het "stabiliseren van de grote pieken en dalen" in de tekorten. Niet meer reactief maar proactief mensen opleiden. De samenwerking met andere verenigingen en betrokken partijen versterken. En verdere ontwikke-

ling van richtlijnen, die kunnen dienen als hulpmiddel in de dagelijkse praktijk.'

Waar ben je nu mee bezig?

'Met de richtlijn over positioneren. En met het Meldpunt Tekorten, de petitie en contacten in de politiek. Er is veel in beweging. Binnenkort gaan we meer dan 3600 petitie aanbieders in Den Haag. De minister heeft laten weten dat het Zorginstituut Nederland zal onderzoeken of we aan de criteria voldoen voor opname in het BIG-register [zie de brief elders in het blad red.]. En onlangs heeft een filmploeg van RTV Utrecht me geïnterviewd over de tekorten. Vervolgens werd ik gebeld door iemand van de Tweede Kamer omdat er in maart een zorgdebat wordt gevoerd, waarbij de problemen met de tekorten – de werkdruk, patiënten die worden afgezegd enzovoort – en erkenning van het beroep ter sprake zullen komen.'

En verder?

'Daarnaast werk ik mee aan de herziening van de perioperatieve richtlijn. Ik houd van praktisch en zet me graag in voor eenvoudigere processen: meer met minder. Mensen zijn vaak vergeten waarom ze zo veel vinkjes moeten zetten. De intrinsieke motivatie om dit te doen moet weer terugkomen.'

Wat is je meest bijgebleven de afgelopen jaren?

'Er waren zo veel leuke dingen! De veranderingen in het beroep, alle contacten. Ik moest wel enorm uit mijn comfortzone stappen, want ik sta niet graag in de belangstelling. Presenteren vond ik vroeger vreselijk. Als je me tien jaar geleden had verteld dat ik LVO-voorzitter zou worden, had ik het niet geloofd. Inmiddels vind ik presenteren leuk. Zolang het maar niet over mij gaat, haha. De patiënt staat voorop!'

Kun je toch nog iets over jezelf vertellen?

'Ik woon in België, ben bijna 28 jaar getrouwd en heb twee studerende kinderen. In mijn vrije tijd werk ik graag in de tuin en zorg ik voor onze dieren. Zo, dat is wel weer genoeg over mezelf.'

LVO Meldpunt ontvangt al 69 meldingen over tekorten en werkdruk

Sinds oktober 2018 is het Meldpunt Tekorten Operatieassistenten actief. Dit door de LVO opgezette platform heeft als doel te inventariseren welke gevolgen de tekorten aan operatieassistenten hebben. Meldingen kunnen ook anoniem gedaan worden. Dat het meldpunt een succes is, blijkt uit de 69 meldingen die sinds oktober zijn binnengekomen.

Tekst/bewerking: Menno Goosen
Foto: Shutterstock

Hieronder vindt u een korte bloemlezing van de klachten. De LVO wil niemand aan de schandpaal nagelen, maar wel graag inventariseren wat er allemaal speelt. Dan pas kunnen we samen met alle betrokkenen tot een goede en duurzame oplossing komen. Gesprekken over deze problemen worden ook op politiek niveau gevoerd. Zie de berichtgeving over het bezoek dat de LVO bracht aan Tweede Kamerlid Joba van den Berg en de brief van minister Bruins, elders in deze Operationeel. Het Meldpunt vind je op: <https://lvo.nl/form/meldpunt-lvo-tekorten-operatieassistenten>. Anoniem melden is altijd mogelijk.

Enkele geanonimiseerde citaten:

- 'De hoge werkdruk heeft tot gevolg dat er vele lichamelijke klachten voorkomen onder onze operatieassistenten. Door ziekte staan er dagelijks diensten open. Wanneer deze niet "vrijwillig" worden opgelost, worden collega's aangewezen. Er wordt veel bedreigd, zonder dat er waardering wordt getoond.'
- 'De tekorten gaan ten koste van een veilige werk-/leeromgeving. Onbekwame collega's worden ingezet. Studenten krijgen niet de juiste begeleiding. We moeten taken uitvoeren van een andere discipline waar we niet in geschoold zijn.'
- 'Studenten worden ingezet om operatieassistenten te vervangen.'
- 'Er is geen/te weinig toezicht op gedetacheerden. De vraag is of zij wel bijgeschoold worden. Eisen aan bij- en nascholing zouden verplicht moeten zijn.'
- 'Het invullen van diensten, met name in het weekend en in de avond/nacht, is niet altijd mogelijk. Daarom komt het voor dat er van tevoren al bekend is dat er maar twee operatieassistenten dienst doen. Als oplossing moet de telefonist van het ziekenhuis iemand bellen van de personeelslijst. En dan maar hopen dat er iemand gevonden wordt die kan komen en er ook nog op tijd is.'
- 'Hoge werkdruk. De kwaliteit gaat achteruit. Steeds minder aandacht voor de patiënt. Veel aandacht voor snelheid op de OK. Dit klopt niet ...'
- 'Te weinig personeel en daardoor uitval OK-programma's. Personeel dat weggaat omdat men zich niet of onvoldoende gewaardeerd voelt. Langdurig ziek omdat steeds minder mensen de taken over moeten nemen. Ontevreden werknemers omdat men ziet dat de CEO zijn bonus wel ontvangt. Er wordt te weinig naar het personeel geluisterd!'
- 'Hoge werkdruk en dienstbelasting door krapte. Dedicated zijn is steeds meer vereist door de groeiende complexiteit van de ingrepen. Daardoor ligt er vaak ontzettend veel verantwoordelijkheid en druk bij één persoon. Deze staat vaak uit personeelsgebrek met een gedetacheerde en een leerling. Hierdoor zijn er vaak ontevreden specialisten. Er is veel burn-out bij de "kartrekkende" gediplomeerde operatieassistent. De leerling werkt hierdoor niet in een veilige, vertrouwde leeromgeving.'
- 'Doordat er te weinig personeel is, worden vaak gedetacheerden aangenomen voor bepaalde tijden, en hierdoor is er onrust op de OK. Er zijn veel wisselingen door collega's die weggaan. Door het tekort worden er OK's gesloten. Of niet, en dan ben je met te weinig mensen alle balletjes hoog aan het houden.'
- 'Graag BIG-registratie van alle operatieassistenten, ook die al een erkend diploma hebben. Niet alleen de nieuw opgeleide operatieassistenten.'
- 'Schandalig als er straks onbekwame mensen op de OK staan. Dit mag niet gebeuren!'

- 'Ik vind dat ik, de deeltijdprogrammacoördinator, geen redelijke beloning krijgt met +1 periodiek voor de dagen dat ik programmacoördinator ben. Dus kortom: het is ook niet aantrekkelijk om dit beroep te gaan doen vanwege de hoge belasting en de slechte vergoeding die daar tegenover staat. Er wordt niet gekeken naar inzet!'
- 'Zestig collega's vertrokken in twee jaar tijd. Tien gedetacheerden en een hoop leerlingen. We moeten hetzelfde werk met een kleine groep doen. Ik werk twee halve dagen, omdat ik al te lang de kar heb moeten trekken. Daardoor is mijn energiepeil laag. Daarbij eist de inspectie steeds meer administratie, waardoor je minder aandacht voor patiënten hebt. De kwaliteit is ook zeker gedaald. Zo jammer! En we zijn nog niet op de bodem.'
- 'De gemiddelde leeftijd van onze groep operatieassistenten ligt ver boven de veertig. Dat baart mij zorgen omdat het voor de jonge garde zo steeds onaantrekkelijker wordt om bij ons te komen werken én omdat de dienstbelasting over een paar jaar niet meer te overzien is als een groep geen dienst meer hoeft te doen in verband met hun leeftijd. Ik ben bang dat het vak over een paar jaar niet meer valt uit te voeren.'
- 'Ik ben in opleiding tot operatieassistent. Ik merk veel van de tekorten, er is een heel hoge werkdruk, alles moet snel gebeuren. Ik heb het gevoel dat ik soms niet de tijd krijg om iets goed te leren. Met mijn werkbegeleiders sta ik ook niet heel vaak. Ik denk er zelfs over na om te stoppen met de opleiding. Ik zie mijzelf dit werk niet jarenlang doen met alle onnodige stress en werkdruk die het met zich meebrengt.'



De enorme personeelstekorten zorgen voor tijdsdruk en tijdsgebrek. Er is te weinig tijd voor de patiënt. Maar ook te weinig tijd om leerlingen goed te kunnen opleiden.

- 'Bij ons werkt sinds enige tijd iemand die meer dan twintig jaar niet op de OK gewerkt heeft. Van een collega krijgt ze uitleg over de apparatuur, maar verdere scholing vindt niet plaats, terwijl de afgelopen decennia toch veel is veranderd aan het werken op een OK. Wie bepaalt dat deze collega over voldoende kennis beschikt om het vak te kunnen uitoefenen? Op deze manier kan iedereen worden ingezet. De erkenning is ver te zoeken.'
- 'In ons ziekenhuis kwam het voorstel (dat ze nader gaan uitwerken) om omloopmedewerkers aan te stellen/op te leiden. Dit houdt in dat je als operatieassistent vaker aan tafel moet, alleen de verantwoordelijkheid hebt en voor twee moet denken. Zeker in een Universitair Centrum zijn het tegenwoordig alleen maar hoogcomplexere ingrepen. De kwaliteit van zorg is, vind ik, door deze maatregel niet meer voldoende te garanderen. Daarnaast gaat de fysieke

belasting verder omhoog (meer diensten, vaker instrumenteren = staan). Veel medewerkers – waaronder ikzelf – ervaren gezondheidsklachten. Velen hebben schouderklachten. Ik vraag mij af of ik dit vak tot mijn 67ste kan uitvoeren. In de nieuwe cao die in onderhandeling is worden geen afspraken gemaakt over ouderenbeleid en loopbaanontwikkeling voor ouderen.'

- 'Ik ben aan het detacheren geslagen als gevolg van veranderde diensten (lees: continudienst en daarom doordeweeks nauwelijks meer aanwezig op de OK door mijn parttimecontract, wat ten koste ging van mijn vaardigheden). Niet ideaal, maar voor mij en mijn situatie de beste optie. Wat mij in diverse ziekenhuizen heel erg opvalt, is hoe er met leerlingen wordt omgegaan. Als we nu willen dat meer mensen voor het vak kiezen, moeten OK-assistenten eens ophouden met deze jonge mensen om niets te kleineren. Daar worden het heus geen betere operatieassistenten van. Ik zeg daarmee niet dat je niet kritisch moet zijn, maar je kunt ze iets ook met opbouwende kritiek uitleggen. Wat ik vaak zie, is dat als een bepaalde groep een leerling niet mag, deze binnen de kortste keren door het hele team afgebrand wordt. Zo iemand heeft geen enkele kans in die haaienbakken waar OK-assistenten vergeten zijn dat ze ook ooit leerling waren en die bejegening vreselijk vinden. De bejegening van de nieuwe leerlingen van de opleiding tot medisch hulpverlener is zo mogelijk nog slechter, omdat het personeel daar al helemaal geen binding mee heeft. Ik ben jarenlang als praktijkbegeleider actief geweest en weet in dezen dus wel waar ik het over heb.'

