

Operationeel

VOOR OPERATIEASSISTENTEN

Magazine

NR 2. JUNI 2020 JAARGANG 15

Brandbrief
aan ministers van
Volksgezondheid

Werken in tijden
van covid-19

Vreemde handen
aan de operatietafel

De schadelijkheid
van chirurgische rook
voor patiënten

De status
van de BIG-aanvraag



Randy Juharianto (Dijklander Ziekenhuis) ►



Adverteren in Operationeel en De Nederlandse OK-Krant



Operationeel is het vakblad voor operatieassistenten. Het wordt gemaakt door de LVO (Landelijke Vereniging van Operatieassistenten) en vijf 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 kunt u verkrijgen via Hennie Mulder, bestuurslid LVO Media: operationeel@lvo.nl.

Informatie betreffende adverteren in De Nederlandse OK-Krant kunt u verkrijgen via Alex van Leeuwen: info@denerlandse-ok-krant.nl.



Maquet Moduevo Bridge

Geen brug te ver

Getinge komt met een nieuw horizontaal brugsysteem: Moduevo Bridge. Een ergonomische oplossing die ideaal is voor ruimtes met lage plafonds. Er zijn verschillende uitvoeringen beschikbaar en daardoor is de Bridge geschikt voor diverse High Care afdelingen.

Ga voor meer informatie naar onze website.

www.getinge.com

GETINGE 

Lidmaatschap van de LVO!

“ Het helpt als je weet dat je er niet alleen voor staat. Dankzij de LVO voel ik me in mijn werk gesteund. ”

Deze afbeelding is afkomstig van Shutterstock.

De LVO is de Landelijke Vereniging van Operatieassistenten. We vertegenwoordigen ruim 2000 leden. Dit maakt ons een belangrijke gesprekspartner bij huidige en toekomstige ontwikkelingen in de zorg. Een goede CAO hoort daarbij. Hierdoor kunnen we gezamenlijk voor jouw belangen opkomen.

Dit doen wij door het delen van actuele kennis op het gebied van ontwikkelingen in de markt, het verbinden door onze evenementen en ons vakblad ‘Operationeel’.



WORD DIT JAAR NOG LID

Voor maar **€45** tot 31 december 2020. Meld je aan bij de LVO via www.lvo.nl of scan de QR-code. Als dank ontvang je een luxe LVO-hamamdoek!

Scan de code!



LANDELIJKE VERENIGING VAN OPERATIEASSISTENTEN

COLOFON

Operationeel is het vakblad voor operatieassistenten. Het wordt gemaakt door de LVO (Landelijke Vereniging van Operatieassistenten) en vijf 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 / 06-2222 90 67
 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 27
 4130 EA Vianen
 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.

Auteursrechten

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.

Disclaimer

Veel van de gebruikte foto's in Operationeel dienen slechts ter illustratie van de artikelen. De personen op de foto zijn niet noodzakelijkerwijs gekleed volgens de geldende kledingvoorschriften voor de OK. Dit geldt met name voor de coverfoto's die een artistiek doel dienen.

International Standard Serial Number

ISSN 1872-6712

© 2020 LVO

INHOUD



6 OK-collega uitgelicht

Randy Juharianto, operatieassistent in het Dijklander Ziekenhuis (Purmerend/Hoorn) won tijdens het LVO-congres de prestigieuze Young Professional Award.



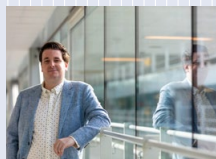
12 Brief aan ministers toegelicht

NU'91, schreef samen met andere beroepsverenigingen een brief aan de ministers Van Rijn en De Jonge. Nicole Dreessen (LVO) en Remko ter Riet (NVAM) lichten dit toe.



16 Werken tijdens covid-19

Zeven collega's vertellen over de periode waarin alles in het teken stond van covid-19.



22 Van ic-arts naar ic-patiënt

Anesthesioloog i.o. Coen Feron werd zwaar getroffen door het SARS-CoV-2-virus. Als covid-19-patiënt kwam hij op zijn 'eigen' ic terecht.



26 De schadelijkheid van chirurgische rook

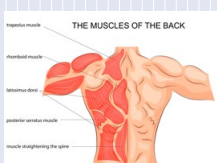
De meeste onderzoeken zijn vooral gericht op het effect op OK-personeel, maar deze rook zou ook schadelijk kunnen zijn voor patiënten.



30
De BIG-aanvraag: wat is er al gebeurd?
De stand van zaken tot nu toe.



34
Unieke operatie bij pulmonale hypertensie
De eerste shuntoperatie voor chirurg Petr Symersky en longarts Harm Jan Bogaard van het Amsterdam UMC bij een jongvolwassene.



36
Preventie van rugpijn bij operatieassistenten
Kunnen exoskeletten hierbij helpen?



42
Sla met ons de handen inéén!
Iedereen maakt onderwijs om te komen tot dezelfde eindtermen en iedereen schrijft voor dezelfde operaties protocollen. Wat kunnen we met elkaar delen?



44
Vreemde handen aan de operatietafel
Vertegenwoordigers van fabrikanten helpen mee bij operaties, blijkt uit onderzoek van Argos en Small Stream Media.

EN VERDER IN DIT NUMMER

- 3 Redactioneel**
- 8 LVO-nieuws**
- 21 Column Pieter Poortman**
- 25 Column Tanneke Goverse**
- 40 Boeken**
- 50 Column Don Roelofsen**

Disclaimer

De foto's in dit nummer die gemaakt zijn bij de reportages over covid-19 (pagina 16 en verder) zijn tot stand gekomen volgens de RIVM-richtlijn. Ook kunnen foto's voor de covid-19 uitbraak gemaakt zijn. (Zie ook de fotodisclaimer in het colofon.)



Beste operatieassistenten,

Wij willen jullie héél erg bedanken voor jullie tomeloze inzet in de ziekenhuizen.

Het is niet makkelijk ...

Er wordt heel erg veel van jullie verlangd.

Jullie worden ingezet op 'vreemde' afdelingen, zoals de SEH, en natuurlijk vooral de ic.

Afdelingen die normaal 'ver' van jullie af staan.

Jullie zien taferelen die enorm emotioneel zijn.

Jullie draaien veel meer diensten dan gebruikelijk ...

Jullie moeten beschermende kleding dragen.

Er is de angst om zelf besmet te raken ...

Er is geen tijd voor reflectie ...

De LVO vergeet de operatieassistenten niet, en wij willen jullie een groot compliment geven!!!

Het is mooi om te zien dat iedereen heel flexibel is in deze bizarre tijd.

Samen zullen we het virus verslaan!

In dit extra dikke nummer lezen jullie veel ervaringen van operatieassistenten over werken in deze zeer roerige periode. Momenteel wordt gesproken over de uitbreiding van de ic-capaciteit en het opstarten van de reguliere zorg. In een brief naar de ministers De Jonge en Van Rijn, heeft NU'91 samen met de beroepsverenigingen NVAM, BRV en de LVO verzocht om bij de uitwerking hiervan vooral de specifieke beroepsorganisaties te betrekken. In dit nummer vinden jullie hier meer informatie over.

Wij wensen jullie veel leesplezier en danken jullie nogmaals voor de ongelofelijke inzet. Ook namens het bestuur van de LVO. Jullie zijn helden!!!



Menno Goosen,
hoofdredacteur Operatieel
redactie@lvo.nl



Hennie Mulder,
redactiecoördinator LVO
operatieel@lvo.nl

Randy werd operatieassistent vanwege de samenwerking 'Eerst lekker werken, daarna doorleren'

Eerst wil hij lekker werken en veel ervaring opdoen, daarna gaat hij zijn verdere ambities verwezenlijken. Randy Juharianto (28), operatieassistent in het Dijklander Ziekenhuis (Purmerend/Hoorn) won tijdens het LVO-congres de prestigieuze Young Professional Award. Hij houdt van samenwerken. En als je geluk hebt maakt hij een rijsttafel.

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



Je won de Young Professional Award voor jouw eindschrijftie. Je bent dus net afgestudeerd. Hoe ziet jouw loopbaan er tot nu toe uit?

'Ik ben in drie jaar tijd operatieassistent geworden met werken en leren. Ik werkte in het Waterlandziekenhuis, dat nu het Dijklander Ziekenhuis is, en volgde de

theorielessen aan de Amstel Academie via het VUmc. Tot eind augustus 2019, want toen studeerde ik af.'

Waarom heb je voor dit vak gekozen?

'Ik had altijd al iets met zorg. Op de operatiekamer ben ik op mijn plaats, omdat ik hier in een team werk en dus samenwerk. Daar heb ik behoefte aan. Eerst heb ik nog mijn propedeuse fysiotherapie gedaan in Rotterdam. Fysiotherapie was niet helemaal mijn ding, want als fysiotherapeut werk je meer één-op-één. Tijdens mijn opleiding fysiotherapie heb ik de kans gehad om eens een kijkje te nemen in de snijzaal van het Erasmus MC. Ik was onder de indruk; een kijkje nemen in het menselijk lichaam. Ik ging onderzoeken of er een opleiding bestond waardoor je dit vaker kon meemaken. En zo kwam ik bij het vak operatieassistent terecht.'

Het toenmalige Waterlandziekenhuis was niet heel groot. Waarom heb je voor dit ziekenhuis gekozen?

'Ik wilde graag in een academisch ziekenhuis werken, omdat je daar over het algemeen met complexere casussen te maken krijgt, maar het werd een perifeer ziekenhuis. Uiteindelijk pakte het gunstig voor mij uit, want je mag hier meer doen. Er zijn niet veel co-assistenten die het leuke werk mogen doen. In een academisch

ziekenhuis zijn er veel lagen qua functies, en als je assisteren leuk vindt, moet je dat regelen. Hier zijn soms arts-assistenten, en die gaan dan natuurlijk voor aan tafel. Dan mag je instrumenteren of ben je de omloop. Verder zijn de contactlijnen korter dan in een groot ziekenhuis en het is heel gezellig. Ik heb er geen spijt van gehad.'

Wat vind je het leukste in je werk?

'Ik ben nu allround operatieassistent en dat vind ik heel leuk. Toch heb ik de meeste affiniteit met de vaatchirurgie en orthopedie. Ik vind het leuk om met mijn handen te werken. Tijdens een operatie maakte een vaatchirurg eens de opmerking dat ik het goed had gedaan en best specialismeoudste zou kunnen worden. Dat vond ik prettig te horen. Ik ben nu vooral bezig met veel ervaring op te doen; vlieguren te maken.'

Je won de Young Professional Award, een scriptieprijs voor net afgestudeerde operatieassistenten. Wat bracht deze prijs jou?

'Ik had een groot bereik voor mijn onderzoek omdat ik het tijdens het congres kon vertellen aan de hele zaal collega's, maar al eerder kon ik het bekendmaken aan de vakgroepen in het ziekenhuis.'

Hoe ben je op idee gekomen om de schadelijkheid van chirurgische rook voor de patiënt te onderzoeken?

'Tijdens de opleiding volgde ik een workshop over diathermie. Daar leerde ik

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.

dat diathermische rook schadelijk is voor het operatiepersoneel en dat erdoor heel wat schadelijke partikels vrijkomen. Later in de praktijk stond ik bij een laparoscopische hysterectomie en toen zag ik dat er veel rook in de buik werd gevormd. Ik vroeg me af of het ook schadelijk voor de patiënt kon zijn. Een collega waarbij ik erover begon, wist er ook niet het fijne van. Toen dacht ik: ik ga het zelf wel uitzoeken voor mijn eindschrijft. Er bleek niet zo veel literatuur over te zijn. Dat wat er was ging voornamelijk over open chirurgie en ging in op wat het voor de teamleden betekent. Ik vind het ook belangrijk om het over de gevolgen voor de patiënt te hebben, opdat je hem er goed over kunt vertellen.'

Wat kwam eruit?

'Ik heb ontdekt dat laparoscopische rook uit andere bestanddelen bestaat dan die bij open chirurgie. Je ademt dus andere stoffen in. Daarnaast ben ik ook te weten gekomen dat partikels geabsorbeerd worden door de patiënt. Meestal zijn het kankerverwekkende en toxische chemische stoffen. Dat vind ik zorgwekkend.'

Is er verder iets mee gedaan?

'Ja, voor het onderzoek heb ik een nota van aanbeveling voor de directie geschreven. Die heeft naar aanleiding daarvan besloten om rookfilters aan te schaffen voor beide locaties, dus zowel Purmerend als Hoorn. Ik ben er heel blij mee dat ze er serieuze aandacht aan hebben geschonken.'

Wat maakt je vak zo interessant?

'Ten eerste vind ik het samenwerken heel leuk. Ik krijg er energie van en raak er extra door gemotiveerd: het met een team proberen de patiënt beter te maken of zijn kwaliteit van leven te verbeteren. Ten tweede spreekt mij de

diepgang van de kennis aan. Ik vond het ook interessant om mijn onderzoek te presenteren voor wel zestig collega's van beide locaties. Dit was een soort warming-up voor de presentatie van mijn scriptie tijdens het LVO-congres waar ik de Award won.'

Hoe is de relatie met de specialisten?

'In het begin was het even wennen. Toen hield ik me bezig met hoe kan ik deze persoon benaderen, wat kan ik wel en niet doen. Ik moest even de persoon leren kennen. Nu, een halfjaar later, gaat het veel gemakkelijker. Nu vragen we over en weer hoe je weekend was en zo. Ik kan goed met ze opschieten. Laatst heb ik zelfs een Indonesische rijsttafel voor een van de specialisten gemaakt.'

Een Indonesische rijsttafel? Hoezo?

'Ik ben in Indonesië geboren en rond mijn vijftiende naar Nederland gekomen omdat mijn oma hier woonde. Nederlands is niet mijn moedertaal. Daarom was het presenteren van mijn onderzoek extra spannend. Ik moest mij heel goed voorbereiden op hoe ik presenteerde en hoe je anderen kunt overtuigen. Toen ik net in Nederland was heb ik eerst een jaar school voor anderstaligen bezocht. Daarna ben ik doorgestroomd naar vwo 2.'

Je bent doorgestroomd naar het vwo en je werkt in de cure. Heb je ooit overwogen om geneeskunde te gaan studeren?

'Ja, maar mijn leeftijd speelde een rol bij de keuze voor een studie. Ik was al wat ouder dan mijn klasgenoten. Ik koos uiteindelijk voor een opleiding waarvoor ik ook betaald zou worden. Best of both worlds zou ik maar zeggen.'

Ben je over tien jaar nog operatieassistent?

'Dat weet ik niet. Voor nu wil ik graag meer ervaring en kennis opdoen. Ik denk dat ik over een aantal jaar door wil groeien tot physician assistant (PA) via een masteropleiding. Als PA ben je autonoom en mag je meer zelfstandig doen. Ik zou dan ook contact met patiënten hebben, en dat wil ik graag.'

Krijg je nu zo kort na je afstuderen al nascholing?

'Jazeker, ik vind het leuk. En er is veel aanbod van nascholing. Ik kan op iets intekenen en vragen aan de leidinggevende of ik het mag volgen. Als je goede argumenten hebt, is er altijd wel budget voor.'

Wat merk je van het tekort aan operatieassistenten?

'Leerlingen hebben grote kans om te mogen blijven in het ziekenhuis waar ze opgeleid zijn. Ziekenhuizen willen zelf opgeleide mensen graag behouden. Ik ben in mijn opleidingsziekenhuis gebleven samen met een collega uit mijn jaar. Verder merk ik er niet veel van.'

Wat merk je van de covid-19-pandemie in je werk?

'Aanvankelijk werd het aantal operaties niet echt gereduceerd, maar op een gegeven moment werden er wel ingrepen uitgesteld. En we draaien iets vaker diensten. Soms twee keer per week en minimaal één keer per week. Alles verloopt door die pandemie anders. Ik moest even wennen aan andere structuren. Het is een nieuwe situatie die we nog niet eerder hebben meegemaakt.'

LVO-informatie

Ger Creemers (ad interim)	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.

Brief aan ministers over uitbreiding ic-capaciteit en opstart reguliere zorg

Momenteel wordt gesproken over de uitbreiding van de ic-capaciteit en het opstarten van de reguliere zorg. In een brief¹ naar de ministers De Jonge en Van Rijn heeft NU'91, samen met de beroepsverenigingen NVAM, BRV en de LVO2, verzocht om bij de uitwerking hiervan vooral de specifieke beroepsorganisaties te betrekken. Denk hierbij aan de anesthesiemedewerkers, recoveryverpleegkundigen en operatieassistenten. 'In de afgelopen periode is gebleken dat, door de enorme flexibiliteit, inzet en betrokkenheid van ic-verpleegkundigen en verschillende andere professionals als anesthesiemedewerkers, recoveryverpleegkundigen, operatieassistenten en verpleegkundigen van reguliere afdelingen, het gelukt is om de ic-capaciteit tijdelijk te vergroten en zorg te verlenen aan de toestroom van covid-19 patiënten. Dit was mede mogelijk omdat er geen reguliere en geplande zorg plaatsvond. Nu staat de zorg voor de uitdaging om naast de uitbreiding van de ic-capaciteit ook de reguliere zorg op te gaan starten. Wij zijn van mening dat de ervaringen die de verschillende

beroepsgroepen hebben opgedaan in de praktijk de basis moeten vormen voor de wijze waarop de structurele en incidentele uitbreiding van het aantal ic-bedden – in relatie tot de gevolgen voor bijvoorbeeld de druk op operatiekamers en het opstarten van de reguliere zorg – kan worden gerealiseerd.

Na consultering van vertegenwoordigers van verschillende beroepsgroepen, te weten ic-verpleegkundigen, SEH-verpleegkundigen en de bij ons aangesloten relevante beroepsorganisaties: de Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers (NVAM), de Landelijke Vereniging van Operatieassistenten (LVO) en de Beroepsvereniging Recovery Verpleegkundigen (BRV), blijkt dat genoemde partijen zich op dit moment niet gehoord voelen in de lokale en landelijke discussie inzake de uitbreiding van de ic-capaciteit in combinatie met het opstarten van de reguliere zorg. Ook hebben wij met alle partijen die betrokken zijn geweest bij het operatieve proces al nagedacht over mogelijke oplossingen.'

Bestuur LVO

¹ De betreffende brief lees je op de website van de LVO of download hem rechtstreeks via <https://tinyurl.com/ybpbkeb87>

² Een interview met Nicole Dreesen, voorzitter LVO, en Remko ter Riet, voorzitter NVAM, lees je elders in dit nummer.

Nabestellen themanummer borstkanker



De LVO krijgt veel vragen over de mogelijkheid tot het nabestellen van ons themanummer over mammacarcinoom. Dit nummer is nog beperkt voorradig. De prijs is €9,95 inclusief verzendkosten. Indien je dit nummer wilt nabestellen, mail dan aan Hennie Mulder, redactiecoördinator LVO: operationeel@lvo.nl met vermelding van je adresgegevens en hoeveel exemplaren je wilt bestellen.

Ook de operatieassistent is een held

Thank you, heroes!



Dat was even wennen, gezien te worden als een held. Als beroepsvereniging merken we nog steeds dat ons beroep niet zo bekend is. Ja, je ziet ons vaak op afbeeldingen, maar als je iemand vraagt wat houdt het vak in, dan wordt daar vaak een onvolledig antwoord op gegeven. Vaak zegt men: 'Is dat niet een verpleegkundige die meehelpt bij een ingreep', of 'O, heb je daar een aparte opleiding voor nodig?' En het was voor velen ook schrikken, de ingrepen werden gecancelled en een OK werd zomaar omgebouwd tot een ic. De operatieassistent werd op verschillende afdelingen ingezet in verschillende rollen. Op de ic, SEH en cohortafdelingen; overdag, 's avonds en in de nacht. Je werd ingezet buiten je comfortzone en in situaties die je normaal niet tegenkomt. Het zijn totaal andere handelingen in surrealistische taferelen. En dat helemaal ingepakt in persoonlijke beschermingsmiddelen. Ja, het is warm, vaak emotioneel en soms ook beangstigend. Normaal ben je met ingrepen bezig is, zit je met je handen in iemands buik en bedien je complexe apparatuur. Ook vraag je je af hoe zit het met je eigen bescherming, en toch doe je het gewoon, want je bent flexibel en daarnaast ook een held.

Gelukkig wordt langzaam de reguliere zorg in het ziekenhuis weer opgepakt. De situatie is echter nog verre van normaal. Nog steeds draaien wij extra diensten en werken wij enthousiast samen met verschillende zorgprofessionals. Hopelijk kunnen we kleine stapjes blijven zetten om de reguliere zorg weer op te pakken, want het liefst werken we weer in ons eigen domein. Ervoor zorgen dat de operaties goed kunnen worden uitgevoerd. Het was fijn om te kunnen helpen daar waar nodig, maar de liefde voor ons eigen vak en onze specialistische kennis is groot. We hebben afgelopen periode veel geleerd. Laten we voorkomen dat kennis verloren gaat. Laten we de kennis en kunde van de zorgprofessionals inzetten om het 'nieuwe normaal' te ontwikkelen. Hopelijk maakt het 'nieuwe normaal' ons beroep nog mooier, en zijn we nog trotser op ons

beroep, operatieassistent! 'Het beroep operatieassistent is zo veel meer dan iemand die een instrument aangeeft.'

Waar moet je rekening mee houden bij de opstart van de reguliere operaties? Hoe verdeel je de OK-capaciteit? De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde ontwikkelden een stappenplan om antwoord te geven op deze vragen.

In de afgelopen weken werd veel planbare zorg noodgedwongen deels uitgesteld. Nu wordt deze zorg deels weer opgepakt. In het stappenplan beschrijven de NVA en de NVvH dat er rekening gehouden moet worden met urgentie en een duurzame inzet van personeel. Immers, zoals eerder gezegd, personeel van de OK is de afgelopen weken ingezet op andere afdelingen om daar te ondersteunen in de zorg voor de covid-19-patiënten

Patiënten moeten uiteraard zo snel en goed mogelijk geholpen worden. Vertraging kan vervelende gevolgen hebben. Nieuwe uitdaging voor om ook deze fase goed te volbrengen. Ook nu zullen we weer met hart en ziel aan onze taak beginnen. In de bizarre situatie waarin we zijn terechtgekomen zal de LVO er weer staan voor de operatieassistent, en daarnaast nemen we in het belang van goede zorg voor de patiënt onze verantwoordelijkheid en willen we samenwerken met alle betrokken partijen. Onze zorg is dat mogelijk al zeer vermoeide operatieassistenten uitvallen of misschien nu eerder de kans lopen om betrokken te raken bij een incident. Dan zijn er alleen maar verliezers. Dus laat dat opstarten zorgvuldig zijn en in overleg met alle betrokkenen, ondanks dat we niet kunnen wachten om enthousiast ons eigen beroep weer uit te gaan voeren!

Met vriendelijke groeten,

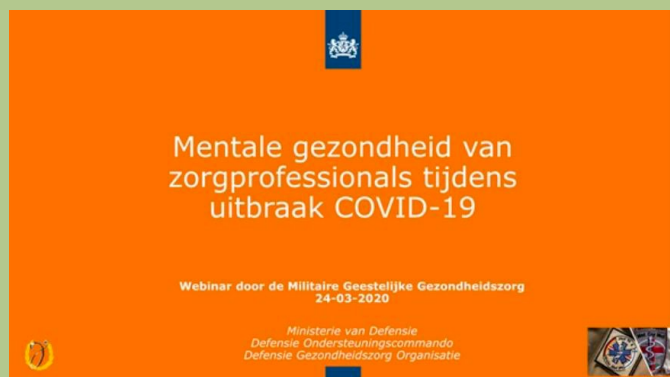
Bestuur LVO



Webinar mentale gezondheid zorgprofessionals

Het ministerie van Defensie stelt een webinar voor mentale gezondheid zorgprofessionals in tijden van covid-19 gratis beschikbaar. De Militaire Geestelijke Gezondheidszorg geeft in dit webinar adviezen aan zorgprofessionals voor hun mentale gezondheid in deze tijd van covid-19. Hoe zorg je ervoor dat je langdurig inzetbaar blijft, zodat je voor je patiënten en je gezin kunt blijven zorgen? Hoe ga je ermee om als misschien onvolgende middelen beschikbaar zijn om alle patiënten te helpen? Hoe ga je als leidinggevende en bedrijfsopvangteam om met de situatie? Na een korte presentatie met adviezen gaat Charles Groenhuisen in gesprek met militaire zorgprofessionals: een traumachirurg, een IC-/SEH-verpleegkundige, een psychiater en een psycholoog, over langdurig onder grote druk zorg verlenen onder operationele omstandigheden. Tevens bestaat de mogelijkheid voor de deelnemers om vragen te stellen aan dit gezelschap.

