

Operationeel

VOOR OPERATIEASSISTENTEN

Magazine

NR. 2 JUNI/JULI 2021 JAARGANG 16

Lower body lift

Goed voor lichaam en geest

Ethiopië

Pittige tijden

Aletta Jacobs

Uniek boek van
unieke vrouw

Groenere OK

Aan de slag

Operatie clavicula luxatie

Soms wel, soms niet



Thomas Kerres (Bergman Clinic) ▶



IMPROVE THE CHANCES

REDUCE RISK FOR INFECTION

COPAL[®]G+C

Reduction of infection risk* using dual antibiotic-loaded bone cement in high risk patients

↓ **34%** in primary hip & knee arthroplasty

↓ **69%** in fractured neck of femur

↓ **57%** in aseptic revision TKA

* as reported in study results

Word LVO-lid en ontvang een exclusief cadeau!

Of meld een collega aan en
ontvang beiden een uniek cadeau!

Word jij ook graag door mooie sokken lichtvoetig door jouw werkdag gedragen? En gun je dit jouw collega ook? Meld dan snel jezelf en jouw collega als nieuw lid bij ons aan en ontvang beiden een schitterend mooi paar exclusieve LVO-sokken. **Ben je al lid?** Ook dan ontvang jij een paar sokken als je een nieuw lid aandraagt. Wist je trouwens al dat je jouw lidmaatschapsbijdrage voor 40% tot maximaal 50% (afhankelijk van jouw salaris) bij jouw werkgever kunt declareren? Een lidmaatschap heb je dan al voor nog geen 45,- euro per jaar. **Een LVO-lidmaatschap heeft dus enkel voordelen.**

Meld je nu snel aan. Want samen staan we sterk.

Aanmelden kan op lvo.nl/lid/register
Deze actie is geldig tot 01-10-2021



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?



www.getinge.com

GETINGE 

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
 Adjunct-hoofdredacteur: Ingrid Lutke Schipholt, redactie@lvo.nl
 Redactiecoördinator LVO: Hennie Mulder, operationeel@lvo.nl
 Eindredacteur: Harriët Teijen
 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

© 2021 LVO

INHOUD



6 OK-collega uitgelicht

Operatieassistent Thomas Kerres (54) is een internationale duizendpoot. Hij heeft veel ziekenhuizen in binnen- en buitenland gezien. Naast zijn huidige werk in Naarden, heeft hij een praktijk voor hypnotherapie in Heerlen.



12 Lower body lift

Naar schatting krijgen jaarlijks 6000 patiënten in Nederland contourherstellende chirurgie om huidoverschot aan de buik, flanken, heupen en billen te verwijderen. Contourherstellende operaties, zoals een lower body lift, dragen bij aan het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten die een bariatrische ingreep hebben ondergaan.



16 Janneke Dekkers in Ethiopië

Janneke Dekkers (37) werkt sinds 2007 als operatieassistent. In 2010 kwam een droom voor haar uit: ze ging als vrijwilliger vier maanden naar Ethiopië. Het begin was zwaar, maar ze kon wel het verschil maken.



26 Aletta Jacobs

In pop-upboeken begint van alles te verschuiven en te bewegen als je ze openslaat. *De Vrouw. Haar bouw en haar inwendige organen* van Aletta Jacobs is zo'n boek. Je kunt voorzichtig aan papieren lipjes trekken om nieuwe figuren te zien. Het boek uit 1899 wordt zorgvuldig bewaard bij de Koninklijke Bibliotheek in Den Haag.



30 Duurzame OK

Klimaatverandering is de grootste bedreiging voor onze volksgezondheid in de 21ste eeuw. Als wij niet op alle fronten massaal in actie komen, gaat de aarde het over 250 jaar heel moeilijk krijgen. Sandra Lako legt uit hoe we op de OK duurzamer kunnen werken.



34 Huidtherapeut op de operatiekamer

Huidtherapeut is een relatief jong beroep. Operatieassistent Saskia Gooren en medisch schoonheidsspecialist Ymke van der Hoeven kozen voor dit vak: ze volgen naast hun werk de deeltijdopleiding Huidtherapie. Twee professionals over een beroep in ontwikkeling. 'De nieuwe technieken zijn veelbelovend.'



36 Clavicula-luxatie

Een luxatie van de clavicula mediaal en lateraal (bicondylaire luxatie) is uiterst zeldzaam. In de literatuur zijn wereldwijd minder dan vijftig gevallen beschreven. Al hoeft opereren geen noodzaak te zijn, soms is het een goede optie.



Druk

De afgelopen maanden hebben jullie weer massaal op andere afdelingen zorg verleend dan op de OK. Jullie hebben het druk gehad en de werkdruk was hoog. De komende tijd zullen jullie het ook druk krijgen met het inhalen van alle uitgestelde operaties. Helaas kunnen de collega's in de zorg van andere afdelingen niet komen helpen zoals jullie hen hielpen. Dat zal moeilijk worden, omdat het werk op de operatiekamer te specialistisch is. Het is daarom spijtig dat het Zorginstituut, een belangrijk adviesorgaan van het ministerie van VWS, dat anders ziet. Die organisatie vindt namelijk dat operatieassistenten niet opgenomen hoeven te worden in de Wet BIG. De LVO is zeer ontstemd. Lees daarover meer op onze nieuwspagina.

Gelukkig is er ook heel veel goeds te melden. We laten twee inspirerende collega's aan het woord. Thomas Kerres vertelt over zijn drijfveren in Collega Uitgelicht en Janneke Dekkers schrijft over haar vrijwilligerswerk in Ethiopië.

Ook kun je twee verhalen lezen over de huid. In De lower body lift lees je over de ingreep, die niet alleen een positief effect heeft op het lichaam, maar ook op het psychisch welbevinden en het sociaal functioneren van patiënten. Verderop in het magazine vertellen Saskia Gooren en Ymke van der Hoeven over hun keuze voor het beroep van huidtherapeut.

Ook in dit nummer: aandacht voor de duurzame, dus groene, OK. Kinderanesthesioloog Sandra Lako pleit voor energie-reductie, circulair werken en minder uitstoot van dampvormige anesthetica. Niet morgen, maar nu!

Veel leesplezier!



Ingrid Lutke Schipholt,
adjunct-hoofdredacteur
redactie@lvo.nl



Hennie Mulder,
redactiecoördinator LVO
operatieel@lvo.nl

EN VERDER IN DIT NUMMER

- 8 LVO-nieuws
- 22 Chirurgisch nieuws
- 28 Boeken
- 38 Column Pieter Poortman

'Chapeau voor collegialiteit'

Thomas Kerres (54) is een internationale duizendpoot in de zorg. Hij heeft al in veel ziekenhuizen gewerkt, zowel in binnen- als buitenland. Na een paar uitstapjes naar het bedrijfsleven keerde hij terug in de operatiekamer. Verder is hij actief voor de LVO en heeft hij een praktijk voor hypnotherapie.

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



Je bent van alle markten thuis. Hoe is dat zo gekomen?

'Mijn loopbaan is inderdaad gevarieerd. Eind jaren tachtig heb ik de opleiding tot verpleegkundige gedaan in Duitsland, waar ik vandaan kom. Dat was nodig om daar op de OK te mogen staan. Mijn eerste positie op de OK was bij de cardiochirurgie, maar dat bleek veel te hoog gegrepen voor een beginner. Ik ben na een paar jaar in de periferie gewerkt te hebben een tijdje uit de zorg gegaan, en ik ging onder meer marktonderzoek doen. Na nog wat uitstapjes, ben ik in 2000 naar Nederland gekomen. Hier heb ik eerst voor de medische industrie gewerkt als artsbezoeker. Dat werk lag mij niet zo. Na drie jaar trok de OK weer. Na een gelijkstellingsperiode in het Spaarne Ziekenhuis (om te kijken of ik de juiste vaardigheden had om in Nederland te werken) kreeg ik mijn bevoegdheid. Na zes jaar in het Spaarne ben ik gaan werken op detacheringsbasis. Ik heb vanaf dat moment in heel veel verschillende ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) in binnen- en buitenland gewerkt.'

Wat doe je bij Bergman Clinics?

'Ons centrum is gespecialiseerd in orthopedie en bewegingszorg. Ik werk vooral bij de neurochirurgie, dus met name operaties aan de wervelkolom. Bij ons ben je gekoppeld aan een specialist. We zijn dus niet vakinhoudelijk maar persoonsgebonden. Ik werk sinds juli 2020 met mijn neurochirurg samen. Neurochirurgie is vaak minder fysiek werk dan bijvoorbeeld een heupoperatie, maar bij

een spondylodese bijvoorbeeld heb je ook wel je uithoudingsvermogen nodig. De neurochirurg waar ik het meest mee werk, is gespecialiseerd in minimaal-invasieve herniaoperaties en decompressies. Ik vind mijn werk buitengewoon leuk, zeker de samenwerking met de specialist. We hebben veel plezier met elkaar, en daarbij doen we ook heel goed werk.'

Je verleent nu met name electieve zorg. Hebben jullie helemaal geen traumagevallen?

'In de eerste lockdown hebben we bepaalde soorten van subacute ingrepen gedaan, maar geen levensbedreigende of zware trauma's. We hebben geen spoedeisende hulp en geen IC in onze kliniek. We hebben de betrokken patiënten overgenomen van omliggende ziekenhuizen, omdat ze daar geen ruimte hadden voor alle operaties. Wij deden met name zorg die binnen 48 uur nodig was. Denk aan bijvoorbeeld een herniaoperatie die heel pijnlijk en niet uitstelbaar was. Of meniscuslaesies, gescheurde kruisbanden enzovoort.'

Hebben jullie ook meer reguliere neurochirurgische zorg uit de regio opgevangen?

'Dat is moeilijk om te zeggen. Door de lockdown is veel afgeschaald. We hebben voor een deel geholpen, maar onze capaciteit was te klein om meer te kunnen doen. Ook wij hebben afgeschaald, want we moesten beademingstoestellen uitlenen aan de IC's van omliggende ziekenhuizen. Wij konden dus niet op volle toeren draaien. Er waren maximaal twee van

de vier kamers open tijdens de eerste lockdown. Tijdens de tweede lockdown is het anders aangepakt; toen konden we wel meer electieve zorg doen.'

Is het nou heel anders om in een zelfstandig behandelcentrum te werken in plaats van in een perifeer of academisch ziekenhuis?

'Een van de grote verschillen is dat wij geen opleiding geven en dat daardoor ons tempo hoger ligt. Wij hebben meer routine; onze operaties gaan sneller, onder andere omdat we niets hoeven uit te leggen. Daarnaast werken we vooral met dedicated teams, waarin iedereen op elkaar is ingespeeld. Er is bij ons een veel hogere productie, mede door kortere wisseltijden. En omdat wij geen IC en SEH hebben, zijn er bij ons geen spoedjes. Alles is gepland. Je weet in de ochtend wat er gaat gebeuren, tenzij er een patiënt uitvalt, bijvoorbeeld vanwege corona. We zijn voor een deel wel commercieel. Ja, we verdienen er geld mee. Eigenlijk had ik verwacht dat de focus in een ZBC meer op geld verdienen zou liggen, maar dat ervaar ik in mindere mate. Een van de eerste dingen die me opvielen in Naarden was dat er een zeer prettige en collegiale sfeer is. Zo was onze kamer een keer als laatste klaar, een kwartier voordat iedereen naar huis mocht gaan. De deuren gingen open en een heel aantal collega's kwam ons helpen. Op eigen initiatief, niemand die erom had gevraagd. Het waren collega's die in de koffiekamer zaten: ze zagen dat wij net klaar waren en kwamen ons helpen op te ruimen. Chapeau, dat vind ik collegiaal.'

Hoe zijn de verschillen werkinhoudelijk?

'Bij ZBC's heb je niet zoals bij een ziekenhuis een back-up van andere afdelingen, en wij moeten soms met

beperkte middelen creatiever omgaan. Hoe? Een groot ziekenhuis is een grote organisatie met veel materialen. Als er iets kapotgaat, pak je een nieuw exemplaar. Die hoeveelheid is er in een ZBC niet altijd. Ik heb in het verleden in een ZBC gewerkt waar ze het materiaal elders lieten steriliseren. We hadden daar een keer in de ochtend twee voorstekruisbandplasticen. Voordat we konden starten, moesten we eerst het instrumentarium zoeken dat in de nacht daarvoor gesteriliseerd was. Daarnaast hadden we voor die hele dag vijf zakken à drie liter NaCl. In een groot ziekenhuis heb je legio van dat formaat zakken. Bij de eerste ingreep waren na korte tijd al die zakken er al doorheen gegaan, dus toen moesten we met zakjes van een liter de kruisbandplastic afmaken en nog de tweede doen. Tot overmaat van ramp waren de zuigpotten op. Ik stond met de ene hand die literzakjes te vervangen en met andere hand de potten leeg te halen. We hebben dus niet altijd dezelfde rijkdom aan materialen. Daar moet je er creatief mee omgaan. En gelukkig gaat dat tot nu toe altijd goed.'

Je hebt in je carrière al veel gezien. Heb je de top bereikt of heb je nog ambities? Doelen?

'Ik heb nog veel doelen, want ik wil veel leren en heb veel plannen. Maar ik laat de dingen allemaal op me afkomen en ben niet meer bewust op zoek naar het volgende. Neem bijvoorbeeld de manier waarop ik hypnotherapeut ben geworden. Ik ben zelf door een hypnosessie van een groot probleem af gekomen. Dat vond ik zo fascinerend dat ik een opleiding hypnotherapie ben gaan volgen. Ik zou nu bijvoorbeeld nog graag een opleiding willen volgen tot psychotherapeut. Dat is

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.

een vierjarige post-hbo-opleiding, maar of en wanneer ik deze opleiding doe, weet ik nog niet.'

Je woont nu in Heerlen en werkt bij Bergman Clinics in Naarden. Waarom woon je zo ver van je werk?

'Dat kwam eigenlijk per toeval. Ik werkte in Naarden aanvankelijk gedetacheerd. Inmiddels heb ik daar een vaste aanstelling; ik wilde er graag blijven, omdat voor mij de werksfeer zo belangrijk is. Ik ben in 2010 in Heerlen gaan wonen om zo dicht bij mijn vrienden en familie in Duitsland te zijn. Bovendien heb ik hier een praktijk voor hypnotherapie. Maar het zou zo maar kunnen dat ik nog eens terugkeer naar de Randstad. Ik mis soms de Randstad, de sfeer, mentaliteit en de cultuur, terwijl ik het ook prima naar mijn zin heb in Limburg.'

Je bent ook actief binnen de LVO. Wat doe je zoal voor de vereniging?

'Ik zit in een twee commissies, pr/voorlichting en onderwijs, en ik werk mee aan een aantal projecten. Ik ben hier actief geworden omdat ik onder de indruk was van de professionaliteit van de LVO. Het is een organisatie die bijvoorbeeld in haar vakblad wetenschappelijke informatie op een begrijpelijke manier presenteert en die zich enorm inzet voor onze beroepsgroep. Toen ik een paar jaar in Zwitserland werkte, heb ik een dergelijke beroepsvereniging gemist. Er was geen organisatie die zo actief was en zulk breed werk deed voor operatieassistenten. Wat mij stoort is dat we nog niet eens erkend zijn terwijl we een hele bijzondere beroepsgroep zijn en we enorm veel weten. Ongelooflijk!'

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 (Vacature)	bestuurslid Congres, congres@lvo.nl
Lid worden van de LVO?	communicatie, PR en voorlichting, prvoorlichting@lvo.nl
Lidmaatschap opzeggen	https://lvo.nl/lidmaatschap/inschrijven
Ledenadministratie	Dit dient voor 1 oktober te gebeuren: https://lvo.nl/lidmaatschap/opzeggen ledenadministratie@lvo.nl

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

Zorginstituut: 'Operatieassistent is geen beroep'

'De operatieassistent oefent een functie uit, geen beroep.' Dit stelt het Zorginstituut, dat de minister voor Medische Zorg adviseert om de operatieassistent niet op te nemen in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). De LVO is verbouwd over deze en andere adviezen van het Zorginstituut.

Het Zorginstituut stelt dat operatieassistenten niet voldoen aan drie criteria om opgenomen te worden in de Wet BIG. 'Het uitgangspunt van de Wet BIG is dat beroepen niet worden opgenomen in de wet, tenzij dit noodzakelijk is om patiënten te beschermen tegen onzorgvuldig of ondeskundig handelen.'

De LVO maakt zich al geruime tijd grote zorgen over het feit dat de kwaliteit van zorg en de veiligheid op operatiekamers in het geding dreigt te komen door een groot tekort aan operatieassistenten. Er vallen steeds meer operatieassistenten uit door de hoge werkdruk. Bij tekorten in het verleden is meermaals gebleken dat operatieassistenten werden vervangen door ongekwalificeerd personeel, personeel dat niet is opgeleid om de voor een operatieassistent vereiste specialistische handelingen te verrichten. Volgens de wet mag dit, omdat het beroep nu niet is beschermd door de Wet BIG. Uit de meldingen die binnenkwamen bij het Meldpunt Tekorten Operatieassistenten van

de LVO bleek dat er vaak ondeskundigen aan tafel staan. Volgens het Zorginstituut komt dit echter vrijwel niet voor.

Eén van de criteria om in het BIG-register te worden opgenomen, is dat er sprake moet zijn van een zogenaamd 'breed basisberoep'. Het Zorginstituut meent dat de operatieassistent niet breed inzetbaar is buiten de OK. Het tegendeel is in coronatijd gebleken. Operatieassistenten zijn op verschillende afdelingen ingezet, zoals de IC, SEH of covid-afdeling. Het adviesorgaan is wel van mening dat er sprake is van risico's voor de patiëntveiligheid, maar constateert ook dat regulering niet noodzakelijk is om deze risico's te borgen. LVO-voorzitter Nicole Dreessen: 'Ze geven aan dat de operatieassistent weliswaar voorbereiden handelingen verricht, maar dat dit in opdracht is van een snijdend specialist en dat deze bijna altijd aanwezig is en toezicht houdt op het uitvoeren van deze handelingen. Dit

zeggen ze, terwijl wij hebben aangegeven dat het in de praktijk niet ongebruikelijk is dat bepaalde voorbereidende handelingen al worden uitgevoerd terwijl de betrokken specialist nog niet eens "in huis" is. Al deze (voorbehouden) handelingen worden veelvuldig zelfstandig uitgevoerd, zonder supervisie, zonder specifieke opdracht en zonder mogelijkheid van tussenkomst. Een voorbeeld hiervan is blaaskatheterisatie. Dit is volgens ons inzien een vergelijkbare situatie als die van verpleegkundigen, die wel zijn opgenomen in het BIG-register.'

Een advies van het Zorginstituut is belangrijk, want uit ervaring blijkt dat de minister die adviezen overneemt. De minister stuurt het adviesrapport door naar de Tweede Kamer. Een besluit over het niet opnemen van operatieassistenten in het BIG-register zal vermoedelijk pas genomen worden als er een nieuw kabinet is.