Dag van de operatieassistent

Minisymposium 'Samen naar de toekomst'

Op de Dag van de operatieassistent organiseerde de LVO het minisymposium 'Samen naar de toekomst' bij Hotel Van der Valk in Duiven. Deze zeer zonnige 15 februari begon met de jaarlijkse algemene ledenvergadering, waar ook de nieuwe LVO-voorzitter werd benoemd.

Tekst en foto's: Hennie Mulder

Op 15 februari was het weer de Europese Dag van de operatieassistent. Dit jaar stond deze in het teken van de algemene ledenvergadering (alv) en het minisymposium 'Samen naar de toekomst'. De alv begon met het vastgestelde programma, zoals de behandeling van de vorige notulen, de begroting en het financieel jaarverslag. Daarna vonden de verkiezingen plaats. De bestuursleden zijn met een ruime meerderheid gekozen. Voorzitter Ger Creemers droeg zijn taken over aan zijn opvolger Nicole Dreessen. Zij stelt zich in dit nummer van Operationeel uitgebred voor.

Gezond praten

Het symposium werd afgetrapt door Thomas Kerris, operatieassistent, verpleegkundige, hypnotherapy practitioner en deskundige op het gebied van integral eye movement therapy. Kerris gaf een presentatie over gezond praten. Hoe zorg je voor goede communicatie met patiënten en collega's in de zorg? Negatief taalgebruik moet je vermijden. Een echte eyeopener. Bijvoorbeeld: een oogarts zegt tegen de patiënt: 'U moet stil blijven liggen tijdens de operatie. Bewegen is gevaarlijk!' De patiënt denkt dan: 'O, ik mag absoluut niet bewegen en

dat kan ik helemaal niet!' Beter zou het zijn om te zeggen: 'Denkt u dat u tien minuten stil kunt blijven liggen?' De patiënt denkt dan: 'O, tien minuten stilliggen, dat lukt mij wel.' Een ander voorbeeld van negatief taalgebruik is het woord 'pijnpoli'. Beter zou het zijn om 'pijnreductiepoli' te gebruiken, of desnoods 'anesthesiepoli'.

Signersessie

Tijdens de lunch signeerde eerste luitenant Maaïke Hoogewoning haar boek Oorlog in de operatiekamer. Zij werkte twee keer als operatieassistent in een militair ziekenhuis





in de Afghaanse stad Kandahar. In het boek vertelt ze wat er gebeurde in dat ziekenhuis tijdens haar uitzending. Ze schrijft over haar inspanningen om samen met haar collega's zieke en gewonde collega's – maar ook Afghaanse burgers – te helpen met de best mogelijke geneeskundige hulp.

CZO Flex Level

Na de heerlijke lunch vertelde Jeanine Stuart, bestuurslid Onderwijs, over het project CZO Flex Level. Dit is een project van het College Zorg Opleidingen (CZO) samen met De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen NVZ. Doel van dit project is om de arbeidsmarktproblemen te lijf te gaan.

Een van de punten is het geven van vrijstellingen tijdens opleidingen. De huidige circa dertig verpleegkundige vervolg- en medisch ondersteunende opleidingen zijn kwalitatief hoogwaardig, maar het stelsel als geheel past niet meer bij de eisen van deze tijd. Er is sprake van overlap en soms moeten zorgprofessionals onderdelen of stages volgen

die voor hun specifieke functie niet relevant zijn, of zij ervaren dat de opleidingen onvoldoende rekening houden met hun kennis, kunde en ervaring.

Young Professional Award

Tijdens de Dag van de operatieassistent werd ook de Young Professional Award uitgereikt voor de beste afstudeerscriptie. Genomineerd waren: Dian de Wit (links op de foto) met haar scriptie over allround tijdens de dienst en Tess Ris-van Bodegraven (rechts) met haar scriptie over werken met een opdekplein. Tess Ris-van Bodegraven bleek de gelukkige winnaar. Ze ontving de award uit handen van Ron op de Weegh van de firma van Straten Medical.

Richtlijn positioneren

Nicole Dreessen, de nieuwe voorzitter, vertelde over de status van de richtlijn 'Positioneren'. Paul Meijsen is hierbij van grote waarde geweest. Vanwege zijn pensioering werd Paul door Hennie Mulder in het zonnetje gezet. Paul werd bedankt voor zijn oeuvre en voor alles wat hij gedaan heeft

voor de LVO en het beroep van operatieassistent. Dit kwam voor hem geheel onverwacht; hij zat nietsvermoedend in de zaal. Als reminder voor wat hij allemaal voor de beroepsgroep gedaan heeft, kreeg hij onder andere een ingelijste versie van de aankondiging van zijn presentatie bij het AORN-congres. '

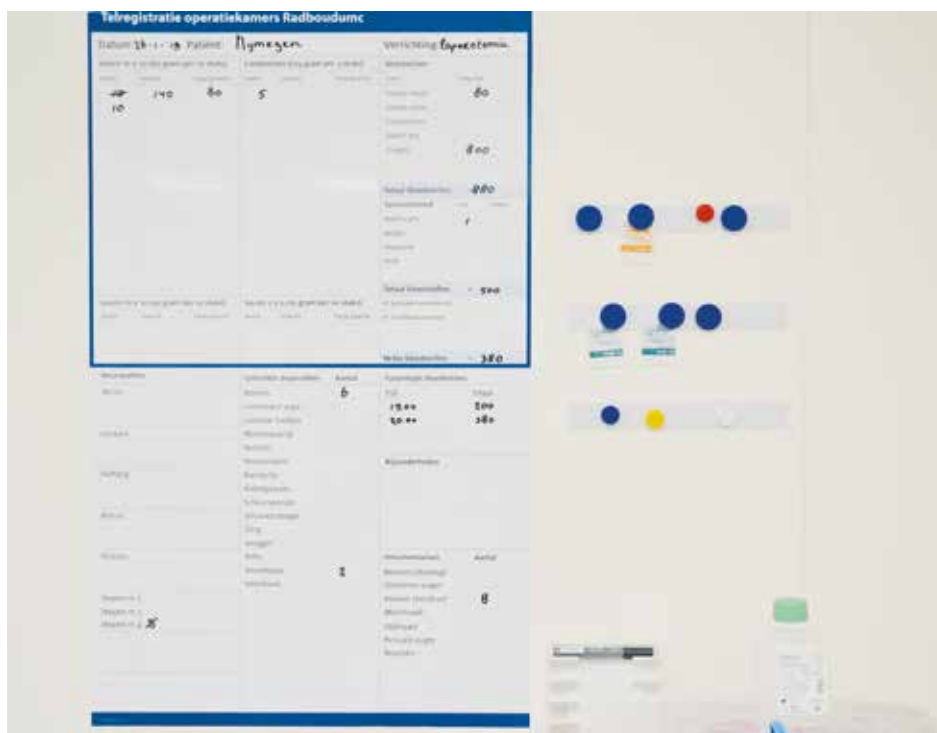
Omdenken

De afsluiting van de dag was het fantastische onderwerp 'omdenken'. Omdenken is denken in termen van mogelijkheden en niet van problemen. Het is een manier van denken waarbij je kijkt naar de werkelijkheid zoals die is, en wat je daarmee zou kunnen. Je gebruikt in feite de energie van het probleem voor iets nieuws. De grondlegger van het omdenken is Berthold Gunster, schrijver van onder meer Ja-maar wat als alles lukt en Huh?! – de techniek van het omdenken. We leerden hoe je van iets negatiefs iets positiefs kunt maken. Dus als het leven je een citroen geeft, vraag dan om zout en tequila. (Kijk ook eens op www.omdenken.nl.) Het was een zeer geslaagde dag.

Gazen tellen met designondersteuning

Hoe creëer je meer overzicht bij het tellen van gazen? Over deze vraag boog zich een multidisciplinaire werkgroep van het Radboudumc. Het resultaat: een duidelijk telbord en een overzichtelijke teltafel.

Tekst: Ronald Schulte, operatieassistent Radboudumc, en Anita Heideveld-Chevalking, coördinator patiëntveiligheid OK Radboudumc, namens de werkgroep 'Pas op je tellen'.



Radboudumc-telbord in gebruik.

Het onbedoeld achterblijven van operatiemateriaal staat wereldwijd tweede op de lijst van never events.¹ Incidenten dus die niet zouden moeten voorkomen in de gezondheidszorg. Never events brengen vermijdbare schade toe aan de patiënt, veroorzaken extra kosten en kunnen leiden tot verlies van vertrouwen in een ziekenhuis.² De geschatte kans op het onbedoeld achterblijven van operatiemateriaal is 1,32 op 10.000 procedures;³ de schattingen variëren echter sterk. Gaasmateriaal blijft het meest frequent achter, en wel in de buik (50%), in de vagina (24%) of elders in het lichaam (26%).⁴ De consequenties voor de patiënt kunnen groot zijn, variërend van een heroperatie tot blijvende schade of

zelfs de dood.⁵ Veel is geschreven over de mogelijke oorzaken van het onbedoeld achterblijven van operatiemateriaal, in de hoop dit te kunnen voorkomen. Het meest genoemd als risicovolle omstandigheden bij een foutieve telling zijn: afgeleid zijn (21%), multitasken (18%) en tijdsdruk/spoedsituatie (18%).⁶ De complexiteit van de peroperatieve zorg en de veelheid aan risicovolle factoren pleiten voor de noodzaak van goed ontworpen hulpmiddelen bij het tellen van operatiemateriaal. Met dit gegeven is de multidisciplinaire werkgroep 'Pas op je tellen' van het Radboudumc aan de slag gegaan. Die heeft bekeken welke hulpmiddelen al worden gebruikt en hoe die kunnen worden verbeterd.



Radboudumc-teltable in gebruik

Telbord

De werkgroep 'Pas op je tellen' evalueert processen rondom de telprocedure en initieert verbetermogelijkheden. De focus van de werkgroep ligt op zaken die we zelf kunnen aanpakken, zoals uniformiteit en overzicht bij het tellen van gazen.