Je kunt het webinar via onderstaande link terugkijken:
www.onlineseminar.nl/ministerievandefensie/archive.



Psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals



ARQ IVP heeft jarenlange ervaring in het ondersteunen van mensen en organisaties die te maken krijgen met ingrijpende gebeurtenissen, rampen en crises. Deze ervaring stellen wij graag beschikbaar aan zorgprofessionals en hun leidinggevenden. Het contactpunt is 7 dagen per week bereikbaar tussen 8:30 en 21:30 uur op telefoonnummer 088-

3305500. Dit contactpunt heeft als doel (medische) zorgprofessionals en hun leidinggevenden zo goed mogelijk te ondersteunen bij de psychosociale aspecten van hun werk met betrekking tot het coronavirus. Het telefoonnummer wordt bemenst door gespecialiseerde psychologen die allen kennis en ervaring hebben in de ondersteuning van professionals in beroepen waarin zij geconfronteerd kunnen worden met ingrijpende gebeurtenissen. Daarnaast zal hier voor zorgprofessionals en hun leidinggevenden specifieke informatie beschikbaar worden gesteld.

Voor meer informatie en het downloaden van folders:
www.ivp.nl/ivp-accent/zorgprofessionals.

Er zijn ook andere instanties die (gratis) hulp aanbieden. Bij Carrius I.O kun je als zorgprofessional tot twee uur gratis coaching van een coach naar keuze krijgen (vier sessies van dertig minuten). Ga daarvoor naar:
<https://carrus.io/coaching-for-heroes-dutch/>

Gratis e-book over virusinfecties

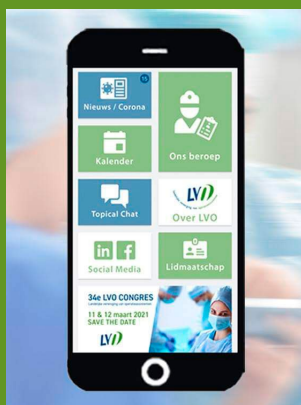
Nederland is in de ban van de coronaviruspandemie. Het is stil op straat, in de trein en in de kantoren. Mensen blijven thuis. Ingrijpende maatregelen worden genomen door de overheid, scholen worden gesloten, evenementen worden afgelast. Alles om de verspreiding van het coronavirus in te dammen. Kun je je voorbereiden op een uitbraak zoals nu met het coronavirus? Hoe verliepen uitbraken in

het verleden? Kunnen we nieuwe uitbraken voorspellen? Wat doet de overheid allemaal bij een uitbraak? Wat kan ik zelf doen? In dit cahier bespreken wetenschappers en specialisten de nu op volle toeren draaiende infectieziektebestrijding in Nederland.

Het cahier is gratis te downloaden op
www.biomaatschappij.nl/product/help-ik-ben-besmet/.



LVO lanceert nieuws-app voor operatieassistenten



De LVO heeft speciaal voor operatieassistenten een app ontwikkeld. Met de app willen we jullie op een snelle manier nieuws brengen over ontwikkelingen in ons beroep en werkveld. In de app staat behalve OK-

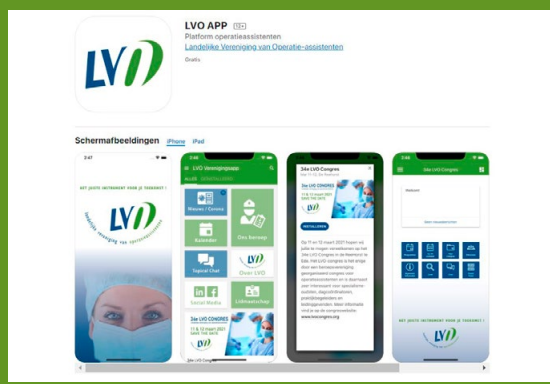
nieuws ook relevant nieuws over covid-19. Bovendien vind je er informatie over scholingen, congressen, richtlijnen en protocollen. De app is vooral ook bedoeld om operatieassistenten en OK-professionals onderling met elkaar te verbinden.

Zo kun je voor actuele of prangende vragen de chat-functie gebruiken en in contact komen met collega's. Op die manier wordt de app hét informatiekanaal voor iedereen die werkt op een OK.

Tijdens de LVO-congressen biedt de app onder andere de volgende mogelijkheden:

- Blijf op de hoogte van de actualiteiten rond het LVO-congres.
- Bekijk het programma, de sprekerslijsten en de sponsors.
- Stel je eigen programma samen.
- Chat met andere deelnemers en leden.

Download de LVO-app en ontvang al het nieuws m.b.t. tot jouw beroep direct op je telefoon! De app is nú beschikbaar via de Appstore van Apple en in de Google Play Store (Android).



Inzenden mogelijk voor Young Professional Award 2021



Ook dit jaar is de LVO op zoek naar operatie-assistenten die recent of bijna afgestudeerd zijn en een afstudeerproject hebben afgerond. Het is belangrijk om de kennis die zij met onderzoek hebben opgedaan te

delen met andere operatieassistenten, zodat deze kennis niet beperkt blijft tot het eigen ziekenhuis. Op het LVO-congres in maart 2021 kunnen de genomineerde Young Professionals hun afstudeerproject presenteren aan de deelnemers.

De inzendingen worden beoordeeld door de leden van de LVO-commissie Onderwijs en een vertegenwoordiger van de firma Van Straten Medical, en er worden drie inzendingen genomineerd. De genomineerden krijgen een uitnodiging om de eerste congresdag gratis bij te wonen en hun onderzoek te presenteren. De winnaar krijgt de Van Straten Medical Young Professional Award en een geldprijs.

De inzendingen moeten vóór 1 december 2020 worden gemaild naar onderwijs@lvo.nl.

Auteurs gezocht voor themanummer prostaatcarcinoom

Na het succes van ons themanummer over mammacarcinoom wil de redactie van Operationeel in november een themanummer over prostaatcarcinoom laten uitkomen. Hiervoor zijn we op zoek naar auteurs (chirurgen, oncologen, radiologen, verpleegkundigen, operatieassistenten etc, maar ook patiënten) die hier een bijdrage voor zouden willen schrijven. Het mogen ook artikelen zijn die al eens eerder gepubliceerd zijn. Omdat we een kleine vereniging zijn, is hier helaas geen budget voor beschikbaar. Heb je interesse?

Mail dan naar hoofdredacteur Menno Goosen op redactie@lvo.nl

Toekomstplannen LVO en NVAM voor operatieve zorg

‘Flexibele schil voor OK en IC’

Veel operatieassistenten en anesthesiemedewerkers hebben gedurende de coronacrisis intensief zorg verleend aan covid-19-patiënten. Inmiddels vindt iedereen weer zijn weg terug naar de ok. Het is nu de vraag hoe de opschaling van de operatieve zorg eruitziet en hoe we ons zo slim mogelijk kunnen voorbereiden op crises in de toekomst.

LVO-voorzitter Nicole Dressen en voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers (NVAM)

Remko ter Riet vertellen hoe de verenigingen de toekomst zien.

Ingrid Lutke Schipholt



Remko ter Riet (NVAM)



Nicole Dressen (LVO)

De coronacrisis leert ons dat operatiepersoneel goed kan werken op andere afdelingen. ‘We hebben gezien dat er tijdens de crisis veel schotten tussen de verschillende zorgberoepen verdwenen’, zegt Nicole Dressen. ‘Al dan niet met instructie hebben we adequate zorg geleverd ver van onze eigen comfortzone, op de SEH, de ic of de covid-verpleegafdeling. Ik ben trots op mijn collega’s die dit allemaal gedaan hebben. In tijden van nood bleek er een goede onderlinge samenwerking tussen onze mensen en het andere zorgpersoneel. We hadden een ondersteunende rol voor anderen.’ Remko ter Riet beaamt dit: ‘Wij zijn in coronatijd belangrijk geweest voor andere afdelingen en wij waren de aangewezen personen om te helpen omdat we specifieke vaardigheden bezitten die we daar konden gebruiken. Anesthesiemedewerkers, bijvoorbeeld, werden ingezet op de ic waar ze zorgden voor de beademing.’

Kennis delen

Door de samenwerking is over en weer van elkaar geleerd. De operatieassistenten konden veel inbrengen met kennis van positioneren in verband met buikbeademing. Door de grote ervaring met steriliteit en procedures rondom het dragen van persoonlijke beschermingsmiddelen waren zij direct inzetbaar.

Ter Riet: ‘Er zijn veel overeenkomsten, zoals monitoren en bewaken van de vitale functies,

toedienen van risicovolle medicatie via medicijnpompen, infusen prikken en luchtwegmanagement. Wij leerden ic-verpleegkundigen met onze machines werken en vice versa. De lange duur van de permanente anesthesie leverde veel andere problemen op waar onze collega's van de ic wel weer raad mee wisten. Het snel 'weanen' – ontwennen van beademing – van patiënten was iets wat de anesthesiemedewerkers konden inbrengen aan expertise.'

Uitdagingen

Nu er steeds minder covid-19-patiënten in de ziekenhuizen liggen, staat de operatieve zorg voor twee grote uitdagingen: het weer op gang krijgen van het ok-complex en zorgen dat er tijdens een tweede golf adequate zorg geleverd kan worden. Hervatting van de operatieve non-covid-19-zorg en een bestendige toekomst vragen om een integrale aanpak, vinden de beroepsorganisaties van ok-medewerkers en snijdende artsen. Daarom hebben de beroepsorganisaties van de ok een plan van aanpak gestuurd naar het ministerie van Volksgezondheid. Dit is een gezamenlijke actie van de Landelijke Vereniging voor Operatieassistenten, de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiemedewerkers en de wetenschappelijke verenigingen betrokken bij operatieve zorg, waaronder de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, gesteund door de Federatie Medisch Specialist.

Tekorten de baas

Bij de herstart van de operatieve zorg moet rekening gehouden worden met een aantal problemen. De OK's lopen aan tegen de reeds voor de covid-19-crisis aanwezige tekorten aan operatieassistenten, anesthesiemedewerkers en recoverymedewerkers, en er moet rekening worden gehouden met niet-inzetbaarheid van zorgmedewerkers door verlof na overwerk tijdens crisis, covid-19 bij personeel en burn-out. Daarom wordt alleen op basis van vrijwilligheid gevraagd om extra te werken. Ook is nagedacht over hoe er op korte termijn voldoende opgeleide beroepskrachten komen. Het lijkt erop dat de minister honderden ic-verpleegkundigen wil opleiden om zodoende genoeg mensen te hebben op de ic tijdens een tweede coronacrisis. Maar de vraag is wat die verpleegkundigen doen wanneer er geen crisis is, wetende dat er een tekort aan ok-personeel is. Daarom stellen de plannemakers voor om zorgpersoneel flexibel in te zetten. Ze stellen dat flexibiliseren in de praktijk werkt, gezien de ervaring tijdens de afgelopen crisis. Onder flexibiliseren wordt verstaan dat je op andere afdelingen waar te weinig personeel is zorg gaat verlenen.

'Het is nu duidelijk dat je anders gebruik kunt maken van personeel', zegt Nicole Dreessen. 'Nieuw ic-personeel opleiden kost twee jaar, en dan te bedenken dat een tweede golf

waarschijnlijk veel eerder komt. De tijd om op te leiden is er niet. Daarom kiezen wij ervoor om efficiënter gebruik te maken van mensen. Je creëert als het ware een flexibele schil die je in geval van een crisis kunt inzetten. Het voordeel is dat je dan geen ok hoeft te sluiten.'

De druk op zorgpersoneel was al groot en werd tijdens de coronacrisis alleen maar groter. Met deze personeelstekorten moeten de plannemakers rekening houden, en niet extra één categorie zorgverleners, zoals ic-verpleegkundigen, opleiden. Ter Riet: 'Als je opleidt op basis van de benodigde capaciteit, kan het normale werk gedaan worden. Het is niet handig om een gigantische overcapaciteit op te bouwen waarmee je een crisis de baas kunt zijn. Het is beter als je overall wat ruimer mensen gaat opleiden met een generieke basis. Zowel op verpleegkundig als op technisch gebied. Dan zijn mensen duurzamer en breder inzetbaar. Als er een crisis ontstaat, hoeft je de ok niet naar 0 af te schalen, maar kun je op 70-60 procent draaien. Kijk dus over de zuilen heen.'

Beide voorzitters benadrukken dat de flexibele inzet van ok-personeel op basis van vrijwilligheid zou moeten gebeuren. Dreessen: 'Er zijn mensen die alleen hun eigen ok-werk willen doen. Die collega's mogen, zeker

buiten crisistijd, niet gedwongen worden om ander werk te doen. Anderen zullen juist uitdaging zien in het breder inzetbaar zijn, waardoor het beroep zelfs aantrekkelijker voor hen wordt.'

Aan tafel

De LVO en de NVAM denken al geruime tijd mee over de toekomst van de zorg, samen met andere beroepsgroepen, waaronder de medisch specialisten. Toch zijn de operatieassistenten en anesthesiemedewerkers niet door de minister van Volksgezondheid gevraagd om met een plan te komen voor uitbreiding van zorg bij crisis en opschaling van de integrale reguliere zorg. Hij heeft de andere beroepsgroepen wel gevraagd om een voorstel. Daarom hebben de LVO en de NVAM samen met de BRV een brief¹ aan de minister gestuurd met het verzoek om 'betrokken te worden bij het besluitvormingsproces inzake uitbreiding van de ic-capaciteit in relatie tot het opstarten en waarborgen van de reguliere zorg'.

'Wij willen meepraten omdat tijdens de coronacrisis ook operatieassistenten en anesthesiemedewerkers betrokken zijn bij de zorg op de ic', zegt Nicole Dreessen. 'Dus als de ic-capaciteit wordt opgehoogd en er keuzes over de inzet van mensen worden gemaakt, is dat voor ons van belang. De afgelopen periode zijn wij immers ingezet op de ic.'

BIG-erkenning

Maar er is een struikelblok bij de inzet van ok-personeel op andere afdelingen, namelijk het feit dat operatieassistenten en anesthesiemedewerkers niet als verpleegkundigen gezien worden en dus geen BIG-registratie hebben.

Dreessen: 'In het plan van flexibele inzet zijn we flexibeler wanneer we BIG-geregistreerd zijn. Als er iets verkeerd gaat, bijvoorbeeld, dan willen we goed geborgd hebben hoe de verantwoordelijkheden liggen. We hebben gemerkt dat toen we covid-19-zorg op andere afdelingen gingen verlenen er werd benadrukt dat wij niet geregistreerd zijn. Dit kan bij een tweede crisis in de toekomst een rol spelen. We doen voorbehouden handelingen, maar op gezag van wie? Wij zijn de enige twee beroepen in de acute as die niet BIG-geregistreerd zijn. Dit geeft zowel naar verpleegkundige als patiënt onduidelijkheid.'

Ook de NVAM ijvert voor BIG-erkenning omdat uitwisseling van personeel dan eenvoudiger wordt. Ter Riet: 'We merken dat onze achterban ook profilering wil. De flexibele schil waarmee we de afgelopen periode hebben gewerkt, wat een oplossing kan zijn voor het tekort aan zorgpersoneel, schreeuwt om erkenning. We helpen de tekorten oplossen en we zijn breed inzetbaar. Wanneer onze beroepen gelijkwaardige erkenning krijgen, is

het eenvoudiger om uit te wisselen. Qua opleiding horen we bij de acute zorgberoepen. We hebben veel raakvlakken met de SEH, de ic en de ambulance. Er zijn veel overlappende competenties.'²

Een oplossing voor de ongelijkheid tussen de beroepsgroepen is een brede generieke opleiding waarin voldoende verpleegkundige basis is opgenomen. Daarvoor pleit Ter Riet: 'De opleiding heeft aan het eind van de stroom een differentiatie tot bijvoorbeeld anesthesiemedewerker of operatieassistent. Er zijn meer crises denkbaar en daarop moeten we voorbereid zijn.'

Naschrift

Bij het ter perse gaan van dit nummer werd bekend dat er een eerste constructief gesprek is gevoerd met prof. dr. Bianca Buurman, Chief Nursing Officer (CNO) bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Dit naar aanleiding van de brief en de samenwerking van Nu91, NVAM en BRV. Daarnaast is er een uitnodiging voor een gesprek gekomen van Dr. Marian J. Kaljouw, Voorzitter Raad van Bestuur Nederlandse Zorgautoriteit. Zij reageerde op de brief van NVvH, NVA, NVAM, BRV en LVO.

1. De brief vind je op de website van de LVO of download het direct op <https://tinyurl.com/ybpkeb87>.
2. Zie ook het schema Delegeerbare taken per ondersteunende functie (bron: A-umc locatie AMC).

Delegeerbare taken per ondersteunende functie

	AMW	PACU	VPK	OA
1. OPNAME				
Klaarmaken lijnen/systemen				
Inbrengen infuus/CAD				
2. ASSISTEREN BIJ				
Intubatie				
Buikligging ('zwemmen' & draaien patiënt)				
Inbrengen CVL, arteriële lijn & CVVH lijn				
3. VERZORGING				
ADL en mondzorg				
Zorg voor tracheaanule				
Verzorgen van lijnen				
4. MONITOREN & REGISTREREN				
4.1 Neurologie				
EMV-score, pupilcontrole, NRS & CCPOT				
RASS & ICDSC				
4.2 Hemodynamiek				
Ritme, frequentie & drukken				
Urineproductie en vochtbalans				
4.3 Respiratie				
Bij onbeademde patiënt (saturatie & AH-frequentie)				
Bij beademde patiënt (saturatie, AH-frequentie & ETCO2)				
4.4 Tractus Digestivus				
Controle maagretentie & toediening voeding				
5. LUCHTWEGMANAGEMENT				
Low-flow: Zuurstofbril, -masker				
High-flow: NR-Masker & Optiflow				
Non-invasieve beademing (NIV)				
5.1 Beademde patiënt (interventies altijd overleggen)				
PC en PS beademing				
ASV-intelligent beademing				
Spontaneous Breathing Trial				
Uitzuigen via tube & tracheaanule				
Gebruik gesloten uitzuigstelsel				
6. MEDICATIE				
Bereiden en dubbele controle				
Toediening medicatie (altijd in overleg: wat en over welke lijn)				
Toediening en bijsturen cardiostimulantia en inotropie				
Nurse-driven protocollen opvolgen				
7. LAB-BEPALINGEN				
Bloedafname via venapunctie, perifere infuus & centrale lijn				
Bloedafname via arteriële lijn				
Urine-, feces- & sputumkweek (zonder uitzuigstelsel)				
8. EPIC REGISTRATIE				
Bijhouden werklst en opzet rapportage (overdracht door IC-vpk)				
9. TRANSPORT				
Geïntubeerde patiënt				
Niet-geïntubeerde patiënt, met HD-ondersteuning				
Niet-geïntubeerde patiënt, zonder HD-ondersteuning				

Bron: A-umc locatie AMC

Legenda

- Bevoegd en bekwaam
- Bevoegd en bekwaam na instructie
- Bevoegd en bekwaam na instructie, registreert niet in EPIC
- Niet bevoegd

Werken in tijden van covid-19

Je krijgt in één keer een heel andere rol!

De afgelopen tijd is voor veel operatieassistenten heftig, hectisch en nieuw geweest. Vrijwel iedereen werkte een aantal weken op een andere plek, variërend van de SEH en de IC tot een verpleegafdeling. Zeven collega's vertellen over deze periode waarin covid-19 de hoofdrol speelde.

Tekst: Ingrid Lutke Schipholt

De operatieassistenten Ellen Verbeek, Lotte Selten en Susanne de Ruiter zijn lid van het Corona Support Team in Bernhoven in Uden. Samen met verkoeververpleegkundige Geertje Deerns en twee andere verpleegkundigen, een arts, verpleegkundig specialisten en collega's van de afdelingen Kwaliteit en Veiligheid, en Hygiëne en Infectie vormen zij het team. In het Máxima Medisch Centrum Eindhoven/Veldhoven (MMC) verruilden operatieassistenten Hennie Mulder, Wendy

Raaijmakers en hun collega's de OK voor andere afdelingen. OK-afdelingshoofd Anke Sleddens hield zich binnen het MMC bezig met de dagelijkse leiding van de operatieassistenten in hun nieuwe werk.

Hoe zijn jullie op een andere werkplek gekomen?

Geertje Deerns, verkoeververpleegkundige Bernhoven: 'Ik werd als eerste van onze afdeling benaderd om in het Corona Support Team te komen. Ik heb het team helpen opzetten. Mijn collega's van de OK zijn er later bij gekomen. Ik wist niet wat ons te wachten stond, want alles was nieuw. We hebben in korte tijd alles opgezet. Het bijzondere van een crisis is dat er heel veel kan zonder allerlei restricties. Het Corona Support Team was er om inlichtingen te geven aan patiënt en familie over covid-19.'

Susanne de Ruiter, operatieassistent Bernhoven: 'Mijn leidinggevende vroeg of ik voor het Support Team wilde komen werken. In maart werden al nauwelijks meer electieve operaties uitgevoerd. Een week later werden zelfs bijna geen spoedoperaties meer uitgevoerd. In ons ziekenhuis was de zorg volledig gefocust op het leveren van intensieve coronazorg.'

Ellen Verbeek, operatieassistent Bernhoven: 'Ik ging op die eerste maandagochtend toch wel met een beetje buikpijn naar mijn nieuwe werkplek toe. Je krijgt in een keer een heel andere rol. Het patiëntencontact is bijvoorbeeld heel anders dan dat wij gewend zijn op de OK.'



Foto: Ivonne Zijp

Het team van Bernhoven: Van links naar rechts: Lotte Selten, Susanne de Ruiter, Geertje Deerns en Ellen Verbeek.



Foto: Ivonne Zijp

Hennie Mulder

Hennie Mulder, operatieassistent MMC: 'Ons ziekenhuis is opgeschaald van 11 naar 25 ic-bedden. Op dat moment werd de organisatie anders ingedeeld; meer mensen moesten 24/7 werken. We werden in diensten ingedeeld, dus we werkten ook 's nachts.'

Wendy Raaijmakers, operatieassistent MMC: 'Wij werden in groepen verdeeld: het draaiteam, het calamiteitenteam, de runners en het OK-team. Het werd ons niet gevraagd, maar ik ging natuurlijk werken waar ik nodig was.'

Wat waren je nieuwe werkzaamheden?

Geertje Deerns: 'We moesten veel met elkaar overleggen: wat willen we doen, wat gaan we de mensen vertellen, waar halen we de informatie vandaan? Bij de GGD? Het RIVM? Het was in de begintijd



Wendy Raaijmakers

van de uitbraak. Ons kantoor was vlak bij de directie en daardoor wisten we hoe snel en wanneer het ziekenhuis ging opschalen. Niemand wist nog wat covid-19 inhield. De internist die bij ons team betrokken was, heeft ons dan ook uitvoerig uitleg gegeven. Zij nam ook onze onrust weg omdat wij veel in contact kwamen met de covid-patiënten.'

Ellen Verbeek: 'Wij waren de vraagbaak voor de patiënten en hun familie. We bezochten alle nieuwe covid-patiënten als ze op een afdeling kwamen en bij ontslag gaven wij instructies mee voor thuis. Patiënten kregen geen bezoek. Om toch contact met familie te behouden, hielpen wij mensen met beeldbellen. Er was veel angst bij de familie. Ze hadden veel vragen over wat hun te wachten stond. Voor sommige patiënten die door volledige zuurstofbehoefte een masker op hadden, was bellen wel lastig.



Anke Sleddens

Wij waren dan tolk om onduidelijkheden duidelijk te maken aan de familie.'

Hennie Mulder: 'Ik werkte meestal als runner op de ic, en later ook in het draaiteam. De functie van runner hield in dat ik de schakel was tussen het schone gedeelte en het gecontamineerde gedeelte van de ic. Ik zorgde voor de aan- en afvoer van materialen en medicijnen. Denk aan pompen, infusen, beddengoed, lijnen, sondevoeding, noem maar op. De niet-besmette materialen legde ik op een tafel op de ic. De plek waar ik liep was gezegd schoon. Collega's aan de andere kant van de tafel werkten in het gecontamineerde gedeelte. Zij pakten de schone spullen van de tafel. We konden gewoon met elkaar praten; er was geen scherm tussen. Verder heb ik in een draaiteam gewerkt. Patiënten op de ic moesten om de vier uur worden gedraaid. Dat deden we met een team.'



dig was begeleid door het maatschappelijk werk, psychologen en palliatief begeleiders. Ik denk dat wij hier beter zijn uitgekomen, dat we nog completere operatieassistenten zijn dan voorheen.'