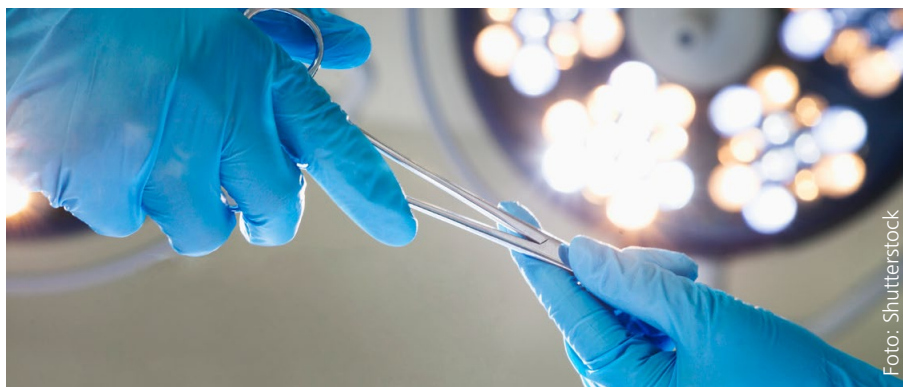


Foto: Shutterstock

Projectleider gezocht voor project SAMEN LVO

Het project SAMEN LVO is een project voor het delen van ervaringen en leermiddelen in de perioperatieve zorg. Het project wordt uitgevoerd, in opdracht van de LVO, in samenwerking met opleidingsinstituten, BEN OK en verschillende ziekenhuizen. Voor het project wordt nu een projectleider gezocht.

SAMEN LVO is een verbreding van het project SAMEN hbo Verpleegkunde, waarin vijftien bacheloropleidingen verpleegkunde met elkaar samenwerken bij het ontwikkelen van een leermaterialenplatform. Ze vormen een actieve community waarin ervaringen, nieuwsberichten en vragen worden gedeeld.

Het doel van het project SAMEN LVO is tweeledig:

1. Investeren in een efficiënte kennisinfrastructuur, ontwikkeld door en voor de perioperatieve zorgprofessionals. Dit door ontsluiting en ontwikkeling van



2. Realiseren van een actieve community van docenten, (student-)operatieassistenten en andere betrokkenen bij de perioperatieve zorg die gebruikmaken van de ontwikkelde leermaterialen, richtlijnen en protocollen, ervaringen uitwisselen en daardoor mede bijdragen aan onderhoud en uitbreiding van de verzameling open materialen (duurzaamheid).

Het project SAMEN LVO is in de opstartende fase. Er wordt op korte termijn een projectleider gezocht voor 0,2 fte. Voor medio 2021 staat een aanvraag gepland voor RAAK-subsidie.

Als projectleider ben je de motiverende, coachende en monitorende factor in het project. Je bewaakt het proces en stuurt de projectgroep aan. Je onderhoudt het netwerk van projectleden van instituten en ziekenhuizen. Je rapporteert aan de opdrachtgever.

Meer informatie over het project vind je in het artikel Sla met ons de handen ineen! in Operationeel nummer 2-2020 (ook terug te lezen op lvo.nl).

Sollicitaties kunnen worden gestuurd naar: onderwijs@lvo.nl.

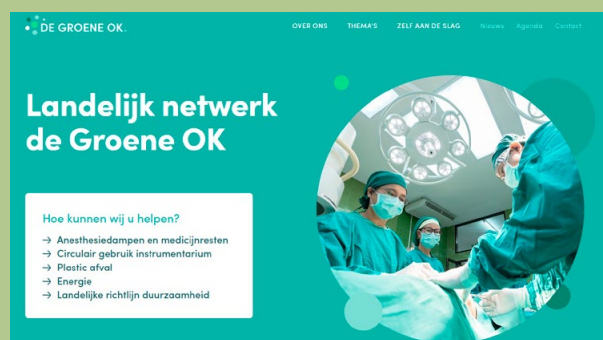
Aankondiging Traumadagen

Noteer in je agenda:

Traumadagen 2021 op
donderdag 4 en vrijdag 5 november
Locatie: RAI, Amsterdam

Meer info:
trauma.nl/stn/traumadagen-2021

Nieuwe website landelijk netwerk De Groene OK



Het landelijke netwerk De Groene OK heeft een nieuwe website. Het netwerk is een samenwerkingsverband van alle snijden wetenschappelijke verenigingen en de beroepsverenigingen van medewerkers op de OK (NVAM, BRV, NVLO en LVO). Het zet zich in om de zorg op operatiekamers duurzamer te maken en daarmee een bijdrage te leveren aan de

doelstellingen van het klimaatakkoord. Om de transitie naar een Groene OK te versnellen, hebben de deelnemende verenigingen vorig jaar de Green Deal ondertekend. Daarmee beloofde ook de LVO zich actief in te zetten voor het verduurzamen van de zorgprocessen op de OK. Het landelijke netwerk De Groene OK wil de bottom-up duurzaamheid op de OK's stimuleren en gezamenlijk zie-

kenhuisoverstijgende problemen aanpakken. Dat gebeurt in een aantal werkgroepen.

Meer weten?

Kijk op degroeneok.nl.

Of neem contact op met Mike Thijsing, vertegenwoordiger van de LVO in het landelijk netwerk Groene OK: mikethijsing@gmail.com.

Samenwerking LVO en Incision

De LVO werkt sinds kort samen met Incision, een chirurgisch e-learningplatform voor de verschillende professionals op de OK. Het doel van de samenwerking is om de bij- en nascholing van de beroepsgroep optimaal te ondersteunen. Denk aan de verplichte items van het convenant medische technologie.

‘Het is een grote uitdaging om bij te blijven in deze tijd’, zegt LVO-voorzitter Nicole Dreesen. ‘De medische technologie ontwikkelt zich sneller dan ooit en covid-19 vraagt om een flexibele inzet van vaardigheden. Bij- en nascholing is essentieel om de beste chirurgische zorg te leveren. Door samen te werken met Incision kunnen we het Kwaliteitsregister Operatieassistenten voorzien van kwalitatieve content.’

In een rondgang langs Nederlandse ziekenhuizen bevestigen operatieassistenten de leerbehoefte. Van de ondervraagden zegt 36% minstens één keer per week de behoefte te voelen om bij te leren. Als het gaat om bijspringen op de covid-19-afdeling, geeft maar liefst 71% aan daarvoor nog niet voldoende opgeleid te zijn of slechts over een deel van de benodigde vaardigheden te beschikken.

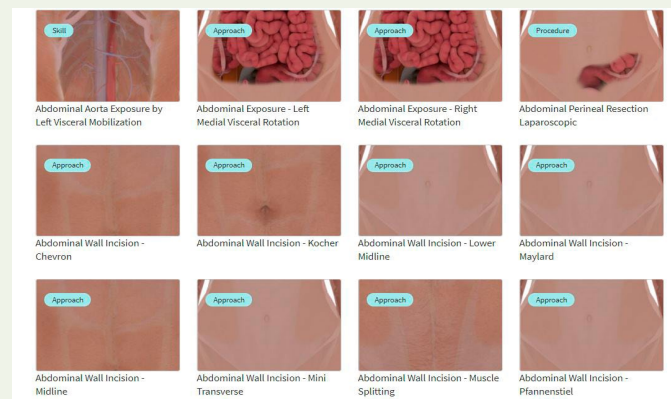
Gezamenlijke inzet om de chirurgische zorg te verbeteren

Via de Incision Academy kunnen de operatieassistenten zich stap voor stap voorbereiden op chirurgische procedures, hun kennis over medische apparatuur oprispen of zich nieuwe vaardigheden eigen maken. In de online leeromgeving krijgen ze toegang tot het cursusmateriaal. Dat bestaat onder meer uit video, informatie over de stappen en 3D anatomie-modellen. Als de operatieassistent dat wil, kan de e-learningmodule worden afgesloten met een test. Bij succesvolle afronding ontvangt hij of zij een certificaat. Kortom, een makkelijke manier om bijvoorbeeld kennis over hoogrisico-apparatuur te borgen.

Samen garant staan voor kwaliteit

Met digitale certificaten en accreditatiepunten kan voor het eerst in de geschiedenis objectief gekeken worden naar het niveau van operatieassistenten. Ziekenhuizen kunnen via dit initiatief in deze trend meegaan. Via een combinatielidmaatschap kunnen ze de professionalisering en accreditatie van de beroepsgroep in één keer regelen. Het lidmaatschap van de LVO biedt toegang tot het LVO-kwaliteitsregister; een keurmerk waarmee werkgevers de garantie hebben dat een operatieassistent voldoet aan belangrijke kwaliteitsvoorwaarden. Incision faciliteert de bij- en nascholing via het e-learningplatform en zorgt voor de registratie van de leeractiviteiten. De scholing wordt beoordeeld en geaccrediteerd door de accreditatieraad. Door deze samenwerking voor de lange termijn aan te gaan, willen de partijen een gedegen basis leggen voor de scholing en training van de operatieassistenten en het professionaliseren van de beroepsgroep in Nederland.

Meer informatie: incision.care/lvo.



Uitgestelde zorg, en dan?

Door de covid-pandemie is er een behoorlijk stuwmeer aan uitgestelde zorg ontstaan, ook operatieve zorg. Volgens een schatting gaat het landelijk om 150.000 tot 200.000 uitgestelde operaties. Ook als het rustiger wordt met coronazorg, zal de operatiekamer – en daarmee het personeel – nog langdurig te maken hebben met het inhalen van uitgestelde zorg en aanhoudende werkdruk.

Noodkreet

Onlangs hebben snijdende specialisten en de beroepsverenigingen van de operatiekamers (NVAM, LVO en BRV) een noodkreet geuit. Het inhalen van de operaties gaat niet zonder hulp en ondersteuning voor

OK-personeel. Doordat OK-medewerkers afgelopen jaar werden uitgeleend aan de IC's, is er veel van hen gevraagd. Ze werkten buiten hun comfortzone en hadden te maken met continue werkdruk en het daardoor veroorzaakte hoge ziekteverzuim. Ook zijn er signalen dat er nog veel vakantiedagen open staan, die niet kunnen worden opgenomen. Om straks OK-personeel te kunnen ontzien en de operatieve zorg doorgang te laten vinden, is hulp nodig.

Hulp nodig

De beroepsverenigingen vragen aan Den Haag hulp en middelen om de operatieve zorg in stand te houden. Deze hulp kan vormgegeven worden door goed te kijken

naar de lessen die we hebben geleerd tijdens het in stand houden van de hoogcomplexere IC-zorg. De beroepsverenigingen vragen om oplossingen en hulp. Daaraan is een aantal voorwaarden verbonden.

Landelijke oplossingen

De beroepsorganisaties hebben gevraagd om de zorg eerlijk te verdelen, en dus ook de druk op de operatiekamers. Ook hebben zij aangegeven dat barrières tussen de ziekenhuizen – maar ook zelfstandige klinieken – niet zouden moeten gelden in crisistijd. Hiervoor is landelijke regie nodig.

Ook de juridische kaders en contractuele mogelijkheden moeten geregeld worden. Nog te vaak zien we dat het lastig is om afspraken

te maken die verder reiken dan de eigen organisatie. Landelijke beleidsmakers moeten daarbij helpen. Daarnaast moeten er randvoorwaarden komen, zoals een goede beloning en waardering, en het verminderen van werkdruk en registratielast.

Verschillen opheffen

Ook hebben de organisaties gezien dat brede inzetbaarheid kan worden vergroot door de verschillen tussen de afdelingen en daarbij behorende (basis)opleiding op te heffen. Hierbij is gebleken dat verpleegkundige uitwisseling tussen IC, ambulance, SEH en zelfs de MICU grote meerwaarde heeft. Zij pleiten er dan ook voor om een brede verpleegkundige basis te leggen voor alle gelijkwaardige gespecialiseerde zorgberoepen. Dit maakt de beroepen meer generiek uitwisselbaar, zonder tekort te doen aan de specifieke afdelings- en functiegebonden specialiteiten.

Lokale oplossing

Omdat geen enkel ziekenhuis gelijk is qua organisatie, zal per ziekenhuis maatwerk moeten worden geleverd. In het ene ziekenhuis zijn bijvoorbeeld veel geneeskundestudenten die mogelijk kunnen helpen. In een ander ziekenhuis zal het meer moeten komen van uitwisseling van gespecialiseerde verpleegkundigen in de acute, intensieve en operatieve zorg.

Uitwisseling

Hulp zoals die aan de IC's is gegeven, kan ook omgekeerd gerealiseerd worden nu de organisaties voor een crisis staan ten aanzien van de uitgestelde operatieve zorg. Er kan een beroep worden gedaan op arts-onderzoekers en medisch specialisten, zoals nu ook gebeurt binnen de ziekenhuiscare voor covid-patiënten. Ook hulp van specifiek opgeleide verpleegkundigen behoort tot de mogelijkheden. Er zijn ook signalen dat het verruimen van

de openstelling van de operatiekamer kan helpen. Bij een passende vergoeding is er, op basis van vrijwilligheid, soms best animo om bijvoorbeeld tijdelijk op zaterdag te werken.

Een voorbeeld

Studenten geneeskunde, die in de wachttijd zitten voor de coschappen, konden de afgelopen tijd nuttig ingezet worden door te helpen in de zorg. In korte tijd konden deze studenten worden opgeleid in het uitvoeren van handelingen en zorgtaken. Hierdoor kunnen de verpleegkundigen nog beter worden ondersteund waardoor de verpleegkundige capaciteit hopelijk wordt vergroot. In het Amsterdam UMC werd dit met succes geïntroduceerd: meer dan 150 studenten meldden zich aan en worden nu ingezet op verpleegafdelingen. Vergelijkbare inzet van deze studenten op andere afdelingen is mogelijk een deel van de oplossing. Voordeel is dat ze al kunnen kennismaken met de werkzaamheden en een mogelijk toekomstige werkplek na afronding van hun opleiding.

Voorwaarden

Als anders geschoolden komen helpen op de OK, blijft het OK-personeel altijd in de lead. Dit betekent volgens de vier organisaties dat operatieassistenten, anesthesiemedewerkers en recoveryverpleegkundigen altijd worden betrokken bij plannen die gemaakt worden voor de inzet van hulp.

Enkele basisvoorwaarden voor uitwisseling van personeel:

- Hulp gaat nooit ten koste van de eigen beroepsuitoefening.
- Overnemen van taken of werkzaamheden is in principe tijdelijk.
- Specifieke en hoogcomplexere taken blijven voorbehouden aan de zorgprofessionals van de afdeling.
- Verpleegkundigen, (geneeskunde)-studenten of anders geschoolde hulpkrachten werken altijd onder supervisie van de betreffende zorgprofessional (OA, AM of RVPK).
- Hulp en inwerken van hulpkrachten mag nooit ten koste gaan van opdelings- en stageplekken voor operatieassistenten, anesthesiemedewerkers en recoveryverpleegkundigen op de afdeling.

Wat kan helpen/welke taken snel zijn te leren:

- Hulp bij transfers en verbedden.
- Hulp in wissels zodat er pauze mogelijk is.
- Hulp ter vermindering van de registratielast.
- Assisteren van de anesthesioloog bij de preoperatieve voorbereiding.
- Hulp bij voorbereiden van de operatie of operatiekamer.
- Hulp bij klaarmaken van middelen, apparatuur en medicatie.
- Logistieke taken.
- Het uitvoeren van laagcomplexere zorgtaken.

Best practices

Goede voorbeelden kunnen via de beroepsverenigingen gedeeld worden. Als een oplossing of idee op jouw locatie en in jouw ziekenhuis goed werkt, dan kunnen collega's hier ook wat aan hebben. Leren van elkaar is, ook tijdens de covid-crisis, een mooi instrument gebleken. Een mooi voorbeeld kan zijn dat de studenten op de afdeling samen met degenen die komen helpen taken aangeleerd krijgen. Deze scholingen worden sowieso al gegeven, en door het samen te doen leren we van elkaar. Wil je een best practice delen? Laat het weten en de beroepsverenigingen kunnen het landelijk onder de aandacht brengen. Ga in gesprek met je werkgever en geef aan dat je als OK-medewerker prima kunt bepalen wat goede hulp is op jouw afdeling en wat niet. De beste ideeën komen van de werkvloer.

Lange termijn

Voor de lange termijn zijn bovenstaande mogelijkheden geen duurzame oplossingen. Geneeskundestudenten moeten weer in hun eigen leerproces komen en de tekorten zijn er niet mee opgelost. De beroepsverenigingen pleiten dan ook voor structurele oplossingen. Het breed opleiden met een goede verpleegkundige basis en meer uitwisseling tussen de afdelingen acute, intensieve en operatieve zorg moet de standaard worden. Dit gaat niet zonder inspraak en zeggenschap. De beroepsverenigingen hebben tegen de partijen die spreken over de opschaling gezegd dat zij hierbij volwaardig gesprekspartner willen zijn. Vooralsnog heeft de commissie die in het leven is geroepen door demissionair minister Van Ark hierop nog geen reactie gegeven.



De lower body lift

Naar schatting melden zich jaarlijks 6000 patiënten in Nederland voor contourherstellende chirurgie om huidoverschot te verwijderen dat is ontstaan na een maagverkleining of maagomleiding (bariatrische ingreep). Een van de mogelijkheden is de lower body lift. Een ingreep die niet alleen een positief effect heeft op het lichaam, maar ook op het psychisch welbevinden en sociaal functioneren van patiënten.

Tekst: drs. M.G.P.G.M. Ghijsens, ANIOS Chirurgie, Máxima Medisch Centrum Veldhoven; drs. M. Ottenhof, AIOS Plastische Chirurgie, Catharina Ziekenhuis Eindhoven en Máxima Medisch Centrum Veldhoven; drs. J. Wilmink, Plastisch Chirurg, Máxima Medisch Centrum Veldhoven; dr. M.M. Hoogbergen, Plastisch Chirurg, Catharina Ziekenhuis Eindhoven en Máxima Medisch Centrum Veldhoven
Foto's: MMC



Bilcontour na auto-augmentatie.

Huidoverschot aan de buik, flanken, heupen en billen kan ontstaan na langdurig overgewicht, waardoor de huid zijn elasticiteit verloren heeft. Tussen de 63% en 80% van de patiënten met morbide obesitas in Nederland ondervindt ernstige klachten van dit huidoverschot na een dergelijke bariatrische ingreep. Denk aan mechanische hinder van de overtollige huid, maar ook aan smetplekken, een negatief zelfbeeld, sociaal vermijdingsgedrag en een negatief effect op het psychisch welbevinden.^{1,2,3}

Er bestaan verschillende contourherstellende ingrepen om deze klachten te verhelpen dan wel te verminderen. Voorbeelden van zulke ingrepen zijn de upper body lift, buikwand-

plastiek, inverted T-buikwandplastiek (ofwel fleur-de-lis), de inner thigh lift en de lower body lift. Over deze laatste ingreep gaat dit artikel.

