

Operationeel

VOOR OPERATIEASSISTENTEN

Magazine

NR 4. NOVEMBER 2020 JAARGANG 15

Prof. dr. Marlies Schijven
Chirurg en chief medical
information officer bij VWS

**Landelijk Consortium
Hulpmiddelen**
zorgt voor voldoende
hulpmiddelen voor
tweede COVID-19 golf

Leidinggeven
aan millennials en generatie Z

Casus
onderbeenpijn door
afklemming van de knieslagader



Wendy Vallinga (Zuyderland) ▶



34^e

LVO CONGRES

Donderdag
11 maart 2021



WEBINAR

Tijdstip:
19:30 uur
tot 21:30 uur

Andere tijden de Groene OK

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@denederlandse-ok-krant.nl.



Maquet Otesus Flexibel, ergonomisch, veilig

De Maquet Otesus is ons innovatieve en flexibele operatietafelconcept. Dankzij het Easy Click systeem bouwt u de tafel snel op. Het brede scala aan verstelmogelijkheden, zorgt voor eindeloos veel positioneringsopties.



Nieuwsgierig?
Bekijk de video.



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

Operatieassistent Wendy Vallinga (38) doet waar ze goed in is: opereren. En dat doet ze soms ook letterlijk vanuit de console van de Da Vinci-robot in het Limburgse ziekenhuis Zuyderland.



12 Chirurg en chief medical information officer bij VWS

Hoogleraar Marlies Schijven is oplossingsgericht, een fixer. Dat komt haar goed van pas bij haar werk als chirurg, kenner van eHealthontwikkelingen en – sinds dit voorjaar – chief medical information officer bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).



18 Coronacrisis bevestigt nogmaals belang van goede barcodering

In acht dagen van start-up naar een volwaardig internationaal opererend bedrijf, dat was de ontwikkeling die het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) afgelopen maart doormaakte. Inmiddels liggen er ook voor een tweede coronagolf genoeg medische hulpmiddelen in de verschillende LCH-warehouses. Geïmporteerd via een dedicated luchtbrug.



24 Leidinggeven aan millennials en generatie Z

Als leidinggevende wil je je medewerkers graag behouden en doe je er alles aan om dat voor elkaar te krijgen. Beloon jij hen met externe prikkels of ondersteun jij hun intrinsieke motivatie?



28 Casus: onderbeenpijn door afklemming van de knieslagader

Een 34-jarige patiënte wordt verwezen naar de vaatpolikliniek vanwege pijn in haar kuiten tijdens inspanning. Duplexonderzoek bevestigt de vermoedelijke diagnose 'popliteal artery entrapment syndrome' (PAES).

EN VERDER IN DIT NUMMER

- 8 LVO-Nieuws
- 20 Chirurgisch nieuws
- 31 Boeken



Beste lezer,

Afgelopen voorjaar werd chirurg en hoogleraar Marlies Schijven benoemd tot chief medical information officer bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Maar wat houdt dat precies in? Wij interviewden haar over deze bijzondere functie.

Misschien heb je een leidinggevende functie binnen de OK. Zeker als je zelf al wat ouder bent, kan het best lastig zijn om jongere collega's aan te sturen. We zoomen in dit artikel in op millennials en de generatie daarna, generatie Z, omdat zij als nieuwkomers een steeds belangrijker aandeel in het werkveld vormen.

Verder besteden we in dit nummer aandacht aan jonge patiënten met onderbeenpijn. Een 34-jarige patiënte wordt verwezen naar een vaatpolikliniek vanwege pijn in haar kuiten tijdens inspanning. Duplexonderzoek bevestigt de vermoedelijke diagnose 'popliteal artery entrapment syndrome'. Dit is een zeldzame aandoening veroorzaakt door een abnormaal verloop van de knieslagader door afknellende spierstructuren in de knieholte. Een tijdige operatieve behandeling is van belang om knieslagadertrombose, -verwijding of -vernauwing te voorkomen.

Als laatste: komend jaar zal de LVO vanwege COVID-19 een eendaags online congres organiseren op donderdag 11 maart. Gezien de maatregelen die de regering heeft genomen met de anderhalvemetermaatschappij is het niet mogelijk het LVO-congres te organiseren zoals de 33 voorgaande jaren. Wij zullen jullie de komende periode blijven informeren via de LVO-app, Operationeel, De Nederlandse OK-krant en www.lvocongres.org en www.lvo.nl.

P.S. Houd nummer 5, het laatste nummer van dit jaar, goed in de gaten. Dit nummer is namelijk een bijzonder thema-nummer over prostaatkanker.

We wensen je veel leesplezier,



Menno Goosen,
hoofdredacteur Operationeel
redactie@lvo.nl



Hennie Mulder,
redactiecoördinator LVO
operationeel@lvo.nl

'Ik zet clipjes en staple darmnaden'

Operatieassistent Wendy Vallinga (38) doet waar ze goed in is: opereren. En dat doet ze soms ook letterlijk vanuit de console van de Da Vinci-robot in het Limburgse ziekenhuis Zuyderland.

Tekst: Ingrid Lutke Schipholt
Foto's (inclusief cover): Celine Debie



Vertel eens, waaruit bestaat je werk?

'De laatste zeven jaar ben ik first assistant bij de Da Vinci-robot. Ik vind het intrigerend werk. Je past een ultiem staaltje techniek toe op patiëntenzorg. We hebben twee dagen extern een opleiding gekregen en ontvingen daarna een certificaat. Bij ons gaan urologen in opleiding niet aan tafel maar leren zij vanuit de console. Wij zijn de enigen die aan tafel gaan. Vijf urologen werken inmiddels met de operatierobot.'

Bij welke operaties gebruiken jullie de robot?

'Bij radicale prostatectomieën, maar ook blaas-OK's voor bijvoorbeeld blaaskanker, en nieroperaties, zoals de partiële nefrectomie. Totale nefrectomieën doen we met andere operatietechnieken.'

Wat houdt dat in, first assistant?

'Als we met zijn tweeën op de OK staan, de specialist en ik, dan zet ik ook de sneetjes voor de poorten en steek ik de trocars in de buik. Ik doe de chirurgische handelingen die de specialist normaal doet als hij een kijkoperatie uitvoert. Dus ik zet clipjes. En bij een blaasoperatie, staple ik de darmnaden. Bij een nieroperatie zet ik tijdelijke klemmen op de vaten van de nieren. Eigenlijk zijn het best wel wat handelingen die een stapje verder gaan dan wat ik gewend was.'

Neem je wel eens plaats in de console?

'Ja, al komt het sporadisch voor. Bij blaas-OK's staat de specialist voor een deel aan tafel en wij in de console om een arm of een instrument los te maken. Ik vind het heel leuk en verantwoordelijk werk. In de console voel ik voor even dat ik de leiding heb. Natuurlijk ben ik wel gewend om verantwoordelijk te zijn voor mijn handelen, maar dat is altijd onder supervisie van een specialist. In de console zitten is te vergelijken met rijlessen waarbij de rijinstructeur de auto uitstapt en de leerling laat rijden.'

Dat is heel bijzonder. Welke verantwoordelijkheden heb je nog meer bij de operatierobot?

'Stel, een ingreep loopt uit tot na vijf uur, het tijdstip waarop de meeste electieve operaties afgelopen zijn en de meeste mensen naar huis. Dan ben je de enige operatieassistent in huis met robotexpertise. Die verantwoordelijkheid moet je dragen. Als er iets misgaat met de robot, doordat hij bijvoorbeeld uitvalt, dan moeten noodprocedures worden uitgevoerd. Daar moet je ook in thuis zijn. Dus naast de ingreep beheersen moet je ook vaardigheden hebben om met een helicopterview alles in de gaten te houden. Een robot is weliswaar heel slim, maar niet zelfsturend.'

Het klinkt allemaal heel technisch. Spreek je nog patiënten? En hoe verloopt het contact met hen?

'Ik vind patiëntencontact een belangrijk onderdeel van mijn werk. De patiënten komen wakker binnen. Dan laat ik ze de

robot nog eens zien. Zo'n apparaat maakt toch indruk in het echt. Je spreekt ze maar kort, en het kan zo veel uitmaken hoe je een patiënt bejegend of op zijn gemak stelt. Als wij heel relaxt zijn, dan is dat goed voor de mensen die de ingreep ingaan. Je moet vooral echt zijn.'

Geef je ook scholing?

'Ja, ik geef geregeld scholing aan collega's over wat er kan gebeuren op het gebied van urologie in de dienst. Urologie heeft een klein scala aan spoedingrepen. Denk aan een gedraaide teelbal of nierstenen die ergens vastzitten. Nierstenen zijn lastige ingrepen voor collega's die daar niet vaak bij assisteren.'

Wat heb je verder zoal gedaan in je carrière?

'Toen ik van de havo af kwam, ben ik aan de studie verpleegkunde begonnen. Na twee jaar hbo-v kwam ik erachter dat dat eigenlijk niet mijn ding was. Ik solliciteerde hier in het Zuyderland en werd aangenomen voor de inserviceopleiding. In 2001 begon ik aan mijn beroepsvoorbereidende periode. Ik ben honkvast, want ik werk hier sindsdien. Ik werk nu dertien jaar voor de discipline urologie. Vanwege de spoeddiensten rouleer ik ook, en werk ik op andere disciplines die we met name in de spoed zien.'

Sta je nog bij kijkoperaties en gewone operaties?

'Jazeker. Dan mag ik de voorbehouden handelingen, zoals clipjes zetten, allemaal niet doen. Dan moet ik me wel even verbijten. Ik werk in een opleidingsziekenhuis en dan sta je soms bij een kijkoperatie of een open operatie te assisteren met een jongerejaars assistent die dit voor het eerst doet, en dan denk je:

o, dat kan ik ook. Of: dat kan ik misschien beter. Daar zeg ik niks over, tenzij ik zie dat hij er niet uitkomt. Dan geef ik tips. Ik zorg ervoor dat het me niet frustrereert dat ik het niet zelf kan doen, maar ik gebruik mijn expertise om te helpen. Dus als hij moeite heeft om een clipje te zetten, dan stel ik voor om de tang eens om te draaien of een handeling eens via een andere route aan te vliegen.'

Pikken de aiossen het van je wanneer je hun operatietips geeft? Hoe gaat het samenspel met hen?

'Aiossen openen en sluiten bij robotingrepen. Afhankelijk van waar ze in de opleiding zijn doen ze meer. Ik weet dat ik een stapje terug moet doen als de aios aan het opereren is. Maar als ik denk dat iets niet in de haak of zelfs kwalijk is, mogen wij dat ventileren. De uroloog zegt wel eens gekscherend tegen de aiossen: "Luister maar naar de meisjes, die weten het wel." Je merkt dat je een ander soort inzicht krijgt naarmate je dit werk langer doet.'

Tijdens de eerste COVID-19-golf werkte je door op de operatiekamer terwijl veel van jouw collega's ander, coronagerelateerd werk gingen doen. Had je niet het gevoel dat je eigenlijk bij hen moest zijn?

'Ik heb wel eens gezegd dat ik me het luxepaardje voelde. Wij opereren gewoon door en zij stonden op de ic de COVID-patiënten te draaien en te verzorgen. Maar gelukkig is er geen wrok of zo. Nee, er zijn ook mensen die het fort moeten bewaken.'

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.

Wat zijn je ambities?

'Het moeilijke van ons vak en voor mijn generatie is dat we weinig doorstroommogelijkheden hebben zonder hbo-diploma. De nieuwe generatie operatieassistenten heeft een hbo-diploma, waarmee je meer kunt. Ik ben operatieassistent en dat is het dan. Ik was in 2013 net met de robotopleiding bezig toen ik me afvroeg of ik misschien toch niet medicijnen had moeten gaan studeren. Ik merkte dat ik het toch wel in de vingers heb. Ik ben werkbegeleider en ik merk dat ik het heel leuk vind om een nieuwe collega te laten zien hoe ze niet alleen een goede maar ook een heel goede operatieassistent kan worden. Ja, ik ben iemand van puntjes op de i. Heel kritisch, met het hart op de goede plek. De jonge generatie opleiden zit hem in de details. Ik begeleid wel eens laatstejaars studenten in de diensten, en daarin zit iemand die vertelde dat ze ertegen opzag de spoedtelefoon op te nemen. Ze was huiverig voor het soort ingreep dat werd aangemeld, en bang niet naar de juiste informatie te vragen. Ik zei: "Zolang ze antwoord kunnen geven op jouw vraag is het prima. Er komt een moment waarop ze jou geen antwoord kunnen geven. Dan weet je niet wat er gaat komen en wat je te doen staat. Dan moet je improviseren." Daarover is ze gaan nadenken, want zij was alleen bang voor de andere kant van de lijn. Dat wat je niet hoort, is ook informatie. Je moet op alles bedacht zijn. Wat ik haar wilde meegeven, is dat geen informatie ook informatie is en dat dat consequenties heeft. We moeten constant onze radartjes open hebben staan en filteren wat belangrijk is en wat niet.'