Geertje Deerns: 'Ik heb als verpleegkundige op de recovery altijd al contact met patiënten, al is het wel kortdurend. Nu had ik intensiever contact met de patiënten. Ik had echt een band met ze. Meer sociale contacten in mijn werk is ook voor mij verrijkend. Ik heb een begrafenis op afstand samen met een patiënte meegemaakt; heel bijzonder. De mevrouw was op haar kamer en via beeldbellen hebben we de begrafenis van een familielid gevolgd. Ik was voor haar echt een ondersteuner.'



Lotte Selten, Bernhoven: 'Ik merk dat ik op eigen gevoel, ervaring en empathie vaar. Het gaat een beetje vanzelf. Al doende leert men. Gelukkig kregen we van het maatschappelijk werk en het palliatieve team tips en tricks mee. Ik merkte dat ik eigenlijk vooral een luisterend oor bood en dat dat heel belangrijk was; je hoeft niet zo veel te zeggen.'

Hennie Mulder: 'Veel van de werkzaamheden waren voor mij nog redelijk bekend omdat ik een verpleegkundige achtergrond heb. Alhoewel er vreselijk veel veranderd is in de loop der jaren, en zeker op een intensive care, maar ik had in deze periode heel ander werk dan als operatieassistent. Het was een andere tak van sport, met andere diensten en een grote impact van de ziekte.'

Wendy Raaijmakers: 'Ik werd ingedeeld in het draaiteam, als runner en in het OK-team. In het begin werkte ik vaak in het draaiteam, maar dat was niet goed voor mijn nek vanwege mijn nekklachten. Toen ben ik vaker ingezet als runner. Om de week heb ik op de OK gestaan. We deden spoed- en electieve zorg voor oncologische patiënten.'

Heb je kwaliteiten gezien die je niet van jezelf kende?

Ellen Verbeek: 'Normaal gesproken heb je contact met patiënten bij de omloopwerkzaamheden. Je begeleidt ze in een relatief korte periode. Nu kwam je vaker terug bij een patiënt en je bouwde een band op. Ik begreep waar hun zorg lag. Daarnaast hadden we contact met de familie. Dat ervoer ik als zeer waardevol. We werden als het no-

Waren jullie voorbereid op de dood in je werk?

Lotte Selten: 'Nee, eigenlijk niet, maar je leert snel in deze bizarre situatie, en we werden goed begeleid in het proces. Het kostte in het begin veel energie, maar tijdens een crisisperiode ben je snel ingewerkt. De dood raakt me, maar je leert het langzamerhand wel te relativeren. Het went nooit, maar het gaat wel steeds beter. In het begin was ik verbaasd als ik een patiënt bij binnenkomst had gezien en deze de dag erna was overleden. Later dacht ik bij een patiënt die binnenkwam, die zou er morgen wel eens niet meer kunnen zijn. Het klinische beeld kreeg je steeds beter op je netvlies.'



Miste je het operatiewerk?

Susanne de Ruiter: 'Ja, dat gold voor ons alle vier. We misten onze maatjes van de OK.'

Hennie Mulder: 'Ja, maar het was duidelijk dat we ander werk moesten doen. Er waren nog wel OK's open voor sectio's, trauma en oncologische operaties die niet konden wachten.'

Wat heeft dit jullie gebracht?

Susanne de Ruiter: 'Hoe dan ook hadden we de crisis liever niet meegemaakt, maar het brengt ook heel mooie dingen met zich mee. Zowel in de onderlinge contacten als met andere afdelingen. Ik kwam op plekken waar ik nog nooit was geweest en ik ontmoette mensen die ik anders nooit had ontmoet. Ik werk al heel lang in dit ziekenhuis. We zeggen wel eens op de OK dat we op de gesloten afdeling werken. Je komt 's ochtends binnen, je gaat door de deuren van het OK-complex en daar kom je de hele dag niet meer af. We zitten met z'n allen in dezelfde bubble. In de crisistijd was onze werkplek in de kantoortuin in de buurt van de directie. We maakten de andere kant mee van het reilen en zeilen in het ziekenhuis. Voor de crisis had ik nooit gedacht dat ik met de directeur zou gaan lunchen, of even een praatje maken.'



Hennie Mulder met haar team in beschermende kleding.

Hoe konden jullie jezelf beschermen?

Lotte Selten: 'Wij werkten op een afdeling met covid-verdachte patiënten, daar liepen we met mondkapje en bril, en we hielden anderhalve meter afstand. Op een cohort-afdeling waar alleen maar covid-besmette mensen lagen, hadden we ook een beschermende jas en handschoenen aan.'

Hennie Mulder: 'De beschermende kleding was afhankelijk van het werk dat ik deed. Als runner, bijvoorbeeld, droeg ik wanneer noodzakelijk een mondkapje, handschoe-

nen en OK-kleding, dat was mijn uniform. De anderhalve meter afstand houden was natuurlijk heel belangrijk, maar kon in sommige situaties niet gewaarborgd worden, maar we deden ons best.'

Anke Sleddens: 'Dagelijks werden we door het crisisbeleidsteam gebriefd over de hoeveelheid persoonlijke beschermingsmiddelen. Verder hielden we rekening met de gezondheid van onze medewerkers en het werk dat ze gingen doen. Collega's met een kwetsbare gezondheid hoefden niet in de vuurlinie te werken.'

Hennie Mulder: 'We hadden een enorm gevoel van saamhorigheid. Samen stonden we voor een moeilijke klus die we hebben geklaard.'

Anke Sleddens: 'Het was een heftige periode waarin ik als crisismanager moest fungeren. Ik nam moeilijke beslissingen en als ik iets had geregeld, was het na een paar uur vaak al achterhaald. Maar er was ook een positieve kant: iedereen was gelijk. De operatieassistenten werkten met anderen, onbekenden, intensief samen. Niemand had tijd om zich rustig in te werken; iedereen ging meteen aan de slag.'

Hoe overleefde je zelf deze crisis?

Ellen Verbeek: 'Ik ben blij dat ik samen met directe collega's lid was van dit team. Wij hebben aan een half woord genoeg. En het was heel fijn dat we dit werk samen met goede verpleegkundigen deden. Er was een open sfeer, we konden bij elkaar terecht. In de privésfeer was deze periode heel lastig. Voor mijn naasten was het moeilijk zich voor te stellen waar wij in stonden. Mijn werk was een heel andere wereld dan dat van kinderen met schoolwerk. Mensen in mijn omgeving waren wel bezorgd over mij, maar zolang ik nog sliep ging het wel goed met me. We liepen een marathon die niemand ooit heeft gelopen. Het was één grote teambuilding binnen het ziekenhuis. Mensen van alle afdelingen stonden er samen voor. Je moest het klaren met mensen uit alle vakgebieden.'

Lotte Selten: 'Het heeft mij bewuster gemaakt van wie we zijn, en dat we meer kunnen dan we denken. Wij zijn op de OK gewend om protocollair te werken. Alles staat beschreven en we volgen de regels strikt op. En nu wordt hier ineens alles losgelaten en ga je doen waarvan je denkt dat het goed is. Om daarmee om te gaan is voor mij wel een dingetje. Ik heb veel geleerd. Wij zijn een van de eerstgetroffen ziekenhuizen en de rest van het land heeft bij ons kunnen kijken hoe we het deden. Verder heb ik geleerd om gesprekken te voeren met heel zieke mensen en hun familie. Hoe ga je het gesprek aan met iemand die heel ziek is, of waarvan een familielid is overleden? Dat was ik niet gewend, want ik ging van de havo direct de opleiding tot operatieassistent in. Ik heb veel gehad aan mijn collega's en hun ervaring. Als alles achter de rug is, dan ga ik het liefst gewoon terug naar de OK. Maar, zeg ik wel eens gekscherend, dit komt op mijn cv.'



Wat zouden collega's elders van jullie ervaring kunnen leren?

Susanne de Ruiter: 'Leer om out of the box te denken en weet dat je best ergens onvoorbereid in kunt duiken. Protocollair werken is heel goed, maar ik heb nu geleerd dat je, ook al is er een protocol, dingen ook op een andere manier kunt doen. Anders is niet altijd verkeerd. Verder leer je vanzelf open te staan voor andere disciplines in het ziekenhuis.'

Wendy Raaijmakers: 'Ik heb een nieuwe draaimethode geleerd. Die zouden we goed op de OK kunnen toepassen bij het positioneren van patiënten. De patiënt ligt op een laken en bovenop hem leg je nog een laken, en dan draai je het boven- en het onderlaken in elkaar. Vervolgens draai je de patiënt in buik- of rugligging. Die methode leerden we van een ander ziekenhuis dat filmpjes hierover op sociale media had gedeeld. Het heet

de loempiaroltechniek en het werkt prima. Verder hebben we een protocol gemaakt voor een laparoscopische operatie bij een covid-patiënt. Uit onderzoek op Pubmed blijkt dat zich virusdeeltjes verspreiden wanneer je het kraantje van de trocar openzet en er CO2 in blaast. We hebben uitgezocht welke filters we daarbij nodig hebben.'

Anke Sleddens: 'Ik besef dat we vaak snel besluiten moesten nemen, en dat was niet voor iedereen even goed. Door de tijdsdruk werden de medewerkers er niet altijd bij betrokken. We hebben bijvoorbeeld opeens een 24 urenrooster ingesteld. Dat had enorme impact. Mensen met vaste werkdagen moesten ineens nachtdiensten draaien. Realiseer je dat het belangrijk is dat je er een afvaardiging van het personeel bij betreft wanneer zo'n ingrijpende beslissing wordt genomen.'



Stilgezet

En zomaar ineens werd het stil. Op straten, op snelwegen, op pleinen en in scholen. Het viel stil in rechtszalen, theaters, concertgebouwen en sportscholen. Een enkele keer werd er 's avonds zomaar ineens geklapt, een applaus voor de longartsen, IC-verpleegkundigen en vrijwilligers die ingezet werden om de toestroom van benauwde patiënten op te vangen. Het leek ook wel een ritueel om eigen angsten te bezweren. Daarna werd het weer stil en trokken we ons terug in onze huizen om groepsimmunitet op te bouwen. Op het niet-coronadeel van Spoed Eisende Hulpen werd het ook stil, zo stil dat dokters zich zelfs wat zorgen gingen maken. Wat was er toch aan de hand? Geen pijn op de borst meer, geen herseninfarcten, geen buikpijn en zelfs geen blindedarmen meer. Er werden allerlei verklaringen voor gegeven, maar niemand die het echt goed kon verklaren. De SEH artsen riepen mensen op om toch vooral al hun lichamelijke klachten heel serieus te nemen en zich te melden bij een dokter, te lang wachten zou tot meer schade kunnen leiden. Bizarre tijden. Dokters op zoek naar patiënten. Patiënten op zoek naar geborgenheid. En intussen werd het daadwerkelijk rustiger op de operatiekamers terwijl op IC's en speciale afdelingen benauwde patiënten vochten voor hun leven en intensief verzorgd werden door artsen en verpleegkundigen. Ook OK-personeel werd ingezet, breed inzetbaar als ze zijn. Ze konden op de OK ook tijdelijk gemist worden, veel electieve zorg was op een laag pitje gezet. Het was opvallend hoe snel in ziekenhuizen geschakeld werd en hoe mensen elkaar vonden. Er werden speciale operationele teams opgericht en op een uiterst flexibele manier paste het personeel zich aan aan de veranderde omstandigheden.

En eigenlijk vonden we het ook wel weer vanzelfsprekend, dit was toch eigenlijk waarom we in de zorg waren gaan werken. Er zijn mensen die zich de laatste weken hebben afgevraagd of ze misschien toch niet een baan hebben die er wat minder toe doet. Je zat thuis en ontdekte dat je eigenlijk niet gemist werd of dat al je rondvliegen over de wereld ook wel via Teams of Zoom kon. Je deed de marketing van een low budget airline maar besepte geleidelijk aan dat reclame maken voor een manier van reizen die uit zijn voegen gegroeid was misschien toch niet de voldoening kon geven die je ooit voor ogen stond. Er waren er ook die na miljardenwinsten en fiscale voordelen toch nog het lef hadden hun hand op te houden of aan het overheidsinfuus liggend er nog een salarisverhoging door probeerden te drukken. Tijdens een crisis

krijgen we alle kansen om kleur te bekennen en tot bewustzijn te komen. Meer dan ooit bleek dat als het eropaan komt, de zorg er klaar voor is en klaarstaat. Het lijkt lichtjaren geleden dat we staakten en vroegen om meer waardering en erkenning. Die kwamen er nauwelijks, daar was iets totaal anders voor nodig. En dat kwam sneller dan we allemaal hadden kunnen vermoeden.

Het applaus is inmiddels verstomd en in de ziekenhuizen gaan we al bijna weer over tot de orde van dag. En toch anders, we hebben gezien dat we een essentieel beroep hebben en dat er als het eropaan komt er veel waardering is. Hoe het nu verder moet weet niemand zeker. Straks zijn er weer files, pretparken vol Chinezen, pleinen vol selfiesticks en rommelende rolkoffers. Dan zal het weer over de stijgende zorgkosten gaan en hoe we wellicht weer kunnen bezuinigen. Laten we dan eens terugdenken aan de stille straten, pleinen en wachtkamers. Menselijk gedrag is kennelijk te sturen, evenals het beroep dat we als mensen doen op de zorg.

Zouden we van de afgelopen maanden kunnen leren dat we met zijn allen de afgelopen jaren de zorg overvraagd hebben en wij als zorgaanbieders dat niet hebben kunnen afremmen om welke reden dan ook? Zouden we als het er echt op aan komt in eerste instantie wat beter voor onszelf kunnen zorgen in plaats van een beroep te doen op de zorg? En zouden we de overheid mogen vragen ons te helpen daar een bewustzijnsslag in te maken? Zorg goed voor jezelf en je lijf en leden. En als er dan toch extra geld nodig is, dan zijn er wel bedrijven die gestimuleerd door gunstige fiscale regelingen gevraagd kunnen worden een bijdrage te leveren, zeker als ze producten maken die bijdragen aan zorgkostenverslindende aandoeningen als obesitas, suikerziekte en COPD. De samenleving heeft heel even laten zien dat gedrag en gewoontes kunnen veranderen. Voor een duurzame verandering is meer nodig, dat kan niet zonder aansturing. Vooralsnog hebben overheden nu even iets anders aan hun hoofd, maar laten we hopen dat er in alle stilte plannen gemaakt worden om hier nu eens echt mee aan de slag te gaan.

Pieter Poortman is algemeen, oncologisch en gastro-intestinaal chirurg in het Dijklander Ziekenhuis in Purmerend.

Van ic-arts naar ic-patiënt door covid-19

Coen Feron (28) is in opleiding tot anesthesioloog in het Maastricht Universitair Medisch Centrum. Hij werd zwaar getroffen door het SARS-CoV-2-virus. Als covid-19-patiënt kwam hij op zijn 'eigen' ic terecht, en hij was tevens de eerste in zijn ziekenhuis die deze ook weer levend verliet. Daarnaast was hij de eerste patiënt in de Nederlandse revalidatiekliniek voor covid-19-patiënten. Voor Medisch Contact houdt hij zijn belevenissen bij.

Tekst: Coen Feron. Veel dank aan Medisch Contact voor het mogen herpubliceren van deze tekst.
Foto's: Appie Derks/MUMC.

'Ik heb nooit geleerd gedoseerd te remmen'

'We gaan je intuberen, Coen. Het is voor je eigen bestwil.' Dat covid-19 heeft mij als zorgverlener nu dus ook fors geraakt. Alles in mij schreeuwt dat ik dit absoluut niet wil. Ik ben bang om dood te gaan, een gevoel dat ik tot vandaag nog niet kende. Bang om niet meer wakker te worden. Als collega's onder elkaar staan ze me toe nog drie mensen te bellen voordat ik in slaap word gebracht. Alle drie de gesprekken doen me eigenlijk geen goed. Infuus wordt geprikt, intubatiespullen worden klaargemaakt, en ik kan het niet laten me toch nog met wat dingen te bemoeien. En dan gaat het beeld op zwart.

Als mens zitten we allemaal in een auto. Allemaal soorten en kleuren, groot en klein. Sommige mensen kopen een grote SUV zodat ze de kofferbak kunnen gaan vullen met ervaringen, bagage. Andere mensen kiezen bewust voor die kleinere auto, omdat er weinig bagage is. Mijn eigen levensauto is vanaf de middelbare school plankgas gaan rijden. Afremmen voor tegenliggers of medeweggebruikers? Absoluut niet. Hooguit ontwijken en doorrijden. Altijd maar op die snelweg van het leven te hard rijden. Soms werd ik geflitst, aan de kant van de weg gezet of kreeg ik een boete tijdens een

oudergesprek op de middelbare school of voortgangsgesprek met de opleider. In races werd de finish gehaald met mijn levensauto. En inmiddels mag ik mijzelf gelukkig prijzen dat op de passagiersstoel mijn grote liefde zit, en dat zij mag meegenieten van mijn plankgas reis door het leven.

Maar vanaf het moment dat het beeld op zwart ging, staat die auto stil. Hij heeft moeten remmen. En laat ik nu net zo'n type zijn dat nooit de verplichte keuringen van mijn levensauto heeft laten uitvoeren. De remmen doen het wel merk ik, maar piepend en knarsend. De handrem is door mijn collega's van de intensive care ook nog eens aangetrokken, tot overmaat van ramp. Die auto komt zeker weten tot stilstand, staat nu ook stil. Ik open delirant mijn ogen op de intensive care, weet niet waar ik ben, wat er is gebeurd en waarom ik niets meer kan bewegen. Plafondtegels kan ik nog tellen, maar zelfstandig uit bed komen lukt niet door het spierverval. Die levensauto is dus echt voor het eerst in vele jaren stilgezet. Ik als bestuurder beweeg echter nog door in mijn hoofd. Ik schiet vanaf mijn autostoel nog naar voren en wacht af wanneer de autogordel mijn beweging opvangt. Tenminste, ik hoop dat ik die gordel heb omgedaan.



Dagenlang lig ik op de ic, en daarna ga ik revalideren met het gevoel dat ik door moet bewegen. Dat ik die levensauto zo snel mogelijk weer aan de praat moet krijgen, zodat ik niet door die voorruit vlieg. Ik heb gewoon nooit geleerd gedoseerd te remmen. Wat allemaal gebeurd is, dat is nog vers. Er zal nog veel revalidatie en therapie moeten volgen. Fysiek en mentaal. Dus de Toyota Aygo die ik had, is ingeruild voor een grotere auto. Zodat alle bagage die ik vanaf nu met me meedraag ook in de kofferbak van mijn nieuwe levensauto past. En een ding weet ik zeker, die extra bagage achter in mijn nieuwe auto gaat me een beter mens maken, en hopelijk ook een nog betere arts.

En o ja, deze auto heeft cruisecontrol en geeft een signaal als de gordel niet om is.

Dan ga je zelfs de ic missen ...

‘Coen, we gaan je even draaien en een washandje over je rug halen.’ Daar lig je dan, met je hele hebben en houwen op de intensive care. Je eigen intensive care nota bene. De collega’s die je verzorgen zijn normaliter je maatjes op de werkvloer. Je maakt dingen met hen mee. Je lacht samen, huilt samen, en als de nood aan de man is sta je er als een team. Op het moment dat je

zelf als zorgverlener wordt opgenomen, om welke reden dan ook, dan baal je. Je raakt de controle kwijt, en je moet die controle ook afgeven. Dat is lastig. Persoonlijk vond ik dit nog zwaarder omdat het niet alleen ging om het dagelijks bijhouden van de vitale parameters, maar ook om de meest basale lichamelijke verzorging. Door je eigen collega’s verzorgd te worden. Alle ervaringen op de intensive care tekenen je. Het is vreemd, zo had ik mijn werkplek nog nooit gezien. Overdag ben je helder, ’s nachts wil je nog wel eens delirant worden. Je collega’s zien je zo, en manen je tot rust. Toiletteren? Dat wordt om hulp vragen, want de spieren hebben na een paar dagen

al hun kracht verloren. Je wordt haast naar de toiletstoel gedragen. En je schaamt je. Dat hoeft natuurlijk niet, iedereen doet zijn werk en is dit gewend. Maar toch is het je collega waar je dit van vraagt. Ik wilde dan ook niets liever dan weg van die ic. Weg van die confrontatie met je eigen onmacht en de fysieke verzorging die je niet zelf kunt uitvoeren.

Toen eenmaal de dag aanbrak dat ik van de intensive care weg mocht als covid-19-patiënt, was isolatie nog altijd noodzakelijk, maar ik was dolgelukkig. Een isolatiekamer op een reguliere afdeling werd klaargemaakt, en zolang ik nog zuurstofafhankelijk en zwak was, moest ik daar ook blijven. En dan gaan dingen aan je knagen. Je ligt daar alleen, en maar een paar keer per dag gaat die deur – waar je gefixeerd op bent – open voor een maaltijd of voor reguliere controles. Nog altijd volledig ingepakt in hun beschermende uitrusting komen ze binnen, alleen de ogen zichtbaar. En dan ga je de ic missen ... Waarom? Om de aanraking. In isolatie zijn doet iets met je. Je bent alleen, je mag niemand ontvangen, en zorgverleners zijn maar kort bij je. Niemand raakt je aan. Die knuffel van je vrouw waar je naar verlangt, die is er niet. Die bemoedigende schouderklop van een collega, die krijg je niet. Mij raakte dat tot diep in mijn hart. Het grootste gemis was gewoon die aanraking. En ook al vond ik het beschamend om verzorgd te worden op de ic, er was wel menselijk contact.

Op het moment dat ik naar de revalidatiekliniek mocht om daar verder aan te sterken, had ik een mooi gesprek met de ambulanceverpleegkundige, en vertelde ik over dat gemis van aanraking. Dat ik ertegenop zag om in de revalidatiekliniek wéér in isolatie te zitten. Bang om weer die eenzaamheid en 'afstandelijkheid' te ervaren. We kwamen aan bij de ingang van de kliniek, de brancard werd uit de ambulance geschoven en ik werd naar de afdeling gebracht. Ik nam afscheid van de ambulancebroeder. Hij legde zijn hand op mijn schouder en een golf van geluk overspoelde me. Aanraking. Eindelijk dat menselijke contact weer even ervaren. Na het afscheid kon ik een tijdje niet anders dan glimlachen.

Inmiddels ben ik thuis. Mijn vrouw zal wel gek van mij worden, maar het liefst knuffel ik haar de hele dag. Ik realiseer me nu meer dan ooit dat fysiek contact een van de meest essentiële zaken in het leven is. Dus knuffel je naasten extra hard na een lange dag zorgverlening in deze tijden. Geef die extra zoen aan je geliefde die de deur niet uit mag. Als ik straks weer op de werkvloer sta, zal dat een van de dingen zijn die ik voor mezelf meeneem als professional. Patiënten zijn eenzaam, mensen missen hun dagelijkse momenten die hun dierbaar zijn. Als ik ervoor kan zorgen dat er een geluksmoment ontstaat door toch nog even die hand wat langer vast te houden of een bemoedigende schouderklop te geven, dan doe ik dat. Ook na het covid-tijdperk.



Coen Feron is in opleiding tot anesthesioloog in het Maastricht Universitair Medisch Centrum. Naast zijn opleiding verdiept hij zich in verbetering van (simulatie)onderwijs. In zijn vrije tijd is hij verbonden aan Sportdokters.nl als medisch adviseur en medisch ondersteuner bij wielervedstrijden en andere sportevenementen.

Even van me afschrijven...

Vannacht mijn tweede nacht als dienstdoend operatie-assistent. Gisteren was al een onrustige nacht en ik was voorbereid op weer zo'n nacht. Als er geen spoedaanbod is knappen we een uiltje, en dat was ik afgelopen nacht ook aan het doen. Samen met mijn collega hadden we de twee seinen verdeeld, zij dat van de OK en ik het outbreak-sein. Dit had ik nog niet eerder gehad, ik had wel gelezen wat ik moet doen en ik had goede uitleg gehad van een collega op de SEH.