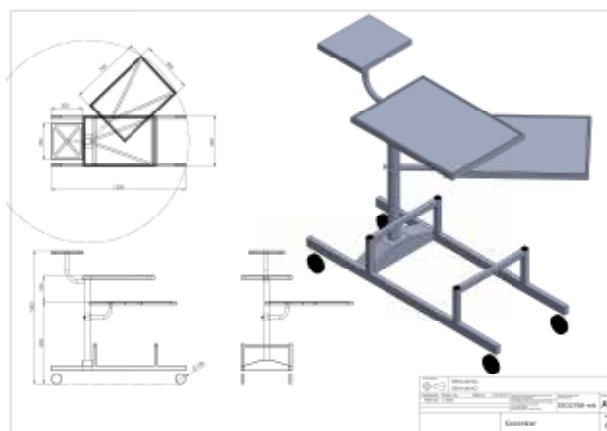
In samenwerking met Iris Hobo, designmanager Radboudumc, heeft de werkgroep een uniek telbord ontworpen. Een telbord is natuurlijk niet nieuw, maar het bord dat wij gebruiken wel. Het is een groot whiteboard waarop vermeld staat wat gebruikt wordt tijdens de operatie, zoals de verschillende gazen, disposables en risicovolle kleine reusables. Het telbord is gemaakt als een sticker en daardoor te bevestigen op de plaats die het best waarneembaar is, zowel voor de instrumenterende als voor de rest van het OK-team. Verder bevat het telbord een duidelijke plek om vloeistoffen- en bloedverlies periodiek te melden aan de anesthesie. Iedereen noteert de verschillende gebruikte materialen op dezelfde manier (foto 1). Dit zorgt voor uniformiteit.

Teltable

Het tweede innovatieve idee is de Radboudumc-teltable. Momenteel leggen

wij onze gebruikte gazen uit op een kleinere basisinstrumententafel. Op een dergelijke tafel zijn de verschillende gazenmaterialen echter moeilijk overzichtelijk te houden.

Je zou ze natuurlijk ook op de grond kunnen uitleggen, zoals in veel ziekenhuizen gebeurt, maar dat vinden we ergonomisch gezien niet wenselijk. Als werkgroep hebben we bekeken wat op de markt te verkrijgen is. Uiteindelijk kwamen we tot de conclusie dat er een nieuw ontwerp moest komen. Dit idee werd gesterkt door een eindschrijving van twee van onze studenten, waarin aanbevelingen werden gedaan voor een teltable.⁷



Ontwerptekening Radboudumc-teltable.

De firma Heijne Medical heeft met ons meegedacht over een nieuw ontwerp en een eerste prototype gemaakt. Dit hebben we uitgebreid getest. De evaluatie was positief. Het enige nadeel was dat de tafel te groot was. Na overleg werd het ontwerp aangepast.

De nieuwe teltables zijn inmiddels in bestelling. Op de onderste rails wordt een standaard instrumentendraadmand geplaatst. Daarin worden alle verwerkte gazen geplaatst. Het onderste tafelblad is 180° draaibaar.

Hierop worden de buikgazen uitgelegd. Het tweede tafelblad is voor 10x20-gazen. Het bovenste blad is voor gevallen instrumentarium en overig gebruikt operatiemateriaal. Zo wordt het tijdens de operatie gebruikte materiaal overzichtelijk gescheiden gepresenteerd.

De toekomst

Het telbord en de teltable helpen ons het telproces overzichtelijk te houden. We verkleinen zo de kans op telfouten in de hectiek van de OK, een risicovolle situatie. Daarnaast kijkt de werkgroep uit naar aanvullende technologische, innovatieve detectiemethoden die ons zullen helpen bij de compleetheidscontrole van het gebruikte instrumentarium. Neem gerust contact met ons op als je hierover meer wilt weten!

1. https://en.wikipedia.org/wiki/Never_events#Never_events
2. Joint Commission International Accreditation standards for Hospitals, Glossary (6th edition). 2017.
3. Hempel S., Maggard-Gibbons M., Nguyen D.K. et al. Wrong-Site Surgery, Retained Surgical Items, and Surgical Fires, A Systematic Review of Surgical Never Events. JAMA Surg 2015; 150(8):796-805.
4. Steelman, V.M., Shaw, C., Shine, L. & Hardy-Fairbanks, A.J. Retained surgical sponges: a descriptive study of 319 occurrences and contributing factors from 2012 to 2017. Patient Safety in Surgery 2018; 12:20.
5. Gawande, A.A., Studdert, D.M., Orav, E.J. et al. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. N Eng J Med 2003; 348(3):229-235.
6. Steelman V.M. & Cullen J.J. Designing a safer process to prevent surgical sponges: a HFMEA. AORN J 2011.
7. van Thiel, Marloes & van Kleef, Janine (eindschrijving). 'Gaasmateriaal tellen doet het Radboudumc zo!'.



Heijneman Medical BV

SPECIALISTEN IN HET INRICHTEN VAN



▶ OPERATIEKAMER

PENDELS EN BRUGGEN | OK-LAMPEN | OK-TAFELS | SPINE | ACCESSOIRES | MEUBILAIR



▶ RECOVERY

PENDELS EN GOTEN | LAMPEN | TROLLEYS | ACCESSOIRES | MEUBILAIR



▶ SPOED EISENDE HULP

PENDELS EN GOTEN | LAMPEN | TROLLEYS | ACCESSOIRES | MEUBILAIR



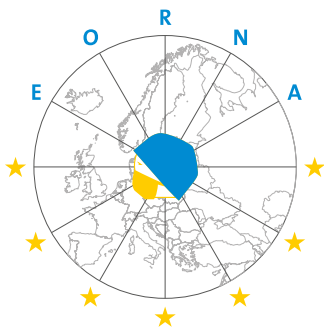
▶ CARE

PENDELS, GOTEN EN BRUGGEN | LAMPEN | TROLLEYS | ACCESSOIRES | MEUBILAIR



▶ POLIKLINIEK

PENDELS EN GOTEN | LAMPEN | OK-TAFELS | ACCESSOIRES | MEUBILAIR



EORNA

EUROPEAN OPERATING ROOM
NURSES ASSOCIATION



“ON THE MOVE”

9th EORNA Congress

The Hague, The Netherlands

16 - 19 May 2019

www.eorna-congress.eu

Casus

Duplicatuur van de vena cava inferior als risicofactor van diepveneuze trombose'

Bij relatief jonge mannelijke patiënten met een diepveneuze trombose is het goed alert te zijn op een dubbel aangelegde vena cava inferior, zo blijkt uit deze casus.

Tekst: M.M.Q. Robbe, coassistent heekunde; A.N. van der Linden, radioloog; M. Scheltinga, chirurg; allen Máxima Medisch Centrum.

Bij diepveneuze trombose (DVT) raakt een diepliggende vene verstopt door een stolsel. De incidentie in een huisartsenpraktijk is tot 1,5 per 1000 patiënten per jaar. Risicofactoren zijn hogere leeftijd, sekse (vrouw), stollingsstoornissen, overgewicht, anti-conceptiepil, langdurige immobilisatie of operaties. De diagnose is soms lastig, zeker als een DVT zich alleen manifesteert met een gevreesde complicatie, namelijk een longembolie. Dat een vaatanomalie ook kan bijdragen aan het ontstaan van een DVT, blijkt uit onderstaande casus.

Casus

Een 52-jarige man presenteerde zich met pijn en stijfheid in de linker knieholte en binnenzijde van het bovenbeen. Zijn voorgeschiedenis vermeldde fibromyalgie, slaapapneu, proteïne S-deficiëntie en in 2016 een idiopathische DVT van de vena poplitea rechts. Als antistollingsmedicatie gebruikte hij hierna gedurende zes maanden dalteparine 15.000 IE eenmaal daags en acenocoumarol, en later vanwege een resttrombose nog gedurende twee jaar acetylsalicylzuur. Bij lichamenlijk onderzoek zagen we een niet-zieke man. Zijn linkerbeen liet geen

tekenen zien van een posttrombotisch syndroom. Wel werd een oedemateus linkerbeen gezien. Om een recidief-DVT uit te sluiten werd echo-doppleronderzoek (duplex) verricht, waarbij inderdaad een DVT van de linker vena femoralis communis werd gezien. Gezien de verdenking op een anatomische variant op basis van een gestoord duplexsignaal in de lies, werd een CTA uitgevoerd, waarop een duplicatuur van de vena cava inferior werd gediagnosticeerd (figuur 1).

Commentaar

Onze patiënt heeft een dubbel aangelegde vena cava inferior. Deze anomalie is nogal zeldzaam (incidentie tot 1,5 procent).¹ Het is een congenitale afwijking die meestal asymptomatisch is. Soms kan deze afwijken van de anatomie echter rugpijn met uitstraling geven. Zelden ontstaat stase met trombusvorming door langzamere flow door de duplicatuur.^{2,3} Meestal wordt een dubbel aangelegde vena cava bij toeval gezien tijdens beeldvorming. Het typische radiologische beeld, dat we ook bij onze patiënt zien, is een extra vena cava inferior die links langs de aorta is gesitueerd en eindigt in de



Figuur 1. Links: duplicaat van de vena cava inferior die links naast de aorta is gepositioneerd. Rechts: de normale situatie.

linker niervene.^{4,5} Indien wel symptomatisch, kunnen patiënten zich soms melden met tekenen van een longembolie. Het plaatsen van een filter in beide venae cavae inferiores zou kunnen worden overwogen.^{6,7} Hierbij worden eventuele stolsels weggevangen, waardoor een longembolie kan worden voorkomen. Echter, sommigen adviseren dit alleen te doen in hoogrisicosituaties of wanneer er een contra-indicatie bestaat voor antistolling.^{8,9}

Bij de beschreven patiënt was er geen sprake van een longembolie en is voorlopig

rivaroxaban gestart. Concluderend stellen wij vast dat bij een relatief jonge mannelijke patiënt met een DVT de diagnose 'duplicatuur van de vena cava inferior' moet worden overwogen.

Deze tekst is eerder verschenen in Medisch Journaal 3-2018.

Voetnoten

- Spentzouris G., Zandian A., Cesmebasi A. et al. The clinical anatomy of the inferior vena cava: a review of common congenital anomalies and considerations for clinicians. *Clin Anat* 2014; 27:1234-43.
- Gayer G., Luboshitz J., Hertz M. et al. Congenital anomalies of the inferior vena cava revealed on CT in patients with deep vein thrombosis. *AJR Am J Roentgenol* 2003; 180.
- Chee Y.L., Culligan D.J. & Watson H.G. Inferior vena cava malformation as a risk factor for deep venous thrombosis in the young. *Br J Hematol* 2001; 114.
- Bass J.E., Redwine M.D., Kramer L.A., Huynh P.T. & Harris J.H. Spectrum of congenital anomalies of the inferior vena cava: cross sectional imaging findings. *Radiographics* 2000; 20:639-652.
- Pineda D., Moudgill N., Eisenberg J., DiMuzio P. & Rao A. An interesting anatomic variant of inferior vena cava duplication: case report and review of the literature. *Vascular* 2013; 21:163-7.
- Malaki M., Willis A.P. & Jones R.G. Congenital anomalies of the inferior vena cava. *Clin Radiol* 2012; 67:165-71.
- Nicolas W. Double inferior vena cava and its implications during endovascular and surgical interventions: a word of caution. *J Invasive Cardiol* 2017; 29:51-53.
- Patel S., Cheema A., Karawadia T., Carson M. Management of acute lower extremity deep venous thrombosis in a patient with duplicated inferior vena cava and contraindication to anticoagulation: case and review of the literature. *BMJ Case Rep* 2018. 4; 2018.
- Mano A., Tatsumi T., Sakai H. et al. A case of deep venous thrombosis with a double inferior vena cava effectively treated by suprarenal filter implantation. *Japanese Heart Journal* 2004; 45:1063-1069.