LVO-informatie

Nicole Dreessen	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
(Vacature)	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.

Tweede coronagolf, wat nu?

Tijdens de eerste coronagolf lag de electieve operatieve zorg bijna volledig stil. Operatieassistenten en anesthesiemedewerkers werkten op ic en SEH, en vervulden een cruciale rol. Ze hebben gestreden in de vuurlijn met bijvoorbeeld (beademings)machines van de operatiekamer. Ze hebben patiënten beademd, hoogcomplexe zorg verleend en ernstig zieken bijgestaan terwijl het voor naasten niet mogelijk was bij hun zieke familielid te zijn. De eerste golf is nog niet vergeten en verwerkt, of de volgende heeft ons bij het schrijven van dit bericht alweer bereikt. De intentie was dat de reguliere zorg niet zou worden afgeschaald, maar dat hebben we niet kunnen voorkomen.

Gezamenlijke appèl voor doorgang operatieve zorg

De Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers (NVAM) en de LVO hebben samen met de wetenschappelijke verenigingen die zijn betrokken bij de uitvoer van ingrepen op de operatiekamer, gekeken naar voorwaarden om te voorkomen dat de electieve zorg bij de tweede golf weer helemaal stil zou vallen zoals in de eerste golf. We hebben altijd aangegeven dat gedeeltelijke afschaling van reguliere zorg in een dergelijke situatie onvermijdelijk is. Het gezamenlijke voorstel is om met een harmonisch model te werken: de zorg te leveren daar waar nodig. Om mensen uit de brand te helpen, maar meer gefaseerd, en electieve zorg zo veel



Illustratie: Shutterstock

mogelijk te laten doorgaan. Hiermee staan wij klaar voor alle patiënten die onze zorg nodig hebben. Om die reden werken wij immers op de operatiekamer en in de zorg.

Plan in lijn met het opschalingsplan LNAZ

Dit gezamenlijke plan beoogt hetzelfde als het opschalingsplan van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ, juni 2020), dat de mogelijk noodzakelijke opschaling van de ic's en daarbij behorende personele bezetting weergeeft. Beide plannen streven naar de mogelijkheid electieve operatieve zorg te blijven leveren. Volgens het plan van de LNAZ zou het OK-personeel klaar kunnen blijven staan voor electieve operatieve zorg door verpleegkundigen de mogelijkheid te geven zich te specialiseren tot Basis Acute Zorg-verpleegkundige voor ondersteuning en inzet op de ic. Zij worden op dit moment opgeleid. Het opschalingsplan richt zich alleen op BIG-geregistreerde verpleegkundigen. Operatieassistenten en anesthesiemedewerkers die niet zijn

opgenomen in de Wet BIG vallen dus buiten dit plan. Daarmee toont het opschalingsplan dat beleidsmakers geen plaats meer zien op de ic voor het OK-personeel.

Noodzaak en nut van anesthesiemedewerker en operatieassistent niet erkend

De noodzaak om bij te springen op de ic is niet meer zo groot als tijdens de eerste golf, door minder ic-opnames en verbeterde behandelstrategieën. Het is desondanks jammer dat de hulp die wij kunnen bieden bij een tweede golf volgens het LNAZ-plan niet nodig wordt geacht. Onze expertise is bewezen ondersteunend geweest tijdens de eerste golf; uit enquêtes is naar voren gekomen dat de kennis en kunde van operatieassistenten en anesthesiemedewerkers voldoende was om ondersteuning te kunnen bieden op de ic. Zonder onze hulp was opschalen naar het benodigde aantal extra ic-bedden niet mogelijk geweest. Slechts OK-personeel beschikte over de juiste expertise zonder lang scholingstraject. Tijdens de eerste golf hebben we ons werk buiten onze comfortzone uitgevoerd, soms met angst, maar zonder enige aarzeling. We zijn er klaar voor om dit weer te doen, en tegelijkertijd zo veel mogelijk klaar te staan voor electieve zorg. Op het moment van schrijven worden alweer anesthesiemedewerkers en operatieassistenten ingezet op andere afdelingen.

Heb je recht op de zorgbonus?

In september heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de handreiking 'Zorgbonus COVID-19' gepubliceerd. Hierin valt te lezen dat zorgaanbieders een aanvraag kunnen indienen voor zorgprofessionals. Die komen in aanmerking voor een bonus als zij zich in de periode 1 maart 2020 tot 1 september 2020:

- hebben ingezet voor patiënten en cliënten met COVID-19 en/of
- hebben bijgedragen aan de strijd tegen COVID-19.



In de handreiking staan beroepen vermeld die 'direct voldoen, mits' en beroepen die 'niet voldoen, tenzij'. In deze laatste lijst staat ook de operatieassistenten. Anesthesiemedewerkers worden zelfs helemaal niet genoemd. De LVO en de NVAM hebben direct contact opgenomen met VWS. Er is nu duidelijk gesteld dat de beroepen die op de 'nee, tenzij'-lijst staan in sommige gevallen toch in aanmerking komen voor de zorgbonus. Bijvoorbeeld operatieassistenten en anesthesiemedewerkers die zijn gaan helpen op de ic of de cohortafdeling voor COVID-19-patiënten, of die op een andere manier hebben bijgedragen aan de strijd tegen COVID-19. Het uitgangspunt van het ministerie is bij ons beroep dus 'nee, tenzij'. VWS zegt nu dus dat zorgaanbieders de ruimte hebben om ook voor deze zorgprofessionals een bonus aan te vragen. Een nogal omslachtige procedure die geen recht doet aan al het OK-personeel.

Wij gaan ervan uit dat de werkgevers het goede voorbeeld volgen van enkele zorgbestuurders en het advies van NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) en NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra) om de bonus generiek voor alle ziekenhuismedewerkers aan te vragen, en dat er geen uitzonderingen worden gemaakt in het toekennen van de zorgbonus. Iedereen komt in aanmerking en heeft deze bonus verdiend. We zullen een meldpunt oprichten waar je het kunt melden indien de uitkering van de zorgbonus niet verloopt zoals wordt voorgesteld door VWS. Zo weten wij wat er bij jullie speelt. Daarover laten we snel meer horen.

Petitie

Door als LVO en NVAM gezamenlijk op te komen voor de beroepen op de operatiekamer en het belang van de patiënt laten we onze stem horen. En geven we onze mooie beroepen de aandacht die ze verdienen. Dit kan enkel als we samen een vuist maken. Sluit je daarom aan bij de beroepsvereniging. En onderteken daarnaast de petitie van je collega's waarin wordt verzocht om alle operatieassistenten/anesthesiemedewerkers in aanmerking te laten komen voor de eenmalige zorgbonussen. De LVO en de NVAM ondersteunen dit initiatief en zijn voornemens de petitie aan te bieden aan de Tweede Kamer. Teken hier de petitie voor operatieassistenten: <https://tinyurl.com/y2dfu8lf>
Teken hier de petitie voor anesthesiemedewerkers: <https://tinyurl.com/y58lrhqw>

De petitie staan ook op de website van de LVO. Wij staan klaar voor alle patiënten.

LVO en NVAM

Young Professional Award

De genomineerden voor de Young Professional Award zullen hun presentaties houden op een themadag in de herfst van 2021. Eerder stond dit gepland voor het LVO-congres, maar omdat deze bijeenkomst als webinar zal plaatsvinden (zie het bericht elders in het LVO-nieuws) is er geen ruimte meer voor de genomineerden. Hopelijk kunnen we in de herfst weer bij elkaar komen.

De datum voor het insturen van het eindproduct is ook aangepast. Stuur het voor 1 mei 2021 naar: onderwijs@lvo.nl.



LVO-congres 2021 wordt eendaags webinar

Komend jaar organiseren we ons congres op donderdag 11 maart vanwege COVID-19 volledig online. Gezien de maatregelen die de regering heeft genomen met de anderhalvemetermaatschappij, is het niet mogelijk het LVO-congres te organiseren zoals de 33 voorgaande jaren. De congrescommissie heeft al een mooi en boeiend programma samengesteld, een programma dat ook heel goed via een webinar online zal kunnen worden gevolgd. Het congresbureau waarmee de LVO samenwerkt, Congress Care, heeft in de afgelopen maanden al veel van deze webinars verzorgd. Met groot succes. Uiteraard zal de LVO iedereen steeds op de hoogte houden met nieuws over de inschrijving, de manier waarop kan worden ingelogd, de tijden en natuurlijk het programma. Het thema van deze dag is: 'Andere tijden-De Groene OK'.

In de hoop dat er in de loop van het komende jaar een vaccin is en we weer lijfelijk met meer personen kunnen samenkomen, organiseren we volgend najaar wederom een eendaags congres.

Datum en locatie zullen tijdig bekend worden gemaakt.

Meer informatie op onze website en op de speciale congreswebsite www.lvocongres.org.

Speciale nieuws-app voor alle OK-medewerkers

De LVO heeft een app voor OK-professionals en OK-geïnteresseerden ontwikkeld. Met de app brengen we jullie op een snelle manier nieuws over ontwikkelingen in ons 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 met elkaar te verbinden. Zo kun je voor actuele of prangende vragen de chatfunctie 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: op de hoogte blijven van de actualiteiten rond het LVO-congres; het programma, de sprekerslijsten en de sponsors bekijken;

je eigen programma samenstellen; met andere deelnemers en leden chatten; Download de LVO-app en ontvang al het nieuws over ons werkveld direct op je telefoon. De app is nú beschikbaar in de Appstore van Apple en in de Google Play Store (Android).



Gezocht: nieuw lid voor LVO-commissie PR & Voorlichting



De commissie PR & Voorlichting (PR&V) informeert leden en aspirant-leden over de activiteiten van de LVO. Ook geeft zij voorlichting over de ontwikkelingen van het beroep van operatieassistent in ziekenhuizen, op de opleidingsinstituten en op congressen.

- Vind je het leuk om voorlichting te geven over jouw beroep?
- Heb je ideeën over manieren om de LVO nóg beter op de kaart te zetten?
- Wil je je netwerk uitbreiden?
- Ben je een paar uurtjes per week beschikbaar?

Dan is de functie van commissielid PR&V vast iets voor jou!

Wat levert het je op?

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

Heb je belangstelling voor deze vrijwilligersfunctie of wil je meer weten?

Stuur een mail naar prvoorlichting@lvo.nl.

LVO ondertekent Green Deal voor Groene OK

Hoe kunnen we de enorme bergen afval op de operatiekamer terugdringen? Hoe kunnen we medicijnresten uit afvalwater filteren? En hoe kunnen we zorgvuldiger omgaan met het energieverbruik op de OK? Het zijn enkele voorbeelden van complexe vragen die in je opkomen als je nadenkt over het verduurzamen van de zorg.

Om ziekenhuizen te ondersteunen in het duurzamer maken van de operatiekamers is het Landelijk Netwerk Groene OK opgericht. Dit netwerk bestaat uit vijftien verenigingen van medisch specialisten en ondersteunende beroepsgroepen die werkzaam zijn op de OK. Ook de LVO participeert in dit netwerk, vertegenwoordigd door commissielid Mike Thijsing. Deze landelijke netwerkorganisatie geeft sturing aan het gezamenlijke initiatief de Green Deal, dat de deelnemende verenigingen afgelopen 10 september hebben ondertekend om de transitie naar een groene OK te versnellen. Daarmee belooft ook de LVO zich actief in te zetten voor het verduurzamen van de zorgprocessen op de OK. Tijdens een feestelijke anderhalvemeterbijeenkomst beloofden de verenigingen dat zij initiatieven steunen en initiëren die leiden tot verduurzaming van zorgprocessen op de OK of tot kennisontwikkeling. Monique de Kort tekende namens de LVO.