Ergens na vijf uur hoorde ik een stem mijn naam roepen: 'Tanneke, ben je hier?' Ploep, ik stond gelijk 'aan'. Oef, ik moest nog wel even snel plassen. De anesthesist en de anesthesiemedewerker stonden op mij te wachten zodat we samen naar de longafdeling konden lopen. Ik kreeg te horen dat we een patiënt moesten gaan intuberen. Uiteraard doe ik dat niet, maar als operatieassistent bewaak je de seinen van de 'vieze' kant en je neemt zo'n sein op of je belt iemand indien nodig. Dat mocht ik gelijk doen, de achterwacht van de anesthesiemedewerker bellen om te komen.

Nadat we ons in het isolatiepak hadden gehesen ritsten we de tent van de afdeling open en stonden we al snel bij de doodzieke patiënt. De sfeer die er was kon je bijna pakken. De onmacht kon je in ieders ogen lezen. Het was net of ik in een slechte film zat. De patiënt was nog aanspreekbaar, maar hapte naar adem. Alle medicatie om hem te laten slapen werd opgetrokken. Inmiddels was er een ic-verpleegkundige aangeschoven. Er liepen meerdere mensen daar en ondanks zoveel jaren NWZ kende ik ze echt niet allemaal! Een verpleegkundige van locatie Den Helder was erbij en ook, volgens mij, een arts die gelaten toekeek hoe het intubatieteam het overnam. Er was een mooie cohesie tussen alle medewerkers van het NWZ. Naast de professionele zorg was er ook aandacht voor elkaar. Iedereen liet elkaar in zijn waarde en kon daardoor zijn deel bijdragen aan deze gebeurtenis.

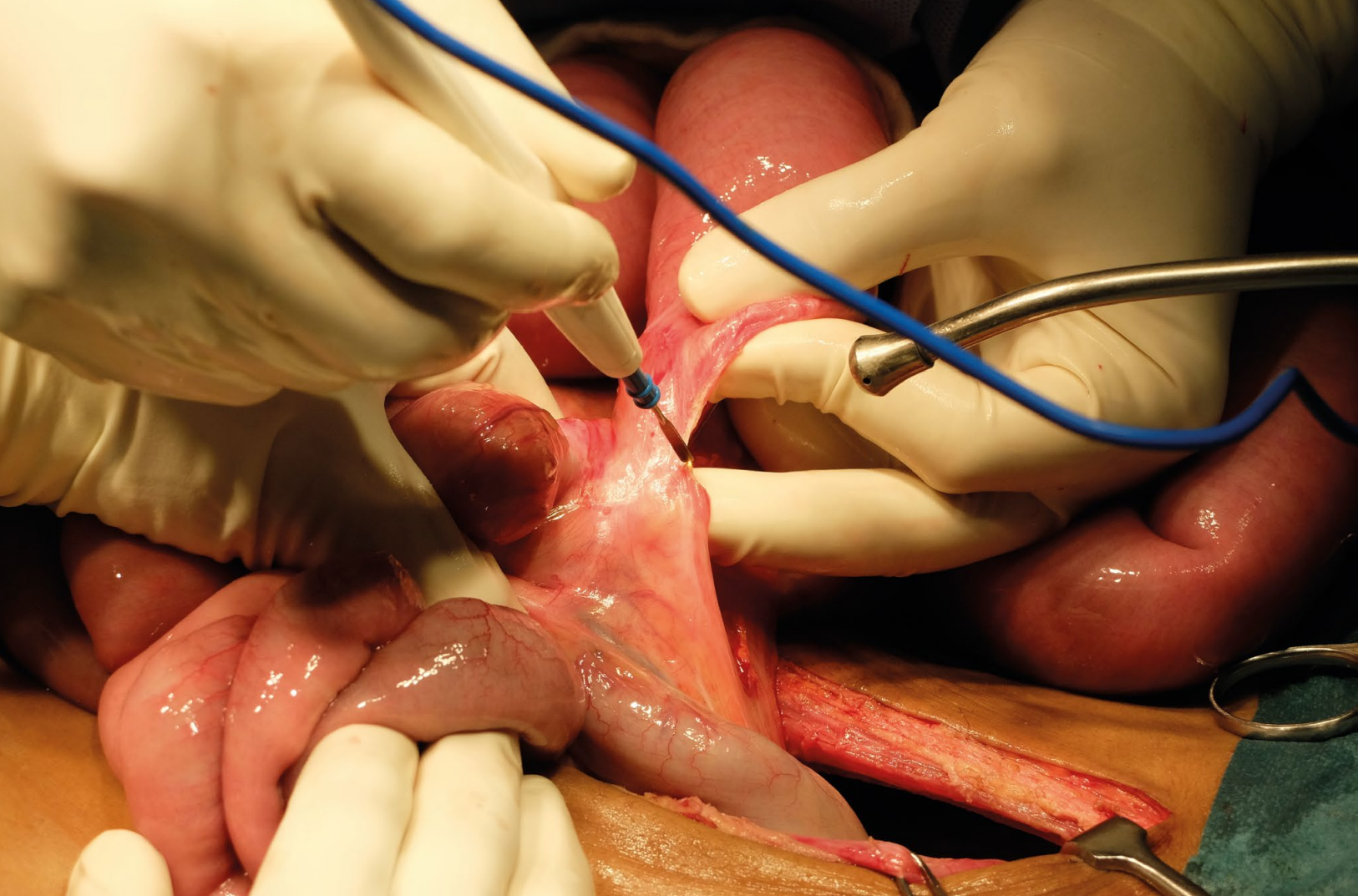


De anesthesist legde heel rustig aan de angstige man uit dat hij zo dadelijk ging slapen, net als voor een operatie. Af en toe moest ik wat aangeven, bijvoorbeeld een yankauer (zuigbuis) of een spuitje NaCl. Ineens zag ik dat ze overgingen naar een reanimatie-setting! O nee hè ... wat een klotevirus ook, zei een verpleegkundige. Er werd gevraagd om atropine en daarna om adrenaline, die ik snel optrok, moest ik dat eigenlijk wel doen? Maar het leek normaal dat ik het deed, en dan doe je dat. 'Nog een keer adrenaline 1 milligram!!' En nog een keer werd het gezegd, o ja ... CRM Tanneke, dus ik riep: 'Adrenaline komt eraan.' Gelukkig was er snel weer een hartritme en was de patiënt gereed om vervoerd te worden.

Snel alle telefoons en seinen bij elkaar geraapt, waren er echt heel veel, en snel de cohorttent uit richting lift, jemig wat had ik het warm ... met pasjes de deuren openen, en voor een andere deur moest ik de portier bellen om die te ontgrendelen, nou ik kan je vertellen dat bellen met een FFP2-masker op, handschoenen aan en een lijf vol adrenaline niet zo makkelijk is, maar al snel waren we op de ic waar de arme man verder opgelijnd werd. Nu had ik alle tijd om te observeren, mijn enige taak was nu nog om de seinen te beheren. Ook hier was het alsof je in een slechte film zit. Allemaal doodzieke mensen in bed, aan de beademing en met alle toeters en bellen.

Brrrrr, wanneer eindigt deze nare droom? En toch ... ik ben blij dat ik kan helpen, thuiszitten en weten dat er zo knetterhard gewerkt wordt in het NWZ is psychisch ook zwaar, nee laat mij dan maar mijn rol pakken in deze boze droom.

Tanneke Goverse is verpleegkundige (verkoever-ic) en lid van de ondernemingsraad bij de Noordwest Ziekenhuisgroep (NWZ). Tanneke staat rechts op de foto samen met haar collega Karin van Heuven van Staereling-Barnhoorn.



Systemische absorptie van toxische rookpartikels in laparoscopie

Randy Juhariato werd met zijn scriptie: De schadelijkheid van chirurgische rook voor patiënten in een laparoscopische setting de winnaar van de Young Professional Award. In dit artikel lees je een samenvatting van zijn onderzoek.

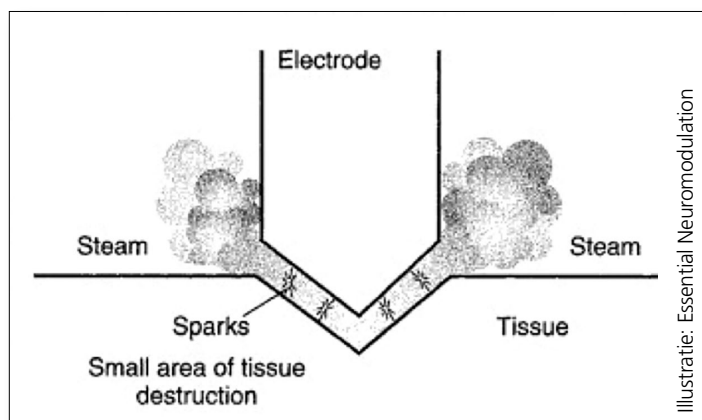
Tekst: Randy Juhariato, operatieassistent in het Dijklander Ziekenhuis (Purmerend/Hoorn)
Hoofdfoto: Shutterstock. Op de foto is diathermie te zien tijdens een open ingreep.

De meeste onderzoeken naar het gevaar van diathermische rook zijn vooral gericht op het effect van deze rook op OK-personeel tijdens een open chirurgische procedure. Deze rook zou ook schadelijk kunnen zijn voor een patiënt tijdens een kijkoperatie door de systemische absorptie. Echter, de samenstelling en de

eigenschappen van de rookpartikels komen voornamelijk beperkt aan de orde in literatuur. Dit heb ik nader onderzocht in mijn afstudeerscriptie. Tevens werp ik in dit artikel een blik op de aandachtspunten wat betreft het rookmanagement in het kader van de covid-19-pandemie.

Laparoscopische rook

Van de huidige mogelijkheden voor een chirurgische behandeling is een therapeutische benadering door middel van een kijkoperatie de eerste keuze. Voorbeelden hiervan zijn laparoscopische cholecystectomieën en laparoscopische appendectomieën.¹ Vooral bij therapeutische laparoscopie zijn weefselmanipulaties, splijtingen of resecties nodig. Daarbij wordt diathermie toegepast om bloedingen te stelpen en weefsels te snijden. Bij de toepassing van een coagulatie-instrument op een bepaald weefsel komt er warmte vrij. Door de warmteontwikkeling verdampt de weefselvloeistof en denatureren de eiwitstructuren.² Hierdoor ontstaan partikels die zich in de vorm van een rookpluim in de buikholte verspreiden (figuur 1: steam).



Figuur 1. Rookpluim.

Samenstelling rookpartikels

De ontstane rookpluim wordt opgevangen en geanalyseerd door middel van een Gas Chromatography-Mass Spectrometry (GC-MS). Uit onderzoek is gebleken dat diathermische rook in laparoscopische setting meer dan veertig chemische substanties bevat.³ Drie hiervan zet ik verder uiteen: 2,3,7,8-tetrachloordibenzo-p-dioxine, benzeen en toluen.

2,3,7,8-tetrachloordibenzo-p-dioxine

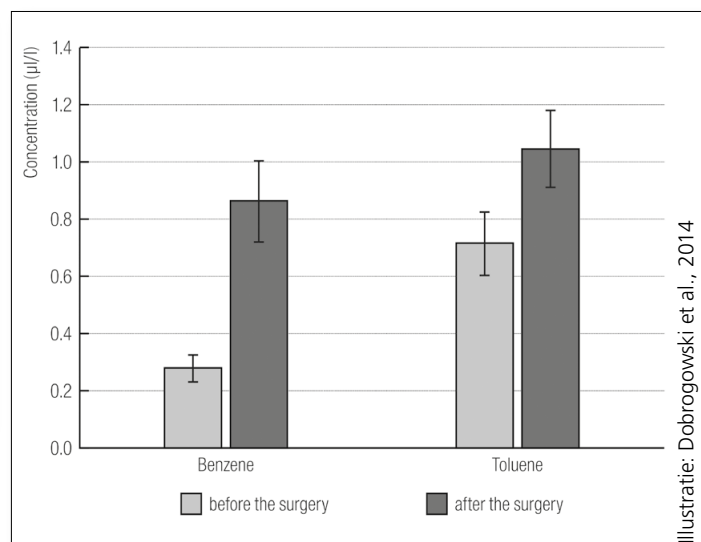
In tegenstelling tot andere onderzoeken heeft het onderzoeksteam, dat onder leiding staat van Milosz Dobrogowski, de aanwezigheid van het carcinogeen 2,3,7,8-tetrachloordibenzo-p-dioxine geïdentificeerd. Deze stof vertoont tevens foetotoxische effecten.³

Benzeen

Het International Agency for Research on Cancer (IARC) heeft benzeen aangemerkt als een groep 1-carcinogene substantie.⁴ Benzeen schijnt een genotoxische werking te hebben, wat inhoudt dat deze stof een verandering aan de DNA-structuur in een organisme teweegbrengt. Uit onderzoek blijkt namelijk dat benzeen schadelijk is voor beenmergstructuren en cellen die bloed aanmaken.⁵ Bij langdurige blootstelling aan benzeen kunnen symptomen ontstaan als hoofdpijn, lichaamsverzwakking, verminderde eetlust en vermoeidheid.⁵

Tolueen

Volgens de classificatie van IARC is toluen een groep 3-substantie.⁴ Uit onderzoek blijkt dat deze stof negatieve effecten heeft op de neurale ontwikkeling van een ongeboren kind als de moeder tijdens de zwangerschap substanties gebruikt die toluen bevatten.⁵ De negatieve effecten zijn dysfunctie van het centrale zenuwstelsel en spanningsboog- en mentale deficiëntie.⁶ In de rookpluim is onder andere het carcinogeen formaldehyde terug te vinden, net als ethylbenzeen, dat mogelijk carcinogene effecten heeft.



Figuur 2. Concentratietoename.

Systemische absorptie

Hetzelfde onderzoeksteam onder leiding van Dobrogowski beschrijft de systemische absorptie van de rookpartikels. Dit onderzoek berust op het idee dat de toxische stoffen bij systemische absorptie terug te vinden moeten zijn in de urinesecretie. Aan dit onderzoek hebben 69 vrouwen en 13 mannen deelgenomen, die allen een laparoscopische cholecystectomie hebben ondergaan. De concentratie van benzeen, toluen en ethylbenzeen is voorafgaand aan de operatie geregistreerd en vergeleken met de postoperatieve concentratie van deze stoffen. De resultaten laten zien dat de postoperatieve concentratie van benzeen drie keer zo hoog als ervoor was en dat de concentratie van toluen ook was toegenomen. Deze resultaten zijn weergegeven in figuur 2. Hetzelfde geldt voor ethylbenzeen, waarvan de postoperatieve concentratie 1,2 keer hoger bleek.³ Dit onderzoek toont aan dat daadwerkelijk absorptie van deze toxische stoffen heeft plaatsgevonden. Echter, de concentraties van de stoffen zijn op basis van urinesecretie bepaald, wat de totale geabsorbeerde hoeveelheid van deze stoffen door het lichaam niet volledig

weerspiegelt. De totale absorptie van de genoemde schadelijke stoffen ligt hoogstwaarschijnlijk hoger.³

Koolmonoxide in laparoscopie

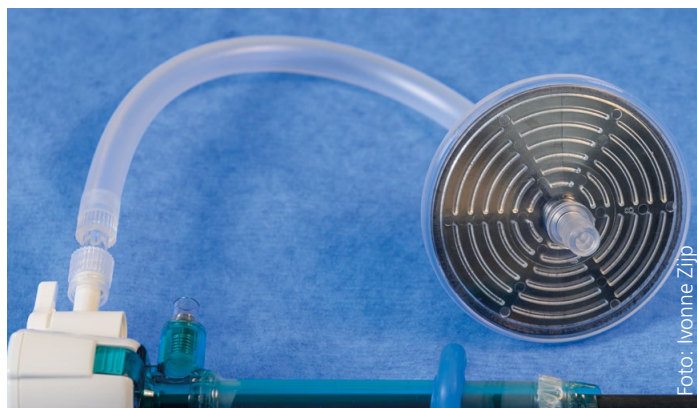
Naast de genoemde chemicaliën moeten chirurgische teams ook bedacht zijn op koolmonoxide (CO) die vrijkomt binnen in het abdomen tijdens het laparoscopisch disseceren. Dit komt tot stand doordat de coagulatie in het abdomen in een zuurstofloze omgeving plaatsvindt, namelijk CO₂-pneumoperitoneum. De Amerikaanse organisatie Environmental Protection Agency (EPA) heeft de toegestane blootstelling aan CO vastgesteld op een maximaal aanvaardbare concentratie van 200 ppm (parts per million).⁷ De Occupational Safety and Health Administration (OSHA) hanteert een andere richtlijn voor deze blootstelling, namelijk 400 ppm per 15 minuten.⁸

In een onderzoek tijdens een laparoscopische cholecystectomie steeg de CO-concentratie echter van 4,7 ppm naar gemiddeld 326 ppm, met een piekwaarde van 686 ppm.⁹ In een andere studie zijn 25 patiënten geobserveerd die een Laparoscopic Video Assisted Hysterectomie ondergingen. Al binnen twee minuten na de activatie van dissectietang steeg het CO-gehalte naar 425 ppm.¹⁰ Dit laat zien dat deze waarden de toegestane concentraties overschrijden. Een toename van CO tot een toxisch niveau kan leiden tot CO-vergiftiging. Een dergelijke vergiftiging kan leiden tot symptomen als hoofdpijn, duizeligheid, misselijkheid, dyspnoe, verminderde motorieke coördinatie en een afname van het beoordelingsvermogen. Naast deze symptomen kunnen bijvoorbeeld ook tachycardie, tachypnoe, myocard ischemie en verminderde cognitieve capaciteit optreden.¹¹ Een verhoogd CO-gehalte zorgt er ook voor dat het carboxyhemoglobine (COHb)-gehalte in het bloed toeneemt.⁹ In essentie geldt: hoe hoger het COHb-gehalte, hoe groter het zuurstoftekort in de weefsels.¹²

Alternatieven voor rookevacuatie

Uit voorgaande blijkt dat de schadelijkheid van diathermische rook in een kijkoperatie reëel is. Er zijn drie mogelijkheden om rook te evacueren die zich in de buikholte bevindt en die het beschreven probleem ondervangen. De eerste mogelijke interventie is om de trocarcannule peroperatief open te zetten. Hierdoor ontstaat intra-abdominale druk, waarmee de rookpartikels als het ware naar buiten geperst worden. Wanneer de outflow uit de trocarcannule constant gericht is op dezelfde zijde of steeds in de richting van hetzelfde lid van het chirurgisch team uitstroomt, is dit niet bevorderlijk voor hun gezondheid. Mogelijke gevolgen zijn luchtwegirritaties en de overdracht van infectieuze stoffen door de lucht.¹³

Daarnaast kan ervoor worden gekozen om een laparoscopische zuigerij te gebruiken. Hiermee wordt de laparoscopische zuigbuis handmatig bediend om vrijkomende rook, bloed of vocht in de buik weg te zuigen. Het nadeel van deze handeling is dat de zuigkracht van het zuig-spoelsysteem groter is dan de inflow van de insufflatie. Bij continu zuigen wordt tevens het pneumoperitoneum langzamerhand opgeheven. Daarbij komt dat een hand van een assistent nodig is om het systeem te bedienen.



Figuur 3. DispoMedical Smoke Filter.

De efficiëntste en betrouwbaarste oplossing om de schadelijkheid van diathermische rook in de laparoscopische setting te beperken, is het toepassen van een rookmanagementsysteem. Dit kan zijn in een vorm van een disposable rookfilter. Een andere vorm hiervan is een geautomatiseerd apparaat, waarin de regeling tussen gasinsufflatie en rookevacuatie processorgestuurd wordt gerealiseerd. Een rookmanagementsysteem absorbeert namelijk vrijwel direct de geproduceerde rook. Hierdoor kan de schade aan de patiënt door systemische absorptie tot nihil worden teruggebracht. De nadelen van de overige interventies worden geëlimineerd bij de toepassing van een laparoscopisch rookmanagementsysteem.

Conclusie en aanbeveling

Het is vastgesteld dat in diathermische rook meer dan veertig soorten stoffen terug te vinden zijn, waaronder benzeen en 2,3,7,8-tetrachloordibenzo-p-dioxine.³ Deze stoffen zijn carcinogeen.⁵ In een onderzoek op basis van postoperatieve urinesecretie is de systemische absorptie van de stoffen benzeen, ethylbenzeen en toluen bewezen.³ Deze absorptie kan leiden tot koolmonoxidevergiftiging,



Figuur 4. Geïmplementeerd bij kijkoperaties.

met een toename van het carboxyhemoglobinegehalte en hypoxie bij de patiënt als gevolg.⁹

Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, is een nota van aanbeveling opgesteld voor locatie Purmerend van het Dijklander Ziekenhuis. Aan de hand van een vergelijkend onderzoek is een afweging gemaakt tussen verscheidene rookmanagementsystemen. Op basis van de toepassingsmogelijkheden, de efficiëntie, de klinische relevantie, het kostenaspect en de gebruikerservaringen is het PneumoClear-systeem van de firma Stryker aanbevolen.

Gezien de forse investering die voor de aanschaf van het PneumoClear-systeem nodig is, kon de aanbeveling uiteindelijk niet gerealiseerd worden. Echter, de directie heeft de beschreven probleemstelling serieus genomen en is overgegaan tot de aanschaf van disposable rookfilters, de in figuur 3 weergegeven DispoMedical Smoke Filter. De rookfilters hebben hun plek in de stelling gekregen, wat te zien is in figuur 4. Dit geldt voor zowel locatie Purmerend als locatie Hoorn van het Dijklander Ziekenhuis. Verder is het implementatievoorstel gerealiseerd, wat betekent dat deze rookfilters in gebruik worden genomen bij alle laparoscopische ingrepen waarbij rookvorming plaatsvindt.

Actualiteit rondom covid-19

'So all a man could win in the conflict between plague and life was knowledge and memories.' - Albert Camus, French writer and philosopher, in 'The Plague', 1947.

De Federatie Medisch Specialisten heeft recent een document gepubliceerd in het kader van ingrepen in een laparoscopische setting en covid-19. Alle momenten waarop het pneumoperitoneum uit de buikholte kan ontsnappen, zijn thans potentiële risicomomenten voor transmissie van het covid-virus op het OK-team. Dit geldt onder andere voor de totstandbrenging van het pneumoperitoneum, de inbreng, wisseling en verwijdering van trocars en instrumenten, en de desufflatie van het pneumoperitoneum. Bij de toepassing van elektrochirurgie wordt men geacht een zo laag mogelijk vermogen te gebruiken dat past bij het beoogde doel. Ook is het gewenst lange activatie van de apparaten op dezelfde plek te vermijden in verband met meer rookontwikkeling.¹⁴ Chirurgische rook in een pneumoperitoneum moet zo veel mogelijk weggezogen worden, zeker voor het eind van de operatie of voordat eventueel geconverteerd wordt naar een laparotomie. In de literatuur wordt het gebruik van filters voor chirurgische rook, waardoor de rook zo min mogelijk in de operatiekamer terecht komt, aanbevolen. Ook wordt geadviseerd de incisiepoorten voor de trocars zo klein mogelijk te maken om luchtontsnapping rond de trocars te voorkomen, het chimney-effect.¹⁵ Er heerst geen consensus in de literatuur over het verschil in risico van chirurgische rook bij laparoscopie en laparotomie, specifiek in het kader van SARS-CoV-2-transmissie. De meeste artikelen beschrijven echter dat de aerosolen door het gebruik van een pneumoperitoneum meer geconcentreerd zijn, waardoor de concentratie waarschijnlijk hoger is dan bij een laparotomie.¹⁴

Literatuur

1. Kalisingh, SS. Endoscopische Chirurgie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2009. Hoofdstuk 12 en 19.
2. Van Reekum, J. Operatieve zorg en technieken: elektrochirurgie. Oosterbeek: Veres; 2014.
3. Dobrogowski M, Wesolowski W, Kucharska M, Sapota A, Pomorski LS. Chemical composition of surgical smoke formed in the abdominal cavity during laparoscopic cholecystectomy. *Int J Occup Med Environ Health*, 2014 Apr;27(2): 314-325.
4. World Health Organization. List of classifications [Internet]. Beschikbaar op <https://monographs.iarc.fr/list-of-classifications-volumes/>
5. Ulmer BC. The Hazards of Surgical Smoke. *AORN Journal*, 2008 Apr;87(4):721-738.
6. Donald JM, Hooper K, Hopenhayn-Rich C. Reproductive and developmental toxicity of toluene: a review. *Environ Health Perspect*. 1991 Aug;94(1):237-244.
7. California Air Resources Board. EPA Carbon Monoxide & Health [Internet]. Beschikbaar op <https://www2.arb.ca.gov/resources/carbon-monoxide-and-health>
8. United States Department of Labor. Permissible exposure limits [Internet] Available from <https://www.osha.gov/dsg/annotated-pels/>
9. Esper E, Russell TE, Coy B, Duke BE, Max MH, Coil JA. Transperitoneal Absorption of Thermocautery-Induced Carbon Monoxide Formation During Laparoscopic Cholecystectomy. *Surg Laparosc, Endosc*, 1994 Okt;4(5):333-335.
10. Ott DE. Smoke production and smoke reduction in endoscopic surgery: preliminary report. *Endosc Surg Allied Technol*, 1993 Aug;1(4):230-232.
11. Vreman HJ, Mahoney JJ, Stevenson DK. Carbon monoxide and carboxyhemoglobin. *Adv Pediatr*, 1995;42:303-334.
12. Hegger C, Sangster B, Savelkoul T. Intoxicatie met koolmonoxide. *Ned Tijdsch Geneesk*, 1991 Jan;135:113-116.
13. Brown S, Dunn L. Diathermy smoke: hazardous to health? *J Op Depart Prac*, 2018 Apr;1(2):60-64.
14. Federatie Medisch Specialisten. Standpunt Laparoscopie en COVID-19. <https://www.nvgic.nl/file/2020/04/Multidisciplinair-standpunt-Laparoscopie-en-COVID-19.pdf>
15. SAGES AND EAES RECOMMENDATIONS REGARDING SURGICAL RESPONSE TO COVID-19 CRISIS. <https://www.sages.org/recommendations-surgical-response-covid-19/>

De BIG-aanvraag: wat is er al gebeurd en wat gaat er nog gebeuren?