Beroemde namen

Kurt Semm, grondlegger van de laparoscopie

Voor het laparoscopisch uitvoeren van een appendectomie werd pionier Kurt Semm bijna geschorst. Gelukkig ging hij door met het verspreiden van de laparoscopie.

Wie was deze gedreven gynaecoloog?

Tekst: Jeanine Stuart



Kurt Stephan Karl Semm werd op 23 maart 1927 geboren in München.

Kurt Stephan Karl Semm werd op 23 maart 1927 geboren in München (Duitsland).

Op zesjarige leeftijd kreeg hij een ernstig verkeersongeval. Na zijn herstel wist hij dat hij arts wilde worden. Hij ging naar het gymnasium, maar werd in januari 1945 – op zeventienjarige leeftijd – opgeroepen voor de Deutsche Wehrmacht en tot krijgsgevangene gemaakt in Rusland.

Toen Semm na de oorlog terugkeerde, lag zijn leven in puin. Hij kon aanvankelijk niet studeren, en om in zijn levensonderhoud te voorzien repareerde hij speelgoed. Hij was hier bijzonder handig in. Een kwaliteit die hij van zijn vader had geërfd, die technisch ingenieur was. In 1946 werd hij toegelaten tot de studie geneeskunde aan de Ludwig-Maximilians-Universität in München. Deze studie financierde hij met de reparatie en verkoop van speelgoed en later met het lesgeven aan eerstejaarsstudenten.

Gevaarlijke techniek

Semm behaalde zijn doktersdiploma in 1950. In 1958 promoveerde hij summa cum laude op zijn Aktivitätsbestimmungen der Serum-Oxytocinase als Schwangerschaftsreaktion. In hetzelfde jaar trouwde hij met Roswitha von Morozovicz. Het huwelijk bleef kinderloos.

Semm specialiseerde zich tot gynaecoloog in de Tweede Universiteits-Vrouwenkliniek in München, onder Richard Fikentscher. Zijn interesse lag bij de infertiliteit. Om die reden stichtte hij in 1956 de German Society of Fertility and Sterility.

Enkele jaren later las Semm de publicaties van Raoul Palmer, een Amerikaanse chirurg die rond 1940 in Parijs werkte. Palmer was op het idee gekomen in de buik te kijken alvorens een grote incisie te maken. Hij stak een kijkbuis door de navel en blies de buikholte op, zodat er een pneumoperitoneum gecreëerd werd. Dat belichtte hij vervolgens met een lampje. De techniek was echter niet zonder gevaar: bij het opblazen van de buik waren al enkele patiënten gestorven aan een luchtembolie.

Op het matje

De scopische techniek van Palmer stimuleerde Semm te beginnen met laparoscopische diagnostiek bij gynaecologie. Hij zag er een grote toekomst in en investeerde tijd en geld om een automatisch abdominaal insufflatieapparaat te ontwikkelen. Dit apparaat moest aan een aantal criteria voldoen. Zo moest de intra-abdominale druk continu worden gecontroleerd en moest de flow gelimiteerd kunnen worden. Het volume van het gas in de buik moest kunnen worden geregistreerd. En om ongelukken met zuurstofrijke lucht te vermijden moest het gas onontvlambaar zijn. Semm koos voor CO₂. In 1959 richtte hij samen met zijn broer en zijn vader het bedrijf WISAP op. Dit bestaat nog steeds en maakt instrumenten en appa-



In 1946 werd Semm toegelaten tot de studie geneeskunde aan de Ludwig-Maximilians-Universität in München.

raten voor medische technologie bij gynaecologie. De Vrouwenkliniek was niet de plek voor Semms insufflator. Hij vond het riskant om in zijn eigen kliniek te experimenteren, maar vond een collega wel bereid. Semm bouwde zijn apparaat, en zijn collega gebruikte het bij zijn patiënten in een interne kliniek. Kurt Semm durfde niets over deze activiteiten tegen zijn leermeester Fikentscher te zeggen, bang voor een calamiteit bij het gebruik van de insufflator. Deze kwam er door een toevallige ontmoeting echter toch achter, en Semm moest op het matje komen. Enkele maanden later gaf Fikentscher – op aandringen van een Argentijnse arts – alsnog toestemming voor een laparoscopie. Fikentscher keek door de endoscoop in de buik van de patiënt en zei: 'Briljant!' Vervolgens gaf hij Semm de vrije hand. Die kreeg de techniek goed in de vingers: hij sneed myomen weg, verwijderde cysten op de eierstok en haalde zelfs af en toe een extra-uteriene graviditeit weg. Semm noemde zijn techniek 'pelviscopie'. De term 'laparoscopie' had een negatieve klank door ongelukken, en werd al gebruikt voor diagnostiek en leverbiopsieën. De term 'pelviscopie' werd tot 1995 gebruikt. Tegenwoordig opereren gynaecologen in het hele abdomen en is 'laparoscopie' een beter woord.



Sem investeerde tijd en geld om een automatisch abdominaal insufflatieapparaat te ontwikkelen.

Doorbraak in Amerika

In 1967 gaat Semm naar een congres in de Verenigde Staten om een lezing te geven. Daar toont hij de CO2-insufflator aan infertilitesspecialist Melvin Cohen, die hem doorverwijst naar diens instrumentmaker. Semm legt de man de werking van het apparaat uit, maar die zegt bot: 'Wij zijn niet geïnteresseerd in Duitse apparaten.' 'Leck mich am Arsch, du blöde Sau', reageert Semm verontwaardigd. Vervolgens antwoordt de technicus in vloeiend Duits: 'Was haben Sie gesagt?' De man blijkt een Duitse Jood te zijn die onder het naziregime is gevlucht naar Amerika. Semm maakt zijn excuses en in het dialect van München ontspint zich een gemoedelijk gesprek. Semm presenteert zijn CO2-pneu-insufflator opnieuw en nu is de technicus vol lof. Hij belooft het apparaat te demonstreren aan zijn baas Cohen. Terug in Duitsland krijgt Semm het bericht dat Cohen enthousiast is over het apparaat en een tweede wil bestellen.

In de daaropvolgende maanden worden meer dan vierhonderd apparaten besteld, maar WISAP is daar helemaal niet op berekend. Semm bouwt de apparaten nog



Vanaf 1977 is het gebruik van een roederloop routine in Semms kliniek.

steeds zelf. Het bedrijf moet arbeidskrachten werven om de bestellingen te kunnen uitvoeren.

Innovatieve looptechniek

In 1970 aanvaardt Kurt Semm een functie als hoofd Obstetrie en Gynaecologie aan de Universiteit van Kiel in Duitsland. Hij introduceert ook hier de laparoscopische chirurgie. Zijn collega's eisen dat hij een hersenscan ondergaat; alleen mensen met hersenschade zouden laparoscopische ingrepen uitvoeren. Midden jaren zeventig worden echter ook in Kiel gynaecologische laparoscopische ingrepen verricht, zoals het verwijderen van ovariumcysten, myomen en extra-uteriene graviditeiten.

Rond die tijd doet Semm een innovatie.

Hij krijgt een patiënte uit Iran voor een sterilisatie. Zij heeft een visum voor slechts drie dagen. Tijdens de operatie begint zij te bloeden, en in plaats van een laparotomie uit te voeren, besluit Semm een roederloop te gebruiken. Hierbij wordt de knoop buiten het abdomen gelegd, door een tube geschoven en om de bron van het bloeden gebonden. Hij heeft echter geen instrument om de loop in het abdomen te brengen, dus hij moet improviseren. En het lukt. Vanaf 1977 is het gebruik van een loop routine in zijn kliniek.

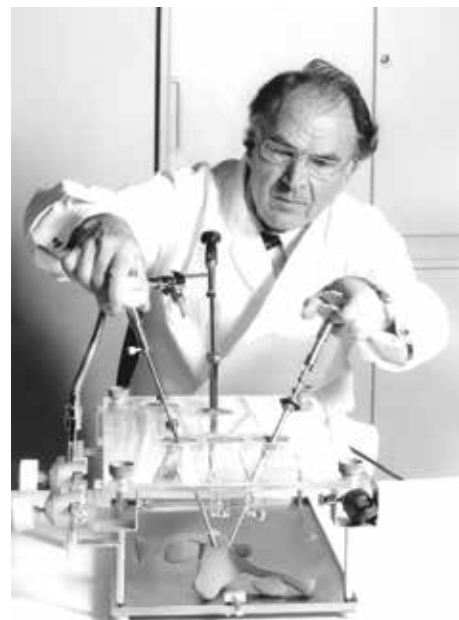


Semm produceert ook meer dan duizend artikelen en boeken, meer dan dertig endoscopische films, meer dan twintigduizend operatiedia's en de kleurenatlas Pelviskopie und Hysteroskopie.

In 1980 verricht Semm zijn eerste laparoscopische appendectomie. Dit veroorzaakt veel ophef. Zijn collega's dreigen hem te schorsen. Het artikel dat hij over de techniek schrijft wordt geweigerd met als commentaar 'niet ethisch'. Men beschouwt een laparoscopie op de redactie van het betreffende tijdschrift nog steeds als een diagnostische procedure. In 1984 verricht Semm de eerste laparoscopisch geassisteerde vaginale hysterectomie (LAVH).

Duizenden dia's

Begin jaren tachtig begint de laparoscopie zich te verspreiden en zich verder te ontwikkelen van een diagnostische tot een chirurgische procedure. Eerst in de Verenigde Staten en later ook in Europa. Daaraan gaan vele reizen en lezingen van Semm vooraf. Hij produceert ook meer dan duizend artikelen en boeken, meer dan dertig endoscopische films, meer dan twintigduizend operatiedia's



Voor trainingsdoeleinden ontwikkelt Semm in 1985 een pelvic trainer, een doos met openingen zoals wij die nog steeds kennen.