Lower body lift

De indicatie voor een lower body lift is een huid-vetoverschot aan zowel de voor- als achterzijde van de romp, met een ptosis van de billen en eventueel aan de laterale zijde van de bovenbenen. Deze ingreep combineert een buikwandplastiek met een correctie van de flanken en billen. Ook wordt vaak een lift van de venusheuvel (mons pubis) uitgevoerd. Een opbouwplastiek van de billen met eigen weefsel om de bilcontour te verbeteren, wordt ook wel een 'auto-augmentatie' genoemd.^{4,5}

Indicaties en contra-indicaties

Het Zorginstituut geeft aan dat een vergoeding voor een contourherstellende ingreep, zoals een lower body lift, aan bepaalde criteria moet voldoen. Naast klachten, gerelateerd aan het huidoverschot, moet het post-bariatrisch traject succesvol doorlopen zijn. Daarbij moet de laatste bariatrische ingreep minstens 18 maanden geleden zijn en het gewicht aantoonbaar meer dan een jaar stabiel. Ook moet de huidige body mass index (BMI) minder dan 35 kg/m² zijn en mogen er geen voedingsdeficiënties of psychologische contra-indicaties bestaan. Omdat roken het risico op wondcomplicaties significant vergroot, wordt dit als een contra-indicatie beschouwd. Patiënten dienen minimaal drie maanden voor de ingreep tot drie maanden na de ingreep te stoppen met roken.⁶

Veertig procent van de patiënten die een dergelijke operatie wil, gaat ervan uit dat de ingreep niet wordt vergoed

Criteria voor vergoeding

Er bestaat veel onduidelijkheid onder patiënten wat betreft de vergoeding van een contourherstellende operatie. Uit onderzoek blijkt dat 40% van de patiënten die een dergelijke operatie wil, ervan uitgaat dat de ingreep niet wordt vergoed. De onduidelijke vergoedingsvoorwaarden zijn hier een oorzaak van. Verzekeraars beoordelen de mate van huidoverschot via de Pittsburgh Rating Scale (PRS). Door middel van standaardfoto's wordt de mate van huidoverschot gemeten in vier gradaties, met een score van 0 (normaal) tot 3 (ernstige deformiteit/verminking). Bij een score van 3 wordt een ingreep mogelijk vergoed. De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) is kritisch over deze beoordelingsmethode, omdat deze niet objectief blijkt. De beoordeling op basis van een visuele interpretatie van foto's is namelijk onbetrouwbaar en inconsistent. Op dit moment worden alternatieve meetmethodes onderzocht.^{2,7}

Preoperatief

Markeren

Voordat de ingreep plaats kan vinden, markeert de chirurg het te opereren gebied aan de voor- en achterzijde van de romp met een tekening. Dit gebeurt in staande positie. Bij het aftekenen wordt gekeken naar de maximale grootte van het weg te halen huidoverschot. Hierbij moet rekening worden gehouden met de spanning op de wond postoperatief. Te veel spanning op de wondranden kan immers leiden tot het



Litteken van de rugzijde na lower body lift.

opengaan van de wond (wonddehiscentie). Ook wordt gekeken naar de locatie van het litteken. De patiënt wordt gevraagd om zijn of haar alledaagse ondergoed te dragen tijdens de ingreep. Zo kan de operateur samen met de patiënt de incisie en het uiteindelijke litteken zo plannen dat het weg zal vallen in het ondergoed. Wanneer een patiënt heeft gekozen om aanvullend liposuctie uit te laten voeren, worden ook deze zones gemarkeerd. Liposuctie resulteert in een meer egale lichaamscontour doordat de liposuctiecanule door de zones of adhesie beweegt. Dit zijn zones waar de huid vastzit op de onderlaag, waardoor een plooi ontstaat met daaroverheen weefsel. Er vindt infiltratie plaats met Klein vloeistof van de gebieden waar liposuctie zal plaatsvinden tijdens de ingreep.^{8,9}

Narcose

De operatie vindt plaats onder narcose. Voor de ingreep wordt er 2 gram Kefzol (cefazoline) toegediend. Er moeten beenpompen worden aangesloten ter profylaxe van trombose. De neutraalplaten van de diathermie kunnen het beste worden geplaatst net boven de beenpompen, verwijderd uit het steriele operatiegebied. Er wordt een Foley-katheter ingebracht.

Positionering

De patiënt wordt vervolgens in buikligging gebracht voor de resectie van het huidoverschot aan de rugzijde. Voor de positionering in buikligging kan de patiënt het beste in bed onder narcose worden gebracht, met goedkeuring van de anesthesist, waarna met behulp van een rollaken de patiënt over wordt geplaatst naar de operatietafel. Ook hier ligt de patiënt op een rollaken zodat ook de verplaatsing van buikligging naar rugligging soepel verloopt. Vermijd druk op hoofd en nek en plaats geen kussen onder het bekken. Leg het hoofd van de patiënt in een neutrale positie om een knik in de arteriën in de hals te voorkomen. Dit kan namelijk een beroerte veroorzaken.^{4,10}

Peroperatief

Lift achterzijde

De ingreep start met het desinfecteren en steriel afdekken van rug, billen en bovenbenen. Voordat de operateur een incisie maakt, vindt infiltratie plaats over de incisielijnen en rec-tusschede. Dit gebeurt met een oplossing van 250cc NaCl, 40cc Naropin (10mg/ml) en 1cc epinefrine (1mg). Deze infiltratie zorgt voor hydrodissectie en vasoconstrictie. Hierdoor zijn

de verschillende weefsellagen goed van elkaar te onderscheiden en zal het operatiegebied minder bloeden. Ook zorgt het voor postoperatieve pijnstilling. De huidlappen worden over de fascie van Scarpa ontwikkeld. Caudaal van de caudale huidresectie-markering wordt de bil ondermijnd onder de fascie van de musculus gluteus tot aan het niveau waarin de ontwikkelde huidlap net past. Er vindt controle op hemostase plaats waarna de huid in twee lagen wordt gesloten.

Buikwandplastiek

Wanneer de lift aan de achterzijde is uitgevoerd, worden de laterale wondranden tijdelijk gesloten met nietjes. Dit geeft de operateur de mogelijkheid om de dog ears, die kunnen ontstaan na een buikwandplastiek, te corrigeren. Vervolgens wordt de patiënt in rugligging gepositioneerd voor het uitvoeren van een buikwandplastiek, dan wel een fleur-de-lis. Na hernieuwde desinfectie en steriele expositie wordt de huid rondom de navel circulair geïncideerd. Vervolgens wordt de huid met behulp van een prepareerschaar vrijgemaakt tot aan de voorste fascie van de rechte buikspieren (musculus rectus abdominis). De meest caudale markering van het te verwijderen weefsel wordt geïncideerd en daarna via diathermie centraal over de rectusmusculatuur vrijgeprepareerd tot op de



Fleur-de-lis, abdominoplastiek en mons pubis lift.

fascie. Lateraal wordt de laag onder de fascie van Scarpa gespaard om de lymfbanen intact te laten. Over deze fascie wordt in craniale richting diathermisch vrijgeprepareerd tot aan de processus xiphoïdeus. Wanneer deze structuur is bereikt, wordt de patiënt in strandstoelpositie gebracht. De heupen worden geflecteerd. Hierna wordt de craniale incisie voorgekozen dat de huid spanningsloos gesloten kan worden, waarna een ovaal stuk weefsel van huid en subcutaan vet verwijderd wordt. Als de rechte buikspieren uiteenwijken (rectus diastase), kan dit gecorrigeerd worden via de techniek van Pitangy. Daarbij wordt gebruikgemaakt van een Maxonloop of Prolene 1.0. De twee helften van de rectus abdominis worden hierbij als het ware weer stevig aan elkaar gehecht.

Verticaal weefseloverschot

Tijdens de hele ingreep controleert de operateur de markeringen voordat het huidoverschot verwijderd wordt om te voorkomen dat er postoperatief te veel spanning op de wondranden komt te staan. Door middel van een doekenklem kan tractie op het weefsel worden uitgeoefend. Met maximale tractie wordt het huidoverschot opnieuw afgetekend in liggende positie. Vaak wordt er rekening gehouden met een speling van 1 tot 2 cm overschot aan weefsel zodat er minder spanning op de wondranden komt te staan. Eventueel kan er na hemostase voor worden gekozen om de wond te sluiten met een situatieve hechting om het verticale overschot aan weefsel te bepalen. De te verwijderen wig wordt vervolgens afgetekend en geëxcideerd. Opnieuw vindt hemostase plaats, waarna de nieuwe plaats van de navel gemarkeerd kan worden en het huidvet ter plaatste kan worden weggehaald.

Significant vaker blijvend gewichtsverlies bij contourherstellende chirurgie na een bariatrische ingreep

Sluiten

De navel wordt ingehecht met geknoopte subcutane Polysorb 3.0-hechtingen en intracutaan voortlopende Vicryl Rapide 4.0-hechtingen. De 'dode ruimte' tussen de fascie en de subcutis, die ontstaan is na het vrijprepareren tot aan de processus xiphoïdeus, wordt gesloten met Vicryl 1.0, ter preventie van ophoping van wondvocht. De wond wordt in twee lagen gesloten.

Postoperatief

Na het sluiten kan additioneel nog een hoeveelheid ropivacaïne in het operatiegebied worden achtergelaten voor postoperatieve pijnstilling (Naropin, 10mg/10ml ropivacaïne, afhankelijk van het gewicht van de patiënt). Voordat de uitleiding plaatsvindt, wordt een buikband aangelegd die compressie geeft op het wondgebied. Dit zorgt er, samen met het subcutaan sluiten van de 'dode ruimte', voor dat zich geen wondvocht in het operatiegebied ophoopt. Er hoeven dan ook geen drains te worden achtergelaten. De buikband moet zes weken gedragen worden. Als er geen complicaties optreden, kan de patiënt na drie dagen met ontslag.

Complicaties

De meest voorkomende complicatie is ophoping van wondvocht. Daarnaast komen stoornissen in de wondgenezing vaker voor, zoals wonddehiscentie. Bij toenemende pijn met daarbij koorts en zwelling is de kans op een infectie groot. Door de lange immobilisatie kan een diepveneuze trombose of een longembolie ontstaan. Ter preventie krijgt de patiënt voor en na de ingreep injecties met dalteparine (Fragmin). Na de operatie kan ook een nabloeding ontstaan. Bij een forse nabloeding is soms een heroperatie nodig om het hematoom uit te ruimen en de bloeding te stelpen.⁹



Zij-aanzicht van fleur-de-lis, abdominoplastiek en mons pubis lift.

Resultaten

Blijvend gewichtsverlies

Vaak ziet men dat patiënten die veel hinder ervaren door het huidoverschot toch aankomen in gewicht. Uit onderzoek van het Obesitas Centrum Amsterdam blijkt dat het ondergaan van contourherstellende chirurgie na een bariatrische ingreep leidt tot blijvend gewichtsverlies. Dit onderzoek laat een statistisch significant verschil zien tussen patiënten die een dergelijke ingreep hebben ondergaan in vergelijking met patiënten die deze niet hebben ondergaan.¹¹

Kwaliteit van leven

Ander onderzoek toont aan dat contourherstellende ingrepen een statistisch significante verbetering laten zien wat betreft lichamelijk, sociaal en psychisch welbevinden. Ook de reductie van de BMI verbetert. Gesteld kan dus worden dat contourherstellende operaties, zoals een lower body lift, bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten die een bariatrische ingreep hebben ondergaan.¹²

BODY-Q

De foto's bij dit artikel zijn van een 31-jarige patiënte die een lower body lift met fleur-de-lis en een auto-augmentatie van haar billen heeft ondergaan. Ongeveer 12 maanden na deze ingreep is haar tevredenheid over deze ingreep en het resultaat getoetst via een gestandaardiseerde vragenlijst, de BODY-Q. In deze vragenlijst komt een aantal onderdelen ter sprake, zoals de kwaliteit van leven, de patiëntervaring en de tevredenheid over het uiterlijk postoperatief. Patiënte is erg tevreden over de geopereerde gebieden (buik, rug, billen, heupen en buitenzijde van de dij). Zij ervaart helemaal geen last of hinder van de littekens. Bij het onderdeel 'kwaliteit van leven' geeft patiënte aan positief te denken over haar lichaam, van haar lichaam te houden en trots te zijn op haar lichaam. Daarbij voelt ze zich nu gelukkig, emotioneel sterk, zelfverzekerd en accepteert zij zichzelf. Ze voelt zich geaccepteerd door anderen, neemt weer deel aan het leven en voelt zich op haar gemak op sociale bijeenkomsten met onbekenden. De ingreep heeft dus niet alleen een positief effect gehad op haar lichaam, maar ook op haar zelfbeeld, psychisch welbevinden en sociaal welzijn.

Literatuur

1. Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (2018). Plastisch chirurgie pleiten voor integratie contourherstellende chirurgie als onderdeel van behandeling morbide obesitas. tinyurl.com/jbv25xe2
2. Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (2019). Ruim 60% obesitaspatiënten ervaart overlast van overtollige huid na bariatrische ingreep. <https://tinyurl.com/juadmfcw>
3. Monpellier VM. When surgery alone won't cut it; physical and psychological influences on weight loss after bariatric surgery (proefschrift). Maastricht: Universiteit Maastricht; 2019.
4. Shermak MA, Pandya S, Doherty ST. Plastic Surgery Secrets Plus. (Hoofdstuk 82: Body Contouring After Massive Weight Loss). Elsevier Inc.; 2010.
5. Contourherstellende operatietechnieken. Federatie Medisch Specialisten; 2014.
6. Indicaties contourherstellende chirurgie. Federatie Medisch Specialisten; 2014.
7. Plastische chirurgie ter verbetering van de lichaamscontour (zoals de Lower Body Lift) bij patiënten met extreem gewichtsverlies is een te verzekeren prestatie. Zorginstituut Nederland; 2009.
8. Rubin JP, Gusenoff J. Aesthetic Plastic Surgery Video Atlas. (Hoofdstuk 21: Bodylifts and Post Massive Weight Loss Body Contouring). Elsevier Inc.; 2012.
9. Neligan PC, Buck DW. Core Procedures in Plastic Surgery. (Hoofdstuk 7: Body contouring). Elsevier Inc.; 2020.
10. Richter DF, Schwaiger N. Plastic Surgery: Volume 2: Aesthetic Surgery. (Hoofdstuk 25.3: Circumferential approaches to truncal contouring: The lower lipo-bodylift). Elsevier Inc.; 2018.
11. De Vries CEE et al. (2019). The Influence of Body Contouring Surgery on Weight Control and Comorbidities in Patients After Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*; 30, 924–930.
12. Toma T et al. (2018). Does Body Contouring After Bariatric Weight Loss Enhance Quality of Life? A Systematic Review of QOL Studies. *Obesity Surgery*; 28, 3333–3341.

Vrijwilligerswerk in Ethiopië

‘Verpleegkundigen worden zonder ervaring ingezet op de OK’

Janneke Dekkers (37) werkt sinds 2007 als operatieassistent. In 2010 kwam een droom voor haar uit: ze ging als vrijwilliger vier maanden naar Ethiopië. Met in gedachten een uitspraak van Mahatma Gandhi: ‘Be the change that you wish to see in the world’. Maar dat bleek nog niet zo makkelijk als ze dacht.

Tekst en foto's: Janneke Dekkers, operatieassistent bij het Jeroen Bosch Ziekenhuis en docent Operatieve Zorg en Technieken bij Fontys Hogescholen



Een baby met hydrocefalus.

‘Het was altijd al mijn droom om vrijwilligerswerk in Afrika te doen. Al tijdens mijn opleiding ging ik opzoek naar de mogelijkheden. Zo kwam de ReachAnother Foundation (RAF) op mijn pad: een organisatie die werkt aan de verbetering van de gezondheidszorg in Ethiopië. Na mijn diplomering in 2010 vertrok ik voor vier maanden naar de Ethiopische hoofdstad Addis Abeba.’

Een pittige start

‘Vanuit een wereld waar niets onmogelijk is en materiaal in overvloed, kwam ik in een wereld zonder mogelijkheden en met materiaal dat al te vaak is hergebruikt. Ik kwam terecht in het Koreaans Ziekenhuis (MCM). Op de operatiekamers zag ik dat veel dingen beter konden. Ik ging erheen met het idee dat ik de mensen kennis kon bijbrengen, dat ik even zou laten zien hoe we het bij ons doen. Maar het werd een pittige start, want ik voelde me niet welkom. Ik was immers de zoveelste vrijwilliger die “even” langskwam. Daarop gooide ik mijn aanpak om, voor zover ik een aanpak had bedacht. Eerst maar eens even meedraaien om te zien waar ze hier tegenaan liepen.’

Omgekeerde wereld

Ik draaide operatieprogramma's mee, en tijdens het vouwen van de gazen ging ik in gesprek met mijn nieuwe collega's. Uit die gesprekken proefde ik dat het geen kwestie was van onwil: het probleem was het ontbreken van middelen, materialen en kennis.

Deze mensen doen wat ze kunnen, en ze willen net als wij het beste voor de patiënt. Alleen de middelen zijn niet voorhanden, en ze werken met apparatuur die gedoneerd is. Leuk, een diathermieapparaat, maar als de disposable opzetstukjes op zijn, is het apparaat nutteloos. Materialen zijn zo schaars dat katheters, drains en tubes bij ontslag of overlijden worden verwijderd en opnieuw worden gesteriliseerd. Afdekmaterialen zijn versleten en steriel werken is eigenlijk niet mogelijk door het ontbreken van deuren en/of luchtbehandeling.

Het is zo anders werken dan bij ons. Wij hebben alles voorhanden en pakken vaak meer dan we nodig hebben. Daar heeft het openmaken van een extra set gevolgen voor de hele OK en je draagt handschoenen die te groot zijn omdat jouw maat niet voorradig is. Het gekste wat ik gezien heb, was dat er tijdens een trepanatie een vlieg in de operatiewond zat; niemand keek op of om! Ethiopië, het werken op de OK en de mensen van Addis Abeba hebben mij laten zien dat je veel kunt met weinig, en dat je hoe dan ook er het beste van moet maken. Vertrokken met het idee dat ik daar iets kon betekenen, kwam ik in een land en bij mensen die voor mij iets betekend hebben. De omgekeerde wereld.’

Focus op kennis

‘Tijdens mijn werkzaamheden als vrijwilliger zag ik dat ik niet veel kon betekenen voor wat betreft middelen en materialen. De focus lag daarom op kennis. In Ethiopië zijn de operatieassistenten en anesthesiemedewerkers verpleegkundigen die vaak zonder ervaring worden ingezet op de OK.

Ik kon aansluiten bij een groep vrijwilligers (verpleegkundigen uit Noorwegen en de Verenigde Staten) die bezig waren met het schrijven van het curriculum voor de bachelor of Nursing aan de Universiteit van Addis Abeba. Mijn kennis was meer dan welkom en ik



Het team van 2019, bestaande uit onder meer een voedingsdeskundige, echoscopiste, medisch en paramedisch personeel, staf, videograaf enz.

'Het openmaken van een extra set heeft gevolgen voor de hele OK'



Een echo bij een baby met HC (echoapparaat gedoneerd door de RAF).

mocht meeschrijven aan het curriculum voor de bachelor of science In operating room nursing. Het curriculum is in 2011 goedgekeurd door the Ethiopian ministry of health. De opleiding mag gevolgd worden met een basisdiploma verpleegkunde en twee jaar ervaring op de OK of met een BSc verpleegkunde met minimaal een jaar ervaring op de OK.'

De chirurgie

'Het neurochirurgieprogramma is een volledig traject: intake, lichamelijk onderzoek/meting/scan/echo, opname, operatie, nazorg en een training incontinentiemanagement. De zaterdagochtend staat het in het teken van neurochirurgie, op twee operatiekamers worden dan tussen de acht

RAF

'De ReachAnother Foundation (RAF) waar ik voor werkte, werd in 2009 opgericht door Jan en Dick Koning, chirurgen en broers. Aanleiding was een werkbezoek aan Ethiopië, waarbij ze getroffen werden door het lot van baby's van minder bedeelde ouders die geboren werden met spina bifida (SB) en/of hydrocefalus (HC). Het begindoel was om zo veel mogelijk baby's te opereren om de kans op overleving te vergroten. Dat was lastig omdat er in heel Ethiopië maar één neurochirurg werkzaam was. Er werd een opleidingsprogramma opgezet: meer neurochirurgen betekent meer baby's opereren. In tien jaar tijd werden veertig neurochirurgen opgeleid, die samen 6850 baby's geopereerd hebben.'