Tekst: Nicole Dreesen en Marja Versantvoort
Foto's: Ivonne Zijp

Wat is onze gezamenlijke visie op het beroep operatieassistent?

Even een terugblik naar 2012, toen bovenstaande vraag gesteld werd. De LVO had het initiatief genomen voor een bijeenkomst met verschillende betrokken instanties: NVZ, NFU, CZO, NVLO.

Op deze bijeenkomst kwam de volgende vraag naar voren: Hoe ziet het beroep er in 2020 uit om de kwantiteit en de kwaliteit van operatieassistenten te kunnen waarborgen? Deze vraag ontstond na de publicatie van het nieuwe beroepsprofiel, maar ook door de toen actuele problematiek rondom het beroep, zoals schaarste op de arbeidsmarkt en de inzet van buitenlandse medewerkers. De LVO heeft in 2012 een actueel en op de toekomstgericht beroepsprofiel van de operatieassistent ontwikkeld. Reeds ingezette en te verwachten ontwikkelingen vereisten een herbezinning op het beroep, om zowel de kwaliteit als de kwantiteit van operatieassistenten te kunnen blijven waarborgen. Met dit beroepsprofiel had de LVO een eerste stap gezet om zich samen met de betrokken partijen hiervoor in te zetten. Erkenning van het beroep van operatieassistent en het verkrijgen van een hbo-status was hierbij een belangrijk aandachtspunt.

Als je naar bovenstaande terugblik kijkt, krijg je het gevoel dat er niets is veranderd. Er is nu ook een tekort aan operatieassistenten en het beroep operatieassistent is nog steeds niet in de Wet BIG opgenomen. Toch is er in de tussentijd veel gebeurd. Naar aanleiding van het beroepsprofiel zijn nieuwe eindtermen voor de opleiding vastgesteld. Daarna heeft het CZO in samenspraak met



de LVO in 2013 een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheid tot niveau-inschaling van de opleiding operatieassistent. Na gesprekken te hebben gevoerd met verschillende ministeries, hogescholen en inschalingsorganisaties, kon de conclusie worden getrokken dat een procedure bij het Nationaal Coördinatiepunt NLQF (NCP NLQF) de snelste en meest kansrijke optie was. Het resultaat is dat de opleiding is ingedeeld in niveau NLQF 6 (bachelorniveau).

De kern van het beroep is ondertussen in de praktijk al uitgekristalliseerd, het is een specifiek beroep waarbij een steeds groter beroep zal worden gedaan op zelfstandigheid van handelen en belangrijke algemene hbo-competenties als professionaliteit en

innovatievermogen. Operatieassistenten hebben een cruciale rol in het operatieve proces. Bij deze zorg bestaat een grote kans op fouten met soms zeer ernstige consequenties voor de patiënt. Tevens voeren ze naast verpleegkundige en technische handelingen ook medische handelingen uit.

Waarom een BIG-aanvraag?

Door de constante ontwikkelingen op technologisch, medisch en zorginhoudelijk gebied zijn de taken en de benodigde kennis van operatieassistenten complexer en gespecialiseerder geworden, en krijgen ze steeds meer verantwoordelijkheden. Door taakverschuivingen en deze technologische ontwikkelingen nemen operatieassistenten steeds meer taken over van specialisten.

Operatieassistenten verrichten zelfstandig heelkundige en voorbehouden handelingen, zoals introduceren van een trocar bij laparoscopische operaties/robotchirurgie, plaatsen van klemmen, clips en of autosuture op organen, blaaskatheterisatie, aanleggen van bloedleegte en röntgendoorlichting. Soms worden zelfs kleine operaties uitgevoerd, zoals het uitnemen van venen. En ook gedeelten van een operatie, zoals bijv. het verwijderen van huid en hechten van subcutis/ huid bij operaties terwijl de operateur hier niet meer bij aanwezig is. Deze handelingen worden in de praktijk nu wel uitgevoerd door de operatieassistent, maar ze zijn bij wet niet goed geregeld en geborgd.

De LVO heeft meermaals overleg gehad (in 2013, 2015, 2017 en 2019) met het ministerie in verband met de vraag hoe kunnen we dit regulariseren. In 2019 heeft minister Bruins aangegeven dat hij onderschrijft dat operatieassistenten een belangrijke rol vervullen 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.

Vanwege de patiëntveiligheid en bescherming van het beroep ziet de LVO een BIG-registratie als noodzakelijk. Daarnaast moet een kwaliteitsregister naast bescherming van het beroep ook ondersteuning bieden voor het bewaken van de kwaliteit van de beroepsbeoefenaar.

Er is een aanvraag gedaan voor een BIG-registratie volgens artikel 3 voor functionele zelfstandigheid voor enkele voorbehouden handelingen tot het verrichten van heelkundige handelingen (hierbij kun je denken aan coaguleren, doornemen van structuren, knopen/hechten, boren etc., katheterisaties, injecties, puncties en defibrillatie). Voor functionele zelfstandigheid is gekozen

omdat de operatieassistent namelijk wel zelfstandig, maar altijd in opdracht van de specialist of indirect via protocol, de handelingen uitvoert.

Achtergrond Wet BIG

Sinds 1997 is de Wet BIG van kracht en is de beroepsmatige uitvoering van de individuele gezondheidszorg in principe vrij voor iedereen. Het uitgangspunt van de Wet BIG dat een beroep niet wordt opgenomen tenzij dit noodzakelijk is om patiënten adequaat te beschermen tegen onzorgvuldig en/of ondeskundig handelen. In de volksmond wordt dit vaak het 'nee, tenzij'-principe genoemd. Om deze reden zijn de meeste beroepen in de individuele gezondheidszorg niet opgenomen in de Wet BIG.

Met dit uitgangspunt in gedachten is de doelstelling van de Wet BIG tweeledig: 1) het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, en 2) het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg.

Criteria opname Wet BIG

Een beroep kan op verschillende manieren worden opgenomen in de Wet BIG. Er is het zogenaamd 'zware regime' (artikel 3 beroepen) en het 'lichte regime' (artikel 34 beroepen). Ook is het mogelijk een beroep bij wijze van experiment tijdelijk op te nemen in de Wet BIG middels het 'experimenteerartikel' (artikel 36a beroepen).

Voor beroepen in het 'zware regime' (artikel 3) geldt een beschermde beroepstitel, is het tuchtrecht van toepassing en is het mogelijk om een zelfstandige bevoegdheid voor voorbehouden handelingen toe te kennen. Deze beroepsgroepen zijn verplicht zich elke vijf jaar te (her)registreren in het BIG-register. Voorbeelden van beroepen in het 'zware regime' zijn: artsen, apothekers en verpleegkundigen.

Voor beroepen in het 'lichte regime' (artikel 34) geldt alleen een beschermde opleidingstitel. Voorbeelden van beroepen in het 'lichte regime' zijn: diëtisten, huidtherapeuten en raddiagnostisch laboranten.



Voor beroepen in het 'experimenteerartikel' (artikel 36a) geldt dat zij tijdelijk zijn opgenomen in het BIG-register in het kader van taakherschikking voor een periode van vijf jaar. Tijdens deze periode vindt er een onafhankelijk evaluatieonderzoek plaats om te bepalen of het beroep definitief moet worden opgenomen in het 'zware regime' (artikel 3 van de Wet BIG). Voorbeelden van beroepen waarmee momenteel geëxperimenteerd wordt zijn: bachelor medisch hulpverlener en mondhygiënist.

Voor opname van een beroep in de Wet BIG (artikel 3, 34 of 36a) moet in ieder geval aan drie criteria worden voldaan, waarbij verschillende overwegingen van toepassing zijn.

De criteria zijn:

1. Is het beroep gericht op de individuele gezondheidszorg?
2. Is het beroep een basisberoep en is het voldoende onderscheidend?
3. Is wettelijke regulering van het beroep noodzakelijk om patiënten adequaat te beschermen?

Voldoet een beroep aan deze criteria, dan vindt daarna een afweging plaats of het beroep in aanmerking komt voor opname in het 'lichte' of in het 'zware regime'.

Het Zorginstituut adviseert de minister van Medische Zorg en Sport of een beroep voldoet aan de criteria. Voor meer informatie over de criteria en de overwegingen die



Overzicht van wat de Wet BIG regelt

	'Zwaar regime' (artikel 3) (Bijv. arts, verpleegkundige, tandarts)	'Licht regime' (artikel 34) (Bijv. diëtist, apothekers-assistent)	'Specialisten' (artikel 14) (Bijv. cardiologie, huisartsgeneeskunde)	'Experiment' (*) (artikel 36a) (Bijv. bachelor medisch hulpverlener)	Andere zorgprofessionals (Bijv. dokters-assistent, chiropractor)
Wettelijk beschermde beroepstitel	+	-	+	-	-
Verplichte registratie	+	-	+	+	-
Tuchtrecht	+	-	+	+	-
Wettelijk beschermde opleidingstitel	-	+	-	-	-
Mogelijkheid tot het toekennen van zelfstandige bevoegd tot voorbehouden handelingen	+	-	+	+	-
Mogelijkheid tot het toekennen van functionele zelfstandige bevoegdheid tot voorbehouden handelingen	+	+	+	-	-

(*)Voor zover bij AMvB geregeld. Bron: Zorginstituut Nederland.

daarbij van toepassing zijn zie: <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-opname-beroepen-en-erkenning-specialistentitels-in-de-wet-big/de-wet-big-achtergrondinformatie>.

Wat zijn de rol en de werkwijze van het Zorginstituut?

Het Zorginstituut is een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) en heeft een wettelijk opgedragen takenpakket. Sinds 2018 adviseert het Zorginstituut de minister van Medische Zorg en Sport (MZS), op verzoek, over het opnemen van beroepen in de Wet BIG. Het Zorginstituut heeft hiervoor een speciaal team geformeerd.

Een verzoek voor opname van een beroep moet door een beroepsvereniging formeel worden ingediend bij de minister. De minister vraagt vervolgens het Zorginstituut om het verzoek te beoordelen aan de hand van de beleidslijn van VWS (zoals hierboven beschreven) en hierover een advies uit te

brenge. Door middel van werkbezoeken, gesprekken met experts en aanpalende partijen en het verrichten van (literatuur) onderzoek bekijkt het Zorginstituut in hoeverre voldaan wordt aan de criteria. Een conceptadviesrapport wordt voorgelegd aan de aanpalende partijen (waaronder de verzoekende partij), waarna het adviesrapport definitief wordt vastgesteld. Er geldt geen wettelijke termijn, maar het Zorginstituut streeft ernaar een advies binnen acht maanden uit te brengen.

De minister beslist vervolgens of het advies wordt overgenomen. Indien de minister beslist om een beroep op te nemen in de Wet BIG, zal er een wetstraject (wetswijziging) worden ingezet. Dit kan enkele jaren duren.



Toekomstvisie Wet BIG

In december 2019 heeft de minister aangekondigd om, samen met de veldpartijen, te verkennen in hoeverre de Wet BIG toekomstbestendig is. De minister heeft hiervoor een stuurgroep in het leven geroepen. Het doel van de stuurgroep is om te komen tot een langetermijnvisie op de Wet BIG. De minister wil de Tweede Kamer hierover na de zomer van 2020 verder informeren.

Nieuwe verzoeken voor opname van beroepen in de Wet BIG worden hierdoor vooralsnog opgeschort, met uitzondering van die verzoeken waarvan de minister het Zorginstituut al heeft gevraagd om een advies. Dit betreffen in totaal zes verzoeken, waarvan het verzoek van de LVO er een is.

Relatie verzoek LVO met Evaluatieonderzoek BMH

Het evaluatieonderzoek m.b.t. de inzet van de bachelor medisch hulpverlener (BMH) en het advies van het Zorginstituut over het verzoek van de LVO om de operatieassistent op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG staan los van elkaar.

De BMH is, voor een periode van vijf jaar, opgenomen in de Wet BIG. Gedurende deze periode loopt er een onafhankelijk evaluatieonderzoek naar de doeltreffendheid en doelmatigheid van het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan de BMH voor het uitvoeren van enkele voorbehouden handelingen. Indien het evaluatieonderzoek uitwijst dat het doeltreffend en doelmatig is, kan de BMH definitief worden opgenomen in de Wet BIG. Het evaluatieonderzoek wordt uitgevoerd door het Maastricht UMC+.

BMH's met het uitstroomprofiel 'operatieve zorg' worden vaak ingezet als operatieassistent. Het onderzoeksteam wil daarom data verzamelen bij operatieassistenten om deze te kunnen extrapoleren naar de BMH met het uitstroomprofiel operatieve zorg. Om deze reden heeft het LVO verschillende oproepen gedaan mee te werken aan het evaluatieonderzoek, aangezien we in de praktijk dezelfde taken uitvoeren. De BMH's operatieve zorg worden ook tijdens hun stage begeleid door een operatieassistent.

Wat is de huidige status van de BIG-aanvraag?

In mei 2017 heeft de LVO formeel een verzoek ingediend bij de minister. In april 2019 heeft de minister het Zorginstituut gevraagd het verzoek te beoordelen en hierover te adviseren. In mei, september en december 2019 is er overleg geweest tussen het Zorginstituut en de LVO. In januari 2020 heeft er nog een gesprek plaatsgevonden en heeft de LVO haar verzoek aangevuld.

In februari 2020 is het Zorginstituut officieel begonnen met het adviestraject. Dit bevindt zich nu in een opstartfase, waarin werkbezoeken en gesprekken met aanpalende partijen worden ingepland. Ook is begonnen aan het (literatuur)onderzoek en het verzamelen van achtergrondinformatie. In dat verband was het Zorginstituut ook aanwezig op het LVO-congres.

Impact coronacrisis

Door de coronacrisis is het aannemelijk dat het adviestraject vertraging oploopt. Zo zijn geplande werkbezoeken afgelast en is het moeilijker om gesprekken met aanpalende partijen te organiseren. Samen met de LVO bekijkt het Zorginstituut wat wel mogelijk is. Het Zorginstituut streeft er nog steeds naar om het adviesrapport in het najaar van 2020 uit te brengen aan de minister.

Heeft u vragen?

Neem dan contact op met beroepsbelang@lvo.nl.

Voor meer achtergrondinformatie: www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-opname-beroepen-en-erkenning-specialistentitels-in-de-wet-big/de-wet-big-achtergrondinformatie.

LVO herzielt Beroepsprofiel

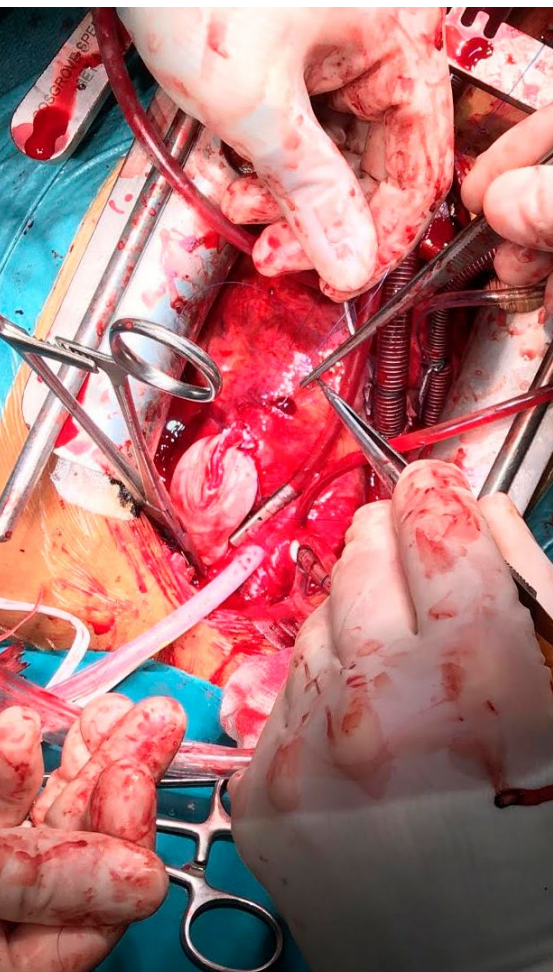
Momenteel is de LVO-druk bezig met de herziening van het Beroepsprofiel. In 2012 verscheen dit document voor het eerst. Omdat wij de ontwikkelingen rond de BIG-registratie hierin willen opnemen, zal de herziening waarschijnlijk eind 2020 uitkomen. We houden je op de hoogte.

Unieke operatie bij pulmonale hypertensie

Shunt tussen longslagader en aorta voor vlotte bloedafvoer

Kimberly van Soest (22) kan weer de trap op lopen zonder helemaal buiten adem te raken. Dat komt door een bijzondere operatie waarbij een verbinding, een shunt, is geplaatst tussen de aorta en de longslagader. Dit was de eerste shuntoperatie voor chirurg Petr Symersky en longarts Harm Jan Bogaard van het Amsterdam UMC bij een jongvolwassene met pulmonale hypertensie.

Tekst: Ingrid Lutke Schipholt



De witte structuur linksonder op de foto is de shunt die op de longslagader is aangesloten.

Pulmonale hypertensie (PH) – hoge bloeddruk in de longen – is een gemene aandoening met ernstige gevolgen. De hoge bloeddruk in de longvaten is van invloed op de werking van het hart. Vooral de rechterkamer van het hart moet harder werken om het bloed richting de longen te pompen. Deze extra krachtsinspanning maakt de spierwand van de rechter hartkamer dikker en de kamer zelf groter. Uiteindelijk gaat de hartpompfunctie achteruit en ontstaat hartfalen.

Hoogleraar experimentele longgeneeskunde Harm Jan Bogaard hoorde tijdens een congres in de VS over een mogelijke oplossing: de plaatsing van een shunt tussen de longslagader en de aorta waardoor een extra uitgang komt om bloed weg te pompen. Dat zou het hart verlichting kunnen bieden. 'De shunt is afkomstig van een halsader van een rund met een klep erin', legt cardio-thoracaal chirurg Petr Symersky uit. 'Deze halsader hebben we in een stuk kunststof gelegd om te voorkomen dat deze kan dilateren op termijn.'

Het is oktober 2019 wanneer deze operatie voor het eerst in Nederland wordt uitgevoerd in de VUmc-locatie van het Amster-

dam UMC. Wereldwijd is de operatie, met naar schatting vijftig sessies, zeldzaam te noemen. Helemaal bijzonder is dat deze operatie bij een 21-jarige is uitgevoerd; zij is daarmee de tweede volwassene ter wereld met PH die deze ingreep onderging. De operatietechniek is afkomstig uit de kindergeneeskunde. Symersky: 'Bij pasgeborenen is er een natuurlijke open verbinding, de ductus, tussen de longslagader en de aorta. Die opening sluit zich vlak na de geboorte. Het blijkt dat patiënten met een aangeboren hartafwijking waarbij die verbinding open blijft, een veel betere overlevingskans hebben dan patiënten met een hartafwijking waarbij die verbinding gesloten is. Die verbinding functioneert als een overloop naar de normale lichaamscirculatie. Het is daarom te overwegen om deze verbinding weer aan te leggen bij patiënten met PH.'

Er zijn maar een paar centra in Nederland die patiënten met pulmonale hypertensie behandelen. PH van het type dat Kimberly heeft, komt maar bij zo'n 400 patiënten in Nederland voor. Kimberly zat al in een transplantatietraject toen ze kandidaat werd voor de shuntoperatie. Symersky: 'Ze wilde eigenlijk geen transplantatie, omdat ze daarna haar leven lang medicijnen zou

moeten slikken en gevoelig zou zijn voor ziekten. Bij een longtransplantatie is de overleving tussen de zeven en tien jaar, en zo'n transplantatie brengt heel veel met zich mee. Dus als je met een shunt de transplantatie kunt uitstellen, is dat fantastisch.'

De operatie nam een hele werkdag in beslag. Er was een chirurg overgevologen uit de Verenigde Staten om het operatieteam bij te staan. De operatie op zich duurde een uur of vier, maar het finetunen van de medicatie om de circulatie op orde te krijgen was ingewikkeld. Symersky: 'We zijn nog lang bezig geweest met bijsturen totdat ze stabiel genoeg was om naar de ic te gaan. Dat was voor ons allemaal spannend. Daarna volgden nog enkele spannende weken op de intensive care, maar uiteindelijk kon Kimberly in een goede toestand het ziekenhuis weer verlaten.'

Is het mogelijk dat de patiënt in de toekomst alsnog een longtransplantatie te wachten staat? 'Ja, dat zou kunnen, bijvoorbeeld als de rechter harthelft die de enorm hoge druk opbouwt toch slechter wordt. Nu gaat het goed, maar misschien raakt het evenwicht toch verstoord. Dan zou ze op den duur toch weer kortademiger worden. We hebben voorafgaand aan de shuntoperatie nog overlegd met het UMC Groningen, waar ze de transplantaties doen, maar de shunt zou zodanig komen te liggen dat hij niet in de weg zou liggen bij een eventuele longtransplantatie.'

De ervaringen zijn ruim een halfjaar na de operatie positief. Patiënt Kimberly kan weer werken en traplopen zonder veel problemen. Bogaard: 'Het zal wel enige tijd duren voordat deze operatie in Nederland

opnieuw wordt gedaan. Waarschijnlijk zijn slechts enkele patiënten met PH geschikt voor de ingreep.' Het behandelteam heeft nu wel veel kennis opgedaan rond deze

nieuwe techniek en een publicatie is in voorbereiding. Deze publicatie richt zich op de resultaten van inspanningstesten en het medicijngebruik van de patiënt.

Kimberly van Soest (22): 'Ik kan weer een beetje werken!'

'Waarschijnlijk heb ik mijn hele leven al PH gehad. De oorzaak is onbekend. Mijn – inmiddels overleden – nichtje heeft het ook gehad, maar uit tests is niet gebleken dat het in de genen zit. Ze zoeken nu uit of er misschien toch een onbekend gen bij betrokken is. Ze dachten eerst dat ik astma had. Astmamedicatie hielp niet. In mijn pubertijd werd ik steeds kortademiger. Als ik de trap op was gelopen moest ik vijf minuten bijkomen. Op een avond kreeg ik geen lucht meer en belde mijn vriend 112. Uit een hartfilmpje bleek dat mijn hart twee keer zo groot was als zou moeten. Veel onderzoeken later bleek dat het PH was. Ik ging snel achteruit: ik moest zuurstof krijgen via een slangetje in de neus en ik zou op de lijst voor een longtransplantatie komen. Dat zag ik niet zitten. Ik was nog maar 20 jaar, en daarom wilde ik een second opinion. Dokter Bogaard vond mij geschikt voor een experimentele operatie. Dat lag mij wel. Toch mocht ik tot vlak voor de operatie nog afzeggen. Het was een zware operatie. Revalideren was ook zwaar, want ik moest weer leren lopen. Ik woog nog maar 43 kilo, al ben ik niet zo groot, voor mijn lengte veel te weinig. Toch ben ik heel blij dat ik het heb gedaan. Ik kan weer een beetje functioneren en werken.'