Zakken vol afval verlaten de OK

Veel medisch specialisten storen zich al jaren aan de vervuiling als gevolg van opereren. Chirurg prof. dr. Jeroen Meijerink, een van de initiatiefnemers: 'De operatiekamers zijn een onmisbaar onderdeel van een ziekenhuis. Om operaties goed uit te kunnen voeren is echter veel energie nodig. Iedere operatie genereert daarnaast veel omgevingsonvriendelijke gassen en zakken vol afval. De operatiekamers dragen op die manier bij aan een



Foto: Hans Tak

Monique de Kort tekende namens de LVO.

groot deel van de CO₂-uitstoot en aan de – plastic – afvalstromen die het ziekenhuis verlaten. Als het om duurzaamheid gaat, valt hier echt enorm veel winst te behalen.'

Samen met anderen

De deelnemers aan het Landelijk Netwerk Groene OK vinden het belangrijk om als professionals zelf leidend te zijn op dit onderwerp. Als geen ander zien zij namelijk wat mogelijk is. Belangrijk is ook de samenwerking met andere partijen, zoals ziekenhuisbestuurders, de inspectie, afvalverwerkers, farmaceuten en fabrikanten van medische hulpmiddelen. Het netwerk heeft de eerste contacten al gelegd en het initiatief wordt met enthousiasme ontvangen.

Verduurzaming in richtlijnen

Een manier waarop het netwerk verduurzaming van zorgprocessen op de OK wil borgen is via richtlijnontwikkeling. In overleg met het Kennisinstituut Medisch Specialisten wordt momenteel bekeken hoe duurzaamheidsaspecten vast onderdeel

kunnen worden van bestaande en nieuwe richtlijnen voor de snijdende specialismen. Op basis van onderzoek en literatuur kunnen bijvoorbeeld handvatten worden geformuleerd.

Bottom-up

Cathy van Beek, kwartiermaker duurzame zorg in opdracht van het ministerie van VWS, prees tijdens de bijeenkomst van het netwerk het gezamenlijke initiatief van de vijftien verenigingen en het leiderschap van een aantal individuele medisch specialisten. Wanneer dergelijke initiatieven bottom-up tot stand komen en professionals samen de leiding pakken op zaken die zij zelf kunnen beïnvloeden, is dit een belangrijke randvoorwaarde voor succes, aldus Van Beek.

Op naar een gezonde, groene toekomst. Voor onze kinderen, en de kinderen van onze kinderen.

Chirurg en chief medical information officer bij VWS Marlies Schijven:

‘De human factor is enorm belangrijk’

Ze is oplossingsgericht, een fixer. Dat komt haar goed van pas bij haar werk als chirurg, kenner van eHealthontwikkelingen en – sinds dit voorjaar – chief medical information officer bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Een interview met prof. dr. Marlies Schijven.

Tekst: Cindy Lammers



Foto: Amsterdam UMC

Bij veel zorginstellingen komt de functie van medisch informatieprofessional in het personeelsbestand voor. Maar een chief medical information officer (CMIO) bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), dat is relatief nieuw. Er werden er dit voorjaar twee aangesteld: voormalig arts Vera Timmermans en chirurg Marlies Schijven. De laatste werkt bij VWS slechts één dag per week, maar dat is niet vreemd als je daarnaast nog praktiserend chirurg en hoogleraar chirurgie bent (zie het kader hieronder). VWS wil de ontwikkelingen op het gebied van eHealth nauw volgen om deze te kunnen versterken. Het liefst gevoed met ervaringen uit de praktijk. Vandaar dat Schijven op de vacature voor CMIO solliciteerde. ‘Ambtenaren bij VWS hebben de behoefte geuit aan een praktiserend arts die vanuit de praktijk weet welke problemen er spelen met nog meer bits en bytes in de zorg.’ Haar cv is passend, als hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam met de leeropdracht Serious Gaming, Simulation en Applied Mobile Healthcare. ‘Ik kon maar één dag in de week vrijmaken, maar ze wilden me graag daarvoor aanstellen’, vertelt Marlies Schijven. In die ene dag valt er genoeg te doen; het belang van informatietechnologie en een goede toepassing ervan in de zorg neemt alleen maar toe.

Hoe ziet je functie van CMIO eruit?

'Ik werk vooral adviserend en geef gevraagd en soms ook ongevraagd mijn mening over vraagstukken die technologie in de zorg betreffen. Ik probeer geluiden uit het veld, van artsen en anderen in het ziekenhuis, bij de ambtenaren te brengen. Neem het elektronisch patiëntendossier. Voor een VWS-medewerker zonder zorgachtergrond is het best moeilijk zich voor te stellen wat een EPD nou eigenlijk is, en hoe het werkt. Vanwege corona doe ik mijn werk voor het ministerie sinds mijn aantreden op 1 april grotendeels digitaal, dus op afstand. Dat is best een uitdaging bij een grote organisatie als VWS, want wie moet ik waarvoor hebben? Inmiddels lukt dat steeds beter en word ik ook steeds meer bevroegd. Zowel vanuit VWS als vanuit "het veld" ontvang ik vragen en verzoeken, die ik op elkaar probeer aan te sluiten. Het is natuurlijk top als dat lukt.

Ik vind het leuk en belangrijk werk, heel fijn dat ik de ruimte hiervoor ook heb gekregen bij Amsterdam UMC. Het belang zit natuurlijk niet in het adviseren op zich, maar in het kweken van wederzijds begrip tussen ambtenaren en zorgprofessionals. Die streven uiteindelijk allemaal graag oplossingen na, van soms best heel complexe vraagstukken. Het gaat erom mensen hierin te verbinden, maar ook om wetenschappelijk goed en scherp te kunnen reflecteren. Dan ben je mijns inziens van waarde. De input van Vera Timmermans en mij, maar ook die van onze chieft nursing information officer (CNIO) Bianca Buurman – eveneens werkzaam bij Amsterdam UMC – is dus gebaseerd op onze eigen ervaringen en gedachten, en vertalingen van wat we horen vanuit onze beroepsgroep. Want deze geluiden zijn echt essentieel om tot voortuitgang te kunnen komen.'

In het tijdschrift voor informatieprofessionals IP zei techniekfilosoof Peter-Paul Verbeek dat de coronacrisis ons geleerd heeft kritischer naar technologie te kijken, vooral de invloed daarvan op de samenleving. Hoe zie jij dit in relatie met de zorg en jouw taak als CMIO?

'Je moet altijd kijken naar de beste oplossing voor een probleem. Die kan dan liggen in een technologische toepassing, maar dat hoeft niet per se. Technologie moet wat mij betreft in de zorg niet het uitgangspunt of doel zijn. En het is ook niet een kwestie van een foefje toepassen en dan is het geregeld. Techniek is complex, net als de zorg. Je moet goed nadenken over het veilig inzetten ervan, passend in de cultuur, de regelgeving en het juridisch kader. Kan het medisch-ethisch wel? Kun je de risico's van een digitale oplossing goed inschatten, en zo ja: welk risico ben je dan bereid te nemen? Ga je een digitale oplossing breed inzetten of kan dat juist niet? Wanneer is een CE-markering nodig? Wanneer is een digitale oplossing feitelijk een medisch hulpmiddel? Er zijn heel veel vragen die je moet beantwoorden. Om daar te komen moet je natuurlijk eerst de juiste vragen stellen. Iets waar ik, denk ik, best goed in ben.'

Verbeek praat tevens over ‘citizen ethics’, en er bestaat zoiets als ‘citizen science’: in gesprek gaan met de burgers, ze betrekken bij de technologische ontwikkelingen. Hoe sta jij hierin?

“De patiënt centraal”, je hoort het veel. Zo veel, dat het een soort modebegrip aan het worden is en daarmee weer aan kracht verliest. Natuurlijk moet de patiënt centraal staan, volgens mij is dat altijd ook zo geweest. Zorg verlenen doe je immers niet voor jezelf maar voor de patiënt. Waar het hier om gaat is nadenken over nog beter op de patiënt aansluitende zorg door inzet van digitale ondersteuning en middelen. Daarbij heb je input van de patiënt echt nodig, anders weet je niet of het dat daadwerkelijk doet. Je moet je alleen wel realiseren dat het betrekken van patiënten het ontwikkelproces ook wel kan bemoeilijken en vertragen. De ene patiënt is namelijk de andere niet; je moet je interventiegroep goed in kaart brengen en kijken of deze ook representatief is voor de grotere doelgroep. Dat kan echt heel lastig zijn. Te groot insteken, te veel mensen betrekken of juist te weinig, goede kaders formuleren ... Zulke processen hebben tijd, expertise en afweging nodig. En dat in tijden van digitale versnelling. Dat roept vragen op.’



Wat vind jij van de appathon, afgelopen april bij VWS georganiseerd om de werking van corona-apps te testen en verbeteren? Was jij daarbij betrokken?

‘Die vraag krijg ik vaker. Wel logisch, ook gezien mijn leerstoel. Ik was net aangesteld bij VWS, corona kwam en ineens werd die appathon aangekondigd. Ik ben daar niet over bevraagd. Dat vond ik best wel moeilijk. Want ja, je bent net CMIO van VWS, maar ook hoogleraar op dit vlak. Mensen denken dan dat je nauw betrokken bent en

willen weten wat je daarvan vindt. Tactisch gezien snap ik wel dat ik niet ingezet ben. Ik heb me toen dit speelde natuurlijk wel intern geuit en mijn geluid sloot niet aan bij wat er op dat moment gebeurde. Die appathon was immers aangekondigd, en dan gaat VWS dus – begrijpelijk – in de “aan”-stand. Wat ik er dan van vond? Tja, in een week tijd kún je volgens mij geen goede, werkzame en privacyveilige app pressure cooken, zeker niet gebaseerd op het bluetoothprotocol, dat destijds nog niet was afgestemd tussen Apple en Google. Daarbij komt dat je in een dergelijk tijdsframe niet



Foto: Shutterstock

voldoende expertise erbij kunt betrekken om iets goeds op te leveren. En dat is dan ook gebleken. Al met al was het wel leerzaam. Ook voor mij. Ik heb ervan geleerd dat je ook andersom moet leren denken. Veel mensen riepen immers dat het wél kon, en er waren – terecht of onterecht – aannames dat het buitenland de coronapandemie al succesvol met apps bestreed. Watchful waiting zonder de proef op de som nemen was in die zin misschien ook geen optie. En zonder die appathon waren we niet uit de discussie gekomen, denk ik. Elk nadeel heeft – ook hier – zijn voordeel.

Bij de huidige app is het proces voor zover ik het zie – ik ben er niet direct bij betrokken – veel transparanter geworden. Ik laat me er beter niet over uit, want als ik dat doe krijg ik geheld veel vragen. En ik kan de gemaakte keuzes en processen niet goed toelichten. Van wat ik ervan zie zijn er nu veel mensen met diverse expertise en zeker ook mensen met een kritische insteek bij betrokken. Dat is goed. Alleen zó kun je ergens komen en er draagvlak voor krijgen.'

Hoe zie je de ontwikkeling van nieuwe technologie in de zorg in de komende vijf jaar?

'Velen hebben het momenteel over "we moeten wat met data, data zijn het nieuwe goud in de zorg" of "we moeten nu echt iets met kunstmatige intelligentie gaan doen". Ja, maar hoe doe je dit dan goed? Er zijn allerlei factoren die van invloed zijn op de uitkomsten, maar het vertrekpunt is daarbij het belangrijkste. En dit zou moeten zijn: ik heb een probleem en hoe los ik dat nou het beste op? Kan het met technologie? Door middel van data-analyse? Door het werken met algoritmes? Wie beslist dan uiteindelijk: de dokter of het systeem? Wanneer vertrouw je de techniek meer dan de mens? Hoe ethisch is het? Vragen die je allemaal dient te onderzoeken als je iets

gaat ontwikkelen, en de uitkomsten ervan moet je ook weten voor je het kunt implementeren. En soms is het antwoord dan: hier past geen technologie.

Een grappig voorbeeld uit de praktijk is het videoconsult dat in de beginperiode van de coronacrisis het polibezoek grotendeels verving. Onze artsen werkten daaraan enthousiast mee en de opschaling ging prima. Intussen is de reguliere zorg weer op gang gekomen en kunnen de artsen zelf in het systeem aangeven hoe ze een patiënt willen zien: live op de poli of via videobellen. De patiënt kun je hier meestal in sturen; als de dokter zegt dat videobellen volstaat dan accepteert de patiënt dit ook. Wat nu blijkt is dat de arts juist zelf weer vaker voor een afspraak op de poli kiest. "Fijn om weer dokter te kunnen zijn" hoor je dan. De human factor is enorm belangrijk, dat blijkt wel. Technologie kan er klaar voor zijn, maar je hebt natuurlijk altijd te maken met mensen. Die dokter zijn geworden juist omdat ze graag direct interactie willen met de patiënt, niet met – voor hun gevoel – een beeldscherm. Daartegenover heb je het ziekenhuisbestuur dat vanuit kostenooptpunt wellicht meer ziet in videobellen als dat kan.