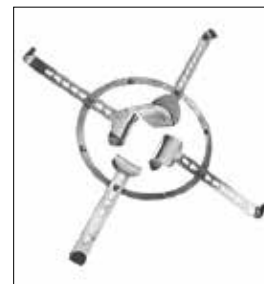
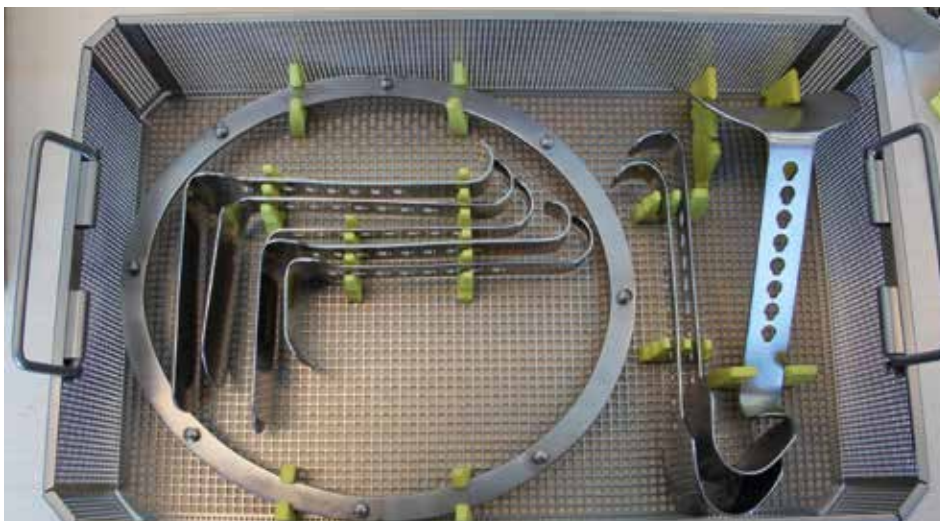
en de kleurenatlas Pelviskopie und Hysteroskopie. Voor trainingsdoeleinden ontwikkelt hij in 1985 een pelvic trainer, een doos met openingen zoals wij die nog steeds kennen. Semm heeft behalve de insufflator nog veel andere instrumenten en apparaten uitgevonden, zowel voor de gynaecologie als voor de algemene chirurgie. De cervix-coagulator, de elektrische morcellator en de automatische warmgas-insufflatie bijvoorbeeld. Die konden ook snel worden geproduceerd in zijn eigen firma.

Briljant

Na een huwelijk van ruim dertig jaar sterft Semms vrouw in 1986 aan een mammacarcinoom.

In de zomer van datzelfde jaar wordt hij lid van de Leopoldina, de Duitse Academie van wetenschappers in Halle en de oudste sociëteit van wetenschappers in de wereld. Semm is actief geweest in veel organisaties. Zo was hij voorzitter van de International Federation of Fertility Societies, en gedurende 25 jaar een briljant docent en hoofd van een van de grootste universiteiten van Duitsland. Gedurende zijn carrière ontvangt Semm meerdere awards voor zijn chirurgische techniek, zoals de Pioneer in Endoscopy Award in 2002.

In 1994 trouwt Semm met Isolde O'Neill, een Ierse gynaecoloog. Met haar krijgt hij



Enkele instrumenten van Semm: De Semm retractor en de Semm spreider.

twee kinderen: zoon Patrick en dochter Tara Virginia. In 1995 gaat Semm met pensioen en emigreert hij met zijn gezin naar de Verenigde Staten. Isolde Semm wordt president van de firma WISAP.

Op 16 juli 2003 sterft Kurt Semm op 76-jarige leeftijd aan de complicaties van de ziekte van Parkinson. Zijn lichaam wordt begraven op het Waldfriedhof in München.



Semm heeft behalve de insufflator nog veel andere instrumenten en apparaten uitgevonden, bijvoorbeeld de cervix-coagulator.

Bronnen

- Baranauckas, C. Kurt Semm, Founder of Laparoscopic Surgery, dies at 76. The New York Times: 27 juli 2003.
- Litynski, G.S. Kurt Semm and an Automatic Insufflator. Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons 1998; 2:197-200.
- Litynski, G.S. Kurt semm and the Fight against Skepticism. Endoscopic Hemostasis, Laparoscopic Appendectomy, and Semm's Impact on the 'Laparoscopic Revolution'. Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons 1998; 3:309-313.
- Mettler, L. Historical Profile of Kurt Karl Stephan Semm, Born March 23, 1927 in Munich, Germany, Resident of Tucson, Arizona, USA Since 1996. Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons 2003; 7(3):185-8.
- Mettler L. Kurt Karl Semm, 1927-2003. 28 oktober 2006. Geraadpleegd van www.obgyn.net/articles/kurt-karl-stephan-semm-1927-2003
- Van Robays, J. Kurt Semm (1927-2003), bevlogen advocaat van de laparoscopie. ZOLarium 2012; 45:12-15.

Meekijken met Raoul Karijopawiro,
operatieassistent op Curaçao:

‘Binnenkort een nieuw ziekenhuis’

Raoul Karijopawiro (31) is operatieassistent op Curaçao. Hij werkt in het St. Elisabeth Hospital in Otrobanda, een wijk in Willemstad. Hoe is het om daar te werken? Maril Hageman van de LVO-commissie Onderwijs sprak met hem tijdens haar vakantie op het eiland.

Tekst: Maril Hageman, operatieassistent, Amphia-ziekenhuis, en lid LVO-commissie Onderwijs.
Foto's: Maril Hageman



Raoul Karijopawiro, operatieassistent bij het St. Elisabeth Hospital te Otrobanda, Curaçao.

Waarom ben je operatieassistent geworden?

‘Vroeger wilde ik altijd cardiochirurg worden. Maar toen ik acht jaar geleden naar Nederland wilde gaan om te studeren, bleek dat ik daarvoor niet de juiste papieren had. Ik kon wel de opleiding tot operatieassistent volgen op Curaçao, in het St. Elisabeth Hospital in Otrobanda. Toentertijd was dit nog een in-serviceopleiding waarvoor het ziekenhuis de kosten betaalde. Tegenwoordig studeer je voor operatieassistent aan het Instituto pa Formashon den Enfermeria. De leerlingen moeten die studie zelf bekostigen, zoals bij de hbo-vt-opleidingen in Nederland. Ik ben nog steeds erg tevreden met mijn werk. Het is mooi om patiënten een tweede kans te geven.’

Kun je iets vertellen over het ziekenhuis waar je werkt?

‘Het wordt een bijzonder jaar voor ons ziekenhuis. Het is oud, en het wordt gesloten zodra het nieuwe ziekenhuis Curaçao Medical Center – CMC – in gebruik is genomen. Dat gebeurt als het goed is nog dit jaar. Het meeste personeel gaat in dezelfde functie over naar het nieuwe CMC. Voor sommige

functies moet je opnieuw solliciteren. Dit is dus wel een spannende periode. Er komen ontzettend veel dingen bij kijken: werken in een compleet nieuwe omgeving en leren omgaan met een nieuw computersysteem bijvoorbeeld. Ik kijk er erg naar uit.’

Wat zijn jouw specialismen?

‘Ik ben voornamelijk werkzaam in de specialismen die met de botten te maken hebben: orthopedie, traumatologie, neurochirurgie. Ik vind het erg leuk om me daarmee bezig te houden. Rugchirurgie is iets waarin ik me misschien wel deskundige mag noemen. Specialismedeskundigen hebben we hier niet echt. We werken ook niet met dedicated teams. De werkzaamheden op de OK worden verdeeld over het team. De rolverdeling spreken we per dag met elkaar af. We rouleren de assisterende, instrumenterende en omloopwerkzaamheden. Een en ander is natuurlijk afhankelijk van het programma en ieders ervaring, maar we gunnen elkaar evenveel als dat we met elkaar vechten. En natuurlijk gaan leerlingen voor. Leerlingbegeleiding doen we allemaal. Uiteraard begeleid ik alleen leerlingen binnen de specialismen waarin ik zelf veel werkzaam ben. Gynaeco-



Een groep Curaçaose operatieassistenten met hun begeleiders op studiereis in Nederland.

logische of urologische vaardigheden leren ze van een collega. Ik heb nog voldoende uitdaging, want naast het werken op de OK en het begeleiden van leerlingen, geef ik ook les op de opleiding over zaken die te maken hebben met orthopedie, kaak en trauma.'

Besteden jullie ook veel tijd aan bij- en nascholing?

'Jazeker. Ons hoofd, Miriam Mercera-Wawoe, stimuleert ons gelukkig om te blijven leren. Eén uur per twee maanden is er tijdens werktijd ruimte voor werkbesprekingen of een klinische les. Tijdens zo'n klinische les, maar ook in e-learningmodules, worden nieuwe technieken onder onze

aandacht gebracht. Soms verzorgt een firma een les over nieuw materiaal. Bijscholing buiten werktijd krijgen we terug als overuren. Het is voor ons helaas niet mogelijk om naar alle mooie symposia en lessen bij firma's te gaan die in Nederland worden georganiseerd. De wens is er wel natuurlijk, maar het is best ver weg. Vorig jaar hebben leerlingen uit ons ziekenhuis overigens wel een studiereis naar Nederland gemaakt. Ze hebben rondgekeken op operatiekamers en les gekregen bij firma's.'

Is er binnen je ziekenhuis genoeg ruimte voor nieuwe ideeën?

'Zeker. Mijn leidinggevenden staan open voor verbetering en we kunnen discussiëren met specialisten. Als ik een verbeterpunt zie, dan kan ik dit bespreekbaar maken. Met voldoende onderbouwing wordt er ook wat mee gedaan. Zo heb ik bijvoorbeeld de specialisten ervan kunnen overtuigen dat de bloedleegte bij operaties aan het onderbeen verlaagd wordt naar 300 mmHg, nadat ik hierover een klinische les had gehad. Er is over het algemeen een goede samenwerking.'

Kun je nog iets vertellen over je werktijden?

'Die zijn misschien wel wat anders dan in de Nederlandse ziekenhuizen. Een normale werkdag is van 7.00 tot 15.30 uur. Dan hebben we nog mensen die werken in een tussendienst, van 7.00 tot 11.00 uur, en dan van 11.00 tot 19.30 uur en van 15.00 tot 19.00 uur. Bereikbare dienst loopt van 19.00 tot 7.00 de volgende dag. We moeten dan binnen twintig minuten aanwezig kunnen zijn.'

Wat staat de komende maand op het programma?

'We beginnen met trainen voor de overstap naar het nieuwe ziekenhuis. Een ander soort operatie waarbij heel veel komt kijken. Nog voldoende werk aan de winkel!'

Ambassadeursdag 2019

Thema: vernieuwend



Foto: Shutterstock

Dinsdag 28 mei 2019

Van Straten Medical
Rijnzathe 2
3454 PV De Meern

Informatie en inschrijving:
www.lvo.nl



VAN STRATEN MEDICAL
'Providing Value To Life'

OK HMC Haaglanden strijdt tegen plasticverspilling in de koffiekamer

Jaarlijks gingen er maar liefst 63.600 plastic bekens (*) doorheen op de OK-locatie Antoniushove HMC Haaglanden. Volkomen onnodig, vonden Edgar Schiffer, Karima Harhar en Astrid van der Meer-Breeveld, en ze kwamen in actie, door te proberen de slechte gewoontes te doorbreken bij al het OK-personeel. Lastig, want veel medewerkers zitten vastgeroest in hun gewoontes.