Preventie van rugpijn bij operatieassistenten: kunnen exoskeletten hierbij helpen?

Tekst: dr. Idsart Kingma en prof. dr. Jaap H. van Dieën,
afdeling Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam Movement Sciences



Foto: Shutterstock

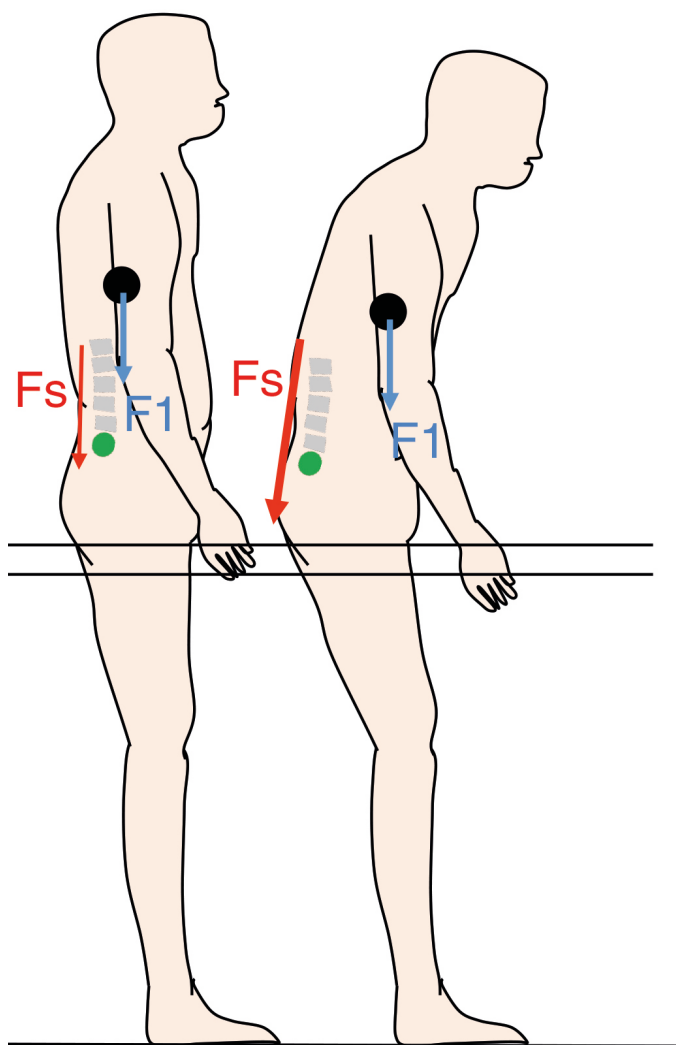
Rugpijn en rugbelasting bij operatieassistenten

Wereldwijd heeft, per jaar, ongeveer 37% van de mensen voor langere of kortere tijd rugpijn. Bij een derde van de mensen met rugpijn ontstaat binnen een jaar een nieuwe episode met rugpijn, en bij ongeveer 10% van de mensen met rugpijn worden de klachten chronisch¹. Ook bij operatieassistenten is rugpijn een veelvoorkomend probleem. Mechanische belasting van de rug speelt een rol bij het ontstaan van rugpijn. Zo kan bij het tillen van een last van 10 kg vanaf de grond een kracht op de onderste rugwervels ontstaan van 400-500 kg.² Afhankelijk van de individuele belastbaarheid, die onder andere samenhangt met leeftijd, geslacht, lichaamsbouw en botdichtheid, kan dan schade aan de wervelkolom ontstaan.³ Misschien nog belangrijker dan tilwerk, is bij operatieassistenten het werken in langdurig licht gebogen houdingen. Bij een licht gebogen houding hoeven de rugspieren niet zulke hoge krachten te leveren dat direct schade aan de wervelkolom zal optreden. Toch kan dit tot problemen leiden. Figuur 1 maakt duidelijk dat de rugbelasting snel oploopt bij een iets te lage werkplek. We vonden in recente metingen⁴ dat de rugspieren bij een 5% (ongeveer 4 cm) te lage werkplek al ongeveer 25% van hun maximale kracht moeten leveren. Dat terwijl bij een veel geringere kracht, van 5% van het maximum, na een halfuur ook al verschijnselen van vermoeidheid meetbaar zijn.⁵ Overigens zal bij het werk van de operatieassistent het feit dat het werkgebied niet vlak bij de rand van de operatietafel is,

ook bij een optimale hoogte van de tafel, leiden tot een voorovergebogen houding. Werken aan de operatietafel kan dus leiden tot vermoeidheid of spierpijn in de rugspieren. Velen zullen vervolgens proberen om de vermoeidheid te verminderen door de lage rug in plaats van de heupen te buigen. Door zo te 'hangen' in passieve structuren (zoals banden en de tussenwervelschijven) neemt de benodigde spierkracht af.⁶ Een nadeel is dat de passieve structuren geleidelijk oprekken, waardoor het bewegingsgevoel, de reflexen en de stabiliteit van de wervelkolom verminderen, en er op den duur schade aan deze structuren kan ontstaan. Dit verklaart waarschijnlijk het feit dat langdurig gebogen of gedraaide houdingen tot rugpijn kunnen leiden.⁷

Mogelijke rol van exoskeletten

Het bovenstaande maakt aannemelijk dat werken met een langdurig licht gebogen en/of gedraaide rug bij operatieassistenten tot rugpijn kan leiden. De vraag is nu of, en zo ja hoe, een exoskelet deze problemen zou kunnen verminderen. We hebben het dan niet over exoskeletten zoals deze ontwikkeld worden om het lopen te ondersteunen, maar over exoskeletten die de rug (en heup) ondersteunen. De kern van de werking is dat ze, bij een gebogen houding, een kracht op de romp leveren (zie figuur 2), waardoor ze als het ware een deel van het gewicht van het bovenlichaam 'dragen' en de spieren of passieve structuren in de rug minder kracht hoeven te leveren.



Figuur 1.

Dit figuur laat zien dat je vrij ver naar voren moet buigen als de werkplek iets te laag is.

In deze situatie is de rugbelasting al ongeveer 40% van de belasting die ontstaat bij een 90 graden gebogen heup. In de figuur is F1 de zwaartekracht die aangrijpt op het bovenlichaam en Fs de spierkracht.

Gemeten effecten van exoskeletten

De exoskeletten zoals getoond in figuur 2 zijn recent getest in ons laboratorium in het kader van het EU-project SPEXOR. Van de Laevo zijn er twee versies: een voor lichte tot matige buiging en een voor diepere buiging. Voor statisch werk leverde dit exoskelet voor lichte tot matige buiging bij een werkhoogte van 75% van de 'rechttop' werkhoogte grofweg een ondersteuning van 20% op.⁶ We zagen verder dat proefpersonen vooral de lage rug en niet de heup bogen. Bij een deel van de proefpersonen zagen we een kleine toename van de buiging van de lage rug bij het gebruik van het exoskelet. Bij het

tillen van een last van 10 kg vanaf de grond was de afname van de rugbelasting minder dan 10%.⁸ Dit komt vooral doordat de belasting dan hoog is. Het tweede geteste systeem is het zwaardere SPEXOR-exoskelet⁴, dat nog als een prototype moet worden gezien. Bij werkhoogtes van 95% en 80% van de optimale handhoogte vonden we een afname van de rugbelasting van ongeveer 13 tot 20%, terwijl ook de buiging van de lage rug wat afnam. Bij tillen vonden we een vermindering van de rugbelasting van 14%. Het derde geteste systeem was het 'Robomate'-exoskelet (figuur 2d). Dit is een systeem met motoren. Een dergelijk exos-

kelet is veel complexer, maar kan zich beter aanpassen om de benodigde ondersteuning in verschillende situaties te leveren. Het kan naar behoefte steun leveren als de motoren sterk genoeg zijn. Probleem is natuurlijk dat het exoskelet niet te zwaar mag zijn en niet te omvangrijk. Naast het ontwikkelen van lichte maar sterke motoren, zonder zware batterijen, zit de moeilijkheid in het bepalen van de behoefte aan ondersteuning. We hebben het 'Robomate'-exoskelet getest bij het tillen (15 kg) en vonden een vermindering van 18% van de rugbelasting. Daarnaast bleken proefpersonen wat langzamer te tillen met minder buiging van de lage rug.

Ervaringen met een exoskelet bij operatieassistenten

Het Laevo-exoskelet is inmiddels door operatieassistenten en chirurgen uitgeprobeerd in enkele Nederlandse en buitenlandse ziekenhuizen. De ervaringen waren wisselend. Het systeem levert ondersteuning, zit niet in de weg tijdens het werk en past onder een operatieschort, maar de pasvorm is, vooral bij vrouwen, niet optimaal, ondanks het bestaan van verschillende maten. Daarnaast gaat het niet goed samen met het dragen van een loodschort. Verder zijn er praktische vragen zoals op welk moment doe je het om of af, en waar laat je het systeem als je het niet gebruikt. Er is overigens naast de Laevo inmiddels een aantal andere passieve exoskeletten op de markt.

Het wearable robotics-onderzoek en de LVO

Eind 2018 is een start gemaakt met het vijf jaar durende 'wearable robotics'-onderzoeksprogramma, gefinancierd door NWO. In dit programma werkt een aantal universiteiten samen om de techniek van actieve exoskeletten te verbeteren. Daarnaast zijn er drie toepassingsprojecten, waarvan er een gaat over het ondersteunen van de rug. Bij dit project, geleid door de afdeling Bewegingswetenschappen van de VU, is het ontwikkelen van exoskeletten voor ondersteuning van de rug van operatieassistenten en chirurgen als een van de doelstellingen geformuleerd. Om dit proces mede te sturen heeft Jeanine Stuart namens de LVO plaats-

genomen in de zogeheten 'gebruikerscommissie'. In dit project willen we onder andere onderzoeken: (1) of we vermoeidheid van de rugspieren kunnen detecteren, (2) of we rugbelasting continu kunnen monitoren en met het exoskelet gedoseerd kunnen aanpassen waar nodig, en (3) hoe we bij langdurige statische houdingen op subtiele wijze variaties in houding kunnen stimuleren. We hopen hiermee op termijn eraan bij te dragen dat operatieassistenten hun werk gedurende vele jaren zonder lichamelijke klachten kunnen uitvoeren.



Figuur 2.

- De Laevo, een commercieel verkrijgbaar 'passief' exoskelet. Passieve exoskeletten maken gebruik van veren. De blauwe pijlen geven aan waar het systeem op het lichaam kracht uitoefent om de rug te ondersteunen.
- Een gebruiker die een Laevo draagt.
- Een recent ontwikkeld 'passief' exoskelet (SPEGOR). Het systeem heeft naast de veer bij de heup een buigend element bij de romp en draagt de kracht over via banden om de schouders. Het systeem levert meer ondersteuning dan de Laevo, maar is ook groter en zwaarder en nog niet uitontwikkeld.
- Een 'actief' exoskelet (Robomate) dat gebruikmaakt van motoren bij de heupen.

Onderzoek exoskelet

Het is aannemelijk dat werken met een langdurig licht gebogen en/of gedraaide rug bij operatieassistenten tot rugpijn kan leiden. De vraag is nu of, en zo ja hoe, een exoskelet deze problemen zou kunnen verminderen. We hebben het dan niet over exoskeletten zoals deze ontwikkeld worden om het lopen te ondersteunen, maar over exoskeletten die de rug (en heupen) ondersteunen. Eind 2018 is een start gemaakt met het vijf jaar durende 'wearable robotics'-onderzoeksprogramma, gefinancierd door de NWO. In dit programma werkt een aantal universiteiten samen om de techniek van actieve exoskeletten te verbeteren. Daarnaast zijn er drie toepassingsprojecten, waarvan er één gaat over het ondersteunen van de rug. Bij dit project, geleid door de afdeling Bewegingswetenschappen van de VU, is het ontwikkelen van exoskeletten voor ondersteuning van de rug van operatieassistenten en chirurgen als een van de doelstellingen geformuleerd. Een afgevaardigde namens de LVO heeft plaatsgenomen in de zogeheten 'gebruikerscommissie'.

Met dit onderzoek hoopt men op termijn eraan bij te dragen dat operatieassistenten hun werk gedurende vele jaren zonder lichamelijk klachten kunnen uitvoeren.

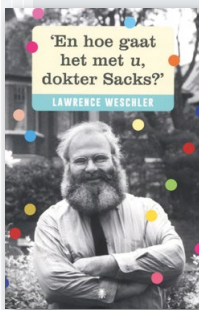
Namens de werkgroep wil ik jullie vragen een korte vragenlijst in te vullen. De link voor de vragenlijst is te vinden op: <https://tinyurl.com/y9lqerkb>.

Bij voorbaat dank,

Jeanine Stuart
Secretaris LVO

Referenties

1. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018;391:2356-67.
2. Kingma I, Faber GS, van Dieën JH. How to lift a box that is too large to fit between the knees. *Ergonomics* 2010;53:1228-38.
3. Jäger M. Extended compilation of autopsy-material measurements on lumbar ultimate compressive strength for deriving reference values in ergonomic work design: The Revised Dortmund Recommendations. *EXCLI J* 2018;17:362-85.
4. Koopman AS, Näf M, Baltrusch SJ, Kingma I, Rodriguez-Guerrero C, Babi J, et al. Biomechanical evaluation of a new passive back support exoskeleton with two separated joints for hip and lumbar flexion. *Journal of Biomechanics* in press.
5. Van Dieën JH, Westebring-van der Putten EP, Kingma I, De Looze MP. Low-level activity of the trunk extensor muscles causes electromyographic manifestations of fatigue in absence of decreased oxygenation. *Journal of Electromyography and Kinesiology* 2009;19:398-406.
6. Koopman AS, Kingma I, Faber GS, De Looze MP, Van Dieën JH. Effects of a passive exoskeleton on the mechanical loading of the low back in static holding tasks. *Journal of Biomechanics* 2019;83:97-103.
7. Hoogendoorn WE, Bongers PM, De Vet HC, Douwes M, Koes BW, Miedema MC, et al. Flexion and rotation of the trunk and lifting at work are risk factors for low back pain: results of a prospective cohort study. *Spine* 2000;25:3087-92.
8. Koopman AS, Kingma I, De Looze MP, Van Dieën JH. Effects of a passive back exoskeleton on the mechanical loading of the low-back during symmetric lifting. *Journal of Biomechanics* 2019;Epub:109486.



'En hoe gaat het met u, dokter Sacks?'

Auteur: **Lawrence Weschler**
 Uitgeverij: **De Bezige Bij**
 ISBN: **9789403171807**
 Prijs: **€ 34,99**

Begin jaren tachtig ontmoette Lawrence Weschler de toen nog hard aan de weg timmerende Oliver Sacks in New York. Het was een onzekere periode voor de jonge neuroloog: Sacks' eerste boek, *Ontwaken in verbijstering*, was tien jaar eerder al verschenen, maar het had het grote publiek nog niet bereikt. Met de jaren groeide Sacks' bekendheid en werd de vriendschap tussen hem en Weschler hechter. Op zijn sterfbed vroeg Sacks zijn goede vriend of hij zijn verhaal zou willen optekenen. Dit boek is het resultaat van dat verzoek. In 'En hoe gaat het met u, dokter Sacks?' brengt Weschler Sacks' extravagante persoonlijkheid prachtig tot leven. We worden teruggevoerd naar Sacks' jongere jaren vol drugs en turbulentie, volgen hem in zijn werk als neuroloog en schrijver, zien hem patiënten helpen en vrienden vermoeien, en we volgen zijn strijd met medische en wetenschappelijke instellingen om aandacht te krijgen voor zijn belangrijkste bekommernis als neuroloog: de individuele menselijke ziel. Weschler is erin geslaagd om Sacks' belangrijkste vraag voor zijn patiënten – Hoe gaat het met u? – terug te kaatsen naar de beroemde neuroloog zelf.



Over rouw

Auteur: **Auteur: Elisabeth Kübler-Ross**
 Uitgeverij: **Ambo/ Anthos**
 ISBN: **9789026319624**
 Prijs: **€ 22,99**

Hoewel dit boek al in 2006 uitkwam, wil de redactie van Operationeel het oeuvre van Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) opnieuw onder de aandacht brengen in deze moeilijke covid-19 periode, waarin wij allen veel te maken hebben met rouw. De auteur was een Zwitsers-Amerikaans psychiater. Ze studeerde als arts af in Zwitserland en werd wereldberoemd door haar pionierswerk rond stervensbegeleiding en de verschillende fasen van rouwverwerking. Een ander beroemd boek van de auteur is *Lessen voor levenden*, gesprekken met stervenden. (ISBN 9789026326264).



Van leren overleven naar leren over leven

Auteurs: **R.H. Bakker en R. ter Sluis**
 Uitgeverij: **De Tijdstroom**
 ISBN: **9789058983343**
 Prijs: **€ 38,50**

Ruim een halve eeuw geleden werd in het toenmalige Algemeen Provinciaal, Stads- en Academisch Ziekenhuis in Groningen de eerste orgaantransplantatie uitgevoerd. Dit betrof een niertransplantatie. In het huidige Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) worden inmiddels alle mogelijke vormen van orgaantransplantatie verricht. Transplantatiegeneeskunde werd zo vanzelf een van de speerpunten van het UMCG, wat heeft geleid tot de oprichting van het UMCG Transplantatiecentrum, een allesomvattend centrum op het terrein van de transplantatiegeneeskunde. Dit boek biedt een overzicht van ruim vijftig jaar toonaangevende klinische zorg en navenant onderzoek met de kenmerkende elementen van de transplantatiegeneeskunde in Groningen. In *Van leren overleven naar leren over leven* wordt duidelijk dat orgaandonatie en transplantatie onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Tevens wordt het belang van de transplantatiegeneeskunde voor de patiënt en de samenleving toegelicht. Orgaantransplantatie is de afgelopen vijftig jaar een belangrijk maatschappelijk thema geworden dat grote investeringen van de gemeenschap vergt. Dat die investeringen het dubbel en dwars waard zijn, wordt niet alleen geschetst door de professionals, maar ook door de transplantatiepatiënten zelf. Beide groepen komen in het boek ruimschoots aan het woord. Daarnaast komt naar voren dat er de afgelopen vijftig jaar een belangrijke verschuiving plaatsvond van de focus van de zorg. Was de aandacht in de beginjaren vooral gericht op het overleven van de patiënt, waarbij het aanleren en het goed toepassen van nieuwe technieken – het leren overleven – centraal stonden, momenteel is deze meer gericht op de kwaliteit van de overleving: het opnieuw leren leven. Aan het verleggen van dit zwaartepunt hebben vooral de gunstige resultaten van diverse vormen van transplantatie bijgedragen.



Word een gelukkiger dokter

Auteur: **Ilse Ganzeboom**
 Uitgeverij: **Auteurscollege**
 ISBN: **9789490969301**
 Prijs: **€ 29,75**

Ben jij de dokter geworden die je wilde zijn? Doe je wat je ooit voor ogen had en haal je daar voldoening uit? Blijf je gezond en energiek in de dagelijkse hectiek? Werk je prettig samen met je collega's? Durf je anderen aan te spreken op onprofessioneel of oncollegiaal gedrag? Of je nu beginnend huisarts bent of al jarenlang werkzaam als medisch specialist, werken als dokter in een complexe en sterk veranderende omgeving vraagt veel van je. Meer dan waarvoor je bent opgeleid. Stress, frustraties, conflicten en uitval zijn het gevolg, en dat gaat al snel ten koste van je dagelijkse werkgeluk. Als dokter in de 21e eeuw heb je dan ook niet meer genoeg aan alleen je medisch-inhoudelijke kennis en kunde: aanvullende competenties zijn heel hard nodig. Dit boek biedt je inzicht en praktische handvatten voor persoonlijke verdieping en verbreding. Dat betekent niet dat je moet veranderen, maar wel dat je je kunt ontwikkelen. Zodat je een completere dokter wordt en een gelukkiger mens.

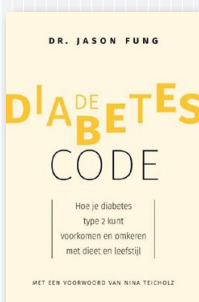
Tekst: Menno Goosen



Vergif: een geïllustreerde geschiedenis

Auteur: **Joel Levy**
 Uitgeverij: **Davidfonds**
 ISBN: **9789002270437**
 Prijs: **€ 29,99**

Het gebruik van vergif om te doden – voor moord, executie of zelfmoord – gebeurt al sinds mensenheugenis. Lang voor Socrates gedwongen zelfmoord pleegde door de beker met scheerling leeg te drinken, moeten ontelbaar veel mensen, al dan niet per ongeluk, gestorven zijn door het eten van giftige planten of paddenstoelen. Ondanks zijn afschrikwekkende imago is gif soms ook nuttig. Sommige giften, die zelfs in kleine hoeveelheden dodelijk zijn, worden namelijk gebruikt in herbiciden en geneesmiddelen. Vergif: een geïllustreerde geschiedenis (het boek is rijk geïllustreerd) vertelt over de belangrijke, maar vaak minder bekende rol van vergif in de loop der tijd. Hoe komt het dat een bepaalde stof giftig is? Wat houdt toxicologie, de wetenschap van de vergiften, precies in? Welke soorten vergif bestaan er? Welke bekende en minder bekende personen kwamen om door vergiftiging?



De diabetes-code

Auteur: **Jason Fung**
 Uitgeverij: **Nieuwezijds**
 ISBN: **9789057125300**
 Prijs: **€ 22,95**

Veel professionals beschouwen diabetes type 2 als een chronische en progressieve ziekte. Volgens de auteur is deze vorm van suikerziekte omkeerbaar, zoals dr. Jason Fung uitlegt in dit boek. Diabetes type 2 is momenteel de belangrijkste oorzaak van blindheid, nierfalen, amputaties, hartaanvallen, beroertes en kanker. Fung legt uit waarom conventionele behandelingen ervan – op basis van insuline of andere bloedsuikerverlagende medicijnen – de diabetes-problemen niet blijvend oplossen en kunnen leiden tot significante gewichtstoename en zelfs hartaandoeningen. Een koolhydraatarm dieet met gezonde vetten in combinatie met periodiek vasten is de enige manier om diabetes type 2 effectief te behandelen, aldus Fung.



De coronacrisis

Auteur: **Gor Khatchikyan**
 Uitgeverij: **Gelukzoeker**
 ISBN: **9789090331188**
 Prijs: **€ 16,95**

Nederland is in de ban van de coronacrisis. Er zijn verregaande maatregelen genomen om de snelle verspreiding van het virus tegen te gaan. Heel Nederland is in isolatie en de angst grijpt snel om zich heen. De ziekenhuizen hebben maximaal opgeschaald en de zorgprofessionals staan in de frontlinie om de ernstig zieke patiënten te behandelen. Arts Gor Khatchikyan neemt je mee in zijn wereld van de spoedeisende hulp in tijden van corona. Dit boek is een verzameling verhalen van patiënten en collega's en een reconstructie van de gebeurtenissen gezien door de ogen van arts Gor Khatchikyan. Als lezer krijg je een blik achter de schermen van hoe de crisis wordt bestreden en maak je van dichtbij mee welke beslissingen er genomen moeten worden op de spoedeisende hulp. Gor Khatchikyan (1987) werd geboren in Armenië en kwam als jonge tiener naar Nederland. Zijn schooltijd heeft hij op Texel doorgebracht. Toen hij aan zijn droomstudie geneeskunde begon in Amsterdam, was hij uitgeprocedeerd asielzoeker. Door het generaal pardon kreeg hij een verblijfsvergunning en kon hij zijn studie afmaken. Inmiddels heeft hij na zijn studie geneeskunde de vervolgopleiding Spoedeisende Geneeskunde afgerond en is hij SEH-arts KNMG.



Leefstijl op recept

Auteur: **Jacqui van Kemenade**
 Uitgeverij: **Scriptum**
 ISBN: **9789463191821**
 Prijs: **€ 20,99**

Het liefst zou huisarts en kaderarts diabetes Jacqui van Kemenade leefstijl op recept voorschrijven: driemaal daags innemen met water op de nuchtere maag. Vooral nu we steeds beter begrijpen dat omgevingsfactoren voor 80 tot 90 procent het risico op diabetes en obesitas bepalen. Juiste voeding en leefstijl spelen een grote rol. Maar voor zowel dokter als patiënt is het een enorme worsteling, want wat is juist? Bijna 100 procent van de mensen blijkt niet blijvend af te vallen door minder te eten en meer te bewegen. Juist eten is dus niet gelijk aan gewoon minder eten en leefstijl is niet driemaal daags. In 'Leefstijl op recept' geeft Jacqui van Kemenade aan de hand van vijf pijlers (voeding, beweging, slapen, stress en hormonen) inzicht in de werking van ons lichaam en de effecten van leefstijl op onze gezondheid. Want hoe meer grip we hebben op de daadwerkelijke mechanismen rond diabetes en obesitas, des te gemotiveerder we raken om onze leefstijl aan te passen. Een aanrader voor iedereen die zijn eigen gezondheid wil verbeteren en het recept wil vinden voor een optimale leefstijl.