Zewditu Hospital: het ziekenhuis waar het neurochirurgieprogramma plaatsvindt.

*'Tijdens een trepanatie
zat er een vlieg in
de operatiewond;
niemand keek op of om'*

en tien patiënten geopereerd aan spina bifida en/of hydrocefalus. In het geval van een HC wordt een ventriculoperitoneale (VP-)shunt ingebracht die de vloeistof afvoert van de hersenventrikels naar de buik. Na het herstel gaan de patiënten naar huis en komen ze na een paar weken terug voor het continentiemanagement-trainingsprogramma.'

Ontwikkeling

'Het is dweilen met de kraan open, want nog steeds worden in Ethiopië veel baby's geboren met spina bifida en/of hydrocephalus. Tijdens ons laatste werkbezoek in 2019 organiseerde de RAF een congres over neurochirurgie, met als hoofddoel voorlichting en preventie. Door het verstrekken van foliumzuur zou het aantal kinderen dat geboren wordt met SB en/of HC afnemen met 90%. Voor preventie is ook kennis nodig van juiste voeding, en vroege diagnose geeft deze kinderen betere kansen. RAF is bezig met uitbreiding van het aantal Centers of Excellence: expertisecentra in ziekenhuizen die een regionale netwerkfunctie hebben voor diagnose, behandeling, preventie, nazorg, opleiding, onderzoek en kennisoverdracht. Ook heeft de BSc In operating room nursing vorm gekregen en zijn er inmiddels al veel verpleegkundigen die de opleiding met succes hebben afgerond.



De entree van het MCM-ziekenhuis in Addis Abeba.

Preventie en nazorg

Het mooiste zou zijn als er geen baby's meer geboren worden met spina bifida of hydrocephalus, maar dat is en blijft helaas onoverkomelijk. Omdat deze kinderen vaak incontinent zijn, worden ze

Wist je dat?

- Ethiopië heeft ruim 108 miljoen inwoners.
- Er worden jaarlijks zo'n 180.000 kinderen geboren met spina bifida en/of hydrocephalus.
- Deze baby's hebben vaak brandwonden, omdat ouders geprobeerd hebben de 'duivel uit te drijven'.
- De baby's hebben vaak geen naam, omdat ouders geen hoop hebben dat de baby het overleeft.
- Leden van sommige stammen in Ethiopië moeten dagen lopen om een ziekenhuis te bereiken.
- Er is geen luchtbeheersing op de operatiekamer: als het warm is worden de ramen opengezet.
- De buikgazen gaan in de wasmachine en worden buiten aan de waslijn gehangen.
- Elke ochtend moesten we zelf de gazen knippen en vouwen.
- Een operatieassistent in Ethiopië verdient gemiddeld 40 euro per maand.
- De medewerkers van de operatiekamer doen, als het kan, in de middag een dutje.
- In Addis Abeba begroeten de collega's elkaar elke ochtend met een knuffel, ook de specialisten.



Fre, Saba en Janneke, neurologiezusters.

afgesloten van de buitenwereld. Maar kinderen moeten kinderen kunnen zijn, buiten spelen en naar school kunnen gaan. Door de continentiemanagement-training zijn de kinderen droog en schoon. Doorligwonden en nierschade worden bovendien voorkomen en de kinderen kunnen weer volop deelnemen aan de maatschappij. Tijdens mijn werkzaamheden kwam ik in contact met Child-Help, een andere niet-gouvernementele organisatie die opkomt voor kinderen met spina bifida en hydrocephalus in ontwikkelingslanden. Ze verzorgen preventiecampagnes en geven continentiemanagement-trainingen in veel Afrikaanse landen. We merken dat het in Ethiopië lastig is om een degelijk trainingsprogramma op te zetten. RAF en Child-Help proberen nu samen om dit op te zetten en te onderhouden. Ik voel me bevoorrecht dat ik samen mag werken met deze fantastische organisaties!



Een baby met een myelomeningocèle.

Oproep

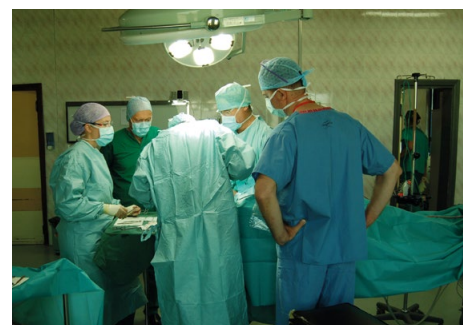
Als wij ooit weer uit de ellende komen die covid-19 heet en wij onze stoffen mondkapjes aan de wilgen hangen, weet ik nog wel collega's die daar erg blij mee zouden zijn! Ook zijn wij bezig met een instrumenten-inzamelingsproject om gebruikt instrumentarium een tweede leven te geven. Voor meer informatie wil ik je graag verwijzen naar www.reachanother.nl.



De opening van het MMC (myelomeningocèle).

Over Janneke

Janneke Dekkers (37) werkt sinds 2007 als operatieassistent en haalde daarvoor in 2010 haar diploma. In 2018 werd zij docent hbo-vt/competentiemanager bij Fontys Hogeschool in Eindhoven. Elf jaar geleden raakte zij betrokken bij de vrijwilligersorganisatie ReachAnother Foundation (RAF). In 2010 werkte ze vier maanden als vrijwilliger in de Ethiopische hoofdstad Addis Abeba. Inmiddels zit ze in de medische adviesraad van de Reach-Another Foundation en gaat ze eens per jaar naar Addis Abeba.



Een operatiekamer in het MCM-ziekenhuis.

Adverteren in Operationeel en De Nederlandse OK-Krant



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



De Nederlandse OK-Krant

is een uniek product dat tot stand is gekomen door VL Media Advies met medewerking van de LVO en de andere beroepsverenigingen voor het operatiekamercomplex (OKc). De krant wordt tien keer per jaar verspreid op alle OK-complexen en in de klinieken van Zelfstandige Klinieken Nederland. Ook leveranciers zullen de krant ontvangen. De totale oplage is 6500 exemplaren.

Er zijn interessante tarieven voor combinatiepakketten!

Informatie betreffende adverteren in Operationeel kunt u verkrijgen via Hennie Mulder, bestuurslid LVO Media: operationeel@lvo.nl.

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

OPERATING ROOM PROGRAM

EEN VEILIGE OMGEVING CREËREN VOOR UW OK's

HET INFECTIEPREVENTIEPROGRAMMA DAT MANUELE EN AUTONOME DESINFECTIE COMBINEERT

Ecolab heeft, in samenwerking met UVD Robots en Blue Ocean Robotics, desinfecterende UV-C bestralings-equipment geïntegreerd in het Healthcare Premium Operating Room Program. Het Premium Programma van Ecolab is ontworpen om het risico en de last van zorginfecties te helpen verminderen, de veiligheid van zowel patiënten als personeel te verbeteren en de operationele efficiëntie te verhogen. En dit dankzij een combinatie van de juiste doeltreffende producten aangevuld met moderne technologie.

WERKEN ZONDER MANUELE HERPOSITIONERING

De autonome UVD Robot is ontworpen om de uitdagingen van schaduwwerking en manuele herpositionering te overwinnen, die tot nu toe de toepassing van UV-C desinfectie in de routinepraktijk van de gezondheidszorg belemmerden.

De autonome werking van de UVD Robot bespaart tijd voor het personeel en vermindert de arbeidskost* van het herpositioneren, waardoor de zorgprofessionals tijd kunnen besteden aan andere belangrijke taken.

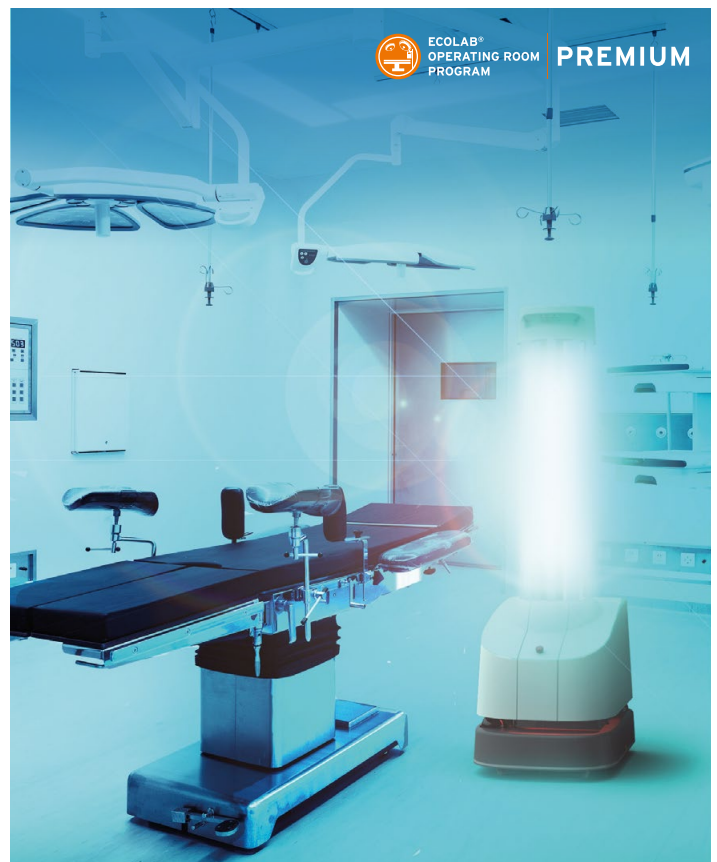
Het Ecolab Team staat tot uw dienst om u te helpen met advies en begeleiding voor bestaande infectiepreventie processen en met het identificeren van verbeteringsmogelijkheden om de veiligheid van patiënten en personeel te verhogen. Voor meer informatie, of voor het aanvragen van een test van de UVD Robot, kan u ons contacteren via onze Sales Support:

TEL +32 (0)2 467 84 01

EMAIL: mia.leemans@ecolab.com

ECOLAB HEALTHCARE NEDERLAND

Oude Rhijnhofweg 17
2342 BB Oegstgeest
Nederland
Tel. +31 (0)71 524 1200



*UVD Robots Financial Benefits Overview Brochure, 2020

ECOLAB

UVD
ROBOTS

LVO & Incision geloven in kwaliteit en voortdurend leren - en gaan samenwerkingsverband aan

Wat zijn de voordelen voor jou?

- ✓ Alle OK specifieke e-learning toegankelijk op een plek
- ✓ Een volledig portfolio voor Nederlandse operatieassistenten (60+ modules)
- ✓ Geaccrediteerde scholing volgens het kwaliteitsregister



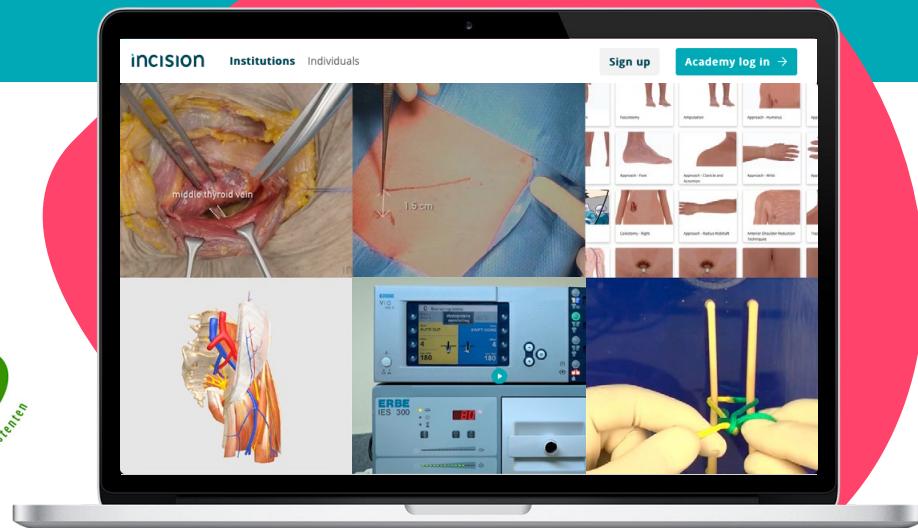
Lees hier alles over ons
combi lidmaatschap!



www.incision.care/lvo

INCISION
Sharing surgical skills

LVO
landelijke vereniging van operatieassistenten



Niertransplantatie bij voorkeur ABO-incompatibel van levende donor

Het is beter ABO-incompatibel een nier te transplanteren van een levende donor dan te wachten op een overleden donor voor niertransplantatie. Dit is de conclusie in het proefschrift Blood Group ABO-Incompatible Kidney Transplantation van A.E. Kirkpatrick-de Weerd, die eind vorige maand promoveerde in het Erasmus MC.

Bij niertransplantatie moeten de bloedgroep van de donor en de bloedgroep van de ontvanger passen. Vooral patiënten met bloedgroep O, die antistoffen hebben tegen bloedgroep A en B, worden in hun transplantatiemogelijkheden belemmerd door hun bloedgroep. Bij de toewijzing van een donornier van een overleden donor kan hier rekening mee worden gehouden door alleen binnen dezelfde bloedgroep te doneren. Bij niertransplantatie van een levende donor gaat dit niet, omdat meestal donor



Foto: obina Weermeyer/unsplash.com

en ontvanger elkaar kennen: de donor met bloedgroep O die aan elke bloedgroep zou kunnen doneren, zal de nier aan de bekende willen afstaan, wat de bloedgroep van deze ontvanger ook is. Daarom is de wachtlijst voor mensen met bloedgroep O (en in mindere mate met bloedgroep B) langer dan die voor mensen met bloedgroep A. Het is mogelijk om 'door de bloedgroep

heen' te transplanteren door een behandeling met 'immunoabsorptie' voorafgaand aan de niertransplantatie. Dit is een filtratietechniek, waarbij de antistoffen tegen de bloedgroep worden verwijderd. Ook wordt er een extra afweerremmend medicijn gegeven. In 2006 vond de eerste zogenoemde ABO-incompatibele niertransplantatie plaats in het Erasmus MC.

Uit het onderzoek blijkt dus dat ABO-incompatibel transplanteren van een levende donor de voorkeur heeft boven wachten op een overleden donor met dezelfde bloedgroep. Verder toont het onderzoek aan dat immunoabsorptie meer bloedingen geeft, dat deze immunoabsorptie niet herhaald hoeft te worden na de niertransplantatie en dat de keuze voor het extra afweerremmende medicijn de grotere kans op afstoting flink beïnvloedt.

Borstsparende behandeling geeft voordelen

Voor vrouwen met een vroeg stadium van borstkanker zou een borstsparende behandeling het uitgangspunt moeten zijn in het eerste gesprek met de patiënt. Deze behandeling leidt in het algemeen tot een betere kwaliteit van leven en de minste complicaties, tegen de laagste zorgkosten en vrijwel gelijke overlevingskansen. Dat blijkt uit een grote kosteneffectiviteitsstudie bij bijna 8400 borstkankerpatiënten van arts-onderzoeker Casimir Kouwenberg. Hij is verbonden aan de afdeling Plastische en Reconstructieve Chirurgie én aan de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC. De studie werd recent gepubliceerd in het toonaangevende European Journal of Surgical Oncology.

Een borstsparende behandeling geeft minder vaak complicaties (16%) dan een amputatie (22%), al dan niet gevolgd door borstreconstructie met een implantaat (33%) of lichaamseigen weefsel (42%). Bovendien geeft een borstsparende behandeling naderhand vrijwel dezelfde kwaliteit van leven als een borstamputatie gevolgd door een borstreconstructie. De kwaliteit van

leven is gemiddeld beter dan na amputatie zonder reconstructie.

'Omdat de overleving na borstamputatie en borstsparende behandeling nagenoeg gelijk en relatief goed is, wordt kwaliteit van leven na borstkankerbehandeling steeds belangrijker', zegt Kouwenberg. Hij analyseerde de uitkomsten van gevalideerde vragenlijsten die ongeveer 2000 vrouwen met borstkanker hadden ingevuld over verschillende aspecten van hun kwaliteit van leven: bijvoorbeeld pijnklachten, zelfvertrouwen, zelfzorg, uiterlijk en psychische klachten. In de studie waren verschillende groepen patiënten vertegenwoordigd: vrouwen die een borstsparende behandeling hadden ondergaan, of alleen een borstamputatie, of een borstamputatie gevolgd door een borstreconstructie met een implantaat of met lichaamseigen weefsel.

'De studie toont de toegevoegde waarde aan van het sparen of reconstrueren van de borst boven alleen het uitvoeren van een borstamputatie', concludeert Kouwenberg. 'Er werden echter geen klinisch relevante verschillen gevonden in de algehele gezond-

heidgerelateerde kwaliteit van leven-uitkomsten tussen patiënten na borstsparende behandeling, borstreconstructie met implantaat en borstreconstructie met eigen weefsel.'

Vrouwen die een borstreconstructie ondergingen, hadden echter wel vaker last van postoperatieve complicaties, zag Kouwenberg. 'Met name na reconstructie met eigen weefsel had 29 procent van de vrouwen een heroperatie nodig. Deze complicaties hadden een grote en langdurige negatieve invloed op de kwaliteit van hun leven.'

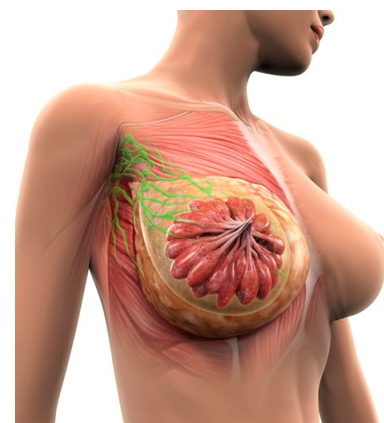


Foto: Shutterstock

AI-analyse van genen, weefsels en beelden moet pancreaskanker beter behandelbaar maken

Pancreaskanker is moeilijk te behandelen. Het Europese PANCAIM-consortium, gecoördineerd door het Radboudumc in Nijmegen, gaat AI (artificial intelligence) gebruiken om nieuwe kennis te genereren uit bestaande genetische, pathologische en radiologische informatie van duizenden patiënten. Die kennis moet leiden tot een vroegere opsporing, een betere prognose en langere overleving van patiënten met pancreaskanker. PANCAIM ontvangt 8 miljoen euro subsidie in het kader van het Europese programma Horizon 2020.

PANCAIM is een internationaal project dat de diagnose en behandeling van pancreaskanker moet gaan verbeteren. Vergeleken met bijvoorbeeld borst-, darm- of prostaatkanker, laat de aanpak van pancreaskanker de afgelopen decennia relatief weinig verbetering zien. Dat komt deels doordat pancreaskanker meestal (te) laat wordt vastgesteld, waardoor genezing niet meer mogelijk is. Ook in genetisch onderzoek en medicatie zijn nog belangrijke stappen te zetten. 'Te vaak krijgt de patiënt nog een standaardbehandeling – one size fits all – terwijl we echt naar een behandeling op maat, naar personalized medicine toe moeten', zegt Henkjan Huisman, AI-specialist in het Radboudumc en coördinator van PANCAIM.