Kortom, er spelen altijd meerdere factoren mee, waarnaar je zorgvuldig moet kijken.'

Je bent chirurg en tegelijk heb je interesse in technologie en de rol hiervan in de zorg. Waar komt die interesse vandaan?

'Ik ben ooit begonnen op de Design Academy. Daar heb ik maar een jaar gezeten, maar toch ... je leert er anders en vooral

ook oplossingsgericht denken. Omdat ik altijd interesse heb gehad in de zorg kwam ik uiteindelijk in deze sector terecht, in de chirurgie, die ook heel hands-on en zeer oplossingsgericht is. Creatief nadenken om iets op te lossen vind ik leuk, dingen fixen. Daar komt technologie bij om de hoek kijken.

Ik was vroeger al aan het pielen met het maken van websites. Die nieuwsgierigheid heb je of heb je niet. Het is superleuk om dit te kunnen combineren in al mijn werkzaamheden en weer te kunnen doorgeven aan de promovendi die ik begeleid.'

Zwarte doos met data op de OK

Marlies Schijven kwam enkele jaren terug in het nieuws vanwege ideeën over een blackbox op de operatiekamer, naar analogie van de luchtvaart. Een flightdatarecorder is een apparaat in een vliegtuig waarin vluchtgegevens elektronisch worden opgeslagen, en onderdeel van de 'blackbox' die tevens bestaat uit een cockpitvoicerecorder die de geluiden in de cockpit waaronder de stemgeluiden van de bemanningsleden opslaat. De medische 'blackbox' registreert, combineert en analyseert alle data tijdens een operatie om gerichte feedback te kunnen geven aan het operatieteam. Het systeem is afkomstig uit Canada, het toenmalige AMC (nu Amsterdam UMC) was in 2016 het eerste Europese ziekenhuis dat het mocht uittesten en Schijven was de eerste chirurg.

Intussen hebben meerdere Nederlandse ziekenhuizen een zwarte doos op de OK geïnstalleerd. Schijven ziet dit als een onmisbaar device voor een veiliger werkomgeving. 'Ik kan namens mezelf, maar zeker ook namens enkele collega's, zeggen dat we door de blackbox onze operatieroutine hebben verbeterd.' Ze zou graag willen dat in Amsterdam UMC de zwarte doos een netwerkoplossing wordt. Dus beschikbaar op alle operatiekamers. Daarvoor waren al serieuze plannen, maar helaas kwam corona ertussen. Dat er door het samengaan van AMC en VUmc in Amsterdam UMC twee aparte locaties zijn, helpt bij zo'n netwerkoplossing ook niet mee. 'De raad van bestuur wil wel – het past ook bij het artificial-intelligenceprofiel van onze strategie – maar de vraag is: wie gaat nu de rekening betalen? En hoe regelen we dit op de beide locaties? Daar zijn we nu druk mee bezig.'



Illustratie: Delkin Devices

Een 'black box' uit een vliegtuig. In werkelijkheid zijn deze niet zwart, maar meestal oranje om het terugvinden na een vliegtuigongeluk eenvoudiger te maken.

Wie is Marlies Schijven?

Marlies Schijven (1969) rondde in de jaren negentig haar studies tot gezondheidswetenschapper en arts af aan de Universiteit Maastricht en promoveerde aan de Universiteit Leiden op virtual-realitysimulatietechnieken in de chirurgie. Zij werd opgeleid tot chirurg in Eindhoven en Rotterdam, en heeft zich toegelegd op de gastro-intestinale laparoscopische chirurgie van benigne aandoeningen. Sinds 2009 is Schijven werkzaam als stafchirurg op de afdeling Heelkunde van Amsterdam UMC. In 2015 werd ze benoemd tot hoogleraar chirurgie aan de Universiteit van Amsterdam, met als leeropdracht Serious Gaming, Simulation en Applied Mobile Healthcare.

Naast haar werk als chirurg leidt Schijven diverse projecten rondom simulatie en serious gaming voor zorgprofessionals. Zo is ze oprichter en was ze voorzitter van de Dutch Society for Simulation in Healthcare en van de International Society for Wearable Technology in Healthcare (WATCH Society). Binnen Amsterdam UMC begeleidt ze als principal educator en principal investigator promovendi op het gebied van serious gaming, simulatie en eHealth. Ook coördineert ze het landelijke eHealthprogramma van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Sinds 1 april dit jaar is daar de functie bijgekomen van chief medical information officer (CMIO) bij het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.



Foto: Amsterdam UMC

Coronacrisis bevestigt nogmaals belang van goede barcodering

In acht dagen van start-up naar een volwaardig internationaal opererend bedrijf, dat was de ontwikkeling die het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) afgelopen maart doormaakte. Alex van der Putten werd verantwoordelijk voor de logistiek en distributie van het LCH. 'Ik had nooit verwacht dat dit zo groot zou worden.' Inmiddels liggen er ook voor een tweede coronagolf genoeg medische hulpmiddelen in de verschillende LCH-warehouses, verzekert Van der Putten. 'Het was soms een uitdaging. Zo was de barcodering van producten die we overal vandaan haalden niet altijd op orde. Dan is het soms lastig sturen.'

Tekst en foto's: GS1



Via een dedicated luchtbrug werd meer dan 280 keer gevlogen om voorraden op te halen.

19 maart was het code rood, herinnert Alex van der Putten zich. Hij was directeur Inkoop en Supply Chain van het Radboudumc en er lagen tweeduizend coronapatiënten in de ziekenhuizen, van wie vierhonderd op de ic. De vraag naar persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM's) zoals mondkapjes, handschoenen en beschermende kleding steeg snel. Terwijl de logistieke ketens zwaar verstoord waren, concurreerde iedereen met elkaar om de beperkte voorraden te

bemachtigen. 'Had je normaal een paar honderd FFP-maskers per week nodig in het ziekenhuis, waren dat er nu opeens bijna tienduizend. Geen enkele toeleveringsketen is erop gebouwd zo snel op te schalen.' Normaal hebben de inkoopdirecteuren van de UMC's wekelijks een call. Dat was al opgeschroefd naar dagelijks. Men hielp elkaar zo veel mogelijk met het uitwisselen van zaken waar de een nog genoeg van had en de ander een tekort aan. 'Ons team van in-

koopadviseurs was dag en nacht in de weer om overal PBM's vandaan te halen', vertelt Van der Putten tijdens een virtuele bijeenkomst van Kennisgroep Traceerbaarheid van GS1. 'Toen we achter het net visten bij een aankoop van vijftienduizend mondkapjes omdat VWS ze al had ingekocht, begrepen we dat het zo niet werkte: iedereen zat elkaar in de weg.'

Samenwerken bij inkoop

Het idee ontstond om samen te werken bij de inkoop: alle ziekenhuizen, markt en de overheid. 'In samenspraak met normaal concurrerende marktpartijen, vertegenwoordigers van VWS en een aantal ziekenhuizen, hebben we de knoop doorgehakt. Het LCH kreeg 20 maart vorm. VWS gaf ons twee opdrachten: zorg ervoor dat je hulpmiddelen koopt én zorg ervoor dat ze deze kant opkomen – tot aan het ziekenhuis of een andere zorginstelling. 28 maart begonnen we met uitleveren.'

Deze spullen lagen vaak ver weg, zoals in China of Maleisië, en de normale aanvoer via vliegtuig of schip lag grotendeels plat. Dit was een flinke puzzel voor een beginnende organisatie. Van der Putten noemt het proces dat volgde dan ook 'in acht dagen van start-up naar corporate gaan'. 'Er was een logistieke uitdaging, en gezien



Tijdelijk minister voor Medische Zorg Martin van Rijn op bezoek bij het LCH.

mijn ervaring in logistiek en distributie ben ik daarop ingegaan. Ik wist niet wat ik over me afriep. Nooit had ik verwacht dat dit zo groot zou worden.'

Veerkrachtig netwerk

Uiteindelijk is een aantal collega's zich met de inkoop gaan bemoeien en Van der Putten met de logistiek en distributie. 'Zo hebben we een robuust, flexibel logistiek netwerk ingericht, veerkrachtig en boven op bestaande systemen, zowel met vliegverkeer en ophaallocaties als met transport naar de zorgaanbieders. Veel partijen hebben hieraan belangeloos meegewerkt, te veel om hier te noemen. Commerciële belangen werden opzijgezet. Er is schouder aan schouder gewerkt.'

In samenspraak met koepelorganisaties en andere stakeholders werd een toestemmingstabel ontwikkeld voor allocatie van de middelen op basis van vier schaarstenniveaus. Zo was minder dan 72 uur voorraad 'niveau rood'. 'Ook bekeken we wat het logische verbruik zou zijn op basis van onder meer personeelsomvang. Alles met als doel de schaarse middelen zo goed mogelijk te verdelen.' GGD GHOR en de ROAZ-coördinatoren in de veiligheidsregio's [ROAZ = Regionaal Overleg Acute Zorgketens, red.] bepaalden vervolgens waar de spullen die er waren naartoe moesten. Het Radboudumc gaf ook de eigen voorraden elke ochtend via een app door. Op basis van vraag en aanbod werd uiteindelijk een verdeling gemaakt. Van der Putten: 'Met name in het begin was de afhankelijkheid van het LCH groot, later werd weer meer geleund op de eigen leveranciers.'



In totaal kwamen er 3000 containers met materialen binnen.

3000 containers

Uiteindelijk is er via een dedicated luchtbrug met KLM meer dan 280 keer gevlogen om voorraden op te halen, ook voor de zes eilanden in het Caraïbisch gebied. In Nederland werd alles naar het distributiecentrum in Vianen gebracht en daar direct verdeeld. Van der Putten: 'Op een gegeven moment kregen we een buffervoorraad en konden we ook voorraden via langzamer transport binnenhalen, vooral via schepen. In totaal kregen we 3000 containers binnen.' Tot en met half september zijn ruim 140 miljoen eenheden – jas, handschoenen, mondkapje et cetera – uitgeleverd aan ruim 5200 zorginstellingen, van UMC tot huisarts. Momenteel is er genoeg voorraad om het een behoorlijke tijd uit te zingen, ook met de weer oplopende vraag. Verder is er nog veel onderweg en wordt gewerkt aan meer productie in Nederland om de afhankelijkheid van het buitenland te verminderen. 'Zo hebben we nu een miljard chirurgische mondkapjes op voorraad bij het LCH, 700 miljoen paar handschoenen, meer dan 45 miljoen FFP-mondmaskers et cetera', aldus Van der Putten. 'Er is dus genoeg tijd om op te schalen. Voor nu stellen we: bestel eerst bij je eigen leverancier, en alleen als dat niet lukt bij het LCH. We moeten een noodlijn blijven. Nederland moet niet afhankelijk van ons worden.'

Cruciale barcoderingen

Van der Putten benadrukt de noodzaak om barcoderingen goed op orde te hebben. Het gebrek hieraan bij sommige leveranciers maakt het volgen van producten en voorraadbeheer een uitdaging. 'Omdat het Radboudumc de zaken goed heeft ingericht,

konden wij precies monitoren wat we wel en niet hadden. Op het moment dat je je data niet op orde hebt – als je niet weet wat je hebt en waar je moet zijn om te bestellen wat ontbreekt – is het heel lastig om te sturen. Dan kijk je eigenlijk naar een black box.' De noodleveringen vanuit China waren anders dan gebruikelijk. 'Wat we bijvoorbeeld binnenkregen uit China, was niet altijd goed leesbaar gecodeerd. Zo stonden er geen batchnummers op de artikelen of was de gehele verpakking in het Chinees omdat het product eigenlijk voor de Chinese markt was bedoeld. Daarnaast bleek dat niet elke fabriek in China GS1-codes gebruikt. We zijn dus zelf een soort lot-nummering gaan gebruiken om alle artikelen te kunnen traceren. Als we in rustiger vaarwater komen en we de noodlijn voor de lange termijn gaan inrichten, dan zal optimaal gebruik van barcodering een van de actiepunten moeten zijn. De COVID-19-crisis bewijst maar weer eens dat je veel profijt hebt van internationale barcodering, en dat de klus lastiger is wanneer deze er niet is.'



Er zijn een miljard chirurgische mondkapjes op voorraad bij het LCH.