'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@lvo.nl**.

Waarom opnieuw het wiel uitvinden?

Sla met ons de handen inéén!

Waarom zou je opnieuw het wiel uitvinden? Iedereen maakt onderwijs om te komen tot dezelfde eindtermen, iedereen schrijft voor dezelfde operaties protocollen en ontwerpt mogelijk ook nog eens dezelfde e-modules. Sla met ons de handen inéén! Wat kunnen we met elkaar delen?

Tekst: Marja Versantvoort, projectleider LVO
Foto: Shutterstock



Project SAMEN LVO

Door het innoverende zorgaanbod en technologische ontwikkelingen in de zorg speelt de actuele kennis van een zorgprofessional een grote rol. Dit vraagt van de perioperatieve professional dat hij continu nieuwe kennis en vaardigheden ontwikkelt. Tevens krijgt deze professional een rol, waarbij verdieping en verbreding van het vak een vereiste is. Dit vraagt om scholing die efficiënt, kwalitatief en actueel is en blijft. Daarnaast blijft een tekort aan het aantal zorgprofessionals een feit waardoor het up-to-date houden van richtlijnen, protocollen en scholingsmaterialen een uitdaging is van alle dag.

Daarom heeft de LVO met dit project een tweeledig doel:

1. Investeren in efficiënte kennisinfrastructuur, ontwikkeld door en voor de perioperatieve zorgprofessionals door ontsluiting en ontwikkeling van leer-materialen, richtlijnen en protocollen voor gerelateerde onderwerpen voor de perioperatieve zorg van een operatieassistent en deze onder een open licentie beschikbaar stellen.
2. Realiseren van een actieve community van docenten, (student)operatieassistenten en andere betrokkenen bij de perioperatieve zorg die gebruikmaken van de ontwikkelde leer-materialen, richtlijnen en protocollen, daarover ervaringen uitwisselen en daardoor mede bijdragen aan onderhoud en uitbreiding van de verzameling open materialen (duurzaamheid).

Dit draagt bij aan meerdere doelstellingen van de LVO:

- Stimuleren van de professionalisering van de beroepsgroep
- Bevorderen van het contact tussen de leden
- Het organiseren van bij- en nascholing
- Internationale samenwerking

Doelgroep

Dit project heeft als hoofddoelgroep de 5000 (student)operatieassistenten en docenten van opleidingsinstituten en ziekenhuizen in Nederland. Daarnaast zijn de open gepubliceerde materialen toegankelijk voor eenieder die geïnteresseerd of betrokken is bij perioperatieve zorg.

Hierbij leren we van het landelijk project Samen hbo Verpleegkunde waarin zeventien bachelor verpleegkundeopleidingen dit al doen! Het landelijk project Samen hbo Verpleegkunde heeft zich als doel gesteld om een platform (<https://hbo-vpk.wikiwijs.nl/>) op te zetten om leer-materialen te delen en daarnaast een actieve community op te zetten waarop docenten, verpleegkundigen en studenten gemakkelijk met elkaar in contact kunnen komen (<https://hbovpk.nl/welcome>). Om vertrouwen te creëren in de kwaliteit van elkaars materialen, is een kwaliteitsmodel ontwikkeld (het LOOV-kwaliteitsmodel). Dit model geeft deler en hergebruiker een handvat om de kwaliteit van hun leerma-

teriaal te optimaliseren alvorens het te delen. Een onafhankelijke keurmeester kan op basis van dat model de kwaliteit van het gedeelde leer materiaal toetsen. Wanneer het leer materiaal voldoet aan de eisen uit het kwaliteitsmodel, zal het een herkenbaar keurmerk krijgen (het LOOV-keurmerk). Dit keurmerk wordt zichtbaar gemaakt door middel van een logo dat bij het leer materiaal wordt geplaatst. Daarnaast is op Wikiwijs een vakvocabulaire ontwikkeld voor kernbegrippen, CanMedsrollen en thema's, waardoor het zoeken, vinden en uploaden onder dezelfde herkenbare termen zal plaatsvinden. Op deze manier wordt het voor de hergebruikers eenvoudiger snel de juiste materialen te vinden van een gegarandeerde kwaliteit.

Eerste stappen

- In de hectische tijd van corona is de saamhorigheid in Nederland groot en zoekt men snel naar e-learningmodules om mensen bij te scholen. Scholen zijn met man en macht lesmaterialen om aan het zetten naar digitaal of online materiaal. Hoe mooi is het dat men met kleine stappen al kan beginnen met delen en hergebruiken van elkaars kennis.
- In een samenwerking met de Amerikaans beroepsvereniging (AORN) zijn meerdere richtlijnen aangekocht. Deze worden vertaald en met de gebruikelijke procedures door meerdere verenigingen gekeurd.
 - Een startpagina voor het delen van lesmaterialen is aangemaakt, met een eerste indeling per specialisme: <https://perioperatievzorg.wikiwijs.nl>.
 - Tijdens het LVO-congres hebben de opleidingsinstituten uitgesproken met dit project actief aan de slag te willen gaan.

Heeft u vragen of wilt u mee participeren? Neem dan contact op met Projectleider Marja Versantvoort: projecten@lvo.nl.

What's in it for me?



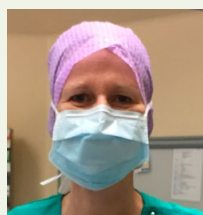
Marja Geuzenbroek, opleider operatie-assistent Amstel Academie: 'Een databank en community kan opleiders

helpen met het delen van les materiaal. Momenteel is iedereen in onderwijsland zijn/haar les materiaal in een sneltreinvaart aan het digitaliseren. Het is fijn om elkaars materiaal te gebruiken, ideeën op te doen en samen te werken. Samen komen we verder!'



Wies van Hest, teamleider hbo-v (waaronder technische stroom) Fontys Hogeschool Mens en Gezond-

heid: 'Fijn dat operatieassistenten elkaar makkelijker kunnen gaan vinden op de community. Samen over de grenzen kunnen en durven kijken kan veel opleveren. Als er al een prachtig wiel is, gebruik het dan i.p.v. er nog een uit te vinden! Bedenk je een prachtig wiel, deel het dan!'



Leonie Rüttermann, operatieassistent in het UMCG: 'Het delen van praktijkgerichte evidence-based

materialen: Eenvoudig informatie te vragen en te zoeken. Het blijft beschikbaar (geen links die uiteindelijk nergens toe leiden). Bij onbekende ingrepen hoeft het wiel niet opnieuw te worden uitgevonden. Men kan tips en trucs van collega's uit andere ziekenhuizen leren en toepassen op de eigen omgeving. Het keurmerk "evidence-based" is een belangrijke toevoeging, zodat men er zeker van kan zijn dat wat er aan materialen te vinden is ook echt klopt. Voordeel van een community is dat er ook gericht naar materialen kan worden gevraagd. Zo worden wij nu al af en toe gevraagd naar bepaalde richtlijnen (operatieverlopen), en die kunnen we dan met iedereen delen. Het principe van vraag en aanbod biedt zeker voordeel. Voor mij als operatieassistent en zeker als werkbegeleider kan het opleveren dat, in de toekomst, informatie op één plek te vinden is, dat je niet het hele internet hoeft af te speuren. Voor LVO Samen vertaal ik, (met een beetje hulp van collega's) de AORN-richtlijnen. Daarnaast kunnen we operatierichtlijnen delen en willen we e-learning en instructiefilmpjes gaan maken.'



'**BEN OK** is een samenwerkingsplatform van de OK's van meerdere ziekenhuizen in de regio Brabant. We hebben de afgelopen jaren gezien dat het delen van kennis en bundelen van krachten noodzakelijk is om bij te blijven in de snel veranderende OK-omgeving. Gezamenlijk ontwikkelden we een curriculum voor gediplomeerde OA en AM. Dit curriculum vormt het fundament bij het ontwikkelen en organiseren van bij- en nascholing.

BEN OK ondersteunt regionaal de continue professionalisering van de beroepsgroep en elke OK kan lokaal het permanent leren (life long learning) borgen en managen. Operatieassistenten en anesthesiemedewerkers kiezen uit een breed palet van leeractiviteiten hoe zij hun kennis en kunde up-to-date houden. Met het "koffiekamer"-spel wordt op rustige momenten snel en op een leuke manier kennis opgefrist. De quizzen die we sinds enige tijd online aanbieden rondom verschillende onderwerpen moeten nog terrein winnen. En we zoeken naar geschikte e-learning die relevant is en voldoende verdieping biedt voor deze specifieke doelgroep.' Zo vertelt Kirsten Godding, die sinds oktober 2017 het project begeleidt en zorgdraagt voor de didactische kwaliteit.

Vreemde handen aan de operatietafel

Vertegenwoordigers van fabrikanten van implantaten, zoals hartkleppen, pacemakers en heupprotheses, helpen mee bij operaties, blijkt uit onderzoek van Argos en Small Stream Media. Dit gebeurt vaak zonder dat patiënten hiervan weten.

Tekst: Ilona Dahl. Dit artikel verscheen eerder op de site van VPRO/Argos en is mede mogelijk gemaakt door Small Stream Media en het Fonds Bijzondere Journalistieke Projecten (Fonds BJP).
Foto's: Shutterstock

De betegelde muren, het witte kunstlicht en in het midden een operatietafel die nog half gedekt is. Het OK-team treft voorbereidingen voor een heupvervangende operatie. Een man houdt een doorzichtige zak vloeistof vast waaraan een dun buisje hangt. Iemand anders controleert de beademingsapparatuur en legt het instrumentarium voor de chirurg klaar. Alle aanwezigen dragen groene schorten, plastic mutsjes en mondkapjes, een verplichte dresscode op de operatiekamer. De patiënt is in narcose gebracht en wordt omringd door gehandschoende handen en koudstalen gereedschap. Het is moeilijk te achterhalen wie de chirurg is. Althans voor buitenstaanders.

Vertegenwoordigers van fabrikanten aan tafel

Patiënten realiseren zich vermoedelijk niet dat er ook vertegenwoordigers van fabrikanten aan de operatietafel kunnen staan. In medisch vakjargon heten deze vertegenwoordigers ook wel 'medical device reps'. Ze zijn in dienst van internationale bedrijven die implantaten verkopen, zoals BiometZimmer, Johnson & Johnson en Medtronic, om er maar een paar te noemen. Met name in de orthopedie en cardiologie is de aanwezigheid van zo'n vertegenwoordiger al vanaf de jaren negentig gebruikelijk. Zeker als het gaat om nieuwe producten of zeer complexe operaties kan een vertegenwoordiger van een fabrikant een arts een gevoel van veiligheid geven, vertelt Jean Gardeniers, voormalig orthopeed in het Radboudumc. 'Een vertegenwoordiger van de fabrikant kent de technische ins en outs van een implantaat en fungeert als een extra handleiding, dit geeft ons meer kennis en dus meer veiligheid.'

Het is onduidelijk hoe vaak vertegenwoordigers van fabrikanten aanwezig zijn op de operatiekamer, want wat er op de OK gebeurt, blijft meestal op de OK. Dat ze echter routinematig aanwezig zijn, blijkt uit een rondgang die Argos en Small Stream Media hielden onder orthopeden, cardiologen en hartchirurgen. Twaalf artsen waren bereid om vragen te beantwoorden en zij bevestigden dat de aanwezigheid van vertegenwoordigers van fabrikanten op de OK normaal is.

Orthopeed Lucas Degen werkte tot en met 2016 in een streekziekenhuis in Emmen: 'Als een chirurg zich niet zeker voelt en zijn team is niet geroutineerd met de ingreep, dan is het zeer raadzaam om een vertegenwoordiger van de fabrikant aan je zijde te hebben, zodat er geen gekke dingen gebeuren. Als je een kastje bij de Ikea koopt en je gaat dat kastje voor het eerst zonder gebruiksaanwijzing in elkaar zetten, lukt dat de ene keer beter dan de andere. Lukt het niet, dan loop je naar de buurman voor hulp, maar dat kun je niet doen bij een operatie. Het moet in één keer goed gaan.' Een orthopeed die anoniem wil blijven, zegt: 'Bij onbekende of minder bekende implantaten is ondersteuning door deskundigen van een firma nodig. Zolang ik er echter voor zorg dat ik beslis, heeft de vertegenwoordiger mij te volgen. Dat moet niet andersom zijn. Als de chirurg puur drijft op de kennis van de ondersteunende vertegenwoordiger, dan is die chirurg niet geschikt voor de betreffende ingreep.'

Ook spraken we met andere betrokkenen, zoals inkopers van medische producten en twee vertegenwoordigers van de medische industrie. Een van hen is Gert-Jan Meijer, tegenwoordig werkzaam bij een cardiologisch bedrijf en eerder werkzaam bij orthopedische firma's. Meijer stond zeven jaar geleden regelmatig op de OK om orthopeden te helpen bij een operatie. In totaal was hij honderdzestig keer te vinden aan de operatietafel. 'Per dag werden zo'n drieëntwintig medewerkers een OK op



gestuurd.' Meijer spreekt over een 'uitzendbureau'. 'We werden ingeroosterd en waren overal in Nederland actief. We hadden een eigen pasje van de kleedkamer, onze eigen klompen en maakten onderdeel uit van het OK-team.'

Mee-opereren

In een ziekenhuis in Rotterdam liep Meijer iedere ochtend rond 10 uur met zijn rolkoffertje richting de OK. 'Het logo van mijn bedrijf was altijd duidelijk zichtbaar. Dat is iets wat ik graag wilde laten zien.' Meijer hielp mee bij ingewikkelde knierevisies, een ingreep die nodig is als een knieprothese is versleten en moet worden vervangen. 'Voor de operatie checkte ik de voorraadkasten en etaleerde ik het instrumentarium dat gebruikt diende te worden.' Meijer instrueerde de operatieassistenten: 'We hebben nu het onderbeen gedaan, pak nu de spullen voor het bovenbeen. Zet maar vast klaar.'

De nieuwe knie werd geïmplanteed bij de patiënt. Meijer stond in het steriele veld, aan de operatietafel, naast de chirurg. 'Schouder aan schouder. Na afloop dronk ik met de chef orthopedie een kop koffie.'

Orthopeden beschouwen revisies als complexe operaties omdat ze veel onderdelen en instrumenten moeten gebruiken. 'De meeste orthopedisch chirurgen eisten daarom altijd dat er een vertegenwoordiger van de industrie hen begeleidde. Stap voor stap deden we samen de operatie', aldus Meijer. Meijer doet zijn verhaal omdat hij zich destijds ongemakkelijk voelde bij zijn rol op de OK. 'Er werd steeds meer van mij gevraagd. Op een gegeven moment was ik aan het mee-opereren en zat ik met mijn handen in de patiënt. Ik hield een wond open met kromme vorken, haalde spieren opzij met haken, zoog bloed af, of hield een been stevig vast, zodat het kniegewricht er

beter inklikte. Dat vond ik heel ver gaan, en daarom ben ik vertrokken.' Vanuit het cardiologische bedrijf waar hij nu werkt, is Meijer nog steeds wekelijks te vinden op de OK, maar nu staat hij een paar meter van de operatietafel vandaan met zijn handen op zijn rug mee te kijken.

Gert-Jan Meijer krijgt bijval van zijn naamen vakgenoot Hans Meijer, die ruim twintig jaar vertegenwoordiger was in producten voor orthopedie en KNO. Tegenwoordig werkt hij voor een bedrijf dat producten levert voor maag-darm-leverartsen. 'Het gebeurt dat vertegenwoordigers aan de haken staan en bloed afzuigen. Dat is mij wel eens gevraagd door de chirurg. Met alle respect: dit moet de arts of een operatieassistent doen. Daar lag voor mij altijd de grens, dit heb ik ook duidelijk aangegeven. Ik geef alleen advies of laat de arts zien hoe je een implantaat moet gebruiken.'

Kwaliteitseisen

De achtergrond van een vertegenwoordiger op de OK kan divers zijn: salesmanager, fysiotherapeut, voormalig operatieassistent of verpleegkundige zoals Meijer. Jan Klein, hoogleraar patiëntveiligheid, maakte jaren geleden als anesthesioloog in het Sint Clara Ziekenhuis mee dat een vertegenwoordiger van Medtronic, een leverancier die implantaten verkoopt, van uit huis historicus bleek te zijn. 'Zij stond in het steriele veld, naast de chirurg, adviseerde hem, maar had tegelijkertijd operatiehaken beet bij de implantatie van een soort pacemaker tegen chronische pijn.'

Dit zijn voorbehouden handelingen die uitsluitend door BIG-geregistreerde artsen uitgevoerd mogen worden, stelt Martin Buijsen, hoogleraar gezondheidsrecht aan de Erasmus Universiteit. Buijsen uit zijn verbazing over het fenomeen: 'Ik heb in mijn hele carrière nog nooit gehoord van vertegenwoordigers van fabrikanten die op de OK dit soort handelingen verrichten.' Volgens orthopeed Lucas Degen zijn het vasthouden van haken, bloed afzuigen, spieren opzij halen of wonden openhouden tegenwoordig nog steeds gebruikelijke handelingen voor vertegenwoordigers op de OK. De orthopeed ziet dit niet als een probleem. 'Dit soort taken doen operatieassistenten toch ook?' De vertegenwoordigers aan Degens' operatietafel zijn volgens hem zonder uitzondering operatieassistenten geweest die geswitcht zijn naar de industrie. 'Dit waren de regels van het ziekenhuis.' Echter, ziekenhuizen verklaren tegenover Argos geen kwaliteitseisen te stellen aan de vertegenwoordigers op de OK. Zo legt het Erasmus MC de verantwoordelijkheid bij de arts en vindt het AMC dat de industrie zorg moet dragen voor deskundig personeel. Of de industrie kwaliteitseisen stelt aan haar medewerkers, is een vraag waarop geen antwoord komt. Meijer vraagt zich af hoe je de kwaliteit van vertegenwoordigers moet waarborgen. 'Een vertegenwoordiger die aan tafel staat, kan fantastisch zijn, maar het kan ook iemand zijn die net begonnen is. Er is geen enkele maatstaf. Er wordt niet van tevoren gevraagd: "Wat is je opleiding, en wat kun je allemaal?", ik denk dat dit best riskant is.'



Meijer vervolgt: 'Je komt van die firma, dan zal het wel goed zijn, wordt er gedacht. Kom maar binnen. Dat vind ik eigenlijk heel gek. Daar zou iets voor geregistreerd moeten worden, met name voor het aan de patiënt zitten. Ik vind het vreemd dat dit zo maar kan gebeuren. Er is niks voor geregeld. En patiënten weten het meestal niet.'

Onwetendheid patiënten

Patiënten blijken niet altijd geïnformeerd te zijn over de aanwezigheid van vertegenwoordigers van fabrikanten tijdens de operatie. Sommige artsen zeggen dat ze hun patiënten daarover niet inlichten. Daar tegenover staan artsen die aangeven dit juist wel te doen, af en toe of enkel bij nieuwe implantaten. Daarbij blijft het onduidelijk wat ze precies aan de patiënt vertellen: louter de aanwezigheid van vertegenwoordigers op de OK of dat ze eventueel schouder aan schouder staan naast de chirurg en handelingen uitvoeren? Sommigen zijn van mening dat het er niet toe doet. De deskundigheid ligt bij de chirurg en hij bepaalt hoe zijn team eruitziet. Een orthopeed, werkzaam in een ziekenhuis in Maastricht: 'Het is geen vast onderdeel om aan patiënten te melden dat een vertegenwoordiger aanwezig is op de OK. Een patiënt hoeft bijvoorbeeld ook niet te weten dat er een röntgenlaborant in de ruimte is.

Het heeft te maken met een goed verloop van de procedure dat vertegenwoordigers er zijn en moeten zijn om de procedure goed te laten verlopen. Vaak zeg ik het wel tegen patiënten bij specifieke ingrepen waarvan de patiënten ook wel weten dat deze complex zijn en dat er dus technical support bij aanwezig is.'

Etty Kruiswijk is voorzitter van de Poly Artrose Vereniging. Veel van haar leden hebben een knie-, heup- of schouderprothese. Kruiswijk is zelf vier keer geopereerd aan haar heup. Ook zij is niet op de hoogte van de aanwezigheid van vertegenwoordigers op de OK. 'Je gaat ervan uit dat als een arts een prothese bij een patiënt plaatst, deze precies weet wat hij moet doen en dat er geen vertegenwoordiger van de leverancier van de prothese aanwezig hoeft te zijn. Ik zou willen weten wat de noodzaak hier toe is. Het zou mij onzeker maken als mijn orthopeed zou zeggen het is een complexe operatie.'

Patiëntenfederatie Nederland, een koepel van patiëntenorganisaties, laat schriftelijk weten: 'We weten hier niets van af. We weten niet of er vertegenwoordigers in de OK zijn en of ze wel of niet BIG-geregistreerd zijn.'

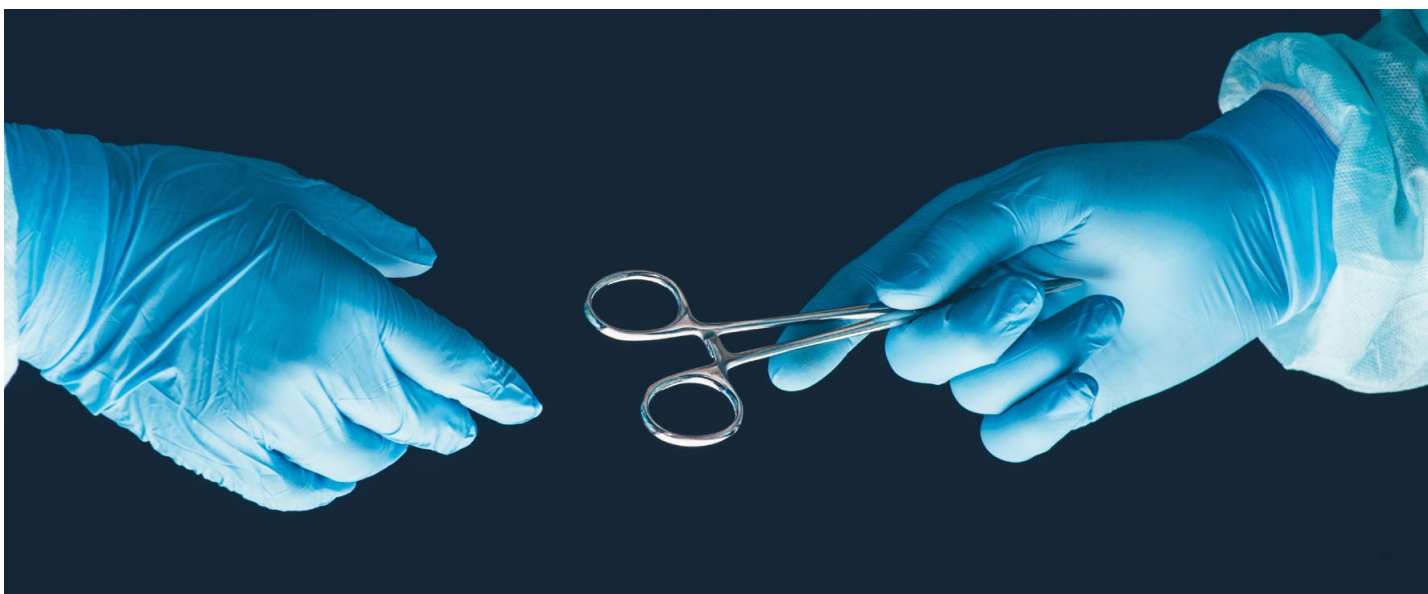
Volgens hoogleraar Buijsen is de wet duidelijk: 'Wij hebben in Nederland de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, die bevat bepalingen over ruimtelijke privacy. Dit betekent dat behandeling buiten waarneming door derden moet gebeuren. Op het moment dat een vertegenwoordiger een patiënt kan zien, is het al fout. Dus er mag niemand in de behandelkamer aanwezig zijn die er niet behoort te zijn. Als dat wel het geval is, dan moet de patiënt erover geïnformeerd zijn en moet hij daarmee hebben ingestemd.' Artsen zijn zelfs afhankelijk van de toestemming van hun patiënten. Die kunnen aanwezigheid van vertegenwoordigers van fabrikanten op de OK weigeren. Buijsen:

dat artsen in zee gaan met de kunstheupen, stents of pacemakers van de fabrikant in kwestie.' Een fabrikant heeft tenslotte maar één doel, stelt Meijer. 'Dat is geld verdienen. Dat willen alle firma's. De aandelenkoers moet omhoog. Je wilt een stevige positie hebben in het ziekenhuis.'