AI centrale factor

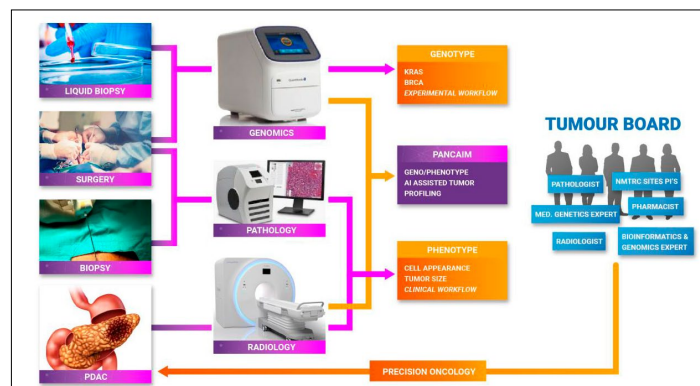
De betrokken partijen gaan een databank inrichten met gegevens van meer dan vijfduizend patiënten met pancreaskanker. Met AI-technieken zoals deep learning willen de partijen hieruit veel nieuwe, nog niet aangeboorde informatie boven water halen. Dat moet niet alleen leiden tot een vroegere diagnose van de ziekte, maar ook tot een duidelijker prognose. 'We willen beter kunnen voorspellen wie baat heeft bij chemotherapie en wie bij een operatie', zegt radioloog John Hermans. Zo voorkomen we onnodige operaties en behandelingen. Juist op basis van meer en betere informatie is het mogelijk om dergelijke beslissingen in overleg met de patiënt te nemen. Zo brengen we in dit project de nieuwe kennis ook meteen naar toepassingen in de kliniek.'

Potentiële impact

De potentiële impact van het project laat zich goed illustreren aan de hand van de genetica. Op dit moment is niet altijd bekend welke genetische factoren meespelen in het ontstaan van de tumor. Onderzoek van onder andere de Universiteit van Glasgow heeft uitgewezen dat pancreaskanker kan ontstaan door diverse mutaties in zeker tien tot vijftien genetische signaalroutes. Om tot een persoonlijke behandeling te komen, is het nodig van iedere tumor de betrokken mutatie(s) op te sporen. De specifieke mutaties vormen namelijk de basis van een gerichte therapie.

Genetica en geneesmiddelen

De afgelopen tien jaar zijn er veel nieuwe medicijnen op de markt gekomen die heel precies gericht zijn tegen mutaties die kanker veroorzaken. Daarbij gaat het primair om de genetische mutaties,



minder om het type kanker. Anders gezegd: soms duikt een specifieke mutatie die vooral bij borstkanker wordt gezien ook op bij darmkanker of longkanker. Het 'borstkankermedicijn' kan dan óók worden gebruikt voor patiënten met darm- of longkanker met die specifieke mutatie. Hermans: 'Daarom verwachten we dat de AI-gebaseerde aanpak die we nu uitrollen voor een gecombineerde analyse van de beeldvorming, de pathologie en de genetica, niet alleen de diagnose kan verbeteren, maar zeker ook de therapie. Dat is wereldwijd echt uniek.'

Precision Oncology

PANCAIM probeert in een en hetzelfde project de verworven kennis dus ook meteen beschikbaar te stellen voor de patiënt. Daarbij wordt ook de behandeling zelf beter gevolgd. Hoe eerder een terugkeer van de kanker wordt vastgesteld, hoe eerder weer behandeld kan worden, bijvoorbeeld. Huisman: 'Het primaire doel is om via wetenschappelijk onderzoek bij te dragen aan 'impact on healthcare'. We willen uiteindelijk komen tot een op AI gebaseerd tumorprofiel van elke individuele patiënt. Dit tumorprofiel vormt de basis voor de patiëntbespreking in een Tumour Board. Dat is de Precision Oncology die we met dit PANCAIM-consortium willen realiseren.'

Gezocht: auteurs voor het themanummer darmkanker van Operationeel

Voor het themanummer over darmkanker (dat uitkomt in november) zijn wij op zoek naar auteurs (chirurgen, operatieassistenten, anesthesiologen, oncologen, radiologen, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen etc) die hierover willen schrijven. Helaas is er geen budget voor een vergoeding. Wel mogen het artikelen zijn die al eerder elders gepubliceerd zijn. Verder zijn we op zoek naar ervaringsverhalen van patiënten.

Reacties mogen naar: redactie@lvo.nl

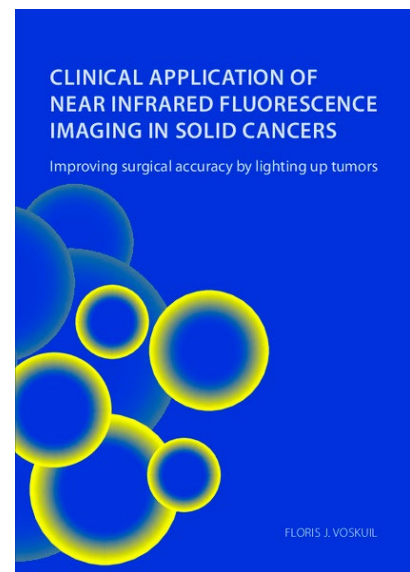
Adjunct-hoofdredacteur Ingrid Lutke Schipholt zal alle reacties behandelen.

Betere detectie van tumoren door fluorescentiebeeldvorming

Hoewel de huidige beeldvormingstechnieken beter blijven worden, is het voor artsen nog steeds lastig om onderscheid te maken tussen kwaadaardige tumoren en het omliggende gezonde weefsel. Dit is voor de diagnose en behandeling van patiënten echter essentieel. Je wilt immers het kwaadaardige weefsel verwijderen en het gezonde omliggende weefsel sparen. Beeldvorming met fluorescentie kan dit probleem wellicht oplossen. Hierbij bindt een fluorescente spurstof zich aan de tumor en doet zo de tumor 'oplichten'.

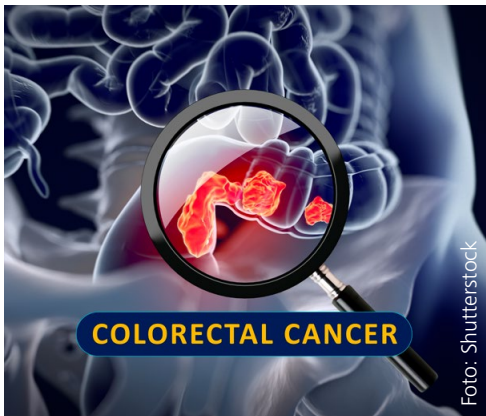
Floris Voskuil, promovendus bij het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), onderzocht in zijn proefschrift Clinical

application of near infrared fluorescence imaging in solid cancers de mogelijkheden van beeldvorming met fluorescentie tijdens diagnostische en chirurgische ingrepen. Voor zijn onderzoek bekeek Voskuil de toegevoegde waarde van fluorescentiebeeldvorming bij chirurgische ingrepen aan verschillende solide tumoren, maar ook bij endoscopische ingrepen in de slokdarm en dikke darm. Hieruit bleek dat deze vorm van beeldvorming een betrouwbare manier is om te helpen bij het opsporen van solide tumoren en artsen kan assisteren in de klinische besluitvorming. De techniek maakt het mogelijk om tumorpositieve snijvlakken te visualiseren en extra tumorweefsel op



te sporen. Op basis van het onderzoek van Voskuil is een grotere vervolgstudie opgezet om de toepassing van beeldvorming met fluorescentie verder te onderzoeken en mogelijk uiteindelijk in te zetten als standaardbehandeling in de kliniek.

Minder uitzaaiingen na nieuwe behandeling van gevorderde endeldarmkanker



De kans op terugkeer van endeldarmkanker is minder groot als een patiënt vóór de operatie kortdurend wordt bestraald en aansluitend chemotherapie krijgt. Dit blijkt uit een internationale studie

in de *The Lancet Oncology*¹ die werd gecoördineerd door het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), het Universitair Medisch Centrum Groningen, het Karolinska Institutet en de Uppsala Universitet. De onderzoekers verwachten dat deze resultaten zullen leiden tot aanpassing van de standaardbehandeling van gevorderde endeldarmkanker. De onderzoekers keken of een andere behandelstrategie van endeldarmkanker kan leiden tot minder uitzaaiingen elders in het lichaam. De huidige behandeling van gevorderde endeldarmkanker bestaat uit zes weken radiotherapie, gecombineerd met een lage dosis chemotherapie. Vervolgens wordt de tumor operatief verwijderd. Bij de nieuwe behandeling krijgt de patiënt één week bestraling, gevolgd door achttien weken chemotherapie. Daarna vindt de operatie plaats.

'Bestraling met lage dosis chemotherapie zorgt ervoor dat de tumor zo klein mogelijk wordt, en dus makkelijker te verwijderen is tijdens

de operatie, en de chemotherapie doodt tumorcellen die uitzaaiingen vormen', zegt Corrie Marijnen, radiotherapeut in het LUMC en het Antoni van Leeuwenhoek. 'Door chemotherapie voor de operatie te geven, pakken we mogelijke uitzaaiingen in een vroeg stadium aan. Zo kan tussentijds de bestraling langer doorwerken, waardoor de tumor nog kleiner kan worden voor de operatie.'

Er zijn 920 patiënten met gevorderde endeldarmkanker behandeld volgens de standaard- of de nieuwe behandeling. In de jaren die volgden op de behandeling, ontwikkelden patiënten die de vernieuwde behandelstrategie kregen minder uitzaaiingen. Na drie jaar was dit 20% van de patiënten, in vergelijking met 27% van de patiënten die de standaardbehandeling ontvingen.

Daarnaast ontdekten de onderzoekers dat door de nieuwe strategie de tumor zo klein werd dat in 28% van de gevallen geen tumorcellen meer in de endeldarm en omliggende lymfeklieren te vinden waren. Bij de standaardbehandeling was dit slechts 14%. In de toekomst zou bij deze patiënten mogelijk een operatie achterwege gelaten kunnen worden.

Hoewel de resultaten positief zijn, melden de patiënten meer bijwerkingen. Dit komt doordat de chemotherapie zwaarder is. Om met meer zekerheid aan te tonen dat de nieuwe behandeling werkt, is verder onderzoek nodig.

¹ Short-course radiotherapy followed by chemotherapy before total mesorectal excision (TME) versus preoperative chemoradiotherapy, TME, and optional adjuvant chemotherapy in locally advanced rectal cancer (RAPIDO): a randomised, open-label, phase 3 trial. *The Lancet Oncology*, volume 22, Issue 1, January 2021, pages 29-42.

Bariatrische chirurgie bij kinderen en jongeren

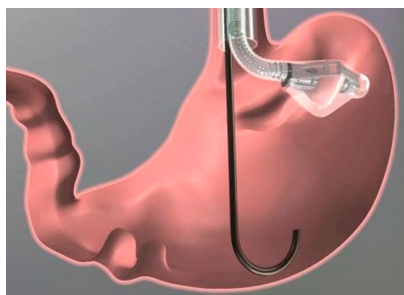
Er is toekomst voor minimaal-invasieve chirurgie om ernstige obesitas te behandelen, en ook kinderen en jongvolwassenen kunnen in een situatie terecht komen waarin een operatie de beste optie is. Traditionele bariatrische chirurgie, zoals de maagverkleining, is weliswaar bewezen effectief, maar niet als standaardbehandeling aan te bevelen voor jongeren omdat er nog te weinig bekend is over de gevolgen ervan. Dat blijkt uit onderzoek van dr. Givan Paulus, die op 16 april aan de Universiteit Maastricht promoveerde met de dissertatie *Exploring the Boundaries of Bariatric Surgery* waarin hij chirurgische opties voor obesitas onderzocht. Obesitas is een groot probleem, dat bovendien alsnar toeneemt. In Nederland is het aantal gevallen bij volwassenen vanaf 2010 gestegen van 17,7 procent naar 20,4 procent. Bij kinderen en jongvolwassenen steeg het van 5,9 procent naar 7,0 procent. Bariatrische chirurgie is de enige bewezen effectieve behandeling op de lange termijn. Bij bariatrische chirurgie worden chirurgische technieken ingezet om het gewicht te verminderen, zoals het verkleinen van de maag of het plaatsen van een maagbandje. Er kunnen echter heel goede redenen zijn om patiënten niet bloot te stellen aan deze onomkeerbare, anatomie-veranderende ingrepen. Er kunnen namelijk ernstige complicaties optreden, zoals wondinfecties, darmlekkage, slokdarmbeschadiging door maagzuur en darmobstructie.

BASIC-trial

Er is meer onderzoek nodig om de gevolgen van bariatrische chirurgie op jonge leeftijd in kaart te brengen voor deze techniek een reguliere behandeling kan worden. Binnen het Maastricht UMC+ gebeurt dat in het kader van de BASIC-trial, waarbij BASIC staat voor Bariatric Surgery in Children. De BASIC-trial is een studie naar de effecten van een maagbandoperatie bij adolescenten met morbide obesitas bij wie leefstijlinterventie niet het gewenste effect heeft gehad.

Plooien in de maag

Ondertussen zijn er tal van andere, minder-invasieve alternatieven voor de traditionele bariatrische chirurgie. Sommige daarvan worden al toegepast of onderzocht, zoals



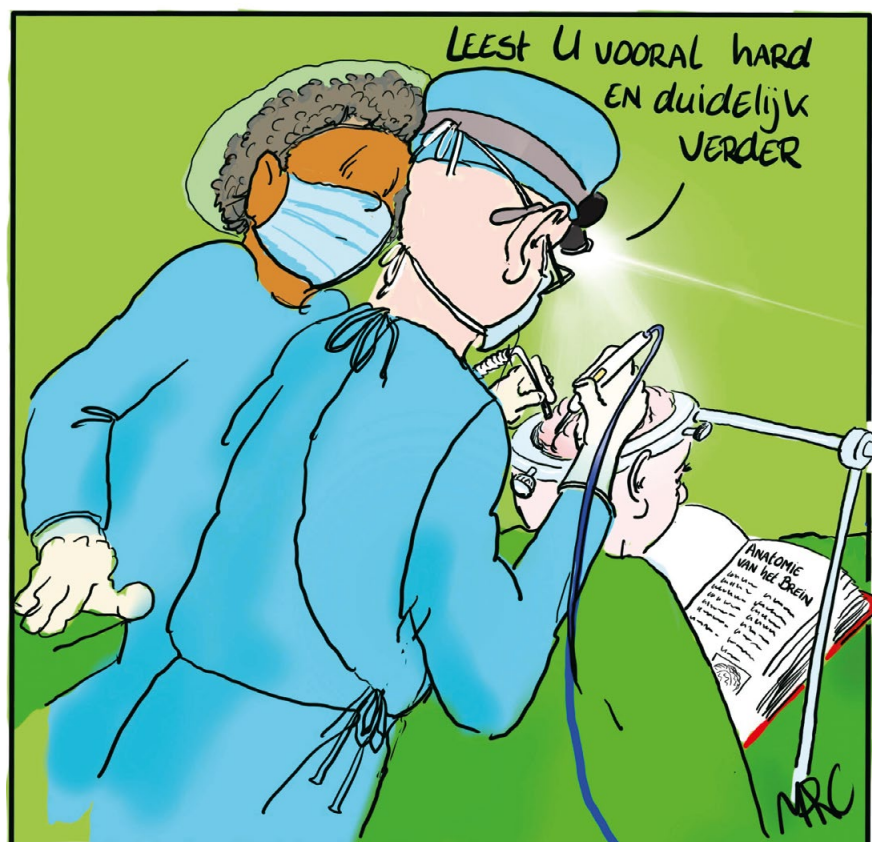
Beeld: proefschrift *Exploring the Boundaries of Bariatric Surgery*.

ruimte-innemende hulpmiddelen (bijvoorbeeld de maagballon) en maagstimulatoren. Paulus deed onderzoek naar de verschillende chirurgische technieken om obesitas te behandelen. Hij ziet met name toekomst voor het endoscopisch plooien van de maag, de zogenoemde gastroplicatie. Bij die techniek worden plooien in de maag gemaakt met een soort nietmachine, die via de mond en de slokdarm wordt ingebracht. Zo wordt het maagvolume verkleind. Deze techniek kan leiden tot blijvend gewichtsverlies en afname van comorbiditeit. Inmiddels zijn wereldwijd

zestig patiënten op deze manier behandeld, zonder significante problemen en met een bemoedigend gewichtsverlies als resultaat. Het plooien van de maag leidde tot een afname van het hongergevoel, toename van verzadiging en daardoor ook minder voedselinname.

Voordelen van gastroplicatie

Het grote voordeel van deze techniek is dat er over de volledige dikte van de maagwand plooien worden gemaakt, waarbij serosa tegen buitenwand komt te liggen en daardoor daarmee kan vergroeien. Hierdoor blijven de plooien netjes zitten, anders dan bij technieken waarbij de plooien aan de binnenkant van de maagwand (mucosa) geniet worden. Gastroscoopisch onderzoek een jaar na de ingreep liet nog steeds aanwezige plooien aan de binnenkant van de maag zien die het volume van de maag reduceerden. Deze techniek, waarbij er dus niet meer door de buikwand gesneden hoeft te worden, lijkt grote voordelen met zich mee te brengen.



Cartoon: Marc-Jan Janssen

Door voor te lezen tijdens een 'wakkere' hersenoperatie kunnen neurochirurgen monitoren of vitale hersenfuncties blijven functioneren. Patiënten zingen, lezen of spelen zelfs gitaar tijdens de operatie.

De Vrouw Haar bouw en haar inwendige organen door Aletta Jacobs (1898)

Een bijzonder boek van een bijzondere vrouw

De KB, de nationale bibliotheek, bewaart ons geschreven cultureel erfgoed. Niet alleen boeken en tijdschriften, maar bijvoorbeeld ook kranten, websites en stripboeken. In totaal zeven miljoen items en ruim 120 kilometer archief. Daartussen zitten ook bijzondere medische boeken zoals *De Vrouw Haar bouw en haar inwendige organen* van Aletta Jacobs uit 1898.

Tekst: Ellen van Oers, collectiespecialist KB
Foto's: KB, behalve foto Aletta Jacobs (Wikipedia)

In pop-upboeken begint van alles te verschuiven en bewegen als je ze openmaakt. *De Vrouw Haar bouw en haar inwendige organen* van Aletta Jacobs is zo'n boek waarin je voorzichtig aan papieren lipjes kunt trekken om nieuwe figuren te zien. Tegenwoordig zijn pop-upboeken vaak kinderboeken, maar ze worden ook door kunstenaars gemaakt – voor kinderen én volwassenen. Er zijn pop-upmanuscripten overgeleverd uit de middeleeuwen en vanaf de vijftiende eeuw kennen we pop-upboeken in druk. Dat waren boeken voor volwassenen over de werking van machines, over het gebruik van geografische instrumenten en boeken waarin je kon zien hoe het menselijk lichaam in elkaar zat. Net als *De Vrouw* waren het leerboeken. *De Vrouw* is een openhartig en toegankelijk geschreven pop-upboek waarvan de eerste Nederlandse druk in 1898 verscheen.

Toestemming van Thorbecke

De Vrouw is een bijzonder boek, maar de schrijfster is zo mogelijk nog uitzonderlijker. Aletta Jacobs werd in 1854 geboren in Sappemeer. Ze was het achtste kind in een Joods gezin dat elf kinderen telde. Haar vader was plattelandsdokter. Aletta toonde al jong haar onafhankelijke karakter. Ze was het enige meisje op de lokale hbs en daarna de eerste vrouw die geneeskunde ging studeren. In 1871 werden vrouwen niet toegelaten op de universiteit. Aletta schreef



een brief aan minister-president Thorbecke en hij gaf haar hoogstpersoonlijk toestemming om geneeskunde te studeren. Ze was toen zeventien jaar.