Afwijken hiervan gaat gepaard met heel veel weerstand.

Tekst: Astrid van der Meer-Breeveld, operatieassistent, 'teamleider' en zzp'er PuritAs Cordis en ambassadeur BRON. Shop en Mercyship.org en Anti-plastic!

Voordat een drukke OK-dag begint, wordt snel een kop koffie gehaald. Zonder koffie wordt niet gewerkt. Een rij plastic bekens steekt uit het koffieapparaat. Dat is snel en gemakkelijk. Eerst wordt één bekertje gepakt en volgeschonken, maar zo'n dun laagje plastic beschermt de gevoelige handen niet tegen de gloeiendhete koffie. Dus veiligheidshalve wordt er nog een extra bekertje omheen gedaan. Met een plastic lepeltje wordt twee seconden in de hete drank geroerd. Snel worden een paar slokken genomen, en dan begint het werk. Binnen vijf minuten belanden twee plastic bekertjes én een plastic lepeltje in de vuilnisbak. Dit is de score van slechts één medewerker en het is nog geen acht uur in de ochtend! Dit gaat uiteraard iedere pauze zo door. Minimaal vier keer per dag, en bij iedere medewerker. En dan rekenen we de plastic bekertjes met water niet eens mee. Als ik vraag waarom men een plastic beker pakt in plaats van een mok of een kopje, dan is het antwoord standaard: 'Gewoonte. Lekker snel en makkelijk.' Daar ligt dus de eerste taak: bewustwording creëren en daarna alle argumenten ontkrachten.

Argument: 'Er zijn niet genoeg kopjes en lepels.' 'De plastic bekertjes zijn makkelijk te pakken.' 'De vaatwasser heeft niet gedraaid.'

Actie: meer kopjes in het zicht zetten. Metalen herbruikbare lepeltjes aanschaffen. Wegwerpbekers uit het zicht onderin de kast neerleggen, of nog veel beter: het wegwerpplastic helemaal uitbannen. Nu nog een nieuwe, zuinigere vaatwasser.

Wij hebben alle collega's OK een gratis personaliseerbare BRON-bidon geschonken. Deze is voorzien van een maatindex om goed bij te houden hoeveel je drinkt. Belangrijk in verband met de dehydratie tijdens een werkdag met beperkte pauzes die ook nog eens plaatsvindt in een ruimte



met laminaire down flow. Er is nu geen wegwerpbekertje meer nodig om water te drinken. De bidon is Bisfenol A (BPA)-vrij. Dat is een giftige stof, mogelijk carcinogeen, die in plastic zit en vooral vrijkomt bij verhitting! Niet gezond dus om daar je koffie uit te drinken. BPA is inmiddels verboden in babyflesjes en speentjes. Dat verbod zou voor alle materialen moeten gelden waar voedsel of dranken in worden verpakt. Wij kunnen in ons ziekenhuis alleen al op de OK € 150.000 per jaar (**) aan plastic bekens, bestek en borden uitsparen! Om maar te zwijgen over de milieuschade. Kijk eens op de website van de Plastic Soup Foundation, en je begrijpt waar we ons zorgen over maken: www.plasticsoupfoundation.org.

We roepen alle ziekenhuizen (OK's, maar ook de poli's) op om ons voorbeeld te volgen.

Hang vooral overal flyers op. Mensen bewustmaken van de problematiek werkt. Na slechts één maand werkte bijna iedereen mee.

(*) Het aantal van 63.600 plastic bekens is berekend aan de hand van de gedane bestellingen op de Kostenplaats OK 1 locatie: Antoniushove.

(**) Het bedrag van 150.000 euro is berekend op basis van de bestellingen van drie locaties van HMC Haaglanden. Dit gaat om plastic bekens, borden en lepels.

Mediation op de OK

Conflicten horen bij het leven en zijn leerzaam. Soms lopen geschillen echter te hoog op en zien betrokkenen geen oplossing meer. Mediation kan dan een uitweg bieden. MfN-registermediator en voormalig operatieassistent Laura Haket-Becx schetst wat je van mediation kunt verwachten.

Tekst: Laura Haket-Becx, MfN-registermediator, Samen naar een oplossing mediation.



W

e kennen allemaal de huidige stand van zaken in de zorg. Er is een groot tekort aan personeel en de toestroom van nieuwe mensen is gering. Door de hoge eisen, overvolle diensten en productie die gedraaid moet worden, is de werkdruk enorm. Deze situatie creëert een voedingsbodem voor onrust, frictie en conflicten. Zorgpersoneel heeft het gevoel steeds meer op de tenen te moeten lopen, er is niet genoeg ruimte voor waardering of erkenning en de sfeer wordt negatiever. Als voormalig operatieassistent en MfN-registermediator weet ik er alles van.

In en om OK's kunnen uiteenlopende problemen ontstaan. Denk aan een samenwerking die frustrereert, fusieproblematiek, uitval door ziekte (al dan niet gevolgd door uitdiensttreding), re-integratieproblemen en #MeToo-situaties. Geschillen kunnen ontstaan tussen de OK en andere afdelingen binnen een ziekenhuis, binnen maatschappen, tussen groepen mensen binnen één afdeling, tussen individuele personen (al dan niet op hetzelfde hiërarchische niveau) of tussen 'de OK' en mensen van buitenaf (bijvoorbeeld een firma). De gevolgen van een conflict zijn niet te onderschatten. Mensen lijden er psychisch onder en hun functioneren komt in het gedrang. Dit werkt door in de privésituatie. Daarnaast kunnen bij een conflict steeds meer mensen betrokken raken. Aanpakken en bespreekbaar maken is dus van groot belang.

Breed draagvlak

Een mediator wordt ingeschakeld door mensen die zich in een conflict bevinden of door derden. Zo kan een leidinggevende verwijzen, waarna twee werknemers met elkaar om tafel gaan. Idealiter gebeurt dit voordat een conflict escaleert. Dan is een dialoog immers nog mogelijk. Bij escalatie is mediation ook een optie, maar de bemiddeling is dan wel gecompliceerder.

Een mediationgesprek is vertrouwelijk: wat gezegd wordt blijft tussen degenen aan tafel en de MfN-

registermediator. Daarnaast is het vrijwillig. Wie echt niet aan mediation wil deelnemen, kan niet gedwongen worden. Voor een mediationtraject is immers ook commitment vereist: de deelnemers moeten bereid zijn om de dialoog aan te gaan en om te zoeken naar oplossingen in wederzijds belang.

Bij een gesprek zijn minimaal twee deelnemers aanwezig, maar het kunnen er ook meer zijn. Soms worden zij vergezeld door een eigen adviseur of advocaat. De deelnemers zijn de baas over hun eigen verhaal, inhoud en oplossing. Deze worden niet opgelegd door een ander. Onder begeleiding van een MfN-registermediator gaan zij op zoek naar een oplossing toegespitst op hun situatie, belangen en wensen. Een dergelijke oplossing zorgt voor een win-winsituatie. Hierdoor ontstaat een breed draagvlak, én een grotere kans op blijvend resultaat dan na bijvoorbeeld een gerechtelijke uitspraak. Via brainstormen en onderhandelen dragen de deelnemers de oplossing zelf aan. Deze werken ze ook zelf verder uit. De MfN-registermediator begeleidt het proces vanaf het moment van contactopname tot de overeenkomst. In sommige gevallen wordt de mediation eerder ontbonden. Dan zorgt de MfN-registermediator voor een beëindigingsdocument.

Tijdens het mediationproces zorgt de mediator ervoor dat ieders verhaal gehoord wordt, de kern van het probleem gevonden wordt, de dialoog op gang komt, de gesprekken gelijkwaardig zijn, de setting prettig is en de vertrouwelijkheid en vrijwilligheid niet in het geding komen. Daarnaast heeft de mediator een coachende rol en zorgt hij of zij voor verslaglegging.

Erkenning en begrip

Bij de start van de mediation vertelt ieder zijn verhaal. In het begin is er vaak boosheid, verdriet, verzet, frustratie en onbegrip. Het gesprek wordt voornamelijk indirect gevoerd, via de mediator. Deelnemers zijn nog niet in staat om naar elkaar te luisteren, laat staan begrip voor

elkaar op te brengen. Misschien herken je dit wel: als je vol in je emoties zit, is rationeel denken of een rationeel gesprek voeren eigenlijk niet mogelijk. Pas als er erkenning en begrip zijn, krijgen emoties de kans te bedaren en kun je naar een oplossing toewerken.