Uit een Amerikaanse studie blijkt dat er een verband bestaat tussen vertegenwoordigers op de OK en een verhoogd gebruik van cardiologische producten van de desbetreffende bedrijven. Artsen blijven vasthouden aan één merk terwijl er doeltreffende en goedkopere alternatieven voorhanden zijn. Een aantal ziekenhuizen in Amerika heeft besloten om

drempelloos de OK binnenlopen.' De inkoop wenst anoniem te blijven uit angst zijn baan te verliezen.

In het Diaconessenhuis in Utrecht zijn vertegenwoordigers van fabrikanten ongevraagd op afdelingen aanwezig, blijkt uit een interne e-mail van 1 maart 2019 in het bezit van Argos. 'Wij merken dat vertegenwoordigers op onze afdelingen lopen zonder afspraak: dit wordt als bijzonder storend ervaren. Daarnaast worden er goederen geleverd zonder dat Inkoop een schriftelijke opdracht hiervoor heeft gegeven. Hierdoor loopt het Diaconessenhuis onnodig risico en voldoet het niet aan het convenant medische technologie.'



'De arts zou daarom echt een heel goed verhaal moeten hebben om aan te tonen dat de aanwezigheid van zo'n vertegenwoordiger echt noodzakelijk is.'

Belangenverstrengeling

Naast de onwetendheid van patiënten en het ontbreken van een duidelijk kwaliteitsregistratie van vertegenwoordigers, bestaat er volgens hoogleraar Buijsen een dun lijntje met wat gunstbetoon genoemd wordt, oftewel ongewenste beïnvloeding. 'De aanwezigheid van vertegenwoordigers op de OK kan het risico met zich meebrengen

vertegenwoordigers te weren uit de OK's vanwege ongewenste beïnvloeding. Dat heeft kostenbesparing als gevolg gehad.

In Nederland is de fabrikantsvertegenwoordiger vooralsnog meer dan welkom. Meerdere ziekenhuisinkopers laten ons weten dat de 'representatives' in groten getale aanwezig zijn op de OK. 'Leveranciers hebben tientallen batches met naam en foto in hun auto's liggen', zegt een freelance inkoop, werkzaam in een streekziekenhuis. 'Ze staan gewoon geregistreerd in het personeelssysteem en kunnen hierdoor

Frans Smits, hoofdinkoper in het voormalige Slotervaartziekenhuis: 'Dagelijks waren er twee vertegenwoordigers van een fabrikant aanwezig in onze operatiekamers. Ik vond dat lastig. Ik kon het luik van mijn ziekenhuis niet dichtgooien.'

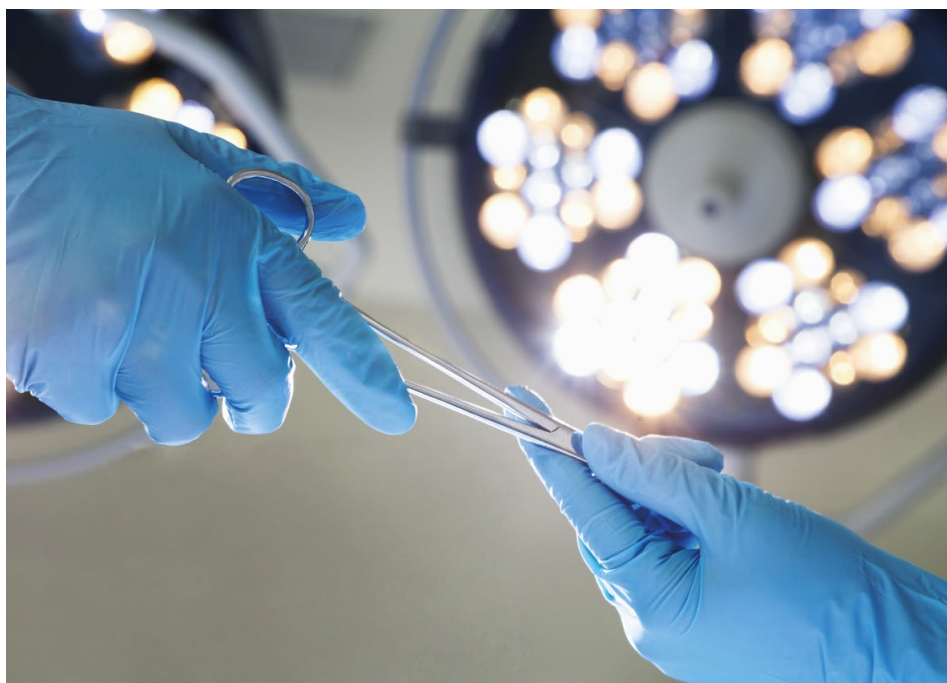
Smits kwam erachter dat tijdens vakantie-waarnemingen drie weken onafgebroken een vertegenwoordiger van een leverancier op de OK stond om pacemakers te installeren en af te stellen. 'Dat vond ik vreemd, zeker als er, tussen aanhalingstekens, geen rekening voor komt. Dan zit de prijs dus

in de pacemaker. Dat bleek ook het geval, want in het Slotervaart betaalden ze meer voor een pacemaker dan in andere ziekenhuizen van de MC groep destijds.' Doordat artsen op de ondersteuning leunen van de leverancier, worden de kosten opgedreven. Een collega-inkoper van Smits die liever anoniem wil blijven: 'Ik vroeg aan de vertegenwoordiger van de fabrikant waarom een nieuwe knie zo duur was, waarop deze antwoordde: "Ik sta vaak op de OK omdat jullie artsen niet zonder de industrie kunnen opereren."' Toen pas ontdekte de inkoper dat vertegenwoordigers van fabrikanten chirurgen assisteerden tijdens de ingreep. 'Sommige artsen waren zo afhankelijk dat ze niet meer zonder de industrie konden. Het ging mis op het moment dat ik aan een arts vroeg waarom ze ondersteuning nodig hadden. Artsen dreigden met ontslag als er geen vertegenwoordiger van de fabrikant op de OK aanwezig was. Er was zelfs een arts die geen enkele ingreep uitvoerde zonder een vertegenwoordiger.'

Volgens Smits vinden artsen het soms eng om zonder vertegenwoordiger te opereren en doen ze daarom een beroep op ondersteuning door een vertegenwoordiger van de fabrikant. 'Het gaat wringen op het moment dat een arts een voorkeur heeft voor een leverancier vanwege de ondersteuning. Het is een sterke relatiemarkt. Het is niet hard te maken dat het meer is dan een relatiemarkt, als je begrijpt wat ik bedoel.'

Oplossingen

Volgens hoogleraar patiëntveiligheid Klein zou een chirurg zonder vertegenwoordiger van een fabrikant moeten opereren. Belangrijk is dat de operateur wordt geschoold in het plaatsen van medische hulpmiddelen vóór de eerste operatie. Bijvoorbeeld in andere ziekenhuizen uitgebreid meekijken of in zogenoemde skills labs trainingen volgen op overleden mensen die hun lichaam ter beschikking van de wetenschap hebben gesteld. Hij pleit niet alleen voor scholing van de operateur, maar ook van de operatieassistenten. 'Zij maken onderdeel uit van het OK-team en niet de vertegenwoordigers van fabrikanten. Je doet onrecht aan de kwaliteiten en positie van een operatieassistent, want juist het implanteren van nieuwe



producten is een activiteit die voor operatieassistenten heel aantrekkelijk is.' Klein pleit er daarom voor om operatieassistenten op te nemen in het BIG-register, zodat zij net als de chirurg formeel kunnen worden gezien als bevoegd en bekwaam. 'De handelingen die vertegenwoordigers verrichten, behoren volledig toe aan operatieassistenten.' Dat dit nog niet de praktijk is, heeft volgens hem te maken met gemakzucht. 'Ik denk dat het de weg van de minste weerstand is voor de operateur en het ziekenhuis. Je hoeft je dan niet volledig te oriënteren en te scholen voordat je een eerste operatie gaat doen. Bij het huidige tekort aan operatieassistenten is het wel makkelijk dat er iemand van de industrie aanwezig is en ook zijn handen gebruikt. Als je aan het begin van de dag een tekort aan personeel hebt, ben je geneigd te denken: 'We pakken iemand van de industrie, dan kan deze operatie in ieder geval doorgaan.' Het is een glijdende schaal, waar ik mij zorgen over maak.'

Dit artikel is mede mogelijk gemaakt door Small Stream Media en het Fonds Bijzondere Journalistieke Projecten.

Geen zicht

Argos deed navraag bij alle academische ziekenhuizen en bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Zij laten weten geen zicht te hebben op de achtergrond van de vertegenwoordigers van fabrikanten. 'Gasten kunnen zowel medisch als niet medisch onderlegd zijn', laat het Leids Universitair Medisch Centrum weten. Het Universitair Medisch Centrum Utrecht zegt dat 'de verantwoordelijkheid hiervoor is gelegd bij de operateur.' Hoewel Degen het heeft over omgeschoolde operatieassistenten, kunnen andere artsen die we spreken niet aangeven wat de achtergrond is van een vertegenwoordiger. Geen van de overige specialisten heeft het over operatieassistenten. We vroegen ook aan fabrikanten als BiometZimmer, Medtronic en Johnson & Johnson naar de achtergrond van hun mensen. Daarop kwam geen reactie. Nefemed, een belangenorganisatie voor leveranciers van medische hulpmiddelen, laat enkel weten dat de vertegenwoordigers hoog opgeleid zijn.



Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

Reactie Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) laat schriftelijk weten dat ze op de hoogte zijn dat productspecialisten van de industrie aanwezig kunnen zijn op de OK. Dat ze handelingen uitvoeren op de OK of daadwerkelijk met hun handen aan de patiënt zitten, is voor de inspectie een onbekend fenomeen. 'In de praktijk kunnen we ons hier niets bij voorstellen en er zijn bij ons geen situaties bekend waarin dit gebeurt.'

De inspectie meldt dat ze geen kwaliteitseisen stellen aan vertegenwoordigers op de OK. 'Er is geen specifieke wet- of regelgeving met betrekking tot de aanwezigheid van productspecialisten.'

Reactie van het Erasmus MC

Het Erasmus MC laat schriftelijk weten dat bij procedures met complexe orthopedische implantaten regelmatig een vertegenwoordiger van de leverancier aanwezig is om de logistiek van het proces verder te optimaliseren en waar nodig operatieassistenten daarin te ondersteunen. Deze operaties beginnen in de ochtend. 'De chirurgische ingreep valt volledig buiten de competentie en verantwoordelijkheid van deze vertegenwoordiger.' Verder laat het Erasmus MC weten dat de raad van bestuur op de hoogte is van de aanwezigheid van vertegenwoordigers van fabrikanten op de OK en van dat ze handelingen verrichten tijdens de operatie. Dat zou maandelijks gebeuren. De vertegenwoordigers geven instructies en verbale ondersteuning bij de introductie van nieuwe implantaten. De raad van bestuur stelt geen specifieke kwaliteitseisen aan de vertegenwoordigers. 'De bevoegd- en bekwaamheid worden getoetst op de werkvloer en dit valt onder de verantwoordelijkheid van de arts', aldus het ziekenhuis.



Het is toegestaan, mits aan de voorwaarden voor goede en veilige zorg en andere (wettelijke) vereisten wordt voldaan. De chirurg blijft eindverantwoordelijk voor het hele traject. Daar kan ik nog aan toevoegen dat de inspectie geen kwaliteitseisen opstelt. Wij handhaven op bestaande wet- en regelgeving. In dit geval bijvoorbeeld de Wet BIG en mogelijk de Wet op medische hulpmiddelen.'

De bevoegd- en bekwaamheidsborging van de medewerkers van het ziekenhuis wordt door de inspectie gecontroleerd aan de hand van hun BIG-registratie, maar vertegenwoordigers van de industrie zijn geen medewerkers van het ziekenhuis. Tevens zijn ze niet BIG-geregistreerd, maar ze staan wel op de OK. Op de vraag hoe de inspectie toezicht houdt op of deze vertegenwoordigers bevoegd en bekwaam zijn om operaties met de chirurg uit te voeren, blijft de inspectie het antwoord schuldig.

Geen wettelijke bevoegdheid

Deskundigen met wie Argos sprak, roepen de inspectie op om onderzoek te doen naar vertegenwoordigers van fabrikanten op de OK. Hoogleraar patiëntveiligheid Jan Klein: 'Ik denk dat de inspectie daar heel duidelijk naar moet kijken.' Tegelijkertijd constateert Klein dat de inspectie een probleem heeft

om haar functie als toezichthouder uit te voeren. 'Bij de inspectie ligt een belangrijke taak om toezicht te houden op vertegenwoordigers van fabrikanten die operaties met de chirurg uitvoeren. Maar ik denk dat de inspectie een probleem heeft, omdat het nu wettelijk zo kan zijn dat niet iedereen die ondersteunend is op de operatiekamer, zoals operatieassistenten en anesthesiemedewerkers, is opgenomen in het BIG-register. Dat betekent dat iedereen dit soort functies kan uitoefenen op de OK. Dus ook een vertegenwoordiger van de industrie.'

Toestemming patiënten

De inspectie zegt dat er geen informatieplicht rust op de arts. 'Er is geen expliciete toestemming vereist voor alle direct betrokkenen bij de behandeling. Het is aan de behandelend arts te bepalen wie dat zijn. In het kader van privacy en een goede behandelrelatie ligt het wel voor de hand dat de behandelend arts de patiënt hierover informeert en diens eventuele bezwaren in overweging neemt.'



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Reactie Nederlandse Orthopedische Vereniging

De Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) laat schriftelijk weten dat zogenoemde productspecialisten aanwezig zijn op verzoek van de orthopeed. Zij hebben specifieke kennis van de instrumenten en prothesen, en juist dat is de reden voor hun aanwezigheid. Dit is in het belang van de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënt. De NOV stelt dat vertegenwoordigers van fabrikanten geen medische handelingen uitvoeren. 'Het is onacceptabel als vertegenwoordigers van fabrikanten bloed afzuigen, spieren opzij halen of wonden openhouden. Daar zijn zij niet voor. Dat staat haaks op het standpunt van de NOV.'

Verder schrijft de NOV: 'Een productspecialist heeft een OK-verpleegkundige en/of vergelijkbare (para)medische scholing. Daarnaast krijgt hij of zij een interne scholing vanuit de firma voor medische hulpmiddelen.' De NOV toetst niet of een medewerker van de industrie bevoegd of bekwaam is. 'Dat is een taak voor het ziekenhuis. Dat is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de medische zorg aldaar.'



NEDERLANDSE
ORTHOPAEDISCHE
VERENIGING | NOV



17 miljoen Facebook-virologen

Ineens was er een persconferentie dat het zorgpersoneel per direct het land niet meer uit mocht. Alsof wij iets stouts hadden gedaan en nu, per direct, een enkelband om kregen om vervolgens 800 uur per week te werken. Ineens was daar het coronavirus.

Dit was zo'n beetje de enige duidelijke oproep. Daarna werd het allemaal vrij vaag. Niemand wist precies wat het was, dat coronavirus, en wat we dan moesten doen. Behalve op Facebook, daar zaten blijkbaar allemaal intelligente virologen verscholen die zich nog sneller hebben vermenigvuldigd dan het virus zelf. Er werden vage dingen geroepen als 'We hoeven écht nog niet in paniek te raken.' Ja prima, maar wanneer dan wel? Dit soort uitspraken leidt meestal tot grote paniek. We konden ook maar beter geen handen meer schudden, maar we mochten ze nog wel wassen. We hebben zelfs nog een weekje de elleboog-box mogen doen, maar toen de experts doorhadden dat dat nergens op sloeg, hebben ze dat ook maar afgeschaft.

'U kunt ook maar beter niet naar buiten gaan, behalve als het écht nodig is.' Maar wanneer is het dan écht nodig? Om te hamsteren? Gelukkig is er in mijn woonplaats niemand die hamstert, want mensen hebben die dertig pakken toiletpapier gewoon écht nodig. Anders kochten ze het niet.

Voor het gemak noemen we het maar een lockdown, niet zomaar een lockdown, maar eentje die bedacht is door intelligente mensen. Daarom heet het een intelligente lockdown. Persoonlijk zeg ik liever crisis, lekker dramatisch. Tegenwoordig heet al snel iets een crisis. We hebben de klimaatcrisis, de kredietcrisis, een relatiecrisis, een economische crisis. We hebben nog maar net de Marco en Leontine-crisis overleefd en nu zijn we in de coronacrisis beland. Het leven is een aaneenschakeling van crises.

'Alleen met z'n allen krijgen we deze crisis onder controle.' Deze uitspraak vind ik nogal ironisch. Ten eerste vanwege de solidariteit die wordt afgedwongen. In praktijk denken we daar helemaal niet met z'n allen over na; en als we dat al zouden doen, wordt er alleen naar mensen geluisterd die bij Jinek aan

tafel zitten. Die mensen hebben vaak een LOI-cursus gevolgd om intensivist te worden, alleen hebben zij hun praktijkstage nooit gehaald. Ze kunnen beademingsmachine wel schrijven, maar ze kunnen hem niet bedienen. Ten tweede klinkt het alsof de hele samenleving continu bezig is met mee te denken hoe we corona onder controle krijgen. In plaats daarvan zijn we vooral bezig met home-workouts, lockdownparty's en klappen voor onze zorghelden. (O, daar ben ik er ook een van, wat leuk!)

In tijden van crisis, wanneer we juist behoefte hebben aan duidelijkheid, blijven er veel dingen vaag. Hoe krijgen we corona onder controle? Hoe lang gaat dit duren? Mogen we nou wel of niet naar buiten? Hoeveel toiletpapier mogen we nou daadwerkelijk kopen? Hoe is het in tijden van crisis met de Borsato'tjes? Op deze belangrijke vragen hebben we helaas nog geen antwoord. Daarvoor moeten we bij de Facebook-virologen zijn, dat zijn namelijk de échte experts.

Don Roelofsen is recoveryverpleegkundige in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch.

Don genomineerd voor sociale media award

De redactie van Operationeel is trots op onze columnist recoveryverpleegkundige Don Roelofsen: hij werd genomineerd voor The Best Social Awards. Dit zijn dé prijzen voor de beste sociale media uitingen. Helaas won Don de award net niet, maar genomineerd worden is natuurlijk ook al een mooie erkenning. Don is erg actief op Twitter, Instagram, Facebook en andere sociale mediakanalen. Op Twitter heeft hij meer dan 17000 volgers. Uit het juryrapport: 'Dankzij de tweets van Don weten we hoe het er tijdens deze crisis in het ziekenhuis aan toe gaat. Hij wisselt grappen af met informatie en zijn tweets hebben eraan bijgedragen dat mensen de maatregelen serieus nemen'. Don reageerde op Twitter laconiek op de nominatie: 'Mijn moeder zegt dat ik genomineerd ben voor beste sociaal medium. Ik vind het wel schattig maar nu denkt de hele buurt dat ik een paragnost of waarzegger ben.'



QLICKSMART®
... and be safe



**Wilt u snij- en prikincidenten,
huidverwondingen en infecties voorkomen?**

Gebruik dan Qlicksmart producten.
Veiligheid voor personeel en patiënten is onze prioriteit.
100% veilig, hygiënisch, preventief en kostenbesparend!



BladeFLASK
niet-seriel



BladeCASSETTE



BladeNeedlesSYSTEM



SnapIT



CheckCLIP
Voor ampul of flacon

Scalpelmes verwijdering systemen

Ampullen-breker

Medicatie identificatie & labelling

Qlicksmart voldoet aan de nieuwe Wet- en Regelgeving werken met Scherpe Medische Hulpmiddelen art.4.97 punt 2c.

Nadere informatie en bestellingen bij uw reguliere leverancier of Medzorg Nederland BV
tel.0252 – 536200 * Qlicksmart.nl * info@qlicksmart.nl en orders@medzorg.nl

REDEFINING ROBOTICS.

SURGEON-CENTERED
EFFICIENT¹
ACCURATE²

ROSA Knee



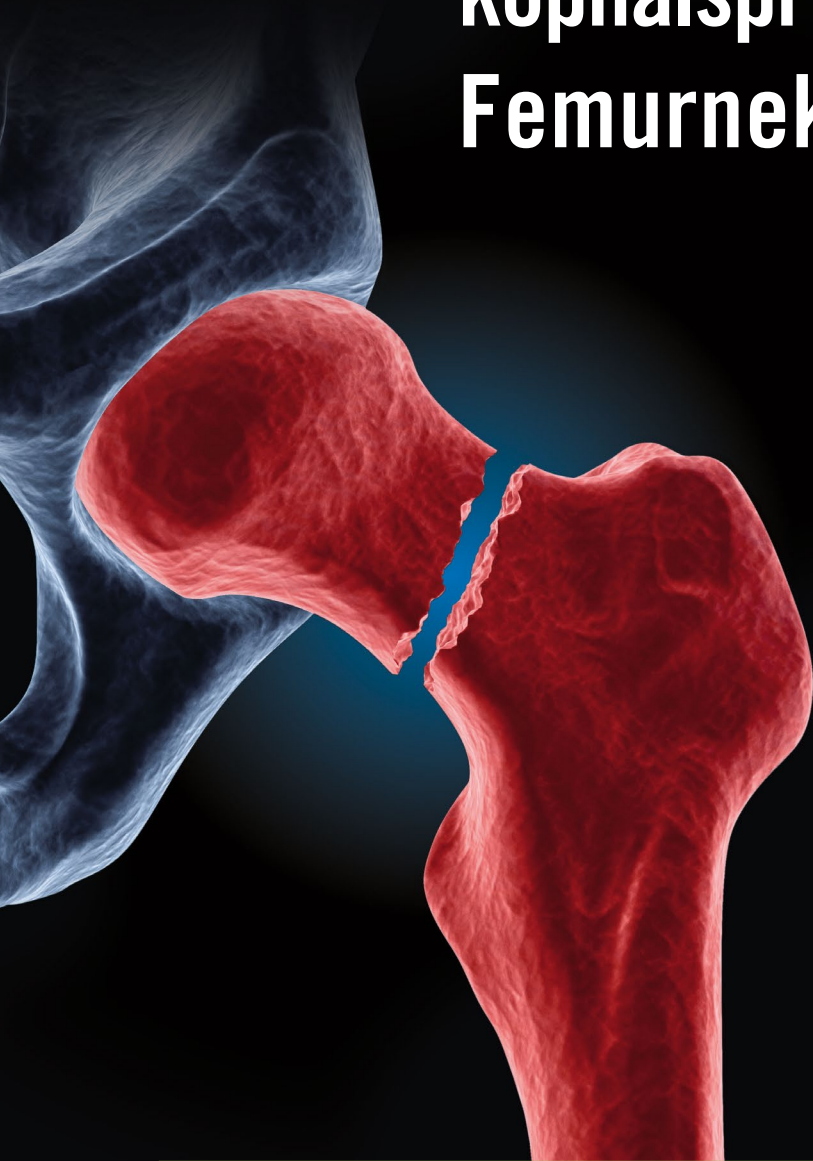
1. Statement based on x-ray based imaging, imageless case option, and reduced instrumentation through pre-operative imaging.

2. "Meta-Analysis of Navigative vs Conventional Total Knee Arthroplasty" Barakat M, Hattamoh, MD, & al, The Journal of Arthroplasty Vol. 27 No. 6 2012.

All content herein is protected by copyright, trademarks and other intellectual property rights, as applicable, owned by or licensed to Zimmer Biomet or its affiliates unless otherwise indicated, and must not be redistributed, duplicated or disclosed, in whole or in part, without the express written consent of Zimmer Biomet. This material is intended for health care professionals. Distribution to any other recipient is prohibited. For indications, contraindications, warnings, precautions, potential adverse effects and patient counseling information, see the package insert or contact your local representative, visit www.zimmerbiomet.com for additional product information. Check for country product clearances and reference product specific instructions for use. Not for distribution in France.

© 2020 Zimmer Biomet

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



COPAL® G+C

Botcement met
gentamicine en clindamycine

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