Vanaf 1879 werkte Aletta als arts in Amsterdam. Ze woonde en werkte aan de deftige Herengracht. Eén dag per week hield ze een gratis spreekuur in de nabijgelegen Jordaan, destijds een van de armoedigste buurten van de stad. De werkloosheid was er groot. Vrouwen waren jaar in, jaar uit zwanger, er werden illegale abortussen gepleegd en ook de kindersterfte was groot. Aletta introduceerde het pessarium, een voorbehoedmid-



del dat vrouwen zelf konden toepassen. In 1893 sloot zij zich aan bij de net opgerichte Vereniging voor Vrouwenkiesrecht. Tien jaar later werd ze tot voorzitter gekozen. Ze werd een mondiale beroemdheid die over de hele wereld congressen toesprak over de achterstelling van de vrouw. Het zou overigens nog tot 1922 duren voor de Nederlandse vrouwen eindelijk mochten stemmen.

Geen geheimzinnigdoenerij

Toen *De Vrouw* in 1898 verscheen waren er al voorlichtingsboeken over het vrouwenlichaam, maar de inhoud ervan was meestal niet wetenschappelijk onderbouwd. Ze waren in de eerste plaats gericht op mannen en bedoeld als voorbereiding op het huwelijk. Zo kon je in dergelijke boeken lezen dat 'de daad' bij wassende maan moest worden verricht om een zoon te verwekken. Een zwangere vrouw kon maar beter geen snoep eten, want dan werd het kind een zoetekauw.



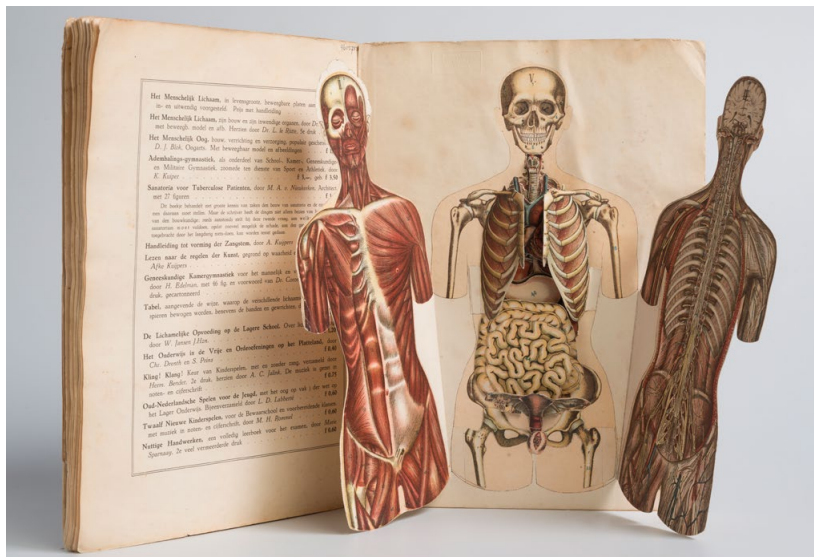
De vijfde druk van *De Vrouw*. De eerste druk verscheen in 1898 en is helaas niet in het bezit van de KB.

In *De Vrouw* werd voor het eerst in begrijpelijke taal uitgelegd hoe het lichaam van de vrouw in elkaar zit. Van buiten naar binnen, van huid naar geraamte. Alles werd behandeld: de bloedsomloop, de functie van spieren en zenuwen, de organen en ook de voortplanting. De werking van de geslachtsorganen werd heel precies uitgelegd zonder geheimzinnigdoenerij. Ook daarom wordt het boek als baanbrekend beschouwd.

Door te kiezen voor een pop-upboek werd een en ander aanschouwelijk gemaakt. Het is, wat mij betreft, een prachtig boek. De afbeeldingen zijn anatomisch correct en het boek is heel zorgvuldig in elkaar gezet. Dat in elkaar zetten was handwerk.

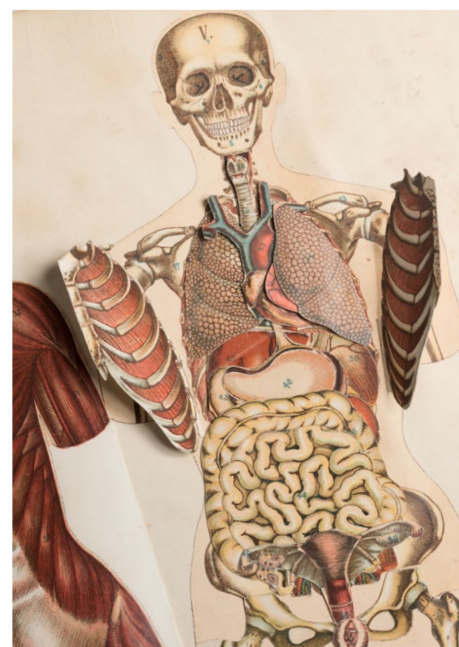
Eén gulden vijftientig

Het boek van Aletta Jacobs maakt deel uit van een serie pop-upboeken voor volwassenen over populairwetenschappelijke onderwerpen zoals de stoommachine, het luchtschip, de anatomie van het paard en de werking van de ‘telefoon’. De serie verscheen oorspronkelijk in Duitsland bij uitgeverij Löwensohn te Fürth. Dat was een succesvolle specialist op het terrein van pop-upboeken die titels uitgaf in de landstaal, maar ook in de toenmalige wereldtaal Frans. De Nederlandse uitgave werd verzorgd door Kluwer. Het is echter geen vertaling, maar een grondige bewerking van het Duitse origineel.



In *De Vrouw* werd voor het eerst in begrijpelijke taal uitgelegd hoe het lichaam van de vrouw in elkaar zit. Door te kiezen voor een pop-upboek werd een en ander aanschouwelijk gemaakt.

De lithografische drukkerij ‘De IJssel’ – net als Kluwer gevestigd in Deventer – was verantwoordelijk voor het drukwerk. Rond 1900 was het drukken in kleur een specialistische techniek, waarbij voor het drukken grote stenen werden gebruikt. Die techniek was een eeuw eerder uitgevonden door de Duitser Senefelder. Op een poreuze steen wordt met vet krijt per kleur een afzonderlijke tekening gemaakt. De inkt blijft aan het vette krijt plakken, zodat een afdruk kan worden gemaakt. Voor elke kleur was een andere steen nodig. In kleur gedrukte boeken waren dan ook duur. Het boek van Aletta kostte fl. 1,25 in een tijd dat een arbeider tien gulden kreeg voor een werkweek van 50 tot 60 uur. Toch was het boek een succes. Er zouden in totaal vijf drukken verschijnen, de laatste in 1921.

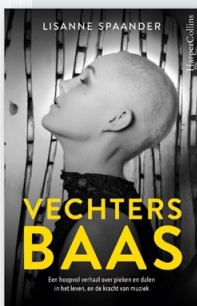


Exemplaar met opdracht

Het exemplaar van de KB dateert uit 1917. Dat is niet de eerste druk, maar het is wel een bijzonder exemplaar. Het bevat een opdracht aan Suzanna van Rees-Broese van Groenou. Suzanna en haar zussen speelden een belangrijke rol in de vrouwenbeweging. Aletta Jacobs was goed bevriend met de familie Broese van Groenou, bij wie ze vaak in Den Haag kwam logeren. *De Vrouw Haar bouw en haar inwendige organen*: het is een bijzonder boek van een bijzondere vrouw en een belangrijk onderdeel van ons erfgoed.



Aletta Jacobs, 1854-1929.



Vechtersbaas

Auteur: **Lianne Spaander**
 Uitgeverij: **HarperCollins**
 ISBN: **9789402706321**
 Prijs: **€ 17,50**

Lianne is zestien als bij haar botkanker wordt geconstateerd. De slechte prognose zet haar hele leven op zijn kop. Ze sleept zich van ziekenhuisopname naar ziekenhuisopname, terwijl het normale leven ondertussen doorgaat. Daarin vindt Lianne de kracht om door te gaan. Tegenwoordig lijkt het hebben van veel volgers, comfort en geld gelijk te staan aan een perfecte wereld. Lianne vraagt zich af wat échte rijkdom betekent. Ze zet haar wonden om in wijsheid en uit haar gevoelens in muziek, wat leidt tot het nummer Vechtersbaas. Het groeit uit tot haar levensmotto: Lianne houdt altijd haar positieve instelling. Zelfs als ze opnieuw slecht nieuws krijgt.



Vaxx

Auteur: **Roel Coutinho**
 Uitgeverij: **Ambo|Anthos**
 ISBN: **9789026352935**
 Prijs: **€ 21,99**

Vaxx, van voormalig RIVM-directeur Roel Coutinho, vertelt hoe vaccinaties onze wereld beter hebben gemaakt. Polio, pokken, mazelen, difterie, kinkhoest, rodehond of hepatitis B – je hoeft niet ver terug in de tijd te gaan om een beeld te krijgen van de ontwikkende effecten die infectieziekten in het verleden wereldwijd hebben gehad.

Ook al denkt menig antivaxer er anders over, dankzij de preventieve werking van vaccinatieprogramma's hebben wij ons van ernstige kinderziekten bevrijd en zijn ook ouderen steeds beter beschermd. Echter, nieuwe pandemieën en epidemieën – zoals corona, aids, sars of ebola – laten keer op keer zien dat het naïef is te denken dat we infectieziekten voor altijd hebben bedwongen. In Vaxx schetst Roel Coutinho de historische en medische geschiedenis van de infectieziekten waartegen wij ons dankzij vaccinaties kunnen wapenen. In een wereld die op zijn grondvesten schudt vanwege covid-19 laat Coutinho zien hoe vaccins in het verleden zijn ontwikkeld en welke bijdrage ze leveren aan onze gezondheid.



Wij zorgen

Auteurs: **Ieta Berghuis, Herman van Hoogdalem**
 Uitgeverij: **Wbooks**
 ISBN: **9789462584181**
 Prijs: **€ 19,95**

Ieta Berghuis, docent-onderzoeker aan de NHL Stenden Hogeschool, gaat in gesprek met zorgverleners. Haar ontmoetingen leveren boeiende verhalen op, die iedereen aangaan. Verhalen over gedrevenheid, motivatie en de nimmer aflatende betrokkenheid bij de mensen voor wie zij zorgen. Terwijl de mensen uit de zorg hun verhaal vertellen, tekent kunstenaar Herman van Hoogdalem op gevoelige wijze hun portret. In Wij zorgen komen de meest uiteenlopende zorgmedewerkers aan het woord. Zo maken we kennis met Alidya (verpleegkundige B), Rob (fysiotherapeut), Stephanie (verzorgende IG), Esther (jeugdverpleegkundige) en Petra (psycholoog). Mahbooba is werkzaam als specialist ouderengeneeskunde.



Het borstkankerhandboek

Auteur: **Anna van Wittenberghe**
 Uitgeverij: **Noblesse Uitgevers**
 ISBN: **9789083067605**
 Prijs: **€ 27,50**

Eén op de zeven vrouwen en een klein aantal mannen in Nederland krijgt borstkanker. Dat betekent dat elke dag circa 45 mensen in ons land deze diagnose krijgen. Zij willen bijna allemaal hetzelfde: antwoorden op alle vragen die op ze afkomen. Ervaringsdeskundige en journalist Anna van Wittenberghe schreef Het Borstkankerhandboek omdat ze in 2019 – na de diagnose borstkanker – zelf op zoek was naar antwoorden. Van Wittenberghe geeft niet alleen een overzicht van de verschillende behandeltrajecten, maar ze staat ook stil bij alles rondom de ziekte. Waar vind je bijvoorbeeld lotgenoten? Waar moet je zijn voor praktische zaken? Wat kun je doen om te ontspannen? Hoe ga je met je lijf en je uiterlijk om? Kortom, alles wat maar kan helpen in een onzekere tijd.

Tekst: Menno Goosen



Het tandeloze virus

Auteur: **Roelke Posthumus**
 Uitgeverij: **Noordboek**
 ISBN: **9789056156916**
 Prijs: **€ 19,90**

In Het tandeloze virus onderzoekt evolutiebioloog Roelke Posthumus de geschiedenis van mensen en hun parasieten en geeft ze een antwoord op de vraag hoe we ons kunnen verweren. Door toedoen van enkele piepkleine parasieten sterven veel meer mensen dan alle grote roofdieren gezamenlijk op hun geweten hebben. Toch blijven de identiteit, de herkomst en vooral de bedoelingen van onze ziekmakers nog steeds een mysterie. Wat bezielt één nietig virus om ons leven te ontwrichten terwijl miljoenen andere zich prima buiten ons lichaam redden? Waarom doodt de pestbacterie zijn gastheer en maakt het verkoudheidsvirus die gastheer slechts hangerig? En wat heeft het griepvirus eraan om als een lopend vuurtje over de aardbol te reizen terwijl de tetanusbacterie prima gedijt in één en dezelfde wond?



Ingelepeld

Auteur: **Tim Spector**
 Uitgeverij: **Nieuwezijds**
 ISBN: **9789057125430**
 Prijs: **€ 21,95**

Veel van wat ons over voeding wordt verteld is misleidend, of zelfs gevaarlijk voor onze gezondheid. De drie boosdoeners zijn: slechte wetenschap, verkeerde interpretatie van onderzoeksresultaten en de voedingsindustrie. Dit boek is een tegengif tegen de sprookjes over voeding die we ingelepeld hebben gekregen en waardoor we alsmat ongezonder en ongeruster zijn geworden. Het gaat over een andere manier van denken over voeding en dieet, en laat zien dat iedereen een individu is, in plaats van de 'gemiddelde' persoon voor wie de richtlijnen bedoeld zijn. Tim Spector, hoogleraar genetische epidemiologie aan King's College in London, ontcracht in elk hoofdstuk een mythe. Bijvoorbeeld die over light dranken, veganisme, vis, vlees, cafeïne, vitaminesupplementen, dieetadviezen voor tijdens de zwangerschap, biologische voeding, of de effecten van voeding op het milieu.



Stroom

Auteur: **David Eagleman**
 Uitgeverij: **De Bezige Bij**
 ISBN: **9789403121710**
 Prijs: **€ 29,99**

Waarom dromen we 's nachts, en wat heeft dat te maken met het feit dat de aarde ronddraait? Hoe kan iemand zonder armen 's werelds beste boogschutter worden? In welk opzicht lijken afkickverschijnselen op een gebroken hart? Vervagen onze herinneringen door het verstrijken van de tijd of omdat ze langzaam overwoekerd raken door nieuwe herinneringen? Hoe komt het dat een blinde kan leren zien met haar tong en een dove kan leren luisteren met zijn huid? Het fraaiste stukje technologie dat we ooit hebben ontdekt, is het orgaan van nog geen twee kilo dat we allemaal in onze schedel met ons meedragen. De magie van ons brein is niet te vinden in de afzonderlijke onderdelen waaruit het bestaat, maar in de manier waarop het daar voortdurend nieuwe verbindingen tussen legt. Met Stroom schetst neurowetenschapper David Eagleman een onthullend portret van ons veranderlijke brein en zijn ongelooflijke aanpassingsvermogen.



Meester van de medicijnen

Auteur: **Karel Berkhou**
 Uitgeverij: **Ambo|Anthos**
 ISBN: **9789026346231**
 Prijs: **€ 22,99**

Meester van de medicijnen van Karel Berkhou gaat over de Haagse apotheker Paul Lebbink, die strijdt tegen de stijgende prijs van geneesmiddelen. Hij probeert dure medicijnen goedkoop na te maken. De almaar stijgende prijzen van geneesmiddelen drijven patiënten en artsen, maar ook politici, zorgverzekeraars en ziekenhuisbestuurders, tot wanhoop. Nieuwe geneesmiddelen met een prijs waarvoor je een stadsappartement kunt kopen, bestaande medicijnen die vijfhonderd keer zo duur worden, zieke mensen die jaren moeten wachten op de vergoeding van hun middel ... Zelfs in Nederland zijn nieuwe geneesmiddelen onbetaalbaar aan het worden. Paul Lebbink legt zich daar niet bij neer. Hij probeert de dure medicijnen goedkoop na te maken en daagt zo de farmaceutische industrie uit. Deze queeste voert hem langs heilige patenten, onbuigzame regels, onbetrouwbare leveranciers en technische uitdagingen. Auteur Karel Berkhou beschrijft nauwgezet Lebbinks tegenslagen en successen. Daarbij legt hij bloot hoe dolgedraaid de machinerie van de geneesmiddelenontwikkeling is en geeft hij een idee van hoe dit gefikst zou kunnen worden.

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.

In actie komen voor het klimaat

Niet morgen maar nu

Klimaatverandering is de grootste bedreiging voor de volksgezondheid in de 21ste eeuw. In een ziekenhuis wordt 30-40% van de CO₂-uitstoot veroorzaakt door het relatief kleine operatiekamercomplex. Dat kan en moet anders. Door energiereductie, circulair werken en minder uitstoot van dampvormige anesthetica. Niet morgen, maar nu.

Tekst: Sandra Lako, kinderanesthesioloog Radboudumc

Als wij niet op alle fronten massaal in actie komen, is de zesde massa-extinctie, een periode waarin relatief veel organismen uitsterven, van het leven op aarde over circa 250 jaar een feit. De voorspellingen zijn verontrustend: over circa 30 jaar zijn de polen gesmolten en is er geen regenwoud meer, over 40 jaar zijn onze oceanen dood en is al de permafrost gesmolten, en men schat dat over 50 jaar de voedselproductie ernstig in gevaar komt. Deze veranderingen lijden tot onleefbare gebieden op aarde, wat migratie veroorzaakt, sociale onrust, oorlog en ziektes.

Green Deal

Het is aan ons om verandering te bewerkstelligen en af te dwingen. Wees je ervan bewust dat het anders kan en moet, en dat ook kleine veranderingen, door hun massa, ertoe doen.

De Nederlandse gezondheidszorg draagt voor circa 7% bij aan de landelijke CO₂-uitstoot. In een ziekenhuis wordt 30-40% van de CO₂-uitstoot veroorzaakt door het relatief kleine operatiekamercomplex. Door het ondertekenen van de Green Deal Zorg 2.0 en het oprichten van het Landelijk Netwerk de Groene OK hebben wij ons gecommitteerd aan een belofte: in 2030 moet de CO₂-uitstoot met 50% zijn gereduceerd, in 2050 met 99%. In het Landelijke Netwerk zijn alle snijdende specialismen vertegenwoordigd, en verder de anesthesie-ondersteuning, de verkoeverkamer, de anesthesiologen en de OK-assistenten. We hebben vijf werkgroepen geformeerd die allemaal met tips en achtergrondinformatie zullen komen op de binnenkort te lanceren website.



Wij hopen dat ieder ziekenhuis aan de slag gaat met een green team. Zo kunnen we leren van ervaringen van anderen en putten uit opgedane kennis.

De green teams hebben drie belangrijkste pijlers om aan te werken:

1. Energiereductie.
2. Vermindering van ons afval (circulair werken).
3. Vermindering van de uitstoot van dampvormige anesthetica.

Energiereductie

Meer dan 90% van onze energie wordt verbruikt door de luchtbehandeling. Ga je ver- of nieuwbouwen, pas dan het aantal operatiekamers dat draait op prestatieniveau 1 aan naar behoefte.

Meer adviezen:

- Zorg dat de luchtbehandeling naar minimaal gaat als de OK niet in gebruik is.
- Zet apparatuur uit als er geen gebruik

'Wees je bewust van je handelen: heb ik dit nodig of kan het ook zonder?'