Speciale camera visualiseert doorbloeding en zuurstof in wond

Het Wondexpertisecentrum VieCuri gebruikt sinds kort een hyperspectral imaging-camera. In Nederland is VieCuri het enige ziekenhuis dat deze camera inzet bij wondzorg. Met één opname wordt onder meer inzichtelijk waar eventueel te veel vocht is en hoe goed de doorbloeding en de zuurstofvoorziening van de wond en de wondomgeving zijn. Met het blote oog is het in veel gevallen moeilijk om een eenduidige diagnose te stellen. Wondconsulent Yvonne Siebers pleit ervoor om mensen met een wond die na drie weken nog geen genezing laat zien, door te verwijzen naar het wondcentrum: 'Zeker omdat het niet pijnlijk of belastend is voor de patiënt en omdat een vroege diagnose de kans op genezing aanzienlijk vergroot.'

Wereldwijd zijn er ruim honderd exemplaren van de camera in gebruik. Het allereerste prototype is circa vijftig jaar oud en werd gebruikt in de ruimtevaart. De eerste medische toepassingen werden vijf jaar geleden gedaan voor transplantaties en wondanalyse. 'De technologie is dus nog relatief nieuw binnen ons vakgebied', aldus Yvonne Siebers. 'Toch gaan onderzoekers ervan uit dat deze metingen een belangrijk deel van



Yvonne Siebers bij de camera.

de huidige metingen gaan vervangen. In minder dan 30 seconden kan deze camera namelijk zonder huidcontact tot 6 millimeter diep in de wond kijken. De camera doet dit met honderd lichtkanalen tussen zichtbaar en infrarood licht. Zo kunnen we snel en accuraat zien of een complexe wond op normale wijze kan genezen of dat meer onderzoek nodig is. In het wetenschappelijk onderzoek dat VieCuri gaat doen, zullen we

ons richten op de noodzaak voor vasculaire ingrepen en de effecten ervan.'

Een wond die niet geneest, gaat regelmatig gepaard met andere (onderliggende) gezondheidsproblemen. Vaak meldt de patiënt de wond eerst aan de huisarts of de wijkverpleegkundige en worden verschillende behandelingen geprobeerd terwijl de diagnose nog niet vaststaat. Yvonne Siebers: 'Dan biedt de camera uitkomst. Die visualiseert de wond en de wondomgeving. Duidelijke waarden geven de hoeveelheid vocht aan, de doorbloeding en de mate van zuurstof in de wond. Het geeft ons de mogelijkheid om de patiënt snel een helder en controleerbaar behandelplan te presenteren.'

De camera biedt meer voordelen. Met de opnames begrijpt de patiënt beter de noodzaak van de behandeling en het verloop van de genezing. 'Dankzij de opname ziet de patiënt direct de resultaten. Hij begrijpt wat er met de wond aan de hand is en wat er nodig is om deze te laten genezen. Door de beelden uit te leggen, begrijpt de patiënt waarom een kous nodig is of waarom de wond dient te worden schoongemaakt. Dat geeft de patiënt vertrouwen in het genezingsproces, en dus rust.'

Met iris-kunstlensprothese herstelt oogtrauma sneller

Het Oogziekenhuis Rotterdam heeft als eerste ziekenhuis in Nederland succesvol een REPER-irisprothese met geïntegreerde intraoculaire lens geïmplantéerd. Deze prothese vervangt in één keer zowel de iris als de ooglens.

Patiënten met een beschadigde iris door oogtrauma of met een aangeboren ontbrekende iris (aniridie) zien slecht en kunnen geen licht in hun ogen verdragen. De intraoculaire lens kan dan uitkomst bieden.

In Nederland is al een ander type 'iris-kunstlensprothese' beschikbaar, maar deze prothese kent een aantal nadelen. Zo is er in het oog een incisie van ongeveer 7 millimeter nodig. Hierdoor duurt het herstel langer en is de kans op complicaties tijdens de operatie groter. Ook zijn de irisprothesen in slechts twee kleuren beschikbaar, waardoor bij veel patiënten kleurverschil tussen beide ogen zichtbaar is.

De nieuwe iris-kunstlensprothese is opvouwbaar en is verkrijgbaar

in 1200 kleuren. Doordat de lens opvouwbaar is, kan de incisie in het oog ruim anderhalf keer zo klein zijn, ongeveer 4,5 millimeter. Patiënten hebben daardoor een kortere hersteltijd.



Oogziekenhuis Rotterdam

Onderzoek naar behandelopties sleutelbeenbreuk

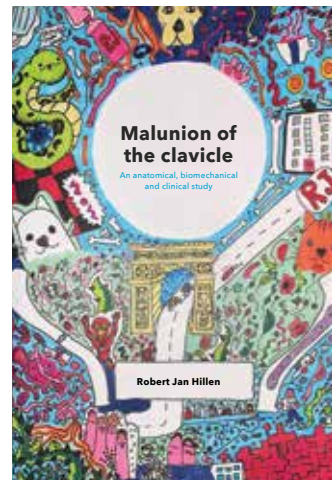
Terughoudendheid om tot operatie over te gaan bij een sleutelbeenbreuk is in de meeste gevallen een verstandige keuze. Dit blijkt uit het promotieonderzoek van Robert Jan Hillen van het Amsterdam UMC, die ook een nieuwe techniek beschrijft om deze operatie uit te voeren. Een breuk in het sleutelbeen kan leiden tot lengteverlies en verlies van bewegingsvrijheid of kracht in de schouder, maar in de praktijk lijken de consequenties van een verkorting mee te vallen. Het is dan ook de vraag of een operatie noodzakelijk is. Voor patiënten die achteraf toch klachten houden, is een goede behandeloptie beschikbaar om het verkort genezen sleutelbeen te reconstrueren. Bij een groep van tien patiënten met klachten is een operatie uitgevoerd om het lengteverlies te herstellen, met goede resultaten.

De manier waarop naar sleutelbeenbreuken wordt gekeken, is de laatste dertig jaar veranderd van een fractuur die eigenlijk altijd herstelt zonder behandeling naar een letsel dat wel degelijk problemen kan geven. Een breuk van het sleutelbeen geneest vaak niet in de oorspronkelijke positie. De uiteinden van de breuk schuiven over elkaar, waardoor het sleutelbeen korter wordt. In deze positie geneest de fractuur. Zonder operatie is het niet mogelijk deze verkorting tegen te gaan. Hillen: 'Vroeger werd gekeken of de breuk was vastgegroeid en of de schouder daarna goed kon bewegen. Nu wordt meer gekeken naar de functie van de schouder in het dagelijks

leven op basis van scorelijsten die een patiënt invult. Daaruit komt naar voren dat een vastgegroeide fractuur met goede bewegelijkheid van de schouder niet altijd als een succesvolle uitkomst moet worden beschouwd.'

In samenwerking met de TU Delft heeft Hillen in een experiment gekeken naar veranderingen die plaatsvinden in de beweging van de botten en naar de verandering in spierkracht door de verkorting. 'Er kunnen

duidelijk veranderingen worden gezien', aldus de orthopedisch chirurg en traumatoloog. Kijkend naar een serie patiënten die een sleutelbeenfractuur hebben gehad die verkort genezen is in het verleden, lijken deze veranderingen niet zo duidelijk. 'Toch is er een aantal patiënten die klachten blijven houden. Mijn onderzoek kan daarom bijdragen aan de discussie wanneer er wel of niet geopereerd moet worden na een sleutelbeenfractuur', aldus Hillen.



Twee cardiothoracale ingrepen in één

Met een nieuwe methode kunnen patiënten van het Maastricht UMC+ in één operatie worden behandeld aan zowel vaatlijden (aderverkalking) als een hartritmestoornis. Dit gebeurt met slechts een paar kleine incisies in de borstkas. De procedure hiervoor beschreven cardiothoracaal chirurgen Bart Maesen en Patrique Segers van Maastricht UMC+ in The European Journal of Cardio-Thoracic Surgery.¹

Een tweede operatie kan dus achterwege blijven. Daarnaast biedt de innovatieve vorm van opereren nog meer voordelen voor de patiënt, zoals een kortere hersteltijd en minder pijn. Bij patiënten die geopereerd moeten worden wegens verkalking in een kransslagader, wordt ook regelmatig boezemfibrilleren geconstateerd. Het kan ook andersom: komt een patiënt voor boezemfibrilleren, dan blijkt er tevens een kransslagaderverkalking aanwezig te zijn. Normaal gesproken wordt er dan voor gekozen om tijdens een klassieke openhartoperatie de hartritmestoornis te

behandelen of wordt de hartritmestoornis niet behandeld terwijl de patiënt er wel hinder van ondervindt. Afhankelijk van de ernst moet de hartritmestoornis op een later moment alsnog worden verholpen. De nieuwe operatiemethode maakt die extra behandeling onnodig, want de incisies die zijn gebruikt voor de ablatie, worden ook gebruikt voor het aanleggen van de bypass. 'Het is een all-in-onebehandeling', zegt Bart Maesen van het Maastricht UMC+, die de



behandeling met collega Patrique Segers uitvoert. 'Het behandelen van boezemfibrilleren is net zo belangrijk als het maken van de bypass. Waarom dan die ingrepen niet tegelijkertijd uitvoeren, zodat de patiënt een extra operatie met alle bijbehorende stress bespaard blijft?

Jaarlijks komen er in het Maastricht UMC+ naar schatting twintig patiënten in aanmerking voor deze operatie. In een multidisciplinair team van hartchirurgen en cardiologen worden de opties voor iedere patiënt zorgvuldig besproken.

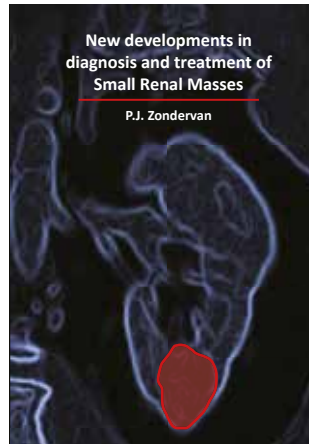
¹ Bart Maesen, et al. A minimally invasive all-in-one approach for patients with left anterior descending artery disease and atrial fibrillation. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 2020; 57(4):803-805.

Toename minimaal invasieve behandelvormen nierkanker

Door de toename aan kleine niertumoren is ook het aantal minimaal invasieve behandelmethoden gegroeid. In haar proefschrift zet uroloog Patricia Zondervan van het Amsterdam UMC verschillende technieken naast elkaar.

Indien nieuwe veelbelovende technieken meer solide resultaten laten zien, zal de patiënt goed gefundeerd kunnen kiezen voor minder invasieve behandelvormen. Daarnaast zal ook de techniek van de partiële nefrectomie verder doorontwikkeld worden, leidend tot kortere warme-ischemietijd en minder positieve snijvlakken.

Nierkanker is een van de meest voorkomende kankers, en staat voor mannen op de zesde plaats en voor vrouwen op de tiende plaats. De aandoening wordt steeds vaker ontdekt, mogelijk doordat het gebruik van beeldvorming is toegenomen. De toena-



me in prevalentie van risicofactoren voor nierkanker zoals hoge bloeddruk en obesitas dragen waarschijnlijk ook bij aan de toegenomen incidentie van nierkanker, met name de kleine niertumor. Uit onderzoek blijkt dat bijna een derde van de kleine niertumoren

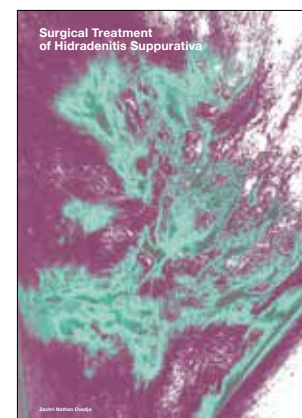
onnodig wordt behandeld. Het is dan ook van belang dat de diagnostiek rondom de kleine niertumor wordt geoptimaliseerd. De promovendus verwacht dat de nadruk komt te liggen op de zoektocht naar factoren die specialisten in staat zullen stellen onderscheid te maken tussen niertumoren die agressief zijn en behandeling nodig hebben, en niertumoren die traag zijn en in active surveillance kunnen. In de diagnostiek zullen daarvoor meer geavanceerde middelen beschikbaar komen. Mogelijke verbeteringen voor diagnostiek zijn het OCT-biopt (OCT = optische coherentietomografie), biomarkers, prognostische gene signatures en de komst van het liquid biopsy. Door genetische profilering zal meer inzicht komen in niertumorkenmerken en -gedrag. Chirurgische technieken zullen worden verfijnd met image-guided technieken en deep-learning.