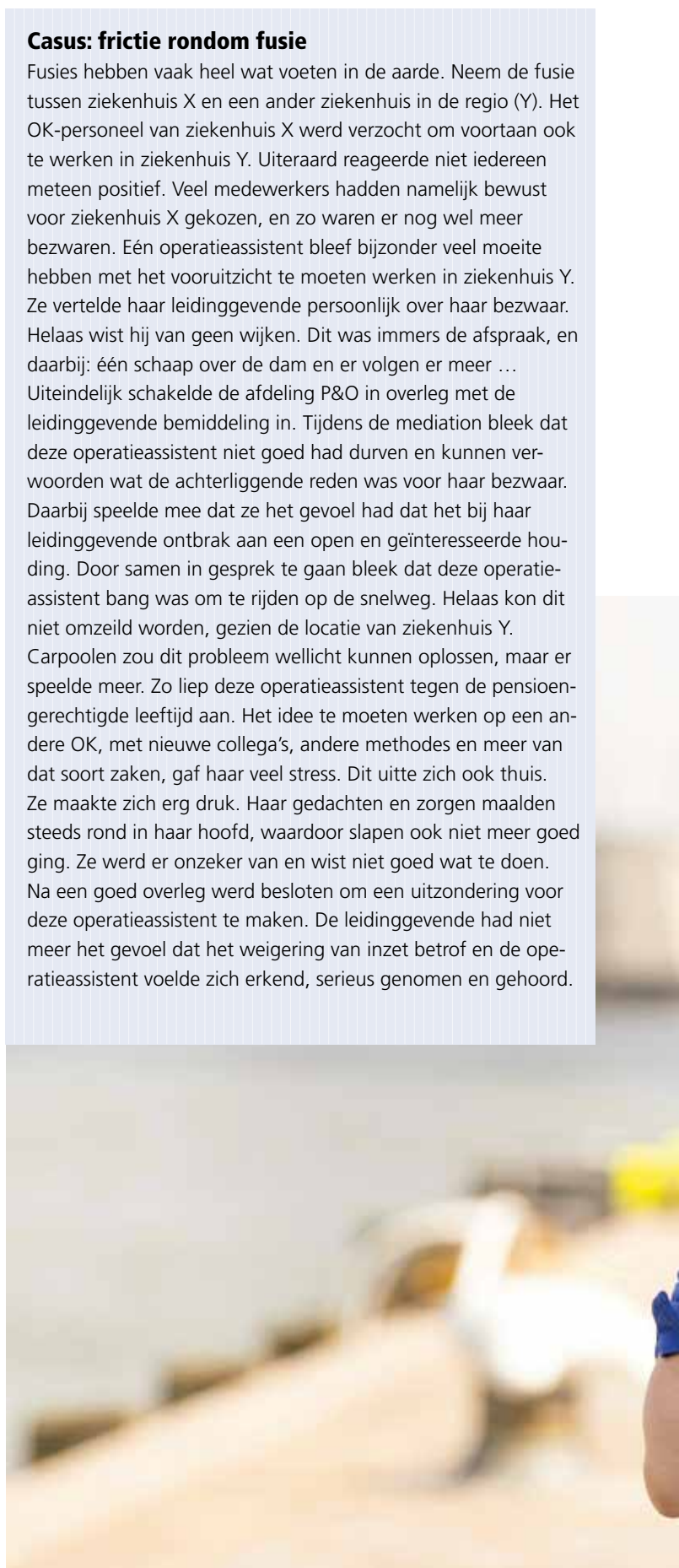
De mediator vervult daarom de rol van luisterende, begripvolle gesprekspartner. Hij of zij vat samen, vraagt door, spiegelt et cetera. Hierdoor ontstaat meer duidelijkheid en inzicht. Dit zorgt voor een kanteling, waarna de deelnemers rechtstreeks met elkaar in gesprek gaan. De oorzaak van de conflicten kan blijken te liggen in miscommunicatie: zaken zijn voor de ander ingevuld of iets is verkeerd geïnterpreteerd, waarna de reactie van de een heeft geleid tot de reactie van de ander en zo verder. Ook kan blijken dat zich een stapeling van al dan niet grote problemen heeft voorgedaan, waardoor iets kleins heel groot is geworden. Soms klikt het gewoon niet en zitten de gespreksdeelnemers op een totaal andere golflengte.

Punt erachter

Met modellen en methoden kan de mediator ieders gedrag inzichtelijk maken. Dit werkt ook preventief. Als je begrijpt waarom je iets doet en wat het gevolg daarvan is, kun je de volgende keer bewuster met gevoelens en gedachten omgaan en deze bespreekbaar maken. Het einde van het mediationstraject wordt gemarkeerd door een overeenkomst. Punt erachter en op naar de toekomst. De deelnemers zijn nader tot elkaar gekomen en voelen zich opgelucht. De sfeer is positiever en het vertrouwen in zichzelf en in de ander is gegroeid. Hoeveel sessies er nodig zijn, is vooraf niet vast te stellen. Dat is afhankelijk van de complexiteit, het aantal deelnemers en hun inzet. Het kan snel gaan, maar ook wat langer duren. Mediation is dan ook maatwerk.

Casus: frictie rondom fusie

Fusies hebben vaak heel wat voeten in de aarde. Neem de fusie tussen ziekenhuis X en een ander ziekenhuis in de regio (Y). Het OK-personeel van ziekenhuis X werd verzocht om voortaan ook te werken in ziekenhuis Y. Uiteraard reageerde niet iedereen meteen positief. Veel medewerkers hadden namelijk bewust voor ziekenhuis X gekozen, en zo waren er nog wel meer bezwaren. Eén operatieassistent bleef bijzonder veel moeite hebben met het vooruitzicht te moeten werken in ziekenhuis Y. Ze vertelde haar leidinggevende persoonlijk over haar bezwaar. Helaas wist hij van geen wijken. Dit was immers de afspraak, en daarbij: één schaap over de dam en er volgen er meer ... Uiteindelijk schakelde de afdeling P&O in overleg met de leidinggevende bemiddeling in. Tijdens de mediation bleek dat deze operatieassistent niet goed had durven en kunnen verwoorden wat de achterliggende reden was voor haar bezwaar. Daarbij speelde mee dat ze het gevoel had dat het bij haar leidinggevende ontbrak aan een open en geïnteresseerde houding. Door samen in gesprek te gaan bleek dat deze operatieassistent bang was om te rijden op de snelweg. Helaas kon dit niet omzeild worden, gezien de locatie van ziekenhuis Y. Carpoolen zou dit probleem wellicht kunnen oplossen, maar er speelde meer. Zo liep deze operatieassistent tegen de pensioengerechtigde leeftijd aan. Het idee te moeten werken op een andere OK, met nieuwe collega's, andere methodes en meer van dat soort zaken, gaf haar veel stress. Dit uitte zich ook thuis. Ze maakte zich erg druk. Haar gedachten en zorgen maalden steeds rond in haar hoofd, waardoor slapen ook niet meer goed ging. Ze werd er onzeker van en wist niet goed wat te doen. Na een goed overleg werd besloten om een uitzondering voor deze operatieassistent te maken. De leidinggevende had niet meer het gevoel dat het weigering van inzet betrof en de operatieassistent voelde zich erkend, serieus genomen en gehoord.



MfN-registermediator

Iedereen kan zich 'mediator' noemen. Het is namelijk geen beschermde titel. Dit in tegenstelling tot de titel 'MfN-registermediator'. De afkorting 'MfN' staat voor Mediatorsfederatie Nederland. Deze bewaakt de kwaliteit van de aangesloten mediators, die vermeld staan in het MfN-register. De Raad voor de rechtspraak en de Raad voor Rechtsbijstand erkennen dit MfN-register. Binnen de rechtspraak mogen ook enkel registermediators werkzaam zijn.

In het kwaliteitsregister worden mensen opgenomen na een erkende opleiding tot mediator, en daarnaast extra toetsen plus een speciaal assessment. Indien dit allemaal voldoende is, worden ze toegelaten tot het register. Hieraan zijn wel voorwaarden gekoppeld. Denk aan verplichte jaarlijkse bijscholingen, intervisies, begeleiding van een minimaal aantal mediations per jaar, werken volgens vaststaande gedragsregels en overeenkomsten, en een driejaarlijkse peerreview. De MfN-registermediator is daarnaast onderworpen aan onafhankelijk tuchtrecht voor mediators. Kortom: een MfN-registermediator verstaat zijn vak.



Irritaties loslaten

Het is niet altijd mogelijk om samen tot een oplossing te komen. Dit hoeft niet negatief te zijn. Zo kreeg ik vorig jaar een mediati-onopdracht van een leidinggevende. Twee werknemers hadden samenwerkingsproblemen. Na drie sessies werd besloten de mediation te beëindigen. Er was geen wederzijds begrip, ze konden elkaar niet vinden en het had geen zin om verder te gaan. Na een paar weken bleek de mediation echter tóch een positieve uitwerking te hebben gehad. Beide werknemers hadden de situatie en hun 'relatie' geaccepteerd. Hierdoor was het makkelijker geworden om irritaties los te laten en had het werk er minder onder te lijden. Daarnaast werd er ook minder over elkaar gesproken met andere collega's. De leidinggevende merkte zichtbaar blijvend verschil. Ook een jaar later nog. Speelt er een conflict bij jullie op de OK? Het is tijd om daar wat mee te doen!

Meer weten?

www.samennaareenoplossing.nl

www.mediationnederland.nl

Laura Haket-Beck werkte twaalf jaar als operatieassistent, maar koos voor een andere carrière. Ze volgde een studie tot MfN-registermediator en heeft nu haar eigen praktijk.

Leven na een transplantatie

Auteur: **LUMC Transplantatiecentrum**

Prijs: **Gratis**

Het transplantatiecentrum van het LUMC heeft het e-book 'Leven na een transplantatie' ontwikkeld. Het boek biedt praktische adviezen over uiteenlopende onderwerpen (bijvoorbeeld voeding, medicatie, sport, seksualiteit en welzijn). Daarnaast is een groot aantal ervaringsverhalen van patiënten opgenomen in het boek. Zij vertellen over hun eigen transplantatie en hoe ze hun leven na de operatie weer hebben opgepakt. Het e-book is hier te downloaden: www.lumc.nl/sub/1009/att/EbookLevennaeentransplantatie.



Kindertraumachirurgie

Auteur: **W.L.M. Kramer**

Uitgeverij: **Bohn Stafleu van Loghum**

ISBN: **9789036818698**

Prijs: **€ 140,-**

In zestig hoofdstukken wordt door meer dan honderd specialisten een gedetailleerd en actueel overzicht gegeven van de preventie, diagnostiek en behandeling van ongevalsletsels bij kinderen. Dit boek is bestemd voor iedereen die met kindergevallen te maken heeft: chirurgen, orthopedisch chirurgen, traumatologen, kinderartsen, intensivisten, (kinder)neurologen, revalidatieartsen, (kinder)fysiotherapeuten, SEH-artsen, huisartsen, verpleegkundigen en andere (kinder)specialisten.

Medische mensentaal

Auteurs: **Frans Meijman, Annelies Bakker**

Uitgeverij: **De Tijdstroom**

ISBN: **9789058983220**

Prijs: **€ 42,50**

Taal over gezondheid en ziekte. Er is taal van 'medische mensen' en van 'gewone mensen' over medische zaken. Medische mensentaal wil daartussen een brug slaan, want met taal bereiken wij elkaar, in de beslotenheid van de zorg en in de openbaarheid. Het boek is een combinatie van een leerboek en een boek dat aanzet tot nadenken, vooral gericht op beroepsmatige gebruikers van taal over gezondheid, ziekte en zorg in publieke, groepsgerichte en interpersoonlijke communicatie.

In het eerste deel van het boek ligt de nadruk op de theorie, in het tweede op de praktijk. Sommige onderwerpen komen op meerdere plekken aan de orde, met andere accenten en in een andere context. De hoofdstukken staan daardoor redelijk op zichzelf. Dat maakt selectief lezen mogelijk.



Aap op schoenen met een buikje

Auteur: **René Brant**

Uitgever: **Scriptum**

ISBN: **9789463191548**

Prijs: **€ 20,99**

Ooit waren we oermensen, uitstekend aangepast aan het leven in de jungle. Nu leven we in een jungle van beton. Deze overgang verliep zo snel dat onze oeroude genen het niet konden bijbenen en niet meer passen bij onze moderne leefomgeving en hectische levensritme. Dat levert diverse mismatches op: ongezonde voeding, een verstoorde darmflora, bewegingsarmoede, een verwarde biologische klok, chronische stress en een vervuild leefmilieu. Voor onze onaangepastheid betalen we een prijs, want deze mismatches resulteren in de bekende welvaartsziekten die inmiddels epidemische vormen beginnen aan te nemen: obesitas, diabetes type 2, hart- en vaatziekten, chronische vermoeidheidsstoornissen en een aantal vormen van kanker en astma. René Brant onderzoekt in deze levendige journalistieke speurtocht welke aanpassingen we aan de omgeving kunnen doen om er meer mee in de pas te lopen, zodat onze gezondheid verbetert. Want wie wil er nu niet gezond(er) oud worden?