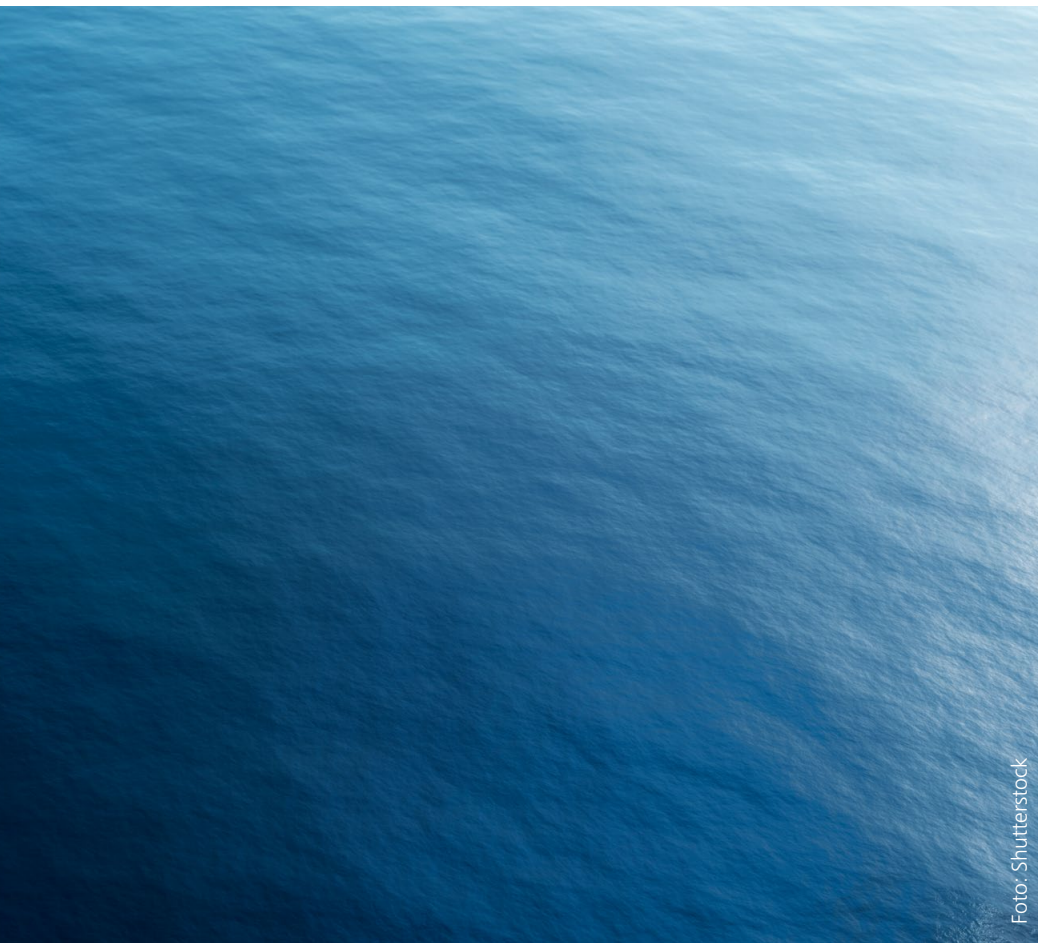


Foto: Shutterstock

wordt gemaakt van de OK: anesthesietoestel, warmtekast, computers en het licht.

- Vervang alle gloeilampen door LED.
- Kom op de fiets, met het OV of carpool.
- Investeer als ziekenhuis in telecommunicatie.
- Voeding: geef als ziekenhuis het goede voorbeeld met streekproducten, gezonde snacks, vegetarische maaltijden.

Circulair werken

In een circulaire economie kijk je eerst of je minder producten kunt gebruiken, dus vermijden (refuse) en verminderen (reduce). Daarnaast kijk je of je producten langer kunt gebruiken (reuse), dus in plaats van wegwerp kiezen voor een herbruikbaar alternatief. Tot slot kijk je naar het recyclen van producten, zodat ze een tweede leven krijgen. Deze laatste stap is de minst effec-

tieve. In de zorgsector liggen vooral mogelijkheden bij voeding, medische hulpmiddelen, wegwerpproducten, bedrijfskleding, wasgoed, meubilair, facilitaire producten en bouw materiaal.

Disposable versus geen gebruik

Volgens het principe Refuse, Reduce, Reuse, Recycle is bewustwording de eerste stap.

Wees je bewust van je handelen; heb ik dit nodig of kan het ook zonder?

Voorbeelden:

- 1) Hook ring rond een anesthesiemasker (dat scheelt op jaarbasis 180.000 kg plastic).
- 2) Geen standaard gebruik van een swivel tussen het bacteriefilter en de luchtweg (zonder swivel gooi je de helft minder weg en is het 1,30 euro goedkoper).
- 3) Kan het zonder bairhugger, bijspuitpunt, die extra hechting ...
- 4) Inspecteer je procedure trays met de leverancier; wat kan eraf, of kan het anders?
- 5) Maak inzichtelijk wat iets kost.

Disposable versus herbruikbaar

Veel materialen zijn er in disposable of herbruikbare variant. Denk aan: bloeddrukband, saturatiemeter, laryngoscoopblad enzovoort. De disposable materialen zijn populair omdat er geen risico is op kruisbesmetting. Bovendien zijn er geen kosten voor schoonmaak en is er geen verbruik van elektriciteit of water. Dit maakt gebruik van deze materialen makkelijk. Ze genereren echter een enorme berg afval. Uit diverse studies komt hergebruik van zeer uiteenlopende materialen beter naar voren, zowel financieel als qua milieubelasting.

Voorbeelden:

- 1) Bloeddrukbanden (ons ziekenhuis gaat terug naar de herbruikbare band, dit zal circa 200.000 euro per jaar besparen).
- 2) Saturatiemeters, thermometers, laryngoscoopbladen.
- 3) Textiel: gebruik wasbare dekens, warmtejasjes, jassen voor op de gang, overalls voor ouders en eventueel mutsen.
- 4) Herbruikbare sets in plaats van disposable (kleine hechtsets, inbrengsets voor neustampons).

Recycle

Zo'n 40% van het totale ziekenhuisafval komt van het operatiecomplex. In de steriele opdekruimtes is 80% van het afval schoon plastic of papier. Ongeveer 25% van het afval op de OK is van de anesthesie afkomstig, hiervan is 60% recyclebaar. Voordat je begint met afval scheiden moet je in gesprek met je afvalverwerker. Bedenk wel dat recycling de minst productieve stap is van alle voorgaande. Dus hoe meer je bij de voordeur tegenhoudt, hoe effectiever je bent in het reduceren van je CO₂-uitstoot.

Recyclemogelijkheden

Succesvolle operatiecomplexen scheiden hun afval: plastic, papier, glas, rvs, aluminium, blue rap en batterijen. Afval kan gescheiden worden in de holding, steriele opdekruimte, operatiekamer, apotheekruimte, logistieke ruimtes en verkoeverkamer. De operatiekamer is een uitdagende plek om afval te scheiden: er is risico op contaminatie en er gelden strenge eisen als het gaat om specifiek ziekenhuisafval (SZA) en de verwerking ervan. Maar het kan absoluut.

Gereguleerde reductie van medicatieafval

Door goed scheiden daalt de hoeveelheid operatiekamerafval. In Nederland zijn op de OK twee afvalstromen, operatiekamerafval en hoogrisico-afval. Beide soorten worden verbrand, bij respectievelijk 500 en 1000 graden. Door hier schone stromen plastic, papier, aluminium, rvs, glas en batterijen aan toe te voegen, ontlasten we de stroom operatiekamerafval met circa 70-80%. Scheiden van afval genereert bovendien ook bewustwording.

Door waar het kan de chirurgische zuigslang te gebruiken bij de uitleiding, besparen we grote hoeveelheden hoogrisico-afval. Dit hoeft dan niet in WIVA-vaten en worden verbrand op 1000 graden. Medicatieresten van de operatiekamer horen bij het hoogrisico-afval en moeten wel in WIVA-vaten afgevoerd worden. Gebruik hier dus ook de zuigpot van de chirurgie voor. Verbranding van hoogrisico-afval is extra vervuilend omdat het relatief veel niet-brandbare vloeistof bevat, er moeten dus veel brandbare stoffen worden toegevoegd.



'In de steriele opdekruimtes is 80% van het afval schoon plastic of papier'

Dampvormige anesthetica en lachgas

Alle dampvormige anesthetica zijn broeikasgassen. Lachgas tast daarnaast ook de ozonlaag aan. Er is nog geen wetgeving om deze uitstoot aan banden te leggen. De laatste 30 jaar is het gebruik ervan fors gestegen, en met de komst van desfluraan is de impact van de anesthesiegassen niet verwaarloosbaar. Het broeikas effect van een gas wordt universeel uitgedrukt in de Global Warming Potential in 100 jaar (GWP100). CO₂ heeft per definitie een GWP100 van 1, broeikasgassen een veelvoud daarvan, afhankelijk van hun opwarmende vermogen en hun halfwaardetijd. Desfluraan heeft een GWP100 van 2540, isofluraan 510, lachgas 265 en sevofluraan 130.

Met andere woorden: desfluraan heeft 2540 keer meer effect op de uitstoot van broeikasgassen dan CO₂, methaan 23 keer. Het soort anesthesie dat we geven maakt dus wel degelijk uit. We kunnen beter geen lachgas en desfluraan gebruiken. Als



LVO-bestuurslid Monique de Kort ondertekent de Green Deal.

we damp gebruiken, kunnen we het verbruik terugdringen door lage verse gasflow te draaien (1l/min of minder). Er is een mogelijkheid om de damp na uitademing te absorberen in cannisters. Hieruit kan deze geëxtraheerd worden en opnieuw gebotteld voor hergebruik. Dit staat in Nederland nog in de kinderschoenen. Tot die tijd kan ook gekozen worden voor regionale anesthesietechnieken of propofol intraveneus.

Tijd voor actie

Iedere OK-medewerker zou overtuigd moeten zijn van de noodzaak tot actie. Niet alleen op het werk, maar ook thuis en overal waar je komt. Alles wat je doet heeft invloed, hoe klein het verschil ook lijkt. Wees je bewust van je handelen en spreek je uit. Het is aan ons allemaal de handschoen op te pakken.

NVA creëert adviezen voor een groenere OK

Anesthesiologen Niek Sperna Weiland, Sandra Lako en Hans Friedericy zijn namens de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) lid van het Landelijk Netwerk de Groene OK. Samen hebben zij gewerkt aan 13 concrete adviezen voor vakgroepen anesthesiologie om de OK te verduurzamen. Het document kan gebruikt worden als uitgangspunt om samen met een Green Team aan de slag te gaan om de OK groener te maken. Deze tips kun je via deze verkorte link downloaden: tinyurl.com/vn4kh5pd



13 Adviezen

om als vakgroep anesthesiologie de OK te vergroenen

Deze NVA handreiking is voor vakgroepen anesthesiologie die hun operatiecomplex willen verduurzamen. Gebruik dit document als uitgangspunt om samen met jullie Green Team stap voor stap aan de slag te gaan.

TRAUMADAGEN 21

OPEN UP!



HUMERUS
SYNDESMOSE
TO CUT OR NOT TO CUT
DUURZAAMHEID
APPROACHES
FAST TRACK

SAVE THE DATE!



4 & 5 NOVEMBER 2021



DEADLINE INZENDING VRIJE VOORDRACHTEN EN/OF POSTERS: 15 JUNI 2021
De Call for Papers zal op 30 april aanstaande open gaan



RAI Amsterdam



TOPICS

- OPEN UP Trauma Care
- OPEN UP Fracture Management
- OPEN UP The Patient
- OPEN UP The Future
- OPEN UP The Best of the Best

DE CONGRESKOMMISSIE heeft ook dit jaar weer een raamwerk gecreëerd om de twee Traumadagen tot een succes te maken. Interessante battles, gelegenheid voor vrije voordrachten en (inter)nationaal gerenommeerde keynote-sprekers zullen deze twee dagen onvergetelijk maken!

EXTRA EVENTS

- ONTBIJT SESSIES
- TOP KNIFE SESSIE & BASIC SCIENCE

SPONSOREN

Diamond Sponsor:
DePuy Synthes
Stryker Nederland

Silver Sponsor:
Pro-Motion Medical
Mathys Orthopaedics

WETENSCHAPPELIJKE PARTNERS:



GEORGANISEERD DOOR:

Stichting Traumatologie Nederland
T +31 (0)343 51 18 51 – secretariaat@trauma.nl – www.trauma.nl

MEER INFORMATIE:

WWW.TRAUMA.NL

De huidtherapeut

Onmisbare schakel in de zorg

Huidtherapeut is een relatief jong beroep. Operatieassistent Saskia Gooren en medisch schoonheidsspecialist Ymke van der Hoeven kozen voor dit vak: ze volgen naast hun werk de deeltijdopleiding huidtherapie. Twee professionals over een beroep in ontwikkeling. 'De nieuwe technieken zijn veelbelovend.'

Tekst: Saskia Gooren en Ymke van der Hoeven, huidtherapeuten i.o.
Foto's: Saskia Gooren

Rond 1976 werden de eerste huidtherapeuten in Nederland actief. Pas veel later, in 2003, werd huidtherapie wettelijk erkend als paramedisch beroep. Bijzonder detail: het bestaat alleen in Nederland en Australië als zelfstandig beroep. Het vak heeft raakvlakken met plastische chirurgie, dermatologie, fysiotherapie en schoonheidsverzorging. De meeste huidtherapeuten werken zelfstandig in een eigen praktijk. Andere zijn bijvoorbeeld werkzaam in een gezondheidscentrum of ziekenhuis. Voor een huidtherapeut is geen doorverwijzing nodig.

Wat doet de huidtherapeut?

De huidtherapeut behandelt patiënten met een zieke of beschadigde huid (en de daarvoor gelegen bloedvaten en het lymfesysteem). Denk aan littekens, brandwonden, acne, overbehaving, pigmentproblemen (zoals vitiligo) en verschillende vormen van oedeem (postoperatieve oedemen, lymfoedeem, lipooedeem, veneus oedeem). Operatieassistent en huidtherapeut in opleiding Saskia Gooren: 'Als de patiënt de OK verlaat met een vers litteken, begint het werk van de huidtherapeut.'

Technieken

De huidtherapeut gebruikt verschillende technologieën en manuele technieken ter verbetering van esthetiek en functie van de huid. Zo draagt hij of zij bij aan een optimaal resultaat voor de patiënt, bijvoorbeeld na een borstamputatie. Saskia: 'Een mooi voorbeeld is dermatografie: het aanbrengen van een nieuwe tepel met tatoeage-inkt.' Ymke van der Hoeven: 'Als huidtherapeut kun je écht verschil maken. Zo kun je een patiënt na een



Ymke van der Hoeven (l) en Saskia Gooren (r).

operatie behandelen met lymfedrainage om het vocht in het interstitium af te voeren en begin je met littekenmassage als je een atypische genezing verwacht.' Ook het aanmeten van therapeutische elastische kousen behoort tot de taken van de huidtherapeut.

Als operatieassistent heeft Saskia in haar loopbaan veel zien veranderen in operatietechnieken. Er is tegenwoordig bijvoorbeeld veel mogelijk met reconstructies. 'Functioneel erg mooi en patiënten kiezen hier steeds vaker voor, maar ook zij blijven nog met littekens achter. Daar liggen nog veel kansen: ook voor deze patiënten is via huidtherapie esthetisch verbetering te bereiken.'

Actuele ontwikkelingen

Binnen de huidtherapie zijn er, net als binnen de chirurgie, steeds nieuwe ontwikkelingen. Diverse lasertechnieken nemen een vlucht en de geboekte resultaten worden steeds fraaier. Laserbehandeling kan bijvoorbeeld betere mobiliteit van de huid geven, kleurverschil minimaliseren en de structuur

van de huid verbeteren. Als je kijkt naar littekenbehandeling zijn microneedling en stikstof-plasma veelbelovend. Bij microneedling (of collageen-inductietherapie) worden met flinterdunne naalden kanaaltjes in de wond of het litteken gemaakt.¹ Zo wordt het littekenweefsel mechanisch afgebroken en worden diverse enzymen en groeifactoren geactiveerd om een gezonde wondgenezing te stimuleren.²

Bij de stikstof-plasmabehandeling wordt plasma(gas), dat wordt gevormd vanuit medische stikstof, gebruikt. Er wordt een egale verspreiding van warmte gecreëerd, waardoor de huid collageen en elastine gaat aanmaken. Deze – veilige – behandeling resulteert in een significante verbetering van littekens. Er is nog meer onderzoek naar deze techniek nodig om te kijken of er intensievere behandelmogelijkheden met betere resultaten haalbaar zijn.³

Onderzoek

Op het gebied van huidtherapie wordt ook veel onderzoek gedaan. Zo onderzoekt Tessa de Vrieze PHD de mogelijkheden van fluoroscopie-gestuurde drainage bij borstkanker-gerelateerd lymfoedeem.

Bij deze techniek wordt het lymfestelsel in kaart gebracht via een camera en contrastvloeistof (het op de operatiekamers welbekende indocyaninegroen). Zo kan de drainage worden aangepast aan de patiënt, met hogedrukbewegingen op de plaatsen waar het nodig is. De primaire uitkomsten in dit onderzoek zijn veelbelovend en laten zien hoe de huidtherapie meebeweegt in de steeds meer geavanceerde behandelopties.⁴

Huidtherapie en de Wet BIG

De titel huidtherapeut is wettelijk beschermd en opgenomen in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Huidtherapeut is een zogeheten artikel 34-beroep, wat betekent dat alleen de opleidingstitel wettelijk beschermd is. Ook OK-assistenten vallen onder artikel 34. Dat betekent dat beide groepen zich niet kunnen laten registreren in het BIG-register en niet onder het tuchtrecht vallen. Dat is voorbehouden aan de artikel 3-beroepen, zoals die van arts, verpleegkundige en fysiotherapeut.

Strijd voor erkenning

Zowel de LVO als de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten) strijdt voor meer erkenning. Zij stellen dat mogelijk risicovolle en medisch-verpleegkundige handelingen die hun beroepsbeoefenaren uitvoeren, nu in de wet niet goed geregeld en geborgd zijn. Een verplichte registratie en accreditatie zou een belangrijke stap zijn. Ook de opleidingseisen en het deskundigheidsgebied zouden wettelijk moeten zijn vastgelegd. Ymke en Saskia ondersteunen deze visie van harte. Saskia: 'Het scharen van het beroep onder artikel 3 in de Wet BIG zou de kwaliteit van de zorg zeker ten goede komen. Als patiënt heb je recht op een behandeling uitgevoerd door bekwame zorgprofessionals.'

Hbo-opleiding

Om in Nederland huidtherapeut te worden kun je de hbo-opleiding Huidtherapie doen aan de Hogeschool Utrecht of De Haagse Hogeschool. Deze vierjarige opleiding (voltijd of deeltijd) leidt op tot bachelor of health in de huidtherapie. De opleiding start met de anatomie van de huid en diverse (huid)andoeningen, zoals eczeem, hyperhidrose, acne en pigmetaandoeningen. In het tweede leerjaar ligt de focus op oncologie. Denk aan dermato-oncologie, maar ook aan het behandelen van oedeem na een okselklierdissectie, het verzorgen van (post-chirurgische) wonden en het voorkomen en verbeteren van littekens. In de opleiding is veel aandacht voor psychologische aspecten en het omgaan met diverse culturen. Ook wordt ingegaan op

de mogelijke rol van de huidtherapeut bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg, het samenwerken met andere professionals en het meedenken over het veranderende zorglandschap.