Op zoek naar beste operatie bij huidziekte

Ernstige vormen van de huidaandoening hidradenitis suppurativa worden met medicijnen en chirurgie behandeld. In zijn proefschrift 'Surgical treatment of hidradenitis suppurativa' zocht dermatoloog Zachri Ovadja van het Amsterdam UMC naar de beste operatietechniek. De behandeling van deze chronische ontsteking van haarzakjes in de huid verschilt sterk van land tot land, van ziekenhuis tot ziekenhuis en van arts tot arts, want er zijn weinig richtlijnen beschikbaar. Hidradenitis suppurativa tast de kwaliteit van leven ernstig aan. De ziekte ontstaat na de puberteit en begint als pijnlijke, diepgelegen ontstoken plekken die uitgroeien tot ontstoken bulten en abscessen met uiteindelijk pussende bultjes en verlittekening tot gevolg. Artsen weten niet precies hoe de ziekte ontstaat. Hoewel de ziekte redelijk vaak voorkomt – bij 1% tot 4% van de mensen – is er nog geen algemeen geaccepteerd behandelprotocol waarin de rol van chirurgie wordt verduidelijkt. Dit komt met name door een gebrek aan goede onderzoeken waarop een protocol kan worden gebaseerd. Wel wordt in het algemeen

medicatie gecombineerd met chirurgische ingrepen, uitgevoerd door een groep van samenwerkende dermatologen, algemeen chirurgen en plastisch chirurgen. Dermatoloog Ovadja deed literatuuronderzoek naar operatietechnieken en concludeert dat laesies die ruim worden geëxcideerd en primair worden gesloten, de hoogste kans hebben op recidief. Het gebruik van huidgrafts en fasciocutane lappen resulteert in de laagste kans op recidief. De promovendus vermoedt dat er onopzettelijk toch werd ingeleverd op de radicaliteitsmarge indien het defect primair werd gesloten. Hij adviseert een ruime excisie te verrichten zonder rekening te houden met de reconstructie, gevolgd door reconstructie met huidgrafts of een fasciocutane lap. Aangezien dit in lagere recidiefpercentages zal resulteren, zullen de behandelkosten aanzienlijk lager zijn, ook indien de reconstructie zelf complexer is en dus duurder. Idealiter wordt de reconstructiestrategie perioperatief, na het uitvoeren van een ruime excisie, bepaald door de plastisch chirurg. De reconstructie dient dan gekozen te worden

aan de hand van het defect, de ernst van de ziekte, de anatomie en natuurlijk de preoperatief besproken voorkeur van de patiënt. Het gebruik van een fasciocutane lap na een ruime excisie is het meest geschikt om de kans op recidief te verlagen. Toch resulteert dit bij axillaire hidradenitis suppurativa ook in minder gunstige uitkomsten op het gebied van bewegelijkheid, pijn, esthetiek en patiënttevredenheid. Helaas is de ziekte vaak niet te genezen en keert zij enige tijd na behandeling weer terug, zowel met medicatie als na operatie.



Nieuwe huidtransplantatiemethode bij brandwonden veelbelovend

De brandwondencentra van het Maasstad Ziekenhuis Rotterdam en Beverwijk (Rode Kruis Ziekenhuis) en het Amsterdam UMC zijn gestart met het klinisch testen van een nieuwe behandelingsmethode voor brandwonden: denovoSkin. 'Het is een droom om bij brandwondenpatiënten eigen huid weer terug te plaatsen', aldus Kees van der Vlies, traumachirurg in het brandwondencentrum van het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam. 'Hierdoor herstelt de huid en zijn er minder littekens na een ernstig brandwondenongeval.'



Bij deze methode wordt het mogelijk om vanuit een heel klein stukje gezonde huid van de patiënt een grotere hoeveelheid huid te creëren, die vervolgens op de wond van de patiënt kan worden getransplanteerd. De methode is van het Zwitserse biotechbedrijf CUTISS AG. 'Ik verwacht er heel veel van. De eerste internationale resultaten liegen er niet om en geven een positief beeld', zegt Esther Middelkoop, hoogleraar huidregeneratie en wondgenezing aan het Amsterdam UMC, locatie VUmc, en directeur van Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland. 'Als we dit straks op grote schaal kunnen gaan toepassen, dan is dat echt een enorme verbetering van de kwaliteit van littekens en levens van brandwondenpatiënten.'

In deze nieuwe behandeling worden zowel cellen van de opperhuid gebruikt als van de lederhuid. In de klinische fase die nu is gestart worden de resultaten hiervan afgezet tegen bestaande behandelingen die uitsluitend werken met de opperhuid en een dun laagje lederhuid.

Bij mensen met ernstige brandwonden of andere grote reconstructieve huidafwijkingen kan een chirurgische ingreep noodzakelijk zijn om de huidfunctie te herstellen. Bij bestaande behandelingen blijven de patiënten achter met blijvende, grote en pijnlijke littekens. Bij de nieuwe behandeling worden minimale littekens verwacht na transplantatie. Omdat er eigen huid van de patiënt wordt gebruikt, is er geen kans op afstoting door het lichaam. Middelkoop: 'Nu we het in de klinische fase ook bij patiënten kunnen toepassen, verwachten we minder littekens te zien en daardoor minder functionele problemen, zoals pijn en beperkte bewegingsvrijheid in de gewrichten.' Voor deze behandeling wordt een klein stukje intacte huid van een paar vierkante centimeter van de patiënt afgenomen. In het laboratorium worden cellen uit zowel de opperhuid als de lederhuid gehaald en gedurende drie tot vier weken op kweek gezet. In deze periode vermeerderen de cellen zich, waarna ze worden samengebracht in een 'kunst huid'. Deze wordt vervolgens op de wonden van de patiënt getransplanteerd.

Longtumoren exact lokaliseren dankzij virtual-reality-CT-scan

Volgens artsen in het Erasmus MC is het bijna zover dat visualisatie van longanatomie met 3D virtual-reality-CT-scans op ruimere schaal mogelijk is. Met deze nieuwe beeldvormende techniek is een longtumor exact te lokaliseren en kan de chirurgische strategie worden bepaald. Waar voorheen een complete longkwab moest worden weggesneden om een relatief kleine tumor te verwijderen bij longkanker in een vroeg stadium, is het nu mogelijk om alleen een segment weg te snijden. De patiënt houdt hierdoor meer longcapaciteit over. Dit heeft als voordeel dat de patiënt minder functioneel longweefsel inlevert. Ook heeft de patiënt in de toekomst meer longreserve om eventueel opnieuw een curatieve operatie te ondergaan, en dus een hogere overlevingskans.

De chirurg ziet voorafgaand aan de operatie in 3D exact waar in een longkwab de tumor zich

bevindt. Soms zit de tumor op de grens van twee aaneengrenzende segmenten. Dit is nu veel beter zichtbaar dan op een 2D-CT-scan. Ook kleine tumoren die diep in een longsegment zitten en die met een kijkoperatie niet zichtbaar of voelbaar zijn, kunnen met deze techniek exact worden gelokaliseerd en volledig worden verwijderd.

Longtumoren worden vaak pas in een laat stadium ontdekt; in Nederland is de helft van de patiënten waarbij een longtumor wordt gediagnosticeerd in stadium 4 van de ziekte. Dan rest alleen palliatieve therapie en hebben patiënten over het algemeen een kleine overlevingskans. Chirurgie biedt patiënten doorgaans de beste kans op genezing, mits de tumor in een vroeg stadium wordt ontdekt.

Uit de Nederlands-Belgische Nelson-studie¹ bleek ongeveer 92% van de patiënten bij wie

door een bevolkingsonderzoek een longtumor werd ontdekt en die daaraan werden geopereerd, na tien jaar nog in leven. Cardiothoracaal chirurg Lex Maat: 'Mogelijk zouden we met een Nederlands bevolkingsonderzoek veel meer patiënten met longkanker in een vroeg stadium kunnen ontdekken. Voor hen zou de toepassing van virtual reality 3D CT uitstekend kunnen zijn om heel precies alleen het segment te verwijderen waarin de tumor zich bevindt. Vijftig procent van de ontdekte longkankers waren in stadium 1. Door heel precies de tumor weg te snijden met een segment als grens, houd je meer gezond longweefsel over.'

¹ Harry J, de Koning MD et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. N Engl J Med 2020; 382:503-513.

Leidinggeven aan millennials en generatie Z

Als leidinggevende wil je je medewerkers graag behouden en doe je er alles aan om dat voor elkaar te krijgen. Beloon jij hen met externe prikkels of ondersteun jij hun intrinsieke motivatie?

Tekst: Thalita Smit, ondernemerscoach en leiderschapstrainer; Alette Boddendijk, careercoach en eigenaar van AB Executive Search.
Foto's: Shutterstock



De jongere generatie op de arbeidsmarkt lijkt snel van baan naar baan te hoppen. Wil je deze millennials – ook wel ‘generatie Y’ genoemd – iets te bieden hebben, dan moet je kijken naar hun intrinsieke motivatie. Hun motivatie halen ze namelijk niet uit externe prikkels. Zij doen iets alleen omdat ze het zelf willen en niet omdat het van een ander moet of vanwege een beloning. Dit staat in schril contrast met eerdere generaties, die meer vanuit een extrinsieke motivatie werken. We zoomen in dit artikel in op millennials en de generatie daarna, de generatie Z, omdat zij als nieuwkomers een steeds belangrijker aandeel in het werkveld vormen.¹

Gedeelde ervaringen

Generaties, wat zijn dat eigenlijk? Een generatie is een ‘groep van ongeveer gelijktijdig geboren mensen’ volgens Van Dale. Natuurlijk zijn er verschillen in karakter, gedrag en opvoeding, maar mensen die in dezelfde periode opgroeien delen doorgaans een aantal ervaringen, zoals ontwikkelingen op het gebied van economie en technologie. Ook een oorlog bijvoorbeeld is een gedeelde ervaring. Er bestaat geen eenduidige indeling in generaties. Zowel de benaming voor de afzonderlijke generaties als de gehanteerde jaartallen kunnen verschillen. Meestal wordt uitgegaan van een periode van vijftien à twintig jaar.

Millennials

De millennials zijn geboren tussen circa 1986 en 2000. Ze heten ook wel generatie Y, generatie Einstein, de digitale generatie of de screenagers (combinatie van screen en teenagers). Het is de generatie die op dit moment volop aan het werk is. Er lopen er vast een paar bij jou op het OK-complex rond.

Millennials nemen steeds belangrijker posities in. Een aantal van hen krijgt leidinggevende taken of een andere belangrijke rol.

En waarom ook niet? Ze zijn zelfverzekerd en ambitieus.

Ze zijn kritisch, hebben een mening en zijn digitaal vaardig.

Maar er gaan ook andere stemmen op. Er wordt gezegd dat ze lui zijn of erg gemakkelijk. Dat ze zich niet vol inzetten, en met allerlei eisen komen. Jij mag als werkgever blij zijn dat ze überhaupt bij je willen werken. Ze verlaten de organisatie zodra zich een betere kans voordoet. Althans, zo kunnen de patatgeneratie, generatie X en de babyboomgeneratie het ervaren (zie kader 'Generaties in vogelvlucht').

Zoals gezegd speelt bij de millennials de intrinsieke motivatie een grote rol. Ze doen iets omdat ze het zelf graag willen, niet vanwege een externe prikkel, zoals geld of een andere beloning.



Nieuwe prioriteiten

Zekerheden hebben de millennials niet. In eerste instantie krijgen ze de eerste paar jaar van hun werkzame leven geen vast contract, en na iedere contractperiode bestaat de kans dat ze worden bedankt. Daarnaast zijn er weinig tot geen mogelijkheden om een eigen huis aan te schaffen. Een pensioen kunnen ze ook wel vergeten. Voor zekerheid gaan staat dus niet per se op nummer één.

Wat wel op één staat is geluk en zelfontwikkeling, vrijheid, bewust leven. Normen en waarden nastreven. De komst van internet heeft hier mede aan bijgedragen. Deze generatie is zelfbewust, heeft de wereld letterlijk in haar broekzak zitten. Wat je niet weet, zoek je op.

Leidinggeven aan millennials

Millennials hebben een sterke behoefte aan zelfontplooiing. Ze willen snel groeien op een manier die bij hen past. Zelfreflectie en goede begeleiding zijn daarom belangrijk. Mentorschappen, coaching op de werkplek, complimenten en feedback voorzien in die behoefte. Leidinggevendenden kunnen door open en transparante communicatie millennials sturen en helpen. Ook moeten ze voldoende groei- en ontwikkelmogelijkheden bieden. Daarnaast hebben de millennials behoefte aan vrijheid en zelfstandigheid. Verbindend en coachend leiderschap past goed bij hen. Millennials zijn opgegroeid in het digitale tijdperk, en dat biedt kansen. Een werkgever die meegaat met innovaties is aantrekkelijk.