Tekst: Menno Goosen

Het hartAuteur: **Sandeep Jauhar**Uitgeverij: **Thomas Rap**ISBN: **9789400400740**Prijs: **€ 24,99**

Als cardioloog Sandeep Jauhar zich op een dag bij het beklimmen van de trap benauwd voelt, laat hij voor de zekerheid zijn hart onderzoeken. Hij is gewaarschuwd: vijftien jaar voor zijn geboorte overleed zijn grootvader aan een hartaanval en zo groeide Jauhar op met angst voor hartfalen. Als zijn arts hem vertelt dat ook hij gevaar loopt, besluit hij niet alleen alles te doen voor zijn herstel, ook duikt hij in de geschiedenis van de heelmeesters die hem voorgingen. In *Het hart* verweeft Sandeep Jauhar deze verhalen met zijn persoonlijke geschiedenis en de ervaringen van zijn eigen patiënten. Het fascinerende verhaal van een zoektocht naar het kloppende deel van ons lichaam.

**Je suis dementie**Auteur: **Bère Miesen**Uitgeverij: **Van Tricht**ISBN: **9789492333360**Prijs: **€ 19,50**

Psychogerontoloog Bère Miesen is al decennia lang in de weer om de problematiek van dementie over het voetlicht te brengen, onder andere als oprichter van het Alzheimer Café. Hij wil met de titel 'Je suis dementie' getuigen van zijn solidariteit en compassie met de slachtoffers van dementie, en hij wil een advocaat zijn die niet opgeeft om hun lot bekend te maken en daarom wegen zoekt en opent om hun lijden te verlichten. In een dertigtal minicolleges – over de impact van dementie op de persoon zelf en op diens familie en verzorgenden, over euthanasie en over media – bundelt Miesen op een praktische, handzame manier de kennis die hij gedurende zijn vijftigjarige carrière in de psychogeriatric opdeed om zo de beeldvorming over dementie te complementeren. De minicolleges worden afgewisseld met gedichten. Voor mensen met dementie en hun familieleden wil het boek een steun in de rug zijn bij het omgaan met het ziekteproces.

Die ene patiëntAuteur: **Ellen de Visser**Uitgever: **Ambo|Anthos**ISBN: **9789026344848**Prijs: **€ 16,99**

Wetenschapsjournalist Ellen de Visser interviewde voor De Volkskrant zorgverleners over de patiënt die hun leven voor altijd veranderde. Van neuropsycholoog tot huisarts, de verhalen die in deze bundel zijn samengebracht, bieden een aangrijpende en leerzame inkijk in de ziel van onze zorgverleners. Ze laten zien hoe leed, pijn, verdriet en vreugde bij elke verpleegkundige of arts hun sporen nalaten. Een van de vele lezers zei erover: 'Zat ik potverdorie zaterdagochtend al te janken bij het ontbijt.' Inclusief reacties op de artsenverhalen van patiënten, familie en nabestaanden.

**Gaot zitten en vertel**Auteur: **Derk Jan ten Hoopen**Uitgeverij: **Mr. H.J. Steenbergen-stichting**ISBN: **9789491913235**Prijs: **€ 15,99**

In 'Gaot zitten en vertel' schetst Derk Jan ten Hoopen (1943) een beeld van zijn werk als huisarts. Aan de hand van korte verhalen vertelt hij over zijn beginperiode als arts, over blije en vrolijke belevenissen, maar vooral ook over de mensen die hij in zijn praktijk ontmoette en die hij daardoor als mens van dichtbij leerde kennen. Hun geschiedenis en hun omgang met tegenslagen in het leven maakten vaak grote indruk op hem en dwongen respect af. Aan deze mensen is in een aantal, overigens gefingeerde, verhalen een eerbetoon gebracht. Omdat de moedertaal zich het best leent om gevoelens uit te drukken, heeft de schrijver zijn verhalen in het Nedersaksisch van zijn geboortedorp Neede, waarmee hij ook in Drenthe prima uit de voeten kon, geschreven.

'Boeken!' besteedt aandacht aan uitgaven op het gebied van chirurgie en daarmee samenhangende vakgebieden en de gezondheidszorg in het algemeen. Veel boeken zijn ook verkrijgbaar in een goedkopere e-bookversie. Kijk daarvoor bijvoorbeeld op Bol.com. Persberichten over nieuw verschenen boeken kunt u sturen naar redactie@ivo.nl.

Circulair instrumentbeheer



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



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, voorheen 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





COLUMN

Shock

Hij strandde op een helling in Noord-Italië. Ik ging naast hem zitten en veegde de sneeuw van zijn gezicht. Hij huilde en had pijn. Ik had achter hem geschied en had de crash zich voor mijn ogen zien ontvouwen. De zwarte piste was steil en zijn skills waren nog ontoereikend om de grillige snowboarder te ontwijken. Hij rolde tientallen meters naar beneden. 'Mijn schouder doet pijn papa, is hij gebroken? Moet ik nu geopereerd worden?'

De piste-carabinieri waren snel ter plaatse en vroegen mij of ze een ambulance moesten bellen. Ik twijfelde. Mijn kleine man zag lijkbleek. De politieman keek hem aan en vroeg: 'What's your name?' Mijn zoon keek hem aan en zei: 'Sir, I'm in shock.' De Italiaan keek mij aan en opnieuw vroeg hij mij of hij een ambulance moest bellen. Ik moest terugdenken aan de man die na een val van zijn schuurtje toch maar even op de SEH langskwam omdat hij het niet helemaal vertrouwde. Een uur later lag hij in diepe shock op de OK met een gescheurde milt. Maar mijn zoon had geen shock. Hij had pijn, had misschien zijn sleutelbeen gebroken, maar hij was toch zeker niet in een verbloedingsshock? Of toch wel? Stel je voor dat zijn milt of zijn lever bij de val gescheurd was en dat hij daar bloed uit verloor, maar dat hij daar nu nog geen klachten van had. Ik voelde zijn pols, die krachtig was maar toch wel wat snel. Dat paste bij zijn leeftijd en zijn pijn, maar wie kon zeggen wat er zich in zijn buik afspeelde? Ze brachten hem naar de spoedpost beneden in het dal en gaven hem thee en chocola. Hij kreeg weer wat kleur en beantwoordde de vragen welke dag het was vandaag en wat hij gegeten had bij het ontbijt. Met zijn hoofd was niets mis. Ik vroeg hem of hij pijn in zijn buik had. 'Nee pap, er zit alleen een schram door de gesp van m'n broek.' De verpleger op de spoedpost stelde voor om even een uur af te wachten. Als de situatie dan niet verbeterd was, zou hij een ambulance regelen om naar het lokale ziekenhuis te gaan. Ik stemde toe en moest hiervoor een formulier tekenen. Dagelijks maken we in ziekenhuizen grote en kleine inschattingen die kleine of grote gevolgen kunnen hebben. Op een onbewaakt ogenblik kan het noodlot toeslaan waarbij de stabiele patiënt tijdens de observatie toch in shock raakt. Had er eerder en sneller gereageerd moeten worden? 's Avonds kijk ik naar mijn kleine man die pijn heeft en zijn mitella rechttrekt. Als beroepsgedeformeerde vader was ik in vertwijfeling geraakt over zijn shockopmerking. De weloverwogen keus om het even aan te zien had goed uitgepakt! Vaak komen we goed weg.

Pieter Poortman is algemeen, oncologisch en gastro-intestinaal chirurg in het Dijklander Ziekenhuis in Purmerend (de nieuwe fusienaam per januari 2019 voor het voormalige Waterlandziekenhuis in Purmerend en het Westfriesgasthuis in Hoorn).



COLUMN

Twee zussen

... Het was nog de tijd dat niet de computer maar de 'polikliniekzuster' ons dagritme bepaalde, een stapel patiëntendossiers lag die maandagochtend al klaar, de bovenste status was van 'Mevrouw De Vries', verwezen met aambeien, ook dat nog ...

... Het voelde altijd fijn om, met luide stem, zelf patiënten naar binnen te roepen, MEVROUW DE VRIES, WILT U KOMEN?, twee oudere dames, waarschijnlijk zussen, vlak bij elkaar zittend, beiden grijs haar en bril, stonden gezamenlijk op en liepen met mij mee de spreekkamer in ...

... Terwijl ik de anamnese afnam bij ongelukkige zus één, die 'veel last had bij poepen, dokter, er zit van alles in de weg, en bloed, en ook slijm', keek zus twee demonstratief de andere kant op, zij had het gelamenteer natuurlijk al talloze keren gehoord, en wilde er overduidelijk niets meer over horen ...

... Nadat zus één gevraagd was om zich achter het gordijn uit te kleden, werd ze in knie-ellebooghouding geïnspecteerd en getoucheerd, het ging gepaard met een luid gesteun en gekreun. Nadat ze zich had aangekleed en weer was gaan zitten, keken de zussen elkaar demonstratief niet aan ...

... 'Tja, mevrouw De Vries,' sprak ik zus één aan, 'ik denk dat we uw aambeien maar moeten opereren, ik heb het hier ondertussen op een briefje geschreven, wilt u zich buiten melden, dan zal de verpleegster u doorsturen naar de anesthesioloog.' Na mijn mededeling stond aambeizus op en verliet mijn spreekkamer ...

... Zus twee bleef gewoon op haar stoel zitten, toen ik haar vroeg waar ze op wachtte, zei ze: 'Ik ben ook mevrouw De Vries, maar ik kom voor m'n galstenen ...'

Opgetekend uit de mond van een der oudere MMC-chirurgen.

Marc Scheltinga is vaatchirurg in het Máxima Medisch Centrum.



Complete Shoulder Solutions

This comprehensive product offering brings control, efficiency, and strength to soft tissue repairs in the shoulder.

Rotator Cuff Repair



Quattro® Link Knotless Anchors, 4.5 & 5.5 mm

- Suture eyelet design allows for controlled tensioning
- Indicated to accept up to 8 suture limbs



Quattro X/X3 Suture Anchors, 5.5 & 6.5 mm

- Drop-in anchor tip promotes effortless insertion
- 5.5 mm available with 2 or 3 pre-loaded sutures



Quattro Suture Passers

- Reliable pass & retrieve feature (non-retrieving options available)
- Intuitive hand piece design offers smooth, consistent passing

Labral Repair



Quattro GL/GL2 Suture Anchors, 2.9 mm

- PEEK-OPTIMA® material
- Single and double loaded suture options



Quattro Link Knotless Anchor, 2.9 mm

- Individual tensioning provides exact approximation of labral bumper
- Secure suture cleat eyelet design



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.®