Promoten van het beroep

Saskia en Ymke werken nauw samen om het beroep, dat bij veel specialisten nog vrij onbekend is, te promoten. Zo werkten zij samen met andere deeltijdstudenten een digitaal communicatieplatform uit. Onder meer door erover te schrijven hopen zij het beroep van huidtherapeut verder te ontwikkelen en de bekendheid bij verwijzers te vergroten.

Tot slot

Tot slot: wat is het mooiste aan dit beroep? Ymke: 'Ieder mens is anders. Ieder lichaam is anders. De gouden standaard is niet voor iedereen de beste methode, en daarom moet je altijd alert blijven. Je stippelt een route uit die het beste bij jouw patiënt past en stelt deze bij waar nodig. Zo blijf je altijd alert en krijg je het beste resultaat. En de glimlach van een patiënt na een succesvolle behandeling, dáár doe je het voor.'

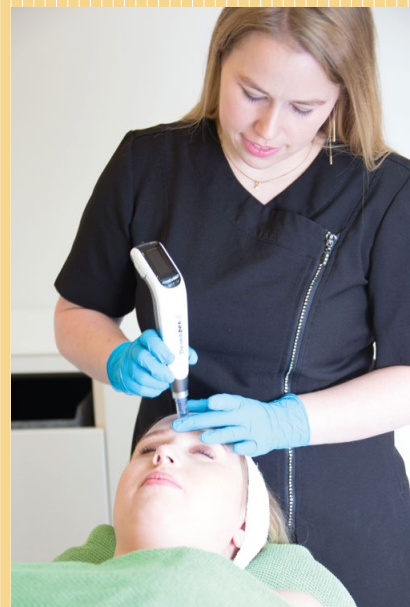
Saskia Gooren

Saskia Gooren (42) is sinds 1999 werkzaam in de gezondheidszorg. Als verpleegkundige was zij eindeloos gefascineerd door chirurgie. Operatieassistent worden was een logisch gevolg. Op dit moment werkt ze als operatieassistent in het UMC Utrecht. Daarnaast is ze tweedejaars deeltijdstudent huidtherapie.



Ymke van der Hoeven

Ymke van der Hoeven (33) heeft 15 jaar ervaring in de uiterlijke verzorging. Zij breidde haar ervaring als schoonheidsspecialist uit met een particuliere opleiding tot medisch schoonheidsspecialist dermatologie. Op dit moment volgt ze de deeltijdopleiding tot huidtherapeut.



Literatuur

- 1 Fernandes D, Munro J, Aust M. Why you need skin needling. (Hoofdstuk 1). Londen: Fernro publishing; 2017 (9-13).
- 2 Setterfield, L. The concise guide to thermal needling expanded medical edition. (Chapter 3). Canada: Acacia Dermacare Inc; 2013. (25-40).
- 3 Kono T, Groff WF, Sakurai H, Yamaki T, Soeijma K, Nozaki, M. Treatment of traumatic scars using plasma skin regeneration (PSR) system. Lasers in surgery and medicine. 2009;41; 128-30.
- 4 De Vrieze T. Protocol of a randomised controlled trial regarding the effectiveness of fluoroscopy-guided manual lymph drainage for the treatment of breast cancer-related lymphoedema (EforT-BCRL trial). European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biologie. 2018; 221;177-188.

Casus

De bicondylaire clavícula luxatie, een zeldzaam letsel

Een 46-jarige vrouw komt op de SEH met pneumothorax, multiële ribfracturen en fractuur processus transversus C7 en Th2 t/m Th4 rechts. Bovendien was er sprake van een anterieure sternoclaviculaire (SC-) luxatie aan de rechterkant alsook een posterieure acromioclaviculaire (AC-) luxatie, derhalve een bicondylaire luxatie. Dit alles is het gevolg van een verkeersongeval.

Tekst: A. Kleeven, coassistent heekunde; drs. R. Groetelaers, traumachirurg; drs. W.A. van Dijk, traumachirurg
Foto's: MMC

Klinisch was er sprake van een forse zwelling craniaal van haar sternum. Patiënte werd vanwege het trauma opgenomen en een thoraxdrainage werd verricht. Nadien ontwikkelde ze een empyeem waarvoor een 'video-assisted thoracoscopy' (VATS) werd verricht. Derhalve werd het clavículaletsel later geëvalueerd en behandeld. In verband met persisterende en invaliderende klachten, een maand na het trauma, werd een behandelplan gemaakt voor de clavícula, nadat patiënte was opgeknapt van haar overige letsels. Er was sprake van veel pijn rondom haar rechterschouder en sleutelbeen met bewegingsbeperking. Daarnaast was de zwelling vervelend in cosmetisch en functioneel opzicht aangezien de kin regelmatig tegen de zwelling botste (figuur 1).

Bij lichamelijk onderzoek was bij inspectie een forse, rode zwelling zichtbaar boven haar sternum. Bij actief en passief bewegingsonderzoek waren anteflexie en abductie fors gestoord en erg pijnlijk. Het neurologisch en vasculair onderzoek van de rechterarm waren normaal. Na multidisciplinair overleg in de trauma-unit werd besloten tot een operatieve ingreep.

Een luxatie van de clavícula mediaal en lateraal (bicondylaire luxatie) is uiterst zeldzaam. Derhalve zijn er geen incidentiecijfers bekend. In de literatuur zijn er wereldwijd minder dan 50 gevallen beschreven.¹ Een bicondylaire luxatie is bijna altijd het gevolg van een hoog energetisch trauma.² Er kan gekozen worden voor een conservatieve behandeling, maar er zijn ook enkele chirurgische methoden beschreven. Doordat er geen standaardprotocol is voor de behandeling van de aandoening, wordt er een appèl gedaan op de creativiteit van de behandeld arts.

De unilaterale bicondylaire clavícula-luxatie bij de patiënte werd opgeheven en gefixeerd door middel van een LockDown™ (een synthetisch ligament).⁴ Mediaal over de luxatie werd een incisie van de basis van de clavícula rechts naar de basis van de clavícula links geplaatst. Er bleek sprake van een volledig instabiele situatie. Na een



Figuur 1. Zwelling door sternoclaviculaire luxatie vóór de operatie

moeizame repositie, mede ten gevolge van callusvorming na hoge ribfracturen en deformiteit van de thorax, werd een op maat gebogen reconstructie-plaat gebruikt om de clavícula aan het sternum te fixeren. Postoperatief beleid bestond uit het dragen van een Shoulder Immobiliser en anteflexie en abductie mochten niet uitgevoerd worden voor zeker 6 weken. Het postoperatief beloop is vooralsnog (3 weken na de ingreep) ongecompliceerd. Een verwijdering van het plaat- en schroefmateriaal mediaal is wellicht noodzakelijk in de toekomst.

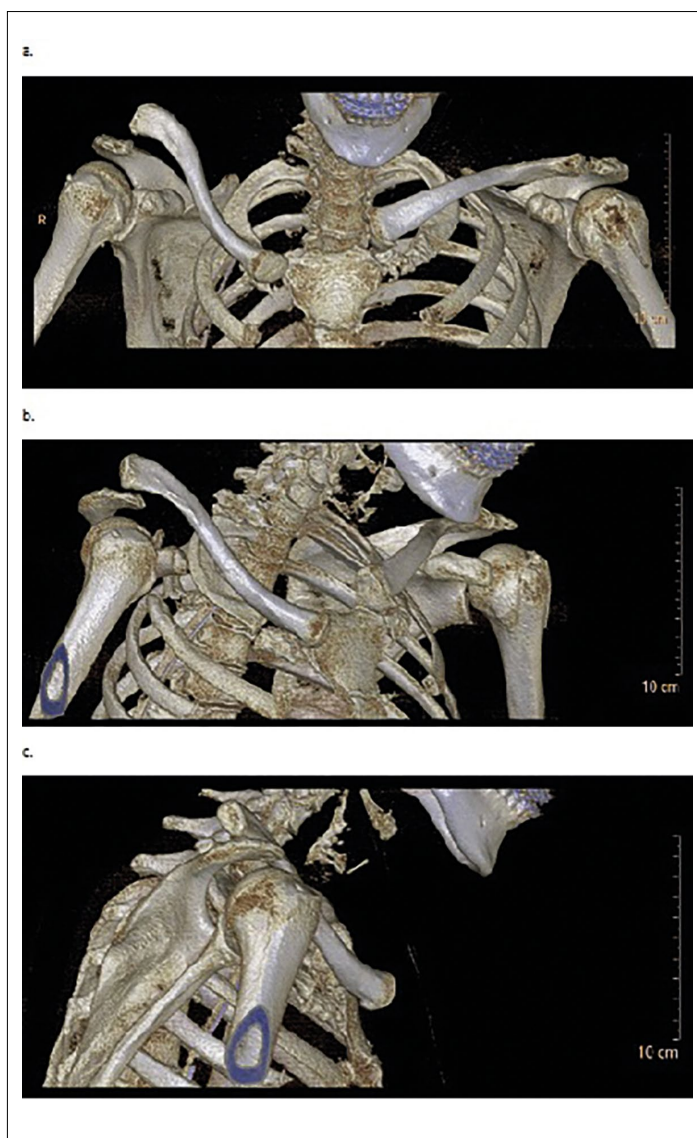
Opties

Er is geen overeenstemming over welke behandeloptie het beste is voor deze aandoening, zowel conservatieve als chirurgische opties bestaan. Beide opties resulteren in stabiliteit van zowel het AC- als het SC-gewricht, maar na de conservatieve behandeloptie blijft vaak

een deformiteit zichtbaar. Dit was ook het geval bij onze patiënte (figuur 1). Conservatieve opties lijken het meest geschikt voor patiënten met een slechte algehele conditie, ouderen en polytrauma-patiënten.⁵ Met chirurgische opties is een beter resultaat te behalen, ook in cosmetisch opzicht. Dit lijkt het meest geschikt voor actieve, gezonde patiënten. Het fixeren van het AC-gewricht is een ingreep die frequent wordt uitgevoerd. Het reponeren en fixeren van het SC-gewricht wordt echter zelden verricht vanwege de complicatierisico's en over het algemeen milde klachten. Studies beschrijven verschillende fixatiemethoden, zoals k-draden, plaat- en schroeffixatie en het herstellen van de ligamenten door verschillende augmentatie technieken.

Literatuur

1. Salmas M, Angelis S, Chytas D, Apostolopoulos A, Filippou D. Traumatic Floating Clavicle: Is This a Rare Injury? *Cureus* 2020;12(4)(7525):1–8.
2. Choo CY, Wong HY, Nordin A. Traumatic Floating Clavicle: A Case Report. *Malaysian Orthopaedic Journal* 2012;6:57–59.
3. Dudda M, Kruppa C, Schildhauer TA. Posttraumatische bipolare Luxation der Klavikula. *Der Unfallchirurg*. 2012;116:176–179.
4. LockDown Medical Limited. (z.d.). LockDown – Shoulder Stabilisation System. Geraadpleegd op 8 oktober 2020, van <https://lockdownmedical.com/lsss/>
5. Le Huec JC, Mc Bride JT, Liquois F, Lesprit E, Le Rebeller A. Bipolar lesion of the clavicle. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology* 1998;8:85–87.



Figuur 2. 3D CT-scans schouder rechts, vanuit anterior (a), anterolateraal (b) en lateraal (c) gezien.



Vertrouwen

Ze had er al vijf uur op de spoedeisende hulp op zitten. Ingestuurd voor de longarts werd in eerste instantie gedacht aan longembolieën. Had prima gekund, ze was kortademig, was net ontslagen van de longafdeling met een milde covid-19-infectie, en als ze diep inademde deed alles pijn. Ook in haar onderbuik voelde het niet prettig, een verontreinigd urinesediment bood uitkomst, een antibioticakuurtje voor een blaasontsteking en op naar de eigen woonomgeving, daar knap je uiteindelijk het beste op. De buikpijn bleef, nam zelfs toe, en met ducktape had ze banen over haar buik geplakt, dat haalde naast de oxycodon de scherpste randjes van de pijn af. Toen ze hoge koorts en koude rillingen kreeg, ze haar hart in haar keel voelde bonken en ze buiten adem alleen nog maar de eerste paar treden van de trap wist te halen, vond ze het welletjes.

Ik keek haar aan, ze zat op de rand van het bed en haar neusbrilletje hing scheef op haar bovenlip. Op de monitor zag ik een hartfrequentie van 130 beats per minute, haar saturatie bleef hangen op 88% en haar systolische bloeddruk tipte net de 100 mmHg aan. Met haar BMI van 48 en 30 sigaretten per dag had ze coronawise zomaar op haar buik in een zandbed kunnen liggen, maar God is sommige mensen intens genadig. Nadat de internist in consult was gevraagd in verband met een torenhoog CRP, een verontrustend hoog aantal leucocyten en een laag natrium, was besloten om voor de zekerheid toch ook maar een scan van de buik te maken. Massaal vrije lucht, massaal vrij vocht, 'beeld passend bij een reeds langer bestaand peritonitisbeeld' had de radioloog gedicteerd. 'Dat is niet zo mooi dokter, wat gaan we daaraan doen?', vroeg ze mij toen ik haar vertelde dat er waarschijnlijk ergens een 'gaatje' in haar darm zat. Voordat we mochten opereren was de avond inmiddels al ver gevorderd. Over haar 'coronastatus' waren nog wat onduidelijkheden. Was ze nog besmettelijk en moesten we haar op de 'covidkamer' opereren? Aan het einde van avond kwam er groen licht en konden we beginnen. Bij het intuberen trof de anesthesiste 'enkele zeer beperkt gesaneerde en reeds enigszins mobiele voortanden aan' (radiologisch geformuleerd), waarna ze de tube uiterst zorgvuldig in de mondhoek positioneerde. In verband met

een buik vol pus en feces zonder goed zicht volgde na de laparoscopie de conversie. De radioloog had een waarheid gedicteerd, 'een reeds langer bestaand peritonitisbeeld', wij op de operatiekamer zouden zeggen 'een ravage'. Ik moest even terugdenken aan de werkdiagnose 'blaasontsteking' en de tape op haar buik. Met het meest sterke diagnosticum dat we hebben, de retrospectoscoop, zou je misschien ook wel kunnen zeggen dat er een week geleden ook al 'een buikprobleem' bestond. Daar heb je als operatieteam in het holst van de nacht niet zo veel aan, maar sommige gedachtespinsels kun je niet zomaar stopzetten. We proberen nog even of we iets hebben aan de omnitract, maar deze blijkt niet goed te passen, het wordt een klassieke 'alle hands on dek'-operatie.

Na de operatie praten we nog wat na in de koffiekamer. We zijn nog vol adrenaline en eufor van ons slaapgebrek. Nog een paar uur en dan is het weer licht, buiten bloesemt het volop en de bitcoin is in een vrije val geraakt. Wat heeft corona ons geleerd, wat viel ons de afgelopen maanden het meest tegen en waar waren we toch ook heel blij mee? Vinden we nog steeds dat we de mooiste baan ter wereld hebben?, en hoe kunnen we ervoor zorgen dat dat zo blijft, dat we energiek blijven en mentaal fit? Het woord dat regelmatig terugkomt is vertrouwen. Vertrouwen in de overheid, de verzekeraar, de raad van bestuur, in de leiding en in elkaar.

Voordat ik naar huis ga, loop ik nog even langs de IC. Onze patiënte is verbonden aan allerlei lijnen en pompen. In het schaarse licht lijkt het alsof ze een voortand mist. Ze heeft geen weet van wat haar allemaal overkomen is en dat ze vannacht door het oog van de naald is gekropen. Ik realiseer me ineens dat ze geen seconde twijfelde toen ik haar vertelde wat er aan de hand was. 'Als een operatie het beste is, moet u dat maar doen dokter.' Over vertrouwen gesproken.

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



**NIEUWE
LOCATIE**
Gooiland,
Hilversum

34^e

LVO Congresdag
25 november 2021



De nieuwe wereld

LVO
landelijke vereniging van operatieassistenten

Voor meer informatie over het programma en inschrijving www.lvocongres.org

Blaas en prostaat

Toepassingen in de onderste urinewegen

TRANSURETHRALE RESECTIE VAN DE PROSTAAT (TUR-P)

☑ De prostaat wordt transurethraal geresecteerd ter behandeling van een benigne prostaathyperplasie.

Monopolaire TUR-P: Bij de monopolaire techniek worden de urinewegen via de resectoscoop gespoeld met een niet geleidende vloeistof. Bij de elektrochirurgische lussnede onderscheidt DRY CUT zich door een uitgesproken hemostase. De mode verhindert dat spoelvloeistof in het vaatstelsel terechtkomt. De spoelvloeistof blijft lang helder, de gasvorming tijdens de snede is minimaal. Beide zijn criteria voor een goed zicht op het doelgebied van de operatie. Voor het afsluitende glad maken van het prostaatkapsel biedt HIGH CUT een optimale aansnijding en een exact snijverloop. Het elektrochirurgieapparaat VIO 300 D biedt de gebruiker de mogelijkheid om met de ReMode-functie van de voetschakelaar te wisselen tussen de twee modes. Eventuele bloedingen kunnen met FORCED COAG gecoaguleerd worden.

Bipolaire TUR-P: Bij de bipolaire techniek worden de urinewegen via de resectoscoop gespoeld met isotone fysiologische zoutoplossing. De mode BI-POLAR CUT++ biedt met directe plasmaontsteking een perfecte aansnijding bij een geringe energietoever. Voorverwarmde zoutoplossing bevordert dit effect. Eventuele bloedingen kunnen met BIPOLAR SOFT COAG++ via contactcoagulatie met diepe hemostase worden behandeld. Het coagulatie-effect treedt bij deze mode iets vertraagd op.

TRANSURETHRALE RESECTIE VAN DE BLAAS (TUR-B)

☑ TUR-B wordt ingezet voor diagnose en behandeling bij niet-spieurinvasieve blaastumoren.

Monopolaire TUR-B: Bij de monopolaire techniek worden de urinewegen via de resectoscoop gespoeld met een niet geleidende vloeistof. Bij de lusresectie bieden de monopolaire modes AUTO CUT en HIGH CUT goede hemostase-eigenschappen. De spoelvloeistof blijft lang helder en tijdens de snede treedt minder gasvorming op. Beide zijn criteria voor een goed zicht op het doelgebied van de operatie. De mode HIGH CUT maakt een optimale aansnijding en een exact snijverloop mogelijk. Eventuele bloedingen kunnen met FORCED COAG gecoaguleerd worden.

Bipolaire TUR-B: Bij de bipolaire techniek worden de urinewegen via de resectoscoop gespoeld met isotone fysiologische zoutoplossing. De bipolaire techniek verkleint het risico op neuromusculaire stimulatie. De mode BIPOLAR CUT++ biedt met directe plasmaontsteking een perfecte aansnijding bij een geringe energietoever, zonder mechanische druk op het weefsel uit te oefenen. Voorverwarmde zoutoplossing bevordert dit effect. Eventuele bloedingen kunnen met BIPOLAR SOFT COAG++ via contactcoagulatie met diepe hemostase worden behandeld. Daarbij treedt het coagulatie-effect iets vertraagd op.