Zingeving en technologie

Volgens leiderschapsdenker Simon Sinek draait alles om de waarom-vraag.² Waarom doe je als bedrijf wat je doet, wat zijn je visie en je toegevoegde waarde? Het gaat dan niet om het product dat je maakt, maar om de manier waarop dat product bijdraagt aan een betere wereld. Het gaat dus om zingeving, samen een doel bereiken. Bedrijven als Google en Apple doen dat, en daar willen millennials zich graag aan binden.

De millennials hebben uitgebreide technologische en digitale skills. Werk- en privéactiviteiten lopen door elkaar heen. Waar de patatgeneratie, generatie X en babyboomers werken met de instelling dat je op het werk je energie gebruikt en deze thuis, privé, weer kunt opladen, wil de millennial ook op het werk energie opdoen. Daarom zijn afwisseling, meedenken en de mogelijkheid een eigen invulling te geven erg belangrijk. Fun en serieuze zaken lopen veel meer door elkaar.

Generatie Z

Onderzoekers zijn het nog niet eens over de benaming en jaartallen van de nieuwe generatie, de generatie Z. Andere naamopties zijn iGeneration, plurals, centennials, homeland generation en digital natives. Globaal mag je zeggen dat het gaat om wie geboren is tussen 2001 en 2015.

Toch tekent zich wel een algemeen beeld af van deze generatie, die langzaam maar zeker de werkvloer betreedt. Ook voor deze generatie geldt dat intrinsieke motivatie belangrijk is. Generatie Z groeit op in de 24 uurseconomie en in een wereld van overvloed. Er zijn weinig beperkingen.

Deze generatie leeft met het idee dat tegenslagen wel worden opgevangen door ouders of de overheid. Ze blijven vertrouwen houden in de toekomst. Deze jongeren hebben tijdens hun veilige opvoeding geleerd dat ze hun dromen mogen nastreven. Zij hebben daarom ook een helder idee van hun droombaan, die ze verwachten binnen tien jaar te realiseren. Ze worden voortdurend beïnvloed door fantastische verhalen van generatiegenoten door berichten op sociale media.

Wanneer de eigen loopbaan wat minder interessant of voortvarend is, geeft dat stress. Een burn-out ligt voor deze generatie op de loer. Ze hebben te maken met enorme keuzestress, mede door alle informatie die online beschikbaar is. Veel Z'ers hebben de ambitie om een eigen bedrijf te starten.

Z'ers hechten waarde aan een werkgever bij wie ze hun ei kwijt kunnen, waar ze er als mens toe doen. Ze lijken soms wat ongeïnteresseerd, want ze streven niet per se naar een fulltimebaan. Generatie Z heeft in eerste instantie persoonlijke doelen. Werk is even belangrijk als andere zaken, zoals hobby's, sport, reizen en maatschappelijke betrokkenheid.

Het is voor jongeren allerminst vanzelfsprekend dat ze in jouw instelling willen werken. Wat je doet (de waarom-vraag), wat de maatschappelijke bijdrage ervan is en welke kansen ze zelf krijgen: ze zullen het allemaal overwegen voordat ze een keuze maken. Wil jij de huidige leerlingen voor langere tijd aan je binden, biedt ze dan de ruimte om zich te ontwikkelen. Omarm de digitale vaardigheden en maak hier gebruik van, maar geef wel duidelijke kaders aan.

Net als de millennials willen ze ruimte voor ontplooiing en een transparante werkomgeving die ertoe doet. Werk en privé lopen door elkaar heen en ook voor hen geldt dat ze niet op aanwezigheid willen worden beoordeeld maar op waarde.

Leidinggeven aan generatie Z

Generatie Z wil betrokken worden bij de doelstellingen van de werkgever. Ze zijn gewend om hun docenten te beoordelen, worden thuis betrokken bij de beslissingen die het gezin neemt en mogen op school en sportclubs meepraten over de regels. Zo langzamerhand gaan millennials al leidinggeven aan generatie Z. De leidinggevende millennial moet leren om de Z'ers gelijkwaardig te behandelen, want baasje spelen werkt simpelweg niet. Z'ers zijn sociaal ingesteld en nieuwsgierig naar wat ze kunnen leren van anderen, mits dit op een gelijkwaardige manier gebeurt.

Take-home message

Ben jij leidinggevende of collega uit de babyboomgeneratie, generatie X of patatgeneratie? Probeer dan eens met andere ogen naar je jonge werknemers of collega's te kijken. We veroordelen het gedrag van deze jongeren, omdat we vanuit ons eigen perspectief kijken. Maar wat kunnen deze jongeren ons leren? En zijn we soms ook niet een heel klein beetje jaloers op de vrijheid die de millennials en Z'ers zichzelf gunnen?

Bronnen

1. Verhoeven M, Reerink M. Generatie Y onthyped, het eerste Nederlandse onderzoek naar de interne communicatiebehoeften van generatie Y op de werkvloer. Amsterdam/Utrecht: VU Amsterdam/Universiteit Utrecht. 2009.
2. Sinek S. Begin met het waarom. Hoe goede leiders inspireren tot actie. Amsterdam: Business Contact. 2019.



Boek: werken met millennials

Vorig jaar is bij uitgeverij Spectrum het boek *Werken met millennials*. Leidinggeven aan een nieuwe generatie gepubliceerd, geschreven door Thijs Launspach. Dit boek bespreekt uitgebreid wie de millennials zijn, wat de misvattingen over hen zijn, hoe ze omgaan met stress en wat de basisprincipes zijn bij het leidinggeven aan millennials. Thijs Launspach (1988) is psycholoog en auteur. Hij is expert op het gebied van stress en burn-outs en wordt met regelmaat gevraagd om bedrijven te helpen met het millennialvraagstuk. Zijn college over dit onderwerp aan de Universiteit van Nederland is 250.000 keer bekeken. Hij maakte voor BNNVARA de wekelijkse podcast *Millennial Mindfuck* (Radio 1) en schrijft een wekelijkse column voor *AD Werkt*.

ISBN: 9789000368440



Generaties in vogelvlucht

1941-1955: babyboomgeneratie/protestgeneratie

Belangrijke waarden: veiligheid en zekerheid.

Tijdgeest: het waren onrustige tijden met veel maatschappelijke veranderingen.

De economische schaarste van na de Tweede Wereldoorlog verschoof richting welvaart. Belangrijk in werk: een vaste werkgever, het liefst tot aan hun pensioen.

1956-1970: generatie X/generatie Nix/verloren generatie

Belangrijke waarden: stabiliteit en zekerheid.

Tijdgeest: er was massale jeugdwerkloosheid.

Belangrijk in werk: diploma's halen, omdat een diploma in tijden van recessie een vaste baan opleverde (lees: zekerheid).

1971-1985: pragmatische generatie/patatgeneratie

Belangrijke waarden: zelfontplooiing, levensgeluk en passiviteit.

Tijdgeest: de opvoeding was gericht op autonomie.

Jongeren kregen veel kansen en ruime keuzemogelijkheden op het gebied van opleiding en hobby, met daarbij als heersende gedachte: alles is mogelijk.

Belangrijk in werk: gerichtheid op netwerken, het versnellen van leer- en besluitvormingsprocessen en informalisering.

Casus: onderbeenpijn door afklemming van de knieslagader

Een 34-jarige patiënte wordt verwezen naar de vaatpolikliniek vanwege pijn in haar kuiten tijdens inspanning. Duplexonderzoek bevestigt de vermoedelijke diagnose 'popliteal artery entrapment syndrome' (PAES). PAES is een zeldzame aandoening veroorzaakt door een abnormaal verloop van de knieslagader of arteria poplitea door afknellende spierstructuren in de knieholte. Een tijdige behandeling is van belang om knieslagadertrombose, -verwijding of -vernauwing te voorkomen. PAES moet worden overwogen bij een jonge, sportieve patiënt met claudicatioachtige klachten.

Tekst: Demi van Kessel, vasculair diagnostisch laborant, Máxima MC; Mart Bender, Maarten Loos en Marc Scheltinga, allen vaatchirurg, Máxima MC.

In Máxima MC wordt een 34-jarige vrouw gezien met klachten in beide onderbenen die worden opgewekt door inspanning. Deze klachten bestaan al meer dan twintig jaar. Haar loopafstand is slechts vierhonderd meter. Daarna moet ze vijf minuten stilstaan voordat ze weer verder kan. Ze rookt niet en heeft geen familiale aanleg voor arterieel vaatlijden.

Bij lichamelijk onderzoek is aan de benen niets te zien, met name geen bleekheid van de voetzolen. Ook worden de voetpulsaties goed gevoeld. Ze wordt verwezen naar het vaatlaboratorium voor een enkel-armindex en teendrukmeting, die normaal blijken te zijn. Omdat popliteal artery entrapment syndrome (PAES) moet worden uitgesloten, vindt dopplersonderzoek van de bloedvaten plaats, ondersteund door duplex. Bij dit duplexonderzoek wordt eerst de a. poplitea bekeken

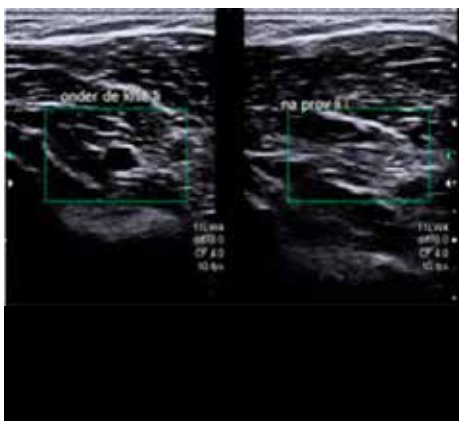


Foto: Shutterstock

PAES moet worden overwogen bij een jonge, sportieve patiënt met claudicatioachtige klachten.

net proximaal van het kniegewricht, daar waar deze slagader kan worden afgeklemd tussen beide spierbuiken van de m. gastrocnemius. Vervolgens wordt in de knieholte zelf gekeken of daar compressie is door de m. plantaris. Op beide plaatsen wordt bij onze patiënte een normaal beeld gezien, zonder schade aan de binnenbekleding (intima) van het vat, en ook geen slagadervernauwing of -verwijding. Bij voetstrekking (plantaire flexie) worden aan het rechter-

been een geringe stroomsnelheidsverhoging van het bloed en een minimale diameterreductie van de arterie zichtbaar, passend bij beperkte compressie. Echter, aan het linkerbeen wordt bij deze provocatieve beweging geen enkel arterieel signaal meer waargenomen bij volledig samendrukken van de distale a. poplitea (figuur 1). Om links nader te onderzoeken, wordt een MRA gemaakt (magnetic resonance angiography, figuur 2).



Figuur 1. De knieslagader is volgens het duplexonderzoek op het linkerplaatje volledig open, maar wordt na provocatie door voetstrekking volledig dichtgedrukt (rechts).



Figuur 2. Onder de verdenking PAES wordt een bloedvatfoto met provocatie verricht (MRA), waarbij deze compressie over een afstand van 5 centimeter wordt bevestigd.



Figuur 3. Anatomische PAES, type I t/m IV (bron: vesalius.com).

Typen PAES

Het normale verloop van de arteria poplitea in de popliteale fossa is tussen de koppen van de gastrocnemiuspier door. Er zijn zes verschillende types beschreven die richting geven aan de diagnose en eventuele chirurgische benadering (figuur 3):¹

- type I: de a. poplitea ligt mediaal van de mediale gastrocnemiuspierbuik;
- type II: de mediale gastrocnemiuspierbuik hecht lateraal van de a. poplitea;
- type III: de a. poplitea loopt dwars door de mediale gastrocnemiuspierbuik;
- type IV: de a. poplitea gaat onder de m. popliteus door;
- type V: type I, II, III of IV, met ook compressie van de v. poplitea;
- type VI: functioneel: normale positie van de vaten maar hypertrofie van de kuitspieren.^{2,3,4}

Duplex

Patiënten met een mogelijke PAES ondergaan bij voorkeur eerst een duplex, gezien de lage kosten, de non-invasiviteit en de goede betrouwbaarheid.^{3,5} Soms wordt een valspositieve diagnose gesteld, wanneer structuren heel beweeglijk zijn tijdens een contractie. Er wordt daarom veelal in longitudinale en in transversale richting gescand.⁵ De arterie wordt eerst in neutrale beenhouding bekeken. Dit om te beoordelen of er schade is aan de intima, of dat er stenose, aneurysmavorming of een abnormaal vaatverloop is. Vervolgens worden diameter en stroomsnelheid bepaald (PSV, peak systolic velocity). Het zo afgeleide dopplersignaal wordt vergeleken met metingen tijdens plantaire flexie.^{3,5,6,7,8} De diagnose 'PAES' wordt gesteld als de PSV-ratio groter dan 2.0 is en er een signifi-

cante diameterreductie blijkt te zijn.³ Is er bij een goed uitgevoerde plantaire flexie geen toename van de PSV of een volledig wegvallende PSV en een normaal dopplersignaal te zien, dan kan de diagnose 'popliteal artery entrapment syndroom' veelal worden uitgesloten.⁶

Er is een studie gedaan naar de positionele anatomie en fysiologische toestand van de bloedvaten in de popliteale fossa. Erdoes et al. (1994) beschreven 36 sporters en normaal actieve jonge mannen en vrouwen zonder symptomen.⁹ Deze studie toont aan dat 53% van de studiepoppulatie (zonder PAES) een occlusie van de a. poplitea kan induceren door het aanspannen van de kuit. Een positieve uitslag van het duplexonderzoek betekent dus niet altijd dat er sprake is van PAES.

MRI/MRA

De beste methode om de anatomie van de popliteale fossa en haar inhoud te beoordelen is een MRI. Met een MRA kan de mogelijke stenosegraad van de arteria poplitea worden geschat.⁷

Chirurgische therapie

De operatie vindt plaats onder een spinaal of narcose. Via een incisie net onder de kniespleet aan de mediale zijde van het onderbeen wordt de arteria poplitea geïdentificeerd daar waar deze naar distaal de musculus-soleustunnel ingaat. De tunnel wordt geopend over een afstand van minstens 5 à 7 centimeter (soleal sling release), zodat eventuele beklemming hier wordt opgeheven. Richting de kniespleet worden mogelijk aanwezige bandjes gekliefd, waarna de m. plantaris wordt vrijgeprepareerd. Deze wordt vervolgens nabij de origo op het bot doorgenomen om zo ruimte te creëren. Onze patiënte kan in goede conditie na twee dagen naar huis worden ontslagen. Behalve een tijdelijk doof gevoel en tintelingen aan de binnenzijde van het onderbeen passend bij voorbijgaande irritatie van de nervus saphenus, was het postoperatieve beloop ongestoord. Na enige weken fysiotherapie bleek uit een telefonisch consult na acht weken dat patiënte geen klachten meer heeft.

Beschouwing

Popliteal artery entrapment syndrome is een zeldzame aandoening veroorzaakt door een anatomisch abnormaal verloop van de arteria poplitea door spierstructuren van de knieholte (popliteale fossa) of functionele compressie van de omringende musculatuur. PAES kan aangeboren of verworven zijn. De functionele vorm komt vooral voor bij atleten en militairen.^{4,5,10} Klinisch manifesteert het syndroom zich meestal op jonge leeftijd met spierkrampen of claudicatio intermittens in afwezigheid van atherosclerose. Vaak treedt de aandoening aan beide benen op.⁶ In sommige gevallen kan PAES zich presenteren als acute trombose, stenose, distale arteriële trombo-embolie of aneurysmata. Bij lichamelijk onderzoek kunnen er verminderde of afwezige pulsaties en bleekheid van de zool ontstaan tijdens provocatie door geforceerde plantaire voetflexie.^{3,4,6} Behandeling van PAES door een chirurgische ingreep is noodzakelijk om bovengenoemde complicaties voor te zijn. De operatie is afhankelijk van de aanwezigheid van arteriële schade. Eenvoudige correctie van de anatomische afwijking door de juiste musculotendineuze verhoudingen te herstellen, kan een adequate therapie zijn bij patiënten zonder arteriële schade. In alle andere gevallen wordt dit gecombineerd met een arteriële reconstructie met een aderlijk interponaat.^{3,8}

Conclusie

De diagnose 'PAES' kan worden vermoed op basis van een karakteristieke anamnese – inspanningsafhankelijke kuitpijn die binnen vijf minuten wegtrekt na stoppen van de inspanning – bij een veelal jonge patiënt zonder tekenen van ischemie bij inspectie, maar met arteriële compressie bij plantairflexie bij duplexonderzoek. Indien PAES zeker lijkt, moet chirurgie worden overwogen om complicaties voor te zijn.

Bronnen

1. Loos MJA. Popliteal artery entrapment syndrome: PowerPointpresentative Max Taks Vaatsymposium 2019: 5-8.
2. Pillai J. A current interpretation of popliteal vascular entrapment. *J Vasc Surg* 2008; 48(6 suppl.):615-655.
3. Altintas Ü, Helgstrand UVJ, Hansen MA, Stentzer KF, Schroeder TV, Eiberg JP. Popliteal artery entrapment syndrome: Ultrasound imaging, intraoperative findings, and clinical outcome. *Vasc Endovascular Surg* 2013; 47:513-518.
4. Carneiro Júnior FCF, Carrijo EN dos A, Araújo ST, Nakano LCU, de Amorim JE, Cacione DG. Popliteal artery entrapment syndrome: A case report and review of the literature. *Am J Case Rep* 2018; 19:29-34.
5. Causey MW, Quan RW, Curry TK, Singh N. Ultrasound is a critical adjunct in the diagnosis and treatment of popliteal entrapment syndrome. *J Vasc Surg* 2013; 57:1695-1697.
6. Metz R, Verhagen HJM, De Borst GJ, Moll FL. Popliteal artery entrapment syndrome: Suggestions for diagnostic and therapeutic clues. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011; 155:736-741.
7. Williams C, Kennedy D, Bastian-Jordan M, Hislop M, Cramp B, Dhupelia S. A new diagnostic approach to popliteal artery entrapment syndrome. *J Med Radiat Sci* 2015; 62:226-229.
8. Hameed M, Coupland A, Davies AH. Popliteal artery entrapment syndrome: An approach to diagnosis and management. *Br J Sports Med* 2018; 52:1073-1074.
9. Erdoes LS, Devine JJ, Bernhard VM, Baker MR, Berman SS, Hunter GC. Popliteal vascular compression in a normal population. *J Vasc Surg* 1994; 20:978-86.
10. Labmayr V, Aliabadi A, Tiesenhausen K, Brodmann M, Schmid F, Moore D. Popliteal Artery Entrapment Syndrome (PAES) in a 17-Year-Old Adolescent. *Case Rep Vasc Med* 2019; 4:1-4.

Tekst: Menno Goosen



Hart & Hormonen

Auteurs: **Janneke Wittekoek en Dorenda van Dijken**
 Uitgeverij: **Lucht**
 ISBN: **9789492798787**
 Prijs: **€ 21,99**

Hormonen spelen een ongelooflijk belangrijke rol in het leven van een vrouw. In de vruchtbare jaren beschermen ze ons hart, ons vaatstelsel en onze botten. Wanneer we echter halverwege de veertig zijn, beginnen de hormoonspiegels langzaam te dalen. De bescherming wordt zo een stuk minder. En dit zorgt vaak ook nog voor vervelende klachten op lichamelijk, psychisch en emotioneel vlak. Als daarna de oestrogeen- en progesteronproductie verder daalt, kun je ook overgangsklachten krijgen, met kwalen als opvliegers, depressie, vaginale droogte, slapeloosheid en vermoeidheid. En zoals iedereen begrijpt, hebben dit soort heftige klachten veel invloed op de kwaliteit van je leven. Daarnaast spelen hormonen een belangrijke rol bij chronische ziekten van ons hart, onze vaten en onze botten, die je levensverwachting beïnvloeden.

Gelukkig zien we dat een gezonde leefstijl, met een accent op bewegen, deze klachten positief beïnvloedt. Dus er is volop hoop! In dit boek willen we vrouwen bewust maken van hun lijf en gezondheid, en vooral van wat ze daar zélf aan kunnen doen als ze ouder worden. En begin nu niet pas met een gezondere leefstijl op je vijftigste, maar juist eerder. Lees in Hart & Hormonen – Fit de overgang in alles over wat je vanaf je veertigste al kunt doen om zo fit mogelijk deze latere periode in te gaan en zo gezond ouder te worden.



Slaap vast

Auteur: **Michael Mosley**
 Uitgeverij: **Nieuwezijds**
 ISBN: **9789057125461**
 Prijs: **€ 20**

Een goede nachtrust is essentieel voor een goede gezondheid. Veel mensen vallen echter moeilijk in slaap, liggen wakker of worden te vroeg wakker. In slaap vast legt Michael Mosley uit hoe slaapproblemen ontstaan en hoe je die met vasten, diëten, meditatie en beweging kunt aanpakken. Mosley vertelt levendige verhalen over de talloze slaapexperimenten waaraan hij heeft deelgenomen. Hij heeft vele remedies getest en presenteert uiteindelijk een radicaal nieuw slaapprogramma van vier weken waarmee je weer snel een gezond slaappatroon kunt krijgen.

Dit boek biedt verrassende inzichten en tips voor iedereen – van tieners en nachtwerkers tot ochtend- en avondmensen – en staat vol met recepten die het microbiom in de darmen voeden en de slaap bevorderen.



Op je blauwe ogen

Auteurs: **Jac de Bruijn, Judith Coolen en Marijke Doevendans**
 Uitgeverij: **SWP**
 ISBN: **9789088509605**
 Prijs: **€ 21,90**

In deze bundel vind je alledaagse ervaringen, gedachten en ideeën over verbinden en vertrouwen in de zorg. Daarbij speelt de manier van kijken een rol, de bril die wordt opgezet wanneer je de ander ziet. Dan maakt het uit of je medewerker bent of degene die zorg of ondersteuning krijgt. Beiden krijgen hier een plaats: medewerkers met verschillende achtergrond en opleiding beschrijven hun persoonlijke ervaringen, hun kwetsbaarheid en hun positieve momenten. Dat geldt ook voor een aantal 'ervaringsdeskundigen'. Hun belang wordt steeds groter in de zorg. Cliënten, de zorgvragers, vertellen elk – soms zelfs samen met hun moeder – persoonlijke verhalen over de wijze waarop verbinden en vertrouwen bepalend zijn geweest voor het slagen van hulp en zorg. Het thema is zorgbreed, of je nu werkt in de jeugdzorg, als verpleegkundige in de ouderenzorg, als behandelaar in de ggz of in de zorg voor mensen met een beperking. Deze bundel wil vanuit de praktijkervaring een hart onder de riem zijn en een handvat. Het boek staat bol van tips en aanbevelingen.



Alles over borstkanker

Auteurs: **Marie-Jeanne Vrancken Peeters en Hester Oldenburg**
 Uitgeverij: **Spreekuur Thuis**
 ISBN: **9789081932226**
 Prijs: **€ 29,50**

Dit boek verscheen voor het eerst in 2007 en is intussen uitgegroeid tot de bijbel van borstkankerbehandeling. Deze alweer zevende druk is het afgelopen jaar compleet herzien door een team van 35 borstkankerspecialisten. Jaarlijks worden ruim 17.000 vrouwen en circa 150 mannen met de diagnose borstkanker geconfronteerd. Het boek is geschreven door specialisten die iedere dag met borstkanker bezig zijn en geschreven voor vrouwen met borstkanker of een verhoogd risico daarop, voor vrouwen die op zoek zijn naar informatie die hen kan helpen bij het maken van de juiste behandelkeuzes. Alle fasen van de ziekte worden beschreven, van diagnose tot palliatieve zorg. Ook vertelt het boek de (soms harde) waarheid over borstkanker, een ziekte die in veel gevallen te genezen is maar nog steeds dagelijks slachtoffers maakt. Het boek is ook heel behulpzaam voor familieleden en vrienden van patiënten, voor hulpverleners als compleet naslagwerk en voor andere geïnteresseerden. Borstkanker is – helaas – een onlosmakelijk onderdeel van onze samenleving.

'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**.

NIET ALLEEN ONGEËVENAARD.
UNTOUCHABLE.
All-in-One Fixation System™



PALACOS® R+G pro

- Helpt de workflow te standaardiseren
- Vermindert het risico van contaminatie en blootstelling aan MMA
- Met het gouden standaard botcement PALACOS® R+G

Eenvoud. Veiligheid. Superioriteit.